

**Konflikt oder Synthese zwischen
dem medizinisch ethischen Selbstverständnis
des Arztes und den rechtlich ethischen
Aspekten der Patientenverfügung**

Sven Wedlich, M.mel.

Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Interdisziplinäres Zentrum
Medizin-Ethik-Recht

Herausgegeben von
Prof. Dr. Hans Lilie

Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.), Schriftenreihe Medizin-Ethik-Recht, Band 17, 2010

Bibliografische Information der Deutschen Bibliothek:

ISSN 1862-1619

ISBN 978-3-86829-233-6

Schutzgebühr Euro 5

Interdisziplinäres Zentrum Medizin-Ethik-Recht (MER)
Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Universitätsplatz 5
D- 06108 Halle (Saale)
mer@jura.uni-halle.de
www.mer.jura.uni-halle.de
Tel. ++ 49(0)345-55 23 142

Gliederung

Einleitung	2
I. Patientenverfügungen und Selbstbestimmung.....	3
1. Regelungsgehalt und Funktion von Patientenverfügungen	3
a. Selbstbestimmung	6
b. Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung	8
2. Bedeutung der Selbstbestimmung des Patienten	9
3. Entwicklung der Selbstbestimmung in der Medizin	10
II. Selbstverständnis des Arztes	16
1. Selbstverständnis	16
2. Ärztliches Selbstverständnis im Eid des Hippokrates	17
a. Fürsorge	18
3. Selbstverständnis des Arztes im 21. Jahrhundert.....	22
a. Arbeitsbegleitende Evaluierung zum Selbstverständnis des Mediziners	24
aa. Methodik der Evaluierung.....	24
bb. Ergebnis dieser Evaluierung	25
b. Fazit.....	28
III. Patientenverfügung und Selbstverständnis des Arztes Konflikt oder Synthese	30
1. Konflikt oder Synthese in einem partnerschaftlichen Verhältnis	31
2. Konflikt oder Synthese in einem paternalistischen Verhältnis.....	32
a. Wirkung der Patientenverfügung auf das Selbstverständnis des Arztes	33
3. Situationsbedingter Konflikt	34
4. Spannungen bei der Anwendung von Patientenverfügungen	36
5. Fazit.....	38
IV. Thesen.....	39

Einleitung

Der Mensch im Bewusstsein der eigenen Existenz und deren Endlichkeit setzt sich von jeher mit der Unausweichlichkeit des Todes auseinander. Das Sterben erscheint dabei als eine kulturübergreifende manifeste Station menschlichen Daseins.

Mit dem Fortschritt der Medizin, insbesondere der Intensivmedizin, wurde diese manifeste Station des Sterbens relativiert, indem das Sterben beeinflussbar und regulierbar wurde. Diese Zunahme der Leistungsfähigkeit der Medizin und die damit einhergehende Relativierung eines festen Bezugs menschlichen Daseins eröffnete in der Auseinandersetzung mit dem Sterben und der Konfrontation mit der Angst, Teil einer automatisierten Medizin zu werden, das Bedürfnis des Einzelnen, seinen individuellen Gestaltungsspielraum zu erweitern und ein selbstbestimmtes Sterben zu sichern. Durch diese Entwicklung nahm die gesellschaftliche Relevanz von Patientenverfügungen in den letzten zwei Jahrzehnten zu.

Dem gegenüber stehen Mediziner, deren Selbstbild auf Grund ihrer Ausbildung und den beruflichen Anforderungen an einer naturwissenschaftlichen und leistungsorientierten Medizin ausgerichtet erscheint.

Die vorliegende Arbeit widmet sich im Schwerpunkt der Frage, ob zwischen dem rechtlichen und ethischen Prinzip der Patientenverfügung und dem medizinethischen Selbstverständnis des Arztes ein Konflikt oder eine Synthese besteht.

Um sich dieser Thematik zu nähern, gilt es zunächst, den Regelungsgehalt und die Funktionen von Patientenverfügungen aufzuzeigen.

Des Weiteren soll dargestellt werden, welches rechtliche und ethische Prinzip sich in der Patientenverfügung verwirklicht sowie welche Bedeutung, Entwicklung und Bedeutungszugewinne in Abhängigkeit des Arzt-Patienten-Verhältnisses dieses Prinzip in der Medizin besitzt.

Im zweiten Teil erfolgt eine Betrachtung des Selbstverständnisses des Arztes. Hierfür wird zunächst das Selbstbild des Arztes im historischen Bezugsrahmen interpretiert sowie das inhärente medizinethische Prinzip ermittelt und erläutert. Um die Gültigkeit des zeitgebundenen Selbstkonzepts für das 21. Jahrhundert zu überprüfen, wurde eine die Arbeit begleitende Evaluierung des Selbstverständnisses von Ärzten durchgeführt, an welcher die Ausgestaltung und Dominanz des Selbstverständnisses des Arztes und deren inhärenten medizinethischen Prinzipien dargestellt werden soll.

Anschließend erfolgt im dritten Teil der Arbeit eine Konfliktbetrachtung zwischen dem zuvor ermittelten Selbstverständnis des Arztes und der Patientenverfügung unter differenzierten Aspekten.

I. Patientenverfügungen und Selbstbestimmung

1. Regelungsgehalt und Funktion von Patientenverfügungen

Patientenverfügungen stellen eine antizipierte Willensbekundung einer entscheidungsfähigen Person dar, in der für Behandlungssituationen Festlegungen getroffen werden, in welchen die Person einwilligungsunfähig ist.¹

Patientenverfügungen beziehen sich dabei auf konkret zu erwartende Behandlungssituationen auf Grund einer bestehenden Erkrankung, oder überwiegend auf noch nicht absehbare, sog. abstrakte Behandlungskonstellationen. Im Einzelnen werden als Anknüpfungspunkte der beginnende Sterbeprozess und schwerwiegende Erkrankungen benannt, die mit dem Verlust der körperlichen oder geistigen Unabhängigkeit in Verbindung gebracht werden. Darüber hinaus wird auf invasive Eingriffe, wie künstliche Ernährung und Organersatzverfahren Bezug genommen.²

Der Regelungsgehalt von Patientenverfügungen besteht in der Festlegung des Umfangs, der Ablehnung sowie der Bestimmung der Beendigung von medizinischen und pflegerischen Maßnahmen. Der Patient wendet sich im Allgemeinen gegen therapeutische Maßnahmen, die einen irreversiblen Krankheits- und Sterbeprozess hinauszögern und den Patienten in eine Abhängigkeit einer automatisierten Umwelt versetzen. Mitunter enthalten Patientenverfügungen auch positive Anweisungen über die Einleitung und Durchführung von medizinischen Maßnahmen bei Eintritt von spezifischen Krankheitssituationen.

Diese Festlegungen betreffen jedoch nur einen geringen Anteil der anzutreffenden Patientenverfügungen und erfolgen zumeist dann, wenn der Patient auf Grund einer manifesten Erkrankung konkrete Vorstellungen über etwaige zu treffende medizinische Maßnahmen

¹ Vgl. Nationaler Ethikrat, Stellungnahme Patientenverfügung- Ein Instrument der Selbstbestimmung, Berlin 2005, S. 16.

² Vgl. May Arnd T., Patientenverfügung, In: Körtner, Ulrich H.; Kopetzki, Ch.; Kletecka-Pulker, M. (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, S. 7.

besitzt.³ Zudem können Patientenverfügungen Mitteilungen von Wert- und Lebensvorstellungen beinhalten, die es dem Arzt und Angehörigen erleichtern können, Entscheidungen bzgl. der Behandlung i.S.d. Patienten zu treffen.⁴

Die Wirkung der Selbstbestimmung der Patientenverfügung ist mit der Entscheidung des BGH vom 17.03.2003 als verbindlich anzusehen.⁵ Diese Bindungswirkung der Patientenverfügung kann bei bestehenden Zweifeln der Anwendbarkeit, auf Grund des Vorranges des Lebensschutzes zu Gunsten des Lebens des Patienten, beschränkt werden (in dubio pro vita), soweit eine medizinische Indikation der Behandlung gegeben ist.⁶

Patientenverfügungen finden hinsichtlich der enthaltenen Festlegungen über das Vorgehen bei Behandlungskonstellationen ihre Grenze in der Bitte um aktive Sterbehilfe, da diese nicht mit der Rechtsordnung vereinbar ist und zu einer strafrechtlichen Verfolgung der beteiligten Ärzte führen würde.

Neben dieser im Vordergrund stehenden Selbstbestimmungsfunktion durch eine antizipierte Willensbekundung beinhaltet die Patientenverfügung weitere Funktionen, die in Abhängigkeit des Umgangs und Anwendung der Verfügung ihre Wirkung entfalten können. Als weitere Funktionen kommen die Entlastungs-, Reflexions-, Kommunikations-, heuristische Funktion sowie Empowerment- Funktion in Betracht.

Die Entlastungsfunktion kommt einer Patientenverfügung dann zu, wenn sie auf die bestehende Behandlungssituation angewandt werden kann. Die Willensbekundung kann Ärzte, Angehörige und Betreuer dahingehend entlasten, dass schwerwiegende Entscheidungen hinsichtlich des Umfangs, der Fortführung und Beendigung von medizinischen Maßnahmen durch den zu behandelnden Patienten selbst getroffen wurden. Dies erspart die mühsame und teilweise äußerst belastende Ermittlung des mutmaßlichen Willens und trägt

³ Taupitz, J., Gutachten A für den 63. Deutscher Juristentag, In: Verhandlungen des dreiundsechzigsten Deutschen Juristentag, München 2002, S. A 106.

⁴ May Arnd T., Patientenverfügung, In: Körtner, Ulrich H.; Kopetzki, Ch.; Kletecka-Pulker, M. (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, S. 7.

⁵ BGH-Az. XII ZB 2/03; BGH-AZ. XII ZR 177/03. Zum Streit über die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen vgl. Ulsenheimer, K., Arztstrafrecht in der Praxis, Heidelberg 2003, Rn. 155.

⁶ AG Siegen, vom 28.09.2007- 33 XVII B 710; NJW- Spezial 2008, S. 103; Ulsenheimer, K., Arztstrafrecht in der Praxis, Heidelberg 2003, Rn. 115a; Spickhoff, NJW 2000, S. 2297 (2302); Zur Gefahr der Relativierung von Patientenverfügungen vgl. Ernst, G., Ethik Med 2008, S. 240 ff.

dem Bemühen bei, die ärztliche und pflegerische Versorgung an dem Willen des Patienten auszurichten und diesem zu entsprechen.⁷

Die Reflexionsfunktion ermöglicht der Person hingegen, durch das Verfassen der Patientenverfügung, sich über eigene Wert- und Lebensvorstellungen und Prioritäten bewusst zu werden.⁸

Darüber hinaus kann die Patientenverfügung eine kommunikative Funktion beinhalten, indem sie dazu anregt, sich mit den behandelnden Ärzten und Angehörigen über die eigenen Vorstellungen, Werte und Wünsche zu verständigen.⁹

Des Weiteren kann die Verfügung, auch wenn sie nicht eindeutig auf die spezifische Behandlungssituation angewandt werden kann, i.S.e. heuristischen Funktion hilfreich sein, indem Ärzte trotz des begrenzten Wissen über den Willen des Patienten etwaige enthaltende Wertvorstellungen vermittelt bekommen, aus denen in Zusammenarbeit mit den Angehörigen eine adäquate Lösung i.S.d. Patienten erarbeitet werden kann.¹⁰

Als empowerment werden allg. Strategien bezeichnet, die geeignet sind, die Selbstbestimmung von Menschen zu ermöglichen, zu sichern und zu erhöhen.¹¹ Der Patientenverfügung kann insoweit eine Empowermentfunktion zukommen, indem sie die Werte- und Lebensvorstellungen des Patienten gegenüber den Vorstellungen des Arztes sowie den Angehörigen repräsentiert und vertritt.¹²

Wesentlicher hinsichtlich der Empowermentfunktion erscheint jedoch, dass die Patientenverfügung dem Arzt behilflich sein kann, die Patienteninteressen und den Willen des Patienten gegenüber den Angehörigen zu vertreten.¹³ Denn es ist insbesondere im Bereich der Behandlung am Lebensende unter Berücksichtigung von Patientenverfügungen nicht selten, dass der Arzt als Sachwalter der Patienteninteressen gegenüber den Angehörigen fungieren muss, die eigene Vorstellungen und Wünsche in die medizinische Entscheidung einbringen wollen, die ausschließlich i.S.d. Patienten erfolgen sollte und muss.

⁷ Charbonnier, R.; May, Arnd T.; Neitzke, G., Patientenverfügung in der öffentlichen Diskussion, In: May, Arndt T.; Charbonnier, R. (Hg.), Patientenverfügung Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Berlin 2005, S. 9.

⁸ Zellweger, C.; Brauer, S.; Geth, C.; Biller-Andorno, N., Ethik Med 2008, S. 201 (210).

⁹ Vgl. Birnbacher, D.; Dabrock, P.; Taupitz, J., Ethik Med, S. 139 (141 f).

¹⁰ Vgl. Strätling, M., ZRP 2003, S. 289 (290).

¹¹ Sambale, M., Empowerment statt Krankenversorgung, Freiburg 2005, S. 47; Miller, T.; Pankofer, S., Empowerment konkrete Handlungsentwürfe und Reflexionen aus der psychologischen Praxis, München 2006, S. 8.

¹² Zellweger, C.; Brauer, S.; Geth, C.; Biller-Andorno, N., Ethik Med 2008, S. 201 (210).

¹³ Zellweger, C.; Brauer, S.; Geth, C.; Biller-Andorno, N., Ethik Med 2008, S. 201 (210).

a. Selbstbestimmung

Der Gedanke der Selbstbestimmung hat eine lange Tradition in der europäischen Kultur und resultierte aus der Frage der Macht und der Stellung des Einzelnen zu dieser.

Das Prinzip der Selbstbestimmung hat dabei das Menschenbild im 20. Jahrhundert stark beeinflusst und stellt einen zentralen Grundgedanken der Menschenrechte dar, welcher sich durch die gesamte deutsche Rechtsordnung zieht. Dabei hat die Selbstbestimmung des Patienten als ethisches sowie normatives Element im Arzt-Patienten-Verhältnis in den letzten zwei Jahrhunderten an Bedeutung gewonnen.

Selbstbestimmung kann allg. als die Manifestierung des menschlichen Strebens nach Autonomie aus dem bewussten oder unbewussten Bedürfnis der Selbstverwirklichung bzw. Selbstgestaltung des eigenen Lebens nach gesetzten Zwecken verstanden werden.¹⁴

Das Recht auf Selbstbestimmung wird im deutschen Recht, aus Art 2 Abs. 1 i.V.m. Art 1 I GG hergeleitet.¹⁵ Demnach hat jeder Mensch das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und folglich das passive Recht auf Freiheit vor Beeinträchtigung der Selbstbestimmung.¹⁶

Hinsichtlich medizinischer Eingriffe schützt das Selbstbestimmungsrecht die Entscheidungsfreiheit des Patienten über seine körperliche Integrität, sowie über seine ihm zur Disposition stehende Lebensgestaltung nach eigenen Ideen, Vorstellungen und Wünschen.¹⁷

Losgelöst von der juristischen Determinierung ist der Gedanke der Selbstbestimmung eine alte essentielle Vorstellung und Bestandteil der abendländischen Ethik.¹⁸

¹⁴ Vgl. May, Arnd T., Patientenverfügung, In: Körtner, Ulrich H.; Kopetzki, Ch.; Kletecka-Pulker, M. (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, S. 2 f; Gerhardt, V., Selbstbestimmung- Das Prinzip der Individualität, Stuttgart 1999, S. 137.

¹⁵ BVerfGE 12, 1 (7); 54, 148 (153); Dreier, GG Kommentar, Tübingen 1996, Art. 2 I Rn. 50. Eine Abweichende Auffassung sieht Art. 2 II GG als Begründungsgrundlage des Selbstbestimmungsrechts an, welches unter Hinweis auf Art. 1 I GG und Art 2 I GG über die objektive Gesundheit hinaus die Bewahrung des Selbstbestimmungsrecht bezwecken soll.

Hierzu vgl. BVerfGE 52, 131 (170 ff); 89, 120 (130); Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S. 76 f; Magnus, D., Medizinische Forschung an Kindern, Tübingen 2005, S. 38 ff. Diese dogmatische Auseinandersetzung ist im Kern wenig ergiebig, da es auf eine exakte Zuordnung zu einem der beiden in Art. 2 GG enthaltenen Grundrechte nicht ankommt. Hufen stellt zu Recht fest, dass die

Selbstbestimmung über die eigene körperliche Integrität zu dem durch Art 1 I und Art 2 GG insgesamt geschützten Kernbereich menschlicher Würde und Freiheit gehört. Hierzu vgl. Hufen, F., NJW 2001, S. 849 (851); Taupitz, J.; Weber-Hassemer, K., Zur Verbindlichkeit von Patientenverfügungen, In: Lern, B.-R.; Walde, E.; Schroeder, K.-P.; Katzenmeier, Ch. (Hg.), Hunaniora Medizin-Recht-Geschichte Festschrift für Adolf Laufs zum 70. Geburtstag, S. 1107 (1109).

¹⁶ BVerfGE 54, 148 (153).

¹⁷ BGHSt 11, 111 (114), Ulsenheimer, K., Arztstrafrecht in der Praxis, Heidelberg 2003, § 1 I Rn. 57.

Exemplarisch sei an dieser Stelle auf Luther und Kant verwiesen.

Luther stellte in seiner Schrift „Freiheit eines Christenmenschen“ die These auf,

„Ein Christenmensch ist ein freier Herr über alle Ding und niemand untertan. Ein Christenmensch ist ein dienstbarer Knecht aller Dinge und jedermann untertan.“¹⁹

Mit dem ersten Satz betont Luther die individuelle Freiheit des Menschen, mit der eine Selbstbestimmtheit des Menschen einher geht.²⁰ Der zweite Satz steht dabei nicht im Widerspruch zur betonten Freiheit des Menschen, sondern ist dahin gehend zu interpretieren, dass Luthers Verständnis von Freiheit einem christlichen Verständnis entspringt und somit der zweite Satz auf die Beschränkung der Freiheit zugunsten der Nächstenliebe zu verstehen ist.²¹

Für Kant realisierte sich Freiheit in der Selbstbestimmung des vernünftigen Wesens.²² So spricht er von dem menschlichen Willen als Vermögen,

„... der Vorstellung gewisser Gesetze gemäß sich selbst zum Handeln zu bestimmen.“²³

Selbstbestimmung stellt folglich unabhängig von der rechtlichen Garantie des Grundgesetzes auf diese, ein ethisches Prinzip dar, welches sich aus der Achtung der Würde des Menschen begründet und von jeher mit dem menschlichen Streben nach Freiheit verbunden ist.

¹⁸ Baer-Henney, J., Recht und Selbstbestimmung im Gesundheitswesen, In: Bartmann, P.; Hübner, I. (Hg.), Patientenselbstbestimmung Paradigmawechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 85 (87); Merks, K.-W., Autonomie: Selbstbestimmung und Fürsorge, In: May, Arnd T.; Charbonnier, R. (Hg.), Patientenverfügung Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Berlin 2005, S. 20; Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (134), May, Arnd T., Patientenverfügung, In: Körtner, U.; Kopetzki, Ch.; Kletecka-Pulker, M. (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, S. 3.

¹⁹ Luther, M., Von der Freiheit eines Christenmenschen, Kähler, E (Hg.), Stuttgart 2008, S. 125.

²⁰ Dierker, J., Selbstbewusstsein individuelle Freiheit Religionstheoretische erkundungen in protestantischer Perspektive, Tübingen 2005, S. 28.

²¹ Mühlen, Karl-Heinz, Reformatorisches Profil Studien zum Weg Martin Luthers und der Reformation, Göttingen 1997, S. 333, 337.

²² Milz, B., Freiheit u. Unbestimmtheit Kants Problem mit der Willensfreiheit, In: Schmidt, K.; Steigleder, K.; Mojsisch, B. (Hg.), Die Aktualität der Philosophie Kants, Bochum 2005, S. 136 (146).

²³ Kant, I., Kritik der praktischen Vernunft Grundlegung zur Metaphysik der Sitten, Band VII, Weischedel, W. (Hg.), Frankfurt am Main 1974, S. 59.

b. Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung

Wenn die Selbstbestimmung nun als Ausdruck der Freiheit des Menschen zu verstehen ist,²⁴ gemäß seines freien Willens eigenverantwortlich über das eigene Ich zu entscheiden und demzufolge sein Leben nach eigenen Wertvorstellungen und Wünschen zu gestalten und die Patientenverfügung eine vorgelagerte Willensbekundung ist,²⁵ welche es dem Menschen ermöglicht auf medizinische Maßnahmen Einfluss zu nehmen und medizinisches Vorgehen krankheitsspezifisch nach eigenen Vorstellungen zu bestimmen, so ist die Patientenverfügung ein Ausdruck der Selbstbestimmung und dient als Instrument der Wahrung des Selbstbestimmungsrechts und der Realisierung des ethischen Prinzips.

Dabei dient nicht nur die vordergründige allseits beschriebene Selbstbestimmungsfunktion der Wahrung und Realisierung der Selbstbestimmung des Patienten.

Ebenso ermöglicht die Wahrnehmung der Reflexionsfunktion die Realisierung der Selbstbestimmung, indem sich der Verfasser durch die Verdeutlichung der eigenen Wertvorstellungen in die Lage versetzt, selbstverantwortlich in Bewusstsein seiner eigenen Präferenzen selbstbestimmt sein Leben zu gestalten.

Die heuristische Funktion hingegen ermöglicht bei bestehenden Zweifeln der Anwendbarkeit der Patientenverfügung die Wahrung der Selbstbestimmung des Patienten durch eine erleichterte Ermittlung seines mutmaßlichen Willens, entsprechend der individuellen Interessen, Wünsche, Bedürfnisse und Wertvorstellungen, die aus der Patientenverfügung geschlussfolgert werden können.²⁶ Hierdurch kann die Patientenverfügung zudem entlastend auf die Beteiligten wirken, da die Belastung der Verantwortungsübernahme einer Behandlungsentscheidung abgemindert wird, was wiederum der Wahrung der Selbstbestimmung zugute kommt.

Die Kommunikation über die Patientenverfügung kann nicht nur die Reflexion eigener Lebenskonzepte begünstigen, sondern die Durchsetzungskraft der Patientenverfügung durch Erhöhung der Akzeptanz der Beteiligten hinsichtlich des Verfügteten bewirken, indem Fehlvorstellungen hinsichtlich spezifischer Behandlungsschritte vermieden werden, der Wille des Patienten nachvollziehbarer, verständlicher und anwendbarer wird. Des Weiteren

²⁴ Vgl. Gerhardt, V., Zeitschrift für Bürgerrechte und Gesellschaftspolitik, Heft 2 2006, S. 36 (38); May, Arnd T., Patientenverfügung, In: Körtner, U.; Kopetzki, Ch.; Kletecka-Pulker, M. (Hg.), Das österreichische Patientenverfügungsgesetz Ethische und rechtliche Aspekte, Wien 2007, S. 3.

²⁵ Vgl. Bonelli, J., Der Patient als Person, In: Bonelli, J. (Hg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Wien 1992, S. 113 (129).

²⁶ BGH MedR 1988, S. 248.

kann die Kommunikation hinsichtlich der eigenen Vorstellungen den beteiligten Ärzten und Angehörigen gegenüber entkräftend wirken (empowerment).

Die Funktionen greifen insofern ineinander über und bedingen sich gegenseitig. Bei entsprechender Anwendung dieser Funktionen zeigt sich, dass die Patientenverfügung nicht nur ein einseitiges starres Instrument der Selbstbestimmung ist, sondern dass durch die Wahrnehmung der weiteren Funktionen in ihrer Gesamtheit eine Dynamik mit den Beteiligten möglich ist, die gerade der Selbstbestimmung des Patienten dienlich erscheint.

2. Bedeutung der Selbstbestimmung des Patienten

In einer Medizin, die dahingehend ausgelegt ist, die Gesundheit und das Leben des Menschen als höchstes Gut zu erhalten, stellt sich unweigerlich die Frage, welche Bedeutung der Selbstbestimmung des Patienten in einer solchen Medizin zukommt.

Die Gesundheit und das Leben stellen zwar das höchste mit dem Menschen verbundene Gut dar, jedoch welcher Wert kommt der Gesundheit und dem Leben zu, wenn sie nicht selbstbestimmt beeinflusst und erlebt werden können?

Unabhängig von der Einigkeit der Hochrangigkeit der Güter „Leben“ und „Gesundheit“, bestimmt sich deren Wert nach den individuellen Wertvorstellungen, Idealen, Neigungen und Wünschen.

Was für den Arzt auf Grund seiner Vorstellungen Gesundheit und ein erfülltes Leben darstellt, muss für den einzelnen Patienten nicht zutreffen. Dies kann nur von dem jeweiligen betroffenen Individuum selbst beurteilt werden.²⁷

Die Gesundheit und das Leben können insofern nicht als absoluter Zweck angesehen werden, dem sich der Mensch mit seinem Willen unterzuordnen hat. Vielmehr stellt der Mensch selbst den absoluten Zweck dar, an dem sich der Wille und das Handeln auszurichten hat.²⁸

²⁷ Krauss, D., Zur strafrechtlichen Problematik der eigenmächtigen Heilbehandlung, In: Kaufmann, A.; Bemann, G.; Krauss, D.; Volk, K. (Hg.), Festschrift für Bockelmann zum 70. Geburtstag, München 1979, S. 557 (570).

²⁸ Der Mensch als Selbstzweck vgl. Gerhardt, V. Selbstbestimmung Das Prinzip der Individualität, Stuttgart 1999, S.136 f, 141; Salomon, F., Leben und Sterben in der Intensivmedizin, Lengerich 1996, S. 160.

Soll der Freiheit gerade in Bezug auf Leben und Gesundheit eine Bedeutung zukommen, bedarf es der Selbstbestimmung, die der Freiheit Ausdruck verleiht.²⁹

Darüber hinaus wird der Mensch durch die Selbstbestimmung eigen- bzw. selbstschöpferisch tätig, wodurch er das eigene Selbst erfährt und sich infolgedessen seiner Gesundheit und des Lebens, auch in ihrer Begrenztheit, bewusst wird. Erst durch die Freiheit, über sich selbst zu bestimmen, gewinnt die Gesundheit und das Leben an Wert, da der Mensch durch die Selbstbestimmung in einen bewussten Umgang mit dem eigenen Dasein treten kann.³⁰ Folglich ist Selbstbestimmung zwar nicht alles, jedoch ist ohne Selbstbestimmung alles andere nichts.

3. Entwicklung der Selbstbestimmung in der Medizin

Anfang des 19. Jahrhunderts besaß die Selbstbestimmung des Patienten trotz der vorangegangenen Emanzipation des Bürgertums um die Mitte des 18. Jahrhunderts keine größere Relevanz.

Das Arzt-Patienten-Verhältnis war stark paternalistisch geprägt, womit der Selbstbestimmung des Patienten keine Bedeutung zukam.

Diese paternalistische Ausrichtung des Arzt-Patienten-Verhältnisses im 19. Jahrhundert lässt sich insbesondere auf einen Wandel der Medizin selbst zurückführen. Durch die Erkenntnisse in der Zellphysiologie und der anatomischen Pathologie, insbesondere durch Rudolf Virchow sowie den Erkenntnissen in der Mikrobiologie und Biochemie und den nun zur Verfügung stehenden Messinstrumenten, wandelte sich die Medizin zu einer laborzentrierten Naturwissenschaft.³¹ Mit diesem Wandel zur Naturwissenschaft ging ein Anstieg des Expertenwissens und eine Objektivierung und Unterwerfung des Patienten zum einen

²⁹ Vgl. Krauss, D., Zur strafrechtlichen Problematik der eigenmächtigen Heilbehandlung, In: Kaufmann, A.; Bemann, G.; Krauss, D.; Volk, Klaus (Hg.), Festschrift für Bockelmann zum 70. Geburtstag, München 1979, S. 557 (570).

³⁰ Vgl. Gerhardt, V., Selbstbestimmung Das Prinzip der Individualität, Stuttgart 1999, S. 138 ff.

³¹ Noak, Th.; Fangerau, H.; Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 79; Tsouyopoulos, N.; Eckart, W.; Murken, H.; Hucklenbroich, P., Illustrierte Geschichte d. Medizin, Bd. 5, Erlangen 1992, S. 2711 ff, 2809 f.

unter das Interesse des Erkenntniszuwachses und zum anderen unter die medizinische Definitionsmacht einher.³²

Die Objektivierung und zunehmende Informationsasymmetrie verstärkten den Autoritätszuwachs des Arztes und schufen ein starkes paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis.³³

Mit der Einführung der Krankenkassen im Jahr 1883 durch Bismarck und der steigenden Anzahl von Krankenhäusern ab 1871 wurde dem Großteil der arbeitenden Bevölkerung gemäß §§ 1 ff des Krankenversicherungsgesetzes vom 15. Juni 1883 eine medizinische Versorgung zugänglich gemacht.³⁴ Indem nun auch nichtbürgerlichen Schichten Zugang zu einer medizinischen Versorgung gesichert war, wurde auf Grund der damit einhergehenden sozialen Distanz die Autorität des Arztes weiter intensiviert.³⁵ Ferner wurde diese soziale Distanz zunächst durch die Einführung des Sachleistungsprinzips verstärkt, da die Patienten dem Arzt nicht mehr direkt als bezahlender Patient gegenüber standen.³⁶ Die autoritäre Haltung des Arztes wurde zudem durch drohende Sanktionen der Gemeinde- und Ortskrankenkassen gemäß §§ 6 a Abs. 2, 26 a Abs. 2 Ziffer 2 a Krankenversicherungsgesetz³⁷ bei fehlender compliance des Patienten bestärkt.³⁸

Mit dem Erkenntniszugewinn in der Medizin im 19. Jahrhundert gingen auf der anderen Seite enorme Fortschritte in der Diagnostik, kurativen Therapie und Hygiene einher.³⁹ Erkrankungen, die bisher als schicksalshaft hingenommen werden mussten, erschienen nun als behandelbar.

³² Noak, Th.; Fangerau, H.; Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 79; Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (135).

³³ Vgl. Krones, T., Richter, G., Die Arzt-Patienten-Beziehung, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 97; Rehbock, Th., Ethik Med 2002, 131 (134).

³⁴ Böhne, P., Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883, Stuttgart 1892, S. 3 ff; Muckel, St. Sozialrecht, München 2007, § 1 Rn 5; Noak, Th.; Fangerau, H.; Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 80 f.

³⁵ Vgl. Noak, Th.; Fangerau, H.; Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 81 f.

³⁶ Vgl. Muckel, St., Sozialrecht, München 2007, § 1 Rn 7.

³⁷ Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883.

³⁸ Böhne, P., Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883, Stuttgart 1892, S. 49 f; 96 ff; Göckenjan, G. Kurieren und Staat machen, Frankfurt am Main 1985, S. 286- 305; Noak, Th.; Fangerau, H.; Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 77 (81).

³⁹ Vgl. Kochsiek, K., Zeitschrift Internist 2007, S. 35.

Diese sich nun neu eröffnende Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten führte zu Entscheidungsalternativen, welche die Selbstbestimmung im Rahmen der medizinischen Versorgung in einem neuen Blickwinkel erschienen ließ.⁴⁰ Mit der Zunahme der medizinischen Leistungsfähigkeit, insbesondere mit Zunahme der Varianz an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und der steigenden sozialen Interaktion zwischen Arzt und Patient, begünstigt durch die Einführung der Krankenkassen, veränderte sich zunehmend die soziale Handlungsstruktur und das Bedürfnis des Patienten nach gesundheitlicher Selbstbestimmung.⁴¹

Die auf Naturwissenschaft begründete Medizin des 19. Jahrhunderts, die in einem paternalistischen Verhältnis zum Patienten stand, sah sich einer Gesellschaft gegenüber, die zunehmend mit der Medizin in Berührung kam und für die Krankheiten nicht mehr schicksalshafte Begebenheiten, sondern behandelbare und folglich beeinflussbare Vorgänge waren und somit Entscheidungen zugänglich erschienen.

Bedingt durch die Gedanken der Aufklärung aus der Mitte des 18. Jahrhunderts, welche Autorität kritisch hinterfragte und forderte, sich seines eigenen Verstandes zu bemächtigen und diesen zu nutzen, gewinnt die Selbstbestimmung Ende des 19. Jahrhunderts in der Medizin an Bedeutung.

Mit der Revisionsentscheidung des Reichsgerichtes vom 31. Mai 1894 wurde die Notwendigkeit der Einwilligung des Patienten zur Rechtfertigung in den Heileingriff, der grds. eine Körperverletzung darstellen würde, festgestellt.⁴² Das Reichsgericht sprach der ärztlichen Vernunftthoheit rechtfertigende Wirkung ab und hob den Willen und folglich die Selbstbestimmung des Rechtsgutsträgers hervor.⁴³

Dieses Urteil stellt den Anfang einer bis heute anhaltenden Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten auf rechtlicher Ebene dar, wobei es verfehlt erscheint, in dieser Entscheidung allein die Einführung der Selbstbestimmung in die Medizin zu sehen.

Die Rechtssprechung ist unweigerlich als eine rechtliche Klarstellung des Rechts auf Selbstbestimmung im Bereich der medizinischen Versorgung und als ethisches Minimum zu verstehende Reflexion des ethischen Prinzips der Selbstbestimmung zu begreifen, die

⁴⁰ Vgl. Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S. 2.

⁴¹ Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S. 9.

⁴² RGSt 25, 375.

⁴³ RGSt 25, 375.

durch den medizinischen und gesellschaftlichen Wandel an Bedeutung gewonnen hat. Die Entwicklung und Ausprägung der Selbstbestimmung in der Medizin als ethisches Prinzip ist nicht linear verlaufend und kann gerade bei der Medizin, die Bestandteil des sozialgesellschaftlichen Gefüges ist, nicht losgelöst von einem gesellschaftlichen Wandel und den darin enthaltenen dominierenden gesamtgesellschaftlichen Wertvorstellungen betrachtet werden.⁴⁴

Vielmehr ist festzuhalten, dass die Medizin in ihrem autoritären Streben nach Erkenntniszugewinn und der vorherrschenden paternalistischen Fürsorge sich dem gesamtgesellschaftlichen Streben der Menschen nach Selbstbestimmung nicht entziehen konnte.

Die Rechtssprechung des Reichsgerichtes zeigt jedoch, dass die Einführung der Selbstbestimmung in die Medizin sicherlich nicht nur ein Ergebnis des medizinwissenschaftlichen und sozialpolitischen Fortschrittes sowie des Emanzipationsstrebens des Bürgertums war, sondern vielmehr eine notwendige Korrekturmaßnahme zur Begrenzung der autoritären Macht des Arztes und dem Machtverlust des Patienten.⁴⁵

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten wurde mit den Entscheidungen des Reichsgerichtes vom 01.03.1912⁴⁶ und insbesondere mit den Entscheidungen in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts durch das Erfordernis der ärztlichen Aufklärung in Zusammenhang der Rechtswirksamkeit der Einwilligung weiter gestärkt und vorangetrieben.⁴⁷ In dem Urteil des BGH von 10.07.1954 stellte das Gericht ausdrücklich fest, dass die Aufklärung dem Schutz des Persönlichkeitsrechts diene und folglich der Wahrung der Selbstbestimmung.⁴⁸

Mit dem Zuwachs des medizinischen Leistungsangebotes im 20. Jahrhundert wurde die Rechtssprechung zur Aufklärungspflicht des Arztes insbesondere im Bereich der Verlaufs- und Risikoaufklärung immer differenzierter, um dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten

⁴⁴ Steger, F., Das Erbe des Hippokrates, Göttingen 2008, S. 67; Merker, B., Zur Identität der Heilberufe aus philosophischer Sicht, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 15; Salomon, F., Leben und Sterben in der Intensivmedizin, Lengerich 1996, S. 185; Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zwischen Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S. 66.

⁴⁵ Wiesemann, C., Das Recht auf Selbstbestimmung und das Arzt-Patienten-Verhältnis aus sozialgeschichtl. Perspektive, In: Toellner, R.; Wiesing, R. (Hg.), Geschichte und Ethik in der Medizin, Stuttgart 1997, S. 19; Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (135).

⁴⁶ RG 78, 432.

⁴⁷ RG JW 1932, 3329; RGZ 163,129; Kurcz, C., Die Begrenzung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter Einschränkung des Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Tübingen 2002, S. 56 ff.

⁴⁸ BGH NJW 1956, 1106.

ten Rechnung zu tragen, womit die rechtlich determinierte Selbstbestimmung in der Medizin immer weiter an Bedeutung gewann.⁴⁹

Ab 1960 gewann die Selbstbestimmung auch als ethisches Prinzip in der Medizin verstärkt an Relevanz, indem Ärzte begannen, die Selbstbestimmung nicht nur als rechtliche, sondern auch als moralische Pflicht anzusehen.⁵⁰ Dies verdeutlicht sich auch in der Helsinki-Deklaration von 1964, in welcher die Selbstbestimmung des Patienten bei medizinischer Forschung eindringlich betont wurde.⁵¹

Durch den Fortschritt der intensivmedizinischen Versorgung, insbesondere im Bereich der Reanimation, der Organersatztherapien, des Monitoring und der Verbesserung der Medikamentierung, wuchs die Tragweite der Selbstbestimmung des Patienten erneut. Sterben wurde mehr und mehr von einem schicksalhaften Ereignis, welches sich dem Zugriff des Menschen entzog, zu einem kontrollierbaren und beeinflussbaren Prozess, welcher menschlichen Entscheidungen unterlag. Mit diesem Fortschritt gingen nicht nur auf Seiten der Ärzte neue ethische Fragestellungen einher, sondern auch auf Seiten der Patienten entstanden im Vorfeld Ängste, Objekt einer Apparatemedizin zu werden, die zu einer künstlichen Verlängerung des Sterbeprozesses und zum Kontrollverlust führen könne.⁵² Die Angst der Patienten und die medizinischen Möglichkeiten, auf den Ablauf des Lebensendes Einfluss zunehmen, steigerte wiederum das Bedürfnis der Menschen, das Lebensende selbstbestimmt zu erleben und sich ein nach eigenen Vorstellungen menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen.

Um diesen Bereich der Lebensselbstgestaltung wahrnehmen zu können und sich ein Sterben nach eigenen Wertvorstellungen zu ermöglichen, wenn eine Entscheidungsunfähigkeit besteht, bedurfte es einer antizipierten Willensbekundung.

Hinsichtlich dieser Entwicklung veröffentlichte Uhlenbruck 1978 das erste Muster einer Patientenverfügung in Deutschland,⁵³ mit dem es dem Patienten ermöglicht werden sollte, ein selbstbestimmtes Lebensende nach eigenen Wünschen und Vorstellungen zu erleben.

⁴⁹ Ausführlich zur Entwicklung der medizinischen Aufklärung vgl. Kurcz, C., Die Begrenzung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter Einschränkung des Selbstbestimmungsrecht des Patienten, Tübingen 2002, S. 55-69.

⁵⁰ Steger, F., Das Erbe des Hippokrates Medizinische Konflikte und ihre Wurzeln, Göttingen 2008, S. 67 f.

⁵¹ Patzig, G., Gesammelte Schriften III, Göttingen 1993, S. 94.

⁵² Vgl. Taupitz, J., Empfehlen sich zivilrechtl. Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, In: Verhandlung des 63. Deutschen Juristentag, München 2002, S. A 106, 122.

⁵³ Uhlenbruck, W., NJW 1978, S. 566; Uhlenbruck, W., Selbstbestimmtes Sterben durch Patiententestament, Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Berlin 1997, S. 299.

Die Selbstbestimmung erhielt in der Medizin somit ein neues praktisches Anwendungsfeld. Die Patientenverfügung galt anfänglich als unverbindlich und sollte dem Arzt bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens behilflich sein.⁵⁴ Mit der Entscheidung des BGH vom 17. März 2003⁵⁵ wurde das Recht auf Selbstbestimmung des Patienten am Lebensende und die Verbindlichkeit des Willens hervorgehoben. Damit erhielt die Selbstbestimmung des Patienten im Rahmen der medizinischen Versorgung eine neue Reichweite.

Die Selbstbestimmung findet heute ihre rechtliche Anwendungsform in der alltäglichen Versorgungspraxis, insbesondere durch Aufklärung, Einwilligung, den mutmaßlichen Willen sowie durch Patientenverfügungen.⁵⁶

Die Medizin hat sich zunehmend aus einem paternalistischen denkenden System in ein medizinisches Versorgungssystem gewandelt, indem mehr als je zuvor ein gleichberechtigtes Arzt-Patienten-Verhältnis angestrebt wird und Selbstbestimmung nicht nur als rechtliche, sondern auch als anthropologische Größe immer mehr an Bedeutung gewinnt.⁵⁷

Ein paternalistisches Verhältnis, in welchem der Selbstbestimmung keine Bedeutung zugesprochen wird, erscheint in einer Gesellschaft, in dem der Mensch als selbstbestimmtes Individuum wahrgenommen wird und in einer Medizin, deren Ziel es ist, höhere Erfolgsquoten zu erzielen und auf Grund dessen auf die Compliance des Patienten angewiesen ist, nicht mehr tragbar.

Vielmehr erscheint ein paternalistisches Verhältnis dysfunktional zu den der Medizin immanenten Zielen.⁵⁸ Insofern findet die Selbstbestimmung in der Medizin nicht unkritisch in ihrer rechtlichen sowie ethischen Determinierung Anerkennung und es ist erklärtes Ziel der Medizin, das Arzt-Patienten-Verhältnis der Art zu gestalten, dass ein selbstbestimmter Patient aktiv an seiner Genesung mitwirkt.

Es soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass die geschilderte Entwicklung zur therapeutischen Partnerschaft jedoch auch dazu führt, dass umso mehr das paternalistische Verhältnis zwischen Arzt und Patient abgebaut wird und die Selbstbestimmung des

⁵⁴ Taupitz, J., Empfehlen sich zivilrechtl. Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens, In: Verhandlung des 63. Deutschen Juristentag, München 2002, S. A 108.

⁵⁵ BGH Az: XII ZB 2/03.

⁵⁶ Übersicht zu den Anwendungsfeldern der Selbstbestimmung in der Medizin vgl. Baer-Henney, J. Recht und Selbstbestimmung im Gesundheitswesen, In: Bartmann, P.; Hübner, I. (Hg.), Patientenselbstbestimmung Paradigmenwechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 85 ff.

⁵⁷ Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zw. Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S. 9; Salomon, F., Ethik Med 2007, S. 174.

⁵⁸ Zur Dysfunktionalität des Paternalismus Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zw. Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S. 68.

Patienten betont wird, umso stärker der einzelne Patient gefordert ist, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen.⁵⁹

II. Selbstverständnis des Arztes

1. Selbstverständnis

Mit dem Begriff des Selbstverständnisses wird ein Konzept bezeichnet, was ein Ich von sich persönlich besitzt.⁶⁰

Diesem Selbstverständnis liegt jeweils eine Gesamtheit von Ideen, Wertvorstellungen, Wünschen, Erfahrungen, Bewertungen und Wahrnehmungen eines Subjekts zu Grunde.⁶¹

Das Selbstverständnis trägt dazu bei, ein Rollenverständnis, d.h. eine soziale Rolle, die wir in der Gesellschaft erfüllen, zu entwickeln.⁶² Die dem Rollenverständnis immanenten Rollenerwartungen, welche auf Grund der kulturellen Determinierung vorherrschen, wirken wiederum bestimmend auf das Selbstverständnis ein. Es kommt folglich zu einer Interaktion des Ich- bezogenen Selbstverständnisses und des gesellschaftsbezogenen Rollenverständnisses.⁶³

Den sozialen Rollen liegen dabei ethische Prinzipien zugrunde, die das Verhalten bewusst oder unbewusst beeinflussen und mit denen sich das Ich auf Grund der Interaktion identifiziert.⁶⁴ Die Verfasstheit der ethischen Prinzipien ist die Konsequenz der Anerkennung durch das Ich. So sind dem Selbstverständnis der Sozialpersönlichkeit ethische Prinzipien immanent, die das Selbstverständnis wiederum prägen.

Stellt man sich nun die Frage des Selbstverständnisses des Arztes, ist die Frage dahin zu konkretisieren, was das Konzept des Ich über sich in der sozialen Rolle als Arzt ist.

⁵⁹ Vgl. Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zw. Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S.4.

⁶⁰ Illhardt, F.-J., Das Selbstbild des Arztes, In: Leven, K.-H.; Prüll, C.-R. (Hg.), Selbstbilder des Arztes im 20. Jahrhundert, Freiburg im Breisgau 1994, S. 1; Morlock, M., Selbstverständnis als Rechtskriterium, Hagen 1993, S. 207.

⁶¹ Morlok, M., Selbstverständnis als Rechtskriterium, Hagen 1993, S. 207, 209.

⁶² Vgl. Illhardt, F.-J., Das Selbstbild des Arztes, In: Leven, K.-H.; Prüll, C.-R. (Hg.), Selbstbilder des Arztes im 20. Jahrhundert, Freiburg im Breisgau 1994, S. 1

⁶³ Zum Konzept des Interaktionismus vgl. Lührmann, Th., Führung, Interaktion und Identität, Berlin 2006, S. 180 ff. Nach Lührmann benötigt die Ich- Identität als soziales Wesen soziale Bezugspunkte um ein eigenes Konzept von sich zu entwickeln und zu festigen. Psychische und soziale Strukturen ergeben sich dabei aus sozialen Kommunikations- und Interaktionsprozessen.

⁶⁴ Vgl. Rehbock, T., Heilen und Pflegen, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 32 (33, 37).

2. Ärztliches Selbstverständnis im Eid des Hippokrates

In Eiden und Gelöbnissen verdeutlicht sich das dominierende Rollenverständnis eines Standes von sich selbst. Insofern reflektiert sich in den Schwurtexten der Ärzte ein Selbstverständnis einer Gesamtheit bezüglich ihres eigenen Berufsstandes.

Der Eid des Hippokrates als erste grundlegende Schrift eines ärztlichen Ethos stellt ein historisches Zeugnis eines Selbstkonzeptes der Mediziner dar.

So verweist der Eid nachdrücklich darauf, dass das Handeln des Arztes,

„...zum Nutzen der Kranken...“⁶⁵

zu erfolgen hat, wobei im Schwurtext auf die ärztliche Kunst Bezug genommen wird, die es zu bewahren gilt.⁶⁶ In der hippokratischen Schrift „Über die Techne“ wird das Wesen der ärztlichen Kunst benannt, so gilt es,

„...die Kranken gänzlich von ihrem Leiden befreien,“⁶⁷.

Der hippokratische Eid setzt zum einen die Krankheit für das Handeln des Arztes voraus,⁶⁸ zum anderen hat der Arzt seine Verordnungen zum Wohl des Patienten in Ausübung und Bewahrung seiner ärztlichen Kunst entsprechend zu tätigen und somit als Heilender zu fungieren. Folglich impliziert der Eid des Hippokrates das Selbstverständnis des Arztes als Heiler.⁶⁹

Entgegen in den hippokratischen Schriften niedergelegten ärztlichen Verhaltensweisen, die dem Arzt nahe legten, sich von unheilbar Kranken fernzuhalten,⁷⁰ erweitert sich mit dem Gedanken des christlichen Humanismus das Verständnis der ärztlichen Versorgung von einer reinen kurativen hin zu einer begleitenden Versorgung.⁷¹

⁶⁵ Hippokrates, Ausgewählte Schriften, S. 8 f.

⁶⁶ Hippokrates, Ausgewählte Schriften, S. 9.

⁶⁷ Hippokrates, Ausgewählte Schriften, S. 229.

⁶⁸ Vgl. Lindner, Menschenwürde Biotechnologie, S. 136.

⁶⁹ Lindner, Menschenwürde Biotechnologie, S. 136.

⁷⁰ Hippokrates, Ausgewählte Schriften, Stuttgart 1994, S. 233 f; Kappauf, H.-W., Aufklärung und Hoffnung, In: Aulbert, E.; Klaschik, E., Kettler, D. (Hg.), Palliativmedizin, Ausdruck gesellschaftlicher Verantwortung, Stuttgart 2002, S. 131.

⁷¹ Vgl. Schockenhoff, E., Ethik Med 1998, S. 122, (125); Lain Entralgo, P., Arzt und Patient zwischenmenschliche Beziehung in der Geschichte der Medizin, München 1969, S. 57; Merks, K.-W., Selbstbestimmung und Fürsorge, In: May, Arnd T.; Charbonnier, R. (Hg.), Patientenverfügung unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zw. Selbstbestimmung und Fürsorge, Berlin 2005, S. 19 (33).

Das ärztliche Selbstverständnis als Heiler wurde insofern um die Funktion des Begleiters ergänzt, wobei der Schwerpunkt des ärztlichen Selbstkonzeptes, auch in Hinblick zur gesellschaftlich anerkannten sozialen Rolle, die des Heilers blieb.⁷²

Das benannte berufliche Selbstverständnis als Heiler begründet sich dabei auf ein übergeordnetes ethisches Prinzip. Wie dargelegt wird das Selbstbild des Heilers von der gemeinsamen Aufgabe und dem Ziel der Wahrung und Wiederherstellung von Gesundheit, Wohl und Leben des Kranken geprägt. Die Maxime der Handlungen richtet sich folglich an dem Wohlergehen der Kranken aus, in der Bereitschaft anderen beizustehen, zu heilen und zu helfen.⁷³

Besagtes ist Ausdruck des ethischen Prinzips der Fürsorge,⁷⁴ welches dem ärztlichen Selbstverständnis als Heiler als grundlegendes ethisches Prinzip immanent erscheint.

a. Fürsorge

Mit der Veröffentlichung des Buches „Principles of Biomedical Ethics“ 1979 von Beauchamp und Childress und dem darin dargestellten concept of beneficence (Wohltun) wurde der Gedanke der Fürsorge zum Thema der bioethischen Diskussion.⁷⁵ Die Bezeichnung Fürsorge (care) wurde durch Gilligan 1982 in ihrem Buch „In a Different Voice“ geprägt.⁷⁶

⁷² Vgl. Lain Entralgo, P., Arzt und Patient zwischenmenschliche Beziehung in der Geschichte der Medizin München 1969, S. 53 ff, 65; Zum ärztlichen Selbstverständnis aus der Sicht des Christentums vgl. Schockenhoff, E., Ethik Med 1998, S. 122- 133. Kummer, F., Christlicher Humanismus, In: Bonelli, J. (Hg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Wien 1992, S. 251.

⁷³ Vgl. Giese, C., Patientenautonomie zw. Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, In: Autiero, A.; Römelt, J. (Hg.), Studien der Moralthologie, Bd. 22, Berlin 2002, S. 144; Birnbacher, D.; Analytische Einführung in die Ethik, Berlin 2007, S. 80 f; Birnbacher, D.; Kottje-Birnbacher, L., Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung, In: Senf, W.; Broda, M. (Hg.), Praxis der Psychotherapie, Stuttgart 2007, S. 762.

⁷⁴ Vgl. Giese, C., Patientenautonomie zw. Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, In: Autiero, A.; Römelt, J. (Hg.), Studien der Moralthologie, Bd. 22, Berlin 2002, S. 144.

⁷⁵ Beauchamp, T.-L.; Childress, J.-F., Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2001, S. 166 ff. Zum ethischen Ansatz von Beauchamp und Childress vgl. Birnbacher, D., Analytische Einführung in die Ethik, Berlin 2007, S. 79 f; Schreiber, H.-L., Salus aut voluntas aegroti suprema lex?, In: Starck, Ch.; Grote, R. (Hg.), Die Ordnung der Freiheit, Tübingen 2007, S. 111 (113); Steigleder, K., Moral, Ethik, Medizinethik, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H; Paul, N.-W. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 15 (28 f).

⁷⁶ Gilligan, C., In a Different Voice, Cambridge 1982, S. 36 f; May, Arnd T., Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige, Münster 2001, S. 60

Die Fürsorge stellt kein berufsspezifisches Ethos allein der Mediziner oder der Heilberufe dar.⁷⁷ Begrifflich beschreibt die Fürsorge die verantwortungsbezogene Sorge zwischen Menschen oder Lebewesen in Form der Hinwendung des Einzelnen zum Wohlergehen eines Gegenübers.

Somit wird unter Fürsorge jede Handlung verstanden, die auf das Wohlergehen des Anderen gerichtet ist.⁷⁸

In der Fürsorge verdeutlicht sich die Abhängigkeit des Einzelnen als bedürftiges, verletzliches und endliches Wesen. So kommt in ihr zum einen ein sozialanthropologisches Grundkonzept einer Überlebensstrategie als Prinzip der Selbsterhaltung zum Ausdruck, zum anderen begegnet uns in der Fürsorge das eigene Bedürfnis in der vor Augen geführten Verletzlichkeit und Endlichkeit des eigenen Seins, in gleicher hilfsbedürftiger Lage umsorgt zu werden.⁷⁹

Aus dieser wechselseitigen Abhängigkeit und dem eigenen Bedürfnis nach Fürsorge begründen sich soziale und gesellschaftliche Beziehungen.⁸⁰ Die Fürsorge stellt folglich nicht nur ein berufsbezogenes ethisches Prinzip dar, sondern ein grundlegendes Prinzip personaler Beziehungen.⁸¹

⁷⁷ Zur Berufsmoral vgl. Merker, B., Zur Identität der Heilberufe aus philosophischer Sicht, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 11 (14).

⁷⁸ Beauchamp, T.-L.; Childress, J.-F., Principles of Biomedical Ethics, Oxford 2001, S. 166; Giese, C., Patientenautonomie zw. Paternalismus und Wirtschaftlichkeit, In: Autiero, A.; Römlt, J. (Hg.), Studien der Moraltheologie, Bd. 22, Berlin 2002, S. 144; Birnbacher, D. Analytische Einführung in die Ethik, Berlin 2007, S. 80 f; Birnbacher, D.; Kottje-Birnbacher, L., Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung, In: Senf, W.; Broda, M. (Hg.), Praxis der Psychotherapie, Stuttgart 2007, S. 762.

⁷⁹ Heidegger versteht die Fürsorge in seinem Werk „Sein und Zeit“ als ein ontologischen Zustand, welches er als ein konstitutives Element des menschlichen Selbst beschreibt, indem sich in der Fürsorge (Sorge) das Dasein des Menschen bestimmt. Durch die Sorge um andere werden wir uns unserer Verletzlichkeit und Endlichkeit bewusst und somit unserem Dasein. (Heidegger, Sein u. Zeit, Tübingen 2006, S. 191 ff) Rousseau erkennt in der Identifikation mit dem leidenden Gegenüber vielmehr das Gefühl des Mitleids der Menschen. Wobei die Identifikation mit dem Leidenden zu einer Erweiterung des Selbst führt, auf Grund dessen wir unser Schicksal als leidendes Wesen realisieren und durch Eigenliebe ein Bedürfnis der Erhaltung verspüren, welches korrelativ als Antrieb wirkt. Rousseau stellt fest, dass unsere gemeinsamen Bedürfnisse durch Eigennutz vereinen und Zuneigung begründen. (Rousseau, Diskurs über Ungleichheit, Paderborn 2008, S. 146 ff, 368; Rousseau, Emile, Stuttgart 1980, S. 458).

⁸⁰ Rousseau stellt in seinem Werk Emile fest, „Die Schwäche des Menschen macht ihn gesellig; unser gemeinsames Unglück öffnet unser Herz der Menschlichkeit:...“ (Rousseau, Emile, Stuttgart 1980, S. 558).

⁸¹ Rehbock, Th., Ethik Med 2002, 131 (142).

Für den Arzt stellt die Fürsorge in seinem Selbstbild als Heiler ein grundlegendes und leitendes Prinzip seines Handelns dar, denn seine berufliche Tätigkeit ist vom Umsorgen von kranken Hilfesuchenden in besonderer Weise geprägt.⁸²

Das Prinzip der Fürsorge des Arztes zu seinem Patienten hat eine lange Tradition. Platon beschrieb die Fürsorge des Arztes zu seinem Patienten als einen Liebesdienst.⁸³ Im Eid des Hippokrates hingegen wird die Fürsorge normativ formuliert, indem durch die Ablegung des Eides die Pflicht begründet wird, dass das ärztliche Handeln gemäß der spezifischen Fähigkeiten zum Nutzen des Kranken einzusetzen sei und Schaden von dem Kranken fernzuhalten sei.⁸⁴ Nach dem griechischen Verständnis realisierte sich die Heilkunst in der Förderung des Wohls des Menschen und nur um des Menschen willen.⁸⁵

Durch das christliche Gebot der Barmherzigkeit wurde die Fürsorge als Leitgedanke einer medizinischen Versorgung in der abendländischen Kultur weiter gefestigt und dessen Bedeutung erweitert.⁸⁶

Die Fürsorge stellt demnach eine traditionelle Leitkonstante medizinischen Handelns dar, welche die Aufforderung der Ausrichtung des Handelns zum Wohl des Patienten (*salus aegroti suprema lex*) sowie die Forderung der Nicht - Schädigung des Patienten (*primum non nocere*) beinhaltet.⁸⁷

Die Ausrichtung und das Verständnis der Fürsorge als eine am subjektiven oder am objektiven bestimmten Wohl des Patienten orientierte Hinwendung des Arztes steht in Ab-

⁸² Vgl. Steigleder, K., Moral, Ethik, Medizinethik, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N.-W. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2001, S. 15 (28 f); Rehbock, Th., Heilen und Pflegen, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 40.

⁸³ Platon bezeichnet die Beziehung zwischen Arzt und Patient als *philia*. (Platon, Lysis, 217 a) *Philia* ist eine Art der Liebe welche von *eros* zu unterscheiden ist. Unter *philia* ist die freundschaftliche Liebe oder gegenseitige Liebe zu verstehen. *Philia* wird auch als Freundschaft übersetzt. Im griechischen Verständnis gibt es die Liebe zur Heilkunst, wo es die Liebe zum Menschen um des Menschen willen gibt. Hierzu Lain Entralgo, P., Arzt und Patient zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin, München 1969, S. 17, 23.

⁸⁴ Hippokrates, Ausgewählte Schriften, Stuttgart 1994, S. 8 f.

⁸⁵ Vgl. Lain Entralgo, P., Arzt und Patient zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin, München 1969, S. 23.

⁸⁶ In den Gleichnissen Jesus im Matthäus Evangelium (Mt 25, 31-45) und Lukas Evangelium (Lk 10, 25- 37) verdeutlicht sich das aus dem christliche Gedanken der Barmherzigkeit hervortretende Gebot der Fürsorge der Gemeinde gegenüber Kranken. Vgl. Schockenhoff, E., Ethik Med 1998, S. 122, (125); Engelhardt, D., Monatsschrift Kinderheilkunde 2005, S. 42, (44).

⁸⁷ Steigleder, Moral, Ethik, Medizinethik, In: Schulz, St.; Steigleder, K; Fangerau, H.; Paul, N.-W. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 15 (29); Steger, F., Das Erbe des Hippokrates medizinische Konflikte und ihre Wurzeln, Göttingen 2008, S. 35; Lain Entralgo, P., Arzt und Patient zwischenmenschliche Beziehungen in der Geschichte der Medizin, München 1969, S. 46.

hängigkeit von dem ihr zugrunde liegenden Verständnis über das bestehende oder vorherrschende Arzt-Patienten-Verhältnis.

Einer Fürsorge, der ein paternalistisches Arzt-Patienten-Verhältnis zugrunde liegt, ist auf Grund der beanspruchten Vernunfttheorie des Arztes autoritär bestimmend gegenüber dem Patienten ausgerichtet. Das Wohl des Patienten bestimmt sich nach einem objektivierten Blickwinkel, einer naturwissenschaftlich begründeten Medizin, in der sich die Behandlung an den Erkenntnissen einer bestmöglichen medizinischen Versorgung orientiert und die Präferenzen des jeweiligen Patienten ignoriert.⁸⁸

Die Fürsorge in einem partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnis orientiert sich hingegen an dem subj. empfundenen Wohl des Patienten.⁸⁹ Die Führung des Patienten durch das Wort stellt dabei meines Erachtens nicht unweigerlich ein paternalistisches Verhalten des Arztes gegenüber seinem Patienten dar. Vielmehr stellt das Führen des Arztes ein Bemühen um die Gesundheit des Patienten durch die Kraft der Überzeugung des gesprochenen Wortes dar. Das Mittel der Rhetorik dient der Überzeugung und nicht der Herrschaft. Entscheidend ist, ob dieses Führen, oder oft als Lenken des Arztes bezeichnet, autoritär bestimmend erfolgt oder vielmehr aufklärend unter Berücksichtigung und Wahrnehmung von Vorstellungen des jeweiligen Patienten und auf Grund der Wissenshoheit ein Anleiten des Patienten darstellt.⁹⁰ Die Fürsorge in einem partnerschaftlichen Verhältnis führt zu einem partizipativen Miteinander von Arzt und Patient, in dem beide gemeinsam die Erkrankung zu bewältigen versuchen.⁹¹

⁸⁸ Vgl. Krones, T.; Richter, G., Die Arzt-Patienten-Beziehung, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N.-W. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 94 (97); Rehbock, Th., Ethik Med 2002, 131 (132)

⁸⁹ Vgl. Krones, T.; Richter, G., Die Arzt-Patienten-Beziehung, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N.-W. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 94 94 (101 f).

⁹⁰ Vgl. Jaspers, K., Der Arzt im technischen Zeitalter, München 1999, S. 41 f; Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (143); Kummer, F., Christlicher Humanismus, In: Bonelli, J. (Hg.), Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin, Wien 1992, S. 251 (254).

⁹¹ Steger, F., Das Erbe des Hippokrates medizinethische Konflikte und ihre Wurzeln, Göttingen 2008,, S. 73; Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (143).

3. Selbstverständnis des Arztes im 21. Jahrhundert

Vielfach wird zum Ausdruck gebracht, dass das Selbstverständnis der Ärzte als Heiler verloren gegangen sei und der Eid des Hippokrates nicht mehr dem normativen Selbstverständnis der Ärzte entspreche.⁹²

Als Gründe werden hierfür zum einen die voranschreitende Ökonomisierung, die zunehmende rechtliche Reglementierung, Arbeitsbedingungen, Ausbildung sowie der naturwissenschaftliche Fortschritt der Medizin angeführt.⁹³

An dieser Stelle sei exemplarisch der wahrgenommene Wandel an der zunehmenden wissenschaftlichen Ausrichtung und der damit einhergehenden Technisierung der Medizin verdeutlicht.

Mit dem naturwissenschaftlichen Fortschritt erhöhte sich das fachspezifische Wissen, was schlussendlich zu einer Teilung des ärztlichen Standes in verschiedene Fachbereiche führte.⁹⁴ Mit dieser anhaltenden Zunahme an spezifisch ausgerichtetem Fachwissen, beruhend auf naturwissenschaftlichen Erkenntnissen, geht ein Zuwachs an diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen einher. Der Mediziner wird dabei zunehmend von einem Heiler, welcher ein persönliches, jedoch auch paternalistisches Verhältnis zum Patienten hegte,⁹⁵ das durch Kommunikation geprägt war,⁹⁶ zu einem Mediziner, bei welchem nicht mehr der Patient im Fokus der Behandlung steht, sondern die Erkrankung selbst und diese verstärkt als ein errechenbarer Fall wahrgenommen wird.⁹⁷ Der Mediziner fühlt sich Grund

⁹² Engelhardt, D., Monatsschrift Kinderheilkunde, 2005, S. 42 (44); Gerst, Th., Deutsch. Ärztl. 2008, Heft 44 S. A2325.

⁹³ Vgl. Neitzke, G., Aspekte ärztlicher Autonomie, In: Bartmann, P.; Hübner, I. (Hg.), Patientenselbstbestimmung Paradigmawechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 107 ff.

⁹⁴ Vgl. Jaspers, K., Der Arzt im technischen Zeitalter, München 1999, S. 43; Merker, B., Zur Identität der Heilberufe aus philosophischer Sicht, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 11 (16); Kochsiek, K., Zeitschrift Internist 2007, S. 35 (36); Niebler, E., Medizin und Recht, In: Kaufmann, F.-X. (Hg.), Ärztliches Handeln zw. Paragraphen und Vertrauen, Düsseldorf 1984, S. 23 (25).

⁹⁵ Jaspers, K., Der Arzt im technischen Zeitalter, München 1999, S. 42.

⁹⁶ Kommunikation war grundlegend für eine Diagnostik für eine Medizin, der die modernen Mittel der gestützten labor- und bildgebenden Diagnostik nicht zur Verfügung stand.

⁹⁷ Vgl. Maio, G., Das Rollenverständnis der Heilberufe im Umgang mit der Aufklärung des Patienten, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 74 (86); Rehbock, Th., Heilen und Pflegen, In: Engelhardt, d.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 32 (42); Kochsiek, K., Zeitschrift Internist 2007, S. 35 (37); Neitzke, G., Aspekte ärztlicher Autonomie, In: Bartmann, P.; Hübner, I. (Hg.), Patientenselbstbestimmung Paradigmenwechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 107 (115).

dessen zunehmend als Techniker, Verwalter und Handwerker eines automatisierten Behandlungsprozess.⁹⁸

Diese Entwicklung liegt, wie dargelegt, zum einen an dem naturwissenschaftlichen Fortschritt in der Medizin, der Zentriertheit an diesem Fortschritt und dem damit einhergehenden, steigenden gesellschaftlichen Erwartungsdruck,⁹⁹ jedoch auch an der steigenden Ökonomisierung, dem zunehmenden Verwaltungsaufwand und der Verrechtlichung der Behandlungsprozesse.¹⁰⁰ Insbesondere die steigende Ökonomisierung und verstärkte Ausrichtung medizinischer Behandlungen an Leit- und Richtlinien begünstigen das Empfinden des Arztes, lediglich Teil eines Behandlungsprozesses zu sein.

Jedoch gerade der angeführte naturwissenschaftliche Fortschritt und die damit einhergehende Erweiterung von diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten versetzt den heutigen Arzt mehr als je zuvor in die Lage, ein Heiler i.S.v. einer Person zu sein, die nicht nur im Gedanken einer Fürsorge, sondern sich auch im technischen Sinn in der Lage befindet, den Menschen in seinem körperlichen Leiden zu helfen.¹⁰¹

Trotzdem wird immer wieder vorgebracht, dass sich Mediziner nicht mehr als Heiler, denn mehr als Verwalter, Techniker und Dienstleister fühlen. Diese Aussage mag zum einen undifferenziert zum anderen auf Grund des schnelllebigen sozialen Wandels, dem auch die Mediziner unterliegen, Ausdruck einer Orientierungs- und Ziellosigkeit zu sein.¹⁰² Um ein Bestehen eines Selbstverständnisses der Mediziner und deren etwaige Dominanz nachzuvollziehen, wurde eine die Arbeit begleitende Evaluierung durchgeführt.

⁹⁸ Jaspers, K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, Münster 1999, S. 45. Kochsiek, K., *Zeitschrift Internist* 2007, S. 35 (39). Zur Auswirkung der Weiterentwicklung und Forschung im Bereich der Reproduktionsmedizin auf das Selbstverständnis des Arztes vgl. Lindner, H., *Menschenwürde Biotechnologie ?*, In: Zillesen, D. (Hg.), *Religion und Moral des Marktes*, Berlin 2002, S. 133 (135).

⁹⁹ Vgl. Rehbock, Th., *Heilen und Pflege*, In: Engelhardt, D. Loewenich, A.-S. (Hg.), *Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität*, Münster 2001, S. 32 (34).

¹⁰⁰ Vgl. zum Einfluss der Ökonomisierung auf den Behandlungsprozess Neitzke, G., *Aspekte ärztlicher Autonomie*, In: Bartmann, P.; Hübner, I. (Hg.), *Patientenselbstbestimmung Paradigmenwechsel und Herausforderung im Gesundheitswesen*, Neukirchen-Vluyn 2002, S. 107 (122 ff). Zur begrifflichen Bestimmung der Verrechtlichung und der allg. Problematik vgl. Kaufmann, F.-X., *Was heißt Verrechtlichung*, In: Kaufmann, F.-X. (Hg.), *Ärztliches Handeln zw. Paragraphen und Vertrauen*, Düsseldorf 1984, S. 9 ff. Zum wirken der Verrechtlichung auf die Medizin vgl. u.a. Horné, A., *Patienten im Paragraphengestrüpp*, In: Kaufmann, F.-X. (Hg.), *Ärztliches Handeln zwischen Paragraphen und Vertrauen*, Düsseldorf 1984, S. 89 ff; Eser, A., *Die Rolle des Rechts im Verhältnis von Arzt und Patienten*, In: Kaufmann, F.-X. (Hg.), *Ärztliches Handeln zwischen Paragraphen und Vertrauen*, Düsseldorf 1984, S. 111 ff; Salomon, F., *Leben und Sterben in der Intensivmedizin*, Lengerich 1996, S. 189.

¹⁰¹ Vgl. Jaspers, K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, Münster 1999, S. 40.

¹⁰² Vgl. Jaspers, K., *Der Arzt im technischen Zeitalter*, Münster 1999, S. 41.

a. Arbeitsbegleitende Evaluierung zum Selbstverständnis des Mediziners

aa. Methodik der Evaluierung

Basierend auf einem anonymisierten Fragebogen wurden die leitenden Chefarzte verschiedener Fachbereiche der Intensivmedizin, Chirurgie, Gynäkologie, Pädiatrie, Onkologie, Innere und Zahnmedizin angeschrieben und um ihre Mitarbeit gebeten. In dem Anschreiben wurde der Zweck der Evaluierung erklärt und die Anonymität zugesichert. Den Chefarzten, die sich bereit erklärten die Befragung zu unterstützen, wurde eine entsprechende Anzahl an Fragebögen zugesandt.

Die Evaluierung umfasste Fragen zu den Themenbereichen Selbstverständnis des Arztes, medizinethische Prinzipien sowie Einstellung zu Patientenverfügungen.

Die Fragen wurden durch ein Wertungsschema von minus drei für „überhaupt nicht“ bis plus drei für „extrem stark“, verschlüsselt.

Dem teilnehmenden Mediziner war es damit möglich, mehrere Selbstbilder und ethische Prinzipien zu wählen und diesen, dem jeweiligen Empfinden entsprechend, eine Wertigkeit zuzuordnen. Hiermit wurde eine differenzierte Beantwortung ermöglicht, um dem subjektiven Empfinden des Arztes und den fachspezifischen Anforderungen zu entsprechen.

Ziel des Fragebogens war es, dass der befragte Arzt rasch und ohne großen Aufwand sein Selbstverständnis als Arzt zum Ausdruck bringen konnte, ohne sich für ein Ideal eines Selbstkonzeptes entscheiden zu müssen. Des Weiteren sollte die Bindung an medizinethische Konzepte und die Einstellung zu Patientenverfügungen erfragt werden.

Der Auswertung lagen 36 auswertbare Fragebögen zum Themenbereich Selbstverständnis und medizinethische Prinzipien sowie 28 auswertbare Fragebögen zum Themenbereich Einstellung zu Patientenverfügung zu Grunde. Die Auswertung erfolgte hinsichtlich der einzelnen Evaluierungseinheiten nach allg. quantitativen Maßstäben, d.h. wie viel Prozent fühlten sich einem dargelegten Selbstbild und ethischen Prinzip insgesamt zugehörig, hierfür wurden die Aussagen „überhaupt nicht“, „gar nicht“, und „nicht“ zu einem verneinenden Komplex zusammengefasst, wohingegen die Antworten „stark“, „sehr stark“ und „extrem stark“ in einem bejahenden Komplex zusammengefasst wurden. Die dem Empfinden des einzelnen Arztes zugeordnete Wertigkeit wurde zudem in einer differenzierten qualitativen Auswertung berücksichtigt, indem die Aussagen in der jeweils zugeordneten Wertigkeit zusammengefasst und ausgewertet wurden.

Zwar kann auf Grund der geringen Anzahl an Teilnehmern nicht von einer repräsentativen Evaluierung im streng statistischen Sinn gesprochen werden, jedoch lassen sich Tendenzen erkennen, die in der Arbeit aufgezeigt werden sollen.

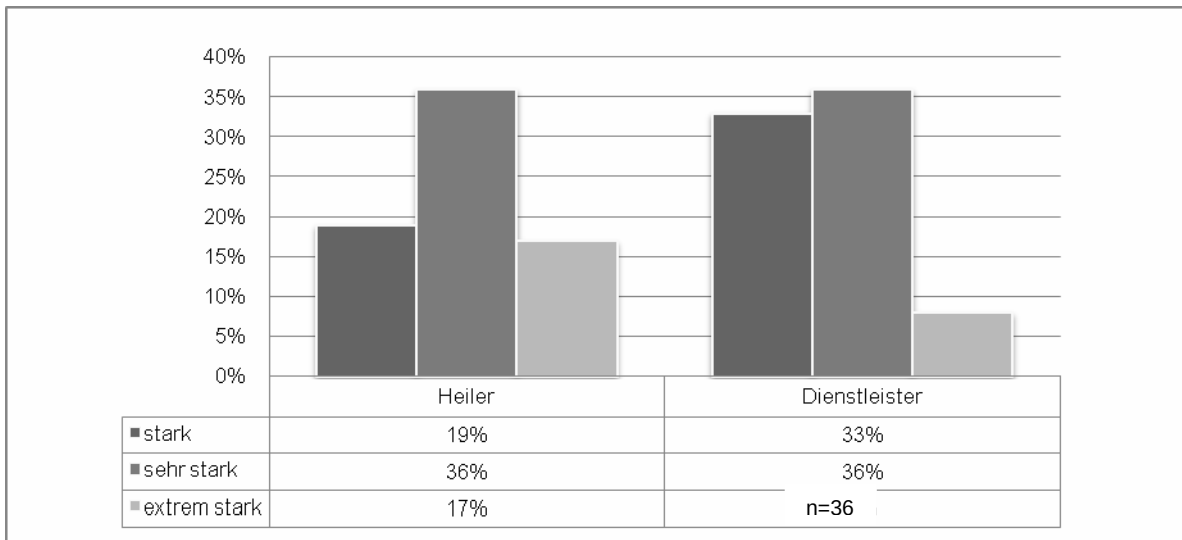
bb. Ergebnis dieser Evaluierung

Nach der quantitativen Auswertung ergab sich bezüglich des Selbstverständnisses der befragten Mediziner, dass sich 78% als Dienstleister, 72% als Heiler, 69 % als Sachwalter von Patienteninteressen sowie 50% als Begleiter von Patienten und als Handwerker fühlten. Demnach erscheinen nach der quantitativen Auswertung, das Selbstbild des Dienstleisters und des Heilers dominierende Selbstkonzepte der befragten Ärzte zu sein.

	neutral	nein	Ja
Heiler	3%	25%	72%
Dienstleister	14%	8%	78%
Sachwalter v. Krankenhausinter.	17%	50%	28%
Forscher	19%	36%	44%
Unternehmer	19%	72%	8%
Begleiter	39%	11%	50%
Verwalter	19%	33%	44%
Handwerker	19%	31%	50%
Sachwalter v. Patienteninter.	22%	8%	69%
			n=36

Selbstverständnis der Mediziner. Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

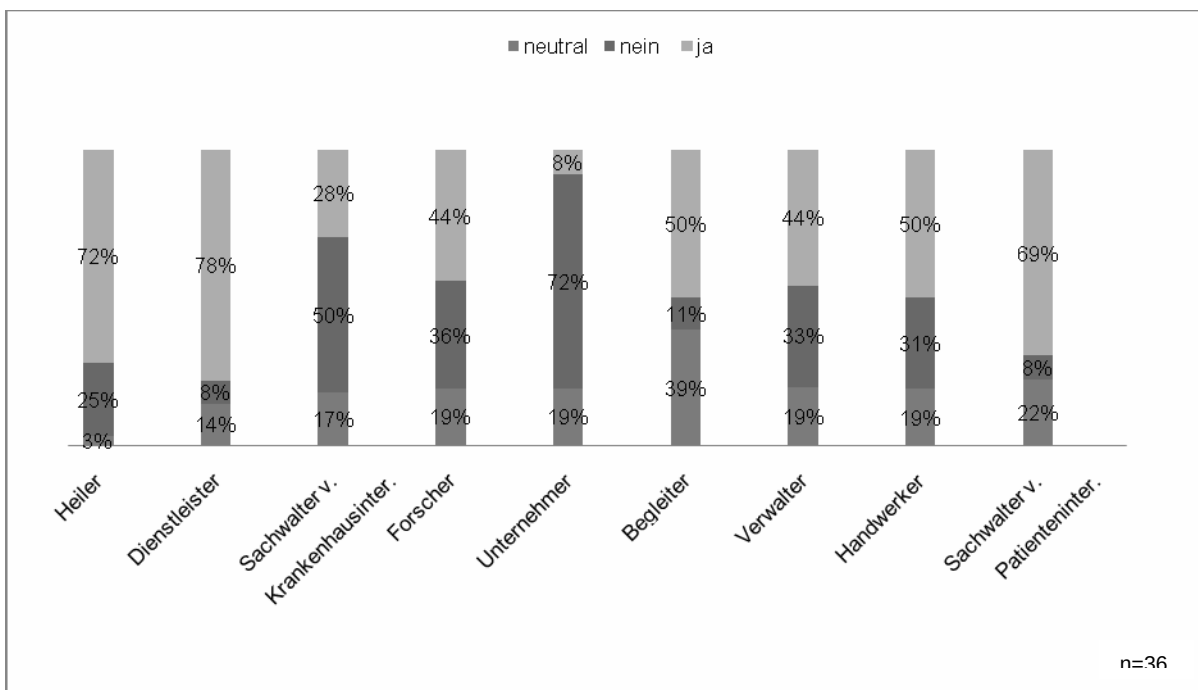
Bei Berücksichtigung der zugeordneten Wertigkeit ergibt sich, dass von den 36 befragten Ärzten, allein 17% sich extrem stark als Heiler fühlen, wobei hingegen sich lediglich 8% extrem stark als Dienstleister fühlen.



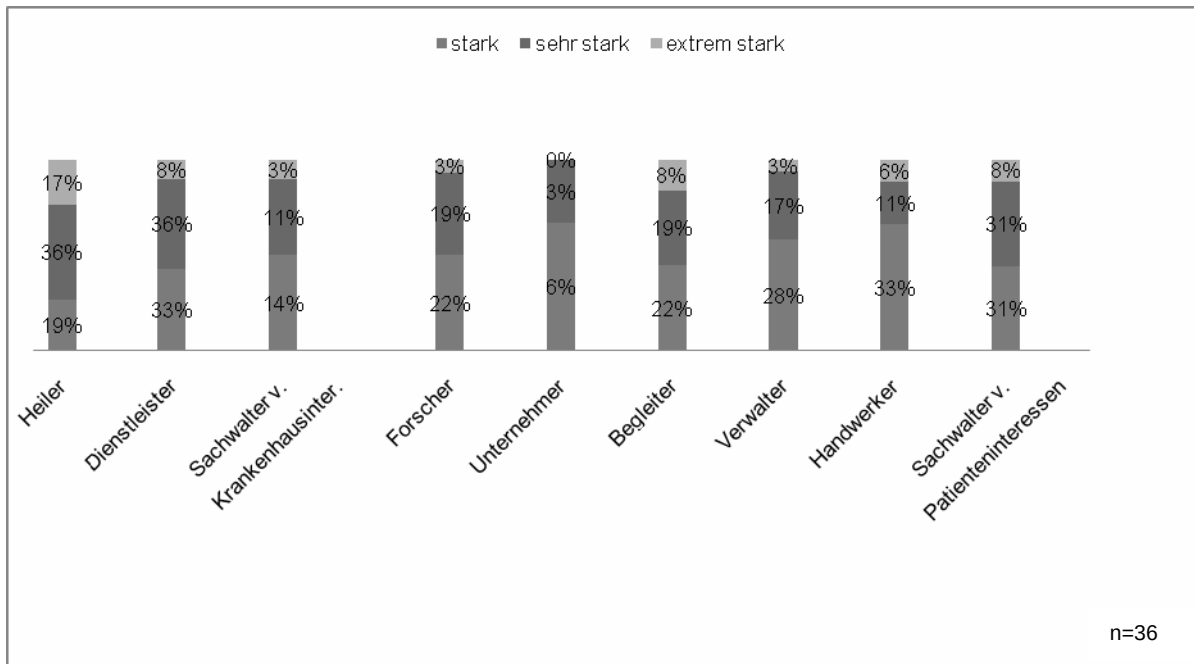
Selbstverständnis der Mediziner. Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

Hinsichtlich der empfundenen Wertigkeit des empfundenen Selbstbildes erscheint demnach das Selbstbild des Heilers zu dominieren.

Die Gesamtbetrachtung zeigt, dass mehrere Selbstbilder der ärztlichen Rolle auch unter Berücksichtigung der zugeordneten Wertigkeit nebeneinander stehen und entsprechend den weiten Anforderungen an die Mediziner und dem damit einhergehenden persönlichen Empfinden ein Pluralismus der Selbstkonzepte besteht.

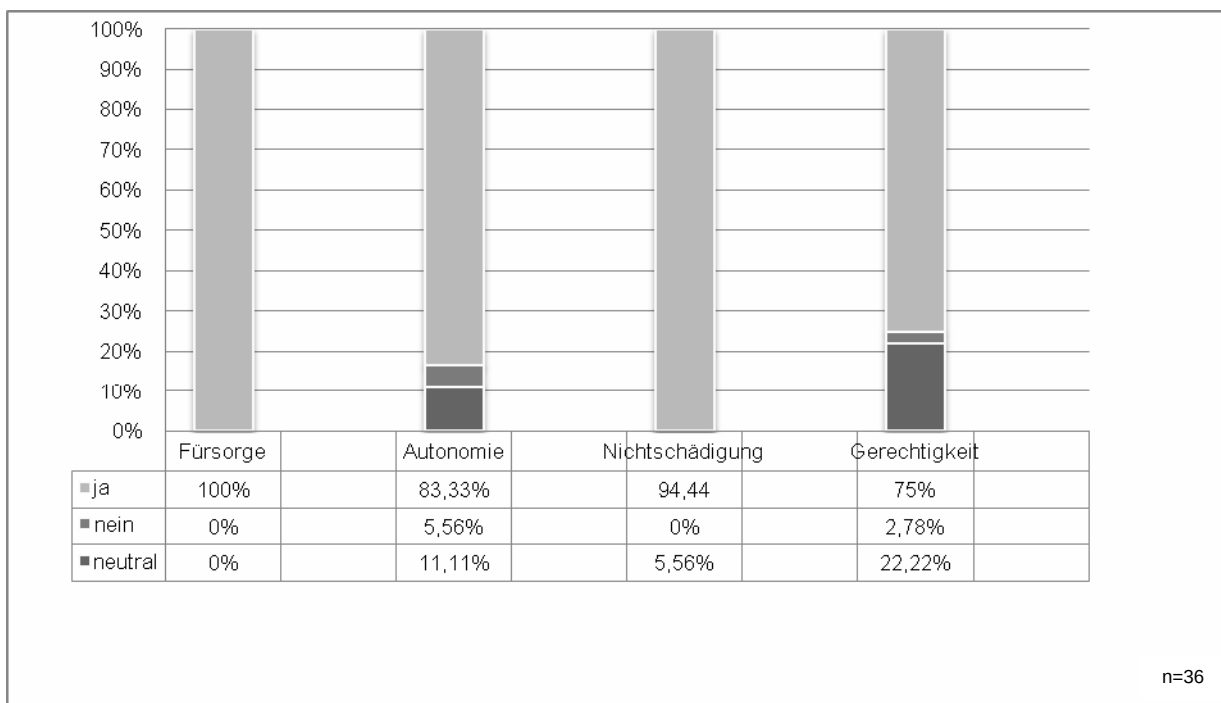


Selbstverständnis der Mediziner. Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.



Selbstverständnis der Mediziner. Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

Bezüglich der Frage, „Welchen medizinethischen Prinzipien fühlen sie sich verpflichtet?“ ergab sich bei der quantitativen Auswertung, dass sich 100 % der Fürsorge, 94,4 % der Nichtschädigung, 83,33% der Autonomie und 75% der Gerechtigkeit verpflichtet fühlen.



Verpflichtung zu medizinethischen Prinzipien. Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

Somit ist nach der quantitativen Auswertung die Fürsorge mit 100 % dominierendes ethisches Prinzip, wobei unter Berücksichtigung der zugeordneten Wertigkeit die Befragten sich mit 61,11% der Nichtschädigung extrem stark folgend mit 47,22% von der Fürsorge extrem stark verpflichtet fühlen.

	überhaupt nicht	gar nicht	nicht	neutral	stark	sehr stark	extrem stark
Fürsorge	0%	0%	0%	0%	13,89%	38,89%	47,22%
Autonomie	0%	0%	5,56%	11,11%	22,22%	41,67%	19,44%
Nichtschädigung	0%	0%	0%	5,56%	5,56%	27,78%	61,11%
Gerechtigkeit	0%	2,78%	0%	22,22%	27,78%	36,22%	11,11%

n= 36

Verpflichtung zu medizinethischen Prinzipien. Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

Demnach ist der Wertigkeit entsprechend die Nichtschädigung bestimmendes medizinethisches Prinzip.

b. Fazit

Der Mediziner im 21. Jahrhundert fühlt sich, wie die Evaluierung zeigt, immer noch als Heiler. Jedoch sind neben dieses Selbstverständnis weitere Rollen getreten, wie die des Dienstleisters, Begleiters, Handwerkers und des Sachwalters von Patienteninteressen, welche das Selbstkonzept erweitern. Das Selbstverständnis des Arztes hat sich entsprechend der ihm gegenüberstehenden Vielzahl grundlegender Anforderung an seine Standesrolle erweitert und ist bedingt dadurch pluralistischer geworden.

Als dominierendes, den befragten Medizinerinnen nahe stehendes, medizinethisches Prinzip tritt die Fürsorge i.S.d. Hinwendung und Ausrichtung des Handelns zum Wohl des Patienten zum einen, sowie das Prinzip der Nichtschädigung zum anderen in den Vordergrund. Die Dominanz der Fürsorge und der Nichtschädigung als ethische Prinzipien ist auf die Prägung durch das antike Rollenverständnis des Arztes und die immanenten ethischen Leitkonstanten, sowie auf die christlich ethische Tradition zurückzuführen.¹⁰³

¹⁰³ Vgl. Birnbacher, D.; Kottje-Birnbacher, L., Ethik in der Psychotherapie und der Psychotherapieausbildung, In: Senf, W.; Broda, M. (Hg.), Praxis der Psychotherapie, Stuttgart 2007, S. 762.

Die Bedeutung des Hippokratischen Eids für das Selbstverständnis der Ärzte ist folglich nicht verloren gegangen,¹⁰⁴ der hippokratische Eid ist zwar ein zeitgebundenes Dokument, jedoch findet das sich darin befindliche Selbstverständnis des Arztes als Heiler bis heute Widerhall, was sich auch in dem Gelöbnis der (Muster)-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte zeigt, in dem es unter anderem heißt,

„ Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.“.¹⁰⁵

Der Hippokratische Eid stellt dementsprechend ein Zeugnis eines ständigen ärztlichen Bewusstseins als Heiler dar.

Die immer wieder hervortretende Kritik, dass das Selbstbild des Arztes als Heiler verloren geht, tritt vornehmlich zum Vorschein, wenn ein gesamtgesellschaftlicher Umbruch zu verzeichnen ist, dem sich die Medizin als Teil des sozialen Systems nicht zu entziehen vermag.¹⁰⁶ Die Kritik erscheint vielmehr ein Ausdruck einer Gegenwehr des Wandels und basiert auf dem Gedanken, dass alle Ärzte in ihrem Selbstverständnis gleich seien. Die Forderung eines monistischen Selbstverständnisses der Ärzte erscheint jedoch nicht realitätsnah, da allein durch die verschiedenen ärztlichen Fachgebiete unterschiedliche Anforderungen bestehen und allein auf Grund dessen kein einheitliches Selbstbild der Ärzte bestehen kann.¹⁰⁷ Ein Intensivmediziner oder Onkologe wird bedingt durch sein Tätigkeitsfeld sich grds. weniger als ein Heiler fühlen, als ein Mediziner der Inneren.

Eine Idealisierung und Absolutierung des Standes, indem der Arzt sich selbst lediglich als Heiler zu sehen hat, erscheint unangebracht und verschließt sich der Vielseitigkeit der ärztlichen Tätigkeit, sowie der Individualität des Arztes als Person. Das Bild des Heilers ist nicht verloren gegangen, sondern hat sich erweitert.¹⁰⁸

¹⁰⁴ Vgl. Laufs, A., Gynäkologie 2004, S. 1071 (1078).

¹⁰⁵ Das Gelöbnis der MBO beruht auf der Genfer Deklaration des Weltärztebundes.

¹⁰⁶ Vgl. Fuchs, Ch., Braucht der Arzt ein neues Selbstverständnis? In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 107 (114); Merker, Zur Identität der Heilberufe aus philosophischer Sicht, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 11 (15).

¹⁰⁷ Vgl. Merker, Zur Identität der Heilberufe aus philosophischer Sicht, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 11 (16).

¹⁰⁸ Vgl. Merker, Zur Identität der Heilberufe aus philosophischer Sicht, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 11 (15, 16); Fuchs, Ch., Braucht der Arzt ein neues Selbstverständnis, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 107 (113 f)

Dieses Selbstverständnis ist auch nicht in Abrede zu stellen, vielmehr bedarf es einer Stärkung des Selbstbewusstseins der Ärzteschaft zum Selbstbild als Heiler mit der Akzeptanz zu Erweiterung der beruflichen Rolle und des Selbstverständnisses.¹⁰⁹

III. Patientenverfügung und Selbstverständnis des Arztes Konflikt oder Synthese

Es stellt sich nun die Frage, ob zwischen dem fortbestehenden Selbstverständnis der Mediziner als Heiler und der Patientenverfügung ein Konflikt besteht. Ein solcher wäre anzunehmen, wenn Zielsetzungen, Prinzipien oder Wertvorstellungen der beiden Positionen unvereinbar erscheinen.

Demnach ist zu betrachten, ob das dem Heiler immanente Prinzip der Fürsorge und das damit verbundene Ziel die Gesundheit, das Leben und das Wohl des Patienten zu wahren, mit dem der Patientenverfügung immanenten rechtlichen sowie ethischen Prinzip der Selbstbestimmung unvereinbar erscheint.

Mit einer Patientenverfügung wird in den überwiegenden Fällen der mögliche Behandlungsrahmen des Arztes begrenzt, um ein nach subjektiven Werten orientiertes Sterben zu ermöglichen. Die Zielsetzung des Heilers hingegen richtet sich auf den Erhalt und die Wiederherstellung der Gesundheit und des Lebens.

Demzufolge kollidieren bei Behandlungssituationen mit Patientenverfügungen regelmäßig das Postulat der Selbstbestimmung und die Zielsetzung des Lebensschutzes bzw. der Lebenserhaltung als Ausdruck der Fürsorge.

Diese vereinfachte Betrachtung leidet jedoch unter dem Mangel, dass sie der Wechselwirkung zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge zugrunde liegende Beziehung zwischen Arzt und Patient unberücksichtigt lässt.

Gerade die Beziehung zwischen Arzt und Patient erscheint Einfluss auf die gegenseitige Akzeptanz von Prinzipien und Wertvorstellungen zu haben.

Demnach hat die Betrachtung, ob ein Konflikt zwischen dem Selbstverständnis des Heilers und der Patientenverfügung besteht, unter Berücksichtigung des Arzt-Patienten-Verhältnisses zu erfolgen.

¹⁰⁹ Zum Bedarf eines neuen Selbstverständnisses und der Stärkung des Selbstbewusstseins der Ärzte in ihrer Ausbildung vgl. Fuchs, Ch., Braucht der Arzt ein neues Selbstverständnis, In: Engelhardt, D.; Loewenich, A.-S. (Hg.), Die Heilberufe auf der Suche nach ihrer Identität, Münster 2001, S. 107 ff.

1. Konflikt oder Synthese in einem partnerschaftlichen Verhältnis

Konkretisiert man die Konfliktbetrachtung dahingehend, dass der Fürsorge ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient zugrunde liegt, kennzeichnet sich die ärztliche Fürsorge dadurch aus, dass sich das Handeln des Arztes an dem subjektiv empfundenen Wohl des Patienten orientiert und Arzt und Patient in einer therapeutischen Partnerschaft dieses subjektive Ideal zu verwirklichen versuchen. Herstellung und Wahrung der Selbstbestimmung erscheinen in einer solchen, dem Selbstverständnis des Arztes entsprechenden partnerschaftlichen Fürsorge eine zentrale Aufgabe der ärztlichen Fürsorge zu sein.¹¹⁰

Es bedarf insbesondere des Zutuns des Arztes, die bestehende Informationsasymmetrie auszugleichen und ein Verständnis für die eigene Situation hervorzurufen, um so einen aufgeklärten Menschen als Patienten zu erhalten, der selbstbestimmt die Behandlung mitgestaltet. Wiederum bedarf es in der Selbstbestimmung enthaltene Selbstverantwortung,¹¹¹ um ein Therapiekonzept mit dem Patienten umzusetzen und somit die Realisierung der Fürsorge des Arztes zu ermöglichen.

Folglich bedingen sich das Prinzip der Fürsorge und das Prinzip der Selbstbestimmung in einem partnerschaftlichen Verhältnis, da nur so eine optimale patientenorientierte Versorgung möglich erscheint.¹¹²

Zu betrachten ist jedoch, wie es sich bei Patientenverfügungen verhält, in denen der Patient über Behandlungen bestimmt, ohne zumeist mit dem Arzt in eine kommunikative soziale Beziehung getreten zu sein und somit ein partnerschaftliches Verhältnis von vornherein auszuschneiden scheint.

Das partnerschaftliche Verhältnis zeichnet sich jedoch nicht nur durch eine kommunikative Beziehung zwischen Arzt und Patient aus, auf Grund dessen eine therapeutische Partnerschaft begründet wird. Vielmehr zeichnet es sich darin aus, dass die Fürsorge des Arztes an dem subjektiv empfundenen Wohl und dem Willen des Patienten orientiert ist,¹¹³ welches in der Patientenverfügung Ausdruck findet.

¹¹⁰ Vgl. Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (138).

¹¹¹ Vgl. Ulsenheimer, K., Arztstrafrecht in der Praxis, Heidelberg 2003, Rn. 57c.

¹¹² Vgl. Tag, B., Der Körperverletzungstatbestand im Spannungsfeld zw. Patientenautonomie und Lex artis, Berlin 2000, S.68.

¹¹³ Krones, T., Richter, G., Die Arzt-Patienten-Beziehung, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N.-W. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 94 (101).

Hinsichtlich der Herstellung und Wahrung der Selbstbestimmung durch Patientenverfügungen bedarf es im besonderen Maße der Fürsorge des Arztes, denn nur durch die Mitarbeit des Arztes kann die antizipierte Willensbekundung in den jeweils spezifischen Krankheitssituationen ihre situationsgerechte Anwendung finden und gegebenenfalls diese Willensbekundung auch gegenüber Angehörigen zu ihrer entsprechenden Geltung verhelfen.

Über diese unmittelbare Anwendung der Patientenverfügung hinaus bedarf es der Kommunikation mit den Ärzten über den Inhalt der Patientenverfügung, um den Patienten vor medizinischen Missverständnissen oder Fehlvorstellungen zu bewahren und um die Reflexion eigener Vorstellung zu bewirken.¹¹⁴

Eine valide Patientenverfügung wiederum ermöglicht eine patientenorientierte Versorgung am subj. Willen des Patienten.

Demzufolge besteht grds. bei einem partnerschaftlichen zu Grunde liegenden Arzt-Patienten-Verhältnis keine Unvereinbarkeit der Prinzipien Fürsorge und Selbstbestimmung. Vielmehr stehen die Prinzipien in einer Synthese zueinander, indem sie sich bedingen, womit ein Konflikt zwischen dem Selbstverständnis des Arztes als Heiler und der Patientenverfügung nicht in Betracht kommt.

2. Konflikt oder Synthese in einem paternalistischen Verhältnis

Bei einer der Fürsorge zugrunde gelegten paternalistischen Arzt-Patienten-Beziehung hingegen wird angenommen, dass objektive Kriterien für das Beste bzw. für das Wohl des Patienten stehen.¹¹⁵

Das Wohl des Patienten orientiert sich an dem objektivierbaren Blickwinkel der Naturwissenschaft und dem medizinisch Möglichen und nicht an der individuellen Lebenseinstellung und den Präferenzen des jeweiligen Patienten.¹¹⁶ Der Patient wird schlussendlich zum Objekt medizinischer Fürsorge, die sich nach objektiven Kriterien ausrichtet.¹¹⁷

In Anbetracht einer solch verstandenen medizinischen Versorgung steht das Prinzip der Fürsorge und das der Patientenverfügung zugrundeliegende Prinzip der Selbstbestimmung

¹¹⁴ Vgl. Birnbacher, D., Dabrock, P., Taupitz, J., Ethik Med 2007, S. 139 (141).

¹¹⁵ Krones, T., Richter, G., Die Arzt-Patienten-Beziehung, In: Schulz, St.; Steigleder, K.; Fangerau, H.; Paul, N.-W. (Hg.), Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Frankfurt am Main 2006, S. 94 (96).

¹¹⁶ Vgl. Rehbock, Th., EthikMed 2002, S. 131 (135).

¹¹⁷ Rehbock, Th., EthikMed 2002, S. 131 (135).

zwangsläufig in Konflikt zueinander, da die zumeist verfügte Begrenzung der Behandlung nicht dem Wohl des Patienten nach objektiven Kriterien entspricht.

Folglich besteht bei einem paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis eine Unvereinbarkeit der beiden gegenübergestellten Prinzipien. Ein Konflikt zwischen dem Selbstverständnis des Arztes als Heiler und der Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung, kann grds. bei einem paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis angenommen werden.

a. Wirkung der Patientenverfügung auf das Selbstverständnis des Arztes

Mit den sozialen Anforderungen an die Fürsorge hinsichtlich des Zutuns des Arztes zur Wahrung und Realisierung der Selbstbestimmung durch eine Patientenverfügung ändert sich die soziale Rolle des Arztes. Indem der Arzt den Patienten bei dem Inhalt von Patientenverfügung berät und bei der Reflexion der persönlichen Werte beiträgt, wird der Mediziner nicht mehr nur in seiner Rolle als Heiler, sondern als Berater oder besser als Begleiter tätig. Die Rolle des Mediziners als Begleiter wird durch Patientenverfügungen infolge der zumeist enthaltenden Ablehnungen von Behandlungen und der Forderung nach palliativmedizinischer Versorgung bei spezifischen Krankheitssituationen verstärkt.

Ferner wird der Arzt als Sachwalter von Patienteninteressen tätig, indem er in der Patientenverfügung enthaltende Patienteninteressen verwirklicht oder diese sogar gegenüber Dritten vertritt.

Folglich führt die Patientenverfügung dazu, dass neben der sozial anerkannten beruflichen Rolle des Heilers die Rolle des Begleiters und des Sachwalters tritt.¹¹⁸ Diese Veränderung in der beruflichen Rolle, auf Grund von sozialen Anforderungen, führt durch die Interaktion von sozialer Rolle und Selbstverständnis ebenso zu einer Änderung des beruflichen Selbstempfindens.

In diesem durch Patientenverfügung mit beeinflussten Wandel des beruflichen Selbstverständnisses liegt jedoch nicht unweigerlich ein Konflikt zwischen dem Selbstkonzept des Heilers und der Patientenverfügung, da bei einem bestehenden pluralistischen Selbstkonzept, wie es heute zumeist vorherrscht, das Selbstverständnis des Heilers und insbesondere die ethische Leitkonstante Fürsorge, wie dargelegt, weiterhin ihre Berechtigung findet. Es zeigt sich jedoch auch, dass das Prinzip der Fürsorge eine Erweiterung erfahren

¹¹⁸ Vgl. Holtkamp, U., Zeitschrift Internist 2007, S 46 f.

hat, fort von einer reinen Hinwendung des Arztes zum körperlichen und vitalen Wohl des Patienten, hin zu einer Hinwendung, in welcher der Mensch als Gesamtheit seiner nicht nur körperlichen sondern auch geistigen, psychischen und sozialen Bedürfnisse wahrgenommen wird.

Die Erweiterung des allg. vorherrschenden Selbstverständnisses kann bei dem Einzelnen, der sich einem traditionellen Selbstverständnis des Heilers und der Fürsorge verbunden fühlt, dazu führen den Wandel durch steigende Anforderungen als einen Konflikt mit seinem Verständnis der Berufsrolle zu empfinden.

3. Situationsbedingter Konflikt

Weiterhin ist zu betrachten, ob ein situationsbedingter Konflikt zwischen der Fürsorge und der Selbstbestimmung bestehen kann, wenn die Patientenverfügung nicht eindeutig auf die spezifische Behandlungssituation anwendbar erscheint.

In dieser Situation sehen sich die überwiegenden Ärzte unter der Prämisse der Fürsorge dazu veranlasst, die Patientenverfügung nicht zu befolgen. Demnach schränkt der Arzt unter Berufung auf bestehende Zweifel und der ärztlichen Fürsorge die Bindungswirkung der Patientenverfügungen ein.

Es erscheint übereilt in diesem Abweichen von dem verfükten Willen und der Einschränkung der Bindungswirkung einen Konflikt zwischen der Fürsorge des Arztes und der Selbstbestimmung zu sehen.

Die Selbstbestimmung des Patienten in einer Situation, in der auf Grund einer bestehenden Einwilligungsunfähigkeit die Patientenverfügung herangezogen werden muss, kann nicht mit einer Behandlungssituation gleichgesetzt werden, in der der Patient aktuell mit der Behandlungslage konfrontiert ist und zeitnah seine Entscheidung treffen kann.

Patientenverfügungen nehmen zumeist auf Behandlungssituationen Bezug, die sich der Patient grdsl. nicht im Detail vorstellen kann und somit die Patientenverfügung nicht explizit auf eine spezifische Behandlungssituation hin zu formulieren vermag. Der Selbstbestimmung im Rahmen einer Patientenverfügung haftet grdsl. der Makel an, auf ein abstraktes Geschehen Bezug zu nehmen, jedoch Konkretes festlegen zu wollen.

Folglich bedarf es durch die Ärzte nicht nur einer strikten Befolgung der Patientenverfügung, sondern vielmehr einer Anwendung der Patientenverfügung in der Gestalt, dass der

Arzt überprüft, ob das Verfügte auf die bevorstehende Behandlung anwendbar erscheint und, wenn notwendig, den in der Patientenverfügung enthaltenen Willen erforscht.¹¹⁹

Es ist gerade Teil der Fürsorge, dass der Arzt die Patientenverfügung zu einer situationsgerechten Anwendung zum jeweiligen Interesse des Patienten führt und damit die Selbstbestimmung des Patienten in Übereinstimmung mit der konkreten Behandlungssituation bringt.

Hierzu gehört unweigerlich auch, dass der anwendende Arzt, bei begründeten Zweifeln die Patientenverfügung hinsichtlich Forderungen lebensbegrenzender Maßnahmen i.S.v. in dubio pro vita nicht zur Anwendung bringt. Eine Verabsolutierung der Selbstbestimmung, in der die Fürsorge des Arztes zur Bedeutungslosigkeit reduziert wird, erscheint dysfunktional für die Wahrung der Patienteninteressen.¹²⁰

Es darf jedoch nicht Ziel sein, die Selbstbestimmung des Patienten an sich einzuschränken, sondern vielmehr die Bindungswirkung an die zweifelhafte Willensbekundung. Denn zumindest bei einer partnerschaftlich verstandenen Fürsorge, die sich am subjektiven Wohl des Patienten orientiert, wird der Arzt die Patientenverfügung, wenn möglich i.S.d. heuristischen Funktion nutzen, um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu ermitteln und so der durch die Patientenverfügung erfolgten Selbstbestimmung weiterhin Geltung zu verleihen, um dieser gerecht zu werden.¹²¹

Folglich bedarf es der Hinwendung des Arztes, um den Willen des Patienten situationsgerecht Geltung zu verleihen. Der Gedanke der Fürsorge und der Selbstbestimmung stehen demnach hier nicht grds. in einem Konflikt, jedoch liegt ein solcher dann vor, wenn die Zweifel zum Zweck der Umgehung der Bindungswirkung verwendet werden,¹²² um eigene Vorstellungen der Lebensgestaltung sowie mögliche optimale medizinische Versorgung zu verwirklichen und zu rechtfertigen. Die Fürsorge orientiert sich in diesen Fällen an einem paternalistischen Verständnis einer Beziehung von Arzt und Patient, womit wiederum ein Konflikt zur Selbstbestimmung bestehen würde.¹²³

¹¹⁹ Vgl. Merks, K.-W., Selbstbestimmung und Fürsorge, In: May, Arnd T.; Charbonnier, R. (Hg.), Patientenverfügung – Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Berlin 2005, S. 19 (33).

¹²⁰ Vgl. Landau, H., ZRP 2005, S. 50 (52).

¹²¹ Vgl. Strätling, M.; ZRP 2003, S. 289 (290); Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (146).

¹²² Zur Gefahr der Relativierung von Patientenverfügungen vgl. Ernst, G., Ethik Med 2008, S. 240 ff.

¹²³ Unvereinbarkeit von Fürsorge und Relativierung von Patientenautonomie vgl. Merks, K.-W., Selbstbestimmung und Fürsorge, In: May, Arnd T.; Charbonnier, R. (Hg.), Patientenverfügung – Unterschiedliche Regelungsmöglichkeiten zwischen Selbstbestimmung und Fürsorge, Berlin 2005, S. 19 (31); Rehbock, Th., Ethik Med 2002, S. 131 (148).

4. Spannungen bei der Anwendung von Patientenverfügungen

Unberücksichtigt soll nicht bleiben, dass es in der Praxis, unabhängig der Art des bestehenden Arzt-Patienten-Verhältnisses, zu Spannungen hinsichtlich der Anwendung von Patientenverfügungen kommt.

Diese Spannungen äußern sich bei den Beteiligten in einer emotionalen Belastungssituation hinsichtlich des Umgangs mit und der Anwendung von Patientenverfügungen.¹²⁴

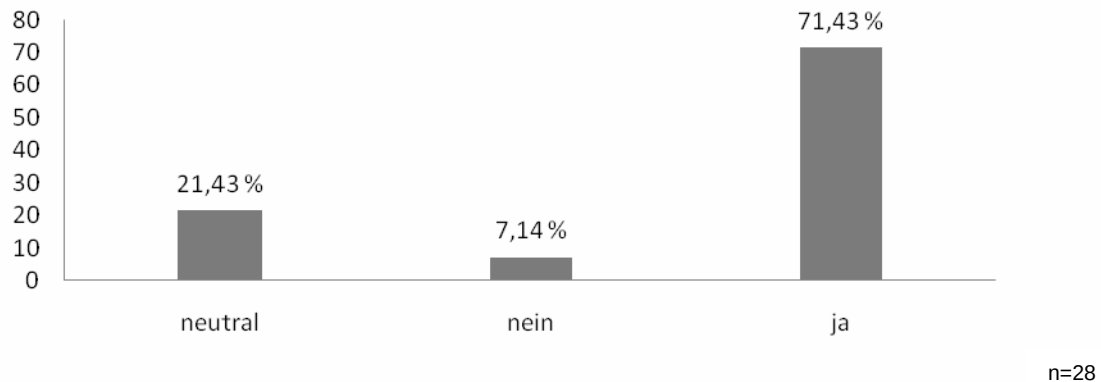
Erfahrungsgemäß kann die Spannung jedoch nicht auf eine Unvereinbarkeit zwischen dem Prinzip der Fürsorge und der Selbstbestimmung zurückgeführt werden, sondern vielmehr auf eine Rechtsunsicherheit und Angst vor den rechtlichen Konsequenzen bei einer Begrenzung der invasiven Behandlung auf Grund einer Patientenverfügung. Insbesondere junge Ärzte beängstigt das Nichtbestehen klarer rechtlicher Regelungen.¹²⁵ Zum anderen beruhen diese Spannungen auf der Problematik der Qualität der Patientenverfügungen. Die Qualität der Formulierungen der Patientenverfügungen sind in der Praxis entscheidend für die Anwendbarkeit und die Akzeptanz durch die Ärzte. Ungenaue Formulierungen oder generalklauselartig verfasste Patientenverfügungen führen meist dazu, dass Patientenverfügungen nicht auf spezifische Krankensituationen angewandt werden können und, dass die Akzeptanz der Ärzte sinkt.

Im Rahmen der Befragung von Medizinern erklärten 71,43 % der Befragten, dass die Patientenverfügung eine Unterstützung für eine patientenorientierte Versorgung sein könnte, wenn die Qualität i.S.v. Eindeutigkeit und Verständlichkeit gewahrt wäre.

¹²⁴ Zur Spannung oder Anspannung als psychologische Belastung vgl. Fröhlich, W.-D., Wörterbuch Psychologie, München 2005, S. 448.

¹²⁵ Zum Gefühl der Mitschuld und Angst vor juristischen Konsequenzen vgl. Salomon, F., Leben und Sterben in der Intensivmedizin, Lengerich 1996, S. 162.

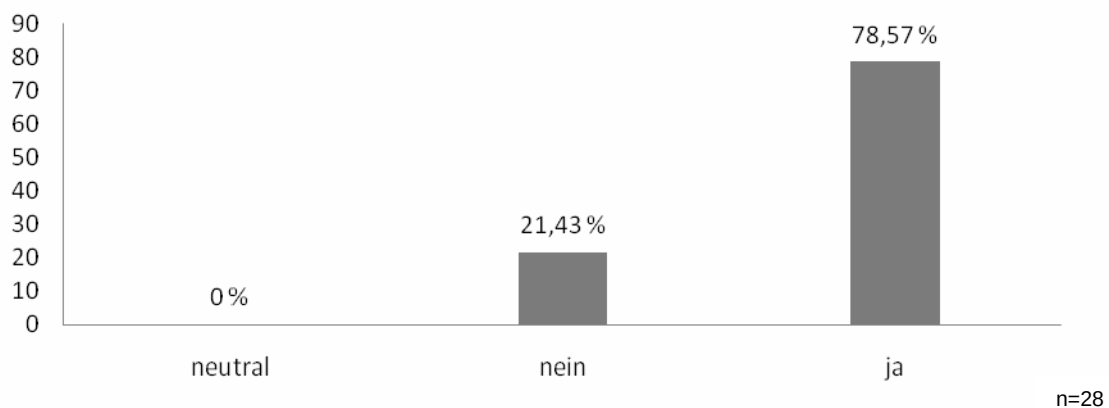
Frage: Patientenverfügungen könnten eine Unterstützung in einer patientenorientierten Versorgung sein, wenn ihre Qualität gewahrt wäre.



Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

Dabei hielten 78,57 % der befragten Mediziner die Patientenverfügung für geeignet, um den Patienten in seinem Sinne zu versorgen.

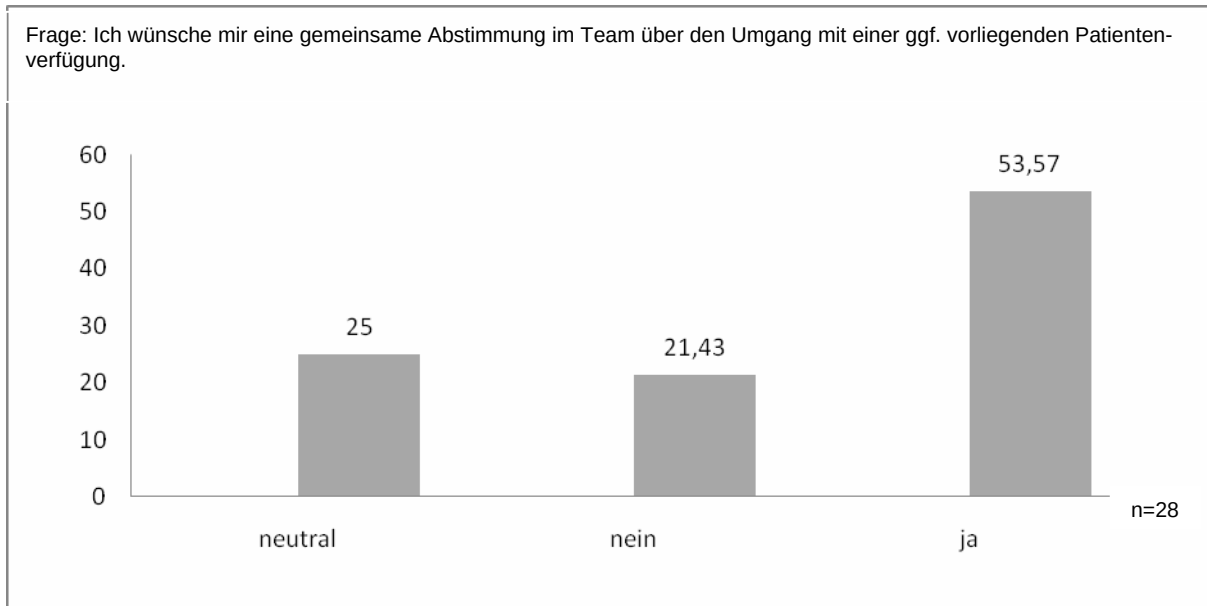
Frage: Patientenverfügungen helfen den Patienten in seinem Sinne zu behandeln.



Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

Unabhängig von der nicht zu verkennenden emotionalen Belastung, durch Bedenken rechtlicher Konsequenzen sowie teilweise äußerst schweren Situationen, den hervortretenden Willen des Patienten aus der Patientenverfügung gegenüber den Angehörigen vertreten zu müssen, besteht zudem die Angst zur Übernahme der Verantwortung bei Beachtung der Patientenverfügung und der daraus zumeist resultierenden Begrenzung von invasiven Therapien.

Von jungen Ärzten wird zudem eine klare Positionierung von vorgesetzten Ärzten hinsichtlich des Umganges mit Patientenverfügung vermisst.¹²⁶ In diesem Zusammenhang erklärten bei der Befragung 53,57 % der Mediziner, dass sie sich eine gemeinsame Abstimmung in ihrem Team bezüglich des Umgangs mit vorliegenden Patientenverfügungen wünschen.



Evaluierung zum Selbstverständnis des Arztes und Einstellung zur Patientenverfügung.

Diese dargelegten Anwendungsproblematiken und die daraus folgenden Spannungen können zwar zu einem Anwendungskonflikt führen jedoch besteht darin kein Konflikt zwischen dem Selbstverständnis des Mediziners und der Patientenverfügung.

5. Fazit

Ein Konflikt zwischen dem Selbstverständnis des Arztes als Heiler und der Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung des Patienten kann grds. angenommen werden, wenn der Patient sich als selbstbestimmtes Subjekt versteht und sich als Ausdruck dessen mit der Patientenverfügung ein selbstbestimmtes Sterben ermöglichen will und der Arzt auf Grund einer paternalistisch verstandenen Fürsorge den Patienten im Maße seiner beanspruchten Vernunftshoheit zum Objekt reduziert, indem die Behandlungsentscheidung

¹²⁶ Vgl. Salomon, F., Leben und Sterben in der Intensivmedizin, Lengerich 1996, S. 170.

nicht auf dem verfügbaren subjektiven Willen des Patienten beruhend erfolgt, sondern an den objektiven Kriterien einer möglichen optimalen medizinischen Versorgung.

Bei einer der Behandlungssituation zugrunde liegenden partnerschaftlichen Verhältnis hingegen bedingen sich die Hinwendung des Arztes zum Wohl des Patienten und die Selbstbestimmung des Patienten, da nur so eine optimale am subj. Wohl des Patienten ausgerichtete Versorgung erfolgen kann.

Zudem besteht in der Einschränkung der Bindungswirkung auf Grund von Zweifeln an der Anwendbarkeit der Patientenverfügung auf die jeweils vorliegende Behandlungskonstellation kein grunds. Konflikt zwischen Patientenverfügung und Selbstverständnis des Arztes. Eine Unvereinbarkeit von Fürsorge und Selbstbestimmung wird jedoch anzunehmen sein, wenn der Einwand bestehender Zweifel angeführt wird, um eigene Vorstellungen sowie eine aus der Sicht des Arztes gebotene Handlung zu rechtfertigen.

Die darüber hinaus in der Praxis auftretenden Anwendungsprobleme auf Grund von mangelnder Qualität der Patientenverfügungen, Rechtsunsicherheiten und Ängsten vor rechtlichen Konsequenzen führen zu einer allgemeinen Unsicherheit der Handhabung von Patientenverfügungen, die als emotionale Belastungssituation wahrgenommen wird und sich als ein Anwendungskonflikt äußern kann. Dieser wahrgenommene Anwendungskonflikt kann jedoch nicht mit einem Konflikt des Selbstverständnisses des Arztes als Heiler und der Patientenverfügung gleichgesetzt werden, da dieser nicht auf einer Unvereinbarkeit der Prinzipien Fürsorge und Selbstbestimmung beruht, sondern vielmehr auf einer Konfrontation mit der Unsicherheit der Handhabung von Patientenverfügungen.

IV. Thesen

1. Patientenverfügungen sind als vorgelagerte Willensbekundungen Instrumente der Selbstbestimmung des Patienten, wobei nicht nur die vordergründige Selbstbestimmungsfunktion der Wahrung der Selbstbestimmung dient.
2. Die Entwicklung der Selbstbestimmung in der Medizin kann nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Wandel gesehen werden. Der Bedeutungszugewinn der Selbstbestimmung beruht zum einen auf dem Emanzipationsstreben des Bürgertums, welches begünstigt durch die Sozialgesetzgebung verstärkt mit der Medizin in Berührung gekommen ist und zum anderen auf der steigenden medizinischen Leistungsfähigkeit, mit der ein Bedürfnis des Patienten nach gesundheitlicher Selbstbestimmung einhergeht. Die Rechtspre-

chung des Reichsgerichtes stellt in diesem Wandel eine rechtliche Klarstellung des Rechts auf Selbstbestimmung des Patienten dar und zeigt zum anderen, dass die Stärkung der Selbstbestimmung des Patienten eine notwendige Korrekturmaßnahme des Machtverlustes des Patienten ist.

3. Das Selbstverständnis des Arztes als Heiler ist nicht verloren gegangen, sondern hat sich auf Grund der sozialen Anforderungen an den Berufsstand erweitert und pluralisiert. In diesem Pluralismus von Selbstkonzepten findet das Selbstbild des Heilers immer noch seine Berechtigung und scheint als Selbstkonzept mitunter zu dominieren.

4. Das ethische Prinzip der Fürsorge kann dem Selbstverständnis des Arztes als Heiler als traditionelle Leitkonstante des ärztlichen Handelns zugeordnet werden und besteht für die Ärzte als normativ verpflichtendes Prinzip weiter fort.

5. Das Bestehen eines Konfliktes zwischen dem Selbstverständnis des Arztes als Heiler und der Patientenverfügung steht in Abhängigkeit mit dem ihm zugrundeliegenden Arzt-Patienten-Verhältnis. Soweit der Fürsorge des Arztes ein paternalistisches Verständnis einer Arzt-Patienten-Beziehung zu Grunde liegt, besteht eine Unvereinbarkeit zwischen der Fürsorge und der Selbstbestimmung, da sich die fürsorgliche Hinwendung an einem objektiven Wohl gemäß der Definitionsmacht des Arztes orientiert. Bei Zugrundeliegen eines partnerschaftlichen Arzt-Patienten-Verhältnisses hingegen wird sich der Arzt am subjektiv empfundenen Wohl des Patienten orientieren und Grund dessen die antizipierte Willensbekundung zu einer situationsgerechten Anwendung bringen. Eine valide Patientenverfügung wiederum ermöglicht dabei eine patientenorientierte Fürsorge. Demnach bedingen sich das Prinzip der Fürsorge und der Selbstbestimmung in einer partnerschaftlichen Beziehung von Arzt und Patient, womit ein Konflikt von Selbstbild des Arztes und Patientenverfügung ausscheidet.

6. In der Einschränkung der Bindungswirkung von Patientenverfügungen kann ebenso kein genereller Konflikt zwischen dem Selbstverständnis des Arztes als Heiler und der Patientenverfügung gesehen werden. Eine situationsgerechte Anwendung von Patientenverfügungen auf spezifische Behandlungssituationen ist Ausdruck einer partnerschaftlich verstandenen Fürsorge. Hierzu gehört auch die Berücksichtigung von begründeten Zweifeln zugunsten des Lebens bei Bestehen einer Behandlungsindikation. Die vom BGH bestätigte Bindungswirkung darf nicht zu einer Absolutierung der Patientenverfügung und der enthaltenen Selbstbestimmung führen, die einer situationsgerechten, im Interesse des Patienten stehenden Anwendung entgegen steht und begründete Zweifel unberücksichtigt lässt.

Um jedoch der Selbstbestimmung gerecht zu werden, bedarf es, wenn möglich, der Anwendung der heuristischen Funktion der Patientenverfügung.

7. Die in der Praxis bestehenden Anwendungsprobleme von Patientenverfügungen auf Grund von Qualitätsmängeln der Patientenverfügungen, Rechtsunsicherheiten und Ängsten vor rechtlichen Konsequenzen bei Anwendung der antizipierten Willensbekundung führt zu einer emotionalen Belastung, die sich in Anwendungskonflikten äußern kann.

8. Patientenverfügungen stellen soziale Anforderungen an die Berufsrolle des Arztes und wirken somit auf das Selbstbild des Arztes als Heilers ein, indem sie dieses um das Selbstkonzept des Begleiters und Sachwalters von Patienteninteressen erweitern. Dieser Wandel kann von dem Einzelnen als Konflikt mit seinem traditionellen Selbstbild als Heiler empfunden werden.

Der Autor:

Sven Wedlich studierte nach dem ersten juristischen Staatsexamen am Interdisziplinären Zentrum Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Er arbeitete 2009 als wissenschaftlicher Mitarbeiter am immunologischen Laboratorium von Prof. Dr. Ringel in Aachen.

Anhang

I. Fragebogen

Umfrage zum Selbstverständnis des Arztes und dem Umgang mit Patientenverfügungen

☐ männlich ☐ weiblich

Fachrichtung _____

praktizierend seit _____

PJ- Studenten sind recht herzlich eingeladen an der Umfrage teilzunehmen. Bitte PJ bei praktizierend seit eintragen und die Fachrichtung freilassen. Vielen Dank.

Wie sehen Sie Ihre Rolle als Mediziner?

1. Ich fühle mich als Heiler.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
2. Ich fühle mich als Dienstleister.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
3. Ich fühle mich als Sachwalter von Interessen meines Krankenhauses.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
4. Ich fühle mich als Wissenschaftler/ Forscher.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
5. Ich fühle mich als Unternehmer.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
- Ich fühle mich als Begleiter.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
7. Ich fühle mich als Verwalter/ Organisator.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht

Wie empfinden Sie das Arzt- Patienten-Verhältnis?

14. Fürsorge des Arztes steht über dem Willen des Patienten.
auf keinen (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) unbedingt
Fall
15. Autonomie des Patienten und Fürsorge des Arztes stehen in einem Gleichgewicht.
auf keinen (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) unbedingt
Fall
16. Autonomie des Patienten steht über der Fürsorge des Arztes.
auf keinen (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) unbedingt
Fall

Umgang und Einstellung mit/ zu Patientenverfügungen.

17. Patientenverfügungen helfen den Patienten in seinem Sinne zu behandeln.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
18. Patientenverfügungen instrumentalisieren mich als Arzt.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
19. Patientenverfügungen sind in der Praxis nicht hilfreich.
stimmt
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) stimmt genau
nicht

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

8. Ich fühle mich als Handwerker.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
9. Ich fühle mich als Sachwalter von Patienteninteressen.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht

Welchen ethischen Prinzipien fühlen Sie sich verpflichtet?

10. Dem Prinzip der Fürsorge, im welchen das Wohl des Patienten im Vordergrund steht.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
11. Dem Prinzip der Autonomie, in welchen der Wille des Patienten im Vordergrund steht.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
12. Dem Prinzip der Nichtschädigung.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
13. Dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
20. Patientenverfügungen widersprechen einer patientenorientierten Einzelfallversorgung.
stimmt
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) stimmt genau
nicht
21. Es ist wichtig, sich mit Patientenverfügungen und der rechtlichen Wirkung auseinanderzusetzen.
auf keinen (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) unbedingt
Fall
22. Wie würden Sie ihr eigenes Wissen über Patientenverfügungen einschätzen?
schlecht (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) sehr gut

23. Patientenverfügungen könnten eine Unterstützung in einer patientenorientierten Versorgung sein, wenn ihre Qualität/ Eindeutigkeit/ Verständlichkeit gewahrt wäre.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
24. Ich wünsche mir eine gemeinsame Abstimmung im Team über den Umgang mit einer ggf. vorliegenden Patientenverfügung im Einzelfall.
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) extrem stark
nicht
25. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht haben den gleichen Regelungsinhalt.
stimmt
überhaupt (-3)---(-2)---(-1)---(0)---(1)---(2)---(3) stimmt genau
nicht

II. Gesamtauswertung

Evaluierung zum Selbstverständnis und Einstellung zu Patientenverfügungen.

	überhaupt nicht		gar nicht		nicht		neutral		stark		sehr stark		extrem stark	
			nein				neutral				ja			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Heiler	3	8,33	4	11,11	2	5,56	1	2,78	7	19,44	13	36,11	6	16,67
			25	9			1	2,78			26	72,22		
Dienstleister	1	2,78	0	0	2	5,56	5	13,89	12	33,33	13	36,11	3	8,33
			3	8,33			5	13,89			22	77,78		
Sachwalter d. Krankenhauses	7	19,44	5	13,89	6	16,67	6	16,67	5	13,89	4	11,11	1	2,78
			18	50			6	16,67			10	27,78		
Forscher	3	8,33	4	11,11	6	16,67	7	19,44	8	22,22	7	19,44	1	2,78
			13	36,11			7	19,44			16	44,44		
Unternehmer	18	50	4	11,11	4	11,11	7	19,44	2	5,56	1	2,78	0	0
			26	72,22			7	19,44			3	8,33		
Begleiter	2	5,56	1	2,78	1	2,78	14	38,89	8	22,22	7	19,44	3	8,33
			4	11,11			14	38,89			18	50		
Verwalter	5	13,89	5	13,89	2	5,5	7	19,44	10	27,77	6	16,67	1	2,78
			12	33,33			7	19,44			16	44,44		
Handwerker	9	25	1	2,78	1	2,78	7	19,44	12	33,33	4	11,11	2	5,56
			11	8,33			7	19,44			18	50		
Sachwalter v. Patienteninteressen	2	5,56	0	0	1	2,78	8	22,22	11	30,56	11	30,56	3	8,33
			3	8,33			8	22,22			25	69,44		

n=36

Gesamtauswertung Selbstverständnis der Mediziner

	überhaupt nicht		gar nicht		nicht		neutral		stark		sehr stark		extrem stark	
			nein				neutral				ja			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fürsorge	0	0	0	0	0	0	0	0	5	13,89	14	38,89	17	47,22
			0	0			0	0			36	100		
Autonomie	0	0	0	0	2	5,56	4	11,11	8	22,22	15	41,67	7	19,44
			2	5,56			4	11,11			30	83,33		
Nichtschädigung	0	0	0	0	0	0	2	5,56	2	5,56	10	27,78	22	61,11
			0	0			2	5,56			34	94,44		
Gerechtigkeit	0	0	1	2,78	0	0	8	22,22	10	27,78	13	36,22	4	11,11
			1	2,78			8	22,22			27	75		

n=36

Gesamtauswertung Verpflichtung zu medizinethischen Prinzipien

Frage	überhaupt nicht		gar nicht		nicht		neutral		stark		sehr stark		extrem stark	
			nein				neutral				ja			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
14	4	11,11	5	13,89	4	11,11	9	25	7	19,44	5	13,89	2	5,56
			13	36,11			9	25			14	38,89		
15	1	2,78	2	5,56	3	8,33	12	33,33	7	19,44	8	22,22	3	8,33
			6	16,67			12	33,33			18	50 %		
16	2	5,56	4	11,11	8	22,22	11	30,56	3	8,33	6	16,67	2	5,56
			14	38,89			11	30,56			15	30,56		
n=36														

Frage Wie empfinden sie das Arzt-Patienten-Verhältnis?

14. Fürsorge des Arztes steht über dem Willen des Patienten.

15. Autonomie des Patienten und Fürsorge des Arztes stehen in einem Gleichgewicht.

16. Autonomie des Patienten steht über der Fürsorge des Arztes.

Gesamtauswertung zum Empfinden des Arzt-Patienten-Verhältnis

Gesamtauswertung Einstellung zu Patientenverfügungen

Frage	überhaupt nicht		gar nicht nein		nicht		neutral neutral		stark		sehr stark ja		extrem stark	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
17	2	17,14	3	10,71	1	3,57	0	0	12	42,86	6	21,43	4	14,29
			6	21,42			0	0			22	78,57		
18	1	3,57	7	25	4	14,29	3	10,71	6	21,43	7	25	0	0
			12	42,86			3	10,71			13	46,43		
19	3	10,71	5	17,86	1	3,57	4	14,29	7	25	6	21,43	2	7,14
			12	42,86			4	14,29			15	53,57		
20	5	17,86	4	14,29	4	14,29	5	17,86	4	14,29	6	21,43	0	0
			13	46,43			5	17,86			10	35,71		
21	0	0	0	0	1	3,57	7	25	2	7,14	6	21,43	12	42,86
			1	3,57			7	25			20	71,43		
22	0	0	1	3,57	5	17,86	7	25	6	21,43	5	17,86	4	14,29
			6	21,43			7	25			15	53,57		
23	0	0	1	3,57	1	3,57	6	21,43	4	14,29	8	28,57	8	28,57
			2	17,14			6	21,43			20	78,43		
24	0	0	1	3,57	0	0	2	7,14	4	14,29	11	39,29	9	32,14
			1	3,57			2	7,14			24	85,71		
25	11	39,29	11	39,29	0	0	3	3,57	1	3,57	1	3,57	1	3,57
			22	78,57			3	3,57			3	10,71		

n= 28

17. Patientenverfügungen helfen den Patienten in seinem Sinne zu behandeln.
 18. Patientenverfügungen instrumentalisieren mich als Arzt.
 19. Patientenverfügungen sind in der Praxis nicht hilfreich.
 20. Patientenverfügungen widersprechen einer patientenorientierten Einzelversorgung.
 21. Es ist wichtig, sich mit Patientenverfügungen und der rechtlichen Wirkung auseinanderzusetzen.
 22. Wie würden Sie ihr eigenes Wissen über Patientenverfügungen einschätzen?
 23. Patientenverfügungen könnten eine Unterstützung in einer patientenorientierten Versorgung sein, wenn ihre Qualität/ Eindeutigkeit/ Verständlichkeit gewahrt wäre.
 24. Ich wünsche mir gemeinsame Abstimmung im Team über den Umgang mit einer ggf. vorliegenden Patientenverf.
 25. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht haben den gleichen Regelungsgehalt.

In dieser Reihe sind bisher folgende Bände erschienen:

- | | |
|--------|--|
| Band 1 | Prof. Dr. Gerfried Fischer „Medizinische Versuche am Menschen“, 2006 |
| Band 2 | Verena Ritz „Harmonisierung der rechtlichen Regelungen über den Umgang mit humanen embryonalen Stammzellen in der EG: Bioethik im Spannungsfeld von Konstitutionalisierung, Menschenwürde und Kompetenzen“, 2006 |
| Band 3 | Dunja Lautenschläger „Die Gesetzesvorlagen des Arbeitskreises Alternativentwurf zur Sterbehilfe aus den Jahren 1986 und 2005“, 2006 |
| Band 4 | Dr. Jens Soukup, Dr. Karsten Jentzsch, Prof. Dr. Joachim Radke „Schließen sich Ethik und Ökonomie aus“, 2007 |
| Band 5 | Prof. Dr. Hans Lilie (Hrsg.) „Patientenrechte contra Ökonomisierung in der Medizin“, 2007 |
| Band 6 | <p>Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG)</p> <p>Auszug aus dem Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln (Arzneimittelgesetz - AMG)</p> <p>Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz - TFG), 2007</p> |
| Band 7 | Dr. Erich Steffen „Mit uns Juristen auf Leben und Tod“, 2007 |
| Band 8 | Dr. Jorge Guerra Gonzalez, Dr. Christoph Mandla „Das spanische Transplantationsgesetz und das Königliche Dekret zur Regelung der Transplantation“, 2008 |

- Band 9 Dr. Eva Barber „Neue Fortschritte im Rahmen der Biomedizin in Spanien: Künstliche Befruchtung, Präembryonen und Transplantationsmedizin“ und „Embryonale Stammzellen - Deutschland und Spanien in rechtsvergleichender Perspektive“, 2008
- Band 10 Prof. Dr. Dr. Eckhard Nagel „Was ist der Mensch? Gedanken zur aktuellen Debatte in der Transplantationsmedizin aus ethischer Sicht“
Prof. Dr. Hans Lilie "10 Jahre Transplantationsgesetz - Verbesserung der Patientenversorgung oder Kommerzialisierung?", 2008
- Band 11 Prof. Dr. Hans Lilie, Prof. Dr. Christoph Fuchs „Gesetzestexte zum Medizinrecht“, 2009
- Band 12 PD Dr. Matthias Krüger „Das Verbot der post-mortem-Befruchtung. § 4 Abs. 1 Nr. 3 Embryonenschutzgesetz –Tatbestandliche Fragen, Rechtsgut und verfassungsrechtliche Rechtfertigung“, 2010
- Band 13 Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe, Dr. jur. Marlis Hübner „Ärztlich assistierter Suizid – Tötung auf Verlangen. Ethisch verantwortetes ärztliches Handeln und der Will des Patienten“, 2010
- Band 14 Philipp Skarupinski „Medizinische, ethische und rechtliche Aspekte der Notwendigkeit einer Kinderarzneimittelforschung vor dem Hintergrund der EG-Verordnung 1901/2006“, 2010
- Band 15 Stefan Bauer „Indikationserfordernis und ärztliche Therapiefreiheit: Berufsrechtlich festgelegte Indikation als Einschränkung ärztlicher Berufsfreiheit? Dargestellt am Beispiel der Richtlinie zur assistierten Reproduktion“, 2010
- Band 16 Heidi Ankermann „Das Phänomen Transsexualität – Eine kritische Reflexion des zeitgenössischen medizinischen und juristischen Umgangs mit dem Geschlechtswechsel als Krankheitskategorie“, 2010