

<https://doi.org/10.21638/2226-5260-2018-7-2-475-491>

AUTONOMIE UND VERANTWORTUNG —
ZUM MORALISCHEN STATUS DER
ARZT-PATIENTEN-BEZIEHUNG AUS PHILOSOPHISCHER SICHT

BRIGITTE FLICKINGER

PhD, Senior Lecturer in Philosophical Ethics and Applied Ethics.
Heidelberg University, Department of Philosophy.
69117 Heidelberg, Germany.
E-mail: Brigitte.Flickinger@urz.uni-heidelberg.de

AUTONOMY AND RESPONSIBILITY —
PHILOSOPHICAL CONSIDERATIONS ON THE MORAL
RELATIONSHIP BETWEEN A PHYSICIAN AND A PATIENT

For almost two millennia the relationship between a physician and a patient, with regard to medical treatment, was settled according to the paternalistic moral principles laid down in the Hippocratic oath and later, in a modernized diction, in the Declaration of Geneva. With social und scientific changes occurring over the recent decades this structure lost its ethical balance and, thus, requires an amendment. Medicine is split into a curative part and a new field of scientific biomedicine, researched in laboratories independently from the relationship between a physician and a patient. While doctors have been experiencing increasing economic and legal restrictions, actual and potential patients have been tending to make use of the new medical opportunities, claiming their right to autonomous decisions. With advances made in biomedicine, the concept of health became broader and now it includes all sorts of the desired treatment (*Wunschmedizin*) and projective diagnosis. Today not only patients seek medical assistance, but also clients who, on the basis of their own right for autonomy, claim to have their bodily wishes fulfilled by medical practitioners. The article examines the ethical implications of these changes, with special attention paid to the concept of autonomy. Autonomy, in Kant's enlightened deontological ethics, is the basis of such universal moral principles as the human dignity and the social responsibility. However, as can be shown, for contemporary biomedical ethics the concept of autonomy is based on libertarianism and utilitarianism. Moreover, the newly revised Declaration of Geneva neither is able to solve the moral dilemma physicians have to face choosing between professional duty and own conscience, nor can it compensate for the lack of responsibility of both sides in the relationship between a physician and a patient. Mutual respect can help to recreate a full-fledged notion of autonomy that would regain its moral value.

Key words: Biomedical ethics, libertarianism, utilitarianism, Kant, autonomy, dignity, responsibility, informed consent, Hippocratic oath, the Declaration of Geneva.

© BRIGITTE FLICKINGER, 2018

АВТОНОМИЯ И ОТВЕТСТВЕННОСТЬ — О МОРАЛЬНОМ СТАТУСЕ ОТНОШЕНИЯ ВРАЧ-ПАЦИЕНТ С ФИЛОСОФСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ

БРИГИТТА ФЛИКИНГЕР

Доктор философии, доцент философской и прикладной этики.

Университет Гейдельберга, философский семинар.

69117 Гейдельберг, Германия.

E-mail: Brigitte.Flickinger@urz.uni-heidelberg.de

История отношений между врачом и пациентом, насчитывающая почти две тысячи лет, определялась патерналистскими моральными принципами, основания которых заложены еще клятвой Гиппократов и сформулированы позднее в несколько модернизированном виде в Женевской декларации. В связи с социальными и политическими изменениями, произошедшими в течение последних десятилетий, эта структура потеряла свое этическое равновесие и требует корректировки. Медицина теперь подразделяется на область, занимающуюся собственно лечением, и на новое направление научной биомедицины, связанной с исследованиями в лабораториях и независимую от отношения лечащий врач — пациент. В то время как доктора ощущают все возрастающие экономические и законодательные ограничения, пациенты стремятся использовать новые возможности в области медицины и настаивают на независимом принятии решения. С достижениями в биомедицине, понятие «здоровье» обретает более широкое значение и теперь включает все типы лечебных мероприятий по желанию (*Wunschmedizin*) и проективной диагностики. Сегодня не только пациенты просят о медицинской помощи, но и клиенты, которые, исходя из собственного права на автономию, хотят осуществить свои желания, касающиеся их телесности. В данной статье рассматриваются этические составляющие этих изменений, особое внимание уделено понятию «автономия». Автономия в деонтологической этике Канта является основанием универсальных моральных принципов, таких, как человеческое достоинство и социальная ответственность. Однако в современной биомедицинской этике, как это будет продемонстрировано в дальнейшем, понятие «автономия» основывается на либертарианстве и утилитаризме. Кроме того, в недавно пересмотренной Женевской декларации не удалось решить моральную дилемму лечащих врачей между профессиональным долгом и собственной совестью, так же как не удалось компенсировать недостаток ответственности обоим сторонам в отношениях лечащий врач—пациент. Обоюдное уважение поможет достичь наиболее полного понятия автономии и сохранить ее моральную ценность.

Ключевые слова: Биомедицинская этика, либертарианство, утилитаризм, Кант, автономия, достоинство, ответственность, информированное согласие, клятва Гиппократов, Женевская декларация.

Unter den vielfältigen Formen menschlicher Beziehungen ist die Beziehung zwischen Arzt und Patient von besonderer Art. Die beiden Personen verbindet eine willentlich eingegangene, einseitige Abhängigkeit, ein Vertrauensverhältnis mit großer Nähe, obgleich ohne familiäre oder freundschaftliche Bindung. Arzt und Patient — die Bezeichnungen stehen hier und im Folgenden für deren männliche wie weibliche

Vertreter — haben zugleich, wenn auch auf verschiedene Weise, Anteil am selben Sachverhalt: der Krankheit des Patienten, und verfolgen dasselbe Ziel, seine Gesundheit. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist also persönlich und sachbezogen. Krankheit stellt einen Ausnahmezustand, eine Irregularität dar, die für den Patienten von existentieller Bedeutung sein kann. Der Mensch, der in körperlicher oder seelischer Not den Arzt aufsucht, ist tatsächlich oder zumindest gefühlt hilfsbedürftig. Er erhofft von dem sachkundigen, mit der „Macht der Heilkunst“ ausgestatteten Arzt Linderung, Verständnis, Hilfe und, wenn möglich, die Befreiung von seinem Leiden. Der Arzt ist von dieser Not nur insofern betroffen, als er sich beruflich verpflichtet hat, Hilfe zu leisten und sein Wissen zum Wohl des Patienten einzusetzen.

Diese stark vereinfachte und, wie wir sehen werden, auch etwas antiquierte Beschreibung der Grundkonstellation der Arzt-Patienten-Beziehung legt nahe, dass so ein asymmetrischer zwischenmenschlicher Kontakt wie der zwischen Arzt und Patient sittlicher Regeln und Normen bedarf. Kein Wunder also, dass schon früh Vorstellungen einer ärztlichen Berufsethik entwickelt wurden. Sie sind uns aus vor- und frühchristlicher Zeit im *Corpus Hippocraticum* als ein Eid überliefert, zu dem sich der künftige Arzt moralisch verpflichtete. Der „Hippokratische Eid“ behielt über mehr als zwei Jahrtausende, von der Antike bis in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts, nahezu unverändert seine Gültigkeit für die Ärzte der gesamten westlichen Welt. Die zeitlich wie geographisch einmalige Reichweite der hippokratischen Ethik — unabhängig vom Lauf der Geschichte, von kulturellen, politischen oder nationalen Unterschieden zwischen Ländern und Regionen — kann mit der spezifischen zwischenmenschlichen Konstellation zusammen gesehen werden: hier der helfende Arzt, da der hilfsbedürftige Patient. Die Konstellation scheint zeitlos, ahistorisch zu sein.

Oder doch nicht? Während über Jahrhunderte nicht einmal durch die Weiterentwicklung der Medizin die Grundsätze ärztlicher Selbstverpflichtung gegenüber den Patienten eine wesentliche Veränderung erfuhren, gab es in jüngster Zeit einen grundlegenden Wandel. Dazu folgende Thesen:

- Die **Biomedizin** hat sich seit den 1970er Jahren und verstärkt seit dem neuen Jahrtausend neben der kurativen Medizin als eine neue, selbständige, naturwissenschaftlich-experimentelle Sparte entwickelt, die, weitgehend unabhängig von der ärztlichen Praxis im „Versorgungskontext“ und damit von der Arzt-Patienten-Beziehung, ihre molekulargenetischen, zellbiologischen, biochemischen, auch statistischen Forschungen betreibt. Dennoch hat die Biomedizin aufgrund ihrer Methoden und Ergebnisse erhebliche Auswirkungen auf Patienten und damit auch auf deren Beziehung zum behandelnden Arzt.

- Der **Arzt** unterliegt heute in einem zuvor nie dagewesenen Maße den Beschränkungen durch **Ökonomie und Recht**. Die ökonomische Reglementierung geschieht vor allem durch die öffentliche Gesundheitspolitik. Sie antwortet auf die immer größer werdende Kluft zwischen den verfügbaren finanziellen Mitteln einerseits und den medizinisch-technischen Möglichkeiten sowie den gesellschaftlichen Ansprüchen an das öffentliche Gesundheitssystem andererseits. Das bringt den Arzt unter Umständen in ein moralisches Dilemma und in rechtliche Konflikte.¹ Immer mehr Gesetze regulieren die ärztliche Tätigkeit. Immer mehr Patienten klagen heute vor Gericht wegen ärztlicher „Kunstfehler“ oder auch, weil die Behandlungsergebnisse nicht ihren Erwartungen entsprechen. Das zeigt, dass sich auch im allgemeinen Verständnis von Krankheit und Gesundheit als Aufgabenbereich des Arztes Wesentliches geändert hat.
- Dem **Patienten** wird heute das Recht auf Selbstbestimmung gesetzlich garantiert — Stichwort: **Autonomie**. Ohne seine Einwilligung zu einer bestimmten Therapie darf der Arzt ihn nicht behandeln. Was für den Bürger generell gilt, soll auch in der Arzt-Patienten-Beziehung gelten. Um aber eine angemessene Entscheidung treffen zu können, braucht der Patient medizinische Sachkenntnis. So wurde der Arzt verpflichtet, seinen Patienten aufzuklären. Der Begriff der „informierten Zustimmung“ (informed consent) gehört seither zum Kernbestand der ärztlichen Sprechstunde. Ferner tragen das Recht auf freie Arztwahl und auf das Einholen einer zusätzlichen ärztlichen Beratung („Zweitmeinung“) sowie die Möglichkeit, sich über das Internet kundig zu machen, zum Informiertsein des Patienten bei. Das hat die Arzt-Patienten-Beziehung verändert.

Mit den wissenschaftlichen Errungenschaften der Biomedizin, mit der Verfügbarkeit medizinischer Informationen über die Medien und mit der Vermarktung von Gesundheit haben sich in den letzten Jahrzehnten neue **Gesundheitsbegriffe** etabliert, die die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung auf den Kopf gestellt haben. Der Arzt, früher nur Helfer für den körperlich oder geistig Notleidenden, sieht sich heute zunehmend an Lehrmeinungen gebunden, die auf entpersonalisierten, statistischen Daten und „evidenzbasierten“ Forschungsergebnissen beruhen. Zugleich wird er in

¹ Ein Beispiel ist der „Organspendeskandal“ von 2012 am Universitätsklinikum Göttingen. Damals wurden Richtlinienverstöße bei Organspendenvergaben aufgedeckt. Ärzte hatten „ihren“ Patienten einen besseren Platz auf der Warteliste für ein Spenderorgan verschafft, als ihnen gerechterweise zustand. Die Ärzte wurden verurteilt — und die Spendenbereitschaft in der Bevölkerung nahm drastisch ab.

seiner Sprechstunde vermehrt mit individuellen Wünschen „gesunder“ Menschen konfrontiert, die ihn als Dienstleister für ihre persönliche Selbstoptimierung (self enhancement) in Anspruch nehmen wollen. Der Übergang von Gesundheit zu den Wunschbildern körperlicher und geistiger Perfektion ist fließend: Botox, Gesichts-, Brust- und Nasenkorrekturen schon bei Jugendlichen, Neuro-Doping für die Karriere, Sport-Doping für den lokalen Verein oder die eigene Nation. Das alles, bis hin zu speziellen Wünschen hinsichtlich der optischen und charakterlichen Qualität des eigenen Nachwuchses, belebt das Geschäft (Savulescu & Kahane, 2009). Gesundheit ist heute auch ein Markt. Im Internet mischen sich sachliche Informationen mit Reklame geschäftstüchtiger Unternehmer und nähren weitere Konsumwünsche in Sachen Gesundheit. Zwischen Selbstoptimierung, Markt und ärztlicher Praxis hat sich zudem eine privat und öffentlich institutionalisierte „Gesundheitsförderung“ entwickelt. Sie beruft sich auf die Neudefinition von Gesundheit durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die 1948 Gesundheit zu einem Menschenrecht erklärte und als bestimmendes Kriterium für Gesundsein, statt der Abwesenheit von Krankheit, das subjektive Wohlbefinden des Individuums setzte:

Gesundheit ist der Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. (Franzkowiak & Sabo, 1993)

Mit der „Ottawa Charta“ von 1986 hat die WHO gewissermaßen der Gesundheitsförderung die Aufgabe übertragen, sie solle „die Menschen befähigen, selbst über ihre Gesundheit zu wachen“ (Franzkowiak & Sabo, 1993). Damit wurde der Aspekt der Autonomie zusätzlich gestärkt.

Unter diesen Bedingungen stellt sich die Frage nach dem Arzt-Patienten-Verhältnis aus ethischer Perspektive neu. Dazu die folgenden vier Abschnitte:

1. Paradigmenwechsel in der Medizin
2. Kants Begriff der Autonomie: Freiheit — Verantwortung — Menschenwürde
3. Autonomie als Prinzip der biomedizinischen Ethik?
4. Fazit und Ausblick

1. PARADIGMENWECHSEL IN DER MEDIZIN

Der Überlieferung nach galt Hippokrates schon zu seinen Lebzeiten im 4. Jahrhundert vor Chr. als „Vater der modernen Medizin“. Die hippokratische Lehre und Praxis war insofern der Zeit weit voraus, als nun Krankheit nicht mehr als Strafe oder

Rache der Götter angesehen wurde, sondern als eine Störung im natürlichen Gleichgewicht der Humores, der menschlichen Körpersäfte (Humoralpathologie). Für den Arzt galt es daher, die Ursachen dieser inneren Störung zu ergründen, um die natürliche Harmonie, das Gleichgewicht des Körpers — also die Gesundheit — wiederherzustellen. Wenn Krankheit nicht von Göttern gesandt, sondern ein natürlicher Prozess ist, dann hilft es nicht, die Götter wohlwollend zu stimmen, um gesund zu werden. So stützte sich der hippokratische Arzt in seiner Fürsorge für die Kranken auf systematische empirische Beobachtung, die Erforschung der Natur und auf Kenntnisse über die Lebensweise seiner Patienten und ihre Lebensumstände. Durch den Vergleich von Krankheitsverläufen entdeckte er Analogien und entwarf seine Therapien aufgrund von Erfahrung. Mit solch methodischem Vorgehen löste sich die hippokratische Heilkunde aus der Abhängigkeit von Theurgie und Philosophie und machte die Medizin zu einer selbständigen Disziplin.

Der rationale, naturwissenschaftliche Ansatz, die ganzheitliche Sicht auf den Menschen und die Auffassung, die Aufgabe des Arztes bestehe darin, die Heilkräfte der Natur zu nutzen, ist auch ein homöopathischer Grundgedanke. Der Umstand, dass im antiken Griechenland Anatomie und Physiologie noch nicht zur Verfügung standen, erschwerte die ärztliche Einzeldiagnose; das verstärkte jedoch die Neigung, auf die Natur zu vertrauen und aus ihr zu lernen. So sind im *Corpus Hippocraticum* Sätze überliefert wie: „Auch gar nichts zu verschreiben, ist zuweilen eine vortreffliche Medizin“. Und: „Nicht der Arzt heilt, sondern die Natur. Der Arzt kann nur ihr getreuer Helfer und Diener sein. Er wird von ihr, niemals aber die Natur von ihm lernen“.

Mit diesem Paradigmenwechsel ging die **Verantwortung** für die Fürsorge und Heilung des Kranken vom Olymp, auf den Arzt über. Der war sich, wie das zweite Zitat zeigt, seiner Verantwortung wohl bewusst und auch — in aller Bescheidenheit — der Grenzen seines Handelns nach dem damals bekannten Wissen über die Natur und Anthropologie. In den Augen seiner Patienten musste der Arzt jedoch überaus mächtig erscheinen. Da bedurfte es einer sittlichen Garantie, um das für die Behandlung nötige **Vertrauen** sicherzustellen. Der Hippokratische Eid, in feierlicher Form in neun Sätze gefasst, enthält die moralische Selbstverpflichtung des Arztes gegenüber den Kranken. Er verspricht, sein medizinisches Wissen zu ihrem Wohl und Vorteil einzusetzen und sie nach seiner Fähigkeit und seinem Urteil vor Schaden und Unrecht zu bewahren. An einem Punkt wird die Eidesformel konkret: „nie werde ich jemandem, auch nicht auf seine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur dazu raten; ebenso werde ich nie einer Frau ein keimvernichtendes Mittel geben“, heißt es im 4. Satz. Das war damals so aktuell wie heute, wenn es um Abtreibung und Sterbehilfe geht, um den An-

fang und das Ende des menschlichen Lebens. Der Arzt der Antike gelobte, „heilig und rein“ sein Leben und seine Kunst zu bewahren. In den Häusern, die er betrete, werde er jedes willkürliche Unrecht und jede andere Schädigung vermeiden, auch keinen sexuellen Missbrauch treiben an Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Schließlich verpflichtet er sich, was ihm als Arzt begegnet, vertraulich und mit Verschwiegenheit zu behandeln. Dies ist die Verpflichtung eines väterlich fürsorglichen Arztes gegenüber seinen Patienten, die sich ihm anvertrauen. Von ihrer Mitsprache oder gar von einem Recht auf Selbstbestimmung war hier nicht die Rede.

„Unrecht zu vermeiden“ ist immer als Bemühen um soziale Gerechtigkeit interpretiert worden — für die Sklavenhaltergesellschaft der Antike ein beachtlicher Satz und ein weiteres Zeichen der Humanität des antiken ärztlichen Selbstverständnisses. Dass die Würde aller Menschen gleich zu achten ist, ist hier bereits angelegt. Zum generellen ethischen Grundsatz wurde die Menschenwürde allerdings erst in der Aufklärung — insbesondere durch Kant.

Der Hippokratische Eid lebte in moderner Diktion im „Genfer Gelöbnis“ des Weltärztebundes seit 1948 fort. Auch als das Gelöbnis in Deutschland formell nicht mehr geleistet werden musste, galt sein Ethos weiterhin: Dazu gehört die Verpflichtung des Arztes, sein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen, im Erhalten und Wiederherstellen der Gesundheit seiner Patienten das oberste Gebot seines Handelns zu sehen, die Schweigepflicht zu respektieren und „keinen Unterschied [zu] machen, weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Partezugehörigkeit oder sozialer Stellung“. Ferner „jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenzubringen und selbst unter Bedrohung [die] ärztliche Kunst nicht im Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit“ anzuwenden².

Die rechtsförmige Berufsordnung als ethische Richtlinie und berufsständischer Ehrenkodex führt noch genauer aus:

Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen³.

Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten⁴.

² *Deutsches Ärzteblatt*, 17.12.1993, 90 (50), 31.

³ Bundesärztekammer 2.7.2015, Beschluss des 118. Ärztetages. *Deutsches Ärzteblatt*, 2015, § 14.

⁴ Bundesärztekammer 2.7.2015, Beschluss des 118. Ärztetages. *Deutsches Ärzteblatt*, 2015, § 16.

Der Patient kommt in keiner Fassung des Gelöbnisses als ein Handelnder vor. Das liegt nicht nur am Genre als Gelöbnis in Ich-Form. Nach antiker Auffassung und noch bis weit ins 20. Jahrhundert entschied allein der Arzt über die medizinische Behandlung: aufgrund seines Fachwissens, seines Urteilsvermögens sowie des Eindrucks, den er von seinem Patienten gewonnen hatte. Er tat also, was er für geboten hielt, und übernahm dafür die volle **Verantwortung**, während der Patient — wie die Bezeichnung schon sagt: ein geduldig Leidender — im **Vertrauen** darauf, dass ihm geholfen werde, der ärztlichen Verordnung folgte. Die Arzt-Patienten-Beziehung war insofern eine persönliche Beziehung, als der Arzt aus der Anamnese die Ansichten und Lebensumstände seines Patienten kannte und im Bemühen, ihm wohl zu tun, sich sein Anliegen zu eigen machen konnte. Das aufgeklärte Denken und die neuzeitliche Philosophie haben diese Haltung als „paternalistisch“ in Verruf gebracht.

Dessen ungeachtet gab es auch nach der Aufklärung eine lange Phase, in der die „Halbgötter in Weiß“ ohne hippokratische Bescheidenheit und durchaus paternalistisch in Kliniken und Praxen herrschten. Dazu gehört auch die Zeit des Nationalsozialismus, in der Euthanasie geradezu zum staatlichen Programm erhoben wurde. Daran waren, wie wir wissen, auch Ärzte beteiligt.

Seit dem studentischen Aufbegehren der „68er“ gegen Autoritäten überhaupt hat sich auch in der Medizin ein weiterer Wandel vollzogen und das Recht des Patienten auf Selbstbestimmung durchgesetzt. Doch was bedeutet das?

Heute ist allgemein akzeptiert und rechtlich festgeschrieben, dass auch der Patient eine Stimme haben soll. Am 14. Oktober 2017 ging der Weltärztebund (World Medical Association) noch einen Schritt weiter und verabschiedete auf seiner Generalversammlung in Chicago eine neue Fassung des Genfer Gelöbnisses. Darin ist erstmals die Autonomie des Patienten ausdrücklich in das Gelöbnis aufgenommen: „Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren“, heißt es in der dritten Eidesformel⁵. Damit wird der bereits gängigen Praxis nun auch formal entsprochen. Denn schon bisher ist der Arzt verpflichtet, vor jeder Behandlung die Zustimmung des Patienten einzuholen und ihn über Ansichten und Risiken des vorgeschlagenen Verfahrens angemessen aufzuklären. Das hat die Arzt-Patienten-Beziehung verändert. Der Patient ist nicht mehr nur Ziel des ärztlichen Handelns, sondern Co-Subjekt des Behandlungsprozesses. Im Idealfall überbrückt die Information durch den Arzt die anfangs genannte Asymmetrie des

⁵ Deklaration von Genf (2017). Retrieved from http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/International/Deklaration_von_Genf_DE_2017.pdf

Arzt-Patienten-Verhältnisses und es kommt zu einer erfolgreichen Kooperation zwischen beiden. Die ärztliche Berufsordnung hält dazu aktuell fest:

Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der **Menschenwürde** und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren⁶.

Menschenwürde ist seit der Aufklärung der Schlüsselbegriff der Ethik wie auch des modernen Rechts. Das Grundgesetz der Bundesrepublik von 1949, Artikel 1 garantiert: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Dazu zählen neben Freiheit, Gleichheit vor dem Gesetz auch die Selbstbestimmung des Individuums. Die Verfassung der russischen Föderation von 1993 statuiert im 2. Artikel: «Человек, его права и свободы являются высшей ценностью» (Der Mensch, seine Rechte und Freiheiten sind die höchsten Werte.) Entsprechendes vertritt auch die Europäische Menschenrechtskonvention von 1953 (Artikel 8, Absatz 1) und viele weitere moderne Verfassungen.

Ist es also konsequent und ein Fortschritt, dass das demokratische Prinzip der Autonomie auch im Arzt-Patienten-Verhältnis beiden, dem Arzt und dem Patienten zukommt? Die Beantwortung dieser Frage hängt davon ab, was unter der Autonomie des Patienten verstanden wird. Dem soll im nächsten Kapitel nachgegangen werden. Es stellen sich jedoch weitere Fragen: Was, wenn der genannte Idealfall nicht eintritt, wenn die ärztliche Information nicht die Zustimmung des Patienten findet und der Arzt nicht tun kann, was er in diesem Fall für fachlich geboten hält? Wer übernimmt dann die Verantwortung für die Folgen? Und wie selbstbestimmt entscheidet sich ein Patient für oder gegen eine Behandlung, wenn derselbe Arzt, demgegenüber er „autonom“ sein soll, für seine Information zuständig ist? Und wie autonom ist der Arzt, der es sich zur Aufgabe gemacht hat, mit seiner „Heilkunst“ Kranken zu helfen, wenn er das mangels Zustimmung seines Patienten nicht kann und überdies in seinem Angebot an Behandlungsoptionen durch rechtliche und ökonomische Rücksichten eingeschränkt ist?

Niemand würde heute guten Gewissens ein Zurück zu alten Herrschaftsverhältnissen befürworten. Doch muss man sich angesichts der Kontroversen, Widersprüche und Dilemmata im Arzt-Patienten-Verhältnis fragen, was „Achtung vor der Autonomie des Patienten“ — das erste Prinzip der Biomedizinischen Ethik — in einem durch die Autorität von biomedizinischer Naturwissenschaft, Ökonomie und Recht

⁶ *Deutsches Ärzteblatt*, 2015, § 7.

bestimmten Gesundheitssystem eigentlich heißen kann und ob dieser Grundsatz auf das Arzt-Patienten-Verhältnis überhaupt anwendbar ist. Bevor darauf im übernächsten Kapitel einige Schlaglichter geworfen werden, zunächst ein Blick auf den Autonomiebegriff Kants.

2. KANTS BEGRIFF DER AUTONOMIE: FREIHEIT — VERANTWORTUNG — MENSCHENWÜRDE

Kant hat bekanntlich keine medizinische Ethik geschrieben. Doch Autonomie ist ein Kernbegriff seiner Ethik. Im ausgehenden 18. Jahrhundert kennzeichnet Autonomie die politisch-republikanische Emanzipation des Bürgers und Kant führt den philosophischen Nachweis, dass jeder Mensch ein Recht und aufgrund seiner Vernunft auch die Fähigkeit hat, selbstständig Handlungsentscheidungen zu treffen. In diesem Sinne ist Autonomie geradezu der Gegenbegriff zur „selbstverschuldeten Unmündigkeit“ (Kant, 1996, A 481). Doch Kant geht weiter. Er leitet vom Anspruch auf Autonomie auch das Sittengesetz ab, das den Menschen in die Pflicht nimmt, die Gesetze, die, sich selbst zu geben, er die Freiheit hat (*autos + nomos*), aus eigener vernünftiger Überzeugung mit den Rechten allgemeiner Gesetzgebung abzugleichen (Kant, 2003, A 54). Erst in diesem Sinne begründet Autonomie die Freiheit des Individuums und seine Würde, ohne es jedoch von seiner gesellschaftlichen Verantwortung zu entbinden:

In der ganzen Schöpfung kann alles, was man will, und worüber man etwas vermag, auch bloß als Mittel gebraucht werden; nur der Mensch, und mit ihm jedes vernünftige Geschöpf, ist Zweck an sich selbst. Er ist nämlich das Subjekt des moralischen Gesetzes, welches heilig ist, vermöge der Autonomie seiner Freiheit. Eben um dieser willen, ist jeder Wille, selbst jeder Person ihr eigener, auf sie selbst gerichteter Wille, auf die Bedingung der Einstimmung mit der Autonomie des vernünftigen Wesens eingeschränkt, es nämlich keiner Absicht zu unterwerfen, die nicht nach einem Gesetze, welches aus dem Willen des leidenden Subjekts selbst entspringen könnte, möglich ist. (Kant, 2003, 155 ff.)

Es ist eine Errungenschaft der Epoche der Aufklärung, dass Autonomie das Individuum sowohl als Subjekt bewahrt auch als Gemeinschaftswesen. „Autonomie“, sagt Kant ist „der Grund der Würde der menschlichen und jeder vernünftigen Natur“ (Kant, 1965, AA 436). Daraus schließt er, dass „das Prinzip der Autonomie das alleinige Prinzip der Moral“ (Kant, 1965, AA 440) ist. Damit bleibt seine Ethik universal, ohne materiell an einen zeit- und situationsabhängigen, wandelbaren Wert oder an eine praktische Regel aus der Erfahrung gebunden zu sein wie etwa Glück oder

Nutzen. Denn, wie Kant ausdrücklich im zweiten Grundsatz seiner *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* schreibt: „eine Handlung aus Pflicht hat ihren moralischen Wert nicht in der Absicht, welche dadurch erreicht werden soll, sondern in der Maxime, nach der sie beschlossen wird“ (Kant, 1965, AA 399 ff.). Damit leugnet Kant nicht, dass auch Absichten und Wirkungen „Triebfedern des Willens“ sein können, sie machen jedoch nicht dessen „unbedingten und moralischen Wert“ aus (Kant, 1965, AA 400). Das sieht die konsequentialistisch geprägte Ethik der Biomedizin anders (Maio, 2012, 33), wie noch zu zeigen sein wird. Doch zunächst noch einmal Kant.

Auf die Person des Arztes im Verhältnis zu seinem Patienten angewandt, bedeutet Kants deontologischer Ansatz: Nicht nur das einmal abgegebene Gelöbnis verpflichtet den Arzt, den Willen seines Patienten zu respektieren und ihn nicht für eigene Interessen zu instrumentalisieren. Vielmehr soll der Arzt aus derjenigen moralischen Überzeugung handeln, die er sich selbst aus Vernunft zum Grundsatz, zur Maxime und damit zur Pflicht gemacht hat. Den gleichen Schutz kann der Arzt allerdings auch für seine eigene Person erwarten. Da sind, wie in den Thesen zu Anfang angedeutet, die öffentlichen Institutionen, aber auch die Patienten in der Pflicht. In dieser Konkretheit betrachtet, wird augenfällig, wie weit die Realität des Gesundheitswesens von den Kantischen Idealen inzwischen entfernt ist, denn gerade der gesellschaftliche Aspekt sozialer Verpflichtung wird zugunsten technischer Optimierung und quantitativer Effizienzkalküle vernachlässigt.

Für den Patienten ist die Lage komplizierter. Zwar gelten für ihn als vernunftbegabtes Wesen gleichermaßen Willensfreiheit, verantwortliches Handeln und Menschenwürde. Doch als Kranker unterliegt er, mit Kant gesprochen, vornehmlich den „Gesetzen der Natur“, auf die sein Wille wenig bis gar keinen Einfluss ausüben kann, die er nicht zu verantworten hat und die ihn zeitweilig, manchmal dauerhaft, in einen unwürdigen Zustand der Abhängigkeit versetzen. In dieser Lage scheint es wichtiger zu sein, auf die Verlässlichkeit, Verantwortung und kompetente Zuwendung des Arztes zu vertrauen und unter Umständen gesundheitsförderlicher, seine Fürsorge anzunehmen als, sich abgrenzend, auf der eigenen Autonomie zu beharren. Statt Selbstbestimmung tritt das Konzept der „informierten Zustimmung“ in Kraft, die „mittlerweile eine Führungsrolle in der medizinischen Ethik einnimmt“ (Quante, 2010, 143). Sie verspricht dem Patienten Partizipation, ja eigene Entscheidungsbefugnis und erweckt doch nur den Anschein von Selbstbestimmung. Faktisch dient die „informierte Zustimmung“ des Patienten in erster Linie der rechtlichen Entlastung des Arztes bzw. der behandelnden Institution von einem Teil ihrer Verantwortung. Sie haben mehr Rechtssicherheit, wenn der Patient nach erfolgter Information genötigt wird, seine Zustimmung zu einer Vielzahl möglicher Risiken zu geben, von denen er zuvor

bei seiner Aufklärung oftmals gar nichts erfahren hatte. Das macht die „informierte Zustimmung“ als partizipative Methode nicht selten zur Farce. Wenn zudem ökonomische Interessen im Spiel sind, erweist sie sich gelegentlich gar als ein Täuschungsmanöver — zumindest aus der Sicht der Kantischen Ethik.

Im kontinentaleuropäischen kulturellen Bewusstsein, besonders in Deutschland, ist die Kantische Pflichtethik nach wie vor lebendig und prägt, wenn auch meist ohne expliziten Hinweis auf Kant, intuitive moralische Urteile. Daneben hat sich jedoch im Laufe des 20. Jahrhunderts der angloamerikanische utilitaristische Einfluss verstärkt und gilt in vielen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens, vor allem in Politik und Wirtschaft, aber auch in der Biomedizin als ethischer Maßstab. Darauf will ich im meinem 3. Teil eingehen.

3. AUTONOMIE ALS PRINZIP DER BIOMEDIZINISCHEN ETHIK?

Das erste und nach wie vor international führende Standardwerk zur biomedizinischen Ethik ist der von den US-amerikanischen Moralphilosophen Tom L. Beauchamp und James F. Childress 1977 verfasste Band *Principles of Biomedical Ethics* (Beauchamp & Childress, 2013). Seither erschien das Buch durchgängig bis heute in immer wieder aktualisierten und erweiterten Auflagen, die bisher neueste, siebte ist von 2013. Die Autoren hatten von Anbeginn nicht den Anspruch, eine neue medizinethische Theorie zu entwickeln, sondern orientieren sich methodisch an konkreten Fällen und Entscheidungen in der Medizin. Sie wollen damit dem Arzt begründete Prinzipien an die Hand geben, die für seine Praxis handlungsleitend nutzbar sind. Diese sind: 1. Achtung vor der Autonomie des Patienten (respect for autonomy), 2. Schaden zu vermeiden (nonmaleficence; primum nil nocere), 3. dem Patienten wohl zu tun (beneficence) und 4. gerecht zu verfahren (justice).

Die Prinzipien 2 bis 4 stammen aus der Fürsorgeethik des hippokratischen Eids, sind im Selbstverständnis der Heilkunst also wohl etabliert und bedürfen lediglich zeitgemäßer Begründungen. Die Forderung, die Autonomie des Patienten zu achten, ist dagegen vergleichsweise jung. Sie bezeichnet eigentlich kein Prinzip ärztlichen Handelns, sondern im Gegenteil ein Zurücktreten des Arztes hinter die Entscheidung des Patienten. Auch wenn die Autoren diesem Prinzip einen gleichwertigen Rang unter den vier Prinzipien zuschreiben (Beauchamp & Childress, 2013, ix, 101), kommt ihm in der Bioethik doch ein besonderes Gewicht zu. Bezeichnenderweise hat dieses Prinzip auch in der Bioethik-Debatte um das Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung besonders heftige Kontroversen hervorgerufen.

Wie Beauchamp & Childress von Anfang an klarstellen (Beauchamp & Childress, 2013, 101), geht es ihnen bei Autonomie um den Schutz der persönlichen Werte und Einstellungen des Patienten und seine Entscheidungsfreiheit. Weder gehe es um ausgesprochen legalistische Fragen noch um die Eigenschaften und Fähigkeiten der autonomen Person (Beauchamp & Childress, 2013, 102), wie sie bei Kant sahen. Autonomie bedeute, frei und unabhängig zu sein von jeglicher Kontrolle durch andere, es bedeute, ohne Einschränkung selbst wählen, bestimmen und auch intentional frei handeln zu können. Mit ihrem Verständnis von Autonomie stehen die Bioethiker in der angloamerikanischen Denktradition des Libertarianismus und des Regelutilitarismus eines John Stuart Mill. Nicht um Kants Freiheit des Willens geht es da, eines Willens, der sich selbstverantwortlich Grundsätze gibt. Es geht nicht darum, das eigene Handeln aus freien Stücken nach vernünftiger Einsicht moralisch-sittlich, also universal gültig mit Rücksicht auf Andere zu regeln, und zwar selbst dann, wenn es der eigenen Lust und Neigung sowie möglichen Gewinnaussichten widerspricht, wie Kant dargelegt hat. Die biomedizinischen Ethiker vertreten ein Frei-Sein des autonomen Individuums auch als Patient von der Bestimmung durch die ärztliche Autorität (Beauchamp & Childress, 2013, 363 ff.), um stattdessen eigenen Wünschen, Lust oder Neigungen folgen zu können. Mit Isaiah Berlin zu sprechen, steht hier die libertäre und gegebenenfalls dem eigenen Nutzenkalkül folgende „Freiheit von etwas“ der kantischen „Freiheit zu etwas“ gegenüber (Berlin, 2006, 211). Dass bei solcher Gleichsetzung von Individuum und Patient die Krankheit aus dem Blick gerät, liegt auf der Hand.

Obwohl Beauchamp & Childress sich auf eine „common morality“ berufen (Beauchamp & Childress, 2013, 3), besprechen sie im Anschluss an die Statuierung der Prinzipien vier ethische Theorien: den Utilitarismus, die Kantische Ethik, die Gerechtigkeitstheorie von John Rawls sowie — in der neusten Auflage erstmals auch in einem eigenen Kapitel — die Tugendethik des Aristoteles. Die Vorstellung dieser Theorien dient jedoch nicht der Grundlegung der zuvor bereits festgelegten bioethischen Prinzipien, sondern geschieht in Hinsicht und nach Maßgabe dieser Prinzipien. Während in der Ethik zumeist Prinzipien aus einer Theorie abgeleitet werden oder zu ihr hinführen, werden hier die klassischen Theorieansätze auf ihre Brauchbarkeit für die leitenden Prinzipien geprüft und bewertet, unter der Devise: „Wann immer konkurrierende Theorien, Systeme oder allgemeine Darstellungen eines Phänomens zur Verfügung stehen, wählen wir gewöhnlich, was uns am besten nützt“ (Beauchamp & Childress, 2013, 383). Kein Wunder also, dass sich bestätigt, was vorausgesetzt war: Den vier bioethischen Prinzipien entspricht am ehesten der utilitaristische Ansatz; die Pflichtethik Kants kommt dagegen aus Sicht des 21. Jahrhunderts nicht gut weg.

In einem Vergleich der deutschen mit der englischsprachigen Bioethik-Debatte stellt Sibylle Rolf (Rolf, 2008, 203 ff.) Kants zentralen Begriff der Menschenwürde dem Autonomiebegriff von Beauchamp & Childress gegenüber und zeigt, wie die von ihnen verstandene Autonomie zu kurz greift.

Beauchamp und Childress intendieren zwar, einen ausgewogenen Zugang zwischen deontologischer und teleologischer Ethik zu finden, allerdings weist das Konzept, aufgrund der Rezeption der Autonomiekonzeption von Mill und des Interesses, Prinzipien um des größtmöglichen Nutzens willen gegeneinander abzuwägen, eine genuine Nähe zu utilitaristischen Ansätzen auf. (Rolf, 2008, 203)

Die Folge ist, dass „Respekt vor der Autonomie“ nur denjenigen zukommt, „die ihre Autonomie aktuell ausführen können“ (Rolf, 2008). Während das autonome Individuum frei, nach seinem selbstgewählten Plan handeln kann, gilt das nicht für Personen mit verminderter Autonomie.

Obligations to respect autonomy do not extend to persons who cannot act in a sufficient autonomous manner — and who cannot be rendered autonomous — because, for instance, they are immature, incapacitated, ignorant, coerced, or exploited. Infants, irrationally suicidal individuals, and drug-dependent patients are examples. (Beauchamp & Childress, 2013, 108)

Das stellt die universale Gültigkeit der Menschenwürde in Frage, auf der doch gerade in der Neufassung des Genfer Gelöbnisses von 2017 die Autonomie gründet. Auch wenn Beauchamp & Childress nicht so weit gehen wie Peter Singer, der nicht-autonomen Menschen den Personenstatus abspricht, könnte unter utilitaristischen Vorzeichen das Wohlergehen autonomer Personen als nützlicher angesehen werden als das Wohlergehen derer, die in ihrer Autonomie eingeschränkt sind. Ebenso ist nicht auszuschließen, dass in diesen Fällen, wenn das Autonomieprinzip durch die Prinzipien des Wohltuns und Nicht-Schadens ersetzt wird, utilitaristisch legitimiert, ein anderes Kantisches Prinzip verletzt wird, nämlich dass Patienten nicht bloß als Mittel, sondern jederzeit zugleich als Zweck zu behandeln sind (Rolf, 2008, 204). Diese Sorge ist im Forschungskontext biomedizinischer Versuchsreihen nicht unbegründet.

Hierzu nur ein Beispiel:

Eine gesunde Person nimmt an einer biomedizinischen Versuchsreihe zur prädiktiven Diagnostik teil, bei der ein großes Sample von Probanden auf genetische Mutationen getestet wird. Es soll ermittelt werden, mit welcher Wahrscheinlichkeit die Krankheit bei Vorliegen bestimmter Bedingungen ausbricht und in welchem Zeitraum das zumeist geschieht. Das prozentuale Risiko, entsprechend zu erkranken, ergibt sich aus der Gesamtheit aller Daten im Daten-Pool. Die Tests werden von Biome-

dizinern, nicht von Ärzten durchgeführt. — Angenommen unserer Versuchsperson wird eine solche genetische Disposition nachgewiesen. Was folgt aus diesem Wissen für sie und für ihre Selbstbestimmung? Was bedeutet es, dass sie die Zukunft zu kennen meint? Wird sie vorbeugend handeln oder angstvoll warten? Welche Rolle hat der Arzt gegenüber einer derart „Gesunden“?

In den von der Bundesärztekammer herausgegebenen „Richtlinien zur prädiktiven genetischen Diagnostik“ werden die Probanden solcher Untersuchungen bereits als „Patienten“ bezeichnet! — Welche Folgen hat eine derartige Risikobewertung bei der Bewerbung auf einen Arbeitsplatz oder beim Abschluss eines Versicherungsvertrages? Inzwischen wird rechtlich versucht, den Schutz persönlicher Daten zu sichern.

Ein Nebeneffekt umfassender molekulargenetischer Tests sind oft „Zufallsbefunde“ (Langanke, Erdmann, Robiński, & Rudnik-Schöneborn, 2015). — Wie ist damit umzugehen? Der selbstbestimmte Proband hat ein Recht auf Nichtwissen. Wird er dieses Recht aus Selbstschutz in Anspruch nehmen, wenn er weiß, dass seine Daten erhoben und gespeichert wurden und leicht abrufbar sind? Und wie soll er verfahren, ja was wäre moralisch richtig zu tun, wenn der Befund nicht nur ihn, sondern auch andere Menschen betrifft, genetisch Verwandte oder, bei Vorliegen einer Schwangerschaft, das ungeborene Leben? Dann reicht es moralisch nicht, auf die eigene Selbstbestimmung als Prinzip oder auf die Schweigepflicht des Arztes zu pochen.

4. FAZIT UND AUSBLICK

Der erste Paradigmenwechsel in der Arzt-Patienten-Beziehung geschah in der Antike im Übergang von Religion zur Natur, der zweite betraf das Rollenverständnis von Arzt und Patient; es wechselte von Fürsorge zu Autonomie. Der dritte Wechsel vollzieht sich gegenwärtig und ist gekennzeichnet von einer Bio-Datenflut sowie wachsender Technisierung und Anonymisierung in der Medizin. An die Stelle persönlicher Kontakte treten zunehmend Zahlenkolonnen und Wahrscheinlichkeitsrechnungen. „Telemedizin“, die Online-Sprechstunde, wird im Modellversuch getestet.

Mit der „informierten Zustimmung“ ließ sich das Problem der Verantwortung nicht zufriedenstellend lösen. Das liegt in der Natur der Sache. Der Schreiner, der von einem Kunden den Auftrag erhält, einen Schrank zu bauen, wird diesen zwar ästhetisch nach den Wünschen des Kunden gestalten, aber handwerklich nach eigener Kompetenz herstellen und für Letzteres die Entscheidung, wie er das tut, nicht dem Kunden überlassen. Das Handwerk des Arztes ist insofern ein besonderes als sein „Gegenstand“, der Patient — versteht man das Arzt-Patienten-Verhältnis als Vertrag — mit der Person des

Auftraggebers identisch ist. Der Patient kann den Auftrag erteilen, indem er sich bei seinem Arzt in Behandlung begibt, behandeln kann er sich nicht.

Wir können und wollen auf individuelle Selbstbestimmung nicht verzichten. Es gibt kein vertretbares Zurück in die „Unmündigkeit“. Würde die Selbstbestimmung verspielt, wäre die Unmündigkeit doppelt „selbstverschuldet“ (Kant). Aber Selbstbestimmung als ein unter allen Umständen und in allen Lebenslagen geltendes Prinzip, als eine Regel, die nicht wie bei Kant mit Willensfreiheit und Verantwortlichkeit einhergeht, ist moralisch fragwürdig. Das gilt insbesondere in der asymmetrischen Arzt-Patienten-Beziehung.

„Der schlimmste Feind der Selbstbestimmung ist die Krankheit“, schrieb der amerikanische Arzt und Ethiker Eric J. Cassell (1982). Der Schwerkranke hat weder die nötige Freiheit, noch kann er für seine Behandlung Verantwortung übernehmen. Er ist auf einen verständnisvollen, empathischen Arzt angewiesen, dem er vertrauen kann und der für ihn eintritt. Dieser Arzt braucht seinerseits Freiheit, um verantwortungsvoll handeln zu können. Das Beharren auf einem uferlosen Autonomieprinzip des Patienten kann dagegen sowohl den Patienten schwächen als auch die Verantwortlichkeit des Arztes untergraben. Der Patient, der physisch an der Krankheit und oft auch an der Therapie leidet, braucht zu seiner Gesundung Zuversicht, Hoffnung und Entlastung von einer Verantwortung, die ihn in seiner Lage überfordert. Er braucht von seinem Arzt einen bedingungslosen Respekt vor seiner menschlichen Würde. Dazu trägt kaum bei, wenn ihm in höchster Not die schriftliche Zustimmung zu einer Information abverlangt wird, aus der hervorgeht, welche katastrophale Folgen die als einzig mögliche Rettung vorgesehene Behandlung statistisch gesehen haben kann.

Nicht weniger Respekt und Anerkennung gebührt dem Arzt aufgrund seiner Kompetenz und Bereitschaft, auch für andere Verantwortung zu übernehmen. Unter heutigen Bedingungen Verrechtlichung und Ökonomisierung des Gesundheitssektors könnte der Arzt aufgrund mangelnder Anerkennung geneigt sein, seinen guten Willen zu helfen anderen Zwecken unterzuordnen, etwa utilitaristischen, ökonomisch lukrativen Zielen; damit würde er den Patienten für eigene Interessen instrumentalisieren. Auch dafür gibt es bereits Beispiele.

REFERENCES

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: University Press.
- Berlin, I. (2006). Zwei Freiheitsbegriffe. In *Freiheit. Vier Versuche* (197–256). Frankfurt: Fischer.
- Cassell, E. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306 (11), 639–645.
- Franzkowiak, P., & Sabo, P. (Eds.). (1993). *Dokumente der Gesundheitsförderung*. Mainz: Sabo.

- Gelöbnis. (2015). (Muster)-Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. *Deutsches Ärzteblatt*. doi: 10.3238/aerztebl.2015.mbo_daet2015.
- Kant, I. (1965). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Hamburg: Meiner.
- Kant, I. (1996). Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In *Werkausgabe, Bd. XI*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Kant, I. (2003). *Kritik der praktischen Vernunft*. Hamburg: Meiner.
- Langanke, M., Erdmann, P., Robiński, J., & Rudnik-Schöneborn, S. (2015). *Zufallsbefunde bei molekulargenetischen Untersuchungen*. Berlin: Springer.
- Maio, G. (2012). *Mittelpunkt Mensch. Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Quante, M. (2010). *Menschenwürde und personale Autonomie*. Hamburg: Meiner.
- Rolf, S. (2008). Respekt vor Patientenautonomie und Achtung der Menschenwürde. *Zeitschrift für Evangelische Ethik*, 52, 200–211.
- Savulescu, J., & Kahane, G. (2009). The Moral Obligation to Create Children with the Best Chance of the Best Life. *Bioethics*, 23, 274–290.