

Wieso und worüber muss eine Patientin informiert werden? Bemerkungen zum Vorschlag von Johann Ach und Bettina Schöne-Seifert

Peter Schaber

Wenn eine Patientin¹ einwilligungsfähig ist, gilt: Eine medizinische Behandlung kann dann und nur dann erlaubt sein, wenn die Patientin ihre gültige Einwilligung dazu gegeben hat. Gültig ist nach der Standardauffassung gültiger Einwilligung eine Einwilligung genau dann, wenn die Person zum Zeitpunkt der Einwilligung einwilligungsfähig und die Einwilligung freiwillig und informiert war.² Diese Idee gültiger Einwilligung wirft verschiedene Fragen auf: Was heisst es, einwilligungsfähig zu sein? Wann ist eine Einwilligung freiwillig? Wieso und worüber muss eine Patientin informiert werden, damit eine Einwilligung gültig ist und der Ärztin die Erlaubnis erteilt, die medizinische Behandlung durchzuführen? Johann S. Ach und Bettina Schöne-Seifert (im Folgenden die Autorinnen) richten ihr Augenmerk auf die Frage nach der Informationsbedingung. Wieso und worüber muss die Patientin informiert werden? Eine breit geteilte Antwort auf diese Frage lautet: Die Patientin muss informiert werden, damit sie eine autonome Entscheidung fällen kann. Sie muss über diejenigen Fakten informiert werden, die ihr eine autonome Entscheidung ermöglicht. Die Autorinnen wollen zeigen, dass das, was sie die „Doktrin des Informed Consent“ nennen (§§S. 4)³, in der Tat mit dem Gebot des Respekts vor der Autonomie der Patientinnen begründet wird. Diese Doktrin soll verteidigt werden. Das soll durch eine Präzisierung der Standardposition geschehen, der zufolge das Erfordernis und der Inhalt informierter Einwilligung mit dem Respekt vor der Autonomie der Patientin begründet werden kann. Ihr Vorschlag ist das Thema der nachfolgenden Ausführungen. Gelingt es ihnen zu zeigen, dass sich das Informationserfordernis durch das Gebot des Respekts vor der Autonomie der Patientin gerechtfertigt wird? Und überzeugt ihr Vorschlag, dass Patientinnen das verstehen müssen, was eine

1 In diesem Text werden weibliche Generika benutzt; es sind damit immer alle Geschlechter gemeint.

2 Bullock 2018.

3 Seitenzahlen oder Abschnittsangaben beziehen sich, sofern nicht anders angegeben, auf: Ach/Schöne-Seifert 2024.

autonome Entscheidung ermöglicht? Das sind die Fragen, um die es nachfolgend gehen wird.

Die Ausführung hat sechs Teile. Im ersten Teil wird der Vorschlag der Autorinnen, wieso und worüber die Patientin informiert werden muss, kurz vorgestellt. Der zweite Teil beschäftigt sich kritisch mit dem von den Autorinnen verwendeten Verständnis der Aufklärungspflicht der Ärztinnen. Im dritten Teil wird – gegen die Position der Autorinnen – argumentiert, dass es bei der Aufklärungspflicht nicht bloss um den Respekt vor der Autonomie der Patientinnen, sondern auch um den Schutz ihrer Interessen geht. Der vierte Teil geht auf die Frage ein, was genau Patientinnen verstanden haben müssen, damit deren Einwilligung als gültig angesehen werden kann. Der fünfte Teil erörtert die Frage, warum Einwilligung überhaupt erforderlich ist, um medizinische Behandlungen erlaubt zu machen. Der abschliessende sechste Teil fasst die Ergebnisse der Ausführung zusammen.

1 Der Vorschlag

Sehen wir uns zunächst den Vorschlag der Autorinnen, dass es bei der informierten Einwilligung darum geht, die Autonomie zu schützen, genauer an. Es gibt verschiedene Verständnisse von Autonomie. Die Autorinnen plädieren für ein Verständnis von Autonomie, das sie als prozedurales⁴ bezeichnen (##S. 24). Damit meinen sie folgendes: Eine Entscheidung muss nicht gut sein oder den Interessen der Patientin entsprechen, um autonom zu sein (##S. 56). Autonom ist die Entscheidung einer Patientin vielmehr dann und genau dann, wenn die Entscheidung – wie die Autorinnen schreiben – in einem emphatischen Sinne – ihre eigene Entscheidung ist. Nach Auffassung der Autorinnen ist das genau dann der Fall, wenn die Entscheidung den „eigenen Überzeugungen, Werten oder Vorlieben“ (##S. 26) entspricht. Ihnen zufolge gilt demnach: Wenn es sich bei einer Einwilligung um eine eigene Entscheidung der einwilligenden Patientin handelt, ist die Einwilligung gültig (sofern die Patientin einwilligungsfähig ist und die Einwilligung freiwillig gegeben wird). Mit einer gültigen Einwilligung erteilt die Patientin der behandelnden Ärztin die

4 Der Ausdruck „prozedural“ ist leicht irreführend, weil die Autorinnen nicht meinen, dass eine Entscheidung dann autonom ist, wenn sie auf eine bestimmte Weise zustande gekommen ist. Autonom ist eine Entscheidung ihrer Auffassung nach vielmehr, wenn sie den Überzeugungen, Werten und Vorlieben entspricht, welchen Inhalt diese Überzeugungen, Werte und Vorlieben auch immer haben mögen.

Erlaubnis die medizinische Behandlung, in die die Patientin eingewilligt hat, durchzuführen.

Die Autorinnen schliessen sich der verbreiteten, auf Tom Beauchamp und James F. Childress zurückgehenden Auffassung, an, wonach Patientinnen vorgängig von den Ärztinnen über den medizinischen Eingriff informiert werden müssen, damit ihre Einwilligung gültig ist. Worüber genau sollen sie informiert werden? Nach Auffassung der Autorinnen müssen ihnen zum einen die Informationen gegeben werden, die eine vernünftige Person in der gegebenen Situation erhalten möchte (der Vernünftighkeitsstandard), zum anderen sollten sie zusätzlich über alles informiert werden, was sie selbst „im Hinblick auf die anstehende Entscheidung als potenziell entscheidungserheblich ansieht“ (##S. 36) (der subjektive Standard). In der Informationspraxis müssen die Ärztinnen sich sowohl am Vernünftighkeitsstandard wie auch am subjektiven Standard orientieren. Die Patientin kann sich dann im Lichte der erhaltenen Information autonom für oder gegen den medizinischen Eingriff entscheiden.

Allerdings ist bekanntermaßen nicht immer klar, ob die Patientin auch alle Informationen, die ihr gegeben wurden, erfasst und tatsächlich verstanden hat. Es stellt sich daher die Frage, ob ihre Einwilligung nur dann gültig ist, wenn sie alles verstanden hat. Diesbezüglich unterscheiden die Autorinnen eine *starke* von einer *schwachen* Verstehensposition: Gemäss der ersten Position ist eine Einwilligung dann nicht gültig, wenn die Patientin in die Behandlung aufgrund von Fehlüberzeugungen einwilligt, ohne deren Vorliegen sie nicht eingewilligt hätte (##S. 47). Der von den Autorinnen vertretenen schwachen Verstehensposition zufolge ist eine Einwilligung, die sich Fehlüberzeugungen verdankt, nur dann ungültig, wenn die Fehlüberzeugungen nicht selbstverschuldet sind (##S. 52). Die Autorinnen diskutieren das Beispiel einer Patientin, der die sie behandelnde schwarze Ärztin mitteilt, dass sie an einem Gebärmutterhalskrebs leidet. Die Patientin glaubt aber weiterhin, keinen Gebärmutterhalskrebs zu haben, weil sie schwarzen Ärztinnen grundsätzlich misstraut (##S. 40). Das ist ein Beispiel für die Verweigerung einer Einwilligung, die sich einem selbstverschuldeten Irrtum verdankt. Es gehört zu den Überzeugungen dieser Patientin, dass schwarzen Ärztinnen nicht zu trauen ist. Nach Auffassung der Autorinnen gefährden selbstverschuldete Fehlüberzeugungen den autonomen Charakter einer Entscheidung nicht. Denn es gilt in solchen Fällen, dass die Entscheidung der Patientin ihren – wenn auch gegebenenfalls falschen – Überzeugungen, Werten und Vorlieben entspricht. Das bedeutet nach Ansicht der Autorinnen nicht, dass die Ärztinnen nicht versuchen sollten, auch solche Fehlüberzeugungen zu beseitigen, wenn sie darauf aufmerksam werden. „Diese Verpflichtung dient aber nicht ... der Herstellung von Entscheidungsautonomie, sondern der Beförderung ihres instrumentellen

Werts (##S. 53). Sie erhöht nach Auffassung der Autorinnen die Chancen, dass die Entscheidung der Patientin in ihrem Interesse ist. Bedroht wird die Entscheidungsautonomie allein durch Fehlüberzeugungen, für die die Ärztinnen verantwortlich sind, Fehlüberzeugungen, die durch Fehlinformation oder durch das Vorenthalten von Informationen erzeugt werden. Einwilligungen, die sich fremdverschuldeten Fehlüberzeugungen verdanken, sind nicht gültig. Sie sind nicht gültig, weil es sich dabei nicht um autonome Entscheidungen handelt. Die Einwilligung einer Patientin ist gültig, und das heisst eine, die eine Erlaubnis erteilt, wenn es sich dabei um eine Entscheidung handelt, die den eigenen Überzeugungen, Werten und Vorlieben entspricht. Eine solche Entscheidung kann auch dann vorliegen, wenn sie sich einer Fehlüberzeugung verdankt, sofern es sich dabei um eine handelt, für die sie selbst verantwortlich ist. Die Einwilligung, die ihren Überzeugungen und Werten entspricht, schützt das, was sie schützen sollte: die Autonomie der Patientin. Soweit der Vorschlag der Autorinnen.

2 Die Aufklärungspflicht

Sollten wir diesen Vorschlag akzeptieren? Betrachten wir zunächst die schwache Verstehensposition, welche die Autorinnen vertreten. Worüber muss gemäss dieser Position die Patientin informiert werden? Sie muss über alles informiert werden, was eine vernünftige Person wissen will und über alles, was die betroffene Patientin zusätzlich noch wissen möchte. Wieso soll die Patientin über all diese Dinge informiert werden? Wenn wir den Autorinnen folgen, kann eine Entscheidung über einen medizinischen Eingriff auch autonom sein, wenn die Patientin um wichtige den Eingriff betreffende Fakten nicht ausreichend oder korrekt erfasst hat. Die Entscheidung ist autonom, wenn es sich um eine eigene Entscheidung handelt, die den eigenen Überzeugungen, Werten und Vorlieben entspricht. Die Autorinnen selbst schreiben dazu:

Ob eine Patientin die im Aufklärungsgespräch kommunizierten Informationen dann auch tatsächlich aufnimmt, begreift oder gar die mitgeteilten Überzeugungen teilt, spielt der schwachen Verstehensposition zufolge für die Frage, ob es sich bei ihrer Entscheidung um eine autonome Entscheidung handelt, keine Rolle (##S. 52).

Betrachten wir noch einmal den Fall der Patientin, welche die Information der Ärztin, sie hätte einen Gebärmutterhalskrebs, nicht zur Kenntnis nimmt und den medizinischen Eingriff ablehnt. Die Ärztinnen müssten diese Entscheidung nach Auffassung der Autorinnen als autonome Entscheidung der Patientin

akzeptieren. Wie oben schon erwähnt, hätten die Ärztinnen nach Ansicht der Autorinnen allerdings weiterhin die moralische Verpflichtung, „Wissenslücken und falsche Überzeugungen, die zu problematisch erscheinenden Entscheidungen führen, möglichst durch Aufklärung aus dem Weg zu räumen (§§S. 53).“ In unserem Fall müssten sie weiter versuchen, die Patientin davon zu überzeugen, dass sie an einem Gebärmutterhalskrebs leidet. Dass eine solche Verpflichtung besteht, die Fehlüberzeugung zu beseitigen, scheint einzuleuchten. Es ist allerdings unklar, was Ärztinnen nach dem Vorschlag der Autorinnen dazu verpflichtet. Eine Entscheidung soll nach Ansicht der Autorinnen autonom sein, und sie ist autonom, wenn sie den Überzeugungen, Werten und Vorlieben der Patientin entspricht. Das trifft auf den vorliegenden Fall zu. Deshalb könnten die behandelnden Ärztinnen guten Gewissens auf eine weitere Aufklärung verzichten.

Die Autorinnen argumentieren, dass die weitere Aufklärung der Patientin gefordert ist, weil sie die Chancen erhöht, dass die Patientin sich in einer Weise entscheidet, die ihren Wünschen und Interessen entspricht (§§S. 53). Das hat aber mit der Sicherstellung der Autonomie der Patientin nichts zu tun. Es geht dabei vielmehr um ihre Interessen. Und die fallen mit einer autonomen Entscheidung nicht zusammen. Eine Entscheidung muss nicht gut für die Patientin sein, um autonom zu sein. Das muss sie insbesondere dann nicht, wenn man autonome Entscheidungen im Sinne der Autorinnen versteht.⁵ Eine Entscheidung, die in diesem Sinne autonom ist, muss nicht im Interesse der Patientin sein.

Dass eine im Sinne der Autorinnen autonome Entscheidung keine sein muss, die im Interesse der Patientin ist, lässt sich auch an folgendem nicht-medizinischen Beispiel deutlich machen: Paul möchte heute Abend in einem indischen Restaurant essen. Er glaubt, dass es in seinem Wohnort zwei indische Restaurants gibt, nennen wir sie A und B. Er hält A für das bessere Restaurant und geht aus diesem Grund entsprechend dorthin. Er weiss allerdings nicht, dass es noch ein drittes indisches Restaurant gibt, C; wüsste er um die Qualität des Essens dort, würde er C klar gegenüber A vorziehen. Obwohl er sich also anders entschieden hätte, hätte er gewusst, dass es Restaurant C gibt (und die online Bewertungen dazu gelesen), hat er sich autonom für den Besuch von A entschieden. Zu wissen, dass es C gibt, wäre ohne Frage in seinem Interesse gewesen. Trotzdem war seine Entscheidung autonom, denn

5 Vgl. Ach/Schöne-Seifert 2024: Sie schreiben: „Wissenslücken oder Irrtümer, welche die Patientin oder andere Personen im Nachhinein als kausal relevante Basis von Fehlentscheidungen identifizieren, sind der schwachen Verstehensposition zufolge zwar bedauerlich; sie sind aber kein Grund dafür, an der Autonomie der Entscheidung zu zweifeln“ (§§S. 52).

seine Entscheidung, Restaurant A dem Restaurant B vorzuziehen, entsprach zum Entscheidungszeitpunkt seinen Überzeugungen, Werten und Vorlieben.

3 Im Interesse der Patientin

Es sind zwei Fragen, die eine Theorie der informierten Einwilligung beantworten muss: 1) Worüber muss eine Patientin informiert werden? Und 2) Was muss die Patientin verstehen, damit ihre Einwilligung gültig ist? Betrachten wir zunächst die erste Frage: Worüber muss die Patientin informiert werden? Nach Ansicht der Autorinnen muss die Information es der Patientin möglich machen, eine eigene Entscheidung zu fällen. Doch betrachten wir folgendes Beispiel.⁶ Die Ärztin informiert die Patientin Petra über die wesentlichen Aspekte einer zur Diskussion stehenden medizinischen Behandlung. Sie unterlässt es allerdings, Petra über ein bestimmtes erhebliches Risiko R zu informieren. Dahinter verbirgt sich keine manipulative Absicht. Es ist schlichte Nachlässigkeit, die sich dem grossen Stress und Zeitdruck verdankt, dem sie ausgesetzt ist. Die Ärztin vergisst schlicht, Petra mitzuteilen, dass es dieses Risiko R besteht. Petra willigt also in die Behandlung ein, ohne um R zu wissen. Die Ärztin ist ihrer Aufklärungspflicht nicht nachgekommen. Petra hätte über dieses Risiko R informiert werden müssen. Das Problem dabei besteht jedoch nicht darin, dass Petras Entscheidung *deshalb* nicht autonom war. Tatsächlich hat Petra eine autonome Entscheidung gefällt. Im Lichte dessen, was sie zum Zeitpunkt der Entscheidung wusste, hat sie eine Entscheidung gefällt, die ihren Überzeugungen, Werten und Vorlieben entsprach.

Wieso ist die Ärztin ihrer Aufklärungspflicht nicht nachgekommen? Das Risiko R könnte für Petra ein Grund sein, nicht in die Behandlung einzuwilligen. Die Information, dass es ein Risiko R gibt, dient nicht dem Schutz von Petras Autonomie. Die Ärztin ist ihrer Aufklärungspflicht vielmehr deshalb nicht nachgekommen, weil eine Patientin die Informationen erhalten sollte, die es ihr ermöglicht, sich in ihrem besten Interesse zu entscheiden. Die Aufklärungspflicht der Ärztinnen (und es medizinischen Personals ganz allgemein) ist Teil der allgemeinen Pflicht von Ärztinnen im besten Interesse der Patientinnen zu handeln.⁷ Das heisst nicht, dass sich die Patientin auch in ihrem besten Interesse entscheiden wird. Die Ärztinnen können nicht sicherstellen, dass die Patientin das tut. Sie können das nur möglich machen, indem

6 Ein ähnliches Beispiel findet sich bei Taylor 2004, S. 385.

7 „The principle that physicians should always act in the best interests of the patient is widely endorsed“ (Wendler 2010, S. 66).

sie die Patientin über die Fakten informieren, die ihre Interessen betreffen. Sie haben die Pflicht, die Patientin auf die Dinge aufmerksam zu machen, die ihr im Lichte ihrer Interessen Gründe für und gegen eine Einwilligung in die medizinische Behandlung liefern. Dabei werden sich die Ärztinnen an dem orientieren müssen, was sie selbst für das halten, was im besten Interesse der Patientin ist.

Wenn wir also wissen wollen, in welchem Umfang Patientinnen zu informieren sind, damit ihre Einwilligung Gültigkeit und damit normative Kraft hat, müssen wir also bedenken, welche Informationen erforderlich sind, damit die betreffende Person im eigenen Interesse entscheiden kann. Was bedeutet das nun mit Blick auf die Frage nach der Autonomie bzw. nach dem Verhältnis der Informationsbedingung zum Gebot des Respekts der Autonomie von Patienten? Für die Autorinnen ist der Respekt vor der Autonomie der diesbezüglich einzig entscheidende Faktor. Ich hingegen vertrete die Auffassung, dass es bei der Informationspflicht nicht bloß um den Schutz der Autonomie geht, sondern auch und vor allem darum, dass Patienten in die Lage versetzt werden, sich in ihrem eigenen Interesse zu entscheiden. Respekt vor der Autonomie ist also nicht das einzige, worum es bei der Aufklärung geht, und das hat Folgen für den Umfang, die Form und den Inhalt der geforderten Aufklärung.⁸

4 Was muss die Patientin verstehen?

Wir haben gesehen, dass eine Theorie der informierten Einwilligung zwei Fragen beantworten muss: 1) Worüber muss eine Patientin informiert werden? Und 2) Was muss die Patientin verstehen? Mit Blick auf die erste Frage habe ich deutlich gemacht, dass die Antwort – anders als die Autorinnen denken – nicht einfach lautet: die Patientin muss über diejenigen Fakten informiert werden, um die sie wissen muss, soll ihre Entscheidung eine autonome sein. Sie muss vielmehr so lauten: Sie muss über diejenigen Fakten informiert werden, um die sie wissen muss, soll sie sich in ihrem besten Interesse entscheiden

8 Taylor zieht daraus den Schluss, dass sich paternalistisches Handeln gegenüber Patientinnen leichter rechtfertigen lässt. Er schreibt: „If the doctrine of informed consent is based on the value of patient well-being instead of the value of patient autonomy, recognizing this will have important implications. If patient well-being, and not patient autonomy, is the preeminent value of contemporary medicine then the case for medical paternalism gains strength“ (Taylor 2004, S. 391). Ich glaube nicht, dass das folgt. Autonome Entscheidungen der Patientin sind zu respektieren. Die Interessen der Patientin spielen für den Inhalt der Aufklärungspflicht eine wichtige Rolle. Die Patientin muss über die Dinge informiert werden, die ihr eine Entscheidung im besten eigenen Interesse ermöglicht.

können. Wenden wir uns der zweiten Frage zu: Was muss die Patientin verstehen, damit ihre Einwilligung gültig ist? Die Patientin, die der Information, dass sie einen Gebärmutterhalskrebs hat, keinen Glauben schenkt, willigt aufgrund einer Fehlüberzeugung, für welche die Ärztinnen nicht verantwortlich sind, nicht in den zur Diskussion stehenden Eingriff ein. Nach Auffassung der Autorinnen ist diese Entscheidung jedoch als autonome Entscheidung zu respektieren.

Denn ihrer Auffassung nach gilt: Eine Entscheidung für oder gegen eine medizinische Behandlung ist – wie die Autorinnen meinen – dann gültig, wenn die Patientin verstanden hat, was sie wissen möchte.

Der Maßstab für hinreichendes Verstehen ist demnach allein die angemessene Informiertheit über das, was die (einwilligungsfähige) Patientin ex ante ausdrücklich hören und wissen möchte (##S. 52).

Wenn die Patientin im obigen Beispiel sich nicht weiter mit der Frage, ob sie einen Gebärmutterhalskrebs hat, beschäftigen will, ist ihre Entscheidung gegen die medizinische Behandlung nach Auffassung der Autorinnen autonom und deshalb auch gültig.

Mir scheint es sinnvoll zu sein, hier zwischen zwei Fragen zu unterscheiden; der Frage nämlich, ob die Ablehnung gültig ist und der Frage, ob man Patientinnen zu einer Nachaufklärung oder gar zu einer medizinischen Behandlung zwingen kann. Man kann die Ablehnung für ungültig halten und trotzdem der Meinung sein, dass Patientinnen weder zu einer Nachaufklärung noch zu einer medizinischen Behandlung gezwungen werden können. Man kann dies mit dem Argument tun, dass sich Zwang gegenüber autonomen Menschen im medizinischen Bereich nicht rechtfertigen lässt (##S. 50). Man darf Petra nicht zur Nachaufklärung, geschweige denn zur medizinischen Behandlung zwingen, völlig unabhängig davon, ob die Einwilligungsverweigerung gültig oder nicht gültig ist.

Die Autorinnen sind auch der Meinung, dass die Ärztinnen die Pflicht haben, die Patientin auf Dinge hinzuweisen, die ihnen helfen können, „Fehler in ihrem Entscheidungsprozess zu vermeiden (##S. 54).“ Solche Fehler können vermieden werden, wenn die Patientin über die Fakten informiert werden, die erforderlich sind, um sich im besten eigenen Interesse zu entscheiden. Und das impliziert, dass sie nicht bloss die Informationen verstehen sollten, die sie erhalten möchten, sondern alle, die ihr Gründe liefern könnten, in die Behandlung einzuwilligen wie auch, in sie nicht einzuwilligen.

Petra sollte über das Risiko R informiert werden, weil das Risiko ihr einen Grund liefern könnte, in die medizinische Behandlung nicht einzuwilligen. Petras Einwilligung in die Behandlung ist deshalb ungültig, wenn sie über

diese Fakten nicht informiert wurde. Nehmen wir nun an, sie wird darüber informiert, hört aber bedauerlicherweise nicht zu. Die Frage der Ärztin, ob sie verstanden habe, dass ein Risiko R besteht, beantwortet sie geistesabwesend mit „Ja“. Sie hat diese Information aber nicht verstanden. Hat die Ärztin keinen Grund, daran zu zweifeln, dass Petra die Information verstanden hat, hätte sie auch keinen Grund, an der Gültigkeit von Petras Einwilligung zu zweifeln. Würde sie die Operation durchführen, könnte man ihr deshalb auch keinen Vorwurf machen. Ungeachtet dessen wäre Petras Einwilligung jedoch nicht gültig. Würde die Ärztin darauf aufmerksam gemacht, dass Petra immer noch nicht um das Risiko R weiss, würde sie auch nicht weiter davon ausgehen können, dass sie eine gültige Einwilligung erhalten hat. Sie würde die Patientin noch einmal darüber informieren müssen, dass ein Risiko R besteht. Daran aber wird deutlich, dass die ursprüngliche Einwilligung nicht gültig war, auch wenn die Ärztin gerechtfertigt darin war, sie für gültig zu halten.

Was aber – so lässt sich fragen – wenn die Ärztin die Patientin über das Risiko R informieren will, die Patientin aber bewusst auf diese zusätzliche Information verzichtet? Sie sagt „Ich möchte keine weiteren Informationen zur Behandlung erhalten. Wenn sie der Meinung sind, ich sollte mich für die Operation entscheiden, dann werde ich die Einverständniserklärung unterschreiben.“ Und das ist es dann auch, was sie auf Empfehlung der Ärztin tut. Ist ihre Einwilligung gültig? Ich stimme den Autorinnen zu, dass die Entscheidung der Patientin zu respektieren ist (§§S. 46). Trotzdem glaube ich nicht, dass sie eine gültige Einwilligung gibt, die medizinische Behandlung durchzuführen. Darf der medizinische Eingriff dann auch nicht durchgeführt werden? Ich denke nicht, dass das folgt. Die Patientin willigt nicht in den medizinischen Eingriff ein. Sie autorisiert vielmehr die behandelnde Ärztin, eine Entscheidung darüber zu fällen, ob die Behandlung durchgeführt wird oder nicht, eine Entscheidung, die sie dann unterstützt. Wenn die Patientin die Ärztin autorisiert, zu entscheiden, ob der medizinische Eingriff stattfindet, dann hat sie nicht in den Eingriff eingewilligt, sondern darin, dass die Ärztin darüber entscheiden darf. Sie hat damit die Ärztin dazu autorisiert. Wenn das freiwillig und im Wissen dessen, was sie da tut, geschieht, ist die Ärztin autorisiert, die Behandlung durchzuführen. Es gehört zu den Rechten von Patientinnen, Ärztinnen zu autorisieren, Entscheidungen zu treffen (eine legitime Praxis, die wir auch aus nicht-medizinischen Kontexten kennen).⁹

9 Wir autorisieren anderen auch in anderen Kontexten, Dinge zu tun, die uns selbst betreffen. So kann man z.B. seinen Finanzberater autorisieren, das eigene Vermögen sinnvoll anzulegen.

5 Wieso Einwilligung?

Die Wahrnehmung der ärztlichen Aufklärungspflicht – so haben wir oben gesagt – ist Teil der ärztlichen Pflicht, im besten Interesse der Patientin zu handeln. Die Patientin sollte diejenigen Aspekte der Behandlung verstehen, die ihr Gründe liefern könnten, sich für oder gegen eine Einwilligung in die Behandlung zu entscheiden. Nehmen wir nun an, eine bestimmte Operation, nennen wir sie Operation x, wäre im besten Interesse von Anna. Und nehmen wir zusätzlich an, dass Anna den Wunsch äussert, sich der Operation x zu unterziehen. Hätte die sie behandelnde Ärztin unter diesen Bedingungen die Erlaubnis, die Operation x durchzuführen? Die Ärztin sollte im besten Interesse von Anna handeln und das würde sie tun, wenn sie die Operation x durchführen würde. Sie würde zusätzlich auch nicht gegen ihren Willen handeln. Die Ärztin scheint also die Erlaubnis haben, entsprechend aktiv zu werden. Müsste in einem solchen Fall nicht mehr in die medizinische Behandlung einwilligen?

Das müsste sie weiterhin tun, und dies aus folgendem Grund: Einwilligen darin, dass die Operation x durchgeführt wird, ist nicht dasselbe wie wünschen, dass das getan wird. Wie die Autorinnen schreiben, kann man in eine Handlung einwilligen, ohne zu wünschen, dass die Handlung ausgeführt wird (§S. 29). Man kann z.B. einen Kollegen zur Gartenparty einladen und ihm damit die Erlaubnis erteilen, daran teilzunehmen und gleichzeitig hoffen, dass er nicht auftaucht, da man ihn eigentlich nicht mag und nur eingeladen hat, um Spannungen im Team zu vermeiden. Man kann umgekehrt den Wunsch haben, mit jemandem zu schlafen, gleichzeitig aber in sexuellen Handlungen mit ihr/ihm nicht einwilligen (da sie oder er z.B. verheiratet ist). Den Autorinnen ist zuzustimmen, wenn sie sagen, dass wir in der Regel in Handlungen einwilligen, von denen wir auch möchten, dass sie ausgeführt werden (§S. 29). Trotzdem fallen Wunsch und Einwilligung nicht zusammen. Man kann den Wunsch haben, dass eine andere Person etwas mit mir tut und gleichzeitig nicht einwilligen darin, dass sie es tut.

Wenn wir davon ausgehen, dass eine medizinische Behandlung nur dann erlaubt sein kann, wenn in sie – in qualifizierter Form, die nicht notwendigerweise schriftlich sein muss – eingewilligt wurde, stellt sich die Frage, wieso Einwilligung erforderlich ist. Wieso reicht es für das Vorliegen einer Erlaubnis nicht aus, dass eine Handlung im Interesse einer Person ist und von ihr gewünscht wird?

Ärztinnen haben Patientinnen gegenüber moralischen Pflichten. Sie schulden es den Patientinnen, bestimmte Dinge zu tun und andere zu unterlassen. Dabei sind die Patientinnen in der Lage, die normative Situation, die zwischen

ihnen und den Ärztinnen bestehen zu verändern. Sie können das tun, indem sie ihnen für bestimmte Handlungen die Erlaubnis erteilen. Diese Erlaubnisse müssen aber erteilt werden. Sie sind nicht schlicht einfach das Resultat der Wünsche und Interessen der Patientinnen. Eine Patientin kann den Wunsch haben, dass die Ärztin die Operation durchführt, doch der Wunsch als solcher erteilt der Ärztin noch keine Erlaubnis. Diese wird erst und allein durch den Akt der Einwilligung erteilt, z.B. durch das Unterschreiben der Einverständniserklärung. Ein Akt der Einwilligung ist dafür aus dem Grund erforderlich, dass die Ärztin es der Patientin als Person und nicht deren Wünschen oder Interessen schuldet, keine Behandlung an ihr durchzuführen. Durch den Akt der Einwilligung entlässt die Patientin die Ärztin aus der Pflicht, die sie ihr gegenüber hat, die Behandlung nicht ohne ihre Einwilligung durchzuführen. Dabei ist es wichtig, dass allein die Patientin die Ärztin aus der Pflicht entlassen kann, sie nicht ohne ihre Einwilligung medizinisch zu behandeln. Das nicht ohne ihre Einwilligung zu tun, ist ihr geschuldet. Das stellt den eigentlichen Grund dafür dar, dass ihre Einwilligung – sofern sie einwilligungsfähig ist – erforderlich ist.

6 Schluss

Die Autorinnen verteidigen die Ansicht, dass es bei der informierten Einwilligung darum geht, die Autonomie der Patientin zu schützen. Ich stimme ihnen zu. Mit der informierten Einwilligung soll in der Tat autonome Entscheidungen der Patientin geschützt werden. Wie die Autorinnen zu Recht sagen, sollte sich die Einwilligung der Patientin nicht fremdverschuldeten Fehlüberzeugungen verdanken. Die Patientin sollte nicht falsch über die Behandlung informiert und ihr sollte auch keine wichtigen Informationen vorenthalten werden. Die Ärztinnen haben darüber hinaus aber die Pflicht, die Patientin über alle Fakten, die für sie Gründe gegen oder für eine Einwilligung in eine Behandlung liefern könnten, zu informieren. Die Aufklärungspflicht der Ärztinnen ist Teil ihrer Pflicht, im besten Interesse der Patientinnen zu handeln. Die Erfüllung dieser Pflicht soll den Patientinnen eine Entscheidung ermöglichen, die in ihrem besten Interesse ist. Das ist mehr als die Autorinnen fordern. Meiner Ansicht ist auch in der Tat mehr gefordert. Nur wenn es bei der informierten Einwilligung um das beste Interesse der Patientin geht, kann man erklären, wieso die Ärztin, die Petra aus purer Nachlässigkeit über das Risiko R nicht informiert, ihrer Aufklärungspflicht nicht nachkommt. Wenn es bloss um den Schutz der Autonomie von Petra gehen würde, könnte man der Ärztin keine Vorwürfe machen. Das würden wir aber zu Recht tun. Daran wird deutlich, dass der Vorschlag der Autorinnen ergänzt werden muss. Es geht

bei der informierten Einwilligung nicht bloss um den Schutz der Autonomie, sondern auch um das beste Interesse der Patientin.

Literatur

- Ach JS/Schöne-Seifert B (2024) Aufklären, Verstehen und Einwilligen in der Medizin: Nachfragen und Präzisierungen. *In diesem Band.*
- Bullock E (2018) Valid Consent. In: A. Müller and P. Schaber (Hgs.), *The Routledge handbook of the ethics of consent*. Routledge, London, S. 85–94.
- Millum J/Bromwich D (2021) Informed Consent: What must be disclosed and what must be understood? In: *The American Journal of Bioethics* 21 (5), S. 46–58.
- Taylor J (2004) Autonomy and Informed Consent: A Much Misunderstood Relationship. In: *The Journal of Value Inquiry* 38(3), S. 383–391.
- Wendler D (2010) Are physicians obligated always to act in the patient's best interest? In: *Journal of Medical Ethics* 36, S. 66–70.