

<https://doi.org/10.1007/s00350-024-6929-y>

Ethisch verantwortungsvoll und rechtssicher entscheiden – Rechtliche und ethische Voraussetzungen und Anforderungen an die partizipative Entscheidungsfindung

Kimberley Tietz, Hannah Stulik, Thomas Nordhausen, Christiane Luderer, Anke Steckelberg,
Heike Schmidt und Henning Rosenau

Abstract

Die Verwirklichung von Patientenautonomie in medizinischen Entscheidungssituationen ist eine zentrale Frage in der Gesundheitsversorgung, der sich das Medizinrecht und die Medizinethik aus jeweils unterschiedlichen Perspektiven annähern. Um eine rechtssichere und gleichzeitig ethisch verantwortungsvolle Entscheidungsfindung zu gewährleisten, müssen beide Perspektiven miteinander in Einklang gebracht werden. Wie diese Verknüpfung mithilfe des Prinzips der Partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) erfolgen kann, wird im vorliegenden Beitrag beleuchtet.

I. Problemeinführung

Aus der verfassungsrechtlich garantierten Selbstbestimmung eines jeden Menschen ergeben sich nicht nur Rechtsansprüche, sondern auch ein Idealbild der menschlichen Autonomie. Dieses gerät dabei regelmäßig mit den Herausforderungen und Beschränkungen der Realität in Konflikt. Sowohl Willensbildung als auch danach ausgerichtete Handlungen stellen sich oft als komplex ausgestaltete Prozesse dar. Sie entstehen nicht nur aus sich selbst heraus, sondern werden gleichermaßen vom sozialen Umfeld, dem

kulturellen Hintergrund sowie von weiteren Bedingungen, zum Beispiel Informations- oder Interessenslagen, beeinflusst. Diese Vielseitigkeit der Realität kann nicht vollständig von Rechtsbegriffen erfasst werden und sorgt besonders im Bereich der Medizin, wo die Patientenautonomie in den letzten Jahrzehnten immer mehr an Bedeutung gewonnen hat, für Verwerfungen zwischen dem Sollen und dem Sein.

Verschiedene Patienten bringen jeweils unterschiedliche Grade an Vulnerabilität sowie ein eigenes Set an Fähigkeiten und Ressourcen mit, wodurch es zu einer Relativierung des idealtypischen Bildes des Patienten als autonomen Entscheiders kommt. In der Praxis stellt sich selbstbestimmtes Entscheiden häufig als kooperativer Prozess dar, indem die ärztliche Verantwortung nicht bei der reinen Informations- und Aufklärungspflicht endet. Diesem Zusammenspiel widmet sich auch das Konzept der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF). Inwiefern gemeinsame Entscheidungsprozesse im Sinne der Befähigung zur Selbstbestimmung durch das rechtliche System des „informed consent“ bereits angelegt und weitergehend ausbaufähig sind, soll in diesem Beitrag untersucht werden.*

II. Rechtliche Voraussetzungen

Nach der ständigen Rechtsprechung stellt auch der fachgerechte, ärztliche Heileingriff eine tatbestandliche Körperverletzung dar¹, weshalb er durch eine wirksame Einwilligung gedeckt sein muss. Die informierte Einwilligung und ihre Voraussetzungen stehen regelmäßig im Fokus des medizinrechtlichen Diskurses. Im Folgenden werden die wichtigsten Voraussetzungen hinsichtlich ihrer Relevanz für die Patientenautonomie und die medizinische Praxis herausgearbeitet.

1. Rechtswirksame Einwilligung und informed consent

Durch das Patientenrechtegesetz erfolgte die Statuierung der Einwilligung im Rahmen von § 630d BGB. Dieser fordert in Abs. 1 S. 1 die Einholung der Einwilligung vor jeder Durchführung einer medizinischen Maßnahme. Dadurch soll das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, insofern also dessen Autonomie, gewährleistet werden².

Weiterhin ist § 630d Abs. 1 S. 2 BGB zu entnehmen, dass es für die Einholung der Einwilligung auf die Ein-

Kimberley Tietz: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum für Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, IWZ MER 06099 Halle (Saale), Deutschland

Hannah Stulik: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrum für Medizin-Ethik-Recht der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, IWZ MER 06099 Halle (Saale), Deutschland

Thomas Nordhausen: Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Universitätsmedizin Halle, Med. Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale) und des Departments für Strahlenmedizin, Universitätsmedizin Halle, Universitätsklinikum Halle (Saale), Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle (Saale), Deutschland

Christiane Luderer: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland

Anke Steckelberg: Professorin für Gesundheits- und Pflegewissenschaft am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland

Heike Schmidt: Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft, Universitätsmedizin Halle, Med. Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale) und des Departments für Strahlenmedizin, Universitätsmedizin Halle, Universitätsklinikum Halle (Saale), Ernst-Grube-Str. 40, 06120 Halle (Saale), Deutschland

Prof. Dr. iur. Henning Rosenau: Geschäftsführender Direktor des Interdisziplinären Wissenschaftlichen Zentrums Medizin – Ethik – Recht, Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozess- und Medizinrecht, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Universitätsplatz 6, 06108 Halle (Saale), Deutschland

* Diese Arbeit wurde im Rahmen des Projektes zur Förderung der partizipativen Entscheidungsfindung in der geriatrischen Onkologie erstellt, das durch die Deutsche Krebshilfe im Förderschwerpunktprogramm Ethische Verantwortung in der modernen Krebsmedizin gefördert wird. Wir danken Frau Steffen und Herrn Heirich, die mit Anregungen und erster Recherche diesen Beitrag unterstützt haben.

- 1) Grundlegend RGSt 25, 375, 378ff. In der Literatur wird dieser dogmatische Ansatz angefochten; vgl. Rosenau, in: Rosenau/Hakeri, Der medizinische Behandlungsfehler, 2008, S. 215, 216f.; Kriminalpolitischer Kreis, medstra 2021, 65; zur Übersicht s. Sternberg-Lieben, in: Schönke/Schröder, StGB, 30. Aufl. 2019, § 223 StGB, Rdnrn. 29ff.
- 2) BT-Dr. 17/10488, S. 23; Prütting/Heyn, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2023, § 630d BGB, Rdnr. 5.

willigungsfähigkeit des Patienten ankommt. Ist diese nicht gegeben, ist ein hierzu berechtigter Stellvertreter hinzuzuziehen. Die Einwilligungsfähigkeit stellt die „normative Zuständigkeit für Entscheidungen höchstpersönlicher Rechtsgüter“³ dar und entspricht einer Kompetenzzuschreibung anhand bestimmter tatsächlicher Fähigkeiten. Daraus hat sich die Unterscheidung in die Einwilligungskompetenz und in die Einwilligungsfähigkeit im engeren Sinne entwickelt⁴. Die Einwilligungskompetenz beschreibt die rechtlich anerkannte Handlungsfähigkeit oder auch Einwilligungsbefugnis, während sich die Einwilligungsfähigkeit im engeren Sinne auf die faktischen kognitiven und volitionalen Fähigkeiten bezieht⁵. Insofern kommt es also auf die tatsächliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit an. Der Patient muss „Art, Bedeutung und Tragweite und Risiken der medizinischen Maßnahmen erfassen“⁶ können (Einsichtsfähigkeit) und das Erfasste verarbeiten und nach seinen eigenen Maßstäben das „Für und Wider“⁷ bzw. „den Nutzen einer Behandlung gegen deren Risiken“⁸ abwägen (Urteilsfähigkeit). Ausgehend von dieser Abwägung muss er eine eigenverantwortliche Entscheidung treffen und sein Handeln nach dieser bestimmen können⁹.

Während es sich bei der Einwilligungskompetenz also um eine rein normative Zuschreibung handelt, hängt die Einwilligungsfähigkeit im engeren Sinne von teilweise beeinflussbaren Fähigkeiten ab. Während die kognitiven und volitionalen Ressourcen des Patienten mehr oder weniger und in unterschiedlichen Ausprägungen vorhanden sein können, kann die Einwilligungsfähigkeit selbst nur gegeben oder nicht gegeben sein¹⁰. Dabei beschreibt die Einwilligungsfähigkeit nicht immer, wie z. B. bei akuten oder degenerativen neurologischen Erkrankungen, einen bleibenden Zustand, sondern kann auch situationsspezifisch im Hinblick auf eine konkrete Entscheidungssituation oder einen Teilbereich einer Behandlungsmaßnahme festgestellt werden¹¹. Diese Situationsbezogenheit eröffnet die Möglichkeit, die Entscheidungsumstände mit in die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit einzubeziehen¹². Dabei haben die situativen Umstände einen ebenso großen, wenn nicht sogar größeren Einfluss auf das Vorliegen der Einwilligungsfähigkeit¹³. Neben der reinen Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit treffen den Arzt jedoch auch Unterstützungspflichten, durch die er es dem Patienten ermöglichen soll, selbst Entscheidungen zu treffen und seine Rechte wahrnehmen zu können¹⁴. *Damm* bezeichnet diesen Prozess als „Herstellung der Einwilligungsfähigkeit“¹⁵. Bei Volljährigen ist generell von der Einwilligungsfähigkeit auszugehen, wenn keine gegenteiligen Anzeichen vorliegen¹⁶. Dies gilt gleichermaßen für Menschen im hohen bzw. höchsten Alter.

Aufgrund der Wissensasymmetrie, die zwischen Arzt und Patient herrscht, setzt der § 630d Abs. 2 BGB eine entsprechend § 630e Abs. 1 bis 4 BGB erfolgte Aufklärung des Patienten voraus. Dieser muss durch die Informationsmitteilung erst in die Lage versetzt werden, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Diese sogenannte Selbstbestimmungsaufklärung ist, in Abgrenzung von der therapeutischen Aufklärung gem. § 630c Abs. 2 BGB¹⁷, Wirksamkeitsvoraussetzung für die Einwilligung und dient als ein „Instrument der Befähigung des Patienten zu selbstbestimmter Entscheidung“¹⁸. Sie legitimiert überhaupt erst das ärztliche Handeln¹⁹. Gleichzeitig ist damit die Notwendigkeit eines „informed consent“ auch gesetzlich festgelegt.

2. Inhaltliche Anforderungen der Aufklärung

Die Selbstbestimmungsaufklärung kann wiederum in die Fallgruppen der Diagnose-, Verlaufs- und Risikoaufklärung unterteilt werden²⁰. Insofern umfassen die benötigten Informationen zum medizinischen Befund (Diagnose), zu Art, Umfang und Durchführung des Eingriffs (Verlauf

und zu den Risiken und Folgen sowie Behandlungsalternativen (Risiko)²¹. Der Gesetzgeber hat die von der Rechtsprechung entwickelten, notwendigen Inhalte der Aufklärung in § 630e Abs. 1 BGB kodifiziert, auch wenn er sich dabei nicht der Unterteilung in Fallgruppen angeschlossen hat²².

Die wesentlichen Umstände, über die der Patient aufzuklären ist, sind nach § 630e Abs. 1 S. 2 BGB „insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie.“ Den Schwerpunkt stellt dabei regelmäßig die Risikoaufklärung dar. Dabei ist vor allem auf nachhaltige Belastungen für die künftige Lebensführung einzugehen²³. Dazu gehören die Letalitätsrate, Funktionsbeeinträchtigung wichtiger Organe, nachhaltige Störungen des Bewegungsapparates, Dauerschmerzen, nachhaltige Entstellungen, Inkontinenz, Zwang zu langdauernder Schonung und erforderlich werdende weitere Operationen²⁴. Auch über seltene Risiken ist aufzuklären, wenn sie spezifisch für die geplante Maßnahme sind und die Lebensqualität des Patienten stark beeinträchtigen können²⁵. Sowohl hinsichtlich der Risiken und Nutzen der Maßnahme als auch über deren Dringlichkeit muss dem Patienten ein realistisches Bild verschafft werden.

Durch die Aufklärung soll dem Patienten aufgezeigt werden, was die Behandlung „für seine persönliche Situation bedeuten kann“²⁶. Er muss im „Großen und Gan-

-
- 3) *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630d BGB, Rdnr. 52.
 - 4) *Ebd.*; *Sternberg-Lieben*, in: *Schönke/Schröder*, StGB, 30. Aufl. 2019, § 223 StGB, Rdnr. 38.
 - 5) *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630d BGB, Rdnrn. 52 f.; *Sternberg-Lieben*, in: *Schönke/Schröder*, StGB, 30. Aufl. 2019, § 223, Rdnr. 38.
 - 6) BGHZ 29, 33, 35 f.; BT-Dr. 17/10488, S. 23; *Wagner*, in: *MüKo/BGB*, Bd. 5, 9. Aufl. 2023, § 630d BGB, Rdnr. 26.
 - 7) BGH, NJW 1964, 1177, 1178.
 - 8) BT-Dr. 17/10488, S. 23.
 - 9) *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630d BGB, Rdnr. 57.
 - 10) *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630d BGB, Rdnr. 61. Kritisch zu dieser Dichotomie des informed consent *Domeck et al.*, MedR 2019, 431, 434.
 - 11) *Damm*, MedR 2015, 775, 777.
 - 12) *Damm*, MedR 2015, 775, 777.
 - 13) *Damm*, MedR 2015, 775, 777.
 - 14) *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630d BGB, Rdnr. 77; *Wagner*, in: *MüKo/BGB*, Bd. 5, 9. Aufl. 2023, § 630d BGB, Rdnr. 10; *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 107; *Weißbauer/Opderbecke*, MedR 1992, 305, 312.
 - 15) *Damm*, MedR 2015, 775, 782.
 - 16) *Vgl. Taupitz*, Gutachten zum 63. Deutschen Juristentag, 2000, S. A 52.
 - 17) *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 16; *Jaeger*, Patientenrechtegesetz, 2013, § 630e BGB, Rdnrn. 206 f.
 - 18) *Damm*, MedR 2015, 775, 785.
 - 19) *Rosenau*, in: *Hruschka/Joerden*, Jahrbuch für Recht und Ethik, 2016, S. 265, 274; *Wagner*, in: *MüKo/BGB*, Bd. 5, 9. Aufl. 2023, § 630e BGB, Rdnr. 4.
 - 20) *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 14.
 - 21) *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 14.
 - 22) BT-Dr. 17/10488, S. 24; *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 14.
 - 23) *Vgl. Pauge/Offenloch*, Arzthaftungsrecht, 14. Aufl. 2018, Rdnr. 391; *Prütting/Heyn*, in: *Soergel*, BGB, 13. Aufl. 2023, § 630e BGB, Rdnr. 32.
 - 24) *Vgl. Pauge/Offenloch*, Arzthaftungsrecht, 14. Aufl. 2018, Rdnr. 391.
 - 25) BGH, NJW 1991, 2346 f.; BGH, NJW 2011, 375; *Kern*, in: *Laufs/Kern/Rehborn*, Handbuch des Arztrechts, 5. Aufl. 2019, § 66, Rdnrn. 30 f.
 - 26) *Vgl. Pauge/Offenloch*, Arzthaftungsrecht, 14. Aufl. 2018, Rdnr. 390.

zen⁴²⁷ wissen, worin er einwilligt, um die Art und Schwere einschätzen sowie Wesen, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs in seinen Grundzügen erfassen zu können. Dazu muss in einem gewissen Rahmen auch über übliche Behandlungsalternativen, sowie die Nichtvornahme des Eingriffs aufgeklärt werden, soweit diese indiziert sind und wesentlich unterschiedliche Risiken, Belastungen und Erfolgchancen für den Patienten bieten²⁸. Der Umfang der Aufklärung hängt jedoch auch vom Informationsbedürfnis des Patienten ab, sodass er durch gezielte Nachfragen nach Behandlungsalternativen mit vergleichbarem Risiko die wahrheitsgemäße Information über diese zum zusätzlichen Gegenstand der Aufklärung macht, auch wenn der Arzt sie von sich aus nicht hätte anführen müssen²⁹.

Dahingegen dient die therapeutische Aufklärung gemäß § 630c BGB dem gesundheitlichen Wohl des Patienten, indem sie ihn über therapiegerechtes Verhalten informiert und dazu befähigt, sein Verhalten therapieoptimal auszurichten³⁰.

3. Formelle Anforderungen an die Aufklärung

Die Aufklärung muss gem. § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 1 BGB mündlich erfolgen. Das persönliche Gespräch mit dem Arzt soll die Patientenbezogenheit der Aufklärung sicherstellen. Das Maß ist die „berufliche[n] und private[n] Lebensführung des Patienten“³¹ und seine erkennbare Entscheidungspräferenz. So soll das Mündlichkeitserfordernis sicherstellen, dass der Patient die Möglichkeit hat, Rückfragen zu stellen³². Ein schriftlicher Aufklärungsbogen kann ihn nur zusätzlich vorbereiten.

Nach § 630 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB ist dem Patienten eine angemessene Bedenkzeit vor Erteilung der Einwilligung einzuräumen.

§ 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 3 BGB legt fest, dass die Aufklärung „für den Patienten verständlich sein“ muss und normiert damit den Empfängerhorizont des individuellen Patienten als Maßstab der Aufklärung³³. Gemeint ist sowohl die inhaltliche als auch die sprachliche Verständlichkeit³⁴. Da es sich bei Patienten in der Regel um medizinische Laien handelt, ist auf einen übermäßigen Gebrauch von Fachsprache zu verzichten und auf den allgemeinen Sprachgebrauch abzustellen³⁵. Die individuelle Verständnisfähigkeit des Patienten und somit auch seine Aufnahme- und Verarbeitungsfähigkeit sind so zu berücksichtigen, dass die Form der Aufklärung daran anzupassen ist³⁶. Dazu kann die Aufklärung auch in leichter Sprache erfolgen³⁷. Der Behandler trägt dabei das Kommunikationsrisiko und muss im Rahmen des Zumutbaren durch entsprechende Nachfragen und Überprüfungen dafür Sorge tragen, dass der Patient die übermittelten Kerninhalte auch wirklich verstanden hat³⁸.

Folglich zielt das Verständlichkeitserfordernis auf eine Inklusionswirkung³⁹. Auch hier können den Arzt Unterstützungspflichten treffen, wonach er zumutbare Anstrengungen zu unternehmen hat, um den betreffenden Patienten zu befähigen, die Aufklärungsinhalte verstehen und verarbeiten zu können⁴⁰. Gerade bei der Aufklärung von Patienten mit kognitiven Einschränkungen sind unterstützende Maßnahmen in einem gewissen Rahmen gefordert⁴¹.

Die Voraussetzungen des „informed consent“ erfordern insofern ein Informationsverständnis bezüglich der einwilligungsrelevanten Aufklärungsinhalte. Dabei spielt auch die individuelle Gesundheitskompetenz eine wichtige Rolle. Diese hängt unter anderem, aber nicht ausschließlich, vom Bildungsstand des Patienten ab. Inwiefern sich dieser auf den Aufklärungsmaßstab auswirkt, ist klärungsbedürftig. Während nach der Rechtsprechung ein anderer Maßstab an die Aufklärung gegenüber Menschen aus „einfacheren Bevölkerungsschichten“⁴² angelegt werden soll als gegenüber solchen, die einem „differenzierteren Beruf“⁴³ nachgehen, wird dies in der juristischen Literatur kritisch

aufgenommen. Gutmann beschreibt das kontrafaktische, normative Prinzip des § 630e BGB, indem er festhält: „Das Recht des Patienten, adäquat aufgeklärt zu werden, hängt nicht von der ad hoc-Einschätzung des Behandelnden über seine Gesundheitskompetenz ab.“⁴⁴ Hinsichtlich des ärztlichen Kommunikationsrisikos kann eine niedrige oder hohe Gesundheitskompetenz des Patienten zwar ausschlaggebend für die Art und Weise der verständlichen Informationsvermittlung sein⁴⁵, jedoch kann sie nicht das Mindestmaß der notwendigen Aufklärungsinhalte herabsetzen. Gegebenenfalls muss der Arzt auch hier unterstützend tätig werden und in einem zumutbaren Rahmen mit dem Patienten auf das Verständnis der Aufklärung und somit auch auf die Möglichkeit einer selbstbestimmten Entscheidung hinarbeiten. Gleichmaßen darf ein höherer Bildungsgrad des Patienten nicht dazu führen, dass Kenntnisse von wesentlichen Eingriffsrisiken pauschal vorausgesetzt werden oder nur auf Nachfrage erläutert werden müssen⁴⁶. Als Voraussetzung für eine echte partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung ist die Erlangung und Förderung von Gesundheitskompetenz zudem sowohl eine Aufgabe des Patienten als auch des Arztes⁴⁷.

III. Medizinethische Perspektive

Im folgenden Abschnitt wird die medizinethische Perspektive der partizipativen Entscheidungsfindung erläutert. Dazu werden die partizipative Entscheidungsfindung vorgestellt, das prinzipienethische Modell nach Beauchamp

- 27) BGHZ 29, 46, 53 („in großen Zügen“); BGH, NJW 1972, 335, 336 („wenigstens im großen und ganzen“); BGHZ 90, 103 („nur im großen und ganzen“); BGH, NJW 1986, 780; OLG Köln, MedR 2012, 121, 122.
- 28) BGH, NJW 2005, 1718; Knauer/Brose, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 223 StGB, Rdnr. 48.
- 29) Wagner, in: MüKo/BGB, Bd. 5, 9. Aufl. 2023, § 630e BGB, Rdnr. 46.
- 30) Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 17.
- 31) Vgl. Pauge/Offenloch, Arzthaftungsrecht, 14. Aufl. 2018, Rdnr. 391.
- 32) BT-Dr. 17/10488, S. 24.
- 33) BT-Dr. 17/10488, S. 25; Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630e BGB, Rdnr. 11; Prütting/Heyn, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2023, § 630e BGB, Rdnr. 72.
- 34) BGH, NJW 2019, 1283; 1285; Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 115.
- 35) BGH, NJW 2019, 1283; BT-Dr. 17/10488, S. 25; Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630e BGB, Rdnr. 11; Broglie, in: Ehlers/Broglie, Arzthaftungsrecht, 5. Aufl. 2014, Kap. 6, Rdnr. 790.
- 36) BGH, NJW-RR 2017, 533; Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 118; Katzenmeier, in: BeckOK, BGB, 69. Edition 2024, § 630e BGB, Rdnr. 49; Prütting/Heyn, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2023, § 630e BGB, Rdnr. 72.
- 37) BT-Dr. 17/10488, S. 25.
- 38) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 120; vgl. Spickhoff, in: Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl. 2022, § 630e BGB, Rdnr. 11; Prütting/Heyn, in: Soergel, BGB, 13. Aufl. 2023, § 630e BGB, Rdnr. 76. vgl. Beauchamp/Faden, A History and Theory of the Informed Consent, 1986, S. 326 ff.
- 39) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 119.
- 40) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 119.
- 41) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 119; BT-Dr. 17/10488, S. 25.
- 42) OLG Karlsruhe, MedR 1985, 79, 81.
- 43) BGH, NJW 1979, 1933, 1934.
- 44) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 117.
- 45) Broglie, in: Ehlers/Broglie, Arzthaftungsrecht, 5. Aufl. 2014, Kap. 6, Rdnr. 790; ein Einfluss auf die Intensität der Aufklärung wird angenommen von Weidenkaff, in: Grüneberg, BGB, 83. Aufl. 2024, § 630e BGB, Rdnr. 2.
- 46) Gutmann, in: Staudinger, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 117.
- 47) Katzenmeier, in: Laufs/Katzenmeier/Lipp, Arztrecht, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 107 f.

und Childress erläutert sowie vier Modelle der Arzt–Patient–Beziehung dargestellt.

1. Die Partizipative Entscheidungsfindung

Der Begriff „Partizipative Entscheidungsfindung“ (PEF) wird in der Literatur uneinheitlich verwendet⁴⁸. Es herrscht weitestgehend ein Konsens darüber, dass PEF ein Modell der Kommunikation und Interaktion zwischen Arzt und Patient ist, um eine Entscheidung bezüglich einer medizinischen Behandlung zu treffen. In der PEF wird der Patient aktiv mit in die Entscheidungsfindung einbezogen. Der Arzt klärt den Patienten über mögliche Behandlungsoptionen und deren Chancen und Risiken auf, woraufhin die Erwartungen, Sorgen und Wünsche des Patienten bezüglich der Behandlungsoptionen gemeinsam exploriert werden. Das präferierte Vorgehen des Patienten wird vom Arzt erfragt und zusammen wird eine Entscheidung getroffen⁴⁹.

Im Unterschied zum „informed consent“ soll die PEF als Modell einer transparenten Kommunikation verstanden werden. Wie im BGB gefordert, sollen alle relevanten Daten, Informationen und Annahmen erörtert werden, die dann in die gemeinsame Entscheidungsfindung einfließen sollen. Dadurch werden die ethischen Werte Authentizität, Wahrhaftigkeit und Respekt in der Arzt–Patient–Beziehung gewährleistet. Voraussetzung für PEF ist eine respektvolle, offene Kommunikation sowie die Bereitschaft, die Werte des Patienten zu explorieren und einzubeziehen. Der Arzt sollte die emotionalen und kognitiven Vorgänge des Patienten erörtern und thematisieren, sowie ihn in seinen Konflikten, Gefühlen und Einstellungen versuchen zu verstehen, um gegenseitiges Verständnis zu erreichen. Die PEF sollte in einer geeigneten Umgebung stattfinden, um eine ruhige, ungestörte Atmosphäre zu schaffen.

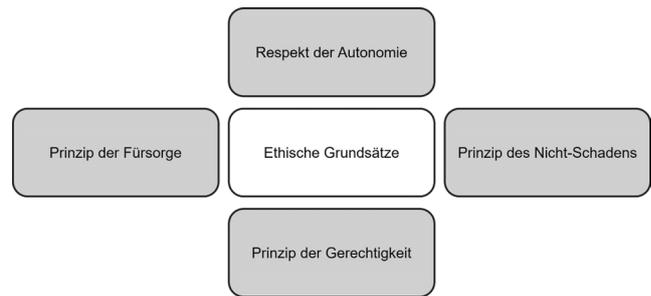
Jeder Patient unterscheidet sich von anderen Patienten in seiner persönlichen Biografie, in seinem sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrund und in seinen Lebensanschauungen. Daraus kann auch ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit resultieren. Ärztliche Prioritäten und Empfehlungen bezüglich einer Behandlungsoption sollten daher im Kontext der Individualität des Patienten eingeordnet und in verständlicher Form kommuniziert werden⁵⁰. Dem Arzt sollte außerdem das Risiko einer Informationsüberlastung bewusst sein. Er sollte dieses zu minimieren versuchen.

Eine auf die kognitiven sowie psychischen Kapazitäten des Patienten ausgerichtete PEF ist aus ethischer Sicht geboten⁵¹. Im Salzburger Statement on Shared Decision Making werden Ärzte und Behandelnde dazu angehalten, den ethischen Imperativ von PEF anzuerkennen. Konkret heißt es: „We call on clinicians to recognise that they have an ethical imperative to share important decisions with patients [and] stimulate a two-way flow of information and encourage patients to ask questions, explain their circumstances and express their personal preferences“⁵². Dieser ethische Imperativ bildet sich in besonderem Maße im prinzipienethischen Modell von Beauchamp und Childress ab.

2. Das prinzipienethische Modell und die Patientenautonomie

Die vier ethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress sind das Prinzip der Achtung der Autonomie des Patienten, das Prinzip des Wohltuns der ärztlichen Behandlung, das Prinzip des Nicht-Schadens durch den Arzt und das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit einer Behandlungsmaßnahme⁵³. Die Prinzipien dienen als Orientierung für den Arzt und lassen sich auf die Arzt–Patient–Beziehung übertragen: der Arzt hat die Verpflichtung, den Willen und die Autonomie des Patienten zu achten, und gleichzeitig muss er seiner Fürsorgepflicht nachkommen, die sowohl das Wohltun als auch das Nicht-Schaden umfasst. Dem Prinzip der

Abbildung 1: Die vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp/Childress



Quelle: eigene Darstellung angelehnt an Beauchamp/Childress (2019).

sozialen Gerechtigkeit kommt auf der Mikroebene nur eine untergeordnete Rolle zu⁵⁴.

Die Achtung der Autonomie meint aus juristischer Sicht, dass der Patient keinen Eingriff in seine Rechtsgüter durch eine medizinische Behandlung, der er nicht zugestimmt hat, akzeptieren muss. Eine autonome Entscheidung des Patienten liegt demnach bereits vor, wenn der Patient nach fachgerechter Aufklärung in die Behandlung eingewilligt hat. Die Umstände des Entscheidungsfindungsprozesses rücken dabei in den Hintergrund. Im Laufe der Zeit hat sich im medizinethischen Diskurs gezeigt, dass sich allerdings, abseits des juristischen Begriffs der Patientenautonomie, also dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Gesundheitsfragen, unterschiedliche Ausfüllungen des Autonomiebegriffs ergeben haben, je nachdem, ob die Individualität oder Relationalität des autonomen Selbst betont wird.

Krones und Richter unterscheiden zwischen dem Prinzip der relationalen Autonomie und dem Prinzip der optionalen Autonomie. Das Prinzip der relationalen Autonomie berücksichtigt, dass der Patient in ein Gefüge von sozialen Beziehungen eingebettet ist. Die verschiedenen Rollen (Elternteil, Kind, Partner, Angestellter etc.), die er in diesem Gefüge einnimmt, können eine Vielzahl an zum Teil konfligierenden Wünschen, Bedürfnissen und Entscheidungspräferenzen mit sich bringen⁵⁵. Steger und Rubeis verweisen in diesem Kontext darauf, dass abhängig vom Kulturkreis das medizinische Behandlungsmoment und die vom sozialen Umfeld moralische zugebilligte Einwilligung nicht immer allein bei einem einzelnen Individuum liegen⁵⁶. Dazu kommt, dass die Arzt–Patient–Beziehung in einem nicht-dualistischen Gefüge zwischen Patient und Arzt stattfindet, bei dem es um die Person, das Leben, die Zukunft des einen (des Patienten) geht und nicht des anderen (des Arztes)⁵⁷. Aus ethischer Sicht ist es daher geboten, sowohl Konnektivität als auch Abhängigkeitsverhältnisse zum Arzt und zu anderen wichtigen Personen zu berücksichtigen. Obwohl die Entscheidungsfindung oft in der Beziehung zwischen Arzt und Patient dargestellt wird, ist es aus ethischer Sicht durchaus sinnvoll, neben diesen beiden

48) Rockenbauch/Schildmann, Gesundheitswesen 2011, 399, 400 ff.

49) Elwyn/Edwards/Kimmersley/Grol, The British Journal of general practice 2000, 892, 892 ff.

50) Krones/Richter, Bundesgesundheitsbl 2008, 818, 820 ff.

51) Ho/Pinney/Bozic, Journal of Bone & Joint Surgery 2015, 1, 1 ff.

52) Salzburg Global Seminar, BMJ 2011, 1745, 1745 ff.

53) Beauchamp/Childress, Principles of biomedical ethics, 8. Aufl. 2019, S. 99, 155, 217, 267.

54) Gerhard, in: Gerhard/Georg, Praxiswissen Palliativmedizin, 2015, S. 149 ff.

55) Krones/Richter, Bundesgesundheitsbl 2008, 818, 820.

56) Steger/Rubeis, Selbstbestimmung und individualisierte Medizin, in: Lindner, Selbst- oder bestimmt? Illusionen und Realitäten des Medizinrechts, 2017, S. 27.

57) Van Nistelrooij/Visse/Spekking et al., J Med Ethics 2017, 637, 641.

Akteuren weitere Personen mit in den Entscheidungsprozess einzubeziehen. Dies können zum Beispiel Angehörige des Patienten, Pflegepersonal oder klinische Ethikberater sein, die den Patienten bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Angehörige können beispielsweise neben ihrer unterstützenden Rolle relevante Informationen über den Patienten in das Gespräch mit einbringen (Patientengeschichte, Ziele und Wünsche des Patienten, Präferenzen in der Lebens- und Alltagsgestaltung, Selbsteinschätzungsmanagement, kognitive Situation sowie eigene Interessen, die mitunter unreflektiert sein können). Sie spielen oft eine entscheidende Rolle und können laut *van Nistelrooij* et al. als „co-constituents“ für die Identität von Patienten gesehen werden⁵⁸. Durch die Einbindung von weiteren Akteuren können verschiedene Perspektiven bei der Entscheidungsfindung beleuchtet werden. Trotz der Einbettung des Individuums in ein soziales Gefüge und seines Abhängigkeitsverhältnisses zu anderen Menschen besteht tendenziell ein gesellschaftlicher Konsens darüber, dass in Entscheidungssituationen auf Mikroebene die individuellen Interessen Vorrang vor den allgemeinen sozialen Interessen haben. Das wird auch, wie oben dargelegt, vom Recht gefordert. Beispielsweise kann sich ein Patient entgegen dem expliziten Willen aller Angehörigen für oder gegen eine Behandlung entscheiden.

Das Prinzip der optionalen Autonomie berücksichtigt, dass der Patient die Autonomie und somit die Verantwortung für sich selbst, seine Krankheit und seine Behandlung zwar vom Arzt zugeschrieben bekommt, allerdings nur so weit, wie der Patient diese Autonomie und Verantwortung beanspruchen möchte. Die Aufgabe des Arztes ist es demnach, den Patienten zu ermutigen, sich aktiv an dem Entscheidungsprozess zu beteiligen, um seine Autonomie zu realisieren⁵⁹. Obwohl der Patient rechtlich gesehen die alleinige Entscheidungsmacht über die Behandlung hat, trägt der Arzt eine ethische Mitverantwortung.

PEF operationalisiert die medizinethischen Prinzipien in der klinischen Praxis. Sie fördert die Autonomie des Patienten, indem sie ihm ermöglicht, aktiv an medizinischen Entscheidungsprozessen teilzunehmen. Durch die klare Kommunikation möglicher Risiken und Chancen trägt PEF dazu bei, dass Patienten diese Informationen auf ihre persönliche Gesundheitssituation und Lebenswirklichkeit beziehen können. So können Entscheidungen vermieden werden, die potenziell nicht mit den Zielen und Werten der Patienten übereinstimmen und von diesen im Nachhinein als schädlich wahrgenommen werden können. PEF schließt, durch die Berücksichtigung der Konnektivität des Patienten zu anderen Menschen, das Prinzip der relationalen Autonomie ein. Des Weiteren wird sie dem Prinzip der optionalen Autonomie gerecht, indem sie die Verantwortungszuschreibung an den Patienten individuell erörtert. PEF geht somit über den juristisch geforderten „informed consent“ hinaus, weil dieser bereits erreicht wird, wenn der Arzt dem Aufklärungserfordernis nachgekommen ist und keine evidenten Unterstützungspflichten verletzt hat. PEF fördert das Wohltun, indem sie sicherstellt, dass die getroffenen Entscheidungen im besten Interesse des Patienten sind. Dabei unterstützt die PEF das Prinzip der Gerechtigkeit, indem die Patienten fair und gleichberechtigt in die Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Dies kann insbesondere wichtig sein, um Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu adressieren und sicherzustellen, dass alle Patienten Zugang zu gleichen Informationen und Mitsprachemöglichkeiten haben.

Die Verwirklichung dieser Prinzipien in der Arzt-Patient-Beziehung kann auf verschiedene Weisen geschehen.

3. Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung

Emanuel und *Emanuel* beschreiben in ihrem Beitrag „Four Models of the Physician–Patient Relationship“ ein Spektrum, in dem sich die Beziehung zwischen Arzt und Pa-

tient einpendeln kann⁶⁰. Die vier Modelle sind zwar nicht vollständig und vollumfassend, wie die Autoren selbst einräumen, aber sie benennen mit ihren vier Modellen die wichtigsten Rollen, die Arzt und Patient zueinander einnehmen können. Sie unterscheiden sich sowohl im Umfang des ärztlichen Einflusses auf die Entscheidung als auch im Grad der dadurch verwirklichten Patientenautonomie. Der Begriff der verwirklichten Patientenautonomie ist hierbei von der rechtlich geforderten Patientenselbstbestimmung („informed consent“) abzugrenzen; denn diese ist unabhängig vom Arzt-Patienten-Modell gegeben, solange der Arzt hinreichend aufklärt und der Patient daraufhin in die Behandlung eingewilligt hat. Die verwirklichte Patientenautonomie meint hier den Grad an Autonomie, der dem Patienten im Entscheidungsprozess zugesprochen wird und den er auch tatsächlich ausübt bzw. verwirklicht.

Auf der einen Seite des Spektrums steht das paternalistische Modell, bei dem der Arzt fürsorglich das Wohlergehen des Patienten im Blick hat und dieses an quantifizierbaren, medizinischen Maßstäben bemisst. Der Arzt nimmt die Rolle eines Beschützers ein; denn nach diesem Modell weiß er aufgrund seiner fachlichen Expertise am besten, was für den Patienten das Richtige ist. Den Präferenzen des Patienten kommt in diesem Modell nur eine untergeordnete Rolle zu. Unabhängig davon, dass dieses Modell aus rechtlicher Perspektive kritisch zu bewerten ist⁶¹, betont es aus der prinzipienethischen Perspektive nach *Beauchamp* und *Childress* zwar die Fürsorgeverpflichtung des Arztes, jedoch ist die verwirklichte Patientenautonomie nicht gegeben, weil der Patient nicht aktiv am Entscheidungsprozess teilnimmt und somit seine Autonomie nicht ausübt. Bei diesem Modell übt der Arzt in dem Entscheidungsprozess den größten Einfluss aus.

Auf der anderen Seite des Spektrums befindet sich das informative Modell, bei dem der Arzt den Patienten zwar eingehend über alle medizinischen Belange aufklärt, allerdings selbst keinerlei Präferenzen oder Vorschläge äußert. Der Entscheidungsfindungsprozess und das Entscheidungsmoment liegen in diesem Fall einzig und allein beim Patienten. Der Arzt befindet sich in der Rolle des technischen Experten. Im Vergleich zu den anderen Modellen ist der Einfluss des Arztes in diesem Modell am geringsten.

Im Unterschied zum informativen Modell geht der Arzt beim interpretativen Modell nicht davon aus, dass der Patient bereits genau weiß, welche Entscheidung für seine individuelle Lebenssituation am besten passt. Er vermittelt die medizinischen Informationen sachlich und versucht die Lebensumstände und Werte des Patienten herauszufinden, um diese dann in einem nächsten Schritt zu interpretieren. Der Arzt entwickelt aus der mutmaßlichen Perspektive des Patienten Ratschläge und nimmt somit die Rolle eines Dienstleisters ein. Der Schwerpunkt dieses Modells liegt auf der Unterstützung des Patienten bei der Klärung und Artikulation seiner Werte, damit dieser selbstbestimmt eine Entscheidung treffen kann.

Beim deliberativen Modell nimmt der Arzt die Rolle eines Partners ein. Der Arzt und der Patient arbeiten gemeinsam daran, die Werte und Präferenzen des Patienten zu entwickeln und zu verfeinern, um die beste medizinische Entscheidung zu treffen. Das Bereitstellen und Abwägen von Behandlungsoptionen ist eine beidseitige gemeinsame Aufgabe von Patient und Arzt. Dafür ist es notwendig, dass der Arzt dem Patienten Informationen über alle verfügbaren und zulässigen Behandlungsoptionen sowie über die Option des Nicht-Behandeln und ihren Konsequenzen

58) *Van Nistelrooij/Visse/Spekkink et al.*, 2017, 637, 637.

59) *Krones/Richter*, Bundesgesundheitsbl 2008, 818, 820.

60) *Emanuel/Emanuel*, JAMA 1992, 2221, 2222 ff.

61) Dazu die späteren Ausführungen unter IV.

darstellt⁶². Der Arzt kann aktiv Empfehlungen aussprechen und argumentieren, warum bestimmte Entscheidungen besser zu den Werten, Zielen und Wünschen des Patienten passen könnten. Es findet eine deliberative Diskussion statt, in der der Arzt den Patienten dazu anregt, über die Vor- und Nachteile verschiedener Optionen nachzudenken und die Werte, die diesen Entscheidungen zugrunde liegen, zu prüfen und zu reflektieren. Ein zentraler Baustein dieses Modells ist die bewusste Wahrnehmung und Akzeptanz von Asymmetrien in der Beziehung zwischen Patient und Arzt, die durch die Expertise des Arztes in Form seines Fachwissens und seiner Berufserfahrung herrscht. Diese Asymmetrien bewirken jedoch keine Machtverschiebungen im gemeinsamen Verhältnis. Der Dialog zwischen Arzt und Patient findet auf Augenhöhe statt.

Im informativen, im interpretativen und im deliberativen Modell kann die Patientenautonomie in unterschiedlichem Maße verwirklicht werden, je nachdem wie aktiv der Patient in den Entscheidungsprozess miteingebunden werden möchte. Zwischen dem interpretativen und dem deliberativen Modell unterscheidet sich der jeweilige Einfluss des Arztes dabei eher in der Art des Einwirkens auf den Entscheidungsprozess als in seiner Stärke. Neben der Verwirklichung der Patientenautonomie kommt das Zusammenwirken mit den anderen Prinzipien im interpretativen und deliberativen Modell am stärksten zur Geltung. Im Vergleich zu dem interpretativen Modell, bei dem der Arzt versucht, Ratschläge aus der Sicht des Patienten zu geben, liegt der Fokus bei dem deliberativen Modell auf dem partnerschaftlichen Prozess der Entscheidungsfindung.

Inwiefern die Möglichkeit und Ausgestaltung einer solchen, die partizipative Entscheidungsfindung fördernde Arzt-Patienten-Beziehung sich in den aktuellen rechtlichen Vorgaben wiederfindet, wird im Folgenden dargelegt werden.

IV. Verzahnung des informed consent und der PEF

Rechtlich gesehen liegt die Entscheidungsmacht beim Patienten, während der Arzt in unterschiedlicher Weise zur Entscheidungsfindung mitbeiträgt und die Entscheidung mitverantwortet. Dabei liegt den §§ 630d, 630e BGB das Bild eines mündigen und selbstbestimmten Patienten zu Grunde, „der durch den Behandelnden hinsichtlich [seiner] faktischen Entscheidungsgrundlage adäquat ins Bild gesetzt wird, [welche wiederum] nur seine eigenen Güter berührende Abwägung selbst [be-]trifft.“⁶³ Aufgrund der Auslegungsbedürftigkeit der Rechtsnormen bleibt jedoch die Frage bestehen, welche Art der Arzt-Patienten-Beziehung diesem gesetzlichen Ideal am ehesten entspricht. Auf den ersten Blick könnte der Fokus auf den Patienten als Alleinentscheider für ein rein informatives Modell sprechen, bei dem der Arzt lediglich als technischer Experte fungiert. Allerdings sieht auch das Gesetz das Zusammenwirken von Arzt und Patient nicht nur auf die technische Informationsvermittlung beschränkt. Es finden sich große Überschneidungen zwischen „informed consent“ und PEF. Bei den Informations- und Unterstützungspflichten ist der Arzt in einem zumutbaren Rahmen angehalten, die Einwilligungsfähigkeit des Patienten, soweit diese durch Entscheidungsumstände behindert wird, durch kommunikative und anderweitige Hilfsmaßnahmen herzustellen. Der Arzt ist zu einer verständlichen, am individuellen Patienten in der konkreten Entscheidungssituation orientierten Aufklärung verpflichtet. Diese erfasst nicht nur die Informationsvermittlung, sondern auch etwaige Unterstützungsmaßnahmen, die auf das Informationsverständnis des Patienten einwirken sollen. Dabei überschreitet er die Rolle eines reinen Informationsvermittlers, wie ihn das informative Modell vorsieht. Die gesetzlich verankerten Informations- und Unterstützungspflichten bestimmen den

Arzt dazu, wenn nötig, an der Befähigung des Patienten zu einer selbstbestimmten Entscheidung aktiv teilzunehmen⁶⁴. Auch § 630c Abs. 1 BGB betont den Partnerschaftsgedanken der Arzt-Patienten-Beziehung durch das Zusammenwirken beider. Die Gesetzesmaterialien führen dazu näher aus, dass die „Regelung [...] insbesondere der Begründung und der Fortentwicklung des zwischen dem Behandelnden und dem Patienten bestehenden Vertrauensverhältnisses [dient], um gemeinsam eine möglichst optimale Behandlung zu erreichen.“⁶⁵ Dadurch wird zumindest der Grundgedanke der PEF im klinischen Alltag rechtlich unterstützt.

Letztendlich bleibt die Einwilligung im rechtlichen Sinne jedoch ein Entscheidungsmoment, das nur vom einwilligungsfähigen Patienten wahrgenommen werden kann und sich ausschließlich nach seinen Präferenzen und Wertvorstellungen richtet. *Hart* formuliert es in einem Beitrag wie folgt: „Das Konzept [PEF] bezieht sich [...] in erster Linie auf den Prozess der Entscheidungsfindung. [...] Die Entscheidungsverantwortung liegt am Ende beim Patienten“⁶⁶. Dies schließt wiederum ein rein paternalistisches Modell aus, bei dem durch die alleinige Entscheidung des Arztes relevante alternative Behandlungsoptionen nicht erläutert werden.

Die PEF betont gerade den Charakter der selbstbestimmten Entscheidung als einen kooperativen Entscheidungsprozess, der aus verschiedenen, zeitlich nicht zwangsläufig zusammenfallenden Stufen von Information, Austausch, Präferenzmitteilung und Einigung auf ein Behandlungsziel besteht. Eine solche geteilte Entscheidung gibt es im streng-juristischen Sinne nicht, weil das Aushandeln einer gemeinsamen Entscheidung gesetzlich nicht explizit vorgesehen ist und dem Schema der Einwilligung widerspricht. Das Ziel von PEF kann diesem Verständnis nach vor allem darin liegen, gemeinsame Handlungsmöglichkeiten auszuloten. Sie trägt dazu bei, dass der Arzt den Patienten unterstützt, seine eigenen Präferenzen und Wertvorstellungen wahrzunehmen und zu formulieren, wodurch der Arzt die Entscheidung gleichermaßen mitträgt. Damit können sowohl interpretative als auch deliberative Unterstützungsansätze rechtssicher ausgestaltet werden, solange die jeweiligen partizipativen Elemente dabei auf den Entscheidungsfindungsprozess beschränkt bleiben.

V. Fazit

Sowohl die Feststellung als auch die Herstellung der Einwilligungsfähigkeit sind, wenn auch in einem unterschiedlichen Umfang und mit verbleibenden, klärungsbedürftigen Problemfeldern, rechtlich verankert und anerkannt. Dies eröffnet den Weg für die Anwendung und Verfestigung der PEF.

Als ein Modell der Interaktion und Informationsvermittlung, bei dem gemeinsam nach einer den Wünschen des Patienten entsprechenden Therapie gesucht werden soll, die gleichzeitig vom Arzt aus einer Perspektive der Fürsorge verantwortet und mitgetragen werden kann, erfüllt die PEF die Anforderungen einer ethisch gebotenen Interaktion zwischen Arzt und Patient. Dabei bildet die objektive Information über die Behandlungsoptionen sowie deren Bedeutung für das Leben des individuellen Patienten die Grundlage für die PEF, womit sie auch den

62) Europäische Patientenrechtscharta European Charta (2002) [online] <http://www.activecitizen-ship.net/health/ec.html>, Zugriff am 26. 8. 2024.

63) *Gutmann*, in: *Staudinger*, BGB, 2021, § 630e BGB, Rdnr. 8.

64) *Wagner*, in: *MüKo/BGB*, Bd. 5, 9. Aufl. 2023, § 630d BGB, Rdnr. 10; *Katzenmeier*, in: *Laufs/Katzenmeier/Lipp*, *Arztrecht*, 8. Aufl. 2021, Kap. V, Rdnr. 107.

65) *BT-Dr.* 17/10488, S. 21.

66) *Hart*, *MedR* 2015, 1, 3.

rechtlichen Anforderungen gerecht wird. Sie geht jedoch über das Anbieten realistischer und für den Patienten einschätzbarer Behandlungsoptionen hinaus, indem sie ihm dabei hilft, seine eigenen Präferenzen und Wertvorstellungen wahrzunehmen und zu formulieren. Der gemeinsame Entscheidungsfindungsprozess erleichtert es dem Patienten, eine selbstbestimmte und informierte Einwilligung zu erteilen.

Alle Patienten unabhängig von ihrer Religion, ihrer Kultur, ihres Geschlechtes etc. sollten Zugang zur PEF haben und diese in Anspruch nehmen können, wenn sie es wünschen. Neben der Förderung der Patientenautonomie kann die PEF somit auch zu einer (bedarfs-)gerechteren Gesundheitsversorgung beitragen. Auch unter gesundheitsökonomischen Aspekten kann das Durchführen der PEF die Gewährleistung der Behandlungsqualität und die Vermeidung von Über-, Unter- und Fehlversorgung fördern⁶⁷.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die

Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

67) *Krones/Richter*, Bundesgesundheitsbl 2008, 818, 824.

Wenn das Bein nicht zum Körper gehört: medizinrechtliche Überlegungen zur Behandlung von Body Integrity Dysphoria

Sigrid Lorz

I. Einführung

„I have a different physical feeling about this leg than about my body and all other parts of my body. I would never give up anything more than my left leg. It doesn't belong to my body. As previously stated, this part of the leg feels like it belongs to a stranger. Like touching a stranger's leg. Even the feeling in my left leg is a different feeling than my right leg.“¹ So beschreibt ein Patient sein Körperbild. Sein linkes Bein gehört nicht zu seiner Identität. Er empfindet es als einen Fremdkörper und will es loswerden. Das Vorhandensein erzeugt bei ihm einen Leidensdruck. Er leidet an einer Body Integrity Dysphoria (BID). Hierbei handelt es sich um eine psychische Störung, die durch das anhaltende Verlangen gekennzeichnet ist, eine körperliche Behinderung zu erwerben.

Ein daran erkrankter Patient befindet sich in einem Dilemma. Einerseits hat er das Verlangen, dass sein Bein amputiert wird. Andererseits befürchtet er, bei Realisierung in seinem sozialen Umfeld auf Unverständnis oder gar Ablehnung zu stoßen, ist doch das Verlangen nach einer Behinderung tabuisiert und stigmatisiert². Zugleich gibt es in der Ärzteschaft Bedenken, durch eine Amputation gegen das Recht zu verstoßen und sich so einer Haftung oder gar einer Strafverfolgung auszusetzen. Bereits aus diesem Grund besteht in Deutschland größte Zurückhaltung³. Damit ist dem Patienten aber nicht geholfen. Wird er nicht behandelt, so verschwindet auch nicht sein Leidensdruck. Bei einigen Patienten ist er so groß, dass sie sich selbst verstümmeln.

Das möglicherweise bizarr anmutende Verlangen nach einer Amputation wirft schnell die Frage nach deren recht-

licher Zulässigkeit auf. Hierbei wird vornehmlich diskutiert, ob sich ein Arzt durch die Amputation gesunder Gliedmaßen strafbar macht⁴. Darauf fokussieren sich die nachfolgenden Ausführungen aber nicht. Vielmehr werden auf Grundlage des aktuellen Forschungsstandes die medizinrechtlichen Rahmenbedingungen für die Behandlung von BID-Patienten mit dem Therapieziel untersucht, sie von ihrem Leidensdruck zu befreien oder ihn zumindest zu lindern.

II. Störungsbild und Diagnose

Bei der BID stimmen das tatsächliche körperliche Erscheinungsbild und die individuelle Vorstellung vom eigenen Körper nicht überein. Aus dieser Diskrepanz entsteht das Verlangen, den als nicht zugehörig empfundenen Körperteil entfernen zu lassen oder funktionsunfähig zu machen. Dieses Phänomen wurde zunächst als Apotemnophilie und später als Body Integrity Identity Disorder (BIID) bezeichnet; inzwischen hat sich die Bezeichnung Body Integrity

1) Zitiert nach *Kasten*, Healthcare 2023 (11) 1901, 12.

2) *Safi*, Die gesellschaftliche Akzeptanz der Body Integrity Identity Disorder, 2014, S. 17 ff.

3) *Kasten*, Healthcare 2023 (11) 1901, 3 f.; *Nitschmann*, ZStW 119 (2007), 547, 591; *Noll/Kasten*, Psych Behav Sci 2014, 222; nach *Chakraborty et al.*, Front Hum Neurosci 2021 (15) 699830, 4 auch in den meisten anderen Staaten.

4) So *Kirstgen*, Die Strafbarkeit deutscher Ärzte wegen elektiver Wunschamputationen aufgrund von Body Integrity Identity Disorder (BIID), 2018; *Manok*, Body Integrity Identity Disorder. Die Zulässigkeit von Amputationen gesunder Gliedmaßen aus rechtlicher Sicht, 2012; *Schneider*, Body Integrity Identity Disorder. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten in Grenzsituationen unter rechtlichen und ethischen Aspekten, 2016; *Nitschmann*, ZStW 119 (2007), 547 ff.