2.1 Fallgeschichten

Ein AIDS-Kranker verpflichtet seinen Arzt zum Schweigen

Ein niedergelassener Allgemeinarzt in einer Großstadt behandelt in seiner Praxis viele HIV-positive und an AIDS erkrankte Patienten. Einer dieser Patienten, Herr N., ist inzwischen bettlägerig. Er wird von seiner Lebenspartnerin, mit der er zwei Kinder hat, gepflegt. Der Kranke hat seinen Hausarzt ausdrücklich gebeten, seine Partnerin nicht über die AIDS-Erkrankung zu informieren.
→ **Jetzt sind Sie gefragt:** Welche ethischen Prinzipien sind in diesem Fall von Bedeutung?

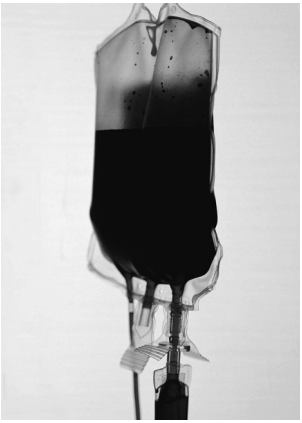
Aufklärung eines krebskranken Patienten

Ein 65-jähriger russischer Spätaussiedler, der seit zehn Jahren in Deutschland lebt, wird wegen Bluthustens in die Klinik eingeliefert. Thorax-CT, Bronchoskopie und Gewebeuntersuchung ergeben ein kleinzelliges Bronchialkarzinom mit Befall peripherer Lymphknoten. In diesem fortgeschrittenen Stadium ist eine palliative Chemotherapie möglich, aber problematisch, da die unter Umständen erreichbare Lebensverlängerung von einigen Monaten mit einer Verschlechterung der Lebensqualität einhergeht. Die Oberärztin der Station informiert zunächst die Ehefrau des Patienten über die Diagnose und die schlechte Prognose (durchschnittliche Überlebenszeit: 4–12 Monate). Daraufhin bittet die Ehefrau inständig, ihrem Mann nichts von seiner Krankheit zu sagen. Er werde diese Nachricht nicht verkraften. Sein Vater habe mit 50 Jahren erfahren, dass er an Krebs leide und sich daraufhin das Leben genommen.
→ **Jetzt sind Sie gefragt:** Was soll die Oberärztin tun?

Verweigerung einer Transfusion aus religiösen Gründen

Eine Zeugin Jehovas muss sich einer Operation unterziehen. Sie erklärt gegenüber den behandelnden Ärzten, dass sie eine eventuell erforderliche Bluttransfusion ablehnt und überreicht ihnen ein Dokument, in dem sie einen Bevollmächtigten bestimmt, der Mitglied der gleichen Glaubensgemeinschaft ist. Unmittelbar nach der Operation treten bei der Patientin schwere Komplikationen auf. Ohne Bluttransfusionen, so die Einschätzung des behandelnden Arztes, reduzieren sich die Heilungschancen auf Null. Er wendet sich an das Vormundschaftsgericht und bittet um die Bestellung eines Betreuers für die Patientin. Die Richterin sucht die bewusstlose Patientin im Klinikum auf und bestellt deren Ehemann zum vorläufigen Betreuer. Dieser stimmt der Transfusion zu, auch im Hinblick auf den gemeinsamen Sohn. Die Patientin überlebt und legt eine Verfassungsbeschwerde gegen den Eingriff in ihre körperliche Unversehrtheit und ihr Recht auf Religionsfreiheit ein.
→ **Jetzt sind Sie gefragt:** Hat der behandelnde Arzt richtig gehandelt?

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag



2.2 Was ist, was will Medizinethik?

Einführung

Viele Entscheidungen in der Medizin sind durch naturwissenschaftliches Wissen allein nicht zu begründen. Gesundheit, Lebensqualität und Wohlbefinden basieren auf **individuellen und gesellschaftlichen Wertvorstellungen**, die nur in einem begrenzten Ausmaß verallgemeinerbar sind. Moderne Gesellschaften erlauben und fördern eine Vielfalt unterschiedlicher Lebensentwürfe, und die Medizin hat dementsprechend mit Patienten zu tun, die unter Umständen ganz Unterschiedliches von ihrem Leben erwarten. Wenn ein Arzt eine Rentnerin in einem ländlichen Altersheim oder ein Mitglied einer Punkband in einer Großstadt behandelt, muss er mit unterschiedlichen Wertvorstellungen umgehen und darauf Rücksicht nehmen können. Krankheit und Gesundheit selbst sind Begriffe, die sich in und mit der Zeit wandeln und auf teils unreflektierten Annahmen dessen, was „normal“ und „erstrebenswert“ ist, beruhen.

Probleme der modernen Medizin

Weil die moderne Medizin sich nicht nur mit der Behandlung akuter Krankheiten, sondern auch mit der Betreuung chronisch Kranker sowie der Prävention befasst, ist sie zu einem nahezu normalen Bestandteil unseres Alltags geworden. Dies hat entsprechende Auswirkungen auf unser alltägliches Verhalten.
Die technische Revolution in der Medizin hat das Spektrum der Eingriffsmöglichkeiten beachtlich vergrößert, teilweise mit der Konsequenz, dass neue, bisher undenkbare Synthesen von Mensch und Maschine entstehen. Diese neuen Möglichkeiten bedeuten immer auch Abhängigkeiten, mit denen der Mensch lernen muss, gut zu leben. Zudem sind von manchen Innovationen, vor allem im Bereich der Genetik, auch zukünftige Generationen betroffen, deren Interessen und Bedürfnisse schon heute mitbedacht sein wollen.

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

Die weit reichenden Möglichkeiten der Medizin unterliegen einer rechtlichen Kontrolle und Aufsicht mit dem Ziel, das technisch Machbare und das gesellschaftlich Erwünschte in Einklang zu bringen. So haben deutsche Gerichte beispielsweise schon vor mehr als einhundert Jahren mit dem Aufkommen der experimentellen Medizin verfügt, jedem Versuch am Menschen solle eine Information und Einwilligung der Versuchsperson vorausgehen. Diese **Beschränkung medizinischen Handlungsspielraums** wurde als wichtig angesehen, weil die wachsende Abhängigkeit der Patienten von Ärzten und Forschern – vor allen Dingen in der Krankenhaussituation – als bedenklich angesehen wurde.

Heute ist der Wunsch nach rechtlicher Regelung auch innerhalb der Medizin groß, denn die erweiterten Möglichkeiten bürden dem einzelnen Arzt große Verantwortung auf und lassen **Richtlinien und Gesetze** als willkommene Hilfestellungen in schwierigen Entscheidungen erscheinen.

Viele Bereiche der modernen Medizin aber sind rechtlich ungeregelt, teils weil bestehende rechtliche Regelungen durch den technischen Fortschritt überholt wurden, teils weil der Gesetzgeber die individuelle Patient-Arzt-Beziehung respektiert und der rasanten Entwicklung in der Medizin auch im Interesse der Patienten keine unnötigen Hindernisse in den Weg legen will. Im Prozess der Erarbeitung neuer und der kritischen Reflexion etablierter Normen und Standards spielt die Medizinethik deshalb eine zentrale Rolle.

Aufgaben der Medizinethik

Die Medizinethik untersucht unter Zuhilfenahme philosophisch-ethischer Theorien und Argumentationsformen auf wissenschaftliche Art und Weise den verantwortlichen Umgang mit den medizinischen Möglichkeiten. Aufgabe der Medizinethik ist es, unterschiedliche Begründungen gegeneinander abzuwägen und allgemeine Prinzipien oder Regeln abzuleiten, nach denen eine Handlung als gut oder schlecht bezeichnet werden kann. Sie ist also die **Wissenschaft vom moralischen Urteilen und Handeln** im Gesundheitswesen. Medizinethik ist nicht ausschließlich ärztliche Deontologie (Pflichtenlehre), denn sie befasst sich mit allen Beteiligten im Gesundheitswesen, also auch mit Patienten, Pflegekräften oder Gesundheitspolitikern.

Die **Bioethik** wiederum umfasst neben der Medizinethik auch die Umwelt- und Tierethik.

Die Medizinethik stützt sich unter anderem auf eine Reihe von ärztlichen Eiden und Deklarationen, die in vergangenen Jahrhunderten verfasst worden sind. Das bekannteste und wohl auch früheste Dokument ist der so genannte **Hippokratische Eid,** in dem grundlegende moralische Prinzipien ärztlichen Handelns – wie die Fürsorgepflicht des Arztes für seine Patienten, das Nichtschadensgebot, die Schweigepflicht und das Gebot der sexuellen Abstinenz gegenüber Patienten und ihren Angehörigen – niedergelegt wurden. Solche Texte müssen aus ihrer Zeit (in diesem Fall der griechischen Antike) heraus verstanden und im jeweilig aktuellen historischen Kontext neu interpretiert werden. Sie geben aber wertvolle Hinweise auf das Verständnis der Arztrolle.
→ *Dokument Der Hippokratische Eid s. S. 22.*

Ein weiterer grundlegender Text ist das **Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes** von 1948, das als Reaktion auf den Missbrauch der Medizin im Nationalsozialismus verabschiedet wurde. Darin verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte, ihre Patienten unabhängig von religiösen, nationalen, rassischen, Partei- oder Klassengesichtspunkten gleich zu behandeln. Das Genfer Gelöbnis

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

ist heute Teil der Berufsordnungen, die von den Landesärztekammern erlassen werden und für Ärzte verbindliche Richtlinien des Handelns enthalten.
→ *Dokument Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes s. S. 23.*
→ *Dokument (Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft s. S. 23–24.*
Solche Eide und Deklarationen enthalten oft aber auch Textteile, die als zunft- bzw. standespolitisch motiviert gelten können oder als überkommen angesehen werden. So findet sich im Hippokratischen Eid ein Verbot des (Blasen-)Steinschneidens, während das Genfer Gelöbnis indirekt ein Verbot des heute in vielen westlichen Ländern unter bestimmten Bedingungen tolerierten Schwangerschaftsabbruchs ausspricht. Moral ist also immer auch abhängig von historischen Bedingungen, und es ist eine der schwierigsten, aber auch unvermeidlichen Fragen der Medizinethik, ob und wann ein Wandel moralischer Auffassungen akzeptabel oder sogar geboten ist.

Traditionelle und neuere Ethiktheorien

Die Medizinethik ist eine Bereichsethik innerhalb der Ethik, einer Subdisziplin der Philosophie, die sich mit der Beschreibung, Beurteilung und Begründung moralischen Handelns befasst. Medizinethik nutzt also Methoden der Philosophie für ihr eigenes Vorgehen.
Zu den traditionsreichen Ethiktheorien zählt die **Tugendethik**, nach der Glückseligkeit und das „gute Leben" durch eine „der Tugend gemäße Tätigkeit der Seele" erreicht werden (*Aristoteles* 384–322 v. Chr.). Ethische Tugenden sind nach *Aristoteles* Mut, Mäßigkeit, Freigebigkeit, Hochherzigkeit und Wahrhaftigkeit; diese werden durch Verstandestugenden wie Klugheit und Weisheit genauer bestimmt. Hiervon zu unterscheiden sind die **Deontologien**, die das Leben des Menschen an grundlegenden Pflichten ausrichten. Ein Prinzip für die Ermittlung solcher Pflichten wurde von *Immanuel Kant* (1724–1804) als Kategorischer Imperativ formuliert: *„Handle so, dass du die Menschheit sowohl in deiner Person als auch in der Person eines jeden anderen, jederzeit zugleich als Zweck, niemals bloß als Mittel brauchst."* Der **Konsequenzialismus** schließlich bemisst den moralischen Wert einer Handlung an ihren Folgen. So ist nach *Jeremy Bentham* (1748–1832) das übergeordnete moralische Ziel, das größte Glück der größten Zahl von Menschen zu verwirklichen (Utilitarismus).
Allerdings sind diese Theorien sehr abstrakt gehalten; ihre Anwendung in der konkreten Entscheidungssituation erfordert ein zusätzliches Element der Interpretation. Hier hat in neuerer Zeit die **Care-Ethik** (Fürsorge-Ethik) angesetzt, der es um moralische Ansprüche in konkreten Situationen und um Verantwortung geht, die aus den Beziehungen der Menschen zueinander resultiert. Im Mittelpunkt steht nach *Carol Gilligan* (*1936) ein Mensch, der sich mit der Bedürftigkeit anderer konfrontiert sieht und darauf reagieren muss.
Ein weiteres Problem ethischer Theorien ist das der Letztbegründung. Bezweifelt wird, dass sich die von einer ethischen Theorie postulierten grundlegenden moralischen Normen oder Werte ausschließlich aus sich heraus begründen lassen.
Einige zeitgenössische Ethiker befürworten daher eine **prozedurale Ethik**, d. h. sie beschränken sich darauf festzulegen, nach welchem Verfahren eine moralische Entscheidung zustande kommen soll. Der bekannteste Vertreter einer solchen Theorie ist *Jürgen Habermas* (*1929), dessen Ideal eines „herr-

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

schaftsfreien Diskurs“ aller beteiligten Parteien ein Modell für eine **konsensorientierte Methode der Entscheidungsfindung** darstellt (s. Tab. 1).
Konsensfindung ist in pluralen Gesellschaften mit weit voneinander abweichenden Wertvorstellungen oft der einzige Weg, um zu allgemeinverbindlichen Regelungen zu kommen. Dazu gibt es in der Medizinethik Gremien (wie z. B. Ethikkommissionen für die Forschung am Menschen an den Universitäten und Landesärztekammern oder den Nationalen Ethikrat), die im Idealfall in einem transparenten Verfahren gebildet werden. Sie sollen Sachverstand in den relevanten Fragen sowie eine Beteiligung aller betroffenen Parteien gewährleisten.

Tabelle 1 Zusammenschau wichtiger Ethiktheorien

traditionelle Ethiktheorien	
Tugendethik (Aristoteles)	Ausrichtung an menschlichen Tugenden
Pflichtenethik (Immanuel Kant)	Ausrichtung an grundlegenden Pflichten
Konsequenzialismus (Jeremy Bentham)	Ausrichtung an den Folgen einer Handlung
neuere Ethiktheorien	
Care-Ethik (Fürsorge-Ethik) (Carol Gilligan)	Ausrichtung an Beziehungen und daraus resultierenden Verantwortlichkeiten
prozedurale Ethik (Jürgen Habermas)	Ausrichtung am Prozess der Entscheidungsfindung (herrschaftsfreier Dialog)
Prinzipienethik (Tom Beauchamp / James Childress)	Ausrichtung an Prinzipien mittlerer Reichweite

Als eine Reaktion auf das Problem der Letztbegründung von Ethik kam von amerikanischen **Bioethikern** der Vorschlag, sich auf **Prinzipien mittlerer Reichweite** zu stützen, die traditionell Anerkennung in der Medizin erfahren haben.

Tabelle 2 Prinzipien mittlerer Reichweite

- Respekt vor der Autonomie des Patienten
- Fürsorgepflicht des Arztes („salus aegroti suprema lex“)
- Nichtschadensgebot („primum nil nocere“)
- Gerechtigkeit
- Wahrhaftigkeit
- Zuverlässigkeit

Solche Prinzipien können helfen, unterschiedliche moralische Ansprüche, die in einer Situation zutage treten, zu erkennen und gegeneinander abzuwägen. Moralische Konflikte treten typischerweise auf, wenn zwei oder mehr Prinzipien zu entgegengesetzten Handlungen auffordern, z. B. wenn der Respekt vor der Autonomie von Patienten verlangt, dem Wunsch einer

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

Patientin nach Abbruch einer Behandlung nachzukommen, dies aber unter Umständen eine Schädigung der Patientin nach sich ziehen kann.
Es herrscht in der westlichen Welt ein weitgehender Konsens darüber, dass die **Autonomie von Patienten**, also ihr Recht, in allen persönlichen Fragen über sich selbst zu bestimmen, als höherrangiges Prinzip anzusehen ist, sofern nicht andere Personen durch diese Entscheidung geschädigt werden. Auch die **Berufsordnungen der deutschen Ärzteschaft** enthalten einen entsprechenden Passus. Diese Entwicklung ist unmittelbarer Ausdruck unseres liberalen Selbstverständnisses, das den Freiheitsrechten des einzelnen Bürgers ein großes Gewicht beimisst. In Gesellschaften, in denen traditionell die Familie eine große Rolle spielt – wie z. B. in manchen asiatischen Gesellschaften – ist dieses Prinzip allerdings umstritten.
Dies kann dann zu Konflikten führen, wenn sich gesellschaftliche Minderheiten in ärztliche Behandlung begeben. Darf eine Ärztin in Deutschland z. B. auf Wunsch der Eltern eine Beschneidung bei einem jungen afrikanischen Mädchen durchführen, weil das Kind nur durch diese Maßnahme in seinem gesellschaftlichen Umkreis als vollwertiges Mitglied akzeptiert wird? Sollte in diesem Fall ein **moralischer Universalismus** verfolgt werden, davon ausgehend, dass ein ethisches Prinzip (also hier z. B. der Vorrang der individuellen Selbstbestimmung und der körperlichen Unversehrtheit) für alle Menschen gültig ist? Oder sollte ein **moralischer Relativismus** bzw. **Pluralismus** Richtschnur des Handelns sein, der die in unterschiedlichen Kulturen entwickelten Moralvorstellungen respektiert und nicht gegeneinander wertet? Diese Fragen werden auch innerhalb der Medizinethik kontrovers diskutiert. Es besteht jedoch weitgehende Einigkeit, dass die Extreme beider Positionen unangemessen sind: Zum einen ist ein moralischer Absolutismus inakzeptabel, der genau einzuhaltende Regeln vorschreibt, ohne die Möglichkeit einer unterschiedlichen Interpretation je nach weltanschaulicher Überzeugung oder kulturellem Hintergrund einzuräumen. Zum anderen muss Verschiedenheit nicht zu Beliebigkeit führen, denn in vielen Fragen lassen sich gemeinsame Mindeststandards finden, die dazu beitragen, den Rahmen des moralisch Zulässigen genauer abzustecken.

2.3 Patient-Arzt-Beziehung und Patientenautonomie

Allgemeines

Die Autonomie von Patienten zu respektieren bedeutet, den Patienten als Partner zu betrachten. Manche Ethiker gehen sogar so weit, die Patient-Arzt-Beziehung lediglich als eine Art Vertrag anzusehen, in dem geregelt wird, welchen Wünschen des Patienten ein Arzt wie nachzukommen hat.
Die Patient-Arzt-Beziehung hat tatsächlich Züge eines Vertrags, der schon durch die Konsultation des Patienten, d. h. ohne weitere schriftliche Absprache, zustande kommt und Ärzte damit an **grundlegende rechtliche Pflichten** bindet, wie z. B. an

- die Pflicht der Fürsorge für den Patienten,
- die Pflicht der sorgfältigen Aufklärung und
- die Schweigepflicht.

Dennoch stehen Ärzte und Patienten nicht ausschließlich in einer Vertragsbeziehung zueinander. Ein Kranker befindet sich gegenüber dem Arzt oft in einer Notsituation, die verhindert, dass er als selbstbewusster und rationaler Partner agieren kann. Die Krankenhaussituation, der unverständliche Jargon

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

der Mediziner und die Autorität von Ärzten schüchtern viele Patienten ein. Die Autonomie von Patienten ist also zwar dem Prinzip nach gegeben, faktisch aber oft eingeschränkt. Selbstbestimmung muss gegen ungünstige institutionelle Bedingungen erarbeitet und gelegentlich sogar erkämpft werden.

Ärzte und Patienten als Partner

Selbstbestimmung ist die Fähigkeit, im Einklang mit den eigenen Zielen zu handeln. Patienten aber handeln aus Unkenntnis, Gewohnheit oder Stress oft selbstschädigend, z. B. indem sie sich ungesund ernähren. Aufgabe von Ärzten ist es auch, auf eine Veränderung solcher selbstschädigenden Verhaltensweisen hinzuwirken. Der Arzt ist dem Patienten dabei behilflich, seine Situation zu erkennen, für sich zu entscheiden und sein Verhalten im eigenen Interesse gegebenenfalls zu ändern. Dazu müssen Ärzte aber versuchen, ihre Patienten und deren persönliche Wertvorstellungen zu verstehen, um ihnen angemessene Hilfestellung bieten zu können. Das Ideal der Patient-Arzt-Beziehung ist also das einer **Partnerschaft**, in der beide voneinander lernen. Diese Partnerschaft basiert wiederum auf dem **Vertrauen zwischen Patient und Arzt** und auf der Fähigkeit des Arztes, sich auf den Patienten einzulassen. Auf diese Art und Weise können Konflikte zwischen widerstreitenden moralischen Prinzipien (z. B. Selbstbestimmung des Patienten versus Fürsorgepflicht des Arztes) oft in einem gemeinsamen Verständigungsprozess aufgelöst werden.
Selbstbestimmte Entscheidungen setzen Folgendes voraus:

Tabelle 3 Voraussetzungen für selbstbestimmte Entscheidungen

- Der Arzt hat den Patienten umfassend und allgemeinverständlich über seine Krankheit bzw. Vor- und Nachteile der geplanten Maßnahme aufgeklärt.
- Der Arzt hat sich ein Bild davon verschafft, ob der Patient seine Erklärungen auch verstanden hat.
- Der Patient kann ohne Zwang frei entscheiden.
- Der Patient ist einwilligungsfähig.

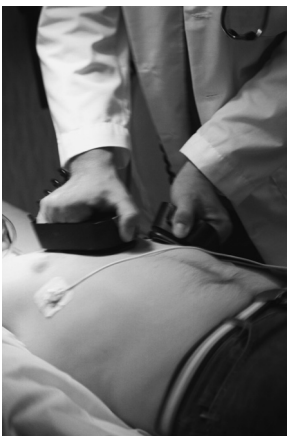
Ein Patient kann übrigens nur dann rechtskräftig in eine vorgeschlagene Maßnahme einwilligen, wenn dafür auch eine ärztliche Indikation besteht. Unsinnige Maßnahmen können also auch durch die Einwilligung des Patienten nicht rechtmäßig werden. Eine Einwilligung, die diesen Kriterien genügt, nennt man im angelsächsischen Sprachraum **Informed Consent**. Eine wirksame Einwilligung ist Voraussetzung für alle präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie für jede Forschung am Menschen.

Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit

Die **Einwilligungsfähigkeit** des Patienten muss vom Arzt geprüft werden. Sie ist nicht mit der Geschäftsfähigkeit gleichzusetzen. Einwilligungsfähig muss der Kranke zum Zeitpunkt der Einwilligung und auch nur für die vorgeschlagene Maßnahme sein. So kann z. B. ein Jugendlicher, der nicht geschäftsfähig ist, dennoch rechtskräftig seine Einwilligung – z. B. in die Behandlung eines Armbruchs – geben, falls er in der Lage ist, **Wesen, Tragweite und Bedeutung des Eingriffs** zu verstehen und seinen Willen danach zu bestimmen. Einwilligungsfähigkeit ist also kein absoluter, sondern ein relativer Begriff; er

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

hängt ab von der aktuellen geistigen Leistungsfähigkeit des Betroffenen im Verhältnis zur Komplexität des Eingriffs.
Einwilligungsfähigkeit hat nicht nur eine kognitive, sondern auch eine emotionale Komponente: Wenn z. B. eine schwer depressive Patientin nicht in der Lage ist, inneren Anteil an ihrer Behandlung zu entwickeln, kann sie möglicherweise keine angemessene Entscheidung treffen. Für die Überprüfung der Einwilligungsfähigkeit, die z. B. in der Psychiatrie von großer Bedeutung ist, wurden Testinstrumente entwickelt (z. B. das MacArthur Competence Assessment Tool [MacCAT]).
Was aber ist, wenn ein Patient trotz umfassender Information eine aus der Sicht der behandelnden Ärztin unsinnige Entscheidung trifft, z. B. wenn ein junger Mensch die Behandlung einer lebensbedrohlichen Tumorerkrankung ablehnt, obwohl durch Chemotherapie Heilungsraten von mehr als 80% zu erzielen sind? Zu fragen ist dann, ob dieser Mensch **authentisch**, d. h. im Einklang mit seinen sonstigen Lebenszielen, handelt. Ist das nicht der Fall, könnte die Einwilligungsfähigkeit auf Grund einer psychischen Erkrankung eingeschränkt sein (s. Kap. 7, S. 89). Andernfalls muss auch einem solchen Wunsch aus Respekt vor der Selbstbestimmung nachgegeben werden.



Entscheidungen bei einwilligungsunfähigen Patienten

Oft haben Ärzte und Pflegende mit Patienten zu tun, die nicht oder nur beschränkt einwilligungsfähig sind. In einer Notfallsituation, in der niemand sonst befragt werden kann, kann ein Arzt die notwendigen Entscheidungen im mutmaßlichen Interesse des Patienten allein treffen (so genannte **Geschäftsführung ohne Auftrag**).
Gibt es einen **gesetzlichen Stellvertreter**, wie z. B. bei Kindern die Eltern oder bei dementen Patienten einen gesetzlichen Betreuer, so muss dessen stellvertretende Einwilligung eingeholt werden. Eltern oder Betreuer sind dabei gehalten, im Interesse des Betroffenen zu entscheiden.

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

In der Kinder- und Jugendmedizin setzt sich darüber hinaus immer mehr die Auffassung durch, auch Kleinkinder schon als Partner in der Behandlung ernst zu nehmen und sie an den medizinischen Entscheidungen zu beteiligen. Dies entspricht dem Artikel 12 der UN-Kinderrechtskonvention, in dem gefordert wird, die Meinung des Kindes in allen das Kind berührenden Angelegenheiten angemessen und entsprechend seines Alters und seiner Reife zu berücksichtigen. Ärzte sind also gehalten, sich der Kooperation der Kinder zu versichern.

Spätestens ab dem Schulalter können Kinder schon einfach gehaltene Aufklärungstexte lesen und verstehen. Jugendliche können unter Umständen auch ohne Zustimmung ihrer Eltern einer Ärztin einen Auftrag erteilen; beispielsweise dann, wenn es um die Verschreibung eines Verhütungsmittels geht und sie ein besonderes Interesse haben, die Eltern nicht einzubeziehen. Hat ein Arzt deutliche Anhaltspunkte dafür, dass der gesetzliche Stellvertreter gegen die Interessen des Betroffenen handelt, so kann er das Vormundschaftsgericht anrufen. Im Fall von Kindesmisshandlung oder -missbrauch kann das Jugendamt eingeschaltet werden.

Viele einwilligungsunfähige Patienten haben jedoch keinen gesetzlichen Stellvertreter – entweder, weil die Krankheit überraschend kam oder weil sie nicht vorgesorgt haben. In diesem Fall sollten die Entscheidungen dem **mutmaßlichen Willen** des Betroffenen entsprechen. Dazu müssen sich die Ärzte ein Bild von den **Wert- und Glaubensvorstellungen des Betroffenen** machen und ihr Handeln danach ausrichten. Es empfiehlt sich, frühzeitig, d. h. vor dem Eintreten einer Einwilligungsunfähigkeit, Gespräche mit Patienten über ihre Einstellungen zu Krankheit und Sterben zu führen. Wichtig ist zudem, das gesamte betreuende Team in die Entscheidung mit einzubeziehen, um die Kenntnis des Patienten und das Einfühlungsvermögen von möglichst vielen Beteiligten zu nutzen. Pflegende nehmen die Interessen von Patienten oft anders wahr als Ärzte. Auch die Angehörigen von Patienten sollten dabei mit einbezogen werden, weil sie im Normalfall am ehesten in der Lage sind, deren Wünsche nachzuvollziehen.

Ärzte oder auch Angehörige können zudem die Möglichkeit nutzen, beim Vormundschaftsgericht die Bestellung eines Betreuers zu veranlassen. Die **Betreuung** kann z. B. nur für Entscheidungen in medizinischen Fragen ausgesprochen werden. Sie ist also ein wesentlich flexibleres Instrument als die zu Recht gefürchtete Entmündigung des Patienten (vgl. Kap. 7 S. 89–90).

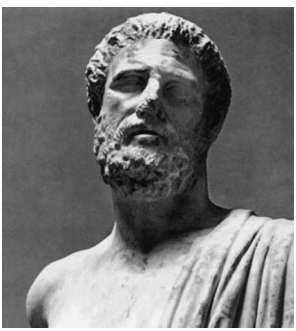
Einige Menschen nutzen die Möglichkeit, zu Zeiten körperlicher und geistiger Unversehrtheit eine **Patientenverfügung** aufzusetzen, in der sie festlegen, welchen Maßnahmen sie im Fall einer Einwilligungsunfähigkeit zustimmen würden. Oft wird in einer **Vorsorgevollmacht** gleichzeitig verfügt, welche Person gegebenenfalls stellvertretend für den Betroffenen entscheiden soll. Diesen Verfügungen wird von deutschen Gerichten inzwischen durchaus eine Verbindlichkeit für das Handeln von Ärzten zuerkannt, vor allen Dingen dann, wenn sie wohl überlegt und nicht veraltet scheinen. Auch der nur mündlich gegenüber Zeugen geäußerte Wunsch von Patienten kann in diesem Sinn als Entscheidungshilfe herangezogen werden.

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag

2.4 Dokumente und Websites zum Thema

Der Hippokratische Eid

Ich schwöre bei Apollon dem Arzt und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia sowie unter Anrufung aller Götter und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil diesen Eid und diesen Vertrag erfüllen werde:
Denjenigen, der mich diese Kunst gelehrt hat, werde ich meinen Eltern gleichstellen und das Leben mit ihm teilen; falls es nötig ist, werde ich ihn mitversorgen. Seine männlichen Nachkommen werde ich wie meine Brüder achten und sie ohne Honorar und ohne Vertrag diese Kunst lehren, wenn sie sie erlernen wollen. Mit Unterricht, Vorlesungen und allen übrigen Aspekten der Ausbildung werde ich meine eigenen Söhne, die Söhne meines Lehrers und diejenigen Schüler versorgen, die nach ärztlichem Brauch den Vertrag unterschrieben und den Eid abgelegt haben, aber sonst niemanden.
Die diätetischen Maßnahmen werde ich nach Kräften und gemäß meinem Urteil zum Nutzen der Kranken einsetzen, Schädigung und Unrecht aber ausschließen.
Ich werde niemandem, nicht einmal auf ausdrückliches Verlangen, ein tödliches Medikament geben, und ich werde auch keinen entsprechenden Rat erteilen; ebenso werde ich keiner Frau ein Abtreibungsmittel aushändigen.
Lauter und gewissenhaft werde ich mein Leben und meine Kunst bewahren.
Auf keinen Fall werde ich Blasensteinkranke operieren, sondern ich werde hier den Handwerkschirurgen Platz machen, die darin erfahren sind.
In wie viele Häuser ich auch kommen werde, zum Nutzen der Kranken will ich eintreten und mich von jedem vorsätzlichen Unrecht und jeder anderen Sittenlosigkeit fernhalten, auch von sexuellen Handlungen mit Frauen und Männern, sowohl Freien als auch Sklaven.
Über alles, was ich während oder außerhalb der Behandlung im Leben der Menschen sehe oder höre, das man nicht nach draußen tragen darf, werde ich schweigen und es geheimhalten.
Wenn ich diesen meinen Eid erfülle und ihn nicht antaste, so möge ich mein Leben und meine Kunst genießen, gerühmt bei allen Menschen für alle Zeiten; wenn ich ihn aber übertrete und meineidig werde, dann soll das Gegenteil davon geschehen.
[Quelle: Hippokratischer Eid (Übersetzung Axel Bauer): http://med.uni-hd.de/igm/g47/bauerhip.htm oder http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/]



Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes

Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.
Ich werde meinen Lehrern die schuldige Achtung und Dankbarkeit erweisen.
Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben.
Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.
Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.
Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten.
Meine Kolleginnen und Kollegen sollen meine Schwestern und Brüder sein.
Ich werde mich in meinen ärztlichen Pflichten meinem Patienten gegenüber nicht beeinflussen lassen durch Alter, Krankheit oder Behinderung, Konfession, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung oder soziale Stellung.
Ich werde jedem Menschenleben von seinem Beginn an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.
Dies alles verspreche ich feierlich und frei auf meine Ehre.
[Quelle: Weltärztebund, Genf 1948, revidierte Fassung von Stockholm 1994: http://www.bundesaerztekammer.de/30/Auslandsdienst/99Handbuch2003.pdf, S. 94; englische Fassung: http://www.wma.net/e/policy/17-a_e.html]

(Muster-)Berufsordnung der deutschen Ärzteschaft

I. Grundsätze

§ 1 Aufgaben des Arztes

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

[. . .]

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.

§ 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch vorauszugehen.

§ 9 Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Auf-

zeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.
(3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.
(4) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.
[Quelle: Auszüge aus der (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärzte und Ärztinnen, Version vom Deutschen Ärztetag 2003 in Köln: http://www.bundesaerztekammer.de/30/Berufsordnung]

Weitere Dokumente und Websites

1. Akademie für Ethik in der Medizin e.V. (AEM): http://www.aem-online.de
2. „Bill of Rights“ für Krankenhauspatienten in Amerika der American Hospital Association von 1973. In: Troschke J, Schmidt H, Hrsg. Ärztliche Entscheidungskonflikte. Stuttgart: 1983: 258 f.
3. Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP). Charta der Patientenrechte: http://patientenstellen.de/patientencharta.html
4. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung. Patientenrechte in Deutschland (2003): http://www.bmgs.bund.de/deu/gra/themen/gesundheit/rechte/index_2191.cfm
5. Christliche Patientenverfügung, Formular der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland: http://dbk.de/schriften/DBK6.GemeinsameTexte/
6. Deutsches Referenzzentrum Ethik in den Biowissenschaften (DRZE), Bonn: http://www.drze.de
7. European Database Network Ethics in Medicine and Biotechnology (EURETHNET): http://www.eureth.net
8. Patientenverfügung von Rita Kielstein und Hans-Martin Sass: http://www.ruhr-uni-bochum.de/zme/
9. Menschenrechtsübereinkommen zur Biomedizin des Europarates: s. Anhang S. 145–153.
10. World Health Organization (WHO), Regional Office of Europe. Eine Erklärung über die Patientenrechte in Europa, Europäische Beratungstagung über die Patientenrechte, Amsterdam 28. bis 30. März 1994: http://whqlibdoc.who.int/euro/1994-97/ICP_HLE_121_ger.pdf

2.5 Basisliteratur zum Thema

1. Beauchamp T, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 5 th ed. New York, Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Deutsch E, Spickhoff A. Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht. Medizinproduktrecht und Transfusionsrecht. 5. Auflage. Berlin: Springer; 2003.

3. Düwell M, Steigleder K, Hrsg. Bioethik. Eine Einführung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 2003.
4. Eser A, von Lutterotti M, Sporken P, Hrsg. Lexikon Medizin, Ethik, Recht. Freiburg: Herder; 1989.
5. Irrgang B. Grundriss der medizinischen Ethik. München: UTB für Wissenschaft; 1995.
6. Korff W, Beck L, Mikat P, Hrsg. Lexikon der Bioethik. Gütersloh: Chr. Kaiser Gütersloher Verlagshaus; 1998.
7. Laufs A. Handbuch des Arztrechtes. 3. Auflage. München: Beck; 2002.
8. Loewy EH. Ethische Fragen in der Medizin. Heidelberg: Springer; 1995.
9. Pöltner G. Grundkurs Medizin-Ethik. Wien: UTB für Wissenschaft; 2002.
10. Reich WT, ed. Encyclopedia of Bioethics. 2 nd ed. New York: Simon & Schuster, MacMillan; 1995.
11. Riha O. Ethik in der Medizin: Eine Einführung. Aachen: Shaker; 1998.
12. Sass HM, Kielstein R. Patientenverfügung und Betreuungsvollmacht. Münster: Lit; 2001
13. Schramme T. Bioethik. Frankfurt/M.: Campus; 2002.
14. Steinkamp N, Gordijn B. Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Neuwied, Köln, München: Luchterhand; 2003.
15. Wiesemann C, Erichsen H, Behrendt N, Biller-Andorno N, Frewer A, Hrsg. Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; 2003.
16. Wiesemann C, Doerries A, Simon A, Wolfslast G, Hrsg. Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille. Frankfurt a. M.: Campus; 2003.
17. Wiesing U, Hrsg. Ethik in der Medizin: Ein Reader. Stuttgart: Reclam; 2000.

Wiesemann, Med. Ethik · ISBN 3-13-138241-4 · © 2005 Georg Thieme Verlag