

Sigrid Graumann

Autonomie, ein verletzliches Gut

Der Umbau des Gesundheitswesens zu einem marktfähigen Dienstleistungssystem ist noch nicht einmal zu einem vorläufigen Ende gelangt. Mit immer neuen Hiobsbotschaften von Einnahmeausfällen und Kostenexplosionen wird auf immer weiteren Reformbedarf verwiesen. Mittlerweile gibt es auch eine ganze Reihe von medizinethischen Arbeiten dazu, wie diese Reformen zu gestalten seien. Üblicherweise wird in diesen ethischen Untersuchungen zur „Ressourcenallokation im Gesundheitswesen“ die „neoliberale Wende“ für unanfechtbar gehalten. Sie erscheint wie ein Naturereignis. Diskutiert wird vor allem, nach welchen Kriterien die begrenzten Ressourcen gerecht eingesetzt werden können.

Dieses Vorgehen halte ich für ungerechtfertigt defensiv, weil das Pferd dabei von hinten aufgezümt wird. Ich gehe davon aus, dass es berechnete und begründete Ansprüche von Patienten gibt, an denen sich die politische Gestaltung des Gesundheitswesens zu orientieren hat und nicht umgekehrt. Dazu gehört auch die Frage, ob sich ein marktwirtschaftlich organisiertes Gesundheitswesen überhaupt eignet, den Ansprüchen von Patienten Rechnung zu tragen.

Die Transformation des Status als Patientin vom hilfsbedürftigen Mündel ärztlicher und pflegerischer Fürsorge zur selbstbestimmten „Unternehmerin ihres eigenen Körpers“ als Folge der neoliberalen Wende der Gesundheitsversorgung, die Frigga Haug in diesem Heft so treffend beschreibt, ist ein gutes Beispiel dafür. Die Anforderungen, mit denen sie sich selbst im Krankenhaus als „neoliberale Patientin“ konfrontiert sieht, „sich die notwendige Pflege, Medikation, Termine, fachkundigen Rat selbstbestimmt zusammenzustellen wie ein Menü auf einer Speisekarte“, beschreibt sie als Zumutung.

Diese berechnete Kritik an den Folgen der neoliberalen Wende im Gesundheitswesen darf aber nicht so verstanden werden, dass die alte paternalistische ärztliche Bevormundung rehabilitiert werden soll. Diese hat mit gutem Grund ihre Legitimation zunehmend eingebüßt. Ich werde daher argumentieren, dass die Festschreibung der Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten zunächst als eine historische Errungenschaft angesehen werden sollte. Die daran anschließende Entwicklung der Autonomie-zentrierten Medizinethik geht allerdings in der Praxis mit einer Engführung des Verständnisses von Autonomie einher, die an den Bedürfnissen vieler Patienten ganz offensichtlich vorbei geht. Deshalb

werde ich diesem verengten Begriff von Autonomie ein weiteres, emanzipatorisches Verständnis von Selbstbestimmung entgegenhalten.¹

Die freie und informierte Einwilligung als historische Errungenschaft

Die traditionelle ärztliche Tugendethik, wie sie im hippokratischen Eid verankert ist, verpflichtet den Arzt dazu, eine über das Übliche hinausgehende moralische Haltung in Bezug auf seine gesamte Lebensführung einschließlich seiner Berufsausübung einzunehmen. Den ärztlichen Beruf den Tugenden entsprechend auszuüben bedeutet, so der hippokratische Eid, nach bestem Wissen und Gewissen zu helfen, zu heilen, nicht zu schaden sowie Dritten gegenüber zu schweigen. Die dem entsprechenden Stellen im hippokratischen Eid lauten:

„Die Verordnungen werde ich treffen zum Nutzen der Kranken nach meinem Vermögen und Urteil, mich davon fernhalten, Verordnungen zu treffen zu verderblichem Schaden und Unrecht. (...) Was immer ich sehe und höre, bei der Behandlung oder außerhalb der Behandlung, im Leben der Menschen, so werde ich von dem, was niemals nach draußen ausgeplaudert werden soll, schweigen, indem ich alles Derartige als solches betrachte, das nicht ausgesprochen werden darf.“²

Bis zur Moderne stellte der hippokratische Eid das ärztliche Ethos in weiten Teilen der Welt dar: Trotz zahlreicher Ausnahmen etwa für das Auftreten von Seuchen und trotz unterschiedlicher Gewichtung einzelner Aspekte, wurde der hippokratische Eid in der jüdischen, der christlichen und der islamischen Medizin übernommen (v. Engelhardt 1997). Korrespondierend zu den ärztlichen Tugenden gab es in den traditionellen medizinethischen Konzeptionen auch Tugenden des Patienten, nämlich dem Arzt zu vertrauen und sich dem ärztlichen Rat unterzuordnen.

Mit der Entwicklung der modernen, naturwissenschaftlichen Medizin aber stand dem Appell an das Vertrauen in die ärztlichen Tugenden in zunehmendem Maß ein moralischer Immunitätsverlust der Ärzteschaft entgegen. Neue Zielkonflikte, wie zwischen dem Gewinn wissenschaftlicher Erkenntnis und dem ärztlichen Heilauftrag, sind entstanden. Solche Zielkonflikte können, wie sich gezeigt hat, zu schweren, systematischen Menschenrechtsverletzungen führen.

¹ Auch wenn dies nicht Thema des Artikels ist, soll keineswegs negiert werden, dass mit den Begriffen „Eigenverantwortung“ und „Wahlfreiheit“ der Sozialabbau im Gesundheitswesen und die zunehmende Etablierung der Mehrklassenmedizin kaschiert wird. Anzumerken wäre auch, dass in der Praxis für die „Kassenpatienten“ die „Eigenverantwortung“ und für die „Privatpatienten“ die „Wahlfreiheit“ jeweils die größere Rolle spielen wird.

² Karl Deichgräber (Übersetzer): Der hippokratische Eid. Hippokrates Verlag, Stuttgart 1983.

Es ist bekannt, dass seit Mitte des 19. Jahrhunderts in großem Stil systematische Heilversuche und medizinische Experimente „hauptsächlich in öffentlichen Krankenhäusern an Armen, Kindern, Frauen, Prostituierten und Alten durchgeführt wurden – also an den Benachteiligten und Unterdrückten“ (Katz 1998, 233). Diese wurden in aller Regel damit gerechtfertigt, dass der medizinische Fortschritt eben seinen Preis kostete. In vielen Fällen wurden Patienten dabei geschädigt; eine Zustimmung wird in den seltensten Fällen vorgelegen haben (Seidler 1998).

Diese Menschenrechtsverletzungen gipfelten in den Verbrechen, die von Ärzten während des deutschen Faschismus begangen wurden. Dazu gehörten die grausamen medizinischen Menschenexperimente in den Konzentrationslagern, bei denen in vielen Fällen der Tod der Versuchsperson nicht nur in Kauf genommen wurde, sondern von vorn herein eingeplant war, sowie die Vorbereitung, Organisation und Durchführung des Euthanasie-Programms, in dem mehr als 70.000 Patienten ermordet wurden.³ Im Nürnberger Ärzte-Prozess wurden von den dreiundzwanzig Angeklagten (zwanzig davon waren Ärzte) sechzehn als Verantwortliche für die Euthanasie „unheilbar Kranker“ und für Menschenversuche an KZ-Häftlingen als Verbrechen gegen die Menschlichkeit verurteilt, sieben davon zum Tode (vgl. Mitscherlich & Mielke 2001, 365ff).

Der „Nürnberger Kodex“, verfasst vom amerikanischen Militärgerichtshof, der die Nürnberger Urteile fällte, kann als Wendepunkt in der Geschichte der ärztlichen Ethik verstanden werden. Die Besonderheit des Nürnberger Kodex besteht zum einen darin, dass er kein Dokument der Selbstverpflichtung einer Ärzteorganisation, sondern das historisch erste externe Rechtsdokument darstellt, das Ärzte von juristischer Seite in Verantwortung nimmt. Es misst das Handeln der Ärzte an international anerkannten Menschenrechts-Standards. Zum anderen wurde erstmals an prominentester Stelle, nämlich unter dem ersten Punkt des Kodex, die freiwillige und informierte Einwilligung des Patienten oder Probanden als notwendige Bedingung für die Zulässigkeit medizinischer Versuche festgeschrieben:

„Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich. Das heißt, dass der Betreffende die gesetzmäßige Fähigkeit haben muss, um eine verständnisvolle und aufgeklärte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung macht es notwendig, dass der Versuchsperson vor der Annahme ihrer bejahenden Entscheidung das Wesen, die Länge und der Zweck des Versuchs klargemacht werden; sowie die Methode und die Mittel, welche angewandt werden sollten, allen Unannehmlichkeiten und Ge-

³ Mit Abbruch der T4-Aktion 1941, nachdem Unmut in der Bevölkerung laut wurde, war die Massentötung von Kranken und Behinderten aber keineswegs zu Ende (vgl. Schmuhl, 1987, 220ff).

fahren, welche mit Fug zu erwarten sind, um die Folgen für ihre Gesundheit und ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen. (...)“

Die historische Erfahrung hatte gezeigt, dass es gerade nicht ausreicht, bei der Intention, das Wohl der Patienten sicherzustellen, in erster Linie auf den Appell an verantwortliches ärztliches Handeln zu setzen. Die Einführung der freien und informierten Einwilligung als externes Prinzip zur Regulierung ärztlicher Handlungen, sollte deshalb den Patienten unabhängig vom Vertrauen in das Wohlwollen der Ärzte in Stand setzen, seine Rechte eigenständig wahrzunehmen. „Der Nürnberger Kodex ist *das* Dokument, welches die Unantastbarkeit von Versuchspersonen in der Forschung in einer kompromißlosen Sprache zu schützen sucht.“ (Katz, 1998, 227) Andere Rechtsdokumente, wie die Deklaration von Helsinki, die von der „World Medical Association“ 1964 verabschiedet wurde, setzen weiterhin primär auf die ärztliche Selbstverantwortung (Annas & Grodin 1998). Aber auch in diesem Dokument wird die zentrale Stellung, die das Recht auf Selbstbestimmung gewonnen hat, anerkannt. Ihm wird der Status einer innerprofessionellen Selbstbindung verliehen (Schöne-Seifert 1996).

Menschenrechtsverletzung von Ärzten und unter Mitwirkung von Ärzten hat es lange vor Nürnberg gegeben und gibt es bis heute in allen Regionen der Welt. Dazu gehört nach wie vor die Missachtung von Patientenrechten in der experimentellen medizinischen Forschung aber auch die Beteiligung an Folter und Vollstreckung der Todesstrafe (vgl. Working Party 1992). Diese Rechtsverletzungen dürfen nicht geleugnet oder ausgeblendet werden, auch wenn sie dem Selbstverständnis großer Teile der Ärzteschaft widersprechen.⁴

Vor diesem Hintergrund muss das Recht auf Selbstbestimmung von Patienten und Probanden, wie es im Nürnberger Kodex formuliert wurde, als historische Errungenschaft verstanden werden. Als externes Prinzip zur Regulierung ärztlichen Handelns ist die Achtung der Selbstbestimmung des Patienten unerlässlich, um Menschenrechtsverletzungen wirkungsvoll zu vermeiden und gegebenenfalls zu ahnden (Annas & Grodin 1998). Solange Zielkonflikte im ärztlichen Handeln angelegt sind, und dies betrifft neben der Verfolgung von Forschungszielen bei-

⁴ Von Medizinethikern wird heute oft beklagt, dass der Bezug auf die historische Erfahrung des Nationalsozialismus als „Diskussionsstopper“ eingesetzt werde und damit bestimmte Themen wie Sterbehilfe oder Pränataldiagnostik tabuisiert würden. Eine sachliche Diskussion sei dann kaum noch möglich (vgl. Wiesing & Marckmann 2002). Ich verstehe diese Argumentation eher als Strategie, dem offensichtlichen Problem des moralischen Immunitätsverlustes der Ärzteschaft auszuweichen, was einer sachlichen Debatte alles andere als zuträglich ist. Der moralische Immunitätsverlust ist maßgeblich durch die historische Erfahrung des Nationalsozialismus entstanden, wird aber bis heute, wie beschrieben, immer wieder durch Menschenrechtsverletzungen von Ärzten bestätigt.

spielsweise auch ökonomische, bevölkerungs- und gesundheitspolitische Zielsetzungen, kann darauf nicht verzichtet werden.

Autonomie oder Paternalismus – zwei konkurrierende Modelle der medizinischen Ethik?

Mit dem Entstehen der modernen Medizinethik, die üblicherweise in die 1960er Jahre in den USA datiert wird, wurde das Prinzip der freiwilligen und informierten Einwilligung auch in die nicht-experimentelle medizinische Praxis übernommen. Der Einfluss der Bürgerrechtsbewegung und eine Reihe von Gerichtsverfahren, die zu Tage brachten, in welchem Ausmaß Patienten üblicherweise über Erfolgsaussichten und Gefahren von medizinischen Eingriffen im Unklaren gelassen worden waren, führten dazu, dass sich die freiwillige und informierte Einwilligung als allgemeines Kriterium für die rechtliche Zulässigkeit ärztlicher Maßnahmen durchsetzen konnte (vgl. Schöne-Seifert 1996).

In der Folge konnte sich das Prinzip der Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung als neues Paradigma der modernen Medizinethik etablieren. Dabei wird kaum jemand leugnen, dass in der Praxis Konflikte zwischen dem Prinzip der Achtung des Rechts auf Selbstbestimmung und einem tief verwurzelten paternalistischen Selbstverständnis vieler Ärzte nach wie vor an der Tagesordnung sind. Genauso wenig ist zu bestreiten, dass die Formalisierung der Patientenaufklärung vor medizinischen Eingriffen und die Einwilligung in Form einer Unterschrift unter einem Aufklärungsbogen zwar der Absicherung des Arztes gegen haftungsrechtliche Konsequenzen dienen, aber wenig dazu geeignet sind, dem Patienten die Kompetenzen zu vermitteln, die er für eine authentische Einwilligung braucht. Das alles spricht allerdings nicht gegen das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten sondern zeigt lediglich, dass die Durchsetzung des neuen Paradigmas der modernen Medizinethik in der Praxis offensichtlich noch nicht hinreichend gelungen ist.

Es wird von verschiedener Seite aber noch eine ganze Reihe weiterer Kritikpunkte an der Autonomie-fokussierten Medizinethik vorgebracht: Von feministischer Seite wurde kritisiert, dass die Kontextgebundenheit von Patientenentscheidungen in diesem Konzept vernachlässigt werde. Damit läuft die Medizin zum einen Gefahr, subtilere Formen von Fremdbestimmung und Machtmissbrauch durch den Wissensvorsprung der Ärzte, durch Abhängigkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung, insbesondere durch die geschlechtshierarchische Beziehung zwischen männlichen Ärzten und weiblichen Patientinnen sowie durch familiäre, soziale und kulturelle Zwänge zu verschleiern. Außerdem sollte zur Kenntnis genommen werden, dass viele Patienten nicht dazu in der Lage sind autonom zu entscheiden oder dies ganz einfach nicht wollen (vgl. Sherwin 1992).

Ein weiterer Kritikpunkt aus der Sicht einiger Vertreter von Tugendethiken ist, dass intersubjektive Werte, wie das Vertrauen in die Arzt-Patienten-Beziehung und die ärztliche Bereitschaft zur fürsorglichen Haltung, durch die Autonomie-Fokussierung tendenziell verloren gehen. Die Verletzbarkeit und Abhängigkeit des Kranken würden ihn aber dazu zwingen, „nicht bloß auf seine Rechte zu vertrauen, sondern auch auf die Person, die der Arzt *ist*.“ (vgl. Pellegrino 1989, 42) Und dies wiederum hänge davon ab, inwieweit sich der Arzt selbst an die ärztlichen Tugenden gebunden sieht.

Die Vertreterinnen und Vertreter dieser Kritiken wollen daher mit unterschiedlichen Modellen das Prinzip der ärztlichen Sorge für Kranke wieder stärken. Das ist zunächst auch durchaus zu begrüßen. Ob sie dabei aber Gefahr laufen, in paternalistische Modelle zurückzufallen, hängt meines Erachtens vor allem davon ab, welches Verständnis von Selbstbestimmung zu Grunde gelegt wird. Oft wird in solchen Argumentationen die Patienten-Selbstbestimmung lediglich als Minimalprinzip zur Wahrung der Rechte des Patienten verstanden. Auf dieses Verständnis bezieht sich die Kritik, dass der Bezug auf die Selbstbestimmung für die Sicherstellung des umfassenden Wohlergehens von Kranken unzureichend sei. Demgegenüber sei eine Stärkung der ärztlichen Tugenden im Sinne des Patientenwohls die bessere Alternative. Mit Blick auf Zielkonflikte und Missbrauchspotenziale, die in der modernen Medizin nun einmal angelegt sind, kann dieser Vorschlag allerdings kaum als zufriedenstellend betrachtet werden.

Den Gegenpol zu diesem engen Verständnis bilden Positionen, die der Selbstbestimmung einen unabhängigen Eigenwert zuschreiben, an dem sich der ärztliche Heilauftrag ganz grundsätzlich orientieren sollte. (Hierzu würde ich auch viele feministisch-ethische Arbeiten zählen.) Diesen Positionen zufolge gibt es einerseits ein unbedingtes Recht auf Selbstbestimmung, verstanden als Abwehrrecht gegen Fremdbestimmung, und andererseits einen darüber hinausreichenden Anspruch auf Förderung der möglichst optimalen Verwirklichung von Selbstbestimmung, als eines wichtigen Gutes (Beauchamp & Childress 1994).

„To respect an autonomous agent is, at a minimum, to acknowledge that person’s right to hold views, to make choices, and to take actions based on personal values and beliefs. Such respect involves respectful actions, not merely a respectful attitude. It also requires more than obligations of non-intervention in the affairs of persons, because it includes obligations to maintain capacities for autonomous choice in others while allaying fears and other conditions that destroy or disrupt their autonomous actions.“ (ebd., 125)

Selbstbestimmung sollte damit als verletzliches Gut verstanden werden, auf dessen Bewahrung, Förderung oder Wiederherstellung der Patient einen Anspruch hat. Ein solches Verständnis von Selbstbestimmung

würde auch nicht im Konflikt mit der ärztlichen Sorge stehen, im Gegenteil. Die ärztliche Sorge würde in den Dienst der möglichst optimalen Verwirklichung der Selbstbestimmung des Patienten gestellt, und dies nicht nur in Bezug auf singuläre ärztliche Handlungen, sondern bezogen auf seine ganze gegenwärtige und zukünftige Lebenssituation.

Wahlfreiheit auf dem Markt der medizinischen Möglichkeiten?

Auch in der Praxis setzt sich zunehmend ein Verständnis von Selbstbestimmung durch, mit dem nicht nur Abwehrrechte, sondern auch Ansprüche des Patienten formuliert werden. Für die zunehmende marktwirtschaftliche Umgestaltung des Gesundheitswesens ist die Selbstbestimmung des Patienten schließlich eine notwendige Voraussetzung. Die Vorstellung ist hier, dass die Ärzte, Praxen, Kliniken, aber auch Versicherungsanbieter, auf dem Markt medizinischer Dienstleistungen mit ihren Angeboten konkurrieren. Der Patient erhält dadurch die Möglichkeit unter diesen Angeboten als selbstbestimmter Akteur diejenigen auszuwählen, die seinen Vorstellungen entsprechen. Selbstbestimmung wird damit als Anspruch auf Wahlfreiheit von Verbrauchern verstanden, dem die Anbieter medizinischer Dienstleistungen Rechnung zu tragen haben. Es ist allerdings fraglich, ob eine solche Einführung des Verständnisses von Selbstbestimmung als Wahlfreiheit (freedom of choice) den Bedürfnissen von Patienten tatsächlich gerecht wird.

Wenn beispielsweise ein Patient mit einer akuten Blinddarmentzündung ins Krankenhaus kommt, sagt ihm der Arzt nach der Diagnosestellung gegebenenfalls, dass zur Wiederherstellung seiner Gesundheit eine Operation erforderlich ist. Der Eingriff scheint objektiv geboten und der ärztliche Heilauftrag damit eindeutig bestimmt zu sein. Der Patient wird in diesem Fall kaum von seinem Wahlrecht zwischen verschiedenen Anbietern Gebrauch machen können. Er wird notgedrungen das nächste Krankenhaus aufgesucht haben. Ebenso wenig kann hier von einer Wahl zwischen verschiedenen Dienstleistungsangeboten gesprochen werden. Würde der Patient die Operation ablehnen, wäre dies wahrscheinlich eher auf irrationale Ängste denn auf eine wirklich selbstbestimmte Entscheidung zurückzuführen. Trotz der faktischen Einschränkung seiner Selbstbestimmung wird der Patient aber erwarten, dass er über alle notwendigen medizinischen Maßnahmen informiert wird, dass er Gelegenheit hat nachzufragen, dass er respektvoll und höflich behandelt wird, kurz, dass er als (potenziell) autonome Person ernst genommen wird.

Nun gibt es aber Praxisfelder, in denen der ärztliche Handlungsauftrag weniger eindeutig auf der Hand liegt. Dazu gehören beispielsweise medizinische Eingriffe mit relativ hohen Risiken und Belastungen, ohne dass der Beitrag zum Wohlergehen des Patienten mit hinreichender Klarheit vorgesagt werden kann. So kann beispielsweise die Lebenszeit eines Patienten, der an einem fortgeschrittenen Krebsleiden leidet, mit einer Chemotherapie möglicherweise um einige Wochen

verlängert werden. Der Preis dafür kann aber eine gravierende Einschränkung der Lebensqualität sein. In diesem Fall kann der Arzt nicht alleine an Hand von objektiven Kriterien bestimmen, was dem Wohlergehen des Patienten zuträglich ist. Dies kann nur der Patient selbst beurteilen. Der Patient aber wird, alleingelassen damit, unter verschiedenen Optionen zu wählen, in dieser Situation wohl überfordert sein. Eine solche Wahlfreiheit setzt die Fähigkeit von Selbstbestimmung voraus, die im Zustand der Krankheit ja oft gerade eingeschränkt ist. Idealerweise wird der Patient im offenen und einfühlsamen Gespräch durch den Arzt unterstützt, selbst herauszufinden, was für ihn am besten ist, und auf dieser Basis eine wirklich selbstbestimmte Entscheidung treffen.

Das hier beschriebene Problem spitzt sich zu, wenn es um medizinische Praxisfelder geht, deren Gegenstand nicht die Behandlung von Krankheiten im eigentlichen Sinn, sondern Hilfestellungen in individuellen Problematiken der Lebens- und Familienplanung sind. Dazu gehören Angebote der Fortpflanzungsmedizin und der Gendiagnostik. Wenn ein Paar ungewollt kinderlos bleibt, ist es keineswegs selbstverständlich, eine Kinderwunschbehandlung bis hin zur In-vitro-Fertilisation mit geringen Erfolgsaussichten und hohen Belastungen in Anspruch zu nehmen. Für viele ist die Entwicklung alternativer Lebensoptionen gegebenenfalls mit therapeutischer Unterstützung der bessere Weg. Und das mit einer Gendiagnostik gewonnene Wissen über das Risiko, später an einer genetisch bedingten Krankheit zu leiden, ohne dass adäquate Präventions- und Therapieoptionen bestehen, oder die Anlage für eine genetisch bedingte Krankheit vererben zu können, kann für manche hilfreich sein, um die Lebens- und Familienplanung danach auszurichten, für andere aber eine schwer zu ertragende Belastung bedeuten. Ein objektiv gebotener ärztlicher Handlungsauftrag existiert in solchen Fällen nicht. Die Legitimität des ärztlichen Handelns ist daher in erster Linie von der selbstbestimmten Entscheidung des Patienten abhängig. Der Arzt wird zum Dienstleister, der seinem Kunden verschiedene Angebote unterbreitet, die dieser in Anspruch nimmt oder ablehnt. Damit tritt aber auch eine Verschiebung der Verantwortung für die Konsequenzen des ärztlichen Handelns vom Arzt auf den Patienten auf. Fortpflanzungsmedizin, Gendiagnostik und andere Angebote der neuen „Life-style-Medizin“ erfüllen damit das entscheidende Kriterium für die Marktfähigkeit von medizinischen Angeboten: Sie setzen die Selbstbestimmung des Patienten voraus. Allerdings gibt es auch hier Probleme mit wirklich selbstbestimmten Entscheidungen angesichts von ärztlichen Maßnahmen, die tief in die psychische und physische Integrität eingreifen können. Diese sollen mit einem weiteren neuen Markt gelöst werden, mit der begleitenden Beratung.

Diese Beispiele verdeutlichen einige Probleme eines marktwirtschaftlich organisierten Gesundheitswesens. Eine zentrale Voraussetzung für die marktwirtschaftliche Gestaltung ist die Annahme von fairer Konkurrenz zwischen verschiedenen Anbietern von medizinischen Dienstlei-

stungen und Medizinprodukten auf der einen Seite und selbstbestimmt entscheidenden Kunden auf der anderen Seite. Nun haben aber manche Anbieter existenzielle Bedürfnisse von Patienten zu erfüllen, andere können Wahlleistungen anbieten. Und die Selbstbestimmung von Patienten ist unter den Bedingungen der Krankheit faktisch mehr oder weniger eingeschränkt.

Die Marktmechanismen werden daher vor allem die Bereiche der medizinischen Praxis begünstigen, die Hilfe in der Lebensgestaltung und Familienplanung bieten, nicht aber die Bereiche, die es mit wirklich kranken Menschen zu tun haben. Außerdem treten neue Zielkonflikte in der medizinischen Praxis auf: Ärzte sollen ihr Handeln am Wohlergehen des Patienten ausrichten. Gleichzeitig sind sie als Anbieter auf dem Gesundheitsmarkt gezwungen, wollen sie erfolgreich sein, möglichst viel Gewinn zu machen. Gewinnstreben und Heilauftrag können, müssen aber nicht zusammen gehen. Es werden also zwangsläufig Zielkonflikte zwischen Heilauftrag und Gewinninteressen auftreten, die die Gefahr bergen, dass Ängste, Schwäche und Abhängigkeit von Kranken ausgenutzt werden. Der Patient kann sich folglich nicht darauf verlassen, die ärztliche Unterstützung zu bekommen, die er für eine wirklich selbstbestimmte Entscheidung nötig hätte.

Verschärfend kommt hinzu, dass durch die Fokussierung auf die Selbstbestimmung als Wahlfreiheit vor allem in den Praxisbereichen, in denen kein klarer ärztlicher Handlungsauftrag besteht, Verantwortung für die Folgen medizinischer Eingriffe auf die Patienten verlagert wird. Durch diese Entwicklungen ist der Schutz der Rechte von Patienten zusätzlich gefährdet.

Plädoyer für die Rückkehr zu einem solidarischen Gesundheitssystem

Gerade auch vor dem Hintergrund dieser Entwicklungen kann auf die Achtung vor der Selbstbestimmung des Patienten als externes ethisches und rechtliches Prinzip zum Schutz vor Menschenrechtsverletzungen nicht verzichtet werden. Unter den Bedingungen der „neoliberalen Wende“ im Gesundheitswesen ist es daher wichtiger denn je daran festzuhalten, dass die freiwillige und informierte Zustimmung zwar keine hinreichende, aber eine notwendige Bedingung für die Legitimität von ärztlichen Maßnahmen darstellt.⁵ Das reicht aber nicht aus. Die Tatsache, dass Autonomie ein verletzliches Gut ist, auf dessen Bewahrung, Förderung oder Wiederherstellung der Patient einen Anspruch hat, und der Umstand, dass eine marktwirtschaftliche Organisation des Gesundheitssystems die Selbstbestimmung des Patienten voraussetzt, können sich nicht vertragen. Das bedeutet, dass die „neoliberale Wende“ im Gesund-

⁵ Wenn der Patient die Einwilligung nicht selbst erteilen kann (z.B. weil er bewusstlos ist), muss die mutmaßliche Einwilligung vorausgesetzt werden können.

heitswesen die berechtigten Ansprüche besonders von schwer Kranken nicht erfüllen wird.

Der Anspruch von Patienten auf Bewahrung, Förderung bzw. Wiederherstellung von Autonomie fordert dazu auf, die Gesundheitsversorgung so zu gestalten, dass Zielkonflikte zwischen der ärztlichen Sorge für Kranke und der Verfolgung eigener Interessen minimiert werden. Dies aber scheint mir nur in einem konsequent solidarisch organisierten Gesundheitssystem möglich zu sein. Nur wenn das Einkommen von Ärzten, Praxen und Krankenhäusern nicht davon abhängt, möglichst gewinnträchtige Dienstleistungen und Medizinprodukte zu verkaufen, und nur wenn es für Versicherer ökonomisch irrelevant ist, ob sie Personen mit „guten“ oder „schlechten“ Risiken versichern, können das Wohlergehen des Patienten und sein Anspruch auf Bewahrung, Förderung und Wiederherstellung von Autonomie tatsächlich im Mittelpunkt stehen.

Darüber hinaus scheint die „neoliberale Wende“ die Ressourcenkrise, zu deren Lösung sie ja eigentlich beitragen sollte, noch zu verschärfen. Es ist nahe liegend anzunehmen, dass die Gesundheitsversorgung weniger kosten würde, wenn einerseits ärztliche Maßnahmen nur deshalb ergriffen werden, weil sie zum Wohlergehen von Kranken betragen, und nicht deshalb, weil sie gewinnbringend sind, und andererseits kein Anreiz bestehen würde, beispielsweise mit Angeboten von Kinderwunschbehandlung, prädiktiver Gendiagnostik und „Life-Style-Medizin“ immer neue, lukrative Patientenkreise zu erschließen.

Literatur

- Annas, George J. & Grodin, Michael A. (1998): Medizinische Ethik und Menschenrechte: Das Vermächtnis von Nürnberg. In: *Medizin und Gewissen. 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß – Kongressdokumentation*. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, 244-259
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (1994, Fourth edition): *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press
- Engelhardt, Dietrich von (1997): Zur historischen Entwicklung der Ethik in der Medizin – Prinzipien, Theorien, Methoden. In: Andreas Frewer und Rolf Winau (Hg.), *Geschichte und Theorie der Ethik in der Medizin*. Erlangen und Jena: Palm & Enke, 37-62
- Katz, Jay (1998): Menschenopfer und Menschenversuche. Nachdenken in Nürnberg. In: *Medizin und Gewissen. 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß – Kongressdokumentation*. Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, 225-243
- Mitscherlich, Alexander & Mielke, Fred (2001, 15. Auflage): *Medizin ohne Menschlichkeit. Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses*. Stuttgart: Fischer
- Pellegrino, Edmund D. (1989): Der tugendhafte Arzt und die Ethik der Medizin. In: Hans Martin Sass (Hg.): *Medizin und Ethik*. Stuttgart: Reclam, 40-68
- Schmuhl, Walter (1987): *Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Schöne-Seifert, Bettina (1996): Medizinethik. In: Julian Nida-Rümelin (Hg.), *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung*. Stuttgart: Kröner, 552-648
- Seidler, Eduard (1998): Vom Nürnberger Ärztekodex zur Bioethikkonvention. Geschichte der Ethik der Menschenversuche. In: *Medizin und Gewissen. 50*

- Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß – Kongressdokumentation.* Frankfurt/M: Mabuse-Verlag, 307-312
- Sherwin, Susan (1992): No Longer Patient. In: *Feminist Ethics and Health Care.* Philadelphia: Temple University Press, 137ff
- Wiesing, Urban & Marckmann, Georg (2002): Medizinethik. In: Marcus Düwell, Christoph Hübenthal & Micha H. Werner (Hg.), *Handbuch Ethik.* Stuttgart: Metzler, 268-273
- Working Party, British Medical Association (1992): *Medicine Betrayed: The Participation of Doctors in Human Right Abuses.* London: Zed Books.