

# Bio.Ethik.Praxis

Zeitschrift für Medizin und Menschenbild

2024



## Der selbstbestimmte Patient Herausforderungen in der Praxis

IMABE



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht

## Impressum

Bio.Ethik.Praxis, Zeitschrift für Medizin und Menschenbild. Jahrgang 2024  
ISSN: 3061-0346

Offenlegung gem. § 25 Mediengesetz: Herausgeber und Medieninhaber: Institut für Medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE)  
Landstraßer Hauptstraße 4/13, 1030 Wien.

Redaktion: Mag. Susanne Kummer, E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org), [www.imabe.org](http://www.imabe.org)

Erscheinungsweise: jährlich. Verkaufspreise: Einzelheft 20 €.

Grundlegende Richtung: Ethisch-Medizinische Fachzeitschrift.

Layout und Druck: Buchdruckerei Ernst Becvar GmbH, Wien.

Abbildung U1, U2: © iStock.com/elenabs



## Der selbstbestimmte Patient – Herausforderungen in der Praxis

### Inhalt

- 5 **Editorial**
- 6 Die Autonomie als Schwester der Verletzlichkeit  
*Giovanni Maio*
- 12 Selbstbestimmung ermöglichen: Was macht gutes ärztliches Handeln aus?  
*Claudia Bausewein*
- 17 An den Randzonen des Willens – Autonomie und Demenz  
*Martina Schmidhuber*
- 22 Beihilfe zum Suizid – eine autonome Entscheidung?  
*Raimund Klesse*
- 30 „Ich weiß, was meine Mutter will“ – Die Rolle der Angehörigen bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten  
*Patrik Heindl*
- 36 Pflege im Spannungsfeld zwischen Achtung der Autonomie und fürsorglichem Handeln  
*Hanna Mayer*
  
- Freies Thema**
- 43 „Kind als Schaden“ – Kann die Haftung vertraglich ausgeschlossen werden?  
*Jakob Cornides*



**M**it großer Freude präsentieren wir Ihnen die erste Ausgabe von „Bio.Ethik.Praxis – Zeitschrift für Medizin und Menschenbild“, die sich an den Schnittstellen von Medizin, Pflege, Ethik und gesellschaftlichen Fragen bewegt. Unser Ziel ist es, zentrale Themen der Bioethik interdisziplinär zu reflektieren und damit neue Perspektiven für die Praxis zu eröffnen.

### **Spannungsfeld Autonomie und Angewiesenheit**

In dieser ersten Ausgabe möchten wir die Spannungsfelder zwischen Autonomie und Angewiesenheit näher beleuchten. Der „selbstbestimmte Patient“, der autonom entscheidet, gilt als Ideal. Selbstbestimmung und Autonomie sind hohe Güter – niemand möchte sich vorschreiben lassen, wie er oder sie zu leben oder gar zu sterben hat. Doch in der Praxis zeigt sich Autonomie auch oft fragil. Wie verändert sich Selbstbestimmung, wenn Krankheit das Leben aus den Fugen bringt oder Demenz und Depression den freien Willen beeinträchtigen?

### **Keiner von uns ist eine Insel ...**

Die Autonomie, sagt der Medizinethiker Giovanni Maio in seinem Beitrag, ist die „Schwester der Verletzlichkeit“. Selbstbestimmung hat demnach Voraussetzungen, über die es sich lohnt, nachzudenken. Denn: Keiner ist eine Insel für sich, vor allem nicht in Krankheit oder Gebrechlichkeit. Der Mensch ist ein Beziehungswesen, das auf Anerkennung, Vertrauen und Fürsorge angewiesen ist.

Wie Selbstbestimmung im Kontext von Krankheit als Ressource von anderen mitermöglicht werden kann, ist Thema dieser ersten Ausgabe von Bio.Ethik.Praxis.

Wir wünschen Ihnen spannende Einblicke und anregende Lektüre, Ihre



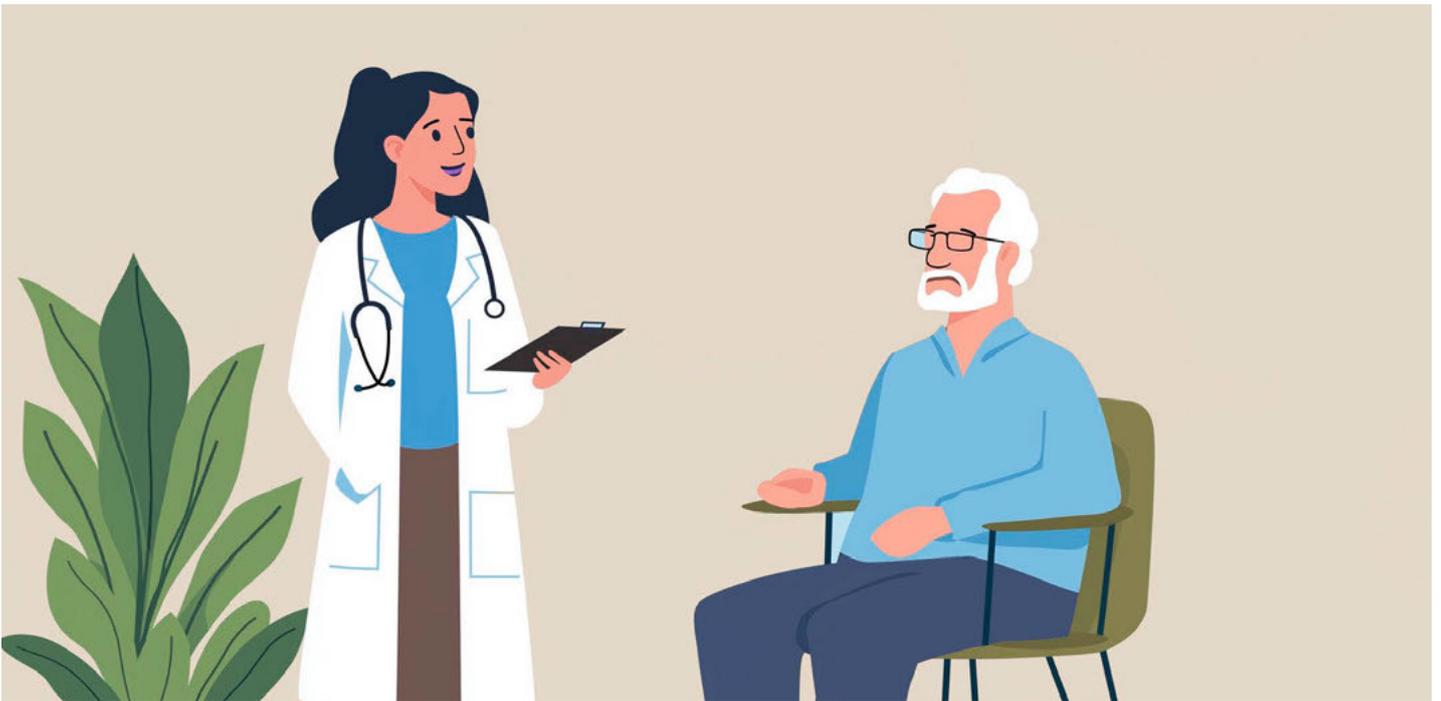
Susanne Kummer, Herausgeberin  
skummer@imabe.org

Foto: © J. Rauscher/IMABE



# Selbstbestimmung ermöglichen: Was macht gutes ärztliches Handeln aus?

Claudia Bausewein



## Zusammenfassung

Die Selbstbestimmung eines Patienten findet in der Regel nicht in Isolation, sondern im Kontext von Beziehungen statt. In der Praxis werden deutlich weniger Patienten in Therapieentscheidung einbezogen („Shared-Decision-Making“) als von ihnen gewünscht. In der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen kommt es darauf an, die Lücke zwischen Hoffnungen, Erwartungen und Träumen der Patienten und der Realität zu schließen.

### Autonomie

Die Autonomie der Patienten ist in den letzten Jahrzehnten immer mehr ins Zentrum von Entscheidungen in der Medizin gerückt. Die Schweizer Akademie der Wissenschaften beschreibt Autonomie als die Fähigkeit, einen freien Willen zu haben und aus eigenen Stücken vernünftige Erwägungen anzustellen, aber auch die Befähigung, die einer Person das Recht gibt, ihr Leben nach eigenen Vorstellungen zu leben und sich von ihren eigenen Werten und Wünschen leiten zu lassen<sup>1</sup>. Dabei steht die Autonomie im Span-

nungsfeld der von Beauchamp und Childress beschriebenen medizinethischen Prinzipien

- 1) Respekt vor der Autonomie
- 2) Vermeidung von Schaden,
- 3) Hilfeleistung und Gutes tun,
- 4) sowie Gerechtigkeit<sup>2</sup>.

Bei Gesprächen zur Entscheidungsfindung können diese vier Prinzipien als Orientierungshilfe dienen.

Bei der immer stärker werdenden Betonung der Autonomie der Patienten kommt aber gleichzeitig auch Kritik an

einer einseitigen Überhöhung der Autonomie auf. Der Autonomiebegriff dürfe nicht zu individualistisch und einseitig rationalistisch interpretiert werden, dem die Vorstellung eines souveränen, vernünftigen, von anderen unabhängigen Individuums zugrunde liegt<sup>3</sup>. Vielmehr ist der Mensch nicht von anderen unabhängig, sondern immer eingebunden in Beziehungen; damit wird Autonomie zur relationalen Autonomie. Beziehungen, soziale Interaktion und Bindungserfahrungen zählen zu den empirischen Voraussetzungen von Kompetenzen und Fähigkeiten, die es braucht, um selbstbestimmt entscheiden und handeln zu können<sup>4</sup>. Krones und Richter betonen, dass das Konzept der relationalen Autonomie davon ausgeht, dass Menschen, v.a. Patienten, immer in Beziehungen und Abhängigkeiten eingebunden sind, die genuin „autonom“ zu treffende und zu verantwortende Entscheidungen unmöglich machen können oder auch in bestimmten Situationen für die Patienten nicht wünschenswert erscheinen lassen; gleichzeitig würdigt die relationale Autonomie das Wissen der Patienten um ihre Verantwortung für Krankheit und Therapie<sup>5</sup>.

### Arzt-Patient-Beziehung

Klemperer betont die Wichtigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung und deren Einfluss auf medizinische Entscheidungen, gleichzeitig ist die Arzt-Patienten-Beziehung geprägt durch das Selbstverständnis der Medizin<sup>6</sup>.

### Das paternalistische Modell

Emanuel und Emanuel beschrieben 1992 vier Arten der Arzt-Patienten-Beziehung (Emanuel and Emanuel 1992). In einem paternalistisch geprägten bio-medizinischen Modell überwiegt die ärztliche Fürsorge, die Entscheidungen zum Wohle der Patienten allein durch Ärzte legitimiert. Der Arzt oder die Ärztin weiß am besten, was im Interesse des Patienten ist, und entscheidet entsprechend darüber, welche Information er/sie mitteilt und welche Behandlung er/sie empfiehlt. Die Selbstbestimmungsmöglichkeit des Patienten tritt hier deutlich in den Hintergrund, bzw. ist nicht gegeben.

### Das bio-psycho-soziale Modell

In einer patientenzentrierten Beziehung, wie sie dem bio-psycho-sozialen Modell

entspricht, sind die ärztliche Fürsorge und die Selbstbestimmung des Patienten nahezu ausgeglichen. Dies bedeutet, dass die subjektive Seite des Patienten Teil der Entscheidungsfindung ist, um zu einer für den einzelnen passenden Lösung zu kommen.

### Das patientenzentrierte Modell

Im patientenzentrierten Modell steht die Individualität, die persönliche Biografie und insbesondere die persönliche, subjektive Sicht des Patienten von Gesundheit und Krankheit deutlich im Vordergrund. Der Patient wird nicht primär über seine Erkrankung definiert, sondern vielmehr über situative, biografische oder familiäre Faktoren, über soziale und kulturelle Einbindung, und persönliche Lebensanschauung. Dieser Ansatz des bio-psycho-sozialen Modells wird in der Palliativversorgung mit ihrem explizit ganzheitlichen Ansatz basierend auf dem Total-Pain Modell von Cicely Saunders um die spirituell-existenzielle Dimensionen erweitert<sup>7</sup>.

### Das informative Modell

Emanuel und Emanuel beschreiben neben dem paternalistischen Modell als weiteres Modell der Arzt-Patienten-Beziehung das informative Modell, in dem der Arzt dem Patienten die relevanten Informationen zur Verfügung stellt, die Entscheidung über Therapien aber allein beim Patienten liegen<sup>8</sup>.

### Das interpretative Modell

Zwischen dem paternalistischen und dem informativen Modell wird außerdem ein interpretatives Modell beschrieben, in dem Informationen vermittelt werden, aber auch die Vorstellungen und Werte des Patienten ermittelt wird und geeignete Maßnahmen für den Patienten ausgewählt werden. Die Entscheidung liegt allein beim Patienten, der Arzt nimmt eine beratende Rolle ein.

### Das deliberative Modell

Beim abwägenden, deliberativen Modell, entscheiden Arzt und Patient gemeinsam, nachdem dem Patienten Informationen vermittelt und seine Lebenssituation und Werte ermittelt wurden. Gemeinsam wird eine Lösung entwickelt, die für den Patienten passend ist, ohne dass sie ihm aufgezwungen wird<sup>9</sup>.



Im patientenzentrierten Modell steht die Individualität, die persönliche Biografie und insbesondere die persönliche, subjektive Sicht des Patienten von Gesundheit und Krankheit deutlich im Vordergrund.



Mögliche Therapieziele können Heilung oder Lebensverlängerung, aber auch Linderung von belastenden Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität und zuletzt auch friedliches Sterben sein.



Ärzte überschätzen dabei besonders die Zeit, die sie für die Information ihrer Patienten verwenden müssen, um bis zu 900%.

### Shared-Decision-Making

Beim paternalistischen Modell entscheidet allein der Arzt für den Patienten; beim informativen Modell teilt der Arzt dem Patienten die Fakten mit und der Patient entscheidet selbstständig; beim interpretativen Modell werden dem Patienten die Fakten mitgeteilt und es soll ihm geholfen werden, seine Präferenzen zu finden; beim deliberativen Modell teilt der Arzt dem Patienten zusätzlich seine eigenen Präferenzen für diesen Patienten mit<sup>10</sup>. Das deliberative Modell entspricht am ehesten dem Shared Decision Making Modell (SDM). Unter Shared Decision Making, auch partizipative Entscheidungsfindung, wird der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patienten mit Ärzten und Pflegenden verstanden<sup>11</sup>. Patienten werden über Handlungsoptionen, die in ihrer Situation infrage kommen einschließlich der vor und Nachteile informiert. Ziel ist es, eine medizinisch sinnvolle Therapieentscheidung zu treffen, die die persönliche Lebenssituation sowie die Bedürfnisse der Betroffenen berücksichtigt. Shared Decision Making erhöht die Patientenkompetenz und Therapietreue und verhindert gleichzeitig Über- und Unterversorgung.

Klemperer betont, dass Patienten sich in ihrer Persönlichkeit und in ihren Bedürfnissen unterscheiden und dass jedes der oben genannten Modelle seine Berechtigung hat, weil es die Bedürfnisse einer jeweiligen Patientengruppe widerspiegelt<sup>12</sup>.

Ärzte überschätzen ihre kommunikativen Fähigkeiten leider häufig. Befragt zur Arzt-Patienten-Kommunikation und partizipativen Entscheidungsfindung, erklärten alle befragten Ärzte den Behandlungsplan und glaubten, dass die Patienten alles verstanden hätten; viele Patienten gaben aber an, dass dem nicht so sei<sup>13</sup>. Patienten wurden selten um ihre Meinung gefragt und in solchen Fällen wurde die Entscheidung allein durch den Arzt getroffen<sup>14</sup>. In der Praxis werden also deutlich weniger Patienten in Therapieentscheidung einbezogen, als von ihnen gewünscht (Krones and Richter 2008). Ärzte überschätzen dabei besonders die Zeit, die sie für die Information ihrer Patienten verwenden müssen, um bis zu 900%<sup>15</sup>.

### Grundhaltung des Arztes

Die Arzt-Patienten-Beziehung ist wesentlich von der Grundhaltung des Arztes beeinflusst. Um Betroffene bei selbstbestimmten Entscheidungen möglichst gut unterstützen zu können, sind Empathie und Mitgefühl, psychosoziale Kompetenz, Wahrhaftigkeit, Achtsamkeit, Geduld und Demut genauso wie kritische Selbstreflexion, Behutsamkeit und Respekt notwendig. Ärzte führen während ihres Berufslebens 150.000 bis 200.000 Gespräche<sup>16</sup>. Allerdings werden häufig Defizite in der Kommunikation wahrgenommen, so unterbrechen Ärzte Patienten meist nach 10 bis 20 Sekunden<sup>17</sup>. In der Kommunikation sind aktives Zuhören, Wahrnehmen und Ansprechen von Emotionen, verständliche Informationen und die Bereitschaft zu antworten wesentliche Elemente. Aber auch das Bewusstsein für die Kraft der nonverbalen Kommunikation und die Nutzung von Pausen und Stille sind wesentliche Aspekte.

### Medizinische Entscheidungsfindung

Bei einer medizinischen Entscheidungsfindung ist es immer wieder notwendig, sich die Voraussetzungen für medizinische Maßnahmen vor Augen zu führen. Zunächst ist für die Entscheidung zu einer medizinischen Maßnahme immer ein Therapieziel notwendig, aus dem sich die Indikation für eine medizinische Maßnahme ergibt, die durchgeführt werden sollen, um dieses Therapieziel zu erreichen. Therapieziele werden im Krankheitsverlauf variieren und sind immer vom Krankheitsstadium und einer gegebenen Situation abhängig. Mögliche Therapieziele können Heilung oder Lebensverlängerung, aber auch Linderung von belastenden Symptomen, Verbesserung der Lebensqualität und zuletzt auch friedliches Sterben sein. Ist eine medizinische Maßnahme indiziert, ist die Zustimmung des Patienten für diese Maßnahme notwendig. Hier zählt zunächst der aktuell erklärte Wille eines aufgeklärten und einwilligungsfähigen Patienten<sup>18</sup>. Ist ein Patient nicht mehr entscheidungsfähig, und damit der aktuell erklärte Wille nicht gegeben, zählt der im Rahmen einer schriftlichen Patientenverfügung vorausverfügte Wille eines Patienten. Für Patientenverfügungen stehen eine Reihe von

Dokumenten zur Verfügung, die Auswahl und die Festlegung des entsprechenden Willens sollte am besten im Rahmen eines Gesprächs mit dem Hausarzt oder einem Arzt, der den Patienten kennt, festgehalten werden. Falls keine Patientenverfügung vorliegt, muss der sogenannte mutmaßliche Wille aus früheren Äußerungen oder Wertvorstellungen ermittelt werden. Falls auch dies nicht möglich ist, müssen Entscheidungen durch Ärzte zum Wohl des Patienten getroffen werden<sup>19</sup>.

### Begleitung in der letzten Lebensphase

Neben der medizinischen Betreuung und Symptomkontrolle spielt die Begleitung der schwerkranken und sterbenden Menschen in der letzten Lebensphase eine wichtige Rolle, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Diese Begleitung kann als Prozess gesehen werden, bei dem Richtung und Geschwindigkeit nicht vorhersehbar sind, sondern von den Betroffenen vorgegeben werden. Die Aufgabe des betreuenden Teams ist es, einen geschützten Raum und eine Atmosphäre zu schaffen, um Vertrauen und Prozesse zu ermöglichen. Dazu bedarf es Ruhe, Offenheit und Zeit. Durch fürsorgliche Begleitung und liebevolle Zuwendung sowie wertorientierte, respektvolle Begegnungen können Prozesse bei den Betroffenen entstehen, die vielleicht vorher undenkbar erscheinen. Diese Begleitung ist ein Geben und Nehmen, aber gleichzeitig auch eine Konfrontation mit dem eigenen Leben und Sterben.

Kommunikation und Entscheidungsfindung in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen sind häufig geprägt von der Sorge um den Verlust von Hoffnung. Offene und ehrliche Kommunikation würde Hoffnung zerstören und die Betroffenen sollten davor geschont werden. Allerdings kann Hoffnung bei schwerer Erkrankung ganz viele Facetten haben und bedeutet nicht, wie meist gedacht, allein Hoffnung auf Heilung oder langes Leben. Rosenberg beschreibt, dass Hoffnung weder dichotom noch statisch ist, und dass es viele Hoffnungen gibt<sup>20</sup>. Der Umgang mit Hoffnung ist ein komplexer, kontinuierlicher und kontextabhängiger Prozess der Zielsetzung. Dabei müssen Patienten nicht eine Hoffnung für eine andere aufgeben.

Häufiger schwanken sie zwischen mehr oder weniger wahrscheinlichen Hoffnungen. Die Rolle des Arztes ist es dabei nicht, eine wahrscheinliche oder unwahrscheinliche Hoffnung zu priorisieren, sondern zu helfen, Hoffnungen zu erkennen und anzupassen und damit Patienten zu unterstützen, zielorientierte Entscheidungen zu treffen und besser mit ihrer Erkrankung leben zu können<sup>21</sup>.

Wesentlich in der Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen ist es, die Lücke zwischen Hoffnungen, Erwartungen und Träumen der Patienten und der Realität zu schließen bzw. möglichst zu reduzieren. Die Reduktion dieses sogenannten Calman-Gaps<sup>22</sup> wird ermöglicht durch eine Verbesserung der Lebensqualität und der aktuellen Situation auf der einen Seite und durch eine Anpassung der Erwartungen der Betroffenen auf der anderen Seite.

Als Grundhaltung für eine Begleitung von Patienten in der letzten Lebensphase um die oben angesprochenen Prozesse zu ermöglichen, aber auch Menschen bei Entscheidungen gerade in Bezug auf das Lebensende hin zu unterstützen, können der Satz und die Haltung des Psychiaters Harvey Chochinov helfen: „Was muss ich über Sie als Person wissen, um Sie bestmöglich betreuen zu können?“<sup>23</sup>

### Zusammenfassung

Die ärztliche Rolle nimmt in der selbstbestimmten Entscheidungsfindung von Patienten eine zentrale Position ein. Unterschiedliche Formen der Arzt-Patienten-Beziehung sind möglich, wobei eine zunehmende Patientenzentrierung heute wesentlich ist. Dazu braucht es eine von Empathie und Mitgefühl, psychosoziale Kompetenz und Respekt geprägte Grundhaltung auf ärztlicher Seite, die Grundlagen der medizinischen Entscheidungsfindung beherrscht. ■



Die Aufgabe des betreuenden Teams ist es, einen geschützten Raum und eine Atmosphäre zu schaffen, um Vertrauen und Prozesse zu ermöglichen.

Mit freundlicher Unterstützung von



**Raiffeisen-Holding  
Niederösterreich-Wien**





# Young MedEthics

Ein Projekt von  
**IMABE**

## menschlich kompetent behandeln

Ein Kompass für ethische Entscheidungen in Gesundheitsberufen

Young MedEthics bietet jungen Menschen in Medizin und Pflege wertvolle Orientierung in ethischen Fragen.

Der Young MedEthics-Kurs umfasst:

- **Online Sessions** mit Experten für eine fundierte Weiterbildung
- **Fallbeispiele** für praxisnahes Lernen
- **Austausch** mit erfahrenen BerufskollegInnen
- **Networking-Events** zur Stärkung junger Gesundheitsfachkräfte

### ANMELDUNG & INFOS



[www.youngmedethics.com](http://www.youngmedethics.com)



[info@youngmedethics.com](mailto:info@youngmedethics.com)



Landstraßer Hauptstr. 4/13 A-1030

**Wir freuen uns über Deine Anmeldung!**



