
Das Verhältnis von Arzt und Patient aus theologischer Sicht

Josef Schuster

1. Das Beispiel Jesu

Wer eine Bestimmung des Arzt-Patient-Verhältnisses erwartet, die sich ausschließlich glaubender Erkenntnis verdankt, den werden die folgenden Überlegungen nicht zufrieden stellen können. Sie basieren zwar auf einem christlichen Menschenbild. Aber ich behaupte, dass es zumindest prinzipiell mit Vernunftgründen expliziert werden kann. Nach einer Grundaussage der Bibel schafft Gott den Menschen als sein Bild und Gleichnis (vgl. u. a. Gen 1,27ff; Ps 8), der philosophische Gehalt dieser schöpfungstheologischen Aussage wird eingeholt mit dem, was wir unter der unveräußerlichen Würde des Menschen verstehen. Wer immer mit Menschen zu tun hat, der Arzt in der Regel mit kranken und leidenden Menschen, der begegnet nicht einfach einem Vertrags- oder Geschäftspartner, sondern einem Mitmenschen, der es verdient, um seiner selbst willen geachtet und anerkannt zu werden. Die Gottebenbildlichkeit des Menschen, seine unveräußerliche Würde, ist Geltungsgrund des Liebesgebotes wie auch der Goldenen Regel.

Nach dem einmütigen Zeugnis der Evangelien hat Jesus sich in besonderer Weise Kranken zugewandt und sie geheilt. Was der Evangelist Lukas berichtet, steht stellvertretend auch für die übrigen Evangelisten: „Als die Sonne unterging, brachten die Leute ihre Kranken, die alle möglichen Leiden hatten, zu Jesus. Er legte jedem Kranken die

Hände auf und heilte alle“ (Lk 4,40). Jesu heilendes Wirken hat die Christen schon früh dazu angeregt, sich in besonderer Weise den Kranken zu widmen. Krankenhäuser, Betreuungsstationen, die Versorgung Verwundeter im Kriege sind über die Jahrhunderte hinweg Zeichen dieser Solidarität und Sorge für die Kranken. Und so verwundert es nicht, dass bis ins Mittelalter die Medizin als Wissenschaft auch in den Klöstern beheimatet war. Neben der fachkundigen Behandlung der Kranken je nach dem Wissen und Können der Zeit kam der persönlichen Betreuung und Pflege ein besonderer Stellenwert zu, weil man wusste, dass die Helferin bzw. der Helfer in vielen Fällen zugleich auch die Hilfe ist.

2. Die Bedeutung des Verständnisses von Krankheit

Treuhänder des Gutes der Gesundheit will der Arzt sein, doch nur allzu leicht wird er zum „Händler einer Ware“ (Wilhelm Korff).¹ Für die Bestimmung des Verhältnisses zwischen Arzt und Patient ist das Verständnis von Krankheit und damit auch des kranken Menschen von entscheidender Bedeutung. Denn der ärztliche Auftrag richtet sich auf die Heilung körperlicher und seelischer Krankheiten, aber nicht auf beliebige Erscheinungen, die u. U. bei bestimmten Menschen Leiden auslösen können. Die Unterscheidung zwischen Krankheiten im medizinischen Sinne und seelischen wie körperlichen Mängelerfahrungen, die als persönliche Lebensaufgabe anzunehmen sind, ist längst nicht mehr selbstverständlich. Es galt bereits zu früheren Zeiten: Was als Krankheit anzusehen ist, ist nicht ein für allemal festgelegt. Neben streng medizinischen Kriterien gibt es gesellschaftliche Einflüsse, die mitbestimmen bei dem, was als krank anzusehen ist und was nicht. Dem Wandel in der Einstufung korrespondiert – wenn auch nicht einfach synchron – ein Wandel in der moralischen

Bewertung. Denken wir an Drogenmissbrauch und Alkoholismus: Einstmals zählten sie zu den Lastern und heute zu den Suchtkrankheiten.

Gehören alle medizinischen Leistungen, die heute erbracht werden, wie Abtreibung, Sterilisation, plastische Chirurgie oder Geschlechtsumwandlung *in allen Fällen* zum ärztlichen Heilauftrag? Oder werden von der Medizin Leistungen eingefordert, welche die Grenzen zwischen therapeutisch und nicht-therapeutisch verwischen? Diese Frage verlangt nach einer Antwort, steht doch mehr als das Ansehen der Medizin als Heilkunst auf dem Spiel. Mehr – weil die Gefahr besteht, dass wir das, was es in moralischer Hinsicht als zu meisternde Aufgabe unsererseits anzunehmen gilt, auf Ersatz-Agenten abwälzen. Damit stellt sich die Frage, ob wir bereit sind, das Leben, mit allem, was dazu gehört – also auch mit unserer vermeintlichen „stiefmütterlichen Ausstattung“ –, verantwortlich auf uns zu nehmen oder uns in dieser Hinsicht bereitwillig entmündigen zu lassen.

Aufgrund der faktischen Ausweitung des Krankheitsverständnisses wandelt sich unter der Hand auch der ärztliche Heilauftrag zur medizinischen Dienstleistung. Deshalb plädieren einige amerikanische Bioethiker dafür, den Krankheitsbegriff durch den neutraleren Ausdruck „clinical problem“ zu ersetzen. Nicht die Arzt und Patienten gemeinsame Zielsetzung der Heilung präge die Medizin, ihre technische Verfahrensdimension sei nunmehr ausschlaggebend für jene persönlichen Probleme, für welche die Medizin entsprechende Verfahren anzubieten habe.

Sollte der Krankheitsbegriff rein deskriptiv gefasst werden – ohne normativen Gehalt –, dann stellt sich verschärft die Frage, ob denn die Solidargemeinschaft für alle Leistungen mit aufzukommen habe, die an medizinischer Dienstleistung in Anspruch genommen werden. Eberhard Schockenhoff fasst die Problematik präzise zusammen: „In dem

Maß, in dem uns die Medizin dazu instand setzt, den natürlichen Ungleichheiten unter den Menschen entgegenzuwirken, wird die Zuteilung der Teilhabechancen an den Segnungen des medizinischen Fortschritts zu einem für das politische Selbstverständnis moderner Gesellschaften entscheidenden Gerechtigkeitsproblem. In sozialetischer Hinsicht ist dann zu fragen: Darf eine demokratische Gesellschaft das System der medizinischen Versorgung dem freien Spiel von Angebot und Nachfrage überlassen, so dass die soziale Lotterie der Gesellschaft die ungleiche Zuteilung *biologischer* Lebenschancen durch die Natur noch verstärkt?¹²

3. Ein asymmetrisches Verhältnis

Mit großer Emphase hat zunächst in den USA – später dann auch in Europa – das Prinzip der Patientenautonomie Eingang in den bioethischen Diskurs gefunden. Titel wie „Autonomie versus Paternalismus“ sollten die Frontlinie markieren zwischen der freien, wohl informierten Selbstbestimmung des Patienten über Art und Umfang des ärztlichen Handelns auf der einen Seite und der ärztlichen Bevormundung auf der anderen Seite. Im Hintergrund stand und steht die Erkenntnis, dass das Verhältnis zwischen Arzt und Patient asymmetrisch (1) ist, weil der Patient aufgrund einer Erkrankung bzw. eines Leidens den Arzt aufsucht, von dem er Hilfe erwartet. Man mag es drehen und wenden, wie man will, unter dieser Rücksicht ist der Patient Bittsteller und nicht einfach nur Kunde bzw. Vertragspartner, der aufgrund einer entsprechenden Entlohnung eine medizinische Leistung erwarten darf. Asymmetrisch (2) ist das Verhältnis auch unter der Rücksicht, dass der Arzt in aller Regel der Experte ist, der über entsprechende Vorkenntnisse an medizinischem Fachwissen und praktischem Können verfügt. Patienten wissen zwar nach erfolg-

ter Behandlung, ob Besserung eingetreten ist bzw. ob sie geheilt sind, und können dann zumindest für ihre Person den Arzt als qualifiziert einstufen oder nicht, aber im Voraus wissen sie das nicht und müssen deshalb zunächst einmal darauf vertrauen, dass sie jemanden um Hilfe ersuchen, von dessen Wissen und Können viel für sie abhängt – unter Umständen Leben oder Tod. Asymmetrisch (3) ist damit aber auch die Kommunikation zwischen Patient und Arzt, insofern sich beide in Bezug auf das Wissen um Diagnose und Therapie nicht auf Augenhöhe bewegen. Asymmetrisch (4) ist das Verhältnis schließlich unter der Rücksicht, dass der Arzt aufgrund seines Auftrages berechtigt ist, in die körperliche Intimsphäre des Patienten einzugreifen. Bereits in der Anamnese erhält der Arzt vom Patienten nicht nur Informationen über dessen Krankheit. Er erfährt u.U. Wichtiges über die Privatsphäre des Patienten, dessen Familien-, Lebenssituation und Arbeitsbedingungen. Aus diesem Grunde gibt es für den Arzt im strikten Sinne eine Schweigepflicht, die durchaus Analogien zur Schweigepflicht von Beichtvätern aufweist. Ohne dieses hohe Maß an Verschwiegenheit besteht leichter die Gefahr, dass sich Patienten gegenüber Ärzten verschließen und ihnen damit wichtige Informationen vorenthalten.

Abwegig ist es allerdings, die hier gar nicht mit dem Anspruch auf Vollständigkeit aufgezählten Asymmetrien im Sinne eines Herrschaftsverhältnisses zu deuten. Natürlich können Asymmetrien in diese Richtung missbraucht werden. Aber das gilt nicht nur für das Arzt-Patient-Verhältnis, sondern ebenso für das Verhältnis von Vorgesetztem und Untergebenen, von Lehrern und Schülern, Eltern und Kindern etc. Hätte der Arzt gegenüber dem Patienten kein Voraus an medizinischem Wissen, diagnostischen Fähigkeiten und therapeutischem Können, er würde nicht aufgesucht werden. Ja – man muss sagen: nur deshalb kann er überhaupt Adressat für hilfesuchende, kranke Menschen sein.

4. Modelle der Interaktion zwischen Arzt und Patient

In der Literatur werden gewöhnlich drei Modelle der Interaktion zwischen Arzt und Patient vorgestellt³:

- (1) Paternalistisches Entscheidungsmodell;
- (2) Informierte Zustimmung seitens des Patienten;
- (3) Shared decision making.

Zu (1): Paradebeispiel für das paternalistische Modell ist das ärztliche Handeln bei einem bewusstlosen Unfallopfer: Der Arzt entscheidet uneigennützig nach bestem Wissen und Gewissen. Beratung mit dem Verunfallten ist nicht möglich, mit Angehörigen in der Regel auch nicht. Außerhalb derartiger Extremsituationen bedeutet ein Entscheiden nach diesem Modell: Der Arzt erklärt dem Patienten, was in dieser Situation die angemessene Therapie ist und was aus diesem Grunde auch im wohlverstandenen Eigeninteresse des Patienten liegt. Und der Patient kooperiert in der Weise, dass er dem folgt, was der Arzt für richtig hält. Von Paternalismus kann aber nur dann gesprochen werden, wenn die Grenze zwischen wohlwollender Beratung hin zur Bevormundung des Patienten überschritten wird. Paternalismus liegt stets vor, wenn der Arzt nicht nach dem Willen des Patienten fragt oder diesen für inkompetent hält, eine angemessene Willensäußerung von sich zu geben.

Zu (2): Das zweite Modell setzt einen Patienten voraus, der kompetent und zu rationaler Abwägung unter verschiedenen medizinischen Handlungsmöglichkeiten in der Lage ist. „Das Modell für dieses Konzept ist der Käufer, der rational zwischen verschiedenen Angeboten und Möglichkeiten am Markt abwägt, seine eigenen Präferenzen berücksichtigt und dann eine optimale Entscheidung trifft, die ökonomisch gesehen seinen Nutzen maximiert.“⁴ Überträgt man dieses Modell auf das Arzt-Patient-Verhältnis, dann wird der Arzt auf die Rolle des Informanten objektiver wis-

senschaftlicher Daten reduziert. Er kann sich ganz aus der Verantwortung für die Entscheidung zu einer bestimmten Behandlung zurückziehen, weil diese allein vom Patienten zu treffen und damit auch zu verantworten ist. Diesem Modell liegen zwei Annahmen zugrunde: 1. Der Patient ist trotz seiner Erkrankung in der Lage, in vollem Umfange seine Interessen wahrzunehmen. 2. Der Patient besitzt hinreichende Einsicht in die medizinisch relevanten Sachverhalte, so dass er zu einer begründeten Entscheidung kommen kann.

Zu (3): Dieses Modell vermittelt zwischen den Modellen (1) und (2), indem Arzt und Patient gemeinsam zu einer Entscheidung kommen, wobei durchaus zugestanden werden kann und muss, dass bei unterschiedlicher Auffassung der Patient das letzte Wort hat. Allerdings bleibt unter ethischer Rücksicht zu bedenken, dass der Arzt nicht jeden Wunsch erfüllen kann und darf. Der Arzt hat in diesem Modell nicht nur die Aufgabe, sachgemäß über alle medizinisch relevanten Gesichtspunkte zu informieren und das in einer für den Patienten angemessenen Weise, er hat auch eine maieutische Aufgabe: Im Gespräch mit dem Patienten hilft er diesem, über die eigenen Wertvorstellungen, Präferenzen und Wünsche Klarheit zu gewinnen. Das bedeutet u. a., dass er Vorstellungen, Bedenken, Erwartungen, Gefühle und Ängste des Patienten im Gespräch wahrnimmt und u.U. aus seiner Erfahrung und Einschätzung heraus darauf antwortet. Der Arzt verabschiedet sich nicht aus seiner Aufgabe als Experte für den medizinischen Bereich, zugleich achtet er den Patienten als Subjekt und Experten für die eigenen Bedürfnisse und Präferenzen, zu denen u. a. auch Vorstellungen von einem guten Leben und religiöse Überzeugungen gehören. Die Verantwortung für die Entscheidung zu einer Behandlung wird nach diesem Modell gemeinsam getragen, weil auf diese Weise der Patient zum einen als Subjekt in dieser Interaktion ernst ge-

nommen und zugleich aber dadurch entlastet wird, dass der Arzt ihm anbietet, seinen Teil der Verantwortung mitzutragen.⁵

In der alltäglichen Praxis werden sich diese Modelle kaum in Reinkultur wiederfinden lassen. Es wird Patienten geben, die möglichst umfassend unterrichtet werden wollen und die u.U. aus der Lektüre entsprechender Publikationen oder aus dem Internet bereits Informationen mitbringen und auch mehr oder weniger präzise Vorstellungen über Art und Weise der Behandlung haben. Es wird aber auch jene Patienten geben, die bereits schwer an der Last ihres plötzlichen oder auch chronischen Leidens tragen und die sich am liebsten dem Arzt ganz anvertrauen möchten, weil dieser doch wohl am besten weiß, was für sie gut ist. Und es wird schließlich jene geben, für die es äußerst schwer ist, den Arzt zu verstehen und dessen Therapievor schläge zu durchschauen. Grund dafür kann einmal ein defizientes Auffassungsvermögen für Informationen der Art sein, die sie existentiell unmittelbar betreffen, oder es liegt auch am Unvermögen des Arztes, die notwendigen Informationen in einer allgemein verständlichen und für den jeweiligen Patienten angemessenen Weise zu vermitteln.

Das entscheidende Kriterium für die Antwort auf die Frage, welches der drei eher idealtypisch vorgestellten Modelle den Vorzug verdient, scheint mir die Angemessenheit für den jeweiligen Patienten zu sein. So können es alte, schwer erkrankte Menschen als eine unzumutbare Belastung empfinden, wenn sie aus einer – wenn auch geringen – Anzahl möglicher Therapien jene wählen sollen, die nach Prognose, Belastung und persönlichen Wünschen die beste ist. Was als Überforderung empfunden wird, das belastet nicht nur zusätzlich, das kann u. U. auch das notwendige Vertrauen in das Können des Arztes erschüttern.

5. Anmerkungen zum Begriff „Autonomie“

5.1 Rückbezug auf Immanuel Kant

Gewöhnlich wird Kant als Referenzautor benannt, wenn der Begriff der Autonomie zu klären ist.⁶ Leider wird bei diesem Bemühen das Kantische Verständnis von Autonomie häufig halbiert. Mit Emphase wird auf das Selbstbestimmungsrecht des Menschen abgehoben, auf das Recht, von jeder Fremdbestimmung befreit dem eigenen Leben eine selbstbestimmte Gestalt zu geben. „Fremdbestimmung“ – Heteronomie – umfasst bei Kant aber nicht nur das ungerechtfertigte Einwirken von Dritten auf meine Freiheit, sondern auch meine eigene Abhängigkeit von empirischen Antrieben, Bedürfnissen, Wünschen und Interessen.⁷ Wer also lediglich seinen eigenen Wünschen und Bedürfnissen folgt, dessen Wille ist im Kantischen Sinne auch heteronom bestimmt und gerade nicht autonom aus Gründen, die reiner praktischer Vernunft entspringen. Autonomie im Sinne Kants antwortet also nicht nur auf die Frage, *wer* in welcher Situation unter welchen Umständen zu entscheiden hat, sondern antwortet auch auf die Frage, *welche Entscheidung* inhaltlich vor dem Forum praktischer Vernunft verantwortet werden kann und welche nicht. Natürlich kann jemand für ein anderes Verständnis von Autonomie plädieren.⁸ Nur sollte er sich dann nicht auf Kant und andere berufen, die ihm darin gefolgt sind.

5.2 Konfliktbereich

In der Regel dürften Ärzte keine Probleme mit Entscheidungen von Patienten haben, die unter medizinisch wie ethischer Rücksicht vertretbar sind, zumal die Medizin bei bestimmten Krankheiten inzwischen über eine Mehrzahl an Behandlungsmöglichkeiten verfügt. Konflikte ergeben sich

stets dann, wenn ein Patient eine Entscheidung trifft, die dem Arzt aus medizinischer und/oder ethischer Sicht nicht begründet erscheint. In solchen Fällen gilt: Der Arzt hat den Willen seines Patienten auch dann zu respektieren, wenn dieser eine nach seinem Urteil falsche Entscheidung trifft. Allerdings ist der Arzt nicht einfach der Befehlsempfänger des Patienten. Bedeutsam ist in diesem Zusammenhang der handlungstheoretische Unterschied zwischen Tun und Unterlassen: Der Arzt darf gegen den Willen des Patienten z. B. keinen chirurgischen Eingriff vornehmen, auch wenn dieser in der gegebenen Situation lebensnotwendig sein sollte, aber er darf auch umgekehrt keine Operation durchführen, für die es unter medizinischer Rücksicht keinerlei Indikation gibt. Mag der Patient auch ausdrücklich eine solche wünschen. Diese handlungstheoretische Unterscheidung ist vor allem in solchen Situationen einschlägig, in denen ärztliches Handeln den Tatbestand der Tötung auf Verlangen erfüllen würde.

5.3 Autonomie und Fürsorge

Ein fehlerhaftes Verständnis von Autonomie zeigt sich auch bei ihrer Gleichsetzung mit Autarkie. Gerade Patienten, die einen Arzt konsultieren, erfahren sich als solche, die auf fremde Hilfe angewiesen sind. Darin zeigt sich eine Grundsituation des Menschen überhaupt: Wir alle können ohne die Hilfe anderer nicht sein, wir sind alle in vielfältiger Weise aufeinander angewiesen. Einen Menschen allein kann es prinzipiell nicht geben. Unter dieser Rücksicht ist es nicht sinnvoll, das Prinzip der Autonomie in Opposition zum Prinzip der Fürsorge zu setzen. D. h. auch in Situationen, in denen die Hilfsbedürftigkeit eines Menschen in besonderem Maße offenkundig ist, hat ein Arzt und haben andere dessen Autonomie, die ihren Grund in der unveräußerlichen Menschenwürde hat, zu respektieren. Das gilt gerade auch für jene Grenzfälle, in denen ein Kranker nach menschlichem

Ermessen nicht mehr in der Lage ist, Entscheidungen für sich selber und im eigenen Interesse zu treffen. Gewöhnlich unterstellen wir bei „Autonomie“ die aktuelle Fähigkeit, überlegte Entscheidungen treffen zu können. Doch diese Fähigkeit ist bei einigen Patienten eingeschränkt und bei anderen vielleicht nicht mehr vorhanden. Das könnte den Schluss nahe legen, dass es unter diesen Bedingungen nicht mehr sinnvoll sei, von Patientenautonomie zu sprechen. Und aus diesem Grunde schlagen einige Philosophen vor, den nicht mehr zu personaler Entscheidung fähigen Menschen das Personsein abzusprechen.⁹

Wenn aber Autonomie in der Menschenwürde ihren Grund hat und wenn die Würde des Menschen gerade nicht von bestimmten Fähigkeiten abhängt und auch keine Eigenschaft neben anderen ist, dann bleibt, auch wenn bestimmte Vermögen erlöschen, der Mensch ein Mensch, d. h. Selbstzweck, der es um seiner selbst willen verdient, geachtet und entsprechend behandelt zu werden.¹⁰ Dass er in einem weit höheren Maße als andere der Fürsorge und der Stellvertretung durch andere bedarf, mindert nicht seine Würde, mögen auch seine eigenen Möglichkeiten, diese darzustellen, sehr eingeschränkt sein. Empirische Untersuchungen belegen, was alltäglicher Erfahrung mit schwer kranken Menschen entspricht: mit zunehmender Schwere der Krankheit wünschen Patienten vor allem eine fürsorgliche Behandlung und weniger eine autonome Entscheidung über Therapieziel und Heilmethode.¹¹

Menschenwürde wie Autonomie oder Selbstbestimmungsrecht sind keine Qualitäten oder Ehrentitel, die Menschen Menschen verleihen und die deshalb auf bloßer Konvention beruhen könnten. Würde, Autonomie oder Selbstbestimmungsrecht sind Essentialia des Menschen, die Anerkennung verlangen und nicht zuerkannt werden.

Das ist der wesentliche Gehalt eines christlichen Menschenbildes.

Aus diesem Grunde kann ein richtig verstandenes Fürsorgeprinzip auch nicht mit dem Autonomieprinzip in eine ernsthafte Konkurrenz treten, denn sowohl Würde als auch Autonomie sind Geltungsgründe für das Fürsorgeprinzip. Damit will ich nicht leugnen, dass im Alltag unter der Hand oder auch offen das Motiv der Fürsorge in vielleicht wohlgemeinte Bevormundung umschlagen kann.¹²

Anmerkungen

¹ Im Schlussbericht der Enquetekommission „Recht und Ethik in der modernen Medizin“ führt Linus S. Geisler in einem Sonderbeitrag aus (ebd. 440): „Dem tradierten, überwiegend paternalistisch bestimmten Rollenverständnis von Arzt und Patient treten kontrapunktische Entwicklungen entgegen, in denen der klassische Heilauftrag (Heilen, Lindern, Vorbeugen) immer mehr zugunsten einer Kunden-Leistungserbringer-Konstellation aufgeweicht wird. In Extremfällen ist ein ‚Patient‘ im engeren Sinne, wie z. B. bei der Präimplantationsdiagnostik nicht mehr auszumachen und ergo auch kein Heilauftrag gegeben. Das alte *Vertrauensverhältnis* zwischen Arzt und Patient wird teilweise abgelöst von einem *Vertragsverhältnis* mit genau definiertem Leistungsumfang. Der Patient wird zum Kunden, der Arzt zum Dienstleister, Praxis und Krankenhaus zum ‚Profit-Center‘. Der Umgang miteinander entspricht dann häufig dem von misstrauischen Geschäftspartnern. Das Spannungsfeld zwischen Kundendienst, Wissenschaftlichkeit und Kostendämpfung, in dem die Medizin zunehmend agieren muss, erschwert die Identitätsfindung der Beteiligten (‚Trilemma der modernen Medizin‘).“

² Schockenhoff, E.: Ethik des Lebens, Mainz 1993, 233.

³ Vgl. statt vieler Belege: Büchi, M. / Bachmann, L. M. / Fischer, J. E. / Peltenburg, M. / Steurer, J.: Alle Macht den Patienten? Vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision Making. In: Schweizerische Ärztezeitung 81 (2000) 2776–2780 (Lit); Kukla, Rebecca: Conscientious Autonomy. Displacing Decisions in Health Care. In: Hastings Center Report 35 (2005) 2, 34–44.

⁴ Ebd. 2776.

⁵ Christlich gewendet: „Einer trage des anderen Last, so werdet ihr das Gesetz Christi erfüllen“ (Gal 6,2).

⁶ Vgl. u. a. Kant, I.: Grundlegung der Metaphysik der Sitten (=

GMS), (Akademieausgabe) IV, 440; „Autonomie des Willens ist die Beschaffenheit des Willens, dadurch derselbe ihm selbst (unabhängig von aller Beschaffenheit der Gegenstände des Willens) ein Gesetz ist. Das Prinzip der Autonomie ist also: nicht anders zu wählen als so, dass die Maximen seiner Wahl in demselben Willen zugleich als allgemeines Gesetz mit begriffen seien.“

⁷ Vgl. ebd. 441: Wenn das der Fall ist, gibt der Wille sich nicht selbst, „sondern das Objekt durch sein Verhältnis zum Willen ... diesem das Gesetz“.

⁸ *Beckmann, Jan P.*: Patientenverfügungen: Autonomie und Selbstbestimmung vor dem Hintergrund eines im Wandel begriffenen Arzt-Patient-Verhältnisses. In: *ZmedEth* 44 (1998) 143–156, zählt als mögliche Bedeutungsinhalte auf: „Emanzipation von tradierten Normen und Vorstellungen“, Herr-Sein über Leben und Tod, Fähigkeit, Entscheidungen zu treffen wie ein Erwachsener (145).

⁹ Zu dieser Gruppe gehören u. a. *Singer, Peter*: *Practical Ethics*, Cambridge 1979 (dt.: *Praktische Ethik*, Stuttgart 1984, 101–128); *Sturma, Dieter*: *Philosophie der Person. Die Selbstverhältnisse von Subjektivität und Moralität*, Paderborn 1997; ders., *Person und Philosophie der Person*. In: Dieter Sturma (Hg.), *Person. Philosophiegeschichte – Theoretische Philosophie – Praktische Philosophie*, Paderborn 2001, 11–22.

¹⁰ Analog gilt: Auch Personsein ist keine Eigenschaft, sondern ‚Person‘ ist Träger von Eigenschaften. Deshalb kommt man m. E. auch in einer relationalen Ontologie nicht ohne den Begriff der Substanz aus.

¹¹ Vgl. u. a. *Geisler, Linus S.*: Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. In: *Dtsch Med Wochenschr* 129 (2004) 453–456 (mit einschlägiger Literaturliste!). Wider eine falsche Entgegensetzung der Prinzipien Patientenautonomie und Fürsorge argumentiert auch: *Rehbock, Theda*: Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. In: *Eth Med* 14 (2002) 131–150; dies, *Autonomie und Kompetenz. Zur Kritik des Autonomiebegriffs in der Medizinethik*. In: Thomas Rentsch (Hg.), *Anthropologie, Ethik, Politik. Grundfragen der praktischen Philosophie der Gegenwart*, Dresden 2004, 68–91.

¹² Für einen behutsamen Umgang mit Patienten mit eingeschränktem Selbstbestimmungsvermögen (= gemäßigter Paternalismus) argumentiert *Streckmann, Ulrich*: Patientenautonomie und Paternalismus in der Medizinethik. In: *Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik* 7 (2002) 73–100, bes. 91 ff.