
Der autonome Patient – Realität und Illusion

Wolfram Höfling

I.

Für das Arzt-Patienten-Verhältnis lässt sich über Jahrtausende eine gewisse Kontinuität bestimmter konstitutiver Merkmale festhalten. Hierzu zählt namentlich das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das außergewöhnliche Eingriffsrecht des Arztes in den persönlich-körperlichen Integritätsbereich sowie das Moment von Risiko und Unsicherheit in der Behandlungssituation. In soziologischer Perspektive ist auf die Herausbildung von Expertendominanz in der Ärzteschaft und den damit einhergehenden Professionalisierungsprozess hinzuweisen. Dieser führte im Kontext der Institutionalisierung eines sozialstaatlich orientierten Krankenversicherungssystems dazu, dass der Ärzteschaft gleichsam ein staatlich sanktioniertes Definitionsmonopol über Krankheit bzw. Gesundheit zuwuchs.

Eine solche Experten-, Definitions- und Steuerungsmacht aber bewirkt zugleich, dass die Arzt-Patienten-Beziehung strukturell eine asymmetrische ist. Gegenläufig zu dieser Entwicklung ist ein gesellschaftlicher Modernisierungs- und Liberalisierungsprozess, der autoritative und paternalistische Einstellungen und Verhaltensweisen immer mehr zurückdrängt.¹

Rechtstechnisch spiegelt sich diese Entwicklung in der Qualifikation der Arzt-Patienten-Beziehung als Rechtsverhältnis vertraglicher Art wider. Der Vertrag gilt geradezu

als charakteristisches Merkmal der Herausbildung einer offenen Gesellschaft; Vertragsfreiheit lässt sich als emanzipatorische Chiffre, geradezu als Freiheitsparadigma schlechthin verstehen. Auch wenn die Arzt-Patienten-Beziehung – wie der Bundesgerichtshof in einer grundlegenden Entscheidung zur ärztlichen Aufklärungspflicht schon früh betont hat – „weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung“² ist, ist heute unstrittig, dass der zentrale Bezugspunkt dieses Verhältnisses das Grundrecht der freien Selbstbestimmung über die körperliche Integrität des Patienten ist. Das Bundesverfassungsgericht hat deshalb hervorgehoben, dass das in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG gewährleistete Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit ein *Freiheitsrecht* ist und deshalb „den ärztlichen Heilversuch vom Willen des Patienten abhängig“ macht.³ Das Grundrecht schützt in dieser Perspektive „die Unversehrtheit des Menschen nicht lediglich nach Maßgabe seines jeweiligen konkreten Gesundheits- oder Krankheitszustandes; es gewährleistet zuvörderst Freiheitsschutz im Bereich der leiblich-seelischen Integrität des Menschen, nicht aber beschränkt es sich auf den speziellen Gesundheitsschutz. Auch der Kranke oder Versehrte hat das volle Selbstbestimmungsrecht über seine leiblich-seelische Integrität“. Die Bestimmung über diese Integrität gehört – so das Bundesverfassungsgericht – „zum ureigensten Bereich der Personalität des Menschen. In diesem Bereich ist er aus Sicht des Grundgesetzes frei, seine Maßstäbe zu wählen und nach ihnen zu leben und zu entscheiden“.⁴

II.

Auch für das Medizinrecht im Besonderen ist die rechtsphilosophische und medizinethische Autonomiediskussion in den letzten Jahrzehnten ein wichtiger Anknüpfungspunkt geworden. Die informierte Einwilligung ist

geradezu eine klassische Basisgröße rechtlichen Schutzes von Patientenautonomie geworden. Vom Strafrecht über das Haftungsrecht bis hin zur aktuellen Sterbehilfediskussion: Der Selbstbestimmungsgedanke ist offenkundig das neue Paradigma.⁵

Doch die allenthalben zu beobachtende Hervorhebung ihrer prinzipiellen Signifikanz geht einher mit einer auffälligen Bedeutungsvagheit, sobald es um ihre Operationalisierung im Blick auf konkrete Entscheidungsszenarien geht. Bis heute sind die Kriterien und Indikatoren, die die Patientenautonomie in ein vollzugsfähiges Konzept transformieren sollen, weithin unklar.⁶

Sinnfällig wird dies illustriert durch die in der Rechtsprechung gängige Formel zur Einwilligungsfähigkeit, die gegeben sein soll, wenn der Patient Wesen, Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung zu begreifen vermag.⁷ Die schon für sich genommen vagen Begriffe „Wesen“, „Bedeutung“ und „Tragweite“ kumulieren gleichsam in tautologischer Weise.

Die Vagheit dieses Normprogramms trifft sich mit einer – gemessen an der Lebenswirklichkeit völlig unterkomplexen – strikt binären Kodierung der Patientenautonomie, die dem juristischen (wie medizinischen) Wunsch nach Eindeutigkeit und Rechtssicherheit Rechnung zu tragen versucht. Entweder ist ein Patient autonom und einwilligungsfähig oder er ist es nicht und benötigt einen Betreuer. Dabei belegen neuere Studien eindrucksvoll, dass die Entscheidungsfähigkeit von Menschen, an deren mentalen Fähigkeiten grundsätzlich nicht zu zweifeln ist, bei der Konfrontation mit komplexen klinischen Entscheidungssituationen erheblich abnimmt.⁸

Dies macht deutlich, dass insbesondere in problematischen Krankheitskonstellationen mit ihren auf entsprechendem Komplexitätsniveau angesiedelten ethisch-moralischen Fragestellungen Patientenautonomie nicht einfach

fingiert werden kann. Als Begriff muss sie angemessen konzeptualisiert und für den Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient konkret operationalisiert werden. Dies aber setzt eine multidisziplinär entwickelte Strukturierung des Arzt-Patienten-Verhältnisses voraus.

Ohne überkommene Modelle von ärztlichem Paternalismus wiederzubeleben, ist doch eine Rückbesinnung auf eine „Ethik der Fürsorge“ unabdingbar. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient muss also mehr sein als ein Aufklärungs-„Gespräch“, das wesentlich an arzthaftungsrechtlichen Gesichtspunkten orientiert ist. Die „Unkultur“ schriftlicher Einwilligungensformulare, die ihrerseits nicht selten die Antwort auf juristische Überforderungen darstellen, muss ersetzt werden durch ein Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung, die es dem Patienten ermöglicht, als Person mit ihren jeweiligen Eigenheiten und Eigentümlichkeiten gerade auch im oftmals bedrohlichen Kontext eines hochtechnisierten medizinischen Betriebs wahr- und ernstgenommen zu werden. Nicht ganz zu Unrecht ist jüngst in der Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie aus ärztlicher Sicht hervorgehoben worden: Die streng juristische Sicht, dass eine zeitgerecht vollzogene Unterschrift des Patienten und die Nennung aller in Betracht kommender Komplikationen und Operationsvarianten auf einem Aufklärungsformular für eine Aufklärung sprächen und den aufklärenden Arzt vor juristischen Konsequenzen schützten, sei formal nachvollziehbar, gehe „aber an der klinischen Situation und vor allem an den Interessen des Patienten vorbei“.⁹

Wie eine problemadäquate „Aufklärung“ /Kommunikation idealtypisch dargestellt werden kann, soll folgende Entscheidungsmatrix zeigen:

Idealtypischer 6-Phasen-Entscheidungsprozess¹⁰

I. Diagnose / Prognose

1. Welche Beschwerden äußert der Patient?
2. Welche Befunde liefern die Untersuchungen?
3. Sind Befunde und Beschwerden kohärent?

II. Ermitteln von Therapiewegen zur Erreichung denkbarer Therapieziele

1. Welche Therapieziele sind angesichts dieser Diagnose denkbar?
2. Welche Therapiewege sind für die einzelnen unter 1. definierten Therapieziele denkbar?

III. Auswahl von Therapiewegen unter den gegebenen Bedingungen

1. Wie gelangt der Arzt auf Basis von I. und II. zu Therapievor schlägen?
2. Wie wirken sich folgende Faktoren auf die Auswahl aus?
 - a. Gibt es organisatorisch-strukturelle Restriktionen, die die Auswahl unangemessen beeinflussen?
 - b. Ist der Patient für die Behandlung in dieser Institution geeignet?

*IV. Informationen des Patienten über I. – III.
(ggf. rekursiv noch V. / VI.)*

1. Wie kann der Patient dazu gebracht werden, folgendes zu verstehen?
 - a. Prozedere einer Option
 - b. Nutzen
 - c. Risiken: Art, Schwere, Wahrscheinlichkeit
 - d. Längerfristige Auswirkungen einer Therapieoption auf seine Lebensqualität
2. Wie kann verhindert werden, dass sich folgende Punkte auf ein angemessenes und hinreichendes Verständnis seiner medizinischen Lage negativ auswirken?
 - a. Allgemeine kognitive Verfassung des Patienten (Kompetenzprüfung)

- b. Differenz der Perspektiven von Arzt und Patient: distanziert/objektivierend vs. existenziell betroffen
- c. Differenz der Sprache, besonders des Vokabulars
- d. Differenz des Hintergrundwissens

V. *Ethische Überlegungen des Patienten/Güterabwägung zwischen Therapieoptionen*

- 1. Reflexion des Patienten:
 - a. Was will ich eigentlich?
 - b. Welche Dinge sind wichtig, auf welche könnte ich verzichten?
- 2. Wie lassen sich Therapieergebnisse integrieren in private und berufliche Lebensplanung?
 - a. Muss die Lebensgestaltung modifiziert werden?
 - b. Welche Änderungen sind tolerabel?
- 3. Was sind die Konsequenzen für das familiäre und soziale Umfeld?

VI. *Beratungsgespräch zwischen Arzt und Patient mit dem Ziel einer patientenwohlorientierten/patientenautonomen Entscheidung über die Wahl einer Therapieoption*

Wie lässt sich ein a. *sachgerecht – problemadäquates* und b. *Autonomie ermöglichendes* Beratungsgespräch realisieren?

- 1. Wie lässt sich ein *sachgerecht – problemadäquates* Beratungsgespräch realisieren? Sind die Voraussetzungen hinsichtlich Information und Reflexion, die in IV. und V. formuliert sind, erfüllt?
 - a. *Technisch*: Inwieweit hat der Patient im Rahmen seiner kognitiven Möglichkeiten seine Optionen bzgl. Prozedere und Ergebnis verstanden? Kann er Risiken einschätzen? Hat er realistische Erwartungen?
 - b. *Evaluativ*: Können dem Patienten Orientierungshilfen zur ethischen Reflexion gegeben werden?
- 2. Wie lässt sich ein *Autonomie ermöglichendes* Gespräch realisieren?
 - a. *Extern/intersubjektiv*: Wird der Patient als Person respektiert?
 - Wie wirken sich die zeitlichen und räumlichen Umstände des Gesprächs auf den geforderten Respekt aus?
 - Wie tritt der Arzt auf: welche Interaktionsrolle teilt er dem

Patienten zu; vermittelt er ihm den Eindruck, dass er sich für dessen Probleme interessiert; wird der Patient ermutigt, seine Güterabwägung darzustellen und daraus resultierende Bedenken und Fragen zu artikulieren?

- Steuert und dominiert der Arzt das Gespräch zu stark – je nach Art der Fragen und sonstigen Redebeiträge, die er an den Patienten richtet –, so dass der Patient zu wenig Gelegenheit erhält, seine Ansicht zur Geltung zu bringen?
- b. *Intern/subjektiv*: In welcher psychischen Verfassung ist der Patient?
 - Wird er vom Arzt ermutigt, psychische Zustände zu artikulieren?
 - Ist die Entscheidung des Patienten technisch und evaluativ rational?
 - Ist er entscheidungskompetent? Benötigt er psychosoziale Beratung zur Wiederherstellung seiner Kompetenz?

Alles in allem: Es ist ersichtlich ein Modell – interdisziplinär erarbeitet in einem DFG-Projekt –, das Abschied nimmt von einem eher formalistischen Autonomiekonzept (wie es zur Zeit wieder vehement in der Sterbehilfedebatte vertreten wird) und den Weg eines „sanften“ bzw. prozeduralen Paternalismus einschlägt. Das war auch für mich als Grundrechtsdogmatiker ein längerer Lernprozess.

Anmerkungen

¹ Dazu m. N. Höfling, W. / Lang, H.: Das Selbstbestimmungsrecht. Normativer Bezugspunkt im Arzt-Patienten-Verhältnis. In: Feuerstein/Kuhlmann (Hrsg.), Neopaternalistische Medizin, 1999, S. 17 ff.

² BGHZ 29, 46 (52 f.).

³ BVerfGE 89, 120 (130).

⁴ BVerfGE 52, 171 (175).

⁵ Damm, Reinhard: Imperfekte Autonomie und Neopaternalismus, MedR 2002, 375 (377 f.).

⁶ Zum folgenden Rixen, S. / Höfling, W. / Kuhlmann, W. / Westhofen, M.: Zum rechtlichen Schutz der Patientenautonomie in der ressourcenintensiven Hochleistungsmedizin, MedR 2003, 191 ff.

⁷ Grundlegend RGSt 41, 392 (394); außerdem etwa BGHSt 4, 88 (90); 23, 1 (4); BGHZ 29, 33 (36) – st. Rspr.

⁸ Dazu *Cassell/Leon/Kaufmann*: *Annals of Internal Medicine* 134 (2001), 1120–1123.

⁹ *Kayhan, N. u. a.*: *Zeitschrift für Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie* 19 (2005), 13, 15.

¹⁰ Vereinfachte Fassung einer von der DFG-Forschungsprojektgruppe „Patientenautonomie in der ressourcenintensiven Hochleistungsmedizin“ erarbeiteten Matrix, s. *Rixen/Höfling u. a.*: *MedR* 2003, 191 (193).