

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Wallner, MBA

*Leiter Personalmanagement, Organisationsentwicklung,
Ethikberatung, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien*

Rechtsethischer Anspruch und faktische Grenzen von Patientenaufklärung und Informed Consent

1. Einleitung	74
2. Historische Entwicklungslinien	75
3. Modelle des Arzt-Patienten-Verhältnisses	79
4. Selbstbestimmung als ethische Grundlage	85
5. Grenzen des Informed-Consent-Konzepts	88
6. Eine systemische Schlussbetrachtung der integrativen Ethik	91

Patientenaufklärung und Informed Consent zählen heute zu den medizinethischen und -rechtlichen Fundamenten der Arzt-Patienten-Beziehung. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, inwieweit sich dieser rechtsethische Anspruch begründen lässt. Dazu werden zunächst die historischen Entwicklungslinien skizziert, entlang derer sich die Informed-Consent-Doktrin entwickelt hat. In systematischer Betrachtungsweise lassen sich darin verschiedene Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung erkennen, die es für die ethische Analyse zu verstehen gilt. Alle Modelle operieren mit einer bestimmten Vorstellung von Selbstbestimmung, die das ethische Fundament des Informed Consent bildet. So klar und wohlbegründet das Informed-Consent-Konzept ist, so wichtig ist es, sich seiner methodischen Grenzen bewusst zu werden. Abschließend zeigt eine systemische Analyse, wie individuelle, organisationale und gesellschaftliche Faktoren in den drei Dimensionen einer integrativen Ethik auf Patientenaufklärung und Informed Consent einwirken.

1. Einleitung

Eine ironische Bemerkung im ärztlichen Alltag lautet: „Ich befürchte, wir müssen nun zum Äußersten schreiten ... und den Patienten fragen!“ – Der ernste Kern, der in dieser Aussage steckt, weist auf die vielfältigen Herausforderungen hin, die sich in der Kommunikation zwischen Ärztin⁹⁸ und Patient im Allgemeinen und der Herstellung eines Informed Consent⁹⁹ im Besonderen ergeben können. Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, welche ethischen¹⁰⁰ Ansprüche an dieses klinische Geschehen gestellt werden, und lotet die faktischen Grenzen dieser Ansprüche aus.

In einem ersten Schritt werden dazu die historischen Entwicklungslinien skizziert, die zum Konzept des Informed Consent und darüber hinaus geführt haben. Aus den historischen Entwicklungen lassen sich sodann verschiedene Modelle des Arzt-Patienten-Verhältnisses entwerfen, die den Kontext für die weitere ethische Analyse bilden. Im Zentrum dieser Analyse steht dabei das Prinzip der Selbstbestimmung, welches das normative Fundament des Informed Consent darstellt. Normative Ansprüche müssen jedoch mit den Restriktionen der Wirklichkeit konfrontiert werden, um zu einem gut begründeten ethischen Urteil zu kommen.¹⁰¹ Insofern gilt es, in einem weiteren Schritt die faktischen Grenzen des Informed-Consent-Konzepts auszuloten. Die Zusammenschau der einzelnen Analyseperspektiven führt schließlich zu einer systemischen Betrachtungsweise, die Ansatzpunkte für die kluge Bewältigung der Informed-Consent-Problematik liefert.

98 Im Folgenden werden geschlechtsbezogene Bezeichnungen randomisiert verwendet, um die Gleichwertigkeit auszudrücken.

99 „Informed Consent“ soll im Folgenden jenes Konzept heißen, das für die Durchführung einer medizinischen Behandlung (Diagnostik, Therapie) die Herstellung einer „aufgeklärten Einwilligung“ der Patientin verlangt. Die (Patienten-)Aufklärung ist damit ein Teilaspekt des Informed Consent, der freilich in rechtlicher Hinsicht eine sehr prominente Stellung einnimmt. Wenn von „Einwilligung“ (Consent) die Rede ist, muss stets die Kehrseite mitgedacht werden: Selbstbestimmung räumt das Recht ein, medizinische Behandlungen abzulehnen, selbst wenn diese aus ärztlicher Sicht dringend nötig wären. Dieses Recht wird zuweilen „Informed Refusal“ genannt.

100 Nachdem es sich beim Themenkreis „Aufklärung und Informed Consent“ um ein stark rechtlich geprägtes Gebiet handelt, muss ein besonderes Augenmerk auf den rechtsethischen Aspekten liegen.

101 Andernfalls wäre die Gefahr groß, moralisierende Aussagen zu treffen. Höffe (2009) S. 37, sieht diese Gefahr dort gegeben, wo „jeder Bezug auf die Wirklichkeit und die Erfahrung fehlt.“

2. Historische Entwicklungslinien

Üblicherweise wird die Entwicklung des Arzt-Patienten-Verhältnisses kurz wie folgt skizziert:¹⁰² Bis in die 1960er-Jahre handelte es sich um ein paternalistisch geprägtes Verhältnis, in dem der Arzt zum Wohl der Patientin das entschied und durchführte, was er für medizinisch nötig hielt. Die Patientin war in diesem Verhältnis die Erduldende (vgl. *patiens*, „geduldig, ertragend“), die auf das Wohlwollen des Arztes vertraute und sich dem Angeordneten fügte. Dieses Verhältnis änderte sich ab den 1960er-Jahren dahingehend, dass die Rolle der Patienten gestärkt wurde. Fortan war das ärztliche Handeln nicht nur durch die faktischen Möglichkeiten, sondern zusätzlich durch den Patientenwillen begrenzt. Es kam zum Paradigmenwechsel, sodass nicht mehr das Wohl, sondern der Wille des Patienten oberste Richtschnur der Medizin wurde.¹⁰³

Diese Skizze liegt nicht völlig falsch, sie verkürzt aber zumindest zwei Dinge: Erstens war die Forderung nach Achtung der Selbstbestimmung des Patienten nicht erst ein Produkt der 1960er-Jahre, und zweitens täuscht die plakative Aussage vom Patientenwillen als oberstes Gesetz darüber hinweg, dass der Sachverhalt auch heute noch weitaus diffiziler ist, als grobe Kategorisierungen suggerieren. Im Folgenden soll daher versucht werden, ein etwas differenzierteres Bild von der historischen Entwicklung des Informed Consent zu zeichnen.¹⁰⁴

2.1. Aufklärung und Selbstbestimmung im traditionellen ärztlichen Ethos

Im traditionellen ärztlichen Ethos nimmt das Thema der Aufklärung, Einbeziehung und Selbstbestimmung der Patientin so gut wie keinen Raum ein. Sieht man sich beispielsweise den oftmals zitierten „Eid des Hippokrates“¹⁰⁵ an, so finden sich dort zwar zahlreiche Aussagen und Vorschriften, wie der Arzt mit seinem Patienten umzugehen hat; von Elementen eines Informed Consent ist allerdings nicht die Rede. Auch in dem für den englischsprachigen Raum wichtigen Werk *Medical Ethics* von

102 Vgl. etwa Veatch (1995).

103 Statt „*salus aegroti suprema lex*“ hieß es nun „*voluntas aegroti suprema lex*“.

104 Die vorliegende Arbeit hat nicht das Ziel und erhebt nicht den Anspruch, eine historische Aufarbeitung der Themenstellung zu sein. Die Ausführungen beschränken sich daher auf die Rezeption einiger in der Literatur zentraler Erkenntnisse zur historischen Entwicklung. Für ausführlichere Darstellungen und Quellenanalysen vgl. Faden & Beauchamp (1986) S. 53 ff., Vollmann (2000).

105 Der Text findet sich mit einer erläuternden Einleitung beispielsweise in Wiesing (2012).

Thomas Percival kommt der Patientenselbstbestimmung kein Platz zu.¹⁰⁶ Selbst das 1948 formulierte „Genfer Ärztegelöbnis“¹⁰⁷ erwähnt keine Pflicht zur Aufklärung oder Einbindung der Patientin in die medizinische Entscheidung. Der Fokus des traditionellen ärztlichen Ethos liegt auf den Prinzipien von Wohltun und Nichtschaden, wobei es primäre Aufgabe des Arztes ist, darüber zu befinden, was zum Wohl des Patienten ist und welcher Schaden (bzw. welche Risiken und Belastungen) dem Patienten durch die medizinischen Behandlung noch zumutbar wären.

2.2. Frühe Erwähnungen eines Rechts auf Selbstbestimmung

Wenn mitunter davon gesprochen wird, dass erst die Schrecken der nationalsozialistischen Medizin mit ihren Menschenversuchen ohne oder gegen den Willen der Betroffenen zu oben skizzierter Stärkung der Selbstbestimmung geführt haben, dann vergisst dies die Äußerungen, die ein solches Recht auf Selbstbestimmung schon vor der NS-Medizin statuiert haben. Jochen Vollmann hat in diesem Zusammenhang insbesondere auf folgende Dokumente hingewiesen:¹⁰⁸

Bereits 1891 veröffentlichte das preußische Innenministerium einen Erlass, wonach Häftlinge nicht gegen ihren Willen mit einer (damals experimentellen) Tuberkulin-Therapie behandelt werden durften. In einem 1894 ergangenen Urteil des Reichsgerichts wurde die Einwilligung des Patienten als notwendiger Rechtfertigungsgrund für eine medizinische Behandlung angesehen, nicht der durch Wohlwollen definierte ärztliche Auftrag. Hinsichtlich medizinischer Versuche erging 1900 vom preußischen Unterrichtsministerium die Anweisung, dass die Probanden nach einer „sachgemäßen Belehrung“ um ihre „Zustimmung in unzweideutiger Weise“ ersucht werden müssen, bevor mit der Forschung begonnen werden durfte. Im Jahr 1931 wurde schließlich eine Richtlinie veröffentlicht, die eine verpflichtende Zustimmung der Eltern für die Forschung an ihren Kindern vorsah; diese Richtlinie galt auch während der nationalsozialistischen Herrschaft.

Wie Vollmann¹⁰⁹ betont, kann aus der Existenz solcher Dokumente nicht automatisch geschlussfolgert werden, dass die Praxis den Vorgaben entsprach. Sowohl wenn es um die alltägliche Krankenbehandlung als auch wenn es um große Forschungsvorhaben ging, sahen es auch maßgebliche Ärzte weiterhin lange Zeit für nicht notwendig an, die Patienten bzw. Probandinnen in die Entscheidungsfindung einzubeziehen und ihre aufgeklärte Zustimmung zu erlangen.

106 Percival (1985).

107 WMA (2006).

108 Vollmann (2000), Vollmann & Winau (1996), mit weiteren Nachweisen zu den Quellen.

109 Vollmann (2000).

2.3. Der Durchbruch der Selbstbestimmung nach 1945

Die Verbrechen der NS-Medizin wurden im Zuge der Nürnberger Prozesse¹¹⁰ aufgearbeitet. Daraus resultierte unter anderem der sogenannte „Nürnberger Kodex“¹¹¹, der eine Einwilligung des Probanden nach entsprechender Aufklärung als unumstößlichen Grundsatz vorsieht. Damit waren erstmals alle bis heute maßgeblichen Elemente des Informed Consent formuliert.

In den USA lieferten mehrere Gerichtsentscheidungen die juristische Grundlage für die Informed-Consent-Doktrin:¹¹² Im Fall *Salgo*¹¹³ hielt das Gericht 1957 erstmals explizit fest, dass es zur ärztlichen Pflicht gehöre, den Patienten über alle Umstände aufzuklären, die für eine kluge Entscheidung („*informed consent*“) die Behandlung betreffend seinerseits nötig seien.

In Hinblick auf die medizinische Forschung wirkten zwei weitere Dokumente in Richtung Stärkung des Informed Consent: Im Jahr 1964 verabschiedete der Weltärztebund die erste Fassung der *Deklaration von Helsinki*.¹¹⁴ Darin wird der Informed Consent der Probanden als Voraussetzung für klinische Forschung statuiert. Die Deklaration, die selbst keine Rechtswirkung im staatlichen Bereich entfaltet, wurde im Laufe der Jahre auf vielfache Weise im staatlichen Recht rezipiert.¹¹⁵ In den 1970er-Jahren wurde ein seit 1932 laufendes Forschungsprojekt publik, bei dem afroamerikanische Patienten, die an Syphilis erkrankt waren, im Unklaren über ihre Behandlung oder ohne ihr Wissen überhaupt unbehandelt gelassen wurden, um die natürliche Ausbreitung der Krankheit zu erforschen. Dieses als „Tuskegee Syphilis Study“¹¹⁶ in die Geschichte eingegangene Experiment führte zur Einsetzung einer Kommission, die in ihrem Abschlussbericht¹¹⁷ 1978 das ethische Prinzip des Respekts vor der Selbstbestimmung des Patienten bzw. Probanden

110 Mitscherlich & Mielke (2004).

111 Deutsch (1997).

112 Faden & Beauchamp (1986) S. 88, 114 ff., Katz (2002) S. 48 ff. Der oftmals angeführte Fall *Schloendorff v. Society of New York Hospitals* (211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 [1914]) entwirft noch keine näheren Verfahrensbestimmungen für den Informed Consent, legt aber mit dem Hinweis auf das Selbstbestimmungsrecht des Patienten den Grundstein für die weiteren Urteile.

113 *Salgo v. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*, 317 P.2d 170, California Court of Appeal, 154 Cal.App.2d 560. Weitere für die Informed-Consent-Doktrin zentrale Urteile ergingen in *Natanson v. Kline* (1960) und *Canterbury v. Spence* (1972).

114 WMA (2008), Nr. 24.

115 Insbesondere im Arzneimittel- und Medizinproduktrecht.

116 Jones (1992). Das ganze Ausmaß dieser Experimente wurde teilweise erst in den letzten Jahren bekannt, vgl. Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues [U.S.] (2011).

117 National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978).

im bioethischen und rechtspolitischen Diskurs weiter verankerte. Einer der Autoren dieses *Belmont Reports*, Tom Beauchamp, griff die Informed-Consent-Doktrin schließlich gemeinsam mit seinem Kollegen James Childress 1979 in ihrem Buch *Principles of Biomedical Ethics*¹¹⁸ auf, welches heute¹¹⁹ weltweit zu den bioethischen Standardwerken zählt.

2.4. Aufklärung und Informed Consent im (österreichischen) Recht

Wie sich bereits anhand der internationalen historischen Entwicklung gezeigt hat, sind Informed-Consent-Doktrin und Anforderungen an die ärztliche Aufklärung über weite Strecken von rechtsethischen Überlegungen geprägt und erlangten durch gerichtliche Entscheidungen den Durchbruch. Dies geschah vielfach als Reaktion auf gravierenden Missbrauch der ärztlichen Autorität in der Krankenbehandlung und in der medizinischen Forschung. Auch in Österreich ist der Informed Consent mittlerweile mehrfach rechtlich verankert¹²⁰ und in zahlreichen Gerichtsentscheidungen¹²¹ konkretisiert worden.

Die starke juristische Prägung der Problematik verleiht der Selbstbestimmung einerseits eine sanktionsbewährte Durchsetzungskraft, sodass Aufklärung und Informed Consent nicht bloß auf ihre ethische Überzeugungskraft hoffen müssen. Andererseits bringt der juristische Fokus auch eine methodisch bedingte Einschränkung sowie eine rechtssoziologische Eigendynamik mit sich, die dazu führen, dass die Sinnhaftigkeit der juristisch verstandenen Aufklärungs- und Informed-Consent-Doktrin bisweilen in Frage gestellt wird. Die Problematik ist, dass das Recht einerseits zu optimistisch von einsichts- und urteilsfähigen Patienten ausgeht, die ihre Entscheidungen nach entsprechender Aufklärung wohlinformiert treffen und andererseits zu pessimistisch dieselben Patienten dann allzu rasch aus der Eigenverantwortung für (nicht) getroffene Entscheidungen entlässt.¹²² Man würde allerdings das sprichwörtliche Kind mit dem Bade ausschütten, wollte man die Informed-Consent-Doktrin grundsätzlich in Zweifel ziehen. Dem widerspricht aus rechtsethischer Perspektive schon die Pflicht des Staates, das Rechtsgut der persönlichen Integrität effektiv zu schützen. Stattdessen muss es darum gehen,

118 Beauchamp & Childress (1979).

119 Beauchamp & Childress (2013).

120 Insbesondere § 16 ABGB, § 110 Abs. 1 StGB, § 173 Abs. 1 ABGB, § 283 Abs. 1 ABGB, § 8 Abs. 3 KAKuG, Art. 8 Abs. 1 EMRK, Art. 3 Abs. 1 und 2 EU-Grundrechtecharta.

121 Zuletzt etwa, mit Verweisen auf zentrale vorangegangene Entscheidungen, OGH 4 Ob 241/12p (21. 2. 2013).

122 Katz (1977) S. 174, Katz (2002) S. 83. Vgl. dazu auch die rechtsethische Kontroverse um sogenannte „Wrongful birth“-Gerichtsurteile, Hinghofer-Szalkay (2013).

die Voraussetzungen und Mechanismen von Aufklärung und Informed Consent besser zu verstehen, um ethischen Anspruch und faktische Praktikabilität besser zur Deckung zu bringen.

3. Modelle des Arzt-Patienten-Verhältnisses

Um das Konzept von Aufklärung und Informed Consent besser zu verstehen, ist es hilfreich, sich den Kontext anzusehen, in dem das Konzept umgesetzt werden soll.¹²³ Dieser Kontext ist das Arzt-Patienten-Verhältnis. Ezekiel und Linda Emanuel haben vier idealtypische¹²⁴ Modelle dieses Verhältnisses beschrieben, die weithin rezipiert wurden und im Folgenden erörtert werden.¹²⁵ Diese Modelle gehen von unterschiedlichen Vorstellungen von Selbstbestimmung aus, was in der Folge zu verschiedenen Konzepten von Aufklärung und Informed Consent führt.

3.1. Das paternalistische Modell

Das paternalistische Modell der Arzt-Patienten-Beziehung entspricht weitgehend dem oben beschriebenen traditionellen ärztlichen Ethos. Die Pflicht der Ärztin besteht darin, ihr Möglichstes zu tun, um das Wohlergehen der Patientin zu fördern. Das Modell geht davon aus, dass es hinsichtlich dieses Wohls einen objektiven Maßstab gibt, der von Ärztin und Patientin geteilt wird. Wenn das Wohl objektiv bestimmbar ist, erübrigt sich die Frage nach einem spezifischen Patientenwillen. Was es braucht, ist lediglich das ärztliche Streben, dieses Wohl zu verwirklichen und das Sichfügen der Patientin in dieses Streben.

123 Joffe & Truog (2010).

124 Da es sich um idealtypische Modelle handelt, erheben sie nicht den Anspruch, dass sie in der Realität in Reinform vorkommen. Im klinischen Alltag werden in einem Behandlungsverhältnis mitunter Aspekte aus allen vier Modellen zu beobachten sein. Dennoch helfen solche Modelle, um sich der typischen Merkmale, Vorannahmen und Werte der Arzt-Patienten-Beziehung bewusst zu werden und diese gegebenenfalls kritisch in Hinblick auf ihre Angemessenheit zu befragen.

125 Emanuel & Emanuel (1992).

Der Arzt ist im paternalistischen Modell der wohlwollende Beschützer der Patientin. Begründet wird diese Haltung damit, dass der Arzt allein die fachliche Expertise hat, um der Patientin zu helfen und dass er sich dazu verpflichtet hat, diese Macht ausschließlich zum Wohle der Patienten auszuüben. Dagegen lassen sich zahlreiche historische Erfahrungen anführen, die zeigen, dass Ärztinnen und Ärzte einerseits mit der Diktion vom Patientenwohl Eigeninteressen verschleiert haben. Andererseits muss selbst für den Fall, dass ein Arzt im besten Wissen und Gewissen das Wohl des Patienten fördern möchte, in einer pluralistischen Gesellschaft festgestellt werden, dass es in etlichen, zumal existenziell wichtigen Angelegenheiten keine objektive Vorstellung von diesem Wohl mehr gibt. Einer der pointiertesten Bioethiker, die auf diesen Umstand hinweisen, ist Robert Veatch. Er kritisiert insbesondere, dass Ärzte keine spezielle Expertise hätten, um evaluative Urteile abzugeben, also Urteile, in denen über die Werthhaftigkeit einer medizinischen Behandlung für eine konkrete Person befunden wird.¹²⁶ Einzig der betroffene Patient selbst kann beurteilen, welche Belastungen, Risiken und Schäden er bereit ist in Kauf zu nehmen, um einen vom Arzt aus fachlicher Perspektive in Aussicht gestellten Nutzen zu erzielen.

Wie ambivalent Ethik und Recht dem paternalistischen Modell der Arzt-Patienten-Beziehung nach wie vor gegenüberstehen, zeigt das Thema „Wahrheit am Krankenbett“¹²⁷. Nach wie vor wird mitunter ein sogenanntes „therapeutisches Privileg“ verteidigt, wonach der Arzt die Freiheit haben müsse, dem Patienten Informationen vorzuenthalten oder sie bewusst tendenziös darzustellen. Begründet werden soll dieses Privileg mit der Sorge um das Wohlergehen des Patienten, der – so die Argumentation – die Wahrheit (über eine schlechte Diagnose oder Prognose) nicht verkraften würde.¹²⁸ Heute steht zwar außer Streit, dass es bei der Thematik nicht um die Frage geht, *ob* aufgeklärt werden soll, sondern *wie*¹²⁹,

126 Veatch (2009) S. 33 ff.

127 Umfassend Peintinger (2003) S. 274–310.

128 Ein klassisches Beispiel hierfür liefert Collins (1927) S. 322, der hinsichtlich der Diagnoseaufklärung meinte: „The longer I practice medicine the more I am convinced that every physician should cultivate lying as a fine art.“ – In eine grundsätzlich andere Kerbe schlägt die Kritik an einer stets gesteigerten Risikoaufklärung. Hier wird seit längerer Zeit bemängelt, dass eine „Totalaufklärung“ über mögliche Behandlungsrisiken Patienten zu ihrem eigenen Nachteil verunsichere. Aus ethischer Sicht kann mittlerweile jedenfalls als gesichert angenommen werden, dass diese extensive Risikoaufklärung nicht dazu dient, um die Patientenautonomie zu stärken, sondern um haftungsrechtlichen Ansprüchen vorzubeugen. Diese rechtsethische Kritik bekommt nun Unterstützung von empirischer Seite: Etliche Untersuchungen haben gezeigt, dass eine extensive Aufklärung des Patienten über mögliche Nebenwirkungen von Medikamenten dazu führt, dass diese Nebenwirkungen verstärkt eintreten (Wells & Kaptchuk (2012)). Dieser „Nocebo-Effekt“ steht in Spannung zum Nichtschaden-Prinzip der Medizinethik und erfordert unter Umständen ein Umdenken in der Risikoaufklärung.

129 Johnston & Holt (2006), Schildmann & Schildmann (2009).

aber dennoch sind die klinisch Tätigen immer wieder damit konfrontiert, dass Patienten nicht ausreichend klar über ihre Diagnose und Prognose Bescheid wissen, wenn diese infaust ist.¹³⁰

Das paternalistische Arzt-Patienten-Modell hat allerdings in manchen Umständen seine ethische Berechtigung. Das bekannteste Beispiel hierfür ist die Notfallmedizin. In einer Situation, in der ein Patient bewusstlos und schwer verletzt in die Notaufnahme eines Krankenhauses gebracht wird, ist ein paternalistisches Vorgehen seitens der Ärzte und der anderen Gesundheitsberufe angezeigt. Die ethische Rechtfertigung rührt aus der Überlegung, dass in dieser Situation vernünftigerweise (also intersubjektiv geteilt) davon ausgegangen werden kann, dass der Patient sein Wohl darin sieht, notfallmedizinisch versorgt zu werden. Insofern stellt der rechtsethische Grundsatz „*in dubio pro vita*“¹³¹ sehr wohl noch einen paternalistischen Grundkonsens dar, der nur dann übergangen werden kann, wenn klare Anhaltspunkte für einen abweichenden Patientenwillen vorliegen.¹³²

3.2. Das informative Modell

Das informative Modell der Arzt-Patienten-Beziehung ist dem paternalistischen in gewisser Weise entgegengesetzt. Das Modell geht von einer klaren Arbeitsteilung aus: Die Aufgabe der Ärztin besteht darin, der Patientin alle relevanten fachlichen Informationen zu vermitteln, sie also über Diagnose und Behandlungsoptionen mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen aufzuklären. Die Rolle der Patientin wird im informativen Modell darin gesehen, auf Basis dieser Informationen eine selbstständige Entscheidung zu treffen. Sie soll jene Option wählen, die am besten ihrem Willen, ihren Wertvorstellungen entspricht. Die Selbstbestimmung, die im paternalistischen Modell keinen Platz hat, wird im informativen Modell als Wahlfreiheit verstanden. Die Rolle der Patientin ähnelt der einer Kundin, die eine Dienstleistung nachfragt.

Das informative Modell setzt voraus, dass es eine klare Trennung zwischen medizinischer Sachinformation und persönlicher Bewertung gibt. Diese Annahme ist allerdings grundsätzlich zu hinterfragen: Es scheint schwierig, dass ein Arzt selbst bei bestem Willen die medizinischen Informationen „wertneutral“ präsentiert.

130 Mack, Cronin, Taback, Huskamp, Keating, Malin, Earle & Weeks (2012).

131 Vgl. OGH 6 Ob 286/07p (7. 7. 2008).

132 In diesem Sinn muss in einer Notfallsituation zwar nicht nach einer Patientenverfügung gesucht werden, wenn mit dem dadurch bedingten Zeitaufschub die Gesundheit oder das Leben des Patienten gefährdet wird (vgl. § 12 PatVG); wenn allerdings von vornherein der in einer Patientenverfügung ausgedrückte ablehnende Wille bekannt ist, rechtfertigt dies nicht eine paternalistisch begründete Behandlung.

Denn er unterliegt dem Risiko eines *bias*, wie es alle Informationserhebung und -vermittlung betrifft. Doch selbst angenommen, der Arzt könnte Fachinformationen dem Patienten wertneutral zur Auswahl präsentieren, bleibt fraglich, ob dies das Leitbild für die Arzt-Patienten-Beziehung sein soll. Vielfach wird heute beklagt, dass es in Handel und Dienstleistungsgewerbe an einer guten Fachberatung fehle; man könne zwar alle möglichen Informationen zu Produkten bekommen, aber die Konsumenten seien oftmals damit überfordert, in dieser Informationsfülle das Relevante vom Irrelevanten zu unterscheiden und Informationen zu deuten und zu bewerten. Wenn dies schon bei einfachen Konsumgütern und Dienstleistungen der Fall ist, um wie viel mehr könnte das Manko die Gesundheitsversorgung betreffen?

Allerdings hat auch das informative Modell der Arzt-Patienten-Beziehung in bestimmten Situationen seine Berechtigung. Insbesondere ist dies dort der Fall, wo es um medizinisch nicht indizierte, aber von Personen nachgefragte Behandlungen geht. Das paradigmatische Beispiel hierfür sind rein ästhetische Operationen. Durch eine starke Betonung des informativen Modells der Arzt-Patienten-Beziehung wird freilich das traditionelle ärztliche Ethos weiter ausgehöhlt: Die Ärztin wird nämlich zur Dienstleisterin wie jede andere und dem Primat der Konsumentensouveränität unterworfen. Dass dies nicht nur ein Problem für das ärztliche Ethos sein kann, sondern auch für die nachfragenden Patienten, wird am Beispiel der Entwicklung des ÄsthOpG¹³³ deutlich. Der Gesetzgeber sah sich offenbar gezwungen, klarere engere Grenzen für die Dispositionsfreiheit zwischen Arzt und Patient zu ziehen. Dabei wurden erstmals in dieser Ausführlichkeit Standards für die ärztliche Aufklärung¹³⁴ und die Einwilligung¹³⁵ des Patienten gesetzlich¹³⁶ verankert.

133 Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen, BGBl. I 2012/80.

134 Vgl. § 5 ÄsthOpG.

135 Vgl. § 6 ÄsthOpG.

136 Ansonsten handelt es sich bei der Aufklärungs- und Einwilligungsproblematik im österreichischen Recht um ein klassisches Beispiel des *case law*, also der Rechtsbildung durch Gerichte.

3.3. Das interpretative Modell

Wenn also Gründe dafür sprechen, dass der Arzt nicht bloß Präsentator von wertneutralen medizinischen Informationen sein soll, sondern vielmehr den Patienten bei der Ausübung seiner Selbstbestimmung beraten soll, dann stellt sich die Frage, wie eine solche Beratung aussehen kann. Das interpretative Modell der Arzt-Patienten-Beziehung geht davon aus, dass der Patient seine Entscheidungen in Übereinstimmung mit seinen eigenen Wertvorstellungen trifft. Es fällt dem Patienten aber oftmals schwer, sich (a) seiner Wertvorstellungen bewusst zu sein und (b) jene Behandlungsoption zu identifizieren, die seinen Wertvorstellungen am besten entspricht. Die Aufgabe des Arztes wird deshalb darin gesehen, dem Patienten bei der Selbstvergewisserung über seine Werte zu helfen und jene Behandlungsoption vorzuschlagen, die diesen Werten am besten dient. Es ist hingegen nicht ärztliche Aufgabe, die Wertvorstellungen des Patienten in Zweifel zu ziehen oder ihn von anderen zu überzeugen.

Wenngleich in diesem Modell bereits eine geteilte Verantwortung für die Bewertung der medizinischen Optionen vorgesehen ist, so ist das Modell dennoch weitgehend starr. Es geht davon aus, dass die Wertvorstellungen des Patienten in ihm fix „schlummern“ und mit Unterstützung zur Sprache gebracht werden müssen, um dann die passende Behandlungsoption zu finden. Das mag in manchen klinischen Situationen auch tatsächlich so sein. In vielen anderen Situationen beeinflussen aber das klinische Geschehen, der Verlauf der Krankheit und die Beziehung zwischen Arzt und Patient die Wertvorstellungen beider Seiten – wenn schon nicht in fundamentaler Hinsicht, so doch in der Gewichtung einzelner Aspekte.

Das interpretative Modell der Arzt-Patienten-Beziehung ist jedenfalls dort von Bedeutung, wo Entscheidungen auf Basis eines antizipierten Patientenwillens getroffen werden müssen. In diesen Fällen geht es darum, die vorangegangenen Willensbekundungen und grundlegenden Wertvorstellungen des Patienten aus mündlichen und schriftlichen Äußerungen zu ergründen¹³⁷, um die ihnen am besten entsprechende Behandlungsoption zu wählen.

137 Vgl. BGH 1 StR 357/94 (13. 9. 1994); OGH 6 Ob 286/07p (7. 7. 2008).

3.4. Das deliberative Modell

Das deliberative Modell der Arzt-Patienten-Beziehung geht davon aus, dass die Wertvorstellungen des Patienten viel diffuser und ambivalenter sind, als es das interpretative Modell annimmt. Gerade wenn es sich um schwerwiegende medizinische Entscheidungen handelt, fühlen sich viele Patienten überfordert – nicht nur, wenn es um das rationale Verstehen medizinischer Sachverhalte geht, sondern auch bei ihrer Beurteilung, Nutzen-Schaden-Abwägung und Willensbildung. Das deliberative Modell sieht in einer solchen Situation die Ärztin als Beraterin, die den Patienten von einer bestimmten Option überzeugen möchte. Dazu gehört das gemeinsame Ringen um eine Bewertung der medizinischen Optionen vor dem Hintergrund der konkreten Lebenssituation des Patienten.

Das deliberative Modell hat den Nachteil, dass es äußerst anspruchsvoll ist: Es erfordert nicht nur das deliberative Können, sondern auch das deliberative Wollen. Geprägt durch eine starke Bewegung der Patientenselbstbestimmung sehen sich heute aber viele Ärzte nicht in der Rolle, Patienten von einem bestimmten Vorgehen überzeugen zu müssen oder die Wertvorstellungen des Patienten in der Auseinandersetzung mit ihm in Frage zu stellen. Darüber hinaus kostet eine qualitätsvolle Beratung Zeit, und diese ist im modernen Gesundheitsbetrieb ein sehr knappes Gut.

Den Herausforderungen, die mit dem deliberativen Modell der Arzt-Patienten-Beziehung verbunden sind, steht der Befund gegenüber, dass sich die meisten Patienten und ihre Angehörigen gerade in existenziell krisenhaften Krankheitssituationen eine gemeinsame Entscheidungsfindung und den leitenden ärztlichen Rat wünschen.¹³⁸ Dieses *shared decision-making* wird weiter unten noch einmal in Differenzierung zum Informed Consent thematisiert (siehe Abschnitt 5).

138 Rotar-Pavlič, Švab & Wetzels (2008), Deber, Kraetschmer, Urowitz & Sharpe (2007), Wallner (2010).

4. Selbstbestimmung als ethische Grundlage

Im vorangegangenen Abschnitt wurde deutlich, dass die verschiedenen idealtypischen Modelle der Arzt-Patienten-Beziehung unterschiedliche Vorstellungen von Selbstbestimmung des Patienten haben. Im Folgenden wird daher der Frage nachgegangen, wie denn der Begriff der Selbstbestimmung, der die ethische Grundlage von Aufklärung und Informed Consent bildet, verstanden werden kann.

4.1. Selbstbestimmung als anthropologische Wesensaussage versus Selbstbestimmung als heuristisches Konzept

Selbstbestimmung kann zum einen als anthropologische Wesensaussage verstanden werden. Gemeint ist damit eine grundsätzliche Charakterisierung des Menschen als Wesen, das sich selbst vernünftige (d.h. verallgemeinerungsfähige) Ziele und Normen geben kann. Für Immanuel Kant kommt in dieser „Autonomie“ des Menschen seine Würde zum Ausdruck.¹³⁹ Bei diesem Verständnis kommt es nicht darauf an, inwieweit eine konkrete Person diese Selbstbestimmung aktuell ausüben kann, sondern auf eine fundamentale Aussage über das Menschsein. Daher kommt auch Neugeborenen oder Personen mit fortgeschrittener Demenz Autonomie zu. Dies ist insofern von ethischer Bedeutung, als damit nach Mitteln und Wegen gesucht werden muss, wie man die grundsätzliche Autonomie bei diesen Menschen respektieren kann.¹⁴⁰

Der praktisch ausgerichteten Medizin- und Bioethik geht es allerdings um ein anderes Verständnis von Selbstbestimmung. Wenn hier von „Patientenautonomie“ die Rede ist, wird damit nicht primär eine anthropologische Aussage getroffen,

139 Kant (2002) S. 69. Wenn die Autonomie Ausdruck menschlicher Würde ist, wird auch verständlich, dass eine Missachtung der Autonomie die Würde des Menschen verletzt. Kant (2002) S. 62, sah diese Verletzung dort gegeben, wo davon ausgegangen wird, dass der Mensch ein bloßes Mittel zum Zweck ist, er also total instrumentalisiert bzw. als reines Objekt gesehen wird.

140 In diesem Sinn sind Überlegungen zu stellvertretenden Entscheidungen (Vorsorgevollmacht, Sachwalterschaft) oder zur achtsamen Wahrnehmung konkludenter Verhaltensweisen von nicht einwilligungsfähigen Personen („natürlicher Patientenwille“) ein Ausdruck dafür, wie der Respekt gegenüber der grundlegenden Autonomie, die jedem Menschen zukommt, praktisch werden kann.

sondern ein heuristisches Konzept für die klinische Entscheidungsfindung angesprochen.¹⁴¹ In diesem Sinn sind Entscheidungen selbstbestimmt, wenn sie intentional, aufgeklärt und freiwillig getroffen werden.¹⁴²

4.2. Die Diskrepanz zwischen formaler und effektiver Selbstbestimmung

Rein formal gesehen ist die Selbstbestimmung als heuristisches Konzept für medizinische Entscheidungen relativ klar und einfach: Die Ausübung der Selbstbestimmung in einem Informed Consent setzt die Einsichts- und Urteilsfähigkeit sowie Freiwilligkeit voraus, besteht aus der ärztlichen Aufklärung, dem ärztlichen Ratschlag und der verstandesmäßigen Verarbeitung dieser Informationen durch den Patienten und schließt mit der daraus resultierenden rationalen Entscheidung des Patienten und damit Autorisierung des weiteren Vorgehens.¹⁴³

Die effektive Selbstbestimmung sieht sich freilich bei jedem dieser Elemente des Informed Consent Schwierigkeiten gegenüber, von denen einige weiter unten noch explizit angesprochen werden. Abraham Schwab spricht davon, dass diese Schwierigkeiten, wie zum Beispiel die Probleme von *bias* oder *bounded rationality*, dazu führen können, dass die formal abgesicherte Selbstbestimmung nicht mit der effektiven Selbstbestimmung im Sinn einer Wahrung und Förderung der Interessen und Werte des Patienten übereinstimmen muss.¹⁴⁴ Wie diese Problematik ethisch zu bewerten ist, hängt vom Referenzrahmen ab: Für eine libertäre Ethik genügt es, die formale Selbstbestimmung abzusichern. Versuche, auf die Patientin in Ausübung ihrer Selbstbestimmung Einfluss zu nehmen (wie dies z.B. im deliberativen Modell der Arzt-Patienten-Beziehung geschieht), um ihre „wahren“ Interessen zu fördern, werden von Libertären als paternalistisches Aushöhlen der Selbstbestimmung kritisiert. Liberale Ethikansätze würden hingegen die Interventionen im Sinn einer effektiven Selbstbestimmung bis zu einem gewissen Grad als gerechtfertigt ansehen, da für sie die Rede von Selbstbestimmung hohl bleibt, wenn Menschen nicht geholfen wird, die Selbstbestimmung auch effektiv auszuüben.

141 Faden & Beauchamp (1986) S. 235, Manson & O'Neill (2007) S. 17, Beauchamp & Childress (2013) S. 102.

142 Beauchamp & Childress (2013) S. 104, Faden & Beauchamp (1986) S. 238.

143 So etwa in der Struktur des Informed Consent nach Beauchamp & Childress (2013) S. 124.

144 Schwab (2006).

4.3. Die Spannung zwischen negativer und positiver Selbstbestimmung

Die Forderung nach Selbstbestimmung hatte in der Medizinethik einen ausgesprochen negativen Impetus: Demnach bedeutet Selbstbestimmung zunächst einmal das Recht, alle – auch medizinisch vital indizierte – Interventionen ablehnen zu können.¹⁴⁵ Selbstbestimmung ist damit Ausdruck der negativen Freiheit („Freiheit von“). Dieser Impetus ist vor dem Hintergrund des Paternalismus oder gar der böswilligen Anwendung von Medizin am Menschen verständlich.

Der Selbstbestimmung als politisches, rechtliches und ethisches Konzept lag aber stets auch ein positiver Aspekt inne: In diesem Sinn bedeutet Selbstbestimmung aktive Mitgestaltung, Partizipation, Verwirklichung von Strebenszielen. Diese positive Freiheit („Freiheit zu“) stellt die Medizin vor eine noch größere Frage als die Forderung nach Selbstbestimmung im Sinn negativer Freiheit: Wie weit kann es gerechtfertigt sein, dass Patienten ihre Selbstbestimmung dazu benutzen, um medizinische Behandlungen einzufordern, selbst wenn diese Behandlungen aus ärztlicher Sicht nicht sinnvoll sind? – Auf diese Frage gibt es eine einfache Standardantwort: Der Patient hat kein Recht auf die Durchführung medizinisch nicht indizierter Maßnahmen. Doch diese Antwort wird zunehmend brüchig: Einerseits, weil sie konzeptionell auf zu simplem Boden beruht (siehe dazu unten); andererseits, weil es genügend Praktiken in der Medizin gibt, wo diese Antwort aus welchen Gründen auch immer konterkariert wird, wo also Ärzte bereitwillig medizinisch nicht sinnvolle Forderungen von Patienten erfüllen.

145 Peintinger (2003) S. 116 f.

5. Grenzen des Informed-Consent-Konzepts

Die bisherigen Überlegungen haben gezeigt, dass Aufklärung und Informed Consent ethisch gut begründete Konzepte sind, die jedoch im Detail und in der praktischen Umsetzung zu etlichen Fragezeichen und Problemen führen. Dies ist insofern nicht verwunderlich, als jedes theoretische Konzept – möge es noch so heuristisch-pragmatisch angelegt sein – methodische Vereinfachungen der Wirklichkeit vornehmen muss. Einige der Grenzen, die sich dadurch beim Konzept des Informed Consent in der Praxis zeigen, werden im Folgenden angesprochen.

5.1. Fließende Grenzen: Einwilligungsfähigkeit, Überzeugung

Eine grundlegende Voraussetzung, um die Entscheidung eines Menschen als selbstbestimmt anzuerkennen, ist die Selbstbestimmungsfähigkeit¹⁴⁶ dieses Menschen. Rechtlich wird von der Einsichts- und Urteilsfähigkeit bzw. kurz von Einwilligungsfähigkeit gesprochen.¹⁴⁷ Für einen rechtlich gültigen Informed Consent wird von einer binären Einschätzung ausgegangen: Die Einwilligungsfähigkeit liegt vor, oder sie liegt nicht vor. Das Recht differenziert insoweit, als es beim Informed Consent bezüglich einer medizinischen Behandlung nur um die aktuelle Einsichts- und Urteilsfähigkeit der Patientin in Hinblick auf die besagte Behandlung geht, nicht um eine allgemeine Einwilligungsfähigkeit. Insofern können etwa auch Personen, die teilweise oder gänzlich besachwaltet sind, unter Umständen zu konkreten Behandlungsentscheidungen die nötige Einwilligungsfähigkeit besitzen.¹⁴⁸

In der Praxis weist die Einwilligungsfähigkeit freilich viel mehr Graubereiche auf: Viele Patientinnen sind zeit- und teilweise einwilligungsfähig, aber weit davon entfernt, eine vollständig einsichts- und urteilsfähige Entscheidung treffen zu können. Demenzielle Erkrankungen tragen zu dieser volatilen Einwilligungsfähigkeit ebenso bei wie die existenzielle Ausnahmesituation anderer Krankheiten. Man

146 Vollmann (2008) S. 7.

147 Amelung (1992a), Amelung (1992b), Kopetzki (2002).

148 Die überkommene (wenngleich ab und an noch ins Gespräch gebrachte) „Entmündigung“ einer Person würde hingegen die grundsätzliche Autonomie des Menschen unverhältnismäßig einschränken.

muss daher von einem Kontinuum sprechen, an dessen einem Ende die vollständige Einsichts- und Urteilsfähigkeit steht und an dessen anderem Ende sich die komplette Einwilligungsunfähigkeit befindet.¹⁴⁹ Für einen Informed Consent wird es reichen müssen, wenn der Patient „hinreichend“ einsichts- und urteilsfähig ist, also die wesentlichen Informationen zu seiner gesundheitlichen Lage, zu den Behandlungsoptionen, ihren Risiken und Alternativen verstehen und daraus eine Entscheidung treffen kann. Dies wird in besagten Grauzonen der Einwilligungsfähigkeit nicht ohne beratend-leitende Unterstützung gehen.

Ähnlich verhält es sich mit der zweiten Voraussetzung für einen Informed Consent, der Freiwilligkeit. Hier wäre auf einem Kontinuum am einen Ende die vollständig unbeeinflusste Entscheidung des Patienten, während die Entscheidung am anderen Ende völlig von außen kontrolliert würde.¹⁵⁰ Konzeptionell ist für Ethik und Recht klar, dass Zwang, Drohung, Täuschung oder List die Freiwilligkeit einer Entscheidung untergraben. Schwieriger wird es allerdings, wenn es um die Feststellung des Schwellenwerts geht, ab dem eine solche Einflussnahme tatsächlich dazu führt, dass wir die Entscheidung des Patienten für nicht mehr freiwillig erachten würden.

Das Recht hat hierfür eine Kasuistik entwickelt, die äußere Grenzen absteckt. Es kann jedoch nicht Aufgabe des Rechts in einem liberalen Staat sein, all die subtileren Mechanismen menschlicher Interaktion, die bei einer Entscheidungsfindung in medizinischen Angelegenheiten wirken, zu regulieren und zu sanktionieren. Die im klinischen Alltag vielfach beobachtbaren Einflussnahmen zwischen (erwachsenen) Familienmitgliedern reichen von sanften Überzeugungsversuchen bis hin zu subtiler Manipulation. Gleiches gilt für die Interaktion zwischen Gesundheitsberufen und Patienten oder Angehörigen. Die Art und Weise, wie eine scheinbar objektive medizinische Information dargestellt wird, nimmt Einfluss auf die Entscheidung des Patienten.¹⁵¹

Es wäre also illusionär anzunehmen, dass Freiwilligkeit „ohne Einflussnahme von außen“ bedeutet. Wie man spätestens seit den Arbeiten zu *bounded rationality*¹⁵² weiß, sind wir ständig bewussten und unbewussten Manipulationen ausgesetzt.¹⁵³ Es wäre aus pragmatischer Sicht allerdings fatal, wollten wir damit

149 Faden & Beauchamp (1986) S. 238 f.

150 Faden & Beauchamp (1986) S. 259.

151 Vgl. Schwab (2006) S. 575, der auf ein Experiment hinweist, in dem Studienteilnehmern zwei Behandlungsoptionen für Lungenkrebs präsentiert wurden. Obwohl die statistischen Aussagen zum Outcome der Optionen gleichwertig waren, entschieden sich signifikant mehr Studienteilnehmer für eine der beiden Optionen. Der Grund lag darin, dass der Outcome bei der einen Option in Form einer Überlebenschance präsentiert wurde, während der Outcome der anderen Option in Form einer Sterblichkeitschance kommuniziert wurde.

152 Simon (1959).

153 Thaler & Sunstein (2009), Blumenthal-Barby & Burroughs (2012), Cohen (2013).

die Freiwilligkeit unserer Entscheidungen gänzlich in Frage stellen. Was ethisch gefordert ist, ist ein verantwortungsbewusster Umgang mit jenen Manipulationsmechanismen, derer wir uns bewusst sind.¹⁵⁴

5.2. Interaktion statt Grenzen: Indikation und Patientenwille

Ein wesentlicher Vorteil der Informed-Consent-Doktrin ist ihre klare Systematik: Zuerst ist der Patient ärztlich über indizierte Behandlungsoptionen aufzuklären, dann kann er sich entscheiden, ob er einwilligt oder sie ablehnt. Diese scharfe Trennung zwischen Indikationsstellung, Aufklärung und Einwilligung hat konzeptionell ihre Berechtigung. Wie weiter oben angesprochen, ist das Recht auf Selbstbestimmung zunächst ein Abwehrrecht gegen einen (wenn auch wohlmeinenden) Interventionsdrang der Ärzte gewesen. Insofern ist es sinnvoll, zunächst die ärztliche Indikationsstellung anzusetzen, zu der dann der Patient Stellung nehmen kann.

Bei näherer Hinsicht sieht man allerdings, dass zwischen Indikationsstellung und Patientenwille viel mehr Interaktion herrscht, als die klare Trennung im Konzept suggeriert.¹⁵⁵ Eine solche klare Trennung wäre nur möglich, wenn die Indikationsstellung ein bloß „technischer“ Vorgang wäre, bei dem die Ärztin mit ihrer fachlichen Expertise die passende Behandlungsoption identifiziert und der Patientin vorstellt. Tatsächlich sind mit der Indikationsstellung aber bereits zahlreiche wertende Urteile verbunden¹⁵⁶, welche die Einbeziehung des Patientenwillens erfordern: Zunächst legitimiert sich eine Indikationsstellung vom Therapieziel her: Welche Behandlung indiziert ist, hängt davon ab, welches Ziel ich mit ihr anstrebe. Die Therapiezielbestimmung muss jedoch unter Bezugnahme auf den Patientenwillen erfolgen. Insbesondere gilt es, mit ihm realistische Ziele, aber auch nicht erreichbare Ziele zu erörtern. Wenn Klarheit über das Therapieziel hergestellt wurde, müssen sodann die Nutzen- und Risikopotenziale der möglichen Behandlungsoptionen bewertet werden. Dies läuft im Kern auf die Frage hinaus: Wie viel Risiko, Belastungen, Schäden ist der Patient bereit, in Kauf zu nehmen, um einen wahrscheinlichen Nutzen durch die Behandlung zu erlangen, und was bedeutet „Nutzen“ in diesem Zusammenhang? – Diese Fragen können nur in Interaktion zwischen Arzt und Patient erörtert werden, sodass Indikationsstellung und Patientenwille sich *gegenseitig* beeinflussen.

154 Faden & Beauchamp (1986) S. 354 f.

155 Lipp & Brauer (2013) S. 124 f.

156 Neitzke (2008).

6. Eine systemische Schlussbetrachtung der integrativen Ethik

Patientenaufklärung und Informed Consent sind heute unhintergehbare medizinische und medizinrechtliche Standards. Sie lassen sich ethisch mit dem Respekt vor der Selbstbestimmung des Menschen begründen, der letztlich ein Ausdruck seiner Würde ist. Die Erzielung eines Informed Consent ist ein voraussetzungsreiches und komplexes Geschehen, das vom Verständnis des Arzt-Patienten-Verhältnis beeinflusst wird. Ein deliberatives Beziehungsmodell stellt hohe Anforderungen an Ärztin und Patientin, ist in etlichen Situationen aber nötig, um einen Informed Consent zu erzielen.

Die Komplexität dieser gemeinsamen Entscheidungsfindung lässt sich aus ethischer Perspektive abschließend mit folgender Ethik-Matrix ordnen (Tabelle 1).

Dimensionen Ebenen	Das Rechte Sollensethik	Das Gute Strebensethik	Die Persönlichkeit Tugendethik
Individuum Individaethik	(1.) Welche Prinzipien und Regeln soll ich im Aufklärungs-Gespräch beachten?	(2.) Was erachtet der Patient für wertvoll?	(3.) Wie geht der Patient mit Angst um? Wie geht der Arzt mit Unsicherheit um?
Organisation Organisationsethik	(4.) Welche Verfahrensschritte sind z.B. für das präoperative Aufklärungsgespräch zu beachten?	(5.) Wie weit ist die Patientenorientierung als Ziel des Krankenhauses in seiner Mission verankert?	(6.) Welche Elemente der Organisationskultur prägen das Aufklärungsgespräch?
Gesellschaft Sozialethik	(7.) Welche rechtlichen Rahmenbedingungen sind für einen Informed Consent zu beachten?	(8.) Wonach streben wir, wenn wir Patientenautonomie stärken und einfordern?	(9.) Wie weit ist eine Kultur der Mündigkeit und Selbstverantwortung gesellschaftlich verankert?

Tabelle 1: Das ärztliche Aufklärungsgespräch in der Analyse einer integrativen Ethik

Diese Matrix ist Ausdruck einer integrativen Ethik, die eine ethische Problemstellung systemisch analysiert. Demnach wird eine Problemstellung durch drei Ebenen (Individuum, Organisation, Gesellschaft) und durch drei Dimensionen (Rechtes, Gutes, Persönlichkeit) definiert:

(1.) Das ärztliche Aufklärungsgespräch hat auf individualethischer Ebene bestimmte Prinzipien (Respekt, Wohlwollen, Wahrhaftigkeit) zu beachten, die sich in Sollensanforderungen niederschlagen (z.B.¹⁵⁷ Sage die Wahrheit. Achte die Privatsphäre. Schütze Patientendaten. Frage nach der Zustimmung des Patienten. Hilf anderen bei der Entscheidungsfindung.)

(2.) Die Entscheidungsfindung wird dadurch angetrieben, was den Beteiligten wertvoll ist, was also angestrebt bzw., *ex negativo*, vermieden werden soll. Ein wichtiges Strebensziel medizinischer Behandlungen ist beispielsweise die Lebensqualität. Ein Informed Consent kann ethisch nur dann erzielt werden, wenn er diese Wertanamnese¹⁵⁸ nicht unberücksichtigt lässt.

(3.) Das Aufklärungsgespräch wird schließlich auf individueller Ebene von den Persönlichkeitsmerkmalen der Beteiligten geprägt. Charaktereigenschaften wie Umgang mit Angst oder Unsicherheit beeinflussen die Gesprächsführung. Entsprechende Tugenden (z.B. Mut, schlechte Nachrichten zu vermitteln) erleichtern einen Informed Consent; Laster (z.B. ständiges Unterbrechen des Gesprächspartners) erschweren ihn.

(4.) Auf organisationsethischer Ebene werden an die ärztliche Aufklärung Anforderungen in fachgesellschaftlichen Empfehlungen und Leitlinien sowie in organisationsspezifischen Standard Operating Procedures gestellt. Es wird erwartet, dass sich Ärzte an diese normativen Vorgaben halten oder Argumente vorbringen können, warum dies in einem bestimmten Fall nicht möglich oder sinnvoll wäre.

(5.) Inwieweit solche Sollensanforderungen an das Aufklärungsgespräch entwickelt und implementiert werden, hängt auf organisationsethischer Ebene von der expliziten¹⁵⁹ Werthaltung der Einrichtung ab. Ein Krankenhaus, das Patientenorientierung und gemeinsame Entscheidungsfindung zu seinen organisationalen Zielen zählt, wird in den Führungsprozessen diesem Aspekt der Gesundheitsversorgung mehr Aufmerksamkeit schenken als ein Haus, das diesen Aspekt ignoriert.

(6.) In welcher Weise die explizite Werthaltung auf organisationaler Ebene so dann gelebt wird, hängt von der jeweils herrschenden Organisationskultur ab. Der „Charakter“ einer Einrichtung, Abteilung oder Station – also die Art und Weise, „wie die Dinge hier laufen“ – beeinflusst ganz wesentlich, wie Aufklärung und

157 Beauchamp & Childress (2013) S. 107.

158 Kielstein & Sass (1997), Peintinger (2003) S. 235 f.

159 Zum Beispiel in Leitbild, Strategie, Balanced Score Card.

Entscheidungsfindung vorstattengehen. Zur Organisationskultur¹⁶⁰ zählen Artefakte (z.B. Räumlichkeiten, Bekleidung, Inszenierung der Visite), Werte (z.B. Empathie) und zugrundeliegende Basisannahmen (z.B. über die Angemessenheit von Wartezeiten).

(7.) Auf gesellschaftlicher Ebene werden die Sollensanforderungen an das ärztliche Aufklärungsgespräch durch das staatliche Recht definiert. Die Rechtsnormen bilden gleichsam den äußeren Rahmen, der einzuhalten ist.

(8.) Rechtliche und andere soziale Normen werden von Werthaltungen in der Gesellschaft geprägt. Die Forderung nach Respekt vor Patientenselbstbestimmung ist Ausdruck einer solchen Werthaltung. Dadurch, dass Selbstbestimmung als erstrebenswert angesehen wird, werden rechtliche Instrumente wie Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht entwickelt.

(9.) Inwieweit diese im Informed Consent verankerte Selbstbestimmung tatsächlich greift, hängt nicht nur von der persönlichen und organisationalen Geisteshaltung an, sondern auch von der in einer Gesellschaft vorherrschenden Kultur. Patientenpartizipation setzt voraus, dass eine Gesellschaft Mündigkeit und Selbstverantwortung stärkt und einfordert. Wo dies nicht ausreichend der Fall ist, wird der Informed Consent zu einem bloßen Formalakt – ist dem Buchstaben, aber nicht dem Geist der Norm entsprochen.

160 Schein (2004) S. 25 ff.

Literaturverzeichnis

- Amelung, Knut (1992a). Über die Einwilligungsfähigkeit (Teil I). *ZStW* 104(3):525–558.
(1992b). Über die Einwilligungsfähigkeit (Teil II). *ZStW* 104(4):821–833.
- Beauchamp, Tom L. & James F. Childress (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
(2013). *Principles of Biomedical Ethics*. 7th ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Blumenthal-Barby, J. S. & Hadley Burroughs (2012). Seeking Better Health Care Outcomes: The Ethics of Using the “Nudge”. *Am J Bioeth* 12(2):1–10.
- Cohen, Shlomo (2013). Nudging and Informed Consent. *Am J Bioeth* 13(6):3–11.
- Collins, Joseph (1927). Should Doctors Tell the Truth? *Harpers* 155(927):320–326.
- Deber, Raisa B., Nancy Kraetschmer, Sara Urowitz & Natasha Sharpe (2007). Do people want to be autonomous patients? Preferred roles in treatment decision-making in several patient populations. *Health Expect* 10(3):248–258.
- Deutsch, Erwin (1997). Der Nürnberger Kodex. In: Tröhler, Ulrich & Stella Reiter-Theil, Hrsg. *Ethik und Medizin 1947–1997*. Göttingen: Wallstein; S. 103–114.
- Emanuel, Ezekiel J. & Linda L. Emanuel (1992). Four Models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA* 267(16):2221–2226.
- Faden, Ruth R. & Tom L. Beauchamp (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford: Oxford University Press.
- Hinghofer-Szakay, Dagmar (2013). Wrongful Birth 2012: Lösung (nicht) in Sicht? In: Österreichische Juristenkommission, Hrsg. *Gesundheit und Recht – Recht auf Gesundheit*. Wien: Linde; S. 219–223.
- Höffe, Otfried (2009). *Lebenskunst und Moral oder macht Tugend glücklich? 2. Aufl.* München: Beck.
- Joffe, Steven & Robert D. Truog (2010). Consent to Medical Care: The Importance of Fiduciary Context. In: Miller, Franklin G. & Alan Wertheimer, Hrsg. *The Ethics of Consent: Theory and Practice*. New York, NY: Oxford University Press; S. 347–373.
- Johnston, Carolyn & Genevieve Holt (2006). The legal and ethical implications of therapeutic privilege – is it ever justified to withhold treatment information from a competent patient? *Clin Ethics* 1(3):146–151.
- Jones, James H. (1992). *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment*. New York, NY: Free Press.
- Kant, Immanuel (2002). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Weischedel, Wilhelm, Hrsg. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Katz, Jay (1977). Informed Consent – A Fairy Tale? *Law’s Vision*. *U Pittsb Law Rev* 39(2):137–174.
(2002). *The Silent World of Doctor and Patient*. 2nd ed. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- Kielstein, Rita & Hans-Martin Sass (1997). Die Wertanamnese: ein narrativer Ansatz zur Erstellung und Interpretation von Betreuungsverfügungen. *Wien Med Wochenschr* 147(6):125–129.
- Kopetzki, Christian (2002). Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit. In: Kopetzki, Christian, Hrsg. *Einwilligung und Einwilligungsfähigkeit*. Wien: Manz; S. 1–23.
- Lipp, Volker & D. Brauer (2013). Behandlungsbegrenzung und „Futility“ aus rechtlicher Sicht. *Z Palliativmed* 14(3):121–126.
- Mack, Jennifer W., Angel Cronin, Nathan Taback, Haiden A. Huskamp, Nancy L. Keating, Jennifer L. Malin, Craig C. Earle & Jane C. Weeks (2012). End-of-Life Care Discussions Among Patients With Advanced Cancer: A Cohort Study. *Ann Intern Med* 156(3):204–210.
- Manson, Neil C. & Onora O’Neill (2007). *Rethinking Informed Consent in Bioethics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mitscherlich, Alexander & Fred Mielke, Hrsg. (2004). *Medizin ohne Menschlichkeit: Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. 16. Aufl. Frankfurt am Main: Fischer.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1978). *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. Washington, DC: Department of Health, Education, and Welfare.
- Neitzke, Gerald (2008). Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation: Eine ethische Analyse der Indikationsstellung. In: Charbonnier, Ralph, Klaus Dörner & Simon Steffen, Hrsg. *Medizinische Indikation und Patientenwille*. Stuttgart: Schattauer; S. 53–66.
- Peintinger, Michael (2003). *Therapeutische Partnerschaft: Aufklärung zwischen Patientenautonomie und ärztlicher Selbstbestimmung*. Wien: Springer.
- Percival, Thomas (1985). *Medical Ethics, Or, A Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. Pellegrino, Edmund D., Hrsg. Birmingham, AL: The Classics of Medicine Library.
- Presidential Commission for the Study of Bioethical Issues [U.S.] (2011). „Ethically Impossible“ STD Research in Guatemala from 1946 to 1948. Washington, DC. <http://bioethics.gov/cms/node/654> (abgerufen am 16. 6. 2012).
- Rotar-Pavlič, Danica, Igor Švab & Raymond Wetzels (2008). How do older patients and their GPs evaluate shared decision-making in healthcare? *BMC Geriatr* 8:9.
- Schein, Edgar H. (2004). *Organizational Culture and Leadership*. 3rd ed. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Schildmann, Jan & E. Schildmann (2009). Nichts als die Wahrheit? Zur Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar kranken Patienten in der Onkologie. *Onkologie* 19(10):957–963.
- Schwab, A. P. (2006). Formal and effective autonomy in healthcare. *J Med Ethics* 32(10):575–579.
- Simon, Herbert Alexander (1959). Theories of Decision-Making in Economics and Behavioral Science. *Am Econ Rev* 49(3):253–283.

- Thaler, Richard H. & Cass R. Sunstein (2009). *Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth and Happiness*. Rev. int. ed. London: Penguin Books.
- Veatch, Robert M. (1995). *Abandoning Informed Consent*. *Hastings Cent Rep* 25(2):5–12.
- (2009). *Patient, Heal Thyself: How the New Medicine Puts the Patient in Charge*. Oxford: Oxford University Press.
- Vollmann, Jochen (2000). *Das Informed Consent-Konzept als Politikum in der Medizin: Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischer und medizinethischer Perspektive*. In: Kettner, Matthias, Hrsg. *Angewandte Ethik als Politikum*. Frankfurt am Main: Suhrkamp; S. 253–279.
- (2008). *Einleitung*. In: Vollmann, Jochen. *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer; S. 7–11.
- Vollmann, Jochen & Rolf Winau (1996). *Informed consent in human experimentation before the Nuremberg code*. *Br Med J* 313(7070):1445–1449.
- Wallner, Jürgen (2010). *Organisation medizinischer Entscheidungen am Lebensende*. *Intensivmed Notfallmed* 47(1):49–54.
- Wells, Rebecca Erwin & Ted J. Kaptchuk (2012). *To Tell the Truth, the Whole Truth, May Do Patients Harm: The Problem of the Nocebo Effect for Informed Consent*. *Am J Bioeth* 12(3):22–29.
- Wiesing, Urban (2012). *Der Hippokratische Eid*. In: Wiesing, Urban, Hrsg. *Ethik in der Medizin: Ein Studienbuch*. 4. Aufl. Stuttgart: Reclam; S. 38–44.
- WMA (2006). *Declaration of Geneva*. Ferney-Voltaire Cedex: World Medical Association. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/g1/index.html> (abgerufen am 13. 9. 2013).
- (2008). *Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html> (abgerufen am 21. 7. 2010).