



**151. Jahrgang
Heft 9/10, 2001**

Wiener Medizinische Wochenschrift

INHALT

Themenschwerpunkt

- H. Ludwig und J. G. Meran:** Editorial „Patientenforum Medizinische Ethik – Aufklärung und Einwilligung“ (in Deutsch) 193
- M. Memmer:** Die ärztliche Aufklärungspflicht im österreichischen Recht (in Deutsch) 195
- M. Peintinger:** Voraussetzungen und Grenzen des „informed consent“ (in Deutsch) 200
- F. F. Büchler:** Prostatakrebs: Vorsorge und Aufklärung – Wünsche und Forderungen aus der Sicht der Patienten (in Deutsch) 206
- G. Neitzke:** Globalität ärztlicher Ethik: Bedingungen und Möglichkeiten (in Deutsch) 208
- G. Virt:** Anthropologisch-ethische Grundlagen der sogenannten Aufklärung (in Deutsch) 213
- J. G. Meran:** Aufklärung und Einwilligung in der Hämato-Onkologie – Grenzen und Probleme aus ärztlicher Sicht (in Deutsch) .. 215

Übersicht

- C. H. Temml:** Eine Epigastralgie (in Deutsch) 219

Originalarbeiten

- M. A. Pina Latorre, J. R. Ara, P. J. Modrego und M. Martin:** Bewertung der Behinderung und des sozioökonomischen Status von Patienten mit multipler Sklerose – Daten über eine populationsbezogene statistische Erhebung im Gesundheitsversorgungsgebiet von Calatayud, Nordspanien (in Englisch) 224
- M. Kowalski, R. Grove, W. Kranig, G. Müller und J. Thale:** Einfluss des Body-Mass-Index auf die Erfolgsrate der externen und internen Kardioversion (in Deutsch) 228

Statistik – Lügen, aber richtig

- Randy Bias:** Studienplanung II – was nach dem Mythos des austherapierten Patienten kommt (in Deutsch) 231

- Impressum 223
- Kongressankündigungen 194, 199, 230
- Buchbesprechungen 207, 212, 232

CONTENTS

Main Topics

- H. Ludwig and J. G. Meran:** Editorial "Forum of Discussion in Medical Ethics – Disclosure of Information and Consent" (in German) 193
- M. Memmer:** Informed Consent According to Austrian Law (in German) 195
- M. Peintinger:** Conditions and Limits of "Informed Consent" (in German) 200
- E. F. Büchler:** Carcinoms of the Prostate: Prevention and Information – Wishes and Demands from the Patients' Angle (in German) 206
- G. Neitzke:** Global Medical Ethics: Its Preconditions and Opportunities (in German) 208
- G. Virt:** Ethical and Anthropological Bases of "Informed Consent" (in German) 213
- J. G. Meran:** "Informed Consent" in Haemo-Oncology – Limitations and Problems from the Doctor's Angle (in German) 215

Review

- C. H. Temml:** Epigastric Pain – an Example for Diagnostic Protocols (in German) 219

Original Scientific Papers

- M. A. Pina Latorre, J. R. Ara, P. J. Modrego and M. Martin:** Evaluation of Handicap and Socio-Economic Status in Patients with Multiple Sclerosis – Data from a Population-Based Survey in the Sanitary Area of Calatayud, Northern Spain (in English) 224
- M. Kowalski, R. Grove, W. Kranig, G. Müller and J. Thale:** Influence of Body-Mass-Index on Effectiveness of External and Internal Cardioversion (in German) 228

Aus der Abteilung für Anästhesiologie und Schmerztherapie der Krankenanstalt des göttlichen Heilandes, Wien

Voraussetzungen und Grenzen des „informed consent“

M. Peintinger

Schlüsselwörter: Autonomie – Arzt-Patient-Beziehung – „informed consent“ (informierte Einverständniserklärung) – Heilkraft des Wortes.

Keywords: Autonomy – relationship between patient and doctor – informed consent – healing by communication.

Zusammenfassung: Die Einwilligung in einen medizinischen Eingriff nach erfolgter Information, mit dem Terminus technicus „informed consent“ bezeichnet, beruht neben juristischen Notwendigkeiten auf die sich zunehmend verändernden Verhältnisse in der Arzt-Patient-Beziehung, in der paternalistische Verhaltensmuster zugunsten der Autonomie des Patienten zurückgedrängt werden. Bedingt die Einwilligungsmacht des autonomen Patienten neben seinem Recht auch seine Fähigkeit zur Entscheidung, so muss bedacht werden, dass dies durch verschiedene Umstände angegriffen werden kann und der „informed consent“ auf derartige Weise an Qualität einzubüßen droht. Um dies auszuloten, bedarf es einer gelingenden Kommunikation, die auf Grundbedingungen wie der unbedingten Wertschätzung, der Empathie und der Echtheit des Kontaktes aufbauen soll. Auf diese Weise können auch Kommunikationslücken vermieden werden, selbst dann, wenn unter Umständen bedrohliche Wahrheiten ausgesprochen werden müssen. Der Heilkraft des Wortes als Teil des therapeutischen Geschehens sollte folglich vom Arzt – losgelöst von rechtlichen Minimalanforderungen – ein größerer und selbstverständlicher Stellenwert beigemessen werden.

(Wien. Med. Wschr. 2001;151:200–205)

Conditions and Limits of „Informed Consent“

Summary: The process of getting an „informed consent“ is based on judicial necessity as well as on the relationship between the patient and his doctor, which has been changing remarkably over the last years. In this alliance the idea of autonomy increases, while the paternal treatment is losing its influence continuously. Although patients have the right to decide, they also need competence in order to make a decision. Many circumstances may be responsible for a corruption of this competence. A communication based on appreciation, empathy and authenticity is able to discover such circumstances and fight against them. This kind of communication is able to prevent communication gaps, even when severe or dangerous realities have to be verbally expressed. Despite the judicial necessity the healing power of communication should get a more central place in therapy.

Korrespondenzanschrift: Dr. M. Peintinger, Abteilung für Anästhesiologie und Schmerztherapie, Krankenanstalt des göttlichen Heilandes, Dornbacher Straße 20–28, A-1170 Wien.
Fax: ++43/1/4 86 56 31–3 43
E-mail: ethik@goettlicherheiland.at

Einleitung

Das Thema „Aufklärung“ steht im Spannungsfeld zweier großer Gesichtspunkte: Einerseits Aufklärung als täglich einzuübendes Geschehnis, in dem der Offenbarungseid der aktuellen Arzt-Patient-Beziehung erfolgt. Andererseits Aufklärung als von der Judikatur aufmerksam beobachtete technische Vorgangsweise, die, gewissermaßen als Spitze des Eisberges, in einem „informed consent“ mündet, damit eine rechtlich zunächst grundsätzlich als Körperverletzung bewertete Handlung in den Bereich erlaubten Tuns verschoben werden kann.

Demzufolge können zwei unterschiedliche Impulse für die geschichtliche Entwicklung des Aufklärungsprozesses aufgezeigt werden:

Entwicklung auf juridischer Ebene

Auf juridischer Ebene bestand das Problem, dass man bei ständig zunehmenden Prozessen, welche tatsächliche oder vermeintliche medizinische Fehlerhaftigkeit zu behandeln hatten, nahezu völlig auf die Aussagen von einander oft widersprechenden Gutachten vertrauen musste. Da die Plausibilität einander widersprechender Argumente wieder nur von fachspezifisch ausreichend Informierten gewichtet werden konnte, musste für die Judikatur das unbehagliche Gefühl des Ausgeliefertseins an Fachmeinungen und die geringe Möglichkeit einer tatsächlichen Objektivierbarkeit des Geschehens bestehen bleiben. Auf der Suche nach Auswegen führte dies dazu, dass immer weniger darauf Bezug genommen wurde, ob etwaige medizinische Handlungsmisserfolge schicksalhaft oder durch Verschulden entstanden waren. Vielmehr begann man den Prozess zu überprüfen, der über die Einwilligung des Patienten zu dieser Handlung geführt hatte. Hier fand man sich doch auf beträchtlich gesicherterem juridischem Terrain wieder, da Fragen nach Intentionen, nach der Respektierung von Freiheit, nach fraglicher Eigenmächtigkeit, nach fehlerhaft ablaufenden Verfahrensschritten oder Nachlässigkeit – also Themen, die auch außerhalb des medizinischen Bereiches liegen – der juristischen Bewertung ausgesetzt waren. Auf diese Weise wurde die rechtlich ordnungsgemäße Aufklärung gewissermaßen zum Auffangtatbestand für kontroversiell geführte medizinische Rechtsstreitigkeiten.

Entwicklung auf ethischer Ebene

Auf ethischer Ebene hatte sich ein grundsätzlicher Wandel in der Arzt-Patient-Beziehung abzuzeichnen begonnen: Ausgangspunkt war der als übermächtig empfundene paternalistische Arzt, der nach Art eines sorgenden Vaters allein wusste und auch wissen musste, was dem Wohl seiner als unmündige Kinder erachteten Patienten dienen konnte. Nicht erst durch den Zwang der Rechtsprechung setzte ein Wandel ein, der der Freiheit des einzelnen Menschen immer größeres Gewicht beimaß, sodass ihm logischerweise auch zugestanden werden musste, über Handlungen, die mit und an ihm vorgenommen werden sollten, nach eigenem Ermessen zu entscheiden. Dies gewinnt auch deshalb immer mehr an Bedeutung, da sich Arzt und Patient zudem in zunehmender

mendem Maße als „moralisch Fremde“ gegenüberstehen, und eigene, auch das Wohl implizierende Wertvorstellungen nicht mehr automatisch unterstellt werden können (25).

Nach der Wiederentdeckung der Autonomie in dieser speziellen Situation trat die Respektierung und Ernstnahme des je eigenen, vom freien Menschen gewählten Lebensentwurfes und der daraus folgenden Willensakte seinen wenn auch mitunter langsamen und oft gebremsten Siegeszug an.

Der „informed consent“

Der Begriff „informed consent“, also die Einwilligung in eine medizinische Handlung nach erfolgter Aufklärung, findet sich erstmals in einer Rechtsprechung in den USA im Oktober 1957. Von diesem Zeitpunkt an begannen sich die Prozesse rund um tatsächliche oder vermeintliche Fehler bei medizinischen Heilbehandlungen in zunehmendem Maße mehr am „Auffangtatbestand“ einer unter Umständen mangelhaften Aufklärung und rechtlich inkorrekten Einwilligung des Patienten zu orientieren, als an den durch Gutachten und Gegengutachten verkomplizierten medizinischen Implikationen des Einzelfalles.

In all diesen Fällen der Rechtssprechung wird seither die Freiheit des Patienten betont, eine eigenständige Entscheidung über alle ihn selbst betreffenden Handlungen fällen zu können. Als unbedingt notwendige Vorgabe für diese freie Entscheidung werden die ausreichende Information über die Handlungen und ihre Risiken, etwaige therapeutische Alternativen, Prognoseeinschätzungen und die Konsequenzen bei Unterlassung angesehen.

Autonomie

Diese so nachdrücklich eingeforderte Respektierung der freien Selbstbestimmung des Patienten, nämlich für sich selbst nach ausreichender Aufklärung eine Entscheidung für oder gegen einen vorgeschlagenen diagnostischen oder therapeutischen Schritt zu treffen, beruht also im wesentlichen auf der Autonomie des zur Entscheidung aufgerufenen Menschen.

Konkret bedeutet damit Autonomie die Respektierung des **Rechtes** und auch das **Vermögen** des Kranken, selbständig zu entscheiden, welche Handlungen an ihm vorgenommen werden dürfen. Ihre Begründung greift auf die personale Würde jedes Menschen zurück, die a priori gegeben ist und damit als solche nicht mehr kritisch hinterfragt oder in Zweifel gezogen werden kann (Fiebig [5], zit. in Willinger [44]). Aus dieser personalen Würde des Menschen lässt sich übrigens auch die „wahrheitsberechtigte Persönlichkeit des Kranken“ (6) ableiten, auf die nachfolgend noch Bezug genommen wird.

Im Zusammenhang mit den Grundüberlegungen zur Autonomie soll hier bereits einigen grundsätzlichen Unklarheiten begegnet werden:

Zunächst, und dies scheint in zahlreichen Debatten um die Selbstbestimmung des Patienten mitunter gerne übersehen zu werden, ist die Autonomie einmal als Schutzrecht aufzufassen, welches verhindert, dass Handlungen gegen den Willen des Patienten vorgenommen werden können. Dieser Akzent stellt den Grundcharakter der neuen Arzt-Patient-Beziehung heraus, der einer paternalistischen Vorgangsweise eine Absage erteilt, wonach aufgrund des Fürsorgeprinzips und aus Sorge um das Wohl des Patienten, dessen Eigenständigkeit und Entscheidungsberechtigung relativiert werden darf. Zudem muss allerdings bedacht werden, dass selbst bei größter Würdigung der Autonomie das Fürsorgeprinzip deshalb keineswegs an Gültigkeit verliert. Wenn das Prinzip auch den Charakter eines „conversation stopper“,

eines „Gewinner-Arguments“, als das es aus paternalistischer Gepflogenheit zuweilen eingesetzt wurde, um die fehlende Einbeziehung eines Patienten in Entscheidungen zu legitimieren, verloren hat, so liefe der Arzt, der sich ihm nicht verpflichtet weiß, doch andererseits Gefahr, sich etwa nach der Ablehnung seines therapeutischen Angebotes durch seinen „Kunden“ in emotionslose Neutralität zurückzuziehen (15). Dies würde der aus vielen Gründen bestehenden und oft beklagten Reparaturmentalität in der Medizin noch zusätzlich Vorschub leisten.

Weiters stellt sich diese Selbstbestimmung keineswegs in den Dienst der bloßen Erfüllung eines Lustprinzips und damit einer banalen „Wunscherfüllung“ – eine Auffassung, die tendenziell mitunter im angloamerikanischen Raum vorzufinden ist. Auf dem Boden der europäischen Geistesgeschichte ruhend, nimmt sie vielmehr Bezug auf die Tradition Kants, die zur Ausübung der Selbstbestimmung ein „sittlich verantwortliches Wesen“ verlangt, das verpflichtet ist und sich auch selbst dafür verantwortlich fühlt, Handlungsentscheidungen so umsichtig zu treffen, dass daraus ein allgemeingültiges Gesetz für alle Menschen abgeleitet werden könnte (22).

Selbstbestimmte Willensakte können somit nicht grundsätzlich als Entscheidung nach bloßem Gutdünken in „grenzenloser Freiheit“ missverstanden werden.

Schließlich darf die Würdigung der Autonomie, wie sie derzeit überall an Bedeutung gewinnt, keineswegs einseitig verstanden werden, indem zwar der Autonomie des Patienten Gewicht verliehen, zugleich aber völlig übersehen wird, dass auch der Arzt, der Partner im Entscheidungsprozess, ein autonomes Wesen ist, dessen Freiheit und Selbstbestimmung gleichermaßen ernstgenommen werden muss. Diese Problematik wird derzeit beispielsweise in der Debatte um die Sterbehilfe häufig zu wenig beachtet.

Allein diese Konnotationen zeigen deutlich auf, dass bei aller Unterschiedlichkeit der Positionen letztlich beide Beteiligten am Zustandekommen dieser Partnerschaft verantwortlich sind. Die Wahrnehmung der sittlichen Verantwortlichkeit wird so beispielsweise verhindern, dass ein stark autonomer Patient den Arzt zum Handlanger seiner „Kundenwünsche“ degradiert, wie andererseits diesem angesichts eines Patienten, dessen Autonomie nur schwach ausgeprägt ist, stets bewusst bleibt, dass seine Teilhaberschaft an der Entscheidung dadurch nicht relativiert wird. Vielmehr sollte diese Erkenntnis dann als Begründung dienen, die bestehenden ärztlichen Pflichten über den Schutz des physiologischen und medizinischen Wohls des Patienten auszudehnen und auch seine moralischen und persönlichen Werte zu schützen (21).

Die Erkenntnis, dass Rechte und Pflichten beide Partner betreffen, darf allerdings den Medizinern nicht als Ausrede dienen, dass angesichts einer missglückten Beziehung voreilig die Schuld dem Patienten angelastet wird! Der Arzt, mehr noch: alle im Gesundheitsdienst Tätigen, sollten im Wissen um die Wichtigkeit der kommunikativen Beziehung mit dem Patienten auch eine größere Verantwortung dafür empfinden. Die Einübung darin müsste den in den Gesundheitsberufen Tätigen ja schon deshalb erheblich leichter sein, da sie ja tagtäglich neu in eine Vielzahl von Beziehungen eintreten, während der Patient unter Umständen zum ersten Mal mit diesem spezifischen Beziehungsaufbau konfrontiert ist!

Der Bedeutung dieses Beziehungsaufbaus und der Pflege der Kommunikation sollte aus diesen Gründen daher auch im Rahmen des Studiums ein vermehrtes Augenmerk geschenkt werden!

Dass die Ernstnahme der Autonomie des je anderen – abgesehen von den bestehenden rechtlichen Verpflichtungen –

tungen – kein bloßes „Accessoire“ der Beziehung darstellt, das nach Ermessen, Laune oder sogar als bloßer Marketing-Gag eines durch ein technisches Kommunikationstraining routinierten Gesprächspartners eingesetzt werden kann, verdeutlicht der belgische Philosoph *Malherbe*, wenn er darlegt, dass der Förderer der Autonomie des Partners im Grunde damit auch seine eigene Autonomie stärkt (18). Die Bedeutung der Autonomie als Grundbedingung für eine kommunikative Partnerschaft zeigt bereits, dass der Prozess der Aufklärung weit über die in Diskussionen erhobenen Forderungen nach klaren Richtlinien in Form von juristisch geprüften Checklisten und Formularen hinausgeht!

Mögliche Einschränkungen des Vermögens

Wird die Autonomie, das „Recht und Vermögen des Kranken, selbst zu entscheiden“, als Begründung für die in Freiheit selbstbestimmte Entscheidung des Patienten herangezogen, so ist neben dem oben postulierten „Recht“ insbesondere auch dem „Vermögen“ des Patienten besonderes Augenmerk zu schenken.

Hinsichtlich dieses Vermögens können mit Irrgang grundsätzlich einige Voraussetzungen angeführt werden, die eine autonome Entscheidung des Patienten kennzeichnen: Dazu zählen die Evidenz einer Wahl, das Verständnis für eine Situation oder für relevant ähnliche Situationen, eine Auffassungsgabe für aufklärende Information, die Fähigkeit, vernünftige Gründe angeben zu können, die Eignung, an Risiko und Nutzen orientierte Argumente formulieren zu können und die Fähigkeit, eine vernünftige Entscheidung vollziehen zu können (11).

Abseits des eigenständigen Problemfeldes, das sich aus einer weitgehend eingeschränkten oder völlig aufgehobenen Wahrnehmung der eigenen Autonomie ergibt, wie dies beispielsweise bei hochgradig dementen oder dauerhaft bewusstlosen Patienten vorzufinden ist, worauf im Rahmen dieses Artikels nicht weiter eingegangen werden kann, bleibt noch eine Vielzahl von Problemen bestehen, die dieses Vermögen auch bei durchaus autonomen Persönlichkeiten relativieren kann, wodurch die notwendigen Vorbedingungen für die „informierte Einverständniserklärung“ („informed consent“) im Vergleich zum juristischen und ethischen Idealfall an Qualität einbüßen:

Einschränkungen des Vermögens können sich so bereits aus der vorgegebenen Persönlichkeitsstruktur des betroffenen Menschen ergeben. Dazu zählen etwa Menschen, die Zeit ihres Lebens gewohnt waren, angesichts vermeintlicher oder tatsächlicher Bedrohungen mit regressiven Verhaltensmustern zu antworten. Ebenso seien jene Menschen genannt, die durch psychische Begleiterscheinungen wie Ängste oder Minderwertigkeitsgefühle ihre Fähigkeit oder ihre Bereitschaft zur Entscheidung einbüßen und damit letztlich auch ihre Freiheit relativieren (14, 38). Da diese Verhaltensmuster zu typischen menschlichen Reaktionsmustern zu zählen sind, sollten sie keinesfalls bereits als krankhaft stigmatisiert werden!

Besondere Bedeutung bezüglich der Einschränkung des Vermögens kann überdies bereits die bloße Aufnahme im Krankenhaus gewinnen, eine Erkenntnis, die *Hartmann* und *Rohde* bereits 1984 nachgewiesen haben (3, 9, 27, 28).

Der mit der Aufnahme in der Regel einhergehende Statusverlust und die soziale Isolierung, die zunehmende Vereinsamungstendenz nach plötzlich erfolgter Entwurzelung durch den Verlust der gewohnten Umgebung, die zwingende Einordnung in ein durchstrukturiertes, aus ökonomischen Sachzwängen um größtmögliche Effizienz bemühtes Patientenmanagement, das mitunter bei

Handlungs- und Therapieverläufen den Charakter einer Fließbandarbeit annehmen kann, engen den Spielraum für Individualität und Gestaltung ein und drängen zu einer Versachlichung der Persönlichkeit. Da diesen Reaktionsmustern zumeist auch ein unausgesprochener Verhaltensappell innewohnt, besteht für den kranken Menschen in seiner Schwächung die latente Gefahr, diese Verhaltenserwartung schleichend zu internalisieren, wodurch er immer mehr in eine durch Passivität gekennzeichnete Patientenrolle hineingeleitet.

Die im Krankenhausbetrieb oft beklagte und immer noch wirkmächtige Konzentration auf Symptome und Organe, die der Krankheit größeres Augenmerk als dem Kranken schenkt, führen im oftmals unbewussten Maßnahmen an statistischen Durchschnittspatienten zu einer weiteren Ausblendung der individuellen Eigenschaften und Reaktionsmuster des einzelnen Menschen und können einer Entpersönlichung und damit einem Autonomieverlust Vorschub leisten.

Der Leidensdruck zusammen mit dieser Entpersönlichung lässt auch bei an sich stabilen Persönlichkeiten mitunter die Tendenz zur Infantilisierung, zu Reaktionen eines suchtsuchenden Kindes steigen. Das Wissen um die eigene Autonomie und deren Ausgestaltungsmöglichkeiten kommt dabei zunehmend abhanden – oder die empfundene Notwendigkeit, sich des aktuell bestehenden Schutzes vergewissern zu müssen, lässt den Verzicht auf die Ausübung der Freiheitsrechte ratsam erscheinen.

Zu den Faktoren, die das Vermögen zur Selbstbestimmung einschränken, muss auch das Alter des Patienten gezählt werden: Alte Menschen werden aufgrund der Werte-Kodices einer dynamischen Gesellschaft grundsätzlich und immer noch zu den schwächeren Bevölkerungsgruppen gezählt. Zudem waren sie geschichtlich bedingt viele Jahrzehnte gewohnt, in einem extrem paternalistisch ausgeformten Gesundheitssystem zu leben und haben dessen Spielregeln weitgehend verinnerlicht. Zusätzlich erschwert die in der Regel selbst empfundene zunehmende soziale und körperliche Schwächung, die aus ihrer Autonomie erwachsenden Rechte wahrzunehmen, so sie ihnen überhaupt tatsächlich ausreichend bewusst sind.

Die angesprochenen gesellschaftlichen Implikationen betreffen allerdings auch in einem allgemeinen Sinn viele Bevölkerungsgruppen: Oft gar nicht ausreichend reflektierte gesellschaftliche Zielvorstellungen und Auffassungen wie etwa die immer wiederkehrende, oft verdeckte geführte Diskussion um den Wert des Lebens, wie die Überlegungen rund um die ökonomischen Belastungen im Zusammenhang mit Schwerkranken, oder die Diskussionen, Altersgrenzen für einige Therapieformen abstecken zu müssen, können – mitunter durchaus unbewusst – dazu beitragen, dass unter Umständen nicht nur von außen das Recht auf die selbstständige Entscheidung, sondern von innen – vom Patienten her – das Vermögen zur Wahrnehmung der Entscheidungsbefugnis relativiert wird.

Schließlich kann das Vermögen des Kranken auch durch den Energieverlust einer konsumierenden Erkrankung im fortgeschrittenen Stadium deutlich eingeschränkt werden. Die Erfahrung einer tatsächlichen „Tödmüdigkeit“ lässt Menschen in diesen Situationen mitunter die Beachtlichkeit des Wertes einer selbstbestimmten Entscheidung zugunsten eines kräfteschonenden Gewährenlassens relativieren.

Als zentraler Punkt in dieser fragmentarischen Aufzählung muss jedoch die mangelhafte oder fehlende Information des Patienten angeführt werden.

Die Notwendigkeit zur Behebung dieses Defizits stellt meist den Einstieg in einen Prozess dar, der unter „Aufklärung“ zusammengefasst ist und wesentlichen Auf-

schluss über eine aktuell bestehende Arzi-Patient-Beziehung sowie deren partnerschaftliche Kommunikation gewährt.

Grundbedingungen der Kommunikation

Im Gegensatz zum derzeit mitunter vertretenen Irrtum, wonach Kommunikation überwiegend eine Gesprächstechnik darstelle, die nach ausreichender Übung und ausgefeilter Anwendung dazu diene, vielfältige menschliche Probleme – und darunter auch die medizinisch notwendige Aufklärung und das Zustandekommen einer rechtswirksamen Einverständniserklärung – in den Griff zu bekommen, stellt Kommunikation in gewisser Weise die erfahrbare Außenseite einer Beziehung dar. Ergänzt durch den erhellenden Hinweis *Watzlawicks*, dass Kommunikation grundsätzlich immer stattfindet (29, 42), wird deutlich, dass jede wie immer geartete Begegnung unter dem Zeichen eines Sich-aufeinander-Einlassens steht und von Beginn an über die bloße Vermittlung von Information hinausgeht.

Indem darüber hinaus, wie mittlerweile hinlänglich beschrieben, jede Äußerung sowohl einen Inhalts- als auch einen Beziehungsaspekt beinhaltet (41, 46), offenbart jeder Kontakt zwischen Arzt und Patient, wie Sender und Empfänger einer Botschaft zueinander stehen und ob in diesem „Umgang auf Gegenseitigkeit“ (43) je aktuell ein gemeinsames Modell einer kommunikativen Partnerschaft erarbeitet wird. In diesem neuen konsensualen Umgang zwischen Arzt und Patient verliert der Terminus *technicus* „informed consent“ seinen derzeitigen Stellenwert als nahezu einzigen Beweis stattgehabter Beziehung und wird nur mehr zu einer selbstverständlichen Markierung auf dem gemeinsamen Weg!

So gesehen zielt möglicherweise auch der Artikel 5 des Menschenrechtsübereinkommens zur Biomedizin (vormals „Bioethikkonvention“) zu kurz, wenn er die Partnerschaft lediglich auf eine **intervention** im Gesundheitsbereich und den „informed consent“ abstellt.

Schon aus dieser beschriebenen Konzeption ergeben sich drei wesentliche Grundbedingungen für die Arzt-Patient-Kommunikation, welche Vorbedingung für den Aufklärungsprozess ist, und die auch unabhängig davon bestehen muss, wenn aktuell kein unmittelbarer juristischer Anlass zu einer Handlungsermächtigung in Form eines „informed consent“ erforderlich ist.

Abgeleitet von der Gesprächspsychotherapie nach *Rogers* (26) lassen sich die 3 Grundbedingungen wie folgt auflisten:

- **Eine unbedingte Wertschätzung der Person.** Diese enthält auch die Verpflichtung, die Wertungssysteme des Patienten, die er zusammen mit seinen Erfahrungen und Perspektiven einbringt, sowie seine Lebensgeschichte keiner moralischen Bewertung zu unterziehen und seine aus der Lebenserfahrung gewonnene Sichtweise von den Dingen, sofern sie nicht evident irrtümlich ist, ernst zu nehmen.
- **Empathie.** Damit ist die Haltung beschrieben, das Erleben eines Anderen versuchsweise so vollständig wie möglich nachzuvollziehen. Das indianische Wort, wonach man zuerst „eine Schritte in den Mokassins des Anderen“ gelaufen sein muss, damit man seine Sichtweise verstehen kann, versucht begreiflich zu machen, dass diese Haltung über die bloße Gefühlsebene, über das „Mitfühlen“ hinausgeht und durch ein noch so profundes medizinisches Wissen um die krankheitsbedingten Zusammenhänge nicht ersetzt werden kann. Diese Kunst ist keinesfalls nur jenen vorbehalten, die sich etwa aufgrund eigener leidvoller Erfahrungen Kompetenz erworben haben. Im Gegenteil, gerade im Wissen um die dennoch bestehen bleibenden Grenzen

der Nachvollziehbarkeit und indem gerade keine Schablone eigenen Erlebens angelegt werden kann, verringert sich auch die Gefahr, wieder bloß dieses eigene Erleben als Maß für die Befindlichkeit (das Erleben) des Anderen zu nehmen!

- **Echtheit des Kontaktes.** Bei dieser Grundbedingung sind zwei wesentliche Elemente anzuführen:

Zum einen das echte und persönliche Einbringen ins Gespräch, das jeder Form eines routinierten „small talks“ eine Absage erteilt. Wer auf noch so ungeübtes Gerede des Patienten mit routinierten Floskeln reagiert, suggeriert damit bloß ein Gespräch, nimmt sein Gegenüber nicht ernst und entmündigt letztlich den Patienten. Der Kontakt wird bloß vorgetäuscht, wenn sich der Arzt aus welchen Gründen auch immer auf eine tatsächliche Beziehung gar nicht einlässt und sich somit nicht im wahren Sinn des Wortes „betroffen“ machen lässt.

Zum anderen erfordert die Echtheit des Kontaktes die Bereitstellung eines angemessenen Zeitkontingents für den Patienten. Die diesbezüglich häufig beklagten Defizite, die dem Patienten spürbar sind und einen zwiespältigen Eindruck von der partnerschaftlichen Kommunikation hinterlassen (34), werden zumeist mit strukturellen und ökonomischen Sachzwängen erklärt.

In der derzeit bestehenden gesellschaftlichen Auffassung, wonach Handlungen immer noch höher als Gespräche eingeschätzt werden, bedarf es einer besonderen Aufmerksamkeit und Durchsetzungskraft, ungeachtet aller Zwänge dem Patienten jene Zeit zur Verfügung zu stellen, die er individuell benötigt, um im Entstehen einer vertrauensvollen Beziehung seine persönlichen Bedürfnisse und Gedanken zu eröffnen (13, 19).

Diese Echtheit bedingt auch, dass bei aller Würdigung der Probleme, wie sie in den Untersuchungen zum sogenannten „frame-conflict“ (46) aufgelistet werden, die Verpflichtung besteht, Patienten ihre Sichtweise vom augenblicklichen Zustand und ihre Überlegungen hinsichtlich der Ursachen darlegen zu lassen, und nicht vorschnell danach zu trachten, in kürzest möglicher Zeit ein Maximum an Information vom Kranken zu gewinnen.

Zahlreiche kommunikationswissenschaftliche Studien versuchen übrigens den Beweis dafür zu erbringen, dass Gespräche dieser Art, die ja deshalb nicht völlig assoziativ-unstrukturiert erfolgen müssen, sondern von beiden Partnern auch auf ihre Effizienz hinterfragt werden können, zumeist tatsächlich nicht wesentlich mehr Zeit in Anspruch nehmen müssen als typische Serien „geschlossener Fragen“, die nur mit „ja“ oder „nein“ zu beantworten sind, ja dass der Informationsgewinn sogar weit über diese hinausreichen kann (46).

Im Umgang mit der Zeit, im „Zeitnehmen füreinander“ kann der Beweis für die Subjekt- statt Objekt-Auffassung des Arztes gesehen werden (35). Gerade die auf diese Weise tatsächlich stattfindende Einbeziehung der Person des Kranken bietet hinreichenden Schutz vor einer bloß einseitigen Orientierung auf ein zu behandelndes Organ und stellt in der Botschaft vom Ernstnehmen der Gefühle des Betroffenen ein Gegengewicht zu den belastenden Krankenhausstrukturen dar.

Will man diese Verhaltensweise zusammenfassen, so bietet sich als Konzept gerade das Hausarztmodell an, das gegenüber einem bloßen Vertrags- oder Ingenieursmodell den Vorteil birgt, Nutzen und Ziel eines gemeinsam entschiedenen Therapievorgehens mehr in ein individuelles, auf persönliche Situationen zugeschnittenes Strategiekonzept einbetten zu können, als dies bei rein sachbezogener Erörterung eines technischen Eingriffes der Fall wäre (30).

Grundsatz vom Ausgleich der Ungleichgewichte

Der Einwand, dass das Gefälle in der Partnerschaft bei aller Würdigung der Autonomie schon allein durch das Expertenwissen unverändert bestehen bleibe, erscheint durch folgende Überlegung, die ich den „Grundsatz vom Ausgleich der Ungleichgewichte“ bezeichnen möchte, entkräftbar:

Während sich das Expertenwissen des Arztes aus dem in Studium und Berufserfahrung erworbenen Wissen konstituiert, kann der Patient seine unter Umständen ebenso in Jahren erworbene lebensgeschichtliche Betroffenheit als das ihm eigene Expertenwissen entgegensetzen. (Besonders eindrücklich ist dies bei langjährig chronisch Kranken zu beobachten.) Dies verschiebt die zunächst als unverrückbar angesehenen Relationen zwischen den beiden Positionen auf überraschende Weise, und zwar ungeachtet dessen, dass dabei die aktive Rolle des Helfenden und die passive des Hilfspfängers unverändert bleibt. Denn da dieser Aspekt der Rollenverteilung einer grundsätzlichen menschlichen Vorgegebenheit in vielen Situationen des Lebens entspricht, sollte sie in dieser Gleichung kein zusätzliches Gewicht beanspruchen dürfen.

Mögliche Kommunikationsdefizite

Der schon zitierte Philosoph und Medizinethiker J. F. Malherbe schreibt: „Der ethische Grundauftrag der heutigen Medizin liegt eindeutig in dem Wert, den sie der Sprache beimisst oder verweigert“ (18).

Das Wissen um diese Forderung und die Beachtung der oben genannten Verhaltensweisen können jene heilsame Kommunikation zwischen Arzt und Patient fördern, die aus einem einseitig dominierten Sammeln von Informationen und Symptombeschreibungen, gegebenenfalls ergänzt von deutlich aufscheinenden Ängsten, ein Gespräch zwischen Arzt und Patient werden lässt, eine „Gratwanderung zu zweit“ (2), in der die Kunst des „Zuhörens“ sich auch auf Wertungen und Erklärungsversuche bezieht, die der Patient auf der Basis seiner eigenen Erfahrungen darlegen möchte. In der daran anschließenden gemeinschaftlichen Bewertung sollte die in den Aussagen des Patienten mitklingende Weltsicht keinesfalls vorschnell als irrelevant für den therapeutischen Prozess angesehen werden. Denn sie markiert jenen Platz, den der Mensch, der die Krankheit als einen Ortsverlust, als eine Desintegration erfahren hat, im Bemühen, wieder heil zu werden, anstrebt oder sich in ihr gegebenenfalls neu zu positionieren versucht.

Die Grundbedingungen stellen zudem einen Schutz vor einer strategischen Kommunikation dar, die, nur nach Interessen und Zwecken des Arztes ausgerichtet, der Versuchung unterliegt, nicht nur das Gespräch, sondern auch das Urteil des Patienten zu manipulieren (2). Zu dieser Problematik muss in letzter Zeit auch der Umgang mit den ökonomischen Sachzwängen gezählt werden. Indem diese zunehmend bewusst oder unbewusst in Therapieplanungen einzufließen beginnen, ihre Bedeutung im Aufklärungsgespräch jedoch zumeist als unzumutbar empfunden wird, werden sie häufig durch medizinische Begründungen umgedeutet und manipulieren das Urteil des Patienten, da einzelne Behandlungsalternativen aus Kostengründen gar nicht mehr aufgelistet werden.

Schließlich relativieren sie überdies die Vorstellung eines „sachlichen Dialogs“, da gezielte Fragen, so wertvoll sie für die Maximierung des Informationserhalts sind, zumeist Ausdruck bestimmter Vorstellungen und Erwartungen sind und Gefahr laufen, die Wahrnehmung einzuengen.

Dieser partnerschaftliche Dialog verhindert zudem Kommunikationsdefizite, die sich aus den verschiedensten Gründen ergeben können (*Harlem* [7], zit. in *Avenarius* [2]).

So sei neben der oft beklagten Verwendung zu vieler fachsprachlicher Termini auch auf die Gefahr verwiesen, dass bereits einfache medizinische Begriffe wie „Sodbrennen“ oder „Herzklopfen“ vom Patienten in unterschiedlicher und unterschiedlich dramatischer Weise verstanden werden können (*Boyle* [4], zit. in *Avenarius* [2]).

Zu den Kommunikationslücken, die in einem Gespräch geschlossen werden können, zählen ferner spezifisch rollenimmanente Deutungen der Geschehnisse, etwa wenn Patienten dazu neigen, ihre eigenen Erfahrungen überzubewerten, während andererseits Ärzte häufig dazu zu neigen, durch Verallgemeinerung und Statistiken die persönliche Dimension eines Eingriffes zu übersehen (19).

Insbesondere aber kann in der Würdigung eines je neu entstehenden partnerschaftlichen Dialoges gerade jenen Patienten geholfen werden, deren Durchsetzungsvermögen zur Informationsgewinnung traditionell geringer ist, wozu, wie Studien zeigen, besonders alte und sozial schwächere Kranke zu zählen sind (45).

Schließlich ist die Sorge um einen partnerschaftlichen Dialog imstande, einen Schutz vor einer besonderen Kommunikationsstörung, nämlich der Verletzung oder Vorenthaltung von Wahrheit, zu gewährleisten. Die anfangs angesprochene wahrheitsberechtigte Persönlichkeit des Menschen wird im Rahmen dieser Kommunikationsstörung von einem Teil ihrer Wirklichkeit isoliert und auf diese Weise entmündigt. Der Patient, sofern er nicht aus unbeabsichtigter, nonverbaler Kommunikation Aufschlüsse gewinnen kann, ist damit ein Betrogener, der das Spiel, das nur der Arzt durchschaut, für Wirklichkeit hält und auf diese Weise zum „uninformierten Statisten“ (47) degradiert wird.

Die Wahrheit, „die dem Menschen zumutbar ist“ (*Ingeborg Bachmann*) und zumeist weniger die Diagnose als die Prognose (Art und Ausmaß der Veränderungen) umfasst, wird in der Regel dem Wohl der Gesamtperson (17) zumindest auf längere Sicht förderlich sein. Dies ist allerdings nur gegeben, wenn ihre Mitteilung unter empathischen Gesichtspunkten erfolgt, die es auch ermöglichen, dass das Gewicht der Wahrheit ertragen werden kann. Als Kennzeichen der Qualität einer Begegnung zwischen Menschen kann sie dabei keine einmalige Mitteilung sein, sondern stellt vielmehr den Ausgangspunkt einer gemeinsamen Wegstrecke dar, in der Erkenntnisse „nicht wie ein Block auf den Weg“ (37) gestellt werden, sondern Wegmarken entlang eines sich erst langsam eröffnenden Pfades darstellen. *Pompey* (23, 24) prägt in diesem Zusammenhang das wichtige Wort vom „therapeutischen Dienst“, einer Art Hebammenkunst, die dazu verhilft, die Wahrheit ans Licht zu bringen, sie von ihren vielfältigen Seiten begreifbar zu machen und auf diese Weise allmählich „in den Griff“ zu bekommen.

Vielleicht stellt sich – als zentraler Kristallisationspunkt des Umganges mit der Wahrheit und ihrer Einbindung in einen heilsamen Prozess – die auf der Basis der je eigenen Weltsicht wo er sich eröffnende Möglichkeit, die Frage „Warum bin ich krank geworden?“ in „Wozu bin ich krank geworden?“ umzuwandeln (8).

Schließlich muss in diesem Aufklärungsprozess, der somit weit über den angestrebten Erhalt eines „informed consent“ hinausreicht, in dieser Wahrheitserfahrung unter Umständen auch das bedrückende Gefühl ausgehalten und zur Sprache gebracht werden, wonach mitunter die Belastung einer Todesbedrohung weniger bedrückend empfunden wird als die Erkenntnis, „sterben zu müssen, ohne gelebt zu haben“ (40).

Gerade die zuletzt angesprochenen Gesichtspunkte bedingen, dass der Vertrauenswürdigkeit eines Arztes, die aus einer gelebten Wahrhaftigkeit entsteht, eine zentrale Bedeutung im Aufbau der Beziehung zukommt. Diese erfordert einen kontinuierlich wahrhaftigen Umgang mit sich selbst, in dem auch Fragen nach den eigenen verdrängten Gefühlen, nach Todesfurcht und Zukunftsperspektiven angesprochen werden (20).

Schlussfolgerungen

So gesehen und entgegen allen derzeit gebräuchlichen Reaktionsmustern sollte Aufklärung als gemeinschaftlicher kommunikativer Prozess daher weniger als juristisch geforderte Verpflichtung, sondern als Teil des Heilsgeschehnisses verstanden werden. Die darin neu zu entdeckende „heilende Kraft des Wortes“, die in therapeutischen Geschehnissen oft aus Unkenntnis vernachlässigt oder sogar ausgeblendet wurde (und bloß ein wenig im Schlagwort von der „Droge Arzt als Placebo“ anklingt), würde so zu einem zentralen, selbstverständlichen und auch gerne vollzogenen Teil der Heilkunst des Arztes werden, weshalb auch die Delegation der Aufklärung an Mitarbeiter nur in Ausnahmefällen in Betracht käme!

Denis Vasse schreibt: „Es gibt eine Art zu heilen und eine Art, sich behandeln zu lassen, die aus dem Menschen einen reibungslos funktionierenden Organismus macht, der aber gleichzeitig taub und stumm ist“ (Vasse [39], zit. in Malherbe [18]).

Eine partnerschaftliche Kommunikation, in der die Autonomie des jeweils anderen gewürdigt wird, und ein über juristische Minimalforderungen hinausgehender Aufklärungsprozess als wesentlicher Bestandteil einer intakten Arzt-Patient-Beziehung sollten imstande sein, gegen die in der bedrückenden Aussage angesprochenen Gegebenheiten erfolgreich anzukämpfen!

Die Verwendung der gebräuchlichen maskulinen Termini bezieht sich sinngemäß auf Personen beiderlei Geschlechts und stellt eine Konzession an die Lesbarkeit des Textes dar!

Literatur

- (1) Ausserer O, Paris W: Glaube und Medizin. 1. Apis Theorie 3; Meran, Verlag Alfred & Söhne, 1993.
- (2) Avenarius HJ: Erklärungs, Verständnis, Einverständnis – Überlegungen zum Gespräch in der Onkologie. Ethik Med 1995;7:116–127.
- (3) Behrens HD, Winter T: Entwurzelung – Entpersönlichung – Infantilisierung. Dissertation, Universität Hannover, 1979.
- (4) Bovic, CM: Difference between patient's and doctor's interpretation of some common medical terms. Britt med xxxv II 286–289.
- (5) Fiebig U: Freiheit für Arzt und Patient. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten als Postulat der Menschenwürde, 1. Stuttgart, Urachhaus, 1985.
- (6) Furger F: Wahrhaftigkeit. In: Rotter H, Virt G: Neues Lexikon der christlichen Moral. 1. Innsbruck-Wien, Tyrolia, 1990, pp 846–852.
- (7) Harlem OK: Communication in Medicine. 1. Basel, Karger, 1977.
- (8) Harrer ME: Ethik und Verantwortung in der somato-psycho-sozialen Betreuung krebserkrankter Menschen. Ethica, Wissenschaft und Verantwortung 1994;1:17–41.
- (9) Hartmann F: Patient, Arzt, Medizin. Beiträge zur ärztlichen Anthropologie. 1. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 1984.
- (10) Hepp H, Anzenbacher A: Hilfe zum Sterben? 1. Düsseldorf, Patmos, 1992.
- (11) Irrgang, B: Grundriß der Medizinischen Ethik; 1. München, E. Reinhardt, 1995.
- (12) Kampits, P: Medizin, Ethik, Recht. Beiträge des Symposiums des postgradualen Lehrg. 1. Krems, Schriftenreihe Ethik in den Wissenschaften, 1993.
- (13) Katz J: The silent world of doctor and patient. 1. London, Collier Macmillan Publishers, 1986.
- (14) Krohne HW: Angst und Angstverarbeitung. 1. Stuttgart, W. Kohlhammer, 1975.
- (15) Lauter H: Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns – aus medizinisch-psychiatrischer Sicht. Ethik Med 1996;2:68–76.
- (16) Eser A: Lexikon Medizin Ethik Recht. 1. Freiburg, Herder, 1989.
- (17) Lutterotti M, Sporken P, Lencner T: Aufklärung/Aufklärungs-pflicht. In: Eser A: Lexikon Medizin Ethik Recht. 1. Freiburg, Herder, 1989, pp 132–150.
- (18) Malherbe JF: Medizinische Ethik. 1. Würzburg, Echter, 1990.
- (19) Mohm J: Aufklärung und Einwilligung (Tagungsbericht: der Akademie für Ethik in der Medizin, 11. Dezember 1993, Hannover). Patientenforum Medizinische Ethik. Ethik Med 1995;1:38–40.
- (20) Peintinger M: Christliches Handeln. Werte, Prinzipien, Normen. Anmerkungen zum sittlichen Handeln in einem christlichen Krankenhaus; Eine Handreichung. Wien, Script, 1997.
- (21) Pellegrino ED: Die medizinische Ethik in den USA – Die Situation heute und die Aussichten für morgen. In: Sass HM: Bioethik in den USA: Methoden, Themen, Positionen: mit besonderer Berücksichtigung der Problemstellung in der BRD. 1. Berlin, Springer, 1988.
- (22) Pieper A: Einführung in die Ethik. 1. Tübingen, Francke (Utb), 1991.
- (23) Pompey H: Die Heilkraft der Wahrheit. In: Ausserer O, Paris W: Glaube und Medizin. 1. Apis Theorie 3; Meran, Verlag Alfred & Söhne, 1993, pp 136–155.
- (24) Pompey H: Wahrheit und Wahrhaftigkeit. Arzt und Christ 1980;26:5–13.
- (25) Richter G: Autonomie und Paternalismus – zur Verantwortung des medizinischen Handelns. Ethik Med 1992;4:27–36.
- (26) Rogers CR: Die nicht-direktive Beratung. 1. München, Kindler, 1972.
- (27) Rohde JJ: Veranstaltete Depressivität. Über strukturelle Effekte von Hospitalisierung auf die psychische Situation des Patienten. Der Internist 1974;15:277–282.
- (28) Rohde HJ: Der Patient im sozialen System des Krankenhauses. Leitgedanken zu einer patientenzentrierten Krankenhaussoziologie. In: Ritter-Röhr Dorothea (Hrsg): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft. Frankfurt a. M., Suhrkamp, 1975, pp 167–210.
- (29) Rosenhan DL: Gesund in kranker Umgebung. In: Watzlawick Paul (Hrsg): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. 6. München, Piper, 1990, pp 111–138.
- (30) Rössler D: Die Bedeutung der Einwilligung für die Legitimation ärztlichen Handelns – ethische Aspekte. Ethik Med 1996;8:59–67.
- (31) Rotter H, Virt G: Neues Lexikon der christlichen Moral. 1. Innsbruck-Wien, Tyrolia 1990.
- (32) Sass HM: Bioethik in den USA: Methoden, Themen, Positionen: mit besonderer Berücksichtigung der Problemstellung in der BRD. 1. Berlin, Springer, 1988.
- (33) Sass HM: Medizin und Ethik. 1. Stuttgart, Philipp Reclam Jun, 1989.
- (34) Schmeling-Kludas C: Die Arzt-Patient-Beziehung im Stationsalltag. In: Koch U (Hrsg): Psychologie in der Medizin. edition medicin. 1. Weinheim, VCH Verlag, 1988.
- (35) Schockenhoff E: Den eigenen Tod annehmen: Sterbehilfe und Sterbebeistand aus theologischer Sicht. In: Hepp H, Anzenbacher A: Hilfe zum Sterben? 1. Düsseldorf, Patmos, 1992, pp 108–123.
- (36) Spitzky KH: Dialogische Ethik in Klinik und Praxis. In: Kampits P: Medizin Ethik Recht. Beiträge des Symposiums des postgradualen Lehrgangs. 1. Krems, Schriftenreihe Ethik in den Wissenschaften, 1993 pp 87–94.
- (37) Sporken P: Hast Du denn bejaht, daß ich sterben muß? Eine Handreichung für den Umgang mit Sterbenden. 1. Düsseldorf, Patmos, 1981.
- (38) Stratmann R: Was fördert, was verringert Angst? Kommunikationspsychologische Aspekte in Gesprächen vor einer Operation. Pflegezeitschrift 1994;47:3:159–164.
- (39) Vasse D: Le poids du réel, la souffrance. 1. Paris, Seuil, 1983.
- (40) Volkenandt M, Borasio GD, Atzpodien J: Überlegungen zur ärztlichen Aufklärung von Patienten mit unaufhaltsam progredienten Erkrankungen. Z med Ethik 1995;2:117–128.
- (41) Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD: Menschliche Kommunikation. 3. Bern, Hans Huber, 1972.
- (42) Watzlawick P (Hrsg): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus. 6. München, Piper, 1990.
- (43) Weizsäcker V: Gesammelte Werke. V. Frankfurt/Main, Suhrkamp, 1988.
- (44) Willinger H: Ethische und rechtliche Aspekte der ärztlichen Aufklärungspflicht. 1. Frankfurt a. M., Peter Lang, 1996.
- (45) Wimmer H: Informationsbedürfnisse und Informiertheit von Patienten im Krankenhaus. Eine zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse von Befragungen auf einer chirurgischen und einer internen Abteilung. Wien, Script, 1984.
- (46) Wodak R: Kommunikation zwischen Arzt/inn/en und Patient/inn/en. Gesundheits-Oeconomica. Schriftenreihe der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie. Vorträge des Internationalen Kongresses „Das Gewissen der Medizin“, 19.–22. 4. 1995, pp 45–58.
- (47) Zulehner P, Becker P, Virt G: Sterben und sterben lassen. 1. Düsseldorf, Patmos, 1991.