

od. augenblickl. Verfassung angenommen wird, daß sie nur eingeschränkt in der Lage sind, sich selbst zu bestimmen. Entsprechend dem Verhältnis des auferlegten Zwangs z. tatsächl. Ausmaß an Selbstbestimmungsfähigkeit beim konkreten Adressaten der Hilfe (in keiner Weise kompetent, nur in einer bestimmten Hinsicht bzw. nur vorübergehend inkompetent) unterscheidet man zw. starkem u. schwachem P. Die weitestmögl. Überwindung der mit der Situation v. Not u. Angewiesensein auf Hilfe unterstellten od. zugemuteten Ohnmacht u. Abhängigkeit ist das Ziel des in der /Medizinischen Ethik als Patientenzentrierung, in den versch. Beratungsfeldern als Klientenzentrierung, in Familien-, Erziehungs-, Altenarbeitstheorien u. in der Politik als Partnerschaftlichkeit charakterisierten Leitbilds. Dieses verweist den Helfer nicht einfach in die Position des Exekutors der Selbstbestimmungswünsche des Hilfesuchenden (/Autonomie), verpflichtet ihn aber streng darauf, dessen Willen als einen konstitutiven Teil des Patientenwohls zu erkunden (durch Gespräch, aber u. U. auch mittels standardisierter Fragebögen u. Checklisten), seine persönl. Entscheidungskompetenz durch Information zu stärken (sog. *informed consent*) u. bei Entscheidungen einzubeziehen (u. U. sogar in Gestalt eines Vertrags). Dies gilt es v. a. durchzusetzen, wo intensive Behandlungen nur um den Preis einer Lebensführung mit erhebl. Einschränkungen möglich sind (/Lebensqualität). Im Ggs. zu Tendenzen, die individuelle Eigenverantwortung als alleinigen Richtpunkt berechtigter Verfügung über sich selbst anzusehen, können damit verbundene nachteilige Folgen für andere wie auch deren Beanspruchung für die Mitwirkung, aber auch die Irreversibilität schwer schädigender Maßnahmen (z. B. Suizid, Drogenkonsum, Sterilisation in jungem Alter) schwach paternalist. Maßnahmen in Gestalt v. Theapeut. Intervention im Akutfall, Warnung, Aufklärungskampagnen, Präventions-Progr., Sicherheitsgeboten u. Verboten v. Werbung rechtfertigen. Stark paternalist. Handlungen sind zu beschränken auf schwere Krisensituationen (Suizidversuche, Notfall) u. unzweifelhafte Fälle v. Unfähigkeit z. Vernunftgebrauch (ungeborene Kinder, Säuglinge, schwere psych. Erkrankungen). Dann muß stellvertretend u. orientiert am mutmaßl. Interesse des Betroffenen entschieden werden. In sämtl. Fällen eines berechtigten P. steht dieser unter dem Vorbehalt, daß er in dem Maß abzubauen ist, wie der Hilfsbedürftige die Fähigkeit zu kompetentem Urteilen u. Entscheiden (wieder)erlangt.

Die Übertragung dieses Leitbilds der Einbeziehung der Betroffenen als eigenverantwortl. Subjekte anstelle polit. Abhängigkeit, materieller Fürsorge u. bevormundender Planungen (vielfach auch als „Assistentialismus“ bez.) auf den Prozeß der Befreiung im Verhältnis zw. reichen u. armen Ländern sowie im Prozeß der kulturellen u. soz. Entwicklung der großen Menge der Armen innerhalb dieser Völker stellt in der /Befreiungstheologie einen der zentralen Inhalte der /Option für die Armen dar.

Lit.: **J. F. Childress**: Who Should Decide? Paternalism in Health Care. NY 1982; **L. Boff**–**J. Pixley**: Die Option für die Armen. D 1987 (Opção pelos pobres. Petrópolis 1986); **G. Patzig**: Gibt es eine Gesundheitspflicht?: EthMed 1 (1989) 3–12; **H. P. Wolff**:

Paternalismus (v. lat. *pater*, Vater) charakterisiert einen z. Stellung des Vaters in der patriarchal. Hausfamilie analogen Beziehungs-, Kommunikations- u. Handlungsmodus, bei dem der stärkere Teil im Interesse des schwächeren agiert, ohne diesen selbst als Subjekt eigenen Wollens einzubeziehen, bzw. gg. dessen momentane Entscheidungen, Wünsche od. auch Präferenzen verstößt, um Schaden v. ihm fernzuhalten. Ursprünglich eine Kategorie der polit. Philos. („Landesvater“, Unternehmer) spielt P. heute v. a. in der medizineth. Diskussion, in der Theorie der Sozialarbeit, in der Erziehungs-Wiss. sowie in der theoret. Reflexion aller helfenden Berufe (einschließlich dem des Seelsorgers) eine zentrale Rolle als Ausgangspunkt für ein neues, angemesseneres Arzt/Helfer/Lehrer/Eltern-Patient/Klient/Schüler/Kind-Verhältnis. Auch in der polit. Auseinandersetzung um die mentalen Folgen des fortgeschrittenen Wohlfahrtsstaats geht es zumindest teilweise der Sache nach um P. (/Subsidiarität).

In einer paternalist. Konstellation ist die fakt. Überlegenheit an professionellem Wissen, Möglichkeiten kompetenter Intervention, Erfahrung u. Distanz engstens verquickt mit der Monopolisierung der Entscheidungsbefugnis u. der Erwartung v. Unterordnung seitens des Hilfeempfängers. Dies betrifft sowohl die berufl. Rolle (Arzt, Berater usw.) als auch das zugehörige System (Krankenhaus, Heim, Gericht, Schule) sowie den Spielraum der persönl. Gestaltung des Verhältnisses. Zugrunde liegende Motive sind Mitleid, Schutz u. Fürsorge für Subjekte, v. denen aufgrund ihrer konstitutionellen

Arzt u. Patient: H.-M. Sass (Hg.): Medizin u. Ethik. St 1989, 184–211; **H. Pohlmeier** (Hg.): Selbstmordverhütung: Anmaßung od. Verpflichtung. D²1994; **J. Harris**: Der Wert des Lebens. B 1995, 277 ff.; **B. Irrgang**: Grdr. der med. Ethik. M–Bs 1995, 63 ff.; **E. H. Loewy**: Eth. Fragen in der Medizin. W–NY 1995, 51 ff.; **D. Rössler**: Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztl. Handelns: EthMed 8 (1996) 59–67; **B. Schöne-Seifert**: Medizinethik: J. Nida-Rümelin (Hg.): Angewandte Ethik. St 1996, 553 ff.

KONRAD HILPERT