

Reiner Anselm/Julia Inthorn/Lukas Kaelin/  
Ulrich H. J. Körtner (Hrsg.)

## **Autonomie und Macht**

Interdisziplinäre Perspektiven auf  
medizinethische Entscheidungen

Edition  Ruprecht

Inh. Dr. Reinhilde Ruprecht e.K.

Für die Umschlagabbildung wurde ein Bild von [www.fotolia.de](http://www.fotolia.de) © AirOne verwendet.



„Dieses Hardcover wurde auf FSC-zertifiziertem Papier gedruckt. FSC (Forest Stewardship Council) ist eine nichtstaatliche, gemeinnützige Organisation, die sich für eine ökologische und sozialverantwortliche Nutzung der Wälder unserer Erde einsetzt.“

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar. Eine eBook-Ausgabe ist erhältlich unter DOI 10.2364/3846901274.

© Edition Ruprecht Inh. Dr. R. Ruprecht e.K., Postfach 17 16, 37007 Göttingen – 2014  
[www.edition-ruprecht.de](http://www.edition-ruprecht.de)

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urhebergesetzes bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Diese ist auch erforderlich bei einer Nutzung für Lehr- und Unterrichtszwecke nach § 52a UrhG.

Satz: Julia Inthorn  
Layout: mm interaktiv, Dortmund  
Umschlaggestaltung: klartext GmbH, Göttingen  
Druck: CPI buchbücher.de GmbH, Birkach

ISBN: 978-3-8469-0127-4 (Print), 978-3-8469-0128-1 (eBook)

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort: Autonomie und Macht in der modernen Medizin .....</b>	<b>7</b>
Reiner Anselm, Julia Inthorn, Lukas Kaelin, Ulrich H.J. Körtner	
<b>I Philosophische und theologische Perspektiven auf Autonomie .....</b>	<b>11</b>
<b>Autonomie – Erziehung – Entfaltung .....</b>	<b>13</b>
Ulrich H.J. Körtner	
<b>Adornos Begriff der Autonomie und die Medizin.....</b>	<b>19</b>
Lukas Kaelin	
<b>Im Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Verantwortung. Die Autonomie von Frauen in bioethischen Konfliktfeldern .....</b>	<b>29</b>
Angelika Walser	
<b>II Philosophische und theologische Perspektiven auf Macht .....</b>	<b>41</b>
<b>Macht in der Medizin</b>	
<b>Eine philosophische Perspektive .....</b>	<b>43</b>
Lukas Kaelin	
<b>„Vertrauen Sie mir, ich bin Arzt!“ Der Zusammenhang von Vertrauen und Macht in der Arzt-Patienten-Beziehung .....</b>	<b>51</b>
Ulrike Butz	
<b>Autonomie als Element des guten Lebens. Über die Begründung eines zentralen Prinzips in der Medizinethik.....</b>	<b>67</b>
Roland Kipke	
<b>Macht und Medizin – (k)ein Thema des evangelischen Religionsunterrichts in der Oberstufe? .....</b>	<b>85</b>
Thomas Weiß	

<b>III Autonomie und Macht im medizinischen Kontext .....</b>	<b>95</b>
<b>Macht in der Medizin aus ärztlicher Sicht .....</b>	<b>97</b>
Michael Peintinger	
<b>Autonomie und sozialer Druck am Beispiel der ästhetischen Chirurgie.....</b>	<b>129</b>
Julia Inthorn	
<b>Manipulation der Autonomie durch Therapie? Eine kritische Diskussion des neuromodulativen Therapieverfahrens der tiefen Hirnstimulation .....</b>	<b>141</b>
Henriette Krug	
<b>Der Wandel medizinischer Macht im ärztlichen Selbstbild und soziologischen Fremdbild .....</b>	<b>153</b>
Gina Atzeni	
<b>Das Autonomieprinzip in der Palliativmedizin in Theorie und Praxis .....</b>	<b>171</b>
Lena Woydack, Julia Inthorn	
<b>Anhang .....</b>	<b>183</b>
<b>Register .....</b>	<b>184</b>

**Vorwort:**

## **Autonomie und Macht in der modernen Medizin**

Reiner Anselm, Julia Inthorn, Lukas Kaelin, Ulrich H.J. Körtner

Autonomie und Macht – in ihrer facettenreichen Beziehung spannen beide Begriffe den Raum auf, in dem sich die medizinethische Diskussion der Gegenwart vollzieht. Sie nimmt ihren Ausgangspunkt bei dem Emanzipationsschub der 1960er-Jahre, in dessen Folge die Sensibilität für den einzelnen Patienten und seine Rechte stark wächst. Zumindest in der Theorie wird damit die Vorstellung abgelöst, das Krankenhaus markiere als Krankenanstalt einen separaten, nach eigenen Regeln operierenden Bereich, in dem ein letztlich hierarisches System darüber bestimme, welche Maßnahmen für den Patienten adäquat erscheinen. Nun soll nicht die ärztliche Einschätzung, sondern der Wille des Patienten die letzte Instanz bei strittigen Behandlungsentscheidungen darstellen. Mit diesen emanzipativen Idealen konnte die Medizinethik problemlos an Konzeptionen der Aufklärung anknüpfen, insbesondere an Kants Autonomieprinzip. Diese Verbindung verhalf der Medizinethik als Disziplin nicht nur zum Anschluss an maßgebliche Theoriendebatten der akademischen Ethik, sie konnte sich so auch von dem Verdacht lösen, nur der verkappten Form gesellschaftlicher Akzeptanzbeschaffung für problematische Praktiken in der Krankenversorgung zu fungieren. Darüber hinaus diene sie einer stärker praxisorientierten Ausrichtung der ethischen Reflexion in der Medizin. Die im Umfeld der Kritik an der modernen, technisch dominierten Massengesellschaft noch durchaus verbreitete Auffassung, angesichts der institutionellen Zwänge und der Versklavung des Einzelnen durch die (Medizin-)Technik stelle der Freitod letztlich die einzige Möglichkeit zur Bewahrung des eigenen Ichs dar, verlor damit recht schnell an Zustimmung, auch wenn sie in den von Julius Hackethal und später dann von Walter Jens und Hans Küng angestoßenen Debatten zur Sterbehilfe durchaus einen Nachhall hatte.

Gerade die Verbindung zur klinischen Praxis war es aber auch, die die Anfragen wieder in Erinnerung riefen, die bereits die Kritiker Kants gegen dessen Autonomiekonzeption erhoben hatten, die Anfrage nämlich, ob die Zuordnung von ethischer Grundlegung und Handlungspraxis in ihren eigenen Schwierigkeiten von Kant trotz seiner Überlegungen in der Kritik der Urteilskraft nicht systematisch unterschätzt worden wäre. Indem Kant den Autonomiegedanken um seiner Belastbarkeit und seiner Universalisierbarkeit willen als Vernunftprinzip von der Empirie zunächst abgrenzte, musste die praktische Realisierung der Autonomie immer als ein gewisser Fremdkörper erscheinen. Denn mit der Frage, wie Autonomie praktisch werden kann, wachsen auch die Uneindeutigkeiten und die Abhängigkeiten

der Theorie von der Empirie – und diese drohen den eigentlichen Gewinn der kantischen Autonomiekonzeption zu verspielen. Darum ist es die dominierende Frage, sowohl der Gesellschaftslehre wie auch der Medizinethik, wie die Vermittlung von Autonomiekonzeption und der konkreten Situation der Krankenbehandlung geleistet werden soll und kann. Weder darf dabei der kritische Impuls des Autonomiegedankens gegenüber der Empirie vernachlässigt werden, etwa durch den Verweis, dass die Sachlogik oder auch die nur eingeschränkten Fähigkeiten der Patienten dessen Anwendung doch unmöglich machen. Noch ist der Autonomiebegriff so zu fassen, dass die Empirie von Autonomie nicht auch Gegenstand der Theoriebildung ist, etwa dann, wenn Autonomie als reines Abwehrrecht konzipiert wird und nicht auch das Augenmerk darauf gelegt wird, Möglichkeiten für die Ausübung von Autonomie auszuloten und zu schaffen. Der Zusammenhang von Theorie und Empirie im Blick auf die Autonomiekonzepte in der Medizinethik kommt dabei auch begrifflich zum Ausdruck, indem immer mehr von Selbstbestimmung statt Autonomie die Rede ist: Der Selbstbestimmungsbegriff hebt deutlich stärker als der Autonomiebegriff auf die Verwirklichung von Freiheit und Selbstbestimmung ab. Allerdings tendiert er dazu, die soziale Einbettung des Einzelnen, die im Autonomiekonzept zumindest theoretisch durch den Gedanken des allgemeinen Gesetzes als Prüfinstanz individueller Urteile präsent war, zugunsten einer Akzentsetzung auf die individuellen Freiheiten systematisch unterzubelichten. Das lässt sich z.B. am verbreiteten 4-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress zeigen, das den Begriff der Autonomie im Sinne von Selbstbestimmung fasst und sich so von Kants Autonomiebegriff deutlich unterscheidet.

Geht man nun davon aus, dass die Frage nach der Realisierung von Autonomie und damit das Spannungsfeld von Theorie und Empirie von Autonomie den zentralen Aufgabenbereich der Medizinethik darstellt, dann sind für die weitere Analyse zwei Problembereiche zu unterscheiden: Einmal die Szenarien, in denen die Einschränkungen für die Realisierung von Autonomie auf der Seite des Patienten liegen, sei es durch mangelnde kognitive oder mangelnde physische Fähigkeiten, sei es aus Mangel an Ressourcen oder sozialer Unterstützung. Zum anderen die Konstellationen, in denen die Realisierung individueller Autonomie durch das Medizinsystem und seine Repräsentanten eingeschränkt wird. In beiden Fällen steht nicht nur das Verhältnis von Autonomie und Macht, sondern auch von Autonomie und Fürsorglichkeit zur Diskussion, wobei beide Begriffe keinen Gegensatz darstellen, sondern die Stärkung von Autonomie gerade ein Anliegen der Fürsorglichkeit sein kann. Dabei ist eingeschlossen, dass auch Fürsorglichkeit mit Macht verbunden ist.

Die beiden Leitbegriffe des vorliegenden Bandes, der aus zwei Tagungen des Arbeitskreises Theologie und Medizin hervorgegangen ist, Autonomie und Macht, fokussieren jeweils auf einen der beiden genannten Problembereiche und versuchen dabei, stets die Fragen nach der Realisierung von Autonomie in den Blick zu nehmen und damit Theorie und Empirie zu verschränken. Die Themenfelder, die sich dabei ergeben, sind vielfältig und spannungsreich. So ist bereits der Gesund-

heitsbegriff selbst ein Beispiel dafür, wie empirisch-objektive und normativ-theoretische Aspekte bei medizinethischen Fragestellungen zusammenfallen: Gesundheit ist ebenso wenig unter Ausschluss erfahrungsbezogener Elemente zu bestimmen, wie dabei auf ein theoretisches Konzept verzichtet werden kann. Dieser Gesichtspunkt ist insofern für den Status der Medizinethik von besonderem Interesse, als diese eben nicht nur situationsbezogene Handlungsempfehlungen zum Thema hat – und dabei häufig nur nachträglich reflektieren kann, was sich in der Praxis längst ereignet –, sondern ihre Bedeutung schon bei der Bestimmung des Ausgangs- und des Zielpunkts der Krankenbehandlung hat, der Gesundheit. Ein weiterer, sehr grundsätzlicher Bereich, in dem diese Fragestellung thematisch wird, ist die Frage, wie das Verhältnis von Autonomie und Selbstbestimmung zu ihren körperlichen Voraussetzungen zu bestimmen ist: Wie sind etwa Eingriffe wie die Hirnstimulation in diesem Zusammenhang zu bewerten? In welchem Maß können körperliche Beschränkungen die Autonomie des Einzelnen infrage stellen? Und auch die umgekehrte Frage ist von großer Bedeutung: In welchem Maß dürfen sich aus Autonomie getroffene Entscheidungen auf den Körper der Betroffenen auswirken? Das damit angesprochene Spektrum reicht von der Reproduktionsmedizin über die ästhetische Chirurgie bis hin zu den kontroversen Debatten um Patientenverfügungen, Sterbehilfe und die Tötung auf Verlangen.

Nimmt man die Realisierungsbedingungen von Autonomie in den Blick, dann müssen zugleich auch immer die Kräfte und Gegenkräfte thematisiert werden, die solche Realisierungsprozesse unterstützen oder ihnen entgegenstehen. Eine solche Zuordnung zeigt dabei schon, dass Macht und Autonomie nicht einfach als Gegenbegriffe gedacht werden können, sondern in ihrem komplexen Wechselverhältnis reflektiert werden müssen. Das gilt im Blick auf die Medizin bereits ganz elementar: Die Macht des Einzelnen über seinen Körper, aber auch die Macht des Arztes, durch sein Wissen natürlich ablaufende Prozesse zu beeinflussen und so die Macht der Krankheit zu brechen, sind grundlegende Voraussetzungen für jede medizinethische Reflexion. Ebenso muss mit berücksichtigt werden, dass die Faszination, Macht über den Körper anderer auszuüben, immer maßgeblich dazu motiviert hat, einen medizinischen Beruf zu ergreifen.

Doch auch wenn hier Macht keineswegs einfach negativ konnotiert ist, kann die Medizinethik vor den mit dem Machtgebrauch verbundenen Problemen, vor allem vor dem Missbrauch ärztlicher Macht nicht die Augen verschließen. Wie alle zwischenmenschlichen Beziehungen, so ist auch das Arzt-Patienten-Verhältnis korrumpierbar, und die damit verbundenen Gefahren und Probleme bilden ein wichtiges Feld der Medizinethik. Insbesondere ist es ihre Aufgabe, verdeckte Machtausübung, solche etwa, die durch den Verweis auf Strukturen und Ressourcen, die keine andere Handlungsmöglichkeit offenlassen, maskiert wird, zu reflektieren. Auch die Macht, die sich in bestimmten Semantiken und Methoden, etwa in der Rede von *Compliance* und in der evidenzbasierten Medizin ausdrückt, gilt es zu thematisieren. Schließlich ist eine genaue Analyse von Vertrauensverhältnissen

nötig, um auch in diesem Bereich sicherzustellen, dass solche Verhältnisse nicht missbraucht werden und damit den unverzichtbaren Aspekt einer vertrauensbasierten Kommunikation durch eine verdeckte Machtausübung infrage stellen. All dies kann aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Ethik selbst keineswegs frei von Machtausübung und Machtmissbrauch ist. Viele Entscheidungen im Bereich der Krankenversorgungen hängen maßgeblich ab von den vorherrschenden Vorstellungen vom guten Leben. An deren Genese hat die Medizinethik selbst einen nicht unbeträchtlichen Anteil, sie übt Deutungsmacht aus. Das bedeutet aber auch, dass die Medizinethik sich selbst nicht als ein Betätigungsfeld von Spezialisten profilieren darf, sondern selbst dazu beitragen muss, die in den von der Ethik transportierten Bildern und Konzepten liegenden autoritären Strukturen zurückzubinden an den gesellschaftlichen Diskurs – Ethik und Bildung stellen darum einen unaufgebbaren Zusammenhang dar, und zu einer solchen Bildung wollen die einzelnen Teile dieses Bandes aus philosophischer, theologischer und medizinischer Perspektive beitragen.

Die Beiträge dieses Bandes basieren zum wesentlichen Teil auf Vorträgen, die während zweier Tagungen des Arbeitskreises Medizin und Theologie im Januar 2012 und Januar 2013 in Wien gehalten wurden. Die Herausgeber danken den Förderern dieser Tagungen, der „Kulturabteilung der Stadt Wien (MA 7)“, dem „Evangelischen Bund in Österreich“ und dem österreichischen „Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung“ für ihre großzügige Unterstützung. Besonderer Dank gilt darüber hinaus Bianca Strzeja für ihre Hilfe bei der Erstellung des Manuskripts.

# Register

## Personenregister

*Kursiv gesetzte Seitenzahlen verweisen auf Fußnoten.*

- Adorno, Theodor W. 19, 22–28, 44–47, 48  
Akashe-Böhme, Farideh 17  
Anselm, Reiner 7–10, 64, 172, 180  
Arendt, Hannah 44, 46, 47, 49, 139  
Atzeni, Gina 153–170, 183  
Bacon, Francis 44  
Barnard, Christiana 163, 166  
Bayertz, Kurt 80  
Beauchamp, Tom 8, 14, 26, 72, 73, 75, 141  
Benner, Patricia 18  
Benson, Paul 34, 35, 38, 118  
Böhme, Gernot 17  
Brambilla, Giovanni 97  
Brecht, Berthold 48  
Brukamp, K. 132  
Butz, Ulrike 51–66, 183  
Canetti, Elias 47  
Carr-Saunders, Alexander 160  
Childress, James 8, 14, 26, 72, 73, 75, 141  
Engelhardt, Tristram H. 69, 78–80  
Ferrari, Arianna 130, 140  
Foucault, Michel 92, 120, 136–139, 157  
Freud, Sigmund 25, 27, 43, 45  
Freidson, Eliot 161f., 165  
Friedman, Marilyn 33, 34, 36  
Giddens, Anthony 57f., 139  
Gigesser, Peter 133f.  
Gilligan, Carol 18, 31  
Gründl, Martin 130f.  
Habermas, Jürgen 27, 45, 69  
Horkheimer, Max 22, 24, 26, 44–47  
Inthorn, Julia 7–10, 125, 129–140, 167, 171–182  
Jackson, Michael 129  
Josef II. 97  
Kaelin, Lukas 7–10, 19–28, 43–50  
Kant, Immanuel 7f., 22f., 33, 73–75, 86f.  
Kettner, Matthias 126, 134f.  
Kipke, Roland 67–84  
Körtner, Ulrich H.J. 7–10, 13–18, 102, 105, 124f.  
Krug, Henriette 141–152  
Kussmaul, Adolf 156f.  
Lahno, Bernd 54–56  
Locke, John 87  
Loewit, Günther 99, 102  
Luhmann, Niklas 19–21, 100, 128, 134  
Luther, Henning 63f.  
Luther, Martin 61, 91  
Meyer, Diana 34, 40  
Meyer, Hilbert 89  
Mill, John Stuart 36, 75  
Möllering, Guido 54f.  
O'Neill, Onora 26, 36, 73  
Parsons, Talcott 101, 160–162  
Peintinger, Michael 97–128, 130  
Prantl, Lukas 130f.  
Rokitansky, Karl 98  
Rössler, Dietrich 17, 100  
Rousseau, Jean-Jacques 86f.  
Sauerbruch, Ferdinand 157, 158, 160, 163  
Saunders, Cicely 172  
Schmidt, Günther R. 89  
Schramme, Thomas 69, 72f., 81  
Siegrist, Johannes 101, 105, 107f., 112f., 116  
Stichweh, Rudolf 154, 155, 166, 168f.  
Tandler, Julius 98  
Taylor, Charles 23, 27,  
ten Have, Henk 80, 111  
Toulmin, Stephen 134  
Villa, Paula-Irene 136  
Walser, Angelika 29–40  
Weber, Max 100f., 128, 133f., 139,  
Weiß, Thomas 85–94  
Wiesemann, Claudia 173f.  
Wilson, Peter 160  
Woydack, Lena 167, 171–182  
Zuckmayer, Carl 47

## Sachregister

*Kursiv gesetzte Seitenzahlen verweisen auf Begriffe in Fußnoten.*

- Abhängigkeit 7, 15, 17f., 29, 61, 62, 139, 142–145, 150, 174,  
Achtung 68, 71–73, 75f., 79, 82  
Alltagserfahrung 29, 89, 110, 111, 126, 128, 176  
Alternative 24, 39, 100, 121, 141, 150, 161,  
Arzt-Patienten-Beziehung 17, 19f., 51–58, 62–65, 100, 156, 167, 173–175  
Asymmetrie 15, 48, 58, 101, 109f., 112, 154f., 159  
Aufmerksamkeit 55, 99, 115, 121f., 124  
Aufklärung 7, 13, 20–22, 24, 26–28, 44f., 48, 52f., 87, 89, 97, 106, 115, 117, 121, 127, 130f., 140f., 151, 173, 176f.  
Autobiographie 153, 156–159, 161, 163f., 166f., 169  
Autonomieprinzip 7, 13f., 29, 68–83, 171, 173–175, 178, 180
- Bedingtheit 106, 109, 162  
Begründung 43, 67, 69, 70–77, 79, 82, 90, 140, 161f., 164,  
Behandlung 19, 24, 26, 57f., 64, 100, 108, 126, 134, 137, 141, 145f., 149, 172  
Behinderung 17, 31, 38f., 90, 143  
Benefizienz (Prinzip) 13f.  
Beratung 13, 32, 34, 38, 105, 123, 128, 130,  
Bioethik 13, 31, 32, 34–36, 69f., 72f., 76, 79, 81, 90
- Chirurgie (ästhetische) 9, 129–140, 157–159
- Depression 103, 146, 148f.  
Dialog 30, 87, 107, 114  
Diagnose 22, 55, 57, 101–106, 117, 119, 122f., 125, 127, 132, 177
- Diskurs 10, 19, 26, 28, 30–36, 38, 43, 45, 48f., 51, 69, 91, 93, 107, 115f., 119–121, 123, 126, 131f., 136–138, 171, 175, 179f.
- Einwilligung 13, 53, 72, 77, 83, 109, 112, 120, 124, 134, 141, 144, 174  
Empirie 7f., 72  
Entfaltung 13, 16, 87, 99  
Entscheidung 9f., 13f., 31f., 34–40, 52–55, 57f., 61f., 64f., 67, 68, 71, 73, 74, 76, 89f., 100–102, 104f., 109–112, 114f., 121–124, 129f., 133, 135, 136, 138, 140–142, 148f., 151, 154, 158, 162–167, 169, 171–179  
Entwicklung 16f., 27, 34, 38f., 52, 73, 77, 82, 85, 87, 90, 109f., 112, 124, 162, 172f., 180  
Erfahrung 18, 29, 31, 39, 48, 57, 63–65, 85–93, 99, 100, 103, 110f., 114, 118, 122–128, 142, 148, 150, 152, 162, 175f., 180  
Erziehung 13, 15, 76, 86f.
- Familie 37, 112, 178  
Forschung 10, 21, 85, 92, 107, 139, 155f., 162  
Frau 29–40, 129, 138, 167, 178  
Freiheit 8, 22–24, 33f., 56, 60–62, 80, 91, 101, 109, 141  
– Entscheidungsfreiheit 31, 40, 100, 102, 109, 174  
– Handlungsfreiheit 40, 136  
– Wahlfreiheit 40  
– Willensfreiheit 23  
Fremdbestimmung 73, 109, 147, 150  
Fürsorge 17, 29, 31, 68f., 142, 174, 177
- Gerechtigkeit 13, 30, 36, 72, 81, 91, 129  
Geschichte 20, 23, 44, 52, 53, 63–65, 87, 97, 148, 155, 159  
Gesundheit 9, 14, 16, 20f., 50, 52, 57, 87, 102f., 109, 131f., 140

- Gewalt 23, 44, 46f., 90f., 101, 103, 128, 139, 177
- Handlung 24, 26, 33, 78f., 100, 133, 136, 139
- Heilung 47, 105, 113, 117, 132, 143
- Herrschaft 24, 44, 47f., 50
- Hilfe 10, 15, 17, 48, 54, 62f., 77, 103, 117, 127, 143, 151, 179
- Hoffnung 103, 109, 119, 148, 166
- Hospiz 90, 172
- Identität 69, 116, 137, 175
- Individualität 15, 116, 124
- Information 53, 65, 68, 130f., 141, 151
- informed consent 13, 26, 29, 49, 51–58, 62, 64f., 68, 100, 112, 134, 141–143, 151, 172f., 178, 180
- Interesse 32, 67, 77, 83, 115, 124, 132–135, 177
- Jugendlichkeit 135, 137
- Kind 31, 32, 34, 36–39, 77
- Kommunikation 10, 18, 52–55, 99, 105–107, 113–116, 122, 172f., 180
- Konsens 73, 80
- Konsequenz 24, 31f., 34, 45, 57, 98, 103–105, 108, 116, 120, 124, 126, 133, 150
- Kooperation 139
- Krankheit 9, 14, 17f., 20f., 29, 43, 48, 50–52, 57, 62–65, 68, 100, 105, 113, 119, 124, 131f., 142, 144, 157, 174, 176
- Leben 14f., 17, 28–34, 37, 39, 45, 47, 48, 54f., 64f., 67–83, 92, 121, 124, 129, 141, 143, 160, 166f., 175
- das gute 10, 67–83
- -squalität 45, 112, 116, 118, 124f., 127, 145, 150
- -swelt 86, 89, 91, 93, 114
- Legitimation 153, 155f., 158, 160–168
- Leiden 15, 63, 104, 113f., 116, 122, 132, 142, 144, 150
- Manipulation 18, 43, 122, 141f., 149
- Mann 30, 129, 148, 157, 166
- Medizinethik 7–10, 13, 17, 21, 29, 49, 67–75, 78, 81–83, 171, 173f., 179
- Missbrauch (Macht-) 9f., 111
- Moral 24, 32, 69f., 162
- Natur 24–26, 31, 44f., 48, 50, 53, 58, 126
- Nichtschadensprinzip 13f., 36, 72
- Norm 34, 37, 49, 55, 69, 73f., 78, 113, 135, 153
- Nutzen 16, 106, 130f., 133, 135, 140
- Risiko-Abwägung 133, 135
- Öffentlichkeit 52, 163
- Ökonomie 132f., 107
- Onkologie 178f., 167
- Palliativmedizin 115, 119, 121, 171–180
- Paternalismus 51–53, 58, 61, 64, 65, 67–69, 82, 100, 142, 154, 175, 180
- Patientenverfügung 9, 14, 17, 71, 106, 123f.
- Person 46, 48, 56–58, 63, 67f., 74, 76, 109, 133–135, 146, 174
- Pflege 15f., 18, 121, 123
- Pflicht 34, 38, 68, 76f.
- Philosophie 22f., 25f., 33, 46, 49, 87f. 156
- Praxis 7, 9, 27, 29, 50, 71, 76, 78, 85, 128, 130, 132f. 144, 155, 157, 161f., 164, 171, 173–181
- Klinische 7, 174
- Medizinische 27, 29, 48, 50, 71, 76, 130, 132f. 155, 157, 176–178, 180
- Prozess 26–28, 34, 46, 49, 87, 92, 99, 118, 127, 131
- Psychiatrie 73, 77
- Psychotherapie 77, 117
- Rationalität 79, 120, 155, 163f., 168
- Religion 63, 85, 88, 90, 125
- -sunterricht 85, 88–93
- Respekt 13, 16, 72, 80, 173
- Risiko 32, 131, 133, 135, 166
- Schmerz 17, 18, 62, 68, 117
- Schutz 15, 17, 87, 127, 142, 150
- Selbst 24, 34, 101, 108, 149

- -bestimmung 8f., 13–15, 29–33, 52f., 61f., 65, 67, 73, 80, 97f., 100, 104, 110, 112f., 127f., 130, 133, 136, 139–143, 146f., 150, 152, 172f., 175, 178–181
- -bild 109, 153, 155, 158
- -sorge 168, 174
- -verwirklichung 103, 126
- Shared Decision-Making 109, 116, 178f.
- Sorge 17, 97, 116, 123, 158, 168
- Soziologie 105, 107f., 113, 154, 160–162, 164
  - Professions- 160
  - Medizin- 161
- Sprache 20, 55, 80, 98, 99, 111, 113, 117–122
- Sterbehilfe 7, 9, 17, 90
- Sterben 15, 64, 125, 172
- Subjekt 13, 15f., 23, 25f., 30, 32, 35, 63, 136, 138
  
- Technik 7, 25–27, 44, 147
- Theorie 7f., 23, 72, 74, 77, 79, 82, 139, 160, 171, 176
  - Bildungs- 86, 89
  - Gesellschafts- 19, 22, 44, 45
- Therapie 14f. 17, 50, 77, 121, 123, 141–151, 171, 173, 177f.
- Tod 29, 47, 59, 62, 90, 101, 121, 142, 144, 157f., 162f., 166, 175, 177
  
- Überzeugung 24, 68, 70, 72f., 76, 78–81, 112, 125, 155
- Unabhängigkeit 15, 33, 38, 138, 143, 150, 169, 179
- Unterricht 85–93
  
- Verantwortung 13, 15f., 23, 29f., 32, 34f., 37f., 60f., 91, 120, 123, 162, 177f.
- Verletzlichkeit 18, 39, 54f., 56, 57, 62
- Vernunft 7, 23, 44, 73, 75, 86, 155
- Verstehen 26–28, 60, 122, 141
- Vertrauen 17, 49, 51, 54–63, 128, 157
  
- Wert 16, 36, 43, 56f., 59, 76, 78, 82, 171, 176
- Wille 7, 23–25, 30, 31, 67, 69, 74, 92, 100, 116, 120, 123f., 133f., 136, 151, 167, 171f.
- Wissen 9, 39, 44f., 48, 52f., 56f., 62–65, 89, 100, 102, 105, 107, 110f., 164, 169
- Wohlbefinden 124, 132, 135, 140
- Würde 15, 30, 75, 98, 125, 176
  
- Welt 22f., 26, 28, 31, 32, 37, 52, 61, 63, 87–89, 117, 165, 171