

Gesundheit: Wohl oder Wille? Woran orientiert sich die Medizin?

I.

Der in Frageform gekleidete, in der Literatur überall als Antithese zitierte Satz – soll Wohl oder Wille des Kranken oberstes Prinzip sein – lehnt sich an einen Satz des Cicero (De Legibus 3,8) an – Salus populi suprema lex, er betrifft Grundfragen der Medizin. Verschiedene Formen des Paternalismus und Autonomiekonzepte streiten miteinander.

Das herkömmliche als hippokratisch bezeichnete Modell geht von der Aufgabe der Medizin aus, das ärztlich-medizinisch Notwendige zu tun. Heilung beeinträchtigter Gesundheit, Bekämpfung und Linderung von Krankheiten, Pflege bei nicht mehr möglicher Heilung werden als Aufgaben der Medizin angesehen. Nur das dafür Erforderliche deckt die gesetzliche Krankenversicherung, sie finanziert nur Heilbehandlung. Ist das die eigentliche Aufgabe der Medizin?

Die moderne Medizin geht jeweils teilweise weit darüber hinaus. Vitaloptimierung (Kettner) und Verbesserung der Lebensqualität, die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (Igel) sind ihr Programm. Sprechen wir ihre Wege und Ziele an. Ästhetische- und Schönheitschirurgie, anti-

aging, Verbesserung der genetischen Ausstattung werden genannt. Viele Methoden der sich ausweitenden Alternativmedizin, natur- und pflanzenkundliche Verfahren treten auf im Namen eines ganzheitlichen, selbstbestimmten Verständnisses von Krankheit und Wohl.

Die Weltgesundheitsorganisation hat Gesundheit weit gefasst und beschrieben: Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Das greift sehr weit. Laufs hat mit anderen kritisiert, dieser Gesundheitsbegriff wecke unerfüllbare Ansprüche und dämpfe die Bereitschaft zur Selbsthilfe.

Der Gesundheitsbegriff der WHO ist wohl in weiten Bereichen von der Kategorie des medizinisch zu umschreibenden „Wohls“ gedeckt. Er erlaubt sicher den Ausgriff auf viele Bereiche, der so genannten Wunschmedizin. Die Medizin wird prinzipiell für sie offen sein müssen. Freilich ist die Frage, was von der Sozialversicherung getragen wird, eine andere.

Insbesondere die genetische Medizin eröffnet weite neue Gebiete. Mit der Entschlüsselung und der erwarteten Zugänglichkeit des Genoms wird eine wesentliche Verbesserung der menschlichen Konstitution unter anderem durch Geweberegenerierung und Keimbahnveränderungen möglich. Lebensverlängerung durch regenerative Medizin rückt in den Bereich des Möglichen, tritt neben die bisherigen überwiegend reparativen Methoden der Medizin. Eine andere Frage ist, ob und wie weit jeder einen Anspruch auf solche Leistungen der Medizin hat.

Der klassische ärztliche Behandlungshorizont hat sich mit den neuen Möglichkeiten der Medizin entscheidend erweitert und verändert, der Patient wird in Teilen zum Kunden der bestimmte Techniken bzw. ein bestimmtes Know-how in Anspruch nehmen will.

Die Solidargemeinschaft wird nicht alle Wünsche erfüllen und bezahlen können. Im Rahmen der GKV haben der Gesetzgeber und die von ihm dazu eingesetzten Institutionen Definitions- und Steuerungsmodelle dafür unter anderem im Gemeinsamen Bundesausschuss im GKV-System sowie im DRG-System. Die Möglichkeiten des Willens sind hier weitgehend begrenzt, freilich nicht für den privat bezahlten Bereich, der frei ist, den der Arzt dem Patienten anbieten mag auch über das gesetzliche System hinaus. Freilich ist nicht unstrittig, ob der Arzt seinen Patienten, wie es heute teilweise geschieht, solche Angebote frei und unbegrenzt machen darf oder ob das unärztlich erscheint, etwa wie kürzlich gegen Sonderzahlungen in der Transplantationsmedizin oder auch nur für Brillen mit Sonderzuschritt.

Ich möchte das für die ärztlichen Regelleistungen annehmen, die nicht durch die Kassenleistungen gedeckt sind. Aber allein der Wunsch oder nur das Einverständnis reicht nicht aus. Fraglich und strittig ist, ob und in wie weit das Wohl solche Leistungen gebietet oder wenigstens erlaubt. Methoden der Wunschmedizin können auch Gefahren für die Gesundheit mit sich bringen.

Eine Behandlung ohne den Willen bzw. gegen den Willen, eine Zwangsbehandlung ist nicht zulässig. Allein die Erforderlichkeit einer Maßnahme für das Wohl, für „Salus“ reicht nicht aus. Das Grundrecht auf Selbstbestimmung steht dem entgegen. Auch die unvernünftige, schädigende Ablehnung ärztlicher Behandlung ist letztlich zu respektieren. Der Arzt hat zwar die Pflicht, seinen Patienten von der Notwendigkeit eines Eingriffes zu überzeugen. Schädigende, medizinisch kontra indizierte Behandlungswünsche, wie etwa das Ziehen aller Zähne, obwohl die Beschwerden der Patienten nach ärztlicher Erkenntnis nicht darauf zurückgehen, hat der Bundesgerichtshof mit recht als Körperverletzung angesehen. Ein Patient verlangte vom Arzt die Extraktion aller Zähne. Der Arzt erkannte, dass die Beschwerden nicht von den Zähnen kamen. Er gab aber dem Willen, dem Wunsch seines Patienten nach, obwohl er sah, dass er dem Wohl des Patienten nicht nützte, sondern schadete. Der Bundesgerichtshof hat das mit recht als strafbar angesehen, keine Rechtfertigung durch die Einwilligung anerkannt und den Arzt bestraft. Dabei hat es sich freilich um einen für das ganze System extremen Fall gehandelt.

Der Streit um die Aufklärungspflicht in der Medizin ist mit der Entgegensetzung von Wohl und Wille geführt worden. Der Kölner Internist Rudolf Groß hat in einer Diskussion überzeugend ausgeführt, der Patient komme primär nicht in die Klinik um dort sein Selbstbestimmungsrecht und seinen Willen auszuüben, sondern damit ihm geholfen werde.

II.

Salus und Voluntas Wohl tun und Wille als bestimmende Grundelemente der Medizin stehen auch im Mittelpunkt ethischer und rechtlicher Diskussionen.

Autonomieorientierte Konzepte streiten mit solchen, die die Fürsorge in den Vordergrund stellen, denen freilich teilweise der Vorwurf des milden oder strikten Paternalismus gemacht wird. Die vordringende Betonung von Freiheit und Autonomie hat den Diskurs der Medizin seit Beginn der 70er Jahre geprägt. Der Vorrang der Autonomie ist aber nicht unangefochten geblieben. Care-Ethik Ansätze treten ihm entgegen. Damm spricht jüngst davon, es deuteten sich am Patientenwohl orientierte paternalistische Rekonstruktionstendenzen an. Es gebe einen „positiven Neopaternalismus“ und eine Rückbesinnung auf das Patientenwohl gegenüber einer als einseitig überbewerteten Patientenautonomie.

Ein strenger Paternalismus, der davon ausgeht vorherrschendes Prinzip solle sein, dass das Arzt-Patientenverhältnis davon bestimmt sein müsse, dass der Arzt eindeutig besser wisse und zu bestimmen habe, was für das Wohl des Patienten gut und daher bei der Behandlung einzusetzen sei, findet mit recht heute keine Anerkennung. Es kann auch nicht das rechtlich geltende Prinzip sein. In der Diskussion überwiegen vermittelnde Konzepte. Exemplarisch sei das so genannte Georgetown-Mantra genannt, das die Diskussion auch in Deutschland bestimmt, die Prinzipienethik von Beauchamp/Childress in ihren jetzt in 5. Auflage vorliegenden „Principles

of Biomedical Ethics“. Sie geht von der praktizierten, praktischen Alltagsmoral aus, nicht von einer abstrakten Theorie als Ursprung medizinischer und rechtlicher Prinzipien. Als Prinzipien nennen Beauchamp/Childress vier Grundsätze auf mittlerer Ebene angesiedelt, sozialkonsensfähig, letztbegründungsneutral. Es sind:

1. Respekt vor der Autonomie;
2. Wohltun/Fürsorge;
3. Nichtschaden;
4. Gerechtigkeit.

Sie sollen keine einander ausschließenden Regeln sein, die jeweils Vorrang beanspruchen. Vielmehr sind sie als Optimierungsgebote zu verstehen, die nach Abwägung aufgrund ihrer relativen Gewichtung im Einzelfall gelten. Wohl und Wille sind, wie ich es früher einmal zu formulieren versucht habe, nicht einander im Rang bekämpfende, sondern je nach Situation des Falles geltende, einander ergänzende und begrenzende Gesichtspunkte. Das Gute, das Wohl kann, so überzeugend Pellegrino, nicht allein in medizinischen Definitionen erfasst werden. Hier liegt die Grenze eines medizinischen Paternalismus. Für die Medizin ist das Wohl immer nur unter Berücksichtigung des Willens des Patienten und der Gesellschaft, zu der er gehört, zu definieren.

Dem Patienten wird nicht wohl getan, wenn seine eigene Auffassung von seinem Besten, sein Wille verletzt wird. Es besteht danach kein ausschließender, prinzipieller Gegensatz zwischen Autonomie und Fürsorgeprinzip. Die Fürsorge zielt ab auf das Gute für den Patienten. Die selbstbestimmte Entscheidung ist ein Teil dieses Guten, so dass die

Verletzung der Autonomie als Gegenteil eines dem Wohle dienenden Aktes angesehen werden muss. Der Begriff des Wohles muss weiter gefasst werden, er kann nicht nur medizinisch-technisch im Sinne von klinischer Heilbehandlung verstanden werden.

Das schließt natürlich, wie auch Beauchamps/Childress einräumen, Spannungen, Gegensätze und Konflikte zwischen Wohl und Willen nicht aus. Beide sind vermittelnde Begriffe, das Wohl kann nicht ohne Rücksicht auf den Willen definiert werden. Laufs spricht davon, Wohl und Wille verlangten gleichermaßen Respekt. Er nennt die Formulierung Wiethölters treffend: *Salus ex voluntate, voluntas pro salute, salus et voluntas*.

III

Im Streit um die Form der Aufklärung sind *salus* und *voluntas* gegeneinander in Front gebracht, inzwischen aber weitgehend miteinander vereinbar geworden, wenn auch nicht ohne bleibende Antinomien.

An der grundsätzlichen Pflicht zur Aufklärung aus Respekt vor der Autonomie besteht kein Zweifel. Die Rechtsprechung hat ihren ursprünglich sehr rigorosen Standpunkt abgemildert und den absoluten Vorrang des Willens eingeschränkt. Sie hat den Umfang der Aufklärung begrenzt auf das, was für einen „verständigen Menschen“ in seiner Lage für den Entschluss in die Behandlung einzuwilligen, ernsthaft ins Gewicht fällt. Eine Aufklärung über möglicherweise eintretende ungünstige

Nebenfolgen kann unterbleiben, wenn sie viel weniger gravierend sind als das gänzliche Unterbleiben der Behandlung. Eine Abwägung des Umfanges der Aufklärung mit den Pflichten für das Wohl des Kranken wird möglich. Je dringlicher die Indikation, je schwerer die Gefahr für das Wohl des Patienten wiegt, je notwendiger der Eingriff, desto leichter wiegt die Aufklärungspflicht und damit die Beachtung des Willens. Zur Entspannung in der Auseinandersetzung um die Aufklärung in Haftungsfällen hat auch beigetragen, dass bei Aufklärungsfehlern der Patient darlegen muss, auch bei ordnungsgemäßer Aufklärung etwa bei Kenntnis der zusätzlichen, nicht mitgeteilten Risiken, hätte er die Behandlung abgelehnt. Das wird ihm schwer fallen, wenn es sich um die Einwilligung in die Behandlung z.B. eines Tumors gehandelt hat, die verhältnismäßig geringe Belastungen und Risiken enthält.

Die Medizin neigt dazu, als höchstes Gut die von ihr betreute Gesundheit des Kranken anzusehen und die medizinische Indikation mit dem Willen eines verständigen Menschen gleichzusetzen. Der Jurist tendiert eher dazu, das Persönlichkeitsrecht, den Willen in den Vordergrund zu rücken. In den gefundenen Rechtsfiguren des „verständigen Menschen“ und der Abwägung der Aufklärungspflichten mit der Dringlichkeit eines Eingriffs, nähern sich die unterschiedlichen Figuren einander an. Zutreffend hat Laufs von einer tiefsitzenden Antinomie gesprochen, die jetzt durch die gefundenen Formeln der Rechtsprechung überbrückt werde. Die Rechtsprechung, die auch bei dringlicher Indikation dem Arzt bei Behandlungsverweigerung kein Behandlungsrecht gibt, hat für diesen Fall die Anforderungen an den Willen und seine Information deutlich

verschärft. Der Arzt hat den Patienten nicht nur über die Notwendigkeit der Behandlung aufzuklären, sondern auch über alle Folgen ihres Unterbleibens zu informieren, etwa angesichts der Verweigerung einer Röntgenaufnahme bei Handgelenkbruch mit Fehlstellung oder der Notwendigkeit einer Schnittentbindung, die von einer Schwangeren verweigert wird. Dem Arzt wird auch die Beweislast für die Verweigerung der notwendigen Behandlung auferlegt. Deutsch hat diese Konsequenzen für die Seite des Willens herausgearbeitet.

Salus und voluntas können danach zwar in Gegensatz geraten, sie haben aber gleichen Rang.

IV

Für die Wunschmedizin, die über das Notwendige hinausgehende u.a. die ästhetische Medizin gilt bei Wohl und Wille prinzipiell das Gleiche wie sonst in der Medizin.

Als Instrument für die Orientierung der Behandlung am Lebensende rückt jetzt die Patientenverfügung für den Patientenwillen in den Mittelpunkt. Es gibt schon Krankenhäuser und Altenheime die ohne Patientenverfügung keine Patienten mehr aufnehmen.

In der Debatte im Bundestag über Sterbehilfe im Sommer 2007 ging es nur noch um die Patientenverfügung. Die aktive Sterbehilfe ist in der Diskussion abgetan. Nur noch ein paar Einzelne in der FDP verwen-

deten sich für sie im Plenum des Bundestages. Nur noch die Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung wird in ihren Bedingungen diskutiert. Dabei ist das sachlich wichtigste Problem, wann vom kurativen zum palliativen Paradigma übergegangen werden darf, wann eine das Leben verlängernde Behandlung abgebrochen bzw. unterlassen werden darf – früher sprach man von passiver Sterbehilfe – in den Hintergrund getreten. Es geht jetzt um die Reichweite der selbstbestimmten Patientenverfügung. Der eine Entwurf will sie auf Konstellationen beschränken, in denen das Grundleiden irreversibel geworden ist und nach ärztlicher Erkenntnis trotz medizinischer Behandlung zum Tode führen wird. Der andere Entwurf will die willentliche Verfügung nicht auf solche Verfügungen beschränken, sollen sie auch schon dann gelten lassen, wenn es sich nicht um eine irreversibel verlaufende tödliche Grundkrankheit handelt. Auch der Juristentag befürwortet eine solche weite Auslegung. Es geht im Bundestag nur noch um Modalitäten der Patientenverfügung, die Art der Antizipation des Willens für den Fall der Willensunfähigkeit, wann und wie der Wille in solcher Situation der Willensunfähigkeit transportiert werden kann. Um die eigentliche sachliche Frage der Erstreckung der Behandlungspflicht, wie lange und wie weit man bei tödlichen Leiden behandeln muss, was man früher unter passiver Sterbehilfe verstanden hat, diskutiert man nicht mehr. Hier soll es offenbar bei den Prinzipien bleiben, die die Rechtsprechung entwickelt hat: Wenn das Leiden soweit fortgeschritten ist, dass Behandlung lebensverlängernder Art sinnlos erscheint, Behandlung nur noch belastend ist, keine Leidensminderung, sondern nur noch als Leidensverlängerung erscheint. Abbruch bei nahe bevorstehenden Tod ist nach dem

Alternativentwurf Deutscher Strafrechtslehrer auch einseitig zulässig, wenn im Hinblick auf den Leidenszustand des Betroffenen und die Aussichtslosigkeit einer Heilbehandlung die Fortführung lebenserhaltender Maßnahmen nach ärztlicher Erkenntnis nicht mehr angezeigt ist. Das sagen will der Gesetzgeber nicht. Er greift auf den Willen in Gestalt der Patientenverfügung zurück. Sie ist eigentlich das Mittel, den Willen zur Verweigerung der Behandlung nach Eintritt von Willensunfähigkeit wegen Krankheit zu vermitteln.

Es ist gut, dass der Wille, die Selbstbestimmung für solche Fälle in den Mittelpunkt gerückt ist, es geschieht aber zu einseitig. Die Patientenverfügung, der geschriebene Wille ist nicht der einzige Königsweg für die Sterbehilfe. Würdiges Sterben und Beendigung der Behandlung kann auch auf anderen Wegen erreicht werden. Die Frage, wann und wie weit noch behandelt werden soll, muss weiter auf anderen Wegen durch die Rechtsprechung entschieden werden. Die Patientenverfügung ist ein Transportmittel für den Willen in bestimmten Fällen, was sie transportieren soll, wird freilich nicht gesagt.

Mit der schriftlichen Patientenverfügung droht auch eine Verschriftlichung und Verrechtlichung des Problems der Behandlung am Lebensende, wie vielfach in der Medizin. Es kann die Tendenz entstehen, die in der Patientenverfügung enthaltenen Anordnungen zu Prinzipien zu stilisieren, die generell auch für die Behandlung bei noch willensfähigen Patienten herangezogen werden. Die Schwierigkeiten des individuellen Gesprächs mit dem Patienten können dann vermieden werden. Es gibt

ja das Papier, das die Frage der Behandlung am Lebensende quasi auf juristische Flaschen zieht.

Im Bundestag scheint sich eine Tendenz zu zeigen, angesichts der aufgetretenen Schwierigkeiten von einer gesetzlichen Regelung ganz abzusehen, da die Regelung durch die Rechtsprechung genüge. Die gute, niveauvolle Debatte im Bundestag ohne Parteiengrenzen – die es ja wirklich am 29. März 2007 gab – genügt wohl vielen. Wenn man an die großen Fragen jetzt nicht rühren mag, ist es besser mit dem Bruchstück der Patientenverfügung der Selbstbestimmung und dem Patientenwillen Reverenz zu erweisen.

Die Medizin dient den physischen, mentalen und sozialen Wohlbefinden der Menschen. Dabei darf sie die medizinisch zu verstehende Gesundheit nicht gefährden. Wunsch und Wille allein genügen für ihre Anwendung nicht. Hat für die Wunschmedizin, wenn es nicht um ärztliche Indikationen im strengen Sinne geht, der Wille eine stärkere Stellung? Muss mehr über Risiken und Gefahren aufgeklärt werden? Bei ärztlich nicht unmittelbar indizierten Eingriffen, deren medizinische Indikation jedenfalls schwächer ist, halte ich das für richtig. Die Rechtsprechung hat davon gesprochen, dass bei solchen Eingriffen in schonungsloser Offenheit und Härte aufgeklärt werden müsse. Aber die grundsätzliche Ausrichtung am Wohl, eine Grenze für beliebige Wünsche die das Prinzip des Wohls verletzen, bleibt. Diese Grenze kann nicht durch verschärfte Aufklärung erweitert werden. Aber in der Wunschmedizin kann eine an-

ders gewichtete Synthese zwischen salus und voluntas durch intensive Aufklärung gefunden werden.

Prinzipiell muss es bei der Orientierung an Wohl und Respektierung der Autonomie bleiben, wenn es um Medizin geht, nicht um eine beliebige Dienstleistung bei der salus und voluntas gleichberechtigte Größen bleiben. Das Wohl ist unverzichtbares Element der Medizin, an dem die Medizin sich orientieren muss, wenn sie Medizin bleiben will und nicht zum bloßen Lifestyle-Management werden will.

Literatur

Beauchamp/Childress, Principals of Biomedical Ethics, 5. Aufl. 2003.

Bundesgerichtshof, Urteil: Unwirksame Einwilligung zu einer umfassenden Zahnextraktion, NJW 78, S. 1206.

Damm, Reinhard, Beratungsrecht und Beratungshandeln in der Medizin – Rechtsentwicklung Norm- und Standardbildung, Medizinrecht 2006, S. 1 ff.

Deutsch, Erwin, *Spickhoff*, Andreas, Medizinrecht, 5. Aufl., Berlin-Heidelberg, 2003.

Kettner, Matthias, Wunscherfüllende Medizin zwischen Kommerz und Patientendienlichkeit, www.uni-wh.de.

Laufs, Adolf, *Uhlenbruck*, Wilhelm, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl., München 2002.

Oberlandesgericht München, Aufklärung vor einer kosmetischen Operation, MedR 1988, S. 187.

Pellegrino, Journal of Medicine and Philosophy 25, 2000, S. 655 ff.

Schreiber, Hans-Ludwig, Wahrheit am Krankenbett bei infauster Prognose, HNO-Informationen, 1989, S. 143 ff.

Schreiber, Hans-Ludwig, Recht und Ethik am Beispiel des Arztrechts, Festschrift für Dünnebier, Berlin 1982.

Wiethölter, Rudolf, Arzt und Patient als Rechtsgenossen in: Die Aufklärungspflicht des Arztes (1962), S. 71 ff.