

## 6.3 Das Prinzip der Fürsorge

### Patientengeschichte (2)

#### **Einrichtung einer Betreuung bei Magersucht?**

Eine 28-jährige Patientin wird zur Behandlung einer langjährig bestehenden schweren Anorexia nervosa (»Magersucht«) in einer Klinik für Psychosomatik aufgenommen. In den letzten Jahren hatte sich die Patientin mehrfach in stationäre Behandlung begeben, ohne dass dabei eine nennenswerte Gewichtszunahme erzielt werden konnte. Zurzeit befindet sich die Patientin in einem kritischen Zustand mit einer Kachexie (extreme Abmagerung), was der Grund für die erneute Einweisung war. Eine akute Lebensbedrohung besteht momentan nicht, aber das Behandlungsteam hat Sorge, dass es im Fall einer Entlassung der Patientin zu einer sehr raschen Verschlechterung des Gesamtzustandes kommen könnte. Dies gilt umso mehr, als die Patientin allein lebt und zu Hause zu verwehrlosen droht. Das Behandlungsteam bestellt eine Ethikberatung ein, um zu klären, ob es in diesem Fall gerechtfertigt sei, eine Zwangsernährung vorzunehmen, um die Patientin in einen stabileren Zustand zu versetzen, oder ob eine Betreuung eingerichtet werden könnte, um eine etwaige lebensbedrohliche Verwehrlosung der Patientin zu verhindern.

Diese Patientengeschichte ist insofern für das Prinzip der Fürsorge<sup>8</sup> relevant, als genau dieses Prinzip die Hauptmotivation des Teams ist, die Frage nach der Zwangsernährung oder der Einrichtung einer Betreuung aufzuwerfen. Doch was ist mit dem Prinzip der Fürsorge konkret gemeint? Wie verbindlich ist die Befolgung dieses Prinzips, wenn es wie hier mit dem Prinzip der Autonomie und ebenso mit dem Prinzip des Nicht-Schadens in Konflikt gerät? Die Autonomie ist in diesem Fall dadurch tangiert, dass die Patientin selbst eine Betreuung oder eine Zwangsernährung ablehnt. Das Prinzip des Nicht-Schadens ist relevant, weil insbesondere eine etwaige Zwangsbehandlung unweigerlich mit einer Traumatisierung der Patien-

---

<sup>8</sup> Synonym wird dieses Prinzip auch als Prinzip des Wohltuns oder als Prinzip der Benefizienz bezeichnet. Manche Autoren subsumieren das Prinzip des Nicht-Schadens und das Prinzip des Wohltuns unter das Prinzip der Fürsorge. Mir erscheint es von der Tradition und Theorie des Prinzips her gerechtfertigt, unter das Prinzip der Fürsorge allein das sogenannte principle of beneficence zu subsumieren und das Prinzip des Nicht-Schadens davon abzugrenzen. Daher wird hier das Prinzip der Fürsorge synonym für principle of beneficence benutzt.

tin einherginge. Soll also der Arzt dem Prinzip der Autonomie und des Nicht-Schadens den Vorrang geben und das Prinzip der Fürsorge im Sinne der Verpflichtung zur Hilfe weniger stark gewichten? Um diese Fragen zu beantworten, bedarf es eines klärenden Blickes auf das Prinzip der Fürsorge.

Beauchamp und Childress haben mit gutem Grund darauf bestanden, dass die Verpflichtung, nicht zu schaden, eindeutig von der Pflicht zur Hilfe bzw. zur Fürsorge abgegrenzt wird. Die Unterscheidung zwischen dem Prinzip der Fürsorge bzw. Hilfe und dem Prinzip des Nicht-Schadens ist deswegen moralisch so relevant, weil diese beiden Prinzipien pflichten-theoretisch auf zwei unterschiedlichen Pflichtarten basieren (vgl. Tab. 6-1). Während es sich bei der Pflicht, nicht zu schaden, um eine negative Unterlassungspflicht handelt, stellt die Pflicht zur Hilfe eine positive Tugendpflicht dar, die im Vergleich zur negativen Pflicht eher unbestimmt ist. Relevant ist diese Unterscheidung deshalb, weil die Unterlassungspflicht als Anerkennungspflicht eine stärkere Bindungskraft hat als die Pflicht zur Hilfe. Im Zweifelsfall kommt der Unterlassungspflicht durch ihren Anerkennungscharakter eine stärkere Gewichtung zu als der Tugendpflicht. Es gibt freilich auch Ausnahmen von dieser lexikalischen Ordnung. Allerdings lässt sich die Pflicht zur Hilfe nicht allein als Tugendpflicht werten. Denn es gibt durchaus auch Verpflichtungen zur Hilfe, die nicht nur als Tugendpflichten gelten, sondern denen gar ein Rechtspflichtcharakter zugesprochen werden kann. Ein Beispiel für die Hilfsverpflichtung als Rechtspflicht ist die Verpflichtung zur Rettung des Menschenlebens im Notfall. Hier wird dem Helfer sogar ein Schaden zugemutet (etwa eine Verabredung zu verpassen), weil das Gut der Lebensrettung sehr hoch ist. Allein dies zeigt schon, dass diese Hierarchie in der Regel zutreffen kann, dass es aber auch hier auf die Qualität und das Ausmaß der Hilfe und des Schadens ankommt. Erst die Abwägung dieser beiden Momente wird im

**Tab. 6-1** Pflichtentheoretische Unterscheidung der Pflicht zum Nicht-Schaden von der Fürsorgepflicht

| Hilfspflicht (Fürsorgepflicht)     | Pflicht, nicht zu schaden       |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Positive Pflicht                   | Negative Pflicht                |
| Unvollkommene Pflicht              | Vollkommene Pflicht             |
| Mittelbare Pflicht                 | Unmittelbare Pflicht            |
| Tugendpflicht                      | Anerkennungspflicht             |
| In der Regel geringe Bindungskraft | In der Regel hohe Bindungskraft |

Zweifelsfall Klarheit über die tatsächliche lexikalische Ordnung bringen. Es lässt sich aber festhalten, dass in der Regel der Pflicht zur Hilfe eine geringere moralische Kraft zukommt als der Pflicht, nicht zu schaden. Diese Hierarchie mag in Konflikt geraten mit dem ärztlichen Selbstverständnis, weil gerade der Hilfscharakter ärztlichen Tuns die zentrale Basis der ärztlichen Identität darstellt (vgl. Kap. 24).

Wir haben festgehalten, dass ein großer Unterschied zwischen dem Prinzip des Nicht-Schadens und dem Fürsorgeprinzip besteht. Doch wie sind diese beiden Prinzipien konkret auseinanderzuhalten? Fällt beispielsweise die Abwendung eines Schadens von einem Patienten unter das Prinzip des Nicht-Schadens oder unter das Prinzip der Fürsorge? Angesichts dessen, dass diese Verpflichtung, wenn wir sie als negative Verpflichtung definieren, eine stärkere Bindungskraft hätte, als wenn sie »nur« eine positive Tugendpflicht bliebe, ist diese Frage für die Klärung vieler medizinethischer Konflikte von entscheidender Bedeutung. Hierzu haben Beauchamp und Childress (2001, S. 15) folgende Klassifikation vorgeschlagen:

#### **Unterscheidung des Prinzips des Nicht-Schadens vom Prinzip der Fürsorge** (nach Beauchamp u. Childress 2001)

##### I. Nicht-Schaden

- Man soll niemandem Übel oder Schaden zufügen.

##### II. Fürsorge

- Man soll Übel und Schaden verhindern.
- Man soll Übel und Schaden beseitigen.
- Man soll Gutes tun und Gutes fördern.

Dieser vernünftige Vorschlag bedeutet, dass das Prinzip des Nicht-Schadens allein auf die Verpflichtung der Medizin, von sich aus dem Kranken keinen Schaden zuzufügen, begrenzt bleiben müsste. Wendet man dies auf die eingangs geschilderte Patientengeschichte (S. 125) an, so lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass es in der Tat bei der Fragestellung um das Prinzip der Fürsorge ging, nicht jedoch um das Prinzip des Nicht-Schadens, weil das Anliegen, zu verhindern, dass sich die Patientin selbst schadet – wie wir gesehen haben –, unter das Prinzip der Fürsorge fällt.

Dem anderen zu nutzen, ihm Hilfe zu gewähren kann sowohl als ein Ideal ohne konkrete reklamierbare Anforderungen angesehen werden – wie eben die Tugend der Großzügigkeit – als auch als eine Verpflichtung. Ab wann aber kann man tatsächlich von einer Verpflichtung zur Hilfe sprechen? Nach Beauchamp und Childress (2001, S. 171) hätte die Person

X der Person Y gegenüber erst dann eine imperative Hilfespflicht, wenn folgende Voraussetzungen gegeben wären:

- Das Leben, die Gesundheit oder andere relevante Interessen von Y sind gefährdet.
- Die Handlung von X ist allein oder in Verbindung mit anderen Handlungen notwendig, um diesen Verlust relevanter Interessen zu verhindern.
- Die Handlung von X kann allein oder in Verbindung mit anderen Handlungen den Verlust verhindern.
- Die Handlung von X würde keine unverhältnismäßig große Gefahr für X bedeuten.
- Die Hilfe, die Y erwarten könnte, überwiegt im Vergleich zu den Gefahren, die durch die Handlung von X in Kauf genommen würden.

#### **Kommentar zu Patientengeschichte 2**

Nach dem Gesagten wäre der Status der unausweichlichen Hilfespflicht in ethischer Sicht nur dann erreicht, wenn es sich um eine konkrete und unmittelbare Selbstgefährdung handelte. Wenn also der Zustand der Patientin bereits schon so kritisch wäre, dass sie sich in Lebensgefahr befände, würde die Hilfespflicht lauten, dass selbst ein (geringerer) Schaden für die Patientin toleriert werden müsste. Nur in einer solchen Notlage wäre eine etwaige Zwangsernährung – allerdings nur unter weiteren Voraussetzungen (vgl. Kap. 12) – vertretbar. Innerhalb des ethischen Beratungsgesprächs bestand Konsens darüber, dass eine solche vitale Gefährdung zu diesem Zeitpunkt nicht bestand. Daher wurde in diesem Fall deutlich, dass weder die Zwangsernährung noch die Einrichtung einer Betreuung vertretbare Optionen darstellen, zumal die Patientin zumindest gegenwärtig den Anforderungen des Alltags noch gerecht werden konnte. Zentraler Gegenstand der Ethikberatung war somit die Klärung der Frage, wie man das Prinzip der Fürsorge in Bezug auf diese Patientin genau definieren und inhaltlich füllen könnte. Das Team war zunächst der Ansicht, dass die Einrichtung einer Betreuung oder die Zwangsernährung eine solche Hilfe darstellen könnten. Im Gespräch wurde jedoch deutlich, dass es auch andere Formen der Hilfe geben könnte, die weniger traumatisierend und vor allem weniger bevormundend wären. So wurde die Empfehlung ausgesprochen, dass man einer drohenden Verwahrlosung auch über die Einschaltung eines ambulanten Betreuungsdienstes begegnen könne. Ein solcher ambulanter Dienst könne viel besser und schonender verhindern, dass die Patientin in eine lebensgefährliche Verwahrlosung abgleitet, als eine bevormundende Betreuung.