

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

Einführung	1
Kapitel 1	
Die Autonomie des Patienten als Ausgangspunkt und Ziel des Aufklärungsprozesses	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

	Die Beziehung zwischen Arzt und Patient als Basis eines erfolgreichen Aufklärungsprozesses	159
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
Kapitel 4		
Die Konversion der Aufklärungshoheit		383
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
Nachwort		432
Literaturverzeichnis		439