

Hartmut Kreß**Patientenautonomie und ärztliche Verantwortung im Licht dialogischer Ethik**

Referat auf dem 11. Mannheimer Ethik-Symposium am 6. November 2010 in der Universität Mannheim mit dem Rahmenthema „Ethik der Arztes, Ethik des Patienten, Ethik der Gesellschaft“

Für viele Menschen kann es zur existentiellen Herausforderung werden, über Probleme ihrer Gesundheit, über Alternativen bei der Behandlung von Krankheiten oder über ihren Sterbeprozess weitreichende Entscheidungen treffen zu müssen. Der medizinische Alltag konfrontiert Patienten mit Entscheidungskonstellationen und -konflikten, die der Sache nach kompliziert und persönlich schwerwiegend sind. Dies ist der springende Punkt, wenn man danach fragt, welche Rolle und Funktion in unserer heutigen Gesellschaft Ärzten zufällt. Im Folgenden beleuchte ich hierzu ein bestimmtes Anliegen, nämlich die ärztliche Verantwortung in Form der Patientenberatung. Dem Thema nähere ich mich medizingeschichtlich und unter ethischem Blickwinkel an, um dann auf aktuelle Aspekte einzugehen.

1. Die Idee der patientenzentrierten Medizin

Im Jahr 1906 erschien ein Buch mit dem markanten Titel „Der Arzt“. Wenn man den Band in die Hand nimmt, beeindruckt er durch seine Ausgestaltung im damaligen Jugendstil. Blättert man darin, stößt man auf die Aussage: Die alte hippokratische Formel „salus aegroti suprema lex“ – das Wohl des Kranken soll für den Arzt das höchste Gesetz sein – müsse eigentlich wie folgt wiedergegeben werden: „Die Ärzte sind der Kranken wegen da, nicht die Kranken um der Ärzte willen!“. Das Buch stammt von dem Dermatologen Ernst Schweningen. Medizinisch war er ein Außenseiter – aber damals eine berühmte Gestalt. Denn im Jahr 1881 war er der Leibarzt des Reichskanzlers Bismarck geworden, der ein äußerst widerspenstiger Patient war. Schweningen setzte bei ihm eine Diätbehandlung durch und rettete ihn hierdurch – wie der Reichskanzler selbst sagte – aus einem vollständigen „Gesundheitsbankrott“. Schweningen schrieb, er habe bei Bismarck eine „individuelle Behandlung auf[genommen], bei der man im Krankheitsfall den Menschen und die ganze Lebensweise in Betracht ziehen müsse“. Hierzu passt ein Schlüsselzitat aus Schweningens Buch „Der Arzt“: „Das Verhältnis Arzt-Patient ergibt sich für jeden einzelnen Fall ... neu aus der besonderen Humanität des einzelnen Arztes und der Humanität seines Patienten“.

Diese Formulierung interpretierte die Arztrolle im Sinne einer – wie man heute sagt – patientenzentrierten Medizin. Nun möchte ich mich nicht weiter bei Schweninger aufhalten. Denn er fasste den Arzt als den „Herrscher“ über den Patienten auf und vertrat einen ärztlichen Patriarchalismus, der unerträglich ist. Wichtig bleibt jedoch seine programmatische Idee, der zufolge ein Arzt dem Patienten in seiner Ganzheit und Individualität verpflichtet sei. In diesem Sinn hat er ins Schwarze getroffen, wenn er den hippokratischen Satz „salus aegroti suprema lex“ mit den Worten umschrieb: „Die Ärzte sind der Kranken wegen da, nicht die Kranken um der Ärzte willen!“.

Die alte hippokratische Formel verdient aber noch in weiterer Hinsicht unser heutiges Interesse. Aus jetziger Perspektive ist sie in einer bestimmten Hinsicht zu korrigieren und zu erweitern.

2. Patientenautonomie als Leitbild

In der normativen Logik heutiger Medizinethik ist es unerlässlich, die hippokratische Formel „salus aegroti suprema lex“ abzuwandeln und umzuformulieren. Sie muss dann lauten: „salus *ex voluntate* aegroti suprema lex“ – das Wohl, so wie es sich *aus dem Willen* des Patienten heraus ergibt, soll für den Arzt das höchste Gesetz sein. Hiermit wird die Patientenautonomie ins Spiel gebracht – d.h. das Recht jedes Patienten auf Selbstbestimmung, sein Persönlichkeitsrecht, seine Befugnis, über Fragen seiner Gesundheit, Krankheit und seines Sterbens aus eigener Einsicht und im Horizont der persönlichen Lebens- und Werteeinstellung heraus zu entscheiden. Dieses Leitbild ist in der Gegenwart unverzichtbar und unhintergebar geworden. Es lässt sich auch auf das Grundgesetz abstützen. Die Verfassung garantiert jedem einzelnen Menschen das Grundrecht „auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ – so Artikel 2 Absatz 1 Grundgesetz –, d.h. das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung. Darüber hinaus ist auf Kant oder auf die moderne Existenz- und die Lebensphilosophie Bezug zu nehmen. In philosophischer Betrachtung ist es Ausdruck der Menschenwürde selbst, dass der Einzelne über seine eigene Person und daher auch über Belange seiner Gesundheit, Krankheit und des Sterbens selbstbestimmt sowie eigenverantwortlich entscheiden kann und darf. Die Medizinethik hat hierfür den Begriff der Patientenautonomie geprägt.

Andererseits lassen sich hierzu kritische Rückfragen stellen. Zum Beispiel: Werden einzelne Betroffene von einer derartigen Patientenautonomie nicht überfordert? Denn Patienten befinden sich gegebenenfalls in einer bedrängten Situation – schon allein durch den Druck und die Belastung, die durch die Krankheit, den Krankheitsverdacht oder die Lebensumstände der Krankheit erzeugt werden. Darüber hinaus besitzt der Arzt ihnen gegenüber einen Vorsprung an Wissen und Fachkompetenz. Angesichts dessen wird es zu einer sensiblen Frage, wie die Rolle des Arztes im Gegenüber zum Patienten zu definieren ist.

3. Eine erste Annäherung: Die „anthropologische Medizin“

Wenn man sich mit dem Arzt-Patient-Verhältnis beschäftigt, wird häufig der Name des Neurologen und Psychosomatikers Viktor von Weizsäcker genannt. Daran ist sicherlich richtig, dass er schon frühzeitig über dieses Thema nachgedacht hatte. Ein klassischer Beleg ist sein Aufsatz „Der Arzt und der Kranke“ aus dem Jahr 1926. Konzeptionell war für ihn leitend, den einzelnen Patienten als individuelles Subjekt zu begreifen, ihn in seiner Ganzheit, in seiner Leib-Seele-Einheit zu deuten, eine Krankheit im Rahmen der Patientenbiographie auszulegen und auf das intensive Gespräch zwischen Arzt und Patient Wert zu legen. Als Vordenker der „Heidelberger Schule“ betonte Viktor von Weizsäcker die „Biographik“ oder die „biographische Methode“. Das Verhältnis von Arzt und Patient sei ein „Erschließungsgeschehen“: Der „Anfang ist eine biographische Szene und ist zuerst ein Gespräch“. Der Arzt habe den Patienten im Horizont seiner Geschichtlichkeit und Zeitlichkeit wahrzunehmen; die Krankheitsgeschichte sei Teil seiner „Lebensgeschichte“ und im Blick auf seine künftige Biographie sei die Frage aufzuwerfen: „Was wird dieser Mensch?“. Eine Krankheit lasse sich als Lebenskrise deuten, die zur „Wandlungskrise“ werden könne, falls der Patient in der Lage sei, sie innerlich zu verarbeiten. In diesem Fall könne ein „existentieller Sprung“ erfolgen, so dass der Betroffene aus dem Krankheitsgeschehen innerlich gestärkt hervorgehe.

Hiermit entwarf von Weizsäcker ein personales sowie prozessuales Verständnis von Krankheit, das die leibliche und geistige Existenz des Menschen integrierte und die Krankheit im Licht der inneren Einstellung des Betroffenen deutete. In der Arzt-Patient-Beziehung sei nicht der Arzt, sondern der Patient das eigentliche Subjekt.

Nun möchte ich den Namen Viktor von Weizsäcker nicht ohne kritische Distanz erwähnen. Bis heute ist – zurückhaltend gesagt – ungeklärt, wie seine Äußerungen und sein Verhalten im Nationalsozialismus zu bewerten sind und in welcher Form und mit welchem Wissen er als Klinikleiter in Breslau in NS-Kindereuthanasieaktionen verstrickt war. Dies wirft einen dunklen Schatten auf ihn. Hiervon abgesehen: Der Sache nach finden sich in seinen Schriften Spekulationen über Krankheitsätiologien, die einen esoterischen sowie einen moralisierenden Zuschnitt haben. Er behauptete, dass „jede [!] Krankheit unbewusste Schuld“ enthalte, und leitete somatische Erkrankungen unmittelbar aus psychischen Belastungen oder Ereignissen der Vergangenheit ab, etwa den Bluthochdruck eines Patienten aus chronisch unterdrückter Wut oder eine Gelbsucht aus Neid und Eifersucht. Sigmund Freud und Karl Jaspers, aber auch andere ärztliche Exponenten der „Heidelberger Schule“ haben dies ganz zu Recht kritisiert. Allzu einseitig, undifferenziert und pauschal blieb es auch, wenn er zum ärztlichen Umgang mit Schmerzen schrieb: „die Heilbehandlung besteht ja nur [!] aus der Berührung zweier Menschen“. In seinen Schriften ist die interpersonale Arzt-Patient-Beziehung immer wieder verklärt und hypostasiert worden. Er erklärte Arzt und Patient zum „bipersonellen Menschen“; das menschliche „Wir“ sei eine „metaphysische Absolutheit“. Auf diese Weise hat er das Arzt-Patient-Gespräch und die Verantwortung des Arztes für den Patienten begrifflich stark verzeichnet.

Dennoch bleiben grundlegende Intentionen, die er in seiner anthropologischen Medizin vortrug, beachtlich. Um dies zu verdeutlichen, greife ich Gesichtspunkte auf, die von dem jüdischen Philosophen Martin Buber stammen. Der Rekurs auf Buber legt sich auch deswegen nahe, weil Viktor von Weizsäcker sich offensichtlich von der Dialogphilosophie Bubers hatte inspirieren lassen. Von Weizsäcker's programmatischer Aufsatz aus dem Jahr 1926 – „Der Arzt und der Kranke“ – war nach einem Gedankenaustausch mit Buber entstanden und wurde in der Zeitschrift „Die Kreatur“ publiziert, die von Buber initiiert worden war.

4. Präzisierungen in der Dialogphilosophie

In den 1920er Jahren hatte Buber in der philosophischen Anthropologie einen gedanklichen Umbruch und Durchbruch eröffnet. Das Paradigma, an dem man sich philosophisch bis dahin orientierte, war das von Immanuel Kant geprägte idealistische Menschenbild. Diesem zufolge erhält der einzelne Mensch seine Würde und seine Subjektstellung dadurch, dass er ein Vernunftwesen ist und Anteil an der universalen Vernunft, der „intelligiblen Welt“ besitzt. Buber vollzog einen Paradigmenwechsel und transformierte die abstrakte Vernunftanthropologie Kants in ein ganzheitliches, interpersonales Menschenbild. Er deutete das Menschsein in der Korrelation von Mensch und Mitmensch. Ethik sei als „Antwort auf das Du“ zu verstehen. Der Mitmensch, dem ich begegne, besitze Eigenwert und Würde nicht aufgrund seiner Vernunftexistenz oder aufgrund seiner – mit Kant gesagt – „intelligiblen Existenz“, sondern weil er ein konkretes „Du“ und eine individuelle „Person“ sei. Als „Du“ sei der Mitmensch von bloßen Objekten oder Gegenständen – dem „Es“ – kategorial abzuheben. Deshalb komme es ethisch darauf an, dass das Ich in seinem Handeln dem konkreten Du des Mitmenschen gerecht werde. Wegweisend wurde es, dass Buber Kriterien entfaltet hat, an denen sich die Interpersonalität und das dialogische Gespräch bemessen lassen.

Zu den Kriterien gehören die von Buber sogenannte „Unmittelbarkeit“: Das Ich ist aufgefordert, sich dem Mitmenschen unverstellt und unvoreingenommen zuzuwenden; oder die „Ausschließlichkeit“: Es geht darum, dem Anderen in seiner individuellen Wirklichkeit umfassend gerecht zu werden; sodann die „Wahrhaftigkeit“ dem Anderen gegenüber; ferner die personale Vergegenwärtigung, die Rückhaltlosigkeit, die Realphantasie und das Vertrauen: Das Gelingen eines Dialogs beruht auch darauf, dass ich mich in die Erwartungshaltungen und in die Vorstellungswelt meines Gegenübers, meines Gesprächspartners hineinversetze und dass ich den anderen Menschen in dessen *eigenem* Denk- und Wertehorizont wahrnehme und mir die Wirkung meiner Person aus *seiner* Sicht vor Augen führe, also der intersubjektive Perspektivenwechsel; überdies die Akzeptation, die Toleranz sowie die sogenannte Gegenseitigkeit. Buber zufolge ereignet sich Interpersonalität keineswegs nur beim Wortwechsel oder beim aktiven Handeln, sondern auch im Modus des Schweigens oder in Form des Blickwechsels.

Solche Kriterien, die Buber und die Dialogphilosophie entwickelt hatten, haben im 20. Jahrhundert die Reformpädagogik und die Psychotherapie beeinflusst. Der Sache nach lassen sie sich überdies für die Arztethik fruchtbar machen. Denn die kommunikative Zuwendung des Arztes zum Patienten, die Interpersonalität von Arzt und Patient stellen einen unspezifischen Wirkfaktor der ärztlichen Behandlung dar. Das Gespräch, das der Arzt mit seinem Patienten führt, gehört zu den behandlungsrelevanten Kontextfaktoren und vermag einen Placebo-Effekt auszulösen, der sich auf das Wohl und auf die physische sowie psychische Situation des Patienten positiv auswirkt.

5. Medizinische Interpretation: Das ärztliche Gespräch als nützliches Placebophänomen

Der Nutzen, den eine ärztliche Behandlung für den Patienten auslöst, setzt sich durchweg aus einem Verum- und einem Placeboanteil zusammen. Je nach Krankheit und nach Behandlung fällt es unterschiedlich aus, welche Relevanz die Medikamente besitzen, die direkt wirksam sind, und welchen Anteil Placebo-Medikamentierungen oder sonstige therapeutische Maßnahmen haben. Zwar sind über die Wirkung von Placebos keine prognostischen Aussagen möglich. Empirische, darunter auch neurobiologisch angelegte Studien belegen aber, dass Placebos auf jeden Fall nützlich sein können (im Problemfall freilich auch schädlich / Nocebos). Im Jahr 2010 hat der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer eine Ausarbeitung vorgelegt, die sich mit dem Placebo-Effekt von Medikamenten befasst. Die Studie weist zugleich darauf hin, dass nicht nur Medikamente, sondern vor allem auch das „therapeutische Setting“, das Verhalten des Arztes und die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion einen hohen Placeboeffekt besitzen, der den Patienten zugutekommt und für einen Therapieerfolg mit ausschlaggebend sein kann. Von Bedeutung sind die Empathie des Arztes, seine psychosoziale Kompetenz, sein Zuhörenkönnen und seine Bereitschaft zu antworten, die Verständlichkeit und Gründlichkeit seiner Information, die Zeit, die er sich für den Patienten nimmt, der Blickkontakt zum Patienten, d.h. neben der verbalen die nonverbale Kommunikation, oder das wechselseitige Loyalitätsverhältnis von Arzt und Patient. Dass aus einem Vertrauensverhältnis von Arzt und Patient ein positiver Placeboeffekt resultiert, lässt sich mentalistisch aus der Erwartungshaltung des Patienten erklären. Ohne in Details zu gehen: In der Substanz sind es die von Buber genannten Kriterien des dialogischen Gesprächs, die sich

medizinisch als nützliche Placebophänomene deuten lassen. Sie stellen einen Kontextfaktor dar, der zur fachmedizinischen Diagnose und Therapie hinzukommt. Die dialogische Zuwendung des Arztes kann den Patienten zu einem Verhalten motivieren, das der Wiederherstellung der Gesundheit zugutekommt („compliance“ oder „Adhärenz“ des Patienten).

Dieser Sachverhalt sollte nicht gering geschätzt werden. Das heutige Gesundheitssystem ist hochgradig medikalisiert, technisiert, spezialisiert sowie ökonomisiert, so dass die Alltagsabläufe und die Arzt-Patient-Kontakte sich weitgehend in de-personalisierter oder entpersönlichter Form ereignen. Kontrafaktisch oder kompensatorisch kommt den „weichen“, kommunikativen Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung dann eine umso größere Bedeutung zu. Dies zeigt sich erneut, wenn man einen Vergleich mit der alternativen Medizin vornimmt.

6. Ärztliche Beratung als Bringschuld auch in der Schulmedizin

In unserer Gesellschaft finden Homöopathie, Anthroposophie und die verschiedenen sonstigen Spielarten alternativer Medizin erheblichen Anklang. Viele Patienten sehen hierin eine ganzheitliche Alternative zur technologiegetriebenen konventionellen Medizin und – um aus einer medizinsoziologischen Studie zu zitieren – einen Ausweg aus der „Erosion medizinischer Versorgungsstrukturen“. Alternative Medizin wird inzwischen von einer Mehrheit der Bevölkerung positiv bewertet. Die Vision einer Medizin ohne Chemie und ohne toxische Nebenwirkungen weckt Faszination. Andererseits sind Homöopathie und manche andere Formen der Alternativmedizin im Licht der evidenzbasierten Medizin und der rationalen naturwissenschaftlichen Plausibilisierbarkeit bekanntlich kritisierbar. Äußerst heftige Kritik wurde im Jahr 2010 in Großbritannien artikuliert – auch im Blick auf die öffentliche Finanzierung der Homöopathie. Dies alles lasse ich jetzt dahingestellt, sondern lege nur auf *einen* Aspekt Wert: Homöopathische und weitere alternativmedizinische Behandlungen schlagen offenbar wesentlich aufgrund ihrer Placeboeffekte an. Dies betrifft die Placebowirkungen der Medikamente, aber vor allem den positiven Kontexteffekt, der in der alternativen Medizin durch den Zeitaufwand des Arztes, seine Gesprächsführung und seine emotionale Zuwendung zum Patienten entsteht.

Dies sollte – so scheint mir – der Schulmedizin zu denken geben. Es kann nicht wünschenswert sein, dass Patienten zu voreilig Angebote der alternativen Medizin in Anspruch nehmen, die medizinisch ungeprüft sind, oder dass sie gar zu ideologisch gefärbter medizinisch-religiöser Esoterik abwandern. Nun sind die Sachzwänge, die Honorarordnung und der Zeitdruck des konventionellen Medizinbetriebs zurzeit so gelagert, dass der Arzt tatsächlich oft kaum die Chance hat, mit dem Patienten eine zeitintensivere Unterredung führen zu können. Freilich kommt es gar nicht immer allein auf die Quantität an Zeit an, die der Arzt für ein Patientengespräch aufwendet. Vielmehr ist – gegebenenfalls sogar in zeitlich knapp bemessenen Gesprächen – die qualitative Seite bedeutsam, nämlich die Beachtung von Regeln der Gesprächsführung, so dass dem Patienten der Eindruck vermittelt wird, dass er als personales Gegenüber wahrgenommen und ernstgenommen wird.

Der Stellenwert, den die Dialogik für den heutigen Medizinalltag besitzt, lässt sich überdies noch in weiterer Hinsicht erläutern.

7. Die interkulturelle Dimension der ärztlichen Beratung

Die Dialogphilosophie, die im Gefolge Bubers entstand, hat Wert darauf gelegt, dass jeder einzelne Mitmensch in seiner Individualität und damit auch in seinem Anderssein zu akzeptieren und zu respektieren ist. Dieses Postulat gewinnt für das heutige Arztethos zusätzlich einen sozial- und kulturethischen Gehalt, den die damaligen Vordenker der Dialogphilosophie konkret noch gar nicht vor Augen haben konnten. In unserer Gesellschaft ist ein hoher Grad an weltanschaulicher und religiöser Differenzierung eingetreten. Auch bei Patienten ist ein Spektrum der Lebens- und Weltanschauungen anzutreffen, das weit gespannt und völlig heterogen ist. Es reicht von agnostischen, atheistischen und säkular humanistischen Anschauungen über katholische oder evangelische Prägungen bis hin zu buddhistischen, alevitischen oder anderen muslimischen Orientierungen. Aus Gründen der Persönlichkeitsrechte und der Religions- sowie der Weltanschauungsfreiheit ist es unerlässlich, dass Patienten über Gesundheit, Krankheit und Sterben im Horizont ihrer jeweils eigenen, höchstpersönlichen Wertüberzeugungen entscheiden können. Daher kommt viel darauf an, dass Ärzte in der Lage sind, sich die Anschauungen ihrer Patienten zu vergegenwärtigen und tolerant und konstruktiv auf sie einzugehen. Wünschenswert wäre, wenn schon in der medizinischen

Ausbildung der heutige ethische und der weltanschaulich-religiöse Pluralismus beachtet wird. Deshalb sollten in der Mediziner Ausbildung ebenfalls elementare interkulturelle Kenntnisse vermittelt werden, damit Ärzte für die weltanschaulich bedingten Perspektiven von Patienten aus anderen Kulturkreisen Sensibilität gewinnen.

Dies darf freilich nicht zu Missverständnissen führen. Die „Akzeption“ der Patienten in ihrer jeweiligen kulturellen Identität bedeutet sicherlich nicht, dass der Arzt alle ihre Anschauungen inhaltlich billigen und sie hinnehmen und gar selbst übernehmen müsste. Dies ist keinesfalls gemeint. Falls zwischen religiös bedingten Vorstellungen von Patienten, die problematisch und nicht nachvollziehbar sind, einerseits sowie der Sicht von Ärzten andererseits ein ernsthafter Widerstreit aufkommen sollte, geben letztlich die normativen Vorgaben der inländischen Rechtsordnung und die Gesichtspunkte des in Deutschland bzw. in Europa geltenden *ordre public* den Ausschlag. Davon abgesehen ist allerdings wünschenswert, im Fall unterschiedlicher Auffassungen nach Möglichkeiten des Dialogs zu suchen. Um ein Beispiel zu nennen, das den Umgang mit dem Lebensende betrifft: Muslimische Patienten und ihre Angehörigen orientieren sich bis heute daran, dass Gott allmächtig sei. Das Leben sei Gottes Eigentum, über das der Mensch nicht verfügen dürfe. Hieraus resultieren bei Muslimen oftmals Vorbehalte gegen die passive Sterbehilfe, die bei uns medizinethisch und medizinrechtlich als statthaft, gegebenenfalls sogar als geboten gilt. Konkret kann es im ärztlichen Alltag hilfreich sein, bei Entscheidungsschwierigkeiten Dritte als Vermittler einzuschalten oder auch einen Imam zu Rate zu ziehen, der in der Lage ist, zwischen westlichen medizinischen und ethisch-rechtlichen Gesichtspunkten einerseits, islamischen Ansichten andererseits einen Ausgleich herzustellen. Zu einer Kultur des interkulturellen Dialogs gehört insofern hinzu, institutionelle Vorkehrungen zu schaffen, etwa durch die Bereitstellung von Dolmetschern, und Verfahren der Mediation zu entwickeln.

Doch ganz losgelöst von diesen Aspekten des weltanschaulichen Pluralismus und der Interkulturalität: In Zukunft werden die Entscheidungskonflikte, mit denen Patienten sich auseinandersetzen müssen, generell weiter zunehmen. Dies ergibt sich schon allein aus dem medizinischen und technologischen Fortschritt, der sich nicht nur lebensrettend und gesundheitsdienlich auswirkt, sondern ebenfalls neuartige Entscheidungsdilemmata erzeugt

– in der Transplantationsmedizin, der Humangenetik, der Reproduktionsmedizin und in zahlreichen anderen Bereichen. Hierdurch entstehen zugleich neue Aufgaben für die ärztliche Beratung.

8. Notwendigkeit ärztlicher Beratung angesichts des Fortschritts der Medizin

Um an eine zurzeit tagesaktuelle Diskussion anzuknüpfen: Am 6. Juli 2010 hat der Bundesgerichtshof klargestellt, dass in der Bundesrepublik Deutschland in bestimmten Fällen eine Präimplantationsdiagnostik durchgeführt werden darf. Der BGH hat zu dieser umstrittenen Frage dem Selbstbestimmungsrecht von Kinderwunschpaaren und dem Anliegen des Gesundheitsschutzes Geltung verschafft. Aus meiner Sicht ist dies ein überfälliges und der Sache nach wegweisendes Urteil. Davon bleibt unberührt – auch der BGH hat dies eingeräumt –, dass sich mit der PID bestimmte moralische Zweifelsfragen verbinden. Paare, die eine PID in Anspruch nehmen möchten, sollten sich neben den rein medizinischen deshalb auch mit psychosozialen und moralischen Aspekten auseinandersetzen. Es sind nun aber ganz wesentlich Ärzte, auf die diese Aufgabe zukommt, Patienten angesichts derartiger komplizierter Handlungskonstellationen sachgemäß sowie ergebnisoffen zu beraten. Wenn der Arzt informiert, aufklärt und berät, hat dies den Sinn, Patienten dazu zu befähigen, auch bei komplexen Sachverhalten zu einer fundierten eigenverantworteten Entscheidung zu gelangen.

9. Hieraus resultiert für mich folgendes Fazit. Es ist unverkennbar, dass das Gesundheitssystem sich in einer Umbruchphase befindet. Die strukturellen Umbrüche des Medizinsystems führen dazu, dass sich die Patientenrolle sowie die Arztrolle verändern. Hierzu herrscht zurzeit ein hoher Grad an Unklarheit und Verunsicherung. Zugespitzt gesagt: Patienten werden einerseits als rational agierende Klienten des Gesundheitssystems gedeutet. Andererseits sind in aktuellen Debatten immer wieder Zungenschläge zu hören, die darauf hinauslaufen, dass Patienten in geradezu neopatriarchaler, hierarchischer Weise zu Adressaten ärztlicher „Fürsorge“ erklärt werden. Und Ärzte stehen ihrerseits in der Zwickmühle, dass sie einerseits „der Kranken wegen da“ sein sollen – so lautete ja das Zitat aus dem Jahr 1906, das ich eingangs nannte –; andererseits werden sie de facto in die Rolle von Rationierungsagenten des Gesundheitssystems gedrängt. Es ist offen, wie dieses Problemknäuel gesund-

heitspolitisch aufgelöst werden wird. Vor dem Hintergrund des Gesagten sind jedoch zwei ethische Eckpunkte festzuhalten:

(1) Die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens sind daran zu bemessen, dass – zumal angesichts des hochgradigen ethischen und weltanschaulichen Pluralismus, der zur Signatur der Gegenwart geworden ist – die persönlichen und die gesundheitlichen Selbstbestimmungsrechte von Patienten nicht unterlaufen, sondern geachtet und gestützt werden.

(2) Die Medizin, auch die Schulmedizin, sollte sich ihrer dialogischen Bringschuld bewusst sein. Daher gilt es, das Rollenbild und das Rollenverhalten von Ärzten dialogorientiert fortzuentwickeln.

Verfasser:

Prof. Dr. Hartmut Kreß

Universität Bonn

Evang.-Theol. Fakultät, Abt. Sozialethik

Am Hof 1, 53113 Bonn

web: www.sozialethik.uni-bonn.de/kress

email: [hkress\[at\]uni-bonn.de](mailto:hkress[at]uni-bonn.de)