

Michael Peintinger

Therapeutische Partnerschaft

Aufklärung zwischen Patientenautonomie  
und ärztlicher Selbstbestimmung

SpringerWienNewYork

## Vorwort

In mehr als zwanzig Jahren ärztlicher Tätigkeit habe ich erfahren dürfen, dass die Beziehung zum Patienten, abseits aller medizintechnischen Innovationen, das Zentrum jedes therapeutischen Dienstes darstellt. Das Bemühen um eine kontinuierliche Kommunikation mit dem Kranken und seinem Umfeld, welche zudem über das gerade sachlich Notwendige hinausreicht, war und ist der hauptsächlichste Beitrag des Arztes in jedem therapeutischen Prozess. Dieser Beitrag konkretisiert sich vor allem in einem wertorientierten Aufklärungsprozess, der von der ersten Begegnung bis zur Verabschiedung reicht.

Diese Tatsache, sowie die ethischen Aspekte, die neben den kommunikationsspezifischen Aspekten hilfreich sind, habe ich seit mehr als fünf Jahren in medizinethischen Seminaren für Ärzte und Gesundheitsberufe, sowie im Rahmen von Lehraufträgen an der Universität Wien aufzuzeigen versucht.

Die vorliegende Arbeit soll nun einen Beitrag dazu leisten, dass dieser Aufklärungsprozess, als Ausdruck einer therapeutischen Beziehung, die sich an der Autonomie beider Partner orientiert, ins Zentrum des medizinischen Denkens und Handelns rückt. Darüber hinaus möchte ich darlegen, weshalb es mir dringend notwendig erscheint, dass dem Patienten weiters das Recht eingeräumt wird, zur Stärkung seiner Position auch seinen Informanten selbst zu bestimmen.

Dieses Buch wurde vorrangig für Ärzte und Studenten geschrieben. Das Hauptaugenmerk liegt daher auf den praxisrelevanten Aspekten. Theoretische Zusammenhänge und philosophische Grundlagen wurden nur insoweit abgehandelt, als sie für das Verständnis und für die Einsicht in notwendige Änderungen erforderlich sind. Da jede Auswahl zwangsläufig Lücken spürbar werden lässt, wird auf zahlreiche wertvolle Publikationen verwiesen, die es dem interessierten Leser erleichtern sollen, sich in einzelne Fragen weiter zu vertiefen.

Über die spezifischen Berufsgruppen hinausreichend, ist zu wünschen, dass insbesondere das Konzept über die Konversion der Auf-

klärungshoheit auch von der Allgemeinheit mit Aufmerksamkeit und Wohlwollen aufgenommen wird und zu einer gesellschaftlichen Neuorientierung beitragen kann.

Dieses Buch wäre ohne das große Verständnis meiner Familie nicht möglich gewesen. Ihren Ermutigungen ist es zu verdanken, dass diese Arbeit in Angriff genommen wurde, ihrer Geduld und Toleranz ist es zuzuschreiben, dass eine kontinuierliche Fortführung gewährleistet war, ihrem liebevollen Drängen ist es auch zu verdanken, dass es abgeschlossen wurde. Dafür möchte ich meiner lieben Frau Monika sowie meinen Kindern Barbara, Thomas und Katharina an dieser Stelle von ganzem Herzen danken.

Ebenso danke ich meinem Vater, Hrn. Sektionschef i.R. Dr. Herbert Peintinger, meinem Bruder, Ministerialrat Dipl. Ing. Gerhard Peintinger, und dem Geschäftsführer der Firma Grünenthal, Hrn. Diplomvolkswirt Manfred Fritz. Ihrer aller Großzügigkeit ist es zu verdanken, dass dieses Buch erscheinen konnte.

Herrn Univ. Prof. Dr. Günter Virt danke ich nicht nur für seine Anregungen und Gespräche, sondern insbesondere für seine seit Jahren bestehende herzliche Freundschaft. Seine warmherzige Weise, eine ganz persönliche Gesprächsatmosphäre zu schaffen, die zur Kreativität anregt, zählt zu den besonderen Erfahrungen meines Lebens.

Weiters möchte ich Frau Julia Marschner für ihre Sorgfalt und Umsicht danken, mit der sie meine Arbeit redigierte.

Dem Cheflektor des Verlages Springer, Herrn Raimund Petri-Wieder, sei für seine Ermunterungen und seine Geduld ebenso gedankt, wie für seine sanfte Beharrlichkeit, die dazu beitrug, dass das Buch in angemessener Zeit beendet wurde.

Ich danke den Kollegen, die mir in den vergangenen Jahren durch ihre interdisziplinären Gespräche, durch ihr Verhalten und ihre Vorgehensweisen wertvolle Anregungen für meine medizinethische Arbeit schenkten.

Ich danke den zahlreichen Krankenschwestern und -pflegern, die sich gegen die oft bestehende kommunikative Not ihrer Patienten auflehnten und dadurch wesentliche Impulse zur Entwicklung des hier vorgestellten Konversions-Konzeptes gaben.

Ich danke schließlich all jenen, die zukünftig einige hier vorgestellte Gedanken zum Anlass nehmen, um weiter kreativ daran zu arbeiten, dass der Patient wieder vermehrt die Heilsamkeit der nach wie vor faszinierenden medizinischen Wissenschaft erfahren kann.

*Dr. Michael Peintinger*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Einführung</b> .....	1
<b>Kapitel 1</b>	
<b>Die Autonomie des Patienten als Ausgangspunkt und Ziel des Aufklärungsprozesses</b> .....	7
1. Grundlegende Aspekte .....	9
1.1 Das gegenwärtige Verständnis von Autonomie .....	10
1.2 Unterschiedliche Begriffsinhalte .....	12
1.3 Das Autonomiekonzept nach Malherbe als Grundlage einer neuen Orientierung .....	15
1.4 Aspekte der Selbstbestimmung in den internationalen Konventionen .....	19
2. Das Autonomieprinzip: Ausgewählte Konzepte und Kritiken im medizinischen Kontext .....	21
2.1 Überblick über die Argumentationsbreite zwischen Befürwortern und Mahnern .....	21
2.2 Hugo Tristram Engelhardt .....	24
2.3 Robert Veatch .....	25
2.4 Beauchamp und Childress .....	26
2.5 Weitere Befürworter .....	28
2.6 Aspekte des Autonomie-Begriffs bei Feinberg .....	29
2.7 Mahner und Kritiker .....	32
2.8 Anton Leist .....	36
3. Autonomie und Paternalismus im medizinischen Kontext .....	41
3.1 Grundlegende Aspekte .....	41
3.1.1 Autonomie als Botschaft der modernen Medizinethik .....	42
3.1.2 Historischer Rückblick .....	42
3.2 Paternalismus im medizinischen Kontext .....	50
3.2.1 Definition und grundlegende Aspekte .....	50
3.2.2 Sonderformen des Paternalismus .....	58
3.3 Autonomie im medizinischen Kontext .....	68
3.3.1 Erste Ansätze der Beachtung des Prinzips .....	68
3.3.2 Definitionen von Autonomie im medizinischen Kontext .....	69

3.3.3	Definition von Wolff .....	69
3.3.4	Der Begriff des „Vermögens“ – Aspekte der Autonomiekompetenz .....	74
4.	Die Wiederherstellung der Autonomiekompetenz als Teil der Therapie .....	91
4.1	Zusammenhang zwischen Autonomiekompetenz und Gesundheitsbegriff .....	92
4.2	Frühzeitige Wahrnehmung der Patienten-Selbstbestimmung .....	96
4.3	Zusammenfassung und Ausblick .....	98
5.	Probleme und Gefahren durch die Förderung der Autonomie? ...	101
5.1	Autonomie und Defensivmedizin .....	102
5.1.1	Defensivmedizin und Verrechtlichung .....	103
5.1.2	Defensivmedizin und Verantwortung .....	107
5.1.3	Gefahrenmomente aufgrund der Defensivmedizin ...	109
5.2	Autonomie und Wunscherfüllung .....	114
5.2.1	Die Schutzfunktion der Autonomie als Abwehrrecht ..	116
5.2.2	Die unterschiedlichen Kategorien von Wünschen ...	119
5.3	Die Gefahr einer Autarkie .....	154

## **Kapitel 2**

	<b>Die Beziehung zwischen Arzt und Patient als Basis eines erfolgreichen Aufklärungsprozesses .....</b>	<b>159</b>
1.	Grundlegende Aspekte der allgemeinen Arzt-Patient-Beziehung .	161
1.1.	Die Autonomie der Partner als Voraussetzung einer Beziehung .....	161
1.2	Die Wahrnehmung der Autonomie vor der rollenspezifischen Determinierung .....	166
2.	Die allgemeine Arzt-Patient-Beziehung .....	167
2.1	Nah- und Fernbild .....	167
2.2	Die Krankenrolle .....	168
2.3	Die Arztrolle .....	172
2.4	Das Selbstverständnis der Partner .....	175
2.5	Das Bild vom Partner im therapeutischen Prozess .....	177
2.6	Gesellschaftliche Einflüsse .....	180
2.7	Das Vertrauen .....	183
3.	Die Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung .....	185
3.1	Exkurs: Geschichtliche Entwicklung der Asymmetrie der Arzt-Patient-Beziehung .....	185
3.2	Wesentliche Aspekte gegenwärtiger asymmetrischer Beziehungen .....	186
3.2.1	Ursachen im konkreten binnenmedizinischen Bereich .....	187
3.2.2	Asymmetrie – Ursachen außerhalb der Arzt-Patient-Beziehung .....	197
3.3	Die Verringerung der Asymmetrie – „Ausgleich der Ungleichgewichte“ .....	205
3.3.1	Grundüberlegungen .....	205

3.3.2	Beispiel: Der chronisch Kranke .....	205
3.3.3	Paradigmenwechsel: Von „Wissen ist Macht“ zu „Wissen beider Partner als unverzichtbare Voraussetzung für eine eigenständige Entscheidung“ .....	208
3.3.4	Vorteile einer symmetrischen Therapiebeziehung ....	209
3.3.5	Gespräch als Zentrum des gesamten Heilungsprozesses .....	212
3.3.6	Strukturelle Maßnahmen für das Gespräch .....	213
3.3.7	Die Gesprächsintention des Arztes .....	215
3.3.8	Beitrag der medizinethischen Fortbildung .....	217
3.3.9	Zusammenfassung .....	219

**Kapitel 3**

**Der wertorientierte Aufklärungsprozess als Zentrum jedes**

**therapeutischen Geschehens .....** 221

1.	Begriffsbestimmung .....	223
1.1	Der Begriff Aufklärung .....	224
2.	Medizinische Aufklärung .....	227
2.1	Grundlegende Aspekte .....	227
2.1.1	Die drei Komponenten eines erweiterten Aufklärungsprozesses .....	227
2.1.2	Exkurs: Auch heute finden laufend Wertungen statt ..	229
2.1.3	Zentrale Fragen eines erweiterten Aufklärungsprozesses .....	230
2.1.4	Vorteil für Krankheitsverlauf, jedoch nicht Hauptziel .	233
2.1.5	Hilfe für den Lebenssinn – Medizin als säkularer Ersatz von Religion .....	234
2.2	Die Anamnese – Informationsabschnitt des Patienten .....	235
2.2.1	Die Wertanamnese .....	235
2.2.2	Gegenwärtige Anamneseerhebung .....	237
2.3	Das diagnostisch/therapeutische Informationsgespräch – früher „Aufklärung“ – Informationsvermittlung durch den Arzt .....	239
2.3.1	Drei wesentliche Aspekte des mehrdimensional orientierten Informationsgesprächs .....	240
2.3.2	Folge des mehrdimensionalen Aufklärungsprozesses: Förderung der Autonomie .....	241
2.3.3	Der Begriff „Leiblichkeit“ .....	241
2.3.4	Individuelle Züge der Aufklärung .....	242
2.3.5	Der Patient wird sich seiner eigenen Wertvorstellungen bewusst .....	246
2.3.6	Die Entscheidung des Patienten erhält mehr Gewicht .....	250
2.3.7	Weitere Vorteile eines mehrdimensionalen Aufklärungsprozesses .....	251
2.3.8	Aufklärung über den „informed consent“ hinaus ....	273
2.4	Aufklärung und Wahrheit .....	274
2.4.1	Exkurs: Philosophische Begriffsbestimmungen .....	277

## Inhaltsverzeichnis

2.4.2	Wesentliche Aspekte der „Wahrheit“ im medizinischen Kontext .....	278
2.4.3	Gemeinsame „Wahrheit“ .....	288
2.5	Wahrhaftigkeit .....	289
3.	Das therapeutische Privileg .....	291
3.1	Grundsätzlicher Aspekt .....	291
3.1.1	Zwei Begründungszusammenhänge .....	292
3.2	Diagnosen und Therapeutisches Privileg .....	293
3.2.1	Therapeutisches Privileg und körperliche Beeinträchtigungen .....	293
3.2.2	Therapeutisches Privileg und Suizidalität .....	295
3.2.3	Therapeutisches Privileg und das „Wohl“ des Patienten .....	297
3.3	Therapie-Risiken und Therapeutisches Privileg .....	302
3.3.1	Zwei Gruppen von Risiken .....	303
3.3.2	Auswege aus der Problematik des therapeutischen Privilegs .....	304
3.3.3	„Relatives therapeutisches Privileg“ .....	309
3.4	Zusammenfassung .....	309
4.	Aspekte der Stufenaufklärung und die Verwendung schriftlicher Aufklärungsinformationen .....	310
4.1	Die Stufenaufklärung nach Weißauer .....	310
4.2	Positive Aspekte und Risiken von Aufklärungsformularen ..	311
4.3	Zeitpunkt der Übergabe .....	313
5.	Einige Aspekte der gegenwärtig gebräuchlichen Aufklärungsgespräche .....	315
6.	Gestaltung eines mehrdimensionalen, wertorientierten Aufklärungsprozesses .....	320
6.1	Notwendige Voraussetzungen – Grundsätze .....	321
6.2	Notwendige Voraussetzungen – Konkrete Aspekte .....	322
6.2.1	Der Beginn der Anamnese stellt zugleich auch den konkreten Beginn des Aufklärungsprozesses dar .....	322
6.2.2	Die konkrete Bedeutung der Anamnese muss anerkannt und durch eine wesentlich verbesserte Qualität bestätigt werden .....	323
6.2.3	Der mehrdimensionale Aufklärungsprozess erfordert eine kontinuierliche Beziehung .....	324
6.2.4	Der mehrdimensionale Aufklärungsprozess bietet verstärkt die Möglichkeit, die hygienische Funktion des Leidklagens zuzulassen .....	326
6.3	Ein mehrdimensionaler Aufklärungsprozess relativiert einige ständig diskutierte Probleme .....	327
6.3.1	Das Problem der „Totalaufklärung“ .....	328
6.3.2	Das Problem der „Verständlichkeit“ .....	329
6.3.3	Die Abklärung der Vorbedingungen für einen Aufklärungsprozess .....	329
6.3.4	Die Frage nach dem günstigen Zeitpunkt .....	330
6.3.5	Das Problem der „Umweg-Kommunikation“ .....	331

6.3.6	Die Frage nach dem Krankheitsbegriff .....	332
6.3.7	Die Erweiterung des Aufklärungsgespräches ist an eine Zustimmung gebunden .....	333
6.3.8	Unterscheidung zwischen Überreden und Überzeugen	334
6.3.9	Falsche Erwartungen .....	336
6.3.10	Unsachgemäße Versprechungen .....	338
6.3.11	Verbesserter Umgang zwischen therapeutischen Partnern, die jeweils einer fremden Kultur angehören	339
6.4	Aufklärung von in der Gesellschaft negativ bewerteten Erkrankungen .....	340
7.	Ausblick .....	344
8.	Aufklärung und antizipierte Patientenverfügung .....	346
8.1	Grundsätzliche Aspekte .....	346
8.2	Fragen und Probleme .....	348
8.2.1	Rechtlicher Stellenwert der Patientenverfügung im medizinischen Alltag .....	349
8.2.2	Problematik der „Übereinstimmung“ .....	350
8.2.3	Aspekte zur sinnvollen Errichtung einer Patientenverfügung .....	351
8.3	Das Aufklärungsgespräch zur Errichtung einer Patientenverfügung .....	352
8.3.1	Einbeziehung der Wertewelt .....	352
8.3.2	Der geänderte Interpretationsprozess .....	353
8.3.3	Aspekt der Selbstbindung .....	355
8.3.4	Patientenverfügung als Entscheidungshilfe .....	356
8.3.5	Gesellschaftliche Orientierungen .....	357
8.4	Positive Rückwirkungen auf bisher gebräuchliche Aufklärungsgespräche .....	358
8.4.1	Höhere Qualität der Patientenverfügungen .....	358
8.4.2	Beitrag zur Lebenswirklichkeit .....	359
8.4.3	Erhöhte Sensibilität für Präferenzen .....	360
8.4.4	Emotionale Entlastung .....	360
8.4.5	Vorteile für den therapeutischen Partner .....	361
8.5	Konsequenzen: Forderungen .....	362
8.6	Ausblick .....	364
9.	Beiträge der Diskursethik zu einem qualitativ verbesserten Aufklärungsprozess .....	364
9.1	Die Diskursethik nach Habermas und Apel .....	365
9.2	Die Anwendung diskursethischer Verfahrensweisen im medizinischen Kontext .....	365
9.3	Aufbau des Diskurses nach Habermas und Apel .....	366
9.3.1	Erste Sprachebene .....	367
9.3.2	Zweite Sprachebene – Suche nach einem Konsens ...	369
9.3.3	Bedingungen im Zusammenhang mit dem Ablauf des Diskurses .....	371
9.3.4	Das konsenserzielende Argument .....	375
9.4	Weitere positive Auswirkungen des Diskurses im medizinischen Kontext .....	376



9.5	Gesellschaftliche Aspekte .....	378
9.6	Ausblick .....	381
<b>Kapitel 4</b>		
<b>Die Konversion der Aufklärungshoheit .....</b>		<b>383</b>
1.	Grundsätzliche Überlegungen .....	385
1.1	Der Aspekt der freien Arztwahl .....	387
1.2	Der Aspekt der schwachen Position des Patienten im Krankenhaus .....	387
2.	Grundsätzliche Fragen .....	388
2.1	Ist Aufklärung „Therapie“? .....	389
2.2	Die Therapieaufklärung .....	391
2.3	Diagnoseaufklärung .....	394
2.3.1	Der Diagnosebegriff .....	394
2.3.2	Diagnose und Handlungsauftrag .....	398
2.3.3	Folgen des ausdifferenzierten Diagnosebegriffs .....	399
2.3.4	Aspekte des Notfalls .....	401
2.3.5	Konsequenzen aus der veränderten Diagnosemitteilung .....	402
2.3.6	Begründungen aufgrund der Krankenrolle des Patienten .....	403
3.	Konversion der Aufklärungshoheit .....	405
3.1	Die Aufklärungshoheit .....	405
3.2	Die Konversion .....	405
3.3	Auswirkungen .....	406
3.3.1	Vorteile für den Patienten .....	407
3.3.2	Vorteile für die Partner im Gesundheitsbereich .....	413
3.3.3	Gegen das Missverständnis: Keine willkürliche Mitteilung .....	416
3.4	Befürchtete Probleme .....	416
3.4.1	Problem: Mitteilungen ungenau und irrtumsanfällig ..	416
3.4.2	Problem: Unerwartete Belastung .....	418
3.4.3	Problem: Kompetenz des Informanten .....	419
3.4.4	Problem: Überlastung der leitenden Ärzte .....	420
3.4.5	Problem: Anspruchsmentalität gefördert .....	421
3.4.6	Problem: Leichtere Delegation an Mitarbeiter .....	422
3.4.7	Problem: Behandlungsvertrag .....	422
3.4.8	Problem: Schwäche des Patienten .....	423
3.5	Grundsätzliche Verbesserung .....	424
3.6	Erforderliche rechtliche Regelungen .....	424
4.	Exkurs: Zukünftige Aufklärung im Team .....	426
4.1	Positive Aspekte einer Teamaufklärung .....	428
5.	Ausblick .....	431
<b>Nachwort .....</b>		<b>432</b>
<b>Literaturverzeichnis .....</b>		<b>439</b>