

Das ärztliche Gespräch
Paternalismus zwischen Indikation und Patientenwille

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung des Doktorgrades der Philosophie
an der Ludwig-Maximilians-Universität
München

vorgelegt von

Florian Horn

aus Stade an der Elbe

2025

Referent Prof. Dr. Wilhelm Vossenkuhl

Korreferent Prof. Dr. Stephan Sellmaier

Tag der mündlichen Prüfung: 7. Februar 2025

Das ärztliche Gespräch

Paternalismus zwischen Indikation und Patientenwille

Florian Horn

Inhaltsverzeichnis

1 Problem und Fragestellung	7
1.1 Der Patientenwille	8
1.2 Laien, Experten und die Indikation	8
1.3 Paternalismus im Wandel	10
1.4 Das ärztliche Gespräch	10
1.5 Das ‚Projekt‘	11
2 Historische Hintergründe	13
2.1 Personen und Institutionen in der Vormoderne	15
Die Entstehung einer rationalen Medizin als Humoralpathologie	15
Von der monastischen Medizin zu den ersten Universitäten	17
Ärzte, Chirurgen, Geburtshelfer – Apotheker	19
2.2 Professionalisierung der Medizin in der Moderne	20
‚Die Geburt der Klinik‘	21
‚Siegeszug‘ der Naturwissenschaften	22
Schelling, Müller und die Naturphilosophie	23
Von der Humoral- zur Zellularpathologie	24
Einschub: Darwin (und die Medizin)	26
Bakteriologie und Hygiene	27
Chirurgische Entwicklungen	28
Die Verrechtlichung der Medizin	30
Schweigepflicht (und Schweigerecht)	32
‚Hamburger Fall‘ (Körperverletzung und Einwilligung)	33
Aufklärung und informierte Zustimmung	35
2.3 Zum Wandel der Kompetenz- und Machtverhältnisse in Laufe der Jahrhunderte	36
Die Situation in der Vormoderne	37
Veränderungen und Konsequenzen des 19. Jahrhunderts	38
Krisen der postmodernen Phase	39
Das Aufkommen der Patientenautonomie	41
3 Medizin als Wissenschaft: Kompetenzen und Grenzen	43
3.1 Die wissenschaftliche Basis der Medizin	44
Gesichertes Wissen?	45
Über Begriffe und Erklärungen	45
Kritische Grundhaltungen	47
Und in der Medizin?	49
Naturwissenschaft – Handlungswissenschaft	50
Naturwissenschaftliche Erklärungen	53
Ideal und Realität	53
Weitere Einschränkungen der ‚Erklärbarkeit‘	55

Evidenzbasierte Medizin (EbM)	57
Geschichte und Intention der EbM	58
Kritische Betrachtungen	60
Begründungen in der Medizin	61
Zur Plausibilität	62
Krise und Notwendigkeit von Vorklinik und Pathogenese	63
3.2 Klinisches Urteilen	65
Zur Wissenschaftlichkeit des klinischen Urteilens	66
Einzelfall und Urteilskraft	67
Anwendung auf den Einzelfall	68
Zum Urteilsvermögen	68
Erfahrung	69
Bedeutung des Hintergrundwissens	70
Zum ‚gesunden Menschenverstand‘	72
Erfahrener oder nur älter geworden?	73
3.3 (Schein-) Kompetenzen von Patienten und Ärzten	73
Was ist Kompetenz? Über Expertentum und Asymmetrien	73
Kompetenz von Patienten	75
Mündigkeit	75
Kompetenzen über den eigenen Körper und das eigene Leben	76
Kompetenz in medizinischen Fragen	77
Kinder und Jugendliche	78
Ärztliche Kompetenz	78
Einzelne Ärzte und ‚die Ärzteschaft‘	79
Aus-, Weiter- und Fortbildung	81
‚Beeinträchtigungen‘ durch die Macht des Geldes	82
Fehlende ‚ärztliche Fehlerkultur‘	83
Fehlende Fehlbarkeitswahrnehmung	84
Probleme der Verantwortungszuschreibung	85
Fazit zur fehlenden Fehlerkultur	86
3.4 Evolution und Medizin	87
Historische und gegenwärtige Einordnung	87
Darwin und die Jahrzehnte danach	87
Evolutionäre Medizin	88
Ein neuer Ansatz	89
Evolution <i>zum</i> Menschen	89
Bedeutung für die Pathogenese	89
Mehrwert für das ärztliche Gespräch	90
Zusätzliche evolutionäre Erklärungen	90
Spekulatives und ärztliches Selbstverständnis	91
4 Das ärztliche Gespräch	93

4.1 Moralphilosophische Aspekte	94
Ethik in der Medizin.....	95
Gegenstandsbereiche (einer Ethik in der Medizin).....	96
Versuch eines Theorierahmens	97
Ursprünge der Moral.....	99
Was soll ich tun?.....	100
Wurzeln im Naturalismus	101
„Sorge“ als evolutionäres und soziales Hintergrundkonzept	102
Paternalismus.....	105
Zwischen Wohl und Autonomie	106
Ideen- und Begriffsgeschichte des Paternalismus	108
Differenziertere Bestimmungen des Phänomens Paternalismus	113
Was ist „Autonomie“?	120
Unterstellte „Defizite“ und Rechtfertigungen von Paternalismus	124
Ausblick: Zur Relevanz für die Medizin	128
Verantwortung	130
4.2 Architektur des ärztlichen Gesprächs	132
Gemeinsame Interessen?.....	133
Kommunikation zwischen Arzt und Patient	134
(„Idealtypische“) Entscheidungsfindungsmodelle in der Medizin	138
Paternalistische Modelle	139
Partizipatorische Entscheidungsfindung	140
Vertrags- oder Informationsmodelle	141
Die Rechtslage und einige Konsequenzen.....	141
Grundlagen der ärztlichen Behandlung.....	142
Verfassungsrechtliche Hintergründe.....	143
Medizinische Indikation (und „lege artis“).....	144
Aufklärung und Einwilligung (Patientenwille).....	145
Rechtshintergründe für Kinder und Jugendliche.....	147
4.3 Die Idee der gemeinsamen Entscheidungsfindung	148
Idee und Anfänge („Gründe“)	150
Reichweite, Forderungen und Kritik	151
Dimensionen einer „gemeinsamen Entscheidungsfindung“	152
„Partnerschaftlichkeit“, Autonomie und Paternalismus.....	156
Hilfsmaterialien – (Aus-) Bildung des Patienten	157
Das anhaltende Scheitern	159
Realität und Rechtslage	159
Ureigene ärztliche Aufgaben	160
Paternalistisch-deliberativ als sinnvolles „Gemeinsam“	163
4.4 Medizinische Indikation und Patientenwille	164
Medizinische Entscheidungen.....	165

Zur Geschichte der Indikation	166
Ethischer und Rechtsrahmen	167
Medizinische Grundlagen der Indikation	170
Die Bedeutung von Werten für die Indikation	172
(Vorläufiges) Fazit zur Indikation	175
Patientenwille und Indikation	177
Keine Maßnahme ohne Zustimmung des Patienten	177
Keine Maßnahme ohne Indikation	178
Patientenwille oder Patientenautonomie?	178
Welche Konsequenzen folgen daraus (Fazit)?	180
Pflicht zum Paternalismus (zur Fürsorge)	180
Pflicht zu Offenlegung von Alternativen („Auswahl“)	182
Pflicht zum erläuternden Begründen	187
fragen, fragen, fragen	187
4.5 Paternalismus und Autonomie im medizinischen Kontext	188
Patientenautonomie	190
Autonomie oder Kompetenz?	192
Theoretisch erfüllte Forderungen	197
Offene Forderungen und Grenzen der Patientenautonomie	198
Paternalismus in der Medizin	203
Rechtfertigungen des Paternalismus (in der Medizin)	205
Phänomen und praktische Bedeutung	210
Formen und Mittel der Beeinflussung	213
Grenzen des medizinischen Paternalismus	216
Aufgeklärter Paternalismus	218
Die Fürsorgepflicht des Arztes	220
Begründungspflichten des Arztes	220
Moderner ärztlicher Paternalismus	222
4.6 Fazit: Aufgaben und Grenzen des ärztlichen Gesprächs	223
Der Patient im Zentrum. Aber	224
Wohlverstandene ‚informierte‘ Zustimmung	225
Grenzen der Patientenautonomie	227
Ärztliche Gespräche mit Kindern	228
Das Entstehen der medizinischen Entscheidung	229
Paternalistisch-deliberative Gespräche	230
Verantwortung und Haltung: alternativlos	232
5 Und Vertrauen?	235
5.1 Das ‚Phänomen Vertrauen‘	235
Alltägliche Begegnungen und unterschiedliche Vertrauensbeziehungen	236
Vertrautsein mit sich, mit und in der Welt (Grundvertrauen)	238
Varianten des Grundvertrauens	239

Naturzustand und Kooperation.....	241
Vielschichtigkeit und Definitionsversuche	242
Verlässlichkeit oder Vertrauen?	242
Vertrauen als Gefühl.....	243
Fazit: Statt einer engen Definition viele Elemente	243
5.2 Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis	244
Ebenen des Vertrauens zwischen Arzt und Patient.....	245
Unterschiedliche Patienten	246
Institutionen im Hintergrund.....	247
Vertrauen in den einzelnen Arzt	248
Voraussetzungen und Kriterien für Vertrauen (in der Medizin)	250
Ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis	250
Mißtrauen (Vorsicht) des Patienten	251
Grundlagen für ein begründetes Vertrauen	252
5.3 Schlußbetrachtungen	254
Vertrauen und aufgeklärter Paternalismus.....	254
Ärztliches Gespräch und Vertrauen.....	254
Paternalismus und Liberalismus	255
6 Literatur	256

1 Problem und Fragestellung

Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist in mehrfacher Hinsicht eine besondere, und Vorstellungen über ihre Ausgestaltung sind bereits seit dem Altertum ein Thema. Allerdings schaffen erst medizinische und gesellschaftliche Veränderungen im 19. Jahrhundert die Rahmenbedingungen, unter denen heute – insbesondere seit den 1970er Jahren – deren Verhältnis diskutiert wird.

Es besteht dabei grundsätzlich die Tendenz, mit der **Patientenautonomie** – über die rechtlich verankerte (informierte) Zustimmungspflicht (dem ‚Patientenwillen‘) hinaus – weitere Forderungen zu verbinden, die auch eine mehr inhaltliche Mitbestimmung bei medizinischen Maßnahmen vorsieht. Im Rahmen ‚partizipativer Entscheidungsfindungen‘ sollen in diesem Zusammenhang die für alt befundenen **paternalistischen Modelle** überwunden werden.

Dabei werden jedoch einige Hintergründe übersehen oder ignoriert, die einer echten Mitentscheidung von Patienten sehr enge Grenzen setzen. Der immensen Komplexität vieler Entscheidungen in der Medizin schließt sich folgerichtig die Rechtslage an, die (derzeit) die alleinige Verantwortung für medizinische Maßnahmen beim Arzt sieht. Die Stellung einer **Indikation** folgt nicht nur dem Fachwissen, sondern ist auch auf ein erhebliches Maß an Urteilskraft angewiesen, was Patienten nicht im erforderlichen Maß leisten können. Alternative Handlungsoptionen sind möglich, setzen aber deren prinzipielle **Indizierbarkeit** voraus, und daß der Arzt die Verantwortung zu übernehmen bereit ist.

Aus der Verantwortung und Expertise des Arztes ergibt sich damit automatisch eine **Fürsorgepflicht**, weil die Indikation eben kein beliebiger Vorschlag ist, sondern die Gesundheit und das Wohl des Patienten im Blick hat, haben muß. Daraus wiederum folgt ein paternalistischer (und oftmals juristischer) Imperativ, der auch ‚Überzeugungsarbeit‘ einschließen kann.

Auf der anderen Seite setzt das natürlich die **Kompetenz** des **Paternalisten** im Einzelfall voraus. Verantwortungsübernahme ohne substantielles ‚Besserwissen‘ erodiert die Rechtfertigung für paternalistische Eingriffe. Hier liegen tatsächlich substantielle Mängel vor, deren Korrektur allerdings nicht durch die Patientenautonomie erreicht werden kann (wie von Vertretern einer ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘ intendiert).

Zusammen stellt sich damit natürlich die Frage, wie es überhaupt gelingen kann, Patienten zu ihrem Recht auf optimale Behandlung zu verhelfen – wenn die Indikation als Voraussetzung für medizinische Maßnahmen anerkannt wird (einschließlich Fürsorgepflichten und Paternalismus), die mögliche Inkompetenz des Arztes nicht ausgeschlossen werden kann, und echte inhaltliche Beteiligungen von Patienten marginal sein dürften.

Der Versuch einer **Auflösung** des **Dilemmas** mit Hilfe einer Stärkung der Patientenautonomie ist dabei nicht zielführend, weil die Defizite auf der anderen (Arzt-) Seite liegen. Und obwohl viele paternalistische Verhaltensweisen zu Recht kritisiert werden, kann die Lösung nur in einer differenzierteren Betrachtung des Paternalismus gefunden werden, dessen Funktion und Bedeutung ‚zwischen Indikation und Patientenwille‘ nicht zum Verschwinden gebracht werden können.

Ein modern gedachter Paternalismus muß dabei nicht nur (selbstverständlich) die Rechte der Patienten berücksichtigen, sondern weitergehenden (insbesondere Erklärungs-) Pflichten nachkommen. In solcherlei **aufgeklärtem Paternalismus** muß der Arzt seinem Patienten Rede und Antwort stehen, woraus sich eine neue Gesprächskultur ergeben könnte, die über die ‚Informierung‘ im Rahmen der (rechtlichen) Zustimmung hinausgeht. Patienten möchten meist nicht wirklich entscheiden (müssen), aber sie möchten ausführlich informiert werden. Das ist ihr gutes Recht, das aber in seiner wirklichen Bedeutung oftmals auf der Strecke bleibt.

Vielleicht kann man dieses in doppelter Weise dann deutlicher an den Bedürfnissen des Patienten orientierte Modell ein **paternalistisch-deliberatives** nennen.

1.1 Der Patientenwille

Inwieweit Ärzte in den vielen Jahrhunderten vor der Entwicklung der allgemeinen Krankenhäuser überhaupt die Macht und Möglichkeit hatten, gegen den Willen ihrer zumeist betuchten ‚Kunden‘ zu entscheiden, müßte im Detail untersucht werden. Spätestens durch die moderne Medizin im 19. Jahrhundert – und die damit häufig verbundenen ‚Standesunterschiede‘ – entwickelten sich paternalistische Denkweisen, die auf der Idee basierten, die Indikation rechtfertige auch zum Handeln ohne Einwilligung des Patienten.

Vermutlich ‚trunken‘ von den Erfolgen der Naturwissenschaften und der Chirurgie spielten alternative Maßnahmen (innerhalb der ‚Schulmedizin‘) immer weniger eine Rolle, was ein solches Handeln zu rechtfertigten schien. Daß es sich bei ‚Heileingriffen‘ um Körperverletzungen handeln könnte, der ein Patient (selbstverständlich) zustimmen – oder sie ablehnen – können muß, hat sich erst gegen Ende des 19. Jahrhunderts und danach durchgesetzt.

Insofern basierten die ersten Forderungen der Patienten nach ‚Mitsprache‘ (Zustimmung oder Ablehnung) weniger auf ‚Patientenautonomie‘ als vielmehr auf einer strafrechtlichen Selbstverständlichkeit, die zunehmend auch vor Gericht eingefordert worden ist. Die Frage, wer (letztlich) die Entscheidung über einen medizinischen Eingriff trifft, ist heute sehr einfach zu beantworten: (rechtlich) natürlich der Patient. Vorausgesetzt, daß er einwilligungsfähig ist.

Diese Forderung im Namen der Patientenautonomie scheint damit erfüllt. Die nach einer wirklich autonomen und authentischen Entscheidung jedoch dürfte eine Illusion bleiben; nicht nur wegen der Verantwortung, die nach wie vor ungeteilt beim Arzt liegt. Allerdings ergeben sich heutzutage oftmals größere Spielräume bezüglich möglicher Alternativen bei medizinischen Maßnahmen (verbunden mit alternativen Indikationen).

1.2 Laien, Experten und die Indikation

Im Zentrum der Medizin steht ohne Zweifel der Patient mit seinen Beschwerden, die zudem sehr persönliche sein können. Allerdings folgt daraus nicht automatisch, daß Patienten – als ‚Experten für den eigenen Körper‘ – auch am besten wüßten, welche medizinischen Maßnahmen im vorliegenden Fall die angemessenen wären. Tatsächlich besteht ein allgemeiner Konsens, daß es eine **Asymmetrie** zwischen Experte (Arzt) und Patient (doch eher Laie) gibt.

Denn bei aller Individualität und oftmals tiefgreifender Bedeutung der Entscheidungen bleiben es doch prinzipiell Experten-Laien-Verhältnisse. Und das Expertenwissen im medizinischen Bereich ist erheblich. Das über Jahrhunderte oder (das neuere) über Jahrzehnte angesammelte Wissen ‚der **Ärztenschaft**‘, das heute prinzipiell allen Ärzten zu jeder Zeit weltweit zur Verfügung steht, trifft auf ein langes Studium und eine ähnlich lange Facharztausbildung auf Seiten des einzelnen Arztes.

Die Vorstellung, sich durch möglichst gute Erklärungen letztlich ‚auf Augenhöhe‘ begegnen zu können, ist und bleibt damit eine **Illusion**. Die Komplexität der Medizin und die erforderliche Urteilskraft zur Anwendung auf den Einzelfall (als Summe der Erfahrungen aus vielen Einzelfällen) erfordert jahrelanges, besser jahrzehntelanges Dazulernen und Anwenden. Ärzte müssen also letztlich (alleine) eine Indikation stellen, die sie in Form einer Empfehlung äußern.

Durch die aus der Indikation entstandene **Fürsorgepflicht** kann es allerdings nicht bei einer sachlichen Empfehlung bleiben, sondern – je nach Art und Schwere der Erkrankung – muß im Zweifel Überzeugungsarbeit geleistet werden, damit der Patient keinen Schaden nimmt. Das ist (erforderlicher) Paternalismus auf Basis einer ärztlichen Verpflichtung. Daran kann (und sollte) auch die Betonung der Patientenautonomie nichts ändern, weil sie im Zweifel zu einer suboptimalen Entscheidung für den Patienten führt (der Patientenwille bleibt freilich unangetastet).

Die Fürsorgepflicht des Experten ‚Arzt‘ verpflichtet allerdings zum ‚richtigen‘ Handeln – Paternalismus muß (per definitionem) das wirkliche Wohle des Patienten im Blick haben, was wiederum die erwähnte hohe **Kompetenz** auf Seiten der **Ärzte** voraussetzt, die mindestens mit zwei Schwierigkeiten umzugehen hat.

- Zunächst haben manche Ärzte einfach **zu wenig Ahnung**. Wenn sie nicht ob der Einsturzgefahr der Millschen Brücke wissen, eine nahegelegene Umgehungsstraße nicht kennen oder Geld für das Zurückhalten des Brückengehers bekommen, dann können sie ihrer Aufgabe nicht nachkommen. Paternalismus liegt dann nicht vor.
- Wenn auf der anderen Seite das Einstürzen der Brücke gar nicht sicher ist, dann fehlt die Rechtfertigung für Paternalismus. In der Medizin ist weitaus mehr (auch als oftmals kommuniziert) nicht gesichert. Diese **Unsicherheiten** können natürlich nicht dazu führen, daß die Verantwortung der Entscheidung auf den Patienten übertragen wird. Aber sie erhöhen das Recht des Patienten auf Erklärungen, die zeigen, daß die Empfehlung des Arztes nicht ‚alternativlos‘ ist (was die Kenntnis von **Alternativen** einschließt).

Insgesamt wäre mehr Demut auf Ärzteseite der Sachlage angemessen. Allgemeine (und mitunter eigene) Unsicherheiten kommuniziert, könnten Ärzte ihre Patienten an den Schwierigkeiten der Lösungsfindung teilhaben lassen, ohne die Entscheidung abzugeben. Dem Laien ergäbe sich damit die Möglichkeit des kritischen Nachfragens, die im günstigen Fall auch zu Selbstreflexionen beim Arzt führen könnten.

1.3 Paternalismus im Wandel

Paternalismus soll dem Wohl des Paternalisierten dienen. Das war seine Ausgangsforderung, und das gilt noch immer. Daß dabei manchmal nur das vermeintliche, mitunter falschverstandene Wohl angestrebt wurde, ist eines der Probleme. Daß zur Durchsetzung auch Zwang eine Rolle spielte und spielt, ist eine weitere problematische Seite.

Sich hingegen in der Medizin lediglich auf den gänzlich unterbestimmten Begriff der ‚Fürsorge‘ zu verlassen, birgt Risiken, weil dieser oftmals als ‚harmlos‘ und nicht weiter begründungsbedürftig betrachtet wird, was der Realität nicht gerecht wird.

Soll auf einen fürsorgenden Paternalismus nicht verzichtet werden, so kommt einer genaueren Differenzierung des ebenfalls recht unklaren – aber immerhin rechtfertigungsbedürftigen – Begriffs eine besondere Bedeutung zu, wobei eine erste Unterscheidung von einem alten, bevormundenden (schlechten) Paternalismus und einen fürsorglichen und aufgeklärten Paternalismus vorgenommen werden soll.

- **‚Schlechter‘ Paternalismus** basiert auf der Vorstellung, man könne – weil man es besser wisse – bevormundend für andere entscheiden und das auch durchsetzen. Mit dem rechtlich verankerten Patientenwillen haben Patienten (mehr oder minder ‚informiert‘) die Möglichkeit der Zustimmung oder Ablehnung, wodurch übergriffige Formen des Paternalismus zumindest auf dem Papier verschwinden. Eine zweite Eigenschaft hält sich allerdings hartnäckig: Ein respektloser Paternalismus im Denken, der allzuoft zu respektlosen Umgangsformen führt.
- Soll Paternalismus erhalten bleiben – selbst die aktuelle Rechtslage (er)fordert dies ausdrücklich –, so kann es nur um eine Neubestimmung gehen: Ein wünschenswerter **‚guter‘ Paternalismus** ist erforderlich. Aus der Indikation und damit Verantwortung des Arztes ergeben sich Fürsorgepflichten, die um Erklärungspflichten ergänzt werden müssen, so daß man insgesamt von einem aufklärenden und damit **aufgeklärten Paternalismus** sprechen kann. Ein guter Paternalismus basiert (neben dem allgemeinen Respekt) auf einer plausiblen Erklärung der vorgeschlagenen (indizierten) Maßnahmen.

Das Problem der möglichen fehlenden Kompetenz des einzelnen Arztes ist damit zwar nicht aus der Welt. Die Erklärungspflichten führen aber dazu, daß auch Alternativen benannt und besprochen werden müssen. Damit werden bei einer Indikationsstellung zwar nicht direkt die ‚Wünsche‘ des Patienten berücksichtigt, es läßt sich aber über Vor- und Nachteile von Alternativen sprechen, die indirekt einen Bezug zu den Lebensvorstellungen des Patienten haben (können).

1.4 Das ärztliche Gespräch

Wenngleich sich die Möglichkeiten der Patienten auf diese Weise relativieren, zu einer medizinischen Entscheidung ernsthaft etwas beitragen zu können, so hat das zunächst keine Auswirkungen auf ihr gesetzlich verbrieftes Recht, informiert zu werden, was mit ihrem Körper passieren

soll, bevor sie einwilligen oder eben ablehnen (die ‚informierte Zustimmung‘ im Rahmen des Patientenwillens). Aber es stellt sich doch die Frage nach der Funktion eines solchen ‚Gesprächs‘. Faßt man die Rechte der Patienten jedoch etwas weiter und geht den Schritt von der informierten Zustimmung zum erklärenden Gespräch im Rahmen eines aufgeklärten Paternalismus, dann stellt sich ein Wert auf einer anderen Ebene ein. Dieser (wahrscheinlich nicht nur) derzeit eher auf moralphilosophischem Boden basierende Anspruch ist untrennbar mit einer grundsätzlich respektvollen Behandlung verknüpft: Es steht Patienten zu (um nicht zu schreiben, sie hätten ‚das Recht‘) auf eine ausführliche Erklärung einschließlich möglicher Alternativen, um die vorgeschlagenen Maßnahmen zumindest einordnen zu können. Außerdem kann den meisten ein Bedürfnis unterstellt werden, Vorgänge und Fehlvorgänge in ihrem Körper (grob) verstehen zu wollen.

Als Struktur für das ärztliche Gespräch ergibt sich damit die vom Arzt gestellte Indikation, in deren Erläuterung auch Alternativen einfließen, die – vom Arzt – entsprechend eingeordnet werden müssen, damit Patienten bei ihren Entscheidungen zumindest deren Positionierung erkennen können. Bei echten Alternativen (Indizierbarkeit) ergibt sich auch eine echte Wahlmöglichkeit. Allerdings auch die begleitet von (einem aufgeklärten oder aufklärenden) Paternalismus – und weniger einer inhaltsarmen ‚Patientenautonomie‘.

Das Miteinander-Sprechen von Arzt und Patient weist allerdings grundlegendere Probleme auf, als man gemeinhin annehmen könnte. Zum einen dient als gemeinsame Ebene – Grundlage der Kommunikation – ein gemeinsames Verständnis des Funktionierens eines gesunden Körpers (‚Vorklinik‘) und der aktuell vorliegenden Fehlfunktion (Erkrankung). Ein grundsätzlich fehlender Erklärungswille in der gesamten Medizin kann dem allerdings nicht Rechnung tragen, vielmehr stehen auf ärztlicher Seite ‚Fakten‘ statt ernsthafte Erklärungen. Daraus folgt nicht ganz zufällig eine fehlende Klarheit der Begriffe (man könnte es fehlende ‚Transdisziplinarität‘ nennen).

Weitreichende Konsequenzen hat die ‚Entbindung‘ des Patienten von einer echten inhaltlichen Entscheidung dann natürlich automatisch für den Umgang mit **Kindern** (und erst recht **Jugendlichen**) im ärztlichen Gespräch. Geht es um ausreichende Information und nicht um Entscheidungen, so gibt es keinen Grund, sie – altersentsprechend – nicht wie Erwachsene zu behandeln. Die Rechtslage bezüglich ihres Patientenwillens bleibt ein gesondertes Problem.

1.5 Das ‚Projekt‘

Die zentrale Frage sollte damit sein, wie es trotz erdrückender Kompetenz auf Seiten der Ärzteschaft, aber nur begrenzter Kompetenz auf Einzelner-Arzt-Seite einem gar nicht kompetenten Patienten möglich ist, eine gute Therapie zu bekommen. – Hier liegt das *eigentliche* Problem, nicht etwa bei einer Berücksichtigung der ‚Lebensumstände‘ des Patienten oder der Erfüllung seiner ‚Wünsche‘ bei medizinischen Maßnahmen.

Das bedeutet zum einen, daß in der Praxis der tatsächlichen Kompetenz des Patienten eine höhere Bedeutung zukommt als seiner doch eher abstrakten Autonomie (über den

Patientenwillen hinaus). Vor allem aber darf auch die Kompetenz des einzelnen Arztes nicht als Selbstverständlichkeit vorausgesetzt werden. Eine Lösung dieses Dilemmas besteht allerdings nicht – wie oft versucht – in einer Stärkung der Patientenautonomie. Nur die Ärzteschaft und der einzelne Arzt selbst können und müssen ihren eigenen Ansprüchen und ihrer Verantwortung gerecht werden und wirklich zum Wohle des Patienten handeln.

Hierfür bedarf es grundsätzlich einer weitaus kritischeren Haltung auf Seiten der Ärzteschaft, einschließlich der Etablierung einer echten **Fehlerkultur**. Dazu gehört aber auch eine sehr viel selbstkritischere Haltung des einzelnen Arztes bezüglich seiner Kompetenz. Mehr Demut ist gefragt angesichts einer komplexen Medizin, die zudem fast nur aus Unsicherheiten besteht, die aber ehrlich und aufrichtig vermittelt (und dazu erkannt) werden müssen.

Dennoch liegt die Expertise bei all der Unsicherheit natürlich beim Arzt. Entscheidungen werden nicht einfacher, wenn mehr Möglichkeiten vorhanden sind; im Gegenteil. Und hier liegt weiterhin die Verantwortung des Arztes: Seinem Patienten nach besten Wissen und Gewissen und trotz der Unsicherheiten eine zu seinem Wohl möglichst beste Empfehlung zu geben, in die er (zumindest guten Gewissens) einwilligen kann.

Und natürlich wird hier in erheblichem Maß von Paternalismus Gebrauch gemacht. Allerdings von einem aufgeklärten Paternalismus, der zugleich ein aufklärender sowie fürsorge- und erklärungs-pflichtiger ist. Befreit von ‚echten‘ Mitentscheidungsmöglichkeiten wird ein **paternalistisch-deliberatives Gespräch** zudem der juristischen und faktischen Verantwortung der Ärzte und damit der Realität gerecht.

Daraus ergeben sich die vier Teile der Arbeit, die dieser Einleitung (‚**Problem** und **Fragestellung**‘) (1) folgen.

- Eine kurze Betrachtung der **historischen Hintergründe** (2) ist als allgemeine Basis unverzichtbar, weil sie die Wurzeln der aktuellen Diskussionen erklären können.
- Den inhaltlichen Kontext bietet eine Darstellung zur ‚**Medizin als Wissenschaft**‘ (3). Dem liegt nicht nur das Selbstverständnis des Faches zugrunde (und hat damit einen erheblichen Einfluß auf den Umgang mit Fachfremden [Patienten]), sondern ist auch eine Antwort auf die Frage, inwieweit man Laien überhaupt in die Lage versetzen kann, mitentscheiden zu können.
- Dieser Umgang ist dann ausführlich Thema beim ‚**ärztlichen Gespräch**‘ (4), in dem alle Elemente zusammengeführt und kritisch in Beziehung zum Arzt-Patienten-Gespräch gesetzt werden.
- Erst am Ende sollen Fragen zum ‚**Vertrauen**‘ (5) in der Medizin gestellt werden, die im Kontext einer möglicherweise neuen Gesprächskultur zu sehen sind.

2 Historische Hintergründe

Die Berücksichtigung historischer Hintergründe trägt oftmals erheblich dazu bei, aktuelle Probleme und Diskussionen besser oder überhaupt erst verstehen zu können, die Medizin macht da keine Ausnahme. Neben sich verändernden äußeren Strukturen, oftmals in Verbindung mit größeren politischen und gesellschaftlichen Entwicklungen, lassen sich auch zentrale Elemente der Medizin selbst und des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient beleuchten; und zwar längs durch die Geschichte. Drei medizinische Aspekte sollen hier schwerpunktmäßig in den Blick genommen werden: Sich ändernde **fachinhaltliche Hintergründe** mit Folgen für die Basis der **Indikation** sowie der **Patientenwille**.

Bemerkenswert sind dabei weniger die Veränderungen als vielmehr einige Konstanten, die zwar kritisiert, aber wahrscheinlich nicht überwunden werden können. Um dennoch modernen Ansprüchen gerecht zu werden, bedarf es allerdings der Anpassungen an den richtigen Stellen.

Fachinhaltliche Hintergründe. Nach der zunehmenden Verdrängung religiös-mythischer Erklärungen in der Medizin zugunsten rationaler(er) Ansätze in der Antike hielten sich humoral-physiologische und -pathologische Vorstellungen letztlich bis weit ins 19. Jahrhundert hinein. Sie bildeten die Basis für Erklärungen und Entscheidungen in der Medizin, sowohl für die allgemeinen Körpervorstellungen als auch für die Verursachung von Erkrankungen.

Abgelöst wurden die humoralen Vorstellungen von solitären: Nicht die Flüssigkeiten im Körper seien der Ort der Krankheitsentstehung, sondern vielmehr klar lokalisierte Orte; Organe (Morgagni im 18. Jahrhundert), später Gewebe (Bichat Ende des 18. Jahrhunderts) und Zellen (Leydig und Virchow Mitte des 19. Jahrhunderts mit der Zellulärpathologie) (Schramme 2012: 18). Zumeist nur parallel entwickelten sich chirurgisch tätige Professionen, zunächst als ‚Wundärzte‘ oder ‚Wundheiler‘. Sie kamen vermutlich ohne größere Theorien aus (konnten dafür aber oft wirklich helfen...). Einen Sprung machten die chirurgischen Fächer durch die erweiterten Möglichkeiten (Narkose, Hygiene) im 19. Jahrhundert (profitierten aber zudem von verbesserten Diagnosestellungen der Inneren Medizin).

Indikation. Auf Grundlage der jeweiligen fachinhaltlichen Hintergründe erfolgten Indikationen, die zunächst als *endeixis*, ab dem 12. Jahrhundert als *indicatio* (Gahl 2015: 25) bezeichnet wurden. Immer geht es darum, daß ein Anzeichen einer Erkrankung (bei einem einzelnen Patienten) auf deren Ursache hinweist, und das wiederum „berechtigt oder drängt den Arzt, etwas gegen die Krankheit zu tun“ (ebd.: 24). Der Begriff der Indikation habe damit schon früh „einen zum Handeln verpflichtenden, deontologischen Charakter“ (ebd.) bekommen. Ein Imperativ, der bis heute sowohl im Denken der Ärzte als auch in der Gesetzgebung verankert gefunden werden kann, und der als Hintergrund für die aktuellen Diskussionen oftmals unterschätzt wird.

Was dabei als Basis (Begründung) für das Stellen einer Indikation angenommen wird, hat sich im Laufe der Geschichte gewandelt. An ihrem zum Handeln auffordernden Charakter hat das aber nichts geändert, womit schon immer so etwas wie Fürsorge eine Rolle spielte, die durch die

gesellschaftlichen Veränderungen Paternalismus (und schließlich eine Autonomie-,Gegenbewegung') begründeten.

Patientenwille. Dem imperativen Charakter der Indikation steht die Einwilligung oder Ablehnung des Patienten gegenüber, die Durchführung der Maßnahmen zuzulassen. Wenngleich eine ernsthafte (sachlich wirklich relevante) Beteiligung des Patienten – inhaltlich oder im Sinne seiner Autonomie – wohl über Jahrtausende ausgeschlossen werden können (Faden und Beauchamp 1986: 86 ff.), so dürfte doch bei ‚betuchten Kunden‘ – und um die ging es primär bei Arztbesuchen – auch ein Zwang eher die Seltenheit gewesen sein (höchstens durch den Ehemann einer erkrankten Frau).

Das änderte sich jedoch radikal mit dem Aufkommen der Krankenhäuser im 18. und vor allem 19. Jahrhundert, wo zu den fachinhaltlichen Veränderungen auch ein veränderter ‚Zugang zum Arzt‘ selbst durch einfache soziale Schichten hinzukam. Wegen dieses grundsätzlich veränderten Arzt-Patienten-Verhältnisses kann man von einem Bruch in der Medizin sprechen, in der der Patientenwille tatsächlich (erstmalig und wahrscheinlich nur kurzzeitig) *keine* Rolle spielte, was sich in Deutschland gegen Ende des 19. Jahrhunderts änderte (‚wieder‘ kann man wegen der doch gänzlich anderen Umstände dennoch schlecht sagen). Hintergrund für viele heutige Diskussion sind dabei tatsächlich noch immer die tiefgreifenden Veränderungen im 19. Jahrhundert.

Mit diesen drei Elementen im Hintergrund soll ein Blick in die Geschichte geworfen werden, um deren Entwicklung im Lichte der institutionellen und personellen Veränderungen aufzuzeigen. Für eine Dreiteilung der historischen Epochen spricht nicht zuletzt die besondere Bedeutung des 19. Jahrhunderts (mit länger zurückreichenden ‚Vorarbeiten und -ereignissen‘). Ähnlich schlägt dies auch der kanadische Historiker Edward Shorter (1991) vor (dies nach Noack und Fangerau 2006: 79 f.).

- In einer langen **vormodernen Phase**, die man durchaus von den Anfängen bei Empedokles und Hippokrates bis ins 19. Jahrhundert legen kann, dominierte durchgehend das Konzept der Humoralpathologie. Neben dem Übergang von der Klostermedizin (in unseren Breiten) zur universitären, spielte auch das wechselnde Verhältnis der Chirurgie zur gelehrten (später akademischen) Medizin eine Rolle (2.1).
- In der Moderne (2.2) erfolgte eine enorme **Professionalisierung** der Medizin, die sich in modernen Krankenhäusern und durch den ‚Siegeszug‘ der Naturwissenschaften sowie verbesserte operative Möglichkeiten zeigte, was einen erheblichen Einfluß auf die gesellschaftliche Stellung der Ärzteschaft und ihr Verhältnis zu den Patienten hatte. Erste Anfänge einer Begrenzung der Macht der Mediziner zeigte sich durch eine zunehmende ‚Verrechtlichung der Medizin‘ gegen Ende des 19. Jahrhunderts.
- Die sich **wandelnden Kompetenz-** und **Machtverhältnisse** (2.3) in dieser Zeit sowie einige neuere Entwicklungen liegen noch immer den aktuellen Diskussionen über das Verhältnis von Arzt und Patient zugrunde. Fachinhaltliche Dominanz, zunehmende Patientenrechte und damit verbundene Konflikte sowie einige offenkundige Fehler innerhalb

der Medizin bereiteten ab der Mitte des 20. Jahrhunderts den Boden für eine postmoderne Phase.

2.1 Personen und Institutionen in der Vormoderne

Aufgrund der im 19. Jahrhundert vollzogenen Zäsuren auf verschiedenen Ebenen kann man die Zeit davor durchaus als eine Art Vorspiel dazu und damit für die heutige Zeit betrachten. Zudem läßt sich die „Heilkunde [als] eine Art Urberuf“ betrachten, „ein Beruf, der nicht erfunden wurde, sondern sich aus den konkreten Bedürfnissen des Menschen ergab (Seidler 1993)“ (Maio 2012: 86 f.). So überrascht es auch nicht, daß sich durch die Zeit einige Konstanten, wie das Sich-Kümmern um einen Einzelpatienten (kein primär wissenschaftliches Interesse), unterschiedliche Erklärungsversuche und irgendwie auch schon klinisches Urteilen ergaben. Drei inhaltlich-strukturelle Entwicklungen bildeten dabei wichtige Hintergründe.

- Ausgangspunkt einer dann Jahrtausende gültigen Vorstellung über die Entstehung von Krankheiten und deren Behandlung war die Überwindung einer religiös-mythischen Medizin im 5. Jahrhundert vor Christus durch die Errichtung einer rationalen und zudem verschriftlichten Medizin. Mit nur geringfügigen Erweiterungen bestimmte sie letztlich bis ins 19. Jahrhundert als **Humoralpathologie** das medizinische Denken.
- Bezüglich der Orte der Behandlung Kranker folgte in unseren Breiten dem Untergang des Weströmischen Reiches alsbald die Etablierung einer auf Nächstenliebe basierender **Klostermedizin** (die weitgehend ‚arztfrei‘ blieb). Erst im 12. Jahrhundert wurde sie zunehmend von einer Medizin als **akademischer Wissenschaft** ergänzt und zum Teil abgelöst, wodurch Ärzte aus der Privatheit mehr ins öffentliche Leben gelangten.
- Fachintern überlagert – und für monastische und akademische Entwicklungen zum Teil richtungsweisend – waren die jahrhundertlang ausgetragenen Fehden zwischen den ‚**gelehrten**‘ (Ärzte) und ‚**handwerklichen**‘ (Chirurgen, Geburtshelfer) **Vertretern** der Medizin. Ebenfalls bis heute andauernde Konfliktpotentiale inbegriffen (denen sich die Apotheker mit einem eigenen Fachgebiet zu entziehen vermochten).

Die Entstehung einer rationalen Medizin als Humoralpathologie

Die Anfänge der bis ins 19. Jahrhundert reichenden Dominanz der Humoralpathologie als Erklärungshorizont innerhalb der Medizin lassen sich bis ins alte Griechenland zurückverfolgen.

Der allgemeinen Entwicklung im 5. Jahrhundert v. Chr. folgend – weg von religiös-mythischen Welterklärungen (Asklepios als Gott der Heilkunst) hin zu **naturphilosophischen** – konnte sich auch die Medizin nicht entziehen. Es wurde nach rationalen Erklärungen für Erkrankungen gesucht, wobei sich Grundlagen zu einer Humoralphysiologie und -pathologie bereits bei Empedokles finden lassen (der möglicherweise selbst Arzt gewesen ist). Eine Systematisierung und vor allem Verschriftlichung dieser Anfänge (Eckart 2021: 13) finden sich bei **Hippokrates** und den zahlreichen Autoren des Corpus Hippocraticum (insbesondere Polybos) an der Wende vom 5. zum 4. Jahrhundert v. Chr.

Mit einem zeitlichen Sprung ins 2. nachchristliche Jahrhundert des Alten Roms verbunden war eine Systematisierung der Humoral- und Weiterentwicklung zur Temperamentenlehre durch **Galen** und später **Avicenna**, die – trotz kritischer Stimmen unter anderem von Paracelsus, Vesalius (im 16.) und Harvey (im 17. Jahrhundert) – letztlich erst im 19. Jahrhundert abgelöst worden sind.

„Vom Mythos zum Logos“ prägte die Gedankenwelt der Vorsokratiker, die mit ihrer Naturphilosophie primär nach rationalen Erklärungen für die Welt suchten. Heraklit („alles fließt“) und die Eleaten („alles ist unveränderlich“) stritten über die Grundverfaßtheit, Empedokles (etwa 495 bis 435 v. Chr.) versuchte später eine Zusammenführung und ging von vier Grundwurzeln (erst später als Urstoffe oder Elemente bezeichnet) aus – Erde, Wasser, Luft und Feuer –, deren Mischungsverhältnis die Welt konstituierten.

Zusammen mit Zenons Erweiterung um vier Grundqualitäten wurde die Naturphilosophie auch zum Ausgangspunkt einer rationalen Medizin mit einer wissenschaftlichen Basis. **Empedokles** selbst stellte wahrscheinlich schon eine Verbindung zwischen „seinen Welt-Grundstoffen und ihren vier Grundqualitäten (feucht, trocken, warm, kalt)“ her (Eckart 2021: 11). Darüber hinaus hat er schon „das Mischungsverhältnis der Körpersäfte (Harmonie = synkrasie = Gesundheit; Disharmonie = dyskrasie = Krankheit) entsprechend der Elementen- und Qualitätenlehre in seinem Krankheitskonzept angedeutet und damit das Fundament für die spätere Säftelehre gelegt“ (ebd., ohne Herv.).

Mit Hippokrates von Kos (geboren um 460 v. Chr. auf Kos, gestorben um 370 v. Chr. in Larisa, Thessalien) wird eine kleine Gruppe von Ärzten verbunden, deren bekanntestes Vermächtnis heute das medizinethische Konzept des ‚Hippokratischen Eides‘ ist. Wieviel Hippokrates in seiner Zeit selbst dazu beigetragen hat, wird als „umstritten“ (Eckart 2005: 13) oder „auszuschließen sein“ (Riha 2008: 27) betrachtet.

Die konkret medizinischen Schriften (das ‚Corpus Hippocraticum‘) sind vermutlich zwischen 400 v. Chr. und 100 n. Chr. entstanden (Eckart 2021: 12) und bestehen aus mehr als 60 medizinischen Texten; einer der Hauptschreiber war vermutlich Hippokrates' Schüler Polybos. Der größte Verdienst wird dabei oftmals im Beginn einer Verschriftlichung der damaligen Medizin gesehen: Seit dieser Zeit sei „die Medizin eine schreibende Wissenschaft, die ihren Stoff festhalten, sammeln und vergleichen kann“ (ebd.: 13). Neben die persönliche Erfahrung trat so eine nachlesbare und über das persönliche Gespräch weitergebbare Erfahrung, die ärztliche Maßnahmen erst überprüfbar machte.

Inhaltlich vertraten sie ein Krankheitskonzept, das auf der empedokleischen Lehre von den vier Elementen und ihren Mischungseigenschaften im menschlichen Körper aufbaute. Um die Wende vom 5. zum 4. Jahrhundert v. Chr. entwickelten die Ärzte um Hippokrates eine Vier-Säfte-Lehre, die die Basis für alle weiteren Ausarbeitungen der Humoralphysiologie und -pathologie bildete. Man vermutete als ‚Lebensträger im Körper‘ Blut, gelbe Galle, schwarze Galle und Schleim. Die beiden zentralen Anliegen der Schule von Hippokrates waren damit Erklärungen für allgemeine

Körpervorgänge („Humoralphysiologie“; heute die Vorklinik) sowie die „Humoralpathologie“ als Krankheitskonzept; beides Begriffe, die vermutlich erst später erfunden worden sind. Zur Ätiologie kommt als dritter wichtiger Punkt dann noch die Prognose (Eckart 2021: 14 f.).

Galenos von Pergamon (um 130 bis wahrscheinlich nach 204 n. Chr.) übernahm im alten Rom eine Schlüsselrolle, nachdem die Medizin dort erst recht spät überhaupt eine Bedeutung bekommen hatte. Hier spielten Griechen die Hauptrolle. Das Verdienst Galens besteht vor allem darin, die Schriften des Corpus Hippocraticum „zu ihrer kanonischen Form ausdifferenziert“ zu haben (ebd.: 15). Dabei verbindet er deren empirische Tradition zudem mit der dogmatischen Tradition der alten alexandrinischen Medizin.

Der persische ‚Universalgelehrte‘ Avicenna (geb. 979 in Afschana bei Buchara in Chorasán; gestorben 1037 in Hamadan und mindestens Arzt, Naturwissenschaftler, Philosoph und Jurist), hieß eigentlich Abū Alī al-Husain ibn Abd Allāh ibn Sīnā, kurz **Ibn Sina**, latinisiert Avicenna, und war eine weitere wichtige Persönlichkeit, die bis ins 16. Jahrhundert – auch an europäischen Universitäten (Eckart 2021: 116) – gelesen wurde. Mit seinem *Buch der Genesung* und insbesondere einem fünfbändigen *Kanon der Medizin* hatte er einen großen Einfluß auf die Medizin.

Historische Kritiker der Humoralpathologie. Insbesondere drei müssen erwähnt werden: Paracelsus und Vesalius im 16. Jahrhundert sowie William Harvey im 17. Jahrhundert.

Theophrastus Bombast von Hohenheim („**Paracelsus**“ [1493 oder 1494 bis 1541]) hat die Vier-Säfte-Lehre kritisiert und ihr drei ‚Vitalprinzipien‘ entgegengesetzt, deren ‚Unausgewogenheit‘ zu Erkrankungen führten.

Der Flame deutscher Herkunft Andreas **Vesalius** (1514 bis 1564]) hat mit einer „Wiedergeburt der anatomischen Zergliederungskunst“ (Eckart 2021: 95) nicht versucht, Galen zu widerlegen, sondern mit seinen Befunden aus Autopsien zusammenzubringen. Er kann durch seine Organzentriertheit als Mitbegründer einer pathologischen Anatomie und damit Wegebereiter morphopathologischen Denkens in der Medizin gelten. – In diesem Zusammenhang sind letztlich auch **Leonardo** da Vincis (1452 bis 1519) anatomische Studien zu sehen (Kupper 2007: 103 ff.).

Der englische Arzt und Anatom **William Harvey** (1578 bis 1657) stellte sich mit seiner 1628 veröffentlichten Arbeit ‚Über die Bewegung des Herzens und des Blutes‘ mit einer erstmaligen (wahrgenommenen) Beschreibung des großen Körperblutkreislaufs ebenfalls der Humorallehre entgegen.

Weitergeführt von **Morgagni** und **Bichat** fanden diese ersten Schritte schließlich in der Zellulärpathologie Rudolf **Virchows** 1858 ihren Abschluß (siehe unten).

Von der monastischen Medizin zu den ersten Universitäten

Nach dem Zusammenbruch des Weströmischen Reiches (mit dem offiziellen Ende 476 n. Chr.) entwickelten sich drei medizinische Strömungen, die in eine byzantinische und eine arabische Medizin und die westeuropäische Klostermedizin eingeteilt werden können. Die Entwicklungen in

Westeuropa (auch im Zusammenhang mit den Universitäten) lassen sich ebenfalls grob in drei inhaltliche Phasen einteilen, die sich gegenseitig bedingten und verstärkten.

Die erste Phase basiert auf der Vorstellung einer christlichen Nächstenliebe, die den Klöstern eine besondere Position für die Krankenversorgung zukommen ließ. Insbesondere das Aufkommen einer zunehmend religionsunabhängigen (und damit -kritischen) Wissenschaft ließ die Geistlichen sich wieder auf ihre religiöse Kernaufgabe zurückbesinnen. Ihrem eigenen Drang folgend, aber auch als Reaktion auf die Kirche, gründeten sich zunehmend (mehr oder minder religionsunabhängige) Universitäten, bei denen auch eine scholastische Medizin schnell eine größere Rolle spielte.

Zu bemerken ist zudem, daß Ärzte in den Anfängen insbesondere ‚neben‘ der klösterlichen Krankenversorgung (und für eine gänzlich andere Klientel) vorkamen und erst im Zuge der Verwissenschaftlichung, insbesondere über die Beteiligung der Universitäten, eine größere Rolle spielten.

Klostermedizin. Die Zeit der (monastischen oder) Klostermedizin in Westeuropa schloß sich direkt an den Untergang des Weströmischen Reiches an und prägte damit vom 5. bis zum 12. Jahrhundert die Medizin in unseren Breiten. Insbesondere an Pilgerrouten wurde den Wanderern eine Unterkunft mit auch medizinischer Versorgung angeboten, die Klöster dienten „als heilkundliche Zentren“ (Eckart 2021: 60). Grundlage waren die Benediktinerregeln des **Benedikt** von **Nursia** (etwa 485 bis 550 n. Chr.), der die Sorge für die Kranken in den Mittelpunkt stellte. Regeln, die „spätestens ab dem 8. Jahrhundert für alle westlichen Klöster galten“ (ebd.). Die medizinisch-inhaltliche Basis bildete die Viersäftelehre.

Die Krise der Klostermedizin war gleichfalls auch die Geburtsstunde der anfänglichen Universitätsmedizin. Zementiert wurde diese Entwicklung durch zwei offizielle Beschlüsse. Das **Konzil** von **Clermont** von **1130** war der „Anfang vom Ende der monastischen Medizin und damit der klerikalen Medizin insgesamt“ (ebd.: 64). Damit förderte der Beschluß auch „den Ausbau der weltlichen Schulmedizin an den jungen Universitäten des Abendlandes“, was insgesamt „den bereits begonnenen Säkularisierungsprozeß der Medizin“ verstärkte (ebd.: 65). Das **Konzil** von **Tours** aus dem Jahre **1163** legte dann ein generelleres medizinisches Ausbildungsverbot für Mönche fest.

Scholastische Medizin. Vom 12. bis zum 16. Jahrhundert. Das 12. Jahrhundert war zunehmend von einer „zu beobachtenden epochalen Tendenz zur Verwissenschaftlichung, das heißt zur rationalen Durchdringung und Systematisierung“ (Bruchhausen und Schott 2008: 52) geprägt. Der „allgemeinen Tendenz zum Zurückdrängen theologischer Deutungsmuster und einem dezidierten Weltbezug des Wissens“ (Riha 2008: 34) zu Zeiten der Staufer setzte die Kirche eine klare Rückbesinnung auf ihre religiösen Werte entgegen, was auch für den medizinischen Bereich nachhaltige Folgen hatte. Im Zuge dieser Verwissenschaftlichung im 12. Jahrhundert kam es auch in der Medizin – nach der rationalen Wende unter Empedokles und Hippokrates, die sich

der mystischen Aspekte erledigten – zu einer zweiten Wende, bei denen die kirchlichen Bezüge letztlich durch die **ersten Universitäten** ersetzt wurden.

Die Medizin entwickelte sich „zu einer theoretisch orientierten Disziplin“ (Bruchhausen und Schott 2008: 52), was sich zunächst in weltlichen Medizinschulen (12. bis 16. Jahrhundert) widerspiegelte. „Die Anfänge der weltlichen Schulmedizin des westeuropäischen Mittelalters“ sieht Eckart (2021: 65) dabei bereits bei der Schule von Salerno (Ende des 10. Jahrhunderts, mit einer Blütezeit im 12. Jahrhundert).

Ärzte, Chirurgen, Geburtshelfer – Apotheker

Im Bereich der ‚Heilkunst‘ lassen sich einige Richtungen ausmachen, die erst im Laufe der Zeit zueinanderfanden (Ärzte, Chirurgen und ‚Geburtshelfer‘) oder getrennt blieben (Apotheker). Zumindest für die Chirurgie läßt sich dabei keine einheitliche Linie ausmachen, weil ihre Position(ierung) mehrfach wechselte und zudem lokalen Besonderheiten unterlag.

Der Berufsstand der **Apotheker** entstand im 13. Jahrhundert durch das ‚Edikt von Salerno‘ (1240) von Friedrich II., wodurch eine erste Trennung von Ärzten und Apothekern vorgenommen wurde (Riha 2008: 34). Eine Trennung, die sich heute im Teilgebiet der Pharmakologie innerhalb der Medizin (Ärzte) und dem eigenen Studium der Pharmazie (Pharmazeuten) wiederfindet. Die besondere Stellung der Klöster für die Arzneimittel muß hier unberücksichtigt bleiben.

Ärzte und Wundärzte. Die ‚Wundversorgung‘ spielte anfangs wahrscheinlich keine entscheidende Rolle für das Selbstverständnis der ersten Ärzte (wenngleich Galen als Gladiatorenarzt auch Erfahrungen im Bereich der Wundbehandlung sammeln konnte [Eckart 2021: 26]). Im Zuge des **IV. Laterankonzils** von **1215** wurde den Akademikern (so auch Klerikern) der Verzicht auf chirurgische Praktiken vorgeschrieben. „Durch diesen Konzilsbeschluß vollzog sich auch die Trennung von Medizin und Chirurgie im christlichen Mittelalter.“ (ebd.: 65)

Spätestens ab diesen Zeiträumen gingen die Wundärzte für längere Zeit eigene Wege, absolvierten zumeist eine handwerkliche Ausbildung mit abschließender Gesellenprüfung und waren zur Qualitätskontrolle in Zünften organisiert. Insbesondere die Entwicklung der **Schußwaffen** führte Ende des 15. und Anfang des 16. Jahrhunderts zu einer größeren Bedeutung auch der **Militärchirurgie**, aber erst im **18. Jahrhundert** – nach rund 500 Jahren Trennung – erfolgten wieder erste Annäherungen zwischen den gelehrten Ärzten und den Wundärzten. In Preußen zeigte sich das nicht zuletzt seit 1727 an der Berliner Charité mit dem ersten Operationsaal, der in ein Krankenhaus integriert worden ist (ebd.: 183). Der ‚wahre Siegeszug‘ der Chirurgen erfolgte dann aber erst später mit der Erfindung und Anwendung wirksamer Narkosen und der Möglichkeit großer Bauchoperationen (die zudem Hygienemaßnahmen voraussetzte).

Geburtshelfer. Die Geschichte der Geburtshilfe als drittem zu integrierenden Fach folgte insgesamt noch später. War die Geburt lange Zeit Sache der Hebammen, so verfügte Preußen 1852 „die Zuweisung der Oberaufsicht über Hebammen an Ärzte“ (Fangerau 2007: 23, ohne Herv.),

was die „Definitions-macht der Ärzte und ihre Handlungsautonomie auf das Gebiet der Geburtshilfe ausweitete“ (ebd.).

„Vereinigungen“. In **Bayern** wurden die drei Einzeldisziplinen (Innere Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe) 1843 zusammengeführt, in **Preußen** folgte das im Rahmen einer gemeinsamen Approbationsordnung für Ärzte, Wundärzte und Geburtshelfer 1852. In **Österreich** zeigen sich diese historischen Wurzeln noch immer beim Doktorgrad: Seit einer kaiserlichen Verfügung aus dem Jahre 1872 – und bis heute – heißt der medizinische Doktor nicht mehr Doctor medicinae (Dr. med.), sondern Doctor medicinae universae (Dr. med. univ.) – als ‚Doktor der gesamten Heilkunde‘, was die drei genannten Fächer einschließen soll.

2.2 Professionalisierung der Medizin in der Moderne

Nach dem Beginn der Modern „an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert“ (Assadi 2021: 366) erfolgte „spätestens“ im 19. Jahrhundert die „Etablierung von Experten, besser: klassischen Professionellen“ (Nassehi 2010: 345), einhergehend mit einigen tiefgreifenden Zäsuren, auch für den medizinischen Bereich. Zudem werden Grundlagen gelegt, deren damalige Konflikte bis heute bedeutsam sind – oder eher als nach wie vor nicht geklärt gelten können.

Die Entwicklungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts waren dabei so rasant, daß Hofer von einer „stürmische[n] Phase der Professionalisierung und Expansion der universitären Medizin wie auch des Gesundheitswesens“ (Hofer 2013: 29) schreibt. Insgesamt führte das zu einer deutlichen Zunahme der Komplexität in der Medizin.

Vier zentrale Entwicklungen – deren vorsichtige Anfänge zum Teil weit in die Geschichte zurückreichen – werden insbesondere in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wirkmächtig, weil unterschiedliche Entwicklungsstränge erste Höhepunkte erreichten und zudem zusammenfanden. Insbesondere die Vorläufer der Krankenhäuser trafen erst ziemlich spät auf Ärzte, die bisher ihre Patienten vor allem zu Hause besuchten und behandelten.

- Mindestens ins 4. Jahrhundert zurück führen in Europa erste ‚Spitäler‘, die sich aber erst im 18. und 19. Jahrhundert zu **modernen Krankenhäusern** weiterentwickelt haben. Ihre Verbindung mit den medizinischen Fakultäten (sofern vorhanden) stellte sie vor neue Herausforderungen aber auch Möglichkeiten für Lehre und Ausbildung.
- Ebenfalls in diese Zeit fallen bedeutende Entwicklungen in den **Naturwissenschaften**, die das Wissen in der Medizin revolutionierten und letztlich die Humoralpathologie durch die Zellularpathologie ersetzten.
- Die **Chirurgie** profitierte von den erweiterten Möglichkeiten der Anästhesie sowie der Mikrobiologie, die erst ausgedehnte Operationen ermöglichten.
- Wahrscheinlich auch als Art ‚Gegenbewegung‘ gegen die Folgen der ärztlichen Professionalisierung (und damit ihrerseits ein Teil davon) kann eine zunehmende **„Verrechtlichung“** des Arzt-Patienten-Verhältnisses“ (Hofer 2013: 30, Herv. von mir) angesehen werden.

„Die Geburt der Klinik“

... ist der Titel eines Buches von Michel Foucault (1963 als *Naissance de la Clinique: une archéologie du regard médical*, dt. 1973), in dem er die Geschichte der Veränderungen im französischen Medizinsystem im Zusammenhang mit der französischen Revolution und damit den Veränderungen beim ‚ärztlichen Blick‘ auf das Individuum betrachtet (gr. *klinē* = Bett, Liege).

Insbesondere im Rahmen der Professionalisierung der Medizin Ende des 19. Jahrhunderts spielen Krankenhäuser eine bedeutende Rolle, wenngleich ihre Geschichte natürlich schon früher ihren Lauf nimmt. „Die ersten Krankenhäuser der Welt“ (Wilmanns 2003) fanden sich wahrscheinlich als Sanitätsdienst für die von Bewegungs- zu Besatzungsheeren umgewandelten Heere der Römer (ebd.).

„Christliches Spitalswesen“. In unseren Breiten übernahmen nach dem Zusammenbruch des Weströmischen Reiches zunächst Geistliche in christlichen Spitälern diese Aufgabe, später verstetigt durch ein Konzil der Aachener Synode, die im Jahre 816 verfügte, daß Hospitäler bzw. Spitäler für Arme und Bedürftige an jedem Kloster eingerichtet werden sollten (lat. *hospitalis* = ‚gastfreundlich‘). So fanden sich vor allem entlang von Pilgerruten insbesondere Pflege- und Altenheime, die von Geistlichen geführt wurden; selten unter Beteiligung von Ärzten. Mit dem sich abzeichnenden Ende der Klostermedizin im 12. Jahrhundert schwand der Einfluß der Kirche in diesem Bereich zunehmend. Heutzutage unterhalten die evangelische Diakonie und die katholische Caritas allerdings noch immer viele Einrichtungen (zum Teil mit Konsequenzen für die Behandlung [Abtreibungen] oder das Beschäftigungsverhältnis [ebenfalls Abtreibung; Heirat]).

Bürgerliche kommunale Spitäler. Parallel zu einem allgemeinen Erstarren der Städte entließ Papst Clemens V. per Dekret aus dem Jahre 1213 die Hospitäler aus dem Besitztum der Kirche. In der Folge entstanden mitunter profitable kommunale Hospitäler, „in denen bald auch Ärzte angestellt wurden“ (Bruchhausen und Schott 2008: 61). Die zunehmende Bedeutung als Alterssitz Wohlhabender führte schließlich zu einer „Verbürgerlichung des Hospitalwesens“, die im 14. Jahrhundert begann und im 15. und 16. Jahrhundert intensiviert fortgesetzt wurde (Eckart 2021: 117, ohne Herv.).

Die Entstehung der modernen Krankenhäuser begann Anfang des 18. Jahrhunderts im Zusammenhang mit der Entwicklung der öffentlichen Gesundheitspflege (Eckart 2021: 185) und beruhte vor allem auf staatlichen Interventionen (die „Medizin als Dienerin des Staates“ [ebd.]). Im preußischen Berlin wurde 1710 ein Pesthaus gegründet, das 1727 Charité (frz. für Nächstenliebe, Barmherzigkeit) benannt wurde, und letztlich ein „**Staatskrankenhaus**“ war (ebd., Herv. i. Orig.), ausgestattet mit einem Operationsaal, einer Infektionsabteilung, einer geburtshilflichen Abteilung und einem Militärlazarett (ebd.: 194).

Darüber hinaus dienten diese neuen Krankenhäuser (insbesondere in den Universitätsstädten) auch der Ausbildung, in deren Rahmen die neue klinische Medizin „nicht nur praktiziert, sondern

auch vermittelt werden [konnte]. Den Krankenhäusern fiel damit zum ersten Mal eine bedeutende Rolle in der Weiterentwicklung neuzeitlicher Medizin zu.“ (ebd.: 195) Ihren Lehrbetrieb hat die Universität zu Berlin (seit 1949: Humboldt-Universität zu Berlin) allerdings erst im Jahre 1810 aufgenommen. Über die Jahrhunderte führten also verschlungene Pfade zu Verbindungen mit den medizinischen Fakultäten der Universitäten, was Krankenhäuser in Universitätskliniken überführte (und eine Universitätsstadt voraussetzte). – Eine ähnliche Entwicklung in der heutigen Zeit findet sich bei Gründungen einer medizinischen Fakultät an einer bestehenden Universität und der Überführung eines vorhandenen Krankenhauses in ein Universitätskrankenhaus (so geschehen in Oldenburg und Augsburg oder auch Nürnberg; aktuell in Chemnitz).

Einen weiteren großen Schritt machten die Kliniken in der zweiten Hälfte des **19. Jahrhunderts**, der insbesondere geprägt war von den gesellschaftlich-technischen Entwicklungen, einhergehend mit einer Explosion der Bevölkerung in den Städten. Waren die Krankenhäuser bis ins 19. Jahrhundert hinein vor allem für die Unterschicht relevant (Wohlhabende holten sich Ärzte nach Hause), so erforderten die technischen nicht zuletzt operativen Entwicklungen das Aufsuchen eines Krankenhauses. Die Anästhesie ermöglichte alsbald funktionierende Narkosen (die Äthernarkose 1846 in Boston, ab 1847 in Deutschland), womit ausgedehntere Operationen möglich wurden, die nur unter stationären Bedingungen durchgeführt werden konnten.

„Siegeszug“ der Naturwissenschaften

Die Anfänge einer Betrachtung des Menschen als ein naturwissenschaftlich wahrzunehmendes Wesen liegen nach Michel Foucault am Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert (Foucault 1963). Nach Galia Assadi sei der menschliche Körper fortan zunehmend anders – eben naturwissenschaftlich – wahrgenommen worden (Assadi 2021: 364). Weiter schreibt sie, daß sich zu dieser Zeit auch in der Medizin ein „Wandel des Menschenbildes“ ankündigte, „dessen Konsequenzen uns bis zum heutigen Tage begleiten“ (ebd.). Der Mensch würde nun nicht mehr „vor einem transzendenten (göttlichen) Hintergrund wahrgenommen“, sondern „als endliches, organisches Funktionssystem“, das damit „vor allem biologischen Gesetzmäßigkeiten unterliegt“ (ebd.). Für Foucault zeigten sich die tiefgreifenden Veränderungen in der ‚Geburt der Klinik‘ anhand der Veränderung des „ärztlichen Blicks“. Entscheidend für die Medizin sei dabei – so Assadi –, daß das körperliche Schicksal des Menschen „nicht mehr allein in Gottes Hand [liegt], sondern zunehmend in den Händen der Medizin, deren Machtbereich sich parallel zu ihrem Erkenntnisbereich ausweitet“ (ebd.).

Innerhalb der Medizin zeigte sich der Wandel vielleicht am plastischsten zu Beginn des 19. Jahrhunderts, wo es mit Friedrich Wilhelm Joseph Schelling und Johannes Müller zu einer Wende von der **Naturphilosophie** zur **Naturwissenschaft** und damit praktisch auf allen Ebenen zu einer ‚Verwissenschaftlichung‘ der Medizin kam. Neben der Entwicklung der Zelltheorie bis zur **Zellulärpathologie** Rudolf Virchows und den Durchbrüchen auf dem Gebiet der **Bakteriologie** (und mit ihr Maßnahmen der Hygiene) unter anderem durch Robert Koch konnte auch die **Chirurgie**

neue Erfolge verbuchen. Zusammen bildeten sie das damalige (und weitgehend heutige) Fundament einer wissenschaftlich begründeten Medizin.

Bemerkenswert ist, daß das Verhältnis zwischen ‚naturwissenschaftlichem‘ und ‚fürsorgendem‘ Ast der Medizin bis heute ambivalent geblieben ist, obwohl der grundsätzliche Gedanke einer **naturwissenschaftlich basierten Medizin** – trotz zwischenzeitlicher Übertreibungen – letztlich allgemeine Anerkennung gefunden hat.

Von Beginn an sind die neuen naturwissenschaftlichen Möglichkeiten dabei auch als Rechtfertigungsgrund (‚Kontrolle‘ auf der anderen Seite) verstanden worden, was nicht selten den Argwohn der behandelnden Ärzte auf den Plan gerufen hat (bis heute). Und auch der Rückzug ins ‚Klinische‘ dürfte dem zum Teil geschuldet sein (ebenfalls bis heute). Hier einen ‚zweiten Riegel‘ vorzuschieben, versucht die **Evidenzbasierte Medizin** (siehe unter 3.1).

Schelling, Müller und die Naturphilosophie

Die zunächst noch naturphilosophisch geprägte Physiologie des 19. Jahrhunderts stand insbesondere unter dem Einfluß Friedrich Wilhelm (von) Schellings (1775 bis 1854), wurde allerdings heftig kritisiert. Der Franzose François Magendie (1783 bis 1855) zum Beispiel warnte (1809) „vor den ‚absurden Erklärungen‘“ und einer „spekulativen Physiologie“ (Eckart 2021: 227). Dabei sehen einige heutige Autoren die naturphilosophischen Ansätze in einem weitaus positiveren Licht und unterstellen, daß Schelling und seine ‚Vertreter‘ bei den Ärzten und Naturwissenschaftlern „keineswegs nur die ihnen oft zugeschriebenen Sackgassen oder Irrwege“ beschritten haben, sondern die „Spekulationen und genauen Naturbeobachtungen eine Voraussetzung für Hypothesenbildung und empirische Untersuchungen der nachfolgenden Zeit“ seien (Bruchhausen und Schott 2008: 100).

Zentrale Figur beim Übergang von der Naturphilosophie zu den Naturwissenschaften war in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts der deutsche Physiologe **Johannes Müller** (1801 bis 1858), dem sein zweibändiges *Handbuch der Physiologie des Menschen für Vorlesungen* (1833/1840) zu internationalem Ruhm verhalf. Müller war dabei „zunächst eng verwurzelt in der romantischen Naturphilosophie des späten 18. und des beginnenden 19. Jahrhunderts“ (Zeller und Werneburg 2024: 13) und schrieb seine Doktorarbeit (1822) in diesem Sinne noch über Bewegungssätze im Tierreich. Insbesondere die Konversationen 1823 und 1824 mit Carl Asmund Rudolphi (1771 bis 1832) in Berlin führten aber dazu, daß er naturphilosophische Spekulationen zunehmend ablegte und später sogar „aufs Strengste vermieden“ hat (ebd.: 17). Seiner alsbald „stark von den naturwissenschaftlichen Grunddisziplinen beeinflussten Physiologie“ (Eckart 2021: 227) folgten viele berühmt gewordene Schüler Müllers (unter anderem von Helmholtz, Henle, Schleiden, Schwann und Virchow), wenngleich sie auch nicht seinem holistischen Ansatz folgten (nicht mehr folgen konnten). Wichtigstes Anliegen blieb aber dennoch – da unterschieden sie sich nicht von Müller – „die Kausalität von pathologischen Phänomenen in empirisch nachweisbaren Gesetzmäßigkeiten zu formulieren“ (Bruchhausen und Schott 2008: 100). Rudolf Virchow hielt im Jahre seiner Publikation zur ‚Zellulärpathologie‘ die Trauerrede für Müller.

Allgemeiner erkenntnistheoretischer Hintergrund war dabei der vom Franzosen Auguste Comte (1798 bis 1857) in den 1830er Jahren entwickelte Positivismus, an dem sich auch die Medizin orientieren sollte (Fangerau 2007: 145).

Darauf aufbauend folgten 1842 durch den deutschen Chirurgen und Augenarzt Wilhelm Roser (1817 bis 1888) und den Internisten und Medizinhistoriker Karl Wunderlich (1815 bis 1877) sowie 1844 den deutsche Anatomen und Pathologen Jakob Henle (1809 bis 1885) richtungsweisende Aufsätze, in denen gefordert wird, daß wissenschaftliches Wissen die „klinische Praxis kontrollierbarer machen“ solle, im Sinne einer „Qualitätssicherung“ (Paul 2006: 61). Das medizinische Handeln müsse sich an empirisch überprüfbar Wissen ausrichten, womit erkennbar werde, daß „bereits in der Aufbruchphase der naturwissenschaftlichen Medizin Wissen in einem *normativen* Sinne auf Handeln bezogen wurde“ (ebd., Herv. i. Orig.).

Der Wunsch nach Überprüfbarkeit des ärztlichen Handelns geht (mindestens) auf diese Entwicklungen im 19. Jahrhundert zurück – erst um die Wende zum 21. Jahrhundert ergänzt (manch einer würde ‚ersetzt‘ sagen) durch die Evidenzbasierte Medizin (zweiter Teil der Überprüfbarkeit).

Von der Humoral- zur Zellulärpathologie

Die Vorstellung, Krankheiten entstünden durch Störungen bei den Flüssigkeiten (Humoralpathologie), hielt sich letztlich Jahrtausende, lediglich hin und wieder durch vereinzelte Akteure in Frage gestellt (Paracelsus oder Vesalius seien hier genannt). Erst im 18. Jahrhundert schien die Zeit reif zu sein für Überlegungen, die schließlich zur endgültigen Ablösung der Humoralpathologie führten.

Die Lokalisierung von Erkrankungen. Neuer Grundgedanke war es, das Krankheitsgeschehen konkreten Orten – und nicht ubiquitär vorhandenen Flüssigkeiten – im Organismus zuzuweisen, also eine Lokalisierung vorzunehmen. Erste systematischere Überlegungen weg von den ‚Fluida‘ hin zu einem solidarpathologischen Denken kamen (1702) vom italienischen Arzt Giorgio **Baglivi** (1668 bis 1707) (Eckart 2021: 176). Die Organe ins Zentrum rückte der ebenfalls italienische Arzt und Anatom Giovanni Battista **Morgagni** (1682 bis 1771), der mittels Obduktionsbefunden Ort und Ursache der Erkrankungen konkreten anatomischen Organstrukturen zuordnete und damit (1761) eine Art ‚**Organpathologie**‘ begründete (ebd.). Weiter in die Tiefe ging der französische Anatom, Physiologe und Chirurg Marie François Xavier **Bichat** (1771 bis 1802), der mit seiner ‚**Gewebepathologie**‘ noch eine Ebene weiter in Richtung Zellen schaute (ebd.: 177; Foucault 1981: 80).

Entwicklung der Zelltheorie. Zellen wurden in den 1830er und 1840er Jahren im Rahmen der Entwicklung der Zelltheorie „als die kleinsten funktionsfähigen Einheiten des Lebens“ (Buselmaier und Haussig 2018: 4) erkannt und bildeten die essentielle Grundlage für die Zellulärpathologie und auch die Bakteriologie. Voraussetzung war allerdings das Erkennenkönnen der nur einige Mikrometer großen Strukturen, was die Entwicklung der Lichtmikroskopie ab etwa 1595, maßgeblich in Holland, erforderte (Elektronenmikroskope wurden seit den 1930er Jahren

entwickelt). Später beteiligte sich insbesondere der niederländische Naturforscher Antoni **van Leeuwenhoek** (1632 bis 1723) an den Entwicklungen (er schrieb von ‚lebenden Atomen‘ [Mukherjee 2023: 77]), der Engländer Robert **Hooke** (1635 bis 1702) prägte 1665 als erster den Begriff der Zelle.

Der etwas verkannte Franzose François-Vincent **Raspail** (1794 bis 1878) nahm einige der späteren ‚Entdeckungen‘ vorweg, unter anderem (1825 in einer Fußnote) die Idee, daß eine Zelle immer aus einer anderen entstehe (ebd.: 78). Von ihm stammte aus den 1830er Jahren auch die Idee, daß die Zelle „als Labor für die Physiologie“ (ebd.: 79) auch deren Grundlage sein müsse, so daß ihm wichtige Arbeiten über die „Zusammensetzung, Funktion und Herkunft von Zellen“ zugeschrieben werden können (ebd.: 77).

Als Vorläufer (und Behinderungen) können weitere Debatten aus der Zeit betrachtet werden, so insbesondere die über den Vitalismus. Gegen eine Art ‚göttlicher Spur‘ argumentierte der deutsche Arzt Robert **Remak** (1815 bis 1865), der zudem in den 1830er Jahren eine tierische Zellteilung beobachten konnte (ebd.: 82). Ähnliches berichtete der deutsche Militärarzt und Botaniker Franz Julius Ferdinand **Meyen** (1804 bis 1840), was wiederum von Matthias Jacob **Schleiden** (1804 bis 1881) aufgegriffen wurde. Theodor **Schwann** (1810 bis 1882), ein Schüler Müllers, erweiterte die Überlegungen 1838 auf die Tiere, und 1839 faßten Schleiden und Schwann ihre Ideen zusammen und publizierten sie als Zelltheorie. Siddhartha Mukherjee bemerkt, daß beide gar nicht sehr viel Neues entdeckt, sie aber vieles sinnvoll zusammengeführt hätten. Ihr Ruhm begründe sich daher auch durch die „schiere Kühnheit ihrer Behauptung“ (ebd.: 84). Nach ihrer Theorie bestehen alle Lebewesen aus einer oder mehreren Zellen. Außerdem sei die Zelle in allen Lebewesen die Grundeinheit von Struktur und Organisation (ebd.: 85).

Die noch offene Frage nach dem Ursprung der Zellen konnten sie unter dem Einfluß Johannes Müllers, der „in der vitalistischen Überzeugung gefangen“ war, nicht klären (ebd.: 86). Hier sind die Beobachtungen Robert **Remaks** (neben dem wahrscheinlich nicht nur Fußnoten-bedingten Übersehen der Gedanken Raspails) entscheidend gewesen. Er hat die von Schwann und Virchow falsch verstandene Zellteilung korrekt erklärt (1842 und 1852) und zudem den (von Robert Brown entdeckten) Zellkern als Grundstruktur der Zellteilung erkannt. Dessen Vorarbeiten für die Zellulärpathologie seien dabei „bis heute unterbewertet“ (Eckart 2021: 233).

Hin zur Zellulärpathologie (Virchow). Den vorläufig entscheidenden Schlußstein setzte der deutsche Arzt Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821 bis 1902), indem er die Zelltheorie nicht nur zusammendachte, sondern sie auch um die pathologischen Erscheinungen erweiterte.

Er schließt sich grundsätzlich den Überlegungen Schleidens und Schwanns an, folgt dann aber – ohne ihn angemessen zu würdigen – Remaks Überlegungen zum Ursprung der Zellen, indem er ihn letztlich auch auf den Menschen und damit alle Zellen schlechthin ausweitet.

Nach seiner Habilitation in Berlin 1847 und seiner Teilnahme an der Revolution von 1848 wurde er zunächst (immerhin als Professor) nach Würzburg geschickt (1849), um dann (1856) erneut nach Berlin zurückgerufen zu werden. Seine Vorlesungsreihe am Pathologischen Institut in Berlin mit 20 Vorlesungen von Februar bis April 1858 (Eckart 2021: 233) führte letztlich zum Buch *Die*

Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre (November 1858), das „in der Welt der Medizin wie eine Bombe“ einschlug (Mukherjee 2023: 92). Die Ideen von Schwann und Schleiden (vgl. Virchow 1862 [1858]: 4) führte er darin weiter und fügte insbesondere drei weitere Grundsätze hinzu: Neben dem mit einer komplexeren Geschichte schon erwähnten ‚Omnis cellula e cellula‘ (Virchow 1862: 22) insbesondere die Ideen, daß die normale Physiologie eine Funktion der zellulären Physiologie und eine Krankheit grundsätzlich die Folge einer gestörten Physiologie der Zelle ist (Mukherjee 2023: 94). „Diese fünf Prinzipien wurden zu den Grundpfeilern von Zellbiologie und Zellmedizin.“ (ebd.)

Trotz mancher Unstimmigkeiten bei der Angabe von Urheberchaften, die Virchow selbst in seinen Vorwörtern betont (1862: VI f., XII), und die zum Teil ein ‚Zeitgeistproblem‘ sind, so bleibt es nach Bruchhausen und Schott das „entscheidende Verdienst“ Virchows, „die Zelltheorie zu einer neuen Grundlage der Krankheitslehre fortgeführt zu haben“ (2008: 100).

Weitere Fachspezialisierungen innerhalb der Medizin. Zu den neueren Entwicklungen im naturwissenschaftlich-vorklinischen Bereich gehörte die Physiologische Chemie, die sich 1922 aus der Physiologie heraus gründete, später in Biochemie umbenannt und noch später durch die Molekularbiologie ergänzt worden ist. Entsprechend spaltete sich von der ‚Deutschen Physiologischen Gesellschaft‘ 1947 die ‚Gesellschaft für Physiologische Chemie‘ ab, 1966 umbenannt in die ‚Gesellschaft für Biologische Chemie‘. 1991 Vereinigung mit der ‚Biochemischen Gesellschaft der DDR‘ und 1996 Umbenennung in ‚Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie‘ (GBM; siehe GBM 2024).

Die Genetik bleibt bis heute ein eigenständiges Fachgebiet, in der Medizin entwickelt sich die – klinisch orientierte – Humangenetik im klinisch-theoretischen Bereich. Die Molekulare Medizin (1999 in Erlangen gegründet) bildet hingegen einen eigenen Studiengang (und ergänzt weitere medizinnahere Fächer wie die Humanbiologie).

Einschub: Darwin (und die Medizin)

Neben den naturwissenschaftlichen Entwicklungen, von denen im 19. Jahrhundert auch die Medizin flächendeckend erfaßt wurde, spielte sich in der Biologie eine weitere Revolution ab, die von der Medizin bis heute – trotz unbestrittener Erfolge innerhalb der Biologie – vollständig ignoriert wird: die Evolutionstheorie (zur heutigen Bedeutung auch 3.4).

Zunächst ist der französische Botaniker und Zoologe Jean-Baptiste de Lamarck (1744 bis 1829) zu nennen, der „wahrscheinlich bedeutendste Evolutionsbiologe der vordarwinistischen Ära“ (Zrzavý et al. 2013: 6). Er formulierte als erster eine Evolutionstheorie und publizierte die wichtigsten Ideen 1809 (ebd.). Johannes Müller hat den Evolutionsgedanken zeitlebens nicht in seine Forschung aufgenommen, zum Teil vermutlich wegen seiner „religiösen Grundüberzeugung“. Wahrscheinlich scheute er aber auch das „spekulative Element der Evolutionsforschung“ (Zeller und Werneburg 2024: 13).

Nachdem die britischen Naturforscher Alfred Russel **Wallace** (1823 bis 1913) und Charles **Darwin** (1809 bis 1882) im Sommer **1858** gemeinsam erste Überlegungen zur Evolution publiziert

hatten (zur gleichen Zeit erschien die *Zellulärpathologie* Virchows), folgte im November **1859** Darwins Hauptwerk *On the Origin of Species* (1960 auf deutsch *Über die Entstehung der Arten*, nach der zweiten englischen Auflage). – Im gleichen Jahr (1859) erschien im übrigen John Stuart Mills Schrift *Über die Freiheit...*

Versuche einer Anwendung der neuen Gedanken innerhalb der **Medizin** – insbesondere die Idee der natürlichen Selektion – lassen sich ab dem Jahr **1880** aus der Literatur herauslesen (schreibt Fabio Zampieri 2009). Insbesondere in England gab es (bis etwa 1940) eine Bewegung, die den Darwinismus zu nutzen versuchte, um Krankheiten besser zu verstehen (ebd.). Dabei ist versucht worden zu erklären, wie Krankheiten aus Eigenschaften entstanden sein könnten, die der natürlichen Selektion entkommen sind. Es ging um die Frage, warum einzelne Menschen krank geworden sind. Insbesondere die damit verbundene individuelle Variabilität hat bei den experimentellen Physiologen damals allerdings keine Rolle gespielt (ebd.). Im Gegenteil.

Anders die ‚**Evolutionäre Medizin**‘ heute (vgl. 3.4), die erklären möchte, warum die Menschheit überhaupt mit dieser oder jener Anfälligkeit ausgestattet ist, obwohl die natürliche Selektion doch Zeit zum Aussortieren hatte (Nesse und Williams 1994: 3 f.).

Bakteriologie und Hygiene

„Das 19. Jahrhundert ist ein Jahrhundert der Seuchen...“ (Riha 2008: 60), was nicht nur die Medizin, sondern die ganze Gesellschaft vor große Herausforderungen stellte. War es im Mittelalter primär die Pest, in der Frühen Neuzeit die Syphilis (dazu auch Fleck 1935), so erreichte 1831 die Cholera Mitteleuropa (Bruchhausen und Schott 2008: 103) und bestimmte ‚mikrobiologisch‘ maßgeblich das 19. Jahrhundert (neben allerdings zahlreichen weiteren Infektionskrankheiten; und einigen Kriegen).

Neben der Bedeutung für die Seuchen spielte ein zweiter Aspekt der Bakteriologie eine große Rolle: Die Chirurgie war nicht nur von Fortschritten in der Narkose abhängig, sondern auch von Möglichkeiten des keimfreien Arbeitens (siehe dazu insbesondere das nächste Kapitel).

Miasmen oder Kontagien? Grundlegend war die Frage, was als Verursacher einer Infektionskrankheit angesehen werden sollte. Der alten **Miasmentheorie** zufolge waren für Entstehung und Ausbreitung dieser Krankheiten „schlechte ‚Ausdünstungen‘ insbesondere des Bodens, der Sümpfe und des Wassers“ (Eckart 2021: 238) verantwortlich; eine Theorie, die bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts vorherrschend war.

Auch die Ursprünge der konkurrierenden **Kontagienlehre** lassen sich bis ins 16. Jahrhundert zurückverfolgen (ebd.: 113 ff.), sie ist aber immer wieder in Vergessenheit geraten. Der italienische Arzt **Girolamo Fracastoro** (1484 bis 1553) ist von einer „Ansteckung durch spezifische antipathische Partikel“ (ebd.: 115, ohne Herv.) ausgegangen, 1546 in drei Büchern ausgeführt, postulierte er „kleinste Lebewesen als Mitverursacher epidemischer Krankheiten“ (Bruchhausen und Schott 2008: 107). Ganz vergessen wurde das nie und schließlich im 19. Jahrhundert von **Jakob Henle** (nach dem auch die Schleifen in der Niere benannt sind) wieder zur Diskussion gebracht (Eckart 2021: 240).

Die Cholera. Die Landflucht in die größeren Städte im 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts war den großen Cholerawellen des 19. Jahrhunderts sicherlich förderlich. Zunächst wurde dabei die Kontagienlehre „angesichts der raschen Ausbreitung erneut vertreten“ (Bruchhausen und Schott 2008: 103), konnte sich aber erst einmal nicht durchsetzen.

Bereits 1849 hatte der Londoner Arzt John **Snow** (1813 bis 1858) vermutet, daß Cholera von einem lebenden Organismus verursacht wird, der das Trinkwasser kontaminierte (Russo und Williamson 2007). 1854 beschrieb der italienische Anatom Filippo **Pacini** (1812 bis 1883) das Bakterium *Vibrio cholerae* als diesen Erreger (nach ihm sind auch die Vater-Pacini-Körperchen mitbenannt). Snow konnte dann im Verlauf einer dritten Pandemie 1854, zusammen mit dem englischen Arzt und Mikroskopiker Arthur Hill **Hassall** (1817 bis 1894), der das Abwassersystem Londons im Blick hatte, ausreichend wissenschaftliche Beweise liefern und Pacinis Hypothese bestätigen. Letztlich fanden sie dort Cholera-Erreger und stellten die Hypothese auf, daß die Erkrankung von lebenden Mikroorganismen und die Inzidenz von Cholera von der Quelle des Wassers abhängig war (Russo und Williamson 2007; Snow 1855).

Robert Koch. Den endgültigen Beweis erbrachte dann (1884) der deutsche Arzt und Mikrobiologe Robert Koch (1843 bis 1910), zusammen mit Ferdinand Julius Cohn (1828 bis 1898) und Georg Theodor August Gaffky (1850 bis 1918), was endgültig den Durchbruch in der Bakteriologie zugunsten der Kontagionisten bedeutete (Eckart 2021: 241).

Einen ersten Namen machte sich Koch aber schon durch den Erregernachweis und die Reinzüchtung des Milzbranderreger *Bacillus anthracis* im Jahre 1876. Es folgte als erster „Höhepunkt in der Bakteriologiegeschichte“ (Eckart 2021: 242) die Entdeckung des *Mycobacterium tuberculosis* im Jahre 1882. Wegen der Bedeutung der Tuberkulose weltweit war Koch damit natürlich Aufmerksamkeit gewiß. Den Vortrag dazu am Abend des 24. März 1882 am *Institut für Physiologie* in Berlin bezeichnete Paul Ehrlich (1854 bis 1915) später als „das bedeutendste wissenschaftliche Erlebnis seines Lebens“ (ebd.: 252). „Robert Koch hatte die bakterielle Ätiologie der Tuberkulose und damit als Erster die Ätiologie (Entstehungsweise) einer menschlichen Infektionskrankheit einwandfrei nachgewiesen.“ (Rusch 2021: 87) Nummer drei der großen Entdeckungen war dann die Entdeckung des Choleraerregers Anfang 1884.

Chirurgische Entwicklungen

Die Weiterentwicklungen der Chirurgie dürften für viele medizinethische und -rechtliche Fragen oftmals ungleich bedeutender gewesen sein als die internistischen. Es ergibt sich eine Anknüpfung an die Wundärzte und die Militärchirurgie, und spätestens mit den erweiterten Möglichkeiten des 19. Jahrhunderts ist die Chirurgie vollumfänglich in der Medizin angekommen.

Neben der Etablierung des organpathologischen Denkens waren die Entwicklungen in der Anästhesie und der Hygiene entscheidende Voraussetzungen für ihren Erfolg (Eckart 2021: 250).

Anästhesie. Ohne eine ausreichende Narkose waren viele theoretisch denkbare Operationen verständlicherweise nicht durchführbar, und so ermöglichten Entwicklungen in diesem Bereich erst einige chirurgische Eingriffe. Im Jahre 1844 erfolgte die erste Narkose mit **Lachgas** durch den Amerikaner Horace Wells (1815 bis 1848), die Zeit der **Äthernarkosen** brach kurze Zeit später (im Oktober 1846) mit dem Zahnarzt William Morton (1819 bis 1868) und dem Chirurgen John Warren (1778 bis 1856) in Boston an (Gerste 2021: 25 ff.). Als verträglichere Alternative fand James Young Simpson (1811 bis 1870) das **Chloroform**, das 1854 durch einen Schweden in die Gynäkologie und in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts dann auch in die allgemeine Chirurgie eingeführt worden ist (Eckhart 2021: 250; Gerste 2021: 73).

Antisepsis und Asepsis. Auch ein zweites Problem verhinderte Fortschritte in der Chirurgie und mußte zunächst noch gelöst werden: das der Wundinfektionen. Nachdem französische Ärzte bereits bei den Napoleonischen Kriegen gezeigt hatten, daß „Sauberkeit in den Feldlazaretten die Sterblichkeit deutlich verminderte“ (Bruchhausen und Schott 2008: 105), sind es insbesondere Ignaz Philipp Semmelweis und Joseph Lister gewesen, die mit der **Asepsis** (der Keimfreiheit aller mit der Wunde in Berührung kommenden Gegenstände) und der **Antisepsis** (als direkten Angriff auf die Erreger mit Desinfektionsmitteln) – in Verbindung gebracht werden (Eckart 2021: 247 f.).

Der österreichisch-ungarische Gynäkologe Ignaz Phillip **Semmelweis** (1818 bis 1865) führte im Wiener *Allgemeinen Krankenhaus* im Mai 1847 die Waschung der Hände des Personals mit Chlorwasser ein, um die immense Sterblichkeit an Kindbettfieber unter den Wöchnerinnen in den Griff zu bekommen. Bemerkenswerterweise zeigte sich in der *Ersten Klinik*, in der Schwangere von Ärzten und Medizinstudenten betreut wurden, eine ungleich höhere Sterblichkeit als in der *Zweiten Klinik* unter der Betreuung von Hebammen und Hebammenschülerinnen (Gerste 2021: 49). Semmelweis vermutete einen Zusammenhang mit den Sektionen, die von den Medizinern direkt davor durchgeführt wurden (und lag damit richtig). Da er aber die mangelnde Hygiene durch das medizinische Personal mitverantwortlich für die Todesfälle machte, überrascht es nicht, daß seine Ansichten zunächst heftig bekämpft wurden (von seinem Chef, aber auch von Rudolf Virchow). Andere hingegen wie Gustav Adolf Michaelis (Medizinern von der Raute bekannt) führten ihre Schuldgefühle sogar in den Selbstmord.

Der englische Chirurg Joseph **Lister** (1827 bis 1912) stellte ähnliche Überlegungen für die Chirurgie an. Er behandelte in Glasgow im August 1865 einen elfjährigen Jungen, der bei einem Straßenbahnunfall um sein Bein fürchten mußte (Gerste 2021: 207 f.). Beeinflußt von den Schriften Pasteurs und Snows (ebd.: 209) und überzeugt von der Wirkung der Karbolsäure (heute unter Phenol bekannt) konnte er dem Jungen das Bein retten, indem er eine Wundinfektion verhinderte (ebd. 208); er publiziert den Fall 1867 (Eckart 2021: 249). In der Folge fanden die Karbolsäure und weitere Substanzen in den 1860er und 1870er Jahren Einzug in die Chirurgie.

„Chirurgen“. Durch diese Entwicklungen waren auch größere Operationen möglich geworden. Der österreichische Chirurg Theodor **Billroth** (1829 bis 1894) war im Bauchbereich ein Pionier und führte 1881 die erste erfolgreiche Magenresektion durch, der Kieler Chirurg Friedrich von **Esmarch** (1823 bis 1908) erlangte eine ähnliche Bedeutung für die Unfallchirurgie und nach der Jahrhundertwende Ernst Ferdinand **Sauerbruch** (1875 bis 1951) für die Thoraxchirurgie.

Bluttransfusionen. Als vielleicht vorläufig letzten Baustein für die Chirurgie soll noch die Möglichkeit erwähnt werden, Blut ersetzen zu können, das bei größeren Operationen zwangsläufig verlorengeht. Einen wichtigen Hintergrund dazu – das AB0-System der Blutgruppen – entdeckte der österreichische Pathologe Karl Landsteiner (1868 bis 1943). Die wichtige Maßnahme einer Kreuztestung vor der Transfusion wurde erstmals 1907 durch den amerikanischen Arzt Reuben Ottenberg (1882 bis 1959) durchgeführt. Der belgische Arzt Albert Hustin (1882 bis 1967) entdeckte 1913 Natriumcitrat als Antikoagulanzen, womit auch eine Aufbewahrung der Blutkonserven möglich wurde und Hustin so 1914 die erste Blutübertragung durchführen konnte, bei der die beiden beteiligten Personen nicht direkt ‚aneinandergeschlossen‘ waren (Gerste 2021: 368 f.).

Die Verrechtlichung der Medizin

Sowohl die erweiterten Möglichkeiten der Medizin als auch die veränderten Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten dürften erheblich dazu beigetragen haben, daß parallel gegen Ende des 19. Jahrhunderts ein Prozeß der ‚Verrechtlichung‘ des Arzt-Patienten-Verhältnisses einsetzte; auch das eine Form von ‚Professionalisierung‘.

Die Möglichkeiten der Medizin hatten sich zum einen durch neue theoretische Hintergründe verändert, indem die Handlungen der Ärzte durch den ‚Siegesszug‘ der Naturwissenschaften zumindest nachvollziehbarer und überprüfbarer geworden waren. Entscheidender waren aber wahrscheinlich die vielfältigen neuen operativen Möglichkeiten. Der Einsatz einer Narkose und die Berücksichtigung der Hygiene führten zu offensichtlichen Erfolgen, aber auch zu Schäden am Patienten.

Die Flucht der Menschen in die Städte, verbunden mit einem sehr viel breiter gefächerten Patientengut und einer Professionalisierung der Krankenhäuser waren der Hintergrund für Konflikte, die zunehmend juristisch gelöst wurden.

Bemerkenswert ist in jedem Fall, daß diese Verrechtlichung nicht von der Medizin selbst ausgegangen ist, sondern von außen (wie in den 1970er Jahren auch die Medizinethik). Es wäre – in beiden Situationen – wünschenswert gewesen, wenn Ärzte sich selbst Regeln im Umgang mit den Patienten auferlegt hätten (wie es noch beim Hippokratischen Eid versucht worden war). Stattdessen ergingen Gerichtsurteile (die später auch zu Gesetzen führten), gegen die von Ärzteseite vielmehr ein langer (letztlich erfolgloser) Kampf geführt worden ist. Wenn Ärzte über das Arzt-Patienten-Verhältnis schrieben, so ging es ihnen eher um „Standesetiketten“ und „das soziale Prestige der eigenen Profession“ (Noack und Fangerau 2006: 81). – Zumindest bei der

Medizinethik werden dessen Erfolge heute aber gerne als Errungenschaften der Ärzteschaft gepriesen (was sehr an Kuhns [1962] Beschreibungen wissenschaftlicher Revolutionen erinnert). Neben der medizinischen Indikation auf Seiten des Arztes (die noch ausführlich zu besprechen sein wird [4.4]) stehen an dieser Stelle vor allem die Patientenrechte im Vordergrund.

Die medizinische Indikation ist ein heute zentraler Begriff für die Rechtfertigung eines medizinischen Eingriffs – neben der Durchführung *lege artis* und der Zustimmung des Patienten. Trotz dieser immensen Bedeutung – einschließlich der großen (ungeteilten) Verantwortung auf Seiten des Arztes – ist die Rechtslage dazu sehr dünn: § 630e BGB bezieht sich lediglich auf den Umgang mit Alternativen, die Indikation selbst ist überhaupt nicht definiert, sondern läßt sich höchstens indirekt aus § 630a Abs. 2 BGB ableiten (Lipp 2015: 37). – Erwähnung findet sie lediglich im Betreuungskontext in § 1828 Abs. 1 Satz 1 BGB.

Auch die historische Entwicklung (mehr dazu in 4.4) seit Hippokrates und Platon steht für eine erhebliche Bedeutung der Indikation, die bei Hippokrates „mitbestimmend für seine Handlungsempfehlung“ wird (Gahl 2015: 24). Durch Galen von Pergamon deutet das Anzeichen auf die Ursache einer Krankheit hin, und das „berechtigt oder drängt den Arzt, etwas gegen die Krankheit zu tun. [...] Damit gewinnt der Begriff schon hier einen zum Handeln verpflichtenden, deontologischen Charakter.“ (ebd.)

Anfänge der ‚Patientenrechte‘. Genauer in diesem Kapitel betrachtet werden die historischen Ursprünge dreier wichtiger Patientenrechte. Und wenngleich „das Selbstbestimmungsrecht des Patienten die Thematik bestimmte“ (Noack und Fangerau 2006: 81), so standen Ende des 19. und bis in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts insgesamt juristische Auseinandersetzungen im Zentrum der Diskurse.

- Den historischen Anfang machte die ärztliche **Verschwiegenheit** (u.a. bei Hippokrates). Zunächst als moralische Berufspflicht erfolgte gegen Ende des 19. Jahrhunderts die Ergänzung durch eine staatlich verankerte Rechtspflicht.
- Von weitreichenderer Bedeutung war ein Urteil des Reichsgerichts in Leipzig von **1894**, das im ‚Hamburger Fall‘ ärztliche Eingriffe als **Körperverletzung** wertete, die eine (simple) Einwilligung voraussetzten.
- Eine ernsthaftere **Aufklärung** über Art und Risiken des Eingriffs ist seit **1931** erforderlich (die Diagnoseaufklärung kommt 1932 hinzu). Zusammen mit der Einwilligung ergibt sich daraus das Erfordernis einer ‚informierten Zustimmung‘.

Zwar haben diese Festsetzungen und Urteile die Rechtslage massiv beeinflusst. Nüchtern betrachtet zeigt sich aber bis heute kein so tiefgreifender Einfluß auf die nach wie vor problematische Einstellung einiger Ärzte ihren Handlungen und Patienten gegenüber, so daß nicht davon gesprochen werden kann, daß die dahinterstehenden Ideen als selbstverständlich verinnerlicht worden wären. Oder, um es mit einem Fazit von Faden und Beauchamp (1986: 100) zu sagen: „Everything’s Changed, and Nothing’s Changed“.

Schweigepflicht (und Schweigerecht)

Grundlegend für das Arzt-Patienten-Verhältnis ist es, eine Situation zu schaffen, in der Patienten nicht befürchten müssen, daß intime Details an Dritte gelangen können. Denn ohne eine weitgehende Offenlegung der mitunter sehr persönlichen Beschwerden ist eine korrekte Diagnosestellung meist nicht möglich, insofern hat die Schweigepflicht schon eine rein medizinische Funktion. Darüber hinaus bilden Schweigepflicht und Schweigerecht die vielleicht wichtigste Basis für ein mögliches Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient (vgl. Kapitel 5).

Bemerkenswert ist, daß das Recht der Patienten auf Verschwiegenheit bereits in der Antike formuliert worden ist; anders als bei den anderen Patientenrechten. Ohne zu viel unterstellen zu wollen, so mag es daran liegen, daß das für Ärzte eine sehr unproblematische Verpflichtung darstellt, die primär auch als Recht verstanden werden kann.

Im hippokratischen Eid: Neben den „Prinzipien des Nutzens“, der „Schadensvermeidung“ und der „Diskriminierung sexueller Übergriffe“ ist auch die „Schweigepflicht“ vom Hippokratischen Eid heute noch gültig (Riha 2008: 27): „Was ich bei der Behandlung sehe oder höre oder auch außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen, werde ich, soweit man es nicht ausplaudern darf, verschweigen und solches als ein Geheimnis betrachten.“ (Hippokratischer Eid, zit. nach Landesärztekammer Hessen 2024).

Moderne. Eine erste ‚Verrechtlichung‘ der Schweigepflicht erfolgte in Deutschland Ende des 18. Jahrhunderts mit der Verpflichtung zur Verschwiegenheit für die Ärzteschaft im preußischen Allgemeinen Landrecht von 1794 (Fromm 2023). Einen Einfluß auf die weitere Entwicklung in Mitteleuropa hatte zudem die „juristische[] Verankerung im französischen *Code Pénal Impérial* [Code Napoléon] von 1810“ (von Engelhardt 2019, Herv. i. Orig.).

Ende des 19. Jahrhunderts kam es durch die Gründung des Deutschen Reiches 1871 im Rahmen der Neuschaffung verschiedener Rechtsordnungen dazu, daß Schweigepflicht und Schweigerecht auch dort juristisch geregelt worden sind. Das unbefugte Offenbaren von Privatgeheimnissen war in § 300 des Strafgesetzbuches (StGB) von 1871 festgelegt. In der 1877 verabschiedeten (und 1879 in Kraft getretenen) Strafprozeßordnung wird Ärzten zudem ein Schweigerecht eingeräumt (von Engelhardt 2019; Fromm 2023). Auch in den Medizinalordnungen fanden diese Regelungen Eingang.

Heute gilt zum einen die auf den Hippokratischen Eid aufbauende **Genfer Deklaration** von **1948** (in der autorisierten deutschen Übersetzung der aktuellen Fassung von 2017): „Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.“ (zitiert nach der Bundesärztekammer 2024b) Teile der Genfer Deklaration sind zudem in der (*Muster-*)*Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte* der Präambel vorangestellt; in § 9 wird aber noch einmal konkret (und ausführlicher) auf die ärztliche Schweigepflicht eingegangen.

Zudem gilt in Deutschland seit 1975 § 203 StGB [„Verletzung von Privatgeheimnissen“] „als strafrechtliche und standesrechtliche Regelung der ärztlichen Schweigepflicht“ (Fromm 2023). Und auch hier ist das Schweigerecht – als „Zeugnisverweigerungsrecht aus beruflichen Gründen“ (Dettmeyer 2006: 84) – in den Prozeßordnungen festgeschrieben, um dem „hohen Rang der ärztlichen Schweigepflicht gerecht zu werden“ (ebd.).

‚Hamburger Fall‘ (Körperverletzung und Einwilligung)

Aus heutiger Sicht erscheint es schon mindestens bemerkenswert, wie man überhaupt auf die Idee kommen konnte, daß das Verletzten von Mitmenschen einfach so vorgenommen werden kann, wenn sie von einer bestimmten Profession (der Ärzteschaft) ausgeführt werden, und wenn man sie als ‚Heileingriffe‘ definiert. Oder anders: Wenn man jemandem (auch aus noch so guten Gründen) ein Bein abschneiden möchte, dann muß man doch ... fragen?! Das allerdings war im 19. Jahrhundert keine Selbstverständlichkeit, und derlei Feststellungen wurden gut einhundert Jahre lang vehement bekämpft. Tatsächlich scheint das für manche Ärzte noch immer der Hintergrund für ihr Arbeiten (ihre Einstellung) zu sein, woraus Bevormundung („schlechter Paternalismus“) und eine entsprechende (berechtigte) Abwehrhaltung resultieren (zusammenfassend als ‚Patientenautonomie‘ bezeichnet). Genaugenommen ist das Irritierende aber doch nicht, daß Patienten mitentscheiden dürfen – sondern daß sie das jemals nicht durften.

Hintergrund für die rechtlichen Veränderungen Ende des 19. Jahrhunderts waren auch allgemeiner juristische Diskussionen, die insbesondere mit den rechtlichen Änderungen zum Deutschen Reich ab den 1870er Jahren zusammenhingen. In diesem Kontext publizierte der Lüneburger Landrichter Richard Keßler einen Artikel über Freiwilligkeit und Körperverletzung, in der er auch Stellung zum medizinischen Heileingriff bezieht (Justiz Hamburg 2024). Etwa zehn Jahre später brachte er als Staatsanwalt einen Fall vor das Reichsgericht (in Leipzig), in dem höchststrichterlich seiner Linie gefolgt wurde. Das Urteil vom 31. Mai 1894 stellt grundsätzlich klar, daß ärztliche Heileingriffe Körperverletzung und damit grundsätzlich zustimmungspflichtig sind.

Vorgeschichte. Der längere Artikel des liberalen Richters Keßler über ‚Die Einwilligung des Verletzten in ihrer strafrechtlichen Bedeutung‘ (1884) enthielt die „entscheidenden, bis heute gültigen Prämissen“ (Noack und Fangerau 2006: 83). „Er definierte den medizinischen Eingriff als Körperverletzung und sah ärztliches Handeln ausschließlich durch die ausdrückliche Zustimmung des Kranken legitimiert.“ (ebd.) Seine weitgehende Kritik an einer „völligen Änderung der Anschauungen vom Wesen des Rechts und Staates überhaupt“ (Keßler 1884: 3) unterstellte, daß der Einzelne „ein ‚Werkzeug des Sittengesetzes‘, wie Fichte gesagt hat [wurde]; Staat und Recht sind es allein, die über Alles zu verfügen haben“ (ebd. 4).

‚Hamburger Fall‘ (1894). Keßler – seit Juni 1885 Staatsanwalt in Hamburg (Hamburger Justiz 2024) – wurde in der Folge mit einem Fall betraut, bei dem einem 7-jährigen Mädchen ein Vorfuß gegen den erklärten Willen ihres Vaters amputiert worden war.

Hintergrund – nachlesbar in der Urteilsbegründung des Reichsgerichts – war ihr Leiden an einer „tuberkulösen Vereiterung der Fußwurzelknochen“ (Reichsgericht 1894: 376), und daß der Vater der Patientin, „als Anhänger der sog. Naturheilkunde ein grundsätzlicher Gegner der Chirurgie“ (ebd.) war. Die Ablehnung einer Operation hat er – auch auf die Gefahr des Todes des Kindes hin – nicht nur mehrfach den beiden beteiligten Ärzten, sondern auch zwei Krankenschwestern kundgetan, war dem Operateur also bekannt (dazu auch Dettmeyer 2006: 27 f.).

Einer ersten, erfolglosen Resektion folgte eine zweite mit der Amputation des Fußes, nach der „tuberkulose Erscheinungen nicht wieder aufgetreten [sind], die Kräfte haben zugenommen, und das Kind hat sich bisher normal weiterentwickelt“ (Reichsgericht 1894: 377).

Nach einer Klage des Vaters entschied das Hamburger Landgericht dabei zunächst, daß die Behandlung zweckmäßig, vernünftig und notwendig (Dettmeyer 2006: 28) sei – und damit offenkundig medizinisch indiziert. Darüber hinaus sah das Gericht die Maßnahme als „nicht von dem Begriff der Körperverletzung (im Sinne des Straf- wie des Zivilrechts) umfasst“ (ebd.).

Das Urteil des Reichsgerichts. Keßler brachte den Fall vor das Reichsgericht in Leipzig und erwirkte ein Urteil, das dem Anliegen des Vaters Recht gab. Auch wenn für die Amputation des Fußes des Kindes eine Indikation vorgelegen habe (und mutmaßlich *lege artis* gearbeitet worden ist), so fehlte die Zustimmung des Vaters, wodurch der Tatbestand einer Körperverletzung vorliege. Grundsätzlich erfülle „jeder ärztliche Heileingriff – ob Operation, Injektion, Bestrahlung, Arzneimittelgabe oder diagnostische Untersuchung – den Tatbestand der Körperverletzung“ und bleibe „nur dann straflos“, wenn er „medizinisch indiziert und durch eine wirksame Einwilligung des Patienten gerechtfertigt ist“ (Reichsgericht 1894: 375).

Bemerkenswert ist zum einen, daß zur Begründung des Urteils die Autonomie des Patienten betont wird – dabei wäre der schlichte Rechtshintergrund („Heileingriff ist Körperverletzung“) letztlich ausreichend gewesen.

Zusätzlich problematisch an dem Fall ist, daß es sich um den Willen des Vaters handelt. Betrachtet man das Wohl des Kindes, so würde heute mit Sicherheit der Staat für das Kindeswohl entscheiden, der Vater der Zuständigkeit für die Entscheidung enthoben und das Kind operiert werden.

Folgen des Urteils. „Das Urteil löste in der deutschen Ärzteschaft einen Sturm der Entrüstung über den juristischen Formalismus, das fehlende Einfühlungsvermögen und die Wirklichkeitsferne der Richter aus. Es markiert den Beginn des ‚Kalten Krieges‘ zwischen Medizinern und Juristen.“ (Schuster 2018: 215, mit Bezug auf einen Artikel von Hans Kuhlendahl im Deutschen Ärzteblatt [1978: 1984 ff.]) Die liberale Position Keßlers blieb dabei „über hundert Jahre medizinrechtlich umstritten“ (Noack und Fangerau 2006: 84), und auch Ärzte wollten entsprechende Änderungen am StGB verhindern. Zwar gelang das letztlich nicht, aber es ist schon sehr bemerkenswert, daß es Ärzten einmal mehr nicht um den Schutz der Patienten(rechte) ging, sondern immer um die eigene Berufsehre (so auch Noack und Fangerau 2006: 85).

Auch heute noch wird die Gleichsetzung des ärztlichen Heileingriffs mit der Körperverletzung in Deutschland diskutiert. Nicht zuletzt auch mit Bezug auf den anderen Umgang damit in Österreich, wo der Heileingriff und die Körperverletzung nur im Schadensfall gleichgesetzt werden – eine Zustimmung ist allerdings auch zum Heileingriff erforderlich (Schuster 2018: 217).

Hochaktuell ist zudem die umstrittene Rechtssituation beim **Schwangerschaftsabbruch** (§ 218 StGB). Der Unterschied zu allgemeinen medizinischen Maßnahmen besteht darin, daß die Rechtswidrigkeit beim Schwangerschaftsabbruch stets bestehenbleibt (ein Umstand, der kritisiert wird), daß bei Einhaltung von Regeln aber von Straffreiheit ausgegangen wird.

Aufklärung und informierte Zustimmung

Je tiefer und genauer in die direkten Kommunikationen zwischen Arzt und Patient ‚hineingeforscht‘ werden soll, desto unverlässlicher werden freilich die Informationen, die zudem schwer generalisiert werden können. Faden und Beauchamp gehen davon aus, daß für den englischsprachigen Bereich erst seit den 1960er Jahren verlässliche Hinweise vorliegen dürften (1986: 55). Für die **USA** nehmen sie drei ‚Stufen‘ an (ebd.: 119 ff.), die zeitlich nicht so weit von den Entwicklungen in Deutschland entfernt sind.

- Die Geburt einer Basiszustimmung („*basic consent*“) sehen sie im frühen 20. Jahrhundert (ebd.: 119 ff.), vergleichbar mit den Entscheidungen in Deutschland 1931.
- In die Zeit von 1957 bis 1972 verorten sie (ebd.: 125 ff.) das Hinzutreten der Informierung des Patienten als Grundlage für seine Zustimmung („*consent becomes informed*“). Ein Gerichtsurteil von 1957 schreibt „die Notwendigkeit der aufgeklärten Einwilligung“ fest (Maio 2012: 144). Dem Patienten wurde damit „das weitgehendere Recht auf ausführliche Information zugesprochen, das fortan als Voraussetzung für seine selbstbestimmte Entscheidung angesehen wurde“ (ebd.). Erstmals tauchte in der Urteilsbegründung auch der Begriff des ‚Informed consent‘ auf (ebd.).
- Ab dann (1972) bis ‚heute‘ (1986) sprechen Faden und Beauchamp (1986: 132 ff.) von einer Ausweitung dieser Praxis („*Informed Consent Flourishes*“).

In Deutschland ergab sich eine ähnliche Entwicklung, die wahrscheinlich auch nicht viel stärker durch die Weltkriege beeinflußt worden ist. Bereits 1908 wurde die erforderliche Zustimmung des Patienten auch auf Operationen nach Krankenhausaufnahme ausgeweitet – was vorher noch als (automatische) Zustimmung zu einer Operation gewertet wurde: Patienten hatten lediglich ein „Widerstandsrecht“. Wenn sie nicht ausdrücklich widersprachen, dann war ein medizinischer Eingriff legitim (Noack und Fangerau 2006: 83).

Anfänge einer Aufklärungspflicht – die damit über die erforderliche Zustimmung des Patienten hinausgeht –, wurden erst 1931 (durch ein Gerichtsurteil) festgelegt. Richter Hermann Großmann, „einziger sozialdemokratischer Richter am Reichsgericht“, erklärte „in vorsichtigen Formulierungen die Aufklärung zu einer ärztlichen Aufgabe und zur Voraussetzung einer gültigen Einwilligung“ (ebd.: 86). Erforderlich sei die „Aufklärung über Art und Risiken des Eingriffs“ (ebd.: 82); 1932 kam noch die Diagnoseaufklärung hinzu.

Nach wie vor unklar ist die Bedeutung eines Urteils von 1940, das der „Förderung der Patientenautonomie“ einen „Vorrang vor medizinischer Fürsorge“ einräumt (ebd.). Insbesondere der „Zusammenhang mit zeitgleicher Euthanasie [ist] unklar“ (ebd.).

Nach der Gründung (und in) der Bundesrepublik wurde es zum „dominierenden medizinrechtlichen und –ethischen Thema innerhalb der Ärzteschaft und blieb es bis in die 1980er-Jahre“ (Noack und Fangerau 2006: 89). Die Ärzte sahen die Entwicklung weitaus kritischer, und so sprach man in den Debatten ab den 1950er Jahren von einem ‚Kalten Krieg‘ zwischen Ärzteschaft und Bundesgerichtshof (ebd.: 90; vgl. Schuster 2018: 215; Kuhlendahl 1978).

Dabei habe die Judikatur das „grundsätzliche Bestehen von Aufklärungspflichten des Arztes“ durch „eine Reihe von Urteilen“ in den 1950er Jahren festgestellt (Joost 2010: 128), wengleich der deutsche Gesetzgeber „die ärztlichen Aufklärungspflichten nicht grundlegend geregelt“ (ebd.: 127) hat. Es wird vielmehr davon ausgegangen, daß Einzelfälle zu unterschiedlich seien, um sie normieren zu können.

Wichtiger Meilenstein war ein 1951 im Kontext psychisch Kranker erschienener Artikel des Juristen Adolf Schönke. Der Bundesgerichtshof folgte seiner Argumentation 1954 im ‚ersten Elektroschockurteil‘, bei dem festgestellt worden ist, daß die Prüfung der Einwilligungsfähigkeit psychisch Kranker vor jedem Eingriff zu erfolgen habe. Dabei handelte es sich um die „erste Entscheidung eines höheren Gerichts zur Einwilligungsfähigkeit psychisch Kranker“ (Noack und Fangerau 2006: 82), die aber auch Allgemeingültigkeit hatte.

Endgültig Einigkeit über „die rechtliche Grundlage der ärztlichen Aufklärungspflicht“ bestehe dann seit einer „Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1979“ (Joost 2010: 128) Sie basiere auf der Autonomie und die auf der Verfassung (... und ohne Bemühen der Autonomie direkt auf der Verfassung).

2.3 Zum Wandel der Kompetenz- und Machtverhältnisse in Laufe der Jahrhunderte

Die historischen Hintergründe im Zusammenhang betrachtet, ergeben sich aus gewandelten Kompetenzen zusammen mit strukturellen Veränderungen neue Machtverhältnisse – Grundlage für die heutigen Diskussionen über Paternalismus und die Bedeutung von ‚Patientenautonomie‘. Neben einer Einteilungsmöglichkeit in historische Abschnitte lassen sich auch die Ideengeschichten der zentralen Elemente betrachten, die im Hintergrund wirken.

- An erster Stelle steht dabei die **Fürsorge**, die den Menschen schon immer begleitet haben dürfte (und die letztlich eine Form von Paternalismus ist). Historisch parallel entwickelten Ärzte das ‚Gebot‘ der **Indikation** als Leitlinie für ihr Handeln.
- Daran ändert sich in der Moderne auch unter den neuen Bedingungen – naturwissenschaftliches Verständnis und erfolgreiche Operationen, die erstmals zu einer tatsächlichen inhaltlichen Überlegenheit der Ärzte führten – nichts. Zusammen mit einer Steigerung

der Komplexität in der Medizin und einem veränderten Patientengut führte das zu einer neuen (bevormundenden) Art von **Paternalismus** (nun auch begrifflich).

- **Juristische Schranken** stärkten nun aber zunehmend das Selbstverfügungsrecht (was die Situation damals besser trifft als ein Selbstbestimmungsrecht). Ärztliche Heileingriffe werden zu zustimmungspflichtigen Körperverletzungen erklärt, die Informierung gewinnt zunehmend an Stellenwert.
- Schließlich führen verschiedene Umstände dazu, daß der Wunsch nach echter **Mitbestimmung** ausgedehnt wird (bis zur heutigen ‚partizipativen Entscheidungsfindung‘).

Die Situation in der Vormoderne

Der Gedanke der Fürsorge begleitet die Menschheit (und nicht nur die) seit Anbeginn. Letztlich ergibt er sich wahrscheinlich aus der Idee der Säugetiere und beruht auf einer gesteigerten Sorge für eine immer geringere Anzahl an Nachkommen. Bei den modernen Menschen (vgl. 4.1) finden sich Sorge und Fürsorge im Rahmen der zunächst üblichen kleineren Gruppenverbände, in denen Angehörige füreinander einstanden. Später übernahmen insbesondere Klöster und ihr Personal zusätzliche fürsorgende Aufgaben (2.1).

Spannender im Kontext dieser Arbeit ist die Frage, inwieweit Ärzte in das System der Fürsorge involviert waren, inwieweit der Gedanke jemals im Vordergrund stand oder auch nur Teil der ärztlichen Haltung war. Mindestens zusätzlich diente er vermutlich immer auch als Mittel zum Zwecke der ärztlichen Reputation...

Unbehelligt davon dürfte die Bedeutung der Indikation sein, die zwar als Richtschnur für das ärztliche Handeln dient, die aber nicht zwingend zu einer Maßnahme berechtigt (so erst und nur kurzzeitig ein Gedanke aus dem ausgehenden 19. Jahrhundert).

Im **Mittelalter** und in der **frühen Neuzeit** wurde nur ein Bruchteil der Bevölkerung überhaupt von akademisch ausgebildeten Ärzten versorgt (Bruchhausen und Schott 2007: 97). Und entsprechend andersherum: „Bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts stammte die Patientenklintel der akademisch gebildeten Ärzte überwiegend aus wohlhabenden Schichten.“ (Noack 2007: 32) Damit hat die ökonomische Abhängigkeit der Ärzte (direkte Bezahlung) mit Sicherheit auch den ‚Patientenwillen‘ beeinflusst – oder eher beinhaltet: Letztlich dürfte die Entscheidung für oder gegen eine Maßnahme in jeder Hinsicht beim Patienten gelegen haben (was beliebige Arztwechsel einschließen konnte). Viel bewirken konnten die akademischen Ärzte oftmals zudem nicht (wahrscheinlich im Gegensatz zu Wundärzten).

Noch zu Zeiten der Aufklärung waren ‚Patientenvorstellungen‘ nicht abzusehen (Faden und Beauchamp 1986: 53 ff.); auch Benjamin Rush als ‚Amerikanischer Hippokrates‘ und John Gregory in Schottland änderten daran nichts (ebd.: 64). Insofern gab es vor der Mitte des 20. Jahrhunderts wahrscheinlich nie ernsthafte Mitspracherechte von Patienten (ebd.: 56 ff.) – schlicht, weil ihnen die Expertise fehlte. Ein Punkt der sich bis heute ja nicht geändert hat.

Unterm vormodernen Strich läßt sich damit festhalten, daß auch nach der Zeit der Aufklärung die Patienten qua Bezahlung zwar ein Widerspruchsrecht hatten, Entscheidungen mittels ihrer Autonomie aber wahrscheinlich auch nicht beeinflusst werden konnten. (Bevormundender) Paternalismus war ebenfalls nicht relevant, weil es die Machtverhältnisse nicht zuließen – außer mutmaßlich im Denken der Ärzteschaft bezüglich ihrer inhaltlichen Überlegenheit.

Veränderungen und Konsequenzen des 19. Jahrhunderts

Die Entwicklungen im und vor allem gegen Ende des 19. Jahrhunderts veränderten das Verhältnis von Ärzten zu Patienten grundlegend. Zum einen führte die Industrialisierung zu einer Bevölkerungsbewegung vom Land in die Städte, was zu einer massiv veränderten Gruppe von Patienten in den (auszubauenden) Krankenhäusern führte. Nicht mehr nur die Wohlhabenden wurden behandelt, sondern alle Bevölkerungsschichten (die ihre Ärzte natürlich nicht frei wählen konnten). Arme Arbeiter aus der Unterschicht – ohne Macht – trafen damit auf eine sich zunehmend zum Bildungsbürgertum zählende Ärzteschaft, die „im Laufe des 19. Jahrhunderts zur unzweifelhaft wichtigsten Gruppe in der bezahlten Gesundheitsversorgung“ aufstiegen (Bruchhausen und Schott 2007: 97 f.). Bevormundender Paternalismus entstand schon aus den genannten Gründen.

Hinzu kommt aber, daß ein neues, naturwissenschaftliches Bild vom Menschen (Foucault 1963; Assadi 2021: 364) die Voraussetzungen schuf, einen fortan biologischen Organismus wirklich beeinflussen – eingreifen – zu können. Wörtlich insbesondere durch die neuen Möglichkeiten der Chirurgie, die auf ein verbessertes Verständnis für die Mikrobiologie (sowie Narkosen) folgen konnte; und tatsächlich schnell folgte (wenn man die Abwasserdiskussionen noch wenige Jahre zuvor bedenkt).

Insgesamt verkomplizierte sich die Medizin. Sie wurde komplexer, Erfahrungen spielten eine zunehmende Rolle (insbesondere in der Chirurgie; und über das neue naturwissenschaftliche Wissen hinaus). Erstmals konnte ernsthaft geholfen werden, wenngleich die Innere Medizin dazu – außer Erklärungen – nur bedingt etwas beitragen konnte. Mikrobiologisch standen Hygienemaßnahmen im Vordergrund, erste Antibiotika folgen erst einige Zeit später.

Die grundlegenden Veränderungen des ärztlichen Berufsbildes im 19. Jahrhundert erstreckten sich damit „nicht nur auf ärztliches Denken, Wissen und Handeln“, sondern hätten auch „das ärztliche Berufsbild im Sinne der Professionalisierung insgesamt und mit ihm die soziale Stellung seiner Repräsentanten“ verändert (Eckart 2021: 218, ohne Herv.). Beruflicher und sozialer ‚Aufstieg‘ der Ärzte ergab sich „aus der steigenden fachlichen Akzeptanz ärztlichen Handelns“ und beschleunigt durch die „Bildung eines ärztlichen ‚Einheitsstandes‘“ (ebd., ohne Herv.).

Weitergehend und kritischer betrachtet Hofer: „Mit der Verwissenschaftlichung, Professionalisierung und Expansion der Medizin einher ging die Ausbildung eines ausgeprägten Elitebewusstseins. In Kombination mit der zeittypischen Fortschrittsgläubigkeit führte das nicht nur zu überzogenen Erwartungshaltungen in der Medizin, sondern gelegentlich auch zu Selbstüberschätzung

bis hin zu einer Überheblichkeit gegenüber anderen akademischen Disziplinen.“ (Hofer 2013: 32; vgl. über Gregory Faden und Beauchamp 1986: 67) Zeichen des Fortschritts, aber auch des neuen Bewußtseins war „das Tragen eines weißen, möglichst keimfreien Operationskittels“ – eingeführt in den 1880er Jahren vom Berliner Chirurgen Ernst von Bergmann (Hofer 2013: 32). Insgesamt schufen die (biomedizinischen und insbesondere wahrscheinlich chirurgischen) Erfolge die Grundlage für eine fehlende Kritikfähigkeit (am System und an sich selbst) mit einer weitgehend fehlenden Fehlerkultur in der Medizin (Frewer et al. 2013). Und diese Geschichte reicht bis in die Gegenwart. – Gut möglich, daß auch das Wetteifern in einer doch über Jahrtausende männlich geprägten Profession eine Rolle gespielt hat und noch spielt. Möglicherweise hat sich in dieser Zeit auch ein gewisser ‚Machbarkeitswahn‘ entwickelt, der einmal mehr zum Ignorieren des Patienten geführt haben dürfte. Etwas, das sich ebenfalls bis heute hält. Und nebenbei bemerkt ist auch ‚Fürsorge‘ einfach ‚nicht sehr männlich‘. Noch ein Hinweis darauf, daß die Antriebe schon immer andere gewesen sein könnten... Ob sich da ein Wechsel abzeichnet (bei in Deutschland immerhin zwei Dritteln weiblicher Studienanfänger) bleibt abzuwarten (wird innerhalb noch länger patriarchaler Strukturen aber dauern).

Anfänge des medizinischen Paternalismus. Wenn man die Fürsorge als ebenfalls paternalistische Intervention einmal kurz ausklammert, dann ist Paternalismus – nicht nur begrifflich – eine Erfindung des 19. Jahrhunderts. Er entsteht dort aus einer ‚Melange‘ aus Überlegenheitsglaube der Naturwissenschaften und den Erfolgen der Chirurgie, gepaart mit einer Erweiterung des Patientenspektrums auf untere Bevölkerungsschichten. Dieser ‚schlechte‘ Paternalismus (der meist mit ‚Bevormundung‘ gleichgesetzt werden kann) basiert primär auf einer Einstellung (Haltung oder Persönlichkeitsstruktur) des Arztes (die sich allerdings durch die Geschichte zieht). Ein (alter) ‚guter‘ Paternalismus (‚Fürsorge‘) gründet auf einer ethischen Verantwortung (‚Sorge‘) einem anderen Menschen gegenüber. In einer neu interpretierten Form basiert er auf plausiblen Erklärungen, Beratungen, Überzeugen und vor allem Begründungen. Dieser ‚aufgeklärte‘, aufklärende oder erklärende Paternalismus (fachlich, sachlich) setzt allerdings Selbstreflexion und Kritikfähigkeit auf Seiten des Arztes voraus (vgl. 4.5 und 4.6).

Krisen der postmodernen Phase

Von einer dritten (postmodernen) Phase wird sinnvollerweise ab der Mitte des 20. Jahrhunderts gesprochen, „in der informiertere, selbstbewusstere Patienten auf die Autorität der Ärzte zunehmend mit Rückzug oder Ärger reagieren“ (Noack und Fangerau 2006: 80). Es bleibt dabei allerdings die (historische) Frage, ob es primär der informiertere Patient war, der kritisch wurde, oder ob es nicht vielmehr die Schwierigkeiten und nicht zuletzt von Ärzten begangene Fehler waren, die zunächst die Medien und dann die Patienten aufhorchen ließen.

In diesem Sinne führten insbesondere verursachte Krisen zu Kritik und (fast Selbsthilfe-) Bewegungen (vgl. 4.3), deren Lösungsstrategie zunächst und zuvorderst in einer Stärkung der Autonomie (und später erst Rechte) der Patienten gesucht worden ist. Schon die ungefragte

Amputation des ‚Hamburger Falls‘ führte zu einer Gegenreaktion (die aber offenkundig auf einer generelleren Ablehnung der damaligen ‚Schulmedizin‘ beruhte, vgl. 2.2).

In der postmodernen Phase standen zwei weitergehende Umstände im Vordergrund – die aber beide zu einer Infragestellung der weitgehend uneingeschränkten Macht der Ärzte führten.

- Zum einen die Feststellung, daß offenkundig unterschiedlich behandelt wird und werden kann (zum Beispiel bei möglicherweise brusterhaltenden Maßnahmen), was letztlich zu den heute noch aktuellen Mitbestimmungsvorstellungen führte (4.3).
- Zweitens die Erkenntnis, daß viele Therapien – oftmals trotz einleuchtender pathomechanistischer Erklärung und trotz ausgewiesener ‚Expertenmeinung‘ dazu – einfach unwirksam waren; was den Boden bereitete für Forderungen nach einer Evidenzbasierung (dann im Rahmen der Evidenzbasierten Medizin, vgl. 3.1).

In beiden Fällen hätte es *der Ärzteschaft* auffallen *müssen*, daß etwas in die falsche Richtung läuft. Und in beiden Fällen hätte *sie* sich darum kümmern können (und müssen).

Skandale und Behandlungsfehler. Abgesehen von der allgemeinen wissenschaftlichen Krise (siehe 3.1), die nicht eben zur Vertrauensbildung beitrug, beeinflussten einige bekanntgewordene Behandlungsfehler und echte klinische Katastrophen (wie der Conterganskandal Ende der 1950er Jahre) die Wahrnehmung der Medizin in der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg: Die Skepsis gegenüber Ärzten nahm zu. Natürlich gehören Fehler dazu und passieren auch in der Medizin. Aber eine von Patientenverbänden in den 1970er Jahren geforderte „Kultur des ‚Zugebens von Fehlern‘“ (Hofer 2013: 39) fehlt bis heute.

Aufbauend (konterkarierend) auf den chirurgischen ‚Göttern in Weiß‘ aus der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Riha 2008: 71) etablierte sich entsprechend die „Metapher vom ‚Halbgott in Weiß‘“, eine „Redewendung, die erstmals für die 1950er Jahre als belegt gilt und die im Zusammenhang mit der Kritik an ärztlichen Fehlleistungen (und einem nicht adäquaten Umgang damit) häufig gebraucht wird“ (Hofer 2013: 32; mit Bezug auf Dinges [2013, S. 145-162]). – Eine genauere Erläuterung des Begriffs ‚Kunstfehler‘ (angelehnt an die ‚ärztliche Kunst‘) geht im übrigen auf Rudolf Virchow aus dem Jahre 1870 zurück. Er wurde ab 1978, angelehnt an ein Urteil des Bundesgerichtshofs, in dem erstmals von einem Behandlungsfehler gesprochen wird, in der Folge durch diesen ersetzt (Hofer 2013: 31).

Arroganz und Macht. Fehler entstehen auch durch fehlendes Interesse – am Fehlervermeiden, aber letztlich auch an der Sache selbst. Gründete sich die den Ärzten unterstellte Arroganz auf wirklicher Kompetenz, so wäre immer noch Kritikfähigkeit zu fordern. Eine Machtbegrenzung der Ärzte wird allerdings – schon wegen der (auch rechtlichen) Verantwortung – nicht die Lösung sein. Und da Arroganz oftmals die Kritikfähigkeit verhindert, wäre kritisch zu sein trotz der Macht die Herausforderung (vgl. Hofer 2013: 32; Nassehi 2010: 345). Dazu gehört auch das Argument der ‚Eminenz‘ in der Medizin (auch als Gegenposition zur Evidenzbasierten Medizin).

Ökonomisierungstendenzen in den Krankenhäusern – ausgehend von den Vereinigten Staaten – veränderten von anderer Seite das ärztliche Handeln und ließen das Vertrauen in die Akteure im Gesundheitswesen weiter schrumpfen.

Das Aufkommen der Patientenautonomie

Erste gesellschaftliche Ideen zu einer Autonomie der Menschen finden sich ab der Aufklärung im 18. Jahrhundert. Diese Hintergründe spielten argumentativ sogar eine nicht unerhebliche Rolle bei der Urteilsbegründung zum ‚Hamburger Fall‘ (Reichsgericht 1894: 375) Ende des 19. Jahrhunderts. Allerdings ging es vordergründig tatsächlich um eine rechtliche Klärung, die auch ohne nochmaligen Bezug auf die Autonomie entsprechend hätte ausfallen können.

Vorausgegangen war die Entwicklung einer neuen Form von Paternalismus (nun auch begrifflich), die auf der ‚alten‘ Idee der Fürsorge aufbaute, nun aber kurzfristig auch die Machtmittel besaß, eine Umsetzung zu erzwingen. Das wurde durch die Gerichtsurteile zwar rechtlich eingeeht, deren gedankliche Hintergründe der Überlegenheit bestehen aber bis heute fort.

Historisch unterscheiden Faden und Beauchamp (1986: 53 ff.) ein **Wohlwollen-Modell** (engl. *beneficence* = Wohlwollen; Fürsorge eher *care* oder *welfare*) – das sich mindestens bis Hippokrates zurückverfolgen läßt (ebd.: 60 ff.) – von einem neueren **Autonomie-Modell** (engl. *autonomy*), das erst Mitte des 20. Jahrhunderts aufgekommen sei (ebd.: 86 ff; mit einigen abweichenden Meinungen dazu, vgl. ebd.: 53 ff.).

Wenngleich einiges – nicht zuletzt im Rahmen aktueller Diskussionen – dafür spricht (vgl. 4.1 und 4.5), auch das historisch alte Wohlwollen-Modell unter (‚guten‘) Paternalismus zu fassen, so ändert das nichts an einer neuen Qualität im 19. Jahrhundert (aus ‚beziehungsstrukturellen‘ Gründen). Insofern sind aber die Entstehungsgeschichten von Autonomie und Paternalismus nur bedingt gemeinsame Geschichten

Weitergehende Autonomie-basierte Forderungen. Ging es beim ‚Hamburger Fall‘ gerade nicht um (medizinisch) fehlerhaftes Verhalten oder um Mißtrauen, so änderte sich das (zunächst) in Amerika Ende der 1950er und Anfang der 1960er Jahre, als Kritik an der Medizin von extern laut wurde (Faden und Beauchamp 1986: 86 ff., vgl. 4.3). Die eingangs erwähnten ‚Irritationen‘ führten zu zunehmend selbstbewußteren Medien (denen einige Patienten folgten), woraus sich schließlich weitergehende Mitspracheforderungen ergaben, die in Modelle einer partizipatorischen Entscheidungsfindung mündeten (4.3).

Diese Entwicklungen zeichneten sich bereits in den 1980er Jahren ab, wurden allerdings auch kritisch betrachtet, so nicht zuletzt von Faden und Beauchamp (1986: 278 f.), die zwar von einem gemeinsamen Verstehen (‚*shared understanding*‘, ebd.: 279 f.), nicht aber von gemeinsamer Entscheidung schreiben.

Zusammenfassend ist die Patientenautonomie historisch aus ganz anderen Gründen entstanden als aus ‚Wertvorstellungen‘ von Patienten. Zunächst ging es darum, indirekt ausgehend von

einer ‚allgemeinen‘ Autonomie (‚Kant‘) sich das Recht zu erkämpfen, über seinen eigenen Körper verfügen zu dürfen (das ist mindestens theoretisch weitgehend erfüllt). Nebenbei wurden damit auch Haltung und Auftreten der Ärzteschaft und des einzelnen Arztes kritisiert (in den Köpfen, und bis heute ein Problem [‚Umgangsformen‘]). Und drittens erst geht es um die ‚individuelle‘ Autonomie (‚Mill‘), die differenzierter zu betrachten ist: Zum einen muß einer Wahlfreiheit ‚nach Gutdünken‘ im medizinischen Kontext eine klare Absage erteilt werden – und auch die rechtliche Situation ist hier mit der Indikation eindeutig (siehe 4.4). Auf der anderen Seite schließt das aber Wahlfreiheit bei echten (‚indizierbaren‘) Alternativen ein. Ein Punkt, der derzeit deutlich zu kurz kommt. Nur in diesen Fällen können Patienten frei (autonom, authentisch) entscheiden.

Abschließend ist zudem leider festzuhalten, daß aus der historischen Perspektive heraus nicht zu erkennen ist, daß sich die Ärzteschaft jemals für die Rechte ihrer Patienten eingesetzt hätte. Niemals proaktiv, sondern stets als Folge jahrzehntelanger Kämpfe gegen Bestrebungen in dieser Richtung, die letztlich als unausweichlich hingenommen werden mußten.

3 Medizin als Wissenschaft: Kompetenzen und Grenzen

Die Notwendigkeit der Feststellung, bei der Medizin handele es sich um eine Wissenschaft, mag zunächst etwas überraschend klingen. Allerdings ist das keinesfalls unumstritten. Noch unklarer ist allerdings die Beantwortung der Frage, was für eine Wissenschaft die Medizin dann sei. Und hier reichen die Meinungen immerhin von ‚eine theoretische‘ bis ‚eine praktische‘.

Selbst verglichen mit der Physik läßt sich die Frage allerdings eindeutig mit ‚Ja‘ beantworten, weil eine Anwendung die Wissenschaft dahinter nicht zum Verschwinden bringe (Lyre 2018: 144). Dem ist zuzustimmen, auch wenn hier das klinische Urteilen unterschlagen wird (3.2), dessen Ergebnisse mindestens wissenschaftlich begründet werden müssen.

Aus der immensen (und weiter zunehmenden) wissenschaftlichen Komplexität (die einen ambivalenten Einfluß auf die Kompetenz der Anwender hat) entstehen damit auch zunehmend Grenzen – des Wissens, der Anwendbarkeit; im System und beim Einzelnen (auf beiden Seiten). Einer zunehmenden Sicherheit folgt damit auf dem Fuße eine ebenso zunehmende Unsicherheit, deren Verhältnis ein zentrales Element bei Erklärungen und Begründungen in der Medizin darstellt.

Sicherheiten. Als wissenschaftliche Basis der Medizin (3.1) dient heute im Grunde eine Kombination (dazu die ‚Plausibilität‘ am Ende von 3.1) aus naturwissenschaftlichen Hintergründen und Evidenzbasierter Medizin (EbM). Die dritte Säule liefert die klinische Urteilskraft des erfahrenen Arztes (3.2), die mit Sicherheit nicht unwissenschaftlich genannt werden kann, aber unter anderen Voraussetzungen (und vor anderen Herausforderungen) steht. Als Hintergründe für eine vorsichtige Definition von Kompetenz müssen damit vor allem Wissen und Erfahrung in ein Verhältnis gesetzt und durch das Urteilsvermögen verknüpft werden.

Unsicherheiten (und die Folgen). Bereits eine grundsätzlich kritische Grundhaltung innerhalb der Wissenschaften legt Unsicherheiten offen, die in den biologischen Naturwissenschaften eine noch größere Rolle spielen.

Tatsächlich paradox ist dabei die auf der einen Seite wohlbekanntes schlechte Übertragbarkeit naturwissenschaftlicher Erkenntnisse auf die klinische Situation bei gleichzeitig unkritischem Lehren und Lernen der zu Fakten erklärten Hintergründe (‚Scheinkompetenzen‘ als Folge, 3.1). Vielen Ärzten zeigen sich die Unsicherheiten daher erst im klinischen Alltag. Betroffen sind natürlich noch viel mehr die Patienten, weil Unsicherheiten zwar oftmals den Handlungsspielraum vergrößern – an der Kompetenz zur Entscheidung ändert das allerdings nichts (3.3). Der verantwortbare Maßstab der Möglichkeiten bleibt in jedem Fall die Indizierbarkeit (4.4).

Evolution und Medizin. Abgesehen von der wissenschaftlichen und klinischen (und damit inhaltlichen) Notwendigkeit, evolutionäre Hintergründe zu berücksichtigen, bietet sich das Thema auch unter grundsätzlichen Gesichtspunkten an. Zunächst können Erscheinungen auf diese Weise in einen (nicht nur zeitlichen) Sinnzusammenhang gestellt werden, was Unsicherheiten reduzieren und die Plausibilität erhöhen kann. Zudem entspricht der offenkundigere spekulative Charakter eher der gesamten Verfaßtheit der wissenschaftlichen Hintergründe in der Medizin

(die damit realistischer gedacht werden könnten). Und schließlich dürften die nun möglichen Warum-Fragen eher den Bedürfnissen der Patienten entsprechen (3.4).

3.1 Die wissenschaftliche Basis der Medizin

Wenngleich heute „Wissenschaftlichkeit als konstitutionelles Element des Arztberufs“ (Bundesärztekammer 2019: A1) auch über die Bundesärztekammer hinaus weitgehend anerkannt ist, so liegt die Urmotivation doch wahrscheinlich beim Helfen mit der „Heilkunde [als] eine Art Urberuf“ (Maio 2012: 86), weil es schon immer Menschen gab, die auf Hilfe angewiesen waren. Begründungen (als Rechtfertigungen) für das Handeln ‚am Patienten‘ dürften dabei wahrscheinlich ebenso alt sein. So wie sich die Bedeutung von ‚Wissenschaftlichkeit‘ geändert hat (siehe auch 2.1), so änderten sich auch die Begründungen.

Mit dem Aufkommen der Naturwissenschaften (2.2) wandelte sich die primär als Handlungswissenschaft betrachtete ärztliche Profession zunehmend zu einer naturwissenschaftlich begründeten – die ihren Handlungsrahmen aber natürlich nicht verloren hat (siehe unten). Letztlich steht die Medizin immer unter einem Handlungsdruck, und Erklärungen bleiben im Zweifelsfall sekundär, wenn nur (wirklich) geholfen werden kann.

Gesichertes Wissen? Zunächst soll jedoch ein kurzer Blick auf die Frage geworfen werden, wie verlässlich Wissen in den Wissenschaften grundsätzlich ist, und wo (schon begriffliche) Schwierigkeiten beim Verständnis bestehen. Wissen ist eine wichtige Basis für Kompetenz und damit Grundlage des Vertrauens in die Wissenschaften und folgerichtig auch in die Medizin. (Eher naives) Vertrauen von Patientenseite ist natürlich auch ohne kritisches Hinterfragen möglich – sollte aber vermieden werden. Eine kritische Grundhaltung auf beiden Seiten (Ärzte und Patienten) wäre zumindest der Situation angemessen.

Die wissenschaftliche Basis der Medizin ergibt sich heutzutage aus den **naturwissenschaftlichen Erklärungen** als handlungsleitendem Maßstab und als Begründung für medizinisches Denken, Entscheiden und Handeln. Wegen der grundsätzlichen Unsicherheiten, der Schwierigkeiten bei der Übertragbarkeit von der Vorklinik in die Klinik und nicht zuletzt wegen unangemessener Expertenmeinungen („Eminenzproblem“, 2.4) wurde die **Evidenzbasierte Medizin** (EbM) entwickelt. Zunächst (und zum Teil noch immer) als Ablösung der pathomechanistischen Erklärungen verstanden, stellt sie heute eher eine zweite Säule bei medizinischen Entscheidungen dar (die dritte ist das **klinische Urteilen** [3.2]).

Begründungen in der Medizin beruhen daher auf diesen drei Säulen, die insbesondere durch die Plausibilität zusammengehalten werden – ein pragmatischer und dem Handlungsinteresse der Medizin angemessener Erklärungsrahmen. Um dem gerecht zu werden, muß allerdings die Krise der naturwissenschaftlichen Begründungen (in Vorklinik und Pathogenese) überwunden und deren Notwendigkeit für eine zukünftige Medizin anerkannt werden.

Gesichertes Wissen?

„Es dürfte die meisten Menschen überraschen“, schrieb der Ökonom Frank Knight [1921 in *Risk, Uncertainty and Profit*], „wenn ihnen erstmals ernsthaft klar wird, welch kleiner Teil ihres Tuns auf akkuratem und umfassendem Wissen beruht.“ (Müller 2020) Ein Zitat, das zwar Unsicherheit und Unternehmertum behandelt, aber auch generell Gültigkeit besitzt. In diesem Sinne sind die hier angesprochenen Vorbemerkungen zu sehen.

Zunächst sollen kurz einige allgemeine Gedanken zu **Begriffen** und **Erklärungen** einen Hintergrund aufzeigen, der gemeinhin zu wenig Beachtung findet (und nicht nur für die Medizin relevant ist). Er ergänzt die inhaltlichen Schwierigkeiten, und zusammen können sie nur zu einer **kritischen Grundhaltung** führen. Die Anwendung der Punkte auf die **Medizin** schließt diesen allgemeinen Teil.

Über Begriffe und Erklärungen

Ausgangspunkt für eine gelingende Kommunikation sind eine gemeinsame Sprache und gemeinsame Vorstellungen darüber, was relevante Fragen sind. Darüber hinaus sind Vorstellungen über die Verwendung von Begriffen Grundlage allen Wissens in einem Verständigungsrahmen (wie einem ärztlichen Gespräch), Begriffe, die wiederum als Grundlage für Erklärungen dienen. Hier herrscht oftmals eine Diskrepanz zwischen Experten (Ärzte) und Laien (Patienten), die weit über fachsprachliche Probleme (zum prominenten Phänomen der ‚Medizinersprache‘: 4.2) oder die angesprochene Asymmetrie (ebenfalls 4.2) hinausgeht.

Sich unter einem Begriff etwas vorzustellen, gelingt zwar etwas leichter bei einer ‚Klappe zwischen rechtem Vorhof und rechter Kammer‘ statt einer ‚Trikuspidalklappe‘. Aber auch die scheinbar klare Vorstellung läßt noch erhebliche Unterschiede im Verständnis zu.

Unter ‚Gleichgesinnten‘ kommt diese Diskrepanz schwerer zum Vorschein, weil eine Unterhaltung im Rahmen der gegenseitig bekannten Begrifflichkeiten erfolgt (Studenten direkt vor dem Physikum oder einer anderen Zwischenprüfung zu unterrichten, ist weitaus ‚einfacher‘ als Studienanfänger...). Kommt es jedoch zu einem Austausch mit Fachfremden – grundsätzlich diesbezüglich Laien (auch Ärzte anderer Fachdisziplinen) –, so treten die fehlenden Fundierungen der Begriffe offen zutage (bei jedem Gespräch zwischen Arzt und Patient; erlebbar in praktisch jeder Visite).

Bei differierenden Hintergründen ist es daher immer erforderlich, einen gemeinsamen Verständnishorizont der Dinge *hinter* den schlichten Begrifflichkeiten zu finden. Für ein solches **begriffsunabhängiges** Verstehen und Erklären ist allerdings ein *wirkliches* Verstehen erforderlich (der Erklärenden zunächst!). George Edward Moore und in der Folge einige weitere analytische Philosophen haben auf die primäre Begriffsklärung als Ausgangspunkt für jede weitere Beschäftigung mit einer Thematik hingewiesen.

Solcherlei definitorische Schwierigkeiten zeigen sich allerdings schon in der Forschung, wo teils Jahrzehnte lang geforscht und publiziert wird, ohne daß die Begrifflichkeiten jemals geklärt worden wären (vgl. zum „präfrontalen Kortex“ von Mäusen Laubach et al. 2018).

Unterkomplexität und Simplifizierungen. Von Albert Einstein stammt ein vielzitiertes Satz, man solle ‚die Dinge so einfach wie möglich machen. Aber nicht einfacher‘. Welche Ebene Einstein überhaupt gemeint hat, läßt sich offenbar nicht mehr herausfinden. Sowohl die eines methodologischen Reduktionismus im Ockhamschen Sinne könnte gemeint sein als auch die Erklärungsebene (auf die vermutlich die zahlreichen Lehrbücher anspielen, die das Zitat verwenden). In jedem Falle taugt es als Warnung vor zu großer Vereinfachung mit mindestens zwei Folgen.

- Wenn komplexe Sachverhalte ‚unterkomplex‘ betrachtet werden, dann reicht das Verständnis oftmals nicht mehr aus, um damit noch eine vernünftige Entscheidung treffen zu können; vor allem die **Beurteilbarkeit** geht schnell verloren. Zum Umgang mit Komplexität gehört eine solide Hintergrundtheorie ‚kompetenter Menschen‘. Etwas statt mit Worten in einfachen Bildern zu erklären, reicht eben nicht für Entscheidungskompetenz.
- Darüber hinaus geht – vor allem bei sprachlichen Simplifizierungen – auch ganz praktisch die Möglichkeit verloren, **Anschluß** an **fachliche Quellen** zu bekommen. Es kann dann zwar unter Umständen in einfachen Worten wiedergegeben werden, was – im Falle einer Erkrankung – nicht mehr funktioniert, und was gemacht werden soll. Aber man kann sich nicht weitergehend informieren.

Auch die nachvollziehbare Forderung der Bundesärztekammer (2019: A8) in ihrer Stellungnahme, daß „zur Sicherstellung und Verfügbarmachung wissenschaftlich begründeter Informationen für unterschiedliche Zielgruppen mit unterschiedlichen Bedürfnissen [...] übergeordnete Angebote zur Stärkung der Gesundheits- und Entscheidungskompetenz von Patienten“ benötigt würden, ändert nichts am grundsätzlichen Problem der Vereinfachungen (dazu auch die Hilfsmaterialien in 4.3).

Transdisziplinarität. Disziplinenübergreifende Betrachtungen sind nicht nur als Erweiterung des Begriffsproblems auf benachbarte Disziplinen anzusehen, sondern verdeutlichen vielmehr das Kernproblem. Für die Medizin ist zudem festzuhalten, daß ‚die Medizin‘ aus zahlreichen Einzeldisziplinen besteht, und daß schon Physiologen, Biochemiker und Anatomen (dort Embryologen, Histologen und Neuroanatomen) eigene Sprachen und von den selben Strukturen jeweils anders sprechen.

Hilfreich sind dabei Unterscheidungen, die Helga Nowotny in *Vom Baum der Erkenntnis zum Rhizom* (in Nowotny 1999: 106), zurückgreifend auf Erich Jantsch (*Technological Planning and Social Futures*, London 1972) vornimmt, und Multi-, Inter- und Transdisziplinarität definiert.

Die **Multidisziplinarität** bezieht sich dabei auf das gemeinsame Arbeiten an einem Projekt, ohne sich sprachlich abstimmen zu müssen. Als Beispiel mögen unterschiedliche Experten bei der Herstellung eines Flugzeuges dienen: Jeder hat sein begrenztes Aufgaben- und Arbeitsgebiet (Sitze, Turbine, ...), so daß Abstimmungen auf dieser Ebene nicht (mehr) erforderlich sind.

Interdisziplinarität entsteht, wenn unterschiedliche Fachgebiete sich abstimmen müssen, weil sie in einem Gebiet gemeinsam arbeiten: Elektroniker und Schweißer an der Turbine. Bei interdisziplinären Projekten besteht oft das Problem, daß nur scheinbar über das Gleiche gesprochen wird. Zwar werden die gleichen Begriffe verwendet – der Begriffsinhalt ist aber oftmals alles andere als identisch. Das ‚Miteinander‘ der genannten Vorkliniker ist dabei zumeist von Interdisziplinarität geprägt. Erst eine **transdisziplinäre Herangehensweise** ermöglicht aber einen wirklichen Austausch unterschiedlicher Disziplinen (weshalb es Interdisziplinarität eigentlich gar nicht geben dürfte...) – und nicht zuletzt mit Patienten (zu den tiefgreifenden Schwierigkeiten an Universitäten Ropohl 2012, insbesondere 20, 181 ff., 195 ff.; vgl. auch Mittelstraß 2003: 9 ff.).

Kritische Grundhaltungen

Auch wenn sich die begrifflichen Unklarheiten beseitigen ließen, so blieben doch die grundsätzlichen Unsicherheiten beim Wissen bestehen. Aus einigen hilfreichen Überlegungen aus der Philosophie- und Wissenschaftstheoriegeschichte heraus ergibt sich schließlich mindestens ein skeptischer Blick – durchaus positiv zu sehen – auf die Wissenschaften; die besonderen Unsicherheiten in der Biologie sowie die individuelle Biologie des einzelnen Patienten dabei noch gar nicht berücksichtigt.

Eine letztlich kritische Grundhaltung sollte das Denken und Handeln dabei immer begleiten. Allerdings hilft ein Zuviel an Skepsis natürlich in einer auf Entscheidungen angewiesene Disziplin (und im Leben) nicht wirklich weiter. Auch aufgrund des Praxisbezugs der Medizin scheint daher ein pragmatisches Herangehen geboten. Aber ohne die unsichere Basis zu vergessen.

Historischer Ausgangspunkt kann dabei nur der ‚Urvater des Zweifels‘ sein: **Sokrates** (469 bis 399). Inwieweit die Mäeutik in den platonischen Dialogen allerdings Pate für die Arzt-Patienten-Beziehung stehen kann, oder ob die Freiheit des ‚Mitdenkenden‘ nicht doch sehr eingeschränkt wird, wäre einer weitergehenden Untersuchung wert. Die **Pyrrhonische Skepsis** des Agrippa, aufgeschrieben durch Sextus Empiricus, sei nur erwähnt, so auch der Skeptizismus **Michel de Montaignes** (1533 bis 1593) in der späten Renaissance (Beck 1993: 249 ff.; „Habe Mut, dich deines eigenen *Zweifels* zu bedienen!“ [ebd.: 253, Herv. i. Orig.]). Daran anschließend auch **Michel Foucaults** (1926 bis 1984) *Was ist Kritik?* von 1990 (dt. 1992) (auch dazu Beck 1993: 256). **René Descartes** (1596 bis 1650) ‚Ich zweifele, also bin ich‘ verfolgt eine tiefergehende Untersuchung über die Gewißheiten in der Welt, die ihren Ausgangspunkt beim eigenen Ich nimmt. Auch der Kritizismus **Immanuel Kants** (1724 bis 1804) (in Folge der ebenfalls kritisch angelegten Aufklärung) stellt die Fragen in der Kritik der reinen Vernunft in den Mittelpunkt: Was kann ich wissen?.

Popper und Fleck. Das Jahr 1935 bietet gleich zwei herausragende Werke der Wissenschaftsphilosophie, die auch als Reaktion auf die Ansichten des Wiener Kreises zu betrachten sind. In der Wissenschaftstheorie setzt **Karl Raimund Popper** an diesem Punkt an und unterbreitet in der *Logik der Forschung* (1935) sein Konzept des Falsifikationismus (Chalmers 2001: 51 ff.).

Die Kernthese ist, daß sich wissenschaftliche Ergebnisse und Theorien niemals verifizieren, sondern immer nur (gegebenenfalls) falsifizieren lassen. Wissen existiert damit lediglich als Vermutungswissen und in Form von Theorien, die beständig überprüft und unter Umständen verworfen werden müssen. Es besteht ein permanenter Irrtumsvorbehalt. Dabei zweifeln Falsifikationisten gar nicht grundsätzlich an der Möglichkeit von Wahrheit. Allerdings gehen sie davon aus, daß Irren immer (ganz prinzipiell) möglich ist, was erneut Bedeutung für Entscheidungen hat (zu den Grenzen Chalmers 2001: 73 ff.; Chalmers 1999: 65 ff.; zur Brauchbarkeit für die Medizin Jürgensen et al. 2013: 177).

Ebenfalls 1935 ist **Ludwik Flecks** *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache* entstanden, „die wohl erste soziologische Untersuchung der Produktion wissenschaftlichen Wissens“ (Umschlagstext zur Suhrkamp-Ausgabe von 1980). Neben vielen grundsätzlichen Gedanken zur Verfaßtheit der wissenschaftlichen Gemeinschaft (als Denkkollektiv mit ihren Denkstilen) sind einige wissenschaftshistorische Anmerkungen für den hier behandelten Kontext besonders erwähnenswert. Mit einiger Verwunderung schreibt Fleck über die „Sonderstellung der heutigen wissenschaftlichen Sätze“ (Fleck 1980 [1935]: 68) und die „erznaive Ansicht“ (ebd.: 69) der Zeitgenossen, die ihre Meinung vertreten würden, „als ob unsere heutigen wissenschaftlichen Auffassungen in vollständigem Gegensatz zu allen anderen Denkart stünden, als ob wir sozusagen klug und sehend geworden“ (ebd.: 68 f.) seien. „Wir besäßen einfach das ‚richtige Denken‘ und das ‚richtige Beobachten‘ und eo ipso, was wir für wahr erklären, *ist wahr*“ (ebd.: 69, Herv. i. Orig.). Es trifft eine tatsächlich weitverbreitete Vorstellung, man sei heute kurz vor dem endgültigen Verständnis – und eben nicht möglicherweise Jahrhunderte davon entfernt...

Kuhns Normalwissenschaften. Die Untersuchung und Beschreibung der ‚Normalwissenschaften‘ durch **Thomas Samuel Kuhn** (1922 bis 1996) gehört zu den faszinierendsten, aber meines Erachtens auch irritierendsten Blicken auf die Wissenschaften. Auf der einen Seite verspricht er, *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen* (1973 [engl. Orig. 1962]) zu erklären, auf der anderen Seite beschreibt er eine Realität in den Wissenschaften, in der Neuerungen überhaupt nicht vorgesehen sind. Im Gegenteil. Das System verlangt es, daß Neuerungen bekämpft werden; aus inhaltlichen, aber auch aus persönlichen (lebenswerklichen) Gründen. Alles in allem glaube ich, daß er über weite Strecken Recht hat, so tragisch dieser Blick auch ist. Denn letztlich werden Neuerungen im Alltag bekämpft, um dann – wenn sie sich aus eigentlich nicht vorgesehenen Gründen doch einmal durchgesetzt haben – als große Erfolge ‚der Wissenschaft‘ gefeiert zu werden. Diese Umstände führen zwar zu einer gewissen Annahme von Unfehlbarkeit (zunächst in den Normalwissenschaften), weil Unsicherheiten bekämpft werden (müssen). – Skeptizismus ist den Normalwissenschaften über die Meßwerte hinaus im Grunde fremd. Letztlich setzen sich mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung Annäherungen an die Wahrheit aber durch.

Plausibilität und Pragmatismus. Aus diesen kritischen Grundhaltungen heraus (dem **Skeptizismus**) folgt nun allerdings kein Relativismus. Nach (mehr) Wissen und eine größere

Annäherung an ‚die Wahrheit‘ läßt sich natürlich beständig streben, ihre Wissens- und Wahrheitsgehalte können sich aber immer nur auf den aktuellen Kenntnisstand beziehen.

Insofern bleibt natürlich Raum für **Gewißheit** und **Wahrheit**, allerdings verlieren sie ihren Absolutheitsanspruch. In diesem Sinne ist auch Paul Boghossians *Plädoyer gegen Relativismus und Konstruktivismus* von 2013 zu verstehen (so der Untertitel seines Buches *Angst vor der Wahrheit* [Engl. Orig. 2006]). Aber nicht zuletzt für die Medizin müssen sie diesen vielleicht auch gar nicht erfüllen. Schon die Biologie arbeitet mit weitaus weniger exakten Maßstäben als andere Naturwissenschaften, und viele Erkenntnisse beruhen auf einem hohen Grad an **Plausibilität**.

Hinzu kommt dort noch das Problem der ‚Übersetzung‘ des theoretischen Wissens in konkrete Handlungen. Letztlich bietet sich also tatsächlich ein pragmatischer Wahrheitsbegriff an (der ebenfalls keinesfalls relativ zu betrachten ist). Der **Pragmatismus** fragt aber zusätzlich auch nach dem Wert des Wissens, nach der Anwendbarkeit (in diesem Sinne die amerikanischen Pragmatiker Peirce, Dewey und James).

Zusammengefaßt ergeben sich damit zwei Grundhaltungen mit entsprechenden Konsequenzen auch für die Medizin. Zum einen eine **kritische Grundhaltung**, die auf der persönlichen Ebene mit Sokrates beginnt und wissenschaftstheoretisch in Popper mündet und eine grundsätzlich skeptische Haltung zur Basis aller weiteren Überlegungen (auch Entscheidungen) macht. Außerdem eine letztlich **pragmatische Haltung**, die bei der Bewertung von Erkenntnissen bereits die Handlung mit in den Blick nimmt (Dewey, Peirce).

Und in der Medizin?

Für die Medizin gilt das in besonderer Weise, in der zudem eine Art ‚radikal-pragmatische‘ Bedeutung hinzukommt. Es läßt sich schon ethisch nicht vertreten – es ist vielmehr moralisch geboten –, auch unsicheres Wissen zum Wohle des Patienten anzuwenden, wenn es aussichtsreich erscheint, daß ihm geholfen werden kann. So ergibt sich fast automatisch ein ‚pragmatischerer Umgang‘ mit Kenntnissen (Wissen).

Darüber hinaus bedarf die Medizin einer besonderen Betrachtung, weil sich eine durchaus paradoxe Situation ergibt, die als Hintergrund für die Wahrnehmung des Faches wichtig ist und auch für den Umgang mit Patienten weitreichende Konsequenzen hat.

- Auf der einen Seite werden für die Wissenschaften prinzipiell Zweifel und Vorläufigkeiten als Selbstverständlichkeiten angenommen. Zudem wird komplexen biologischen Systemen eine besondere Unsicherheit zugestanden – bis hin zum individuellen Patienten mit jeweils (evolutionär bedingt) unterschiedlichen Ausstattungen (die sich an Polymorphismen zeigen können und letztlich Grundlage der personalisierten Medizin sind).
- Auf der anderen Seite herrscht im klinischen Alltag aber ein Klima, in dem Zweifel keinen Platz haben, was sich nicht zuletzt auch in einer fehlenden Fehlerkultur widerspiegelt (Frewer et al. 2013). Ursächlich dürften dabei insbesondere die historischen Entwicklungen aus Aufstieg der Medizin im 19. Jahrhundert (Möglichkeiten und gesellschaftliche Stellungen) sowie erstarkenden ‚Gegenbewegungen‘ (und damit Kompetenzfragen) sein.

‚Fakten‘. Eine Folge der bewußt unkritischen Grundhaltung ist dann auch bereits die Art der Wissensvermittlung in der Medizin, die bereits in der Vorklinik – dem noch ‚wissenschaftsnächsten‘ Teil der Medizin – auf ‚Fakten‘ setzt, statt auf die zahlreichen Unsicherheiten aufmerksam zu machen.

Als Beispiel mag die Nierenfunktion dienen, deren einzelnen Elemente in Lehrbüchern als ‚Tatsachen‘ beschrieben werden – obwohl beispielsweise letztlich unklar ist, was die Quelle des Gradienten im inneren Nierenmark ist (Nawata und Pannabecker 2018). Studenten versuchen nicht nur, Zusammenhänge zu verstehen, die derzeit nicht zu verstehen sind, was zu Frustration und Selbstzweifeln führt. Es führt auch zu einem Rückzug von Erklärungsversuchen (weil das Nierenbeispiel nur eines von Tausenden ist). Für den klinischen Abschnitt werden so Sicherheiten vorgegaukelt, die sich nicht bewahrheiten können. Im günstigen Fall führt das zu einer Art Unsicherheits- oder ‚Kulturschock‘, weil den dann praktizierenden Ärzten klar wird, was alles unklar ist. Meistens aber wird das einfach als Normalität akzeptiert.

Differierende Erklärungsansprüche. Es ist nicht überraschend, daß damit viele Erklärungen in der Medizin unvollständig sind, weil manchmal ganze Ebenen noch nicht verstanden sind (regulatorische Ribonukleinsäuren zum Beispiel, s.u.). Und daß damit die Übertragbarkeit vorklinischer Inhalte auf die Klinik nicht eben einfacher wird, ist auch klar.

Allerdings kollidiert die grundsätzliche Ablehnung von (wenigstens) Erklärungsversuchen nicht nur mit der Wissenschaftlichkeit der Medizin (und hat Auswirkungen auf die Forschung), sondern paßt auch nicht zu den Ansprüchen der Patienten. Sie wünschen sich Erklärungen und Begründungen, die aber nicht nur in der alltäglichen Medizin, sondern auch im Studium praktisch nicht vorgesehen sind. Entsprechend schwer tun sich Ärzte damit, auf Fragen von Patienten adäquat zu antworten – oftmals wird der Kern der Frage noch nicht einmal verstanden (erlebbar in praktisch jeder Visite).

Das **Kommunikationsproblem** zwischen Ärzten und Patienten ist damit sehr viel **tiefgreifender**, als die Fremdwörter (‚Medizinersprache‘) vorzuspiegeln vermögen. Es geht um fundamental andere Fragen, in denen Erklärungen und Verstehen auf der Basis eines anfänglichen Verständnisses über den eigenen (gesunden) Körper im Zentrum stehen.

Offen bleibt die Frage, warum sich Ärzte eigentlich nicht fragen, was sich jeder andere Mensch in dieser Situation fragt. Oder: Was fragen sich eigentlich Ärzte als Patienten? Die Folge jedenfalls sind unzufriedene Patienten, die sich nicht nur mißverstanden fühlen (weil sie es sind), sondern die auch noch weniger eine Chance bekommen, an Entscheidungen über Maßnahmen mitwirken zu können.

Naturwissenschaft – Handlungswissenschaft

Es ist wahrscheinlich unstrittig, daß sich die Medizin aus ihrer Handlungsperspektive heraus entwickelt hat (die ‚Heilkunde‘ bei Maio [2012: 86] als „eine Art Urberuf“). Anderenfalls wäre sie eine ‚Zoologie des Menschen‘ geworden – wie in etwa die Anthropologie und Humanbiologie, die

eben ohne diese Art praktischen Bezugs (Nutzen für kranke Menschen) auskommen. Das Verhältnis von Theorie (Wissen) und Praxis (Handeln) in der Medizin – „immer auch in einen normativen Kontext eingebettet“ (Paul 2006: 60) – bleibt dennoch ein diskutiertes Thema, das nicht selten von einem irrigen Wunsch nach mehr Trennung mit Betonung des praktischen Teils begleitet wird. Aber auch wenn die Medizin keine reine Naturwissenschaft sein kann, so bleibt diese doch derzeit ihr Hintergrundkonzept.

Bei einer Schwerpunktsetzung im praktischen Bereich sind zur Einordnung der Medizin unterschiedliche Konzepte entwickelt worden (Raspe 2018: 167 ff.), wobei manche von ‚**praktischer Wissenschaft**‘ sprechen – Gadamer, Sadegh-Zadeh, Wieland –, „um der Klinik einen besonderen epistemologischen Status zuzuweisen“ (ebd.: 170), und andere von ‚**Handlungswissenschaft**‘, „um die ‚eigene Art‘ herauszuarbeiten“ (ebd.), so Borck [z.B. in 2021a: 153], Toellner und Raspe selbst (ebd.), ähnlich die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages (Deutscher Bundestag 2021: 4). Daß eine Entscheidung zugunsten einer Variante substantielle Vorteile bringt, kann bezweifelt werden. Allen gemein ist eine gewisse Unterschätzung theoretischer Gesichtspunkte.

Historische Bedeutung von Erklärungen. Denn Versuche einer Erklärung für das Handeln im speziellen Fall dürften ebenso alt sein wie das Fach selbst. Auch wenn zunächst mystische Erklärungsversuche eine Rolle spielten, die von eher wissenschaftlichen zu Zeiten Hippokrates' abgelöst wurden und mit der Humoralpathologie viele Jahrhunderte die Erklärungs- und Begründungskultur prägten: Es waren Erklärungen. Der Wechsel zu den naturwissenschaftlichen Hintergründen und letztlich der Zellulärpathologie setzte den Wunsch nach Erklärungen nur fort. Und selbst die Evidenzbasierte Medizin gründet auf dem Wunsch, aus einer festgestellten Wirkung eine Handlung zu begründen. Insgesamt handelt es sich dabei um theoretische (Erklärungs-) Konstrukte (in diesem Sinne allgemeiner auch Paul 2006: 66).

Medizinimmanenz der Theorie. Ein weiterer Punkt wird oftmals übersehen: Es gibt derzeit kein ‚anderes Fach‘, das theoretische Grundlagen für die Medizin liefern könnte. Vorstellungen vom gesunden Menschen werden innerhalb der Medizin (insbesondere der Vorklinik) entwickelt. Weder Meeresbiologie noch Zoologie interessieren sich für den Menschen; die Humanbiologie eignet sich nur bedingt (weil ihr oftmals die Tiefe fehlt), die Anthropologie hat historisch andere Schwerpunkte. Entsprechend fühlt sich kein Fach außerhalb ‚der Medizin‘ für Aufbau und Funktion des (biologischen) Menschen zuständig. Wollte man der Medizin ihren theoretischen Teil absprechen, so entledigte man sich sämtlicher Hintergründe, die für die eigene Profession benötigt werden.

Viele Fragestellungen – auch naturwissenschaftliche – können zudem ohnehin nur aus der Medizin heraus (von Ärzten) gestellt werden. Nicht nur, weil viele Themen in der Ausbildung der Biologen fehlen, sondern weil auch der ärztliche Blick ein anderer ist. – In diesem Zusammenhang kann es durchaus problematisch gesehen werden, daß in der Vorklinik zunehmend weniger Ärzte forschen und lehren.

Zur „erkenntnistheoretischen Kluft“. Norbert Paul spricht von einem grundsätzlich „proble-matischen Verhältnis von Wissen und Handeln in der modernen Medizin“ (Paul 2006: 62). Neben einem Wissensdilemma, das sich aus der Diskrepanz zwischen dem immensen Umfang des Wis-sens in der Medizin und der nur begrenzten Aufnahmefähigkeiten des einzelnen Arztes ergibt (ebd.: 62 f.), findet sich eine „zweite Besonderheit [...] auf einer eher systematischen Ebene und kann als erkenntnistheoretische Kluft beschrieben werden“. Dabei stünden sich „die biomedizi-nische Forschung und das klinische Handeln zunehmend als komplementäre Welten gegenüber“ (ebd.: 63). Das Handeln am Krankenbett sei dabei oftmals anders als das, was man in der Theorie gelernt habe. Über die Grenzen der naturwissenschaftlichen und auch evidenzmedizi-nisch begründeten Erklärungen – über die grundsätzlichen Schwierigkeiten in den Wissenschaf-ten – hinaus wird noch (in den nächsten beiden Kapiteln) zu schreiben sein. Unbestritten gibt es ein Problem bei der Übertragbarkeit, das insbesondere das Verhältnis von Vorklinik und Klinik betrifft (einschließlich der angesprochenen Begriffsüberlegungen).

Allerdings wird auch ganz grundsätzlich oftmals unterschätzt, daß die ‚Theorie‘ sehr viel weitrei-chender ist als gemeinhin angenommen (Geertz 1983). Ein grundlegendes Verständnis vom menschlichen Körper, vom Funktionieren einer Zelle oder vom Verhalten von Molekülen erwirbt man nicht in der Schule oder nebenbei. Dieses Grundwissen ist aber essentiell für das ärztliche Handeln (und eben auch für das Gespräch mit den Patienten).

Aus dem Nichtwahrnehmen oder ‚Kleinreden‘ dieser theoretischen Voraussetzungen folgt leider unmittelbar, daß die möglichen Zusammenhänge nicht genügend in den Blick genommen wer-den: Die Vorklinik scheut den Blick in die Klinik, und noch viel weniger interessieren sich die Kliniker für ihre eigenen Grundlagen aus der Vorklinik. Es gibt – außer in pathobiochemischen und pathophysiologischen Lehrbüchern – praktisch keinen Diskurs zur Übertragung der Erkennt-nisse aus der Vorklinik in die Klinik. Diese Ablehnung ist mit Sicherheit eines der Probleme der Kluft – und wäre damit mindestens auch ein ganz praktisches Problem.

Und auch wenn Paul durch Thomas Kuhn (1962) „einen der Grundsteine für die Entwicklung einer neuen Lesart der Medizintheorie“ gelegt sieht (Paul 2006: 65; ähnlich Salomon 2015: 7), in der eine „Wahrnehmung des Wissenschaftsbetriebs als soziale Praxis, das Nachspüren der Erkenntnisprozesse im Labor“ eine größere Rolle spielen (Paul 2006: 65; vgl. Knorr Cetina 1981), womit „Wissen und Handeln nicht länger als getrennte Sphären im Sinne der klassischen Medi-zintheorie“ erscheinen, sondern „als untrennbar miteinander verwobene Stränge in der Produk-tion wissenschaftlicher Tatsachen verstanden“ werden (Paul 2006: 65 f., ohne Herv.) – so spricht die Praxis im Alltag doch eine andere Sprache. Dennoch bleibt, daß die Medizin ohne Theorie blind und ohne Praxisbezug rein akademisch wäre; das Verhältnis zu ethischen Fragen ist noch zu diskutieren.

Naturwissenschaftliche Erklärungen

Nach anfänglich eher mystischen Erklärungsversuchen für Symptome und Erkrankungen haben sich seit Empedokles und Hippokrates wissenschaftliche Einschätzungen durchgesetzt, die – nur wenig verändert – als Humoralpathologie immerhin über zwei Jahrtausende die Medizin bestimmten (2.1).

Das änderte sich am Übergang vom 18. zum 19. Jahrhundert, als zunehmend ein **naturwissenschaftliches Bild vom Menschen** entstand (Foucault 1963; Assadi 2021: 364), das bis heute Bestand hat. Bemerkenswerterweise hat es die Evolution in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts – trotz einiger Versuche (siehe 2.2, 3.4) – nicht geschafft, ebenfalls in das naturwissenschaftliche Weltbild der Mediziner aufgenommen zu werden.

Die Leistung der naturwissenschaftlichen Erklärungen beruhten insbesondere auf der Überprüfbarkeit von Ursache und Wirkung, worin sie älteren Erklärungsansätzen deutlich überlegen waren. Auf der anderen Seite finden sich sowohl naturwissenschaftlich als auch bei der Anwendung auf den individuellen Patienten Grenzen, die allerdings allzuoft nicht vermittelt (mitunter gar nicht wahrgenommen) werden.

Ideal und Realität

Die Leistungsfähigkeit der Naturwissenschaften im Allgemeinen – mit der Physik als der exaktesten und damit nachprüfbarsten Disziplin – steht weitgehend außer Frage. Man würde Menschen nicht zum Mond schießen, wenn die Physik unsicher wäre. Die Möglichkeiten des Voraussagens in der Biologie als der entscheidenden naturwissenschaftlichen Grundlage der Medizin sind schon deutlich eingeschränkter. Individualität, Komplexität und Plastizität schließen sichere Voraussagen aus. Aus der – im 19. Jahrhundert noch verbreiteten – Idealvorstellung ist längst eine Wunschvorstellung geworden, auf die nicht zuletzt die Evidenzbasierte Medizin eine Antwort war und ist.

Grundannahme: Kausalität. Dennoch bleiben die Ideale eines naturwissenschaftlichen Menschenbildes bestehen (aus guten Gründen, wie bei den ‚Begründungen in der Medizin‘ gezeigt werden wird), und es wird von den Grundsätzen von Ursache und Wirkung ausgegangen. Erklärungen versuchen dabei stets, eine Antwort auf die Frage nach dem mechanistischen ‚Wie‘ zu geben (auch dazu die Evolution, 3.4). In diesem Sinne zur Kausalität Wesley C. Salmon (1984: insbesondere 178 ff., auch 184 ff.) und Hilary Kornblith (2002).

Naturwissenschaften in der Medizin: die Idealvorstellung. Ausgangspunkt für eine Medizin unter einer naturwissenschaftlichen Perspektive ist zunächst eine Betrachtung des gesunden Menschen (in Deutschland im Rahmen der ‚Vorklinik‘). Darauf aufbauend versucht die **Pathogenese**, die Entstehung von Krankheiten aus diesem gesunden Umfeld heraus zu erklären; für die direkte Ursache steht die **Ätiologie**. Konkret übernehmen das die klassischen ‚Erklärfächer‘ für die Medizin: Pathophysiologie und Pathobiochemie. All das soll theoretisch in die klinischen

Fächer integriert werden, allerdings spielen Erklärungen dort in der Praxis de facto praktisch keine Rolle (mehr) – mit natürlich weitreichenden Folgen für den Umgang mit den Patienten.

Naturwissenschaften in der Medizin: die Realität. Wahrscheinlich scheiterten die Naturwissenschaften schon zu Beginn an ihrem eigenen Anspruch an „analytische Exaktheit und Kausalität“ (Paul 2006: 64, ohne Herv.), die als Rechtfertigung für die intendierten Maßnahmen erhalten mußten. Fundamentalere dürften sie aber an den komplexen biologischen Systemen gescheitert sein (die nicht exakt voraussagbar sind), an der Plastizität (selten gibt es in Organismen nur einen Weg zum Ziel) sowie den auch noch sehr individuellen Ausprägungen beim einzelnen Patienten.

Als **Beispiele** mögen die zahlreichen **Chemotherapien** dienen, die an einer vermeintlich zentralen Stelle im Tumorstoffwechsel eingriffen, die von den Tumorzellen aber durch Seitenwege umgangen werden konnten (nicht zuletzt durch Mutation und Selektion, also evolutionär vermittelt). Egal wie plausibel eine Maßnahme zunächst ausschaute – der Körper ist komplex genug, um in vielen Fällen einen anderen Weg zum Ziel zu finden; manchmal auch erst nach einiger Zeit. Ein anderes Beispiel sind die Hemmstoffe des Schlüsselenzyms der Cholesterinbiosynthese, die **Statine**. Sie hemmen zwar die Herstellung des Cholesterins, allerdings dient das Schlüsselenzym auch weiteren Produkten als Ausgangsschritt (Igel et al. 2004), was für die Wirkungen – und Nebenwirkungen – vielleicht sogar entscheidender ist.

Letztlich können damit insbesondere drei Eigenschaften (naturwissenschaftlich-) medizinischen Wissens unterschieden werden.

- Eine Eigenschaft biologischer Systeme („Mensch“) scheint zu sein, daß sie einfach zu komplex sind, um belastbare Voraussagen treffen zu können. Damit sind lediglich (begründetes) **Vermutungswissen** und nachträgliches **Begründungswissen** möglich (s.u.).
- Ebenso wie die biochemischen und physiologischen Erklärungen können auch die pathobiochemischen und pathophysiologischen immer nur vorläufige sein (ganz im Sinne Poppers, s.o.). Natürlich sollen sie aber die (derzeit) **bestmögliche Erklärung** abgeben (im Sinne Gilbert Harmans, Charles Sanders Peirces Abduktion folgend).
- Wenngleich Verlautbarungen oftmals etwas anderes vermuten lassen: Aber vieles ist schlicht noch **nicht bekannt**, vor allem sind wahrscheinlich ganze Ebenen noch nicht entdeckt. Als Beispiel mögen die regulatorischen Ribonukleinsäuren (RNAs) dienen (mikro-RNAs, lange nicht-kodierende und zirkuläre RNAs), die für eine zusätzliche Regulationsebene sorgen, die in den derzeitigen Systemen (auf Lehrbuchebeine) zwar erwähnt (vgl. Horn 2020: 293 ff.), aber noch nicht einmal in Ansätzen integriert worden sind.

Vermutungs- und Begründungswissen. Die immense Komplexität und auch Plastizität biologischer Organismen wie dem Menschen führt dazu, daß auf molekularer Ebene tatsächlich praktisch alles gezeigt, erklärt und damit quasi ‚bewiesen‘ werden kann. Voraussagen, wie sich das System – zum Beispiel im Falle eines punktuellen Eingreifens – verhalten wird, sind praktisch nicht möglich.

- Insofern kann letztlich nach vorne gedacht nur ein **Vermutungswissen** aufgestellt werden, das stets durch **Studien** ‚verifiziert‘ (also erst einmal nicht falsifiziert) werden muß (heutzutage insbesondere durch Evidenz-basierte Studien). Allerdings bieten Studien für den individuellen Patienten auch nur Wahrscheinlichkeiten (s.u.). Auf der anderen Seite beruht ein Großteil der biomedizinischen **Forschung** auf diesem Vermutungswissen – ist also essentiell für den medizinischen Fortschritt.
- Darüber hinaus sind bei Funktionieren eines Ansatzes nachträglich (vorläufige) Erklärungen möglich, womit ein zwar vages (ebenfalls ‚vermutetes‘), aber hilfreiches **Begründungswissen** entsteht. Das wiederum ist für den Umgang mit **Patienten** und letztlich für die Rechtfertigung einer medizinischen Entscheidung essentiell (und umfaßt auch ein evidenzbasiertes Begründungswissen [Bundesärztekammer 2019]). Neben einem Beitrag zu einer besseren Gesamt- und Hintergrundtheorie profitieren insbesondere die Patienten, die sich Erklärungen wünschen (... viele Ärzte kommen mit erstaunlich wenig Begründungen aus).

Letztlich bleibt die Frage, welchen Einfluß das auf das Denken und den Umgang mit Wissen und nicht zuletzt mit Patienten hat. In dem Maße, in dem die Forschung die Fragen nach dem Warum (nach Erklärungen) verliert, verlieren auch die Patienten die Antworten auf ihre Fragen.

Weitere Einschränkungen der ‚Erklärbarkeit‘

Bereits die im Rahmen von ‚Ideal und Realität‘ erwähnten Grenzen der naturwissenschaftlichen Erklärungen müßten zu einer großen Zurückhaltung bezüglich der Vorstellungen von Sicherheit vorgeschlagener Maßnahmen führen. Dennoch setzt sich diese Unsicherheit nicht auf die Klinik fort – es werden lediglich die als unsicher empfundenen Erklärungen weggelassen. Zwei Probleme sind damit festzuhalten.

- In der Medizin ist weit weniger gesichert, als Patienten – und Ärzte – annehmen. Skepsis, Zweifel und letztlich Demut fehlen oft schon im Auftreten (der Ärzte), wären aber der Situation weitaus angemessener.
- Dennoch stärkt das natürlich die Position des Arztes (‚Einäugigen‘), nicht die des Patienten.

‚Molekularisierung der Medizin‘. Es ist nicht weiter überraschend, daß die Kenntnisse über Details im Laufe der Zeit zunehmen. Außerdem ist es wünschenswert, weil das natürlich auch Türen zu weiteren molekularen Mechanismen und damit möglicherweise zu einem besseren Verständnis und zu besseren Therapien aufstoßen kann.

Ein Bereich, der seit dem *Humanen Genomprojekt* (mit all dessen unerfüllten Hoffnungen) zu neuen Entwicklungen geführt hat, ist die Genetik einschließlich der Epigenetik. Anders als Borck (2018: 57 ff.), der beide als intendierte Gegenbewegungen zur Evidenzbasierten Medizin betrachtet, lassen sie sich jedoch auch als Fortführung der ‚alten‘ naturwissenschaftlichen Biomedizin sehen. Es wird lediglich eine nächste Ebene betrachtet, für die insbesondere auch die

regulatorischen Ribonukleinsäuren stehen können (etwas zusammenfassend Franchini und Pollard 2017; zu den langen ‚nicht-kodierenden‘ RNAs Marín-Béjar und Huarte 2015).

Aus den Genen und ihren vielfältigen Regulationsmöglichkeiten ergeben sich allerdings Datenmengen, die schwerlich ohne Computerunterstützung erfaßt werden können (Franchini und Pollard 2017). Diese „epistemisch völlig offene, sogenannte ‚datengetriebene Forschung‘“ (Borck 2018: 66) ist letztlich bereits eine **Kapitulation** vor dem **Vermutungswissen**. Es werden immer neue Daten gesammelt, statt Versuche zu unternehmen, zu neuen Theorien (Hypothesen) zu gelangen. Ursula Hoffmann-Richter (2000: 8) schreibt sehr passend, einem Abschnitt über John Dewey folgend: „Wissenschaftliche Daten, wissenschaftliche Erkenntnis für sich allein besagt wenig. Die Frage lautet: Was bedeuten diese Daten? Was weiß ich, wenn ich das weiß? Oder auch – welche Wahrheit teilen sie mit?“

Auch wenn meistens von der Notwendigkeit geschrieben wird, auch herauszufinden, was die Funktion hinter einer DNA-Sequenz (in einem regulatorischen Gen) sei (Franchini und Pollard 2017), so wird dieser Schritt derzeit nur selten gegangen. Einen Versuch, größere Datenmengen zusammenzufügen und auch zu interpretieren, hat die Systembiologie unternommen. Allerdings hätten die Bemühungen, dadurch „tatsächlich individuelle Therapien maßgeschneidert entwickeln zu können [...], bisher immer nur wieder zu der Einsicht geführt, dass dafür noch gewaltigere Datenmengen integriert werden müssen“ (Borck 2021a: 99), wodurch die Systembiologie im Laufe der Zeit immer bioinformatischer geworden ist. – Letztlich führe das aber unweigerlich zum „Schiffbruch auf dem Datenozean medizinischer Information“ (Borck 2018: 57).

‚Wissensdilemma‘. Ein bereits seit den 1980er Jahren diskutiertes Phänomen (Paul 2006: 62) wird dadurch noch verstärkt. Damals ist von Bernhard Puppe (1986 im Deutschen Ärzteblatt; auch Paul 1995) auf das Problem aufmerksam gemacht worden, daß all das (damals vorhandene) Wissen natürlich auch umgesetzt werden muß. Wissen, „das in Komplexität und Umfang unaufhörlich wächst“ (Paul 2006: 62), aber in der medizinischen Praxis auch ankommen können muß. Dabei sei insbesondere das naturwissenschaftliche Wissen zu umfangreich, als daß der einzelne Arzt darauf für seine Entscheidungen überhaupt umfänglich zurückgreifen kann (ebd.: 62 f.). Allerdings: Der Patient kann es natürlich erst recht nicht.

Personalisierte Medizin. Als zweite ‚Gegenbewegung‘ gegen die Evidenzbasierte Medizin (Epigenetik als die erste, alternativmedizinische Ansätze als dritte) sieht Borck (2021a: 91) die personalisierte oder Präzisionsmedizin an. Sie folgt nicht zuletzt der Erkenntnis, daß es so große Unterschiede zwischen den Menschen gibt, daß deren individuelle Hintergründe berücksichtigt werden müssen (hier spielen auch Polymorphismen eine Rolle; zum Teil schon im klinischen Alltag).

Als Steigerung der personalisierten Medizin und als Baustein der „datengetriebene[n] Forschung“ (Borck 2018: 66) kann die **P4-Medizin** betrachtet werden: Erfunden von Leroy Hood (Borck 2021a: 101) werden damit Prävention, Prädikation, Partizipation und Personalisierung verbunden. Aus einem „Datenozean an Information“ soll „gar kein zu Theorien abstrahierbares Wissen

mehr abgeleitet werden“ (Borck 2018: 66). Stattdessen würden mittels Algorithmen Muster für ein individuelles Risiko gesucht. Letztlich würden Menschen so „Lebensoptimierungssklaven ihrer selbst“ (ebd.: 67).

Interdisziplinarität. Ein weiterer Aspekt, der nicht ganz neu ist, betrifft die Überschneidung von Themen oder ganzer Systeme, die unterschiedliche Disziplinen – innerhalb der Medizin, aber auch darüberhinausgehend – betreffen. Dabei gibt es deutlich mehr Zusammenhänge, als es die Disziplinen ‚zulassen‘. Denn natürlich gibt es Überschneidungen zwischen Nervensystem und Immunsystem (Kraus et al. 2021; Taams 2019) – mitunter zusammengefaßt im Begriff der Neuroimmunologie –, die letztlich eine gemeinsame Geschichte bis zurück zu den Anfängen der Tierwelt haben (für Hydra beispielsweise Klimovich und Bosch 2018). Nesseltiere (Quallen und auch Hydra) haben vier histologische Grundgewebe (plus Mikroorganismen), unterhalten also schon praktisch seit Anbeginn Kontakte, Überschneidungen und gemeinsame Entwicklungen. Auch Borck schreibt von den „unausgeloteten Potentiale[n] von Psychoimmunologie und Neuroendokrinologie oder sonst einer neuesten Forschungsrichtung“ (Borck 2018: 73; vgl. Schubert 2021).

Leider allerdings wird ‚Interdisziplinarität‘ (grundsätzlicher dazu schon oben) zwar hochgelobt, aber nicht ernsthaft gefördert. Im Gegenteil tut jeder, der „die Wissenschaft als Beruf betreiben möchte [...] gut daran, seine fachliche Identität in einer speziellen Disziplin zu verorten, denn mit fachübergreifenden Arbeiten würde er sich in ein Niemandsland begeben, das keine nennenswerten Karriereaussichten böte“ oder er mit „der Vernichtung seiner wissenschaftlichen Existenz bestraft“ würde (Ropohl 2013: 20).

Evidenzbasierte Medizin (EbM)

Die Evidenzbasierte Medizin (EbM) ist angetreten, um klinisches Entscheiden auf geprüfte Beweise („Evidenzen“) zu stützen, statt auf Intuition, unsystematische klinische Erfahrung oder pathophysiologische Begründungen (Guyatt et al. 1992).

Dabei läßt sich kurioserweise an den Schwierigkeiten einer Übersetzung der englischen ‚*evidence-based medicine*‘ ins Deutsche bereits der Kerngedanke des Projekts darstellen. „Denn die deutsche Übersetzung mit ‚Evidenzbasierter Medizin‘ meint genau genommen das Gegenteil des eigentlich Intendierten. Der englische Begriff ‚*evidence*‘ bedeutet Nachweis oder Beleg, der deutsche Begriff ‚Evidenz‘ dagegen das Offenkundige.“ (Wiesing 2017: 113 f., Anm. 71, Herv. i. Orig.) Die EbM will aber „eben *nicht* nutzen, was der deutsche Wortstamm nahelegt – das Offenkundige, das Augenscheinliche, das Selbstverständliche – sondern sie will das vermeintlich Offenkundige kritisch prüfen und nutzen, was der englische Wortstamm nahe legt: das Gesicherte, das Bewiesene“ (ebd.: 114, Forts. Anm. 71, Herv. i. Orig.).

Die Evidenzbasierte Medizin kommt damit einem im Grunde zutiefst ärztlichen Bedürfnis nach: Nicht nur Patienten nicht zu schaden, sondern mit ärztlichem Handeln größtmöglichen Nutzen für sie zu erzielen, was eine möglichst erwiesenen wirksamen Diagnostik und Therapie erfordert. Da

zudem viele der von EbM-Verfechtern kritisierte Praktiken tatsächlich als problematisch einzustufen sind, läßt sich der Grundintention einiges abgewinnen. Allerdings zeigen sich bei kritischer Betrachtung auch einige Grenzen, die grundsätzliche Forderungen der EbM nicht in Frage stellen, sie aber gegenüber anfänglicher Euphorie relativieren.

Geschichte und Intention der EbM

Eine der drei Anforderungen, um der Rechtswidrigkeit bei einem ärztlichen Heileingriff zu entgehen, ist (neben der Indikation und informierter Einwilligung) die Durchführung der Maßnahme nach den Regeln der ärztlichen Kunst („lege artis“). Daß die Wirksamkeit einer medizinischen Maßnahme dabei eine Rolle spielen sollte, leuchtet unmittelbar ein. Dabei geht es „weniger um den Stand des medizinischen Erklärungswissens, sondern vielmehr um den des medizinischen Handlungswissens“, so Raspe (2015: 99). Die Rechtfertigung erfolgt also nicht anhand der Autorität des Behandlers oder pathomechanistischer Erklärungen, sondern am ehestens durch die Wirksamkeit (belegt durch Studien): „Mit EBM ist an die Stelle der wissenschaftlichen Erklärung für ein therapeutisches Vorgehen ihre Legitimierung durch die nachgewiesene Wirksamkeit getreten.“ (Borck 2021a: 88) – In dieser Arbeit wird EbM statt EBM als Abkürzung verwendet, um Verwechslungen mit dem ‚Einheitlichen Bewertungsmaßstab‘ (EBM) zu vermeiden.

Vorläufer und die Anfänge. Völlig neu sind die Gedanken der Evidenzbasierten Medizin nicht, vielmehr lassen sich – tatsächlich durchaus unterschiedliche – Stränge auch in die Zeit vor der ‚offiziellen Gründung‘ 1992 zurückverfolgen; laut Mitgründer David Sackett bis ins Paris des 19. Jahrhunderts (Sackett et al. 1996).

Eine wichtige Rolle spielten auch Statistiker wie der Mathematiker Alvan Feinstein (Sur und Dahm 2011), die klarere Aussagen über beispielsweise epidemiologische Fragen treffen konnten, die zuvor eher episodisch-eminent getroffen wurden; mit einer entsprechenden Fehlerquote. Bald folgten erste kontrolliert randomisierte Studien (Solomon 2015: 106).

Eine weitere wichtige Vorläuferfigur war Sir Archibald Lemnan **Cochrane** (1909 bis 1988) (ebd.: 107 f.), der als Reaktion auf das ‚Wissensdilemma‘ gesehen werden kann: Er versuchte insbesondere ab 1972, Hilfen zu bieten, um der für den einzelnen Arzt unübersichtlich gewordenen Flut an Fakten und Informationen Herr werden zu können. – Nach wie vor spielen die internationalen Cochrane-Organisationen eine wichtige Rolle für die Medizin (zum Beispiel ‚Cochrane Deutschland‘).

Als weiterer ‚Etappenstartpunkt‘ der EbM-Bewegung kann das Jahr **1981** betrachtet werden, in dem erste Artikel mit der Absicht publiziert wurden, Ärzte zu beraten, wie sie medizinische Literatur bewerten sollten. Verantwortlich war eine Gruppe klinischer Epidemiologen an der McMaster-Universität in Hamilton (Ontario, Kanada) unter der Leitung von David Sackett. Der Begriff ‚*evidence-based medicine*‘ wurde zuerst von Gordon Guyatt eingeführt (Thoma und Eaves 2015).

Aus diesen Anfängen lassen sich vielleicht die zwei relevantesten Intentionsstränge einer insgesamt mehrschichtigen Entwicklung ableiten.

- Erstens ging es um eine Möglichkeit, die immer größer werdende **Flut medizinischen Wissens** (auch epidemiologisch) etwas zu kanalisieren, indem für den einzelnen Arzt Studien und ähnliches zusammengefaßt werden, damit zumindest die Originalarbeiten nicht gelesen werden müssen (deren Verstehen eine weitere Herausforderung ist, s.o.).
- Der zweite Schritt geht dann weiter in Richtung des heutigen Verständnisses der Evidenzbasierten Medizin: Eine solide Rechtfertigungen für Entscheidungen in der Medizin, die nicht länger ‚aus dem Bauch heraus‘ getroffen werden, sondern aufgrund **belastbarer Fakten** (Beweise).

‚EbM‘: anfängliche Intentionen. Neben diesen ganz praktischen Hilfen für die behandelnden Ärzte steckte in der Bewegung der Evidenzbasierten Medizin auch viel Kritik am bisherigen Umgang mit ‚Gewißheiten‘ in der Medizin. Die beiden vielleicht folgenreichsten Zurückweisungen waren die Ablehnung ‚unsystematischer klinischer Erfahrungen‘ (Guyatt et al. 1992), auch bekanntgeworden unter ‚Evidenz statt Eminenz‘, sowie eine harsche Kritik an pathophysiologischen Erklärungen als Handlungsleitschnur. Als endgültiger Startpunkt kann ein Artikel von **1992** im *Journal of the American Medical Association* von Gordon Guyatt et al. von der erwähnten McMaster University betrachtet werden (Solomon 2015: 105). Als Intentionen sind dort eine generelle Ablehnung der „Intuition, der unsystematischen klinischen Erfahrung und pathophysiologischer Begründungen als ausreichende Gründe für klinisches Entscheiden“ angegeben (Guyatt et al. 1992, Übers. von mir).

‚In der bereinigten Spur‘. Insbesondere die Abwertung der Expertenmeinung ist (wenig überraschend) heftig kritisiert worden, weil sie letztlich auch das wichtige klinische Urteilsvermögen (s.u.) mit in Mißkredit gebracht hat. Die Vertreter der EbM sahen sich schnell genötigt, ihre doch überzogenen Vorstellungen zu relativieren, um in einem gemäßigeren Fahrwasser die Grundlagen für das heutige Verständnis von EbM zu legen; zunächst in einer Stellungnahme von David Sackett 1996 (Solomon 2015: 144). Primär aus der ersten Version ergaben sich auch die Vorwürfe einer ‚Kochbuchmedizin‘, so daß im Verlauf nicht nur die systematische Forschung betont worden ist, sondern daß es auch darum gehe, „die *individual clinical expertise* im jeweiligen Einzelfall zu integrieren“ (Wiesing 2017: 114, Herv. i. Orig., mit Bezug auf Sackett 1996). Das allerdings war anfänglich nicht wirklich vorgesehen (Solomon 2015: 105, beziehungsweise auf Guyatt et al. 1992). Erfahrung und Urteilsvermögen können nicht einfach mit Autorität gleichgesetzt werden.

EbM und Indikation. Letztlich führt die EbM natürlich „zu weitreichenden Konsequenzen bei der Begründung ärztlicher Handlungen“ (Wiesing 2017: 114; vgl. Deutscher Bundestag 2021: 7 ff.) und hat damit einen erheblichen Einfluß auf die Stellung einer Indikation. Die Erstellung von Leitlinien ist eine Folge, die zwar nicht bindend sind, deren Nichtbefolgen aber einer guten Rechtfertigung bedarf (darauf zielt auch die Bundesärztekammer [2019] mit ihrem evidenzbasierten Begründungswissen; vgl. Borck 2021b: 146 ff.). – Zur Kritik an den Leitlinien mit ihren Verflechtungen mit der Pharmaindustrie siehe unten.

Kritische Betrachtungen

Die anfängliche Radikalität der Vertreter einer Evidenzbasierten Medizin ist einer gewissen Relativierung zentraler Kritikpunkte gewichen. Die grundsätzliche Geringschätzung ehemals zentraler Aspekte der Medizin (die Anerkennung von Autoritäten und pathomechanistische Erklärungen) bleibt jedoch bestehen. Dabei ist zu unterstreichen, daß sowohl die grundsätzliche Infragestellung einer schlichten Wahrheit qua Autorität ebenso eine Absage zu erteilen ist wie den zugegebenermaßen oftmals fehlerhaften naturwissenschaftlichen Begründungen. Aber beide müssen nach wie vor notwendige Bestandteile der ärztlichen Entscheidungen sein. – Insgesamt lassen sich vielleicht fünf Kritikpunkte als die entscheidenden anführen (weiterführend auch Montgomery 2006: 42 f., 89 ff.; Raspe 2015: 94 ff. sowie Solomon 2015: 116 ff., 133 ff.).

(I) Die EbM ist kein Selbstläufer und liefert eben doch **keine Automatismen** (keinen Algorithmus, Montgomery 2006: 119). Der Hinweis von Guyatt (et al. 1992), Studien anzuschauen, um zu wissen, was zu tun ist, mag für die erwähnten damaligen 25 Studien noch machbar gewesen sein – das funktioniert schon lange nicht mehr (ganz abgesehen von Widersprüchlichkeiten, wie beispielsweise bei der Rachenentzündung [Pharyngitis], Matthys 2007). Letztlich werden immer Experten mit ihrer Urteilskraft (siehe 3.2) benötigt (so auch Kienle et al. 2003 im Deutschen Ärzteblatt: „Konkurs der ärztlichen Urteilskraft?“). Insbesondere die Kritik an der Bedeutung von Autoritäten bedarf damit einer Differenzierung. Es reicht eben nicht aus, die ‚beste Evidenz‘ zu kennen – sie muß auch bewertet und im Einzelfall korrekt angewandt werden.

(II) Die EbM basiert auf einem ‚**Durchschnittspatienten**‘, den es nicht gibt (so auch Mark Tonelli [1999] in Solomon 2015: 145). Auch läßt sich damit der Vorwurf einer Kochbuchmedizin (die Reaktion von Sackett et al. 1996) – zumindest bei Beachtung der konkreten Praxis – nicht ganz von der Hand weisen (Solomon 2015: 146). Allerdings geht es bei etwas wohlwollender Betrachtung (so auch Wiesing 2017: 114, 119) nicht darum, starr einem Schema zu folgen, sondern beim ärztlichen Handeln, bei der ärztlichen Heilkunst ‚auch mal zu klären‘, ob es überhaupt Beweise für eine Maßnahme gibt – oder ob vielleicht sogar das Gegenteil gezeigt worden ist (ganz im Sinne des Nichtschadens). Ärztliches Entscheiden bewegt sich zwischen vielen Polen – und einer davon ist nicht mehr als ein ‚Handlungskorridor‘ der EbM, der mit guten Gründen aber ebenfalls verlassen werden kann oder sogar muß.

Noch weiter gehen allerdings die neuen Ansätze einer personalisierten oder individualisierten Medizin, die im Grunde genau das Gegenteil dessen anpeilten, was die EbM immer verhindern wollte: die Relevanz von Einzelfällen (dazu auch Borck 2021a).

(III) Kritisch zu betrachten sind insbesondere Antwortmöglichkeiten der EbM auf die größte Herausforderung der Ärzte im 21. Jahrhundert (van der Marck et al. 2017): **Multimorbidität**. Bei älteren und überhaupt Patienten mit mehreren Erkrankungen müßten für jede Kombination Studien durchgeführt werden, was nicht möglich ist (ebd.). Zudem seien viele komplexe Therapien von der Umgebung des Patienten beeinflusst, womit sich ein „fundamentaler ‚Mismatch‘ zwischen

den produzierten ‚Evidenzen‘ und den benötigten ‚Evidenzen‘ erbe (ebd.). – Letztlich muß doch wieder auf ein naturwissenschaftliches Grundverständnis zurückgegriffen werden...

Ähnlich grundsätzliche Schwierigkeiten ergeben sich auch in der **Kinderheilkunde**, weil es dort schon heute an größeren Studien mangelt.

(IV) Die allgemeine **Geringschätzung pathomechanistischer Erklärungen** (Solomon 2015: 121 ff.) unterschätzt deren – eben über direkte Handlungsbegründungen hinausgehende – Bedeutung für die Forschung, die Urteilskraft des Arztes, aber auch für das Gespräch mit dem Patienten. Letztlich sind ernsthafte Erklärungsmöglichkeiten – bei aller Problematik – einfach hinweggefegt worden, was weitreichende Konsequenzen hatte (nicht zuletzt in der Wahrnehmung der Studenten): Wegen oftmals nicht vollständiger naturwissenschaftlicher Erklärungsmöglichkeiten ist im Grunde die gesamte Idee des Erklären-Könnens in der Medizin in Mißkredit gebracht worden. Aber nur weil nicht immer (eher selten) wirklich gute Erklärungen abgegeben werden können, spricht das noch nicht für eine grundsätzliche Wertlosigkeit (in diesem Sinne auch Russo und Williamson 2007, s.u.). Molekulare Zusammenhänge lassen sich in komplexen biologischen Systemen nur schwer voraussagen – oder: „Es gab gewissermaßen zu viele gute wissenschaftliche Erklärungen...“ (Borck 2021b: 149). Dennoch sind maßgebliche Neuerungen nur im Rahmen einer naturwissenschaftlich basierten Forschung möglich. Auch die Studien der Evidenzbasierten Medizin untersuchen meistens Ergebnisse naturwissenschaftlicher Forschung... Nicht zuletzt darf aber auch die Bedeutung eines naturwissenschaftlichen Menschenbildes – einschließlich einiger Details – für die **Hintergrundzusammenhänge** nicht unterschätzt werden (siehe Geertz 1983: 75, 84, hier zit. nach Montgomery 2006: 164). – Alles in allem sollten damit aber die naturwissenschaftlichen Hintergründe (in der Vorklinik) grundsätzlicher werden.

(V) Das Problem der entwerteten pathomechanistischen Erklärungen hat noch einen weiteren negativen Aspekt: Dem **Gespräch** mit dem **Patienten** wurde die Basis genommen. Unverzichtbare Grundlage – Ausgangspunkt – sind gemeinsame Vorstellungen über den menschlichen Körper und dessen Nichtfunktionieren im Krankheitsfall. Evidenzgrade und Studien können das niemals ersetzen, höchstens ergänzen.

Begründungen in der Medizin

Bei aller Kritik oder skeptischen Grundhaltung naturwissenschaftlichen Erklärungen und der Evidenzbasierten Medizin gegenüber ist die Medizin auf deren plausible Begründungen für Entscheidungen und Handlungen angewiesen. Darüber hinaus steht außer Frage, „daß das Kausalbedürfnis des Menschen ein Faktum ist, das man gerade in der ärztlichen Praxis hinnehmen muß“ (Wieland 2004: 180), und daß das letztlich auch – wenn auch etwas vage – in ein Rechtssystem eingegangen ist. Patienten haben ein Recht auf Erklärungen und Begründungen, die damit einen erheblichen Anteil am Arzt-Patienten-Verhältnis haben. Im Rahmen der Grundidee einer paternalistisch-deliberativen Entscheidungsfindung bedeutet ‚deliberativ‘ daher auch, daß man als

Arzt seine Entscheidungen stets begründen *muß*. Und das setzt voraus, daß man sie begründen *kann*.

Als ein wirkliches Kuriosum ist daher (wie erwähnt) zu bezeichnen – und zwar psychologisch und soziologisch –, daß von ärztlicher Seite (unabhängig von den berechtigten Einwänden bezüglich der Reichweite) praktisch kein Interesse besteht, Hintergründe zu verstehen. Medizinern reicht es, handeln zu können; oft nicht einmal gut, vor allem aber selten gut begründet. Zwei Punkte bleiben damit rätselhaft.

- Zum einen, warum es einem lernenden (studierenden ... und studierten) Menschen offenbar ausreicht, Dinge zu wissen, statt Zusammenhänge zu verstehen. Warum interessiert so wenig, wie der menschliche Körper funktioniert?
- Und zweitens, warum nicht das Bedürfnis entsteht, mindestens einem Fachfremden (einem Patienten im Zweifelsfall) erklären zu wollen, warum so und nicht anders entschieden wurde.

Neben der Gefahr, sich ohne Erklärungen, Begründungen und damit letztlich einem soliden Hintergrundwissen weitaus leichter irren zu können, besteht der Hauptkritikpunkt (neben der schlichten Verwunderung) darin, daß kein Begründungswissen für Patienten entsteht. Das aber ist ein zentraler Punkt bei einem (aufgeklärt paternalistisch-) deliberativen Arzt-Patienten-Verhältnis, und tatsächlich Kennzeichen einer gewissen **Respektlosigkeit**.

Eine Folgefrage wäre damit, was für ein Bild (von der Medizin) und Selbstbild (des Arztes) aus diesem Verständnis von ‚Wissen‘ heraus entstehen. Auch für die derzeit praktizierte Aufklärungspraxis ist das bereits von Relevanz und dürfte mitursächlich für Paternalismus in seiner schlechten Variante sein (vgl. 4.5).

Zur Plausibilität

Wenngleich naturwissenschaftliche Erklärungen und evidenzbasierte Studien an ihre Grenzen kommen, erfordern die moderne Medizin und nicht zuletzt der Umgang mit den Patienten eine Begründung für ärztliches Denken und Handeln. Schon unter historischen Gesichtspunkten setzte man schon immer auf vermutete Wirksamkeit und dann vor allem Erfahrung. Den Antworten der Humoralpathologie folgte die naturwissenschaftliche Medizin mit Erklärungen, die ernsthaft überprüft werden konnten. Die Frage nach der Wirksamkeit geriet dabei etwas in den gedanklichen Hintergrund, wurde aber durch die Evidenzbasierte Medizin wieder in den Vordergrund gerückt. Wie jedoch können diese beiden – sich doch nicht unerheblich widersprechenden, aber beide erforderlichen – Hintergründe in Einklang gebracht und für plausible Erklärungen in der Medizin genutzt werden?

Die Lösung kann nur eine pragmatische sein, die unter Ausnutzung beider Zugänge die Plausibilität für eine Erklärung erhöht. Das bieten zum Beispiel Frederica Russo und Jon Williamson, wenn sie in einem Artikel schreiben, daß in den Gesundheitswissenschaften kausale Behauptungen meistens auf der Basis von beidem getroffen würden: physikalische Mechanismen und probabilistische Abhängigkeiten (Russo und Williamson 2007). Kausalität, die nur auf einer von

beiden beruhe, werde den kausalen Behauptungen dieser Wissenschaften nicht gerecht. Vielmehr würden Statistiken verwendet, um zu zeigen, daß die Ursache tatsächlich einen Einfluß auf die Wirkung habe, und Mechanismen ermöglichen kausale Beziehungen, um das Auftreten einer Wirkung zu erklären. Insgesamt führte das zu einer zweifachen oder doppelgesichtigen Erkenntnis- oder Wissenstheorie von Kausalität (ebd.).

Die kausalen Zusammenhänge bleiben damit das zentrale Element von Erklärungen und Begründungen, die sich für naturwissenschaftliche Vorgänge ebenso wie für Studien (im Rahmen einer Evidenzbasierten Medizin) herstellen lassen (dazu auch Schurz 2006: 223 ff.; und für die ‚informierte Zustimmung‘ Manson und O’Neill 2007: 32).

Diese ‚Zweistämmigkeit‘ und der ‚Wunsch‘ (und letztlich das Recht) auf eine plausible Erklärung bezeugen einmal mehr, daß die Medizin niemals nur eine praktische Wissenschaft sein kann. Erklärungen brauchen eine Theorie, und die ist (wegen der Fächerkonstellationen) ‚intrinsisch‘ medizinisch. Insofern kann es keine ‚klinische Medizin‘ ohne einen theoretischen Unterbau geben; sie wäre blind. Und da das naturwissenschaftliche Denken nach wie vor einen zentralen Stellenwert einnimmt, kann man von der Medizin eben wahrscheinlich am ehesten von einer naturwissenschaftlich basierten, aber – letztlich – praxis- oder handlungsorientierten Wissenschaft sprechen. Eine Wissenschaft allerdings – und das wird noch zur Sprache kommen (3.2) –, die zur Vermittlung zwischen den ‚Strängen‘ essentiell auf die Erfahrung (Urteilkraft) angewiesen ist.

- Die **plausiblen Begründungen** ergeben sich damit aus den Erkenntnissen der Biomedizin und denen der Evidenzbasierten Medizin.
- Eine Antwort auf die entstehende Komplexität ergibt sich daraus und der den Handlungswissenschaften eigenen Problematik des Bezugs des Allgemeinen auf den Einzelfall, was die **Urteilkraft** erfordert (3.2).

Krise und Notwendigkeit von Vorklinik und Pathogenese

Im Grunde ist nun schon gezeigt worden, daß die Medizin sinnvollerweise auf all ihre Erklärungsmöglichkeiten zurückgreifen sollte, weil keine alleine ausreichend Sicherheit garantieren kann. Dennoch soll ein abschließender Blick auf das Entstehen der Krise in den ‚Erklär-fächern‘ und deren Folgen gerichtet werden, der sich aus dem Ablehnen der naturwissenschaftlichen Erklärungen ergeben, weil sie die momentan tiefgreifendsten und weitreichendsten Konsequenzen hat. Drei zentrale, auseinander folgende, Schwierigkeiten seien genannt.

Krise der naturwissenschaftlichen Erklärungen. Den Anfang macht das oftmalige Versagen der Erklärungen trotz der grundsätzlichen Anerkennung der Naturwissenschaften als Hintergrund für die Medizin. Das Vortragen (Irren) durch vermeintliche Experten („Eminenzen“) verschlimmerte die Glaubwürdigkeit letztlich und führte zur Krise – und zur EbM ohne Platz für pathomechanistischen Erklärungen und (in der ersten Fassung) Expertenmeinungen. Die Fortschritte innerhalb der Medizin (zunehmende ‚Molekularisierung‘) verhindert die EbM zwar nicht (höchstens indirekt durch Mittelentzug). Aber die Vorklinik mit ihren Erklärungsversuchen leidet,

insbesondere in ihrem Ansehen, nicht zuletzt bei den Studenten: Wenn sich doch nichts übertragen läßt: Wozu soll man das lernen?! Die Folge war eine (weitere) Relativierung der ohnehin (auch unter Klinikern) nie sehr beliebten ‚Erklärfächer‘. Allerdings: Was sonst sollte als Basis von Entscheidungen genommen werden (wo die EbM diese Lücke nur unzureichend schließen kann)? Drei Einzelkrisen führen dabei zur Krise der Pathogenese (-physiologie, -biochemie).

- Die direkte **Übersetzbarkeit** theoretischen Wissens in praktisches medizinisches Handeln ist komplizierter als gehofft (erste Krise): „Zwischen theoretischem Wissen und klinischer Umsetzbarkeit klafft eine große Lücke.“ (Hoffmann-Richter 2000: 6).
- Erklärungen alleine reichen nicht, und schon gar nicht, wenn sie lediglich von Personen behauptet werden, denen man aufgrund ihrer Position eine Antwort zutraut („Eminenzen“). In der Folge erklärt sich die **Evidenzbasierte Medizin** für ‚einzig wirksam‘, pathomechanistische Erklärungen werden als irrelevant abgetan (zweite Krise).
- Die Zunahme der **Komplexität** (nicht zuletzt selbstverschuldet durch zu viele Publikationen und zu detaillierte Lehre) verschlimmert die Probleme. Ein Bezug der Details auf einen größeren Rahmen fehlt oftmals (dritte Krise).

Mit im Strudel: die Vorklinik. Daraus ergab und ergibt sich eine Relativierung und Krise in den Wissenschaften vom Funktionieren des gesunden Menschen: der Vorklinik als Basis (patho-)mechanistischer Erklärungen innerhalb der Medizin. Paradoxerweise erfolgt das parallel zu weiterhin zunehmender Molekularisierung und Komplexität in der Medizin. Insgesamt folgt daraus, daß es Erklärungen in der Medizin sehr schwer haben... Vom Eigenwert der Vorklinik und dem Wechselspiel zwischen Grundlagen und Wirksamkeit, die sich gegenseitig in Frage stellen (können) auch Raspe (2018: 187).

Die Krise der Vorklinik ist aber nicht nur eine Folge des ‚Versagens‘ der klinisch-theoretischen Erklärfächer, sondern auch hausgemacht. Eine Antwort auf die zunehmende Komplexität wäre mehr Grundsätzlichkeit: Es sollte wieder der Wald statt der einzelnen Bäume gelehrt werden. Denn wenngleich Einzelerklärungen für physiologische oder pathologische Erscheinungen nicht immer ins Ziel treffen, so ändert das nichts am Erfordernis einer grundsätzlichen Vorstellung vom gesunden Menschen als Basis. Einen Reformbedarf in der Vorklinik sollte man also dringend sehen und anerkennen: Relevanteres unterrichten, und nicht die gesamte Vorklinik mit dem Bade ausschütten und damit die Grundlage der Pathogenese und damit der modernen Medizin wegwerfen. – Zur Grundsätzlichkeit gehören auch die evolutionären Überlegen (3.4), die einen Weg zurück zu den Wurzeln (mit mehr Übersichtlichkeit) aufzeigen. Komplexe Muster können durch einen Blick in die Vergangenheit (leichter) erkannt werden.

Notwendigkeit von Vorklinik und Pathogenese. Die Folgen sind gravierender und weitreichender als oftmals angenommen und betreffen drei essentielle Bereiche der Medizin.

- **Die Forschung.** Durch die Abwertung der Vorklinik ‚verirren‘ sich immer weniger Ärzte in die medizinische Grundlagenforschung. Die ernsthafte Suche nach Pathomechanismen setzt zuvorderst ein besseres Verständnis der Physiologie, Anatomie, Histologie und

Biochemie voraus. Und um das Ganze grundsätzlicher zu gestalten, und um tieferliegende Zusammenhänge zu erkennen, sollte natürlich die Evolution integriert werden. Gut möglich, daß Christopher Boorse (2012 [1977]) das im Blick hatte; dazu auch die Kritik von Peter Hucklenbroich (2021: 161 ff).

- **Ärztliche Entscheidungen und Begründungen.** Neben der Evidenzbasierten Medizin (‚Wirksamkeit‘) sind eben auch molekulare Erklärungen erforderlich, um genügend Plausibilität zu erreichen (Russo und Williamson 2007).
- **Das Gespräch mit den Patienten.** Ohne Erklärungen fehlt die wichtigste gemeinsame Gesprächsbasis zwischen Arzt und Patient. Mit Vorklinik und Pathogenese gehen dem Arzt die Kompetenzen verloren, erklären zu können, was die Grundlage seiner medizinischen Entscheidung ist, geschweige denn, etwas zur Wirkungsweise eines Medikaments erläutern zu können, ohne dessen prinzipielle Wirkung zu kennen.

Aus all dem folgen die Notwendigkeit von Vorklinik und Pathogenese (vgl. die Plausibilität oben). Dabei geht es nicht darum, in jedem Einzelfall die genaue pathomechanistische Erklärung zu kennen, sondern vielmehr, daß Ärzte eine möglichst solide Vorstellung von den naturwissenschaftlichen Hintergründen (also dem menschlichen Körper) haben sollten. Auch dient das als Rechtfertigung der Medizin als (Natur-) Wissenschaft. Medizin ist eben nicht nur die klinische Medizin.

Fazit (zurück zur ‚erkenntnistheoretischen Kluft‘). Egal wie komplex sich die Medizin mit ihrem ‚Drumherum‘ entwickelt: Letztlich kann und sollte immer zurückgefunden werden auf die Virchowsche Basis der Zellulärpathologie. Wie funktioniert die Zelle, wie der gesunde Mensch – und was ist im vorliegenden Fall auf zellulärer und folglich organismischer Ebene gestört; und (sofern bekannt) noch ‚warum‘. Insofern läßt sich hier eine zweite Kluft ausmachen, die sehr viel konkreter nicht zwischen „theoretischem Wissen und klinischer Umsetzbarkeit“ (Hoffmann-Richter 2000: 6) liegt, sondern zwischen ‚Aufbau des (**gesunden**) **menschlichen Körpers**‘ und **klinischem Denken**. Hier dürfte damit auch die eigentliche Ursache für die genannte ‚erkenntnistheoretische Kluft‘ liegen – die damit eine **zwischen zwei theoretischen Konzepten** ist. Die Übertragbarkeit auf die praktische Ebene scheitert ja nur wegen der theoretischen. Und dabei ist das deutsche System (wegen der fachimmanenten Vorklinik) schon sehr nah dran an der Chance, das gut umsetzen zu können. Momentan läuft es jedoch genau in die andere (falsche) Richtung...

3.2 Klinisches Urteilen

„Klinisches Urteilsvermögen ist eine Fähigkeit, die nicht von einem gut gefüllten Fundus an wissenschaftlichen und praktischen Informationen getrennt werden kann. Um ihre Patienten gut versorgen zu können, müssen Ärzte die Biologie des Menschen kennen – sowohl die normale als auch die pathologische. Doch wenn die Wissenschaft alles wäre, was die Ärzte bräuchten,

könnten die Patienten ein benutzerfreundliches Computerprogramm konsultieren und bräuchten überhaupt keinen Arzt mehr aufzusuchen.“ (Montgomery 2006: 103, Übers. von mir)

In Anbetracht der immensen Bedeutung des klinischen Urteilsvermögens im medizinischen Alltag verwundert zunächst, daß sich die Literatur darüber doch recht spärlich ausnimmt – und das zudem vor dem Hintergrund, daß das Erfordernis klinischen Urteilens die Mitentscheidungsmöglichkeiten von Patienten doch erheblich einschränkt. Kathryn Montgomery untersucht in *How Doctors think. Clinical Judgment and the Practise of Medicine* (publiziert 2006), womit man es bei diesem klinischen Urteilsvermögen zu tun hat, wie es angewandt und gelehrt wird. Für Ärzte liest es sich über weitere Strecken wie eine hervorragend beobachtete, aber im Großen und Ganzen wenig überraschende Beschreibung ihres Alltags. Im Rahmen von Überlegungen zu einer partizipatorischen Entscheidungsfindung liegt genau hier aber die weitgehend unüberwindliche Asymmetrie, die nur selten explizit thematisiert wird.

Das klinische Urteilen bildet damit neben der naturwissenschaftlichen Säule und der der Evidenzbasierten Medizin (3.1) die **dritten Säule** der ‚Medizin als Wissenschaft‘. Es stellt die direkte Fortsetzung der ‚plausiblen Begründungen‘ dar, wenngleich die Artikulation der Begründungen weitaus problematischer ausfällt. Drei Punkte sollen eingehender betrachtet werden.

- Zunächst die Frage, ob klinisches Urteilen (und damit in gewisser Weise auch die Medizin) überhaupt unter **Wissenschaftlichkeit** fällt (Montgomery bezweifelt das). Selbst wenn nicht, bliebe es eine dritte Säule...
- Welche Bedeutung das klinische Urteilen für den **Einzelfall** hat und welcher Natur die dafür erforderliche **Urteilkraft** ist, wäre der nächste Schritt.
- Abschließend geht es um einige inhaltliche Aspekte, die unter dem Begriff der **Erfahrung** zusammengefaßt werden können. Worum handelt es sich dabei? Essentiell sind als **Hintergrundwissen** eine Grundvorstellung vom menschlichen Körper sowie ein daraus resultierender ‚**gesunder medizinischer Menschenverstand**‘.

Da man häufig gar nicht angeben kann, „aus welchen Gründen welches Wissen in welcher Form in die Entscheidungsfindung einzubinden ist“ (Paul 2006: 63) – Wissen, das zunächst überhaupt vorhanden sein muß –, stellt sich natürlich immer die Frage, ob ein Patient das überhaupt leisten kann. Selbst wenn biomedizinische und statistische Überlegungen noch nachvollziehbar sind – spätestens beim erfahrungsbasierten klinischen Urteilsvermögen kommen Laien an ihre Grenzen (so auch das – aber eher unausgesprochene – Fazit Montgomerys...).

Zur Wissenschaftlichkeit des klinischen Urteilens

Durch die Gründung des klinischen Urteilsvermögens primär auf die Erfahrung des Klinikers wird eine Objektivierung natürlich deutlich erschwert. Und nicht zuletzt bestand und besteht darin eine Kritik der Evidenzbasierten Medizin, die ‚Eminenz‘ als mitbestimmend für eine ärztliche Entscheidung möglichst minimieren möchte. Allerdings wird – nach anfänglich radikaleren Verlautbarungen – der klinischen Expertise doch eine nicht unerhebliche Bedeutung eingeräumt.

Über die Wissenschaftlichkeit besteht hingegen Uneinigkeit. Kathryn Montgomery betrachtet das klinische Urteilen als nicht wissenschaftlich im klassischen (positivistischen) Sinne (2006: 16), unterstellt aber ein abduktives Vorgehen (s.u.). Holger Lyre hat die gesamte Medizin im Blick und sieht keine Schwierigkeiten, sie als ebenso wissenschaftlich wie beispielsweise die Physik zu sehen (2018: 143 ff., insbesondere 161 ff.). Darüber hinaus können Fallsammlungen – als verobjektiviertes klinisches Urteilen – als direkt wissenschaftlich (inhaltlich) betrachtet werden.

Abduktion. Die Klarstellung durch Montgomery (2006: 47, 64, insbesondere 86), daß es sich beim klinischen Urteilen um einen abduktiven Vorgang handelt, ist letztlich ohnehin nur in dem Sinne unwissenschaftlich, wie auch die Abduktion als ‚unwissenschaftlich‘ betrachtet wird. Diese „kontroverse [...] Schlussart“ (Schurz 2006: 52) liefert allerdings nicht nur in den Augen ihres Erfinders Charles Sanders Peirce (1839 bis 1914) die entscheidende Basis für neue Entdeckungen (Peirce 1991: 115, in diesem Sinne auch Schurz 2006: 53), sondern auch für Montgomery im Sinne einer Diagnose: Nach einer abduktiven Idee (die ‚Arbeitshypothese‘ einer Diagnose), muß dann doch ganz ‚wissenschaftlich‘ überlegt werden, ob man richtig liegt. Und zwar vermittelt der Urteilskraft (so auch Peirce 1991: 116 f.).

Der Hintergrund für die schon rein medizinische Notwendigkeit einer Einzelfallbetrachtung liegt letztlich in den Mechanismen der Evolution begründet. Kleine ‚Fehler‘ auf molekularer Ebene führen dazu, daß kein Mensch dem anderen wirklich gleicht, womit eine individuelle Betrachtung obligat wird. Hinzu kommt die unglaubliche biologische Komplexität, die – zusammen mit den, wenn auch mitunter nur kleinen, aber immer unkalkulierbaren – Unterschieden eine Anwendung auf den Einzelfall erforderlich macht.

Fazit. Wenngleich die Hintergründe wissenschaftlich sind, muß das natürlich für das ärztliche Urteilen selbst noch nicht zutreffen. Letztlich ist die Frage aber vielleicht gar keine so spannende und kann eine akademische bleiben. Denn die klinische Urteilsfindung bleibt ein essentieller Bestandteil einer ärztlichen Entscheidung und damit die dritte Säule. Und zwar sowohl in ihrer Einordnung (Zuordnung) überhaupt zu einer Erkrankung als auch ihrer Konkretisierung der ‚Anwendung auf den Einzelfall‘.

Einzelfall und Urteilskraft

Die Anwendung auf den Einzelfall ist ein ‚dauerhaftes Geschäft‘ eines Klinikers, für das jeweils auf das Urteilsvermögen zurückgegriffen werden muß. Inhaltlicher Hintergrund sind ‚Erfahrungen‘ (nächstes Kapitel), die wiederum auf mehr Fachwissen aufbauen, als man allgemein annehmen könnte (was dazu führt, daß Patienten meist eben nicht die besseren Entscheidungen treffen können).

Anwendung auf den Einzelfall

Wenngleich in der Medizin immer versucht wird, wiederkehrende Muster (Symptome, Syndrome, Diagnosen, Krankheiten) zu identifizieren, so bleibt die konkrete Behandlung eines Patienten eine Einzelfallangelegenheit; und das auf verschiedenen Ebenen. In allen Fällen ist die Urteilskraft des Arztes ein entscheidender Faktor. Zunächst können die Diagnosestellung und die Indikation zu einer bestimmten Maßnahme getrennt betrachtet werden.

Stellt sich ein Patient vor, so begibt sich der Arzt zunächst auf die Suche nach einer Diagnose, wobei aus einer Vielzahl die für den individuellen Patienten zutreffende ‚herausgesucht‘ werden muß. Differentialdiagnosen müssen in Betracht gezogen werden, und bei Ungereimtheiten sollten letztlich auch Erkrankungen nicht ausgeschlossen werden, die noch gar nicht bekannt sind (was dann freilich offenbleiben muß).

Bei der Stellung der Indikation müssen weitere individuelle Faktoren berücksichtigt werden, zuallererst das Geschlecht des Patienten (ein von Tierversuchen über klinische Studien bis in den klinischen Alltag vernachlässigtes Thema). Zudem weitere (zum Teil bekannte) Erkrankungen bis hin zur oftmals altersbedingten Multimorbidität (etwas, das mittels Studien im Rahmen einer Evidenzbasierten Medizin nur schlecht zu erfassen ist). Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind dabei zu berücksichtigen. Auf individuelle Unterschiede einzelner Patienten ist bereits oben hingewiesen worden, die Komplexität erfordert zusätzliche Aufmerksamkeit (beides manchmal erst im Verlauf). Und schließlich spielen auch die Lebensumstände des Patienten eine Rolle – insbesondere, wenn echte (indizierbare) Alternativen vorliegen.

Und auch wenn ‚fallgerechtes‘ Urteilen sehr danach klingt, daß der einzelne Betroffene am besten wissen sollte, was gut für ihn ist, so dürfte jetzt deutlich geworden sein, daß Einzelfälle, Individualität und die mögliche Berücksichtigung der Lebensumstände weitgehende Kenntnisse verlangt, die bei Patienten praktisch nie vorausgesetzt werden können.

Zum Urteilsvermögen

Die Grundlage klinischen Urteilens ist das Urteilsvermögen, das gleichzusetzen ist mit der Urteilsfähigkeit oder (Kantischer) der Urteilskraft. Unterschieden werden können dabei mindestens zweierlei Aufgaben: Zum einen die Ermöglichung einer Anwendung auf den Einzelfall (s.o.), was ein Vermögen voraussetzt, das Besondere unter ein Allgemeines zu fassen. Darüber hinaus aber auch eine sehr viel komplexere Fähigkeit zur ‚Beurteilbarkeit‘ (Einschätzung) einer Gesamtsituation.

Grundsätzlich bietet schon Aristoteles' Phronesis (‚Klugheit‘) eine erste Vorstellung, worum es sich bei dieser Fähigkeit handeln könnte (vgl. Montgomery 2006: 33 f., 46 f.). In der *Nikomachischen Ethik* erfolgt sogar ein Vergleich zwischen Wissen in moralischen Dingen und Wissen in der Medizin mit der in beiden Fällen charakteristischen Stärke beim praktischen Urteilen oder eben der Phronesis (ebd.: 43).

Immanuel Kant kann mit der Klugheit in diesem Sinne nicht viel anfangen, allerdings eignet sich seine Urteilskraft ebenfalls als Hintergrund. In der *Kritik der reinen Vernunft* (1781) wird sie als

eine der drei Erkenntnisvermögen vorgestellt (neben Verstand und Vernunft) und in der *Kritik der Urteilskraft* (1790) weiter differenziert. Wichtig für die Einzelfälle – so Otfried Höffe – sei dabei die bestimmende Urteilskraft (Kant: AA V 179) als „ein ‚Vermögen, unter Regeln zu *subsumieren*‘ (B 171)“ (Höffe 2003: 150, Herv. i. Orig.): „Ein Arzt beispielsweise muß das im Studium gelernte diagnostische und therapeutische Wissen fallgerecht anwenden können.“ (ebd.: 154). Und da theoretisches Wissen nicht „über ein Kriterium seiner korrekten Anwendung“ verfügt, bedarf es „einer eigenständigen Fähigkeit, das alles zu vermitteln. Es bedarf der Urteilskraft.“ (Wiesing 2017: 77). Und hier helfen auch keine Algorithmen weiter, die Ärzte für diese Tätigkeit überflüssig machten (so Montgomery 2006: 119, 127).

Das zweite, etwas allgemeinere Problem der ‚Beurteilbarkeit‘ alleine schon medizinischer Fakten durch Laien verweist auf eine globalere Einbettung verschiedener relevanter Informationen ... wiederum in einem Einzelfall. Es geht also darum, *mehr* als nur schon bekannte Fälle einzubeziehen, was mitunter schon erforderlich ist, weil die spezielle Konstellation noch gar nicht vorgekommen ist. Als ‚Gespür‘, auch im Sinne des ‚ärztlichen Blicks‘ hat Fritz Böhle (2023: 185 f.) das auch treffend bezeichnet, und es nimmt Bezug auf das Erfahrungswissen (ebd.: 187).

Abschließend sei noch der Bogen zur Abduktion Peirces gespannt: Letztlich steht sie im Hintergrund als Schlußform, um zu einer ersten Idee für die Zuordnung zu einem Einzelfall zu gelangen (vgl. Peirce 1991).

Erfahrung

„Vielleicht ist die vielbeschworene Erfahrung überhaupt am schwierigsten darzustellen.“ (Gross 1979) Kein ganz kleines Problem für eine Disziplin, die sich in erheblichen Maße als Erfahrungswissenschaft versteht. Außerdem ein wichtiger Hintergrund für das Thema Paternalismus, weil sich in diesem Zusammenhang ‚Erfahrung‘ sowohl im Guten (‚jemand kennt sich wirklich aus‘) wie im Schlechten zeigen kann (‚jemand glaubt zu wissen, was er tut, weil er das schon immer so macht, und erklären kann und möchte er das auch nicht...‘). Eine Bemerkung wert ist zudem, daß der Zugang von Patienten zur naturwissenschaftliche (eher theoretischen) Seite der Medizin ‚barrierefreier‘ ist als der zur ‚ärztlichen Kunst‘ (Erfahrung).

Erfahrener werden besteht aus verschiedenen Komponenten. Zum einen sammeln sich im Laufe der Zeit zahlreiche Beispiele (Einzelfälle) an. Das beste Lehrbuch ist tatsächlich der Patient (oder Schüler) selbst (etwas, zu dem Patienten – in ihrer Fülle – keinen Zugang haben). Aber auch aus der Reihe an Einzelfällen erwächst noch keine Erfahrung – man muß auch aus ihnen lernen wollen: Der potentielle Erfolg einer Maßnahme muß gemessen und richtig wahrgenommen werden. Insofern steckt auch in der Erfahrung viel Ethos: Das Bemühen (über die Jahre), besser werden zu wollen.

„Die Erfahrung entsteht aus der Erinnerung. Aber sie ist reicher. Sie bedeutet Ausübung, Auswahl, Verwerfung, Schöpfung, Aufbau...‘ – kurz: ‚Erledigung und Verfügbarkeit.‘“ (Arnold Gehlen nach Gross 1979). Gross weiter: „Dabei basiert gerade in der Medizin unser Wissen und Können,

die Grundlage aller ärztlichen Entscheidungen, auf einer für dieses Fach wohl einmaligen und untrennbaren Legierung von Erfahrungen anderer und eigenen Beobachtungen.“

Nicht minder wichtig sind Erfahrungen und der Umgang mit Mißerfolgen. Das setzt Selbstkritik(fähigkeit) voraus, die sich aber auch in systemischen Voraussetzungen (Fehlerkultur, siehe am Ende von 3.3) wiederfinden muß.

Grenzen der Erfahrung. Einem **Patienten** kann echte Kompetenz nur zugesprochen werden, wenn man das Fundament der Erfahrung bei Entscheidungen in der Medizin als nicht sehr hoch einschätzt. Denn unbezweifelbar ist dem Patienten dieser Zugang verwehrt. Wissen und Kompetenz sind offenbar – auch mit Erklärungen – keine hinreichenden Bedingungen, um im Einzelfall eine fundierte Entscheidung treffen zu können. Und damit enden hier (selbst bei maximaler Ausnutzung der möglichen Ressourcen) die Möglichkeiten von Laien.

Auf **Ärzteseite** zeigen sich weitere Grenzen der Erfahrung – nicht nur in der Medizingeschichte. Eine heutige Antwort darauf ist die Evidenzbasierte Medizin, denn auch vermeintliche ‚Erfahrung‘ (im Sinne einer ‚richtigen‘ Erfahrung oder Wahrnehmung) sollte überprüft werden (und überprüfbar sein – eines der Argumente gegen die Homöopathie). ‚Evidenz statt Eminenz‘ ist aber auch die Voraussetzung, daß Patienten überhaupt mitreden können. Und auch die (soweit berechnete) Paternalismus-Kritik wendet sich gegen eben diese Praxis der Eminenz, die viel auf (vermeintlicher) Erfahrung beruht.

Eine Gefahr besteht zudem in persönlichen Erfahrungen des Arztes, die seine Wahrnehmung verzerren können (was sich allerdings auch als Vorteil für den Patienten herausstellen kann; bei seltenen Nebenwirkungen, wenn der Arzt vorsichtiger geworden ist).

Und natürlich stellt sich die grundsätzliche Frage nach der Vermittelbarkeit (von Erfahrung); in Visiten wird das manchmal versucht (auch dazu Montgomery 2006: 101 ff.).

Bedeutung des Hintergrundwissens

Zentrale Bedeutung für ‚Erfahrung‘ hat eine offene oder auch mehr oder minder versteckte Form von Hintergrundwissen. Auch wenn man die Grundlagen seines Denkens und Handelns nicht explizit benennen kann, so spielen in den ‚gesunden Menschenverstand‘ integrierte Wissensbestände doch eine erhebliche Rolle.

Wie sehr beispielsweise Medizinstudenten ihren Nichtmediziner-Kommilitonen bereits enteilt sind, wird bereits in Gesprächen im ersten Semester bemerkt. Spätestens mit den Präparierkurs und dem ‚Blick in den Menschen‘ stellt sich ein völlig neuer Hintergrund ein, der anders nicht erlangt werden kann. Hinzu kommt, daß es sich beim menschlichen Körper um ein Thema handelt, mit dem jeder auf unterschiedliche Weise bereits ‚schon immer vertraut‘ ist (anders als etwa mit Handelsbilanzen), was die Kluft nicht immer deutlich werden läßt (weil sich die – deutschen – Begriffe nicht geändert haben, wohl aber die Vorstellungen über die Begriffsinhalte).

‚Drei-Monate-Wissen‘. Dazu gehört auch die Erkenntnis, daß man tatsächlich ‚praktisch jedem‘ in drei Monaten das meiste beibringen kann, was man als Arzt für die Alltagsbewältigung an

Kenntnissen benötigt (so äußerte sich ein Arzt und Biochemiker im kleinen Kreis). Zum Teil bestätigt wird das auch durch Meldungen über ‚falsche Ärzte‘, die oft jahrelang unentdeckt praktizieren (nicht selten in operativen Bereichen).

Allerdings führt dieses ‚Wissen‘ natürlich noch nicht zu guten Entscheidungen. Zwar erfolgt in den meisten Fällen eine richtige Einschätzung, weil häufige Erkrankungen eben auch häufig vorkommen. Allerdings handelt es sich dabei weniger um substantielle Erfahrung, sondern vielmehr um eine Art (gefährlicher) Gewohnheit oder Gewöhnung ob ‚des Üblichen‘. Medizin studiert man allerdings (so der erwähnte Arzt und Biochemiker – und erneut völlig zu Recht) wegen der wenigen Prozent, die *keine* ‚Klassiker‘ sind, wegen der Besonderheiten, wegen der Ausnahmen. Und als Arzt trägt man für die gesamte Brandbreite die volle Verantwortung.

Konflikte mit den ‚paramedizinischen‘ Berufen (Krankenschwestern, -pfleger oder Rettungssanitäter) sind damit natürlich vorprogrammiert. Zwar haben sie oftmals ‚viel gesehen‘ und liegen damit auch fast immer richtig. Aber eben aufgrund wiederholter Ereignisse, die zwar häufig (meistens), aber eben nicht regelmäßig (immer) richtig interpretiert werden (können). Oftmals wird dabei aus einem Drei-Monate-Wissen ein nicht solideres (aber noch unkritischeres) 30-Jahre-Wissen. Und natürlich gilt das prinzipiell auch für Ärzte (zum Älterwerden siehe unten).

Erlernen des Hintergrundwissens. Das Studium der Humanmedizin liefert den Kern eines Hintergrundwissens. Zunächst steht dabei das Erlernen eines einigermaßen geschlossenen Bildes eines gesunden („normalen“) Menschen im Vordergrund. Die **Vorklinik** – zukünftig gerne mit evolutionären Hintergründen (vgl. 3.4) – schafft dabei ein Bild vom Menschen von der molekularen bis zur makroskopischen Ebene, das neben einer Vertiefung allgemein bekannter Strukturen auch Blicke auf neue Ebenen eröffnet. Das Wissen muß dabei im Detail – anders als oftmals (von letztlich allen beteiligten Seiten) erwartet – gar nicht direkt anwendbar sein. Als allgemeines Netz an Hintergrundinformation kann sie etwas Erfahrung ‚wettmachen‘, weil sie auf ‚intellektueller Ebene‘ eine Art Gefühl für den menschlichen Körper vermittelt.

In den **klinischen Abschnitten** (dazu umfassend Montgomery 2006) folgen dann Einblicke in verschiedene Erkrankungen sowie ‚kranke‘ Menschen, deren Beurteilung weitaus schwieriger ist. Die Ambulanzen einiger Kinderkliniken dürfen Patienten unter einem Jahr beispielsweise erst wieder verlassen, wenn sie von einem Facharzt gesehen worden sind – mindestens fünf Jahre Erfahrung statt im Zweifel nur weniger Monate.

Die Bedeutung des vorklinischen Hintergrundwissens zeigt sich insbesondere indirekt im klinischen Studium, weil sich weder all die Dinge demonstrieren lassen, die im ärztlichen Alltag vorkommen könnten, noch lassen sich zukünftige Konstellationen voraussehen, erst recht nicht sämtliche Kombinationen von Erkrankungen (außer sie kommen sehr häufig vor). Also wird ein Basiswissen erforderlich, das unabhängig von konkreten Konstellationen präsent ist. Und für beide wird im Verlaufe des Studiums ein gewisses Gefühl entwickelt. Für Vorgänge im Körper (Vorklinik) und für ‚kranke‘ oder ‚sehr kranke‘ Menschen.

Erlernen von Erfahrung. Auch über das Studium hinaus erfolgt – als ‚zweiter Stamm‘ der Erfahrung – immer auch ein Lernen an konkreten Einzelfällen („Patienten als bestes Lehrbuch“), was im günstigsten Fall Unterstützung durch erfahrene Kollegen erhält (auch dazu ausführlich Montgomery 2006); zudem wird im Rahmen von Fortbildungen über spezielle Einzelfälle berichtet. Allerdings stehen bei der eigenen Erfahrungsbildung auch die eigenen ‚normal kranken‘ Patienten im Vordergrund. Das Erlernen von Erfahrung ist dabei untrennbar mit der Idee des **lebenslangen Lernens** verbunden, die sich aus recht unterschiedlichen Anforderungen speist.

- Zum einen ist lebenslanges Lernen schlicht zur **Erhaltung** des eigenen Wissens-Status-Quo in seinem eigenen Fachgebiet erforderlich. Erinnerungen müssen aufgefrischt werden, Wiederholungen gehören in essentieller Weise zur Medizin.
- Darüber hinaus müssen **Neuerungen** aufgenommen werden können. In einem Berufsleben, das fast (mitunter über) ein halbes Jahrhundert dauern wird, ergeben sich zwangsläufig eine Menge neuer Fakten, Hintergründe, Therapien.
- Erst an dritter Stelle dürfte damit die konkrete Optimierung der eigenen (vorhandenen) Fertigkeiten zum Zwecke der **Erfahrungsvermehrung** folgen.

Zum ‚gesunden Menschenverstand‘

Mit dem Erwerb des Hintergrundwissens einschließlich eines Gefühls für einen gesunden und ein anfängliches Gefühl für einen kranken Menschen gehen diese Wissensinhalte zunehmend, aber schleichend, in den gesunden Menschenverstand des Mediziners, des Arztes, des Facharztes über – man könnte das einen ‚**gesunden medizinischen Menschenverstand**‘ nennen.

Kathryn Montgomery (2006: 164) schreibt über einen befragten Kliniker (Onkologen), der davon spricht, er betreibe am Tag 5 % ‚Wissenschaft‘, der Rest sei ‚gesunder Menschenverstand‘. Man kann wahrscheinlich davon ausgehen, daß ein erheblicher Prozentsatz aus gesundem *medizinischen* Menschenverstand besteht, der sich nicht automatisch ergibt, sondern der erlernt und ins Denken aufgenommen werden muß. Vergleichbar dem Habitus von Pierre Bourdieu würden ‚natürliche‘ oder ‚automatische‘ Dinge unsichtbar, was dem ähnele, was Clifford Geertz (1983) beschreibe (ebd.).

Auch die ‚Intuition‘ ist in diesem Zusammenhang zu sehen. Es wird sich schwerlich eine verlässliche Intuition (ein Bauchgefühl [vgl. Gigerenzer 2008]) einstellen, ohne ein – wie auch immer entstandenes, wie sehr auch immer bewußtes – Wissen im Hintergrund. Am ehesten handelt es sich dabei wahrscheinlich um eine Konsequenz von Erfahrung, wobei letztere alltagssprachlich etwas konkreter gefaßt werden dürfte.

Dazu noch einmal Rudolf Gross (1979): „Den Ausdruck Intuition benutzte in diesem Zusammenhang wohl erstmalig der spanische Mönch Raimundus Lullus.“ Dort – und bei seinen Nachfolgern in der Scholastik – sei es um eine Art göttliche Offenbarung gegangen, ein Teil, der später eliminiert worden sei. „Nach der Deutung heutiger Psychologen handelt es sich um nichts anderes als um eine Umstrukturierung bereits vorhandener Informationen.“ (ebd.) Ähnlich sehe es auch Noam Chomsky mit einer „unbewußten und unreflektierten Umstrukturierung von Sätzen“

(ebd.). Aber diese Umstrukturierung muß natürlich auch gelingen. Und wahrscheinlich können das manche besser als andere...

Erfahrener oder nur älter geworden?

Ein letzter Aspekt darf nicht übersehen werden. Wird von einem ‚erfahrenen‘ ... Arzt zum Beispiel gesprochen, so bezieht man sich dabei nicht lediglich auf ein gewisses Alter, sondern geht von einer ‚qualitativen Überlegenheit‘ gegenüber unerfahrenen aus. Natürlich kann man auch alt und unerfahren sein. Aber Alter impliziert im Grunde, daß man sich lange und gründlich mit einer Materie auseinandergesetzt hat und – mindestens nebenbei – auch erfahrener in einem qualitativen Sinne geworden ist.

Allerdings entsteht Erfahrung nicht automatisch durch die Zeit (vgl. die 30 Jahre oben...). Und auch Ärzte können Patienten jahrzehntelang falsch behandeln, wenn ‚Erfahrung‘ (Alter) eben nicht zu Kompetenz geworden ist. Wird die längere Zeit nicht zum Dazulernen verwendet (bis hin zum ‚lebenslangen Lernen‘), dann ergibt sich nur ein marginaler Zugewinn. Schlimmer noch: Man fühlt sich qua Alter fälschlicherweise als erfahren (kompetent). Hinzu kommt, daß viele Dinge natürlich im Laufe der Zeit auch wieder vergessen werden, was insbesondere für im Studium erlernte selten vorkommende Erkrankungen gilt.

In dem Zusammenhang erscheint es mitunter befremdlich, wenn eine ‚**überalterte Lehrerschaft**‘ beklagt wird. Natürlich spielen auch lebensweltliche Umstände eine Rolle, und die Generationenkluft ist auch nicht zu unterschätzen. Aber es gibt wohl nur wenige Bereiche, in denen man über die Zeit so viel Erfahrung in seine Tätigkeit einbringen kann wie als Unterrichtender. Und eben als Arzt.

3.3 (Schein-) Kompetenzen von Patienten und Ärzten

Die Konsequenzen aus der naturwissenschaftlichen und Evidenzbasierten Medizin (3.1) sowie den Besonderheiten der klinischen Medizin (3.2) zusammenfassend, und als Basis für die Diskussionen zum ärztlichen Gespräch (4) seien die unterschiedlichen Kompetenzen von Arzt und Patient sowie von Ärzteschaft und Patientenkollektiv betrachtet. Auf die jeweiligen Grenzen ist zum Teil schon eingegangen worden und wird noch weiter eingegangen werden. Es wird sich aber zeigen, daß vermeintliche oder doch nur ‚Scheinkompetenzen‘ – auf beiden Seiten – weit verbreitet sind, und daß schon das zu einem deutlich anderen Umgang miteinander führen sollte. Die Demut vor der Individualität und Komplexität des menschlichen Körpers und die doch nur begrenzte Beeinflußbarkeit können nur zu sehr vorsichtigem und stets kritisch zu betrachtendem Denken und Handeln führen.

Was ist Kompetenz? Über Expertentum und Asymmetrien

Paternalismus hat zur Bedingung (4.1), daß der Paternalist bei einer anstehenden Entscheidung über mehr Kompetenz verfügt als der Paternalisierte – und nicht zuletzt alle relevanten Säulen zusammenfügen kann (lat. *competentia* = das Zusammentreffen). Wird bei einer medizinischen

Entscheidung eher Kompetenz als Autonomie eingefordert (4.5), dann kommt der Frage eine entscheidende Bedeutung zu (grundsätzlich und erhellend zum Expertentum und zu Asymmetrien auch Nassehi 2010: 341 ff.).

Und wenngleich alle Versuche in der Medizinethik darauf abzielen, substantiell asymmetrische Beziehungen in symmetrischere zu überführen, so wird doch ehrlicherweise anerkannt, daß zwischen Experten und Laien – immer – ein asymmetrisches Verhältnis besteht, und daß das auch für die Medizin gilt. Grundsätzlich zielt der Versuch einer Anhebung der Entscheidungskompetenz der Patienten dabei auf zwei Ebenen ab.

- Zum einen der Versuch, die **fachlichen Unterschiede** möglich klein werden zu lassen – mit der Vorstellung, man käme einer echten Entscheidungskompetenz substantiell näher.
- Darüber hinaus wird behauptet, die Entscheidung müsse auch **lebensweltliche Aspekte** mit einbeziehen, die nur vom Patienten beurteilt werden könnten.

Bezüglich der Fachkenntnisse beruht der Versuch einer gemeinsamen Entscheidung ‚auf Augenhöhe‘ unter anderem auf der Fehleinschätzung, möglichst vollständige Informationen könnten zu ausreichend Kompetenz für eine Entscheidung führen (das auch kritisch bei Manson und O’Neill 2007 [u.a. 37] und bei Montgomery 2006 längs durch das gesamte Buch).

Die Illusion besteht darin, daß sich die Unterschiede durch Erklären derart klein machen ließen, daß Patienten wirklich (kompetent) mitentscheiden können. Tatsächlich bestehen die Asymmetrien allerdings selbst innerhalb der Ärzteschaft zwischen den Fachgebieten und zudem noch zwischen Generationen (das eigene Studium liegt im Zweifel einige Jahrzehnte zurück). Insofern ist grundsätzlich festzuhalten, daß Experte in einem Gebiet niemals ‚Arzt‘ bedeutet, sondern Facharzt mit Kenntnissen zu dieser speziellen Erkrankung und möglichst viel Erfahrung und damit einhergehend Urteilskraft für die Anwendung auf den vorliegenden Einzelfall. Arztkollegen als Patienten können insgesamt auch nur ‚Medizin‘ und ‚Krankheit‘ etwas besser beurteilen (durch Erfahrung im eigenen Gebiet oder das Studium), oder sie können etwas umsichtiger Fragen stellen.

Insofern ist zwar ausdrücklich zuzustimmen, daß auch ‚bildungsfernen Schichten‘ entsprechend aufbereitete Unterlagen zugänglich gemacht werden. Das sollte aber nicht zum Glauben führen, damit sei dann letztlich doch das Herbeiführen einer wirklich kompetenten Entscheidung möglich. Und mit dieser Annahme bekommen Gespräche mit Kindern und Jugendlichen natürlich eine andere – gleichwertigere – Bedeutung (siehe unter 4.2 und 4.6).

Auch die Lebensweltlichkeit einer Entscheidung verschiebt die Augenhöhe des Patienten nur bedingt. Abgesehen von der allgemein schlechteren Beurteilbarkeit der eigenen Situation müssen alle ‚Alternativentscheidungen‘ auch medizinisch vertretbar (indizierbar) sein, sonst können sie von Ärzteseite aus nicht verantwortet werden. Weder fachlich noch (berufs-) ethisch noch juristisch.

Dem hier vorgestellten Verhältnis zwischen Arzt und Patient folgend, wären vertretbare Alternativen sowieso verpflichtend vorzustellen, sodaß darüber diskutiert werden könnte. Und

vorgreifend sei auch hier schon erwähnt, daß ein Verweis auf die Patientenautonomie bei dieser Frage nicht weiterhilft, und daß der Patientenwille – mindestens theoretisch – vor ungerechtfertigter Einflußnahme ausreichend schützt.

Kompetenz von Patienten

Neben der Kompetenz des einzelnen Patienten (da soll hier der Schwerpunkt liegen) können viele Aspekte auch auf das gesamte Patientenkollektiv als Gruppe übertragen werden. So zum Beispiel zunächst wissenschaftliche Gründe, warum eine echte Mitentscheidung nicht gelingen kann. Hinzu kommen persönliche Gründe wie mögliche ‚Bildungsferne‘, Fragen der Mündigkeit oder grundsätzlicher Inkompetenz (auch fachfremder Ärzte).

Einigen auch generellen Überlegungen über die Mündigkeit folgen die beiden zentralen Fragen der Kompetenz über den eigenen Körper (und das eigene Leben) sowie in medizinischen Fragen.

Mündigkeit

„Aufklärung ist der Ausgang des Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit. Unmündigkeit ist das Unvermögen, sich seines Verstandes ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Selbstverschuldet ist diese Unmündigkeit, wenn die Ursache derselben nicht am Mangel des Verstandes, sondern der EntschlieÙung und des Mutes liegt, sich seiner ohne Leitung eines anderen zu bedienen. Sapere aude! Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen! ist also der Wahlspruch der Aufklärung.“ (Immanuel Kant 1784 in der *Berlinischen Monatsschrift* [Kant: AA VIII 35, ohne Herv.]).

Sowohl die Demokratie als auch das Arzt-Patienten-Verhältnis beruhen auf der Vorstellung freier Menschen und damit grundsätzlich mündiger Bürger (Patienten). Sie im Sinne des liberalen Gedankens und im Zuge der Aufklärung mit möglichst maximaler Autonomie und Freiheit auszustatten, ist zunächst die beste Versicherung gegen Willkür – im staatlichen wie im ärztlichen Kontext. Darauf beruht das Wahlrecht, darauf beruhen aber auch die rechtlichen Letztentscheidungen des Patienten über Eingriffe in seinen Körper (‚Patientenwille‘).

In der Realität sind dessenungeachtet aber praktisch alle Menschen mehr oder weniger weit vom Ideal entfernt (so auch Hilpert 2010: 303 ff.), wirklich selbst (autonom, rational, kompetent, authentisch) entscheiden zu können: Der mündige Patient bleibt über weite Strecken genauso eine Illusion wie der mündige Bürger. Das anzuerkennen, muß nicht direkt in bevormundenden Paternalismus führen, denn die Letztentscheidungen (Wahlen, Patientenwille) bleiben bestehen (müssen aber wahrgenommen werden).

- Allerdings *muß* der **Staat** zwar von der Mündigkeit seiner Bürger ausgehen, weil das die Grundlage der Demokratie ist. Ohne einen flankierenden Sozialstaat (mit Grundsicherung, Versicherungspflichten usw.) wird er der Realität der Menschen allerdings nicht gerecht.

- In der **Medizin** ist das nicht anders. Rechtsstaatlich muß von der Mündigkeit der Patienten ausgegangen werden („Patientenwille“), andererseits *darf* der Arzt *nicht* (einfach so) von der Mündigkeit seines Patienten ausgehen. Weder (berufs-) ethisch noch rechtlich (einschließlich Überzeugungsarbeit, der Verpflichtung zur Sicherungsaufklärung, Abbruch einer Therapie ‚gegen ärztlichen Rat‘ usf.).

Beides – Sozialstaat und Fürsorge für einen Patienten – sind natürlich **paternalistische Ideen**. Eine der vordringlichen Aufgaben innerhalb der beiden genannten Institutionen muß daher deren In-Einklang-Bringen sein. Die rechtliche Situation („mündiger Bürger – mündiger Patient“) kann dabei nicht anstandslos auf die (inhaltliche) Entscheidungssituation übertragen werden. Wie aber ist es möglich, von mündigen Personen auszugehen, ohne sie mit ihren Defiziten schlicht alleine zu lassen? Weder eine allgemeine Kritik an Paternalismus noch eine verklärte Fehleinschätzung der Möglichkeiten mündiger Bürger (Patienten) sind zielführend; möglicherweise kann ein aufgeklärter Paternalismus Teil einer Lösung sein (4.5). Dort steht dem ‚nicht so mündigen‘ Bürger auch ein ‚nicht so mündiger‘ Arzt gegenüber.

Und die Konsequenzen? Natürlich sind diese Fakten den meisten bewußt, und oftmals wird auch entsprechend gehandelt. Allerdings wird das Problem höchstens am Rande diskutiert, was die Komponenten einer medizinischen Entscheidung doch mindestens verzerrt.

Eine weitere Konsequenz dieser Einschätzung ist aber auch, der Autonomie des Einzelnen – möglichst in Rechtsform – einen erheblichen Stellenwert einzuräumen. Denn mangelnde Mündigkeit ist natürlich grundsätzlich auch den Akteuren innerhalb der ‚Obrigkeit‘ (Staatsvertreter und Ärzten) zu unterstellen. Dort können Entscheidungen zwar ‚komplexer‘ (mit unterschiedlicher Expertise) und mit zeitlicher Ruhe getroffen werden. Aber auch sie unterliegen menschlichen Einflüssen... – In diese Richtung dachte vermutlich auch Mill (2010 [1859]: 81 ff.).

Kompetenzen über den eigenen Körper und das eigene Leben

Wenngleich die fachliche Asymmetrie zwischen Arzt und Patient (und erst recht zwischen Ärzteschaft und Patient) oftmals nicht wirklich angezweifelt wird, so erfolgt die Kritik an anderer Stelle – nämlich bei der Frage, ob Ärzte für ihre Patienten die (insgesamt) besseren Entscheidungen treffen können. Kritisiert wird, daß Ärzte oft nur nach ‚rein medizinischen‘ Kriterien entschieden, der Patient aber seine persönliche Seite sehr viel besser kenne. Damit verbunden sind mindestens zwei Fragen.

- Zum einen, ob das ‚Besserkennen‘ des eigenen Zustandes ein Vorteil für die medizinische Entscheidung ist. Selbst wenn man Angst und überhaupt die schwierige Situation, in der man sich als Patient befindet (dazu auch O’Neill 2002: 40), abzieht, bleibt die Frage bestehen.
- Des weiteren müßte geklärt werden, worin genau eine medizinische Entscheidung besteht, also wieviel ‚persönliche‘ Hintergründe eine Rolle spielen sollten und auch dürfen (zur Rechtslage einschließlich Indikation auch 4.2 und 4.4).

Bezüglich der ‚persönlichen Hintergründe‘ sind (nicht nur) in der Vergangenheit mit Sicherheit Fehler auf Seiten der Ärzteschaft gemacht worden, indem eigene Vorstellungen eines ‚guten Lebens‘ als Maßstab genommen und sich nicht überlegt wurde, daß es auch andere Lebensentwürfe gibt, die unterschiedliche Beurteilungen zulassen. Insofern eilt die Pluralisierung der Gesellschaft dem Vorstellungsvermögen einzelner Ärzte voraus, und natürlich gibt es hier nach wie vor Nachholbedarf. Allerdings werden die meisten medizinischen Entscheidungen davon unberührt sein.

- **Der eigene Körper.** Ob man in Fragen des eigenen Körpers nicht selbst besser beurteilen könne, was gut und richtig für ihn sei, ist mindestens kritisch zu sehen. Denn das Recht zu entscheiden, ist etwas anderes als die Befähigung dazu. Die rechtliche Seite ist davon natürlich nicht direkt berührt, weil niemand zu etwas gezwungen werden kann. – Allerdings gibt es eine Menge Beispiele aus der Medizin, in denen Patienten eine ‚Störung‘ ihres Körpers wahrnehmen, ihnen von Ärzteseite aber nicht geglaubt wird (Endometriose oder Fibromyalgie als Beispiele; zu den ‚seltenen Erkrankungen‘ siehe unten).
- **Das eigene Leben.** Verschiedene Aspekte betreffen sehr grundsätzliche Fragen zum eigenen Leben. Natürlich müssen Patienten über das eigene Leben verfügen können. Und insbesondere bei Fragen zum Lebensende kommen sehr viel mehr Indikationen in Frage (Nichtstun zum Beispiel, obwohl es lebensverkürzend sein könnte). Auf der anderen Seite ändert das nichts daran, daß auch in diesen Fällen ‚fachlich falsche Entscheidungen‘ getroffen werden können. Wenn Patienten sich in Gefahr bringen könnten, müssen Ärzte (mindestens sprachlich) intervenieren und sicherstellen, daß der Patient immer weiß, was er entschieden hat.
- **Der individuelle Patient.** Menschen sind individuell sehr unterschiedlich (siehe 3.1 und 3.2), wobei man vielleicht eine biochemische von einer lebensweltlichen Individualität unterscheiden kann. Zur biochemischen können Patienten natürlich nicht viel beitragen. Der Einfluß der lebensweltlichen unterliegt den Grenzen der Indizierbarkeit.

Kompetenz in medizinischen Fragen

Tatsächlich sind Entscheidungen in der Medizin in vielen Fällen viel zu wichtig, um sie unausgebildeten Personen (Patienten) zu überlassen – ganz abgesehen von der rechtlichen Situation, in der Ärzte unter Berücksichtigung des Patientenwillens nach ihren medizinisch-fachlichen Entscheidungen beurteilt werden. Um diese dem Patienten aber in erforderlichem Maße vermitteln zu können, ist meistens eine Menge Paternalismus erforderlich (siehe 4.4 bis 4.6).

Die Säulen medizinischer Entscheidungen sind in den Kapiteln 3.1 und 3.2 diskutiert worden. Die Evidenzbasierte Medizin kann dabei nur zusammen mit der Biomedizin funktionieren, da eine plausible Kausalität in der Medizin eine wichtige Grundlage bleibt (Russo und Williamson 2007; auch Wieland 2004: 176 ff.): Ergebnisse der Evidenzbasierten Medizin müssen auf die Pathomechanismen (Biomedizin) bezogen werden (‚Mediziner‘); die Urteilsfähigkeit wird für die

Anwendung auf den individuellen Patienten benötigt („Arzt“). Von den drei Säulen medizinischer Entscheidungen kann von Patienten letztlich keine wirklich beurteilt werden.

- Das neue naturwissenschaftlichen Menschenbild innerhalb der Medizin („**Biomedizin**“) hatte immense Auswirkungen auf die Forschung („Pathomechanismen“), schuf aber auch die einzige ernsthafte Gesprächsgrundlage mit den Patienten. Allerdings – selbst wenn man die reine Vermittlung als „Containerwissens“ (Manson und O’Neill 2007: 35 ff.) zu überwinden vermag –, so wird das für eine kompetente Entscheidungen erforderliche Hintergrundwissen selten ausreichen.
- Die zweite Säule – die **Evidenzbasierte Medizin** (EbM) – folgte in Deutschland seit etwa 2000 mit der Idee einer Wirksamkeitsprüfung medizinischer Maßnahmen. Da (durch zahlreiche Studien belegt) selbst Ärzte Schwierigkeiten haben, Statistiken und entsprechende Studien richtig zu deuten: Wie soll das Patienten gelingen können?!
- Die **Urteilsfähigkeit** (bezogen auf den speziellen Einzelfall) war schon immer ein wichtiger Hintergrund für die Entscheidung des Arztes für eine Maßnahme („Erfahrung“ und „Erfahrungswissen“). Dem Nichtfachmann stehen weder die vielen zu subsummierenden Einzelfälle noch steht ihm das Vermögen zur Verfügung, diese sinnvoll verwenden zu können. Es reicht einfach nicht, wenn etwas „einleuchtet“ oder plausibel erscheint – man muß es *beurteilen* können, um kompetent eine Entscheidung treffen zu können (mit dem „gesunden ärztlichen Menschenverstand“).

Kinder und Jugendliche

Kinder und Jugendliche genauer in den Blick zu nehmen, erscheint aus zweierlei Gründen folgerichtig, insbesondere vor dem Hintergrund einer gewissen Entkopplung des ärztlichen Gesprächs von der schlichten Aufklärung zum Zwecke der rechtlichen Einwilligung (4.6, vgl. 4.2).

- Zum einen wird bei ihnen – anders als bei den „grundsätzlich kompetenten“ Erwachsenen (so Buchanan und Brock 1990: 17 ff., v.a. 26 ff.) – von einer graduell wachsenden Kompetenz ausgegangen (wenngleich sich das juristisch nicht gesichert auswirkt, vgl. Reipschläger 2004: 56 ff., v.a. 60). Das allerdings kommt auch im Erwachsenenbereich der Realität sehr viel näher, zumal Intelligenz eine nicht unerhebliche Rolle spielt. Und da überholen einige Kinder viele Erwachsene doch schon frühzeitig (vielleicht mit 12 Jahren).
- Darüber hinaus ergeben sich aber auch ganz neue „Rechte“ von Kindern und Jugendlichen. Haben Menschen grundsätzlich (über die rechtlich verbrieft Seite der „informierten“ Zustimmung hinaus) ein Recht, über Maßnahmen schlicht informiert zu werden, dann steht ihnen dieses „Recht“ (das derzeit keines ist) natürlich ebenfalls zu.

Ärztliche Kompetenz

Grundlagen der ärztlichen Kompetenz sind in 3.1 und 3.2 beschrieben worden. An dieser Stelle soll ein Blick auf die Entstehung des Wissens und der Erfahrung in den konkreten Strukturen geworfen werden. Neben dem einzelnen Arzt haben direkter oder indirekter auch die

Einrichtungen ‚der (Welt-) Ärzteschaft‘ einen erheblichen Einfluß auf die einzelne medizinische Entscheidung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildungsstrukturen und -inhalte. Eine Beeinflussung (eher Beeinträchtigung) der ärztlichen Kompetenz erfolgt zunehmend durch finanzielle Aspekte auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Insgesamt bemerkens- und beklagenswert ist und bleibt eine fehlende ärztliche Fehlerkultur, die allemal angemessen wäre.

Neben den in 3.1 und 3.2 bereits angesprochenen Grenzen lassen sich mindestens drei Ebenen unterscheiden. Zum einen grundsätzlich **wissenschaftliche Gründe** wie die Individualität, die Komplexität und mitunter fragliche Übertragbarkeiten, die Indikationen automatisch unsicher werden lassen. Darüber hinaus **persönliche Gründe** (Inkompetenz, Ignoranz, Dummheit), und schließlich auch einigen **systemische Gründe** (u.a. die Ökonomisierung; aber auch Zeitmangel, Übermüdung ... und nicht zuletzt die fehlende ärztliche Fehlerkultur).

Exkurs ‚seltene Erkrankungen‘. Der Umgang mit den rund 8.000 seltenen Krankheiten illustriert einige Aspekte in zusammenführender Weise. Betroffene Patienten landen dabei oft nach einer Odyssee von Facharzt zu Facharzt bei einem Psychiater – ein häufig gewählter Weg, wenn nicht mehr weitergewußt wird, was somatisch dahinterstecken könnte. „Sie haben nichts!“, sagt sich offenkundig leichter als „Wir wissen nicht, was Sie haben!“ – mit fatalen Folgen für die Patienten (und abgesehen davon, daß psychiatrische Erkrankungen alles andere als ‚Nichts‘ sind). Erst seit einigen Jahren gibt es Zentren für eine systematische Suche nach solchen Erkrankungen, aber auch dorthin muß man einen Patienten erst einmal schicken.

Beim 7. Kongreß für Angeborene Stoffwechselerkrankungen 2016 in Innsbruck wurde ein Fragebogen aus Hannover vorgestellt, mit dem herausgefunden werden sollte, ob ein Patient an einer seltenen Krankheit leidet – ein ‚Ja‘ bei den ersten beiden Fragen bedeutete bereits eine Treffsicherheit von 80 %. In der ersten Frage ging es schlicht um die Frage, bei wie vielen Ärzten die Patienten wegen dieses Problems bereits waren (über einem bestimmten Wert: ja), die zweite Frage lautete, ob man schon einmal in psychiatrischer Behandlung gewesen sei.

Einzelne Ärzte und ‚die Ärzteschaft‘

Grundsätzliche Basis allen Denkens und Handelns in der Medizin ist eine Art ‚Weltärzteschaft‘, in dessen Rahmen einzeln irgendwo produziertes Wissen zumindest wahrgenommen und in irgendeiner Weise bewertet wird. Insofern begibt sich der einzelne Patient zwar unmittelbar in die Hände seines behandelnden Arztes und seine medizinische Entscheidung (Indikation). Letztlich gründet sich dessen Wissen (und zum Teil Erfahrung) aber auf dem Expertenwissen der ‚Weltärzteschaft‘. Die ‚beste‘ medizinische Entscheidung muß damit nicht einmal die sein, die der Arzt gerne vertreten würde. Auch das kann und muß mit dem Patienten natürlich besprochen werden.

Die relevanten Informationsquellen stehen im Grunde genommen – zumindest nach einer gewissen Zeit – auch den Patienten zur Verfügung. Zumindest theoretisch, denn aktuell haben auch Ärzte und Forscher mitunter keinen Zugriff auf die neueste Forschungsliteratur (wegen

immens teurer Verlagsforderungen), außerdem dürfte die englische Sprache für viele ein Hindernis sein. – Und nach dem Lesen bleibt natürlich die Frage nach der Beurteil- und damit Verwendbarkeit der Informationen. Auf der anderen Seite kommt es ebenso darauf an, was der einzelne Arzt daraus macht...

Der einzelne Arzt. Insofern stehen im Zentrum der tatsächlichen Verfügbarkeit des ‚medizinischen Weltwissens‘ für den einzelnen Patienten die Kapazität und die Verantwortung des einzelnen Arztes. Damit verbunden ist die Anerkennung der „Wissenschaftlichkeit als konstitutionelles Element des Arztberufs“ (Bundesärztekammer 2019), was „als Grundlage eines lebenslangen Lernens in der ärztlichen Tätigkeit“ (ebd.) dient. Daran schließen sich nach der Weiterbildung zum Facharzt lebenslange Fortbildungen sowie kollegiale Austausche an. Wegen der nur bedingt möglichen Überprüfbarkeit ist die Qualität im Gesundheitswesen insbesondere auf die ‚Verantwortung und Haltung‘ (siehe Ende 4.6) eines jeden Arztes angewiesen. Mindestens drei Denk- oder Verhaltensweisen können dem im Wege stehen.

- **Inkompetenz.** Eine der Voraussetzungen dafür, daß ein medizinischer Eingriff rechtens ist, ist eine Behandlung *lege artis*. Das Wissen dafür muß sich natürlich angeeignet werden. Dazu gehören auch praktische Fertigkeiten (bei Operationen zum Beispiel) sowie ein Verständnis für Epidemiologisches (einschließlich Wahrscheinlichkeiten) – eine Basis der Evidenzbasierten Medizin, aber auch zum Einschätzen von Operationsrisiken.
- **Ignoranz** (Patienten gegenüber) muß leider extra erwähnt werden, weil es Ärzte gibt, denen ihre Patienten schlichtweg egal sind (aus unterschiedlichen Gründen).
- **Dummheit.** Natürlich macht das Phänomen auch vor Ärzten nicht halt und muß im Zweifel bedacht werden. Der (immerhin) Mediziner Horst Geyer hat das Phänomen *Über die Dummheit* in einem Buch 1954 ausführlich beleuchtet.

Institutionelle Hintergründe („die Ärzteschaft“). Lediglich für ein oberflächliches Gefühl für die ‚Weitläufigkeit‘ der Institutionen mit Bezug zur Behandlung von Patienten seien einige der Einrichtungen erwähnt (eine grundsätzliche Kritik der ‚Geschlossenheit‘ der Medizin findet sich in Beck 1986: 329 ff.).

Den Anfang sollen aber die unzähligen Journale machen, in denen aktuelle Forschungsergebnisse publiziert werden. Die *Deutsche Forschungsgemeinschaft* (DFG) übernimmt in Deutschland maßgeblich die finanzielle Förderung der Forschung. Andere Einrichtungen sind vornehmlich für die Medizin zuständig. Einige haben eine inhaltliche Qualitätssicherung zum Ziel, andere dienen eher als Interessenvertretung, die nicht immer primär das Wohl der Patienten zum Ziel haben; eine eindeutige Grenzziehung ist nicht immer möglich.

Als übergeordnete Struktur und Vertreterin von 150 Fachgesellschaften (Quelle: AWMF) tritt die *Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften* (AWMF) auf. Der Qualitätssicherung dienen auch das *Robert Koch-Institut* (RKI), das *Paul-Ehrlich-Institut* (PEI), das *Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen* (IQWiG) sowie das

am *Institut für Medizinische Biometrie und Medizinische Informatik* der Universität Freiburg angesiedelte *Deutsche Cochrane Zentrum* (DCZ).

Neben der *Bundesärztekammer* (BÄK) als übergeordneter Ärztevertretung, dem *Medizinischen Fakultätentag* (MFT) als Interessenvertretung der medizinischen Fakultäten sowie dem *Verband der Universitätsklinika Deutschlands* (VUD) gibt es zusätzlich zu den jeweiligen Berufsverbänden die *Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände* (GFB); außerdem einen *Medizinischen Dienst der Krankenkassen* (MDK). Zudem spielen der *Gemeinsame Bundesausschuß* (GBA), die *Kassenärztliche Bundesvereinigung* (KBV) sowie das *Deutsche Ärzteblatt* als Organ der gesamten Ärzteschaft wichtige Rollen. Auf internationaler Bühne sind noch die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) und der *Weltärztebund* zu nennen.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Zu unterscheiden sind die Ausbildung angehender Ärzte im Studium und die Weiterbildung zum Facharzt nach dem letzten Staatsexamen sowie allgemeine Fortbildungen (die aber ebenfalls vor allem die postgraduelle Phase betreffen). Abgesehen vom Studium und der Facharztprüfung mit direkten Kontrollen des Wissenserwerbs hängt die konkrete ‚Verfügbarkeit‘ des Wissens für die Behandlung eines Patienten aber von der Informierung und Anwendung des theoretisch vorhandenen Wissens vom einzelnen Arzt in der Praxis ab.

Wissen und Ausbildung. Wenngleich die Ausbildung zum Arzt heute selbstverständlich ein Studium ist (stärker hinterfragt, als man meinen könnte), begann die Geschichte der Medizin durchaus ‚unakademisch‘. Wie in 2.1 beschrieben, bekam die Medizin erst allmählich Anschluß an die Universitäten und wurde akademisch, was durch die Hinzunahme naturwissenschaftlicher Hintergründe noch verstärkt wurde. Insgesamt bleibt aber eine gewisse Zweisträngigkeit der Medizin erhalten, weil dem theoretischen *Medizinstudium* eine praktische Ausbildung hinzugefügt wird, die sich beide nach dem Abschluß des Studiums fortsetzen.

Zunächst im Rahmen der Facharztausbildung, die seit 1993 mit einer verbindlichen Facharztprüfung beendet wird und Voraussetzung für die Zulassung als Vertragsarzt der Gesetzlichen Krankenkassen ist (die Niederlassung als ‚Praktischer Arzt‘ war dann nicht mehr möglich).

Begleitet wird die Zeit (und jede Zeit danach) von Weiter- und Fortbildungen durch wissenschaftliche Journale, Kongresse, Seminare. Nachweise einer kontinuierlichen medizinischen Weiterbildung müssen erbracht (CME-Punkte gesammelt) werden (allerdings in einem beliebigen Fachgebiet, was nicht gerade der Qualitätskontrolle dient).

Leitlinien dienen als mehr oder weniger verbindliche Vorgaben für ärztliches Handeln (dazu mehr in 4.4), Schwierigkeiten eingeschlossen (‚Leitlinienwatch‘ [Napierala et al. 2018]). Interne Klinikleitfäden sollen die Vorgaben an die jeweilige Klinik anpassen und konkretisieren.

Ärztliche Erfahrung und klinisches Urteilen. Neben dem ärztlichen Wissen (3.1) leistet natürlich auch die ärztliche Erfahrung (3.2) einen bedeutenden Beitrag zur ärztlichen Kompetenz. Bereits ausgeführt worden sind zwei wichtige Fundamente von Erfahrung.

- Auf der einen Seite ein allgemeines Hintergrundwissen, dessen Basis in der Vorklinik und den anschließenden klinisch-theoretischen sowie den klinischen Fächern gelegt wird. Es entsteht (meist) eine Art ‚gesunder medizinischer Menschenverstand‘.
- Darüber hinaus entwickelt sich eine spezifische Erfahrung durch Einzelfälle, die zusammengekommen und vermittelt durch das klinische Urteilsvermögen die Basis für die jeweilige Anwendung auf den einzelnen Patienten ermöglichen.

‚Beeinträchtigungen‘ durch die Macht des Geldes

Es liegt auf der Hand, daß die ärztliche Kompetenz zwar als prinzipiell unabhängig betrachtet, sie durch finanzielle ‚Begleiterscheinungen‘ aber durchaus untergraben werden kann. Dabei kommen den unterschiedlichen Akteuren – einzelner Arzt, Krankenhäuser, Pharmafirmen – jeweils andere Bedeutungen zu. Eine große Bedeutung haben finanzielle Mittel aber auch auf anderen (vorgelagerten) Ebenen: Forschungsgesellschaften entscheiden, worüber überhaupt geforscht wird, Pharmafirmen (oftmals) darüber, welche Studien durchgeführt (und nur gegebenenfalls publiziert) werden.

Dabei kann nicht grundsätzlich von einer nur problematischen Seite des finanziellen Drucks gesprochen werden. „Die Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer hat in ihrer einschlägigen Stellungnahme vor allem Wert darauf gelegt, zwischen der legitimen Orientierung an *Wirtschaftlichkeit* und problematischer *Ökonomisierung* zu unterscheiden.“ (Birnbacher 2018: 226, Herv. i. Orig.) Denn natürlich habe „die Gesellschaft ein berechtigtes Interesse an Wirtschaftlichkeit und Kostenbewusstsein“ und wegen der solidarisch-gemeinschaftlichen Finanzierung sei das „nicht nur ein ökonomisches, sondern auch ein moralisches Gebot“ (ebd.).

Der Grat ist allerdings schmal, und Ärzte, ihre Institutionen und Standesvertretungen haben nicht eben dazu beigetragen, daß man ihren Handlungen immer uneingeschränkt Vertrauen entgegenbringt.

Auf den einzelnen Patienten bezogen – alles andere führte hier zu weit – ergeben sich mindestens zwei grundsätzliche Seiten einer Berücksichtigung des Geldes. Zum einen wird aus finanziellen Gründen oftmals zu viel und zu invasiv behandelt, und auch im diagnostischen Bereich wird zunehmend zu viel unternommen (was nicht zuletzt auch der Rechtslage geschuldet ist). In der Folge kommt es zu Befunden, die man lieber nicht hätte finden wollen, weil nicht alle dann im Raum stehenden therapeutischen Maßnahmen zum Wohle des Patienten sind. Die Kosten für die Solidargemeinschaft kommen noch hinzu. – Auf der anderen Seite wird (ebenfalls aus finanziellen Gründen) für manche Patienten zu wenig unternommen.

Interessen des einzelnen Arztes. Wenngleich das ‚gemeinsame Interesse‘ von Patient und Arzt die bestmögliche Versorgung des Patienten sein sollte, so spielt doch auch die eigene finanzielle Versorgung des Arztes – zumal des niedergelassenen – eine Rolle. Insbesondere operative Eingriffe versprechen eine bessere Vergütung und werden daher oftmals bevorzugt. Dazu kommen die nicht zu unterschätzenden Interessen des Operateurs, der (beispielsweise für den

Fachartzkatalog) eine gewisse Anzahl an Eingriffen vorweisen muß. Individuelle Gesundheitsleistungen (IgEL) seien nur am Rande erwähnt.

Interessen der Krankenhäuser. Krankenhäuser werden – zunehmend – wirtschaftlich geführt, oftmals privatwirtschaftlich. Hier gilt das Gleiche wie für den einzelnen Arzt: Auch Kliniken sind (zumeist) an invasiven Eingriffen interessiert.

Ein erschreckendes (aber leider nicht überraschendes) Beispiel bieten Kaiserschnitte, die generell lukrativer als normale Geburten sind und daher mit einer großzügiger gestellten Indikation immer öfter durchgeführt werden (was jedoch auch an den Interessen der werdenden Mütter liegt). Allerdings gibt es auch den – ebenfalls letztlich finanziell motivierten – umgekehrten Fall: Um die Qualität der Geburtshilfe zu unterstreichen, setzten viele Kliniken in England offenbar auf die vaginale Geburt – mit der Folge einer Erhöhung der Zahl verstorbener Kinder (aufgedeckt mit dem Ockenden-Report [2022] – nach der Vorsitzenden Donna Ockenden).

Fehlende ‚ärztliche Fehlerkultur‘

Auch wenn eine fehlbehandelte Heizung (oftmals) mit weniger tragischen Folgen verbunden ist, die Hintergründe in der Medizin sind im Grunde die gleichen: Menschen machen Fehler. Je nach Schwere der Konsequenzen werden dabei Sicherungssysteme eingebaut (Autopiloten zum Beispiel), was in der Medizin nur bis zu einem gewissen Grad funktioniert. Insofern unterliegen insbesondere Ärzte einer **besonderen Sorgfaltspflicht**.

Über die normale ‚Fehleranfälligkeit‘ eines Menschen hinaus (des Arztes, nicht des Körpers des Patienten) sollten in der Medizin weitere Bedingungen zu einer besonderen Wahrnehmung für Fehler führen: die angesprochenen Unsicherheiten im Umgang mit biologischen Organismen (3.1), aber auch finanzielle Zwänge in Krankenhäusern, Personalmangel und oftmals viel zu lange Dienste ... Geldgier (was in vielen Fällen keiner Fehlerkultur, sondern der Justiz bedarf).

All das müßte mindestens zu einer **ausgewachsenen Fehlerkultur** führen, damit die Schäden für Patienten auf ein Minimum reduziert werden können. Dem ist allerdings nicht so: Eine etablierte ärztliche Fehlerkultur existiert praktisch nicht. In einem Buch *Fehldiagnosen und Patientensicherheit* (Springer) heißt es im Vorwort: „Bei der Literaturrecherche zum Thema Fehldiagnose findet man im internationalen Schrifttum erstaunlich wenige Untersuchungen und Analysen.“ (Kirch 2005: VIII)

Nebenbei bemerkt sind die Themen auch im Studium nicht vorgesehen. Weder Unsicherheiten noch Fehler noch der Umgang damit. Medizinethik (ernsthaft – also über Hippokrates und das Dritte Reich hinaus) ist erst mit der neuen Approbationsordnung von 2002 in die ärztliche Ausbildung eingeführt worden.

Die Diskussionen über eine Fehlerkultur drehen sich tragischerweise nicht um Mängel oder Verbesserungen, sondern um die Frage, warum es eine Fehlerkultur im Grunde **überhaupt nicht** gibt. – Zwei Problembereiche lassen sich vielleicht als die wichtigsten ausmachen.

- Zum einen eine **fehlende Fehlbarkeitswahrnehmung**. Zweifel kommen in der Medizin offiziell praktisch nicht vor: Beginnend in der Vorklinik, in der Fakten als ‚Fakten‘ und nicht als Hypothesen oder Modelle präsentiert werden (hier soll auch die Evolution helfen [3.4]), womit von Anfang an Unsicherheiten eliminiert werden. Fest im Denken verankert, setzt sich das in der klinischen Ausbildung fort (wenngleich fast jeder im Arbeitsalltag bemerkt, daß die Realität eine andere ist – was jedoch ohne nachhaltige Konsequenzen bleibt).
- Auf der moralphilosophischen und juristischen Seite zeigen sich **Probleme der Verantwortungszuschreibung**, weil die Idee einer (ausschließlich) individuellen Verantwortung (und damit Schuld) dem komplexen Geschehen in der Medizin nicht gerecht wird.

Fehlende Fehlbarkeitswahrnehmung

Auf der Ebene einer fehlenden Wahrnehmung der Möglichkeit von Fehlbarkeit lassen sich eine inhaltliche von einer ‚persönlichkeitsstrukturellen‘ Seite unterscheiden, die sich historisch gegenseitig bedingt haben und noch immer bedingen. Da ist zum einen eine grundsätzlich **fehlende Selbstkritik**. Des einzelnen Arztes, aber auch der Ärzteschaft. Ihre Wurzeln liegen wahrscheinlich nicht erst im 19. Jahrhundert, erfahren da aber ihre bedeutsamste Bestätigung, die vielleicht bis heute anhält. Auf der anderen Seite ist nach einigen Höhenflügen wieder deutlich geworden, daß die Medizin höchst anfällig für Fehlentscheidungen ist. Individualität und Komplexität des menschlichen Körpers führen zu Unsicherheiten, die – auch ohne ein ‚kritischer Geist‘ zu sein – in höchstem Maße zu **Demut** führen müßten.

Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang vielleicht die bei Tierärzten normale und institutionalisierte Praxis erwähnt, sich in Fällen von Unsicherheit durch Kollegen beraten zu lassen – in der Humanmedizin undenkbar. Selbst die (ärztlichen) Zweitmeinungen sind von außen (vom Gesetzgeber) ‚verordnet‘ worden – die zudem weniger die Grenzen des Systems als das Verhalten des einzelnen Arztes kritisieren.

Mangelnde Selbstkritik. Schon Galen äußerte sich zur Frage, „wie Fehler in der medizinischen Erkenntnis und im therapeutischen Handeln vermieden werden können“ (Hofer 2013: 24). Ihm „zufolge war dies vor allem über die Schärfung ärztlicher (Selbst-)Kritik zu erreichen.“ (ebd.) Und natürlich hilft auch der Falsifikationismus Poppers, wenn man „Fehler als Chance“ (Jürgensen et al. 2013: 177) betrachtet (siehe 3.1).

Die (mehr oder weniger reale) Macht über den menschlichen Körper bringt es aber vielleicht mit sich, daß ein besonderes Überlegenheitsgefühl unter Ärzten entsteht; und das wahrscheinlich seit Anbeginn der ‚ärztlichen Kunst‘. Die naturwissenschaftlichen und operativen Durchbrüche im Verlauf des 19. Jahrhunderts (in Zusammenhang mit den veränderten gesellschaftlichen Verhältnissen) führten zu einer Überheblichkeit (2.2 und 2.3), die Zweifel offenkundig nicht aufkommen ließen. Und trotz der operativen, vor allem aber naturwissenschaftlichen Ernüchterungen im 20. Jahrhundert halten sich die damals erworbenen (‚charakterlichen‘) Eigenschaften offenbar bis heute.

Über die Ernüchterungen hinaus – die insbesondere der direkten Erklärbarkeit ihre Grenzen aufgezeigt hat – traten aber auch zunehmend Fehler auf (bzw. wurden bekannt), die in einem so ‚gut funktionierenden System‘ eigentlich nicht vorkommen dürften (zur Reaktion der Selbsthilfegruppen und der Entstehung der partizipativen Entscheidungsfindung siehe 4.3). Die Folge sind Vertuschungen und Fehler, die aber höchstens der Verantwortung und Schuld des einzelnen Arztes angelastet wurden (und werden, s.u.), nicht dem ‚System‘.

Und natürlich wird von Ärzten ein gewisses überzeugendes Auftreten erwartet. Allerdings bedeuten eigene Zweifel noch nicht, diese in ihrer Reinform auch zu kommunizieren. Dennoch haben Patienten letztlich auch ein Recht zu erfahren, wo welche Unsicherheiten bestehen (was nicht zuletzt auch Alternativen unterstützen könnte).

Mangelnde wissenschaftliche ‚Demut‘. Die Geschichte hat gezeigt, daß sich die euphorische Vorstellung, man könne durch die Naturwissenschaften sehr bald jedes medizinische Phänomen erklären, nicht bewahrheitet hat (in diesem Sinne allgemein für die Wissenschaften auch Fleck 1980 [1935]: 68 f.). Letztlich ist man in vielen Bereichen wahrscheinlich einfach noch sehr weit von einem Verständnis entfernt (wenn überhaupt eine grundsätzlich mögliche Erklärbarkeit unterstellt werden soll). Hinzukommt, daß die zunehmende Flut an Informationen beim einzelnen Arzt nicht in ihrer Breite und Tiefe ankommen kann. Und selbst streng nach Leitlinien zu handeln, ist nicht fehlerfrei möglich, weil letztlich doch die (fehlbare) Urteilskraft das letzte Wort sprechen muß.

All das müßte automatisch zu einer kritischen Grundhaltung auf Seiten des Arztes führen (noch ganz ohne Selbstkritik). Es *ist* einfach komplex, kompliziert und schon von daher einer erheblichen Fehleranfälligkeit unterworfen. Die einzige Antwort auf die Systemgrenzen und die der eigenen Möglichkeiten und Unzulänglichkeiten lassen nur eine Menge Demut vor der Aufgabe zu. Kurzum: Es gibt überhaupt keinen Grund anzunehmen, Fehler könnten vermieden werden.

Probleme der Verantwortungszuschreibung

Ein zweites Problem liegt auf einer anderen Ebene und betrifft die – im Falle des Auftretens von Fehlern erforderliche – Zuweisung von Verantwortung und gegebenenfalls Schuld. Traditionell wird hier das Individuum zur Rechenschaft gezogen, die Frage nach Verantwortung und damit Schuld ‚im System‘ wird derzeit nicht (ausreichend) beachtet.

Rechtlich betrachtet werden Organisations- und Übernahmeverschulden unterschieden. Grob geschrieben liegt ein **Übernahmeverschulden** vor, wenn ein Arzt eine Aufnahme übernimmt, der er nicht gewachsen ist, er sie daher hätte ablehnen müssen. Das **Organisationsverschulden** auf der anderen Seite lastet Führungspersonen ‚im System‘ das Versagen an. Wenn also Aufgaben ‚von oben‘ übertragen werden, die nicht hätten übertragen werden dürfen, oder wenn andere (Führungs-) Mängel nicht dem behandelten Arzt zugeschrieben werden können (vgl. Dettmeyer 2006: 7, für die Delegation nicht-ärztlicher Aufgaben 285).

Problem der Individualisierung(en). Eine entscheidende Wurzel der fehlenden Fehlerkultur sieht Carola Seifart (2013: 155 ff.) – meines Erachtens zu Recht – in der traditionellen moralischen Zuschreibung von Verantwortung und Schuld auf das Individuum, was den komplexen Entscheidungsstrukturen in einem modernen Krankenhausbetrieb in keiner Weise gerecht werden kann. Letztlich werde dabei „versucht, systemimmanente Probleme, die einer organisationsethischen Lösung bedürften, einer individuellen Ebene zuzuschreiben“ (ebd.: 156), was nur scheitern könne. Insofern sei klar, daß „prinzipiell nach der Verantwortungsverteilung gefragt werden“ müsse und eine „ausschließlich individuelle Verantwortungszuschreibung unzureichend“ sei (ebd.: 158), notwendig sei also eine „Erweiterung der Verantwortungszuschreibung“ (ebd.: 162).

Fazit zur fehlenden Fehlerkultur

Das Problem der fehlenden Fehlerkultur besteht also nicht darin, daß Fehler passieren – auch wenn sie in der Medizin besonders tragisch sein können –, sondern daß keinerlei ernsthafte Maßnahmen unternommen werden, diese aufzuarbeiten und daraus zu lernen. Eine Kultur also, nach Fehlern regelrecht zu suchen, um sie in der Zukunft vermeiden zu können. Das sollte man den Patienten schuldig sein – und ein Fehlen ist im Grunde skandalös und nicht zuletzt zum Schaden aller. Seifart spricht von einer moralischen Dimension von Behandlungsfehlern (2013: 159) und ihrer „Doppelstruktur“, die „einerseits die fehlerhafte Handlung an sich und andererseits die Folgen derselben betrifft“ (ebd.), wobei letztere umfassendere Dimensionen erreiche. Neben dem Schaden am Patienten und sekundär beim Arzt (a), ergeben sich Schäden „auch b) aus der Verletzung des medizinischen Berufsethos und, damit einhergehend, c) den negativen Implikationen für den Status der Medizin und d) der resultierenden Destabilisierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses“ (ebd.: 160). Der Vertrauensverlust ist erheblich; zum Schaden aller. Mitursächlich sind dabei auch die besonderen Umstände, auf die Ulrich Beck in der *Risikogesellschaft* (1986: 329 ff.) hinweist: Daß neben der Ausbildung auch die Kontrolle des Systems von Ärzten übernommen wird – selbst Gutachter und Rechtsmediziner sind Ärzte. Diese mangelnden Kontrollmöglichkeiten betreffen letztlich natürlich auch Machtfragen. Dabei sollten doch sämtliche Maßnahmen dem Wohle des Patienten geschuldet sein – dafür gibt es das System überhaupt (so nicht nur Beck; vgl. auch die ‚gemeinsamen Interessen‘ in 4.2).

Auch wenn Einzelne hin und wieder Fehler eingestehen, so fehlt es doch völlig an einer institutionalisierten Fehlerkultur. Dabei wäre es so leicht zu rechtfertigen, daß Fehler in der Medizin selbstverständlich passieren können, und daß daher erhebliche Kontroll- und Sicherungsmaßnahmen erforderlich sind, deren Versagen zudem ein solides Aufarbeiten mit der Erarbeitung von Konsequenzen nötig machte. Es scheitert zum einen an den fehlenden Selbstzweifeln und fehlender Selbstkritik – der Ärzteschaft und des einzelnen Arztes. Es scheitert auch an der schwierigen Zuschreibung moralischer Verantwortung, die nicht beim Individuum haltmachen dürfte. Da Ärzte trotz ihrer Möglichkeiten offenkundig nicht selbst für Verbesserungen sorgen

(dies nie versucht haben), müssen tatsächlich Patienten (mit ihren Anwälten) tätig werden, was sich letztlich für alle Beteiligten nur nachteilig auswirken kann.

3.4 Evolution und Medizin

Ein Kapitel über ‚Evolution und Medizin‘ mag in diesen Zusammenhängen zunächst überraschen. Allerdings gehört die weitgehende Nichtbeachtung der Evolution durch die Ärzteschaft zur Geschichte der Medizin im Kontext der Naturwissenschaften (2.2), und aktuelle Ansätze unterstreichen deren Bedeutung für das Verstehen der Zusammenhänge im – gesunden wie im erkrankten – Menschen. Vor allem aber sind einige Überlegungen tatsächlich geeignet, dem Arzt-Patienten-Verhältnis eine grundsätzlich kritischere Basis zu geben, die der gesamten Medizin weitaus besser gerecht würde.

Dabei besteht innerhalb der Biologie kein Zweifel, daß ihre Bestandteile der Evolution unterliegen (Dobzhansky 1973), sodaß auch viele Schulen den Biologieunterricht zunehmend unter das integrierende Primat der Evolution stellen. Da ebenfalls (in ernstzunehmenden Kreisen) außer Frage steht, daß auch der Mensch ein evolviertes Wesen ist, verwundert es doch, daß der Gedanke in der Medizin (direkt) nicht vorkommt (Varki 2012; Nesse und Williams 1994). Und zwar weder als Vorstellung, daß Krankheiten möglicherweise durch Einsicht in eine ‚evolutionäre Mitverursachung‘ besser verstanden werden könnten, noch als Notwendigkeit, daß für ein wirkliches Verständnis der Strukturen (Moleküle und Stoffwechselwege bis Organe) im Menschen deren Herkunft hilfreich sein könnte. – Dabei bilden (wie bereits erwähnt) evolutionäre Hintergründe (Varianten durch Mutationen und damit Polymorphismen) sogar die Basis der aktuell so geförderten personalisierten Medizin.

Sehr viel grundsätzlicher haben diese Hintergründe zudem Auswirkungen auf Überlegungen zum **Krankheitsbegriff** (umfänglich Schramme [Hrsg.] 2012), beispielsweise weil Normvarianten und Normalität unter evolutionären Gesichtspunkten anders gewertet werden müssen (vgl. Stearns und Medzhitov 2016: 25 ff. [‚What is a patient?‘], Nesse 2012: 159 f.; Nesse und Williams 1994: 3 ff.).

Historische und gegenwärtige Einordnung

Anknüpfend an die historische Darstellung im Zusammenhang mit dem Einfluß der Naturwissenschaften auf die Medizin (2.2) sei dieser Gedanke kurz in die heutige Zeit fortgeführt, letztlich aber – im nächsten Kapitel – durch einen neuen Ansatz mit einer grundsätzlicheren Ebene versehen.

Darwin und die Jahrzehnte danach

Ebenfalls erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts gab es auch einen Durchbruch bei den Fragen zur Entstehung des Lebens auf der Erde. Dabei war es wahrscheinlich eher ein Nachteil, daß Darwins Hauptwerk zu einer Zeit entstand, als die Physiologie sich auf einem Höhenflug befand: „Die Veröffentlichung von Darwins *Origin of Species* im Jahre 1859 rief hier kaum ein Echo

hervor, war doch die Erklärung in der Physiologie eine Erklärung beschränkt auf unmittelbare Ursachen.“ (Ernst Mayr 2002 [1982]: 94) Und damit waren die Physiologen – unterstützt durch die Zellulärpathologie Virchows (1858) – offenbar erst einmal (und bis heute) zufrieden.

Aus der Literatur ab dem Jahre 1880 (und bis 1941) ließen sich aber (schreibt Fabio Zampieri 2009) vermehrt Versuche herauslesen, mit Hilfe des Darwinismus auch Erkrankungen besser zu verstehen (siehe 2.2). Dieser von Zampieri – in Abgrenzung zur ‚Evolutionären Medizin‘ – als ‚Medizinischen Darwinismus‘ bezeichnete Richtung ging allerdings nicht von Physiologien aus, denen vor allem die damit verbundene individuelle Variabilität ein Dorn im Auge war...

Evolutionäre Medizin

Erst 40 Jahre später ist der Gedanke einer möglichen Bedeutung der Evolution für die Medizin wieder aufgenommen worden (Ewald 1980), und erst 1990 startete ein Projekt, das heute unter ‚Evolutionärer Medizin‘ bekannt ist (Williams und Nesse 1990; Nesse und Williams 1994). Anders als der ‚Medizinische Darwinismus‘ versucht die Evolutionäre Medizin nicht zu erklären, was individuell hinter einer Erkrankung steckt, sondern vielmehr, warum die Menschheit überhaupt mit dieser oder jener Schwäche für eine Krankheit ausgestattet ist, obwohl natürliche Selektion Zeit zum Aussortieren gehabt hätte (Nesse und Williams 1994: 3 f.).

Eine Renaissance erlebt insbesondere eine Unterscheidung von Ernst Mayr aus dem Jahre 1961: Neben direkt **mechanistischen** („Wie“-) Erklärungen (das Denken der naturwissenschaftlichen Medizin ab dem 19. Jahrhundert) sollten auch **evolutionäre** („Warum“-) Erklärungen für Erkrankungen herangezogen werden. Dadurch ergeben sich für das Verständnis des heutigen Menschen zahlreiche Kompromisse und Gratwanderungen, die sich auf die unterschiedlichen Entwicklungen zu unterschiedlichen Zeiten und Bedingungen zurückführen lassen.

Allerdings ergibt sich durch die Anwendung evolutionsbiologischer Methoden auf einzelne Erkrankungen nur ein sehr punktuell Bild, das zudem erst mit der Evolution des Menschen selbst beginnt. Die Entstehung der Organe und erst recht die Anfänge des Stoffwechsels sind allerdings sehr viel älter (und reichen teils 3,8 Milliarden Jahre zurück; Moltzau Anderson und Horn 2020). Am folgenreichsten dürfte aber die Konzentrierung auf letztlich zwei Hauptthemen sein: das Immunsystem in einem weiten Sinn und psychiatrische Erkrankungen; letzteres historisch bedingt: Nesse ist Psychiater. Zu den immunologischen Themen gehören Mikroorganismen (Pathogene, Antibiotika), Tumorzellen und Autoimmunerkrankungen (so auf den Seiten der ISEMPH [*International Society for Evolution, Medicine, and Public Health*]) zu finden.

Nimmt man noch die klassischen, aber aktuell nicht wirklich beforschten Zivilisationserkrankungen hinzu, so beruhen sämtliche Forschungsgebiete gerade darauf, daß sich die Umgebung des Menschen verändert – der Mensch selbst aber nicht oder nicht schnell genug. Ein Bewußtsein für eine Evolutionsgeschichte des (zum) Menschen kann so natürlich nicht entstehen.

Ein neuer Ansatz

Neben der Tatsache, daß es den Vertretern der Evolutionären Medizin offenkundig in über 30 Jahren nicht gelungen ist, auch nur Ansätze von Evolution ernsthaft in die Medizin zu bekommen (Nesse und Schiffman 2003; Hidaka et al. 2015; die deutsche Approbationsordnung ist [und bleibt zunächst wohl] frei davon), sprechen auch inhaltliche Argumente für ein Scheitern. Versuche einer Neudefinition der Evolutionären Medizin – die vor allem in der Anfangszeit durchaus hoffnungsvolle Ansätze aufzeigte – dürften letztlich scheitern, so daß nur ein neuer Ansatz erfolgversprechend erscheint (Moltzau Anderson und Horn 2020).

Evolution *zum* Menschen

Auch wenn das Anliegen ein tiefergehendes Verständnis für die Erkrankungen des Menschen ist – praktisch alle Strukturen im Menschen sind älter als die Geschichte des Menschen selbst. Insofern ist eine Beschränkung auf den kurzen Zeitraum der rund 6 Millionen Jahre seit der Trennung von der Linie der Menschenaffen wenig hilfreich. Insbesondere für biochemische Hintergründe muß mit den Anfängen des Lebens vor 3,8 Milliarden Jahren begonnen werden (Moltzau Anderson und Horn 2020), weshalb insgesamt von einer ‚Evolution *zum* Menschen‘ gesprochen werden könnte. Um die Funktionen und vor allem Funktionszusammenhänge im heutigen Menschen besser verstehen zu können, sollten unbedingt die Entstehungszusammenhänge – einschließlich der vermuteten damaligen Umweltbedingungen – berücksichtigt werden.

Die Herausforderung ist dabei, daß eine Integration wahrscheinlich nur die Medizin selbst leisten kann, weil sich nur die vorklinischen Fächer mit dem Funktionieren des (gesunden) Menschen beschäftigt (anfänglich noch die Humanbiologie). Die sonstigen biologischen Fächer (Meeresbiologie und Zoologie) lassen den Menschen aus, die Anthropologie beginnt deutlich zu spät. Insgesamt kann das Projekt aber natürlich nur mit echter Interdisziplinarität gelingen.

Bedeutung für die Pathogenese

Die Idee der naturwissenschaftlichen Medizin beruht auf der Vorstellung, daß sich Erkrankungen aus einer nicht mehr gut funktionierenden Struktur – in einer Zelle: Zellulärpathologie – ableiten lassen. Der Wert der Berücksichtigung der Evolution besteht nun genau in einem tieferen Verständnis für das Zusammenfunktionieren der vorhandenen Strukturen. Indem fundierter Auskunft über die Entstehungsgeschichte von Form und Funktion gegeben werden kann, lassen sich auch fundierter Informationen über das Nichtfunktionieren ableiten (Horn 2022).

Als Beispiel mögen die Zusammenhänge zwischen der Milz und den Lymphknoten dienen. Nur durch die Kenntnis, daß Lymphknoten – die offenkundig in etwa die gleichen Aufgaben wie die Milz erfüllen – etwa 350 Millionen später und praktisch ausschließlich bei Säugetieren entstanden sind, lassen sich Schlüsse zur Funktion der Milz (und deren Entnahmemöglichkeit) ziehen (zusammengefaßt in Horn 2022). Auch in der Endokrinologie (Rotwein 2011) und den Neurowissenschaften (Cisek und Hayden 2022) wird die Bedeutung zunehmend erkannt.

Mehrwert für das ärztliche Gespräch

Die Darstellung des Mehrwerts evolutionärer Hintergründe für die Medizin besteht bisher in einer Empfehlung für eine differenziertere Betrachtung des naturwissenschaftlichen Hintergrundes. Die Art und Weise, wie mit evolutionären Fragen und potentiellen Erklärungen umgegangen werden müßte, hätte allerdings auch das Potential, zu einer Veränderung des ärztlichen Selbstverständnisses beizutragen. Wegen des transparenteren Umgangs mit Hypothesen und spekulativen Herleitungen bekämen Erklärungen insgesamt einen deutlich höheren Stellenwert. Wie beschrieben, ist die derzeitige Medizin nicht weniger spekulativ. Das allerdings wird praktisch nicht wahrgenommen. Den Erwartungen der Patienten dürften evolutionäre Erklärungen zudem deutlich näherkommen, weil Patienten einen wesentlich tiefergehenden Wunsch nach Begründungen haben (als Ärzte).

Zusätzliche evolutionäre Erklärungen

Nach meinem Eindruck fragen Patienten sehr viel grundsätzlicher nach einer Erklärung, als Ärzte das jemals gelernt haben (nicht nur zu erklären, sondern überhaupt, so zu denken). Natürlich fragen sich Patienten, warum etwas (gerade) bei ihnen nicht richtig funktioniert. Aber es reicht ihnen nicht zu wissen, daß ‚etwas‘ vorliegt, und ‚was‘ dagegen gemacht werden kann (und sollte) – das normale Denken innerhalb der Medizin. Patienten möchten verstehen, wie es normal wäre, was daran nicht funktioniert, warum es nicht funktioniert und was man dagegen (deshalb) tun kann. Verbunden mit der Hoffnung, daß zusätzliche evolutionäre Erläuterungen dazu führen könnten, daß weniger in Fakten (‚Wie‘) als vielmehr in echten Erklärungen (‚Warum‘) gedacht wird, fände sich hier eine echte gemeinsame Basis für Arzt und Patient.

Beispiel ‚Gicht‘. Heutige Ärzte bieten immerhin eine Erklärung, die die Ursache der aktuellen Erkrankung nennt: Eine zu hohe Harnsäure im Blut, die in einigen Gelenken ausfällt und dort Schmerzen verursacht. Patienten möchten dann gerne wissen, warum die Harnsäure zu hoch ist. Die Erklärung, das käme von der Ernährung, greift dabei jedoch zu kurz.

Schon Nesse und Williams (1994: 245 f.) liefern eine evolutionsmedizinische Erklärung, die den allgemein recht hohen Harnsäurespiegel der Menschen (und weiterer uns verwandter Primaten) mit einem Oxidationsschutz in Verbindung bringt. Daraus ergibt sich ein Überlebensvorteil, ‚ge-trübt‘ durch eher selten auftretende akute Gichtanfälle als Nebeneffekt (möglicherweise begünstigt durch ‚moderne‘ Ernährung).

Diese Überlegung mit dem ‚neuen Ansatz‘ konsequent zu Ende gedacht, sollten also sinnvollerweise in der Lehre des ‚gesunden Menschen‘ (Vorklinik) die evolutionären Hintergründe mitbedacht werden. Dazu gehört der Umstand, daß die Harnsäure erst ab den Säugetieren nicht mehr in gut wasserlösliches Allantoin umgewandelt wird (Ames et al. 1981). Außerdem die Frage, seit wann (bei wem) die Harnsäure sehr viel höher ‚eingestellt‘ wurde (seit den Altweltaffen), wie das molekular erfolgte (durch einen Selektionsvorteil bei Mutationen sowohl beim ausscheidenden als auch beim rückresorbierenden Transporter in der Niere), und welche Antioxidantien zu

der Zeit noch eine Rolle spielten (Vitamin C und Fragen zum Verlust der Biliverdin-Reduktase und damit Erhöhung des Bilirubinspiegels; zusammengefaßt in Horn 2020: 350 f., 581 f.).

Beispiel Krebs. Abgesehen davon, daß das evolutionsbiologische Einzelverhalten von Tumorzellen medizinisch relevant ist (Selektionsdruck auf Tumorzellen, nicht zuletzt durch Chemotherapeutika), so kann hier in ähnlicher Weise gefragt werden, warum Menschen überhaupt Tumoren bekommen (über die Frage hinaus, was bei einem einzelnen Patienten schiefgegangen ist). Dazu gehört zuallererst die Erkenntnis, daß Mutationen und nicht optimal arbeitende Reparaturmechanismen überhaupt erst die Voraussetzung für Evolution sind. Mutationen in Genen, die für die Zellproliferation zuständig sind, sind daher letztlich eine ‚mißliche Begleiterscheinung‘ dieses ‚Fortschrittsgedankens‘ der Natur. – Daß es auch anders ginge, zeigen sehr alt werdende (Grönlandwale [Keane et al. 2015]) und sehr große Tiere (diese und Elefanten [Gaughran et al. 2016; Sulak et al. 2016]), in denen prinzipiell mehr Tumoren entstehen müßten, was allerdings nicht der Fall ist (‚Petos Paradox‘). Grundsätzlichere Studien, die sich mit der Entstehung der Mehrzelligkeit als weitere Voraussetzung von Tumoren beschäftigen (Trigos et al. 2018; Ros-Rocher et al. 2021; Ros-Rocher und Brunet 2023), oder vergleichende Studien aus dem Tierreich (Aktipis et al. 2015; Vincze et al. 2022) sind dabei erstaunlich neu.

Spekulatives und ärztliches Selbstverständnis

Das besondere Erfordernis, im Arzt-Patienten-Gespräch mehr als nur direkt mechanistische Begründungen für die Verursachung einer Erkrankung und das Stellen einer Indikation abgeben zu müssen, und der offenkundig spekulativere Charakter evolutionärer Erklärungen dürfte auch einen korrigierenden Einfluß auf das ärztliche Selbstverständnis haben.

Unsicherheiten und Spekulationen. Da bei evolutionären Themen nie auf direkte Vorfahren zurückgegriffen werden kann, müssen Vergleiche mit der aktuell lebenden Tierwelt (der man indirekt eine gewisse Ursprünglichkeit unterstellt) diesen Mangel ausgleichen. Vergleiche wohl-gemerkt, die sich nicht – wie derzeit üblich – auf einzelne Tiere (Mäuse, Ratten, Zebrafische) beschränken, sondern die gesamte Reihe im Blick haben sollte... Ein gewisser spekulativer Charakter ergibt sich damit zwangsläufig. Allerdings liefern sämtliche neue Daten weitere Bausteine zur Absicherung von ja bereits vorhandenen Theorien. Oftmals bleiben die Fakten tatsächlich sehr ähnlich – nur die Erklärungen erweitern die Hintergründe und erlauben zudem weitere Vermutungen.

Innerhalb (aber nicht nur) der Forschung müssen all die Geschichten also zusammenpassen (sonst sind sie irgendwo fehlerhaft). Insgesamt dürfte damit der Wert von Erklärungen steigen, was man aushalten und kompetent kommunizieren können muß. Und, wie schon erwähnt, betrifft der spekulative Charakter auch die heutige normale Medizin, deren Kern wissenschaftstheoretisch aus sehr viel mehr Unsicherheiten besteht als allgemein anerkannt (oder erkannt) wird.

Für das ärztliche Selbstverständnis ergäbe sich durch den Erklärungszwang ein letztlich viel ehrlicherer Umgang mit inhaltlichen Fragen und schließlich auch mit dem Patienten. Denn

Erklärungen erfordern Haltung, und die Hoffnung besteht, daß die Evolution auf diesem Weg auch zu einer Haltungsänderung führen könnte: mehr Unsicherheit – mehr Demut – mehr Ehrlichkeit.

„Arztbilder“ können nicht verordnet werden, aber die evolutionären (Mit-) Hintergründe müßten fast automatisch (nebenbei) zu einer sehr viel kritischeren Einstellung führen und könnten die verbreitete Selbstüberschätzung etwas ausbremsen.

Verstehen und Erklären-Können und nicht simples „Wissen“ können zu Erklärungsnöten und spätestens dann zu Demut führen müßte. Diese zwei Hintergründe – der bekannt spekulative Charakter der Evolution und ihre Konsequenzen für die Haltung der Ärzte – beschreiben nicht nur einen problematischen Kern der Medizin, sondern können auch Teil einer Lösung sein.

4 Das ärztliche Gespräch

Nachdem mit den historischen Hintergründen (2) hoffentlich die maßgeblichen gesellschaftlichen und persönlichkeitsstrukturellen Gründe für die heutigen Diskussionen über das Verhältnis zwischen Arzt und Patient aufgezeigt werden konnten, sollte die Darstellung der heutigen Medizin als Wissenschaft (3) die Basis für inhaltliche Entscheidungen liefern. Kompetenzen, aber auch Grenzen wirken sich auch auf das vierte zentrale Kapitel über das ärztliche Gespräch aus – bevor am Ende noch einmal einige Gedanken über Vertrauen und die Verantwortung der Ärzte verloren werden (5).

Über allem steht nach wie vor die entscheidende Frage, wie es gelingen kann, daß Patienten, obwohl sie keine echten Kompetenzen in medizinischen Fragen entwickeln können, bei Ärzten, die mitunter mangelhaft arbeiten, dennoch zu einer guten Behandlung kommen können. Es wird zu zeigen sein, daß ‚Patientenautonomie‘ nicht die Lösung, sondern diese vielmehr in wohlverstandenen Paternalismus zu finden ist, der ein sehr kritischer und transparenter ist, und der der Realität – und damit allen beteiligten Parteien – sehr viel besser gerecht wird.

Ausgangspunkt für ein Gespräch zwischen Arzt und Patient ist damit ein Patient, der ohne Ahnung und meist freiwillig die Hilfe eines Arztes ersucht in der Hoffnung, daß ihm nach bestem Wissen und Gewissen geholfen wird. Hier wird einmal mehr deutlich, daß Ärzte überhaupt nur eine Existenzberechtigung haben, weil es Menschen mit Sorgen, Nöten und Erkrankungen – Patienten eben – gibt. Eine Selbstverständlichkeit, auf die – nicht zuletzt im Alltag – immer einmal wieder hingewiesen werden sollte.

Zwischen Arzt und Patient entsteht durch das Aufsuchen ein vertragliches Verhältnis, heute rechtlich geregelt durch einen Behandlungsvertrag (in § 630 BGB). Es folgen Anamnese und körperliche Untersuchung, bevor der Arzt eine **Indikation** stellt und einen Behandlungsvorschlag macht. Der Patient hat nun das Recht, sich den Vorschlag ausreichend (für ihn) **erklären** zu lassen, bevor er sich **entscheiden** kann, ob er einwilligt oder nicht. Einer (einsamen) ärztlichen Entscheidung auf der einen Seite (basierend auf den Säulen der Medizin als Wissenschaft) folgt also eine (einsame) Entscheidung des Patienten (‚Patientenwille‘) auf der anderen Seite. Daß man sich letztlich einig sein muß, was geschehen soll, ist aber (also) noch keine ‚gemeinsame Entscheidung‘...

Es steht außer Frage, daß es zahlreiche **Kritik** an den bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnissen gibt. In sechs Kapiteln sollen dabei die zentralen Elemente dieser Kritik sowie einige Lösungsvorschläge untersucht bzw. unterbreitet werden.

- Die ‚moralphilosophischen Aspekte‘ (4.1) schaffen einen allgemeinen Hintergrund für die konkreteren Betrachtungen der Arzt-Patienten-Verhältnisse. Insbesondere kommen die zentralen Themen Paternalismus und Autonomie mit ihren ideengeschichtlichen Dimensionen zur Sprache.

- Die ‚Architektur des ärztlichen Gesprächs‘ (4.2) stellt Grundlegendes zur Kommunikation neben die typischen Ausformungen der Gesprächsmöglichkeiten zwischen Arzt und Patient.
- Mit der ‚Idee der gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ (4.3) wird historisch und inhaltlich nachgezeichnet, was als Basis für die aktuellen Forderungen nach mehr Patientenautonomie dient.
- Durch ‚Medizinische Indikation und Patientenwille‘ (4.4) sind die beiden Pole der Entscheidungsfindung im gesamten Prozeß ‚beim Arzt‘ gekennzeichnet.
- ‚Autonomie und Paternalismus im medizinischen Kontext‘ (4.5) beleuchten die eingangs eher allgemein eingeführten Konzepte im nun medizinischen Kontext. Eine Abhandlung über den ‚aufgeklärten Paternalismus‘ bildet das Schlußkapitel.
- Das ‚Fazit: Aufgaben und Grenzen des ärztlichen Gesprächs‘ (4.6) faßt noch einmal wesentliche Charakteristika eines modernen, aufgeklärten Arzt-Patienten-Verhältnisses zusammen.

4.1 Moralphilosophische Aspekte

„I am still confused, but on a higher level.“, soll Enrico Fermi gesagt haben, nachdem er einem Gespräch zwischen zwei befreundeten Wissenschaftlern beigewohnt hatte. Für die Ethik kann das über weite Strecken sehr grundsätzlich gelten, denn oftmals findet sich nicht die eine ‚richtige‘ Lösung. Vielmehr sollte man sich auf die Suche nach möglichst guten Gründen und Argumentationen machen; damit ist manchmal schon sehr viel – vor allem an Klarheit – gewonnen. In medizinethischen Kontexten werden dabei meistens bestimmte Grenzbereiche betrachtet (Lebensanfang, Lebensende, ...), bei denen ethische Überlegungen natürlich eine erhebliche Bedeutung haben, und in deren Kontext auch Autonomie und Paternalismus vielbeachtete Themen sind. Der ‚normale‘ medizinische (und medizinethische) Alltag kommt dabei mitunter etwas zu kurz. Als Voraussetzung für die folgenden Untersuchungen (Abschnitte 4.2 bis 4.6) sollen hier eingangs vier Themenbereiche zur Sprache kommen, die einen allgemeinen Hintergrund bilden.

- Die Begrenzung auf bisher weniger beachtete Aspekte im Arzt-Patienten-Verhältnis erfordert in einer ‚**Ethik in der Medizin**‘ eine Bestimmung des Gegenstandsbereichs, zeigt zudem aber auch mögliche Theorierahmen auf.
- Die ‚**Ursprünge der Moral**‘ liefern einen naturalistischen und folgend mit der ‚Sorge‘ einen soziologischen Kontext für die weiteren Betrachtungen.
- Eine besondere Beachtung in der Medizinethik findet der ‚**Paternalismus**‘, der sich aber (insbesondere später, in Kapitel 4.5) für die Medizin sehr vereinfachen läßt.
- Einige Überlegungen zur ‚**Verantwortung**‘ bilden den Abschluß und werden gleichfalls noch einmal aufgegriffen (insbesondere in 4.6).

Begrifflich eingeführt wurde die ‚Ethik‘ von Aristoteles, „der von einer *êthikês theôrias* sprach und damit die wissenschaftliche Beschäftigung mit Gewohnheiten, Sitten und Gebräuchen

(*éthos*) meinte“ (Düwell et al. 2006: 1). In diesem Sinne wird unter Ethik auch heute noch eine Disziplin verstanden, „welche diese faktischen Überzeugungen und Handlungen einer *philosophischen Reflexion* unterzieht“ (ebd.: 2, Herv. i. Orig.). Die Überzeugungen und Handlungen selbst werden dabei meistens unter der Moral zusammengefaßt (lat. *mores* = Sitten, Gebräuche).

Zentrale Aspekte einer Ethik umfassen damit „Unsicherheiten im Urteil“ (Vossenkuhl 2006: 39), die durch unterschiedliche Umstände entstehen können. „Die Ethik beginnt dort, wo der moralische Sinn seine Sicherheit einbüßt und die Unterscheidung zwischen ‚gut‘ und ‚schlecht‘ nicht mehr offensichtlich ist“ (ebd.: 40). In diesen Fällen ist eine ausgiebigere Suche nach Gründen erforderlich, um dem moralischen Sinn gewissermaßen ‚auf die Sprünge‘ zu helfen (indem Argumente gesucht und gefunden werden). Ethische Theorien „wollen Maßstäbe für vernünftiges Handeln [...] entwickeln.“ (Vossenkuhl 2021: 7) Dabei haben Sitten und Ethiken nicht dieselbe Bedeutung: „Sitten leiten das Denken und Handeln mehr oder weniger bewusst“ (ebd.: 13) – und das auch vermittelt „Einübung und Gewöhnung“ (ebd.: 18) – Ethiken wiederum „begründen es, zumindest ist dies in modernen Ethiken so“ (ebd.: 13).

Gute Gründe, gut begründetes Handeln, sind damit wichtige Hintergründe für alle möglichen gesellschaftlichen Bereiche, natürlich auch für die Medizin. (Gut) begründetes Handeln ist eine der Kernanforderungen an einen Arzt, das sich nur aus einer entsprechenden Haltung heraus entwickeln kann. Dabei muß natürlich schon die *medizinische* Begründung gut sein. Das Bemühen darum – um die wirklich beste Lösung – ist letztlich eine ethische Forderung. Auch hier zeigt sich aber ganz allgemein ein „Begründungsanspruch als Zentrum menschlicher Rationalität“ (Müller 2003: 125 und ff.), womit einmal mehr die Sprache und Begriffe ins Zentrum rücken (Plausibilität kann nur durch Begriffe dargelegt werden).

Ethik in der Medizin

Nach Héctor Wittwer geht es in der Medizinethik darum zu beurteilen, „was Ärztinnen und Ärzte tun sollen, dürfen und nicht dürfen“ (Wittwer 2018: 257). Patienten gut zu behandeln, ist dabei zunächst keine ethische Frage, sondern eine grundlegende Anforderung an den ärztlichen Beruf. Wegen zahlreicher Spielräume allerdings, gepaart mit einer oftmals doch fragwürdigen Einstellung (Haltung) mancher Ärzte, werden ethische (Mit-) Überlegungen aber schnell relevant. Sie bedürfen einer Begründung und Rechtfertigung und bilden letztlich das Fundament für verantwortliches Handeln (und Denken) in der Medizin.

„Nutzen und nicht schaden“ dürfte dabei die fundamentalste Norm sein, um für das Wohl des Patienten arbeiten zu können. Sie gilt grundsätzlich als normativer Hintergrund der Medizin (Wiesing 2017: 142). „*Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*“, also ‚erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen‘ lautet der vollständige Grundsatz, der zwar im Hippokratischen Eid nur indirekt vorkommt (Beauchamp und Childress 2009: 149), der aber

inhaltlich zu den Vorgaben gehört, die heute „noch gültig sind“ (Riha 2008: 27). Bei Beauchamp und Childress wird das Prinzip erst nach der Autonomie aufgeführt (wenngleich sie davon schreiben, es gebe keine Reihenfolge).

Mit dem Patienten im Zentrum (dazu auch die ‚gemeinsamen Interessen‘ unter 4.2) steht automatisch die Sorge und damit ein Prinzip im Mittelpunkt, ihm natürlich zunächst einmal nicht zu schaden. Die Übergänge zur Fürsorge (einschließlich Paternalismus) sind noch zu diskutieren.

Gegenstandsbereiche (einer Ethik in der Medizin)

Das Bemerkenswerte (und Schöne) an der Philosophie ist, daß sie sich letztlich für alles zuständig fühlen kann (und auch zuständig ist). Und auch die Ethik oder im Speziellen eine Medizinethik können alle Bereiche betrachten. Da jedoch nicht alle Themen in gleicher Weise (medizin-)ethisch relevant sind, lohnt eine Differenzierung, bei der sich eine Dreiteilung anbietet: Bereits in Gesetze Gegossenes (Kodifiziertes), ‚klassische Themen‘ und ‚Spielräume im ärztlichen Alltag‘.

‚Kodifiziertes‘. Viele – alle relevanten – Aspekte des Arzt-Patienten-Verhältnisses sind im Laufe der Zeit aus offensichtlich notwendigen Gründen verrechtlicht worden. Für viele der ehemals medizinethisch relevanten Themen liegt damit ein Rechtshintergrund vor, womit die Ethik als Erfordernis in den Hintergrund tritt, weil andere Normen greifen. Insofern relativiert sich der ethische Teil – und auch in der Medizin kommt man über weite Strecken ohne Ethik aus. Als Beispiele mögen die Autonomie als zustimmender Patientenwille dienen, die Schweigepflicht und der ärztliche Heileingriff als Körperverletzung. Darüber hinaus gibt es auch medizinische Regeln oder Vorschriften (einschließlich der Leitlinien), was als *lege artis* gelten kann. Letztlich schränken auch sie den Bereich der Ethik ein.

Allgemeine Fragen zur Gerechtigkeit seien noch genannt, oder (nicht zuletzt auch in juristischen Kontexten diskutierte) Fragen zur Angemessenheit des (geltenden) Rechts.

Bemerkenswert ist noch, daß sämtliche Vorschriften – die letztlich insbesondere einer Verbesserung der Patientensicherheit dienen und dienen – von ‚außen‘ an die Medizin herangetragen und eben nicht von der Ärzteschaft selbst aufgebracht worden sind (die Patientenautonomie zum Beispiel auf gesellschaftlich-juristischem Wege [Wittwer 2018: 274 f.]). Im Grunde sind Kodifizierungsvorstöße historisch fast grundsätzlich von ärztlicher Seite aus torpediert worden (siehe auch unter 2.2).

‚Klassische Themen‘ finden sich zum Teil schon bei Hippokrates (Abtreibung, Schweigepflicht). Manche sind rechtlich geregelt worden, andere bleiben medizinethisch brisant (manche, wie die Abtreibung, auch juristisch). Neueren Datums sind Überlegungen zur Autonomie als Patientenautonomie sowie Paternalismus als auch ärztliches Phänomen.

Den ‚klassischen Themen‘ gemein ist, daß sie letztlich meist auf Spezial- oder extreme Situationen bezogen werden, um eine größere Trennschärfe erzielen zu können: Autonomie am Lebensanfang (Frühgeborene, aber auch schon Embryonen), am Lebensende (oft mit onkologischem Bezug; auch Patientenverfügungen und Sterbehilfe gehören dorthin) oder mit psychiatrischem

Bezug (einschließlich Demenz). Unbestritten wichtige Themen, sind sie doch nicht immer geeignet, um als Illustrationen für einen normalen medizinischen (ärztlichen) Alltag zu dienen.

„Spielräume im ärztlichen Alltag“. Nicht alles ist rechtlich geregelt, und vieles läßt sich gar nicht sinnvoll regeln (zu den Grenzen bei der Indikation Wiesing 2017: 79 f., bei der Aufklärung Joost 2010: 155). Hinzu kommen zunehmend zahlreichere Möglichkeiten (Alternativen), eine Krankheit zu behandeln, bei denen sich nicht immer eine als die eindeutig bessere erwiesen hat. Insgesamt finden sich mindestens drei wichtige ‚Spielräume‘.

- Schon bei der Auswahl der primär vorgeschlagenen Maßnahme (**Indikation**) kann mehr oder weniger Sorgfalt an den Tag gelegt werden. Nur wenn für den aktuellen Fall alle relevanten Möglichkeiten (Alternativen) sorgsam erwogen worden sind, wurde ‚nach bestem Wissen und Gewissen‘ geurteilt (und vorgeschlagen).
- Wurden **Alternativen** (unter Umständen auch mit Berücksichtigung besonderer Lebensumstände) gefunden, so ist eine Bereitschaft erforderlich, diese auch entsprechend vorzustellen, damit der Patient mit überlegen kann. Bei echten – also indizierbaren – Alternativen ist der Arzt vielleicht sogar dazu verpflichtet (im Sinne der Patientenrechte, aber sehr vage in §630e Abs. 1 Satz 3 BGB). Zudem könnten auch weitere (nicht durchführbare) Maßnahmen einer Erwähnung wert sein, wenn erst damit eine Einordnung durch den Patienten möglich wird – ‚im Namen‘ seiner Autonomie, auch ohne echte Entscheidungskompetenz.
- Und schließlich wird es sehr medizinethisch bei der Mühe und Geduld, die ein Arzt aufwendet, den Patienten im Zweifel zu überzeugen, dem ärztlichen Rat zu folgen (Fürsorge als **Paternalismus**).

Weil der Handlungsspielraum (mittlerweile) derart groß ist, und eine echte Regulierung nicht möglich ist, kommt dem Bemühen oder Nichtbemühen des einzelnen Arztes eine besondere Bedeutung zu: Auf seine **ethische Grundhaltung** kommt es letztlich an. Zum Beispiel muß die Berücksichtigung anderer Lebensumstände selbst nicht unbedingt medizinethisch sein, sie kann auch schon medizinischen Gründen folgen. Aber die Frage, wie ernsthaft man sich mit den Umständen auseinandersetzt, wie viele Alternativen man ins Auge faßt und welche davon dem Patienten unterbreitet, ist eine ethische. Also letztlich die (innere) Verpflichtung, **sorgfältig** zu arbeiten. Und dafür **Gründe** angeben zu können.

Versuch eines Theorierahmens

Nicht nur für medizinethische Fragestellungen, sondern allgemein in angewandten Ethikfeldern (‚Bereichsethiken‘) stellt sich die Frage nach der Bedeutung unterschiedlicher Ethikkonzeptionen. Als fundamentale Ethiken mit obersten Prinzipien seien dabei die kontinentaleuropäisch wichtigste deontologische Ethik Immanuel Kants und die im angloamerikanischen Bereich dominierenden konsequentialistischen Ansätze genannt. In gewisser Weise kann der Patientenwillen als

deontologisch autonom bezeichnet werden, das Vorgehen des Arztes einschließlich des Gesprächs basieren eher auf konsequentialistischen Überlegungen.

Darüber hinaus gibt es aber nicht grundsätzlich das Erfordernis, nur einer Theorie zu folgen, ihr gewissermaßen genügen zu müssen, da in einer konkreten Situation nicht die Erfüllung (nur) einer ethischen Norm, sondern die Plausibilität der Begründung im Vordergrund steht. Und so ist „Lösungsorientierung“ denn auch „ein legitimes Ziel angewandter Ethik“ (Drerup 2013: 529), nicht zuletzt auch in dem Sinne, „dass schon viel erreicht ist, wenn Praktiker ihr Tun überhaupt systematisch reflektieren“ (ebd.: 530) – ‚on a higher level‘.

Das Problem der angewandten Ethiken ist allerdings, daß sie oftmals so nah am Geschehen sind, daß die Theoretiker im Grunde selbst die Praktiker sein müssen, um mitreden zu können. So sind auch die soziologischen Beiträge von Karin Knorr Cetina (1981) für die Wissenschaftswelt und von Kathryn Montgomery (2006) für die ärztliche Seite zu sehen. Letztlich beschreiben sie – für Praktiker – viele Selbstverständlichkeiten. Da viele Praktiker jedoch – insbesondere Ärzte – systematisch noch nie ernsthaftes Interesse an einer Ethik für ihre Patienten gezeigt haben, bleibt es bei einer Außenbetrachtung (die selbstredend auch ihre Vorteile hat).

Viele ethische Herangehensweisen ermöglichen also in immer unterschiedlicheren Fällen eine differenziertere Vorgehensweise und damit eine besser begründete Entscheidung (wenn auch ‚still etwas confused‘...). Für die ‚Spielräume im ärztlichen (medizinischen) Alltag‘ bietet sich damit ein **pragmatisches Ethikkonzept** an, das sich aus einem Sammelsurium an Ethiktheorien im Hintergrund speist (die natürlich bekannt sein müssen). Beim praktischen Handeln muß dabei nicht festgelegt werden, was die aktuelle Richtschnur des Handelns ist – im Einzelfall sollte es jedoch plausibel sein. Es müssen also ‚lediglich‘ gute Gründe angeführt werden können (vgl. allgemeiner auch Reuter 2003: 109 ff. und Frömmer 2018: 196 ff.). – Durch die Qualität der Begründungen lassen sich so indirekt auch Betrachtungen der Einstellungen der handelnden Subjekte vornehmen (nicht unwichtig für eine Vertrauensbildung [5]).

Soll es nicht um oberste Prinzipien gehen, sondern um ein komplexes „Ineinandergreifen dieser Prinzipien und ihre[] Anpassung an wechselnde situative Bedingungen“ (Birnbacher 2003: 65), dann bieten sich minimalistisch rekonstruktive Ethiken als „Anker“ (ebd.: 78) an, wobei Dieter Birnbacher zwei Grundtypen unterscheidet. Zum einen als „[s]ystematisierende Beschreibung und Analyse der in einer Gesellschaft geltenden moralischen Normen“, wie es in der *Nikomachischen Ethik* Aristoteles', in Schopenhauers *Preisschrift über die Grundlage der Moral* oder in den *Methoden der Ethik* von Sidgwick zu finden sei. Zum anderen als eine „Rekonstruktion eines weithin konsensfähigen ‚harten Kerns‘ der Moral“ wie in Bernhard Gerts Minimalethik oder in den *Principlism* von Beauchamp und Childress zu finden (ebd.: 83).

Beauchamps und Childress' Vier-Prinzipien Ethik als Ethik ‚mittlerer Reichweite‘ (ohne absolute Prinzipien) hat dabei für die Medizinethik einen besonderen Bekanntheitsgrad erlangt. Allerdings werden sie auch darüber hinaus wahrgenommen und können in gewisser Weise „zum Kernbestand der minimalen Alltagsmoral“ (Drerup 2013: 523) gezählt werden.

Der Moralphilosoph Tom Lamar Beauchamp und der Theologe und (Medizin-) Ethiker James Franklin Childress veröffentlichten sie erstmals im Buch *Principles of Biomedical Ethics* von 1977; derzeit liegt die achte Auflage 2019 vor (eine deutsche Übersetzung gibt es nicht). Es werden hier vier grundlegende Begriffe und Konzepte unterschieden, die im medizinischen (Entscheidungs-) Alltag gegeneinander abgewogen werden sollten. Die zahlreichen Beispielsfälle haben dabei zu vielen konkreten Diskussionen geführt, unter anderem angestoßen von Bernhard Gert und Charles M. Culver.

Die grundsätzlichen Vorteile liegen auf der Hand: „Die durch diese Komplexitätsreduktion ermöglichte Übersichtlichkeit, Vergleichbarkeit und relativ leichte Verständlichkeit des Ansatzes macht ihn für didaktische Zwecke verwendbar und auch für solche Praktiker verständlich, die über keinen Masterabschluss in Philosophie verfügen.“ (Drerup 2013: 533)

- Die Behandlung der vier Thematiken beginnt mit der **Autonomie**. Und wengleich die Autoren eine bewußte Reihenfolge ihrer Prinzipien immer verneint haben, so haben sie erst im Laufe der Zeit (Auflagen) den anderen – teils konkurrierenden – Prinzipien einen ähnlichen Status zugebilligt. – Allerdings liegt beim Patienten, wenn er ‚ganz bei Trost‘ ist, *immer* die Letztentscheidung (zumindest als Ablehnung oder Zustimmung); insofern läßt sich in der Praxis eine gewisse Sonderstellung nicht bestreiten.
- Auf der anderen Seite (der des Arztes) spielt die **Schadensvermeidung** zudem wahrscheinlich die gewichtigere Rolle. Ein sehr altes Prinzip in der Medizin, das nicht zuletzt ein Selbstschutz darstellt.
- In der **Fürsorge** (dem ‚Wohltun‘) treffen sich die beiden genannten Prinzipien. Über die Verantwortlichkeiten des Arztes ist manches auch rechtlich geregelt worden. Der Sorgfalt unterliegen bei diesem Prinzip aber auch erhebliche ethischen Erwägungen (die auch auf der Haltung des Arztes beruhen). Beauchamp und Childress setzen allerdings – anders als das in dieser Arbeit getan wird – die Fürsorge nicht mit Formen von Paternalismus gleich (Beauchamp und Childress 2009: 206 ff.).
- Die **Gerechtigkeit** schließlich bezieht sich auf so unterschiedliche Aspekte wie eine gerechte Verteilung im Gesundheitswesen oder das Bedürfnisprinzip, nach dem fundamentale Bedürfnisse eines Patienten erfüllt werden müssen.

Nicht überraschend sehen sich die Prinzipien und ihre konkrete Anwendung einiger Kritik ausgesetzt. Allerdings bezögen sich viele nicht nur auf diesen Ansatz, sondern es würden generell „Strukturprobleme angewandter Ethiken“ beschrieben (Drerup 2013: 529 f.; vgl. auch Birnbacher 2003: 77 ff.).

Ursprünge der Moral

Möchte man der Ethik – ethischem Handeln – einen weiteren (größeren) Rahmen geben, so bekommen zum einen naturalistische Ansätze nicht nur eine größere Bedeutung, sondern bieten zweitens möglicherweise auch den Boden für soziologische Betrachtungen. Das besondere

Fürsorgeverhalten der Säugetiere, außerdem Kooperation und Altruismus könnten so als biologische Basis für die ‚Sorge‘ bis hin zur Fürsorge dienen. Daß naturalistische – letztlich – ‚Neigungen‘ keine *Begründungen* für ethisches Handeln ersetzen können, steht dabei außer Frage. Aber die Berücksichtigung möglicher (mit-) ursächlicher Eigenschaften dürfte helfen, menschliche Verhaltensweisen besser zu verstehen. Mehr noch: Wahrscheinlich ermöglicht die menschliche Natur (natürlich nicht zuletzt die Sprache) überhaupt erst so etwas wie das Einigen auf bestimmte (ethische und in der Folge juristische) Normensetzungen, einschließlich der grundsätzlichen Anerkennung von Sanktionen.

Ebenfalls etwas grundsätzlicher soll es zuvor aber um den Versuch des Umreißen der Themengebiete gehen, die zu einer möglichen Beantwortung der Frage Immanuel Kants aus der *Kritik der reinen Vernunft* (1781) herangezogen werden könnten – und möglicherweise sollten (KrV A805/B833): Was soll ich [überhaupt] tun?

Was soll ich tun?

Der Versuch einer Beantwortung dieser Frage muß im Grunde bei Überlegungen zur menschlichen Existenz überhaupt ansetzen, um einen ersten Rahmen für ein Handeln zu setzen. Die **existenzphilosophische Grundfrage** wäre dann (und zu beachten): Was ist der Sinn des Daseins? Meines Daseins und das der Anderen. Und weitergedacht wäre natürlich auch die Umwelt einzubeziehen – um ihrer Selbst willen, aber natürlich ist von ihr und ihrem Zustand immer auch unsere eigene Existenz abhängig. – Dieser Hintergrund ist nebenbei auch für atheistische Patienten (und gläubige kritische oder zweifelnde) hilfreich, weil er zunächst eine säkulare Ausgangslage schafft (vgl. Yalom 2010 [1980]).

Mit der Berücksichtigung der Anderen in einem gesellschaftlichen Kontext gelangt man auch schnell zu einigen grundsätzlichen **utilitaristischen Überlegungen** (in diesem Sinne ist primär wahrscheinlich auch Mills Konzeption der Individualität zu sehen). Einer der Maßstäbe, an dem sich das eigene Handeln – in zunächst sehr allgemeiner Weise – richten sollte, ist ein Blick auf das Wohl der Anderen (primär nicht schaden...), um dessen Vermehrung man sich natürlich auch Gedanken machen könnte (und vielleicht sollte).

Insbesondere bei Betrachtungen von Einzelfällen kommt man aber auch um **deontologische Überlegungen** (Kant) nicht herum, da – mindestens – ein rein quantitativ gedachter Utilitarismus schnell an seine Grenzen stößt: Manches ‚macht man einfach nicht‘. – Allerdings: Vieles glaubt man, nicht machen zu sollen (wegen irgendwelcher familiärer, traditioneller oder gesellschaftlicher Konventionen) – in einem existentielleren Licht betrachtet, relativiert sich manche Absolutheit wieder und wird (oder sollte) der eigenen Vorstellung von einer Existenzweise (‚Authentizität‘) unterworfen werden.

Daher schließen sich daran auch Überlegungen generell zu einem ‚guten Leben‘ (Lebensphilosophie) an. Ohne allerdings zunächst nach dem Sinn des Daseins zu fragen (abstrakt und für den jeweils Einzelnen), erscheint es wenig sinnvoll, sein Leben an ‚**Tugenden**‘ auszurichten. Und immer müssen die eigenen Vorstellungen mindestens verträglich mit der Umwelt – einschließlich

der Mitmenschen – sein, weil man ansonsten mit Verweis auf die existentielle Basis und die Vorstellung des einen eigenen Lebens natürlich letztlich fast jede Handlungsweise begründen (rechtfertigen) kann...

Wurzeln im Naturalismus

Der Wert des Ergründens möglicher Wurzeln moralischen Verhaltens in der Natur dreht sich eher um die Frage, warum etwas gemacht *wird* – weniger darum, warum etwas gemacht werden *sollte*. Denn durchaus problematisch kann gesehen werden, wenn mit dem Naturalismus eine Art ‚evolutionärer Ethik‘ (Herbert Spencer, Gerhard Vollmer) begründet werden soll, deren Forderungen dann ‚natürlicherweise‘ Geltung haben müßten (dazu kritisch Hepfer 2008: 152 f.). Vielmehr kann es nur darum gehen, Gründe für unser generell kooperatives Verhalten, für die soziale Struktur, das ‚soziale Wesen Mensch‘ zu finden, um über Sorge und Fürsorge motivationale Grundlagen einer Ethik (‚Antriebe‘) zu finden (vgl. ebd.: 57 ff.; auch Böhle [2023: 193] zum ‚rechtskonformen Verhalten‘). Ziel müsse es also sein, die „Entstehung sozialer Praktiken und ihrer normativen Dimensionen“ (Tomasello 2010: 76) zu ergründen. Dabei sei die „Moral des Mitgefühls [...] am grundlegendsten, da die Sorge um das Wohlergehen anderer die notwendige Bedingung allen Moralischen ist“ (Tomasello 2016: 11). – Daß es sich dabei um eine Bedingung handelt, hätte Kant natürlich bestritten.

Kooperation und Altruismus. Ein Interesse am Wohlergehen eines Anderen dient in der Natur letztlich oftmals dem eigenen Vorteil, weil mit Hilfe der **Kooperation** gemeinsam weitergehende Ziele verfolgt werden können, die alleine nicht möglich wären (lat. *cooperatio* = Mitwirkung, Zusammenwirkung). Mitunter kann nur so das Überleben gesichert (oder mindestens verbessert) werden, womit direkt der evolutionäre Mechanismus der natürlichen Selektion wirksam werden kann (zur Kooperation im Kontext der Naturzustandsdebatten siehe auch 5.1). Welcher Stellenwert dabei einem echten **Altruismus** zukommt (lat. *alter* = der Andere), der nicht nur ein ‚verkappter Egoismus‘ ist, bleibt dabei nach wie vor umstritten: „Aus Tomasellos Sicht entstehen altruistische Präferenzen aus den Vorteilen mutualistischer Kooperation, aber vielleicht ist es ja gerade andersherum. Es gibt eine Vielzahl unterschiedlicher Erklärungen für die Entwicklung altruistischer Präferenzen bei Menschen: gemeinsame Aufzucht des Nachwuchses, kulturelle Gruppenselektion, indirekte Reziprozität und so weiter. Nachdem diese sozialen Präferenzen erst einmal entstanden waren, bereiteten sie den Weg für die daraus folgenden Eigenschaften der menschlichen Kognition und Sozialität [...]: gemeinsame Aufmerksamkeit, Vertrauen und Toleranz sowie die Teilnahme an Aktivitäten, die dem Wohl der Gruppe dienen.“ (Joan B. Silk 2010: 94 [im ‚Forumsteil‘ eines Buches von Michael Tomasello]; zu ‚Rationalität und Kooperation‘ auch Rothermund 2003: 29 ff.)

Begriffliche Welt (Sprache). Umstritten ist zudem die Frage, wie fundamental der Einfluß der Sprache auf – sogar – die Gefühlswelt zu bewerten ist. Nach Joseph LeDoux können Mensch und nichtmenschlichen Tieren lediglich gemeinsame neuronale Überlebensschaltkreise zugesprochen

werden. Gefühle wie Angst seien aber an die Sprache und vor allem Begriffe gekoppelt, so daß sich Angst beispielsweise nur durch begriffliche Erinnerungen wirklich als solche bezeichnen lasse (LeDoux 2021 [engl. 2019]: 398 ff.).

Es stellt sich dabei grundsätzlich die Frage, welche ‚Wahrnehmungen‘ (möglichst unvoreingenommen verwendet) in einem Kontinuum von nichtmenschlichen Tieren bis zum Menschen fortbestehen, und welche neuen Qualitäten durch Sprache und Begriffe hinzukommen (können). Vielleicht wird im allgemeinen tatsächlich beides unterschätzt: Die immense evolutionäre Kontinuität bis auf die molekulare Ebene (gleiche Transmitter, gleiche Rezeptoren für ähnliche Effekte) – und die fundamentale Veränderung, die die Sprache mit sich bringt.

Auch Christine M. Korsgaard schreibt (2006: 117, in *Primates and Philosophers* von Frans de Waal) von der ‚Coolness‘ pubertierender Jugendlicher als „manifestation of the human tendency to live a life guided by ideals rather than merely driven by impulses and desires“. – Allerdings sind die Parallelen bei den ‚Pubertäten‘ quer durchs Tierreich wahrscheinlich sehr viel auffälliger als die Besonderheiten, die durch die Begriffswelt noch hinzukommen (so auch ausführlich und überzeugend Natterson-Horowitz und Bowers 2020 [engl. 2019]).

Für eine Ethik allerdings fehlen mit den Begriffen auch die Gründe und vor allem Begründungen.

‚Sorge‘ als evolutionäres und soziales Hintergrundkonzept

„Die einfache ‚Sorge‘ ist aller Dinge Anfang.“, schreibt Albert Camus (1913 bis 1960) in der ‚absurden Betrachtung‘ in *Der Mythos des Sisyphos* (1999 [1942]: 23) und bezieht sich dabei – zumindest anfänglich – auf Heidegger (vgl. dazu die Anmerkung 16 [ebd.: 195]). Es wird noch zu zeigen sein, worin diese Sorge genau besteht – wenig in einem Ständig-besorgt-Sein.

Nun eignet sich Martin Heidegger (1889 bis 1976) nur bedingt für die Fundierung einer Moralphilosophie, weil es ihm primär ‚fundamentalontologisch‘ (und in Richtung Ethik wenig darüber hinaus) um eine Herausstellung des Seins als Dasein geht. Allerdings hat er laut Wilhelm Vossenkuhl mit seinem Hintergrundkonzept der ‚Sorge‘ einen Rahmen geschaffen, der sich auch für allgemeinere Betrachtungen der Sittlichkeit nutzen läßt (Vossenkuhl 2021: 37 f., 11). Indem er „die Sorge zeitlich, prospektiv und als Bedingung des Daseins und des freien Handelns verstand“ (Vossenkuhl 2006: 166), kann sie als Ausgangspunkt genommen werden. Grundlage dafür ist Heideggers naturphilosophisch erschlossener ‚Spielraum‘, den er Freiheit nennt (Safranski 2008: 229).

Säugetiere. So gesehen eignet sich auch der Blick in die Natur nur bedingt, weil die Wahrnehmung von ‚Zeitlichkeit‘ wahrscheinlich eines der typischsten menschlichen Eigenschaften ist. Dennoch können erneut – in einem wiederum fundierenden Sinne – biologische Eigenschaften als Voraussetzungen benannt werden, warum (dann mit Hilfe der Zeitlichkeit) überhaupt so etwas wie ein Konzept der ‚Sorge‘ eine Rolle spielen kann.

Im Zusammenhang mit dem ‚Fürsorgen‘ kommen ‚die Anderen‘ ins Spiel, und damit einerseits Fragen zur Kooperation, andererseits aber zeitlich schon früher zur zunehmende Brutpflege, insbesondere bei den Säugetieren (aber auch den meisten Vögeln). Die Verminderung der Zahl

des Nachwuchses, bei dem das Überleben des Einzelnen wichtiger wird („K-Selektionsstrategie“ statt einer „r-Selektionsstrategie“), führt zu verstärkter Fürsorge der Eltern. In der Linie der Säugetiere befördert die Verwendung eines speziellen, „weicheren“ Keratins in der Haut darüber hinaus die Kontakte und ermöglicht letztlich auch die Entwicklung einer Brustdrüse (mit der späten Möglichkeit des Stillens fast als Inbegriff des „Umsorgens“); zum Oxytocin auch 5.1.

Heideggers Naturphilosophie. Wenngleich Heideggers Existenzanalyse eine zutiefst „menschliche“ ist, so hat er doch einen zaghaften Versuch unternommen, den Menschen auch in die restliche Natur einzuordnen. Für Rüdiger Safranski (2008: 229) „fast ein zweites Hauptwerk“, setzt sich Heidegger in seiner Vorlesung des Wintersemesters 1929/1930, wahrscheinlich auch angeregt durch die gerade erschienenen Hauptwerke Max Schelers (1874 bis 1928) und Helmuth Plessners (1892 bis 1985), mit dem Verhältnis des Menschen zur Natur auseinander (ebd.: 227). Ausgangspunkt für seine Überlegungen ist dabei die Stimmung der Langeweile (die sich damit zur Angst aus *Sein und Zeit* gesellt, s.u.), die erst die Freiräume schafft, um sich der Möglichkeiten (des Menschen) bewußt werden zu können (ebd.: 220).

Auf die Frage, inwieweit die unbelebte Natur und Tiere überhaupt eine Welt *hätten* oder nur darin *vorkämen*, setzt Heidegger Steine als „weltlos“, Tiere als „weltarm“ und den Menschen mit einem gelockerten Weltbezug als „weltbildendes Naturwesen“, dem erst die Welt als Welt offenbar werden könne (ebd.: 228 f.). „Ohne den Menschen wäre das Sein stumm: es wäre vorhanden, aber es wäre nicht – da. Im Menschen ist die Natur zur Selbstsichtbarkeit durchgebrochen.“ (ebd.: 229) Insofern könne dem Menschen – im Unterschied zum übrigen Seienden – ein Verhältnis zu seinem eigenen Sein unterstellt werden, was Heidegger als **Existenz** bezeichnet (ebd.: 174).

Und anders als bei den Tieren, bei denen die Umwelt eben nicht Welt, sondern fast ein „erweiterter Körper“ sei, habe sich beim Menschen die Weltgebundenheit so weit gelockert, daß zwischen ihm und seiner Welt ein **Spielraum** klafft, durch den „der Mensch sich auf die Welt, auf sich selbst und auf sich als etwas in der Welt Vorkommendes beziehen kann“ (ebd.: 228). Mit diesem Spielraum – den Heidegger „**Freiheit**“ nennt –, zeige sich die Welt eingelassen in den großen Raum der Möglichkeiten, in dem „die Wirklichkeit als Verwirklichung von Möglichkeiten anzusehen“ ist (ebd.: 229). Der Mensch ist damit stets „offen für eine Zukunft. Wir müssen unser Leben – führen.“ (ebd.: 174) – wichtige Schritte hin zu Verantwortung und einer Ethik.

Heideggers Stimmungen. Neben der Langeweile ist die Angst eine weitere Stimmung (Grundbefindlichkeit) bei Heidegger, ausgeführt in *Sein und Zeit* (Heidegger 1993 [1927], insbesondere in § 40, S. 184 ff.). Grundsätzlich können durch die Stimmungen Grenzen der eigenen Selbstbestimmung erfahren werden, an ihnen zeige sich der „Lastcharakter des Daseins“, und zwar entweder „fahl und alltäglich im Überdruß und der Langeweile“ oder aber „grell und dramatisch in der Angst“ (Safranski 2008: 183; vgl. 224).

Die Angst dient dabei auch als Ausgangspunkt, um von der Uneigentlichkeit („Zunächst ist das Dasein Man und zumeist bleibt es so.“ [Heidegger 1993: 129]) zur Eigentlichkeit zu gelangen.

Die Angst ist damit das „Initiationserlebnis der Eigentlichkeit“ (Safranski 2008: 188); die Langeweile im übrigen das der Metaphysik (ebd.: 220).

Indem sich das Dasein in der Angst (kurz) von seinen alltäglichen Besorgungen befreit – denn das „Wovor der Angst ist das In-der-Welt-sein als solches“ (Heidegger 1993: 186) – kann es nach „nach dem Sinn von Sein“ (Safranski 2008: 176) fragen. Im Augenblick der Angst zerbrechen alle Verstellungen. „[Die Angst] zerreißt das Band zum Mitmenschen, und sie läßt den einzelnen herausfallen aus den Vertrautheitsbezgen zur Welt. Sie konfrontiert das Dasein mit dem nackten *Daß* der Welt und des eigenen Selbst.“ (ebd., Herv. i. Orig.) Letztlich wurde mit dem „Glutkern des Dasein“ auch das *eigentliche* Selbst freigelegt – und darum ging es: Das „Freisein für die Freiheit des Sich-selbst-whlens und -ergreifens. In der Angst erfährt also das Dasein die *Unheimlichkeit* der Welt und die eigene Freiheit. So kann die Angst zugleich beides sein: Weltangst und Angst vor der Freiheit.“ (ebd., Herv. i. Orig.) – Angeregt von Kierkegaard, aber ohne dessen Sprung in den Glauben, also ein Sprung *ber* den Abgrund. „Bei Heidegger ist es die Angst *nach* dem Sprung, wenn man schon dabei ist abzustürzen.“ (ebd. 176 f., Herv. von mir)

Die Angst bestehe dabei nicht in der ‚berühmten‘ Todesangst. Eher könne man sogar davon sprechen, „daß ihr Thema die Angst vor dem Leben ist“. Eine Angst vor all den Möglichkeiten, vor denen man sich auf einer alltäglichen Flucht befinde. „Wenn die Angst das Initiationserlebnis der Eigentlichkeit ist, dann gehört das berühmte Heideggersche *Vorlaufen zum Tod* bereits zum Gelingen dieser Eigentlichkeit.“ (ebd.: 188, Herv. i. Orig.)

Heideggers Existenzialien. Letztlich ein paar Schritte zurckgedacht, ist nun eine genauere Betrachtung des Alltags erforderlich. Denn anders als bei den Stimmungen (Grundbefindlichkeiten), bei denen es um ein Ausbrechen aus dem Alltäglichen geht, stehen bei der Analyse des Daseins selbst – Heidegger nennt das Existenzialanalyse – die Grundbestimmungen (Existenzialien) im Vordergrund, und die bestimmen den alltäglichen Umgang in und mit der Welt.

In Anlehnung an die Kategorien vorhandener Gegenstände (als Grundmerkmale des Seienden) spricht Heidegger beim Dasein von Existenzialien (weil Dasein Existenz ist) (ebd.: 180). Namentlich handelt es sich dabei um In-Sein, Befindlichkeit, Verstehen, Verfallen und Sorge (ebd.: 170). Die Existenzialanalyse beginnt dabei beim In-Sein, weil das „In-der-Welt-Sein überhaupt als Grundverfassung des Daseins“ anzusehen ist (Heidegger 1993: 52 und ff.).

Die grundlegende Umgangsweise des Daseins ist dabei das **Handeln**, ausgedrückt als ‚Umgehen mit‘ (der Welt, der Umwelt, der Selbstwelt, der Mitwelt [Gesellschaft]). „Die Grundstruktur dieses Umgehens mit der Welt nennt Heidegger *Sorge*.“ (Safranski 2008: 182, Herv. i. Orig.) „Dasein findet ‚sich selbst‘ zunächst in dem, *was* es betreibt, braucht, erwartet, verhütet – in dem zunächst *besorgten* umweltlich Zuhandenen.“ (Heidegger 1993: 119, Herv. i. Orig.) Dabei ist der Begriff der Sorge sehr weit zu fassen, weil es jedes Handeln einschließt. Zudem läßt sich die Sorge zunächst in das ‚**Besorgen**‘ als alltäglichem Umgang mit Dingen und die ‚**Fürsorge**‘ als das Verhältnis (des Daseins) zu anderen Menschen unterscheiden (Vossenkuhl 2006: 166). Allerdings gehört auch „das ‚Besorgen‘ von Nahrung und Kleidung, die Pflege des kranken Leibes“

zur Fürsorge (Heidegger 1993: 121). Etwas überspitzt zusammengefaßt: „Sorge ist alles.“ – und: „Sorge ist ein Grundmerkmal der *Conditio humana*“ (Safranski 2008: 183, Herv. i. Orig.). Der Bezug zu ‚anderen‘ ergibt sich dabei automatisch durch die Existenz in einer schon vorhandenen Welt: „Auf dem Grunde dieses *mithaften* In-der-Welt-seins ist die Welt je schon immer die, die ich mit den Anderen teile. Die Welt des Daseins ist *Mitwelt*. Das In-Sein ist *Mitsein* mit Anderen.“ (Heidegger 1993: 118, Herv. i. Orig.)

... und die Moral? Innerhalb der Vorstellung eines prospektiven Charakters der Verantwortung könne der Heideggerschen Sorge – so Vossenkuhl – als „aktiv gestaltende Kraft“ eine wichtige Rolle zugewiesen werden. Er nennt „die Verantwortung mit dieser aktiven sozialen Gestaltungskraft ‚Sorge‘“ (Vossenkuhl 2006: 166). Dabei könne selbst die Autonomie nicht grundlegender als die Sorge sein, „weil sie einen Spielraum voraussetzt, innerhalb dessen wir uns frei bewegen und selbst bestimmen können. Dieser Freiraum ist kein Ergebnis, sondern die Voraussetzung der Selbstbestimmung. Es ist ein Daseinsfreiraum, der uns die Möglichkeit eröffnet, moralisch zu handeln.“ (ebd.: 167; vgl. die Naturphilosophie Heideggers und Safranski 228 f.).

Eine weitere Verbindung in die (zwischenmenschliche) Welt schafft die Resonanz von Hartmut Rosa (2019): „Über die Resonanz wirkt die Sorge im moralischen Raum unseres Lebens.“ (Vossenkuhl 2021: 41).

Paternalismus

Ein spannendes Phänomen, das ethische Grundannahmen auf verschiedene Weise herausfordert, ist der Paternalismus. Er betrifft sämtliche Lebensbereiche und macht auch – oder erst recht – vor der Medizin nicht halt. Zunächst standen jedoch staatliche Interventionen im Vordergrund der Betrachtungen.

Paternalistisch motiviertes Denken oder Handeln bedeutet, für jemand anderes Entscheidungen zu treffen, die zwei Voraussetzungen mitbringen müssen: Sie müssen im – mindestens ehrlich vermeintlichen – Sinne des Paternalisierten getroffen werden und dies im Zweifel unter einer gewissen Ignoranz der Meinung des Paternalisierten.

Im Sinne des Anderen. Der primäre Zweck paternalistischen Denkens oder Handelns ist die Beförderung des Wohls eines Anderen oder (eine Nummer größer) seines guten Lebens – mit der Vorstellung des Paternalisten, er wisse besser, was dem Wohle des Paternalisierten diene.

Die ‚gewisse Ignoranz‘ der – ‚irgendwie beeinträchtigen‘ – Meinung des Anderen führt dazu, daß über dessen Meinung hinweggesehen oder hinweggegangen wird (werden muß), um das vermeintlich ‚Gute‘ für den Anderen erreichen zu können. Unter der Vorstellung eines ‚höheren Guts‘ (als das der – angenommen defizitären – Autonomie) wird in dessen Autonomie oder Freiheit eingegriffen, im Extremfall gegen den Willen des Paternalisierten. Dies kann durchaus **transparent** erfolgen, indem mittels Überzeugung oder Überredung und mit guten Argumenten oder Gründen ein ‚Meinungsumschwung‘ zu erzielen versucht (‚geworben‘) wird. Ebenfalls

transparent ist das durch Zwang möglich (Gert und Culver sprechen von Verhaltenskontrolle [Zude 2010: 196; Drerup 2013: 111, Anm. 322]). Zu den eher ‚heimlichen‘ – und damit vielleicht problematischeren – Beeinflussungen gehört das Informations-Vorenthalten, aber auch subtilere Manipulationen wie der libertäre Paternalismus spielen hier eine Rolle.

Es liegt auf der Hand, daß Paternalismus eine **heikle** Angelegenheit ist, weil er in anderer Menschen Freiheitsrechte eingreift, und daß er aus diesem Grund über weite Strecken negativ gesehen und sogar **diskreditiert** wird. Allerdings ist er – nicht nur in allen eingangs genannten Bereichen – **notwendig** für das Zusammenleben.

Die Diskreditierung des Paternalismus als Phänomen zeigt sich auch in einer ‚antipaternalistischen Stimmungslage‘ im pädagogischen Bereich (Drerup), in dem man vielleicht am ehesten davon ausgehen könnte, daß eine Verantwortungsübernahme bei noch nicht mündigen (autonomen) Menschen notwendig (und selbstverständlich) sein könnte. Aber auch die Philosophie der Erziehung (Allgemeine Pädagogik) habe es „weitgehend vermieden“, sich mit Paternalismus auseinanderzusetzen, der vielmehr „in der Regel weitgehend ignoriert, kommunikativ beschwiegen oder fehlgedeutet wird“ (Drerup 2013: 11).

In der Medizinethik hat es diese Auseinandersetzung gegeben, um aber letztlich zu den gleichen Ergebnissen zu kommen, daß er nämlich (hier für die Pädagogik) „in der Regel moralisch verurteilt“ wird, und „nahezu zwanghaft antipaternalistische Verdikte auf sich“ zieht, um „damit einhergehend den Verweis in historisch obsoletere, moralisch anrühige Isolierstationen überwundener Denkweisen und Praxen“ vorzunehmen (ebd.). Und ebenso wie in der Pädagogik betrachtet man in der Medizinethik (weniger in der Medizin selbst) das „p-Wort“ (Ogus und van Boom 2010 [zit. nach Drerup 2013: 13]) meist als „pejorativ konnotiertes Schlagwort“ (Drerup 2013: 13).

Aber. Im Laufe der Zeit ist immer deutlicher geworden, daß das Verlassen auf die Autonomie alleine durchaus unerwünschte Konsequenzen nach sich ziehen kann. Nicht nur im Umgang mit Kindern – zunächst ohne, dann aber mit zunehmender Autonomie – erscheint das Ignorieren vorhandener ‚paternalismusähnlicher Verhaltensweisen‘ kontraproduktiv. Unzureichende Mündigkeit, die sich im inhaltlichen Bereich bei jeder asymmetrischen Beziehung ergibt, führt automatisch dazu, daß – mindestens mitunter – der Wissendere besser über zumindest diesen Teil des Wohls des Anderen Bescheid wissen kann.

Eine Konstellation, die natürlich auch im Bereich der Medizin relevant ist, die aber auch dort nicht dazu führt, daß dem Paternalismus neue Aufmerksamkeit geschenkt wird, sondern daß er im Gegenteil meistens umschrieben und mit neuen Konzepten und Begriffen ersetzt werden soll (was nicht gelingen kann).

Zwischen Wohl und Autonomie

Zum ‚begrifflichen Inventar‘ der Debatte gehören neben der Autonomie (einschließlich Freiheit) und dem Wohl die ‚Einwirkung‘ (Drerup 2013: 121 und ff.), womit sich für die Diskussion eine

„Trias von Paternalismuskonzeptionen, perfektionistischen Theorien des Guten/des guten Lebens und unterschiedlichen Autonomiekonzeptionen“ (ebd.: 16) ergibt.

Wohl. Die Idee des Paternalismus besteht darin zu glauben, eine bessere Vorstellung davon zu haben, was dem Wohl des Anderen dienen könnte, was ihn besser zu einem (seinem) guten Leben führen kann. Dazu gehört beispielsweise die Erziehung von Kindern durch ihre Eltern; in diesem Sinne ist auch die Schulpflicht des Staates zu sehen. Im medizinischen Bereich wird die Gesundheit des Patienten als das zu erstrebende Wohl angesehen.

Voraussetzung auf Seiten des Paternalisten ist damit ein zumindest bedingt altruistisches Verhalten. Kant spricht in der *Kritik der Urteilskraft* (1790) bezüglich der Schönheit von einem ‚interesselosen Wohlgefallen‘; hier könnte parallel ein ‚(eigen)interesseloses Wohltun‘ unterstellt werden. In diese Kategorie fällt letztlich auch die Sorge (Vossenkuhl 2021: 37 ff.).

‚Perfektionismus‘. Voraussetzung, um überhaupt von einem vermeintlich *besseren* Verständnis für das Wohl des Anderen sprechen zu können, ist die Unterstellung eines Mangels. So steht denn auch am „Anfang fast aller paternalistischer Argumentationen [...] die Diagnose eines Defizits“ (Drerup 2013: 122).

Das wiederum setzt eine gewisse Objektivierbarkeit des ‚Guten‘ voraus, was insgesamt unter einem Streben nach ‚Perfektionismus‘ zusammengefaßt wird. Es steht für ein Ideal, an das Denken und Handlungen des Betroffenen nicht heranreichen (in diesem Zusammenhang ist auch der positive Begriff der Freiheit zu sehen, s.u.). Gesundheit wäre solch ein Ideal, das anzustreben, als das Wohl des Patienten unterstellt wird.

„Diesen [...] Bezug von Autonomie zu einer perfektionistisch begründeten Theorie des Guten in der Theorie zu leugnen [...], erweist sich in der Praxis als unverträglich mit selbstverständlichen moralischen Verantwortlichkeiten, die sich aus asymmetrischen Beziehungen ergeben.“ (ebd.: 433) – Erneut nicht nur in der Pädagogik, sondern in jedem Bereich, so auch der Medizin.

Autonomie. Den anderen Pol bei dieser Diskussion bildet das Selbstbestimmungsrecht des Paternalisierten – seine Autonomie. Und wahrscheinlich ist es hilfreich, Paternalismus stets als Verletzung der Autonomie zu betrachten, wie Gerald Dworkin das macht (Zude 2010: 204; Verweis auf Dworkin 1998: 940). Denn letztlich führt jedes Ausklammern zu einer Verschiebung der Rechtfertigungsebene, um die man am Ende doch nicht herumkommt. Unterstellt werden dabei Defizite bei der Rationalität oder der Autonomie selbst, oder aber bei den Vorstellungen eines authentischen Lebens – drei unterschiedliche Ebenen mit dem gleichen Zweck: Paternalismus zulassen zu können.

Für den Paternalismus ergeben sich dabei historisch bedingt und ‚moduliert‘ durch zunehmend mündige Bürger (Patienten) zwei doch sehr unterschiedliche Konzepte (und zwar quer zu den üblichen Unterscheidungen), die viel zu selten getrennt werden: Paternalismus mit der Bevormundung im Vordergrund und Paternalismus als Fürsorge. Im Alltag spielt beides in

unterschiedlichem Ausmaß eine Rolle – dennoch ist eine Diskussion ‚über Paternalismus‘ ohne eine angemessene Differenzierung nicht zielführend (aber üblich).

- Nach Zude (2010: 77) ist der frühe Paternalismusbegriff relativ gut gleichzusetzen mit dem deutschen Begriff der **Bevormundung**. Dieser ‚schlechte‘ Paternalismus basiert primär auf einer Einstellung (Haltung oder Persönlichkeitsstruktur) des Paternalisten. Diese Form ist in der Literatur meistens das Ziel der Kritik (was dem Phänomen des Paternalismus in seiner Gesamtheit aber nicht gerecht wird; vgl. Häyry 1991: 76 f.).
- Eine Art ‚guter Paternalismus‘ auf der anderen Seite – die (reine) **Fürsorge** – wird mitunter gar nicht als Paternalismus aufgefaßt. Dabei erfüllt sie alle Kriterien und muß in gleicher Weise gerechtfertigt werden. Bei mündigen Bürgern sollte diese Fürsorge auf plausiblen Erklärungen, Beratungen und vor allem Begründungen basieren.

Innerhalb der **Medizin** erscheint Paternalismus wegen des asymmetrischen Verhältnisses inhaltlich über weite Strecken nicht nur angemessen, sondern notwendig. Und so ist es nicht unvernünftig so geregelt, daß der Autonomie rechtlich mit dem Patientenwillen (‚informierte Zustimmung‘) Rechnung getragen wird, daß selbstverständliche Defizite aber – egal auf welcher Ebene (fachlich oder auch intellektuell) – auf einer allgemeineren ‚Kompetenzebene‘ zu Paternalismus führen können.

Ideen- und Begriffsgeschichte des Paternalismus

Die Ursprünge des Paternalismus im Sinne einer Fürsorge dürften letztlich wie diese (s.o.) im Tierreich zu suchen sein. Und auch Bevormundung und das Zulassen einer wachsenden Autonomie spielen bei der Entwicklung von Jungtieren insbesondere bei den Primaten eine wichtige Rolle (vgl. auch Natterson-Horowitz und Bowers 2020). In der Linie der Menschen ändert sich an diesem ‚Gefühlsteil‘ des Paternalismus wenig. Allerdings hebt die Sprache das ganze Phänomen natürlich auf eine begriffliche und damit auch begründungsermöglichende Ebene.

Staatenbildungen führten dann zu einem neuen Akteur, und Paternalismus findet sich zunehmend auch in außerfamiliären Kontexten. Erst im Zuge der Aufklärung wird die Rolle des Staates – auch im Zusammenhang mit individualistischen Überlegungen und Fragen zum grundsätzlichen Verhältnis der Bürger zum Staat – zunehmend kritisch hinterfragt. Den Ausgangspunkt der heutigen Debatte über Paternalismus bildet daher zunächst ein Antipaternalismus (ohne daß der Begriff überhaupt schon geboren war).

- Neben John Locke im 17. Jahrhundert ist hier insbesondere Immanuel Kant im 18. Jahrhundert zu nennen. Ausgangspunkt für die weitere Diskussion ist allerdings John Stuart Mill geworden (*On Liberty* von 1859), der wiederum von Wilhelm von Humboldt beeinflusst war.
- Erst in den 1870er Jahren ist der Begriff des Paternalismus entstanden (was dem Wert der Argumente davor aber keinen Abbruch tut).
- Die Wiederaufnahme der Überlegungen Mills durch Herbert H. L. Hart in der Mitte des 20. Jahrhunderts (später auch beeinflusst durch Isaiah Berlin) gab den eigentlichen

Startschuß für die Diskussionen über Paternalismus. – Maßgeblich erweitert durch Gerald Dworkin und die medizinethischen Debatten ab den 1970er Jahren (im nächsten Kapitel).

Etymologisch hat das Wort seinen Ursprung beim lateinischen Wort für Vater (*pater*, laut Duden [2024] beim Mittellateinischen *paternalis*, also väterlich) und bezieht sich auf das beschützende Verhältnis eines Familienvaters zu seinen Kindern. Besonderes Kennzeichen dieser Beziehung ist der Wunsch des Vaters, zum Wohl seiner unmündigen Kinder das für sie *Richtige selbstlos* zu entscheiden. Heutzutage findet der Begriff Paternalismus häufig in außerfamiliären Kontexten Verwendung und dient hier meistens als Beschreibung eines bevormundenden Verhaltens des Paternalisten gegenüber einer anderen Person (wenngleich grundsätzlich „die Etymologie des Wortes Paternalismus wenig über seine adäquate Verwendung aussagt“ [Drerup 2013: 217, Anm. 1]).

Unter familiären Gesichtspunkten wäre auch ein ‚Maternalismus‘ möglich gewesen (so auch Zude 2010: 30). Die Verwendung im Rahmen der beruflichen Konstellationen (s.u.) – und auch im Hinblick auf den Staat – macht die ‚männliche‘ Variante nachvollziehbarer (was eine ‚Paternalistin‘ natürlich nicht ausschließt).

Begrifflicher Ursprung beim industriellen Paternalismus. Die erste Erwähnung des Begriffs Paternalismus datiert Heiko Zude auf den 22. Februar **1873** und sieht ihn im Artikel eines unbekanntes Autors in der amerikanischen Zeitschrift *Appleton’s Journal – A Magazine of General Literature* (1869-1881) (Zude 2010: 23). Hintergrund bildete eine eher allgemeine Kritik der freiheitsliebenden Amerikaner am ‚paternalistischen Vorgehen‘ der Europäer (maßgeblich Iren). Konkreter und prominent geworden lasse sich das Phänomen des modernen industriellen Paternalismus dann im Zusammenhang mit dem **Pullman-Experiment** aufzeigen (ebd.: 69 ff.), bei dem es um eine besonders intensive Betreuung der Arbeiterschaft ging.

In diesem Zusammenhang und in der Folge spielten diese Formen des Paternalismus – zu dem auch ‚freiwillige‘ Eingriffe in das Privatleben der Arbeiter gehörten – auch in der Sozialgeschichtsschreibung eine wichtige Rolle. Alfred Krupp und die Sozialgesetzgebung Otto von Bismarcks sind hier ebenfalls zu nennen.

Anfänge der Individualisierung

Historisch noch einmal einige Jahre zurück finden sich in westlichen Gesellschaften die Anfänge der Individualisierung der Menschen im Zeitalter der Aufklärung im 17. und 18. Jahrhundert. Nachdem zuvor über Jahrhunderte äußere Zwänge wie Zünfte, die Kirche oder Familienbeziehungen den Menschen ihre Entscheidungen über Lebenswege weitgehend abgenommen hatten, entstand nun ein zunehmendes Bewußtsein, selbst entscheiden zu können, zu wollen oder auch zu müssen (vgl. Fromm 2021 [1941]). Die freie Wahl war etwas Neues. Und neu stellte sich damit auch die Frage, in welcher Weise der Staat hier einwirken können sollte, um die individuelle Freiheit einschränken zu können (mit unterschiedlichen – aber immerhin – Rechtfertigungen).

Und ohne den Begriff des Paternalismus schon verwendet oder überhaupt gekannt zu haben, so sind antipaternalistische Vorstellungen schon früh vertreten worden. Hier ist zunächst John Locke (1632 bis 1704) zu nennen, der im zweiten Teil der *Zwei Abhandlungen über die Regierung* (1689) explizit die politische Macht von der ‚väterlichen‘ trennt (Locke 1977 [1689]: 201 [§ 2]) und fordert, daß der Staat kein Recht habe, sich in vergleichbarer Weise in die Angelegenheiten seiner Bürger einzumischen, „weil er der Herr seiner selbst ist und Eigentümer seiner eigenen Person und ihrer Handlungen oder Arbeit...“ (ebd.: 227 [§ 44] Herv. entfernt); zur ‚väterlichen Gewalt‘ vgl. ebd. 231 ff., außerdem insgesamt Parry 1964.

Immanuel Kant (1724 bis 1804) weist **1784** in seiner Aufklärungsschrift darauf hin, daß Bequemlichkeit häufig verhindere, daß man sich seiner eigenen Vernunft bediene. Vielmehr lasse man sich oft von anderen führen, statt selbst zu denken. Kant vertritt dann vor allem in seiner **1793** erschienenen Schrift *Über den Gemeinspruch: Das mag in der Theorie richtig sein, taugt aber nicht für die Praxis* eine antipaternalistische Sichtweise: „Niemand kann mich zwingen auf seine Art (wie er sich das Wohlsein anderer Menschen denkt) glücklich zu sein, sondern ein jeder darf seine Glückseligkeit auf dem Wege suchen, welcher ihm selbst gut dünkt, wenn er nur der Freiheit Anderer, einem ähnlichen Zwecke nachzustreben, die mit der Freiheit von jedermann nach einem möglichen allgemeinen Gesetze zusammen bestehen kann (d. i. diesem Rechte des Anderen) nicht Abbruch thut.“ (Kant: AA VIII 290; so auch in Ellscheid 2010: 182).

Eine erste Phase war damit geprägt von einem Kampf um die Freiheit als die „Unabhängigkeit von eines Anderen nöthigender Willkür“ (Kant: AA VI 237) und damit verbunden die Freiheit, sein Leben nach seinen eigenen Vorstellungen – individuell – gestalten zu können. Das schließt ein, daß ein Staat nicht auf dem „Princip des Wohlwollens gegen das Volk als eines Vaters gegen seine Kinder errichtet“ (Kant: AA VIII 290) werden könne, also als eine väterliche Regierung, die ihre Untertanen als unmündige Kinder betrachte, die noch nicht die Fähigkeit besäßen zu unterscheiden, „was ihnen wahrhaftig nützlich oder schädlich“ sei (ebd.).

W. von Humboldt, Mill – Hart

Dieser Tradition der Antipaternalisten folgt (mit Einschränkungen) auch John Stuart Mill. Seine besondere Bedeutung als ‚Blaupause‘ für die moderne Debatte hat er nach Zude insbesondere Herbert Lionel Adolphus Hart zu verdanken, der sich ausführlich auf ihn (und nicht Locke oder Kant) bezieht (Zude 2010: 127, auch Anm. 171). Beeinflußt ist Mills Referenzwerk *On Liberty* von 1859 von Wilhelm von Humboldts 1792 verfaßte, aber erst 1851 publizierte und 1854 ins Englische übersetzte ‚Staatsschrift‘ (vgl. Bernd Gräfrath in Mill 2010: 165). Im Zentrum steht – ganz im Sinne der früheren Antipaternalisten – der Schutz des Individuums vor den Übergriffen des Staates.

Hart – mittlerweile bereichert um den Begriff des Paternalismus – greift Mill 1963 wieder auf, erweitert ihn aber um den Gedanken des Schutzes des Menschen auch vor einigen seiner eigenen Entscheidungen (womit neben den bisher vor allem negativ geprägten auch positive Bestimmungen von Freiheit relevant werden).

Wilhelm von Humboldt (1767 bis 1835) forderte vom Staat die Ermöglichung von Bildung seiner Bürger. Zum einen im Sinne ihrer eigenen Wünsche als Menschen (dazu auch Zenkert 2017: ‚Bildungstheorie als Anthropologie‘), darüber hinaus aber auch als Grundlage für das Wohlergehen des Staates (beides Gedanken, die dann auch bei Mill zu finden sind). In diesem Zusammenhang verurteilt er auch jede Form von Paternalismus (Heinz 2012); freilich ohne den Begriff zu verwenden.

Und wenngleich Humboldts sichtbare wissenschaftliche Schwerpunkte woanders lagen (nicht zuletzt bei der Sprachtheorie), so finden sich in seinen *Ideen zu einem Versuch, die Grenzen der Wirksamkeit des Staates zu bestimmen*, wichtige philosophische Gedanken, die in ihrer Weitsicht bis heute vernachlässigt werden (vgl. Gerhardt 2017; Pasquaré 2009; weitergehende Analysen in Bohrer und Scheel [Hrsg.] 2010).

John Stuart Mill (1806 bis 1873) gilt als *der* Verfechter eines liberalen Umgang mit den Ansichten der Bürger eines Staates. Seine Beeinflussung durch Wilhelm von Humboldt betont auch Mill selbst mehrfach in *On Liberty* (deutsch 1860 [Ackermann 2010: 815]), zuvorderst gleich mit einem Zitat Humboldts als Präambel. Dessen *Staatsschrift* sei damit nicht nur „in Deutschland als Manifest des Liberalismus“ gefeiert worden, sondern überhaupt „in England [...] zur entscheidenden Anregung für John Stuart Mills *On Liberty*“ geworden (Heinz 2012). Gerhardt betont, daß Mill Humboldt immerhin „in eine Linie mit Sokrates (!) gestellt“ habe (Gerhardt 2017, Betonung i. Orig.). „Dadurch wird klar, dass Humboldt zusammen mit Sokrates der wichtigste Gewährsmann für Mills Begründung seiner Freiheitstheorie ist.“ (ebd.)

Hervorzuheben für diese Arbeit ist vor allem die Anerkennung des **Schadensprinzips** (engl. *harm principle*) – also die Abwendung von Schaden für andere Personen – als die einzige Rechtfertigung der Einschränkung von Freiheit durch die Gesellschaft (Mill 2010 [1859]: 18 f.). Die Freiheit der Bürger dürfe nicht leichtfertig eingeschränkt werden, auch nicht, wenn das zu ihrem eigenen Vorteil gereiche. All die Maßnahmen, welche die betroffenen Menschen selbst zu einem vermeintlich besseren Leben führten, könnten nicht als Zwangsmaßnahmen, sondern höchstens als gutgemeinte Ratschläge erfolgen. Mill wendet sich hier gegen jede Form von Paternalismus von Seiten des Staates (allerdings nur, wenn man Ratschläge und Überredungen nicht als Paternalismus wertet...).

Ein weiterer Aspekt eines liberalen Umgangs mit den individuellen Gedanken des Einzelnen sieht Mill im Gesamtwohl des Staates (was ebenfalls bereits bei Humboldt zu finden ist). Insbesondere die Tendenzen des Staates und seiner „Zeitgenossen“, immer eine Art ‚Mittelmaß für alle‘ anzustreben (ebd.: 101, 96), schade allem Fortschritt, und schon das müsse zum Schutz des Einzelnen und seiner – möglicherweise auch noch so abstrus erscheinenden – Vorstellungen (gegebenenfalls „Originalität“, ebd.: 95) führen.

Neben den auf diese Weise begründeten negativen Freiheitsaspekten (Kapitel 1), die klassisch antipaternalistisch zu sehen sind (und in diesem Sinne die Bedeutung Mills als ‚Standardwerk‘ der Paternalismuskritik begründet), finden sich mit dem Hintergrund einer Art

Bildungsperfektionsidee der eigenen Persönlichkeit (viel Humboldt; im dritten Kapitel) die Anfänge der „autonomieperfektionistischen Elemente seiner Position“ (Drerup 2013: 18), die im vierten Kapitel in eine Pflicht zur Freiheit als höchstem Gut gipfeln, was natürlich (harter) Paternalismus ist. Unterstrichen wird das noch mit dem Verbot der eigenen Versklavung (dazu auch Zude 2010: 138). – Damit aber zeigt sich insgesamt, „... dass die übliche Rezeption von Mill als Vertreter einer strikt antipaternalistischen und auf der bloßen Koordination negativer Freiheiten fußenden Doktrin eine falsche Lesart darstellt, die die autonomieperfektionistischen Elemente seiner Position unterschlägt...“ (Drerup 2013: 18). Es bestehe ein ‚normaler‘ Wunsch nach Freiheit im Bildungsbürgertum – der im Zweifel aber auch eingefordert werden sollte (Mill 2010: 151)...

Herbert Lionel Adolphus Hart. Die „Theorie im Hintergrund“ (Zude 2010: 127) für Herbert L. A. Hart (1907 bis 1992) ist insbesondere die ‚Freiheitstheorie‘ John Stuart Mills. Anders allerdings als Mill, der dem Menschen grenzenlose Mündigkeit zuschreibt (Hart 1963: 32 f.), gepaart mit einer „extreme fear of paternalism“ (ebd.: 33), fordert Hart eine Modifikation des Millschen Prinzips (ebd.). Demnach seien „Interventionen von außen [...] auch dann gerechtfertigt, wenn Schaden nicht nur anderen zugefügt wird, sondern auch sich selbst“ (Zude 2010: 141). Mit dieser „Überbrückung der Subjekt-Objekt-Differenz“ (ebd.) gehe es Hart dann nicht mehr darum, ob die Handlung rein selbstbezüglich sei oder andere betreffe, „sondern [um] die Einschätzung, ob ein Schaden zugefügt wird oder nicht“ (ebd.).

Schaden am Individuum wohl gemerkt, nicht an der Gesellschaft. Genau hier zeigt sich der Anlaß der Einlassungen Harts, der mit seiner Schrift *Law, Liberty, and Morality* von 1963 direkt Bezug nimmt auf eine des britischen Richters Lord Patrick Arthur Devlin (1905 bis 1992): *Law, Democracy, and Morality* (1962). Im Zentrum der ‚**Hart-Devlin-Debatte**‘ (zwischen 1959 und 1965) steht die Abgrenzung des Rechtspositivismus' Harts (also die Trennung von Recht und Moral; gegebenenfalls in Kombination mit teils zulässigem Paternalismus) zum Rechtsmoralismus (eine Begrifflichkeit Harts [1963: 33 f.] Lord Devlins. Hintergrund war ein 1957 publizierter Artikel (der ‚Wolfenden-Report‘; nach John Wolfenden [1906 bis 1985]), nach dem Homosexuelle mehr Rechte bekommen sollten, wogegen Devlin argumentiert, daß dies schlecht für den moralischen Zusammenhalt in der Gesellschaft sei; die Existenz einer Gesellschaft hänge insbesondere an gemeinsamen politischen und moralischen Werten. Im Rahmen der Debatte ging es dabei um Paternalismus und seine „Abgrenzung als eigenständiges Phänomen gegen den Rechtsmoralismus“ (Zude 2010: 236). Hart hingegen spricht sich für den Report aus, weil das Recht kein Recht habe, in die Privatsphäre von Menschen einzudringen, wenn dies keinen anderen beeinträchtigt (vgl. Mill; außerdem Häyry 1991: 96 ff.).

Insofern befindet sich Hart zwischen den beiden (Mill und Devlin) und macht so den Weg wirklich frei für Paternalismus (den Mill ablehnt – wenn man von seiner Freiheitskonzeption absieht) und den Devlin nicht braucht (weil er Rechtsmoralist ist – der das Individuum ausklammert).

Differenziertere Bestimmungen des Phänomens Paternalismus

Bei den bisherigen Überlegungen standen primär rechtspaternalistische Diskussionsgegenstände im Vordergrund, immer verbunden mit Fragen zum staatlichen Zwang (oder eben dessen Ablehnung). Seit den 1970er Jahren kamen zunehmend konkret medizinische Thematiken hinzu – über den Umgang mit Sterbehilfe, Suizid oder harten Drogen – die alle von medizinethischen Fragestellungen begleitet waren. Herangetragen an die Moralphilosophen und Juristen wurden sie allerdings einmal mehr nicht von Ärzten, sondern meist von Philosophen (oder Theologen). Einen Schwerpunkt bildeten die Möglichkeiten von ‚Zwangsmaßnahmen‘, die sich dort anders als bei Gesetzesfragen darstellten. – Die folgenden vier Kapitel sollen die Entwicklung aufzeigen.

- Eine kurze **Zwischenbilanz** mit praktischen **Grundfragen** zum Paternalismus dient als Resümee und Ausgangspunkt für die weiteren Überlegungen.
- Maßnahmen zugunsten des Wohls des Einzelnen setzen eine **positive** Bestimmung der **Freiheit** des Einzelnen voraus, wozu **Isaiah Berlins** klassische Kritik als Hintergrund zu sehen (aber auch kritisch zu bewerten) ist.
- Neben der besprochenen Trias Mill (einschließlich von Humboldt) – Hart – Berlin bilden Joel **Feinberg** und vor allem Gerald **Dworkin** die neuere diskursive Ausgangslage.
- Kritiker der Positionen Dworkins zeigen die **verschiedenen Elemente** auf, die beim Paternalismus heute eine Rolle spielen (und bewirkten Dworkins eigene Weiterentwicklung).

Zwischenbilanz: Grundfragen

Als Ausgangsbasis für die folgende – über rechtsethische Schwerpunkte hinausgehende – Debatte seien drei entscheidende Fragen voranstellt, um Paternalismus erfassen zu können. Ein fehlender konkreter Rechtsrahmen (wie bei einigen medizinethischen Fragestellungen) ermöglicht sehr viel mehr Paternalismus, obwohl – vor allem aber weil – er ohne Einwilligung nicht durchsetzbar ist. Hierdurch ergeben sich einige Erfordernisse der Präzisierung.

- Zunächst muß die Frage beantwortet werden, ob es sich beim vorliegenden Fall überhaupt um **Paternalismus** handelt. Auch Begründungen können eine ansonsten paternalistische Maßnahme in eine nicht-paternalistische verwandeln (dies schon bei Dworkin 1971: Gurtpflicht wegen der Schadenskosten statt – ursprünglich – Schutz des Trägers selbst). Hier sollte sehr großzügig – mindestens zusätzlich – von Paternalismus gesprochen werden, weil sonst Phänomene (zuvorderst die ‚Fürsorge‘) ausgelagert und für nicht begründungsbedürftig erklärt werden können.
- Liegt Paternalismus vor, ist zu klären, ob die paternalistischen ‚Maßnahmen‘ theoretisch zulässig (berechtigt) sind, was zum Beispiel durch Wahlen und Mehrheiten entschieden werden könnte. Außerhalb eines (vorhandenen) Rechtsrahmens geht es dabei insbesondere um Fragen der **Plausibilität**. Überzeugt die Argumentation des Paternalisten im vorliegenden Fall, wären Interventionen zumindest theoretisch vertretbar? Hier scheiterte beispielsweise der Rechtsmoralismus (sofern man ihn ablehnt).

- Und schließlich die Frage, welche Rechte (mitunter Pflichten) mit der Zulässigkeit verbunden sind. Dabei geht es primär um Fragen der Durchsetzungsmöglichkeiten, also der Möglichkeit einer Anwendung von **Zwang**. Dazu gehören aber auch Fragen zur Offenheit, also zur Zulässigkeit des Vorenthaltens von Informationen (als ein Recht oder sogar eine Pflicht).

Die Verbindung der letzten mit der ersten Frage muß auch erörtern, inwieweit etwas bzw. was genau an einem vollständig offengelegten Paternalismus – ohne Zwangsmöglichkeiten – noch Paternalismus ist. Genau das ist die zentrale Situation in der Medizin: Paternalismus zwischen Indikation und Patientenwille. Dafür muß auch ‚Zwang‘ genau definiert werden.

Mir erscheint dabei die Position eines (zunächst) strikten Antipaternalisten, der Formen versteckten (heimlichen, stillschweigenden) Paternalismus ablehnt, am überzeugendsten. Zum einen schlicht wegen des Wertes der Autonomie eines Menschen, darüber hinaus aber auch wegen der zahlreichen Irrtumsmöglichkeiten. In der Medizin reicht die Zustimmung *am Ende* des ‚Arzt-Patienten-Prozesses‘ bei weitem nicht aus, um möglichen Paternalismus *davor* zu rechtfertigen. – Auf der anderen Seite ist ein Leben voller Asymmetrien ohne Paternalismus (in meiner Definition) schwer vorstellbar. Da hier notwendigerweise ein positiver Freiheitsbegriff unterstellt werden muß, ist aber eine Offenlegung ebenfalls unbedingt erforderlich.

Normalerweise ist es zur **Begriffsklärung** hilfreich, Begriffe möglichst einzuschränken und weiter zu differenzieren. Aber im Hinblick auf die immensen politischen Implikationen im Bereich der Medizin (grundsätzliche Ablehnung von Paternalismus unter Heranziehung fraglicher Alternativen) erscheint es doch sinnvoll, zunächst sehr viel darunter zu fassen (weite Definition) und eine Binnendifferenzierung vorzunehmen. – Vor allem, weil sonst Lücken entstehen, die nicht ernsthaft (kritisch genug) bearbeitet werden.

Positive Freiheit, das Wohl und die „inhärente Logik“ des Paternalismus

Beim Begriff der Freiheit wird regelmäßig eine Unterscheidung zwischen einer negativen und einer positiven vorgenommen, wobei die negative die „Freiheit von äußeren Einschränkungen“ ist, die positive „die Freiheit, über sich selbst zu bestimmen“ (Warkus 2018). Eine Unterscheidung, die insbesondere auf den russisch-britischen Philosophen Isaiah Berlin (1909 bis 1997) zurückgeht, der sie „bei seiner Antrittsvorlesung als Professor für Gesellschaftstheorie in Oxford 1958 populär machte“ (ebd.); publiziert 1969 (deutsch als *Zwei Freiheitsbegriffe* in Berlin 2006: 197 ff.).

Für die Paternalismusdebatte ist die Unterscheidung von Bedeutung, weil „Theoretiker positiver Freiheit mit mehr Einschränkungsbedingungen operieren als Theoretiker negativer Freiheit“, so daß die „positive Freiheit traditionell als besonders affin für die Rechtfertigung paternalistischer Interventionen, während negative Freiheit hingegen als antipaternalistisches Bollwerk gilt“ (Drerup 2013: 224).

Neben einer gewissen Mißachtung des Willens eines Menschen besteht das zweite wichtige Element (um von Paternalismus sprechen zu können) in der „Intention, das Wohl dieser Person zu fördern“ (Zude 2010: 239). Ein Wohl, das immer in irgendeiner Weise mit Inhalt gefüllt werden muß, und für das Standards des Erreichens definiert werden müssen (letztlich im Sinne eines ‚Perfektionismus‘). Im Zentrum des Paternalismus steht damit das ‚Defizit‘ des Paternalisierten, in das eingegriffen wird. Berlins Unterscheidung sei dabei „einer der sehr wenigen Versuche, eben die dem Paternalismus inhärente Logik zu verdeutlichen“ (Zude 2010: 77; vgl. Garnett 2023: 25 ff.). Isaiah Berlin beschreibt quasi die Generalidee zum ‚Defizit‘, indem er auf die Schwierigkeiten der positiven Freiheit hinweist (s.u.).

Neben den Vorläufern Gotthold Ephraim **Leibniz** (1646 bis 1716) und Immanuel **Kant** (1724 bis 1804) sei insbesondere auf einer anderen Ebene auch noch Erich **Fromm** (1900 bis 1980) erwähnt, der in der *Furcht vor der Freiheit* (1941) neben grundsätzlichen Aspekten (Fromm 2021 [1941]: 80) drei Fluchtmechanismen (ebd.: 103 ff.) unterscheidet: ins Autoritäre (107 ff.), ins Destruktive (133 ff.) oder ins Konformistische (137 ff.); zum unterstellten Selbstoptimierungswunsch (-wahn) und den Sinn des Lebens 190.

Isaiah Berlin lehrte zur gleichen Zeit wie Hart in Oxford und hatte einigen Einfluß auf ihn (Zude 2010: 77). „Die Überlegungen Berlins nehmen vorweg, was kurze Zeit später Herbert L.A. Hart seiner Paternalismusdefinition zugrunde legen wird. Gerade die Aufspaltung des Selbst spielt für das Verständnis des Hartschens Ausdrucks eine zentrale Rolle.“ (ebd.: 82) Gemeinsam ist ihnen auch der Bezug auf Mill (dazu auch Berlin 2006: 257 ff.).

Berlin entwickelt in seiner Schrift (Antrittsvorlesung) das populäre Argument der Unterscheidbarkeit eines wirklichen, idealen oder autonomen Selbst versus eines empirischen oder heteronomen (ebd.: 212). Hintergrund ist dabei nach Drerup die „aus der Romantik stammende Idee eines Kernselbst, das in besonderem Maße die Individualität oder Authentizität des Subjekts repräsentiert“ (Drerup 2013: 355). Die Gefahr bei all diesen Konzeptionen liege dabei offenkundig darin, daß paternalistischen Begründungsmustern „Tür und Tor“ geöffnet werde (ebd.: 356), weil ein Gegeneinanderabwägen letztlich zweier Autonomiekonzeptionen erfolgen und grundsätzlich Defizite innerhalb dieser Person festgestellt werden können.

Isaiah Berlin geht dabei von einer zunächst natürlichen Verfaßtheit des Menschen aus, aus dessen „geistiger Knechtschaft“ – der Abhängigkeit von der Natur und den „ungezügelten‘ Leidenschaften“ – er sich vermittelt seiner Vernunftbegabung befreien könne (2006: 212). Ein in diesem Sinne ‚dominierendes‘ Selbst sei in der Lage, Überlegungen über langfristige Vorteile anzustellen, und sei damit das autonome, ideale oder **wirkliche Selbst**.

Dem gegenüber stehen der „irrationale Drang, das unbeherrschte Verlangen, meine ‚niedere‘ Natur“ und das „Streben nach unmittelbarem Vergnügen“, wofür das heteronome oder **empirische Selbst** steht. Um zur „wirklichen‘ Natur“ zu gelangen, müsse das natürlich gezügelt werden (ebd.).

Einen Schritt weiter kann „das wirkliche Selbst [...] nun als etwas begriffen [werden], das größer ist als das Individuum“, nämlich als „ein gesellschaftliches ‚Ganzes‘, an dem das Individuum nur teilhat...“. In dieser Weise zum ‚wirklichen Selbst‘ erhoben, müßten nun die einzelnen ‚widerständigen Glieder‘ quasi kultiviert werden, was letztlich natürlich ihrem eigenen wahren Willen (Selbst) entspreche (ebd.). „Mit dieser ‚zweiten normativen Annahme‘ bekommt das reale Selbst das Mandat zugewiesen, der Vernunft gegen die irrationalen, unkontrollierten und unmittelbaren Neigungen zu ihrem Recht zu verhelfen.“ (Zude 2010: 79) Autonom sei eine Person dann nur, wenn sie durch ihr wirkliches Selbst bestimmt sei, ansonsten „handelte es sich ‚eigentlich‘ um Fremdbestimmung“ (ebd.).

Fazit. Die Etablierung ‚zweiter Selbst‘ macht es anderen natürlich leicht zu behaupten, etwas nicht nur besser zu wissen, sondern daß das zudem auch noch zu ihrem (eigentlichen) Wohl sei, daß sie selbst aktuell, weil sie „blind, unwissend oder schlecht“ seien (Berlin 2006: 213), nicht nur nicht erkennen könnten, sondern daß sie das auch einsähen, „wenn sie so rational und klug wie ich wären“. Damit lasse sich Zwang „gegen andere zu deren eigenem Wohl“ natürlich leicht rechtfertigen, indem man behauptet, „daß ich besser als sie weiß, was ihnen wirklich nottut“ (ebd.). Als Aufgabe des Paternalisten können also Beseitigungen von Hindernissen angesehen werden, die dem ‚wahren‘ Willen des Handelnden im Wege stehen.

Damit bewegt sich Berlin „an der Schnittstelle, an der weicher Paternalismus in harten Paternalismus übergehen kann, wenn Freiheit an bestimmte Zwecke gebunden wird“ (Drerup 2013: 218; Zude sehe bei Berlin hingegen nur harten Paternalismus). „Berlins Essays zur Freiheit [...] lesen sich daher wie eine Kritik des weichen Paternalismus, in der so gut wie jedes für die Debatte typischen[sic] Argumentationsmuster vorkommt.“ (ebd., Anm. 2).

Dworkin und Feinberg als neuere diskursive Ausgangspunkte

Bei den bisher primär betrachteten rechtsethischen Fragen zum Paternalismus steht am Ende oftmals eine Form konkreten – offenkundigen – Zwangs. In diesem Sinne setzt auch **Joel Feinberg** (in *Legal paternalism* von 1971), die Linie Harts fort und konzentriert sich auf die Freiwilligkeit im Verhältnis zum Paternalismus. Mehr in eine sozialetische Richtung lassen sich auch verstecktere Formen von Paternalismus aufzeigen, wozu das Phänomen weiter gefaßt werden muß, sonst verliert (übersieht) man Formen von Paternalismus, über deren Zulässigkeit dann gar nicht gestritten werden könnte. Grundlage dafür ist eine Arbeit **Gerald Dworkins** (*Paternalism*), die kurz vor der von Feinberg publiziert worden ist (ebenfalls **1971**). Beide gehen von einem ‚starken‘ Begriff von Autonomie aus, sind also sehr voraussetzungsreich (Zude 2010: 246), was paternalistische Interventionen eher einfach ermöglicht (so daß beide einem gemäßigten Paternalismus zugeordnet werden können [ebd.: 247]).

Aktueller Anlaß – und damit historischer Ausgangspunkt – ist die damalige zunächst vor allem rechtsethische Debatte um die geplanten gesetzlichen Regelungen zur allgemeinen **Helm-** und später auch **Gurtpflicht** (Dworkin 1971), und damit das Bestreben des Staates, Motorrad- und Autofahrer „vor sich selbst zu schützen“ (Zude 2010: 156).

Joel Feinberg (1926 bis 2004) ist für heutige (nicht zuletzt medizinethische) Diskussionen insbesondere wegen zweier Punkte von Bedeutung. Zum einen mit seinen Ausführungen zur Bedeutung des Begriffs und einem Standard der **Freiwilligkeit**. Zum anderen durch seine relevante Unterscheidung zwischen **schwachem** („weak“) und **starkem** („strong“) **Paternalismus** – die (nicht immer sehr hilfreich) weiter differenziert worden ist (dazu siehe unten; vgl. Feinberg 1986; 1989).

Gerald Dworkin (geboren 1937) beginnt wegen der größeren Öffnung für Themen außerhalb des Rechtspaternalismus ein wenig eine neue Richtung, die um so präsenter geworden ist, weil er auf die verschiedenen Kritiken und Einwände reagierte und sich quasi selbst ‚optimiert‘ hat (problematischer Weise einhergehend mit einigen begrifflichen Inkonsistenzen).

Nachzuvollziehen auch an seinem eigenen Werdegang (dazu Dworkin 1988: ix, darüber hinaus Drerup 2013: 106, Anm. 300, und Zude 2010: 157 f.). Seine PhD-Arbeit von 1966 bot dafür die Grundlage (Titel *The Nature and Justification of Coercion*); betreut nebenbei bemerkt von Thomas Nagel (ebenfalls 1937 geboren). Es folgten gedanklich Paternalismus als Einschränkung der Handlungsfreiheit 1971 und als Einschränkung der Autonomie 1992. So findet sich ein Wandel der Relevanz für Paternalismus vom Zwang (Thema seiner Doktorarbeit 1966) bis zur Autonomie mit einer ‚autonomieethischen Wende‘ (Drerup 2013: 114) im Jahre 1983 (als Reaktion auf Childress' Autonomiekonzept von 1982; schließlich gipfelnd in seinem Buch von 1988).

Drerup unterscheidet – als Folge Dworkins Reaktionen auf Kritik – „drei verschiedene Paternalismusversionen“ (Drerup 2013: 105): **1971**, „1972 und 1983 erneut abgedruckt“, dann „kleinere Modifikationen (1983) und dann eine neuere Version im Jahr **1992**. Die neueste Version wurde in der stanford encyclopedia of philosophy zuerst im Jahr **2002** veröffentlicht und im Jahr 2005 sowie im Jahr 2010 erneut überarbeitet“ (ebd., Herv. von mir). So ergeben sich „Revisionen der Revision der Paternalismusversionen von Dworkin“, quasi „als Lernprozess“ (ebd.: 121), was im nächsten Kapitel in Form der ‚Elemente des Paternalismus‘ ausgeführt wird.

Drei Charakterisierungen (Definitionen). In der diesbezüglich ersten Publikation von 1971 (mit den Abschnitten I bis VI) – nur um sie soll es an dieser Stelle gehen – finden sich drei „Charakterisierungen“ für Paternalismus. Laut Zude (2010: 161, Anm. 25) ‚definiert‘ er Paternalismus (generell) nicht. Dem widerspricht Drerup (2013: 109, Anm. 312) allerdings mit Verweis auf die neueren Darstellungen, in denen Dworkin eindeutig von ‚Definitionen‘ spreche. Es wird im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter thematisiert...

Die prominenteste (und oftmals einzig rezipierte) ist die **erste** mit Paternalismus als „the interference with a person’s liberty of action justified by reasons referring exclusively to the welfare, good, happiness, needs, interests or values of the person being coerced“ (Dworkin 1971: I). – Paternalismus mit einer Ausübung von Zwang liegt dann vor, „wenn die handlungsleitende Intention auf das ‚Wohl‘ eben derselben Person [...] gerichtet ist“ (Zude 2010: 161). Das „Hauptinteresse der wissenschaftlichen Diskussion“ galt dieser ersten Fassung, die (Gert und Culver

folgend) „rasch zur ‚Standarddefinition‘“ geworden sei, „auf die sich die Debatte ab Mitte der 1970er Jahre weithin bezog“ (ebd.: 163, zudem Anm. 32).

Eine kürzere **zweite** Charakterisierung folgt seinen beiden – ebenfalls berühmten – Themenkatalogen, einem ersten mit elf rechtspaternalistischen Beispielen (staatliche Gesetze, primär also Rechtsnormen) sowie einem zweiten mit fünf weiteren, die noch deutlicher sozialetischer Natur sind. In der zweiten Charakterisierung spricht Dworkin lediglich von der Interferenz mit der Freiheit einer Person für ihr eigenes Wohl (Dworkin 1971: III).

Erst seine **dritte** Charakterisierung als die „elaborierteste Fassung der Dworkinschen Bestimmung von Paternalismus“ (Zude 2010: 163) „captures the heart of the matter“ (Dworkin 1971: IV). Dabei geht es um Eingriffe in das – von außen definierte – ‚Wohl‘ von Personen, die dieses Wohl nicht erkennen (können); genau das, was Mill ablehnen würde (so auch Dworkin 1971). Dabei müßten eine Außen- von der sich davon unterscheidenden Innenperspektive der betroffenen Person unterschieden werden (Zude 2010: 162 f.).

Insgesamt versucht er aber, „berechtigte Maßnahmen von Paternalismus in engen Grenzen begründen zu können“ (Zude 2010: 171). Dazu dient auch das Beispiel über **Odysseus** aus Homers Odyssee, in dem eine Maßnahme im voraus von der betroffenen Person selbst verfügt wird, wodurch in diesem speziellen Fall die spätere ‚Autonomie‘ untergraben werden dürfe.

‚Irrationalität‘. Anders sehe es aus, wenn Personen sich vermeintlich irrational verhielten (Dworkin 1971: VI). Hier zeigten sich – vorgestellt am Beispiel eines Autofahrers, der den Sicherheitsgurt nicht anlegen möchte – zwei Varianten (und damit Möglichkeiten für eine legitime Intervention). Zum einen könne irrational gehandelt werden, weil Werte sehr sonderbar angewandt würden (Verletzungen versus Unannehmlichkeiten durch das Gurtanlegen). Im zweiten Fall würden Risiken nicht richtig eingeschätzt, was ebenfalls als irrational bezeichnet werden könne. Allerdings: „Das Konzept der ‚Rationalität‘ bleibt angesichts der tragenden Funktion in Dworkins Überlegungen unterbestimmt, und so bleibt unklar, welche Kriterien maßgeblich für die Bestimmung von Rationalität bzw. Irrationalität der Individuen herangezogen werden.“ (Zude 2010: 173)

Elemente des Paternalismus: „Bedeutungsspektrum“

Nach dieser kurzen Betrachtung einiger Gedanken aus Dworkins grundlegender Publikation zum Paternalismus von 1971 sollen einige der insbesondere für die Medizin relevanten Kritikpunkte als Weiterentwicklungen zur Sprache kommen. Hier aus der Perspektive der Kritiker – bei Dworkin selbst finden sich diese Anmerkungen aber in neueren Arbeiten ebenfalls wieder (siehe oben). Anhand dieser Kritiken (zu finden bei Zude 2010: 194 ff.) läßt sich auch „das Bedeutungsspektrum des Begriffs sichtbar“ machen, „das sich aus den Teilaspekten der unterschiedlichen Perspektiven zusammensetzen läßt“ (ebd.: 195).

Ergänzend zu den unten genannten Punkten spricht Drerup noch Punkte an, die „in der kommentierenden Diskussion von Dworkins Versionen weitgehend ausgespart blieben...“ (Drerup 2013:

117). Zum einen kommt der „funktionalen Äquivalenz paternalistischer und nichtpaternalistischer Begründungen“ eine Bedeutung zu (ebd., Anm. 345, Herv. entfernt), die bei Dworkin mit der Differenzierung von reinem und unreinem Paternalismus angesprochen wird (Dworkin 1971: III). Nicht nur im medizinischen Kontext wichtiger erscheint aber die „Ausblendung institutionalisierter paternalistisch begründete Arrangements“ (Drerup 2013: 117, Herv. entfernt), weil strukturelle Vorgaben Paternalismus sehr viel einfacher verschleiern können.

Zwang. Wichtiger dritter Punkt der ‚Grundfragen‘ zum Paternalismus (s.o.) ist die nach den ‚Durchsetzungsmöglichkeiten von Sanktionen‘ (Zude 2010: 238). Einem Gesetz kommt dabei natürlich eine ganz andere Bedeutung zu als einer ‚Zwangsmaßnahme‘ im – beispielsweise – Gesundheitswesen. In diesem Zusammenhang insbesondere kritisch Gert und Culver mit Zwang als Teil einer Freiheitseinschränkung und die wiederum als Teil einer Verhaltenskontrolle (ebd.: 196). Fehlende Möglichkeiten der Durchsetzung führen allerdings nicht dazu, daß nicht mehr von Paternalismus gesprochen werden kann, weil die Bandbreite der Beeinflussungen natürlich sehr viel größer ist (siehe ausführlicher unter 4.5; auch Drerup 2013: 111 f.). Außerdem sind Freiheitseinschränkungen auch ohne Zwang möglich (beispielsweise durch Vorenthaltungen).

Die Einschränkung der Informationsfreiheit (Zude 2010: 200 f.) gehört zum Beispiel zu den ‚Vorenthaltungen‘. Allen Edward Buchanan ergänzt dabei Dworkins von Mill übernommene Einschränkung der Handlungsfreiheit: „Ebenso paternalistisch wie die Einschränkung der Handlungsfreiheit sei die wohlmeinende Einschränkung von Informationsfreiheiten. V.a. im Gesundheitswesen sei diese Spielart des Paternalismus weit verbreitet...“ (ebd.: 200); mit hoher Relevanz vor allem für die informierte Zustimmung (ebd.: 201).

Einen Irrtumsvorbehalt – also die ‚Möglichkeit‘, der Paternalist könnte sich mit seinem Versuch einer (letztlich notwendigen) Objektivierung des Wohls irren – ist bereits von John Stuart Mill für relevant erachtet worden (Mill 2010 [1859]: 29 f.). Insbesondere für Fragen im Bereich der Medizin greifen Bernhard Gert (1934 bis 2011) und Charles Culver (1934 bis 2015) auf Mills Argument zurück und erweiterten damit Dworkins Überlegungen (Zude 2010: 198 f.). Das Problem ‚defizitärer paternalistischer Handlungen‘ hängt damit eng mit mangelhafter Kompetenz zusammen.

Autonomie. Ist für Gert und Culver „Paternalismus – in Anlehnung an Gerts Moraltheorie – primär“ ein benevolenter Verstoß gegen die moralischen Regeln (Zude 2010: 199), so widerspricht hier James Childress (im Jahre 1982), weil Paternalismus eben nicht primär die Regelverletzung sei, sondern eine „Zuwiderhandlung gegen eine explizite Willenserklärung“ und damit die „Mißachtung eines fundamentalen Prinzips, nämlich des Respekts vor Personen und deren Autonomie“ (ebd.), also ein „Verstoß gegen diejenige Regel, die die betroffene Person unmittelbar selbst für sich geltend macht“, und damit bewußt gegen den Willen des Patienten, was schon Kants Überlegungen zu einem „prinzipiellen Respekt der Person als Zweck an sich“ widerspreche (ebd.: 200).

Childress hat damit die Autonomie ins (paternalistische) Spiel gebracht, und zwar quasi als Erweiterung der bereits 1977 erschienenen ersten Auflage der *Principles of Biomedical Ethics*. Es folgte damit auch „Dworkins *autonomieethische Wende*, die bereits in den Modifizierungen des Jahres 1983 vorgezeichnet war“ (Drerup 2013: 114, Herv. i. Orig.).

Was ist ‚Autonomie‘?

Wenngleich Paternalismus nicht mit einer Einschränkung von Autonomie gleichzusetzen ist, so kann doch bei ausreichend offenen Definitionen davon ausgegangen werden, daß Paternalismus immer mit einer Einschränkung der Autonomie verbunden ist (so auch Gerald Dworkin). Und so sind auch Begründungen und Rechtfertigungen von Paternalismus letztlich stark von der verwendeten Autonomiekonzeption abhängig (bei denen hier nur westliche Vorstellungen Berücksichtigung finden, vgl. aber zum Beispiel Akabayashi und Nakazawa 2022).

Begrifflich geht es bei der Autonomie von Personen um das Vermögen, selbstbestimmt entscheiden und handeln zu können (altgriechisch *autonomía* = Eigengesetzlichkeit, ‚Selbständigkeit‘; *autós* = selbst; *nómos* = Gesetz), und erst unter dieser Voraussetzung hat ein Eingreifen etwas mit Paternalismus zu tun. Erasmus Mayr schreibt – mit Rückgriff auf John Stuart Mill und Richard Arneson – von der ‚Nicht-Austauschbarkeit‘ der eigenen Entscheidung, weil sie auf der Individualität beruhe und daher nicht von anderen übernommen werden könne (auch wenn sie es vielleicht tatsächlich sogar ‚besser‘ könnten) (Mayr 2010: 57). In einem medizinethischen Kontext heißt es, Selbstbestimmung sei „die Fähigkeit, im Einklang mit den eigenen Zielen zu handeln“ (Wiesemann und Biller-Adorno 2005: 19).

Die Herkunft des Begriffs liegt allerdings bei den griechischen Stadtstaaten, denen es erlaubt worden war, ihre eigenen Gesetze zu erlassen (Dworkin 1988: 12 f., 108; O’Neill 2002: 29); dies stand offenbar insbesondere im Gefolge der Perserkriege (Dietz 2013, gefunden bei Wikipedia). Davon ausgehend entstanden auch erste Vorstellungen einer auf Personen bezogene innere Freiheit – die älteste wahrscheinlich „in der ‚Antigone‘ des Sophokles (aufgeführt ca. 442 v. Chr.)“. Antigones „Frevel bestand darin, ‚*autonomos*‘ zu leben, individuell, nach selbstgesetzter Maxime“ (ebd., Herv. i. Orig.).

Wenn es heute um die genaue Ausgestaltung geht, so beginnen die Schwierigkeiten allerdings bereits bei einer Doppelbedeutung von ‚Autonomie‘ (Riha 2008: 113).

Auf der einen Seite als ein **Recht** (‚Selbstbestimmungsrecht‘), das – eher den abstrakten Formulierungen Kants folgend – aus dem Grundgesetz (Art. 1 und Art. 2) in Verbindungen mit dem Strafrecht abgeleitet werden können.

Auf der anderen Seite als **Fähigkeit**, insbesondere „die Fähigkeit, eigene Entscheidungen zu treffen“ (ebd.), eher Mill und einer individuellen Autonomie folgend. Hier ist allerdings eine weitere Differenzierung erforderlich, weil neben den Fähigkeiten (Kompetenzen) im Bereich einer autonomen Entscheidung gegebenenfalls auch Wünsche (einschließlich möglicherweise ‚unqualifizierter‘ Lebensentwürfe) berücksichtigt werden müssen.

Darüber hinaus sind zwei Hintergründe zu beachten.

- Eine weitgehend unbestrittene Voraussetzung ist ein Mindestmaß an **Rationalität**. Völlig irrationales Verhalten ist schwerlich mit einem selbstbestimmten Verhalten in Einklang zu bringen. Allerdings finden sich hier schon Eingriffsmöglichkeiten (so auch Dworkin 1971), deren Zulässigkeit auch in Frage gestellt werden kann.
- Bestimmungen der Autonomie unterliegen darüber hinaus auch Fragen zur **Mündigkeit** einer Person, man kann auch von positiver Freiheit sprechen (siehe auch oben).

In der Entwicklungspsychologie zeigt sich die Bedeutung der Entwicklung der Autonomie bei Kleinkindern. Geht es bei Säuglingen noch um eine Festigung der Bindungsbeziehungen, so werden sich Kinder im zweiten Lebensjahr zunehmend ihrer selbst bewußt: „Schon einige Einjährige, aber dann fast alle Zweijährigen haben das dominierende Entwicklungsthema ‚Alleine!‘. Sie wollen die Welt erobern, und zwar mit so wenig Hilfe wie möglich.“ (Haug-Schnabel und Bensel 2017: 91) Das Problem dabei liegt auf der Hand: Grenzen. Und zwar zum einen von außen durch die Eltern gesetzt, frustrierender aber vielleicht noch die eigenen, insbesondere im fein- und grobmotorischen, aber auch sprachlichen Bereich (ebd.). „Jedes Kind macht dabei die schmerzliche Erfahrung, dass nicht nur Personen, sondern auch Gegenstände sich ihm bisweilen widersetzen.“ (Largo 2017: 99) Die folgenden Wutausbrüche bis zur Verzweiflung – mitunter begleitet von Affekt- oder Weinkrämpfen (ebd.: 100) – sind auch für Außenstehende oftmals schwer zu ertragen... Dabei ist die Autonomiephase wichtig, „weil jetzt soziale Grenzen erkannt werden“ (Haug-Schnabel und Bensel 2017: 92). Dafür ist es allerdings erforderlich, daß „das Kind erprobt, wann und wozu der eigene Wille taugt“, was bedeutet, daß Eltern hier definitive Antworten geben müssen (ebd.). Auch in der Ich-Form wird dabei meist ab dem dritten Lebensjahr gesprochen. Weitere wichtige Schritte bei der Entwicklung der Autonomie werden während der Pubertät gegangen sowie im Rahmen der zunehmenden Kontrolle durch den präfrontalen Kortex bis zum Alter von etwa 25 Jahren.

Rationalität (und Vernunft)

Laut *Schülerduden Philosophie* (1985: 336) bezieht sich Rationalität in der Philosophie „etwas eingeschränkt auf jede spezifisch menschliche Tätigkeit des begrifflich-diskursiven Erkennens und Denkens“. Das findet sich unter dem Stichwort ‚rational‘ und ist übersetzt mit „vernünftig, zur Vernunft gehörig“. Ähnlich im ‚Handbuch Ethik‘ von Düwell et al. (2006), dort findet sich im Sachwortverzeichnis: „Vernunft, vernünftig (s. a. Rationalität)“. Das *Oxford Dictionary of Philosophy* (Blackburn 2005: 308) sieht hier eine oft vorgenommene Unterscheidung zwischen Mensch und nicht-menschlichen Tieren, wobei umstritten sei, ob Sprache dafür benötigt werde. Versteht man Rationalität (bzw. Vernunft) als etwas Menschliches (LeDoux 2021: 33; Korsgaard 2006: 98 ff.), so würde jede tierliche Handlung als arational bezeichnet werden müssen, in Abgrenzung zur Irrationalität, die wohl prinzipiell die Möglichkeit einer rationalen Handlung voraussetzt. Für ‚zweckgemäßes‘ Handeln im Tierreich müßte dann – unter Vermeidung des Sprechens von einer ‚Zweckrationalität‘ – ein entsprechender (‚menschenfreier‘) Ausdruck gefunden werden.

Anders John Rawls: „In jedem dieser Fälle hat das Vernünftige Vorrang vor dem Rationalen, das jenem absolut unterworfen ist.“, so unterscheidet Rawls in *Gerechtigkeit als Fairneß* (2006 [2001]: 134; gefunden in Sibley 1953).

Drei Fragen stellen sich dabei. Wird normalsprachlich wirklich nicht zwischen rationalem und vernünftigem Denken und Handeln unterschieden? Was folgte daraus inhaltlich (kann beispielsweise ‚unvernünftiges‘ Verhalten dann nie rational sein ... und damit auch nicht autonom)? Was folgte daraus für die Medizin (für die Beurteilung des Denkens und Handelns von Patienten)? Normalsprachlich spricht einiges dafür, daß tatsächlich ein Unterschied gemacht wird zwischen rationalem und vernünftigem Handeln. Vernunft bezieht im allgemeinen eine Wertung der Handlung mit ein, was auch eine Bewertung der Präferenzen ermöglicht. Trotz Vorliegen von Rationalität können so auch die Präferenzen schlecht sein (für die Ökonomen sind sie ohnehin irrelevant [Evans 2019: 98]), womit rationales Handeln dann wirklich als zweckrationales Handeln gesehen werden muß; also zielführend, aber nicht mit einer Wertung versehen. Wird mit der Handlung das intendierte Ziel auch erreicht (wobei hier Kurz- und Langzeitpräferenzen zu berücksichtigen sind)? Man kann (eiskalt) rational einen Mord begehen – aber von einer vernünftigen Handlung spräche man sicherlich nicht. In diese Richtung gingen letztlich auch die Überlegungen der Frankfurter Schule mit der negativen Dialektik (Adorno, Horkheimer und Auschwitz). Insofern überschneiden sich Rationalität und Vernunft in einem großen Bereich, driften aber Richtung **Zweckrationalität** auf der einen und einer **ethischen Bewertung** auf der anderen Seite auseinander, was eine getrennte Betrachtung rechtfertigt.

„Konkurrenz der Rationalitäten“. Ein weiterer Aspekt betrifft die Zusammenhänge mit der Kompetenz, die (nicht nur) in der Medizin viele Anforderungen an die Autonomie ersetzen kann (siehe 4.5). Kann man überhaupt rational handeln, wenn man nicht genügend kompetent ist? Vermutlich ja, und vermutlich auch vernünftig, aber nur bis zu einem gewissen Grad, darüber hinaus würde man die Autonomie absprechen.

Allerdings führt größere Kompetenz nicht unbedingt zu einer einheitlichen rationalen Entscheidung, was Ulrich Beck (1944 bis 2015) mit der „Konkurrenz der Rationalitäten“ beschreibt (Beck 1986: 76 und ff.). Manchmal stehen sich auch trotz großer Kompetenz auf beiden Seiten einfach politisch andere Meinungen – Wertungen von Risiken zum Beispiel – gegenüber.

„Inhalte“: Mündigkeit und positive Freiheit

„Autonomie“ ist nicht nur ein ‚Rechenvorgang‘ im Gehirn, der zu (mehr oder weniger) vernünftigen Entscheidungen führen kann (und in diesem Zusammenhang auch mit Rechten verbunden ist). Sie kann auch mit Inhalten gefüllt (und kritisiert) werden, die sich aus den Lebensvorstellungen eines jeden Einzelnen ergeben. In diesem Sinne findet auch Mills Vorstellung einer *personalen* Autonomie „als eine Fähigkeit, die Individuen besitzen können, indem sie ihr Leben *selbst bestimmen*“ (Gutwald 2010: 77, Herv. i. Orig.) viele Anhänger. Hier muß eine grundsätzliche Beurteilung des Menschen (quasi seiner ‚Rechenleistung‘) erfolgen, hier ist auch die (immer

grundsätzliche) Mündigkeit zu finden. Auf der anderen Seite steht eher inhaltlich die „Autonomie als aktueller Zustand relativ zu einer Entscheidung bzw. einem Entscheidungsbereich“ (ebd. 78, beide Vorstellungen von Autonomie zurückgehend auf Feinberg). Ob wirklich ein jeder der beste Richter über seine eigenen Interessen (Mill) ist, kann natürlich bestritten werden (so auch Hart 1963: 32 f.). Aber es sind *seine* Interessen. Und da spielen Fähigkeiten und Kompetenzen nur eine untergeordnete Rolle.

Es wird noch ausgeführt werden, daß im medizinischen Alltag der erste Teil einer Entscheidung durch Gerichte bedarf, und daß im zweiten Fall besser von Kompetenz gesprochen werden sollte. Aber mit der Überlegung auf der Ebene der Autonomie werden die ureigenen Interessen eines Menschen besser erfaßt, weil seine Autonomie weniger angreifbar für Kritik ist (als seine Kompetenz). Deren Kohärenz läßt sich über weite Strecken ohne Rückgriff auf äußere Maßstäbe überprüfen und entsprechend ‚intern‘ kritisieren (ohne die zugrundeliegenden Wertvorstellungen selbst antasten zu müssen).

In ihrer Gesamtschau würde man ein gelungenes – zumindest auf autonomen Entscheidungen beruhendes – Leben heute auch als **authentisch** bezeichnen (so auch Gutwald 2010: 77). Grundlage sind hier zunächst erneut existenzphilosophische Betrachtungen, die einen guten Hintergrund für wirklich frei gewählte Entscheidungen (im Einzelfall und in ihrer Gesamtinterpretation) bieten – also für alles Recht, frei wählen zu dürfen. Zunächst unter den Voraussetzungen einer negativen Freiheit, dann aber natürlich auch positiv gewendet: Sein Leben mit selbstgewählten Inhalten füllen zu können. Und da Fromm – nicht ohne Berechtigung – im Leben nur *einen* Sinn sieht – „den Vollzug des Lebens selbst“ (2021 [1941]: 190; Herv. i. Orig.) –, eröffnet das natürlich viele Perspektiven. Unterstützt durch den Fortschrittsgedanken Mills, der Individualität geradezu verlangt, gepaart mit seiner Sorge vor ‚Gleichmacherei‘ (s.o.) – hier allerdings unter der Vorstellung, daß zu einem gelingenden Leben auch der Wunsch nach Bildung gehört (entsprechend Wilhelm von Humboldt).

„Autonom ist [dann] eine Entscheidung, insoweit sie mit den eigenen ‚grundsätzlichen Wertvorstellungen und Präferenzen‘ kohärent ist.“ (Zude 2010: 247), womit ein schwacher Autonomiebegriff begründet werden kann – im Unterschied zu einem starken, der sehr viel mehr Voraussetzungen (er)fordert, womit auch Paternalismus natürlich schnell gerechtfertigt werden kann (vgl. dazu auch Dworkins Irrationalitäten [1971 und s.o.]).

Möchte man die Unterscheidung machen, dann trifft man im Rahmen der Individualität eines Menschen sowohl auf die Autonomie (Einzelfallentscheidung) als auch die Authentizität („Lebensentscheidung“), die sich auch gut widersprechen können. Das wäre dann eine der Aufgaben eines Paternalisten (auch Arztes): Auf Inkongruenzen hinzuweisen. Eine autonome Entscheidung bleibt es von Rechts wegen immer (Patientenwille), eine authentische aber noch nicht. Hier spielt die Kohärenz der Entscheidung eine wichtige Rolle, hier kommen aber auch so etwas wie Wünsche erster und zweite Ordnung zum Tragen (Frankfurt 2001 [1971]: 65 ff.), die als Grundlagen der eigenen Kurz- und Langzeitpräferenzen betrachtet werden können.

Unterstellte ‚Defizite‘ und Rechtfertigungen von Paternalismus

Nach der Feststellung, daß es sich in einem vorliegenden Fall überhaupt um Paternalismus handelt (die erste der drei Grundfragen oben), stehen nun Fragen der Plausibilität oder auch ‚Notwendigkeit‘ (zweite Grundfrage) und damit letztlich der Zulässigkeit und Rechtfertigung von Zwangsmaßnahmen im Mittelpunkt (dritte Grundfrage). Der letzte Punkt betrifft konkrete Gesetzesvorhaben, die mit Geboten oder Verboten verbunden sind (Zwang). Im Bereich sozial- und vor allem medizinethischer Fragestellungen sind die Möglichkeiten von Zwangsmaßnahmen begrenzt – die Patientenzustimmung bleibt das letzte Wort (gegen Zwang – nicht aber gegen die Feststellung von Paternalismus). Offengelegt werden sollten die Hintergründe aber in jedem Fall. Versuche, ‚Paternalismus‘ möglichst begrifflich einzuschränken, erscheinen dabei wenig sinnvoll, weil es nur zu einer Verschiebung des Rechtfertigungserfordernisses hin zu anderen Begriffen führt. Wird die Erziehung von Kindern nicht mehr als Paternalismus, sondern als Fürsorge betrachtet (so Dworkin [u.a. in Zude 2010: 239 f.]) – gleiches gilt für die Medizin –, dann muß eben die Fürsorge gerechtfertigt werden (oder man bleibt begrifflich beim Paternalismus).

Die Objektivierbarkeit („Perfektionismus“) ist dabei nur *ein* relevanter Punkt, unterschiedliche Wünsche sind ein *anderer*. Beide setzen die Erkennbarkeit (und das Erkennen) durch die entsprechende **Kompetenz** des **Paternalisten** voraus; die weitverbreitete doch eher Unmündigkeit der Menschen erstreckt sich ja auch auf die Paternalisten (vgl. Vossenkuhl 2022: 126)...

Autonomie und unterstellte Defizite

„Da die Rechtfertigbarkeit von Paternalismus mit dem Autonomiebegriff steht und fällt“, müssen auch „die entsprechenden normativ-perfektionistischen Prämissen“ offengelegt werden, „statt sie zu verschleiern und auf theoretischer Ebene Vorgaben zu setzen, die man in der Praxis nicht einhalten kann“ (Drerup 2013: 431).

Paternalismus setzt bei unterstellten ‚defizitären‘ **Entscheidungen** an, was eine gewisse Objektivierbarkeit voraussetzt (positive Freiheit und ‚inhärente Logik‘, s.o.). Dabei können ‚Mängel‘ auf unterschiedlichen Ebenen unterstellt werden, so daß von einer defizitären Rationalität, einer defizitären Autonomie oder fehlender Kompetenz gesprochen werden kann. Und oftmals überzeugen die Argumente für eine anvisierte paternalistische Intervention. Allerdings – geht man von freien und mündigen Bürgern aus – so muß die letzte Konsequenz, das Auferlegen von Zwangsmaßnahmen (Gebote oder Verbote) doch in jedem Einzelfall **politisch ausgehandelt** werden. Auch plausibel unterstellte (unterstellbare) Defizite können keinen paternalistischen Automatismus auslösen.

Rationalität. Ausgangspunkt war zunächst der Mensch, der im Rahmen der ‚Theorie der rationalen Wahl‘ (engl. *rational choice theory*) letztlich vollständig rational handeln kann. Dem setzten Ökonomen eine Theorie aus der Verhaltensökonomie entgegen: Der US-amerikanische Sozialwissenschaftler Herbert A. Simon (1916 bis 2001) führte 1955/56 den Begriff der

begrenzten Rationalität (engl. *bounded rationality*) ein, bei der der Natur des Menschen praktisch immer nur Rationalität in einem begrenzten Rahmen entspricht (Vossenkuhl 2006: 61 ff.). Insbesondere bei **Dworkin** und **Feinberg** ist Dreh- und Angelpunkt ihrer Paternalismus-begründenden Überlegungen die „Rationalität bzw. Irrationalität des Willens“ (Zude 2010: 223), womit dann schnell nicht mehr von Autonomie gesprochen werden kann (muß). Fehlende Rationalität läßt sich leicht absprechen – aber läßt sich auch „die moralische Zulässigkeit von Paternalismus letztendlich über das Kriterium der Rationalität“ entscheiden (ebd.)?

Kritisch sehen das **Richard Arneson** und **Donald VanDeVeer**, die zwar – Feinberg folgend – die Freiwilligkeit (so Zude 2010: 225 f.) „als maßgebliches Kriterium für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit paternalistischer Interventionen“ ansehen, aber deutlich niedrigere Standards für Rationalität forderten. Der „individuelle Lebensentwurf“ (ebd.: 230) müsse vielmehr maßgeblich entscheiden, womit die Schwelle für berechnete paternalistische Interventionen höher als bei der gemäßigt paternalistischen Position von Dworkin und Feinberg liege (und man von einem gemäßigten Antipaternalismus sprechen könne [ebd.: 246]).

Richard J. Arneson (geb. 1945) bezweifelt, daß sich Rationalität überhaupt eigne und vertritt vielmehr ein „Prinzip der Authentizität“ als Ausdruck einer Konsistenz der Handlungen mit seinen Werten und Präferenzen für die Entscheidung. Wenn damit die Freiwilligkeit einer Handlung gegeben sei, dann könne man von ‚Autonomie‘ sprechen (Zude 2010: 226).

Bei **Donald VanDeVeer** (geb. 1939) steht die Kohärenz der Personen bezüglich ihrer beständigen Werte und Präferenzen im Vordergrund. Er akzeptiert Rationalität, die aber ‚substantiell freiwillig‘ sein müsse, und „subjektiviert den Begriff der Rationalität“, indem „gewisse ‚Irrationalitäten‘ [...] als zur besonderen Rationalität einer Person zugehörig anerkannt“ werden. Sie bildeten so „einen elementaren Bestandteil dieser spezifischen Rationalität oder sogar deren Fundament“ (ebd.: 229). – Mill scheint auf Gesellschaftsebene etwas ähnliches vorzuschweben, wenn er auch teilweise absonderliche Ansichten mit als Motor des Fortschritts betrachtet (Mill 2010 [1859]: 93 f.).

Autonomie. Nachdem der Tauglichkeit einfacher Rationalitätskriterien als Maßstab für berechtigten Paternalismus widersprochen worden ist, bleibt die Feststellung: „Die entscheidenden ethischen Schwierigkeiten im Umgang mit Paternalismuskonzeptionen betreffen das Problem der konzeptuellen Festlegung und Verwendung des Begriffs Freiheit bzw. der Autonomie.“ (Drerup 2013: 113) Auch für Gerald Dworkin bedeutet später (1998) Paternalismus immer die Verletzung der Autonomie (Zude 2010: 204).

Um also Paternalismus rechtfertigen zu können, müssen Maßstäbe an die Autonomie angelegt werden. Dabei kann ein sehr weiter (schwacher – voraussetzungsarmer) Autonomiebegriff (wie bei Arneson und VanDeVeer und ihrem gemäßigten Antipaternalismus) von einem starken Autonomiebegriff unterschieden werden (der zu einem gemäßigten Paternalismus wie bei Dworkin, Feinberg und auch Beauchamp führt [ebd.: 247]).

In jedem Fall zeigt sich hier der wichtige Übergang von schwachem zu starkem Paternalismus (s.u.), indem Autonomie abgesprochen werden kann (dann folgt schwacher Paternalismus). Gelingt das nicht (bei einem voraussetzungsarmen Autonomiebegriff), dann muß von hartem Paternalismus – gegen den Willen (die Autonomie) – des Menschen ausgegangen werden.

‚Perfektionismus‘. Um eine inhaltlich bestimmbare und letztlich auch bestimmte Grundvorstellung – ohne einen Maßstab, an dem eine Entscheidung als ‚unautonom‘ (oder auch irrational) erklärt werden soll – kommt man allerdings nicht herum, denn: „Ohne Minimalbedingungen dafür, welche Handlungen sinnvoller Weise als autonom gelten sollen und welche nicht, würde die Zuschreibung von Autonomie willkürlich.“ (Drerup 2013: 422) Ein „moderater autonomieethischer Perfektionismus“ sei damit Voraussetzung (ebd.: 431), und ein „ehrlicher, offener Perfektionismus [...] einem impliziten, in das Gewand von stark positiven Freiheitskonzeptionen gekleideten Perfektionismus vorzuziehen“ (ebd.: 358). Insbesondere innerhalb der Medizin sind den ‚Wünschen‘ ohnehin Grenzen gesetzt – wenn es um das Wohl des Patienten geht, aber auch, wenn die Verantwortung des Arztes betroffen ist... Denn – auch außerhalb der Medizin gilt: „Die Wünsche und Überzeugungen des Adressaten können auch noch so ‚authentisch‘ sein, *dies bedeutet jedoch noch lange nicht, dass sie wünschenswert sind.*“ (ebd.: 424, Herv. i. Orig.)

Inhärent ist der Unterstellung von ‚Defiziten‘, gemessen an einem objektivierbaren Maßstab, aber natürlich eine „bestimmte ‚paternalistische Skepsis“ (Zude 2010: 81); besser vielleicht: eine Skepsis des Paternalisten. „Je ungewöhnlicher die Handlung und je riskanter deren Folgen für die Person selbst eingeschätzt werden, desto eher kommt die paternalistische Skepsis zu dem Urteil, dass das reale Selbst dieser Person nicht bestimmend wirkt, die Person nicht souverän entscheidet und nicht autonom handelt.“ (Zude 2010: 81) Für die Medizin ein wichtiger Punkt.

Paternalismuskonzepte (und ihre Schwierigkeiten)

Bevor einige wichtige Definitionen unterschiedlicher Arten von Paternalismus vorgestellt werden sollen (und bevor sie anschließend auch in diesem Kontext wieder etwas relativiert werden), sei grundsätzlich auf die doch sehr begrenzten realen Durchsetzungsmöglichkeiten in der Medizin hingewiesen. Soll zum Beispiel bei einem – gerichtlich – für ‚unmündig‘ erklärten Patienten Blut abgenommen werden, der das aber partout ablehnt? Was wäre die Konsequenz? Eine Narkose? Ihn zu viert festhalten? – Natürlich gibt es Umstände, bei denen das erwogen werden sollte. Aber im Normalfall würde man in vielen Fällen einfach nichts tun (nach viel gutem Zureden). Insofern relativiert das natürlich auch jede Unterscheidung die – beispielsweise – auf der Autonomie eines Menschen beruhen soll, weil eben auch bei nicht vorliegender Autonomie nicht jede Handlung zu rechtfertigen ist (Fortsetzung unten bei der ‚Trennschärfe‘; und auch im medizinischen Kontext kommt das noch einmal zur Sprache: 4.5).

Den Anfang einer Differenzierung macht dabei Joel Feinberg (1971), der zunächst die Freiwilligkeit als Maßstab nimmt. Liegt keine Freiwilligkeit vor, so ist ein paternalistischer Eingriff

gerechtfertigt und wird als **schwach** (engl. *weak*) klassifiziert. Hier liegt eine „beeinträchtigte Willensentscheidung“ (Zude 2010: 219) vor – natürlich mit all den genannten Schwierigkeiten bei genau dessen Festlegung. Wird hingegen „gegen dessen *völlig freie Willensentscheidung*“ (ebd., Herv. i. Orig.) gehandelt, so spricht man von **starkem** (engl. *strong*) Paternalismus.

In beiden Fällen wird gegen die ‚Meinung‘ (um es möglichst neutral zu formulieren) des Paternalisierten gehandelt – später hat man deshalb diese Varianten als **hart** (engl. *hard*) zusammengefaßt.

Anders eine vermeintlich liberale Ausprägung des Paternalismus, die im Sinne der Wertvorstellungen des Paternalisierten – Autonomie-orientiert (Fateh-Moghadam 2010: 27) – argumentiert, und die als **weich** (engl. *soft*) bezeichnet wird (vgl. Häyry 1991: 76 f.).

Zur Trennschärfeproblematik. Abgesehen (einmal mehr) davon, daß auch hier Weiterentwicklungen Begriffsverwirrungen verursachten, haben sich im Laufe der Zeit auch inhaltliche Unterscheidungsschwierigkeiten eingestellt (vgl. Zude 2010: 241 f.). Egal, ob man die Freiwilligkeit oder (neuer) die Autonomie als Kriterium verwendet, um zu entscheiden, ob (überhaupt) ‚gegen den Paternalisierten‘ argumentiert wird, so verschwimmen mit deren Definitionsschwierigkeiten natürlich auch die Unterscheidbarkeiten bei den Paternalismusunterformen: Wie sehr ‚gegen‘ den Menschen ist auch gegen seine Autonomie (hart) – oder handelt er gar nicht autonom (schwach) – oder geht es doch nur gegen seine gerade in diesem Moment fehlgeleitete Autonomie, letztlich aber in seinem Sinne (weich).

Isaiah Berlins Frage „nach den ‚zulässigen Grenzen der Ausübung von Zwang‘ [Berlin 2006: 200 ff.] bewegt sich genau an der Schnittstelle, an der weicher Paternalismus in harten Paternalismus übergehen kann, wenn Freiheit an bestimmte Zwecke gebunden wird“ (Drerup 2013: 218). Insofern ist es „häufig äußerst schwierig, reine Formen des weiche[n] Paternalismus und des harten Paternalismus trennscharf abzugrenzen“ (ebd.: 159).

Eine der Folgen (so Zude 2010: 242, Herv. i. Orig.): „Die bei aller Problematik doch ursprünglich *trennscharfe Differenzierung* zwischen starkem und schwachen Paternalismus ist aufgelöst und der Beliebigkeit gewichen.“ Dabei sei es möglich, anhand „der zentralen Frage nach dem Grad der *Freiwilligkeit* einer Handlung“ die Unterscheidung beizubehalten: „*Starker* Paternalismus setzt sich auch über rationale und damit freiwillige Entscheidungen hinweg, während *schwacher* Paternalismus ‚nur‘ Entscheidungen übergeht, die aufgrund nachweisbarer Irritationen, mangelnder mentaler Fähigkeiten oder Informationen irrational und somit in gewissem Sinn ‚unfreiwillig‘ getroffen wurden.“

Was noch hinzukommt: Es ist gar nicht ganz klar, wie eine Förderung der Autonomie zu ihrer Einschränkung steht. Wann ‚hilft‘ ein ‚Autonomie-orientierter‘ Paternalismus – durch Zwang – dem Durchsetzen der (‚eigentlichen‘) Autonomie, ab wann steht die Einschränkung im Vordergrund. Es ist von einigen Faktoren abhängig, vor allem, „wie man Risiko und Wichtigkeit einer Tätigkeit bestimmt *und* je nachdem, welche Autonomiekonzeption man vertritt [...], [ob] man eine Intervention entweder als *Ermöglichung oder Einschränkung* von Autonomie interpretieren

kann...“ (Drerup 2013: 159, Herv. i. Orig.). Insofern „... ist [...] zuzugeben, dass sich die Grenze zwischen Absicherung von Autonomie und Optimierung von Rationalitätsbedingungen kaum trennscharf ziehen lässt“ (Fateh-Moghadam 2010: 34).

Beim libertären Paternalismus geht der Paternalist von einer noch offenkundigeren Zustimmung der Person zu einer vermeintlich richtigen Entscheidung aus, so daß diese ‚praktisch automatisch vorausgesetzt‘ werden kann.

Der libertäre Paternalismus wird meistens mit den beiden Amerikanern Richard H. Thaler (Alfred-Nobel-Gedächtnispreis für Wirtschaftswissenschaften 2017) und Cass Robert Sunstein in Verbindung gebracht, denen zufolge sich ein weicher (ihr libertärer) Paternalismus darauf stütze, „die Fehler in der Rationalität des Individuums“ – lediglich müßte man fast schreiben – „*korrigieren* [zu] wollen“ (Gutwald 2010: 76, Herv. i. Orig.; vgl. Thaler und Sunstein 2011 [2008]). Weil der Mensch träge sei, müsse dem subtil entgegengewirkt werden – beispielsweise, indem die Süßigkeiten im Supermarkt weiter oben im Regal aufzufinden sein sollten. Oder aufgemalte Fliegen in Pissoirs (am Amsterdamer Flughafen zum Beispiel), die zu mehr Treffsicherheit führten.

Offenlegung und Transparenz stehen dabei nicht im Vordergrund, weil den libertären Paternalisten ihre Ziele zu offenkundig ‚gut‘ erscheinen. Hintergründe für die Süßigkeiten im Supermarkt (oder die Fliegen) ließen sich auch (plausibel) offenlegen. Das wäre zwar immer noch Paternalismus, aber fair (erklärend) und hätte zudem im Effekt keine negativen Konsequenzen für das intendierte Ziel: Träge bleibt der Mensch ja. Nur veralbert wird er nicht mehr. Entscheidender ist hier nämlich die Kompetenz der Paternalisten. Bei den Fliegen gibt es nicht viel zu diskutieren – und die ‚Beeinträchtigung‘ der ‚Pinkler‘ hält sich sehr in Grenzen. Bei Nahrungsmitteln (bis hin zur Frage einer ‚Zuckersteuer‘) schaut das schon problematischer aus. Was ist wirklich (langfristig gesichert) gesund?

Von einem allgemeinen Konsens des zu erreichenden Ziels kann also in vielen Fällen nicht wirklich ausgegangen werden, in dessen Richtung der Einzelne dann lediglich ‚geschubst‘ werden müsse. In jedem Fall wird die Autonomie untergraben. – Und auch wenn libertärer Paternalismus durchaus bei Gesundheitsfragen eine Rolle spielt (und auch im Rahmen von Fürsorge gesehen wird), so führen ihn ausgiebige Transparenz und Offenheit schnell auf den Weg eines normalen weichen Paternalismus zurück (mit all den dort beschriebenen Beschränkungen).

Ausblick: Zur Relevanz für die Medizin

Für den medizinischen Bereich ergeben sich einige Besonderheiten (die insbesondere unter 4.5 zur Sprache kommen werden). Sowohl die Bedeutung der Autonomie als auch die der Grenzen, aber auch Pflichten des Paternalismus müssen die besonderen Umstände einer stets asymmetrischen Arzt-Patienten-Beziehung berücksichtigen.

‚Autonomie‘. Auf der einen Seite ist es natürlich ein wichtiger Gedanke, einen betroffenen Menschen selbst entscheiden zu lassen und ihm damit etwas zuzutrauen, ihn also möglichst nicht zu bevormunden (als Staatsbürger in einer Demokratie und als Patient). Der Fokus dieser Arbeit

liegt bei genau den mündigen (für mündig erklärten), wenngleich unterschiedlich kompetenten, aber immer grundsätzlich autonom handelnden Erwachsenen. Anders formuliert geht es um die Frage, was der einzelne für sich selbst als das Beste hält. Im Grunde mehr noch: „Ein Liberaler muss einer Person also damit auch das Recht einräumen, sich fehlerhaft zu verhalten.“ (Gutwald 2010: 84)

Auf der anderen Seite sollte aber genau das für die Medizin – unter der Verantwortung eines Arztes – in Frage gestellt werden. Viele Menschen bringen eben nicht die erforderlichen Ressourcen (Klugheit, Weitsicht, ...) mit, um in einem komplexen System die ‚objektivierbar‘ richtigen Entscheidungen treffen zu können. Und ja, „Autonomiekonzeptionen, die auf asymmetrische Beziehungen angewendet werden, kommen ohne verbindliche Vorgaben nicht aus, da sie die Bestimmung dessen, was als Einschränkung/unangemessene Optionen etc. gelten soll und was nicht, nicht vollständig von den Werten des Adressaten abhängig machen können“ (Drerup 2013: 430 f.). Ein Stück weit muß es einem Arzt egal sein, was die persönlichen Präferenzen des Betroffenen sind. Wenn etwas medizinisch nicht vertretbar ist, dann darf ein Arzt keine Indikation stellen (siehe 4.4). Der Entscheidungsrahmen ist ein anderer: ein medizinischer.

‚Paternalismus‘. Insgesamt erkennen auch „die entschlossensten Antipaternalisten“ an, daß es „legitim sein kann Personen vor sich selbst zu schützen, etwa wenn es sich um Minderjährige handelt, um Personen, denen die erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit fehlt oder um grundsätzlich kompetente Erwachsene, die aber aufgrund von Informationsdefiziten nicht genau wissen, was sie tun“ (Fateh-Moghadam 2010, S. 26 f.). Übertragen auf die Medizin – und ganz generell asymmetrische Beziehungen – können diese Defizite natürlich grundsätzlich unterstellt werden, was jedes Gespräch zwischen Arzt und Patient legitimiert paternalistisch werden läßt: Entweder durch Erklärungen (bis zur Überredung) als weicher („softer“) Paternalismus *mit* der Autonomie des Patienten. Oder bei dessen Nicht-Einsichtsfähigkeit als schwacher („weaker“) Paternalismus *ohne* dessen Autonomie. – Die Grenze des Paternalismus wird spätestens bei Fragen der Durchführbarkeit gezogen und hängt am Patientenwillen und damit an seiner Zustimmung. Für Dworkin (1971: VI) ist der Grundgedanke der Einwilligung entscheidend und der einzig akzeptable Weg, eine „area of justified paternalism“ einzugrenzen.

Fazit. Die zentrale Frage bleibt letztlich, wie sehr (oft) es in der Medizin überhaupt um andere als fachliche Fragen geht. Ob die ‚Authentizität‘ des Patienten sehr im Vordergrund steht oder ob die primäre Aufgabe des Arztes nicht doch ist, ihm die beste Therapie zukommen zu lassen (und ‚Autonomie‘ – über die ‚finale Zustimmung‘ hinaus – damit die falsche Ebene ist).

Entgegengehalten werden müssen dem sicherlich die zahlreichen **Irrtumsmöglichkeiten** in der Medizin (siehe oben): Die Geschichte der Medizin liest sich wie eine Geschichte von Irrtümern. – Allerdings liegt das Problem dabei innerhalb der Profession selbst, die darauf auch reagieren müßte. Selbst ein mündiger Patient dürfte nur selten bessere Vorschläge machen können (abgesehen davon, daß das nicht seine Aufgabe sein kann; dazu auch 4.3).

Letztlich spielt es in der Praxis insofern wahrscheinlich keine große Rolle, in welcher Weise ein Patient sich in den Augen des Arztes irrational, unvernünftig, unautonom oder wenig authentisch verhält. Ein Abgleich des Ergebnisses der Vorstellungen des Patienten mit den Vorschlägen des Arztes wird dessen Verhalten bestimmen, den Patienten zu überzeugen (oder sich selbst von einer indizierbaren Alternative überzeugen zu lassen). Letztlich also kommt es auf das Ergebnis an, nicht auf die Frage, wo ‚Mängel‘ sein könnten.

Entscheidend ist aber auch, daß die Erkenntnis dieses ‚objektiv Guten‘ durch den Arzt nicht rechtfertigt, den Patienten ‚paternalistisch‘ im bevormundenden Sinne zu behandeln (einschließlich des Vorenthaltens von Informationen). – Nicht zuletzt, weil so die Entscheidung mit Hilfe des Patientenwillens unmöglich wird. Darüber hinaus sind den Möglichkeiten der Durchsetzung in der Medizin enge Grenzen gesetzt (selbst in Fällen vorliegender erwiesener Unmündigkeit).

Verantwortung

Es mag überraschen, daß der Begriff der Verantwortung zwar im Kontext ethischer Debatten irgendwie immer mitschwingt, daß ihm aber in systematischen ethischen Darstellungen nur selten eine prominente Stellung zuerkannt wird (wodurch ein Projekt ‚Verantwortungsethik‘ nachvollziehbar wird). Ein Grund dafür könnte sein, daß die *rechtliche* Verantwortung im öffentlichen Diskurs einen breiteren Raum einnimmt, und daß die Ethik ihr mitunter dieses Feld überläßt.

Dabei hat schon Aristoteles im dritten Buch der *Nikomachischen Ethik* entscheidende Grundlagen zu Verantwortlichkeiten auch für die Ethik gelegt. Seine Lehre sei dabei weiterentwickelt worden und präge bis heute „die Strafrechtstheorie und das philosophische Nachdenken über Verantwortung, Handlung, Freiheit und den Begriff der Person“ (Werner 2006: 543).

Im Vordergrund des Begriffs ‚Verantwortung‘ habe dabei zuerst ihr retrospektiver Aspekt gestanden, mit dem es insbesondere um die Zuschreibung von Schuld gegangen sei, „während dasjenige, worauf der prospektive Verantwortungsbegriff zielt, noch längere Zeit ausschließlich mit dem Begriff der Pflicht bezeichnet“ worden sei, was sich erst im 20. Jahrhundert geändert habe (ebd.: 544). Der deutsche Begriff der ‚Verantwortung‘ werde seit dem 15. Jahrhundert verwendet, eine systematische Debatte um den Begriff erfolgte seit dem 19. Jahrhundert (ebd. 543).

Im Wort ‚Verantwortung‘ steckt dabei wahrscheinlich nicht zufällig die ‚Antwort‘ und letztlich die Aufforderung, Antworten zu geben auf spezielle Fragen. „Gewöhnlich verstehen wir Verantwortung im Sinne einer Rechenschaftspflicht“, wobei wir „unserem Ursache-Sein gerecht [werden], wenn wir unserer Rechenschaftspflicht nachkommen“ (Vossenkuhl 2006: 165) Dabei werden Fragen zur Urheberschaft, zum Gegenstand der möglichen Verantwortung und zur Instanz gestellt, gegenüber der man verantwortlich gemacht werden soll. Die „Praxis des ‚Für-etwas-Rede-und-Antwort-Stehens““ (Werner 2006: 541) zeigt das ebenfalls an, und so ergibt sich ein mehrstelliger Relationenbegriff, wobei Micha H. Werner vier Relationen bevorzugt: „Jemand (Subjekt)

ist für etwas (Gegenstand) vor oder gegenüber jemandem (Instanz) aufgrund bestimmter normativer Standards (Normenhintergrund) [...] verantwortlich.“ (ebd.: 543, Herv. entfernt).

Der Rechenschaftspflicht folgt unmittelbar der **Zuschreibungsbegriff**, bei dem zwischen einer retrospektiven (zurückblickenden) und einer prospektiven (vorausschauenden) Bedeutung unterschieden werden kann. Man ist dabei oftmals prospektiv verantwortlich, wird aber (erst) retrospektiv zur Verantwortung gezogen. – Und zwar primär als Einzelner, was in komplexen Systemen an seine Grenzen stoßen kann (s.u.).

Im Zentrum der Zuschreibung von Verantwortung im **retrospektiven** Sinne steht die Kausalität, indem einer Person die Ursache einer Handlung direkt zugeschrieben werden kann. Hier liegt Verantwortung im Sinne einer klassischen Handlungsverantwortung vor; und zwar als Zurechnungs-, Rechtfertigungs- oder Rechenschaftsverantwortung (Werner 2006: 542). Und im Zweifel kommen hier auch Schuld und Haftung ins Spiel.

Bei der **prospektiven** Verantwortung hingegen steht die Erfüllung bestimmter Aufgaben im Vordergrund, was eng mit dem Pflichtbegriff verbunden ist. Dabei könne die „*Fürsorgeverantwortung*, die Pflicht zur stellvertretenden Sorge für die Interessen anderer Wesen [...] als Spezialfall der prospektiven Verantwortung begriffen werden...“ (Werner 2006: 542, Herv. i. Orig.). Hier kommt auch die „Verantwortung als Sorge“ (Vossenkuhl 2006: 164 ff.) zum Tragen, wobei diese allgemeiner und nicht als ‚Spezialfall‘ gedacht ist.

Ein weiterer Aspekt betrifft noch einmal den aristotelischen Gedanken der für eine ethische Verantwortbarkeit erforderlichen Möglichkeit, daß man in einem vorliegenden Fall auch anders hätte handeln können. Gemeinhin wird bei der Verantwortungszuschreibung von Einzelakteuren ausgegangen ... auch wenn dies den systemischen Hintergründen vielleicht gar nicht gerecht wird. Und so schreibt Carola Seifart einen Artikel „Zur Notwendigkeit der Reflexion von Behandlungsfehlern als überindividuelles Verantwortungsproblem“ (Seifart 2013: 155 und ff.).

Neben der für die Konsequenzen wichtigen „Doppelstruktur der moralischen Dimension beim Umgang mit Behandlungsfehlern“ (ebd.: 162; vgl. ebd.: 159), bei der es zum einen um die fehlerhafte Handlung selbst geht, und zum zweiten um die zahlreichen negativen Folgen der Handlung (für alle Beteiligten, die Medizin und die Gesellschaft [ebd.: 160]), fordert sie vor allem eine „[n]otwendige Erweiterung der Verantwortungszuschreibung“ (ebd.: 162), die neben den Individuen auch die systemisch Verantwortlichen mit einbezieht. Eine individuelle Verantwortungszuschreibung sei in früheren Zeiten, als der Arzt alleine zuständig war, kein Problem gewesen. „Für das heutige Medizinsystem ist diese Konstruktion unzureichend und führt zu Verantwortungslücken.“ (ebd.: 164)

Zwar gibt es schon länger neben einem eher individualistisch gedachten Übernahmeverschulden auch das systemisch zu verantwortende Organisationsverschulden. Von der Ablösung eines individuellen durch ein systemorientiertes Fehlermodell – hier ist das von James Reason (2000) erwähnt (ebd.: 169 f.) – könne in der Medizin aber bisher keine Rede sein, und damit fehle grundsätzlich die Möglichkeit einer ‚kohärenten Verantwortungszuschreibung‘ (ebd.: 170).

4.2 Architektur des ärztlichen Gesprächs

Die Architektur des ärztlichen Gesprächs ergibt sich primär durch den Rechtsrahmen mit der Indikation als Ausdruck der ärztlichen Entscheidung (als Empfehlung) und der ‚informierten‘ Zustimmung des Patienten auf der anderen Seite. Zwischen den beiden Polen liegt das Feld des ärztlichen Gesprächs.

Die medizinische Entscheidung – als **Indikation** mit einer Empfehlung für die weiteren Maßnahmen – beruht auf der Kompetenz des Arztes: Bei keiner der drei Säulen der medizinischen Hintergründe (siehe Kapitel 3) reicht ‚Alltagswissen‘ für eine kompetente Beteiligung an den Überlegungen. Selbst Ärzte als Patienten können die Medizin außerhalb ihres Fachgebietes nicht wirklich beurteilen. Als Konsequenz liegt die alleinige Verantwortung für die fachliche Entscheidung beim behandelnden Arzt.

Nach der Entscheidung, eine bestimmte Maßnahme (oder mehrere) vorzuschlagen (im Rahmen der Indikationsstellung), und den Patienten darüber in Kenntnis zu setzen (zu **informieren**), geht sowohl die juristische als auch (berufs-) ethische Verantwortung darüber hinaus. Sollte sich der Patient nicht spontan überzeugen lassen, ist der Arzt aber von der Notwendigkeit (oder mindestens Sinnhaftigkeit) der Maßnahme überzeugt, so obliegt es ihm, Überzeugungsarbeit zu leisten: Paternalismus in seiner ‚guten‘ (erforderlichen) Form. Theoretisch bestehen hier im Rahmen des Gesprächs zwischen Arzt und Patient viele Möglichkeiten der Interaktion, die aber oftmals nicht in wünschenswerter Weise genutzt werden. Insbesondere werden indizierbare Alternativen nicht immer oder nicht in angemessener Weise vorgestellt (4.4). Nur in diesem Rahmen aber wäre so etwas wie eine ‚gemeinsame Entscheidungsfindung‘ (4.3) möglich. – Und ob für eine angemessene Darstellung möglicher Alternativen Patientenautonomie erforderlich ist, oder ob nicht schon Patientenrechte ‚ausreichen‘ wären ebenfalls zu diskutieren (4.4 und 4.5).

Für die Zustimmung des Patienten als Ausübung des **Patientenwillens** war aber zumindest historisch die Feststellung erforderlich, daß das Recht (Körperverletzung) auch für ‚Heileingriffe‘ zählt, wofür die (abstrakte) Autonomie zumindest im Hintergrund eine indirekte Rolle spielte. Darüber hinaus sorgte sie (als konkrete Autonomie) dafür, daß auch unsinnig erscheinende (oder wirklich unsinnige) Entscheidungen unter das Gesetz fallen (und damit [juristisch] zu akzeptieren sind). Heutzutage wird Autonomie für die ‚reine‘ Zustimmung als Hintergrund nicht benötigt.

Das Kapitel geht von der Annahme aus, daß ‚beide Parteien‘ letztlich ein **gemeinsames Interesse** – die Gesundheit oder Gesundung des Patienten – zum Ziel haben. Weniger historisch als vielmehr in der Natur der Sache liegend, ergeben sich allerdings Inkongruenzen bei den Entscheidungskompetenzen, die (historisch mitbedingt) oftmals von unangemessenen Umgangsformen überlagert werden. Nach einigen grundsätzlichen Überlegungen zur **Kommunikation** zwischen Arzt und Patient kommen die sich aus historischen und juristischen Gründen entwickelten **idealtypischen Entscheidungsfindungsmodelle** (in der Medizin) zur Sprache, die vorgestellt und letztlich – als ‚Alternative‘ – zusammengeführt werden. Ein Blick in die heutige

Rechtslage – einschließlich einiger Konsequenzen und anknüpfend an die Entwicklungen im 19. Jahrhundert (2.2) – zeigt, welche Möglichkeiten Patienten heute haben, und soll den Boden bereiten für die Frage, ob das (bereits) ausreicht, um den hier aufgezeigten Problemen gerecht zu werden.

Gemeinsame Interessen?

Grundsätzlich sollte man davon ausgehen können, daß Patienten und Ärzte das gleiche Interesse verbindet: Die bestmögliche Wiederherstellung der Gesundheit, das Vermeiden von (auch Wieder-) Erkrankung oder zumindest das Ermöglichen gut erträglicher letzter Stunden. Für die ‚Zusammenarbeit‘ zwischen Arzt und Patient im Grunde ideale Voraussetzungen. Über die Krankheiten sind Patienten und Ärzte miteinander in gegenseitigem Interesse verbunden, zumal sich die Profession der Ärzte überhaupt erst gebildet hat, weil es Krankheiten (und damit Patienten) gibt.

Das Interesse, bei dem „einzig das Interesse des Patienten“ relevant ist, sei dabei „so prinzipiell, dass der Patient erwarten darf, *sein* Interesse sei zugleich das seines Arztes...“ (Achenbach 2023: 59 f., Herv. i. Orig.)] Auf diesem Boden gemeinsamer Interessen wäre natürlich auch das Entstehen von **Vertrauen** einfach möglich. „Die Medizin ist nicht die Garantie für die Wendung der Not, aber sie ist das implizit gegebene Versprechen, dass diese Not ernst genommen wird und als einzig handlungsleitendes Motiv gilt.“ (Maio 2023: 121)

Und selbst wenn es dem Arzt letztlich egal sein kann, *welche* der Maßnahmen aus den verantwortbaren (indizierbaren) Alternativen der Patient wählt (Machtfragen außenvorgelassen) – *daß* eine Auswahl im Sinne des Gesundens vorgeschlagen wird, darauf kann der Patient vertrauen. Darüber hinaus dienen die gemeinsamen Interessen auch als Basis für **Paternalismus** als – ebenfalls – verbindendes Element: ‚zum Wohle des Anderen‘.

Eine erste entscheidende Frage bleibt allerdings, ob sich Ärzte für die **Krankheiten oder** für die **Patienten** interessieren. Die Sorge für erkrankte Menschen ist so alt wie die Menschheit selbst, Pflege dürfte es in diesem Sinne schon immer gegeben haben, und auch so etwas wie eine ‚ärztliche Kunst‘ ist entsprechend alt. Irgendwann dürfte zum Interesse am Menschen aber auch ein Interesse an der Erkrankung selbst hinzugetreten sein.

Schon historisch früh bestimmten Theoretisierungen auf der einen Seite (mit der Humoralpathologie als Konzept) und technische Lösungen auf der anderen Seite (Wundärzte und später Chirurgen) die Medizin, und Fragen der **Machbarkeit** spielten immer eine Rolle, was Patienten auch zu einem Mittel zum Zweck werden läßt.

Interesse des Arztes an seinem Beruf, an der Medizin – sogar unabhängig vom Patienten – wäre aber oft schon ein Fortschritt. Seine Sache gut machen zu wollen, kann nur – da Patienten mindestens das ‚Objekt‘ dieser Arbeit sind – im Interesse der Patienten passieren. Wenn man allerdings zum Beispiel betrachtet, daß es Orthopäden häufig ums Operieren selbst geht – mit mitunter der Unterschlagung möglicher konservativer Alternativen, und daß es außerdem

oftmals weniger um die Wiederherstellung einer Funktion geht – das müssen Ergotherapeuten übernehmen – so stellt sich schon die Frage, worin genau das Interesse besteht.

Die zweite Frage betrifft das Interesse am Patienten, am Menschen selbst, das noch einmal auf einem anderen Blatt steht. Fehlendes Interesse ist zumindest in Anbetracht der häufig angegebenen Motivation für ein Medizinstudium – ‚mit Menschen zu tun haben, ihnen helfen‘ – bemerkenswert. Später kommen dann doch auch andere Motivationen ins Spiel, nicht zuletzt ein gutes Auskommen (selbst im Hippokratischen Eid wird darauf schon Bezug genommen).

Wie zum Beweis, daß diese ‚empathische Seite‘ verlorengegangen ist, setzen Universitäten mittlerweile auf Schauspielerei in der Medizinerbildung. Für strukturierte medizinisch-fachliche Prüfungen gibt es noch Argumente. Aber das Erlernen einer „vertrauensbasierte[n] Kommunikation“ im Sinne einer „Beziehungsmedizin“ (Achenbach 2023: 51) kann nur dazu führen, daß die Medizinstudenten „lernen, etwas vorzumachen. Sie lernen, dem Gegenüber den Eindruck zu vermitteln, sie *seien* an ihm interessiert.“ (ebd.: 52, Herv. i. Orig.)

Rechtshistorisch zeigt sich die unterschiedliche Auffassung der Interessen bereits an den erforderlichen Beschränkungen der ärztlichen Möglichkeiten durch das Urteil im ‚Hamburger Fall‘. Bemerkenswert – bei doch ‚eigentlich‘ gleichen Interessen – mußten Selbstverständlichkeiten in Gesetze gegossen werden. Und bis heute sehen Ärzte Patientenrechte (die sie nebenbei auch gegen Haftungsansprüche schützen) als Angriffe auf ihre Kompetenz (und wahrscheinlich nicht unerheblich: Macht). Dabei sollte es doch auch im ureigenen Interesse der Ärzte liegen, daß ihre Patienten ausreichend informiert einer Maßnahme zustimmen.

Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Die rechtlich-fachlichen Rahmenbedingungen werden ‚flankiert‘ und deren Inhalte werden transportiert durch die Kommunikation zwischen den beteiligten Partnern. Dabei spielt zunächst der konkrete **zwischenmenschliche Umgang** eine Rolle (nicht zuletzt auch für die Diskussionen über den Paternalismus). Ein überflüssiges Teilkapitel, hielte man sich an Selbstverständlichkeiten. Basis einer gelingenden Kommunikation sind darüber hinaus ähnliche Vorstellungen von **Begriffsinhalten** und eine vergleichbare Vorstellung von der Art der **Erklärungen** – hier gründen einige weitreichende Kommunikationsschwierigkeiten. Dabei dürfen auch die Unsicherheiten sowie Irrungen und Wirrungen der (nicht nur medizinischen) Wissenschaft nicht unerwähnt bleiben (siehe auch 3.1). Fehlende Demut prägt zusätzlich die Umgangsformen, worunter schließlich die gesamte **Kommunikation** leidet, weil sie die (unterschiedlichen) Realitäten von Arzt und Patient nicht zusammenzubringen vermag. Darüber hinaus „sollte nicht unterschätzt werden, dass für den Patienten in der Arzt-/Patientenkommunikation zumeist mehr auf dem Spiel steht als für den Arzt“ (Nassehi 2010: 343).

Vertrauen. Zwischen all den rechtlich-fachlichen und zwischenmenschlichen Verhältnissen sollte natürlich im günstigsten Fall so etwas wie Vertrauen entstehen. Allerdings kann das nur (quasi als ‚Sublimat‘) am Ende der für eine Arzt-Patienten-Beziehung relevanten Elemente

stehen und nicht direkt intendiert werden. Echtes Vertrauen kann sich nur nebenbei ergeben, ein grundsätzliches Vertrauen in das ‚System Medizin‘ bleibt davon zunächst unberührt (dazu 5.2 und 5.3).

Umgangsformen. Nachdem viele Selbstverständlichkeiten – mindestens im Hintergrund mit dem Verweis auf die (weniger Patienten-, eher allgemeine) Autonomie – rechtlich umgesetzt worden sind (‚Stellung der Heileingriffe‘), bleibt die Kritik am (nun beschränkten) Paternalismus bestehen. ‚**Wertschätzung**‘ sollte man nicht lernen müssen. Als Arzt schon gar nicht.

Ein Großteil der Kritik dürfte sich dabei direkt auf zum Teil respektlosen Umgang einzelner Ärzte ihren Patienten gegenüber beziehen. Eine alt-paternalistische, bevormundende Einstellung, die ihre Wurzeln und maximalen Ausprägungen im 19. Jahrhundert erfahren hat (siehe 2.4), steht einem ‚normalen‘ zwischenmenschlichen Verhältnis im Wege. Eingefordert wird eine Anerkennung des Gegenübers als **ernsthaften Gesprächspartner**. Insgesamt scheint es dabei aber nicht um Fragen der Patientenautonomie zu gehen, sondern eben um sehr viel ‚weniger‘. Denn es ist tatsächlich natürlich nicht zu rechtfertigen, daß man als Arzt einfach so, ohne anzuklopfen, ins Zimmer stolpert. Oder dem Patienten ins Wort fällt (mit Grenzen des Zuhören-Könnens...) oder ihm über Abfrage der vermeintlich erforderlichen Informationen hinaus nicht zuhört. Um das festzustellen, ist aber kein Hinweis auf Patientenautonomie erforderlich; hier genügt der Verweis auf normale Umgangsformen.

‚**Kommunikation**‘. Wengleich in dieser Arbeit die These vertreten wird, daß es *prinzipiell* nicht möglich ist, Patienten durch Kommunikation in eine Lage zu versetzen, wirklich fachlich (mit-) entscheiden zu können, so heißt das keinesfalls, daß auf Kommunikation verzichtet werden kann (vgl. auch Bechmann 2014, insbesondere 100 ff.). Im Gegenteil gibt es hier großes Verbesserungspotential, wobei die Schwierigkeiten allerdings sehr viel grundsätzlicher sind, als es der Verweis – beispielsweise – auf die ‚unverständliche Medizinersprache‘ suggerieren könnte.

Aufbauend auf die generelle Problematik der Begrifflichkeiten (3.1) und die Erklärungsschwierigkeiten insbesondere in der Medizin scheinen vier Aspekte bei der Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine besondere Rolle zu spielen. Es schließen sich zwei Abschnitte über die Relevanz der daraus resultierenden Kommunikationsschwierigkeiten an.

- Inhalte zu kommunizieren, setzt voraus, daß man sie selbst ausreichend verstanden hat. **Mangelnde Kompetenz** auf Arztseite (1) – systembedingt und persönlich – verhindern hier gelingende Kommunikation.
- Die ‚**Medizinersprache**‘ (2) stellt nur bedingt ein Problem dar.
- Fachlich-wissenschaftliche **Unsicherheiten** und **Widersprüche** (3) müssen in jedem Fall kommuniziert werden, damit die Medizin glaubwürdig bleibt.
- Und schließlich die Feststellung, daß **Erfahrung** und **Urteilkraft** (4) sich nicht kommunizieren lassen (absolute Grenzen der Kommunikation), sondern nur deren Ergebnisse.

All dem liegt im Zweifel noch ein grundsätzliches Einstellungs- oder Haltungsproblem zugrunde, das sich in respektlosen Umgangsformen und einer möglicherweise ‚klassisch-paternalistischen‘

(bevormundenden) Grundeinstellung zeigt. Wird Kommunikation als grundsätzlich lästig empfunden, und sieht man das vermeintliche Ziel der echten Mitentscheidung als ohnehin unerreichbar an, dann steht man zunächst noch vor ganz anderen Herausforderungen.

Mangelnde Kompetenz auf Arztseite (1). Anknüpfend an die Schwierigkeiten bezüglich der Begriffe und Erklärungen setzen alle Erklärungen an Laien gerichtet voraus, daß die zu vermittelnde Thematik sehr grundsätzlich verstanden worden ist. Die Basis ist dabei – wie in 3.1 ausgeführt – der gesunde Mensch, wie er im Rahmen der Vorklinik des Studiums vermittelt wird. Da in diesem Bereich erhebliche Defizite bestehen – inhaltlich und bezüglich ihrer Anerkennung – liegt das Kommunikationsproblem hier weniger bei der komplexen Welt selbst, sondern in einem mangelhaften Verstehen auf Arztseite, so daß an eine gelingende Kommunikation gar nicht zu denken ist (ein Problem, das auch für weite Bereiche der Schule gilt). Die Flucht in die Fachsprache (s.u.) ist dabei auch als Symptom dieses Phänomens zu sehen (und nicht als das Problem selbst). Je weiter entfernt der ‚Empfänger‘ ist (Kinder, Laien), desto mehr muß man **verstanden haben**, um sinnvoll etwas erklären zu können. Da das nicht der Fall ist, ist die ‚medizinische Fachsprache‘ über weite Strecken **doppelt nicht anschlussfähig** an die Normal-sprache der Patienten.

Auf diese Weise scheitern die meisten **Visiten**, weil die Patienten erstens Erklärungen statt schlichter Faktenpräsentation suchen (was von Ärzteseite oft nicht verstanden wird, s.o.), und zweitens wegen des Kompetenzproblems (wiederum auf Ärzteseite) gar nicht die Möglichkeiten des Erklärens bestehen. Anders formuliert: Es wird eine ganz andere Art von Wissen erforderlich, wenn man ernsthaft Fragen von Patienten beantworten möchte.

Die ‚Medizinersprache‘ (2). Insgesamt stellt beim Nichtverstehen zwischen Arzt und Patient die medizinische Fachsprache eher das kleinste Problem dar.

- Die allgemeine Bedeutung einer **Fachsprache** in der **Medizin** läßt sich mit der anderer Fächer vergleichen. Insbesondere wird aber festzustellen sein, daß sie in gewisser Weise **irrelevant** für die Frage nach der medizinischen **Entscheidung** ist.
- Allerdings ist sie **kommunikationsrelevant**, weil es der **Respekt** vor den Patienten gebührt, daß sie ‚in gewünschter (und verstehbarer) Weise‘ im ärztlichen **Gespräch** über geplante Maßnahmen informiert werden.

Grundsätzlich erleichtern **Fachsprachen** zunächst einmal die Kommunikation der Fachleute untereinander (Bechmann 2014: 59 ff.). Sie sorgen für Eindeutigkeit, insbesondere in Bereichen oder bei Themen, bei denen zusätzlich auch alltagssprachliche Begrifflichkeiten existieren, die mitunter weniger eindeutig oder mehrfach definiert sind. Insofern sind Fachsprachen grundsätzlich zu begrüßen und Kennzeichen aller Studiengänge und Fachgebiete (das konterkarierend erneut Laubach et al. 2018).

Problematisch ist allerdings, daß sich mittels der Fachbegriffe (und ihrer Definitionen) Begrifflichkeiten bequem austauschen lassen, ohne daß eine Rückführung in die Alltagssprache und

damit auch das Alltagsdenken (überhaupt das Vorstellungsdenken) erfolgt. Natürlich ist das ein Problem für die Kommunikation mit Fachfremden (Laien).

Allerdings kann das bereits für die Fachleute selbst zum Problem werden, weil es im Rahmen der Ausbildung zu schnell zu einer Aneignung von Fachsprachen kommt (so schon Fleck 1935), was die Phänomene hinter den Begriffen verblassen läßt. Eindeutige Begriffe müssen noch nicht mit einer eindeutigen Vorstellung von den ‚Dingen hinter den Begriffen‘ korrelieren. Nicht in der eigenen Vorstellung, aber auch nicht im wissenschaftlichen Diskurs (Laubach et al. 2018).

Offenkundig werden die Schwierigkeiten dann im Rahmen der (Wissenschafts-) Kommunikation mit Laien, denn hier müssen nicht nur alltagstaugliche Begriffe kommuniziert (verwendet), sondern sie auch alltagstauglich verstanden werden (worden sein).

Für die **Medizin** stellen Dialoge mit Laien noch integralere Bestandteile des Berufes dar; sie gehören genuin zum Fach (sofern man es so versteht...). Und wahrscheinlich fällt in keinem anderen Fach die problematische Kommunikation mehr auf als dort... Auch für die Medizin spielt die Eindeutigkeit der Begriffe eine wichtige Rolle; darüber hinaus (auch das gilt wieder für die meisten anderen Fachgebiete) fallen eine Reihe neuer Strukturen und Vorgänge ohne Gegenstück im Alltag an, die natürlich auch benannt werden müssen.

Das **Ersetzen** eines **Fachwortes** (egal, ob griechisch, lateinisch oder englisch) durch ein deutsches gebietet der Respekt und führt zu einer ersten Anschlußmöglichkeit. Allerdings verschiebt sich in den meisten Fällen nur die Ebene des Nichtverstehens – zudem noch in einen Bereich der nur scheinbar besseren Verständlichkeit (so auch Faden und Beauchamp [1986: 318] zur Verwendung des Herzanfalls statt des Myokardinfarkts). Etwas in ‚patientengerechter Form‘ vorgestellt zu haben, suggeriert im Zweifelsfall, eine Entscheidung sei damit einfacher geworden (in diese Richtung auch die Bundesärztekammer [2019] mit ihrer Stellungnahme). Hinzu kommt das Problem der Simplifizierungen, die den Abstand zu einem entscheidungsrelevanten Diskurs weiter erhöhen. Beides führt nicht dazu, daß Patienten Entscheidungen (mit-) treffen können.

Unsicherheiten und Widersprüche kommunizieren (3). Einer der (fehlenden) Schlüssel bei der Kommunikation ist, daß Unsicherheiten nur unzureichend – wenn überhaupt – kommuniziert werden. Die Kommunikation von Unsicherheiten ist in der heutigen Zeit mit der Flut an Informationen aber essentiell, um überhaupt einordnen zu können, worauf eine Entscheidung (ein Vorschlag für eine Maßnahme) basiert. Das gilt nicht nur für die Medizin.

Das Fundament des ‚Verschweigens‘ in der Medizin wird allerdings bereits im Studium gelegt, weil Dozenten oftmals keine Antworten geben können, und sich auf eine falsche Eindeutigkeit zurückgezogen wird (dazu auch 3.2). Daraus aber ergibt sich schleichend eine Kultur des Schweigens und Nicht-Fragens und Sich-gegenseitig-etwas-Vormachens. – Und dann kommt der Patient mit echten Fragen...

Als Beispiel mag die ‚essentielle‘ Hypertonie dienen, die immerhin 90 % der an normalen Krankenhäusern diagnostizierten Hypertonien ausmacht (in spezialisierten Zentren sind es weniger). Hierbei handelt es sich letztlich um eine euphemistische Ausschlußdiagnose, die auch lauten

könnte: Bluthochdruck ohne Ahnung, woher der kommt. Aber es fügt sich in das Selbstverständnis der Medizin, daß hierfür ein verschleiender Begriff gefunden wird.

Erfahrung und Urteilskraft lassen sich nicht kommunizieren (4). Eine zentrale Säule ärztlicher Entscheidungen beruht auf jahrelangen Erfahrungen und einer damit immer ‚treffsicherer‘ werdenden Urteilskraft, die die Anwendung auf den Einzelfall ermöglicht. Das Ergebnis ist kommunizierbar, die Wege dorthin sind es nicht.

Folgen der Kommunikationsschwierigkeiten. In das Gefühl auf Seiten des Patienten (leider nur dort), nicht verstanden zu werden, mischt sich Mißtrauen gegenüber der Kompetenz des Arztes, weil nicht klar differenziert werden kann, worin das Nichtverstehen zwischen Arzt und Patient beruht. Solcherlei Ursachen von Kommunikationsschwierigkeiten sind natürlich direkt für die weitgehend **fehlende Fehlerkultur** mit verantwortlich (siehe 3.3). Darüber hinaus fördern die Kommunikationsschwierigkeiten – Sich-nicht-verstanden-Fühlen, Verschweigen von Alternativen – auch den Zuspruch der Alternativmedizin (Heilpraktiker, Homöopathie usw.).

Bezüglich der Fragestellungen dieser Arbeit bleibt abschließend die Frage, ob bei ‚Abstellung‘ all der Hinderungen einer gelingenden Kommunikation kompetente Entscheidungen der Patienten möglich wären. Die Antwort ist ein eindeutiges ‚Nein, und diese **Entscheidungsirrelevanz** wird im Verlaufe dieses Kapitels ausführlicher zu erläutern sein.

(,Idealtypische`) Entscheidungsfindungsmodelle in der Medizin

Ausgehend von Vorstellungen über das Verhältnis von Patient und Arzt und deren Umgang mit Entscheidungen und miteinander haben sich unterschiedliche (idealtypische) Modelle der Arzt-Patient-Beziehungen herauskristallisiert. Entscheidend im Hintergrund sind unterschiedliche Gewichtungen von Autonomie des Patienten und Paternalismus auf Seiten des Arztes (Krones und Richter 2006: 94 ff.; eher historisch Noack und Fangerau 2006: 77 ff.). Dabei werde in paternalismuskritischen Überlegungen zudem oft fälschlich vorausgesetzt, „dass paternalistisch motivierte Arrangements auf der einen und Freiheit und Autonomie auf der anderen Seite sich wechselseitig ausschließen müssen“ (Drerup 2013: 268; vgl. dazu auch ebd.: 532, Anm. 61).

Eine von Fürsorge geleitete Haltung der Ärzte (quasi als Berufsberechtigungsgrund), gepaart mit einer Vorstellung von fachlicher Überlegenheit läßt sich wahrscheinlich einige Jahrtausende zurückverfolgen, und könnte als Paternalismus bezeichnet werden. Allerdings dürfte über lange Zeit der Patientenwille aufgrund des strukturellen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient ebenfalls eine erhebliche Rolle gespielt haben: Einem bestellten und bezahlten Arzt mußte man nicht gehorchen. Von ‚Autonomie‘ der Patienten kann freilich nicht gesprochen werden. Begrifflich schon gar nicht, weil die Idee in diesem Zusammenhang sehr viel neuer ist (der des Paternalismus auch).

Auch kann davon ausgegangen werden, daß immer alle drei Aspekte eine gewisse Rolle gespielt haben, daß vor allem der Schwerpunkt aber (zum Teil deutlich) anders gelegt worden ist. Insofern helfen die drei klassischen Modelle für eine erste Übersicht (Riha 2008: 116 ff.).

Das **paternalistische Modell** als das „traditionelle Standesmodell“ (Riha 2008: 117) geht in seiner charakteristischen Darstellung von einem (eher) unmündigen Patienten aus, dem ein fürsorgender bis bevormundender Arzt gegenübersteht, und der für den Patienten die Entscheidungen trifft. Mehr Anerkennung von Mündigkeit („Patientenautonomie“) findet sich im Modell der **gemeinsamen Entscheidungsfindung** (Krones und Richter 2006: 95), ein „interaktive[s] Modell“ (Riha 2008: 117). Das dritte ist ein **Vertragsmodell**, das letztlich immer vorliegt („Behandlungsvertrag“), gemeint ist aber die Reduktion auf solche vertraglichen Abmachungen, so daß auch von einem „kommerzielle[n] Modell“ (ebd.) gesprochen wird: der Patient (lediglich) als Kunde. Weitere Modelle wie die ‚narrative Medizin‘ (Eingang findet hier auch die Geschichte des Arztes selbst) sollen hier unberücksichtigt bleiben.

Dabei müßte eigentlich davon ausgegangen werden können, daß die Modelle nicht nur zusammenpassen können (Kritik Drerup), sondern meistens alle drei Aspekte eine Rolle spielen, daß aber je nach Arzt, Patient und Erkrankung mal das eine, mal das andere in den Vordergrund tritt. Der paternalistische Teil ist die Verantwortung des Arztes, der gemeinsame mindestens der Informierungsteil mit der Zustimmung des Patienten, ein (Behandlungs-) Vertrag ist stets die Grundlage...

Dabei kann es aber letztlich nicht darum gehen, neue Modelle (auch noch mit Übungsprogrammen, siehe 4.3) einzuführen oder Ärzte vor die Wahl eines bevorzugten Modells zu stellen. Vielmehr müssen sie ihren ureigenen Aufgaben nachkommen und fürsorglich (paternalistisch, aber nicht bevormundend), den Patientenwillen berücksichtigend und selbstverständlich Maßnahmen ausreichend erklärend arbeiten. Sich über den Willen des Patienten hinwegzusetzen, ist schon juristisch lange keine Option mehr.

Paternalistische Modelle

Grundlage paternalistischer Modelle ist die Vorstellung, daß Experten (Ärzte) besser Bescheid wüßten als Laien (Patienten), was im Falle einer Erkrankung zu tun sei. Die Fürsorgepflicht beinhaltet zusätzlich das Erfordernis, die für richtig befundene Maßnahme – im Zweifel auch gegen, mindestens aber – ohne den Willen des Patienten ‚durchzusetzen‘; in aller Regel dann durch Überzeugen. Insgesamt spricht vieles dafür, von zwei unterschiedlichen Vorstellungen von Paternalismus auszugehen.

Zunächst von einem **bevormundenden Paternalismus**, der Patienten jede Mündigkeit abspricht, und in dem Ärzte ‚über die Köpfe‘ und – in welcher rechtlich möglichen Weise auch immer – gegen ihren Willen entscheiden (und das durchsetzen). Letztlich steht dem grundsätzlich der Patientenwille entgegen, der stets eingeholt werden muß und echten Zwang verhindern sollte. „Das paternalistische Verhältnis von Ärzten zu Patienten gehört längst der Vergangenheit an.“, titelt so auch das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt im Mai 2019 (Schnack 2019). Allerdings entspricht diese Feststellung – insbesondere für kleinere Krankenhäuser – selbst in ihrer bevormundenden Ausprägung bei weitem nicht der Realität. Zweitens diskreditiert sie jedwede

Form von Paternalismus. Suggestiert wird (nicht nur im obigen Zitat), daß die Zeit des Paternalismus grundsätzlich abgelaufen und die Patientenautonomie in die Stelle getreten sei (in diesem Sinne auch der „Partnerschaftsgedanke“ des Bundestages zum ‚Patientenrechtegesetz‘ von 2013 [Deutscher Bundestag 2012: 21]).

Offen bleibt aber die Frage, ob der paternalistische Grundgedanke – Übernahme der Verantwortung für andere (die es schlechter können sollen) – damit überholt ist. Die Antwort muß ein klares ‚Nein‘ sein, denn ein **fürsorgender Paternalismus** ist weder überholt, noch wird (derzeit) rechtlich auf ihn verzichtet (dies auch im Sinne Maios Sorge [2021: 351 ff., vor allem 352]).

Kritisch ist insofern der alte bevormundende Paternalismus zu sehen, der zudem oftmals mit einer eher respektlosen Haltung einhergeht. Beides sollte definitiv kein Platz mehr in der heutigen Zeit haben (Respektlosigkeit nie...). Auf den fürsorglichen Teil des Paternalismus kann jedoch in keinem Fall verzichtet werden (4.4 und 4.5), wie sich im Rahmen eines aufgeklärten Paternalismus zeigen läßt. Letztlich kann man mit Laien (Patienten) nicht ernsthaft ein Fachgespräch ‚auf Augenhöhe‘ führen, zudem verpflichtet eine Indikationsstellung rechtlich zu bestimmten Maßnahmen. Paternalismus unterliegt daher eher einer Wandlung oder Bedeutungsverschiebung (so auch Noack 2007: 29), wiewohl aber beide Horizonte – Paternalismus als Bevormundung und Paternalismus als Fürsorge – parallel nebeneinander oder (meistens) vermengt existieren, was eine differenziertere Betrachtung erforderlich macht.

Insgesamt bleiben also die **Vorteile** eines grundsätzlich paternalistischen Modells bestehen. Die Gegenentwürfe taugen zum Nachdenken (folgen gleich), wiewohl schlußendlich die Realität beachtet werden muß, was zurück zu einem paternalistischen Grundmodell führt – mit juristischen Einschränkungen auf der einen und Anforderungen an einen respektvollen Umgang mit dem Patienten auf der anderen Seite (Deliberation): Ein **paternalistisch-deliberatives Model** auf Basis eines aufgeklärten Paternalismus als Folge.

Partizipatorische Entscheidungsfindung

Wiewohl sämtliche Modelle schon wegen der rechtlich vorgeschriebenen (zudem informierten) Zustimmung des Patienten partizipatorische Elementen enthalten müssen, so gehen die Modelle einer explizit ‚partizipatorischen Entscheidungsfindung‘ (PEF) darüber hinaus. Ausführlich werden sie im folgenden Kapitel 4.3 besprochen, auch weil sie die derzeit offiziell (politisch) einzig akzeptierten Modelle zu sein scheinen. Dabei stellt das „momentan favorisierte interaktive Modell [...] für die Ärzteschaft eine große Herausforderung dar, auf die das Studium praktisch nicht vorbereitet und auf die auch die Rechtsprechung nicht eingestellt ist“ (Riha 2008: 116).

Kritisiert wird insbesondere das paternalistische Modell, und dort zum einen der mitunter respektlose Umgang der Ärzte mit ihren Patienten, zum anderen ein fehlendes Mitspracherecht insbesondere bei ernsthaften Alternativen. So wird denn auch das Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung als „besonders angemessen [...] angesehen, in denen vonseiten der Medizin keine klaren Evidenzen für einen bestimmten Behandlungsweg vorliegen“, was „bei mindestens

50 Prozent aller klinischen Entscheidungen der Fall ist“ (Krones und Richter 2006: 103, mit Verweis auf Muir Gray 2001). Dabei stellt sich aber natürlich die Frage, ob in unsicheren Fällen nicht erst recht die Erfahrung eines Arztes die bessere Richtschnur ist. Unter der Maßgabe, daß die Alternativen verantwortbar (indizierbar) sind, kann dem Patientenwillen aber natürlich eine größere Bedeutung beigemessen werden. Allerdings mit der letztlichen Einschränkung, daß eine Partizipation auf Augenhöhe nicht möglich ist (dazu auch 3.1, 3.2, 3.3 und dann 4.3).

Gefordert wird aber genau das: „Patient und Arzt begegnen sich in diesem Modell [PEF] als gleichberechtigte Partner“ (Bieber et al. 2016: 195). Da Patienten von Rechts wegen mehr als eine ‚Gleichberechtigung‘ eingeräumt wird, kann es dabei nur um die inhaltliche ‚Partnerschaft‘ gehen. Patienten sollen in die Lage versetzt werden, auch inhaltlich medizinische Maßnahmen mitentscheiden zu können. Daß das nicht gelingen kann, zeigen die genannten Kapitel.

Vertrags- oder Informationsmodelle

Noch mehr ‚Patientenzentrierung‘ findet sich schließlich im Vertragsmodell, das insbesondere bei „Medizin ohne Krankheitsbezug“ (Wiesing 2017: 87) eine Rolle spielt. Hier fällt die Fürsorge des Arztes bezüglich der Maßnahme selbst (natürlich nicht bezüglich der Durchführung) hinter die Wünsche des Vertragspartners Patient zurück. Es wird (lediglich) vertraglich geregelt, was unternommen werden soll. Auch durch die Veränderungen innerhalb der Medizin selbst (In-vitro-Fertilisation [IVF] und ästhetisch-chirurgische Eingriffe, P4 usw.) dürften solche Modelle eine zunehmend größere Rolle spielen (dazu auch Borck 2018: 57 ff.; Borck 2021b: 140 ff.).

Inwieweit richtige ‚Vertragsbehandlungen‘ – mit mehr oder weniger ‚fehlender‘ medizinischer Indikation – überhaupt von Ärzten durchgeführt werden sollen, bleibt eine andere Frage; vieles spricht dafür (Wiesing 2017: 84 ff.).

Anders als beim klassischen Paternalismus (des 19. Jahrhunderts) kommt das Vertragsmodell in gewisser Weise wieder näher an die noch älteren Strukturen heran, in denen sich wohlhabende Patienten einen Arzt bestellen, wodurch sich entsprechende Positionierungen ergeben.

Kritisiert man den teils respektlosen Umgang einiger Ärzte, so läßt sich dem Vertrags- oder Kundenmodell zumindest abgewinnen, daß ein guter Umgangston (mit) Grundlage des Geschäftsmodells sein sollte; sonst bleiben die Patienten aus.

Die Rechtslage und einige Konsequenzen

Im Anschluß an die historischen Entwicklungen um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert (insbesondere 1894 und 1931) basiert die heutige Rechtslage auf einer neuen Gesetzeslage – allerdings grundsätzlich auf den damals festgelegten Grundwerten. Manches ist – auch gesetzgeberisch – ausdifferenziert worden. Die jüngste größere Gesetzesänderung war das ‚Patientenrechtegesetz‘ von 2013, in dem Rechte und Pflichten der Patienten im Behandlungsverhältnis zusammenfassend geregelt werden; allerdings eher als mehrere kleinere Gesetzesänderungen, die das BGB und das SGB V betreffen.

Grundsätzlich versucht die Rechtslage – tatsächlich eher als die medizinethische Literatur – näher an der Realität des Menschen zu bleiben. So versuchen die Gesetze, dem Patienten die erforderlichen Rechte einzuräumen, ohne den Arzt aus der Verantwortung zu entlassen. Zur Realität gehört aber auch, wie bereits erwähnt, daß die Rechtsprechung auf neuere Modelle des Arzt-Patienten-Verhältnisses „nicht eingestellt ist“ (Riha 2008: 116). Neue Ansätze aus dem juristischen Umfeld fordern daher auch Änderungen (beispielsweise Huber 2020: „Die medizinische Indikation als Grundrechtsproblem. Zum *Informed Consent* als Indikationsäquivalent“). – Über ‚Fehler im Patientenrechtegesetz‘ ansonsten auch Duttge 2013: 135 ff. und Duttge 2023: 261 ff.

Grundlagen der ärztlichen Behandlung

Grundlage der ärztlichen Behandlung ist primär das „Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten“ vom 20. Februar 2013, in dem der Behandlungsvertrag (explizit) im Rahmen und als besonderer Typ des Dienstvertrages definiert ist (§ 630a BGB). Zentrale Änderungen dieses ‚Sammelgesetzes‘ betreffen das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), wo es unter ‚Titel 8. Dienstverträge und ähnliche Verträge‘ den ‚Untertitel 2. Behandlungsvertrag‘ gibt.

Insbesondere relevant sind folgende Paragraphen im Bürgerlichen Gesetzbuch – mit der erstaunlichen Feststellung, daß die Indikation trotz ihrer erheblichen medizinischen und juristischen Bedeutung gar nicht vorkommt.

- § 630c betrifft die Mitwirkung der Vertragsparteien, außerdem **Informationspflichten** („... sämtliche für die Behandlung wesentlichen Umstände zu erläutern...“).
- In § 630d geht es um die **Einwilligung**.
- Und § 630e legt konkreter die **Aufklärungspflichten** fest.

Aus Juristensicht gilt zudem unmißverständlich als Grundlage der ärztlichen Behandlung: „Die rechtliche Verantwortung folgt der fachlichen Kompetenz“ (Lipp 2015: 37). Diese Feststellung stellt im Grundgedanken eine Zurückweisung jeder ‚gemeinsamen‘ Entscheidungsfindung (auf einer rechtlichen Basis) dar. Der § 630c Abs. 1 BGB – „Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.“ – klingt da doch sehr hilflos, um nicht zu schreiben, es sei eine inhaltslose und rechtlich irrelevant Floskel.

Nun kann man natürlich (wie Huber 2020) eine Änderung der Rechtslage fordern. Auf der anderen Seite – und das soll hier vertreten werden – sprechen vielleicht gute Gründe für diesen Grundsatz, und die (zu Recht) bemängelten Schwachpunkte müssen vielleicht auf anderem Wege abgestellt werden. Weiter heißt es (Lipp 2015: 37, Herv. von mir):

- „Der Arzt **verantwortet** gem. § 630a Abs. 2 BGB die fachgerechte Untersuchung, Diagnose und Behandlung seines Patienten. Dazu gehört auch die Stellung der **Indikation** der hierfür jeweils durchzuführenden Maßnahmen...“, was noch auszuführen sein wird (v.a. in 4.4), weil ‚Indikation‘ nicht weiter definiert wird.
- „Der Patient entscheidet auf der Grundlage seiner persönlichen Anschauungen und Präferenzen, ob er in eine bestimmte ärztliche Maßnahme **einwilligt** (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB).“ – Wobei dem Gesetzgeber egal sein sollte, auf was für einer Basis der Patient

entscheidet... „Dafür hat ihn der Arzt über alle für die Einwilligung wesentlichen Umstände **aufzuklären** (§ 630e BGB).“

Da in Deutschland jeder ärztliche Heileingriff den Tatbestand der **Körperverletzung** erfüllt (anders als etwa in Österreich, s.u.), ist er grundsätzlich rechtswidrig. Drei Voraussetzungen sind erforderlich, damit eine ärztliche Maßnahme rechtmäßig vorgenommen werden kann.

- „Sie muss jeweils zur Erreichung eines Behandlungsziels **medizinisch indiziert** sein“ (Lipp 2015: 37, Herv. von mir), damit „notwendig sein und zu Heilzwecken erfolgen“ (Riha 2008: 113, Herv. entfernt).
- Sie muß „nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards“ erfolgen (§ 630a Abs. 2 BGB), was als **lege artis** durchgeführt bezeichnet wird.
- Der Patient muß zudem „rechtswirksam **zugestimmt**“ haben, was eine „ausreichende **Aufklärung**“ einschließt (Riha 2008: 113, Herv. i. Orig.; vgl. § 630d Abs. 1 S. 1 BGB und § 630e BGB).

Bezüglich der Mitwirkung der Vertragsparteien heißt es im Gesetz (§ 630c Satz 1 BGB): „Behandelnder und Patient sollen zur Durchführung der Behandlung zusammenwirken.“ Das Ziel ist dabei letztlich eine erfolgreiche Therapie, was die Befolgung der ärztlichen Anweisungen voraussetzt (und oft unter Adhärenz oder Compliance zusammengefaßt wird). Hält sich der Patient nicht daran (schon eine wahrheitsgemäße Anamnese gehört dazu), so kann das sogar als Mitverschulden im Falle von Schadensersatzansprüchen betrachtet werden (§ 254 BGB).

Verfassungsrechtliche Hintergründe

Insbesondere die Frage der Bedeutung der Autonomie (des Patienten) über ohnehin geltende verfassungsrechtliche ‚Garantien‘ hinaus sollte als Basis jeder Diskussion über die Funktion der Patientenautonomie dienen. Im deutschen Grundgesetz (GG) findet sich dabei neben einer eher abstrakten Konstruktion von Autonomie mit der Forderung nach ‚körperlicher Unversehrtheit‘ auch der Millsche Gedanke einer ‚freien Entfaltung der Persönlichkeit‘.

Relevant ist dabei zunächst – neben Artikel 1 Satz 1 GG („Die Würde des Menschen ist unantastbar.“) – insbesondere Artikel 2 (2) GG „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit.“ Die verfassungsrechtliche Grundlage für Ahndungen von **Körperverletzung**, die in den §§ 223 bis 231 StGB („Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit“) sowie § 340 StGB („Körperverletzung im Amt“) geregelt sind. Fragen der Autonomie des Patienten werden damit nur indirekt berührt, und die Ausdehnung der Körperverletzung auch auf die ‚ärztliche Körperverletzung‘ im deutschen Rechtssystem („Hamburger Fall“) unterstreicht das noch. Als Ergebnis steht der Patientenwille, der eine (zudem informierte, s.u.) Zustimmung bei jedem Eingriff erforderlich macht.

Es bleibt damit die Frage, ob über die informierte Zustimmung hinaus – bei der die Patientenautonomie in verfassungs- und strafrechtlicher Hinsicht bereits kodifiziert wurde –, ein ‚Betätigungsfeld‘ ausgemacht werden kann. Denn auch Lipp (2015: 39) stellt klar: „Die Patientenautonomie ist damit nichts anderes als das Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seine Person und über seine körperliche Integrität im Rahmen der ärztlichen Behandlung.“

Damit ist (‚lediglich‘) der Patientenwillen gemeint, und somit bleibt unklar, wie weit die Persönlichkeit des Patienten (als weiterer Aspekt seiner Autonomie) in irgendeiner Weise relevant werden kann. Zwar stellt Artikel 2 Satz 1 GG klar: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.“ Aber inwieweit das im Arzt-Patienten-Kontext handlungswirksam werden kann, steht auf einem anderen Blatt (und ist nicht zuletzt von der Indizierbarkeit abhängig, s.u. und 4.4).

Schweigepflicht und Schweigerecht sind ein weiterer Aspekt der Persönlichkeitsrechte. Sie bilden eine wichtige Basis für die erforderliche Offenheit im Gespräch zwischen Arzt und Patient. Patienten müssen dabei nicht einmal auf das Einhalten der Norm *vertrauen*, es besteht sogar ein Rechtsanspruch (siehe dazu auch 5.2). Geregelt ist die ärztliche Schweigepflicht zunächst in § 9 Abs. 1 der Musterberufsordnung der Ärzte (bzw. in den entsprechenden Berufsordnungen der Landesärztekammern). „Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen.“ (Bundesärztekammer 2024a) Diese Schweigepflicht ergibt sich zudem als Nebenpflicht aus dem zwischen Arzt und Patient geschlossenen Behandlungsvertrag (§ 630 BGB). Darüber hinaus sieht auch § 203 StGB (‚Verletzung von Privatgeheimnissen‘) ein zu schützenden Patientengeheimnis vor (bei Mißachtung bestraft mit einer Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr).

Medizinische Indikation (und ‚lege artis‘)

So zentral der Begriff der medizinischen Indikation (lat. *indicare* = anzeigen) für die Rechtmäßigkeit eines ärztlichen Eingriffs offenkundig ist (als Voraussetzung für § 228 StGB ‚Einwilligung‘), so sehr überrascht deren – rechtliche und medizinische – Unter- oder eher Unbestimmtheit. Die Rechtslage ist – über die grundsätzlich festgelegte ‚Notwendigkeit‘ der Indikation hinaus – derart unbestimmt, daß es diesen Abschnitt in einem Kapitel über die Rechtslage im Grunde gar nicht geben dürfte... Auch Wiesing (2017: 25) wundert sich, daß sowohl medizinethische als auch juristische Übersichtswerte die Indikation nicht erwähnen, und es stellt sich natürlich die Frage, wie das mit der enormen Bedeutung zusammenpaßt.

Juristen finden zwar allgemeine Formulierungen: „Die medizinische Indikation stellt ein fachliches Urteil des behandelnden Arztes dar, dass eine bestimmte medizinische Maßnahme geeignet ist, das mit dem Patienten gemeinsam festgelegte Behandlungsziel zu erreichen, und dass sie aus ärztlicher Sicht das dafür angemessene Mittel ist.“ (Lipp 2015: 39) – Wie das ‚fachliche Urteil des behandelnden Arztes‘ entsteht, wie es überprüft und kritisiert werden kann, wird allerdings

nicht thematisiert. Und wengleich einer Kodifizierung aus verschiedenen Gründen mit Sicherheit enge Grenzen gesetzt sind (in diese Richtung auch Wiesing 2017: 62 f., 79 ff.), so kann das natürlich nicht zum Ausschweigen des Themas führen (mehr dazu in 4.4).

Zu bedenken ist zudem „aus formalrechtlicher Sicht“, daß auf der einen Seite „die Indikationsstellung ohne konkrete gesetzliche Vorgaben dem Arzt überlassen“ werde, daß auf der anderen Seite „an ihre korrekte Beurteilung [...] aber weitreichende zivil- und strafrechtliche Konsequenzen angeknüpft“ werden (Hunstorfer und Wallner 2016). Für den Arzt wohl gemerkt, nicht für den Patienten.

Hieraus ergibt sich ein weiterer Aspekt der Indikationsstellung. Schon bald in der Geschichte ist mit der Indikation auch ein konkreter Handlungsimperativ verbunden worden (siehe 4.4), der unterschiedlich weit verstanden werden kann. Bevormundend-paternalistisch ist dabei nur die ‚böse‘ Variante, denn aus einem fürsorglich-paternalistischen ‚Auftrag‘ des Arztes resultieren mindestens Überzeugung und Überredung (ebenfalls mit möglichen rechtlichen Konsequenzen).

lege artis. Auch eine zweite Voraussetzung für einen rechtmäßigen Heileingriff wird rechtlich nur sehr marginal betrachtet. „Die Behandlung hat nach den zum Zeitpunkt der Behandlung bestehenden, allgemein anerkannten fachlichen Standards zu erfolgen, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist.“ (§ 630a Abs. 2 BGB)

Darüber hinaus ist umstritten, ob und inwieweit die Indikation und die Handlung (‚lege artis‘) miteinander verknüpft sind. Heiner Raspe sehe eine solche Verknüpfung (Raspe 1995, nach Wiesing 2017: 17, Anm. 3), Adolf Laufs hingegen trenne „zwischen der Indikation als einer Bedingung für die Legitimität ärztlichen Handelns und einer Durchführung *lege artis*“ (ebd., bezugnehmend auf Laufs et al. 2009). Eine korrekte Indikationsstellung führe also noch nicht zu einer (korrekten) Handlung. Dem kann ich mich anschließen.

Eine weitere Konsequenz folgt jedoch ebenfalls aus Forderung einer *lege artis* durchgeführten ärztlichen Maßnahme. „Wegen der Komplexität der Vorgänge im menschlichen Körper, die durch den Menschen kaum beherrschbar ist, kann ein Erfolg der Behandlung am lebenden Organismus im Allgemeinen nicht garantiert werden.“ (Deutscher Bundestag 2012: 17) Daraus ergibt sich, daß es sich beim Behandlungsvertrag nur um einen Dienstvertrag und nicht um einen Werkvertrag handeln kann. Verpflichtet wird der Behandelnde aber zu einer „fachgerechten Vornahme der Behandlung“ (nicht zum Behandlungserfolg) (ebd.).

Aufklärung und Einwilligung (Patientenwille)

Erneut für die Frage, ob über den rechtlichen Rahmen hinaus ein Verweis auf die Patientenautonomie weitere Möglichkeiten für den Patienten geschaffen werden können, kommt den Hintergründen zu Aufklärung und Einwilligung eine besondere Bedeutung zu.

Die Einwilligung als Patientenwille ist dabei heute in § 630d Abs. 1 S. 1 BGB in Verbindung mit § 228 StGB (‚Einwilligung‘) geregelt, zunächst das StGB: „Wer eine Körperverletzung mit Einwilligung der verletzten Person vornimmt, handelt nur dann rechtswidrig, wenn die Tat trotz der

Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt.“ Wegen der Festlegung einer ärztlichen Maßnahme als Körperverletzung ergibt sich das Erfordernis des BGB (als drittem Punkt der ‚Aufhebung der Rechtswidrigkeit‘): „Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.“ (§ 630d Abs. 1 S. 1 BGB)

„Kann eine Einwilligung für eine unaufschiebbare Maßnahme nicht rechtzeitig eingeholt werden, darf sie ohne Einwilligung durchgeführt werden, wenn sie dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht.“ (§ 630d Abs. 1 S. 4 BGB)

Zwischen Indikation und Einwilligung liegt damit das Gebiet des ärztlichen Gesprächs im Sinne einer ‚informierten‘ Zustimmung. Aus den vielen ‚paternalistischen Zügen‘ dieses Gesprächs leitet sich der Titel der Arbeit ab. Dabei ist die Rechtslage sehr – vielleicht zu – vage, bietet aber Raum für ein sinnvolles Gespräch zwischen Arzt und Patient.

Dabei stellt sich zunächst schon die Frage, ob es sinnvoll ist, die Information so eng an die Zustimmung zu binden – oder ob sie nicht sinnvollerweise die Begründung der Indikationsstellung sein sollte (natürlich dann als Voraussetzung der Zustimmung).

Grundlage der Aufklärungspflicht. Im Unterschied zu den in § 630c Abs. 2 Satz 1 BGB genannten Informationspflichten, die der in der Rechtsprechung gebräuchlichen Sicherungsaufklärung entsprechen (Deutscher Bundestag 2012: 21), beziehen sich die Aufklärungspflichten des § 630e BGB auf die konkrete Behandlung und sind Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts. Satz 1 lautet: „Der Behandelnde ist verpflichtet, den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentlichen Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“

Dabei hat die Judikatur das „grundsätzliche Bestehen von Aufklärungspflichten des Arztes [...] durch eine Reihe von Urteilen in den fünfziger Jahren festgestellt“ (Joost 2010: 128). Spätestens seit einer Grundsatzentscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1979 bestehe darüber Einigkeit (ebd.).

Ein Sonderfall liegt vor, wenn „der Patient auf die Information ausdrücklich verzichtet“ (§ 630e Abs. 3 BGB; vgl. Dettmeyer 2006: 36 f.), wobei auf eine Aufklärung nur verzichtet werden kann, wenn man in etwa weiß, worauf man überhaupt verzichtet (so u.a. Ulrich Schroth in Gesprächskreisen). Kritisch dazu im Sinne einer die Autonomie des Patienten stärker betonenden Sichtweise Gunnar Duttge (2023: 272 f.).

Aufklärung und Autonomie. Es ist weitgehend unstrittig, daß die Aufklärung abzuleiten ist „aus dem verfassungsrechtlichen Selbstbestimmungsrecht des Patienten“ (Joost 2010: 128), wengleich auch der deutsche Gesetzgeber die genauen „ärztlichen Aufklärungspflichten nicht

grundlegend geregelt“ (ebd.: 127) hat (auch im ‚Patientenrechtegesetz‘ von 2013 nicht). Und allgemein geht man auch davon aus, daß sich das nicht explizit regeln läßt (so auch Manson und O’Neill 2007: 83 f.), so daß Joost „das bestehende Normkonzept der Aufklärungsdogmatik“ bei indizierten Eingriffen als „ausreichend und sinnvoll“ (Joost 2010: 156) bezeichnet.

Erneut stellt sich aber die Frage nach der Autonomie des Patienten als erforderliche zusätzliche Ebene. Wenn es auch heißt: „Die Aufklärung dient der Ausübung der Patientenautonomie und ist notwendige Basis einer autonomen Willensentscheidung: Eine freie Einwilligungsentscheidung des Patienten ist überhaupt nur möglich, wenn er die für seine Entscheidung bedeutsamen Umstände kennt.“ (ebd.: 128 f.), so ergibt sich die Ausübung der Patientenautonomie dennoch letztlich (lediglich und ausreichend) auf Basis der Verfassung.

Kritische Betrachtungen. Wenngleich das Ziel der Aufklärung also letztlich eine ‚autonome Entscheidung‘ des Patienten ermöglichen soll, so bleibt erstens offen, was darunter zu verstehen ist, und zweitens, wenn es um eine wirklich inhaltliche Entscheidung geht, ob das überhaupt möglich ist. Eine Aufklärung führt also nicht automatisch zu ‚Autonomie‘.

Vielleicht sollte dann aber das Ziel der Aufklärung eher und primär sein, aus schlichtem Respekt zu informieren, was die ‚Suche‘ des Arztes nach einer Indikationsstellung ergeben hat – und natürlich bei verantwortbaren Alternativen auch darüber (das vage in § 630e Abs. 1 S. 1 BGB). Damit soll in keiner Weise die Bedeutung der Aufklärung relativiert werden – im Gegenteil müßte sie zu einem echten Gespräch ausgebaut werden. Aber das Ziel wäre dann nicht, davon auszugehen, daß echte Entscheidungskompetenz hergestellt werden kann (das ausführlicher in 4.4 bis 4.6).

Rechtshintergründe für Kinder und Jugendliche

Dem Autonomiegedanken werden bei Jugendlichen und erst recht Kindern zum einen die fehlende Kompetenz entgegengehalten, womit ein nicht unerheblicher Eingriff in die Persönlichkeitsrechte der minderjährigen Patienten erfolgt (Dettmeyer 2006: 197 ff., vor allem 198 f.).

Auf der anderen Seite haben Eltern „das natürliche Recht und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht [zur] Pflege und Erziehung der Kinder“ (Ulsenheimer 1995; vgl. Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG). Als Inhaber des **elterlichen Personensorgerechts** (§ 1626 Abs. 1 BGB) sind sie „für die medizinische Betreuung der Kinder und daher für die Erteilung der Einwilligung in etwaige ärztliche Eingriffe oder sonstige Behandlungsmaßnahmen zuständig, wenn und soweit das Kind selbst nicht einwilligungsfähig ist“ (Ulsenheimer 1995). Juristisch betrachtet wird den Kindern und Jugendlichen damit ihr durch die Einwilligung eigentlich zustehendes legitimes Instrument der Interessenwahrnehmung nur bedingt zugesprochen (ebd.; vgl. Reipschläger 2004: 35 ff.).

Die Urteilsfähigkeit wird hier juristisch durch die natürliche Einsichtsfähigkeit beschrieben (ebd.: 46 ff.), deren Vorliegen auf Kompetenzmodellen beruht, über deren Anwendbarkeit im Einzelfall der Arzt entscheiden kann, sich aber unter Umständen vor Gericht rechtfertigen muß (dort erst kann die ‚tatsächliche‘ natürliche Einsichtsfähigkeit festgestellt werden [ebd.: 61 ff.]).

Bemerkenswert ist nicht nur, daß der Spielraum in der Praxis doch sehr beschränkt ist, sondern daß bei Kindern wie selbstverständlich von graduellen Kompetenzen ausgegangen wird, bei Erwachsenen aber eher nicht: Sie sind entweder ‚psychisch krank‘ oder voll entscheidungsfähig. Das Recht zieht bei den Erwachsenen – zu Recht – eine klare Grenze. Ob die allerdings nicht dazu führen müßte, mindestens Jugendlichen deutlich mehr zuzutrauen, wäre zu diskutieren. Wahrscheinlich kann ab einem Alter von 12 bis 14 Jahren davon ausgegangen werden, daß das Alter nicht mehr der entscheidende Faktor ist, um autonom oder kompetent handeln zu können, sondern so etwas wie die Intelligenz eine größere Rolle spielen.

Der Gesetzgeber sieht zwar (entsprechend der Geschäftsfähigkeit) 14 Jahre als Mindestalter für eigene Entscheidungen auch im Gesundheitswesen vor (vgl. ebd.: 28 ff. zum Verhältnis zu anderen Altersgrenzen). In der Realität kommt das aber oftmals nicht zum Tragen, was „mit einer erheblichen Rechtsunsicherheit für Ärzte, Minderjährige und Eltern verbunden“ (ebd.: 81) ist.

4.3 Die Idee der gemeinsamen Entscheidungsfindung

Wenngleich die ‚Architektur des ärztlichen Gesprächs‘ *verschiedene* Möglichkeiten des Miteinanders aufzeigt, so wird doch in der Literatur heute die ‚Idee der gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ letztlich als die einzig vertretbare ‚moderne‘ Variante gefordert. Mit Kritik am Paternalismus, der Betonung der Patientenautonomie und -rechte und überhaupt einer ‚patientenzentrierten‘ Behandlung.

Allerdings zeigt eine genauere Betrachtung, daß aus berechtigter Kritik an der bestehenden Praxis Forderungen erwachsen, die nicht nur (zum Teil erheblich) am ursprünglichen Thema vorbeigehen oder übers Ziel hinausschießen, sondern vor allem das tatsächliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient einfach nicht wirklich erfassen. Letztlich sind daher an den ‚gemeinsam‘ ‚verantworteten‘ ‚Entscheidungen‘ alle drei Punkte auf ihre Weise problematisch.

Bemerkenswert (vielleicht symptomatisch) ist zudem, daß die allgemein unbestritten zentralen Elemente zwischen Arzt und Patient – **Indikation**, Fürsorge (**Paternalismus**) und **Patientenwille** („Autonomie“) – im Grunde in den Modellen der Partizipatorischen Entscheidungsfindung nur am Rande thematisiert werden: Die Indikation überhaupt nicht, Paternalismus in Form einer generellen Ablehnung und die Macht des Patientenwillens eher als (rechtsfreie) Autonomie. Alle drei sind aber von hoher berufsethischer und rechtlicher Tragweite, was den Modellen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung schon von vornherein einen unsicheren Status beschert.

- Zunächst werden in diesem Kapitel **Gründe** für das **Aufkommen** der Idee einer gemeinsamen Entscheidung betrachtet. Deren Kritik ist dabei weitgehend berechtigt – aber die scheinbaren Lösungsansätze bieten keine Verbesserung. Zudem eröffnet die faktisch ergebnisoffene Darstellung die – abzulehnende – Möglichkeit einer Wahl: Den Patienten nicht in den Mittelpunkt zu stellen.
- **Forderungen** und **Reichweite** sind zum Teil unrealistisch – was auch die berechtigte Kritik in Mißkredit bringt.

- Insgesamt ergibt sich daraus ohne Überraschung – trotz der anhaltend berechtigten Kritik – auch ein **anhaltendes Scheitern**. Mit der zusätzlichen Folge, daß die Möglichkeit einer ‚Reform‘ innerhalb des bestehenden Rahmens gar nicht erwogen wird.

Die Rolle des Paternalismus. An zentraler Stelle steht eine Kritik am Paternalismus, die insbesondere zwei Ebenen betrifft, die nur mittelbar etwas miteinander zu tun haben.

- Zum einen betrifft es den aus einer ‚paternalistischen‘ Haltung der Bevormundung resultierenden Umgang vieler Ärzte mit ihren Patienten – eine vollumfänglich berechtigte Kritik.
- Darüber hinaus trifft die Kritik allerdings auch Kernideen des Paternalismus selbst, die von (vermeintlichen) Paternalisten nicht beachtet werden. Auch diese Kritik ist berechtigt – richtet sich aber nicht gegen den Paternalismus, sondern gegen dessen Umsetzung.

Paternalismus in den meisten Definitionen heißt, daß – ausschließlich – das Wohl des Patienten im Vordergrund steht, daß eine – ausschließlich für ihn – beste Lösung gesucht (und verantwortet) wird, und daß versucht wird, ihn davon zu überzeugen, dem zuzustimmen.

Lernen mußten und müssen Paternalisten dabei, daß das ‚Wohl des Patienten‘ nicht allein in seiner ‚medizinischen Optimierung‘ zu sehen ist, sondern daß auch andere Aspekte (insbesondere am Lebensende) eine Rolle spielen.

Inwieweit Menschen (autonomiebegründet) auch eine „Freiheit zu unvernünftigen Entscheidungen“ (Fateh-Moghadam 2010: 34) haben, und sie daher mehr selbst entscheiden sollten, was sie für sich möchten, stellt sich in der Medizin vielleicht nicht in dieser Weise, weil Fehler oftmals dauerhafte Konsequenzen haben (und vermieden werden sollten). Allerdings bleiben wegen der Möglichkeiten der modernen Medizin in vielen Fällen ohnehin **Unsicherheiten** und **Zweifel** und damit Wahlmöglichkeiten, sodaß Perfektion (das ‚eine Wohl‘) gar nicht möglich ist, und Patienten mitentscheiden können.

Die Frage nach einer Mitsprache und Kritik am Paternalismus kann jedenfalls erst ansetzen, wenn der perfekt funktioniert (wenn man nicht das schon in Frage stellt). Dann erst ist die Frage sinnvoll, ob man das möchte (oder dennoch eben nicht möchte).

Die Krux mit der Wahl. Wegen all der dennoch berechtigten Kritik an den gängigen Umgängen zwischen Arzt und Patient (auch wenn sie nur ganz am Rande den Paternalismus betreffen), ist es um so ärgerlicher, daß Vertreter der gemeinsamen Entscheidungsfindung ‚ihr Modell‘ quasi als Alternative zum Paternalismus präsentieren. Das impliziert letztlich, daß man auch beim bestehenden Umgang zwischen Arzt und Patient bleiben kann, wenn man das ‚neue Modell‘ nicht umsetzen möchte. Das aber geht nicht.

Bezüglich der Entscheidungsfindung sollen dabei zwei Punkte gezeigt werden.

- Auf der einen (**Patienten-**) **Seite** geht es darum festzustellen, daß das Ziel einer wirklichen **Mitbestimmung nicht erreicht** werden kann (fehlende fachliche Kompetenz einschließlich fehlendes ‚Urteilsvermögen‘). Eben *keine* zwei Experten.

- Auf der anderen (**Arzt-**) **Seite** jedoch darum, daß es keine Wahl bezüglich einer Nichtbeteiligung des Patienten gibt (gesetzlich nicht, berufsethisch sowieso nicht) – eine **Beteiligung** also in jedem Fall erfolgen muß. Nicht zuletzt leider auch wegen der Mängel auf der Medizinseite (also zweimal ‚Scheinkompetenzen‘).

Insgesamt wäre – einmal mehr und auch in diesem Gebiet – eine **ehrlichere Diskussion** über das Thema hilfreich. Klarstellungen, was man genau kritisiert; gerne im Stile des ‚Prinzips der wohlwollenden Interpretation‘.

Dann könnten auch eindeutigeren Fragen in Fragebögen formuliert werden, denn ‚Möchten Sie bei einer medizinischen Entscheidung beteiligt werden?‘, können fast nicht mit ‚nein‘ beantwortet werden. Dem Arzt hingegen eine Empfehlung zu überlassen, dürften die meisten befürworten.

Idee und Anfänge (‚Gründe‘)

Ein Blick in die neuere Geschichte offenbart einige der Gründe für die Forderung nach mehr Mitbestimmung von Patienten bei medizinischen Entscheidungen. Ging es an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert noch um sehr fundamentale Rechte – letztlich zunächst um die Zustimmung zur Körperverletzung (oder besser: der Anerkennung des Heileingriffs *als* Körperverletzung; andere Länder wie Österreich haben das anders geregelt [Schuster 2018]) –, so umfaßte die Kritik zunehmend auch inhaltliche Themen.

Ein Charakteristikum der neueren Versuche – und beständig bis heute im Zentrum – stehen dabei **onkologische** und **chronische Erkrankungen**. Hier stehen zum einen Vorstellungen bezüglich des Lebens (Extremfall: Lebensende) sowie Patienten im Vordergrund, die sich – nicht zuletzt bei Alltagsfragen – sehr gut auskennen. Konzepte der gemeinsamen Entscheidungsfindung dort werden dann gerne generalisiert (auch mit Verweis auf die angesprochenen grundsätzlichen und berechtigten Kritikpunkte), dabei sind onkologische und chronische Erkrankungen durchaus ‚Spezialfälle‘ in der Medizin, und eine Übertragbarkeit ist nur bedingt möglich.

Einen gesellschaftlichen Hintergrund bildete wahrscheinlich auch die **Verbraucherschutzbewegung** (‚Consumer Rights‘) in den **1960er** und **1970er** Jahren und die Forderung nach besonderem Schutz der Bürger wegen der Informationsdefizite in ‚Nordamerika‘ (Bieber et al. 2016: 203).

Zuerst beschrieben worden ist das Konzept für die Medizin dann **1982** in einem US-amerikanischen Bericht: dem *President’s Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research Report* (United States 1982; Santhirapala und Moonesinghe 2016; Faden und Beauchamp 1986: 96 ff., hilfreich insbesondere 98).

Das ‚Dartmouth-Projekt‘ (‚Dartmouth Atlas of Health Care‘) Ende der 1990er Jahre (ebenfalls in den USA) untersuchte die medizinischen Maßnahmen nach einer Brustkrebsdiagnose und offenbarte stark unterschiedliche Behandlungsentscheidungen – abhängig von der Region der

Patientinnen (und nicht von ihrer Erkrankung selbst). Die in einer Region vorherrschende Meinung bestimmte offenbar, welche Maßnahme – Brustamputation oder brusterhaltend – erfolgte (Bieber et al. 2016).

Die absurde Forderung war nun aber eine Mitbestimmung der Patientinnen – statt festzustellen, worum es sich tatsächlich handelt: Ein Versagen der Ärzte bei der Kenntnis und Wahl der ihrerzeit besten medizinischen Maßnahmen – unabhängig von der Region des Auftretens. Es kann natürlich nicht den Patientinnen überlassen werden zu entscheiden, ob sie lieber ihre Brust behalten möchten. – Fragen des Umgangs mit Risiken seien hier ausgeklammert (prophylaktische Brustamputationen bei familiärer Vorbelastung als ein bemerkenswerter Fall einer – nicht unvernünftigen – Alternative).

Eine kanadische Forschungsgruppe um Cathy Charles bietet seit Mitte der 1990er Jahre einen ersten theoretischen Rahmen (publiziert in Charles et al. 1997), in denen „vier Charakteristika der PEF“ (Bieber et al. 2016: 196) angegeben werden.

In Deutschland fiel der ‚Startschuß‘ für eine größere Beteiligung der Patienten mit einer etwa zehnjährigen Verzögerung im Jahre 2001 durch das Bundesgesundheitsministerium mit der ‚Gründung des Förderschwerpunkts ‚Patient als Partner im Medizinischen Entscheidungsprozess‘“ (Bieber et al. 2016: 204). Untersucht werden sollten vor allem Fragen der Übertragbarkeit der internationalen Studien auf Deutschland (ebd.). Eine erste Förderphase dauerte von 2001 bis 2005, eine zweite von 2005 bis 2007, weitere folgten. Als aktuelles Projekt kann die Initiative ‚Share to Care‘ des *Nationalen Kompetenzzentrum für Shared Decision Making* (uksh.de/sdm) genannt werden, unter anderem mit einem Modell in der Neurologie in Kiel (Geiger et al. 2021).

Fazit. Schon die Verknüpfung des Schutzes der Verbraucher (Patienten), aber auch die Hintergründe des Dartmouth-Projekts, offenbaren doch einen zentralen Kritikpunkt: Man sorgte sich um die Qualität der Medizin. Ob dem allerdings mit einer Patientenbeteiligung sinnvoll Rechnung getragen werden kann, bleibt eine (zunächst) offene Frage.

Reichweite, Forderungen und Kritik

Die historischen Ausgangspunkte („Gründe“) für Forderungen nach einer zunehmenden ‚Mitbestimmung‘ der Patienten geben schon Hinweise auf die aktuellen Kritikpunkte der Befürworter einer ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘. Hier sollen drei Aspekte betrachtet werden.

- In den ‚Dimensionen einer gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ gilt es anzuschauen, was genau kritisiert wird – meiner Meinung nach alles zu Recht –, und was sie fordern – meines Erachtens fast alles problematische Überlegungen.
- Insbesondere bei den Aspekten ‚Partnerschaftlichkeit, Autonomie und Paternalismus‘ zeigen sich die Inkonsistenzen und damit Schwierigkeiten zu überzeugen.

- Auch der Forderung nach Hilfsmaterialien – was letztlich der Bildung der Patienten dienlich ist – ist vollumfänglich zuzustimmen. Dennoch bleibt das Ziel einer echten Mitbestimmung auch dann noch eine Illusion.

Grundsätzlich ist (mindestens theoretisch) standesethisch und rechtlich unumstritten, daß Patienten letztlich natürlich entscheiden können, was mit ihnen geschehen soll (**Patientenwille**) – ein Punkt, der nicht immer betont wird, der aber in jedem Modell eingefordert werden kann (und oftmals wird). Allerdings geht es den Vertretern einer ‚gemeinsamen‘ Entscheidungsfindung vielmehr um die ‚real existierenden‘ Verhältnisse: Der Patient hat zwar das Recht, traut sich aber dennoch nicht, an einem unter Umständen tatsächlich stattfindenden ‚Dialog‘ ernsthaft teilzunehmen. Ebenfalls ein berechtigter und wichtiger Punkt.

Dimensionen einer ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘

Wenngleich hier letztlich eine umfassende Kritik an den Modellen einer ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ vorgenommen werden soll, so ist doch auf der anderen Seite ihren verschiedenen Bestandsaufnahmen weitgehend zuzustimmen. Ihre Kritikpunkte sind wichtig und berechtigt. Insofern soll und kann hier auch keine Verteidigung des Status quo vorgenommen werden – dennoch sind die Umsetzungen der Forderungen – in dieser Weise – nicht zielführend (was nicht ohne Grund zum anhaltenden Scheitern [s.u.] führt).

Und natürlich liegt darin die Gefahr, den Kritikpunkten zuzustimmen und damit die geforderten Veränderungen nicht in gleichem Maße kritisch bezüglich ihrer sinnvollen Umsetzbarkeit zu betrachten. – Oder auf der anderen Seite beim Alten zu bleiben. Es gilt das obige zur Forderung nach einer ehrlicheren Diskussion (wie so oft).

Sinnvoll erscheint es zunächst, die Vielfalt an Themengebieten zu sortieren, was zu drei größeren Themenblöcken führt. Sie sollen anschließend einzeln vorgestellt und der Frage unterworfen werden, ob eine gemeinsame Entscheidungsfindung hier zielführend ist.

- Der vielleicht medizinisch wichtigste Kritikpunkt – der auch historisch eine entscheidende Rolle spielte – betrifft die **medizinischen Alternativen (I)**. Sie werden von Ärzten zum einen oftmals nicht erwähnt (aus Unwissenheit oder anderen Gründen) – zudem führt der medizinische Fortschritt zu Möglichkeiten, die manchmal zwar machbar, aber nicht immer sinnvoll sind.
- Grundsätzlich führt eine Verallgemeinerung dreier häufiger **Spezialthemen (II)** – Tumor und Lebensende, chronisch Kranke, Prävention –, bei denen eine Mitbestimmung der Patienten schon immer angebracht und notwendig war, zu einer ungerechtfertigten Mitbetrachtung ‚normaler‘ Fälle.
- Der dritte Punkt schließlich betrifft den allgemeinen **Patientenumgang (III)**. Kritisiert werden zunächst die Umgangsformen (fehlender Respekt), wozu aber auch das Nichternstnehmen der Patienten und (einige) ihrer Beschwerden gehören. Etwas, das auf zunehmend gebildete Patienten trifft, die mindestens vom Arzt besser informiert und

ernster behandelt werden möchten, manchmal auch mitreden (und sich das trauen dürfen müssen).

Medizinische Alternativen (I) gibt es bei einer medizinischen Behandlung immer. Mindestens Nichtstun ist eine davon. Ob es nur schlechte, vergleichbare oder sogar bessere Alternativen gibt, hängt natürlich von der Erkrankung und vom Einzelfall ab. Aber: „Ärzte informieren [hier für den ambulanten Bereich] nur in geringem Ausmaß darüber, dass es mehr als eine Behandlungsmöglichkeit gibt, und welche jeweils unterschiedlichen Vor- und Nachteile die Therapien mit sich bringen.“ (Loh et al. 2007) Alternativen werden also vorenthalten (obwohl § 630e Abs. 1 BGB – wengleich zu vage formuliert – ihre Offenlegung fordert).

- Gründe sind unter anderem schlicht Unkenntnis bezüglich der Alternativen – ein fachlicher Mangel, der verzeihlich ist, wenn eine seltene oder sehr neue Therapie noch nicht überall in der Praxis angekommen ist. Allerdings kann dem auch mangelnde Sorgfalt zugrunde liegen.
- Ein weiterer Aspekt ist die Überzeugung des Arztes, die beste Lösung gefunden zu haben, die dann dem Patienten (alleinig) vorgeschlagen wird (Wiesing 2017: 51). Juristisch ist das in vielen Fällen wahrscheinlich nicht einmal zu beanstanden – ein kritischer Punkt, der bei der Indikation (4.4) noch einmal aufgegriffen wird.
- Und schließlich kann es vorkommen, daß ein verhinderter Wechsel des Patienten in ein anderes Fachgebiet Alternativen unbenannt läßt. Eingriffe an den Herzkranzgefäßen waren früher Domänen der Herzchirurgen, heute übernehmen die meisten Eingriffe Kardiologen (Internisten). Eine neue Dimension bekommt die interventionelle Radiologie. Ähnlich beim Blinddarm, den man in manchen Fällen auch antibiotisch behandeln könnte. Eher gut läuft es zwischen Psychiatern und Psychologen.

Als Fortsetzung oder ‚Steigerung‘ der Alternativen (**2.0**) kann der **medizinische Fortschritt** betrachtet werden, weil er einfach mehr und mehr bessere Alternativen liefert (die ebenfalls gekannt werden müssen), die früher nicht möglich waren (dazu auch Santhirapala und Moonesinghe 2016).

Hier spielt neben der bloßen Kenntnis durch den Arzt zunehmend auch die Machbarkeit eine Rolle. Weil die Medizin immer ‚leistungsfähiger‘ wird, ist nicht alles, was machbar ist, auch wirklich wünschenswert – zumindest nicht für jeden (Machbarkeit versus Patientenwille oder **Fortschritt** versus **Grenzen** des Wollens): Es entstehen Möglichkeiten, die „medizinisch und technisch möglich“ sind, die aus den unterschiedlichsten Gründen (Alter, Begleiterkrankungen usw.) ein Patient aber „nicht mehr auf sich nehmen möchte“ (Ärztezeitung 2017, beschreibendes Interview mit Professor Hugo Katus aus Heidelberg). Also echte Alternativen, die eine Wahl zulassen (TAVI [Transkatheter-Aortenklappen-Implantation] in der Ärztezeitung).

Zusammenfassend stellt sich die Frage, welche Aufgabe (Kompetenz) hier dem Patienten zukommt. Wie im Rahmen der Betrachtung der Indikation deutlich werden wird, kann diese nur gestellt werden, wenn fachliche Gründe das zulassen. Ohne Indikation ist keine Behandlung

zulässig (Lipp 2015: 40). Insofern bleibt für den Patienten nur der Spielraum, innerhalb der medizinisch möglichen und vertretbaren Alternativen wählen zu dürfen.

Die muß er dazu natürlich kennen. Allerdings ist es doch absurd, daß Patienten herangezogen werden müssen, damit Ärzte auf ihre Verantwortung hingewiesen werden können, auch Alternativen – und zwar gründlich – in ihre Überlegungen einzubeziehen. Hier liegt einer der berechtigten wichtigsten Kritikpunkte der Vertreter einer ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ (schon historisch) – aber die Forderungen einer Umsetzung sind natürlich falsch.

Denn die Kenntnis, Bewertung und Vorstellung der Alternativen gehört letztlich natürlich in ärztlicher Hand. Nur wenn echte Alternativen bestehen – was insbesondere für die neueren Entwicklungen eine Rolle spielt –, dann können (und müssen) Patienten einbezogen werden.

Spezialthemen (II) verzerren die gesamte Diskussion über ‚Mitbestimmung‘ von Patienten erheblich. Oftmals werden sie beispielhaft herangezogen, um als Argumente für eine generelle ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ zu dienen. Aufgrund der besonderen Hintergründe ist das aber nicht verallgemeinernd möglich. Mindestens vier Themenfelder können hier angeführt werden.

- Fragen zum **Lebensende** – und unterschiedliche Vorstellungen davon – sind letztlich ein Spezialfall der ‚Alternativen‘. Sowohl Nichts(mehr)tun als auch etwas zu tun, was rein medizinisch betrachtet nicht die beste Lösung ist, kommen als Alternativen in Betracht (und können dann indiziert sein), wenn es um das Lebensende eines Menschen geht. Meistens dienen als Beispiele **Tumorerkrankungen**. Für spezialisierte Onkologen (ebenso wie in der Palliativmedizin und Geriatrie) dürfte es seit Jahrzehnten eine Selbstverständlichkeit sein, ihre Patienten bei diesen Fragen großzügig mit einzubeziehen. In Fachgebieten mit seltenerem Tumorkontakt, dürfte das schon anders ausschauen, und auch Unerfahrenheit der Ärzte spielt eine Rolle.
- Patienten mit **chronischen Erkrankungen** haben einen zusätzlichen – bei seltenen Erkrankungen zudem manchmal einzigartigen – Einblick in ihre Erkrankung. Sie selbst oder die Eltern sind oftmals wirklich Experten auch im medizinischen Sinne. Tatsächlich können Patienten (Eltern) hier über mehr Urteilskraft (Erfahrung) verfügen als die behandelnden Ärzte. Insbesondere die Pädiater wissen das, nehmen Ideen auf und geben sie anderen betroffenen Eltern weiter.
- Bei vielen Vorsorgemaßnahmen (**Prävention**) gilt es als Voraussetzung, daß sich der Patient aktiv beteiligt (zum Beispiel, wenn es um Ernährungs- oder Lebensstiländerungen geht). Allerdings läßt sich das nicht als Beispiel für eine ‚gemeinsame Entscheidungsfindung‘ anführen. Die Entscheidung, die Maßnahme ‚Bewegungsumstellung‘ oder ‚Ernährungsumstellung‘ zu empfehlen, fällt der Arzt. Die Frage der Umsetzung ergibt sich auf einer anderen Ebene: Das ist eher eine Frage der Motivation sowie Therapietreue (Compliance).

- **Genetische Testungen** schließlich können als Spezialfall der Prävention angesehen werden. Hier allerdings erfolgt – so intensiv wie in vielleicht keinem anderen Gebiet – schon seit Jahrzehnten eine nicht-direktive Gesprächsführung.

Zusammenfassend betrachtet ist es natürlich unhaltbar, wenn Patienten nicht mitentscheiden können, wie sie ihr Lebensende erleben möchten; egal bei welchem ‚Typ‘ von Arzt-Patienten-Verhältnis. Auch korrekt paternalistisch gedacht, steht das Wohl des Patienten im Vordergrund und nicht ‚Lebensverlängerung um jeden Preis‘.

Die Verallgemeinerung der ‚Extremfälle‘ bleibt aber problematisch, weil die ‚Alternativen‘ einfach andere sind. Mitunter werden Fälle wie Tumorerkrankungen allerdings auch als Nachteil für die Etablierung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung angesehen, weil viele Patienten in solchen Lebenslagen eher ‚paternalistischer‘ werden und eine Entscheidungsübernahme erwarten.

Unter den Punkt **Patientenumgang (III)** lassen sich alle ‚Beziehungsfragen‘ subsummieren, die nichtfachlicher Natur sind – mit vielleicht einer weiteren möglichen Zweiteilung.

- Auf der einen Seite findet sich tatsächlich eine Kritik an den **Umgangsformen** – immerhin anerkannt als zentrales Argument für eine ‚gemeinsame Entscheidungsfindung‘ (Légaré et al. 2013). Dazu gehört auch – als andere Form von Respektlosigkeit –, daß die Symptome und Sorgen der **Patienten nicht ernstgenommen** werden, daß ihnen nicht zugehört wird (was sehr schnell auch medizinisch relevant und problematisch werden kann; zum Beispiel bei der Endometriose [Mechsner 2022] oder generell bei den vielen ‚seltenen Krankheiten‘).
- Der zweite Punkt betrifft eine weitergehende Teilhabe, man könnte auch sagen, den Informationsteil der ‚informierten Zustimmung‘. Man trifft heute – mitunter, aber zunehmend – auch auf **gut informierte Patienten**, die „sich aktiv an Behandlungsentscheidungen beteiligen wollen“ (Bieber et al. 2016: 196); hier spielt natürlich auch das Internet eine Rolle. Eine berechtigte Kritik betrifft dabei die Umsetzung in der Praxis. Informationen reichen nicht, Patienten müssen sich aktiv einbringen dürfen, sich **trauen, Fragen zu stellen** (Scholl 2018). Auf diesen Punkt wird bei ‚fragen, fragen, fragen‘ noch einmal zurückzukommen sein.

(Gesamt-) Fazit. Letztlich ist – wie eingangs schon angedeutet – praktisch allen Kritikpunkten der Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung zuzustimmen. Vielerorts liegt nach wie vor ein Verständnis des Umgangs mit Patienten vor, das dem Anspruch an einen ‚erwachsenen Umgang‘ nicht gerecht wird (bei zudem eindeutiger Rechtslage). Allerdings trifft diese Kritik bereits die Ansprüche einer selbst klassisch paternalistisch gedachten Arzt-Patienten-Beziehung.

- Das teils mangelhafte Verhalten im Umgang mit Patienten (**III**) ist eine Kritik, die jede Form von Arzt-Patienten-Verhältnis betrifft und kein Argument dafür ist, eine Entscheidung (inhaltlich) ‚gemeinsam‘ zu treffen. Auch eine ausreichende Informierung muß in jedem Fall selbstverständlich sein (und ist – vage – Rechtslage). Allerdings ist ein

respektvoller Umgang noch keine gemeinsame Entscheidungsfindung (so ein typisches Fehlverstehen im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt [Schnack 2021: 6 f.]).

- Die oftmals als Beispiele angeführten Spezialfälle (**II**) eignen sich nicht als Blaupause für das gesamte Spektrum der medizinischen Interventionen.
- Der Anspruch, mehr über alternativen Behandlungsmethoden (**I**) informiert zu werden, betrifft insofern einen sensiblen Punkt, weil die Gesetzeslage das – im Rahmen der Indikationsstellung – nur bedingt vorsieht. Allerdings schafft eine ‚gemeinsame‘ Entscheidungsfindung hier noch keine Abhilfe, weil das Problem davor – bei der Indikation – zu suchen ist (s.u.).

‚Partnerschaftlichkeit‘, Autonomie und Paternalismus

Grundlage der Vorstellung, Arzt und Patient könnten bei medizinischen Entscheidungen ‚partnerschaftlich‘ miteinander umgehen, ist die Annahme der **Mündigkeit** des Patienten (dazu siehe oben [3.3] sowie unten bei den Hilfsmaterialien). Mit dieser Annahme könne die partizipative Entscheidungsfindung als „besonders günstige Form der Arzt-Patient-Interaktion“ verstanden werden, da sie „den mündigen, informierten Patienten in den Mittelpunkt des Handelns stellt“ (Bieber et al. 2016: 195 sowie das **Drei-Gespräche-Modell** von Glyn Elwyn aus dem Jahre 2012, modernisiert 2017 [Elwyn et al. 2012; 2017]).

Eine weitere Voraussetzung (für eine **patientenzentrierte Medizin**) sei „eine patientenzentrierte Grundhaltung des Arztes, sowie eine Offenheit für die Bedürfnisse des Patienten“ (Bieber et al. 2016: 199). Letztlich liegt dem die Vorstellung zugrunde, daß die Medizin eher krankheitszentriert aufgestellt sei und Patienten quasi lediglich als Vehikel dieser Erkrankungen vorkämen. – Eine erneut nicht ganz unberechtigte Kritik, die allerdings bereits eine Kritik an klassischem, aber falsch verstandenem Paternalismus darstellt. Das ‚Wohl des Patienten‘ ist eben das Wohl des Patienten, nicht eine ‚gute‘ Behandlung des Krankheitsbildes.

Zur Partnerschaftlichkeit. „Der Begriff ‚Partizipative Entscheidungsfindung‘ [...] steht für eine partnerschaftliche Entscheidungsfindung im medizinischen Kontext, die aus einem patientenorientierten Ansatz heraus erwächst.“ (Bieber et al. 2016: 195) „Zwei Personen treffen hier gleichberechtigt aufeinander, der Arzt ist Experte für das medizinische Fachwissen, dem Patienten sind seine eigenen persönlichen Werte, Wünsche und Vorstellungen bekannt.“ (ebd.: 197) Soweit, so nicht zu beanstanden. Kritisch wird es, wenn die unterschiedlichen Hintergründe zu einer (unterschiedlichen) Bewertung der ‚erforderlichen‘ medizinischen Maßnahmen führen. Da letztlich in jedem Fall – berufsethisch und rechtlich – die medizinische Seite vom Arzt *vertretbar* sein muß, kommt es im Zweifelsfall zu Konfliktsituationen: Für den Arzt liegt keine Indikation vor – der Patient gibt seine Einwilligung nicht.

Eine Entscheidung kann aber nur auf Basis der medizinischen Möglichkeiten (im Sinne von verantwortlich) getroffen werden, für die eindeutig der Arzt der Experte ist. Hier folgt der entscheidende Schritt der ‚Überzeugungsarbeit‘, die auch von Vertretern einer partizipativen Entscheidungsfindung nicht verneint wird. Überzeugungsarbeit aber ist Paternalismus.

Paternalismus. Tatsächlich wird der Paternalismus aber mindestens begrifflich ersatzlos gestrichen. ‚Hilfe‘ für Patienten (für die ‚richtige‘ Wahl) wird zwar angeboten, einen Namen bekommt das aber nicht – oftmals nicht einmal die dann doch (zu Recht) paternalismusverdächtige Fürsorge. Insofern läuft es meistens auf so etwas wie **Mäeutik** hinaus: Dem Patienten dabei helfen, die für ihn beste Lösung zu finden. Letztlich ist das natürlich nichts anderes als Paternalismus. Nur sehr viel ‚subtiler‘ und damit **intransparenter** (ähnlich dem libertären Paternalismus, bei dem der Prozeß hin zur ‚richtigen‘ Lösung allerdings gar keine Rolle spielt).

Und einen Schritt zurück betrachtet, geht es beim Paternalismus ausschließlich um den Paternalisierten. Die **Idee** des **Wohlwollens** beruht auf dem **Anderen**, insofern auf dem Wohl des Patienten – und damit muß man sich als Paternalist schon bemühen herauszufinden, was dessen Wohl ist. – Und sich klarmachen, daß ‚Wohl‘ nicht darin besteht, das medizinisch maximal mögliche durchzusetzen. Da aber ist die ‚Wohl-Definition‘ schon falsch.

Genaugenommen handelt es sich über weite Strecken nicht um Paternalismus, sondern um (zudem nicht selten **arroganten**) **Egoismus**. Dabei geht es dann nicht um das Wohl des Patienten, sondern um das eigene Wohl des Arztes; basierend auf einer ihm liebsamen Indikation. Das aber erfüllt nicht einmal die Grundkriterien von Paternalismus. Arroganter (Punkt III oben) und inkompetenter (Punkt I) Egoismus sind es insofern, die von den Vertretern der PEF-Modelle letztlich kritisiert werden. Nicht Paternalismus (wird kritisiert).

Hilfsmaterialien – (Aus-) Bildung des Patienten

Eine weitere Forderung der Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung ist die Intensivierung der Herstellung ‚geeigneten‘ Informationsmaterials mit dem erklärten Ziel, daß diese Entscheidungshilfen sein sollen.

Schon frühzeitig sind dabei **Aufklärungsbögen** entworfen worden, um dem gesetzlichen Anspruch Rechnung zu tragen, für eine ausreichende Informierung der Patienten Sorge zu tragen zu können (‚informierte Zustimmung‘). Was als Unterstützung der ‚eigentlichen‘ (verpflichtend mündlichen) Aufklärung gedacht war, ersetzt diese in der Praxis oftmals unzulässig (einem Aufklärungsformular kommt „nur eine gewisse Indizwirkung zu“ [Dettmeyer 2006: 27]). – Weitere Hilfsmaterialien könnten dazu verleiten, den Trend zu unterstützen, daß Ärzte einer ihrer ureigenen Aufgabe nicht mehr im erforderlichen Maße nachkommen, ihre Patienten über die geplanten Maßnahmen aufzuklären. ‚Haben Sie noch Fragen?‘, ist – auch rechtlich – einfach zu wenig.

Mündigkeit und Demokratie. Dennoch ist die Bereitstellung von Informationsmaterial – auch als Entscheidungsunterstützung – sehr zu begrüßen. Letztlich folgt sie den Forderungen in einer Demokratie und baut einmal mehr auf das Konzept der Mündigkeit. Auch als Wähler darf man erwarten, vor dem Urnengang mit ausreichend Informationen ausgestattet zu werden, um wenigstens einigermaßen mündig entscheiden zu können. Betrifft es Eingriffe am eigenen Körper, so wird die ausreichende Informierung einmal mehr zu einer Selbstverständlichkeit.

Echte Entscheidungen? Es bleibt dennoch die Frage, ob auch noch so viel Informationsmaterial zu ausreichend Kompetenz führen kann, um wirklich eine (letztlich medizinische) Entscheidung treffen zu können. Zu unterscheiden sind dabei **echte Alternativen** (die ärztlich vertreten werden können) von ‚schlechten‘ Alternativen, die abgelehnt werden müssen. Für die echten Alternativen könnten einige Hilfsmaterialien eine echte Hilfe sein, wenngleich viele Patienten doch überfordert sein dürften. Von der Komplexität der Medizin, aber auch bezüglich der wirklichen Konsequenzen für ihr eigenes Leben (die *eigentliche* Frage bei solch einer Entscheidung). An dieser Stelle sei noch einmal auf die wichtige gemeinsame Basis des gesunden Menschen (Vorklinik) – die schon zu komplex für eine Entscheidung ist –, und die Bedeutung der Erfahrung hingewiesen. Und: ‚Mitentschieden‘ wird sowieso (durch die Zustimmung: Patientenwille).

Die Studienlage zu den medizinischen Entscheidungshilfen ist dann auch sehr gemischt – zeigt insgesamt aber wenig Unterschiede bei wichtigen Parametern: „Die Anwendung medizinischer Entscheidungshilfen beeinflusst weder Angst noch Ängstlichkeit, die Zufriedenheit mit der Entscheidung oder die Lebensqualität der Patienten...“ (Loh et al. 2007). – Oftmals ein wichtiges Argument *für* solche Entscheidungshilfen (als Minimum quasi). Darüber hinaus scheint die Studienlage bei medizinisch relevanten Hintergründen unklar, insbesondere „veränderte[] Inanspruchnahme von medizinischen Maßnahmen“ oder „Präferenz für eine Behandlungsoption“ (ebd.) konnten nicht eindeutig gezeigt werden (was dafür sprechen dürfte, daß die Ergebnisse nur marginale Unterschiede zeigten). – Ein wichtiges Argument gegen die tatsächliche Möglichkeit einer echten Mitentscheidung, die mindestens in einer Unabhängigkeit von der Empfehlung des Arztes bestehen müßte, sonst wären Hilfsmaterialien lediglich von ‚kosmetischem‘ Wert. Wenn man nicht nur in der Demokratie, sondern auch beim Arzt-Patienten-Verhältnis einen mündigen Bürger (Patienten) voraussetzt, dann ist es allerdings letztlich auch egal, was die Studienlage ergibt. Zudem dürfte ein relevantes Ziel der Broschüren gar nicht erfaßt werden: Eine Verbesserung der Qualität der Ärzte.

Funktionen. Kein Ziel dieser ‚Bildungsmaßnahmen‘, das man mit den Hilfsmaterialien erreichen wollen sollte, ist damit, Patienten wirklich in die Lage zu versetzen, ernsthaft mitentscheiden zu können – außer eben in dem Rahmen, der vom Arzt vorgegeben werden kann (Alternativen mit der Möglichkeit zu alternativen Indikationsstellungen). Wichtige Funktionen könnten sie dennoch erfüllen, was ihren Einsatz mehr als rechtfertigt.

- Die Vorgaben des **Gesetzes** (‚informiertere‘ Zustimmung) besser zu erfüllen. Ein Gesetz, das ohnehin zu kurz greift.
- Der demokratischen Vorstellung eines ‚**mündigen Bürgers**‘ gerecht zu werden.
- Mehr und bessere **Nachfragen** der Patienten an ihre Ärzte zu **ermöglichen** (beides auch als Einstiegshilfe überhaupt in eine Gespräch). Voraussetzungen also für ‚fragen, fragen, fragen‘ (s.u.).
- Nicht zuletzt auch eine **Kontrolle** der **Kompetenz** des **Arztes**, indem man sich nicht abwimmeln läßt, sondern beharrlich weiterfragt, bis man das Gefühl hat, die Sache

ausreichend verstanden zu haben. Dazu gehört auch die kritisierte mangelhafte ‚Risikokommunikation‘ der Ärzte: Im Zweifel müssen *sie* Nachsitzen ... nicht die Patienten.

Insgesamt spricht alles dafür, (in einem demokratischen Diskurs) die Chance zu bekommen, so gut wie möglich mitreden zu können. Der (gute) Paternalismus des Arztes sollte den Patienten aber letztlich zu der von ihm präferierten Maßnahme führen. Das ist seine Aufgabe und Verantwortung. Daß dabei – zum Wohle des Patienten – Alternativen bekannt und benannt und dessen Hintergründe berücksichtigt werden müssen, sollte eine Selbstverständlichkeit sein (oder muß eine werden).

Das anhaltende Scheitern

Ideen zu einer ‚gemeinsamen‘ Entscheidungsfindung sind mittlerweile einige Jahrzehnte alt. Aber trotz – aus Sicht vieler – überwiegend überzeugender Kritik an bestehenden Verhältnissen, scheitern sie nach wie vor an einer effektiven Umsetzung. Man mag das als ‚Kuhnsches Problem‘ bedauern, weil sich Paradigmenwechsel eben nicht so einfach durchsetzen lassen (Blair und Légaré 2015). Mitunter sind aber auch schlicht die Vorschläge für eine Veränderung nicht sinnvoll, und das anhaltende Scheitern basiert auf nachvollziehbaren Gründen – hier einige wichtige.

- In diesem Kapitel zuvorderst zu nennen ist die **Rechtslage**, die eine ‚geteilte Verantwortung‘ einfach nicht vorsieht; der Arzt trägt die alleinige Verantwortung (für die Indikation, s.u.). Folgenreicher (und bemerkenswert) aber ist die **Realität**, daß in Konferenzen von Vertretern einer gemeinsamen Entscheidungsfindung praktisch kein Konsens bezüglich der erforderlichen Kompetenzen und nicht einmal bezüglich der Inhalte der ‚Trainingsprogramme‘ erzielt werden kann (Légaré et al. 2013).
- Zudem werden Praktiken kritisiert, die als **ureigene ärztliche Aufgaben** angesehen werden müssen. Aufgaben, die mitunter nicht ihrem Anspruch entsprechend erfüllt werden – die aber nicht die Wahl zulassen können, auf ein ‚neues Modell‘ umzusteigen oder nicht (die Kritik bleibt berechtigt).

Als Alternativvorschlag wird hier eine reformierte, rechtlich und berufsethisch gut vertretbare Gesprächskultur vorgeschlagen, die beide Hintergründe zu vereinen versucht: im **paternalistisch-deliberativen** Arzt-Patienten-Gespräch (das unter 4.5 und 4.6 weiter erläutert wird).

Realität und Rechtslage

An verschiedenen Orten ist auf die Rechtslage und der damit (und der Berufsethik) einhergehenden Verantwortung des Arztes eingegangen worden. Bezüglich der gemeinsamen Entscheidungsfindung wird das auch bei der Indikation noch einmal aufgegriffen werden (4.4).

In diesem Zusammenhang soll es nur kurz Erwähnung finden, weil laut Rechtslage (§ 630a Abs. 2 BGB) die Verantwortung derzeit eindeutig beim Arzt liegt, und nicht bei einem – wie auch immer weitergebildeten – Patienten: „Die rechtliche Verantwortung folgt der fachlichen Kompetenz.“ (Lipp 2015: 37) Insofern schreibt es sich zwar leicht, „[d]ie Verantwortung für die

Umsetzung der Behandlung wird somit geteilt“ (Bieber et al. 2016: 196). Es unterliegt aber einer Fehlinterpretation der rechtlichen Möglichkeiten, was der Sache schon frühzeitig eine vertretbare Grundlage entzieht (Versuche, dem zu entgehen, in Huber 2020).

Zudem ist die Vorstellung, daß Ärzte „Verantwortung abgeben können“ (Bieber et al. 2016: 201) schon grundsätzlich problematisch. Verantwortung sollte ein Arzt (berufsethisch und moralisch) niemals abgeben; rechtlich kann er das (derzeit) nicht. Bei echten Alternativen können aber natürlich auch Wahlmöglichkeiten zugelassen werden...

Zur Rechtslage hinzu kommen die (zum Teil schon erwähnten) ‚wissenschaftlich belegbaren Effekte‘ der Umsetzung einer stärkeren Beteiligung der Patienten. Neben einer „Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation“ komme es zu einer „Zunahme des Wissens, einer besseren Risikowahrnehmung, zu realistischeren Erwartungen über die Behandlungsverläufe und zu geringeren Entscheidungskonflikten“ (ebd.). – Insgesamt ist das im Sinne der Vorstellung des mündigen Bürger zu begrüßen – aber keine echte Übernahme von Verantwortung.

„Weiterer Forschungsbedarf“ (also bisher keine eindeutigen Daten) bestehe bezüglich des Einflusses der partizipativen Entscheidungsfindungen auf „Therapietreue, klinische Behandlungseffekte und gesundheitsökonomische Messgrößen“ (ebd.).

Neben Studien über die Wirkungen ‚nach außen‘ existieren auch Publikationen über Konferenzen, in denen sich intern mit den Voraussetzungen für eine gemeinsame Entscheidungsfindung auseinandergesetzt wird. Bemerkenswerterweise können sich auch Experten auf dem Gebiet **nicht** auf **Kernkompetenzen einigen**, die Ärzte mitbringen sollten, damit das neue Modell funktionieren kann (Légaré et al. 2013). Lediglich auf zwei notwendige allgemeinere Kompetenzen konnten sie sich verständigen – beide sind bemerkenswert.

- **‚Beziehungskompetenzen‘**: Vor allem die teilnehmenden Patientenvertreter bemängelten fehlenden Respekt von Seiten der Ärzteschaft. Sie möchten als Individuen gesehen und es sollte ihnen geglaubt werden, wenn sie ein Leiden vorbringen (ebd.). – Absolute Grundlage für jeden Arzt (auch einen ‚sehr paternalistischen‘).
- **‚Risikokommunikationskompetenzen‘**: Konzepte von Unsicherheit über das Ergebnis der Therapie sowie Risiken und Vorteile unterschiedlicher Optionen sollten Ärzten bekannt sein (ebd.). – Auch das ist klassische Medizin und gehört essentiell zu jedem Arzt (und mit dort bekannten großen Schwächen generell bei Statistiken [Gruber 2012]).

Und schließlich hapert es selbst bei der Evaluierung, wie das Training für partizipatorische Entscheidungsfindungen läuft: Sie variierten stark (Müller et al. 2019).

Ureigene ärztliche Aufgaben

Bei vielerorts berechtigter Kritik an den Praktiken bleibt doch nach wie vor die Frage, ob die Patienten die richtigen Adressaten für eine Veränderung sind, oder ob sich nicht vielmehr einige Vertreter der Ärzteschaft ändern müssen. Kritisiert werden immerhin einige ihrer ureigenen ärztlichen Aufgaben, die mitunter nicht einmal legal an Patienten delegiert werden können und

dürfen. erinnert sei an diese Stelle auch noch einmal an die durch Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung bemerkenswerte Vernachlässigung rechtlich und berufsethisch zentraler Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung: **Indikation**, Fürsorge (**Paternalismus**) und **Patientenwille**.

Das Wahlproblem. Von großer Bedeutung für die gesamte Diskussion ist auch das Vorgehen der Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, indem sie die ‚Partizipative Entscheidungsfindung‘ als eine weitere Möglichkeit des Umgangs von Ärzten mit Patienten angeben. Schon die drei ‚Idealtypen‘ der Arzt-Patienten-Beziehung vermitteln mehr oder weniger eine Auswahlmöglichkeit zwischen ihnen (wenn auch die fließenden Übergänge stets betont werden). Manchmal wird von Faktoren gesprochen, „die die Anwendung des PEF-Modells als indiziert erscheinen lassen...“ (Bieber et al. 2016: 198).

Problematisch daran ist, daß mit einer Wahlmöglichkeit für oder gegen eine Patientenbeteiligung auch die berechtigte Kritik am oftmals bestehenden Umgang der Ärzte mit ihren Patienten relativiert wird. Erstens können sich Ärzte so einfach für das ‚alte paternalistische Modell‘ (mit all den Kritikpunkten) entscheiden, zweitens verhindert das eine Reform des alten Systems und drittens wird suggeriert, daß berechtigte Reformen nur mit einer gründlichen Absage an das alte System erreicht werden können. Ohne zu viel unterstellen zu wollen, möglicherweise ist das aber Teil einer Strategie: ‚Das ist doch wirklich so schlecht – wir aber haben eine Lösung...‘

Es ist zudem bemerkenswert, eine andere Art von Arzt-Patienten-Verhältnis zu fordern, und es insofern (auch) Ärzten zu überlassen, manche Elemente davon einfach *nicht* zu übernehmen. Viele der kritisierten Punkte müssen auf Ärzteseite einfach umgesetzt werden (das können Patienten einfordern).

Denn es stellen sich sehr grundsätzliche Fragen schon im vorhandenen System. Warum muß man es überhaupt rechtfertigen, daß Patienten an einer Entscheidung (in welcher Weise inhaltlich auch immer) ‚beteiligt‘ werden, die sie persönlich betrifft? Welche Funktion hat der rechtlich eindeutige Patientenwille?

Insofern sollte nicht vordergründig an der Gesprächs- und Handlungskompetenz der Ärzte gearbeitet werden – sie müssen vielmehr eine angemessene Haltung gegenüber ihren Patienten entwickeln (die sie als Arzt eigentlich sowieso haben sollten). Die grundsätzliche Einstellung vieler Ärzte muß sich ändern; nicht zuletzt, weil vieles davon schlicht rechtswidrig ist.

Entsprechend gehen die Forderungen der PEF-Vertreter gar nicht weit genug, wenn sie schreiben, die „Teilhabe an der Therapieentscheidung“ könne „nicht erzwungen werden [...], denn auch ein Erzwingen von Patientenbeteiligung kann eine Form von bevormundendem Paternalismus darstellen [...] und sollte daher unterbleiben“ (Bieber et al 2016: 199). Wenn man vom Spezialfall des Aufklärungsverzichts (§ 630e Abs. 3 BGB) absieht, so kann von einem Patienten natürlich erwartet werden, daß er sich beteiligt – sonst braucht man seine Zustimmung nicht einzufordern (die immer informiert sein muß). Und eine rechtliche Einwilligung muß letztlich natürlich vorliegen, sonst kann keine Behandlung erfolgen.

Fazit: Die ureigenen ärztlichen Aufgaben lassen sich nicht an den Patienten delegieren, sind aber eindeutig reformbedürftig. Anstatt allerdings komplizierte Drei-Gespräche-Modelle oder -Infographiken (Elwyn et al. 2012; 2017) zu bemühen, sollten Ärzte an ihre ureigenen Aufgaben erinnert werden. Viel der Kritik betrifft falsch umgesetzte Kernforderungen des Paternalismus, die erst einmal korrekt angewandt werden sollten – um dann zu schauen, wieviel Spielraum noch für Kritik bleibt. Zentral ist dabei – auch historisch – die Kritik an der fehlenden Kompetenz des Arztes und die fehlende Kommunikation von Alternativen. Aber weitere Aspekte betreffen ebenfalls klassische Forderungen.

- Das ‚**Wohl** des **Patienten**‘ bezieht sich – auch im Paternalismus – nicht auf das medizinisch Machbare, sondern wirklich auf das Wohl des Patienten. Das impliziert sowohl echte Alternativen (was ein vorzeitiges Ende durch Nichttherapie einschließt) als auch möglichst große Kompetenz auf Ärzteseite. Grundsätzlich kann es dabei überhaupt *nur* um den Patienten gehen. ‚**Patientenzentrierung**‘ konstituiert den Beruf des Arztes.
- Patienten haben ein Recht (juristisch, berufsethisch und moralisch), **informiert** zu werden; (fast) so ausführlich, wie sie es wünschen. Das ist eine demokratische Grundforderung, die auch im medizinischen Kontext nicht ausgesetzt werden kann.
- Die **Komplexität** des menschlichen Körpers (der Medizin) verlangt eine wesentlich größere Demut. (Die wirklich flächendeckenden) Unsicherheiten müssen erkannt und kommuniziert werden (beginnend in der Vorklinik). **Fehlbarkeit** (eigene und die der Medizin) beim Vorschlag der Maßnahme sollte stets mitbedacht werden. **Alternativen** sollten (schon aus diesen Gründen) großzügig mitbenannt werden (angefangen mit der des Nichtstuns). Risiken und Statistiken müssen verstanden werden (vom Arzt...).
- Dazu gehört auch, daß Erkrankungen tatsächlich (**noch**) **unbekannt** sein können. Deshalb sind sie noch nicht automatisch ‚psychologischer‘ Natur. Außerdem könnten sie möglicherweise auch einfach dem Arzt unbekannt sein (eigene Fehlbarkeit vergessen). Bei einem Gips gilt eine einfache Regel für Schmerzen: Der Patient hat recht. – Dazu gehören beispielsweise die Endometriose, die Fibromyalgie, das chronische Fatigue-Syndrom, angeborene Stoffwechsel- und andere seltene Erkrankungen u.a.m. Beispiele aus der Vergangenheit gibt es zur Genüge.
- Ein erwachsenes Verhalten fordert einen **respektvollen Umgang** miteinander.

Fragen der Umsetzung sollten jedenfalls nicht mit komplizierten (und nicht nachweislich sinnvollen) Programmen ‚beantwortet‘ werden, sondern mit einem **Appell** an die **Haltung** der **Ärzteschaft**. Es geht um Selbstverständlichkeiten – und eben nicht die Möglichkeit einer Wahl.

Vertrauen ist wegen vieler – eben berechtigter – Kritik bereits vielerorts auf der Strecke geblieben. Insgesamt hilft dem medizinischen System die immense Abhängigkeit der Patienten im Falle einer Erkrankung. Letztlich verlieren dabei aber natürlich beide Seiten.

Paternalistisch-deliberativ als sinnvolles ‚Gemeinsam‘

Unter Berücksichtigung der vielfältigen Gesichtspunkte spricht einiges dafür, eine ernsthafte Mischung der vorgestellten ‚Idealtypen‘ eines Arzt-Patienten-Gesprächs vorzunehmen. Letztlich sei umstritten, „welches Modell dem einzelnen Patienten am besten nützt“ (Riha 2008: 116), was natürlich auch mit der Erkrankung und den unterschiedlichen Voraussetzungen der Patienten zusammenhängt. Je nach Bildungslage, Interessen, Schwere der Erkrankung müssen andere Schwerpunkte gelegt werden. Wohin sich das Pendel bei den drei Modellen verschiebt, bleibt damit individuell.

Als ‚Gegenvorschlag‘ bietet sich ein Modell an, das bezüglich der Fürsorge die Verantwortung des Arztes anerkennt, das aber in einem gemeinsamen Gespräch informierend auf die schließliche Zustimmung des Patienten vorbereitet. Hier soll das ein noch auszuführendes **paternalistisch-deliberatives Model** genannt werden, dem ein modifizierter, **aufgeklärter Paternalismus** zugrunde liegt. Kurzgefaßt machen Ärzte hier einen Vorschlag (im Rahmen der Indikation), der dann in Ruhe mit den Patienten besprochen wird. Nicht mehr, aber auch nicht weniger. Alle drei ‚Idealtypen‘ (4.2) gehen dabei mit ihren jeweiligen Stärken in die Synthese ein.

- Von den **Vertragsmodellen** läßt sich übernehmen, daß Arzt und Patient Vertragspartner sind (im Rahmen eines Behandlungsvertrages [§ 630 BGB]), die sich auch entsprechend verhalten sollten. Keine medizinische Maßnahme ist geeignet für ein ‚altes‘ paternalistisches Bevormunden; Patienten sind keine kleinen Kinder. Vertragsmodelle weisen darauf hin, daß es sich um ein Experten-Kunden-Verhältnis handelt, bei dem natürlich Mindeststandards beim guten Umgang eingehalten werden sollten. Im Grunde eine Selbstverständlichkeit im täglichen Umgang von Menschen; aber offenbar nicht in der Medizin.
- Ausgehend von der ärztlichen Verantwortung obliegt dem Arzt nach der Stellung einer Indikation die Pflicht (Fürsorge) – schon rein rechtlich, aber auch standesethisch –, dem Patienten die in seinen Augen nicht nur beste Empfehlung vorzustellen, sondern ihn im Zweifel auch zu überzeugen. Je wichtiger (und gesicherter), desto eindringlicher. Das ist **Paternalismus**.
- Natürlich müssen Patienten informiert werden. Sie können dann alleine entscheiden, ob sie einer Maßnahme folgen möchten oder nicht (Patientenwille), aber natürlich sollten sie möglichst davon überzeugt sein. Das ist ein **gemeinsamer** Teil.

‚Autonomie und Paternalismus‘. Wegen ihrer Bedeutung in der aktuellen Diskussion sei kurz ein Blick auf zwei Hintergründe geworfen (die im weiteren Verlauf ausführlicher behandelt werden). Sie relativieren auf der einen Seite die Vorstellung eines mündigen, autonomen Patienten, und hinterfragen auf der anderen Seite die ‚unbefangene‘ Informierung durch den Arzt.

- „Das [momentan favorisierte interaktive] Modell hat nicht den schwachen, ängstlichen, bedrängten, kranken Menschen im Blick, sondern das gesunde, kraftvolle, souveräne, mobile, gebildete, wohlhabende – und kooperative! – Individuum.“ (Riha 2008: 116) – Eine Kritik, die auch von Hilpert (2010: 303 ff.) geteilt wird. Der liberale Gedanke birgt

immer die Gefahr, ‚weniger privilegierte‘ Menschen auf der Strecke zu lassen. Aber: Selbst die ‚perfekt‘ Aufgeklärten können nicht ernsthaft medizinisch mitentscheiden.

- Eine andere Frage ist, ob man als Arzt dem Patienten überhaupt eine offene Entscheidung ermöglichen möchte und sollte? Hat man nicht als Arzt eine Vorstellung davon (sollte man sie nicht haben?), was das Beste für seinen Patienten ist – und sollte man das nicht propagieren (vgl. Geiger et al. 2021)? Darf ein Arzt überhaupt neutral in seiner Position sein (und damit anders als bei politischen Diskussionen)?

Ergebnis: Ein paternalistisch-deliberatives Gespräch. An dieser Stelle kommt man dann unweigerlich zur wichtigen Frage, wie weit man gehen sollte, einen Patienten zu überzeugen, einer Maßnahme zuzustimmen. Oder anders: Wann sollte man als Arzt aufgeben, einen Patienten zu überzeugen, und es ‚seiner Autonomie‘ überlassen, sich (auch ‚falsch‘) zu entscheiden. – Und wie schaut dazu der Rechtsrahmen, der berufsethische und der der eigenen Moralvorstellungen aus. Das paternalistisch-deliberative (überhaupt jedes) Arzt-Patienten-Gespräch bewegt sich stets zwischen den beiden Polen der medizinischen Indikation und dem Patientenwillen.

4.4 Medizinische Indikation und Patientenwille

Die beiden entscheidenden ‚Pole‘ bei einer Arzt-Patient-Beziehung sind die medizinische Indikation auf Seiten des Arztes (‚Arztwille‘) und die Zustimmung oder Ablehnung auf Patientenseite (‚Patientenwille‘): „Kliniker (nicht Patienten) stellen Indikationen, Patienten (nicht Kliniker) entscheiden über ihre Verwirklichung.“ (Raspe 2015: 98)

In diesem Sinne werden die jeweiligen Entscheidungen ‚einzeln‘ (einsam) getroffen, sollten aber gemeinsamen Überlegungen folgen. Auch die Rechtslage beruht derzeit auf diesen beiden Säulen – ergänzt durch eine Informationsweitergabe (‚informierte Zustimmung‘), die allerdings mindestens von der Indikation abhängig ist.

Insofern böte sich an dieser Stelle eine Definition an, aber: „In gängigen medizinischen Lehrbüchern und Lexika kommt die ‚medizinische Indikation‘ als grundlegende Legitimationsbedingung einer medizinischen Maßnahme oder eines ärztlichen Heileingriffs nicht vor.“ (Dörries und Lipp 2015: 7) Noch erstaunlicher ist, daß auch die Gesetzestexte hier nicht weiterhelfen. Bemerkenswert also, daß der Indikation – trotz ihrer immensen Bedeutung – systematisch bisher nur am Rande (wenn überhaupt) Aufmerksamkeit geschenkt worden ist. Erst zwei neuere Bücher – Dörries und Lipp 2015 (Hrsg.) und Wiesing 2017 – nehmen sich der Problematik an.

Schlüsselvorgang Indikation. „Eine Indikationsstellung geschieht auf Wunsch des Patienten“ (Wiesing 2017: 32), „initiiert durch den (mutmaßlichen) Willen des Patienten“ (ebd.: 147). Ohne Arztbesuch keine Indikation, und damit gründet sich die ganze Interaktion schon initial auf den Interessen des Patienten. Darüber hinaus kommen hier Kompetenz und Verantwortung des Arztes zum Ausdruck, und vor allem nehmen alle weiteren Möglichkeiten der Interaktion zwischen Arzt und Patient hier ihren Ausgang. Das betrifft insbesondere mögliche Einflußnahmen durch den Patienten, deren Umsetzung grundsätzlich nur auf dem Boden der Verantwortbarkeit

erfolgen kann: Es muß eine Indikation vorliegen. Grundvoraussetzung ist damit die prinzipielle **Indizierbarkeit** einer im Raum stehenden Alternative.

Eine einmal gestellte Indikation verpflichtet Ärzte dann allerdings (auch rechtlich) zum Handeln. Das Wohl des Patienten steht im Mittelpunkt, und die Indikation erzwingt letztlich einen fürsorglichen Umgang, mehr oder weniger geprägt von paternalistischen Verhaltensweisen. – Wollte man den Paternalismus in der Medizin abschaffen, so müßte man als erstes die Form der Indikation beseitigen. Dabei ist es fraglich, ob das – rechtlich, berufsethisch und letztlich menschlich – gelingen kann oder auch nur wünschenswert wäre.

Der **Patientenwille** soll hier nicht vernachlässigt werden. Allerdings erscheint er weitaus klarer als Selbstverständlichkeit gesetzt und juristisch abgesichert (durch Rechtslage und Rechtsprechung).

Medizinische Entscheidungen

Um sich nicht vorschnell auf den (ohnehin für die Arztseite reservierten) Begriff der Indikation festlegen zu müssen, wird hier für die Gesamtbetrachtung mitunter auf die ‚neutrale‘ Idee einer ‚medizinischen Entscheidung‘ zurückgegriffen, die auch den Patientenwillen einschließen kann. Rechtlich, berufsethisch und medizinisch behält die Indikation damit aber ihre Bedeutung.

Selbst Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung sprechen dem Arzt als Experten für die ‚medizinische Seite‘ hier die entscheidende Kompetenz zu – insofern kann offenbar die primäre medizinische Entscheidung (als Indikation und Empfehlung) nur durch einen Arzt erfolgen. Gefordert wird allerdings, ‚weitere Aspekte‘ zu berücksichtigen, was natürlich genauer betrachtet werden muß. Was genau ist ‚verhandelbar‘, in welchem Rahmen?

- Die **Geschichte** der Indikation verweist schon direkt auf den resultierenden **ethischen** und nicht zuletzt **Rechtsrahmen**.
- *Inhaltlich* wird es dann bei der Frage, welche Anteile die **medizinischen** und die ‚**lebensweltlichen**‘ Hintergründe für die Stellung einer Indikation haben sollten und können. Um dem Wohl des Patienten gerecht werden zu können, müssen natürlich einige seiner Vorstellungen berücksichtigt werden. Welche und in welcher Weise?

Paternalismus ist dabei untrennbar mit der Indikation verbunden, und bereits die ersten Schritte bei ihrer Findung kommen nicht ohne aus.

- Die initiale Suche nach einer für das Wohl des Patienten mutmaßlich besten Lösung erfolgt zunächst mindestens unabhängig von dessen Willen (fürsorglich: Paternalismus).
- Der sich anschließenden Empfehlung geht immer eine Auswahl aus vorhandenen Alternativen (einschließlich dem Nichtstun) voraus; das ist paternalistisch. Alternativen, die „medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden“ sind (§ 630e BGB), müssen dem Patienten sowieso vorgestellt werden (ein durchaus kritischer Punkt).

- Schwierigkeiten ergeben sich dabei bereits sehr grundsätzlich („systempaternalistisch“): Ist schon der Rahmen ‚Schulmedizin‘ paternalistisch? Was ist mit alternativmedizinischen Methoden? Ist das Vorenthalten von Homöopathie paternalistisch?

Zur Geschichte der Indikation

Die Indikation durchläuft im Laufe der Geschichte Wechsel ihrer Reichweite, die auch mit dem Selbstverständnis der Medizin und – mehr noch – der Ärzteschaft verbunden ist. „Der heute jedem Arzt vertraute Begriff der Indikation hat über Jahrhunderte hin einen Bedeutungswandel vom bloßen Anzeichen einer Krankheit bis zum therapeutischen Handlungsappell erfahren.“ (Gahl 2015: 24).

Da der ‚Appell‘ vor allem im 19. Jahrhundert letztlich in die Vorstellung der Ärzte mündete, für ihre Patienten – ohne oder sogar gegen ihren Willen – entscheiden zu dürfen, begrenzten Gerichte mit einem Abwehrrecht der Patienten („Hamburger Fall“) die Durchführung der Handlung auf eine Art ‚Vorschlagsrecht‘. Allerdings bleibt – auch rechtlich – der appellative und verpflichtende Charakter der Indikation erhalten, und Ärzten obliegt nach der Indikationsstellung eine besondere Sorgfaltspflicht (mit gegebenenfalls rechtlichen Konsequenzen).

Eine hilfreiche Darstellung der historischen Entwicklung des Begriffs Indikation und seiner Bedeutung findet sich bei Klaus Gahl (2015: 24 ff.), auf den hier großzügig zurückgegriffen wird. In der **Antike** wird dabei zunächst von Anzeichen (*endeixis*) einer Erkrankung gesprochen, beispielsweise bei Platon, aber auch bei **Hippokrates** sind die Zeichen „mitbestimmend für seine Handlungsempfehlung“ (ebd.: 24). Einen Schritt weiter geht **Galen**, für den das Anzeichen einer Krankheit auf dessen Ursache hindeutet – und das „berechtigt oder drängt den Arzt, etwas gegen die Krankheit zu tun. [...] Damit gewinnt der Begriff schon hier einen zum Handeln verpflichtenden, deontologischen Charakter.“ (ebd.) Wie auch bei den inhaltlichen Erklärungen für das Entstehen der Erkrankungen (im Rahmen der Humoralpathologie) halten sich diese frühe Sichtweisen über Jahrtausende: „Der frühe (hippokratische) Blick auf die prognostische Information ist ebenso wie der (galenische) Blick auf die diagnostische Information bis ins 19. Jahrhundert zu verfolgen, wenngleich mehr und mehr die den Krankheitszustand vom individuellen Kranksein abstrahierende Krankheit ins Zentrum des Interesses rückt.“ (ebd.: 28 f.)

Der sprachliche Übergang „von der *endeixis* zur *indicatio*“ (ebd.: 25) erfolgte dann durch **Gentile da Foligno** (um 1280 bis 1348), einem „Brückenpfeiler von der Tradition der spätantiken Medizin zum Mittelalter“ (ebd.).

Später erfolgten dann im Rahmen der Anwendung der Zeichenlehre (Semiotik) die „Bedeutungsverschiebungen zum heutigen Begriffsverständnis“ durch die „Unterscheidung von Symptom und Zeichen und deren Differenzierung“ durch **Herman Boerhaave** (1668 bis 1738) und seinen Assistenten Gerard van Swieten (1700 bis 1772). Dabei wird die Indikation „nicht in den zu beobachtenden Phänomenen“ verortet, „sondern sie wird ‚in dem Gemüthe des Arztes‘ überlegt, so auch die Entscheidung zur Behandlung“ (ebd.: 27).

Das **19. Jahrhundert** schließlich ist geprägt durch die Erfolge der Naturwissenschaften und vor allem der Chirurgie, was dem Selbstbewußtsein der neuen Medizin starken Auftrieb bescherte (vgl. 2.2). Bedeutender als dieser Wissens- und Fähigkeitenzuwachs dürfte aber die gesellschaftliche Stellung der Ärzteschaft gewesen sein, die sich in diesem Jahrhundert – insbesondere bedingt durch die Industrialisierung und Verstädterung – massiv verändert hatte (2.3).

In der **Gegenwart** haben nach Aussage (ebd.: 30 ff.) des Internisten Klaus Gahl (1937 bis 2023) neben ihm (2002) zwei Autoren das Thema Indikation systematisch betrachtet: 1982 der Internist **Felix Anschütz** (1920 bis 2014) und 1983 der Internist und Medizinhistoriker **Fritz Hartmann** (1920 bis 2007).

Anschütz betont dabei die Indikation als „eine persönliche Entscheidung des behandelnden Arztes“ (Anschütz 1982, S. V)“ (ebd.: 30). Und ebenfalls nicht unwichtig: „Die Indikation ist der begründete Entschluß zu einer bestimmten Handlung, nicht die Handlung selber.“ (Anschütz 1982: 6; vgl. Gahl 2015: 31)

Hartman unterstreicht die Doppelnatur der Indikation: „Als das, was bei einer Erkrankung getan werden muss[sic]“, habe Indikation die Doppelnatur des Angezeigten als etwas Gegebenem und des erst noch zu Tuendem, sei dieses gestützt auf empirisches oder theoretisches Wissen oder Kenntnis der Krankheitszeichen.“ Daraus ergebe sich eine doppelte Verantwortung durch „Begründungszusammenhang wissenschaftlicher Gründe“ und „Rechtfertigungszusammenhang, in dem die Berücksichtigung von Entscheidungsmerkmalen nachgewiesen werden muss[sic]“ (Hartmann 1983, S. 151)“ (ebd.: 31).

Gahl ergänzt: „[Die Indikation] ist ein diskursiver Beurteilungs- und Entscheidungsakt des Arztes, der sich (mindestens potenziell) dem Begründungs- und Rechtfertigungserfordernis gegenüber dem Kranken, der Gemeinschaft und der Gesellschaft stellen können muß. Legalität und Legitimität ärztlichen Handelns und Unterlassens gründen nicht nur in medizinischen, objektiven Gegebenheiten, sondern in Wertvorstellungen des Kranken, die bei der Indikationsstellung berücksichtigt werden müssen.“ (ebd.: 32) – (Schon) bei der Indikationsstellung wohlgermerkt.

Ethischer und Rechtsrahmen

Damit ein medizinischer Eingriff gerechtfertigt ist, müssen drei Dinge erfüllt sein: Der Patient muß (informiert) zugestimmt haben (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB, § 630d Abs. 1 Satz 1 BGB und § 630e BGB), der Eingriff muß nach den Regeln der aktuellen ärztlichen Kunst (*lege artis*) durchgeführt werden (§ 630a Abs. 2 BGB), und es muß eine Indikation vorliegen (dies bemerkenswerterweise nur indirekt anderenorts, in § 1828 Abs. 1 Satz 1 BGB, für den Fall einer Betreuung).

Alle drei Gesichtspunkte unterliegen mehr oder weniger unsicheren Interpretationen, was angesichts der wichtigen rechtlichen Funktion doch mindestens überraschen muß, denn die Folgen einer Indikationsstellung sind doch erheblich. Wohlgermerkt für den Arzt, der dadurch an einige Folgemaßnahmen gebunden wird – anders als der Patient, der wegen des Patientenwillens stets frei entscheiden kann. Zu betrachten sind mindestens drei Gesichtspunkte.

- Die **Verantwortung** für die Stellung einer Indikation obliegt in Deutschland rechtlich derzeit alleinig dem zuständigen **Arzt**.
- Indikationen führen zudem zu weiteren **Rechtsfolgen** für den Arzt, der seiner Verantwortung oftmals nur im Rahmen paternalistischer Interventionen (Überzeugen zum Beispiel) nachkommen kann.
- Grundsätzlich **moralische Verpflichtungen** müssen zu einer aktiveren Diskussion über Alternativen aufrufen.

Rechtslage: ungeteilte Verantwortung. Angestoßen durch eine ‚Anfrage des Patienten‘ (Wiesing 2017: 32) obliegt dem Arzt gemäß der Forderung die „rechtliche Verantwortung folgt der fachlichen Kompetenz“ (Lipp 2015: 37) die Stellung einer Indikation. Bei den Ärzten verbleibt also rechtlich die alleinige Verantwortung für diesen Teil der Arzt-Patienten-Beziehung, und auch berufsethisch und damit letztlich moralisch ist eine Beteiligung der Patienten am Verantwortungsteil nicht vorgesehen. Das ist natürlich sehr relevant, weil es einen Rahmen für die Möglichkeiten des ‚Anders-Entscheidens‘ nach einer ärztlichen Indikation absteckt.

Wollte man eine Einbeziehung der Patienten auch mit (dann ‚geteilter‘) Verantwortung versehen (vgl. 4.3), so wäre ein erster notwendiger Schritt ein Ersetzen der medizinischen Indikation durch etwas rechtlich Gleichwertiges. In diese Richtung geht eine Arbeit von Franziska Huber (2020): *Die medizinische Indikation als Grundrechtsproblem. Zum Informed Consent als Indikationsäquivalent*. – Ohne eine Alternative für den aktuellen rechtlichen Hintergrund zu bieten, bleiben Forderungen nach einer Beteiligung des Patienten inhaltlich recht wertlos.

Allerdings kann vielleicht schon grundsätzlich festgehalten werden „dass die Zuständigkeit und Verantwortung für das Stellen einer Indikation beim Arzt verbleiben sollte und vernünftigerweise auch nur verbleiben kann“ (Wiesing 2017: 39).

Rechtsfolgen und Paternalismus. Mit der Verantwortung für die Indikation sind darüber hinaus weitere Konsequenzen – auch rechtlicher Natur – verbunden. Ärzte sind verpflichtet, den Patienten in angemessener Weise die Tragweite einer Nichtbefolgung der vorgeschlagenen medizinischen Maßnahme im individuellen Fall klarzumachen. Dabei gehört es „zu den Besonderheiten der Handlungswissenschaft Medizin, dass ihr propositionales Wissen nahezu unvermittelt normativ Gewicht hat“ (Raspe 2015: 100; mit Hinweis auf ähnliche Ansichten Paul Martinis aus dem Jahre 1932).

Das Grundproblem besteht dann darin, daß Patienten (sinnvollerweise) in die Körperverletzung einwilligen müssen (oder sie ablehnen können) – daß die Indikation aber ein Handeln des Arztes verlangt: „Eine gestellte Indikation ist für den Arzt ein Imperativ, für den Patienten eine unverbindliche Empfehlung, der er folgen kann oder nicht.“ (Wiesing 2017: 141)

Ein Handeln, das Ärzte zudem nicht einfach mit dem bekundeten Patientenwillen unterlassen können. Ihre Aufgabe besteht vielmehr darin, den Patienten zu überzeugen, das ‚für ihn (den Patienten) Richtige‘ zu tun – das der Arzt im Rahmen der Stellung einer Indikation für ‚das

Richtige` befunden hat. Über die Schwierigkeiten bei den Details wird noch zu schreiben sein. Aber es dürfte deutlich werden, daß die Indikation letztlich zu Paternalismus verpflichtet.

Als Beispiel mag die ‚im Vorbeigehen auf der Straße‘ geäußerte **Verdachtsdiagnose ‚Herzinfarkt‘** dienen, die mindestens berufsethisch zu Paternalismus führt (strafrechtlich kommen § 323c StGB [‚Unterlassene Hilfeleistung‘] und eine mögliche Garantenstellung hinzu). Und auch im Krankenhaus muß der Arzt (ethisch und rechtlich) nach der (‚dringlichen‘) Indikation für eine Herzkatheteruntersuchung einiges (an Paternalismus) aufwenden, um den Patienten zu überzeugen, daß er sie auch durchführen läßt (fernab von Patientenautonomie oder sogar dem Patientenwillen [der natürlich auch da letztlich siegt...]).

Eine oft geäußerte ‚Alternative‘ für die rechtlich bindenden paternalistischen Verhaltensweisen des Arztes ist das vermeintliche Versetzenkönnen des Patienten in die Lage, selbst ‚das Richtige‘ kraft seiner autonomen Einsicht zu entscheiden. Auf welche ‚nicht-paternalistische‘ Weise das allerdings geschehen soll, bleibt stets offen (Krones und Richter 2006: 99 ff.; insgesamt realistischer Faden und Beauchamp 1986).

Das Problem der Alternativen. Als Ergebnis einer Nutzen-Risiko-Abschätzung sollte der Arzt unter den möglichen Behandlungsalternativen diejenige auswählen, die für den individuellen Patienten den größten Nutzen beim geringsten Risiko aufweist (das sieht auch die Rechtslage vor: § 630e Abs. 1 Satz 3 BGB).

Aufgrund der doch immensen Unsicherheiten in der Medizin findet sich allerdings selten nur die eine ‚optimale‘ Alternative, was oftmals einen Spielraum für eine Empfehlung zuläßt (was vom Gesetzgeber so nicht vorgesehen ist; insofern – nachvollziehbar – kritisch auch Wiesing 2017: 61). Hinzukommt, daß von Vertretern einer gemeinsamen Entscheidungsfindung oft (und oft zu Recht) beklagt wird, daß Ärzte nicht genügend wüßten, was Patienten wirklich unter ihrem ‚Wohl‘ verstünden. Auch das läßt vom Arzt ‚aussortierte‘ Alternativen in einem differenzierteren Licht erscheinen.

Auf der anderen Seite muß der Rahmen die medizinische Vertretbarkeit (Indizierbarkeit) bleiben – ein Patient kann sich (selbst unter Berufung auf seinen Patientenwillen) nicht ‚zu sehr‘ gegen eine ärztlich getroffene medizinische Entscheidung ‚entscheiden‘. Einem Arzt steht es dann auch frei, eine Behandlung abzulehnen, möchte er nicht gegen seine Grundsätze (sein Arztethos) entscheiden (Vossenkuhl 2010: 164). Beim Abweichen von seiner ‚Entscheidung‘ (Empfehlung) gibt es immer eine ‚Schmerzgrenze‘, die zunächst eine fachliche, dann aber auch *fließend* eine moralische und letztlich eine juristische wird. Nicht alles möchte, und manches darf ein Arzt nicht verantworten.

Zusammengefaßt: „Eine Indikationsstellung ist ein fachliches Urteil im Einzelfall, initiiert durch den (mutmaßlichen) Willen des Patienten, normiert durch die ethischen Prinzipien ‚nutzen‘ und ‚nicht schaden‘ und basierend auf vergleichenden Prognosen zwischen dem unbehandelten Verlauf eines Leidens und der Wirksamkeit von Interventionen. Sie ist eine Empfehlung an den Patienten und eine professionsbedingte Selbstnormierung des Arztes.“ (Wiesing 2017: 147)

Medizinische Grundlagen der Indikation

Unbestrittene Grundlage einer Indikation ist das durch die Kompetenz der Ärzteschaft und des einzelnen Arztes berücksichtigte und angewandte aktuelle Wissen der Medizin auf den individuellen Patienten. In diesem Sinne dient das gesamte Kapitel 3 („Medizin als Wissenschaft: Kompetenzen und Grenzen“) als Grundlage.

Kritischer wird die Beurteilung der Indikation bei der Frage der Art und Reichweite ‚persönlicher‘, lebensweltlicher Vorstellungen (Wertvorstellungen, Wünsche, Präferenzen bis hin zu ‚Vorlieben‘) der Patienten (basierend auf deren Autonomie – oder Patientenwillen). Darauf wird im sich anschließenden Kapitel eingegangen (mit Auswirkungen auf die ‚medizinischen‘ Grundlagen hier).

Grundsätzliche Basis ‚Schulmedizin‘. Die heutige moderne ‚Schulmedizin‘ basiert auf den in Kapitel 3 dargelegten naturwissenschaftlichen und um ihre Wirksamkeit ergänzte Grundlagen als Entscheidungshorizont. Es liegt also ein bestimmtes „Konzept von Krankheit zugrunde, welches mit dem biomedizinischen oder naturwissenschaftlichen Krankheitsmodell [...] umschrieben werden kann“ (Krones und Richter 2006: 97). Dieser ‚standespolitische Paternalismus‘ schränkt die Auswahl der Alternativen bereits auf einer frühen Stufe der Entscheidung ein („systempaternalistisch“ statt ‚individualpaternalistisch‘).

Wenngleich alternativmedizinische Verfahren wie die Naturheilkunde eine größere Berücksichtigung erfahren könnten – sie erlauben sowohl naturwissenschaftliche Erklärungen als auch Wirksamkeitsprüfungen –, so entzieht sich die Homöopathie gänzlich dieser Logik (was eine kritische Haltung größter Teile der Ärzteschaft und mittlerweile der meisten Landesärztekammern verständlich und nachvollziehbar macht).

Sicherheiten in der Medizin. Als Patient muß man ein Stück weit darauf vertrauen können, daß der Arzt seinem ärztlichen Ethos folgend am Wohl des Patienten orientiert arbeitet – und daher ‚eigentlich‘ ein gemeinsames Interessen besteht (siehe 4.2); zentral auch für den Paternalismus. Voraussetzung ist natürlich, daß Entscheidungen auf einem gesicherten Grund getroffen werden (können). Ergebnis der möglichen Sicherheiten in der Medizin (vgl. 3.1 und 3.2) sind unter anderem **Leitlinien**, die für den einzelnen Arzt eine Hilfe bei der Verwendung von Indikationsregeln und als Richtschnur der (Welt-) Ärzteschaft angesehen werden können. Ihr Ziel ist auch die Vermeidung von Fehldiagnosen und damit -therapien (Schütte und Walter 2005: 129 ff.). Aber schon auf dieser Bewertungsebene (der naturwissenschaftlichen und evidenzbasierten Ergebnisse) zeigen sich Schwierigkeiten, weil neben Defiziten bei der Umsetzung durch den einzelnen Arzt bereits die Erstellung der Leitlinien unterschiedliche Interessen der beteiligten Leitlinienersteller berücksichtigt (dazu, insbesondere bezüglich der Unabhängigkeit von der Pharmaindustrie, das 2015 gegründete Transparenzportal ‚Leitlinienwatch‘).

(Weitere) Unsicherheiten in der Medizin haben natürlich auch einen Einfluß auf die Stellung einer Indikation (auch dazu schon Kapitel 3). Durch fehlende oder zumindest nicht eindeutig nachgewiesene Objektivität oder Wirksamkeit relativiert sich natürlich auch der Wert – und damit

das ‚Handlungsgebot‘ – der Entscheidung zu einer medizinischen Maßnahme. Allerdings kommt man als Patient mit seiner Autonomie natürlich noch mehr an seine Grenzen. Je unsicherer eine Empfehlung ist, desto eher ist die Meinung (Erfahrung) des Arztes gefragt – außer es gibt einen Handlungsspielraum.

Dabei werden grundsätzliche Unsicherheiten zunächst „aus didaktischen Gründen im Universitätsstudium“ (Anschütz 1982: VI) so nicht vermittelt. Letztlich beginnt das in der Vorklinik, denn auch die ‚gesunden Aspekte‘ sind nicht einmal in Ansätzen so verstanden, wie es in Anatomie, Biochemie und Physiologie gelehrt wird.

Darüber hinaus ergeben sich Unsicherheiten natürlich auch aufgrund möglicher mangelnder Kompetenz durch den einzelnen Arzt. Sowohl die Unsicherheiten selbst (mit der von Anschütz erwähnten Zurückhaltung in der Vermittlung) müssen bekannt sein, als auch die Alternativen, die zu alternativen Indikationen führen könnten. Mindestens zwei grundsätzliche Arten von Unsicherheiten dürften praktisch eine große Rolle spielen.

- Zum einen sind sehr viele ‚Sachverhalte‘ in der Medizin schon **medizinisch** einfach **unklar**, was ein Arzt zunächst einmal erkennen (wissen) muß. Grundsätzlich werden zudem Unsicherheiten zu selten kommuniziert, was letztlich Vertrauen kostet, weil in der heutigen Zeit die Unsicherheiten nicht unerkant bleiben („Internet“). Insbesondere in diesen Fällen muß ein Arzt aber letztlich einen Vorschlag machen („entscheiden“).
- Im zweiten Fall ist es **medizinisch** ‚erwiesenermaßen‘ **egal**, und es stehen mehrere vergleichbare Alternativen zur Verfügung, die alternative Indikationen ermöglichen. In solchen Fällen sollte der Patient natürlich großzügig in Entscheidungen einbezogen werden.

Komplexität und Systemvertrauen. Im medizinischen Kontext gibt es praktisch keine Entscheidungen, die auf einer sicheren Basis entschieden werden können. Selbst alle ‚rein medizinischen‘ Entscheidungen können – nicht zuletzt wegen der Komplexität des biologischen Systems Mensch und der Individualität von Organismen – letztlich nur auf einer mehr oder (meistens) weniger sicheren Grundlage getroffen werden. Soziale und medizinethische ‚Hinzuüberlegungen‘ verkomplizieren die Entscheidungspraxis, können manchmal aber auch eine Entscheidungshilfe sein. Ökonomische ‚Begleitfragen‘ sind meist negativ zu bewerten (Maio 2015: 74 ff.).

Neben einer fundierten naturwissenschaftlichen Ausbildung, die zu besseren ‚Abschätzungen‘ biologischer Phänomene führt, kommt dem ‚klinischen‘ Blick die letztlich entscheidende Bedeutung zu, um eine ‚erfolgreiche‘ Urteilskraft entwickeln zu können. Beides ist für Patienten nicht ausreichend möglich, was ein – für komplexe Systeme normales – „antizipatorische[s] Systemvertrauen“ erfordert (Wiesing 2017: 96 und ff.), vermittelt durch den individuellen Arzt. – Daß das letztlich nicht ausreicht, soll am Ende dieses Kapitels gezeigt werden.

Zur Reichweite der Indikation: ‚Schönheitsoperationen‘. Die Möglichkeiten der modernen Medizin – insbesondere verbesserte Narkosetechniken – erlauben mittlerweile auch Eingriffe mit geringem oder sogar „ohne Krankheitsbezug“ (Wiesing 2017: 143; vgl. Trepp 2010). Natürlich

stellt sich die Frage, ob hier – aktuell beispielsweise bei den besonders fragwürdigen Schamlippenkorrekturen – überhaupt eine Indikationsstellung durch einen Arzt erfolgen kann. Allerdings führen alle Versuche einer Ablehnung solcher Eingriffe durch die Ärzteschaft zu weit weniger rechtfertigbaren Ergebnissen, so daß Wiesing – nachvollziehbar – mittels veränderter Zielvorgaben und damit einer „abgewandelte[n] Indikationsstellung“ (Wiesing 2017: 90 f.) oder „erweiterte[n] Indikationsstellung“ (ebd.: 143) Eingriffe ohne Krankheitsbezug durch Ärzte für gerechtfertigt hält.

Die Bedeutung von Werten für die Indikation

Wenngleich medizinische Aspekte für die Stellung einer Indikation im Vordergrund stehen, so darf doch nicht davon ausgegangen werden, sie könne ohne ‚darüberhinausgehende‘ Aspekte quasi ‚neutral‘ gestellt werden (Wiesing 2017: 18 ff.; 31 ff.). „Die Mehrheit der medizinethischen Autoren geht davon aus, dass die Indikation selbst oder deren Rolle in der ärztlichen Entscheidungsfindung erhebliche ethische Aspekte besitzen.“ (ebd.: 22) Dabei sei die deutschsprachige Debatte darüber „getrieben von der Furcht vor einem versteckten Paternalismus“ (ebd.: 137). Letztlich besteht die zentrale Frage auch darin, wo genau Patienten ‚ihre Position‘ in den medizinischen Entscheidungsprozeß einbringen können sollen, wenn die Indikation auf der einen Seite essentiell für die Rechtmäßigkeit des ärztlichen Eingriffs ist, auf der anderen Seite aber aus einer gestellten Indikation bereits verbindliche Konsequenzen folgen. Hier besteht auch ein direkter Zusammenhang zu den genannten Unsicherheiten und möglichen Behandlungsalternativen, die auch alternative Indikationen schaffen (können) – und auf der anderen Seite zum Patientenwillen, der nach einer gestellten Indikation höchstens noch als ‚Abwehrrecht‘ fungieren kann. Zunächst muß allerdings geklärt werden, was unter ‚der Patientenseite‘ überhaupt zu verstehen ist, und ob mitunter geforderte ‚Werte‘ nicht bereits routinemäßig Eingang in die Stellung einer Indikation finden. Darüber hinaus, welche Vorstellungen gerade nicht berücksichtigt werden sollten, und schließlich, welche mit dem Patientenwillen leicht durchzusetzen wären – ohne daß auf ‚Patientenautonomie‘ zurückgegriffen werden muß.

Was sind ‚Werte‘ überhaupt?

Bereits bevor über Bedeutung und möglichen Umfang einer Beteiligung der Vorstellungen des Patienten überhaupt sinnvoll nachgedacht werden kann, stellen sich schon erste Schwierigkeiten ein, denn: „Die zahlreichen Ausführungen zu Werthaftigkeit der Indikationsstellung unterlassen es, zwischen unterschiedlichen Wertungen zu differenzieren. Daran scheitern sie. Denn es ist für das Verständnis der Indikation unerlässlich, zwischen den allgemeinen Wertvorstellungen der Medizin, den individuellen Wertungen eines Patienten und denen des Arztes zu unterscheiden und dann zu fragen, was in die Indikationsstellung einfließen soll.“ (Wiesing 2017: 31)

In diesem Sinne ist auch die Forderung zu sehen, bei einem ‚patientenzentrierten‘ Ansatz (siehe dazu 4.3) seien neben medizinischen auch „behandlungsrelevante persönliche Informationen“

(Bieber et al. 2016: 197) zu berücksichtigen. Welche ‚behandlungsrelevanten persönlichen Informationen‘ werden von einem Arzt *nicht* berücksichtigt (dürfen von ihm ignoriert werden)?!

Letztlich wird man von einem Kontinuum ausgehen können, das sich von Alter und Geschlecht (sicher vom Arzt zu berücksichtigen) über Risikovorstellungen und Lebensvorstellungen bis hin zu ‚patientenautonomen Weltbildern‘ erstreckt. All das fällt manchmal unter ‚Werte‘ und zeigt deren Breite – und damit auch die Spannbreite zwischen ‚muß ein Arzt berücksichtigen‘ und ‚darf ein Arzt nicht berücksichtigen‘. Viele ‚Werte‘ sind für medizinische Entscheidungen auch einfach nicht interessant.

Auf der ‚medizinischen‘ Seite sind für die Indikationsstellung zunächst bereits Grundlagen der Medizin keine wertfreie Positionierung: Die moderne Schulmedizin basiert auf den Naturwissenschaften und Wirksamkeitsprüfungen durch die ‚Evidenzbasierte Medizin‘. In diesem Licht werden auch alternative Ansätze betrachtet wie die Naturheilkunde (unproblematisch) oder die Homöopathie (problematisch, weil sie die Basis nicht anerkennt). Darüber hinaus lassen sich (auch echte) Alternativen selten wertfrei interpretieren (beispielsweise bei unterschiedlichen Risikobewertungen) – daher erfolgt hier auch die Forderung nach einer großzügigeren Offenlegung (s.u.).

Auf ganz individueller Ebene schließlich fließen nicht nur „Alter, Geschlecht, Intelligenzgrad, Leidensunwilligkeit, Einsicht in eine Therapie“ (Anschütz 1982: 11) in die Indikationsstellung ein, sondern weitere Lebensumstände, die einen Einfluß auf die Sinnhaftigkeit einer bestimmten medizinischen Maßnahme haben (heute mehr als 1982).

Wenn bei einem Patienten mit einem zu hohen Blutdruck Bewegung (Sport) als beste Maßnahme (Therapie) empfohlen werden soll, der Patient aber 90 Jahre alt und wenig mobil ist, dann wird ein Arzt das (rein medizinisch) berücksichtigen (müssen). Die ‚Patientensicht‘ wird hier gar nicht benötigt, weil das schlicht in den medizinischen Bereich fällt, also Bestandteil der ärztlichen Entscheidung ist. Ärzte sind ja keine Biomediziner, sondern eben Ärzte, die irgendwie immer schon die (oder einige) lebensweltliche Dinge mit berücksichtigen (müssen).

Nebenbemerkllich sei darauf hingewiesen, daß auch die Herkunft des Arztes aus dem ‚Bürgertum‘ (vgl. Birnbacher 2018: 229) und deren Wertvorstellungen einen Einfluß auf eine medizinische Entscheidung haben dürfte (aber nicht haben sollte).

Auf Patientenseite zeigt sich eine große Spannbreite derjenigen Hintergründe, die unter ‚Werte‘ gefaßt werden. Neben oftmals auf die Patientenseite geschobene grundlegende medizinische Parametern stehen sowohl historisch als auch in aktuellen Diskussionen vor allem Vorstellungen vom Ende des Lebens im Vordergrund. Daß diese bereits in eine Diskussion über die Alternativen eines Behandlungsziels (und damit die Indikation) integriert werden müssen, ist bereits erwähnt worden.

Darüber hinaus kommen hier weitere ‚Präferenzen‘ des Patienten bis hin zu ‚Wünschen‘ begrifflich zum Tragen. Und auch die Patientenautonomie wird bemüht, um einen Anspruch auf Mitentscheidung zu begründen. – Maßstab muß hier aber stets die medizinische Vertretbarkeit

(die Indizierbarkeit) bleiben. Das gilt auch für die Ablehnung einer vermeintlich notwendigen Bluttransfusion durch Zeugen Jehovas. Die (für Erwachsene) möglich ist – begründet auf den Patientenwillen –, aber in den seltensten Fällen zu einer ‚gemeinsamen‘ Entscheidung führen wird.

„Medizinische und ärztliche Indikation“?

Nach wie vor unter der Prämisse, daß eine Indikation „immer auch einen normativen (wertenden) Anteil“ enthält (Neitzke 2015: 83), versucht Gerald Neitzke eine Unterscheidung von medizinischer und ärztlicher Indikation (ebd.: 83 ff.). Indirekt ergibt sich daraus letztlich die Frage, ob sich bei einer medizinischen Indikation die wertegeleiteten Aspekte (‚ärztlich‘) herausdifferenzieren lassen. Es wird sich in der Gesamtbetrachtung allerdings zeigen, daß das nicht gelingen kann, weil eine ‚medizinische‘ Indikation immer eine ‚ärztliche‘ sein muß. Allerdings ist die begriffliche Unterscheidung dennoch hilfreich für die Diskussion.

Nach Neitzke lasse sich die Entwicklung einer (Gesamt-) Indikation in „zwei abgrenzbare und zeitlich häufig aufeinander folgende Schritte“ (ebd.: 85) unterteilen; kritische Betrachtungen schließen sich an.

Medizinische Indikation. In einem ersten Schritt werden die erforderlichen Prüfaspekte bezüglich medizinischer Sachverhalte und Fakten verstanden (ebd.: 85 ff.), wobei drei Teilaspekte (die in der Literatur bereits zu finden seien) – als Begründungen – unterschieden werden müßten. Die **empirische Begründung** fordere ein Zusammenpassen der Symptome zu bestimmten Maßnahmen, was bereits Erfahrung erfordere (ebd.: 86). Eine **finale Begründung** drehe sich – tatsächlich schon unter Berücksichtigung des Patientenwillens – um die Erreichung des Therapieziels (ebd.: 86 f.) und gehe der Indikationsstellung „aus logischen Gründen voraus“ (ebd.: 87; dem widerspricht Wiesing [2017: 46, Anm. 32]). Die **kausale Begründung** schließlich fordere die bestmögliche Therapie, also die mit dem höchsten Evidenzgrad (Neitzke 2015: 88).

Ärztliche Indikation. Der zweite Schritt (ebd.: 88 ff.) berücksichtige (erst), daß nie eine Erkrankung, sondern immer ein Patient behandelt würde. Es gehe also (dann erst) um die „ärztlich zu verantwortende Einschätzung eines Einzelfalls“ (ebd.: 85) und die Frage, ob die grundsätzlich „hilfreichen und nützlichen Maßnahmen auch geeignet sind, den Gesundheitszustand dieses individuellen Patienten zu verbessern“, wozu mehr „Einschätzungen“ als „abstrakte[s] fachliche[s] Wissen“ erforderlich seien (ebd.: 89).

Dem widerspricht allerdings bereits die grundsätzliche Definition ‚der Indikation‘ als *immer* auf den Einzelfall anzuwenden. Empirische, finale und kausale Begründungen müssen *immer* für das einzelne Individuum passen – im luftleeren Raum lassen sich keine Indikationen stellen.

Neitzke unterscheidet zwei für die ärztliche Indikation relevante Aspekte. Zum einen **gesundheitliche Aspekte**, die die „Einschätzung der individuellen Prognose, der Belastungen und der Lebensqualität im Einzelfall“ sowie „relevante Begleiterkrankungen (Co-Morbidität)“

berücksichtigen müßten (ebd.). – Alles Aspekte die zwingend zu einer allgemeinen Indikationsstellung gehören (mit Diskussionsbedarf bei der Lebensqualität...). Der zweite Punkt betrifft die **Aspekte der Persönlichkeit** des Patienten (ebd.: 90 f.), die sich zum Beispiel auf die Compliance oder Adhärenz beziehen könnten. „Auch das individuelle Krankheitsverständnis und die Krankheitsverarbeitung können so weit vom medizinischen Verständnis der Ätiologie und Pathogenese entfernt sein, dass die Einhaltung eines Behandlungskonzepts gefährdet erscheint.“ (ebd.: 90) – Compliance und Adhärenz müssen zumindest theoretisch ebenfalls immer berücksichtigt werden.

Kritisch betrachtet lassen sich bei einer Indikation durchaus Aspekte unterscheiden, die „weniger einer medizinisch-fachlichen (technischen) als vielmehr einer ärztlich-therapeutischen (subjektiv-menschlichen) Bewertung“ (ebd.: 89) folgen. Allerdings sind die Grenzen nicht nur fließend, sondern es stellt sich auch die Frage, was eine ‚rein medizinische‘ Indikationsstellung für einen praktischen Wert haben könnte. Insofern kann es nur auf *eine* medizinische Indikation hinauslaufen, die durch medizinische Aspekte (Fakten) und einige klassisch ärztliche Aspekte entsteht – die aber untrennbar miteinander verbunden sind.

Zweifelsohne bedürfen aber insbesondere die ‚ärztlicheren Teile‘ der Indikation einer genaueren Betrachtung, so beispielsweise Fragen der ‚Machbarkeit‘ einer medizinischen Maßnahme bei genau diesem Patienten. Wenn ein Patient zu bestimmten Dingen nicht bereit oder in der Lage ist, kann (vielleicht sollte) man das direkt bei der Stellung einer Indikation berücksichtigen. „Mindestanforderungen des Verständnisses und der Mitwirkungsbereitschaft“ (ebd.: 90) sollten vorhanden sein, individuelle Ressourcen des Patienten könnten möglicherweise schon gleich Berücksichtigung finden. Aber: „In Zweifelsfällen ist auch hier die Indikation zu stellen, da der Patient anschließend noch immer das Recht hat, die indizierte Maßnahme abzulehnen, wenn aus seiner Sicht der Schaden den Nutzen überwiegt.“ (ebd.). Dazu insgesamt mehr weiter unten.

(Vorläufiges) Fazit zur Indikation

Als Zwischenbemerkung stellt sich also insbesondere die Frage, welche Art von Werten wann in welcher Weise berücksichtigt werden sollten. Die Spannweite dessen, was unter ‚Werte‘ gefaßt wird, macht allgemeine Aussagen über deren Berücksichtigung bei der Stellung einer Indikation offenkundig schwierig. Dabei muß betont werden, daß es hier noch nicht um den Willen des Patienten geht, sondern nur um die Frage, welche und inwieweit nichtmedizinische (‚lebensweltliche‘) Überlegungen für die Indikation berücksichtigt werden (müssen). Dabei können zwei Szenarien unterschieden werden.

- Zum einen kann über die Frage diskutiert werden, ob über die Berücksichtigung medizinisch notwendiger persönlicher Hintergründe (Alter, Geschlecht) hinaus auch direkt Vorstellungen des Patienten in die Indikation einfließen sollten. Die Indikation ist im Grunde ‚erwünscht paternalistisch‘, weil sie eben ohne Ansehung von Meinungen zu einer (mehr oder weniger rein) medizinischen Empfehlung kommen soll.

- Darüber hinaus bleibt die Frage der möglichen Berücksichtigung von Patientenvorstellungen *nach* der Indikationsstellung bestehen.

In beiden Fällen spielt die **ärztliche Vertretbarkeit** („Induzierbarkeit“) die entscheidende Rolle, weil er für jedes Abweichen – jede **Alternative** – letztlich die Verantwortung tragen können muß. Und natürlich hängt der Entscheidungsrahmen von der konkreten Fragestellung sowie dem ‚Zustand‘ des Patienten ab.

Bei der ersten Frage – nach der Berücksichtigung bereits für die Indikation – kommt zudem ein wenig die Persönlichkeit des Arztes hinzu, wenngleich beide Modelle in der Praxis im Ergebnis oftmals keinen großen Unterschied ergeben dürften. Eine ‚**klassisch medizinische**‘ Entscheidungsfindung hält sich dabei strenger an die rein medizinischen Parameter und schlägt eine Indikation vor. Wählt der Patient eine vom Arzt als ‚zweitklassisch‘ (im Rahmen des überhaupt Vertretbaren – juristisch und verantwortlich) ausgewiesene Maßnahme, so wird das festgestellt und dokumentiert. Bei einer ‚**betont lebensweltlichen**‘ Herangehensweise des Arztes (Jacobs 2018: 284) werden mehr Vorstellungen des Patienten berücksichtigt, bevor eine Indikation gestellt wird. Hier könnte tatsächlich auch die Patientenautonomie (dazu aber in 4.5 mehr) Berücksichtigung finden (beispielsweise, wenn der Patient ‚nicht noch mehr Tabletten‘ möchte ... und der Arzt eh unsicher war, ob diese eine noch erforderlich ist).

Sehr viel grundsätzlicher geht es dabei auch um die Frage, ob und inwieweit ‚**Medizinethik**‘ nicht Bestandteil der Medizin selbst ist oder sein sollte (vgl. 4.1). Sollten oder können Fragen zum Therapieziel – auch am Lebensende – überhaupt ‚von außen‘ herangetragen werden, oder sind das nicht genuine Fragen der Medizin selbst. Wenn auch mehr ‚ärztliche‘ als ‚medizinische‘ Fragen.

Der momentane Rechtrahmen in Deutschland sieht nicht nur die Indikation als essentiell für die Rechtfertigung eines medizinischen Eingriffs an (neben weiteren Kriterien), sondern überträgt die Verantwortung folgerichtig auf die für diese Fragen kompetente Personengruppe: die Ärzte. Natürlich könnte eine Änderung der gesetzlichen Voraussetzungen ‚in irgendeiner Weise‘ weitere Personen (auch Patienten) mit in die Verantwortung nehmen – allerdings bliebe die Frage, ob das überhaupt wünschenswert ist.

Da an der medizinisch-fachlichen Überlegenheit der Ärzte gegenüber ihren Patienten selten ernsthaft gezweifelt wird, bleiben für die Indikation insbesondere zwei Fragen. Zum einen, ob ‚Vorstellungen‘ des Patienten dort einfließen können – über absolut notwendige aber ‚nicht-medizinische‘ Hintergründe hinaus –, und zweitens, ob es immer nur eine Indikation geben kann. Zwei Überlegungen, die unter dem Gedanken **verantwortbarer Alternativen** (und der prinzipielle Induzierbarkeit) zusammenfinden können. Vom *Arzt* verantwortet wohl gemerkt.

Es bleibt aber festzuhalten, daß der Patient hier auf der fachlichen Seite nicht viel Spielraum hat – und auch nicht haben sollte. Vorausgesetzt, daß es sich um einen ‚guten Arzt‘ handelt, dann ist am System strukturell nicht viel auszusetzen. Ist das nicht der Fall, hilft zunächst der Patientenwille...

Patientenwille und Indikation

Eine Indikation gestellt zu haben, ist nicht zu verwechseln mit dem Durchführen der Maßnahme – dafür benötigt man die ‚informierte‘ Zustimmung des Patienten. Rechtlich ist das die Umsetzung eines ‚Patientenwillens‘, und damit indirekt auch der Patientenautonomie. Der medizinischen Indikation könne damit der Wille des Kranken entgegengehalten werden; mehr noch, er gewinnt „Vorrang vor der ärztlichen Entscheidungskompetenz“ (Gahl 2015: 32). Allerdings nur im Sinne einer Ablehnung der vorgeschlagenen Maßnahme.

Denn auf der anderen Seite wird ein Arzt keine Maßnahme ohne eine (seine) Indikation durchführen. Nachdem der Patient also kraft seines Patientenwillens um die Stellung einer Indikation gebeten hat (Wiesing 2017: 32; 147), ist er auf die Empfehlung des Arztes angewiesen, um die dann anzunehmen oder abzulehnen. Sollten Arzt und Patient dabei nicht zusammenkommen, so kommt es auf die Situation an, wie nachdrücklich ein Arzt seiner Fürsorgepflicht nachkommen sollte (muß), wie intensiv ein aufklärender Paternalismus weiterhelfen kann (muß). Einen ängstlichen Patienten kann man wahrscheinlich überzeugen; einen Zeugen Jehovas zu einer Bluttransfusion schwerlich.

Eine Vorausschau auf die Diskussion über Autonomie und Paternalismus (4.5) bietet der abschließende Versuch einer Abgrenzung des Patientenwillens von der Patientenautonomie.

Keine Maßnahme ohne Zustimmung des Patienten

„Ratschläge, um seiner Einsicht zu helfen, Ermahnungen, um seinen Willen zu stärken, mögen ihm von andern angeboten, selbst aufgedrängt werden, das endgültige Urteil steht ihm allein zu.“ (Mill 2010 [1859]: 111) Es steht (heute) außer Frage, daß Patienten eine vorgeschlagene medizinische Maßnahme nicht nur ablehnen dürfen, sondern dies auch *jederzeit* tun dürfen, selbst wenn sie einmal zugestimmt haben (neben der Indikation und einem *lege artis* durchgeführten Eingriff die dritte Bedingung für die Rechtmäßigkeit der des ärztlichen Eingriffs). Auch ist gesetzlich festgelegt, daß eine ausreichende Informierung des Patienten erfolgen muß (§ 630c Abs. 2 S. 1 BGB, § 630e BGB).

‚Informierte Zustimmung‘ heißt dabei nicht, daß der Patient die vorgeschlagene Maßnahme auch in vollem Umfang beurteilen kann. Allerdings ist die Aufklärung damit in keiner Weise überflüssig. Vielmehr ist die Informierung zu einer Zustimmung das selbstverständliche Recht des Patienten zu erfahren, was nach Meinung des Arztes gemacht werden *sollte* – der den Vorschlag natürlich erläutern muß; letztlich ausführlicher als das heute der Fall ist (s.u.). Wird der ‚Informierung‘ aber die Funktion genommen, den Patienten in die Lage versetzen zu können (müssen), wirklich selbst und kompetent eine Entscheidung treffen zu können – was von Ärzteseite sowieso zu Recht bestritten wird – so kann sich auf die eigentliche Aufgabe konzentriert werden: Der (ausführlichen) Informierung des Patienten. Nicht mehr, aber eben auch nicht weniger.

Grundsätzlich kritisch zur ‚informierten Zustimmung‘ Krones und Richter (2006: 97 f.), die sie ohnehin dem paternalistischen Modell zuschreiben (wenngleich sie rechtlich ‚über‘ allen Modellen

steht...). Auch Nassehi sieht sie nicht als „deliberative[n] Konsensus, sondern Effekt jener Asymmetrie zwischen Experten- und Laienrolle, die sich im Verhältnis von Arzt und Patient schlicht nicht wegdenken lässt“ (2010: 342).

Keine Maßnahme ohne Indikation

Auf der anderen Seite sind Ärzte bei ihrem Handeln auf das Stellen einer Indikation angewiesen. Nicht nur wegen der ‚Befreiung‘ von der Rechtswidrigkeit, sondern weil es Teil ihres Arztethos ist, nur ‚indizierte Maßnahmen‘ vorzunehmen (und damit zunächst vorzuschlagen).

Den Möglichkeiten der Patienten sind also auch hier enge Grenzen gesetzt, Ärzte können Interventionen ohne Indikation ablehnen (Lipp 2015: 39; darauf beziehend Wiesing 2017: 84 f.). Rechtlich sollen sie diese nicht einmal vorschlagen (Lipp 2015: 39), was noch zu diskutieren sein wird. Ein möglicher Spielraum bei der Entscheidung über eine Maßnahme ergibt sich daher nicht durch ‚autonome‘ Wünsche des Patienten, sondern (fast immer) nur innerhalb der medizinisch vertretbaren Alternativen – für die dann eine (neue) Indikation gestellt werden muß. Dem widersprechen zunächst schon sprachlich die ‚Wünsche‘ der Patienten bei der ‚wunscherfüllenden Medizin‘ (Medizin ohne Krankheitsbezug [Wiesing 2017: 87]). Allerdings wird auch hier eine „abgewandelte Indikationsstellung“ (ebd.: 90) gefordert. Oder – alternativ – für eine grundsätzliche Abschaffung der Indikation plädiert (Marckmann 2015: 113 ff., v.a. 123).

Patientenwille oder Patientenautonomie?

Wichtig ist ein Verständnis für das Verhältnis von Patientenautonomie und Patientenwille nicht zuletzt, weil für den Patientenwillen klare rechtliche Rahmenbedingungen vorliegen, und weil oftmals der Patientenwille als die Umsetzung der Autonomie des Patienten betrachtet wird. Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung würden allerdings – zu Recht – anführen, daß eine (auch informierte) Zustimmung (oder Ablehnung) als Möglichkeit nicht ausreiche, weil ein schlichtes ‚Abwehrrecht‘ mögliche Alternativen nicht berücksichtigen könne.

Insbesondere unter dem Gesichtspunkt, daß (auch) eine Indikation für ärztliches Handeln vorliegen muß, der Patientenwille als Zustimmung (oder Ablehnung) aber erst am Ende des Prozesses artikuliert wird, muß noch einmal auf die mögliche Beeinflussung der Indikation selbst (auch im Sinne einer ‚anderen Indikation‘) hingewiesen werden. – Immer im Sinne einer echten Alternative (Indizierbarkeit). Insofern ist es wenig hilfreich, mit einer wie auch immer inhaltlich ausgestalteten Patientenautonomie ‚zu wedeln‘, es sollte vielmehr konkret nach Alternativen gefragt werden. Echten, vertretbaren Alternativen oder tatsächlich auch schlechteren (für die ein Arzt dann gegebenenfalls zwar keine Indikation stellen, aber doch Begründungen abgeben kann).

Inhaltlich ist es im Grunde egal, auf welcher Vorstellungs- oder Wertebasis Patienten eine Maßnahme ablehnen oder nach Alternativen fragen. Und ob man das zusätzlich zum Patientenwillen (‚informierte Zustimmung‘) noch als Autonomie oder Authentizität bezeichnen möchte – die Übergänge sind inhaltlich sowieso fließend. Für das Verständnis des Arztes kann es allerdings hilfreich sein, wenn Patienten die Hintergründe (autonom oder authentisch) erklären, um ihre

Entscheidung transparenter zu machen, und um gegebenenfalls eine angepaßte Indikation vorschlagen zu können. Unterm Strich bleibt aber wie gehabt das Erfordernis einer medizinisch (ärztlich) vertretbaren echten Alternative. An einigen Beispielen läßt sich ein zunehmender Grad an Patientenautonomie und den damit verbundenen Möglichkeiten aufzeigen.

Beispiel: andere Meinung. Aus einem anderen Weltbild, anderen Werten oder einfach nur einer anderen Meinung können Differenzen zwischen Arzt (Indikation) und Patient erwachsen. Der Patient kann sich auf seinen Patientenwillen – seine erforderliche Zustimmung – berufen und die vorgeschlagene Maßnahme (Empfehlung) natürlich ablehnen. Mit der Bitte um eine mögliche Alternative besteht die Möglichkeit, zu einer neuen, alternativen, Indikation zu gelangen (sofern das ärztlich vertretbar ist).

Der sehr viel wahrscheinlichere Weg – sofern der Arzt seine Indikation nach besten Wissen und Gewissen gestellt hat – ist allerdings der Versuch einer Überzeugung des Patienten. Fürsorglich und insofern auch paternalistisch.

Ob beispielsweise der Wille des Patienten, nicht noch mehr Tabletten einnehmen zu wollen, an der Indikation etwas ändert, hängt maßgeblich von der Dringlichkeit der Einnahme ab. Bei einem vertretbaren Spielraum kann aber wohl selbst von einer Indikation abgesehen werden. Etwas anders gelagert ist der Fall, wenn bei einer vermeintlich viralen Infektion der oberen Atemwege („Erkältung“) Patienten ein Antibiotikum wünschen, dieses aber nicht indiziert ist.

Beispiel: andere Lebensführung. Dies betrifft insbesondere Fälle, in denen eine Alternative als zweite Wahl vorliegt, die nicht sehr viel schlechter ist und medizinisch vertreten werden kann. Ein aktiver Fußballer wird bei einer Fraktur beispielsweise eine (für die Heilung etwas ungünstigere) Operation bevorzugen, damit er schnell wieder spielen kann. Einem „Normalmenschen“ wird man einen Gips (zudem ohne Narkoserisiko) empfehlen.

Generell ist hohes Alter vielleicht immer ein Sonderfall, weil lebensweltliche Überlegungen einfach eine ganz andere Rolle spielen, auch im Anbetracht eines möglichen nahen Lebensendes. Hier kann es beispielsweise um die Reduktion von Medikamenten gehen. Allerdings dürfte (sollte) das grundsätzlich bei der Stellung einer Indikation bereits berücksichtigt werden.

Ein bereits erwähntes Extrembeispiel einer anderen Lebensvorstellung zeigt sich bei der von Wiesing vorgeschlagenen „**erweiterten Indikationsstellung**“ (2017: 143) bei einer „Medizin ohne Krankheitsbezug“ (ebd.: 86), bei der die Ziele anders definiert werden können (mit einem gewissen Problem der Beliebigkeit). Insgesamt bleibt die Forderung nach einem Nutzen – und so in vielen Fällen der ‚erweiterten Indikationsstellungen‘ (Brustvergrößerung, Schamlippenverkleinerung) das **Nichtstun** die bessere Alternative.

Beispiel: anderer Tod. Letztlich gründet auch das Nichtstun am Lebensende auf einer oftmals fehlenden Indikation. Allerdings werden Fragen der Autonomie des Patienten natürlich noch einmal in besonderer Weise relevant (jedoch weitgehend gedeckt durch den Patientenwillen). Eine Chemotherapie beispielsweise, die in hohem Alter und nicht mehr wirklich lebensverbessernd

gerade noch indiziert sein *könnte*, kann abgelehnt werden. Auf der anderen Seite muß für sie auch eine Indikation vorliegen, soll sie zur Anwendung kommen...

Welche Konsequenzen folgen daraus (Fazit)?

Abschließend kann zunächst festgehalten werden, daß Patienten über das Ablehnen einer vorgeschlagenen Maßnahme hinaus (Patientenwille) inhaltlich nur so weit mitwirken können, wie es der ärztlich vertretbare Rahmen zuläßt. Inwieweit dieser Rahmen aber vom Arzt überhaupt kommuniziert wird, hängt nicht zuletzt von seiner Haltung ab – der ‚eigentlichen Lösung‘ des Problems (vgl. 4.6). Um sich nicht darauf verlassen zu müssen, können aber ‚Hilfsmaßnahmen‘ eingefordert werden, die zu mehr Offenheit beim Umgang zwischen Arzt und Patient führen sollten.

Drei zentrale Forderungen – als **Verpflichtungen** des Arztes dem Patienten gegenüber – sollen hier erläutert werden, ergänzt durch die Aufforderung an den Patienten, großzügig Fragen zu stellen.

- Eine Pflicht zum **Paternalismus** ergibt sich aus der urärztlichen Fürsorgepflicht, die nicht an den Patienten delegiert werden kann. Umfang und Grenzen sind zu diskutieren.
- Eine Pflicht zur **Offenlegung** von **Alternativen**, die echte alternative Empfehlungen sein können (und damit eine andere Indikation erfordern), oder ‚einfach nur‘ den Rahmen der Entscheidung des Arztes aufzeigen (‚was geht nicht‘), bietet den Boden für ein echtes Gespräch.
- Die Pflicht zum **erläuternden Begründen** ergibt sich aus den genannten Punkten, zudem aber bereits aus der gesetzlich verankerten ‚informierten Zustimmung‘ (dazu auch Faden und Beauchamp 1986: 348).

Und auch wenn (empirisch) die wenigsten Patienten wirklich interessiert sein dürften, eine medizinische Entscheidung selbst treffen zu können (müssen), so besteht nicht nur das Interesse, sondern auch das Recht (moralisch, momentan zu wenig rechtlich) zu erfahren, was mit ihnen geschehen soll. Alleine das rechtfertigt schon, **ausgiebig Fragen** stellen zu dürfen.

Nebenbei bemerkt können die Forderungen nach der Patientenautonomie letztlich auch ein wenig Pech für den Patienten sein. Denn er wird auch Dinge zu hören bekommen, die vermutlich alle (die meisten) Beteiligten für zu erwähnen nicht sinnvoll erachten. Aber das Mißbrauchspotential ist einfach zu groß. Ärzte sollten nicht das Recht haben, großzügig, ‚um Schaden vom Patienten abzuwenden‘, etwas vorenthalten zu dürfen. Das muß der Patient von heute aushalten, unerwünschte Nebenwirkungen durch die Erklärungen (Nocebo-Effekte) eingeschlossen (vgl. Jütte 2018).

Pflicht zum Paternalismus (zur Fürsorge)

Wie bereits angedeutet wurde, sind schon die Überlegungen rund um die Indikation durch und durch paternalistische Akte. Insofern trifft auch der Titel der Arbeit ‚zwischen‘ Indikation und

Patientenwille nicht ganz zu, denn bereits das Stellen einer Indikation basiert auf paternalistischen Hintergründen (die mindestens sich bewußtgemacht und gegebenenfalls offengelegt werden sollten).

Auch ist klar, daß die Indikation zu Paternalismus in der Weise verpflichtet, daß eine ärztliche Empfehlung einem Patienten erläutert (empfohlen) werden muß – was zahlreiche paternalistische Elemente enthält. Letztlich ‚sticht‘ die Fürsorgepflicht die Patientenautonomie (im Sinne einer freien Entscheidungsmöglichkeit) um Längen – lediglich der Patientenwille (keine Zustimmung) kann dem entgegengesetzt werden. Aber natürlich sollte die Ablehnung der ‚Wünsche‘ des Patienten begründet werden – mit dem wichtigen Punkt, daß Ärzte nichts unternehmen dürfen, was ihrer (der Ärzte) Vorstellung widerspricht (‚Wunsch hin oder her‘) – aber natürlich ebenfalls nichts, was der Patient nicht möchte (‚Patientenwille‘).

Die Pflicht zum Paternalismus ergibt sich aus der berufsethischen, moralischen und letztlich oftmals auch rechtlichen (insgesamt also ureigenen) Aufgabe des Arztes, für seinen Patienten, in seinem Interesse das Beste aus den möglichen Alternativen auszuwählen. Der weitergehende Paternalismus besteht dann darin, den Patienten zu überzeugen, dem auch zu folgen. Insofern kommt man um Paternalismus (nicht nur in der Medizin) nicht herum.

Soll der Begriff ‚Paternalismus‘ vermieden werden, so müßte etwas anderes zum Ersatz erklärt werden. Oftmals wird dafür die Fürsorge herangezogen, die jedoch ohne paternalistische Elemente gar nicht auskommt (siehe unter 4.5). Vielmehr soll hier der kritisierte bevormundende Paternalismus von einem aufgeklärten (erklärenden) Paternalismus unterschieden werden; letzterer aber ist weitgehend mit ‚Fürsorge‘ gleichzusetzen (bzw. umgekehrt).

In Bezug auf die Indikation können nun vier Bereiche differenziert werden, die alle vier medizinisch geprägt sind; manche sind auch von juristischem Interesse.

‚Schulmedizin‘. Die Entscheidung über die wissenschaftliche Basis der Medizin (‚Schulmedizin‘), und damit, was als ‚wissenschaftlich (genug)‘ für die Medizin gilt, ist nicht paternalistisch, wohl aber die, mehr den Patienten nicht anzubieten (s.o.).

Die Auswahl bis hin zu nur einer Empfehlung der für am besten befundenen Maßnahme (Indikation), und was man damit verschweigt, ist paternalistisch (dazu ausführlicher bei der ‚Pflicht zu alternativen Empfehlungen‘ unten).

In einem Beispiel aus der Praxis kann das auch so aussehen, daß ein niedergelassener HNO-Arzt für sich entscheidet, ob er in einem vorliegenden Fall operieren oder konservativ behandeln würde. Entsprechend schickt er den Patienten entweder an eine Klinik, die eher fürs Operieren bekannt ist, oder an eine Klinik, die konservative Lösungen bevorzugt...

Erläutern – Überzeugen. Der Entschluß des Arztes, eine Empfehlung als die geeignetste für den individuellen Patienten zu halten, wird natürlich dazu führen, daß er versuchen wird, ihn von der Sinnhaftigkeit der Entscheidung zu überzeugen. Bereits die Art und Weise des Erläuterns

wird von der (inhaltlichen) Haltung des Arztes geprägt sein (Joost 2010: 126 ff.) – und ist damit immer irgendwie paternalistisch.

Unkritische Patienten sollten zudem darauf hingewiesen werden, welche Funktion das Gespräch hat, und daß ‚informierte Zustimmung‘ auch Sich-Informieren heißt, damit man qualifiziert ablehnen kann (hier liegen auch die Grenzen des Aufklärungsverzichts). Zunächst die Indikation ablehnende Patienten hingegen wird man – als guter Arzt – zu überzeugen versuchen, weil schließlich unter Berücksichtigung maßgeblicher Lebensumstände das Beste für den Patienten (das ist ja das Ziel der Indikationsstellung) ausgewählt worden ist.

‚Gegen ärztlichen Rat‘. Bei einer Ablehnung durch den Patienten kommt noch etwas Viertes hinzu. Denn letztlich ist es auch die Pflicht des Arztes, genau auszuführen, was alles passieren kann, wenn der Patient dem nicht folgt (‚gegen ärztlichen Rat‘; Extremvariante einer Erklärung). Zwingen kann man Patienten natürlich nicht, aber Ärzte müssen – je nach Schwere der Erkrankung, Einsichtsfähigkeit des Patienten usf. – schon einiges unternehmen (bis hin zur Sicherungsaufklärung, jetzt in § 630 c BGB geregelt; Deutscher Bundestag 2012: 21), damit sie (die Ärzte) nicht (auch rechtliche) Schwierigkeiten bekommen.

Pflicht zu Offenlegung von Alternativen (‚Auswahl‘)

Bisher ist zwar für das Wohl des Patienten geschrieben worden – und natürlich steht das im Zentrum eines Arztbesuches –, die Einflußmöglichkeiten hielten sich allerdings in Grenzen. Mit den folgenden Ausführungen soll sich das nun ändern – ohne, daß die Grenzen der inhaltlichen Kompetenzen der Patienten vernachlässigt (überschritten) würden.

Dreh- und Angelpunkt einer ernsthaften Beteiligung der Patienten an Entscheidungen über mögliche und indizierte medizinische Maßnahmen dürften die Alternativen sein. Schon die Unsicherheiten in der Medizin (auch bei der Leitlinienerstellung) müßten dazu führen, daß mehr Alternativen vorgestellt werden. Natürlich kann der Patient die Auswahl nicht wirklich beurteilen. Aber bei all den Unsicherheiten in biologischen Systemen und damit auch in der Medizin ist der Entscheidungsspielraum zumindest ein anderer (größer), als es oftmals kommuniziert wird. Eine echte ‚Alternativlosigkeit‘ gibt es ohnehin nicht, mindestens nichts zu tun, ist eine Alternative, wenngleich manchmal – aber bei weitem nicht immer – eine schlechte.

Letztlich gehört es sich einfach, daß ein Arzt bei seiner Empfehlung im Rahmen der Indikationsstellung erklärt und begründet, was er sich dabei gedacht hat. Auch kann das als Grundlage für ein echtes Gespräch dienen, ein Punkt der von Befürwortern einer partizipativen Entscheidungsfindung – zu Recht – gefordert wird: Tatsächliche Einflußnahme muß so weit gehen, daß Patienten klar ist, daß sie nicht einer beschlossene Sache (nur noch) zustimmen sollen, sondern daß es um eine echte Wahl geht (darauf weisen schon Faden und Beauchamp hin [1986: 99 f.]).

Insgesamt lassen sich mindestens drei Gründe für eine Pflicht zu einer Offenlegung von Alternativen anführen.

- Zunächst als schlichte **Informierung** des Patienten über mehr oder weniger schlechte Alternativen. In vielen Fällen dürfte es sich dabei um das Nicht-Handeln oder eine (schlechtere) zweite Wahl handeln. Ziel ist es zu erreichen, daß Patienten die Empfehlung des Arztes ernsthaft einordnen können.
- Als echte **Mitbestimmung** setzt die Offenlegung von Alternativen voraus, daß es echte (ärztlich vertretbare, also grundsätzlich indizierbare) Alternativen gibt.
- Und schließlich dient die Offenlegung auch der **Kontrolle** des **Arztes**. Als Selbstkontrolle, indem die eigene Empfehlung hinterfragt wird, und als ‚Fremdkontrolle‘ von außen.

Die Rechtslage zu Alternativen ist tatsächlich sehr dünn, um nicht zu sagen mangelhaft: „Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“ (§ 630e Abs. 1 Satz 3 BGB; vgl. Wiesing 2017: 61)

Der Ermessensspielraum ist hier deutlich zu groß, weil sie Ärzten die Möglichkeit (Macht) zu einer einzigen Lösung gibt, deren ‚Alternativlosigkeit‘ vom Patienten nur zu überprüfen möglich ist, wenn – mitunter – selbst ausgeschlossene Alternativen auch aufgezeigt, begründet und erläutert werden.

Joost (2010: 126 ff.) könnte dabei auch kritisch zu betrachten sein, weil die Informierung eben rechtlich nicht ausreicht. Aber ihr geht es mehr um die Tiefe der Aufklärung, um die Details, bei denen juristisch einfach eine Grenze zu ziehen sei; weniger um das Erwähnen von Alternativen (die Breite). Zu den Grenzen der Transparenz auch Manson und O’Neill 2007: 154 ff. und Hartmann 2020: 200 ff.

... als Information

Die Rechtlage fordert eine informierte Zustimmung, schränkt allerdings das Aufzeigen alternativer Maßnahmen – im Rahmen der ‚Schulmedizin‘ und im Rahmen des ärztlich Vertretbaren – sehr ein. Ohne die Möglichkeit der Einordnung der vorgeschlagenen Maßnahme erscheint eine ‚informierte‘ Zustimmung allerdings nur bedingt möglich. Insofern wäre zu überlegen, eine Pflicht zu einer Offenlegung auch mancher (Nicht-) Möglichkeiten zu fordern.

In diesem Sinne gehen dann sogar Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nicht weit genug: „Eine Entscheidungsfindung im Einklang mit PEF-Prinzipien sollte insbesondere dann erwogen werden, wenn verschiedene evidenzbasierte Behandlungsmethoden zur Wahl stehen, die als gleichwertig erachtet werden können, die sich aber hinsichtlich ihrer Konsequenzen für das weitere Leben des Patienten unterscheiden.“ (Bieber et al. 2016: 198; entsprechend § 630e BGB) Abgesehen von der unglücklichen Wahlmöglichkeit für Ärzte (siehe 4.3) sollten ‚als gleichwertig erachtete‘ Behandlungsmethoden dem Patienten natürlich *immer* angeboten werden. Die Zurückhaltung ist hier unverständlich (entspricht aber der Rechtslage).

Ganz anders wird die Möglichkeit eines (vermuteten, möglichen) ‚**Dissenses**‘ auf der **fachlichen Ebene**‘ von Georg Marckmann eingeschätzt, der die Rechte der Patienten höchstens auf der

‚evaluativen Ebene‘ berücksichtigt wissen möchte: „Im ersten Fall (Dissens auf der fachlichen Ebene) erscheint es mit Blick auf die Prinzipien des Wohltuns und vor allem Nichtschadens ethisch gerechtfertigt, dass der Arzt eine einseitige Entscheidung trifft, und die vom Patienten gewünschte Maßnahme vorenthält, da der Patientenwunsch auf einer unrealistischen sachlichen Einschätzung der medizinischen Situation beruht.“ (Marckmann 2015: 122) Das genau ist Paternalismus mit schon problematisch paternalistischem Denken; nicht zuletzt durch einen zu großen Glauben an die Objektivität in der Medizin.

Die Kommunikation der Indikationsstellung fordert hingegen Urban Wiesing (2017: 60 f.), der die Gesetzeslage ebenfalls als zu kurzgreifend ansieht, hier genauer betrachtet anhand der Betreuersituation (§ 1828, Absatz 1, Satz 1-2 BGB). Wiesing (2017: 61): „Der behandelnde Arzt soll demnach die Indikation stellen und die indizierten Maßnahmen mit dem Betreuer ‚erörtern‘. Das reicht nicht.“ Er kritisiert grundsätzlich, daß ein Arzt mitunter eine **Nutzen-Risiko-Bewertung** vornehmen könnte, als deren Ergebnis er eventuell eine Maßnahme (**Alternative**) nicht anbietet, weil er bei seiner Nutzen-Risiko-Bewertung zum Ergebnis kommt, das sei eine schlechte Idee (ebd.: 35). Möglich ist aber, daß der Patient das anders bewertet, so daß eine „transparente Indikationsstellung“ (ebd.: 61) erforderlich sei, damit dem Patienten alle Möglichkeiten aufgezeigt werden könnten.

Der Kritik an der Gesetzeslage ist zuzustimmen – die Forderungen nach Transparenz und einer kommunizierten Erklärung für die vorgeschlagene Maßnahme scheint mir aber zu unverbindlich zu sein, um im Alltag wirklich umgesetzt zu werden. Die Frage ist daher, wie man Ärzte besser verpflichten kann, hier aktiv(er) mitzuwirken.

Pflicht zur Offenlegung der Alternativen. Soll eine echte Möglichkeit zur Einordnung der vorgeschlagenen medizinischen Maßnahme geschaffen werden, die zudem gut als Ausgangspunkt für ein Gespräch dienen kann, so sollte auf irgendeiner Ebene (mindestens standespolitisch) eine Pflicht zu einer Offenlegung der Alternativen gefordert werden. Neben echten Alternativen (so nicht zuletzt auch die variierenden Brustoperationen aus dem Dartmouth-Projekt, siehe 4.3) müßten dann auch wenigstens einige schlechtere Optionen kommuniziert werden – im Sinne einer größeren Transparenz der Entscheidungsfindung (siehe Wiesing oben).

Betont werden muß dabei der Zweck der Offenlegung, der sich grundsätzlich von der bei partizipativen Entscheidungsfindungen unterscheidet: Es geht nicht darum, daß der Patient dann *beurteilen* kann, ob die vorgeschlagene Maßnahme wirklich die beste für ihn ist. Aber nur durch die Vergleichsmöglichkeit ist eine Einordnung möglich. Die Mündigkeit des Patienten besteht dann darin, vom Arzt nicht nur die eine Möglichkeit vorentschieden vorgeschlagen, sondern auch die (begründet) ausgeschlossenen Alternativen erwähnt zu bekommen (so in etwa auch Wiesing 2017: 61).

In diesem Rahmen kann ein Arzt auch eine Maßnahme erwähnen und erklären und begründen, warum sie für ihn (als Empfehlung für den Patienten) nicht in Frage kommt, und auch alternative Vorschläge aus dem Internet oder nicht zuletzt Zweitmeinungen können so besprochen werden.

Eine vieldiskutierte medizinische Maßnahme ist die **Reanimation**, für die natürlich auch eine Indikation vorliegen muß. Hier stellt sich die mitunter nicht ganz einfache Frage, wann mit dem Patienten (oder mit Angehörigen) kommuniziert werden sollte, daß eine Reanimation oder das Verlegen auf eine **Intensivstation** (grundsätzlich, medizinisch) nicht in Frage kommt (nicht indiziert ist) – oder aber vom Patienten nicht gewünscht wird (Kletečka-Pulker 2014; Michalsen et al. 2021).

Dazu gehört auch die **ärztliche** (oder kollegiale) **Zweitmeinung**. Fehlt die eigene Kompetenz, einen Sachverhalt angemessen beurteilen zu können, so besteht zumindest die Möglichkeit, jemanden zu befragen, der für ähnlich kompetent wie die ‚Originalmeinung‘ gehalten wird. Das gilt zunächst für die Ärzte selbst, die sich eine ‚kollegiale Zweitmeinung‘ einholen können. Aber auch Patienten können – über eine vermeintliche Zweitmeinung aus dem Internet hinaus – einen weiteren Arzt hinzuziehen. Geregelt ist das in Deutschland seit 2015 im Sozialgesetzbuch V (SGB V) in § 27b (‚Zweitmeinung‘) und schafft damit eine Anspruchsgrundlage, die zusätzlich zur freien Arztwahl besteht. Die Einführung des § 27 b SGB V habe „primär das Ziel [gehabt], einer medizinisch kaum erklärbaren Fallzahlsteigerung bei bestimmten elektiven Eingriffen entgegenzuwirken“ (Halbe 2019). Zudem sollten Patienten damit „in die Lage versetzt werden, darüber entscheiden zu können, ob sie den Eingriff für notwendig erachten oder potenten Handlungs- und Therapiealternativen den Vorzug zu gewähren wünschen“ (ebd.).

... als Mitbestimmung

Informierung über Alternativen heißt also nicht unbedingt Informierung über tatsächlich *durchführbare* (‚indizierbare‘) Alternativen. Manche Indikationen können nicht gestellt werden, weil sie ärztlich nicht zu verantworten sind. Der Rahmen der Mitbestimmung des Patienten bleibt damit die Verantwortbarkeit durch den Arzt – unabhängig von der ‚Patientenautonomie‘. Insofern besteht die Möglichkeit einer Mitbestimmung nur, wenn es echte Alternativen gibt. Nur dann kann ein Arzt *gemeinsam* mit einem Patienten eine (gegebenenfalls alternative) Indikation stellen. Die Verantwortung für die gestellte Indikation verbleibt allerdings (auch juristisch) beim Arzt.

Sollten Patienten – auch auf eigene Initiative, beispielsweise sich berufend auf die ‚Patientenautonomie‘ – zu einer anderen Bewertung der Kosten-Nutzen-Analyse kommen, so bleiben dennoch Grenzen.

- Echte Alternativen müssen vom Arzt offengelegt werden (mit den genannten Schwierigkeiten im Gesetz).
- Eine ‚zweitbeste Lösung‘ kann als ‚ärztliche Entscheidung‘ vertreten werden – und ließe sich dann auch indizieren – wenn sie verantwortet werden kann. Der Arzt hätte sie – auch ohne rechtliche Verpflichtung – im Gespräch erwähnen sollen (als eben nicht optimale, aber gegebenenfalls mögliche Lösung).
- Kann man als Arzt einen Maßnahmenvorschlag des Patienten nicht verantworten (Autonomie des Patienten hin oder hier), dann kann nur die Ablehnung einer Therapie erfolgen.

Ohne Indikation kann ein Arzt keine Maßnahme durchführen (nicht einmal vorschlagen – außer als schlechte Alternative erwähnen, um seinen Vorschlag plausibler zu machen).

Es geht hier also nicht um die ‚Anwendung‘ von Patientenautonomie, sondern um von ärztlicher Seite vertretbare medizinische Alternativen, die – sofern sie verantwortbar sind – mit dem Patienten besprochen werden müssen. Dann kann sich eine echte Mitbestimmung ergeben. Die operative Versorgung beim Fußballspieler und die konservative beim Normalmenschen ist erwähnt worden.

Die Möglichkeiten der Berücksichtigung der ‚**anderen Lebensentwürfe**‘ eines Patienten enden doch in jedem Fall dort, wo es (vom Arzt...) medizinisch nicht mehr zu verantworten ist, dem zu folgen. Dazu gehören im übrigen auch die vielzitierten Therapien bei **Tumorerkrankungen** in einem späten Stadium. Natürlich sind die unterschiedlichen Vorstellungen vom Leben eines Patienten zu berücksichtigen, und damit obliegt es ihm zu entscheiden, wie er die vielleicht letzten Monate gestalten möchte. Allerdings fehlt für das Ausreizen der Therapie ‚bis zum Ende‘ oftmals bereits ohnehin eine medizinische Indikation. Und auch die autonome Entscheidung zum Sterben und wie man sterben möchte, spielt hier natürlich mit eine Rolle (dazu oben bereits).

Ein **früherer Tod** zum Beispiel kann ein ‚zu akzeptierendes Therapieziel‘ sein bei einer infausten Tumorerkrankung. Nicht jedoch bei einer ‚Blinddarmentzündung‘ (Appendizitis). Auch dabei kann man Patienten nicht zu einer Therapie zwingen. Aber die Überredungskünste (Paternalismus) müssen doch sehr ausgereizt werden, um als Arzt nicht auch strafrechtlich in Schwierigkeiten zu geraten.

... als Kontrolle

Die Vorstellung von Alternativen – auch im Rahmen von Zweitmeinungen – kann und sollte auch einer Kontrollfunktion dienen. Zum einen als **Selbstkontrolle** des Arztes, der bei mehr aber auch weniger offensichtlichen Alternativen seine eigene Indikation zu hinterfragen genötigt ist. Wichtiger noch, daß er Unterschiede und grundsätzlich erklären muß, warum er sich für diese oder jene Variante entschieden hat.

Auf der anderen Seite kann sich auch der **Patient** einbringen, zum Beispiel durch im Internet erworbenes Wissen. Das ist nicht immer zielführend, aber erfüllt doch manchmal seinen kontrollierenden Zweck (wenn es ernstgenommen wird). Im Zweifel stellt der Arzt fest, daß er (davon) keine Ahnung hat und muß nachlesen.

Zentral ist dabei, daß es nicht um die *Bereitschaft* des Arztes geht („Der hat sich Zeit genommen.“), sondern um das *Vermögen* des Arztes, die Fragen zu beantworten. ‚In der Öffentlichkeit‘ geht dieser Punkt oftmals unter oder wird falsch dargestellt und gesehen – zumal er grundlegend die Kompetenz einzelner Ärzte in Frage stellt. Und genaugenommen ist ja auch die Zweitmeinung mehr Kontrolle als Mitbestimmung. Letztlich ist es ein ‚Mißtrauensvotum‘.

Gründe für die Notwendigkeit einer Kontrolle gibt es dabei leider einige. Fast schon positiv zu sehen sind die in manchen Bereichen doch mittlerweile zahlreichen Behandlungsmöglichkeiten,

die nicht immer und nicht immer sofort beim behandelnden Arzt ankommen. Ist der Grund dafür Interesselosigkeit, Ignoranz oder Gleichgültigkeit, so ist das natürlich zu kritisieren. Auch ökonomische Aspekte können so unter Umständen offenkundig werden.

Für eine Mischung aus ‚blindem Machen‘, aber auch fehlendem Nachdenken spricht ein Beispiel, bei dem eine Ärztin (das könnten aber auch Patienten) bezüglich eines sehr alten onkologischen Patienten beim behandelnden Urologen nachfragt, was denn die Zielsetzung der Immuntherapie sei. Erst dadurch wurde nachgedacht, daß die Therapie vielleicht in diesem individuellen Fall zu weit gehen könnte (also letztlich nicht indiziert war).

Pflicht zum erläuternden Begründen

Es sollte eine Selbstverständlichkeit sein, wenn an Patienten eine Körperverletzung vorgenommen wird (Operation) oder sie empfohlen wird (Medikamente) – natürlich grundsätzlich nur zum Wohle des Patienten –, daß sie das Recht auf eine ausführliche Erklärung haben.

Und das muß deutlich über die rechtlich verankerte ‚**informierte Zustimmung**‘ hinausgehen, weil sich diese in Kombination mit nur einer Indikation (Alternative) immer nur auf *eine* vorgeschlagene Maßnahme bezieht, die entsprechend als alternativlos erscheint. Bereits die Pflicht zum Paternalismus sollte rechtfertigende Begründungen enthalten (dazu auch am Ende von 4.5), aber auch die Pflicht zur Offenlegung der Alternativen führt zum Erfordernis, die ausgeschlossenen Alternativen kurz zu erläutern, Gründe für das Ausschließen anzugeben (dazu auch Wiesing 2017: 61) oder aber ausführlicher auf echte Alternativen einzugehen.

Nebenbei dienen auch Begründungen stets als Kontrolle – wieder als Selbstkontrolle für den Arzt selbst sowie als externe Kontrolle durch den Patienten.

Insgesamt führt jedenfalls kein Weg daran vorbei, daß Ärzte mehr erklären müssen. Das setzt zum einen ein solideres Verständnis für den gesunden Menschen voraus (die Vorklinik als Gesprächsgrundlage), zum anderen sind mehr Kenntnisse zur Interpretation von Studien erforderlich.

Auf keinen Fall kann sich ein Arzt mit dem Verweis auf **Vertrauen** herausreden. Vertrauen kann niemals eine Erklärung ersetzen, weil es sonst zum ‚naiven Vertrauen‘ würde, das selten sinnvoll ist – und außerdem direkt zum abzulehnenden bevormundenden Paternalismus führt.

fragen, fragen, fragen

Und noch eine Selbstverständlichkeit. Patienten muß ausführlich die Möglichkeit zum Fragen und Nachfragen gegeben werden (ohne dabei zu einem ‚schlechten Patienten‘ zu werden [Lidz und Meisel 1982 in Faden und Beauchamp 1986: 370 f.]). Auch das gründet sich nicht auf die Patientenautonomie, sondern schlicht auf den Respekt vor der Person. Einer Person, die zudem im Begriff ist, eine Körperverletzung zuzulassen. Die Konzepte zur Patientenautonomie gehen davon aus, daß mit mehr Wissen (dann doch) eine autonome Entscheidung getroffen werden kann. Genau das funktioniert wegen der Komplexität und der Grenzen des ärztlich Vertretbaren aber eben nicht.

Damit ist dann auch die Funktion der Fragen eine andere. Nicht das Den-Patienten-in-die-Lage-Versetzen, wirklich mitentscheiden zu können, ist das Ziel, sondern sehr viel weniger. Und genau genommen besteht doch die Mündigkeit des Patienten (des Bürgers) letztlich (und lediglich) in seinem Recht, mehr oder minder qualifizierte Fragen stellen zu können. So betrachtet kommt den Fragen eine erhebliche Bedeutung zu.

Ein (fachfremder) Arzt als Patient kann auch nichts anderes tun. Auch er kann die Empfehlung nicht wirklich beurteilen, weil ihm Wissen und Erfahrung in diesem Gebiet fehlen – insofern kann er auch nicht (ernsthaft) mitentscheiden. Aber bessere Fragen kann er stellen. Und bessere Antworten bekommt er. Und warum sollten (andere) Patienten das nicht auch können. Mindestens, seinen Arzt zum (begründeten) Nachdenken nötigen.

Nachfragen helfen dabei – auch wenn man es letztlich nicht beurteilen kann –, sich ein besseres Bild machen zu können. So lange, bis man genug verstanden hat, um mit gutem Gefühl zustimmen (ein Kreuz machen) zu können. Dazu gehört das Einordnen-Können, was sich aus der Vorstellung der (mehr oder weniger schlechteren) Alternativen ergibt. Und natürlich steckt in den Antworten eine Menge Paternalismus – in den Fragen dafür eine Menge Kontrolle.

4.5 Paternalismus und Autonomie im medizinischen Kontext

Nachdem in allgemeiner Weise Autonomie und ihr Verhältnis zur Rationalität sowie das Phänomen des Paternalismus beschrieben worden sind (in 4.1), soll es auf den nächsten Seiten um deren konkrete ‚Ausgestaltungen‘ in medizinischen Kontexten gehen. Dabei wird auf weitergehende Differenzierungen ebenso einzugehen sein wie auf Fragen des Verhältnisses von Autonomie und Paternalismus. Das auch vor dem Hintergrund, daß Konzeptionen von Autonomie, die auf „wesentliche Unabhängigkeit“ (Dworkin 1988: 21) als Voraussetzung bestehen, die Konsistenz mit anderen ebenfalls wichtigen Werten verhinderten, unter anderem „Objektivität, [...] Wohlwollen und Liebe“ (ebd., Übers. von mir). In diesem Sinne gegen den Vorwurf der ‚Autonomielastigkeit‘ wenden sich auch Beauchamp und Childress (in den *Principles of Biomedical Ethics*) – in zunehmend klarstellender Weise (Rüther 2013).

Autonomie statt Paternalismus? Im Hintergrund steht die Vorstellung, den (nicht ganz zu Unrecht) als bevormundend empfundenen ärztlichen Paternalismus durch die Patientenautonomie zu ersetzen. Statt einer Entscheidung für das Wohl des Patienten durch den Arzt erfolgt hier die Entscheidung durch den freien Willen des Patienten (und damit ‚erst recht‘ zu dessen Wohl). Dabei sei die Patientenautonomie mehr als nur der durch das Gesetz geregelte Patientenwille: „Freiheit und Kontrolle über medizinische Entscheidungen allein konstituiert keine Patientenautonomie.“ (Krones und Richter 2006: 113) Die Patienten müßten vielmehr befähigt werden, „kritisch abzuwägen, welche Wertvorstellungen sie mit der zu treffenden medizinischen Entscheidung verfolgen wollen, um in Freiheit zu einer individuellen Entscheidung zu kommen“ (ebd.; in diesem Sinne auch Maio 2012: 168).

Allerdings kann die Autonomie letztlich nur zu einer Entscheidung führen, die – wenngleich aus medizinischer Sicht mitunter nicht optimal – so doch zumindest ärztlich vertretbar (also indizierbar) ist. Auf dem Weg zu einer ‚Entscheidung‘, die dem Patienten zwar seine Autonomie (oder Authentizität [dazu kritischer Faden und Beauchamp 1986: 262 ff.]) einräumt, ihm aber möglichst wenig schadet, ist daher auch Überzeugungsarbeit erforderlich: Paternalismus, erneut im Sinne einer Mäeutik.

Das „Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ (Art. 2 I GG) erlaubt es, genuin zu seinem Lebensentwurf gehörende, eigene Entscheidungen zu treffen und Fehler machen zu dürfen (seine *eigenen* Fehler). Allerdings unterliegen diese – insbesondere auch in medizinischen Kontexten – stets einer Abwägung durch Verantwortliche (Mayr 2010: 64 ff.) einschließlich einem Kosten-Nutzen-Verhältnis (‚Eingriffskosten‘ versus ‚Lernkosten‘ bei Fateh-Moghadam [2010: 41]). Denn natürlich sollen Menschen ihre Fehler machen dürfen. Aber im medizinischen Bereich sind dem engere Grenzen gesetzt als anderenorts.

Es wird also zu untersuchen sein, wieviel Inhalt für die Patientenautonomie (insbesondere neben dem Patientenwillen) noch übrigbleibt, und ob Paternalismus (durch was auch immer) überhaupt zu ersetzen ist. Schließlich wird es auf die Forderung hinauslaufen, daß man das Augenmerk weniger auf die Patientenautonomie legen sollte, sondern vielmehr auf Ausformungen des Paternalismus, der sich nicht grundsätzlich abschaffen läßt. Die Lösung für die von Vertretern einer ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ – zu Recht – angesprochenen Probleme liegt jedenfalls auf Arztseite, nicht auf der der Patienten.

- Das Kapitel beginnt mit einer Betrachtung der **Patientenautonomie**. Eine Untersuchung von Inhalt, Umfang und historischem Umgang mit Forderungen soll zeigen, daß sie für die Debatte nur bedingt hilfreich ist und höchstens als impliziter Hinweis auf den Patientenwillen, also die Zustimmungspflichtigkeit des Patienten, dienen kann.
- Auf die Notwendigkeit von **Paternalismus** ist bereits im Rahmen der Indikationsstellung hingewiesen worden. Anspruch, Rechtfertigungen und Grenzen, Formen und konkrete Mittel einer Umsetzung werden hier bezüglich der Medizin thematisiert und kritisiert. Was genau bedeutet Paternalismus im medizinischen Kontext (im Guten wie im Schlechten)?
- Da eine Lösung auf Ärzteseite gefunden werden muß, bietet sich nur ein ‚reformierter‘ Paternalismus an, der die Autonomie der Patienten besser unterstützt, indem er als **aufgeklärter Paternalismus** auch ein aufklärender ist, der neben einem ‚fürsorgenden‘ Vorschlag für eine Maßnahme (Indikation) auch ausreichende Erklärungen und Begründungen liefert. Spielräume für eine ernsthafte Mitbestimmung der Patienten ergeben sich allerdings nur aus ärztlich verantwortbaren Alternativen.

Ein Verhältnis zur Indikation haben sowohl die Autonomie als auch der Paternalismus; davon ist schon geschrieben worden. Erneut relevant wird an dieser Stelle insbesondere ein möglicher konkreter Einfluß der Patientenautonomie auf das Stellen einer Indikation, die sich „teilweise nur unscharf von Aspekten der Patientenautonomie und des Patientenwillens abgrenzen läßt“

(Neitzke 2015: 91). Jedenfalls, wenn man diesen Einfluß auf die Indikation überhaupt zulassen möchte (siehe 4.4).

Patientenautonomie

Trotz der zahlreichen und weitgehend positiven Beurteilungen der Patientenautonomie in der Öffentlichkeit – in gewisser Weise als ‚Allheilmittel‘ für mehr Patientenrechte –, sind nicht nur die Möglichkeiten der ‚Anwendung‘ in konkreten Situationen rechtlich begrenzt. Bei genauerer Betrachtung offenbart sich – wenn nicht inhaltliche Leere – so doch mindestens fehlende inhaltliche Klarheit: „Kaum ein medizinethischer Begriff ist derart mißverständlich wie das Wort ‚Patientenautonomie‘.“ (Riha 2008: 113) Und da die Modelle der ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ letztlich maßgeblich auf der Patientenautonomie beruhen, ergibt sich hier eine weitere Ursache für deren mangelhaften Erfolg.

Dabei soll eine ‚grundsätzliche‘ Bedeutung nicht in Abrede gestellt werden. Aber es bedarf einer genauen Betrachtung, in welcher Weise sie ihre Funktion erfüllen kann (oder schon erfüllt hat). Darüber hinaus finden sich auch kritische grundsätzliche Stimmen gegenüber einem übertriebenen Ruf nach der Möglichkeit der Selbstbestimmung des Menschen (Schöne-Seifert 2007: 39 ff.). Konrad Hilpert fordert, daß „die Perspektive einmal umkehrt und der Blick auf die Schwachen gelenkt“ (Hilpert 2010: 304) werde. Deutlich schreibt auch Wilhelm Vossenkuhl, daß die „kognitive medizinische Asymmetrie zwischen ärztlicher Kompetenz und dem mangelnden Wissen der Patienten [...] offensichtlich“ sei, und die „Asymmetrie zuungunsten der Patienten“ dann – letztlich ‚politisch gewollt‘ kann man fast schreiben – mit der „Patientenautonomie auf den Kopf gestellt“ würde: „Aus unwissenden Patienten werden aus prinzipiellen Gründen Urteilsfähige in Fragen des eigenen Wohls.“ (Vossenkuhl 2022: 130)

Zusammenfassend lassen sich einige Anmerkungen und Kritikpunkte zusammentragen, die (mit) einen Rahmen für die ‚Patientenautonomie‘ ergeben.

- Viele Menschen **können** den Ansprüchen eines (im philosophischen Sinne) aufgeklärten, mündigen Patienten gar nicht gerecht werden (was mitunter schon für den rechtlichen Teil – einer [medizinischen] Aufklärung ein Problem ist). Ein grundsätzliches Problem der – nicht selten etwas blauäugigen – liberalen Idee.
- Das Problem der zunehmenden **Komplexität** schränkt wegen der fehlenden Kompetenz auch die Autonomie ein – und in diesem Sinne letztlich die aller Patienten (einschließlich der ärztlichen).
- Manche Patienten **wollen** keine Beteiligung, in manchen ländlichen Gebieten (von einer Internistin geschätzt) über 80 %. Inwieweit eine Krankensituation dazu verwendet werden sollte, sie zu ermuntern und ‚ertüchtigen‘, mündigere Menschen zu werden, steht auf einem anderen Blatt.

Vorstellungen von Patientenautonomie. Die historischen Anfänge (vgl. 2.2) werden oftmals auf die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zurückgeführt (im Grunde zum ‚Hamburger Fall‘

von 1894 [Justiz Hamburg 2024]). Sie führten zur Feststellung, daß ärztliche Heileingriffe unter Körperverletzung zu fassen seien, was damit allerdings nur bedingt auf die Autonomie der Patienten zurückgeführt werden kann.

Eine aktuelle klassische Position aus Sicht der Vertreter einer gemeinsamen Entscheidungsfindung lautet: „Die Perspektive des Patienten, seine Vorstellungen und Werte, seine Risikobereitschaft, sein Sicherheitsbedürfnis sollten daher schon aus einer ethischen Haltung heraus Berücksichtigung finden.“ (Bieber et al. 2016: 196) Die Grenzen durch die Notwendigkeit einer Indikation sind bereits diskutiert worden. Insofern überrascht auch die juristische Sicht nicht: „Die Patientenautonomie ist damit nichts anderes als das Selbstbestimmungsrecht des Menschen über seine Person und über seine körperliche Integrität im Rahmen der ärztlichen Behandlung. Sie verleiht dem Patienten allerdings nur ein Abwehrrecht gegen eine vom Arzt vorgeschlagene Behandlung [...], verschafft ihm aber keinen Anspruch auf eine Behandlung.“ (Lipp 2015: 39) So betrachtet reichte der Patientenwille aus (neben der Indikation), und für die Autonomie bliebe im Grunde kein Platz.

Reichweiten. Faßt man die Forderungen zusammen, für die der Begriff der Patientenautonomie ‚benutzt‘ wird, so lassen sich drei Themengebiete unterscheiden.

- Als Basis für die ‚informierte Zustimmung‘ hat sie ihre Funktion im Großen und Ganzen erfüllt, wenn man die Rechtslage als ausreichend empfindet (‚**Patientenwille**‘: Zustimmung oder Ablehnung). Bei der Informierung wird es allerdings schon diffiziler...
- Inwieweit (ob) so etwas wie eine **individuelle Autonomie** für medizinische Entscheidungen eine Rolle spielen sollte, kann – unter Hinweis auf die Verantwortbarkeit – bestritten werden (so auch O’Neill [2002: 28] mit guten Gründen). Zu diesem zentralen Punkt unten bei den ‚offenen Forderungen‘ mehr.
- Der dritte Punkt, der oft mit der Patientenautonomie ‚gerechtfertigt‘ wird, wäre das Ernstnehmen des Patienten (**Respekt**). Ein respektvoller Umgang (auch ohne das Bemühen der Patientenautonomie) sollte natürlich eine Selbstverständlichkeit sein – Reste des alten Paternalismus aus dem 19. Jahrhundert halten sich aber erstaunlich beharrlich (quer zur eindeutigen Rechtslage).

Zusammengefaßt ergeben sich – abzüglich des Eingehens ins Recht und der Respektfrage – die gleichen Fragen, die bereits im Rahmen der Indikation zur Sprache gekommen sind: Wie groß ist der Spielraum für eigene Vorstellungen des Patienten an welcher Stelle im Entscheidungsprozeß?! Und – explizit an dieser Stelle – ist die Patientenautonomie die richtige Basis für (zum großen Teil) berechtigte Forderungen? Sollten die ‚Stellschrauben‘ an anderer Stelle – vielleicht an anerkannteren – liegen, dann könnten Forderungen auf sichererem Boden gestellt werden.

- In diesem Kapitel stellt sich zunächst die Frage, ob der **Kompetenz** nicht in vielen (möglicherweise allen konkreten Einzel-) Fällen der Vorrang vor der **Autonomie** einzuräumen wäre.

- Es folgen einige Ausführungen zu den grundsätzlichen **Voraussetzungen** von **Patientenautonomie**, insbesondere in der Literatur.
- Die ‚traditionell‘ mit Patientenautonomie begründeten, aber bereits **erfüllten Forderungen** – Recht und Respekt – werden noch einmal kurz beschrieben.
- Den wichtigen Schluß bildet die Frage, ob die Patientenautonomie zumindest für die noch **offenen Forderungen** als Rechtfertigung dienen kann (und wo letztlich ihre Grenzen liegen).

Auffällig ist, daß eine wirklich Patienten-orientierte Ethik in unseren Breiten eher selten von Ärzteseite ausgegangen ist. Selbst die Genfer Deklaration des Weltärztebundes von 1948 hat erst 2017 – nach fast 50 Jahren Autonomiedebatte (in der Bio- und Medizinethik) – diese in ihre Grundsätze aufgenommen: „Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.“ (zit. nach Bundesärztekammer 2024b) – Mit der offenen Frage, was damit genau (über Recht und Anstand hinaus) gemeint ist...

Autonomie oder Kompetenz?

Es ist unbestritten, daß „sich der normative Begriff der Autonomie nicht ausschließlich auf die Entscheidungskompetenz der Patienten“ (Krones und Richter 2006: 96) bezieht, sondern darüber hinausgeht, weil auch grundlegende Rechte betroffen sind. Allerdings stellt sich die Frage, ob die Unterscheidung im klinischen Alltag eine ähnliche Rolle wie auf der theoretischen Ebene spielt. Was genau wird eigentlich beurteilt, wenn man einem Patienten die erforderliche Autonomie abspricht, selbst entscheiden zu können?

„Die moralische Bedeutung des Autonomiebegriffs liegt in der Anerkennung des Rechts eines jeden Menschen auf Achtung seines Willens, die auch eine Haltung des Arztes in der Arzt-Patient-Beziehung darstellt.“ (ebd.) Das klingt gut – aber die ‚Achtung seines Willens‘ wird schon rein rechtlich durch die (sogar informierte) Zustimmung zu oder Ablehnung einer Maßnahme erfüllt. Darüber hinaus ergeben sich bereits Schwierigkeiten. Ohne eine verantwortbare Indikation sind dem ‚Willen‘ doch enge Grenzen gesetzt. Und die verantwortbare Indikation wird auf Basis der Kompetenz (des Arztes in den besseren Fällen) gestellt. Autonomie bleibt damit ein leerer Begriff, der im Einzelfall erst durch die Kompetenz Gehalt – über das Recht hinaus – bekommt.

Grundsätzlich oder Einzelfall? Insofern erscheint es zunächst hilfreich, eine grundsätzlich autonom oder nicht autonom handelnde Person von den Einzelfällen einer Entscheidung zu unterscheiden.

- Ob ein Mensch als **grundsätzlich** ‚autonom‘ (kompetent; mündig) genug betrachtet werden kann, *überhaupt* zustimmen zu können (und damit zu dürfen) betrachtet die „Autonomie als Fähigkeit, sein Leben selbst zu bestimmen“ (Gutwald 2010: 78, zurückgehend auf Joel Feinberg). Dabei handelt es sich letztlich um eine rechtliche Frage, die in den Grenzbereichen aber moralphilosophische und medizinische Entscheidungen betrifft.

- Bei einer **konkreten Einzelsituation** jedoch – also der „Autonomie als aktueller Zustand relativ zu einer Entscheidung bzw. einem Entscheidungsbereich“ (ebd.) – stets nach der Autonomie des Patienten zu fragen, wird dem Begriff nicht gerecht. Geht es im klinischen Alltag nicht eher um Fragen der Kompetenz? Kann der Patient das in diesem Moment beurteilen – und was hat seine Entscheidung für Konsequenzen?

Einiges spricht für folgende ‚Trennung‘ von Fragen der Autonomie und der Kompetenz im klinischen Alltag (die aber in der Praxis nicht eingehalten werden dürfte [so auch Grisso und Appelbaum, zitiert in Beauchamp und Childress 2009: 111]).

- **Autonomie** scheint mir primär ein Rechts- und philosophisches Konstrukt zu sein. Dabei geht es um die grundsätzliche Frage (mit einem Schwellenwert), ob jemand – als Person – die Hintergründe mitbringt, eine Entscheidung für sich treffen zu können. Zwar rechtlich, aber dennoch eine Entscheidung, die letztlich auf einer Kompetenzbasis getroffen werden dürfte (statt auf der inhaltsarmen Autonomie). Dabei geht es vor allem um die Möglichkeiten der Ablehnung bzw. Zustimmung zu einer Behandlung (mit einer Schmerzgrenze – im wahrsten Sinne des Wortes –, die auch für einwilligungsunfähige Patienten gilt).
- Daher spielt die **Kompetenz** für die praktische Arbeit im Einzelfall die entscheidende Rolle (hier graduell). Denn (siehe oben) es nützt einem Patienten nichts, für eine Fragestellung ‚autonom‘ zu sein – sie muß ärztlich vertretbar (und damit insgesamt kompetent genug) sein (bis hin zu Fragen zur Eigengefährdung).

Dreh- und Angelpunkt in dieser Arbeit ist damit die Frage nach der ausreichenden Kompetenz in einer bestimmten medizinischen Einzelfrage. Geht es um die ‚unzureichende‘ Kompetenz des Patienten, so ergeben sich Fragen des fürsorglichen (paternalistischen) Eingreifens. Anders formuliert geht es über weite Strecken im medizinischen Alltag immer um **Paternalismus** bei grundsätzlich **autonomen Patienten** mit **nicht ausreichender Kompetenz** in dieser einen spezifischen Frage. Es geht um den Grad an Paternalismus, der sich am Grad an Kompetenz festmacht (nicht an der Autonomie) – und das immer im Dreieck von Indikation (Verantwortbarkeit), Kompetenz (hier des Patienten) und dem Patientenwillen. Paternalismus ergibt sich innerhalb der Indikation und bezüglich der Kompetenz des Patienten.

Für Kinder und insbesondere Jugendliche (vgl. 4.6) gilt das in gleicher Weise. Auf der einen Seite steht die Rechtslage – begründet mit der Autonomie, letztlich aber auch hier der (fehlenden) Kompetenz – auf der anderen Seite die Kompetenz bei einer Entscheidung.

Voraussetzungen für autonome Entscheidungen in der Medizin

Die Autonomie basiert rechtlich auf der Verfassung und äußert sich im Erfordernis der Einwilligung (‚informierten Zustimmung‘). Neben dem grundsätzlichen Vorliegen der Autonomie kann dabei betrachtet werden, was medizinethisch als Voraussetzungen erwartet werden.

Grundsätzliche Autonomie. Zunächst stellt sich die Frage, ob von einem Schwellenkonzept der Autonomie oder einem graduellen (prozeduralen) ausgegangen werden sollte. „Der Autonomiebegriff wird v. a. in der Medizinethik und Rechtsphilosophie als Schwellenkonzept verwendet.“ (Gutwald 2010: 80) Es gehe dabei um die Frage, ob dem Menschen „die *Kompetenz* und v. a. das *Recht* zugeschrieben werden kann, eine Entscheidung für sich zu treffen“ (ebd., Herv. i. Orig.). Bemerkenswert, daß die Autonomie schon bei dieser grundsätzlichen Frage anhand von Kompetenz und Recht festgelegt werden soll. So spricht einiges dafür, diese Frage im Zusammenhang mit der Kompetenz beim Einzelfall zu betrachten (s.u.).

Eine erste Parallele findet sich bei der Betrachtung der Autonomie von Kindern und vor allem **Jugendlichen**. Der Gesetzgeber sieht für Geschäftsfähigkeit und Strafmündigkeit klare Grenzen vor, und auch bei medizinischen Entscheidungen gilt meist richterlich ein Schwellenwert von zwölf Jahren. Ab hier obliegt es der Beurteilung des Arztes (und zwar graduell), ob dem Kind oder Jugendlichen die notwendige ‚natürliche Einsichtsfähigkeit‘ zugeschrieben werden kann. Auch hier geht es um Kompetenz – und letztlich die (strikt geregelte) Rechtslage. Daß sich die Autonomie parallel entwickelt, spielt nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Die zweite Parallele findet sich bei **Erwachsenen**, denen die Autonomie (wieder) abgesprochen wird. Neben psychiatrisch Erkrankten sollte die Zahl derer nicht unterschätzt werden, die mit einer Demenz zu kämpfen haben, und die in der Zukunft noch erheblich zunehmen wird. Hier wird es tatsächlich um Fragen der Autonomie gehen – und ob oder wie sehr (dennoch) in ihren Körper eingegriffen werden darf, auch wenn sie nicht autonom (und erst recht nicht kompetent) entscheiden können. Damit lassen sich bezüglich der Autonomie zwei Patientengruppen unterscheiden.

- Zum einen nicht mehr einwilligungsfähige („unautonome“) Patienten. Das festzustellen, sind letztlich nur Gerichte berechtigt.
- Im Zentrum dieser Arbeit steht allerdings der psychiatrisch weitgehend gesunde, nicht demente und damit für autonom erklärbare und erklärte Patient.

Voraussetzungen für Autonomie. In der Literatur werden verschiedene Voraussetzungen angegeben, damit im medizinischen Kontext von einer autonomen Handlung gesprochen werden kann. Neben Beauchamp und Childress (2009 [1977]) gehen insbesondere Faden und Beauchamp (1986) detailliert auf sie ein und unterscheiden drei Bedingungen für eine autonome Handlung (ebd.: 241 ff.), aus denen Maio (2012) vier eigene Voraussetzungen ableitet: Urteilsfähigkeit (Kompetenz), Verstehen (Aufgeklärtheit), Freiwilligkeit und Wohlüberlegtheit (Authentizität) (143 ff.), namentlich mit dem Kapitel „Wann ist die Einwilligung des Patienten auch autonom?“ (Maio 2012: 144 und dann ff.). Seitenzahlen ohne weitergehende Angaben beziehen sich hier auf Faden und Beauchamp 1986.

- Die **Intentionalität** („intentionality“, 241 ff.) als Grundlage, damit jemandem überhaupt eine autonome Handlung zugeschrieben werden kann. Im medizinischen Kontext hänge die Intention dabei eng mit dem Verstehen zusammen (248 und 298 ff.).

- Das **Verstehen** („understanding“, 248 ff.) wird aufgeteilt in die Konzepte von informierter Zustimmung einschließlich der Kompetenz (274 ff.) und Verstehen (298 ff.). Die Urteilsfähigkeit (Kompetenz) in der Interpretation Maios ist dabei „jene Fähigkeit [...], die relevanten Informationen des Aufklärungsgesprächs aufzunehmen und zu verarbeiten“ (Maio 2012: 145), wobei für das Verstehen nicht die „Vollständigkeit der Information“ relevant sei, sondern eher „inwiefern die Informationen korrekt, adäquat und vor allem relevant sind“ (ebd.: 146).
- Die **Freiwilligkeit** („noncontrol“, 256 ff., ab 337 ff. behandelt als Zwang, Manipulation und Überzeugung). Nach Maio sei dabei ein „kritischer Grenzbereich [...] bereits dort erreicht, wo das Gespräch auf Überredung setzt“ (Maio 2012: 147).

Dabei muß allerdings darauf hingewiesen werden, daß die Aufgabe des **Arztes** gerade **nicht** die **neutrale** Darstellung einer Situation ist, sondern eine Beeinflussung, damit der Patient das (dem Arzt) medizinisch am sinnvollsten Erscheinende *ebenfalls* als die vernünftigste ‚Wahl‘ ansieht...

Ein Gedanke, der direkt zur vierten Voraussetzung von Maio führt – der Wohlüberlegtheit (**Authentizität**) –, die Faden und Beauchamp mit der Frage: „Ist **Authentizität** eine notwendige Bedingung?“ (262 ff.) untersuchen, immerhin verneinen. Nach Maio sei dieser Punkt „mit besonderen Fallstricken verstehen“, da man Gefahr laufe, „den Patienten erziehen oder gar bevormunden zu wollen“ (Maio 2012: 148). Die Bedeutung des Punktes liege aber darin, daß nicht schematisch dem Patientenwillen gefolgt werden dürfe, sondern die „Beachtung der Autonomie [...] vielmehr ein kritisches Hinterfragen, ob alle Bedingungen erfüllt sind, die einen geäußerten Patientenwunsch zu einem autonomen Wunsch machen“ (ebd.) erfordert.

Allerdings erscheint das ‚kritische Hinterfragen‘ doch so beliebig, daß die Autonomie praktisch immer abgesprochen werden kann. Was also genauer sind die Kriterien für Autonomie? Jedenfalls ist *das* Paternalismus durch die **Hintertür**...

Zur Einzelfallkompetenz

Der Weg zur Kompetenz im Einzelfall führt in gewisser Weise über das Unbehagen, das sich aus einer Anerkennung gradueller Autonomie ergäbe. Unterscheiden kann man für die (aktuelle, aber abstrakte) Autonomie zum einen eine **Schwelle**, so dass ein „bestimmtes Maß von Autonomie [...] als ausreichend definiert“ wird (Gutwald 2010: 80), von einem **graduellen Konzept**, in dem „angenommen [wird], daß eine Person, relativ zu einem gewissen Standard bzw. Ideal, mehr oder weniger autonom sein kann“ (ebd.).

Für die Medizin selbst ist die Frage in gewisser Weise irrelevant, weil bis zum ‚Beweis des Gegenteils‘ – in aller Regel eine richterliche Feststellung – von einem autonomen Patienten ausgegangen werden muß. Allerdings gleichzeitig auch von einem, der nur graduell kompetent ist – graduell abhängig von seinen Möglichkeiten, der Komplexität des Problems und den Folgen. Und in dieser Weise ist auch der ärztliche Paternalismus graduell zu verstehen, allerdings immer mit der Intention, zum wirklichen Wohle des Patienten handeln zu wollen.

Bei der Argumentation ergibt sich so auch schnell eine Vermischung der Konzepte von Autonomie (teilweise zurückgeführt auf Rationalität) und Kompetenz: „Auch in Mills Brückenfall ist es gerade so, dass dem Mann die Kompetenz fehlt, um genau die *aktuelle* Entscheidung autonom zu treffen.“ (Gutwald 2010: 81, Herv. i. Orig.). Das aber ist das zentrale Problem bei medizinischen Fragen: Es fehlt im Zweifel *immer* die Kompetenz. Dabei immer auch von fehlender Autonomie zu sprechen, wird der Sache aber nicht gerecht. Denn es dürfe „nicht die Gefahr übersehen werden, dass man die Schwelle selbst so fordernd gestalten kann, dass sich wiederum eine Reihe von Eingriffsmöglichkeiten eröffnet“ (ebd.: 82). Genau das ist nach meiner Meinung immer der Fall. Bedingt durch die Indikation und die damit verbundene Verantwortung des Arztes.

Folgerichtig sei es für Paternalisten entscheidend, „wann eine Person in ihrer Autonomie hinter dieser Schwelle zurückbleibt“ (ebd.: 80), weil in diesem Fälle keine Autonomie vorliege, und ein weicher Paternalismus gerechtfertigt sei. Auch hier ließe sich sinnvoller von fehlender Kompetenz bei bestehender Autonomie sprechen.

Graduell mit ‚Ausgleich von Defiziten‘. Wenn man „Autonomie als graduell und idealistisch“ versteht, so „werden die meisten Entscheidungen als defizitär gelten“ (ebd.: 83). Dem ist grundsätzlich zuzustimmen, wengleich die Feststellung noch nicht zu Eingriffen berechtigt. In der Medizin geht es aber gerade auch darum, Schaden von Patienten abzuwenden, die sie sich selbst beispielsweise durch Unkenntnis zufügen könnten. Die Fürsorge (als Paternalismus) dient damit auch einem Ausgleich von Defiziten. Hintergrund können dabei nur gewisse objektive Standards sein.

Zur Relevanz der Informationen. Dem Millschen Brückengeher wird zugestanden, daß er nicht mehr als nicht autonom betrachtet werden darf, sobald er ausreichend Informationen über den Zustand der Brücke erhalten hat. Dabei sei es aber im „Einzelfall durchaus schwierig, festzulegen, was ein Entscheider braucht, um eine autonome und zumindest minimal rationale Entscheidung zu treffen“ (ebd.: 81). Man kann hier ergänzen: kompetente Entscheidung. Für die Medizin sind das natürlich zentrale Fragen. Wieviel Information ist genug Information? Genug wofür? Was ändert hohe Kompetenz an einer Einzelentscheidung? Zumindest ist es die Richtschnur, und liegt in der Verantwortung des Arztes festzustellen, daß der Patient ausreichend informiert zu sein scheint, um ‚erforderliche‘ Maßnahmen ablehnen zu können – ohne, daß weiter versucht werden sollte, ihn umzustimmen.

Bezüglich der Frage, „welche Informationen dem Patienten zugänglich gemacht werden sollen“ (ebd.: 81 f.), sei man sich dabei „uneinig, ob etwa die Erwartungen eines durchschnittlichen, ‚vernünftigen‘ Patienten, die Standards de[r] Ärzteschaft oder die rein subjektiven Präferenzen des Einzelnen als Maßstab herangezogen werden sollen“ (ebd.: 81) „Viele Medizinethiker plädieren für die erste Möglichkeit, weil die zweite Lösung paternalistisch ist und letztere nicht praktikabel.“ (ebd. 82) Es dürfte nun nicht mehr überraschen, daß den ‚Standards der Ärzteschaft‘ tatsächlich ein größerer Stellenwert eingeräumt wird.

Zusammenfassend betrachtet bleibt eine Fürsorgepflicht des Arztes bestehen, um Patienten nicht ins vermeintliche Unglück laufen zu lassen. Statt allerdings auf der Ebene der Autonomie Defizite ‚zum Schutze des Patienten‘ zurechtbiegen zu wollen, sollte Autonomie lieber (rechtssicher) grundsätzlich unterstellt werden – ebenso wie grundsätzlich Defizite bei der Kompetenz (nachvollziehbarer und praxisnäher) angenommen werden sollten. Damit wird die Autonomiefrage – ab einem rechtlich relevanten Schwellenwert (Rechtssphäre) – irrelevant und zu einer graduellen Kompetenzfrage (ärztliche [medizinisch-inhaltliche] Sphäre).

Theoretisch erfüllte Forderungen

Der Patientenautonomie sind im Laufe der Geschichte unterschiedliche ‚Funktionen‘ zugeschrieben worden (was schon eine gewisse Trennschärfe oder ‚Beliebigkeit‘ dokumentiert). Zwei Forderungen können dabei als zumindest theoretisch erfüllt betrachtet werden.

- Die historische ‚Urforderung‘ war mit Sicherheit die zunächst nur richterliche Feststellung, daß Patienten bei ärztlichen Eingriffen ein Recht auf Zustimmung oder Ablehnung haben (‚Hamburger Fall‘). Aus der schließlich auch gesetzlichen Verankerung folgte die heutige **informierte Zustimmung**.
- Mancherorts leider nur theoretisch erfüllt – aber eben ‚eigentlich‘ geklärt – sind Fragen des **respektvollen Umgangs** zwischen Arzt und Patient.

Aufgehen im Recht: informierte Zustimmung

Wenngleich nicht umgehend alle Elemente der heutigen ‚informierten Zustimmung‘ (vgl. 4.2) eingeführt worden sind, so war die Richtung hin zur Berücksichtigung des Patientenwillens doch früh vorgezeichnet. Im Vordergrund stand und steht dabei allerdings insbesondere ein Abwehrrecht (auf Basis der Freiwilligkeit oben) – und nach Onora O’Neill (2002) kann die Patientenautonomie (als informierte Zustimmung) auch nicht mehr leisten. Dem widersprechen Beauchamp und Childress mit dem vagen Hinweis darauf, daß die Autonomie die primäre Rechtfertigungsgrundlage für weitergehende Regeln, Praktiken und letztlich die informierte Zustimmung sei (2009: 118); was sich nicht ausschließt. Nur übernehmen die weitergehenden Konsequenzen – und zwar konkreter – die Aufgaben der (vagen) Autonomie.

Letztlich hat so etwas wie die Patientenautonomie natürlich einen Einfluß auf die gesetzlichen Bestimmung zur Zustimmung- oder Ablehnungsmöglichkeit von Patienten. – Allerdings vor allem indirekt und vorgeseztlich. Sobald ihre Ideen als **Begründungen** für Rechtsänderungen aufgenommen worden sind, scheint die **Aufgabe** der **Patientenautonomie** weitgehend **erfüllt** zu sein. Wahrscheinlich ist das im Großen und Ganzen der Fall, und alle weiteren Forderungen gehen über die Möglichkeiten der Patientenautonomie hinaus (vgl. unten die offenen Forderungen).

Respektvoller Umgang

Man könnte fast schon von einem ‚Mißbrauch‘ der Patientenautonomie sprechen, wenn in ihrem Namen auch der fehlende Respekt von Ärzten ihren Patienten gegenüber kritisiert wird (dazu die Umgangsformen in 4.2 und die Forderungen der PEF-Vertreter in 4.3). Wenngleich man schon diskutieren kann, ob das überhaupt etwas mit Autonomie oder nicht eher mit simpleren zwischenmenschlichen Kommunikationen zu tun hat, so kann doch auch hier die theoretische Seite als ‚erfüllt‘ betrachtet werden. Niemand kann ernsthaft bestreiten, daß ein ‚normaler‘ Umgang zwischen Arzt und Patient (letztlich natürlich in beide Richtungen) eine Selbstverständlichkeit ist oder wenigstens sein sollte.

Letztlich folgen aus fehlendem Respekt allerdings auch handfeste moralische oder juristische Konsequenzen. Auf der einen Seite finden sich Ärzte, die juristisch das Recht des Patienten nicht akzeptieren, dazu gehört auch eine mangelhafte bzw. ungenügende Aufklärung (strengbetrachtet ist das in der Mehrzahl der Fälle die Realität). Auf der anderen Seite führt Überheblichkeit auch dazu, daß Alternativen nicht gekannt, gesucht oder zugelassen und schon gar nicht kommuniziert werden.

Extrembeispiel Geburtshilfe. Ein besonderes Kapitel dürfte die Geburtshilfe sein, die mit der ‚Geburt der Klinik‘ ins Krankenhaus verlegt worden ist – und zudem in die Hände von Männern. Grundsätzlich ein Problem bis heute, das sich durch die ‚Verweiblichung‘ der Medizin langsam etwas relativieren dürfte. Aber die Konflikte Arzt oder Ärztin – Hebammen dürften davon unbenommen sein.

Offene Forderungen und Grenzen der Patientenautonomie

Einige der Forderungen, die im Namen der Patientenautonomie erhoben wurden, dienten letztlich der Durchsetzung sehr elementarer ‚Bedürfnisse‘: Die Beachtung des Patientenwillens (Zustimmung oder Ablehnung zu einer medizinischen Maßnahme – mit Schwierigkeiten beim ‚Informierungsteil‘) sowie das Einfordern eines normalmenschlichen Umgangs (s.o.). Über diese im Großen und Ganzen (aber situativ mal mehr, mal weniger) erfüllten Forderungen hinaus bleiben aber weitergehende Ziele bestehen, die über das **verbrieftete Recht hinausgehen**.

Daß sich die Ziele beim Ziehen der ‚Patientenautonomiekarte‘ im Laufe der Geschichte geändert haben – als Mittel zum Zweck eines sich wandelnden Zwecks –, führt natürlich zu einer gewissen Beliebigkeit. Und es stellt sich die Frage, ob die – oftmals berechtigten – Forderungen nicht einfacher umzusetzen wären, verzichtete man den mindestens doppeldeutigen (Riha), wenn nicht sogar inhaltslosen Begriff der Patientenautonomie. Zudem bleibt die Rechtslage ein Problem, so daß Lösungen zumindest grob im Rahmen der Begrifflichkeiten und Gesetze bessere Aussichten auf Umsetzung hätten.

Zusammengefaßt kann man bei den Bestrebungen ‚für die Autonomie‘ und ‚gegen Paternalismus‘ wahrscheinlich drei Ebenen unterscheiden.

- Erstens das (historische) Einfordern der rechtlichen Seite (weitgehend erfüllt).

- Zweitens der konkrete Umgang damit: In den Köpfen der Ärzte (und Patienten) ist klassisch ‚paternalistisches Denken‘ bis heute weit verbreitet (einschließlich einer nicht notwendigen Verbindung zu teils respektlosem Verhalten [mancher Ärzte]).
- Die dritte – und bisher offengebliebene – Frage betrifft die Lebensumstände der Patienten im Sinne einer ‚individuellen Autonomie‘ (und damit ‚authentischen‘ Entscheidung).

Die Bedeutung einer ‚individuellen Autonomie‘ für die eigenen **Lebensvorstellungen** der Patienten steht am Anfang der Betrachtungen. Es folgt die Frage, ob der Ruf nach ‚Patientenautonomie‘ auch geeignet ist, einige der **Verpflichtungen** der **Ärzte** (4.4) zum Erfolg zu verhelfen; eingebunden die Frage der Ausgestaltung des Informierungsteils der ‚informierten Zustimmung‘. Abschließend soll geklärt werden, ob nicht trotz der Betonung der Autonomie auch deren stärkste Befürworter letztlich **Paternalismus** mindestens durch die **Hintertür** zulassen – oder sogar fordern – müssen.

Zur Bedeutung der individuellen Autonomie

Anders als die eher abstrakte Autonomie, die sich mittlerweile in grundlegenden Gesetzestexten (bis hin zum Grundgesetz) wiederfindet, gründen sich die heutigen mit ihr verbundenen Forderungen insbesondere auf der individuellen Autonomie (vgl. 4.1). Dazu gehört die Vorstellung, daß kompetente Patienten tatsächlich selbst am besten wüßten, was gut für sie sei (Buchanan und Brock 1990: 29), und der Verweis auf die plurale Gesellschaft, in der der Arzt gar nicht wissen könne, welche Wertvorstellungen für den Patienten von Relevanz seien. In ähnlicher Weise Kants „Kritik am Eudämonismus: ‚Glück kann kein objektiver Begriff sein.‘ Wenn aber dies nicht, dann gibt es überhaupt keine Objektivität und Objektivierbarkeit menschlicher Bedürfnisse, es sei denn, diese würden auf die bloße Selbsterhaltung reduziert.“ (Blumenberg 2007 [1975]: 24) Eine Steigerung wäre, daß Gesundheit nicht der einzige Wert (Buchanan und Brock 1990: 30) und überhaupt Gesundheit und Leben relativ sind.

Auf diese Weise wird Patientenautonomie aber ubiquitär anwendbar und damit inhaltsarm (insbesondere O'Neill 2002: 29 ff., bezugnehmend auf Mill). Und spätestens jetzt stellt sich die Frage, warum ein Patient zu einem Arzt gegangen ist. Vermutlich primär, um eine (möglichst eindeutige) Antwort auf eine *medizinische* Frage zu bekommen. Insofern ist fraglich, daß es grundsätzlich sehr viel echten Pluralismus bei medizinischen also **Gesundheitsfragen** wirklich gibt (Blumenbergs Selbsterhaltung). Andere Lebensvorstellungen spielen nur sehr bedingt eine Rolle (vom Lebensende abgesehen – aber selbst da kann ein anderes Therapieziel die Indikation verändern, s.o.).

Grenze: Indikation. Ein möglicher Spielraum bei der Entscheidung über eine Maßnahme ergibt sich jedenfalls nicht bei autonomen Wünschen des Patienten, sondern (fast immer) nur innerhalb der medizinisch vertretbaren Alternativen. Nur wenn echte (‚**indizierbare**‘) **Alternativen** vorliegen, kann dem Patienten ein Mitspracherecht eingeräumt werden. Allerdings ist das keine Autonomie- sondern eher eine freie Entscheidungsfrage. Darüber hinaus entscheidet der Arzt

(paternalistisch) darüber, ob Alternativen (zum Auswählen) überhaupt vorgestellt werden („sollten“). Dazu unten mehr.

Die eigenen Gesundheits- oder Lebensvorstellungen des Patienten (oder auch *keine*) belaufen sich auf die Möglichkeit, eine Möglichkeit abzulehnen. Hier ist die aktuelle Rechtslage durch die ‚informierte Zustimmung‘ ausreichend, in die Patientenautonomie höchstens abstrakt eingegangen ist. Und natürlich kann die Ablehnung auf einer Lebensvorstellung beruhen (siehe Beispiel unten).

Respektieren und Akzeptieren. Der ‚Respekt (oder die Achtung) vor der Autonomie‘ (nicht nur Beauchamp und Childress 2009: 99 ff.) läßt insofern die Frage zurück, was genau respektiert werden soll. Eine medizinisch schlechte ‚Entscheidung‘ des Patienten kann auf noch so viel Patientenautonomie beruhen – man muß sie akzeptieren, aber nicht respektieren. Die Ablehnung einer Maßnahme muß als Entscheidung respektiert werden – als Respekt vor dem Gesetz. Niemals resultiert ein Recht des Patienten daraus, daß der Arzt ohne Indikation eine Maßnahme vornimmt. Insofern akzeptiert der Arzt die Entscheidung der Ablehnung aus Respekt vor dem Gesetz, nicht vor der autonomen Entscheidung des Patienten (das Gesetz dazu ist zu respektieren, die Entscheidung des Patienten mindestens zu akzeptieren). – Vielleicht ist das vergleichbar mit einer Mehrheitsentscheidung, bei der man kundtun kann, daß man anders entschieden hätte, das Ergebnis aber akzeptiert (und aus Respekt vor dem Gesetz respektiert).

Beispiel Bluttransfusion. Das Recht der **Zeugen Jehovas**, eine Bluttransfusion abzulehnen, beruht ebenfalls nicht – oder höchstens indirekt – auf Autonomie. Denn die Ablehnung muß akzeptiert werden, weil Körperverletzung ohne Einwilligung verboten ist, medizinische Handlungen (einschließlich Bluttransfusionen) dazugehören, und die Autonomie (im Hintergrund) dazu geführt hat, daß *die Gesellschaft* solcherlei Praktiken akzeptiert (kein Rechtsmoralismus). Im medizinischen Kontext gelten die gesellschaftlichen Regeln (Körperverletzung [StGB], körperliche Unversehrtheit [GG]) – aber Respekt kann man vom Arzt nicht erwarten (privat auch individualautonom nicht).

Problematisch in diesem Zusammenhang auch Neitzke, der folgert: „Nur wenn der Patientenwille unumstößlich und dauerhaft gesichert erscheint, darf bereits das Behandlungsangebot unterbleiben.“ (Neitzke 2015: 91). Das widerspricht dem ärztlichen Anspruch, einem (jedem) Patienten, die seiner (des Arztes) Meinung nach beste Maßnahme vorzuschlagen – in Absehung weiterer Umstände (ähnlich kritisch auch Wiesing 2017: 34, Anm. 25; 33).

Führt Patientenautonomie zum Einlösen der Verpflichtungen der Ärzte?

Onora O’Neill hat recht, wenn sie die informierte Zustimmung in der Praxis zur Farce erklärt, weil durch den Arzt im Zweifel nur ‚ein Angebot‘ gemacht wird (2002: 26 f.). Wie schon dargelegt (4.4), besteht ein Schlüssel für den Patienten in einer Pflicht des Arztes zur Offenlegung der **Alternativen**, damit die vorgeschlagene Maßnahme überhaupt eingeordnet werden kann. Dabei ist es zunächst egal, ob es sich um *mögliche* („indizierbare“) Alternativen handelt.

Da dieser Punkt offenbar vom Gesetzgeber als nicht erforderlich angesehen wird (s.u.), stellt sich natürlich die Frage einer Rechtfertigung und insbesondere einer möglichen Umsetzung. Und darüber hinaus, ob die ‚Patientenautonomie‘ einen Beitrag leisten kann – nicht nur für die Alternativen, sondern auch die anderen Forderungen (Pflicht zu **Erklärungen** und das Zulassen von **Fragen**). Da allerdings über Alternativen schlecht gesprochen werden kann, ohne zu erläutern (und damit Fragen zuzulassen), was man sich als Arzt gedacht hat, steht die Pflicht zur Offenlegung von Alternativen im Vordergrund; auch wenn es nur eine wirklich sinnvolle Alternative (und damit nur eine Indikationsmöglichkeit) gibt. Die Pflicht zum **Paternalismus** ergibt sich aus den ärztlichen Verpflichtungen selbst.

Informiert (genug)? Als Umsetzung der Rechte der Patienten – oftmals mit der Autonomie als Hintergrundbegründung – gilt die **informierte Zustimmung**. Rechtlich (§ 630c Abs. 2 Satz 1 BGB) muß ausreichend über „die Behandlung“ informiert worden sein. Allerdings geht es dabei nur um die eine Behandlung, die der Arzt für indiziert erklärt hat. Die Tiefe der Aufklärung (dieser einen Maßnahme) unterliegt Diskussionen in der Ärzteschaft, ist laut Juristen aber hinreichend festgelegt (Joost 2010: 155) und wird im Zweifel mitunter gerichtlich korrigiert.

Genaugenommen reicht das allerdings nicht einmal für ein gehaltvolles Abwehrrecht aus, das über die schlichte Ablehnung einer Maßnahme hinausgeht. Auch bei einer Ablehnung muß man wissen, was man ablehnt und was Alternativen wären. Für eine echte informierte Zustimmung – egal ob echte Alternativen überhaupt bestehen – ist das eindeutig zu wenig.

Alternativen? Es steht außer Frage, daß es prinzipiell wünschenswert ist, wenn der Arzt genau eine Maßnahme in diesem individuellen Fall als die geeignetste und sie entsprechend als indiziert betrachtet. Selbst wenn das objektivierbar die beste Entscheidung für den Patienten ist – eine Einordnung ist für den Patienten damit nicht möglich, und sehr viel mehr als ‚naives Vertrauen‘ kann am Ende nicht herauskommen, und von ‚Informiertheit‘ kann nicht gesprochen werden.

Der Gesetzgeber sieht zwar unter den Aufklärungspflichten (§ 630e BGB) auch einen Blick in Alternativen vor: „Bei der Aufklärung ist auch auf Alternativen zur Maßnahme hinzuweisen, wenn mehrere medizinisch gleichermaßen indizierte und übliche Methoden zu wesentlich unterschiedlichen Belastungen, Risiken oder Heilungschancen führen können.“ (§ 630e BGB Abs. 1 Satz 3) – Es bleibt mit ‚gleichermaßen‘, ‚üblich‘ und ‚wesentlich‘ aber sehr vage und mit zu viel Interpretationsspielraum versehen.

Auch hier dürfte die ‚prinzipielle Induzierbarkeit‘ im Vordergrund der Überlegungen stehen (die wiederum ebenfalls oftmals diskutabel ist). Dazu auch der Deutsche Bundestag in seiner Begründung zum Gesetz mit der Einsicht, daß der Arzt die konkrete Methode frei wählen kann (Therapiefreiheit). Aber: „Gleichwohl gebietet das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, diesem als Subjekt der Behandlung die Wahl zwischen mehreren in Betracht kommenden Alternativen zu überlassen (BGH NJW 2005, 1718 ff.)“ (Deutscher Bundestag 2012: 24) – Mit der gleichen Vagheit, was „in Betracht“ kommt. Auch das ist Ermessenssache.

Nicht-indizierte ‚Alternativen‘. Läßt sich für echte (indizierbare) Alternativen noch eine gewisse rechtliche Verpflichtung herauslesen, so gilt das nicht mehr für Alternativen, für die keine Indikation vorliegt.

Eine besonderen Stellenwert erhalten solche Überlegungen im Rahmen von **Therapiebegrenzungen**, weil damit in den meisten Fällen beim Eintreten der Tod des Patienten verbunden ist (dazu auch die *Leitlinie zur Therapiebegrenzung* der LMU [2015]). Die Frage, ob im ‚Bedarfsfall‘ reanimiert werden oder die Verlegung auf eine Intensivstation erfolgen sollte, sollte mit dem Patienten (soweit möglich) besprochen werden, auch wenn sowieso keine medizinische Indikation vorliegt (die Maßnahme im Zweifel sogar kontraindiziert ist). Zum einen gebührt das der Achtung vor dem Patienten selbst, zum anderen sollte aber sichergegangen werden, daß nicht leichtfertig ‚ein Stempel‘ in die Akte gelangt. ‚Was wir nicht machen werden...‘, sollte in diesen Fällen zudem von einem erfahrenen Arzt mit dem Patienten besprochen werden, und natürlich sind Erklärungen erforderlich und Fragen zulässig.

Das – bei nicht mehr einwilligungsfähigem Patienten – auf Angehörige zu übertragen, ist sehr problematisch. Bei nicht vorliegender ärztlicher Indikation eine ‚Scheinentscheidung‘ auf sie zu übertragen, erscheint als eine ethisch nicht zu vertretende Last.

Patientenautonomie? Auch bei der Therapiebegrenzung zeigen sich zunächst die Grenzen der Patientenautonomie. Denn obwohl es sich um eine höchstpersönliche Lebensentscheidung handelt, kann das Berufen auf die Patientenautonomie nicht dazu führen, daß eine nicht indizierte Maßnahme dennoch durchgeführt wird (das gilt natürlich auch für die Verwandten). Aber das Recht zu erfahren, wie die gesundheitliche Lage ist, bleibt natürlich bestehen (einschließlich der Gesamtsituation, in der nicht mehr alle Maßnahmen medizinisch indiziert wären...).

Dennoch kann gefragt werden, ob sie als Hintergrundforderung geeignet ist, mehr Alternativen einzufordern (so in etwa auch das BGH, s.o.). Inwieweit das nicht letztlich schon in einer ‚ernsthaft informierten‘ Zustimmung enthalten sein müßte, steht auf einem anderen Blatt – und sollte in der Ärzteschaft diskutiert werden. Zumindest berufsethisch wären dann Möglichkeiten einer echten Einordnung einzufordern, die mitunter auch das Erwähnen nicht indizierbarer Alternativen beinhalten müßte.

Für echte Alternativen gilt es sowieso – schon rechtlich, da wäre mehr auf die Praxis zu schauen: Erfolgt das wirklich? Insofern wäre das eher ein Appell an die Ärzteschaft und im Zweifel die Frage, ob die **Patientenrechte** nicht doch noch verbessert werden könnten. Nicht zuletzt wäre mehr Klarheit zur Indikation wünschenswert, wofür sehr viel mehr über sie nachgedacht werden sollte. Von juristischer, primär aber natürlich von ärztlicher Seite.

Paternalismus durch die Hintertür

Besonders bemerkenswert wird es, wenn trotz der Betonung der Achtung vor der Patientenautonomie – mit den genannten Eigenschaften (u.a. Maio 2012: 144 ff.) – deren Grenzen dann aufgezeigt werden, wenn vom Patienten grundsätzlich eine **„Vernunft Einwilligung“** gefordert wird (Maio 2012: 159 und f.). Eine Mißachtung des Willens des Patienten „wäre nur dann

möglich, wenn an der Authentizität oder an der Freiwilligkeit der Willensäußerung oder an der Aufgeklärtheit oder der Kompetenz der Person gezweifelt werden dürfte“ (ebd.: 162). – Letztlich können also alle Voraussetzungen für eine autonome Einwilligung angezweifelt werden. Das ist tatsächlich zu unterstützen – widerspricht allerdings einer weitgehenden Konzeption von Autonomie, da sie beliebig eingeschränkt und Paternalismus zum Wohle des Patienten zugelassen werden kann. Die mit der Autonomie – quasi als Kind mit dem Bade – ausgeschüttete Fürsorge wird mittels hoher Anforderungen an die Autonomie (sonderbarer Konstrukte) wieder ins Boot geholt.

Eine zweite Möglichkeit der Einschränkung ist die „**Fürsorgebetonung**“ (ebd.: 160 und ff.) mit dem Argument, daß man „mit der Übergehung des Willens dem Kranken einen Schaden erspart oder sein Wohl fördert“ (ebd.: 160). Ein klassisches paternalistisches Argument. Es bleibt auch hier die Frage, was von ‚Patientenautonomie‘ noch übrigbleibt, wenn immer, wenn der Patient Gefahr läuft, eine autonome, aber ‚für ihn nicht so gute‘ Entscheidung zu treffen, Paternalismus gerechtfertigt werden kann. Ist das nicht schlicht ein paternalistisches Modell?

Beläßt man dem Patienten grundsätzlich seine Autonomie und spricht ihm ‚lediglich‘ (grundsätzlich) die volle Entscheidungskompetenz im Einzelfall ab, so dürfte das dem Arzt-Patienten-Alltag näherkommen. Das Gespräch mit einem autonomen Patienten hätte dann nicht eine kompetente Entscheidung zum Ziel (weil er es nicht *beurteilen* kann), aber (zumindest) eine ‚möglichst autonome‘, indem ausreichend Informationen (... Erklärungen, Begründungen ... Alternativen) gegeben werden, damit es ‚eher‘ *seine* Entscheidung ist – was grundsätzlich wünschenswert ist. Und im Grunde als Voraussetzung, überhaupt informiert zustimmen zu können.

Allerdings bleibt die Frage, ob er nur *glaubt*, es sei seine Entscheidung, nicht zuletzt, weil das Drumherum einer solchen Entscheidung (viel Wissen erforderlich, Urteilsfähigkeit, Erfahrung, besondere Krankheitssituation) tatsächlich keine (niemals eine sehr) autonome Entscheidung ermöglicht (dafür spricht empirisch einiges). Insofern erinnert das einmal mehr an die **Mäeutik**, die man durchaus auch kritisch sehen kann (fast als eine Form libertären Paternalismus!...).

Jedenfalls wird deutlich, daß es ohne Paternalismus nicht geht, und daß vielmehr auch bei betont Autonomie-orientierten Ansätzen die Fürsorgepflicht letztlich zu einer Pflicht zum Paternalismus (4.4) führt. Eine Hintertür ist dabei besser, als das Erfordernis grundsätzlich zu ignorieren, wie es zur Verhinderung der Rechtfertigung von Paternalismus oftmals passiert. Aber besser wäre der Weg durch die Vordertür. Nur so wird die wichtige Bedeutung klar, und nur so können die Strukturen anständig gesehen und gegebenenfalls kritisiert werden.

Paternalismus in der Medizin

Es steht außer Frage, daß der Paternalismus in der Medizin in einer – mindestens begrifflichen – Krise steckt. Die anhaltende Konzentrierung auf alte Vorstellungen von Paternalismus sind „Erb-lasten“ (Drerup 2013: 22), die eine echte Diskussion erschweren bis unmöglich machen. Es wird suggeriert, daß seine Zeit abgelaufen sei (Schnack 2019 im Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt),

ohne zu bemerken, daß einige der grundsätzlich meist berechtigten Kritikpunkte gar nicht den Paternalismus betreffen, andere wiederum dessen mangelhafte Umsetzung kritisieren.

Tatsächlich offenbart sich in der Einstellung mancher (eher vieler) Ärzte noch eine bevormundend-paternalistische Haltung, die ohne Zweifel zu kritisieren ist. Auf der anderen Seite sind den faktischen Durchsetzungsmöglichkeiten doch juristisch enge Grenzen gesetzt, so daß es auch ein wenig auf die Eigeninitiative des Patienten ankommt, mehr ‚Beteiligung‘ zu erfahren. In diesem Sinne ist der Paternalismus einer deutlichen Bedeutungsverschiebung hin zu einer liberaleren Konzeption unterzogen worden.

Wichtiger scheint mir allerdings der Punkt zu sein, daß die Medizin letztlich ohne ‚so etwas‘ wie Paternalismus nicht auskommen kann (vgl. Horn 2013). Schon das Prinzip des Nicht-Schadens (in dem Fall durch den Patienten selbst) und die Fürsorge gebieten ein Eingreifen des Arztes in ‚Entscheidungen‘ des Patienten (was eben durch die Hintertür von allen auch immer zugelassen wird ... werden muß). Letztlich sollte der Ausgangspunkt für einen Arzt doch sein, seine Patienten (auch jugendliche) zwar als grundsätzlich **autonom** zu betrachten (solange kein Richter etwas anderes feststellt) – aber auch grundsätzlich **‚minderkompetent‘** für die medizinische Entscheidung.

So ergibt sich aus der Stellung einer Indikation – immer nach bestem Wissen und Gewissen zum Wohle des Patienten – automatisch eine Pflicht zum Paternalismus; zum Überzeugen des Patienten, dem Rat des Arztes auch zu folgen. Statt die Hintertür zum Paternalismus zu nehmen (und den Begriff möglichst noch zu vermeiden), sollte vielmehr dessen grundsätzliche Rehabilitation erfolgen (begrifflich – inhaltlich ist die Notwendigkeit erhalten geblieben). Mit der Möglichkeit einer genauen Bestimmung, was (nicht) darunter zu verstehen und, und wie eine Umsetzung erfolgen sollte.

In diesem Sinne geht es beim ‚Paternalismus in der Medizin‘ um ein Zusammenführen der allgemeinen Hintergründe zum Paternalismus (4.1) mit den Überlegungen zur Indikation (4.4) und als Übergang zum aufgeklärten Paternalismus am Ende des Gesamtkapitels (4.5).

- Zu Beginn erfolgt eine **rechtsphilosophische Rechtfertigung** des Paternalismus (in der Medizin), die für den medizinischen Alltag in einen Autonomie-orientierten Paternalismus als Basis hinausläuft.
- Eine genauere Bestimmung des **Phänomens** des Paternalismus in der Medizin zeigt dessen ganz **praktische Bedeutung**.
- Zur Praxis des fürsorgenden Paternalismus gehören auch die **Formen** und **Mittel** der **Beeinflussung**, durch die der Patient letztlich überzeugt werden soll. Schon sie sind (immer) zutiefst paternalistisch.
- **Grenzen** und Kritik verweisen auf zu lösende Mißstände...

... die durch einen aufgeklärten Paternalismus (im nächsten Kapitel) aufgegriffen und in sinnvoller Weise abgestellt werden sollen.

Rechtfertigungen des Paternalismus (in der Medizin)

Geht man von grundsätzlich autonomen Patienten aus, denen aber (allen) die Kompetenz fehlt, wirklich eine medizinische Entscheidung treffen zu können, so wird erstens Paternalismus erforderlich, der aber zweitens nur ein Autonomie-orientierter (weicher) Paternalismus sein kann. Allerdings müssen paternalistische Eingriffe in die Autonomie eines Menschen – und das bleibt auch bei Autonomie-,Orientierung` – grundsätzlich (rechtsphilosophisch) gerechtfertigt werden. Um den Blick freizubekommen auf die ‚Idealvorstellung` eines Paternalismus („der gute“), muß dieser zunächst von einem ‚schlechten` Paternalismus abgegrenzt werden. Letzterer steht im Fokus der (berechtigten) Kritik der Vertreter einer partizipativen Entscheidungsfindung, betrifft den Paternalismus selbst aber nur am Rande. Eine ernsthafte Auseinandersetzung mit Rechtfertigungen und Reichweiten von Paternalismus kann sinnvollerweise nur mit dessen bestmöglicher Umsetzung erfolgen.

Die Frage ist dann aber, was – auch begrifflich – von ‚Bevormundung` bleibt, wenn ein maximal transparenter Paternalismus auf den Patientenwillen (die Möglichkeit der Zustimmung oder Ablehnung) trifft.

Rechtfertigen und Begründen. Wenngleich mit Überschneidungen, so läßt sich doch nicht ganz unbegründet eine strukturelle Rechtfertigung von Paternalismus von seiner inhaltlichen Begründung unterscheiden.

- Eine **Rechtfertigung** von Paternalismus betrachtet eher die Autonomie und dessen Einschränkung und erfolgt auf einer rechtlichen oder rechtsphilosophischen Ebene. Dabei geht es um eine generelle Rechtfertigung einer Struktur (bezogen auf einen Menschen), in der Paternalismus stattfinden kann (oder sollte).
- Inhaltliche **Begründungen** – manchmal mehrere – basieren eher auf Fragen der Kompetenz und sind auf die einzelne medizinische Entscheidung bezogen. Gerechtfertigt werden paternalistische Interventionen verschiedentlich, immer jedoch muß der Paternalist ‚gute Gründe` (Rothermund 2003) vorweisen können.

Schlechter und guter Paternalismus

Um der Vielschichtigkeit der Erscheinungen des Paternalismus gerecht werden zu können, dürfte mindestens eine grundsätzliche Unterscheidung notwendig sein: die in einen schlechten und einen guten Paternalismus. Dahinter verbirgt sich auch eine grundlegend unterschiedliche Haltung, die allerdings in beiden Fällen mit ‚zum Wohl des Anderen` gerechtfertigt wird.

Dabei handelt es sich um eine Unterscheidung, die weder von Medizinern oder Medizinethikern noch von Rechtsphilosophen vorgenommen wird. Für Letztere spielt die Unterscheidung keine Rolle, weil die genaue Art und Weise, wie paternalistisch gehandelt wird, für Rechtfertigung und Bewertung irrelevant ist. Für die Medizinerseite sollte die Unterscheidung dringend vorgenommen werden, weil zwar die schlechten Seiten des Paternalismus (zu Recht) kritisiert werden – die positiven Seiten damit aber (mindestens begrifflich) ebenfalls hinfortgespült (oder eben durch die Hintertür doch zugelassen) werden. Das Einsehen einer notwendigen

‚Fürsorgekomponente‘ bei medizinischen Entscheidungen bei gleichzeitiger Ablehnung des Begriffs ‚Paternalismus‘ führt jedoch in das Dilemma, das die gesamte medizinethische Debatte beeinträchtigt.

Der ‚schlechte‘ Paternalismus (‚Bevormundung‘) steht dabei für das, was klassischerweise als ‚paternalistische Grundhaltung‘ kritisiert wird: Die Bevormundung des Patienten ohne Ansehung seines Willens, ohne ihn als überhaupt entscheidungsrelevant wahrzunehmen. Begründet wird das Vorgehen zwar ebenfalls mit der Fürsorgepflicht, basiert letztlich aber auf der Vorstellung einer inhaltlichen Überlegenheit; wahrscheinlich spielen auch Machtmechanismen eine nicht unerhebliche Rolle (in diese Richtung schon Faden und Beauchamp 1986: 98).

Paternalismus in diesem Sinne (in der Medizin überhaupt Paternalismus, nicht nur begrifflich) ist wahrscheinlich erst im Verlaufe des 19. Jahrhunderts wirklich relevant geworden (siehe 4.1 und 2.2). Was zunächst als Mißachtung der Autonomie des Patienten (fehlender Respekt vor der Person) begann, entwickelte sich nach dessen mittlerweile zur Rechtslage gewordenen Anerkennung in einen Paternalismus, der zwar offiziell die Rechtslage anerkannte, de facto aber dem alten Gedanken der Bevormundung treugeblieben ist.

Was die Inhalte anbelangt, so hatten die Ärzte früher wie heute recht, daß Patienten (einschließlich fachfremder Ärzte) den medizinischen Teil nicht beurteilen können. Aber das Recht dazu haben sie nun – allerdings nur zur Ablehnung, eigene ‚Wünsche‘ können nach wie vor nur im Rahmen einer möglichen Indikation durchgesetzt werden (4.4).

Ein ‚guter‘ Paternalismus (‚Fürsorge‘) respektiert nicht nur Patienten als erwachsene Menschen (mit entsprechender Kommunikation), sondern wird auch dem fundamentalen Anspruch der Medizin gerecht, fürsorglich für seine Patienten da zu sein. Dem Versuch, ‚Paternalismus‘ einfach durch ‚Fürsorge‘ zu ersetzen (um Paternalismus auf seine schlechte Variante zu begrenzen), sollte man allerdings nicht erliegen. Denn der Begriff der Fürsorge ist praktisch undefiniert und kommt in den meisten Fällen verharmlosend ohne Rechtfertigungen, Erklärungen und Begründungen aus. Auch fürsorglich ‚nur das Beste‘ zu wollen, wird in der Praxis sehr schnell übergriffig und damit begründungspflichtig. Insofern erscheint es eindeutiger und sicherer, Fürsorge grundsätzlich als das zu bezeichnen, was es ist: Paternalismus – mit entsprechenden Rechtfertigungs- und Begründungspflichten.

Insofern benötigt das Arzt-Patienten-Verhältnis Paternalismus, weil es Fürsorge als Grundlage ärztlichen Handelns benötigt. Die genauen Ansprüche und Grenzen auch dieser Form von Paternalismus sind natürlich noch ausführlich zu diskutieren. Er muß auf plausiblen Erklärungen und guten Begründungen beruhen, außerdem setzt er Selbstreflexion und Kritikfähigkeit auf Seiten des Arztes voraus (weil die Begründungen oft unsicher sind und wegen der medizinischen Realität sein müssen).

Unten wird er als ‚aufgeklärter Paternalismus‘ bezeichnet, dessen rechtsphilosophische Grundlage der ‚weiche‘ oder Autonomie-orientierte Paternalismus ist (der allerdings keine so große Bedeutung zukommt, wenn der Autonomie wegen der Kompetenz ihre grundsätzliche Relevanz

abgesprochen wird). Insgesamt kann es sinnvollerweise in der ganzen Diskussion nur um eine Kritik (im kantischen Sinne des Untersuchens) an einem guten und Autonomie-orientierten Paternalismus gehen: Ein fürsorglicher (und netter) Arzt trifft auf einen autonomen, aber unzureichend kompetenten (möglichst auch netten) Patienten.

Heidegger. Nicht unerwähnt bleiben soll, daß sich bei Martin Heidegger (1889 bis 1976) in *Sein und Zeit* eine ähnliche Unterscheidung findet. Er spricht hier von ‚zwei extremen Möglichkeiten‘, in der die Fürsorge auftreten kann (1993 [1927]: 122). Zum einen könne sie „dem Anderen die ‚Sorge‘ gleichsam abnehmen und im Besorgen sich an seine Stelle setzen, für ihn *einspringen*“. Der Andere übernehme dann „nachträglich das Besorgte als fertig Verfügbares“, wodurch er aber „zum Abhängigen und Beherrschten werden“ könne. Das andere (seltener vorkommende) Extrem der Fürsorge springe nicht so sehr – im Sinne eines Vorausspringens – für den Anderen ein, also „nicht um ihm die ‚Sorge‘ abzunehmen, sondern erst eigentlich als solche zurückzugeben“. Diese „eigentliche Sorge“ betreffe die Existenz des Anderen und ver helfe ihm, „in seiner Sorge sich durchsichtig und für sie *frei* zu werden“ (ebd., Herv. i. Orig.).

Autonomie-orientierter („weicher“) Paternalismus als Grundlage

Aus der Autonomie des Patienten ist – mindestens indirekt – auch der gesetzlich verankerte Patientenwille abgeleitet worden. *Gegen* den Willen des Patienten etwas durchsetzen zu wollen, setzt so schon das Absprechen der Einwilligungsfähigkeit voraus, was nur richterlich erfolgen kann. Es steht daher außer Frage, daß grundsätzlich von einem autonomen Patienten ausgegangen werden muß. Und auch eingesetzter Paternalismus muß sich damit an dieser Autonomie (der Rechtslage) orientieren, was als weicher Paternalismus bezeichnet wird (vgl. 4.1).

Einordnung: Arten von Paternalismus. Eine erste Unterscheidung unterschiedlicher Arten von Paternalismus (hierzu auch schon 4.1) ergibt sich aus der Frage, ob die Autonomie – in diese Falle eines Patienten – respektiert wird oder nicht. **Harter** Paternalismus ignoriert sie, **weicher** Paternalismus versucht, sich an der Patientenautonomie zu orientieren.

Joel Feinberg differenziert den harten Paternalismus dann noch weiter in einen starken und einen schwachen (vgl. Zude 2010: 246 ff.; Maio 2012: 156 ff.). **Stark** ist ein Paternalismus, wenn der Patient einsichtsfähig ist, aber dennoch gegen seinen Willen gehandelt wird (das ist rechtswidrig). **Schwach** ist Paternalismus, wenn „sich über den Willen eines nicht urteilsfähigen Patienten“ (Maio 2012: 157) hinweggesetzt wird. Das ist mindestens problematisch, im klinischen Alltag aber nicht zuletzt wegen der Fürsorgepflicht ein häufiges Thema, das zudem Probleme der Abgrenzung zum (leichter zu rechtfertigenden) weichen Paternalismus verursacht. Letztlich sind die Übergänge so fließend, wie auch die Grenzen zwischen ‚Autonomie‘ und ‚Kompetenz‘ nicht klar gezogen werden können.

- Im Falle des **schwachen Paternalismus** wird dem Patienten die Autonomie abgesprochen, was zunächst medizinisch erfolgt, letztlich aber juristisch belegt werden muß. Sehr

problematisch, wenn „die Bedingung für eine autonome Entscheidung [schon, könnte man ergänzen] bei fehlender Authentizität nicht gegeben“ ist (Maio 2012: 160).

- Beim **weichen Paternalismus** hingegen bleibt die Autonomie des Patienten (theoretisch) unangetastet. Wie schon dargelegt, sollte das bei jedem Patienten eine Rolle spielen. Denn wenn er nicht umgehend (naiv) allem zustimmt (was zu wünschen ist), muß mindestens erklärt werden, was passieren soll und daß das gut für ihn ist (und er sich dann ‚freiwillig‘ dafür entscheidet). Das schon ist weicher Paternalismus (Fürsorge).

Fragen muß man sich aber auch, ob nicht jeder weiche Paternalismus, der die Autonomie des Patienten für ‚nicht optimal‘ hält, sofort zu einem schwachen Paternalismus wird – was letztlich zur Position führt, es bei der Autonomie des Patienten zu belassen und vielmehr seine Kompetenz als Maßstab zu nehmen.

Autonomie-orientierter („weicher“) Paternalismus. Soll nicht (offensichtlich) gegen die Autonomie eines Patienten (Menschen) gehandelt werden, so kommt bei Anwendung von Paternalismus immer nur ein an der Autonomie-orientierter und damit weicher Paternalismus in Frage. Auch dabei geht es um das Eingreifen in die Autonomie des Patienten, allerdings im Sinne seiner Autonomie und nicht gegen sie. Zwei Gesichtspunkte für eine Rechtfertigung bzw. Begründung von Paternalismus werden dabei regelmäßig (u.a. bei Gutwald 2010: 73 ff.) als sowohl relevant als auch problematisch betrachtet.

- Zum einen (**I**) läßt sich die **Autonomie** als nur **eingeschränkt** ‚wirksam‘ deklarieren (bis zur Absprache, dann wäre es schwach paternalistisch). Wenn der Patient nicht ganz optimal autonom zu entscheiden in der Lage ist, dann könnte an dieser suboptimalen Autonomie etwas verbessert werden (müssen).
- Darüber hinaus (**II**) stellt sich ein **Objektivierungsproblem**. Auf welches Ziel hin sollte die Autonomie ‚verbessert‘ werden?

(I). Im Rahmen liberaler Theorien wird Paternalismus grundsätzlich kritisch gesehen, weil wahrscheinlich jede Form von Paternalismus in irgendeiner Weise die Autonomie des Paternalisierten einschränkt (dazu auch 4.1). Allerdings sehe sich ein weicher Paternalist dennoch als „kompatibel mit der liberalen Forderung nach dem Respekt für Autonomie“, denn er gehe davon aus, „dass es Situationen gibt, in denen ein Mensch nicht vollständig autonom im Lichte seiner eigenen Ziele handelt, sodass der liberale Paternalist eingreifen darf, um dem Einzelnen behilflich zu sein, dessen *eigene* Ziele zu verwirklichen“ (Gutwald 2010: 73; Herv. i. Orig.).

Autonomie-Orientierung heißt also, daß man die Autonomie des Patienten grundsätzlich (aner)kennt – was allerdings schon durch eine Bindung an das Recht eine starke Bedeutung erfährt (Patientenwille). Abgesehen davon besteht die Möglichkeit, „dass bestimmte Fehler in der Rationalität die Autonomie einer Person schwächen“ (ebd.: 75) und dessen Autonomie daher bei ‚defizitären Entscheidungen‘ (s.o. und 4.1) im Kontext einer nur begrenzten Rationalität in Frage gestellt werden kann.

Da hier davon ausgegangen wird, daß Patienten fast nie die nötige Kompetenz besitzen, um ernsthaft eine medizinische Entscheidung treffen zu können (was automatisch zu Paternalismus führt), spielt die Frage nach der Autonomie letztlich keine Rolle (sie ‚versteckt sich‘ zwischen fehlender Kompetenz aber gesetzlich verankertem Zustimmungsrecht).

(II). Der zweite Punkt betrifft die „Subjektivität und Objektivität der paternalistischen Begründung“ (Gutwald 2010: 87). Dabei geht es um die Frage, was als Maßstab für die vermeintlich nicht optimale Entscheidung eines Menschen genommen werden sollte. Objektive Kriterien werden dabei meist kritisiert, weil sie (erst recht einer pluralen Gesellschaft) in einen nicht zu rechtfertigenden Perfektionismus mündeten (ebd.: 90). „Autonomie zu achten heißt also, sich an der *subjektiven Perspektive* des Einzelnen zu orientieren.“ (ebd.: 87, Herv. i. Orig.) Abgesehen davon, daß sich der Text dort schwerpunktmäßig auf den libertären Paternalismus bezieht (und in diesem Kontext weitgehend zu befürworten ist), läßt er sich nur schwer auf den medizinischen Kontext übertragen. Denn auch wenn nicht jeder rationale Mensch Gesundheit als etwas Gutes anstrebt (ebd.: 89 f.; anders Rawls, in Dworkin [1988: 113]), und auch nicht anstreben muß – mit dem Hintergrund geht man in aller Regel nicht zu Arzt, und die Frage wäre auf einer anderen Ebene zu beantworten (zum Beispiel damit, daß man eben nicht zum Arzt geht). Die Medizin ist nicht der Ort für eine Antwort auf die Frage, wie man authentischer leben kann...

Vielmehr muß es der Medizin primär um objektivierbare Kriterien gehen, die der Stellung einer Indikation zugrunde gelegt werden. Und dort überschneidet sich natürlich die objektive mit der subjektiven Ebene, weil für eine Indikation nicht nur persönliche Daten vom Patienten berücksichtigt, sondern die objektiven Überlegungen auf den individuellen Patienten angewandt werden müssen.

Zugegeben relativiert sich die Objektivierbarkeit mitunter durch die unsichere medizinische Realität. Außerdem sollen im Rahmen der Indikation Alternativen vorgestellt werden, die entweder (im Großen und Ganzen) gleichgut sind (davon wird es zukünftig eher mehr geben) oder aber schlechter, aber immer noch indizierbar. Darunter stößt man jedoch an eine Grenze, ab der die subjektive Ebene durch die fehlende Indizierbarkeit gar keine Rolle mehr spielt.

Kompetenz statt Autonomie. Wie schon ausgeführt worden ist, empfiehlt sich für die Praxis das weitgehende Ersetzen der Autonomie durch die Kompetenz – auch, um im Falle der ‚normalen‘ Arzt-Patienten-Kontakte (ohne richterliches Absprechen der Autonomie eines Patienten) nicht in jedem Einzelfall in eine Grundrechtsdiskussion zu geraten. Dem liegt aber vor allem zugrunde, daß *immer* von einem nur bedingt zu einer medizinischen Entscheidung fähigen Patienten ausgegangen wird, dem mehr oder weniger paternalistisch begegnet wird. Wollte man dies immer mit Defiziten bei der Autonomie begründen, so verschwömmen die Grenzen zwischen dem schwachen und dem weichen Paternalismus noch weiter.

Autonomie, aber Paternalismus. Die Abtrennung der grundrechtlichen Autonomie von den mit Paternalismus verbundenen allgemeinen Kompetenzdefiziten schafft klarere Verhältnisse. Ohne Autonomie müßte bereits die Zustimmungsfähigkeit in Frage gestellt werden – was ohne

richterlich veranlaßte Rechtssicherheit nicht geht. Daher bleibt zur ‚Durchsetzung‘ der Indikation nur der weiche Paternalismus unter Anerkennung der vollen Autonomie des Patienten und Anerkennung der oftmals nicht optimalen Kompetenz. Damit wird auch eine Kollision von Autonomie und Fürsorge verhindert, weil sie sich auf unterschiedlichen Ebenen befinden (grundrechtlich versus inhaltlich).

Und schließlich bleibt so auch Mills Vorstellung erhalten, die die „liberale Grundhaltung zum Paternalismus“ beschreibt, in der die „Autonomie des Menschen als *normativ grundlegend*“ (Gutwald 2010: 77, Herv. i. Orig.) betrachtet wird. Die Autonomie ist weitgehend im Recht (als Patientenwille) aufgegangen und damit ein Beitrag, ‚sein Leben selbst zu bestimmen‘ (Gutwald). Anders gesagt, dürfen sich Patienten natürlich irrational oder dumm (nach irgendeinem Maßstab) verhalten, und der Patientenwille läßt sie das (als Ablehnung) auch durchsetzen. Aber im normalen Alltag besteht für den Arzt die Verpflichtung, paternalistisch in eine andere Richtung zu wirken. Dabei ist es irrelevant, wie gut ein Patient begründen kann, daß dies seiner Autonomie entspreche, wenn die Maßnahme nicht indizierbar ist (in diese Richtung letztlich auch Onora O’Neill mit ihrer grundsätzlichen Relativierung der individuellen Autonomie).

Insgesamt nimmt das sehr differenzierten Analysen über die Autonomie natürlich etwas den ‚Wind aus den Segeln‘, wenn man einerseits eine Beschränkung der Autonomie auf ein Abwehrrecht vornimmt (mehr läßt die Indikation nicht zu), und man auf der anderen Seite davon ausgeht, daß Paternalismus immer benötigt wird, weil manches objektiv betrachtet werden muß und die Kompetenz der Patienten nie optimal ist. Aber Gutwald ist dennoch zuzustimmen, daß der weiche Paternalismus damit natürlich nicht „als liberal und unproblematisch hingenommen werden“ (Gutwald 2010: 92) darf. Er muß immer begründet werden. Nur: Die Aufgabe der Medizin kann es nicht sein, ihre Entscheidungen beliebig um die Autonomie des Patienten herum zu treffen. Sie muß schon eine Art objektivierbaren Grund für Maßnahmen angeben können. Der Rahmen Medizin ist kein beliebiger (wie letztlich die individuelle Autonomie).

Phänomen und praktische Bedeutung

Nachdem der weiche Paternalismus für die Medizin nicht nur als der in ‚Normalsituationen‘ einzig zulässige Paternalismus bezeichnet worden ist, der auf der anderen Seite aber in praktisch jedem Fall relevant ist, soll an dieser Stelle zwar zusammenfassend, aber auch noch einmal grundsätzlicher auf den Paternalismus in der Medizin eingegangen werden. Dem folgen einige Gedanken zu den möglichen (nicht-historischen) Wurzeln des medizinischen Paternalismus.

Ausgangspunkt sind dabei drei Annahmen – vor dem Hintergrund, daß ‚Patientenautonomie‘ hier zwar oft als relevant angeführt wird, das im konkreten Fall aber höchstens indirekt zutrifft.

- Das **Selbstbestimmungsrecht** (GG, StGB) des im Normalfall mündigen (‚autonomen‘) Patienten steht – als Zustimmungs- und Abwehrrecht – über (fast) allem.
- Eine wirkliche **inhaltliche** (Mit-) **Beurteilung** einer medizinischen Maßnahme durch den Patienten ist im Normalfall aus fachlichen Gründen **nicht möglich** (so insbesondere auch

Montgomery 2006). Insofern bleibt auch eine ‚informierte‘ (wirklich kompetente) Zustimmung inhaltlich eine Illusion – aber gleichzeitig eine demokratische Forderung.

- Damit Ärzte ihrer Verantwortung gerecht werden können, das Beste für das Wohl ihrer Patienten zu erreichen, müssen sie manchmal fürsorglich Überzeugungsarbeit leisten. Fateh-Moghadam et al. (2010) zeigen in mehreren Artikeln, daß man hier schon sehr früh – sicherheitshalber möchte man fast interpretieren – von **Paternalismus** sprechen sollte.

Das ist Paternalismus (in der Medizin)

Mitunter wird die Meinung vertreten (unter anderem von Feinberg [1986: 12] und Beauchamp [Mayr 2010: 48]; Häyry 1991: 76 f.), weicher Paternalismus („Fürsorge“) sei kein Paternalismus – meistens vermutlich aus der Motivation heraus, den Begriff zu vermeiden. Viele Argumente sprechen allerdings dafür, daß weicher Paternalismus die Kriterien für Paternalismus erfüllt (Fateh-Moghadam et al. 2010, insbesondere dort Mayr [48 f.]), und daß ‚Fürsorge‘ mit weichem Paternalismus gleichgesetzt werden kann. – Paternalismus also, der auf übliche Weise gerechtfertigt und begründet werden muß; anders Maio, der davon ausgeht, daß das zwar Paternalismus, der aber moralisch unproblematisch sei (Maio 2012: 157).

Wird in den üblichen Paternalismusdefinitionen statt ‚gegen den Willen‘ eher von ‚gegen oder noch ohne den ursprünglichen (anfänglichen) Willen‘ des Patienten ausgegangen, so besteht das Gros der Gespräche zwischen Arzt und Patient in Erklären und Überzeugen und die Medizin weitgehend aus (begründungsbedürftigem) Paternalismus.

Wegen der Funktion der und Rechtslage zur Indikation wird es in der Medizin allerdings noch eine Spur komplexer, was an einer Definition Dworkins deutlich wird (1988: 123): „There must be a usurpation of decision making, either by preventing people from doing what they have decided or by interfering with the way in which they arrive at their decisions.“

Das ‚Entweder‘ kann auf der einen Seite durch die Rechtslage verhindert werden, weil der Patientenwille – ausgedrückt durch die informierte Zustimmung – Zwang verhindert. Auf der anderen Seite lassen sich ‚Wünsche‘ des Patienten nur im Rahmen der möglichen Indizierbarkeit erfüllen. Das ‚Oder‘ hingegen spielt – ebenfalls wegen der ‚Regeln‘ der Indikation in Verbindung mit dem Arztethos – eine fundamentale Rolle hin zur vom Arzt empfohlenen medizinischen Maßnahme.

Hier liegt damit einer der Schlüssel zu einer klaren und überhaupt nur nützlichen Definition von Paternalismus (für die Medizin). Wenn man voraussetzt – und das gilt freilich nur für einwilligungsfähige Patienten außerhalb einiger Notfall- und psychiatrischer Fälle – daß gegen den Patienten von Rechts wegen nichts getan werden darf: Wie genau soll gegen seinen Willen gehandelt werden können? Gegen seinen ‚**ursprünglichen Willen**‘, bevor er mit dem Arzt gesprochen hat? Wie neutral soll der das Geschehen und die Maßnahmen darstellen (müssen)? Und wenn der Patient anderer Meinung ist, dann sollte man ihn überzeugen, das (für ihn natürlich) Richtige zu tun. Wann geht Überzeugen oder Überreden oder Manipulieren gegen den Willen eines

Menschen? Auch hier gibt es wieder die juristische Grenze, die aber bei der Beantwortung der Frage nicht wirklich weiterhilft.

Das ‚Wohl des Anderen‘. Sobald man das ‚Gegen-den-Willen‘ des Patienten etwas entschärft hat (gesichert durch den Patientenwillen), läßt sich der Blick auf dessen ‚Wohl‘ konzentrieren. Die Verantwortungsübernahme für des Anderen Wohl ist nicht nur Basis des Paternalismus, sondern definiert zudem ja fast den Beruf des Arztes und ist mindestens im Arztethos von Anfang an enthalten: Das (dann gemeinsame) Interesse am Wohlergehen des Patienten (4.2) liegt also allem ärztlichen Handeln zugrunde (Faden und Beauchamp 1986: 53 ff.); Paternalismus ist mitunter „eine Verpflichtung von Ärzten“ (Vossenkuhl 2010: 175).

Kritisiert wird allerdings nicht selten, daß bei ärztlichen Entscheidungen gar nicht wirklich das Wohl des Patienten, sondern ein irgendwie definiertes medizinisches Interesse im Vordergrund stehe (Behandeln der Krankheit statt des Patienten). – Das aber ist nicht die Definition von Paternalismus, weil es immer um Menschen (Patienten) geht. Insofern kann hier nur gefordert werden, Paternalismus in seiner ureigenen Definition ernstzunehmen, und sich auf die Suche nach dem wirklichen Wohl des Patienten zu machen (wenn das nicht offenkundig ist). Und da hilft natürlich im Zweifel fragen (reden).

Zum Tragen kommt dieser Hintergrund dann bereits im Zusammenhang mit der Indikation (4.4). Sowohl die Schulmedizin als Basis als auch die Auswahl möglicher (indizierbarer) Alternativen – im Rahmen der informierten Zustimmung – und letztlich auch die Art und Weise der Erklärung sind Paternalismus. Nicht nur das ‚Das‘ ist dabei relevant, sondern auch das ‚Wie‘.

Daraus ergibt sich ein erheblicher Handlungsbedarf auf Seiten der Ärzteschaft, die den Patienten endlich in den Mittelpunkt stellen, und ihrer Verantwortung – die nicht an den Patienten delegierbar ist – gerecht werden muß.

Wurzeln des medizinischen Paternalismus

Die historischen Wurzeln des medizinischen Paternalismus sind bereits diskutiert worden (2.2, 2.3 und allgemeiner 4.1), es können aber auch einige inhaltliche Gründe ausgemacht werden, die zum Phänomen des Paternalismus in der Medizin geführt haben. Neben der ‚mangelhaften **Mündigkeit**‘ der Patienten – ein auch für allgemeine Diskussionen über Paternalismus gegenüber Bürgern in einer Demokratie relevanter Punkt – dürften zwei weitere Punkte medizinrelevanter sein: Eher positiv zu sehen die Kenntnisse auf Ärzteseite – hier insbesondere die **Erfahrung** –, auf der anderen Seite aber die **Unkenntnis** des einzelnen Arztes.

Fehlende Mündigkeit (Autonomie, Kompetenz). Auch historisch dürfte es sich dabei um den wichtigsten Punkt der Rechtfertigung paternalistischen Verhaltens handeln. Die für eine bestimmte Entscheidung vermeintlich nicht ausreichende Mündigkeit des Patienten – wahlweise als Autonomie oder Kompetenz deklariert – führt zur Verantwortungs- und damit Entscheidungsübernahme durch den Experten (Arzt). Für die Medizin ist das historisch (aber damit auch

inhaltlich) etwas vereinfacht geschrieben erst im Verlaufe des 19. Jahrhunderts relevant geworden, als Ärzte (Chirurgen) ernsthaft heilen konnten.

Erfahrung als Wurzel. Ein Aspekt, der recht direkt zu Paternalismus führen dürfte, ist die ‚Erfahrung‘ (3.2 und 3.3). Mehr noch als die eher theoretische fachliche Kompetenz ist sie nur über Jahre erlernbar (Montgomery 2006) und kann in einem ärztlichen Gespräch natürlich nicht ‚auf die Schnelle‘ vermittelt werden. Patienten können daher diese wichtige Quelle (Säule) für eine medizinische Entscheidung nicht nutzen, und in diesem Sinne muß hier eine Verantwortungsübernahme durch den Arzt erfolgen. Große Erfahrung dürfte – aus guten Gründen – sehr schnell zu einem Überlegenheitsgefühl führen, das leicht in unkritische paternalistische Verhaltensweisen münden kann.

Auf der anderen Seite kann ‚Erfahrung‘ auch ‚auf Sand gebaut‘ sein (schlichtes Alter als Argument) und dient so leicht als ‚Totschlagargument‘, das daher in einem Gespräch selten wirklich hilfreich ist (und eher naives Vertrauen voraussetzt). Der Verweis auf die Erfahrung des Arztes erfolgt dann zur Verschleierung von Unkenntnis (eine ansonsten eigene Quelle für Paternalismus, s.u.).

Und auch hier zeigt sich die Bedeutung der Biomedizin für die (plausiblen) Erklärungen (dazu muß ein Arzt in der Lage sein), und als nicht nur inhaltliche, sondern auch sprachliche Basis für das Gespräch zwischen Arzt und Patient – die einzige Basis, auf der beide wenigstens einigermaßen aufbauen können (abgesehen von Studien [Evidenzbasierte Medizin], die aber ernsthaft verstanden [und erklärt] werden können müssen).

Unkenntnis als Wurzel. Führt (und führt) die Erfahrung aus noch nachvollziehbaren Gründen zu (mitunter bevormundend) paternalistisch motiviertem Umgang mit den Patienten, so dürfte Unkenntnis des einzelnen Arztes eine weitere Wurzel sein. Bevormundend (-paternalistisch) vorgenommene Entscheidungen bedürfen im Zweifel keiner Erklärung – denn genau die wird natürlich gescheut, wenn die eigenen Kenntnisse weder für die Fakten noch (folgerichtig) für die Erklärungen ausreichen. Oftmals wird der Verweis auf Vertrauen bemüht – ein ungerechtfertigter Versuch einer ‚Legalisierung‘ paternalistischer Handlungen.

Insofern sollte man als Patient den Arzt immer zwingen, sich wie ein guter (aufgeklärter) Paternalist zu verhalten – und eben plausible Erklärungen (Begründungen) einfordern. Genau hier liegt der Schlüssel für einen Übergang vom bevormundenden zu einem aufgeklärten (aufklärungsfähigen) Paternalismus: Letztlich bei der Kompetenz des Paternalisten – und beim Mut des Patienten, diese zu hinterfragen.

Formen und Mittel der Beeinflussung

Zunächst ist die Frage zu beantworten, warum überhaupt ‚Formen und Mittel der Beeinflussung‘ im Arzt-Patienten-Verhältnis vorkommen, wenn von einem autonom handelnden Patienten ausgegangen wird. Die Antwort ist letztlich zweigeteilt. Zum einen müssen Patienten zwar als autonom, aber eben nicht wirklich kompetent betrachtet werden, und zweitens folgt aus der

Indikation eine Verpflichtung des Arztes, den Patienten nicht beliebig wählen zu lassen, sondern das für ihn in seiner Situation Beste. Daß diese Art der ‚Beeinflussung‘ eine Form von weichem Paternalismus darstellt, ist dabei recht unstrittig (Fateh-Moghadam 2010: 21 ff.; Joost 2010: 139 ff.; Faden und Beauchamp 1986: 337 ff.). Dabei kommt ‚psychologische Manipulation‘ vor (ebd.: 365), oftmals unbewußt ‚eingesetzt‘ (so auch Joost 2010: 136 ff.). Im Grunde aber auch bewußt (paternalistisch) verwendet, um den Patienten zum ‚Richtigen‘ zu bewegen (Faden und Beauchamp dazu eher unkritisch [1986: 354 ff.]).

Dabei spielt es natürlich eine Rolle, ‚wie gut‘ die Indikation ist. Also beispielsweise wie objektivierbar, wie passend für den Patienten und wie hoch sein Risiko ist, wenn er dem Rat nicht folgt. Danach richtet sich ein verantwortlicher Umgang mit den Formen und Mitteln – ja – einer Beeinflussung durch den Arzt. Und daraus resultiert eine **Pflicht** zum **Paternalismus** (vgl. Vossenkuhl 2010: 175).

Natürlich sind hier ganz zentral gute Gründe und Argumente anzuführen – aufbauend auf der Kompetenz des Arztes, denn die Erklärungen sollten nicht nur plausibel, sondern auch weitgehend richtig sein. Ein solcherart auf Transparenz und Ehrlichkeit begründeter Paternalismus, der dem Patienten gewissermaßen auch klarmacht, daß gerade versucht wird, ihn zu überzeugen, wird weder zu verhindern sein ... noch wäre das wünschenswert (wenngleich es nach wie vor etwas von Mäeutik hat, die im Kern tief paternalistisch sein dürfte). Aber die meisten Patienten werden sich letztlich Klarheit vom Arzt wünschen (der er inhaltlich gerecht werden muß), die dann auch überzeugend vertreten werden sollte.

In der **Praxis** kommt es vielleicht tatsächlich insbesondere darauf an, wieviel **Zeit** ein Arzt **aufbringen** (investieren) möchte, den Patienten zu seinem eigenen Wohl zu überzeugen (wenn man als Arzt von einer Maßnahme überzeugt ist). Und im Zweifel ‚verwendet‘ der Arzt sogar eine Mischung der genannten Mittel der Beeinflussung. Die Alternative wäre das Nachgeben dem Patienten gegenüber, was zeitlich in den meisten Fällen die einfachere Variante ist; rechtlich ist es mitunter problematisch.

Erklären – Beraten – Überzeugen

Erklären, Beraten und Überzeugen klingt sehr harmlos, bleibt aber rechtfertigungs- und begründungsbedürftiger Paternalismus. Die Art und Weise des Erklärens oder Beratens enthält direkt paternalistische Züge, und Überzeugen richtet sich sogar direkt gegen den – mindestens anfänglichen – Willen des Patienten. Der Intention einer Indikation folgend, das für den Patienten Beste in seiner Situation ausgesucht zu haben, stellt sich dann aber oftmals die Frage, wie er ohne (direkten) Zwang dazu gebracht werden kann, nun diese in seinem Sinne gute Entscheidung zu ‚unterstützen‘ – indem er sie im Normalfall ebenfalls als die beste Möglichkeit betrachtet, ihr aber zumindest zustimmen muß. Denn natürlich kann die Entscheidung letztlich nicht – im **juristischen Sinne** – gegen den Willen des Patienten gefällt werden (auch wenn sie *de facto* vom Arzt entschieden worden ist). Die paternalistische Handlung ist damit kein direkter Zwang, aber doch ein Zwingen (durch Überzeugungskraft, Manipulation u.ä.).

Erklären. Eine der drei Grundlagen für die Rechtmäßigkeit eines medizinischen Heileingriffs ist die Zustimmung des Patienten – und zwar eine qualifizierte informierte Zustimmung (§ 630e BGB). Unter den Juristen scheint es einigermaßen klar zu sein, daß man die Anforderungen an die Aufklärung nicht beliebig genau in Gesetze gießen kann (Joost 2010: 156), es also zu einem nicht unerheblichen Teil auf die Verantwortung des Arztes ankommt. Insofern enthält aber bereits die Erfüllung des gesetzlichen Auftrags Paternalismus, weil Erklärungen niemals neutral abgegeben werden können (Joost 2010: 139 ff.) – und es im Falle einer ärztlichen Entscheidung („bevorzugte“ Indikation) ja auch gar nicht sollen!

Beraten. Eine verschärfte Variante der Erklärung ist eine Beratung, die insbesondere bei vorsorgenden Maßnahmen zum Tragen kommt; bezüglich der eigenen Person oder auch bezüglich Ungeborener. Ansonsten besteht hier schon länger eine Kultur der nicht-direktiven Gesprächsführung (insbesondere auch bei genetischen Beratungen). Allerdings liegt hier eine besondere Verantwortung der Ärzte vor, die Patienten mit Entscheidungen nicht alleine zu lassen (mit besonders bewerteten Beratungsfehlern [Binkhoff und Schneider 2013: 111 ff.]).

Überzeugen. Inwieweit eine Erklärung mit dem Ziel der Zustimmung zu einer Indikation überhaupt ohne Elemente des Überzeugens auskommen kann, bleibt wohl fraglich. Insofern liegt hier sicherlich der Schwerpunkt bei Gesprächen mit Patienten (sofern diese nicht blindlings zustimmen, was allerdings viel zu oft der Fall sein dürfte).

Für den Arzt, der mit der Stellung einer Indikation eine Entscheidung getroffen hat, stellt sich damit die Frage, wie (sehr) man den Patienten überzeugen sollte, sich dieser Meinung anzuschließen. Damit verbunden ist die Überlegung, wie sehr man als Arzt von seiner Meinung (Entscheidung) überzeugt ist bzw. sein kann (was läßt die Wissenschaft zu). Denn klar ist auch, daß es niemals eine hundertprozentige Sicherheit geben kann.

Es steht außer Frage, daß auch das Überzeugen paternalistisch ist, wenngleich auch da anderslautende Meinungen vertreten werden. Maio (2012: 147) argumentiert, es liege auf der Hand, „dass die Überredung von der Überzeugungen getrennt werden muss, denn Letztere impliziert die freiwillige Übernahmen fremder Ansichten“. Insbesondere die Freiwilligkeit kann hier bestritten werden (erneut auch mit Joost [2010: 139 ff.], aber auch Marckmann [2015: 122]).

Der Unterschied zum libertären Paternalismus besteht dabei vor allem in der Offenlegung der Ziele (vollständig) und Methoden (soweit möglich) beim Überzeugen selbst. Libertärer Paternalismus arbeitet nicht nur oftmals mit stillschweigend vorausgesetzten Zielen, sondern auch eher manipulativen und nicht offengelegten Methoden (wofür keine Notwendigkeit gesehen wird).

Überreden – Verschweigen – Manipulieren

Es läßt sich diskutieren, ob eine zweite Gruppe der Formen und Mittel der ‚Beeinflussung‘ überhaupt sinnvoll ist. Immerhin gibt es in alle Richtungen Überschneidungen: Überzeugen geht leicht in Überreden über. Beim Erklären werden immer (bewußt oder unbewußt) Dinge verschwiegen. Und unter eine Form von ‚Manipulation‘ fallen sowieso alle ‚Beeinflussungen‘ (Fischer

2017: 26 ff.). Kennzeichnend für diese zweite Gruppe ist aber vielleicht, daß die Autonomie des Patienten viel stärker unter Druck gerät, alsbald auch in einem rechtlichen Sinne.

Überreden. Dabei dürfte es sich letztlich um eine Steigerung von Überzeugen handeln; ein wenig ein Überzeugen, dem die Argumente ausgegangen sind: „Die Überredung scheint Platz zu greifen, wo das Argument fehlt oder sich nicht behaupten zu können glaubt.“ (Blumenberg 2007: 84) Insbesondere im medizinischen Bereich setzt Überreden aber schon eine eindeutige Sachlage voraus, weil sich Ärzte ansonsten – bei vorliegendem Patientenwillen – unnötig in eine rechtlich problematische Situation bringen.

Auf der anderen Seite spricht es für einen guten Arzt, diese Verantwortung zu übernehmen, wenn er von der Richtigkeit der Maßnahme überzeugt ist. – Und das Überreden dürfte nicht unbemerkt bleiben, daher halten sich die ‚Schäden‘ an der Autonomie des Patienten in Grenzen.

Verschweigen. Insgesamt ein schwieriger Punkt im medizinischen Kontext. Auf der einen Seite hat der Patient das Recht zu erfahren, was man als Arzt weiß. Auf der anderen Seite gibt es aber auch Informationen, die mit einer großen Unsicherheit versehen sind und zudem zu keiner Verhaltensänderung führen, so daß es auch Argumente für das Verschweigen gibt.

Oftmals sinnvoll erscheint es, bei ersten (vorläufigen) Ergebnissen dem Patienten noch nichts zu sagen, wenn die falsch positive Rate sehr hoch ist. Auf der anderen Seite könnten erste Hinweise aber auch schon auf ein möglicherweise desaströses Ergebnis hinweisen und den Patienten vorbereiten.

Oftmals problematisch werden Fragen des Weglassens allerdings schon bei den normalen Aufklärungen im Rahmen der ‚informierten Zustimmung‘. In den meisten Fällen muß doch auf sehr viel hingewiesen werden – dabei werden „Art, Umfang und Inhalt der Aufklärungspflichten [...] nahezu ausschließlich von der Judikatur festgelegt“ (Joost 2010: 127), was seinen Beitrag zur oft beklagten ‚Defizitmedizin‘ leistet. Allerdings können nicht sämtliche Eventualitäten aufgezählt werden, zeitlich nicht, aber auch medizinisch nicht (darüber sind sich auch die Juristen im Klaren).

Manipulieren. Jede Beeinflussung ist eine Form der ‚Manipulation‘ des Patienten (ausführlich und allgemein Fischer 2017), die sich zudem gar nicht verhindern läßt oder sogar gewünscht ist (schon ein weißer Kittel kommt einer nicht ganz ungewollten Manipulation gleich). Manipulation ist also sehr vielfältig und schließt auch (oftmals unbewußt) das Erzeugen von Angst ein (nicht ungewöhnlich in medizinischen Kontexten...). Das Unter-Druck-Setzen dürfte als Steigerung des Überredens angesehen werden und ebenfalls zu den manipulativen Maßnahmen gehören – sofern der Druck subtil erfolgt. Denn Manipulieren hat als Voraussetzung auch ein wenig, daß man nicht merkt (merken soll), daß man manipuliert wird...

Grenzen des medizinischen Paternalismus

Es steht außer Frage, daß medizinischer Paternalismus in vielfältiger Weise kritisch betrachtet werden muß, Grenzen unterliegt und natürlich immer gerechtfertigt und begründet werden muß.

Letztlich steht aber über all dem auch die Frage, was denn eine Alternative sein könnte. Mit der Patientenautonomie jedenfalls wird man nicht weiterkommen.

Eine Grenze zieht zunächst das **Gesetz**. Der Patientenwille ist (zu Recht) ein sehr hohes Gut, das geachtet, geschützt und bezüglich der Informiertheit der Zustimmung (oder Ablehnung) noch ausgebaut werden sollte. Möglich wäre ein Absprechen der Einwilligungsfähigkeit („abstrakte Autonomie“) des Patienten, was allerdings durch einen Richter erfolgen muß und letztlich den Boden des Paternalismus verläßt, weil es durch staatlich angeordneten Zwang ersetzt wird (Paternalismus setzt Freiheit voraus).

Auch ein ‚**schlechter Paternalismus**‘ (s.o.) unterläuft die Grenze des Anstandes (im Falle von Bevormundung, auch wenn das Ergebnis noch als ‚zum Wohle des Anderen‘ betrachtet werden könnte; klassischer medizinischer Paternalismus) oder sogar deren Grundbedingungen: Zu wenig Ahnung des einzelnen Arztes, oder wenn finanzielle oder anderen Interessen mit im Spiel sind, dann wird weder der Verantwortungsübernahme noch dem Wohl des Patienten gerecht. Spannend für eine ernsthaft kritische Betrachtung kann also nur der ‚**gute Paternalismus**‘ sein, der sich an der Autonomie des Patienten orientiert, der aber im Zuge der Indikation schon Ziele verfolgt, die primär das Wohl des Patienten im Sinne einer erfolgreichen Behandlung seiner Erkrankung im Blick haben.

Grundsätzliche Grenzen der Medizin. Der strukturell wichtigste Punkt betrifft die Grenzen der Objektivität der Medizin überhaupt. Eine Voraussetzung für Paternalismus ist, daß der Paternalist besser als der Paternalisierte weiß, wie zu entscheiden ist. Schwächelt die objektive Basis der Entscheidung, dann stellt das natürlich auch die Rechtfertigung für Paternalismus in Frage (schon bei der Indikation, 4.4). Das untergräbt einen ‚Perfektionismus‘, und damit relativieren sich auch die Hinweise auf eine nur begrenzte Rationalität beim einzelnen Patienten. Allerdings bleibt die Frage, wie sonst mit dem Problem umgegangen werden sollte. Wie bereits im Zusammenhang mit der ‚Idee der gemeinsamen Entscheidungsfindung‘ (4.3) ausgeführt, können Unsicherheiten innerhalb der Medizin nicht einfach an den Patienten delegiert werden. Vielmehr sind sie zu kommunizieren, und im Rahmen der möglichen (indizierbaren) Alternativen kann natürlich der Patient seine Vorlieben äußern. Hier mangelt es oftmals am Bewußtsein der Ärzte (dabei entstünde so Raum für Gespräche).

Grundsätzliche Grenzen des einzelnen Arztes. Zum Nichtwissen in der Medizin kommen natürlich noch die Grenzen des Möglichen beim einzelnen Arzt dazu. Selbst bei gutem Willen läßt sich nur selten der aktuell beste Evidenzgrad unter den möglichen Behandlungen für den einzelnen Patienten wissen. Auch das wäre zu kommunizieren und gäbe dem Patienten die Möglichkeit, selbst tätig zu werden (auch als Kontrolle oder mindestens Hinweisgeber, vgl. 4.4). Aber auch hier kann die Patientenautonomie letztlich nicht die Lösung sein, vielmehr müssen Verbesserungen der Aus- und vor allem Weiterbildung des einzelnen Arztes angestrebt werden.

Umsetzungsmängel beim Paternalismus. Abgesehen von den grundsätzlichen Grenzen (die nur bedingt beeinflußt werden können), finden sich einige Mängel bei der Umsetzung des Paternalismus, auf die aufmerksam gemacht, und die abgestellt werden könnten.

- Das **Wohl** des **Patienten** muß wirklich ernstgenommen werden, nicht die Erkrankung darf im Vordergrund stehen (keine Behandlung eines Tumors ohne Verbesserungen für den Patienten, keine Korrektur von Laborparametern ohne Nutzen [„Laborkosmetik“]).
- Mögliche (indizierbare) **Alternativen** werden nicht ausreichend aufgezeigt, was letztlich oftmals zu keiner *informierten* Zustimmung (oder Ablehnung) führt.
- Die Überlegungen und **Gedanken** des **Patienten** („individuelle Autonomie“) werden nicht genügend aufgenommen, obwohl das (im Lichte von Alternativen [„Induzierbarkeit“]) manchmal möglich wäre.

Letztlich sind das alles berechnete Einwände. Allerdings kann die Alternative zu einem Paternalismus, den man als unzulässige Einmischung in die Rechte und das Selbstbestimmungsrecht (Autonomie) eines Menschen (Patienten) ablehnt, nicht die Verantwortungsabgabe der Entscheidung an den Patienten sein. Patientenautonomie ist hier keine Lösung – die muß vielmehr von der Medizin selbst ausgehen. Letztlich geht es darum, den einzelnen Arzt an seine ureigenen Pflichten zu erinnern, an die Unsicherheiten innerhalb der Medizin und daran, daß die Notwendigkeit zum Paternalismus insbesondere darin besteht, sein geplantes Handeln ausführlich zu erklären und zu begründen. Die Anerkennung der Grenzen gehört dabei schon zur Plausibilität der Erklärung einer Maßnahme.

Aufgeklärter Paternalismus

Der Respekt vor der Autonomie eines Menschen ist ein herausragendes Kennzeichen einer liberalen Demokratie, und überall, wo es nur möglich ist, sollten Menschen so leben können, wie sie es möchten; ‚Fehlentscheidungen‘ eingeschlossen.

Auf der anderen Seite aber gibt es aber eine Verantwortung des Staates, der bei aller Liberalität die de-facto-Unmündigkeit vieler seiner Bürger nicht vergessen darf – sonst benötigten wir keinen Sozialstaat (Grenzen der ‚Eigenverantwortung‘). Das bei den Argumenten gegen (möglichst jedwede Form von) Paternalismus vorgebrachte Idealbild des autonomen, aufgeklärten, mündigen Bürgers (oder Patienten) entspricht eben nicht dem Normalbild (in diesem Sinne auch Hilpert 2010: 303 ff.), und so kann auch eine **liberale Demokratie** niemals ohne **Paternalismus** auskommen.

Noch weniger nachvollziehbar sind Ansätze innerhalb der **Medizin**, die in der Autonomie des Patienten den (manchmal einzig) entscheidenden Schwerpunkt sehen (siehe auch 4.3 und 4.4). Nicht nur, daß ein System nach einer bestimmten Expertise befragt wird, und dessen Ratschlag nicht beliebig nach Gutdünken verändert werden sollte. Es entstehen auch Verpflichtungen des gefragten Experten (Arztes), der auf Grundlage der Ratschläge eben nicht jeden (einfach so) ‚nach seiner Fassung unglücklich‘ werden lassen kann.

Zur faktischen Unmöglichkeit der Patienten, die vorgetragene Mißstände (Krankheiten) ernstlich beurteilen zu können, kommt damit die Verantwortung des Arztes für das Wohl des Patienten. Insofern führt auch bei der Annahme möglichst mündiger Bürger aus mindestens zwei Gründen kein (sinnvoller) Weg an Paternalismus in der Medizin vorbei.

- Ärzte sind juristisch, standesethisch und moralisch verpflichtet, nach der sorgfältigen Stellung einer Indikation dafür Sorge zu tragen, daß Patienten diesem Rat folgen – oder sehr genau wissen, was sie ablehnen („Fürsorgepflicht“). „Gegenvorschläge“ der Patienten müssen grundsätzlich indizierbar sein.
- Sobald auf den ursprünglichen Willen des Patienten eingewirkt wird, sollte von Paternalismus gesprochen werden.

Die informierte Zustimmung. Über die paternalistischen Umstände bei der Entstehung der Indikation hinaus (4.4), zeigen auch die Erläuterungen der Maßnahmen selbst („informierte“ Zustimmung) paternalistische Züge. Dabei kann die informierte Zustimmung (oder Ablehnung) als Kern der Umsetzung der (abstrakten) Patientenautonomie betrachtet werden. Allerdings findet sich der Patientenwille letztlich lediglich im Abwehrrecht – darüber hinaus ermöglicht die informierte Zustimmung nicht die Durchsetzung „eigener Wünsche“.

Außerdem muß die Informierung vor einer Zustimmung (oder Ablehnung) ernstgenommen werden (was in der Praxis selten der Fall ist), was nicht zuletzt die vernachlässigte (und rechtlich zu unklar geregelte) Einbeziehung von Alternativen einschließt.

Der aufgeklärte Paternalismus. Auf der Suche nach einer Lösung für obige Feststellungen – „Fürsorge ist unbedingt erforderlich“ und „das alles ist Paternalismus“ – kann letztlich nur eine Form von Paternalismus folgen, die der Autonomie der Patienten gerecht wird.

Dabei dürfen zunächst die Schattenseiten natürlich nicht vergessen werden: Ein Paternalismus, der Patienten „entrechtet“, indem er bevormundend und ohne Begründung Entscheidungen vorwegnimmt, paßt nicht in die heutige Zeit (hätte nie passen dürfen). Denn obgleich Patienten selbst bei gleichartigen Vorschlägen nur bedingt kompetent entscheiden können, und sie eigene Vorschläge nur im Rahmen der Induzierbarkeit durchsetzen können, so steht doch das Selbstbestimmungsrecht – wie abstrakt auch immer – im Hintergrund und erfordert einen entsprechenden Umgang damit.

Im Zentrum dürften dabei Begründungen stehen. Armin Nassehi bezeichnet die im 19. Jahrhundert zunehmend entstandenen „klassischen Professionellen“ (Ärzte, Juristen, Priester u.a.) (Nassehi 2010: 345) als „**Gute-Gründe-Lieferanten**“, die aufbauend auf der Vernunft damit auch Paternalismus rechtfertigen konnten (ebd.: 348). Vermutlich allerdings waren Ärzte auch schon vorher bemüht, „gute Gründe“ für ihre Behandlungen zu liefern (beispielsweise im Rahmen der Vier-Säfte-Lehre, 2.2). Und möglicherweise führte ein einmal etablierter Paternalismus (mindestens in der Medizin) dazu, daß Begründungen wieder an Bedeutung verloren.

In diesem Sinne wäre daher ein neuer, aufklärender und damit aufgeklärter Paternalismus zu fordern, der die Grenzen der Kompetenz anerkennt, aber die Autonomie des Patienten ernstnimmt. Damit ergeben sich zwei wichtige Elemente eines aufgeklärten Paternalismus.

- Eher auf Paternalismus aufbauend die **Fürsorgepflicht** des Arztes als juristische, berufsethische und moralphilosophische Basis des ärztlichen Handelns.
- Eher auf der Autonomie aufbauend die Erklärungs- und **Begründungspflicht** des Arztes, die auch als Einstieg in ein Gespräch mit Nachfragen zu sehen ist – quasi eine erweiterte und damit ‚informiertere‘ Zustimmung (oder eher eine, die ihren Namen verdient).

Die Fürsorgepflicht des Arztes

Berufsbedingt erwächst spätestens aus der Stellung einer Indikation eine Verantwortung des Arztes für das Wohl des Patienten. Und zwar zum einen ganz allgemein, weil er zu ‚seinem‘ Patienten geworden ist, zum anderen aber auch, weil er den Patienten ‚dazu bringen‘ möchte, seinem Ratschlag zu folgen. Es ist absurd anzunehmen, ein Arzt biete neutral einen nach bestem Wissen und Gewissen gefundenen ‚Ratschlag‘ an, und es sei ihm egal, ob der Patient diesen annimmt oder nicht. Oder es ist unmoralisch.

Folgt ihm der Patient blind (naiv) – was häufig, aber in einer liberalen Demokratie nicht wünschenswert ist –, so ergeben sich bezüglich der Fürsorge keine weiteren Verpflichtungen. Ist ein Patient allerdings nicht sofort überzeugt, oder lehnt er eine Maßnahme sogar ab, dann kann das ein Arzt (bis zu einer gewissen rechtlichen Grenze) akzeptieren. Aber einen guten Arzt sollte vielleicht vielmehr auszeichnen, den Patienten zu überzeugen, daß dessen Entscheidung – natürlich je nach Maßnahme und dessen objektivierbarem Nutzen – eine weniger gute (bis sehr schlechte) ist, die er noch einmal überdenken sollte.

Als Beispiel mag eine vermutete (oder im besten Fall sehr sichere) Blinddarmentzündung und die Notwendigkeit einer lebensrettenden Operation dienen, die vom mündigen Patienten abgelehnt wird (seltene echte Alternativen einer Antibiotikagabe einmal außenvorgelassen). Würde ausschließlich die Autonomie betrachtet, so wäre der Fall hier beendet (und der Patient im Zweifel tot). Natürlich müßte der Arzt einiges aufwenden, um den Patienten (paternalistisch) zu überzeugen.

Begründungspflichten des Arztes

Anders als die Fürsorgepflicht des Arztes, die ja auch regelmäßig als Grundlage für den ‚alten‘ Paternalismus angeführt wird, und die auch beim aufgeklärten Paternalismus der Einschränkung der Autonomie des Patienten dient, basieren die Begründungspflichten auf einer Unterstützung der Autonomie (dazu auch 4.4). Sie sind der Kern eines nach wie vor erforderlichen, aber eben modernen medizinischen Paternalismus.

Die gesetzlich verankerte ‚informierte‘ Zustimmung beinhaltet dabei bereits den Gedanken einer Begründung. Allerdings zum einen in einer so vagen Art und Weise, daß sie ihren Wert verliert, wenn sie nicht ernstgenommen werden möchte, zum anderen ist sie nur auf eine bereits

‚ausgesuchte‘ Maßnahme bezogen und nicht auf den gesamten Entscheidungsprozeß einschließlich der Erwägung möglicher (oder unmöglicher) Alternativen. Hier müssen Ärzte mehr in die Pflicht genommen werden.

Auf einer anderen Ebene kommt erschwerend hinzu, daß ein erklärender Paternalismus in gewisser Weise in der Grundidee des Paternalismus gar nicht vorgesehen ist. Zwar ist eine strukturelle Rechtfertigung erforderlich (mindestens mit ‚Fürsorge‘), aber keine inhaltliche (Rechtfertigung, Erklärung oder Begründung). Das aber reicht natürlich nicht, wenn man von mündigen Bürgern (trotz all der Grenzen) ausgehen möchte; nicht zuletzt auch in Anbetracht der Unsicherheiten und oftmals fehlenden Objektivierbarkeit in der Medizin.

Der aufgeklärte Paternalismus unterliegt also weniger einer Rechtfertigungs- als vielmehr einer **Begründungs-** oder **Erklärungspflicht**. Ohne Möglichkeiten des Zwangs ist ohnehin nur bedingt eine Rechtfertigung erforderlich, dafür aber um so mehr eine Begründung (für einen Vorschlag).

- Mit einer **Rechtfertigung** wird eher eine **Praxis** (grundsätzlich) gerechtfertigt (wie beim medizinischen oder ärztlichen Paternalismus als ‚Fürsorge‘ im allgemeinen). Genau das reicht aber nicht.
- Eine **Begründung** (die eine Erklärung einschließt) muß jedes Mal, in jedem Einzelfall erfolgen.

Letztlich ist die **Erklärung** das, was eine paternalistische und naiv vertrauende Beziehung zwischen Arzt und Patient zu einer **begründet vertrauenden** macht (denn auch die Rechenschaftspflicht kann Vertrauen nicht ersetzen [Manson und O’Neill 2007: 158]).

Alternativen. Wie unter 4.4 bereits ausgeführt, liegt (mit unterschiedlichen Zielsetzungen) der Schlüssel zu einer ‚Beteiligung‘ des Patienten im Offenlegen von (mehr oder weniger ‚indizierbaren‘) Alternativen. Dabei spielt es zunächst keine Rolle, ob Patienten selbst bei echten Alternativen wirklich beurteilen können, was für sie das Beste wäre; das Reicht auf die Möglichkeit einer Einordnung bleibt bestehen. Darüber hinaus müßte der einzelne Arzt die Alternativen natürlich kennen und erläutern können. Die Rechtslage dazu ist sehr vage – allerdings hindert niemand die Ärzteschaft daran, eigene Regeln aufzustellen und deren Umsetzung von ihren Mitgliedern einzufordern.

Aber eine wirklich ernstgemeinte informierte Zustimmung oder Ablehnung (als Minimalmaß einer Patientenbeteiligung) setzt voraus, daß umfänglich informiert worden ist. Inwieweit das überhaupt über die bereits gesetzlich verankerte informierte Zustimmung hinausgeht, dürfte sich auch im Einzelfall entscheiden (Urteil des Bundesgerichtshofs von 2005). Insgesamt wäre das aber eine Aufgabe der Ärzteschaft, das zu klären.

Begründungen und Erklärungen. ‚Erklärungspflichten‘ gehen sprachlich im Grunde noch über ‚Begründungspflichten‘ hinaus. Begründen kann man kurz und knapp (juristisch haltbar), und in gewisser Weise liegt eine Begründung bereits der informierten Zustimmung zugrunde. Eine Erklärung erfordert mehr, insbesondere wenn nächstbeste Alternativen noch mit in den Blick

genommen werden. Die Entscheidung für eine bestimmte Indikationsstellung erfordert dann natürlich wieder eine Begründung. Das begriffliche Problem an ‚Erklärungspflichten‘ ist die Möglichkeit des Fehlverstehens als ‚Sich-erklären-Müssen‘ (was dann wiederum weniger als eine Begründung wäre).

Erklärungen benötigen darüber hinaus **Aufrichtigkeit, Transparenz** und **Ehrlichkeit** als Voraussetzungen (vgl. Hartmann 2020: 200 ff.). Damit lassen sich zwar nicht alle Widrigkeiten beheben – auch, weil man als Patient mit den offengelegten Fakten zu wenig anfangen kann – aber es bleibt die Basis schlechthin für eine gelingende Arzt-Patienten-Beziehung (zur Notwendigkeit, aber auch zu den Grenzen der Transparenz in Richtung Vertrauen auch Manson und O’Neill [2007: 177 ff.]). Bereits die Unsicherheiten in der Medizin müssen zu einer aufrichtigen Offenlegung führen. Aus Gründen der Gerechtigkeit dem Patienten gegenüber – aber letztlich schon ‚vorausschauenderweise‘, weil Patienten im Zweifel anderslautende Meinungen (bis hin zu echten Alternativen) ohnehin im Internet finden und den Arzt damit konfrontieren. Schlußendlich darf Paternalismus niemals heißen, jemandem etwas vorzuenthalten. Damit spart man sich natürlich Erklärungen, aber genau um die muß es bei einem aufgeklärten Paternalismus gehen.

Moderner ärztlicher Paternalismus

Aus dem Umstand, daß Patienten (fachfremde Ärzte eingeschlossen) nicht wirklich selbst entscheiden können, was die richtige medizinische Maßnahme ist, folgt eine **Fürsorgepflicht** und damit das Erfordernis von Paternalismus. Mit der **Begründungspflicht** innerhalb dieses Paternalismus läßt sich aber ein moderner – eben aufgeklärter – Paternalismus rechtfertigen, der dem Selbstbestimmungsrecht den möglichen Raum gibt. Ziel der Erklärungen ist dabei nicht, daß der Patient wirklich beurteilen kann, welcher Maßnahme oder Alternative er zustimmen sollte, das wird selten gelingen. Aber erstens müssen ihm bei echten Wahlmöglichkeiten diese natürlich auch vorgelegt werden, außerdem müssen Nachfragen möglich sein, im Zweifel Zweitmeinungen. Patienten haben alles Recht, so informiert zu werden, daß sie die theoretisch vorhandenen Möglichkeiten zumindest überblicken können.

Die Lösung kann nur ein fürsorgender Paternalismus sein, der nicht bevormundend, sondern erklärend seine Vorschläge unterbreitet und erläutert und damit den Patienten überzeugt, der nach besten Wissen und Gewissen erstellten und empfohlenen Maßnahme zuzustimmen. Denn letztlich muß man als Patient die Entscheidung (Empfehlung) des Arztes glauben – seine Erklärung aber muß mich überzeugen. Die Begründung (Erklärung) – und nicht lediglich die Informierung – ist auch der Schlüssel zu einem Gespräch, dem natürlich die Kompetenz des Arztes zugrunde liegen muß.

Der moderne ärztliche Paternalismus (als Fürsorge) basiert daher auf Begründungen, Beratungen, Überzeugen und insbesondere plausiblen Erklärungen. Dieser ‚aufgeklärte, aufklärende oder erklärende Paternalismus (fachlich, sachlich) setzt Selbstreflexion und Kritikfähigkeit auf Seiten des Arztes voraus (weil die Begründungen oft unsicher sind und wegen der medizinischen

Realität sein müssen). Der aufgeklärte Paternalismus ist damit ein transparenter, erklärender, überzeugender und damit fürsorgender Paternalismus.

4.6 Fazit: Aufgaben und Grenzen des ärztlichen Gesprächs

Als Ergebnis der dargelegten moralphilosophischen, inhaltlichen und rechtlichen Hintergründe ergibt sich für das ärztliche Gespräch der im Titel der Arbeit postulierte (und geforderte) Paternalismus zwischen der Indikation und dem Patientenwillen. Ein *aufgeklärter Paternalismus*, der sich aus einer ‚wohlverstandenen informierten Zustimmung‘ als Umsetzung der Autonomie des Patienten ergibt.

Grundlage ist dabei stets die Forderung, nicht von einer ‚perfekten Medizin‘ mit einem ‚perfekten Arzt‘ auszugehen, und damit nicht nur auf Patientenseite, sondern auch auf Arztseite von Unzulänglichkeiten auszugehen. Hier stellen sich Fragen zu Grenzen der Medizin überhaupt, die man (an-) erkennen und kommunizieren muß, und zur Kompetenz des (einzelnen) Paternalisten (mit der Basis von Haltung und Verantwortung, siehe am Ende). Werden diese Tatsachen als Beschränkungen nicht ernstgenommen, dann entstehen leicht unrealistische Forderungen.

Ein sinnvoller Startpunkt sollte damit die Betrachtung des Patienten im Zentrum – und überhaupt als ursächlicher Grund für das ‚System Medizin‘ – sein. Ein ‚Aber‘ durch die Grenzen der Patientenautonomie zielt dann auf das Entstehen einer medizinischen Entscheidung, und wie sie trotz all der Einschränkungen möglich ist.

Patient im Zentrum. Ein Kontakt zwischen Patient und (einem bestimmten) Arzt ergibt sich zwar genötigt durch eine Erkrankung, darüber hinaus aber meist freiwillig (vgl. Raspe 2015: 94 ff.). Es folgen Untersuchungen und erste Gespräche, bis der Arzt zu einer **Indikation** kommt (‚Arztwille‘), in der für den vorliegenden Fall (Patienten) die nach Ansicht des Experten (Arztes) beste Lösung vorgeschlagen wird. Neben einem selbstverständlich respektvollen Umgang miteinander (‚Anstandsrespekt‘) gebührt es auch dem Respekt vor dem Eingriff in die Sphäre des Patienten, ihn mit ausreichend Informationen zu versorgen, damit er sich ein Bild von seiner Situation machen kann (‚Inhaltsrespekt‘).

Natürlich steht am Ende – und das nur sekundär aus rechtlichen Gründen – eine ‚informierte‘ Zustimmung (oder Ablehnung) des Patienten (‚Patientenwille‘), die hier als ‚wohlverstanden‘ bezeichnet werden soll, weil sie eben über das Aufzählen von Vor- und Nachteilen der einen Maßnahme hinausgehen muß, um ihrer Funktion wirklich gerecht werden zu können.

Ausgangspunkt müßte ein Bemühen um ein ‚gemeinsames Verstehen‘ (Faden und Beauchamp 1986: 279) sein (dazu auch Grice [Prechtel 1999: 190 ff.]; vgl. Bechmann 2014: 106 ff.), und damit eine Pflicht zu transparenten und plausiblen Erklärungen.

Das Entstehen der medizinischen Entscheidung. Das Stellen einer Indikation durch den Arzt kann nur unter Berücksichtigung einiger Parameter des Patienten erfolgen (die man allerdings nicht als ‚Werte‘ bezeichnen sollte, vgl. 4.4). Bereits die Indikation beinhaltet Annahmen, die als systempaternalistisch bezeichnet worden sind (die ‚Schulmedizin‘ als Grundlage zum Beispiel).

Die Aufgabe des Arztes besteht nun zum einen darin, seine Entscheidung in mögliche (oder auch ausgeschlossene) Alternativen einzuordnen (für den Patienten und für sich), zum anderen, den Patienten zu überzeugen, den für ihn am richtigsten erscheinenden Weg auch einzuschlagen (die Zustimmung zu geben).

All das sollte als Basis für ein Gespräch dienen, das damit der Fürsorgepflicht des Arztes folgt (wenn der Patient Zweifel hat) und Begründungen und Erklärungen liefern sowie auf Nachfragen reagieren muß („aufgeklärter Paternalismus“). Am Ende steht eine (dann wohlverstandene) informierte Zustimmung (oder Ablehnung), die den Patientenwillen ausdrückt.

Der Patient im Zentrum. Aber

Der Patient steht nicht nur ‚berufsdefinierend‘ im Zentrum (4.2), sondern dann auch aufgrund der ethischen Verantwortung (4.1 und hier am Ende) und rechtlichen Verpflichtungen (4.2, auch 2.2). Aufgabe des Arztes ist es, diesem individuellen Patienten die nach seiner Ansicht – unter Berücksichtigung relevanter ‚Patientenparameter‘ (4.4) – ‚hilfreichste‘ Behandlung vorzuschlagen. Allerdings ergeben sich einige kritische Aspekte.

- ‚Bemerkenswert‘ (eher problematisch) sind dabei Studien, die zeigen, daß sich die Empfehlungen der Ärzte für ihre Patienten oftmals durchaus nicht decken mit dem, was sie an sich selbst vornehmen lassen würden. Die Frage, ‚Was würden Sie denn **an meiner Stelle** tun?‘, bekommt damit eine sehr ernsthafte Bedeutung. Ein erstes ‚Aber‘.
- Ein zweites ‚Aber‘ ergibt sich aus dem oftmals **fehlenden Respekt** dem Patienten gegenüber. Auch wenn es grundsätzlich nicht möglich ist, fachlich ‚auf Augenhöhe‘ ein Gespräch mit einem Patienten (oft nicht einmal mit einem fachfremden Kollegen) zu führen – es ist sehr wohl möglich, ein solches menschlich auf Augenhöhe zu führen. Und daran hapert es in der Praxis oftmals (auch wegen einer hintergründig paternalistischen Grundhaltung).
- Ein drittes ‚Aber‘ betrifft die andere Seite und weist auf die **Grenzen der Patientenautonomie** hin. Es ist sehr wohl möglich, eine Behandlung abzulehnen. Aber es ist nicht möglich, eine Behandlung zu fordern, für die keine Indikation gestellt werden kann.

Die **Einflußmöglichkeiten** des **Patienten** bestehen daher am Beginn einer Arzt-Patienten-Beziehung (durch Auswahl des Arztes) und umfassen die Zustimmung oder Ablehnung einer vorgeschlagenen Maßnahme (als Indikation). Alles Punkte, die Patienten in der Hand haben. Der dritte Bereich der Einflußnahme ist das Gespräch dazwischen, in dem die Zustimmung oder Ablehnung ‚vorbereitet‘ wird, indem eine ‚Informierung‘ des Patienten erfolgt. Hier (spätestens) beginnen die Schwierigkeiten.

Im Alltag können dabei grob drei ‚**Patientenreaktionen**‘ unterschieden werden. Meistens – leider (weil viele Patienten doch zu unkritisch sind) – dürften Patienten mit einer vorgeschlagenen Maßnahme direkt **einverstanden** sein. Ein rudimentärer gesetzlich vorgeschriebener Informierungsteil muß dennoch folgen (zum eher fehlenden Recht auf Aufklärungsverzicht Duttge

2013: 143). Der **skeptische** Patient hat offenbar Klärungsbedarf, der im Rahmen einer ernsthaft informierten Zustimmung besprochen werden kann. Bleibt der Patient **ablehnend**, dann hängt es von den weiteren Umständen ab, wie ein Arzt verfahren wird: Insbesondere Konsequenzen für den Patienten, aber auch die Sicherheit der Richtigkeit der empfohlenen Maßnahme spielen hier eine Rolle.

Wohlverstandene ‚informierte‘ Zustimmung

Möchte man keine neue Konstruktion bemühen, so bietet sich die ‚informierte Zustimmung‘ als Ort an, dessen genaue Aufgabe und Reichweite diskutiert werden könnten. Im allgemeinen wird sie als der Ort der Umsetzung der Autonomie des Patienten betrachtet (Beauchamp und Childress 2009: 118; kritisch O’Neill 2002: 37 f.). In **fünf Schritten** soll eine historische und inhaltliche Entwicklung der ‚informierten Zustimmung‘ bis hin zu einem ärztlichen Gespräch versucht werden, das seiner wirklichen Aufgabe gerecht werden kann.

Historisch und Praxis heute: Empfehlung nur einer Maßnahme (1). Aus dem ‚Hamburger Fall‘ (2.2) und nachfolgenden Spezifizierungen ergab sich fast automatisch eine Konzentrierung auf die eine vom Arzt vorgeschlagene (empfohlene) Maßnahme. Lange Zeit stand vermutlich auch nur eine zur Verfügung: Die Stellung einer Indikation war eindeutig.

Und trotz der heutzutage erweiterten Möglichkeiten (‚schulmedizinische Alternativen‘) bleibt es meistens bei der Empfehlung und Besprechung einer Maßnahme (bei zudem sehr vager Gesetzeslage [§630 BGB]). Das aber wird einer ‚informierten‘ Zustimmung nicht mehr gerecht. Patienten muß die Einordnung in die heute gängigen Alternativen ermöglicht werden, sonst kann man nicht von echten Wahlmöglichkeiten sprechen – und eine Wahl ist mindestens das Nichtstun. Und wenn „Umfragen gezeigt haben, dass Ärzte unter Aufklärung häufig nur die Informationsvermittlung verstehen, aber die Einwilligung des Patienten nach einem solchen Gespräch einfach voraussetzen“ (Jütte 2018; in diesem Sinne auch Faden und Beauchamp 1986: 278 f.), dann wird schon von vornherein nicht von einer selbstbestimmten Entscheidung ausgegangen. Dem Selbstbestimmungsrecht (einer abstrakten Autonomie) kann das natürlich nicht gerecht werden (und die informierte Zustimmung verkommt zu einer Last oder einem Ritual [O’Neill 2002: 27]).

Allerdings haben die Punkte auf der anderen Seite nichts mit der vielzitierten (individuellen) ‚Patientenautonomie‘ zu tun. Die Pluralität auf Patientenseite kann nur zum Tragen kommen, wenn mögliche (indizierbare) Alternativen vorliegen, zwischen denen dann möglicherweise gewählt werden kann – auch das nur mit eingeschränkter Entscheidungskompetenz. Aber wenn sie vom Arzt vertretbar ist, so ist es doch die eigene Wahl des Patienten (mehr aber auch nicht – und entsprechend ist dies zu besprechen).

Zur Beurteilbarkeit. Die größten Mißverständnisse liegen vielleicht bei der Frage der Beurteilbarkeit. Der ursprüngliche Sinn (2) der informierten Zustimmung bestand zumindest in der Vorstellung einer so weitgehenden Beurteilbarkeit durch den Patienten, daß eine vorgeschlagene

Maßnahme zumindest abgelehnt werden kann. In der abstrakten Bedeutung von Autonomie kann daher durchaus von „... the duty to enable others to make autonomous choices“ (Faden und Beauchamp 1986: 7) gesprochen werden.

Dabei stellt sich die Frage, ob hier inhaltlich eine echte Urteilsfähigkeit vorliegt, die den Ansprüchen einer medizinischen Entscheidung gerecht wird. Natürlich muß man das verneinen (eben auch für fachfremde Ärzte) **(3)**. Allerdings dürfen daraus nicht falsche Schlüsse gezogen werden (durch Ärzte vor allem, aber auch durch Patienten): Fehlende Urteilsfähigkeit durch den Patienten kann nicht dazu führen, daß lediglich zugestimmt werden soll, was schon ‚beschlossen‘ wurde. Das wird dem Selbstbestimmungsrecht natürlich nicht gerecht. Denn das Ziel einer gewissen Beurteilbarkeit **(4)** bleibt bestehen. Eine echte ‚informierte‘ Zustimmung ist beispielsweise nur möglich, wenn Alternativen aufgezeigt werden.

Die informierte Zustimmung dient damit nicht der schlichten ‚Absegnung‘ einer ohnehin feststehenden Entscheidung, aber auch nicht dem Versetzen des Patienten in eine Situation, in der er echt mitentscheiden kann. Sie erfüllt vielmehr die Funktion einer Informierung eines mündigen Bürgers über einen geplanten Eingriff in seinen Körper. Nicht mehr – aber auch nicht weniger.

Das Gespräch (5). Befreit zum einen von der Aufgabe, Patienten zu echter Entscheidungskompetenz zu führen, zum anderen aber auch einzusehen, daß eine ‚blinde Zustimmung‘ nicht im Sinne ‚des Erfinders‘ sein kann, stellt sich die Frage nach der ‚neuen‘ und vielleicht eigentlichen Funktion des ärztlichen Gesprächs. Da es (zumindest theoretisch) direkt aus der informierten Zustimmung abgeleitet werden kann, ergibt sich hier eine gute Ausgangsbasis.

Einer der **Kerngedanken** ist es, das ärztliche Gespräch von seiner ‚Mittel-zum-Zweck-Überlegung‘ der informierten Zustimmung abzukoppeln (vgl. Jütte 2018). Das **ärztliche Gespräch** ist **Zweck an sich** selbst. Es geht eben nicht darum, den Patienten in eine Scheinlage des vermeintlichen Entscheiden-Könnens zu versetzen. Es kann auch nicht darum gehen, dem Patienten zu suggerieren (‚vorzugaukeln‘), er habe eine Mitentscheidung getroffen (‚partizipatorische Entscheidungsfindung‘). Und erst recht sollte es nicht die Motivation des Gesprächs sein, den Patienten an das Ausgemachte zu binden (‚Compliance‘; ein ansonsten durchaus sinnvolles Ziel).

Die **Verpflichtung (Aufgabe)** des **Arztes** besteht also *nicht* darin, den Patienten zu *informieren*, was er (für ihn) entschieden hat, sondern zu *erklären* und zu *begründen*, weshalb er diese Entscheidung getroffen hat (die er für den Patienten als die sinnvollste erachtet). Informationen sind nur bedingt plausibel, aber Erklärungen und Begründungen können es sein. Und erst dann sollte ein Patient auch zustimmen.

Und natürlich setzt das eine Haltungsänderung auf Seiten der Ärzte voraus. Informierungen sind im Grunde keiner Kritik zugänglich (und auch Indikationen nur sehr bedingt [Wiesing 2017: 58]). Erklärungen und Begründungen können (sollten) hinterfragt werden. Nebenbei kann das auch dem Arzt als eigene Reflexion dienen.

Steht bei der ‚informierten Zustimmung‘ also eher der rechtliche Aspekt aus ‚Respekt vor der Autonomie‘ des Patienten im Vordergrund (vielleicht sogar eher der Respekt vor der Rechtslage), so geht es beim (neuen) ärztlichen Gespräch eher um einen ‚inhaltlichen‘ Respekt. Im

Vordergrund steht der Respekt vor dem Patienten, dem das **moralische Recht** zusteht, bei **Eingriffen** in seinen **Körper** (inklusive Seele...) im gewünschten Maße informiert zu werden. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist es unumgänglich, daß nicht nur die eine vom Arzt ausgewählte Maßnahme vorgeschlagen wird, sondern daß auf **Alternativen** hingewiesen wird. Mindestens auf alle vertretbaren (und damit indizierbaren), im Zweifel aber auch solche, die nicht in Frage kommen, falls nur das eine Einordnung der ‚alternativlos‘ erscheinenden Maßnahme ermöglicht. Ohne die Vorstellung von Alternativen kann keine informierte Aufklärung vorliegen. Und auch hier ist die wirkliche Beurteilbarkeit durch den Patienten zweitrangig. Insgesamt geht es also ‚lediglich‘ um das ehrliche und respektvolle Informieren des Patienten (einschließlich Erklärungen und Begründungen), um die Beantwortung aller offenen Fragen, um das Beseitigen bestehender Ängste und letztlich auch darum, daß er nicht nur ‚einverstanden‘ im rechtlichen Sinne ist (‚seine Unterschrift‘ dazu gibt – rechtlich ohnehin nicht ausreichend), sondern ernsthaft davon überzeugt ist, der (vermeintlich besten) Entscheidung des Arztes folgen zu wollen (und damit selbst das Richtige zu tun).

Grenzen der Patientenautonomie

Überlegungen zur Patientenautonomie sind grundsätzlich nicht sinnvoll, ohne das Verhältnis zur Indikation zu berücksichtigen. Hier treffen im Grunde Patientenwille auf ‚Arztwille‘, und *beides* sind Grenzen, die nicht überschritten werden können. Die inhaltlichen, rechtlichen und ethischen Dimensionen der Indikation müssen daher ebenfalls geklärt werden (siehe 4.4).

Grundlage für die Berücksichtigung der Autonomie des Patienten ist dabei der angenommene mündige Bürger – und nur um den soll es in dieser Arbeit gehen. Dabei sind mindestens zwei Einschränkungen zu berücksichtigen (neben der grundsätzlich besonderen Situation als Kranker [dazu auch Duttge 2013: 138; Riha 2008: 116; O’Neill 2002: 44]).

Zum einen ist die Lebensrealität oftmals eine andere, und viele der für mündig erklärten Bürger bringen nicht die **intellektuellen Voraussetzungen** mit (‚Bildungsferne‘), die erforderlich wären, um auch nur ansatzweise so etwas wie ‚Augenhöhe‘ zu erzielen. Daß dies dennoch mit Vehemenz und mit Hinweis auf dann notwendige ‚einfache Sprache‘ eingefordert wird, zeigt große Unkenntnis über die Natur und Komplexität der ärztlichen Entscheidung (vgl. 3, insbesondere 3.3), die auf Basis einer komplexen Biologie erfolgen muß. Zudem führen psychologische Eigenschaften offenbar dazu, daß man – insbesondere auch durch gut verständliche Texte – leicht zur Selbstüberschätzung neigt (Herrmann 2017). Dieses Phänomen der Wissens-Illusion gilt natürlich für beide Seiten, die ärztliche und die der Patienten.

Dazu kommt zweitens, daß die oftmals als Grund für abweichende Meinungen des Patienten angeführten Hintergründe des Patienten (‚**Lebensumstände**‘) keine entscheidende Rolle spielen können, wenn die Maßnahme nicht indizierbar ist.

Letztlich ergeben sich insbesondere vier – jeweils schon angesprochene – Themenfelder, bei denen die Patientenautonomie als Begründung für Forderungen angegeben wird.

- Gegenseitiger **Respekt** dürfte eigentlich nicht der Rede wert sein – wird allerdings von allen Vertretern einer ‚gemeinsame Entscheidungsfindung‘ als relevanter Punkt genannt (Légaré et al. 2013).
- Eine abstrakt verstandene **Autonomie** ist in den relevanten Bereichen – zumindest theoretisch – verwirklicht. Durch die Zustimmungspflichtigkeit des Patienten (‚Patientenwille‘), die zudem qualifiziert ‚informiert‘ sein soll, besteht mindestens ein Abwehrrecht.
- Spannend wird es im Bereich zwischen der Indikation und dem Patientenwillen. Denn wenn zu einer ‚Informierung‘ auch die **Alternativen** gehören (so der Bundesgerichtshof 2005), dann erweitern sich die Zustimmungs- oder Ablehnungsmöglichkeiten des Patienten (theoretisch). Allerdings liegen hier auch klare Grenzen. Zum einen bleibt es bei der fehlenden Beurteilbarkeit (siehe oben), zum anderen ergibt sich bei fehlender Indizierbarkeit auch keine Möglichkeit, den ‚Wünschen‘ (dem Patientenwillen über die Letztentscheidung hinaus) nachzugeben. Die Kontrollfunktion bleibt allerdings bestehen (siehe 4.4); Fragen der Patienten bleiben wichtig (ebd.).
- Selbst wenn eingesehen wird, daß ein Patient keine wirklich kompetente Entscheidung treffen kann (mindestens, weil er es nicht *beurteilen* kann), so bleibt doch mitunter die Forderung, sie solle ‚möglichst‘ kompetent und damit autonom getroffen werden, damit es ‚eher‘ *seine* und damit eine **authentische Entscheidung** ist. Das ist natürlich grundsätzlich wünschenswert. Allerdings bleibt die Frage, ob er nur *glaubt*, es sei seine Entscheidung, nicht zuletzt, weil das Drumherum einer solchen Entscheidung (viel Wissen erforderlich, Urteilsfähigkeit, Erfahrung, besondere Krankheitssituation) tatsächlich niemals eine ‚sehr autonome‘ Entscheidung ermöglicht. Der ‚Ruf‘ nach einer authentischen Entscheidung des Patienten kann in der Medizin nur sehr bedingt als Hintergrund dienen (und kollidiert im Zweifel mit der Indikation, also s.o.).

Ärztliche Gespräche mit Kindern

In einem Urteil des Bundesgerichtshofs von 1958 (‚Operation. Einwilligung eines Minderjährigen‘) wird festgestellt, daß die Einwilligung eines Minderjährigen wirksam ist, „wenn er die für diesen Eingriff erforderliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit besaß“ (Reipschläger 2004: 57; historisch dazu auch Jürgensen et al. 2013: 177 ff.). Der Gesetzgeber sieht damit in Gesundheitsfragen keine klaren Altersgrenzen vor – wenngleich die richterliche Realität oftmals eine andere Sprache spricht, und die Zustimmung der Eltern eher eingefordert wird (Reipschläger [2004: 73]: „Fazit: Rechtsunsicherheit“).

Theoretisch wird dabei allerdings der wachsenden Kompetenz bei Kindern und Jugendlichen Rechnung getragen, was „mit dem Begriff der Einwilligungskompetenz beschrieben werden“ kann (ebd.: 56). Vielleicht kann davon ausgegangen werden, daß etwa ab zwölf Jahren die Kompetenzfrage deutlicher auf der Intelligenz als auf dem Alter des Patienten beruht (von jugendspezifischen Besonderheiten einmal abgesehen).

Insofern sind ärztliche Gespräche mit Kindern nicht sehr viel anders zu bewerten als Gespräche mit – in den meisten Fällen eben auch mehr oder weniger fachlich unmündigen – erwachsenen Patienten. Und natürlich haben auch Kinder – egal welchen Alters – ein Recht und einen moralischen Anspruch darauf, daß ihnen erklärt wird, was mit ihnen geschehen soll. Da im ‚paternalistisch-deliberativen Teil‘ des ärztlichen Gesprächs die rechtliche Seite nur eine untergeordnete Rolle spielt, macht es ohnehin keinen Unterschied, ob die Betroffenen rechtlich zustimmen müssen oder nicht, wodurch sich die Grenze zwischen Jugendlichen – aber auch Kindern – und Erwachsenen weiter relativiert.

Das Entstehen der medizinischen Entscheidung

Wenngleich ein wenig abhängig von der Definition, so läßt sich die ‚medizinische Entscheidung‘ zunächst in eine medizinisch-inhaltliche und eine juristische Entscheidung differenzieren. Ob es ein ‚Dazwischen‘ in Form einer ethischen Ebene gibt, hängt vor allem davon ab, wie weit die ‚informierte Zustimmung‘ (juristisch) als etwas angesehen wird, das über eine simple Informierung bezüglich eines geplanten Eingriffs hinausgeht.

Die inhaltlich-medizinische Ebene wird de facto einsam der Arzt entscheiden, die juristische (mehr oder weniger) einsam (letztlich) der Patient. ‚Gemeinsam‘ ist dann höchstens die Abmachung, daß man das so durchführen möchte – man könnte das zusammen als ‚medizinische Entscheidung‘ bezeichnen. Zwischen beiden steht das Gespräch (s.u.).

- Die inhaltliche (aber gleichfalls rechtliche) Seite bestimmt der ‚Arztwille‘: die ärztlicherseits gestellte **Indikation**. Sie verschafft dem Arzt als Experten eine rechtlich, moralisch und inhaltlich sanktionierte Entscheidungshoheit, die in eine Empfehlung für den Patienten mündet, der hier zunächst eher eine ‚Zuschauerrolle einnimmt‘. Alternativen müssen allerdings aufgezeigt werden. Sollten diese vom Arzt verantwortet werden können (indizierbar sein), so kann eine revidierte Indikation vorgenommen werden. – Schon jetzt müßte sich längst ein Gespräch ergeben haben...
- Auf der rechtlichen Seite des Patienten findet sich der **Patientenwille** in Form der Letztentscheidung über die Zustimmung zu oder die Ablehnung einer Maßnahme. Eine darüberhinausgehende Mitbestimmung ist nur im Rahmen der Indizierbarkeit von Alternativen möglich – es kann keine Entscheidung des Patienten ohne Indikation (also den ‚Arztwillen‘) geben.

Zwischen diese beiden (letztlich insbesondere juristischen) Entscheidungsebenen fällt das ärztliche Gespräch, in dem (basierend auf möglichen Alternativen) dem Patienten die in den Augen des Arztes sinnvollste (‚richtige‘) Maßnahme als seine Empfehlung ausgesprochen wird. Was folgt, zeigt sich im Titel der Arbeit: Paternalismus zwischen der Indikation und dem Patientenwillen. Aus der schlichten Informierungsebene im Rahmen der (wie weit auch immer) gesetzlich verankerten informierten Zustimmung sollte eine Begründungs- und Erklärungsebene werden,

in der ausführlich erläutert wird, was geplant ist (siehe 4.4). Eine solche Trennung beugt nicht zuletzt Mißverständnissen bezüglich der Funktion des Gesprächs vor – auf beiden Seiten.

- Auf **Ärzteseite** ist tatsächlich klar, daß eine echte Mitentscheidung von Patienten inhaltlich nicht möglich ist, was das ‚Gespräch‘ meist zu einer Farce werden läßt, weil das (letztlich auch vom Gesetzgeber) intendierte Ziel nicht erreicht werden kann. Damit dürfte sich die oft praktizierte, aber rechtlich sehr problematische Aufklärungskultur (Unterschrift plus Datum) im deutschen Medizinsystem erklären lassen. Aber selbst bei fehlenden ernsthaften Alternativen erfüllt die Aufklärung eben nicht nur die Funktion der Herbeiführung einer Entscheidung, sondern der Informierung eines Menschen, in dessen körperliche Integrität eingegriffen werden soll.
- Auf **Patientenseite**, weil sich auch bei ihnen in vielen Fällen der Gedanke einschleichen wird, man könne (oder wolle) das sowieso nicht wirklich entscheiden („Last der Entscheidung“). Dabei besteht die Funktion des Gesprächs primär in der Erreichung eines besseren Verständnisses für das, was vor sich geht (der physiologische und pathophysiologische Teil), und wie darauf reagiert werden sollte (Therapie).

Die Grundlagen und Hintergründe, die zu einer medizinischen Entscheidung im Sinne einer Indikation führen, sind in Kapitel 3 ausführlich zur Sprache gekommen. Dabei dürfte sie in vielen Fällen primär auf (**evidenzbasierten**) **Studien** beruhen. Auf die Frage des Patienten, was zu tun sei, wird der Arzt selten eine molekulare Erklärung abgeben, sondern sich auf Studien berufen (die er kennen sollte).

Darüber hinaus besteht bei den meisten Patienten aber ein grundsätzliches Interesse an der Beantwortung der Frage, was mit ihrem Körper nicht stimmt (und dann natürlich auch, was *deshalb* zu tun ist). Hier spätestens fängt die ‚**naturwissenschaftliche Seite**‘ des ärztlichen Gesprächs an (vgl. 4.2), denn Patienten werden selten fragen, ob die Studien zuverlässig seien, sondern sie werden Erklärungen für die Hintergründe erwarten, die fast nur ‚molekular‘ gegeben werden können: Wie funktioniert der menschliche Körper normalerweise – und was ist in diesem Fall – bei ihnen – nicht mehr in Ordnung. Insofern sind die ‚Naturwissenschaften‘ (Anatomie, Biochemie, Physiologie) nicht nur die Basis für grundlegende Forschung, sondern auch essentielle Grundlage für ein Gespräch mit dem Patienten (in Zeiten des Internets mit richtigen, sonderbaren und Falschinformationen u.ä. erst recht).

Und natürlich sind damit **naturwissenschaftliche** und **studienbasierte Kenntnisse** auf Seiten des Arztes die Voraussetzung für Ehrlichkeit, Offenheit und Transparenz. Wichtiger als Fähigkeiten der Kommunikation sind daher wirkliche Kenntnisse – an denen es zu oft hapert, nicht zuletzt im naturwissenschaftlichen Bereich („Vorklinik“).

Paternalistisch-deliberative Gespräche

Zusammengefaßt könnte man die Erfordernisse, aber auch Grenzen im Arzt-Patienten-Verhältnis vielleicht in einem paternalistisch-deliberativen Gespräch wiederfinden. Ein Gespräch, in dem

der Patient und seine Bedürfnisse endlich ernsthaft in den Mittelpunkt gestellt, dessen Elemente aber auch klarer definiert werden, damit der Weg für eine ehrliche Diskussion über die Möglichkeiten und Grenzen freigemacht wird.

Eine ausschließlich auf die Interessen des Patienten (im Sinne der besten medizinisch vertretbaren Indikationsstellung) ausgelegte ärztliche Empfehlung, ein aufklärender Paternalismus bei einem normalen, wertschätzenden zwischenmenschlichen Umgang sowie ein durch Argumente ernsthaft überzeugter Patient wären die Herausforderungen.

Paternalistisch wäre das Gespräch, weil bei aller berechtigten Kritik an paternalistischen (bevormundenden) Umgangsformen und berechtigter Kritik an der Kompetenz mancher Ärzte die Alternative nicht (weder rechtlich noch fachlich) ein quasi eigenmächtiges Entscheiden des Patienten (mittels Patientenautonomie) sein kann.

Wohlverstanden den Patienten in den Mittelpunkt (oder den einzigen Punkt) gerückt, führt die Stellung einer Indikation zu einer ärztlichen Empfehlung, für die unter Umständen auch ein wenig ‚Werbung‘ gemacht werden sollte, wenn es die Situation erfordert. Das ist die Verantwortung des Arztes, und das ist freilich Paternalismus. Um dennoch auch einem mündigen Bürger (Patienten) gerecht zu werden, kann das aber nur in Form eines aufgeklärten Paternalismus erfolgen, der offen und transparent begründet und erklärt, wie die Entscheidung zustande kam – und dabei auch (mögliche und im Zweifel unmögliche) Alternativen erwähnt.

Da die Patientenseite nur bedingt – und nur bis zu einem gewissen Grad – Veränderungen unterzogen werden kann, ist offenkundig die Arztseite gefragt. Hier müssen die Reformen ansetzen, die zunächst grundsätzliche Einstellungen (Haltungen) betreffen. Vor allem die Unsicherheiten müssen als Voraussetzungen für einen ehrlichen Umgang miteinander eingeschlossen werden – ins Denken und in das Gespräch.

Deliberativ hat das Gespräch zu sein, weil es eben nicht nur um eine Aufklärung auf einen bestimmten Punkt hin (dem Ziel der Zustimmung des Patienten) geht, sondern um ein echtes Gespräch zwischen erstens zwei mündigen Menschen und zweitens einem Menschen, der in des anderen körperliche Integrität eingreifen möchte. Und für diesen Zweck ist es irrelevant, daß es zu keiner echten fachlichen Mitentscheidung kommen kann.

Als Arzt muß man seine Entscheidungen dafür begründen (im Rahmen eines aufgeklärten Paternalismus), und das setzt voraus, daß man sie begründen *kann*. Die dafür erforderliche Kompetenz schließt auch die Kenntnis all der Unsicherheiten ein, die im medizinischen Bereich relevant sind; auch sie müssen kommuniziert werden.

Die Grundeinstellung des Arztes kann daher nur von großer Demut vor der unsicheren Wissenschaft, der Komplexität des menschlichen Körpers sowie den individuellen Ausprägungen gekennzeichnet sein. Auch das wäre zu kommunizieren. Und dazu gehörten dann auch mögliche Alternativen, die ebenfalls diskutiert werden müssen. Natürlich ist es sehr viel anspruchsvoller, ein Gespräch mit Unsicherheiten und Erklärungen zu führen, aber es ist eben auch sehr viel ehrlicher (und nebenbei das Recht des Patienten). Nicht zuletzt wird es der komplexen Situation

in Verbindung mit zahllosen Möglichkeiten des Patienten der Informationsbeschaffung gerecht: Schon die Diversität der Informationen fordert Erklärungen, außerdem spielt Angst durch Nicht- oder Nicht-genug-Wissen eine erhebliche Rolle auf Patientenseite.

Daß dafür mehr Zeit eingeplant werden muß, steht ebenfalls außer Frage. Aber das Gespräch zwischen Arzt und Patient bleibt das zentrale Element, und gegebenenfalls muß die Politik reagieren. Letztlich profitieren alle von zufriedenen Patienten – bis hin zu den ‚Vorzügen‘ einer gesunden Gesellschaft. Oftmals allerdings ist es ohnehin eher ein ‚inhaltliches‘ denn ein zeitliches Problem...

Das Ergebnis wäre jedenfalls ein ärztliches Gespräch, das von der Herbeiführung einer (inhaltlichen) Entscheidung durch den Patienten befreit wird und in dieser Weise wieder seiner **ureigenen Aufgabe** zugeführt werden kann: Mit dem Patienten ein ehrliches Gespräch zu führen. Insofern läßt sich zusammenfassen:

- Ein (aufgeklärter) **Paternalismus** führt zu einem verantwortungsvollen Versuch, das Optimale zum Wohle des Patienten zu suchen und zu finden, und im Zweifel (bei großer Objektivierbarkeit der Maßnahme und Überzeugung des Arztes) auch ihn davon zu überzeugen, das für ihn ‚Richtige‘ zu tun.
- Das (paternalistisch-deliberative) **Gespräch** mit der Aufgabe, nach einer Empfehlung (der Indikation), dem Informationsbedürfnis des (mündigen) Patienten Rechnung zu tragen – statt einer unklaren (inhaltlich und rechtlich undefinierten) ‚gemeinsamen Entscheidungsfindung‘.
- Gestärkt durch die **Bildung** des Patienten (einer eher permanenten und schon schulischen Aufgabe), durch großzügigere Vorstellung von **Alternativen** und durch großzügiges **Fragen-Zulassen**.

Darüber hinaus bilden solche paternalistisch-deliberativen Gespräche **Vertrauen**, weil dem Patienten auf der einen Seite die Sicherheit gegeben wird, daß er einen ‚guten Vorschlag‘ erhält, daß auf der andere Seite aber über alles gesprochen werden kann. Zudem ist das Bedürfnis nach Vertrauen-Können (Patienten) und Vertrauen geben (Ärzte) sehr groß. Beide Seiten haben ein ihrer Beziehung innewohnendes Interesse daran, vertrauensvoll miteinander umgehen zu können. Aber Vertrauen braucht Erklärungen, denen man vertrauen kann. Ein Vertrauen allerdings, das (auch in dieser Arbeit) ganz am Ende steht (5), weil derlei viele Mißstände in der Medizin vorliegen, daß man derzeit schwerlich eine Empfehlung für ein – zumindest am Ende blindes – Vertrauen aussprechen kann.

Verantwortung und Haltung: alternativlos

Der Beruf des Arztes bringt eine erhebliche Verantwortung mit sich. Nicht nur grundsätzlich wegen eines asymmetrischen Experten-Laien-Verhältnisses, sondern weil die intendierten Maßnahmen zudem erheblich bis lebensgefährdend in die Integrität eines anderen Menschen eingreifen. Eine gute Aus- und Weiterbildung sowie stets sorgfältiges Arbeiten sind dafür

unabdingbar. Verantwortlich zu handeln, liegt dabei über weite Strecken schon im Eigeninteresse des Arztes, weil anderenfalls berufs- oder strafrechtlichen Konsequenzen die Folge sein können. Auf der rechtlichen Ebene ist dafür eine ‚gewisse Grundlage‘ geschaffen worden.

Darüber hinaus findet sich aber ein erheblicher Spielraum, innerhalb dessen Grenzen zwar (noch) verantwortlich, aber nicht zwingend optimal gehandelt wird. Ein Raum, in dem Haltung gefragt ist. Wie dargelegt wurde, überschauen Patienten dabei nicht wirklich die erforderlichen Entscheidungen, und die zunehmende Komplexität in der Medizin macht es nicht einfacher. Letztlich sollte man daher – für die konkrete Entscheidungskompetenz – die Suche nach dem mündigen Patienten aufgeben und sich lieber fragen, wie man zu mündigen Ärzten kommt.

Auszugehen ist zunächst davon, daß auch gute Medizin über weite Strecken ‚frei von Ethik‘ betrieben werden kann, weil sich etliche strittige Themengebiete noch innerhalb einer ‚medizinischen Sphäre‘ befinden (vgl. 4.1). Viele der diskutierten Schwierigkeiten zwischen Arzt und Patient betreffen also gar nicht die ethische, sondern schlicht die medizinisch-fachliche Seite (und oft auch die juristische). Hinzukommt, daß man durch die Klassifizierung als ‚nicht-medizinisch‘ dem Arzt auch die (berufliche) Kompetenz zur Entscheidung abspricht und ihn damit ein Stück weit aus der Verantwortung entläßt!

Die Haltung liegt der ‚einfachen‘ Verantwortung zugrunde (und geht damit über sie hinaus), indem sie die Basis für eine bessere Auswahl unter den Wahlmöglichkeiten innerhalb des Spielraumes sorgen kann. Dies ist insbesondere erforderlich, weil die gesetzlichen Forderungen hier nicht weit genug gehen. Drei Gebiete spielen dabei eine besondere Rolle.

- Zuvorderst kostet es mitunter einige Mühen, unter den (**indizierbaren**) **Möglichkeiten** die für den Patienten *tatsächlich* beste zu wählen und dem Patienten zu unterbreiten (als ‚beste Auswahl‘). „Nicht die ‚richtige‘ Indikation kann garantiert werden, aber die richtige Haltung, mit der eine Indikation gestellt wird.“ (Wiesing 2017: 142)
- Haltung wird ebenfalls benötigt, wenn sich Patienten für eine – in den Augen des Arztes – schlechte (aber indizierbare) Alternative entscheiden. Statt der Autonomie nachzugeben, sollten Ärzte, ihrer Fachkunde (und ihrem ärztlichen Ethos) folgend, den Patienten überzeugen, der für sie besseren Alternative den Vorzug zu geben (**Paternalismus**).
- Haltung und Verantwortung sind schließlich auch erforderlich, wenn – aus Sicht des Arztes – aus medizinischen oder anderen Gründen gegen die medizinisch-fachlichen Regeln verstoßen werden soll. Beispielsweise gehört **Mut** dazu, auch einmal gegen die Leitlinien zu behandeln, wenn der individuelle Fall das erfordert.

Mit relevant für die Haltung ist nicht zuletzt auch **Demut**. Gegenüber der komplexen Biologie einschließlich der Medizin, die grundsätzlich eine (auch selbst-) kritische Einstellung nach sich ziehen müßte, und so das Bemühen erfordert (und einfordert), mindestens über die Jahre immer besser zu werden. Letztlich schließen sich dem – ebenfalls grundsätzliche – Fragen an zur ‚charakterlichen Eignung‘ für eine besondere Berufsgruppe, einschließlich der Kriterien zur Zulassung zur Ausbildung (zum Studium).

Auf einer höheren Ebene wäre zumindest eine gewachsene **Fehlerkultur** zu erwarten – eigenen und institutionellen Fehlern gegenüber (in wahrscheinlich fast jedem anderen ähnlich sensiblen Bereich eine Selbstverständlichkeit). Die allerdings liegt im riskanten Gebiet der Medizin noch immer in weiter Ferne (siehe 3.3), und das trotz oftmals fehlender Kompetenz beim Einzelnen, wenig ausgeprägter Kritikfähigkeit und eine zudem fehlende Versteh- und Erklärkultur. Denkbar schlechte Voraussetzungen für verantwortliches, geschweige denn moralisch einwandfreies Handeln, was nebenbei auch noch zum Vertrauensverlust beiträgt. Zu fordern ist also eher eine neue Haltung, vielleicht ein neues oder aktualisiertes **Arztethos** (dazu auch Wittwer 2018: 256 ff.; unkritischer Wiesing und Marckmann 2009; zum ‚Moral Charakter‘ vor allem in neueren Auflagen auch Beauchamp und Childress [2009: 30 ff.]; außerdem noch einmal Seifart 2013: 155 ff.; 167).

5 Und Vertrauen?

Es mag überraschen, daß das Thema Vertrauen erst am Ende einer Betrachtung über das Verhältnis von Arzt und Patient zur Sprache kommt. Genaugenommen hinter dem abschließenden Fazit über die ‚Aufgaben und Grenzen des ärztlichen Gesprächs‘. Allerdings kommt mit dem Vertrauen ‚bindungsstrukturell‘ einfach noch eine zusätzliche Ebene hinzu, die für die bisherigen Betrachtungen nur bedingt erforderlich war.

Als Ausgangslage zeigt sich nach wie vor die offensichtliche Diskrepanz zwischen der Autonomie des Menschen und der sich aus dem Expertentum automatisch ergebenden Asymmetrie im Verhältnis (in diesem Falle zwischen Arzt und Patient). Als (notwendige) Antwort und Lösung ist hier die Bedeutung des Paternalismus betont worden, in seiner (wegen der Autonomie notwendig) aufgeklärten Form (siehe 4.5). Da sich die Thematik (‚Medizin‘) aber in einem unsicheren Bereich abspielt, bleibt darüber hinaus Raum für Vertrauen (oder Mißtrauen).

Unmittelbar ergibt sich damit die Frage des genauen Verhältnisses von Paternalismus und Vertrauen. Zunächst kann man grundsätzlich sagen, daß Vertrauen (schenken) vom Patienten ausgeht –, Paternalismus aber vom Arzt (paternalisiert wird man als Patient). Dabei scheint – wegen des Expertentums – beides erforderlich zu sein: Vertrauen (müssen, weil man nicht alles beurteilen kann) und Paternalismus (weil man die – insbesondere fachliche – Verantwortung für andere [mit-] übernehmen muß). Wegen der Autonomie muß allerdings beides reflektiert, aufklärend und transparent erfolgen.

Weil ‚naives Vertrauen‘ – in Personen oder Systeme – zu schenken, grundsätzlich kritisch zu betrachten ist (dumm oder ‚scheinautonom‘ ist), sind Kriterien (Gründe) für das Schenken von Vertrauen eine notwendige Basis. Insofern wird hier das ‚naive‘ Vertrauen als die einfachste Form verwendet, in Abgrenzung zu einem ‚blinden‘ Vertrauen, das als qualifiziertes Vertrauen eine Menge Reflexion und Erfahrung – Gründe – beinhaltet (das ausführlicher unter 5.2).

Nach einigen allgemeinen Betrachtungen zum ‚Phänomen Vertrauen‘ (5.1), wird genauer auf Vertrauen im speziellen Arzt-Patienten-Verhältnis eingegangen (5.2), bevor in Schlußbetrachtungen (5.3) noch einmal der Bezug zur ärztlichen Haltung und Verantwortung hergestellt wird. – Wertvolle Hilfe war eine (für mich virtuelle) Tagung im Jahre 2022 in Freiburg, deren Beiträge weitgehend auch als Buch publiziert worden sind (Giovanni Maio [Hrsg.] [2023]: *Vertrauen in der Medizin*).

5.1 Das ‚Phänomen Vertrauen‘

Nicht zuletzt weil Vertrauen sich in so unterschiedlichen Bereichen wie dem rein Zwischenmenschlichen und dem eher technischen Vertrauen in ‚Systeme‘ zeigt, finden sich die unterschiedlichsten Definitionen (einschließlich der Frage, was überhaupt als ‚Vertrauen‘ gelten sollte). Dazu gehören neben der Frage, welche Bestandteile Vertrauen konstituieren, auch die Kriterien, anhand derer man selbst Vertrauen schenkt. Im Nahbereich und in Systeme.

Zunächst lassen sich aber vier Ebenen unterscheiden, die in ganz unterschiedlicher Weise mit Vertrauen in Verbindung gebracht werden.

- Im Sinne von **Vertrautsein** mit etwas kommen zunächst neben den alltäglichen Begegnungen auch die Herkunft als Grund- oder Urvertrauen zum Tragen; mit Menschen, mit dem Sozialen. Und nicht alles läßt sich in Frage stellen oder überprüfen – je mehr man vertraut (vertrauen kann), über desto mehr Freiheiten zum Agieren kann man verfügen.
- Vertrauen in **Institutionen** oder **Systeme** dient unter anderem der Reduktion von Komplexität (Luhmann); auch das vergrößert die Freiheitsspielräume. Das Rechtssystem, die Fahrt mit der Straßenbahn, Geld oder die Medizin wären Beispiele.
- Auch **Fremden** kann Vertrauen entgegengebracht werden. Die Kriterien beziehen sich dabei zum einen auf einen ersten Eindruck von der Person selbst, zum anderen spielen aber auch die Umstände eine wichtige Rolle (Stadtteil, Tageszeit, auf einer Messe [für ... Kinderspielzeug]; hier kommt auch wieder das System zum Tragen...). In Ruhe kennenlernen ist da jedenfalls nicht möglich...
- Anders beim **persönlichen Nahbereich** wie in Freundschaften, Partnerschaften oder Liebesbeziehungen. Sofern sie sich nicht aus dem Vertrautsein entwickelt haben, sind sie aus fremden Beziehungen entstanden und bauen – sofern Vertrauen überhaupt entstanden ist – ebenfalls auf Kriterien, nach denen Vertrauen geschenkt wird (werden kann).

Einer Betrachtung dieser unterschiedlichen Hintergründe des Vertrauens in alltäglichen Begegnungen (und der Alltagssprache) folgt ein kurzer Blick in die Grundvertrauen, um abschließend die Vielschichtigkeit aufzuzeigen und diese mit einigen Definitionsversuchen zu versehen. – Alle genannten Hintergründe finden sich auch im Arzt-Patienten-Verhältnis wieder (vgl. 5.2).

Alltägliche Begegnungen und unterschiedliche Vertrauensbeziehungen

Vertrauen ist aus unserem Alltag nicht wegzudenken (vgl. Luhmann 2000 [1968]: 1 ff.). In der Kindheit primär als Vertrauen in die Eltern (oder andere Bezugspersonen), dann in Freundschaften und weitere Personen. Nebenbei immer auch in die eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten, die mit einer Vorstellung einhergehen, daß die meisten Dinge verlässlich funktionieren (beispielsweise Kausalketten beim Fallenlassen von Gegenständen).

Später kommen abstraktere Systeme und Annahmen hinzu. Allgegenwärtig ist beispielsweise, daß die Erde tatsächlich rund ist (schwer direkt überprüfbar, Fuchs 2023: 63 f.), oder daß Geld als Zahlungsmittel funktioniert (Luhmann 2000: 61 ff.; Vertrauensüberlegungen werden ohnehin oftmals in ökonomischen Kontexten betrachtet), und auch Vertrauen ins Rechtssystem (als ‚Rechtsvertrauen‘, Duttge 2023: 264 ff.) oder in die Wissenschaft (Bauer 2023: 8) einschließlich der Medizin (und – auf einer anderen Ebene: das Gesundheitswesen) sind essentiell für unser Zusammenleben. „Ohne jegliches Vertrauen“ könnte man „morgens sein Bett nicht verlassen.“ (Luhmann 2000: 1)

Eine wichtige Funktion dieses alltäglichen Vertrauens ist die immense Erleichterung, nicht alles hinterfragen oder sogar kontrollieren zu müssen. In diesen Sinne bezieht sich „Vertrauen auf die Erwartungen gegenüber zukünftig eintretende Handlungen und Ereignisse“ (Böhle 2023: 177), in die auch Wahrscheinlichkeiten des Eintretens eingerechnet werden. Ein solches „Vertrauensklima“ (Hartmann 2020: 139 ff.) mit „Erwartungscharakter[.]“ (Endreß 2002: 71) sei allerdings nicht so offenkundig, wie es scheine, sondern vielmehr durch unterschiedliche ‚Erwartungen‘ (empirisch oder normativ) geprägt, so daß Vertrauen „als Erwartungshaltung wohl nicht angemessen deutbar“ sei (ebd.: 72). Dennoch spielten Alfred Schütz' Bekanntheits- und Vertrautheitswissen (ebd.: 18) eine große Rolle – man vertraue einfach grob darauf, daß das meiste im Alltag so bleibe... Einen Schritt weiter geht Niklas Luhmann (1927 bis 1998), wenn er der Entstehung von Vertrauen unter anderem dann eine hohe Wahrscheinlichkeit zuspricht, wenn es „für die innere Struktur der Erlebnisverarbeitung eine unentbehrliche Funktion“ erfüllt, und eine Erschütterung zu weitreichenden „Folgen für das Selbstbewußtsein“ führte (2000: 33).

Stellt man die Herkünfte der Grundvertrauen einmal kurz zurück, so ergibt sich für die **Ebenen des Vertrauens** zunächst eine Zweiteilung in Vertrauen in **Personen** und Vertrauen in **Institutionen** oder (auch abstrakte) Systeme (Luhmann). Oftmals lassen sich die Ebenen allerdings schlechter trennen als vordergründig vermutbar. Manche – so Endreß – gehen auch von drei Ebenen aus: „Es geht hier *erstens* um Institutionen- und somit auch Politikvertrauen (gesellschaftlicher Kontext), es geht *zweitens* um professionelles Vertrauen (beruflicher Kontext) und es geht sodann *drittens* um individuelles Vertrauen (persönlicher Kontext).“ (Endreß 2023: 220, Herv. i. Orig.) Allerdings dürfte (nicht nur) der berufliche Kontext aus den Komponenten Person und Institution bestehen, was eine andere Differenzierung sinnvoller erscheinen läßt.

Personen. Bei einem ‚erwachsenen Vertrauen‘ (nach der Kindheitsphase) lassen sich noch einmal Vertrauen in Fremde (ein Teil des professionellen Vertrauens Endreß') und Vertrauen im Nahbereich unterscheiden. Beides bezieht sich auf den zwischenmenschlichen Bereich, beruht aber schon wegen der zeitlichen Möglichkeiten auf sehr unterschiedlichen Voraussetzungen. Ein ‚Anfangsvertrauen‘ in Fremde („Blitzvertrauen“ bei Hartmann [2020: 118]) muß zwangsläufig auf Sympathie und einigen äußeren Umständen aufbauen, eingebunden in bereits gemachte Erfahrungen (mit ‚ähnlichen Menschen‘ in ähnlichen Situationen). – Von Vertrauen würden hier viele gar nicht sprechen. Und auch im persönlichen Nahbereich ergeben sich schon begriffliche Zweifel. So trennt Endreß von ‚Vertrauensbeziehungen‘ sogar Intim- bzw. Freundschaftsbeziehungen sowie Loyalitätsbeziehungen ab, weil sie auf anderen Parametern beruhten (Endreß 2002: 72 f.).

Institutionen. Unser Vertrauen in Institutionen und abstrakte Systeme beruht tatsächlich wesentlich auf einem Mißtrauen und resultierender Kontrolle anderer in diese Institutionen (der TÜV als Beispiel). Durch diese Kontrollen im Hintergrund kann man selbst sich auf die Institutionen verlassen. „Dieses Paradoxon einer Institutionalisierung von Misstrauen als vertrauensbildender Maßnahme“ (Endreß 2002: 78) zeigt sich auch in den Wissenschaften (und damit auch

der Medizin), und es sei sogar konstitutiv für die heutigen Zeiten: „Damit wir der medizinischen Wissenschaft trauen können, ist das Misstrauen in ihr institutionell integriert.“ (Achenbach 2023: 42)

Hinzukommt allerdings, daß man letztlich auch bei Systemen nicht den Objekten vertraut, sondern den Personen dahinter (Hartmann 2011: 284; Giddens 1995: 107 ff.), wobei die **Zugangspunkte** Anthony Giddens' einen wichtigen Hintergrund böten. Damit spricht Giddens die Verbindung zwischen dem Laien und dem abstrakten System an.

Vertrautsein mit sich, mit und in der Welt (Grundvertrauen)

Vertrauen entwickelt sich auf verschiedenen Ebenen, die natürlich auch aufeinander bezogen sind. So dürften evolutionäre Wurzeln mitursächlich für das frühkindliche Grundvertrauen sein, und zusammen werden sie die Basis für ‚erwachsene‘ Vertrauenskonstellationen bilden, in denen auch das Alltagsvertrauen vorkommt. Auf dem Weg dorthin spielen Selbstzutrauen und – folgend und allgemeiner – Selbstvertrauen eine Rolle, und auch Mißtrauen bewirkt nicht nur das Gegenteil, sondern kann eine weitere Basis für Vertrauensbildung sein, indem es Vertrauen durch Überprüfung und Kontrolle schafft. Religiöser orientierte Menschen setzen zudem viel Vertrauen in Gott.

Es ist nachvollziehbar, daß Vertrauen auch mit möglichem Verletztwerden zusammenhängt. Endreß nimmt die Verletzlichkeit sogar als Ausgangspunkt für Vertrauensverhältnisse: „Wenn Menschen vertrauen, dann machen sie sich – ob wissentlich oder nicht – objektiv verletzlich. Die Phänomene des ‚Vertrauens‘ und der ‚Verletzlichkeit‘ verweisen somit unmittelbar und direkt aufeinander.“ (Endreß 2023: 211) In gewisser Weise schließt sich hier auch ein kleiner Bogen zum Phänomen der Sorge (siehe 4.1). Und natürlich zum Urvertrauen quasi als Prototyp des Vertrauens schlechthin. Es handele sich dabei um „eine mit elementarer Verletzbarkeit verbundene Abhängigkeit“, die sich „im Verhältnis des Kleinkinds zu seinen engen Bezugspersonen auf paradigmatische Weise“ verdichte. Hier bündelten sich „alle wesentlichen Elemente des Vertrauens“ (Hartmann 2011: 66).

Exkurs: Evolution und Biochemie des Vertrauens. Mindestens ein biochemischer Hintergrund des Vertrauens scheint das als ‚Vertrauens- oder Bindungshormon‘ bekanntgewordene Oxytocin zu sein. Zunächst im Zusammenhang mit der Geburt und Stillzeit bekanntgeworden – es bewirkt die rhythmischen Kontraktionen bei den Wehen am Uterus und erleichtert das Ausstoßen der Milch beim Trinken des Säuglings – kamen weitere Funktionen hinzu. So spielt es grundsätzlich für die Mutter-Kind-Beziehung eine wichtige Rolle, außerdem wird es im Rahmen des Geschlechtsverkehrs ausgeschüttet und dient so offenbar allgemeiner dem Zusammenhalt zwischenmenschlicher Verbindungen (Roth 2012: 245; Horn 2020: 515 f.). Bemerkenswert ist, daß es außerhalb des engeren Kreises eher zu Aggressionen führt, was im Sinne eines Schutzes der Kernfamilie vor Angriffen von außen gedeutet werden kann (Triki et al. 2021; Caldwell 2017).

Varianten des Grundvertrauens

... nennt Martin Hartmann ein Kapitel (2011: 63 ff.), und er schreibt ihnen fundamentale Bedeutung für das Verhältnis einer Person zu anderen Personen, aber auch zu sich selbst zu. In diesem Sinne sei Vertrauen nicht nur im Einzelfall „handlungsermöglichend“, sondern: „Vertrauen [...] ermöglicht uns vielmehr, überhaupt zu handeln“. Erst so könne der Mensch „aktiv mit seiner Welt (und Mitwelt) in Kontakt [...] treten, um als intentionales Wesen Spuren in ihr zu hinterlassen“ (ebd.: 63). Laut Luhmann hält sich der Mensch tagtäglich in einer „gemäßigten Zone ohne spezifische Vertrauens- oder Mißtrauensprobleme“ auf (2000: 26).

Hartmann stellt drei Ausprägungen grundsätzlicher Vertrauensbeziehungen vor, die jeweils auf ihre Weise essentiell (existentiell) für das Leben und Zusammenleben eines Menschen sind.

- Beginnend mit dem psychologischen Grundvertrauen wird die Bedeutung des **Urvertrauens** (vor allem) Eriksons als Ausgangspunkt für den Beginn des Lebens in der Welt dargestellt (Giddens schreibt von ‚ontologischer Sicherheit‘ [1995: 117 ff.]).
- Das **kommunikative Grundvertrauen** basiert auf grundlegenden Überzeugungen über die Verlässlichkeit von Wahrheiten in der zwischenmenschlichen Kommunikation.
- Und das existentielle Vertrauen schließlich sichert Bezüge zu den Objekten in der Welt – und wird auch als ‚**Weltvertrauen**‘ bezeichnet (was sinnvoller erscheint, weil die beiden anderen Formen ebenfalls existentieller Natur sind).

Zum Urvertrauen. Besonders einflußreich beim Thema Urvertrauen ist der deutsch-amerikanische Psychoanalytiker Erik Homburger Erikson (1902 bis 1994) gewesen. Seine Überlegungen legte er 1950 im Buch *Childhood and Society* dar und verwandte dort den Begriff ‚basic trust‘, der in der deutschen Version 1957 von Marianne Eckhardt-Jaffe mit ‚Urvertrauen‘ übersetzt worden ist (Schmidtbauer 2021; andere verende(te)n ‚Grundvertrauen‘).

Entscheidend ist zunächst, daß das Urvertrauen nicht angeboren ist, sondern im Laufe der ersten Lebenswochen und -monate erworben werden muß: „Angeboren ist die Fähigkeit und das Bedürfnis des Säuglings, Urvertrauen zu entwickeln, nicht aber das Urvertrauen selbst!“ (Bauer 2023: 22; vgl. Erikson 1966 [1959]: 62) Damit gilt auch, „dass die Fähigkeit des Urvertrauens als Errungenschaft geglückter frühkindlicher Sozialisationsprozesse zu betrachten ist“ (Hartmann 2011: 64).

Nach der Stillung **überlebenswichtiger Grundbedürfnisse** – zunächst und zuvorderst die Nahrungsaufnahme – kommen weitere rezeptive Bedürfnisse hinzu, Erikson spricht von einer „Einverleibungs-Phase“ (1966: 64). Schließlich werde aus der Verlässlichkeit der Zuwendung „Liebe zu den Bezugspersonen“, die erst damit überhaupt zu einem „Gegenstand des Vertrauens“ würden (Hartmann 2011: 65).

Als nächstes müßten die Säuglinge lernen, durch die **Abwesenheit** der **Mutter** keine Angst mehr zu entwickeln. Dazu sei es erforderlich, daß sie das äußerliche Sich-verlassen-Können auf ihre direkten Versorger auf die innere Gewißheit übertrügen, „dass äußere Abwesenheiten der Mutter keinen endgültigen Zustand anzeigen“ (ebd.: 63). „Das Vertrauen impliziert die Annahme, die Person werde wiederkehren. Das ist es, worauf man vertraut.“ (ebd.: 65) Durch

diese konstante Verlässlichkeit des Verhaltens der Mutter (oder einer anderen Bezugsperson) wird schon auf dieser Ebene eine Verbindung zwischen dem Verlassen-Auf und dem Gefühl des Vertrauens hergestellt (vgl. unten).

Dadurch werde es nun möglich, einen Übergang von totaler Abhängigkeit in „rudimentäre[] Abhängigkeit“ zu erlauben, der erste **Freiräume** für den Säugling schaffe: „In ontogenetischer Hinsicht betrachtet ist das Urvertrauen damit eine Voraussetzung für das Erlernen autonomer Handlungskompetenz.“ (ebd.: 64) Beim Urvertrauen geht es also über das Zulassen-Können von Distanz relevanter Bezugspersonen hinaus auch um das Verhältnis zu sich selbst, gekennzeichnet als eine Form von Selbstvertrauen.

Und schließlich sei ein hinreichend stabiles Urvertrauen in frühe Bezugspersonen wichtig für das Ausbilden von Vertrauen in **andere Personen**. Nur wenn man gelernt habe, „die Distanz zu nahen Bezugspersonen angstfrei auszuhalten“ erwerbe man „das Vermögen, auch über diese frühen Beziehungen hinaus die Abhängigkeiten in Kauf zu nehmen, die generell mit Vertrauensverhältnissen verbunden sind“ (ebd.: 66). Dazu auch Giddens (1995: 123): „Abwesenheit ist also ausschlaggebend dafür, daß sich das Vertrauen beim Kind mit den im Entstehen begriffenen sozialen Fähigkeiten kreuzt.“

Beim kommunikativen Vertrauen als Teil eines Grundvertrauens können eine nonverbale von einer verbalen Seite unterschieden werden. Beim **nonverbalen Teil** (nicht zuletzt auch unter Erwachsenen) geht es auch darum, „Formen des Vertrauens zu erfassen, die uns auf unbewusste, ganz und gar präkognitive Weise dazu bringen, ohne Zögern und ohne Zweifel Interaktionen mit anderen aufzunehmen und fortzusetzen“ (Hartmann 2011: 66). Da durch die Sprache leichter getäuscht werden könne als durch körperliche Gesten, ergäben sich durch ein durchaus „komplexes Repertoire an Gesten“ (ebd.) verlässlichere Hinweise auf Gedanken und Absichten des Gegenübers (ebd.: 67).

Um ein ähnliches ‚Fundierungsverhältnis‘ – diesmal aber **verbal** – handele es sich bezüglich der Frage, ob die Äußerungen Anderer für wahr gehalten werden könnten. Austins ‚Fremdseelische‘ wird hier von Hartmann herangezogen. Die dafür erforderlichen Fähigkeiten würden in Lernsituationen erworben, bei denen allerdings Vertrauen schon „als Grundlage für den Erwerb kritischer Beurteilungskompetenz“ erforderlich sei (ebd.). Laut John Austin (1911 bis 1960) gehöre das Vertrauen darauf, daß man dem Gesagten Anderer vertrauen könne, mit zu den wichtigsten Elementen unseres Sprechens (ebd.: 68).

‚Weltvertrauen‘. Ein ursprünglich von Jean Améry (1912 bis 1978) eingeführter Begriff, der sich für das von Hartmann als ‚existentielles Vertrauen‘ bezeichnete durchgesetzt habe. Es zeige sich „in der Selbstverständlichkeit alltäglicher Handlungsabläufe“ (ebd.: 69) und sei – mit seinem **objektiven Teil** – ein „Vermögen, ohne Vorsicht und risikoabwägende Umsicht handelnd in die Welt einzugreifen“ (ebd.: 68). Denn normalerweise zweifele man nicht an gewissen ‚Alltäglichkeiten‘, so zum Beispiel am wiederkehrenden Aufgehen der Sonne, aber auch an der

grundsätzlichen Stabilität von Gebäuden oder der Gültigkeit der Schwerkraft. Man gehe vielmehr insgesamt von einer „Konstanz der Weltstruktur“ aus (ebd.: 69).

Darüber hinaus sei – **intersubjektiv** – aber auch selbstverständlich, „dass uns die Mitmenschen ohne böartige Hintergedanken gegenübertreten“, daß andere uns also grundsätzlich respektierten. Dieses „soziale Weltvertrauen“ baue auf einem „Vertrauen in die Zivilität der Mitmenschen“ (ebd.) – eine gute Überleitung zum nächsten Kapitel.

Naturzustand und Kooperation

Wie bei der Sorge (siehe 4.1) lassen sich auch für das Vertrauen Fragen nach einer Wurzel in der Biologie (im Tierreich) und – in einem nächsten Schritt – im ‚Naturzustand‘ des Menschen stellen. Über einen angeborenen Teil als Voraussetzung für die Möglichkeit des Erwerbs eines Urvertrauens ist bereits kurz geschrieben worden. Hier dürfte Einigkeit über eine evolutionäre Quelle herrschen. Bei ‚erwachsenen‘ Vertrauen bieten sich Überlegungen zu Kooperationen an, aus denen sich so etwas wie Vertrauen ergeben könnte. – In diese Richtung dürfte auch David Hume gedacht haben, der in seiner *Untersuchung über die Prinzipien der Moral* (1751) „darauf hinweist, dass es bei einem gemeinsamen Interesse nur einer schlichten Übereinkunft zur Kooperation bedürfte“ (Hepfer 2008: 67).

Dabei wird deutlich, daß zuvorderst die ‚Art‘ des gemeinten Vertrauens eine Rolle spielt (als Sich-verlassen-Auf oder als Gefühl), und daß damit Fragen nach einer möglicherweise erforderlichen Reflexion gestellt werden müssen. Schwertwale beim Jagen und Erdmännchen eher beim Nicht-gejagt-Werden müssen kooperieren und sich damit aufeinander verlassen können – und vielleicht stellt sich bei ihnen ein Gefühl des Vertrauens ein. Daß die Sprache aber einen Unterschied beim menschlichen Vertrauen macht – darauf würde wahrscheinlich nicht nur Joseph LeDoux hinweisen. Allerdings wird auch im Menschenkontext nonverbalen Hintergründen viel Raum gegeben (s.o.), so daß sich Vertrauen bei Menschen und nichtmenschlichen Tieren doch über weite Strecken zumindest ähneln dürften.

Bei den menschlichen Anfängen – gedacht im Sinne eines ‚Naturzustandes‘ – kann die Sprache zwar schon vorausgesetzt werden. Darüber hinaus stellt sich aber auch in einem vorstaatlichen System die Frage nach einer Wurzel möglichen Vertrauens. Warum sollten Menschen sich vertrauen (können)? Betrachtet man insbesondere das kommunikative und das Weltvertrauen, so scheint die grundsätzlich soziale Natur des Menschen eine Voraussetzung zu sein – und durch die Sprache auch noch eine Ebene hinzuzugewinnen (nicht zuletzt auch für das Mißtrauen; in seiner zweifachen Bedeutung).

Ein Blick in die Klassiker der Naturzustandsdebatten führt so zunächst zu Thomas Hobbes (1588 bis 1679) und „seiner Analyse des Naturzustands als Zustand ‚gegenseitigen Mißtrauens‘“ (Endreß 2002: 10). Er spricht zur Lösung dieser menschlichen Eigenschaften sowohl im ersten Teil des *Vom Bürger* (1642) als auch im *Leviathan* (1651) von der Notwendigkeit der Einsetzung eines Staates. Allerdings geht er (anders als von Rutger Bregman unterstellt [2020: 64 f.]) nicht davon aus, daß *alle* Menschen grundsätzlich böse seien. Aber, so Hobbes im Vorwort zu *Vom*

Bürger: „Denn wenn es auch weniger böse als gute Menschen gäbe, so kann man doch die Guten von den Bösen nicht unterscheiden, und deshalb müssen auch die Guten und Bescheidenen fortwährend Mißtrauen hegen...“ (Hobbes 1994 [1642]: 68 f.) Auch John Locke (1632 bis 1704) hat ein ähnliches Menschenbild: „obwohl er nämlich im Naturzustand ein solches Recht [auf Freiheit] hat, so ist doch die Freude an diesem Recht sehr ungewiß, da er fortwährend den Übergriffen anderer ausgesetzt ist. [...] Das läßt ihn bereitwillig einen Zustand aufgeben, der bei aller Freiheit voll von Furcht und ständiger Gefahr ist.“ (Locke 1977 (1689): 278). Allerdings räumt er einem demokratischer geprägten Staat schon deutlich mehr Chancen ein, seine Bürger beschützen zu können.

Letztlich kann vielleicht davon ausgegangen werden, daß die biologische (und damit auch soziale) menschliche Natur die Möglichkeiten schafft, Vertrauen – zu zumindest einer großen Zahl an Mitmenschen – aufbauen zu können, daß Mißtrauen aber stets angebracht bleibt. Insofern bieten auch Naturzustandstheorien eine ähnliche Basis wie Überlegungen über den Menschen im Hier und Jetzt.

Vielschichtigkeit und Definitionsversuche

Wie schon aus den ‚Varianten des Grundvertrauens‘ ersichtlich wurde, schwingen beim ‚Vertrauen‘ immer Aspekte fast zweier Pole mit: Verlässlichkeit auf der einen und ein Gefühl des Vertrauens (Vertrauen-Könnens) auf der anderen Seite. Beide Aspekte werden im folgenden noch einmal kurz gegenübergestellt, um zu einem abschließenden Fazit zu gelangen.

Verlässlichkeit oder Vertrauen?

Beim ersten Pol wird versucht, mit größtmöglicher Sachlichkeit eine Verlässlichkeit innerhalb der komplexen Strukturen der heutigen Gesellschaften herzustellen. Schon Max Weber sah die „Herstellung von Berechenbarkeit als ein wesentliches Merkmal moderner Gesellschaften“ (so Böhle 2023: 177). Böhle geht weiter davon aus, daß die Intention der Akteure in den modernen Gesellschaften (seit deren Herausbildung im 17. und 18. Jahrhundert) grundsätzlich zunehmende Verlässlichkeit im Sinn gehabt hatte. Und zwar sowohl im institutionellen Bereich – gesichert durch Wissen und Kontrolle – als auch im zwischenmenschlichen, hier durch Verträge und einem Bewußtsein über Risiken einschließlich entsprechender Schutzmaßnahmen (ebd.: 176 ff.). So gesehen stehe das Programm der Aufklärung genau gegen die Idee des Vertrauens – und führe letztlich zur Frage, wo Vertrauen in modernen Gesellschaften überhaupt noch eine Rolle spielen könnte (ebd.: 179 f.). In diesem Sinne auch Hartmann (2020: 107): „Man kann ohne Vertrauenswürdigkeit verlässlich sein.“

Eine ‚Berechtigung‘ für die Idee des Vertrauens sieht Böhle nun in einem reflexiv erfahrungs-basierten Vertrauen, das damit weniger auf einem expliziten und wissenschaftlich begründbaren Wissen (als Kennzeichen moderner Gesellschaften) basiere (Böhle 2023: 183). Von Michael Polanyi als implizites – auf Erfahrung basierendes – Wissen eingeführt, ergäbe sich auf diese Weise

eine Erweiterung des Wissensbegriffs auch auf das Erfahrungswissen und einer eben darauf beruhenden Erwartungssicherheit (ebd.: 185). Vertrauen wiederum könne dann „als eine auf implizitem Erfahrungswissen beruhende Erwartung und Erwartungssicherheit“ angesehen werden (ebd.: 188).

Auf diese Weise kommt die ansonsten von den modernen Gesellschaften weitgehend verbannte Unsicherheit wieder ins Spiel – und wird insbesondere auch dem Arzt-Patienten-Verhältnis gerecht, das wegen der Unsicherheiten in erheblichem Maße auf die Urteilskraft – und damit ein implizites Wissen – des Arztes angewiesen ist.

Vertrauen als Gefühl

Hartmann weist aber auf einen weiteren wichtigen Punkt hin: „Auf gebrochenes Vertrauen reagieren wir mit einer moralisch aufgeladenen Wut oder Enttäuschung, auf das Ende der Verlässlichkeit mit einer sachlicheren Form der Enttäuschung...“ (Hartmann 2020: 106). Insofern scheint über die Verlässlichkeit hinaus auch ein *Gefühl* von Vertrauen eine Rolle zu spielen. Denn die Erwartung eines Wohlwollens in einem Vertrauensverhältnis ist auf der anderen Seite damit verbunden, daß Vertrauen eben nicht nur ein Kalkül ist, also schlüssig „mit den Mitteln einer Theorie rationaler Entscheidung“ verstanden werden könne (Frevert 2013: 17). Das Kalkül schwingt dabei zwar mit, Vertrauen könne aber nicht darauf reduziert werden (Endreß 2002: 69 f.).

Nach Ute Frevert spreche dafür „dreierlei: die starke normativ-moralische Aufladung des Begriffs, seine Konnotation von Wohlgefühl und Aufgehobensein und die stets mitschwindende Erwartungsunsicherheit, die nur durch eine emotional grundierte Haltung oder Einstellung übersprungen werden kann“ (Frevert 2013: 17). – Das dürften die Punkte sein, bei denen auch bei der Arzt-Patienten-Beziehung das ‚Systemvertrauen‘ in den (zusätzlichen) persönlichen Bereich übergeht: Ein Arzt, auf den man sich verlassen kann ... wird zu einem, dem man ‚wirklich‘ (geföhlt) vertraut.

Eine ähnliche Differenzierung des Vertrauensbegriffs wurde schon durch den deutschen Philosophen und Soziologen Georg Simmel (1858 bis 1918) vorgenommen (so Endreß 2002: 14). Er unterschied Vertrauen als Glauben (mit der Idee von Vertrauen „im Sinne ‚abgeschwächten induktiven Wissens‘“ – darauf vertrauend, daß etwas weiterhin passiert) von Vertrauen als Wissensform und schließlich Vertrauen als Gefühl („Religion‘ oder ‚Geld‘“) (ebd.: 14). Letztlich bleibe dabei immer ein Rest an Unsicherheit: „Dem Vertrauen ist somit das bereitwillige Akzeptieren eines Wissensdefizits inhärent.“ (Maio 2023: 113). Der Schritt zum Paternalismus ist dann natürlich nicht mehr weit.

Fazit: Statt einer engen Definition viele Elemente

Sofern man einen recht weiten Begriff von Vertrauen zuläßt – und in Anbetracht des alltäglichen Sprachgebrauchs (insbesondere System- bis blindes Vertrauen) erscheint das sinnvoll –, lassen sich die Hintergründe zu einer vorläufigen Vorstellung von Vertrauen mit unterschiedlichen Elementen zusammenfügen. Zugrunde liegt dem darüber hinaus auch eine ‚vertrauensbildende‘

Entwicklung: Vertrauen ist auf Kriterien angewiesen, die vom später Vertrauenden erst noch gesucht und gefunden werden müssen.

Zwischen **Personen** beginnen potentielle Vertrauensbeziehungen dabei stets mit einem ‚**ersten Eindruck**‘, vielleicht mit Sympathie, und manchmal ergibt sich daraus schon ein erstes Gefühl des Vertrauens (letztlich ohne Basis...). Grundlage sind wahrscheinlich auch Elemente eines kommunikativen Grundvertrauens, das oben angesprochen worden ist, und das aus verbalen und nonverbalen Anteilen besteht.

Um aber wirklich zu einem *belastbaren* Vertrauensverhältnis zu Personen zu gelangen, sind **Kriterien** erforderlich, die – über die Bedeutung der Situation hinaus – der Person zugeschrieben werden können. Es schließt sich an den ersten Eindruck also eine längere Phase des **reflektierenden Vertrauens** an, in dem die Person ‚auf die Probe gestellt‘ wird. Dabei können zusätzlich fachliche (Kompetenz) von persönlichen (Haltung, Wohlwollen) Merkmalen des Vertrauen-Könnens unterschieden werden – für beide gelten sich überschneidende, aber auch unterschiedliche Kriterien.

Isabell Welpé (2008) verwendet die Unterscheidung von Kompetenz-Vertrauen (eher Verlässlichkeit) und ‚Goodwill‘-Vertrauen (eher Wohlwollen). Aber: „Damit wir wirklich von Vertrauen reden können, [...] muss eine Form von Wohlwollen vorhanden sein.“ (Hartmann 2020: 109)

Als Ergebnis kann sich – je nach Sicherheit und Verlässlichkeit der ‚Datenlage‘ – auch so etwas wie **blindes** (oder **echtes**) **Vertrauen** einstellen, das als ehemals gründlich reflektiertes Vertrauen tatsächlich eine sehr hilfreiche Angelegenheit ist (und wiederum von starken Gefühlen begleitet sein kann). Das zeigt sich auch in erwartbarem Verhalten – als ‚empirisches‘ Erwarten (im Gegensatz zum normativen Erwarten). Parallel zu Fragen des Sich-verlassen-Könnens entwickelt sich ein Gefühl für die Verlässlichkeit und indirekt auch die vermutete Haltung hinter den Handlungen.

Auf der **institutionellen Ebene** zeigen sich ähnliche Entwicklungsschritte, mit dem Unterschied, daß über Institutionen oder Systeme in vielen Fällen ein Vorverständnis besteht.

5.2 Vertrauen im Arzt-Patienten-Verhältnis

Im Grunde unbestritten, ist „Vertrauen in den ärztlichen Beruf von zentraler Bedeutung“ (Wiesing 2017: 141; vgl. 96 ff.). Allerdings bedarf es einer genaueren Betrachtung, in welcher Weise genau – und wo nicht. Und wenngleich von Vertrauen in der Medizin oft und gerne gesprochen wird, so fehlt in Standardlehrbüchern der Medizinethik (des Faches ‚Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin‘) meistens schon der Begriff im Stichwortverzeichnis (so in Bruchhausen und Schott 2008; Riha 2008; Noack et al. 2007; Schulz et al. 2006; Wiesemann und Biller-Andorno 2005; ausführlich allerdings in Maio 2012).

Zunächst stellt sich dabei die Frage nach der grundsätzlichen **Basis**, aufgrund der Entscheidungen – mit welcher Sicherheit – getroffen werden (können). Und schnell wird klar, daß es weit weniger Grund gibt, überhaupt vertrauen zu können, als oftmals angenommen wird. Die Unkenntnis der Patienten (und auch einiger Ärzte) darüber, wie komplex die Medizin ist, ist immens.

Und die Ärzteschaft unternimmt keine Versuche, daran etwas zu ändern, weil es natürlich eigene Unsicherheiten aufdecken würde. Die Weltärzteschaft geht dabei noch wesentlich kritischer (offener) mit diesen Unsicherheiten um als der einzelne Arzt (was die Umsetzung des unsicheren Weltwissens angeht).

Dabei sind Patienten darauf angewiesen, ihrem Arzt – in gewisser, noch zu spezifizierender Weise – vertrauen zu können (weil sie vertrauen müssen). Der Kern des Problems ist, daß der **Spielraum des Entscheidens** in vielen Fällen doch mehr oder weniger groß ist, daß ‚Behandeln nach Vorschrift‘ und damit (nur eine gewisse) ‚Verlässlichkeit‘ zu wenig sind, um zu einer optimalen Behandlung zu gelangen. Ärzte müssen ein wirkliches Interesse am Wohlergehen ihrer Patienten haben, sie müssen sich wirklich einsetzen. Das aber kann man nicht festlegen (‚kodifizieren‘), womit Patienten auf das (Wohl-) Wollen – eine ethische Haltung – ihres Arztes angewiesen sind. Aus diesem Grunde ist Vertrauen – auch oder vor allem in der Medizin – zunächst einmal kritisch zu betrachten, und zwar aus Gründen, die schon zu einer Zurückweisung eines alten Paternalismus geführt haben. Nur Transparenz, eine Offenlegung der Entscheidungshintergründe, können als Basis für Vertrauen (-Können) und Paternalismus dienen. Und in diesem Sinne sind auch ärztliche Gespräche zu führen, so ist die ärztliche Verantwortung zu verstehen. – Allerdings: Auch die Transparenz führt nicht dazu, daß der Patient wirklich entscheiden kann. Es bleibt Vertrauen-Müssen – im Zusammenspiel mit aufgeklärtem Paternalismus.

Auf den einzelnen Arzt bezogen kann sich auf diese Weise aus einem ‚ersten Eindruck‘ (Hartmanns „Blitzvertrauen“) – aus dem ein naives (dummes) Vertrauen wird, wenn es dabei bleibt – über ein reflektierendes Vertrauen letztlich so etwas wie ein (überprüftes und für verlässlich befundenes) blindes Vertrauen einstellen.

Entscheidend sind die Kriterien, nach denen Vertrauen entgegengebracht wird. Allerdings bleibt tatsächlich eine große Mehrheit der Menschen leider – aus unterschiedlichen Gründen – beim naiven Vertrauen stehen.

Ebenen des Vertrauens zwischen Arzt und Patient

Es sei zunächst noch einmal erwähnt, daß es sich bei professionellen (asymmetrischen) Verhältnissen meistens um Vertrauen-Müssen in nur eine Richtung handelt – der Patient muß primär seinem Arzt (und dem System dahinter) vertrauen. Oder eben nicht.

Zu Beginn einer Arzt-Patient-Beziehung stehen dem Patienten dabei – auf den beiden relevanten Ebenen: System und behandelnder Arzt – sehr unterschiedliche ‚Hintergründe‘ zur Verfügung.

- Zum einen schon vor dem Arztbesuch ein gewisses **Systemvertrauen** – in diesem Land, in dieses Gesundheitssystem und mit der Erwartung, daß die Erkenntnisse der Weltärzteschaft theoretisch anerkannt und berücksichtigt werden (als grundsätzliche Systemkompetenz). Dabei handelt es sich um Vertrauen im Sinne von Sich-verlassen-Auf – oder bereits um irgendwie schon blindes Vertrauen, weil man die Richtigkeiten nicht überprüfen *kann*. Die Prüfung müssen andere übernommen *haben* (und darauf vertraut man).

- Der zweite Aspekt betrifft den einzelnen Arzt, von dem zunächst nur ein erster Eindruck gewonnen werden kann. Möglicherweise entsteht ein oberflächliches, ungeprüftes „Blitzvertrauen“ (Hartmann), am ehesten im Sinne von **Sympathie**. Die aber ist wahrscheinlich schon eine wichtige Voraussetzung, um sich – auch je nach Schwere der geplanten Maßnahme – auf das ‚Sich-verlassen-Auf‘ überhaupt einzulassen.

Im nächsten Schritt erfolgt die ‚Überprüfung‘ der Kriterien, anhand derer Vertrauen ausgesprochen werden kann (sollte) oder nicht. Wenig überprüfbar ist dabei das System im Hintergrund. Der einzelne Arzt jedoch muß sich das Vertrauen des Patienten erst ‚erarbeiten‘, wobei für die fachliche und die persönliche Vertrauenswürdigkeit – die parallel entstehen (können) – unterschiedliche Kriterien angewandt werden. Voraussetzung für die – ohnehin nur in sehr begrenztem Rahmen mögliche – ‚fachliche Beurteilung‘ sind Offenheit und **Transparenz**, die ja auch schon beim Paternalismus (4.5) eine grundlegende Rolle gespielt haben. Und auch hier stehen Begründungen und Erklärungen im Vordergrund, die als plausibel (überzeugend) und ausreichend angesehen werden können (oder nicht) – eine eigene Entscheidungskompetenz entsteht dadurch nicht (siehe 4.4 bis 4.6). Die mitunter großen Spielräume bei der Indikationsstellung müssen vom Arzt aufgezeigt werden – sie dokumentieren auf einfache Weise dessen ‚Bemühungen‘ (Haltung), wirklich nach besten Wissen und Gewissen gehandelt (vorgesprochen) zu haben (... auch wenn er fachlich dennoch letztlich für den Patienten entscheiden muß).

Ein letzter Schritt wäre eine noch größere Ehrlichkeit, verbunden mit einer aktiv gelebten **Fehlerkultur** (siehe aber 3.3 und bei der ‚Verantwortung‘ am Ende von 4.1) – die neben dem einzelnen Arzt tatsächlich in erster Linie vom System ausgehen sollte (vgl. auch Seifart 2013: 155 ff.). Denn: „Keiner kann jemandem vertrauen, der keine Fehler zugeben kann.“, so die Schauspielerin Claudia Michelsen im Film *Seitensprung* von 2014.

Erst so ist es dem Patienten zumindest theoretisch möglich, sein zunächst naives Vertrauen langsam in ein reflektiertes Vertrauen überführen zu können. Die meisten Patienten begeben sich allerdings wie erwähnt nicht auf diesen Weg.

Unterschiedliche Patienten

Erstaunlicherweise erfolgt bei Betrachtungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses in den seltensten Fällen eine Differenzierung der unterschiedlichen Patienten (in diesem Sinne schon 3.3). Bei rechtlichen Betrachtungen kann das – außer in Grenzbereichen – natürlich keine Rolle spielen. Aber bei ernsthaften medizinethischen Überlegungen, die immer die Verantwortung gegenüber Patienten einschließen müssen, sind auch die Möglichkeiten, Interessen und Realitäten der individuellen Patienten zu berücksichtigen. Steht bei Kompetenzfragen eher die Bildung im Vordergrund, so dürften beim Vertrauen eher persönlichkeitsstrukturelle Hintergründe relevant sein. Eine grobe Unterteilung ergibt mindestens schon eine Zweiteilung.

- **Naives Vertrauen** – ohne die Tendenz, dieses in reflektierendes überführen zu wollen – ist wahrscheinlich auf Bequemlichkeit, einer generellen (ebenfalls naiven) Autoritätsgläubigkeit und nicht zuletzt auf unrealistische Fernseherfahrungen zurückzuführen. Bei

unteren Bildungsschichten kommt im Zweifel hinzu, daß die Erklärungen nicht verstanden werden (was quasi zu ‚Zwangsvertrauenmüssen‘ führt).

- Ein Interesse an einem reflektierenden (**begründeten**) **Vertrauen** findet sich leider nur bei einer Minderheit der Patienten. Hier wird – wenn nicht schon am System (Medizin oder Wissenschaft) – an einer flächendeckenden Kompetenz sämtlicher Ärzte gezweifelt, was die ‚Beweisführung‘ im jedem Einzelfall erfordert. Der Arzt muß dabei den Beweis erbringen, die Weltärzterkenntnis umsetzen zu können.

Grundsätzlich erschwerend kommt hinzu, daß als Basis für die Entscheidung (Vertrauen oder nicht) oftmals praktische Fertigkeiten (Blutabnehmen) den theoretischen vorgezogen werden (auch wegen der leichteren Überprüfbarkeit). Die Souveränität des Arztes bezieht sich so oft nicht auf die fachlich-theoretische, sondern die manuelle ‚Kompetenz‘.

Institutionen im Hintergrund

Vertrauen in die Institutionen im Hintergrund verschafft dem einzelnen Arzt einen immensen Vertrauensvorschuß, viele ‚Garantien‘ werden letztlich vom Medizinsystem gegeben. Dazu gehören neben der für Vertrauensfragen erheblichen Schweigepflicht weitere Haltungsfragen, die als selbstverständlich – weil verbunden mit dem System – vorausgesetzt werden; nicht zuletzt natürlich die fachliche Seite. Insgesamt kann so von einem ‚Wohlwollen im System‘ ausgegangen werden, das quasi ‚vorgarantiert‘ wird. Erst dann kommen Umsetzungen im Rahmen des ärztlichen Spielraumes (‚echte Alternativen‘) zum Tragen.

‚Die Wissenschaft‘ steht hier noch einen Schritt weiter im Hintergrund. Wenn sich die Medizin als (natur-) wissenschaftlich fundiert versteht, dann hängt ihre Verlässlichkeit natürlich zuvorderst von der Verlässlichkeit von Wissenschaft generell ab. Die Medizin ist zu einem Teil abhängig vom Vertrauen in ‚die Wissenschaft‘. Auch eine mögliche ‚Objektivierbarkeit von Krankheit‘ (und die Kritik daran) findet ihre Ursachen in grundsätzlichen wissenschaftstheoretischen Überlegungen.

Das ‚Weltärztesystem‘ als – nicht einmal lokalisierte – Fachkompetenz nach heutigem ‚Stand der Dinge‘ garantiert die fachliche Basis. Darüber hinaus setzt sie auch allgemeine (zum Beispiel ethische) Standards, die – zum Teil bis in die Antike zurückreichend – ebenfalls vorausgesetzt werden können. Auch Kontrollen und Diskussionen innerhalb der Ärztegemeinschaft helfen beim ‚Vertrauen-Können‘ in ein ansonsten eher abstraktes (und für Außenstehende praktisch nicht zu durchschauendes) System. Damit aber übernimmt das ‚Weltärztesystem‘ die fundamental wichtige vertrauensbildende Maßnahme der Wissenschaften: Mißtrauen. Je näher man allerdings dem einzelnen Arzt kommt, desto weniger spielt genau das eine Rolle (was fehlendes Vertrauen dort tatsächlich rechtfertigt).

Das Gesundheitssystem eines jeden Landes steht auf einem anderen Blatt. Und neben dem Einzelarzt stellen sich auch hier Fragen der Umsetzung des ‚Weltärzteswissens‘. Symptom dieses

Problems sind die Diskussionen über die zahlreichen deutschen Krankenhäuser, in denen Patienten zum Teil nachweislich schlechter versorgt werden, weil die Kompetenz fehlt (wie z.B. eine Studie des Bundesgesundheitsministeriums [2023] für Schlaganfälle und Brustkrebs zeigt). Erschütternd sind auch die mittlerweile zahlreichen Meldungen, daß bestimmte Maßnahmen an Krankenhäusern lieber durchgeführt werden, weil sie sich finanziell eher lohnen, Kaiserschnitte zum Beispiel. Wie soll eine Patientin einer Aussage – ein Kaiserschnitt sei vonnöten – überhaupt (ver)trauen können. Solcherlei Praktiken erschüttern ganz grundsätzlich das Vertrauen, und zwar weniger das des einzelnen Arztes (der sich im Zweifelsfall noch erklären könnte), sondern eher in die Institution der Ärzteschaft.

Vertrauen in den einzelnen Arzt

Aus verschiedenen Gründen ist die Beziehung eines Patienten zu seinem Arzt eine besondere. Die Art des Hilfesuchts erfordert es ohnehin, daß der Patient nicht nur intime Details über sich – seinen Körper, seine Empfindungen (allgemein Psyche) – preisgeben muß. Oftmals schließt das zudem ein, daß auch noch Ausschnitte oder der gesamte Körper unbekleidet betrachtet wird. Es gibt wohl nur wenige Gebiete, in denen man so fremd so intim wird, wo neben die seelische auch noch die körperliche Nacktheit tritt. Die Gründe für das Zulassen dieser ‚Offenheit‘ dürften zum einen im System ‚vertrauen‘ liegen, also der Garantie, daß das Ziel das gemeinsame Wohl ist, bei dem sich zudem – systemisch und rechtlich – auf die Verschwiegenheit verlassen werden kann. Eine gewisse Grundsympathie dem Arzt gegenüber dürfte allerdings mindestens förderlich, wenn nicht erforderlich sein. Dennoch sei das Ganze erklärungsbedürftig (Maio 2023: 111). Grundsätzlich („kollektiv“) werde davon ausgegangen, „dass die Ärzteschaft als solche im Sinne ihres Professionsstatus [als ‚sozial ausgerichtete Disziplin‘, ebd.: 120] ein vorgängiges Versprechen gibt, nämlich das Versprechen, das eigene Können und Wissen in den Dienst der Hilfe für andere zu stellen und somit das Wohl des Patienten als absolutes Primat zu sehen“ (ebd.: 111).

Dessenungeachtet sei aber mit den beiden großen Hindernisse begonnen, die ein Vertrauen in den einzelnen Arzt nicht grundsätzlich – oder eher: zunächst grundsätzlich nicht – rechtfertigen.

- Zuvorderst ist da die **Komplexität** der Thematik an sich (der Mensch, die Medizin) zu nennen. Bei viel Unsicherheit ist auch viel Vorsicht geboten. Gegenüber der Weltärzteschaft schon, die sich allerdings – ganz im Zeichen einer Wissenschaft – um kritische Transparenz bemüht und es so besehen weitgehend ehrlich meint.
- Das Problem der Komplexität betrifft auch den einzelnen Arzt und damit die Grenzen der Möglichkeiten einer Umsetzung des ‚Weltärzteswissens‘ in praktisches Handeln beim individuellen Patienten. Denn dem steht das zweite Hindernis entgegen, daß leider zu viele **Ärzte** zu **uninteressiert**, zu **unwissend**, zu **unengagiert** sind (und ‚gemeinsame Interessen‘ damit nur theoretisch reklamiert werden können).

‚Erster Eindruck‘. Zunächst profitiert der einzelne Arzt von den Institutionen im Hintergrund und der damit erwarteten Kompetenz. Was man als **‚Vorschußvertrauen‘** (oder eben

Vertrauensvorschuß) bezeichnen kann, läßt sich im Prinzip schon durch einen schlichten weißen Kittel erreichen. Erste eigene ‚Leistung‘ bringt der Arzt dann durch sein Auftreten, den ersten vermittelten Eindruck, gegebenenfalls durch Sympathie ein. Allerdings: „Blitzvertrauen kann nicht beanspruchen, eine gute Evidenz zu sein.“ (Hartmann 2020: 118) Schwierig wird es spätestens, „wenn Patienten besonders dann Vertrauen zu einer Ärztin oder einem Arzt fassen, wenn sie merken, dass ihnen mit Empathie begegnet wird“ (ebd.: 111).

Letztlich sind auch für die Fragen eines Entgegenbringens nichtfachlichen Vertrauens Kriterien erforderlich, also für die (zwischen-) menschliche Seite (wenngleich als ‚Sublimat‘ – oder als Begleiterscheinung – des fachlichen Vertrauen-Könnens). Als relevante Eigenschaft kommt an erster Stelle wahrscheinlich die Ehrlichkeit zum Tragen (dazu gehören auch Loyalität und Verlässlichkeit). Kompetenz ist schon angesprochen worden – begründet (ausgewiesen) unter anderem durch Offenheit und Transparenz.

Eine erhebliche Bedeutung dürften darüber hinaus auch geteilte Kritik und gemeinsame Überzeugungen (vgl. Vossenkühl 2010: 173) bezüglich bestimmter (möglichst, aber nicht erforderlichenfalls medizinrelevanter) Themen sein. Kommt man hier zu ähnlichen Schlüssen, kann sich Vertrauen leichter einstellen.

Insgesamt dürfte gelten, daß man ein einigermaßen stabiles Vertrauen auch bei kleineren Fehlertritten noch nicht verspielt haben dürfte. Sofern es bei der Ehrlichkeit bleibt (weshalb – auch – auf der Ebene weiter oben eine Fehlerkultur sehr hilfreich wäre).

Komplexität der Medizin. Eine neben der (unsicheren) Sympathie und der (häufig in ihrem Wert unterschätzten) Ehrlichkeit weitere wichtige Säule für die Möglichkeit des Entstehens von Vertrauen zwischen individuellem Arzt und Patient bildet die Art des Umgang mit den Komplexitäten und Unsicherheiten, die die Medizin grundsätzlich bestimmen.

Das anspruchsvolle Fach bringt es mit sich, stets engagiert und lebenslang nicht nur die aktuellen Entwicklungen zu verfolgen, sondern – zweitens – auch engagiert im jeweiligen Fall zu versuchen, die beste vorhandene Lösung zu finden (insbesondere ‚echte Alternativen‘). Aus diesem Bemühen heraus, die mittels offener und transparenter Erklärungen und Erläuterungen belegt werden müssen, kann sich beim Patienten ein (zunehmend) begründetes Vertrauen einstellen. Dabei handelt es sich um Spielräume, deren Nichtberücksichtigung zu einer suboptimalen Indikation führen können (insbesondere in der Krebstherapie zunehmend ein Thema). Insofern handelt es sich hierbei primär um ein medizinisches Problem, erst in zweiter Linie ein medizinethisches. Die schlichteste Basis zwischen Arzt und Patient ist das gemeinsame Interesse (immerhin wird grundsätzlich eine Richtung verfolgt). Aber. Letztlich sollte sich Vertrauen in den einzelnen Arzt an so etwas wie seinem Engagement entscheiden. An der Frage der möglichst optimalen Umsetzung des Weltärzteswissens für den individuellen Patienten. – Und ‚Engagement‘ bedeutet dabei nicht, sich ‚stets bemüht‘ zu haben, sondern echten Einsatz.

Wachsendes Vertrauen. Neben den ‚persönlichkeitsstrukturellen Begleiterscheinungen‘ (Arzt bleibt ehrlich und sympathisch) eines sich bildenden Vertrauens zwischen Arzt und Patient

kommt dem Umgang mit dem Fachlichen die entscheidende Bedeutung zu. Letzteres allerdings nur für den (kleinen) Teil der Patienten, die sich mit der Thematik überhaupt auseinandersetzen (wollen). Hier ist es möglich, daß ein zunächst naives Vertrauen aufgrund der Argumente des Arztes (Erklärungen und Begründungen) über ein verständiges, reflektierendes, begründendes schließlich in ein reflektiertes Vertrauen übergeht. Erst ‚am Ende‘ einer längere Wegstrecke kann auch so etwas wie ‚blindes Vertrauen‘ entstehen. ‚Blind‘ in dem Sinne, daß man die vorher sehenden Augen nach einer gewissen Zeit schließen kann, weil man sich auf eine gleichbleibende Zuverlässigkeit beim Arzt verlassen kann. Das Gefühl, das dieses Verlassen-Können-Auf begleitet, kann man wohl am ehesten als ‚Vertrauen‘ bezeichnen.

Dessenungeachtet ist aber davon auszugehen, daß die meisten Patienten nicht (niemals) ernsthaft werden beurteilen können, ob das Vertrauen in den Arzt berechtigt ist. Aus Gründen fehlender fachlicher Kompetenz, wegen allgemeiner ‚Bildungsferne‘, aus falscher Zuschreibung von Kompetenzen (Blutabnehmen) oder – sehr viel problematischer – aus den genannten Gründen des Nichtreflektierenwollens (Bequemlichkeit, Untertänigkeit usf.). In diesen Fällen bleibt natürlich auch das Mißtrauen blind. Und die Verantwortung liegt einmal mehr beim behandelnden Arzt (einschließlich erforderlichen Paternalismus').

Voraussetzungen und Kriterien für Vertrauen (in der Medizin)

Auf dem Weg zu einem (begründeten, aufgeklärten) ‚blinden‘ Vertrauen steht zu Beginn eine ‚gesunde‘ Vorsicht des Patienten, die sich aus der Komplexität der Thematik ergibt, oftmals verbunden mit suboptimalem Bemühen des Arztes, die wirklich beste Lösung zu finden (finden zu wollen). Einige Parameter bilden dann den Hintergrund für eine mögliche Entstehung von Vertrauen.

Wohlwollen und gemeinsame Interessen müssen dabei zunächst – zumindest als theoretische Forderung – immer unterstellt werden. Der Maßstab ist zum einen die Weltärzteschaft, der es nur um die bestmögliche Lösung für ein ‚medizinisches Problem‘ gehen kann. Für den einzelnen Arzt gilt nichts anderes. Allerdings untersteht er der Herausforderung, einen gewissen Einsatz zum Finden der optimalen Lösung leisten zu müssen. Wohlwollen und ein gemeinsames Interesse können damit grundsätzlich unterstellt werden – die Umsetzung unterliegt aber den genannten Schwierigkeiten (siehe 4.2).

Ein einseitiges Abhängigkeitsverhältnis

Eine für Vertrauensverhältnisse wichtige Eigenschaft ist die Reziprozität – Vertrauen muß sinnvollerweise für in beide Richtungen gültig angenommen werden (Endreß 2002: 19). Und auch im Verhältnis von Arzt und Patient gilt das grundsätzlich, so sollte auch der Arzt den Angaben des Patienten vertrauen können (der sich bei Mißachtung mitunter selbst schadet). Allerdings stehen doch ungleiche Abhängigkeiten im Vordergrund, die auch das Vertrauensverhältnis in eine einseitige Richtung verschieben: Primär muß der Patient dem Arzt vertrauen.

Asymmetrie des Vertrauensverhältnisses. Zunächst geht es dabei gar nicht um die Kompetenzunterschiede. Vielmehr ist ein Arzt einfach nicht wirklich (direkt) betroffen (trotz des unterstellten ‚gemeinsamen Interesses‘), und es zeigt sich eine eindeutige „Angewiesenheit des kranken Menschen auf die Hilfe des Arztes“ (Maio 2023: 122).

Fragen zur Kompetenzlücke zwischen Experten und Laien (die ‚klassische‘ Asymmetrie in Expertensystemen) kommen aber natürlich noch hinzu, und Vertrauen dient dabei genau als „Mechanismus der Überbrückung“ (Endreß 2002: 21) – noch ganz unabhängig von der Umsetzbarkeit im Einzelfall (durch den Arzt bei der bemühten Auswahl *und* der richtigen Anwendung auf den individuellen Patienten). – Nebenbei bemerkt sind auch das Vertrauen in Gott und das Grundvertrauen asymmetrisch.

Schwäche der eigenen ‚Expertise‘. Auf Seiten des Patienten kann man das noch etwas ausführen. Denn wenngleich für Anthony Giddens die „Hauptbedingung der Vertrauenserfordernisse“ im „Fehlen vollständiger Informationen“ liegt (Giddens 1995: 48), so gehen die Abhängigkeiten in der Medizin doch über ‚Wissen‘ hinaus. Auch bei vollständiger Information (im Sinne eines Verstehens der biomedizinischen und evidenzbasierten Hintergründe) scheitern Laien spätestens an der dritten Säule der wissenschaftlichen Basis in der Medizin: der erforderlichen Erfahrung und der Urteilskraft. „Um eine gute Expertise zu erhalten, muss man selbst schon ein guter Experte sein.“ (Hartmann 2020: 144) – Und diese Expertise läßt sich im Bereich der Erfahrung nicht auf die Schnelle erlangen.

Mißtrauen (Vorsicht) des Patienten

Mittlerweile dürften genügend Gründe angeführt worden sein, warum ein unkritisch entgegengebrachtes (naives) Vertrauen in der Medizin zwar weit verbreitet, aber nicht ratsam ist. Ein gesundes Mißtrauen in die Weltärzteschaft ist angebracht, wird aber – wie grundsätzlich in den Wissenschaften – von der jeweiligen kompetenten Gemeinschaft übernommen (mehr oder weniger mit Erfolg).

Eigenverantwortlich mißtrauen sollte man allerdings zunächst dem einzelnen Arztes und seinem Umfeld. Komplexität und manchmal die ‚Unlust‘, nach der wirklich besten Lösung zu suchen, rechtfertigen eine mißtrauische – oder mit den Worten Schmid ‚vorsichtige‘ – Haltung. Denn: „Misstrauen hat dort Sinn, wo es am Platz ist. Es ist dort am Platz, wo Vertrauen Dummheit wäre.“ (Schmid 2023: 38) Oder: „Im Alltag ergänzt eine *gesunde Skepsis* das Vertrauen...“ (ebd.: 39, Herv. i. Orig.). Insofern geht ‚Mißtrauen‘ vielleicht begrifflich zu weit, schafft aber den Bogen zur Möglichkeit des Vertrauens, indem die ‚gesunde Skepsis‘ Transparenz (einschließlich Erklärungen) einfordert, um wenigstens eine Grundlage fürs kritische Nachfragen zu haben.

Ein gewisses Anzeichen für unter Druck geratenes Vertrauen in die Medizin zeigt sich auch in den ‚in Mode‘ (und in Gesetze) gekommenen Zweitmeinungen. Man kann sie als hilfreiche Ergänzungen betrachten – letztlich sind sie Ausdruck der suboptimalen Vorschläge der Ärzte, die

eine Zweitmeinung im Grunde als echte Alternative hätten anbieten müssen. – Und weil das nicht oder zu wenig erfolgt, sind sie letztlich auch zu befürworten.

Ein weiteres Symptom – allerdings auch schlichtes Zeichen der Möglichkeiten – ist die Befragung des Internets. Sie steht vor allem für das Interesse der Patienten an Informationen und bietet eine weitere Basis für kritisches Nachfragen im Gespräch mit dem Arzt.

Grundlagen für ein begründetes Vertrauen

Damit man (blind) vertrauen *kann*, sind gute Kriterien erforderlich, anhand derer man als Patient – in fast völliger Unkenntnis der Materie – versuchen kann, die Vertrauenswürdigkeit eines Arztes zu beurteilen. Die **Transparenz** dürfte dabei (trotz einiger Kritik) als Basis (Voraussetzung) für Vertrauen geeignet sein. Sie besteht in gewisser Weise aus zwei Einzelkomponenten: Zum einen der **Ehrlichkeit** oder Aufrichtigkeit (da mischt sich am deutlichsten Vertrauen als Gefühl hinein), auch ‚ausweisbar‘ durch eine Fehlerkultur, und zum anderen die **Kompetenz** einschließlich der Begründungen und Erklärungen sowie – im Zusammenhang mit der Ehrlichkeit – die Kenntnisaufnahme und Kommunikation von Unsicherheiten und Grenzen.

Mit diesen Voraussetzungen sollte es möglich sein, einem ‚positiven Gefühl‘ und damit einem ersten ‚Blitzvertrauen‘ (Hartmann) im Laufe der Zeit und verstärkt durch kritisches Nachfragen ein begründetes, alsbald vielleicht blindes Vertrauen folgen zu lassen, das für zukünftige Entscheidungen damit akut-unkritischer angewandt werden kann. Aus einer Reihe engagiert ermittelter und gut begründeter Indikationsstellungen kann sich so – mehr bei einem (langjährigen) Hausarzt als bei einem (oftmals etwas beliebigen) Facharzt – ein Vertrauen einstellen, das seinen Namen verdient hat. Insgesamt natürlich ein wünschenswerter Zustand. Sich blind auf jemanden verlassen zu können.

Ehrlichkeit. Zwar verfehlt ein professionelles Verhältnis zwischen dem Patienten und seinem Arzt sein Ziel, wenn der Arzt zwar ehrlich ist, aber keine Ahnung von der Materie hat; natürlich erwartet der Patient von ‚seinem Doktor‘ kompetente Hilfe in medizinischen Fragen. Allerdings zerstört Unehrllichkeit ein fragiles und selbst ein ‚gestandenes‘ Vertrauensverhältnis deutlich schneller und tiefgreifender als – zudem ehrlich kommuniziertes – Nichtwissen bei einer bestimmten Frage oder in einem bestimmten Gebiet.

Dazu gehört auch, daß der Arzt seine Grenzen kennt und sie benennt. Und zwar bezüglich der Grenzen im ‚Weltärztebereich‘ ebenso wie im ganz persönlichen. Angemerkt sei allerdings, daß Patienten derzeit von solcherlei Bekenntnissen oftmals zunächst eher überrascht sein dürften, weil eben die allgemeine Meinung Unsicherheiten gar nicht zuläßt.

Glaubwürdigkeit verloren wird dennoch nicht so leicht, wenn man sich als Arzt irrt, oder wenn Fehler gemacht wurden, sondern dadurch, daß man nicht ehrlich damit umgeht und das nicht ehrlich kommuniziert. Patienten ist in solchen Fällen vielfach ein Eingeständnis und eventuell eine Entschuldigung wichtiger als eine konkrete Geldleistung. Denn Patienten wissen, daß Fehler passieren können und daß Ärzte auch nur Menschen sind.

Kompetenz. Erst in einem weiteren Schritt folgt der Ehrlichkeit (mit einer kommunizierten Trennung von Wissen und Nichtwissen) die Kompetenz des Arztes, die primär auf einer Frage der Umsetzungsfähigkeit des Weltärzteswissens auf den individuellen Patienten basiert.

Um überzeugend transparent sein zu können, müssen – vom Arzt – darüber hinaus auch die Hintergründe verstanden worden sein. Deutlich wird das in den zugehörigen Erklärungen, die auch die Unsicherheiten einschließen müssen. Wieviel ist unsicher, was bedeutet das für die anstehende Entscheidung? Wo fängt das Unsichere an, welche Alternativen eröffnen sich dadurch? Warum ist das immer noch ‚wissenschaftlich‘? Auch kommunizierte Unwissenheit kann dabei Pluspunkte auf dem Vertrauenskonto bedeuten. – Allerdings sollte man natürlich dennoch Lösungen anbieten.

Problematisch könnte hingegen sein, woran Patienten ärztliche Kompetenz eigentlich festmachen, was also ihre Kriterien für einen vermeintlich kompetenten Arzt sind. Die praktischen ‚Kompetenzen‘ des Blutabnehmens sind schon erwähnt worden. Ansonsten bleibt letztlich nur die Plausibilität der Erklärungen, für die sich ein Arzt Zeit nehmen sollte.

Dazu gehört auch das grundsätzliche Problem, daß Patienten sich von einem Bild aus den Medien (nicht zuletzt aus Fernsehserien) leiten lassen, in dem ein Medizinstudierter das gesamte Spektrum der operativen und nichtoperativen Medizin abdecken kann. Daraus resultieren im übrigen auch die falschen Vorstellungen über den ‚Wert‘ einer kleinen Notaufnahme ‚auf dem Land‘.

Insgesamt dürften viele Patienten die ärztliche Kompetenz sehr falsch einschätzen – was auf Patientenseite zu mehr (aber nicht berechtigtem) Vertrauen führt, auf Ärzteseite aber zu einem falschen Gefühl der Sicherheit (weil Inkompetenz nicht sanktioniert wird).

Transparenz. Oftmals wird davon ausgegangen, daß insbesondere dort nach Transparenz verlangt wird, wo Vertrauen ohnehin schon einen schweren Stand hat. Auf der anderen Seite paßt aber naives Vertrauen einfach nicht zu aufgeklärten (autonom agierenden) Menschen. Und um ein Vertrauen mit inhaltlicher Basis entstehen lassen zu können, sind nun einmal auch inhaltliche Erklärungen erforderlich. Naives Vertrauen hingegen ruft geradezu nach einer alten Form von Paternalismus, in der man den Entscheidungen anderer einfach (eben naiv) ausgesetzt ist.

Transparenz heute bedeutet, daß eine Meinung, ein Faktum alleine nicht mehr ausreicht, um jemanden ernsthaft in ein Gespräch einzubinden oder mit einigermaßen nachvollziehbaren Begründungen zu überzeugen. Es gibt zu viele Meinungen (nicht zuletzt im Internet), so daß das Hinzufügen einer weiteren Meinung wenig hilfreich ist. Für eine begründete Meinung ist also stets eine Erklärung erforderlich, ohne sie sind Meinungen wertlos (solange man nicht blind vertrauen kann).

Aber auch hier ist wieder die kritische Frage zu stellen, wie viele Patienten überhaupt Wert auf Transparenz legen, was sich mit der Überlegung deckt, ob Patienten (ernsthaft oder überhaupt) mitentscheiden möchten. Meiner Meinung nach müssen sie das aushalten. Naives Vertrauen und blinder Paternalismus können in einer Welt mündiger Bürger keine Annahmen der Medizin sein. Insofern führt an Transparenz kein Weg vorbei.

5.3 Schlußbetrachtungen

Es ist in dieser Arbeit hoffentlich deutlich geworden, daß der Autonomie des Patienten im Verlauf ihrer Geschichte eine so erhebliche Bedeutung beigemessen worden ist, daß die wichtigsten Teile ihrer Reichweite in Gesetze überführt worden sind (nicht zuletzt im ‚Patientenwillen‘). Es sollte aber auch klargeworden sein, daß von einer echten gemeinsamen Entscheidungsfindung (symmetrisch und auf Augenhöhe) nicht gesprochen werden kann, und daß die ‚Patientenautonomie‘, wie sie heute oftmals verstanden wird, nicht mehr als eine Illusion ist. – Daß viele Patienten gar nicht wirklich mitbestimmen *wollen*, steht auf einem anderen Blatt und ist bedauerlich zu nennen (mit – auch demokratiethoretisch – weitreichenden Implikationen).

Auf der anderen Seite ist auch die ärztliche Seite sehr kritisch beleuchtet worden. Fehlendes Interesse, unzureichende Kenntnisse, mangelhafte Bereitschaft bei einzelnen Ärzten haben unter anderem den Ruf nach ‚mehr Patientenautonomie‘ – auch bei inhaltlichen Fragen – auf den Plan gerufen. Allerdings ist diese nicht geeignet, um Ärzte darauf hinzuweisen, daß sie ihren Job anständig zu machen haben. Das muß die Ärzteschaft selbst hinbekommen. Eine fehlende – ernsthafte – Fehlerkultur, verbunden mit Schwierigkeiten bei der Verantwortungszuschreibung kommen noch hinzu. Dabei kann die Suche nach einer Lösung nur bei der **Haltung** der Ärzteschaft, bei der Haltung des einzelnen Arztes ihren Anfang nehmen.

Vertrauen und aufgeklärter Paternalismus

Haltung und Verantwortung sind dann auch die essentiellen Voraussetzungen, um so etwas wie **Vertrauen** auf Patientenseite entstehen lassen zu können. Und Vertrauen ist erforderlich in einer Wissenschaft, die nicht nur handeln muß, sondern deren Handeln auch von erheblichen Unsicherheiten begleitet ist. Ohne das Verlassen-Können auf die langjährige Erfahrung, die Urteilskraft des behandelnden Arztes ist diese Kluft nicht zu überbrücken.

Aus der ärztlichen Verantwortung heraus ergibt sich automatisch die Verpflichtung, dem Patienten die für ihn augenscheinlich beste mögliche präventive oder therapeutische Maßnahme nicht nur anzubieten, sondern auch zu versuchen, ihn zu überzeugen, dieser zuzustimmen, wenn der Arzt selbst überzeugt ist. Das ist Paternalismus.

Durch einen aufgeklärten Paternalismus mit plausiblen Erklärungen bekommt der Patient auch die Möglichkeit, sein zunächst naives Vertrauen langsam in ein reflektiertes Vertrauen überführen zu können. Denn wenngleich auch Erklärungen nicht wirklich beurteilt werden können, so sind sie doch besser überprüfbar als schlichte ‚Fakten‘.

Ärztliches Gespräch und Vertrauen

Als Ergebnis kann zunächst nur die Forderung nach einer (berufs-) angemessenen **Haltung** des Arztes gestellt werden. Weil die Möglichkeiten der Patienten nur sehr begrenzt sind, ist sie die Grundlage für alle weiteren Verbesserungen im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Dem wiederum sollte ein **paternalistisch-deliberatives ärztliches Gespräch** zugrunde liegen, das von der Notwendigkeit einer unrealistischen Entscheidungsfindung auf Patientenseite befreit worden ist und Raum für eine echte Informierung bietet. Natürlich müssen Alternativen angeboten werden, und bei induzierbaren Alternativen können Patienten auch bei der Entscheidung großzügig mit einbezogen werden. Vielleicht kann man insgesamt von paternalistisch in der Sache (medizinische Verantwortung) und deliberativ im Stil (Respekt vor dem Patienten) sprechen.

Eine weitere Forderung wäre, daß die Medizin sich ihrer unsicheren Realität stellen und diese auch kommunizieren muß. Daraus sollte automatisch eine sehr viel kritische Haltung des einzelnen Arztes entstehen. Ein leider weitverbreitetes Problem unter Ärzten ist fehlende Kritikfähigkeit, womit auch Fehleinschätzungen bezüglich der eigenen (auch Fach-) Grenzen einhergehen. Auf Seiten der Ärzteschaft resultiert daraus unter anderem das doch befremdliche Fehlen einer echten Fehlerkultur.

Erst als Ergebnis sollte sich dann (wieder) das **Vertrauen** einstellen, das so wichtig für das Arzt-Patienten-Verhältnis ist. Überzeugende Erklärungen und das Verlassen-Können auf das Erfahrungswissen eines Arztes, der damit die Lücke bei den Unsicherheiten zu schließen vermag.

Insgesamt steht nicht weniger als das ganz persönliche Kernverhältnis zwischen Arzt und Patient auf dem Spiel. Daß es noch nicht gänzlich verspielt worden ist, liegt auch am erheblichen Abhängigkeitsverhältnis von Patienten in gesundheitlichen Fragen. Dabei geht für alle beteiligten Seiten unwahrscheinlich viel verloren, wenn (gegenseitiges) Mißtrauen die Oberhand gewinnt. Und letztlich sollte das gemeinsame Interesse am Wohlergehen des Patienten – die Existenzberechtigung für den ärztlichen Beruf – doch eine gute Grundlage liefern, damit alle Beteiligten am gleichen Strang ziehen.

Paternalismus und Liberalismus

Wenn man dem Menschen grundsätzlich nicht so viel zutraut (wie er sich selbst oft zutraut), dann liegt die Forderung nach ‚mehr Paternalismus‘ natürlich nahe. Wenn man aber auch den Paternalisten nicht so viel zutraut (wie sie sich erst recht zutrauen), dann ist plötzlich wieder sehr viel Platz für Liberalismus und Autonomie und für den Wunsch, sich im Zweifel doch selbst irren zu dürfen...

6 Literatur

- Achenbach, Gerd B. (2023): Vom Vertrauen in ärztlicher Praxis. In: Maio, Giovanni (Hrsg.): Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz. Freiburg: Herder. S. 41-62.
- Ackermann, Ulrike (2010): Das Experiment des Lebens. John Stuart Mills ‚Über die Freiheit‘. In: Bohrer, Karl Heinz und Kurt Scheel (Hrsg.): „Ideen zu einem Versuch die Grenzen der Wirksamkeit des Staates zu bestimmen.“ Über Freiheit und Paternalismus. Sonderheft Merkur. Deutsche Zeitschrift für europäisches Denken. Berlin: Klett-Cotta, S. 815-828.
- Akabayashi A, Nakazawa E (2022): Autonomy in Japan: What does it Look Like? Asian Bioeth Rev. 14(4): 317-336. doi: 10.1007/s41649-022-00213-6. PMID: 36203709; PMCID: PMC9530074.
- Aktipis CA et al. (2015): Cancer across the tree of life: cooperation and cheating in multicellularity. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.; 370(1673): 20140219. doi: 10.1098/rstb.2014.0219. PMID: 26056363; PMCID: PMC4581024.
- Ames BN et al. (1981): Uric acid provides an antioxidant defense in humans against oxidant- and radical-caused aging and cancer: a hypothesis. Proc Natl Acad Sci U S A. 78(11): 6858-62. doi: 10.1073/pnas.78.11.6858. PMID: 6947260; PMCID: PMC349151.
- Anschütz, Felix (1982): Indikation zum ärztlichen Handeln. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Approbationsordnung für Ärzte (2002). URL: https://www.gesetze-im-internet.de/_appro_2002/BJNR240500002.html (zuletzt aufgerufen am 07. Okt. 2024).
- Ärztezeitung (2017): Kardiologen: Partizipative Entscheidungsfindung soll Leitlinien-Medizin weiter individualisieren. URL: <https://www.aerztezeitung.de/Medizin/Partizipative-Entscheidungsfindung-soll-Leitlinien-Medizin-weiter-individualisieren-301144.html> (zuletzt aufgerufen am 07. Okt. 2024).
- Assadi, Galia (2021): Jenseits von Autonomie und Paternalismus. Macht- und Wissensstrukturen im Bereich der Medizin. in: Friedrich, Orsolya und Claudia Bozzaro (Hrsg.): Philosophie der Medizin. Paderborn: Brill mentis, S. 359-379.
- Bauer, Joachim (2023): Vertrauen. Wachstums- und Überlebensfaktor für Psyche und Körper. In: Maio, Giovanni (Hrsg.): Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz. Freiburg: Herder. S. 7-26.
- Beauchamp, Tom L. und James F. Childress (2009 [1977]): Principles of Biomedical Ethics. 6. Aufl. New York / Oxford: Oxford University Press.
- Bechmann, Sascha (2014): Medizinische Kommunikation. Grundlagen der ärztlichen Gesprächsführung. Tübingen: Francke (UTB).
- Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Beck, Ulrich (1993): Die Erfindung des Politischen. Zu einer Theorie reflexiver Modernisierung. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Berlin, Isaiah (2006 [Engl. Orig. 1969]): Freiheit. Vier Versuche. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bieber C et al. (2016): Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) – Patient und Arzt als Team. Psychother Psychosom Med Psychol. 66(5): 195-207. doi: 10.1055/s-0042-105277.
- Binkhoff, Theresa und Holm Schneider (2013): „Kunstfehler“ in der Schwangerenberatung? Eine Analyse von Erfahrungsberichten zur Pränataldiagnose Trisomie 21. In: Frewer, Andreas, Kurt W. Schmidt und Lutz Bergemann (Hrsg.): Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Birnbacher, Dieter (2003): Analytische Einführung in die Ethik. Berlin: de Gruyter.
- Birnbacher, Dieter (2018): Das ärztliche Ethos im Spannungsfeld von ärztlichem Urteil, Recht und Erwartungen der Öffentlichkeit. In: Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.): Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen. Freiburg / München: Karl Alber. S. 215-237.
- Blackburn, Simon (2005 [1994]): Oxford Dictionary of Philosophy. Oxford: Oxford University Press.
- Blair L, Légaré F (2015): Is Shared Decision Making a Utopian Dream or an Achievable Goal? Patient. 8(6): 471-6. doi: 10.1007/s40271-015-0117-0. PMID: 25680338.
- Blumenberg, Hans (2007 [1975]): Theorie der Unbegrifflichkeit. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Boghossian, Paul (2013 [Engl. Orig. 2006]): Angst vor der Wahrheit. Ein Plädoyer gegen Relativismus und Konstruktivismus. Berlin: Suhrkamp.

- Böhle, Fritz (2023): Erfahrungsbasiertes Vertrauen. Über die Herstellung von Gewissheit jenseits des Berechenbaren. In: Maio, Giovanni (Hrsg.): Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz. Freiburg: Herder. S. 175-209.
- Bohrer, Karl Heinz und Kurt Scheel (Hrsg.) (2010): „Ideen zu einem Versuch die Grenzen der Wirksamkeit des Staates zu bestimmen.“ Über Freiheit und Paternalismus. Sonderheft Merkur. Deutsche Zeitschrift für europäisches Denken. Berlin: Klett-Cotta.
- Boorse, Christopher (2012 [1977]): Gesundheit als theoretischer Begriff. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp. S. 63-110.
- Borck, Cornelius (2018): Schiffbruch auf dem Datenozean medizinischer Information. Die Präzisionsmedizin der Zukunft, die Effizienz der modernen Medizin und das vergessene Können Heilkundiger. In: Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.). Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen. Freiburg / München: Alber. S. 57-78.
- Borck, Cornelius (2021a): Wirksame Medizin – Eine Historische Epistemologie der evidenzbasierten Medizin als Ausgangsort für Medizinphilosophie. In: Friedrich, Orsolya und Claudai Bozzaro (Hrsg.): Philosophie der Medizin. Paderborn: Brill mentis. Seite 87-108.
- Borck, Cornelius (2021b): Medizinphilosophie zur Einführung. Hamburg: Junius.
- Bregman, Rutger (2020 [Niederländ. Orig. 2019]): Im Grunde gut. Eine neue Geschichte der Menschheit. Hamburg: Rowohlt.
- Bruchhausen, Walter und Heinz Schott (2008): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht (UTB).
- Buchanan, Allen E. und Dan W. Brock (1990): Deciding for others: The ethics of surrogate decision making. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bundesärztekammer (2019): Wissenschaftlichkeit als konstitutionelles Element des Arztberufes. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/WB/Stellungnahme_Wissenschaftlichkeit.pdf (zuletzt aufgerufen am 07. Okt. 2024).
- Bundesärztekammer (2024a): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Recht/Musterberufsordnung-AE_09.05.2024.pdf (zuletzt aufgerufen am 07. Okt. 2024).
- Bundesärztekammer (2024b): Weltärztebund. Deklaration von Genf. Das ärztliche Gelöbnis. URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Internationales/Bundesaerztekammer_Deklaration_von_Genf_04.pdf (zuletzt aufgerufen am 07. Okt. 2024).
- Bundesgerichtshof (2005): Urteil vom 15. März 2005 – VI ZR 313/03 – OLG Nürnberg – LG Nürnberg-Fürth. URL: <http://juris.bundesgerichtshof.de/cgi-bin/rechtsprechung/document.py?Gericht=bgh&Art=en&nr=32540&pos=0&anz=1> (zuletzt aufgerufen am 07. Okt. 2024).
- Bundesgesundheitsministerium (2023): Fünfte Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Verbesserung von Qualität und Sicherheit der Gesundheitsversorgung Potenzialanalyse anhand exemplarischer Erkrankungen. URL: www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/potenzialanalyse-krankenhausreform (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (2024): URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Buselmeier, Werner und Joana Haussig (2018): Biologie für Mediziner. 14. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Caldwell HK (2017): Oxytocin and Vasopressin: Powerful Regulators of Social Behavior. *Neuroscientist*. 23(5): 517-528. doi: 10.1177/1073858417708284. PMID: 28492104.
- Camus, Albert (1999 [1942]): Der Mythos des Sisyphos. Deutsch und mit einem Nachwort von Vincent von Wroblewsky. Hamburg: Rowohlt.
- Chalmers, Alan F. (1999 [Engl. Orig. 1990]): Grenzen der Wissenschaft. Herausgegeben und übersetzt von Niels Bergemann und Christine Altstötter-Gleich. Heidelberg: Springer.
- Chalmers, Alan F. (2001 [Engl. Orig. 1976]): Wege der Wissenschaft. Einführung in die Wissenschaftstheorie. Herausgegeben und übersetzt von Niels Bergemann und Christine Altstötter-Gleich. Heidelberg: Springer.

- Charles C et al. (1997) : Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 44(5): 681-92. doi: 10.1016/s0277-9536(96)00221-3. PMID: 9032835.
- Christman, John Philip (Hrsg.) (1989): *The Inner citadel: essays on individual autonomy.* New York: Oxford University Press.
- Christman; John (2023 [2022]): *Positive Freedom.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Cisek P, Hayden BY (2022). Neuroscience needs evolution. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 377(1844): 20200518. doi: 10.1098/rstb.2020.0518. PMID: 34957841; PMCID: PMC8710875.
- Craig, Edward (Hrsg.) (1998): *Routledge Encyclopedia of Philosophy.* Vol. 7. London, New York: Routledge.
- Darwin, Charles (2006 [Engl. Orig. 1859]): *On the Origin of Species by Means of Natural Selection or The Preservation of Favoured Races in the Struggle for Life.* Introduction to the Dover Edition by Michael T. Ghiselin. Mineola, New York: Dover.
- Darwin, Charles (2011 [Engl. Orig. 1859]): *Die Entstehung der Arten.* Aus dem Englischen von J. Victor Carus. Hamburg: Nikol.
- de Waal, Frans (2006): *Primates and Philosophers. How Morality evolved.* Princeton: Princeton University Press.
- Dettmeyer, Reinhard (2006): *Medizin & Recht. Rechtliche Sicherheit für den Arzt.* 2. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Deutscher Bundestag (2012): *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten.* Drucksache 17/10488. URL: <https://dserver.bundestag.de/btd/17/104/1710488.pdf> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Deutscher Bundestag (2021): *Evidenzbasierte Medizin.* URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/856284/9a27308d728eb41b4d7053ae4d704eb4/WD-9-021-21-pdf-data.pdf> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Devlin, Patrick (1962): *Law, Democracy, and Morality.* *University of Pennsylvania Law Review* 110: 635-649.
- Dierks C., Graf-Baumann T., Lenard HG. (Hrsg.) (1995): *Therapieverweigerung bei Kindern und Jugendlichen.* MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Dietz, Karl-Martin (2013): *Die Entdeckung der Autonomie bei den Griechen.* In: *Forum Classicum.* 4/2013, S. 256. URL: <http://www.altphilologenverband.de/forumclassicum/pdf/FC2013-4.pdf> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Dinges, M. (2013): *Aufstieg und Fall des ‚Halbgottes in Weiß‘? Gesellschaftliches Ansehen und Selbstverständnis von Ärzten (1800-2010).* In: *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* 31. S. 145-162.
- Dobzhansky, Theodosius (1973): *Nothing in Biology Makes Sense Except in the Light of Evolution.* *The American Biology Teacher*, Vol. 35, No. 3, pp. 125-129.
- Dörries, Andrea und Volker Lipp (2015): *Vorwort.* In: Dörries, Andrea und Volker Lipp (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Dörries, Andrea und Volker Lipp (Hrsg.) (2015): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis.* Stuttgart: Kohlhammer.
- Drerup, Johannes (2013): *Paternalismus, Perfektionismus und die Grenzen der Freiheit.* Paderborn: Ferdinand Schöningh.
- Duden (2024): *Paternalismus.* URL: <https://www.duden.de/rechtschreibung/Paternalismus> (zuletzt aufgerufen am 7. Oktober 2024).
- Duttge, Gunnar (2013): *Fehler im Patientenrechtgesetz. Juristische und ethische Probleme der Neuregelung.* In: Frewer, Andreas, Kurt W. Schmidt und Lutz Bergemann (Hrsg.): *Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte.* Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 135-151.
- Duttge, Gunnar (2023): *Vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung durch das Recht?* In: Maio, Giovanni (Hrsg.): *Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz.* Freiburg: Herder. S. 261-286.
- Düwell, Marcus, Christoph Hübenenthal und Micha H. Werner (Hrsg.) (2006 [2002]): *Handbuch Ethik.* 2. Aufl. Stuttgart / Weimar: J. B. Metzler.
- Dworkin, Gerald (1971): *Paternalism.* In: *Wasserstrom*, 107-126. URL: https://web.uncg.edu/dcl/courses/vice-Crime/m2/Dworkin_Paternalism.html (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Dworkin, Gerald (1988): *The Theory and Practice of Autonomy.* Cambridge: Cambridge University Press.

- Dworkin, Gerald (1998): Paternalism. In: Craig, Edward (Hrsg.): Routledge Encyclopedia of Philosophy. Vol. 7. London, New York: Routledge. S. 939-942.
- Eckart, Wolfgang U. (2005 [1990]): Geschichte der Medizin. 5. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Eckart, Wolfgang U. (2021 [1990]): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. 9. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Edwards, Adrian und Elwyn Glyn (2001): Evidence-based Patient Choice. Inevitable or Impossible? Oxford: Oxford University Press.
- Ellscheid, Günter (2010): Das Paternalismusproblem im System der Kant'schen Moralphilosophie. In: Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer. S. 182-205.
- Elwyn G. et al. (2012): Shared decision making: a model for clinical practice. *J Gen Intern Med.* 27(10): 1361-7. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6. PMID: 22618581; PMCID: PMC3445676.
- Elwyn G. et al. (2017). A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process. *BMJ.* 359: j4891. doi: 10.1136/bmj.j4891. PMID: 29109079; PMCID: PMC5683042.
- Endreß, Martin (2002): Vertrauen. Bielefeld: Transcript.
- Endreß, Martin (2023): Verletzlichkeit, Sensibilität und der Wert des Vertrauen. In: Maio, Giovanni (Hrsg.): Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz. Freiburg: Herder. S. 211-233.
- Engelhardt, Dietrich von (2019): Ärztliche Schweigepflicht aus historischer und ethisch-rechtlicher Sicht. *Wien: Imago Hominis*, Bd. 26, Heft 2. S. 47-56.
- Erikson, Erik H. (1966 [Engl. Orig. 1959]): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Erikson, Erik Homburger (1950): *Childhood and Society*. New York: W.W. Norton and Company Inc.
- Evans, Dylan (2019): *Emotion. A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Faden, Ruth R. und Tom L. Beauchamp (in collaboration with Nancy M. P. King) (1986): *A History and Theory of Informed Consent*. New York / Oxford: Oxford University Press.
- Fangerau, Heiner (2007): Ärztliche Identität. In: Noack, Thorsten, Heiner Fangerau und Jörg Vögele: *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier. S. 17-26.
- Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.) (2010): *Grenzen des Paternalismus*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Feinberg, Joel (1986): *Harm to Self. The Moral Limits of the Criminal Law*. Oxford.
- Feinberg, Joel (1989): *Autonomy*. In John Philip Christman (Hrsg.): *The Inner Citadel: essays on individual autonomy*. New York: Oxford University Press. S. 27-53.
- Fischer, Alexander (2017): *Manipulation. Zur Theorie und Ethik einer Form der Beeinflussung*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Fleck, Ludwik (1980 [1935]): *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlichen Tatsache. Einführung in die Lehre vom Denkstil und Denkkollektiv*. Mit einer Einleitung herausgegeben von Lothar Schäfer und Thomas Schnelle. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1981 [Franz. Orig. 1969]): *Archäologie des Wissens*. Übersetzt von Ulrich Köppen. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1992 [Franz. Orig. 1990]): *Was ist Kritik? Aus dem Französischen von Walter Seitter*. Berlin: Merve.
- Foucault, Michel (2002 [Franz. Orig. 1963]): *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. Aus dem Französischen von Walter Seitter. München: Fischer.
- Franchini LF, Pollard KS (2017). Human evolution: the non-coding revolution. *BMC Biol.* 15(1): 89. doi: 10.1186/s12915-017-0428-9. PMID: 28969617; PMCID: PMC5625771.
- Frankfurt, Harry G. (1988): *The importance of what we care about. Philosophical essays*. Cambridge.
- Frankfurt, Harry G. (2001 [Engl. Orig. 1971]): Willensfreiheit und der Begriff der Person. In: Frankfurt, Harry G. *Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte*. Herausgegeben von Monika Betzler und Barbara Guckes. Berlin: Akademie Verlag. S. 65-83.
- Frankfurt, Harry G. (2001): *Freiheit und Selbstbestimmung. Ausgewählte Texte*. Herausgegeben von Monika Betzler und Barbara Guckes. Berlin: Akademie Verlag.
- Frevert, Ute (2013): *Vertrauensfragen. Eine Obsession der Moderne*. München: C. H. Beck.

- Frewer, Andreas, Kurt W. Schmidt und Lutz Bergemann (Hrsg.) (2013): Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte. Würzburg: Königshausen & Neumann.
- Friedrich, Orsolya und Claudai Bozzaro (Hrsg.) (2021): Philosophie der Medizin. Paderborn: Brill mentis.
- Fromm (2023), Rechtskanzlei. URL: https://www.fmp-recht.de/neues/arztrecht_medizinrecht/bedeutung_und_auswirkung_der_%C3%A4rztlichen_schweigepflicht (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Fromm, Erich (2021 [Engl. Orig. 1941]): Die Furcht vor der Freiheit. München: dtv.
- Frömmer, Jörg (2018): Der unklare Methodenbegriff in der ärztlichen Fallarbeit. In: Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.): Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen. Freiburg / München: Karl Alber. S. 196-211.
- Fuchs, Thomas (2023): Vertrautheit und Vertrauen. Zur affektiven Grundlage gemeinsamer Realität. In: Maio, Giovanni (Hrsg.): Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz. Freiburg: Herder. S. 63-85.
- Gahl, Klaus (2015): Zur Geschichte des Begriffs der medizinischen Indikation. In: Dörries, Andrea und Volker Lipp (Hrsg.): Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. S. 24-35.
- Garnett, Michael (2023): Unity and Disunity in the Positive Tradition. In: Christman, John: Positive Freedom. Cambridge: Cambridge University Press. S. 8-27.
- Gaughran SJ, Pless E, Stearns SC (2016): How elephants beat cancer. *Elife*. 5: e21864. doi:10.7554/eLife.21864.
- GBM (2024): Gesellschaft für Biochemie und Molekularbiologie. URL: gbm-online.de (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Geertz, Clifford (1983): Common Sense as a Cultural System. In: Geertz, Clifford: Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropologie. New York: Basic Books. S. 73-93.
- Geertz, Clifford (1983): Local Knowledge: Further Essays in Interpretive Anthropologie. New York: Basic Books.
- Geiger F et al. (2021): The hospital-wide implementation of shared decision-making—initial findings of the Kiel SHARE TO CARE program. *Dtsch Arztebl Int* 118: 225–6. DOI: 10.3238/arztebl.m2021.0144.
- Gerhardt, Volker (2017): Wilhelm von Humboldt als Philosoph. *Pädagogische Rundschau* 5/71. S. 459-470.
- Gerste, Ronald D. (2021): Die Heilung der Welt. Das Goldene Zeitalter der Medizin 1840 – 1914. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Geyer, Horst (2007 [1954]): Über die Dummheit. Ursachen und Wirkungen der intellektuellen Minderleistungen des Menschen. Ein Essay. 11. Aufl. Wiesbaden: VMA-Verlag.
- Giddens, Anthony (1995 [Engl. Orig. 1990]): Konsequenzen der Moderne. Übersetzt von Joachim Schulte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Gigerenzer, Gerd (2008): Bauchentscheidungen. Die Intelligenz des Unbewußten und die Macht der Intuition. 5. Aufl. München: Goldmann.
- Grisso, Thomas und Paul S. Appelbaum (1998): Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. New York: Oxford University Press.
- Gross, Rudolf (1979): Zur Gewinnung von Erkenntnissen in der Medizin: Erfahrung, Intuition, Modelle. *Dtsch Arztebl*; 76(40): A-2571.
- Gruber, Christian (2012): Statistik-Know-how Warum viele Ärzte ihre Patienten falsch beraten. URL: <https://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/viele-aerzte-verstehen-statistiken-zu-diagnosen-nicht-a-844210.html> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024)).
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) (2024). URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/gg/BJNR000010949.html> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Gutwald, Rebecca (2010). In: Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Guyatt et al. (1992): Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 268(17): 2420-5. doi: 10.1001/jama.1992.03490170092032. PMID: 1404801.
- Halbe, Bernd (2019): Patientenaufklärung: Die ärztliche Zweitmeinung. *Dtsch Arztebl*; 116(22): A-1124 / B-924 / C-912.
- Hart, H. L. A. (1963): Law, Liberty and Morality. Stanford (California): Stanford University Press.

- Hartmann, Fritz (1983): Konjekturen und Indikationen als Formen ärztlichen Urteils. Vorbereitung eines kritischen Empirismus in der Medizin. In: Toellner, R. und K. Sadegh-Zadeh (Hrsg.): *Anamnese, Diagnose und Therapie*. Tecklenburg: Burgverlag. S. 147-171.
- Hartmann, Martin (2011): *Die Praxis des Vertrauens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hartmann, Martin (2020): *Vertrauen. Die unsichtbare Macht*. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Haug-Schnabel, Gabriele und Joachim Bense (2017): *Grundlagen der Entwicklungspsychologie. Die ersten 10 Lebensjahre*. Freiburg: Herder.
- Häyry, Heta (1991): *The Limits of Medical Paternalism*. London / New York: Routledge.
- Heidegger, Martin (1993 [1927]): *Sein und Zeit*. 17. Aufl. Tübingen: Niemeyer.
- Heinz, Marion (2012): Wilhelm von Humboldt: Die Idealisierung des Weiblichen und die Feminisierung der Sozialordnung. In Marion Heinz und Sabine Doyé (Hrsg.): *Geschlechterordnung und Staat. Legitimationsfiguren der politischen Philosophie (1600-1850)*. Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Sonderbände. Sonderband 27. München: de Gruyter Akademie Forschung.
- Heinz, Marion und Sabine Doyé (Hrsg.) (2012): *Geschlechterordnung und Staat. Legitimationsfiguren der politischen Philosophie (1600-1850)*. Deutsche Zeitschrift für Philosophie, Sonderbände. Sonderband 27. München: de Gruyter Akademie Forschung.
- Hepfer, Karl (2008): *Philosophische Ethik. Eine Einführung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht (UTB).
- Herrmann, Sebastian (2017): Die Wissens-Illusion. *Süddeutsche Zeitung*, URL: www.sz.de/1.3783770
- Hidaka BH et al. (2015): The status of evolutionary medicine education in North American medical schools. *BMC Med Educ*. 15: 38. doi: 10.1186/s12909-015-0322-5. PMID: 25884843; PMCID: PMC4355969.
- Hilgendorf, Eric (Hrsg.) (2018): *Rechtswidrigkeit in der Diskussion Beiträge der dritten Tagung des Chinesisch-Deutschen Strafrechtslehrerverbands in Würzburg vom 2. bis 3. September 2015*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Hilpert, Konrad (2010): Solidarität mit den Schwachen. Kirchliches Engagement zwischen Anwaltschaft und Paternalismus. In: Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.): *Grenzen des Paternalismus*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 303-317.
- Hobbes, Thomas (1970 [1651]): *Leviathan*. Erster und zweiter Teil. Stuttgart: Reclam.
- Hobbes, Thomas (1994 [1642]): Vom Bürger. In: Thomas Hobbes: *Vom Menschen. Vom Bürger*. Elemente der Philosophie. Hamburg: Meiner. S. 57-327.
- Hobbes, Thomas (1994): *Vom Menschen. Vom Bürger*. Elemente der Philosophie. Hamburg: Meiner.
- Hofer, Hans-Georg (2013). *Medizin. Macht. Fehler*. Zur historischen Verortung einer aktuellen Diskussion. In: Frewer, Andreas, Kurt W. Schmidt und Lutz Bergemann (Hrsg.): *Fehler und Ethik in der Medizin*. Neue Wege für Patientenrechte. Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 21-44.
- Höffe, Otfried (2003): *Kants Kritik der reinen Vernunft*. Die Grundlegung der modernen Philosophie. München: C. H. Beck.
- Hoffmann-Richter, Ulrike (2000): Die Ungewissheit in der Medizin. Editorial. *Die Psychotherapeutin* 13; 5-11.
- Horn, Florian (2013): Gerechtigkeit in der Medizin. Wieviel Paternalismus schulden Ärzte ihren Patienten? In: Christina Knoll (Hrsg.): *Gerechtigkeit*. Multidisziplinäre Annäherungen an einen vieldeutigen Begriff. Oberhausen: Athena. S. 66-75.
- Horn, Florian (2020 [2002]): *Biochemie des Menschen*. Das Lehrbuch für das Medizinstudium. 8. Aufl. Stuttgart: Thieme.
- Horn, Florian (2022): Evolution and medicine – The central role of anatomy. *Ann Anat*. 239: 151809. doi: 10.1016/j.aanat.2021.151809. PMID: 34324995.
- Huber, Franziska (2020): Die medizinische Indikation als Grundrechtsproblem. Zum Informed Consent als Indikationsäquivalent. *Schriften zum Bio-, Gesundheits- und Medizinrecht*, Band 41. [Zugl.: Augsburg, Univ., Diss., 2019.] Baden-Baden: Nomos.
- Hucklenbroich, Peter (2021): Die Begriffe von Krankheit und Gesundheit: Theoretische und normative Grundlagen in der aktuellen Diskussion zwischen Philosophie und Medizin. In: Friedrich, Orsolya und Claudia Bozzaro (Hrsg.): *Philosophie der Medizin*. Paderborn: Brill mentis. S. 137-179.
- Hume, David (2003 [1751]): *Eine Untersuchung über die Prinzipien der Moral*. Hamburg: Meiner.

- Hunstorfer, Karl und Jürgen Wallner (2016): Die Indikation. Medizinethische und rechtsethische Aspekte. *Onkologe* 22: 816-823. DOI 10.1007/s00761-016-0141-2.
- Igel, Michael et al. (2004): Nichtlipidsenkende: Effekte von Statinen. *Dtsch Arztebl.* 101(6): A-352 / B-300 / C-293.
- Jacobs, Kerrin A. (2018): Sozialdiagnostik und Lebensrat – Ärztliche Praxis als medizinischer Grenzgang. In: Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.): Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen. Freiburg / München: Karl Alber. S. 283-304.
- Jantsch, Erich (1972): *Technological Planning and Social Futures*. London: Littlehampton Book Services.
- Joost, Nine (2010): Begrenzte Rationalität und ärztliche Aufklärungspflichten. Soll das recht dem Risiko defizitärer Patientenentscheidungen entgegenwirken? In: Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer. S. 126-159.
- Jürgensen, Jan-Steffen et al. (2013): Proaktive Fehlerkultur als Eckpfeiler des klinischen Risikomanagements. *Instrumentarium am Beispiel der Charité – Universitätsmedizin Berlin*. In: Frewer, Andreas, Kurt W. Schmidt und Lutz Bergemann (Hrsg.): Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte. Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 175-198.
- Justiz Hamburg (2024): Geschichte der Staatsanwaltschaft Hamburg: URL: <https://justiz.hamburg.de/staatsanwaltschaften/staatsanwaltschaft-hamburg/geschichte-der-staatsanwaltschaft> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Jütte, Robert (2018): Arzt und Ethos: Aufklärung und „informed consent“. *Dtsch Arztebl*; 115(27-28): A-1324 / B-1120 / C-1112.
- Kant, Immanuel (1998) [1781]: Kritik der reinen Vernunft. Nach der ersten und zweiten Originalausgabe herausgegeben von Jens Timmermann. Mit einer Bibliographie von Heiner Klemme. Hamburg: Meiner.
- Kant, Immanuel: Kants gesammelte Schriften. Hrsg. von der königlich-preußischen Akademie der Wissenschaften (= AA). Berlin: G. Reimer, 1900 ff.
- Keane M et al. (2015): Insights into the evolution of longevity from the bowhead whale genome. *Cell Rep.* 10(1): 112-22. doi: 10.1016/j.celrep.2014.12.008. PMID: 25565328; PMCID: PMC4536333.
- Keßler, Richard (1884): Die Einwilligung des Verletzten in ihrer strafrechtlichen Bedeutung. Berlin und Leipzig: J. Gutentag.
- Kienle, Gunver et al. (2003): Evidenzbasierte Medizin: Konkurs der ärztlichen Urteilskraft? *Dtsch Arztebl* 2003; 100(33): A-2142 / B-1784 / C-1688.
- Kirch, Wilhelm (Hrsg.) (2005): *Fehldiagnosen und Patientensicherheit*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Kletečka-Pulker M (2014): Ethik und Recht der Reanimation: Wann muss man anfangen, wann soll man aufhören? *Journal für Kardiologie – Austrian Journal of Cardiology*; 21 (Supplementum A), 5-8.
- Klimovich AV, Bosch TCG (2018): Rethinking the Role of the Nervous System: Lessons From the Hydra Holobiont. *Bioessays.* 40(9): e1800060. doi: 10.1002/bies.201800060. PMID: 29989180.
- Knight, Frank H. (1921): *Risk, Uncertainty and Profit*. Boston und New York: Houghton Mifflin Company.
- Knoll, Christina (Hrsg.) (2013): *Gerechtigkeit. Multidisziplinäre Annäherungen an einen vieldeutigen Begriff*. Oberhausen: Athena.
- Knorr Cetina, Karin (2002 [Engl. Orig. 1981]): *Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft. Erweiterte Neuauflage*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kornblith, Hilary (2002): *Knowledge and its Place in Nature*. Oxford: Clarendon Press.
- Korsgaard, Christine M. (2006): Morality and the Distinctiveness of Human Action. In: De Waal, Frans: *Primates and Philosophers. How Morality evolved*. Princeton: Princeton University Press. S. 98-119.
- Kraus A et al. (2021): Sensing the world and its dangers: An evolutionary perspective in neuroimmunology. *Elife.* 10: e66706. doi: 10.7554/eLife.66706. PMID: 33900197; PMCID: PMC8075586.
- Krones, Tanja und Gerd Richter (2006): Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Schulz, Stefan et al. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. S. 94-116.
- Kuhlendahl, Hans (1978): Die ärztliche Aufklärungspflicht oder der kalte Krieg zwischen Juristen und Ärzten. *Deutsches Ärzteblatt, Heft 35*, S. 1984 ff.
- Kuhn, Thomas S. (1976 [Engl. Orig. 1962]): *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Zweite revidierte und um das Postskriptum von 1969 ergänzte Auflage*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Kupper, Daniel (2007): Leonardo da Vinci. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Landesärztekammer Hessen (2024): Hippokratischer Eid. URL: https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Rund_ums_Recht/Publikationen_und_Merkblaetter/Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis.pdf (zuletzt aufgerufen am 14. Sept. 2014).
- Largo, Remo H. (2017): Babyjahre. Entwicklung und Erziehung in den ersten vier Jahren. München: Piper.
- Laubach M et al. (2018): What, If Anything, Is Rodent Prefrontal Cortex? *eNeuro*. 5(5): ENEURO.0315-18.2018. doi: 10.1523/ENEURO.0315-18.2018. PMID: 30406193; PMCID: PMC6220587.
- Laufs, A., C. Katzenmeier und Volker Lipp (2009): *Arztrecht*. 6. Aufl. München: C.H. Beck.
- LeDoux, Joseph (2021 [Engl. Orig. 2019]): *Bewußtsein. Die ersten vier Milliarden Jahre*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Légaré F et al. (2013): Core competencies for shared decision making training programs: insights from an international, interdisciplinary working group. *J Contin Educ Health Prof.*; 33(4): 267-73.
- Lidz, Charles W. und Alan Meisel (1982). *Informed Consent and the Structure of Medical Care*. In: United States: President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. U S Code Annot U S. Title 42 Sect. 300v as added 1978. PMID: 12041401. *Making Health Care Decisions*. Vol. 2. Washington, DC. S. 317-410.
- Lipp, Volker (2015): Die medizinische Indikation aus medizinrechtlicher Sicht. In: Dörries, Andrea und Volker Lipp (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 36-46.
- LMU (2015): *Leitlinie zur Therapiebegrenzung der Medizinischen Klinik und Poliklinik III des Klinikums der Universität München*. URL: <https://ethikkomitee.de/downloads/leitlinie-zur-therapiebegrenzung.pdf> (zuletzt abgerufen am 7. Okt. 2024).
- Locke, John (1977 [1689]): *Zwei Abhandlungen über die Regierung*. Herausgegeben und eingeleitet von Walter Euchner. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Loh, Andreas et al. (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der Partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. *Shared Decision Making in Medicine*. *Dtsch Arztebl*; 104(21): A-1483 / B-1314 / C-1254.
- Luhmann, Niklas (2000 [1968]): *Vertrauen*. Stuttgart: Lucius und Lucius (UTB).
- Lyre, Holger (2018): *Medizin als Wissenschaft – eine wissenschaftstheoretische Analyse*. In: Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.): *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Freiburg / München: Alber. S. 143-166.
- Maio, Giovanni (2012): *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin*. Ein Lehrbuch. Mit einem Geleitwort von Wilhelm Vossenkuhl. Stuttgart: Schattauer.
- Maio, Giovanni (2023): *Medizin als Treue zum sozialen Auftrag. Zum Verhältnis von Vertrauen, Versprechen und Treue*. In: Maio, Giovanni (Hrsg.): *Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz*. Freiburg: Herder. S. 111-123.
- Maio, Giovanni (Hrsg.) (2023): *Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz*. Freiburg: Herder.
- Manson, Neil C und Onora O'Neill (2007): *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Marckmann, Georg (2015): *Wirksamkeit und Nutzen als alternative Konzepte zur medizinischen Indikation*. In: Dörries, Andrea und Volker Lipp (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 113-124.
- Marín-Béjar O, Huarte M (2015): Long noncoding RNAs: from identification to functions and mechanisms. *Advances in Genomics and Genetics*. 5: 257-274. <https://doi.org/10.2147/AGG.S61842>.
- Martini, Paul (1932): *Methodenlehre der therapeutischen Untersuchung*. Berlin: Springer.
- Matthys J et al. (2017): Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med*. 5(5): 436-43. doi: 10.1370/afm.741. PMID: 17893386; PMCID: PMC2000301.

- Mayr, Erasmus (2010): Grenzen des weichen Paternalismus II – Zwischen Harm-Principle und Unvertretbarkeit. In: Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer. S. 48-72.
- Mayr, Ernst (1961): Cause and effect in biology. *Science*. 134(3489): 1501-6. doi: 10.1126/science.134.3489.1501. PMID: 14471768.
- Mayr, Ernst (2002 [Engl. Orig. 1982]): Die Entwicklung der biologischen Gedankenwelt. Vielfalt, Evolution und Vererbung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mechsner S (2022): Endometriosis, an Ongoing Pain-Step-by-Step Treatment. *J Clin Med*. 11(2): 467. doi: 10.3390/jcm11020467. PMID: 35054161; PMCID: PMC8780646.
- Michalsen, A. et al. (2021) Überversorgung in der Intensivmedizin: erkennen, benennen, vermeiden. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 116, 281–294. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00063-021-00794-4> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Mill, John Stuart (2010 [1859]): Über die Freiheit. Aus dem Englischen übersetzt von Bruno Lemke. Mit Anhang und Nachwort herausgegeben von Manfred Schlenke. Stuttgart: Reclam.
- Mittelstraß, Jürgen (2003): Transdisziplinarität – wissenschaftliche Zukunft und institutionelle Wirklichkeit. Konstanzer Universitätsreden. Konstanz: UVK Universitätsverlag Konstanz.
- Moltzau Anderson J, Horn F (2020): (Re-) Defining evolutionary medicine. *Ecol Evol*. 10(20): 10930-10936. doi: 10.1002/ece3.6825. PMID: 33144938; PMCID: PMC7593192.
- Montgomery, Kathryn (2006): How Doctors Think. *Clinical Judgment and the Practice of Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Muir Gray, J. (2001): Evidence Based Medicine for Professionals. In: Edwards, Adrian und Elwyn Glyn: Evidence-based Patient Choice. Inevitable or Impossible? Oxford: Oxford University Press. S. 19-33.
- Mukherjee, Siddhartha (2023 [Engl. Orig. 2022]): Das Lied der Zelle. Wie die Biologie die Medizin revolutioniert – Medizinischer Fortschritt und der Neue Mensch. Aus dem Amerikanischen von Sebastian Vogel. Berlin: Ullstein.
- Müller E et al. (2019): Strategies to evaluate healthcare provider trainings in shared decision-making (SDM): a systematic review of evaluation studies. *BMJ Open*; 9: e026488. doi:10.1136/bmjopen-2018-026488.
- Müller, Anselm W. (2003): Was heißt: Praxis begründen? In: Rothermund, Klaus (Hrsg.): Gute Gründe. Zur Bedeutung der Vernunft für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer. S. 123-171.
- Müller, Henrik (2020): Jahresbilanz 2020: Positive Folgen der Corona Pandemie. URL: <https://www.manager-magazin.de/politik/weltwirtschaft/henrik-muellers-jahresbilanz-2020-positive-folgen-der-corona-pandemie-a-25cd4d66-d8d2-4638-b2a3-dcee7d521d0e> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Napierala H et al. (2018): Management of financial conflicts of interests in clinical practice guidelines in Germany: results from the public database GuidelineWatch. *BMC Med Ethics*. 19(1): 65. doi: 10.1186/s12910-018-0309-y. PMID: 29954379; PMCID: PMC6022410.
- Nassehi, Armin (2010): Asymmetrien als Problem und als Lösung. In: Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer.
- Natterson-Horowitz, Barbara und Kathryn Bowers (2013 [Engl. Orig. 2012]). *Wir sind Tier: Was wir von den Tieren für unsere Gesundheit lernen können*. München: Albrecht Knaus.
- Natterson-Horowitz, Barbara und Kathryn Bowers (2020 [Engl. Orig. 2019]): *Junge Wilde. Was uns der Blick in die Tierwelt über das Erwachsenwerden lehrt*. München: Penguin Random House.
- Nawata CM, Pannabecker TL (2018): Mammalian urine concentration: a review of renal medullary architecture and membrane transporters. *J Comp Physiol B*. 188(6): 899-918. doi: 10.1007/s00360-018-1164-3. PMID: 29797052; PMCID: PMC6186196.
- Neitzke, Gerald (2015): Medizinische und ärztliche Indikation – zum Prozess der Indikationsstellung. In: Dörries, Andrea und Volker Lipp (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 83-93.
- Nesse, Randolph M. (2012): Warum es so schwer ist, Krankheiten zu definieren: Eine darwinistische Perspektive. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): *Krankheitstheorien*. Berlin: Suhrkamp. S. 159-187.

- Nesse, Randolph M. und George C. Williams (1994): *Why We Get Sick? The New Science of Darwinian Medicine*. New York: Vintage.
- Nesse, Randolph M. und Joshua D. Schiffman (2003): *Evolutionary Biology in the Medical School Curriculum*. *BioScience*. 53, 6: 585–587.
- Noack, Thorsten (2007): Die Beziehung zwischen Patient und Arzt. In: Noack, Thorsten, Heiner Fangerau und Jörg Vögele: *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier. S. 27-36.
- Noack, Thorsten und Heiner Fangerau (2006): Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland. In: Schulz, Stefan et al. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp. S. 77-93.
- Noack, Thorsten, Heiner Fangerau und Jörg Vögele (2007): *Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. München: Elsevier.
- Nowotny, Helga (1999): *Es ist so. Es könnte auch anders sein. Über das veränderte Verhältnis von Wissenschaft und Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Ockenden-Report (2022): *Findings, conclusions and essential actions from the independent review of maternity services at The Shrewsbury and Telford Hospital NHS Trust*. URL: www.ockendenmaternityreview.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/FINAL_INDEPENDENT_MATERNITY_REVIEW_OF_MATERNITY_SERVICES_REPORT.pdf (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Ogus, Anthony und Willem H. van Boom (2010): *Introducing, Defining and Balancing 'Autonomy v. Paternalism'*. *Erasmus Law Review*, 3; 1: 1-5.
- O'Neill, Onora (2002): *Autonomy and Trust in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parry, Geraint (1964): *Individuality, Politics and the Critique of Paternalism in John Locke*. *Political studies*: 12: 163-177. URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1467-9248.1964.tb00715.x> (zuletzt aufgerufen am 07. Okt. 2024).
- Pasquarè, Roberta (2009): *Vielfalt – Individualität – Gesetz: Wilhelm von Humboldts politische Theorie*. SOLon-Line. URL: <https://philpapers.org/archive/PASVWV.pdf> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Paul, Norbert W. (1995): *Medizinische Wissensbasen – vom Wissensmodell zur Repräsentation*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Paul, Norbert W. (2006): *Medizintheorie*. In: Schulz, Stefan et al. (Hrsg.): *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Peirce, Charles Sander (1991): *Vorlesungen über Pragmatismus. Mit Einleitung und Anmerkungen neu herausgegeben von Elisabeth Walther*. Hamburg: Meiner.
- Popper, Karl R. (2002 [1935]): *Logik der Forschung. Jubiläumsausgabe der zehnten, verbesserten und vermehrten Auflage von 1994*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Prechtel, Peter (1999): *Sprachphilosophie. Lehrbuch Philosophie*. Stuttgart, Weimer: J. B. Metzler.
- Puppe, Bernhard (1986): *Mit künstlicher Intelligenz gegen das Wissensdilemma*. *Deutsches Ärzteblatt* 83: 1367-1376.
- Raspe, Heiner (1995): *Ethische Aspekte der Indikation*. In: Toellner, R und U. Wiesing (Hrsg.): *Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz*. Stuttgart: U. Fischer. S. 21-36.
- Raspe, Heiner (2015): *Die medizinische Indikation und ihre Regulierung in Zeiten der evidenzbasierten Medizin*. In: Dörries, Andrea und Volker Lipp (Hrsg.): *Medizinische Indikation. Ärztliche, ethische und rechtliche Perspektiven. Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer. S. 94-112.
- Raspe, Heiner (2018): *Die klinische Humanmedizin ist eine Handlungswissenschaft eigenen Rechts – ein Versuch*. In: Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.): *Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen*. Freiburg / München: Karl Alber. S. 167-195.
- Rawls, John (2006 [Engl. Orig. 1971]): *Gerechtigkeit als Fairneß. Ein Neuentwurf*. Herausgegeben von Erin Kelly. Aus dem Amerikanischen von Joachim Schulte. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reason, James (2000): *Human error: models und management*. *British Medical Journal* 320, 7237: 768.
- Reichsgericht (1894): *Körperverletzung durch ärztliche Operation. Urteil vom 31. Mai 1894. RGSt. Band 25, 375. S. 375-389*.
- Reipschläger, Christiane (2004): *Die Einwilligung Minderjähriger in ärztliche Heileingriffe und die elterliche Personensorge*. Frankfurt am Main: Peter Lang.

- Reuter, Michael (2003): Ethik als Theorie der Handlungsgründe. In: Rothermund, Klaus (Hrsg.): Gute Gründe. Zur Bedeutung der Vernunft für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Riha, Ortrun (2008): Grundwissen Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Reihe Querschnittsbereiche. Bern: Huber.
- Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.) (2018): Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen. Freiburg / München: Karl Alber.
- Rohpohl, Günter (2012): Allgemeine Systemtheorie Einführung in transdisziplinäres Denken. Berlin: edition sigma.
- Rosa, Hartmut (2019): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp.
- Ros-Rocher N et al. (2021): The origin of animals: an ancestral reconstruction of the unicellular-to-multicellular transition. *Open Biol.* 11(2): 200359. doi: 10.1098/rsob.200359.
- Ros-Rocher N, Brunet T. (2023): What is it like to be a choanoflagellate? Sensation, processing and behavior in the closest unicellular relatives of animals. *Anim Cogn.* doi: 10.1007/s10071-023-01776-z. PMID: 37067637.
- Roth, Gerhard (2012 [2007]): Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten. Warum es so schwierig ist, sich und andere zu ändern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rothermund, Klaus (Hrsg.) (2003): Gute Gründe. Zur Bedeutung der Vernunft für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Rotwein PS (2015): Editorial: Is it time for an evolutionarily based human endocrinology? *Mol Endocrinol.* 29(4): 487-9. doi: 10.1210/me.2015-1063. PMID: 25827340; PMCID: PMC4399278.
- Rusch, Barbara (2021): Robert Koch. Vom Landarzt zum Pionier der modernen Medizin. München: National Geographic Buchverlag.
- Russo, Federica und Jon Williamson (2007): Interpreting Causality in the Health Sciences. *International Studies in the Philosophie of Science.* Vol. 21, No. 2, pp. 157-170.
- Rüther, Markus (2013): Tom L. Beauchamp & James F. Childress: Principles of Biomedical Ethics, Seventh Edition, 480S., Oxford University Press, Oxford. *Zeitschrift für philosophische Forschung.* Vol. 67. Heft 3.
- Sackett DL et al. (1996): Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ.* 312(7023): 71-2. doi: 10.1136/bmj.312.7023.71. PMID: 8555924; PMCID: PMC2349778.
- Safranski, Rüdiger (2008 [1994]): Ein Meister aus Deutschland. Heidegger und seine Zeit. München: Hanser.
- Salmon, Wesley C. (1984): Scientific Explanation and the Causal Structure of the World. Princeton (New Jersey): Princeton University Press.
- Salomon, Miriam (2015): Making Medical Knowledge. Oxford: Oxford University Press.
- Santhirapala R, Moonesinghe R (2016): Primum Non Nocere: is shared decision-making the answer? *Perioper Med (Lond).* 5: 16. doi: 10.1186/s13741-016-0042-3. PMID: 27313845; PMCID: PMC4910203.
- Schmid, Wilhelm (2023): Wie kommt Vertrauen zustande? In: Maio, Giovanni (Hrsg.): Vertrauen in der Medizin. Annäherungen an ein Grundphänomen menschlicher Existenz. Freiburg: Herder. S. 27-40.
- Schmidtbauer, Wolfgang (2021). Nachhilfestunde im Großwerden. *Zeit Wissen* Nr. 5/2021, aktualisiert am 14. März 2022. URL: <https://www.zeit.de/zeit-wissen/2021/05/vertrauen-psychologie-erwachsenenalter-kindheit-seele-gesundheit>.
- Schnack, Dirk (2019): Beteiligung statt Paternalismus. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt.* 72. Jahrgang, S. 1 und 6-7.
- Schnack, Dirk (2021): Nicht nur richtig, sondern passend. *Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt* 9/2021.
- Scholl (2018): Wie lässt sich partizipative Entscheidungsfindung fördern?. *Info Onkol.* 21, 3. URL: <https://www.springermedizin.de/onkologie/wie-laesst-sich-partizipative-entscheidungsfindung-foerdern/16259662?fulltext-View=true&doi=10.1007/s15004-018-6260-8> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Schöne-Seifert, Bettina (2007): Grundlagen der Medizinethik. Stuttgart: Kröner.
- Schramme, Thomas (2012): Einleitung: Die Begriffe ‚Gesundheit‘ und ‚Krankheit‘ in der philosophischen Diskussion. In: Schramme, Thomas (Hrsg.): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp. S. 9-37.
- Schramme, Thomas (Hrsg.) (2012): Krankheitstheorien. Berlin: Suhrkamp.
- Schubert, Christian (2021 [2016]) mit Madeleine Amberger: Was uns krank macht, was uns heilt. Aufbruch in eine neue Medizin. Das Zusammenspiel von Körper, Geist und Seele besser verstehen. Munderfing: Fischer & Gann.
- Schülerduden Philosophie (1985). Herausgegeben von der Redaktion für Philosophie des Bibliographischen Instituts unter der Leitung von Gerhard Kwiatkowski. Mannheim: Bibliographisches Institut.
- Schulz, Stefan et al. (Hrsg.) (2006): Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Schurz, Gerhard (2006): Einführung in die Wissenschaftstheorie. Darmstadt: WBG.
- Schuster, Frank Peter (2018): Die Einwilligung der Patienten und die Rechtswidrigkeit. Kommentar zum Hauptreferat von Prof. Jun Feng. In: Hilgendorf, Eric (Hrsg.): Rechtswidrigkeit in der Diskussion Beiträge der dritten Tagung des Chinesisch-Deutschen Strafrechtslehrerverbands in Würzburg vom 2. bis 3. September 2015. Tübingen: Mohr Siebeck. S. 213-227.
- Schütte und Walter (2005): Vermeidung von Fehldiagnosen durch Leitlinien? In: Kirch, Wilhelm (Hrsg.): Fehldiagnosen und Patientensicherheit. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Seidler, Eduard (1993): Geschichte der Medizin und Krankenpflege. 6. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seifart, Carola (2013): Notwendigkeit einer Reflexion von Behandlungsfehlern als überindividuelles Verantwortungsproblem. In: Frewer, Andreas, Kurt W. Schmidt und Lutz Bergemann (Hrsg.): Fehler und Ethik in der Medizin. Neue Wege für Patientenrechte. Würzburg: Königshausen & Neumann. S. 155-173.
- Shorter, Edward (1991): Das Arzt-Patient-Verhältnis in der Geschichte und heute. Wien: Picus.
- Sibley, W. M. (1953). The rational versus the reasonable. *Philosophical Review* 62 (4): 554-560.
- Silk, Joan B. (2010): Kommentar im Forum in: Tomasello, Michael: Warum wir kooperieren. Aus dem Englischen von Henriette Zeidler. Berlin: Suhrkamp. S. 87-94.
- Snow, John (1855): On the Mode of Communication of Cholera. London: John Churchill.
- Soares-da-Silva F et al. (2020): Crosstalk Between the Hepatic and Hematopoietic Systems During Embryonic Development. *Front Cell Dev Biol.* 8: 612. doi: 10.3389/fcell.2020.00612. PMID: 32793589; PMCID: PMC7387668.
- Stearns, Stephen C. und Ruslan Medzhitov (2016): *Evolutionary Medicine*. Sunderland (Massachusetts): Sinauer.
- Strafgesetzbuch (StGB) (2024): URL: <https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Sulak M et al. (2016): TP53 copy number expansion is associated with the evolution of increased body size and an enhanced DNA damage response in elephants [published correction appears in *Elife*. 5:]. *Elife*. 5: e11994. doi:10.7554/eLife.11994.
- Sur RL, Dahm P (2011): History of evidence-based medicine. *Indian J Urol.* 27(4): 487-9. doi: 10.4103/0970-1591.91438. PMID: 22279315; PMCID: PMC3263217.
- Taams LS (2019): Neuroimmune interactions: how the nervous and immune systems influence each other. *Clin Exp Immunol.* 197(3): 276-277. doi: 10.1111/cei.13355. PMID: 31412421; PMCID: PMC6693962.
- Thaler, Richard H. und Cass R. Sunstein (2011 [Engl. Orig. 2008]): *Nudge. Wie man kluge Entscheidungen anstößt*. Berlin: Ullstein.
- Thoma A, Eaves FF 3rd. (2015): A brief history of evidence-based medicine (EBM) and the contributions of Dr David Sackett. *Aesthet Surg J.* 35(8):NP261-3. doi: 10.1093/asj/sjv130. PMID: 26163313.
- Toellner, R und U. Wiesing (Hrsg.) (1995): *Wissen – Handeln – Ethik. Strukturen ärztlichen Handelns und ihre ethische Relevanz*. Stuttgart: U. Fischer.
- Toellner, R. und K. Sadegh-Zadeh (Hrsg.) (1983): *Anamnese, Diagnose und Therapie*. Tecklenburg: Burgverlag.
- Tomasello, Michael (2010): Warum wir kooperieren. Aus dem Englischen von Henriette Zeidler. Berlin: Suhrkamp.
- Tomasello, Michael (2016 [Engl. Orig. 2016]): *Eine Naturgeschichte der menschlichen Moral*. Berlin: Suhrkamp.
- Tonelli, Mark R. (1999): In defense of expert opinion. *Academic Medicine.* 74; 11: 1187-1192.
- Trepp, Gunda (2010): Kosmetische Operationen. Wie man eine chirurgische Marktlücke entdeckt. URL: <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/kosmetische-operationen-wie-man-eine-chirurgische-marktluecke-entdeckt-a-687538.html> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Trigos AS et al. (2018): How the evolution of multicellularity set the stage for cancer. *Br J Cancer.* 118(2): 145-152. doi: 10.1038/bjc.2017.398. PMID: 29337961; PMCID: PMC5785747.
- Triki Z et al. (2022): Oxytocin has 'tend-and-defend' functionality in group conflict across social vertebrates. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 377(1851): 20210137. doi: 10.1098/rstb.2021.0137. PMID: 35369742; PMCID: PMC8977669.
- Ulsenheimer Klaus (1995). Therapieverweigerung bei Kindern. Strafrechtliche Aspekte. In: Dierks C., Graf-Baumann T., Lenard HG. (Hrsg.): *Therapieverweigerung bei Kindern und Jugendlichen*. MedR Schriftenreihe Medizinrecht. Berlin, Heidelberg: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-642-79895-5_7. S. 65-96.
- United States (1982): President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. U S Code Annot U S. Title 42 Sect. 300v as added 1978. PMID: 12041401.

- van der Marck MA et al. (2017). On evidence-based medicine. *Lancet*. 390(10109): 2244-2245. doi: 10.1016/S0140-6736(17)32851-9. PMID: 29165265.
- Varki A (2012): Nothing in medicine makes sense, except in the light of evolution. *J Mol Med (Berl)*. 90(5): 481-94. doi: 10.1007/s00109-012-0900-5. PMID: 22538272.
- Vincze O et al. (2022): Cancer risk across mammals. *Nature*. 601(7892): 263-267. doi: 10.1038/s41586-021-04224-5. PMID: 34937938; PMCID: PMC8755536.
- Virchow, Rudolf (1862 [1858]): Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre. Nachdruck der 3. Auflage. Norderstedt: hanse.
- Vossenkuhl, Wilhelm (2006): Die Möglichkeit des Guten. *Ethik im 21. Jahrhundert*. München: C. H. Beck.
- Vossenkuhl, Wilhelm (2010): Gerechtigkeit, Paternalismus und Vertrauen. In: Fateh-Moghadam, Bijan, Stephan Sellmaier und Wilhelm Vossenkuhl (Hrsg.): Grenzen des Paternalismus. Stuttgart: Kohlhammer. S. 163-181.
- Vossenkuhl, Wilhelm (2021): Ethik und ihre Grenzen. Eine Einführung als Erzählung. Hamburg: Meiner.
- Vossenkuhl, Wilhelm (2022): Paternalismus, Selbstbestimmung und menschliches Wohl. Liberalismus oder Paternalismus? In: Thomas Reuster und Peter Schönknecht (Hrsg.): Brücken zwischen Psychiatrie und Philosophie. Ein interdisziplinärer Dialog. Heidelberg: Springer, S. 125-141.
- Warkus, Matthias (2018): Warkus' Welt: Zwei Arten von Freiheit. URL: <https://www.spektrum.de/kolumne/zwei-arten-von-freiheit/1564700> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024).
- Welp, Isabell M. (2008): Die Entstehung von Vertrauen im Kontext von Unsicherheit und Informationsasymmetrie. *Z. Betriebswirtsch* 78, 1251-1284. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11573-008-0116-x> (zuletzt aufgerufen am 7. Okt. 2024)
- Werner, Micha H. (2006 [2002]): Verantwortung. In: Düwell, Marcus, Christoph Hübenthal und Micha H. Werner (Hrsg.): Handbuch Ethik. Stuttgart / Weimar: J. B. Metzler. S. 541-548.
- Wieland, Wolfgang (2004): Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Warendorf: Bibliothek des skeptischen Denkens.
- Wiesemann, Claudia und Nikola Biller-Andorno (unter Mitarbeit von Andreas Frewer) (2005): *Medizinethik. Für die neue AO*. Stuttgart: Thieme.
- Wiesing, Urban (2017): Indikation. Theoretische Grundlagen und Konsequenzen für die ärztliche Praxis. Stuttgart: Kohlhammer.
- Wiesing, Urban und Georg Marckmann (2009): Freiheit und Ethos des Arztes. Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit. *Lebenswissenschaften im Dialog* 8. Freiburg, München: Alber.
- Wilmanns, Juliane C. (2003): Die ersten Krankenhäuser der Welt: Sanitätsdienst des Römischen Reiches schuf erstmals professionelle medizinische Versorgung. *Dtsch Arztebl*; 100(40): A-2592 / B-2161 / C-2034.
- Wittwer, Héctor (2018): Die Frage nach dem internen Ethos der Medizin und ihre Bedeutung für die Medizinethik. In: Ringkamp, Daniela und Héctor Wittwer (Hrsg.): Was ist Medizin? Der Begriff der Medizin und seine ethischen Implikationen. Freiburg / München: Karl Alber. S. 256-279.
- Yalom, Irvin D. (2010 [1980]): Existenzielle Psychotherapie. Bergisch Gladbach: Andreas Kohlhaage.
- Zampieri, Fabio (2009). Origins and history of Darwinian medicine. *Humana. Mente* 9: 13-38.
- Zeller, Ulrich und Ingmar Werneburg (Hrsg.) (2024): Vorlesung über Vergleichende Anatomie von Johannes Müller. Die Vorlesungsmitschrift von Ernst Zeller aus dem Sommersemester 1851. Tübingen: Scidinge Hall.
- Zenkert, Georg (2017): Wilhelm von Humboldts Bildungstheorie als Anthropologie. *Pädagogische Rundschau* 5/71, S. 471-482.
- Zrzavý, Jan, Hynek Burda, David Storch, Sabine Begall und Stanislav Mihulka (2013): *Evolution. Ein Lese-Lehrbuch*. Heidelberg: Springer Spektrum.
- Zude, Heiko Ulrich (2010): Paternalismus. Fallstudien zur Genese des Begriffs. *Angewandte Ethik* (Hrsg. Nikolaus Knoepffler) Bd. 5. Freiburg i. Br.: Karl Alber.