



## **Kontexte der Entscheidungsautonomie in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag**

Vortrag von Markus Zimmermann an der NEK-ZEK-Tagung zum Thema „Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber“, Bern, 7.7.2016

## Gedanken eines Arztes zu Autonomie und Selbstbestimmung oder Vier Antworten auf vier Fragen

**Ist die Selbstbestimmung des Patienten spürbar oder nur ein Mythos bzw. Ideal, weil weiterhin ein – vielleicht etwas sanfterer – ärztlicher Paternalismus dominiert?**

Dazu muss ich etwas ausholen: Der Ort, das Zeitalter, die Errungenschaften der westlichen Zivilisation, kurz: der Kontext, in dem wir ins Leben geworfen werden, hat der wachsenden Ich- und Selbstbezogenheit den Weg geebnet. Dabei geht die Grundlage dazu eigentlich bis auf die Aufklärung zurück. Sie wird heute ergänzt durch die Haltung des «ich bin, was ich aus mir mache». Wir erleben diese Emanzipation als eine Errungenschaft, eine Befreiung auf dem Weg zu einem vielleicht trügerischen Ideal der weitgehenden Autonomie. Im medizinischen Umfeld wird Autonomie oft mit Selbstständigkeit und gar Selbstbestimmung gleichgesetzt. Das passt gut in die heutige Ich-Gesellschaft.

Eine Begriffsklärung, auch aus der laienhaften Sicht des nicht spezifisch dazu kompetenten Bürgers, tut not: Autonomie kommt vom griechischen autos (selbst) und nomos (Gesetz). Übersetzt geht es also nicht um Selbstbestimmung, sondern um **Selbst- oder Eigen-Gesetzlichkeit**, als Gegenpol zur Heteronomie, der **Fremd-Gesetzlichkeit**. Das ist ein wichtiger Unterschied. Der Anspruch auf Autonomie ist heute schon fast ein Axiom. Mantrahaft streichen wir die Wichtigkeit der Autonomie hervor; ja, es wäre schon fast antiquiert, den Begriff nicht zu oberst auf die Hitliste der gesellschaftlichen Werte zu setzen. Das ist überhaupt nicht selbstverständlich. Zur Welt kommen wir ja eigentlich heteronom, wachsen in Vorgaben auf. Diese Vorgaben sind bestimmt durch die Werte unseres familiären, sozialen, politischen und kulturellen Umfelds, sie sind nicht selbstbestimmt. Die Emanzipation der eigenen Persönlichkeit führt uns ein Stück weg in Richtung Autonomie; mit anderen Worten, wir beschreiten während unserer Entwicklung einen Weg vom «Das ist erlaubt/ das ist nicht erlaubt» zum «Das erlaube ich mir/das erlaube ich mir nicht». Dieser Weg ist, dem heutigen Zeitgeist gerecht werdend, schon fast zu einer Autobahn ausgebaut worden, die ich aber befahren oder auch nicht befahren kann. So entwachsen wir der Heteronomie **in Richtung** Autonomie mehr oder weniger. Irgendwo auf dieser Achse zwischen Heteronomie und Autonomie, aber auch zwischen Autonomie und Selbstbestimmung pendeln wir uns ein. Beispiel: Wenn ich mich für den Arztberuf entscheide, nur weil meine Eltern beide Ärzte sind, ist das durchaus eine freie, aber deshalb nicht automatisch auch eine autonome Wahl. Unsere Biographie, für die wir immer mehr selber verantwortlich sind, beeinflusst die «Selbstgesetze», an denen wir uns autonom zu orientieren glauben.

Um **selbstbestimmt zu leben, sind Ziele hilfreich**. Beispiel: Wie kaufe ich für das Abendessen ein, wenn ich das Menü vorher bestimmt habe und einen Einkaufszettel schreibe? Ich werde kaufen und essen, was ich mir vorgenommen hatte. Wie kaufe ich ein, wenn ich in den Supermarkt gehe und glaube, mich inspirieren zu lassen? Ich werde dann vor allem von Verkaufstaktiken wie Sonderangeboten, Positionierung der Produkte in den Regalen usw. vermeintlich «inspiriert», aber doch wohl eher fremdbestimmt. So viel zur Entstehung unserer individuellen Autonomie. Auf den Sinn, respektive die Grenzen des Wortpaares «Individuelle Autonomie» muss später noch eingegangen werden.

**Findet die Selbstbestimmung des Patienten durch den ärztlichen Wissensvorsprung und ärztliches Drohpotenzial («Es ist Ihre Entscheidung, auf die Chemo zu verzichten, aber ...») nicht irgendwann ganz zwangsläufig eine Grenze?**

Jetzt komme ich auf die Frage nach dem Mythos Autonomie und dem verkappten «sanften Paternalismus» zurück. **Paternalismus** in der Arzt-Patient-Beziehung gilt als verpönt. Dabei ist evident, dass er besteht und teilweise auch unausweichlich ist. Das **Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist ein asymmetrisches**; die Asymmetrie nimmt tendenziell zu, je kränker, abhängiger, behandlungs- und hilfsbedürftiger der Patient wird. **Wissen ist Macht**. Und Wissensvorsprung, hier spezifisch in Bezug auf die Diagnose, welche die Symptome erklärt, auf therapeutische Möglichkeiten und vor allem auf die Prognose bestimmen den Machtgradienten mit. Machen wir uns nichts vor, als Arzt kann ich meinen Willen unter dem partizipativen Deckmantel mit einer gewissen Leichtigkeit an den Mann und die Frau bringen. Deswegen ist das **Bewusst-Sein dieser Machtfrage und das Wahrnehmen von Verantwortung** entscheidend. Umgekehrt darf ich vom Patienten dieses Bewusst-Sein der «Unterlegenheit durch ein Wissensgap» nicht unbedingt einfordern. Die Verantwortungspflicht liegt bei mir als Arzt. Das Problem kompliziert sich dadurch, dass sich aus dem Recht auf Selbstbestimmung nicht eine Pflicht auf Selbstbestimmung ableitet. Der Patient hat ein Recht, nicht selber zu entscheiden, sei es zum Beispiel weil dies seinem Naturell eher nicht entspricht, weil die Frage zu komplex ist/erklärt wurde, weil er technisch oder emotional damit überfordert ist oder weil sein Patientenselbstverständnis auf dem Prinzip der Entscheidungsdelegation beruht. Auch diese vom Patienten erwartete, eben eher paternalistische Interpretation der Rolle als Arzt muss ich übernehmen, dann allerdings mit besonders selbstkritischem Sinn und Geist. Von

## palliative.ch · 2-2015



**Dr. med. Hans Neuenschwander**

Innere Medizin und Onkologie  
FMH, Palliativmediziner, Gründer  
von Hospice Ticino

Pensionierter Chefarzt des  
Palliativmedizinischen Dienstes  
der öffentlichen Spitäler des  
Kantons Tessin – IOSI/EOC

[hneuen@ticino.com](mailto:hneuen@ticino.com)

## **Dr. Gerald Neitzke**



**kommissarischer Institutsleiter**

**Arbeitsschwerpunkte: Medizinethik, Klinische Ethik**

**Vorsitzender des **Klinischen Ethik-Komitees (KEK)** der MHH**

**Lehrverantwortlicher für die Lehre am Institut**

**Vorstandsmitglied in der **Akademie für Ethik in der Medizin e.V.****

**(AEM)**

**Forschungsschwerpunkte:**

- Klinische Ethik
- Ethikberatung und institutionalisierte Formen der Medizinethik (Ethikkommissionen und Klinische Ethik-komitees)
- Ethik am Lebensende und Advance Care Planning
- Ethikunterricht (Inhalte, Methoden, Didaktik, Pädagogik, Evaluation)
- Philosophie von Emmanuel Lévinas

# Kontexte der Entscheidungsautonomie in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag

1. Erfahrungen
2. Alte und neue Einsichten
3. Das Konzept der relationalen Autonomie
4. „Autonomie ermöglichen“ im klinischen Alltag
5. Fazit – auf welche Defizite weisen die Neuansätze hin?

Veranstaltungszyklus «Autonomie in der Medizin»

# Autonomie und Beziehung

Selbstbestimmung braucht das Gegenüber

Donnerstag, 7. Juli 2016

Auditorium Ettore Rossi, Inselspital, Bern

**SAMW**  Schweizerische  
Akademie der Medizinischen  
Wissenschaften

NEK  CNE

Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin  
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine  
Commissione nazionale d'etica per la medicina  
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

## Situationen, in welchen sich Fragen hinsichtlich des Respekts der Autonomie stellen

- Ein Patient ist nicht urteilsfähig.
- Eine Patientin kann sich aufgrund einer inneren Ambivalenz nicht entscheiden.
- Ein Patient überlässt die Entscheidung bewusst anderen.
- Eine Patientin verzichtet zu Gunsten Dritter auf ihre eigenen Wünsche.
- Die Wünsche eines Patienten erscheinen irrational.

Vgl. Gerald Neitzke, Autonomie ermöglichen. Ein Konzept für die Ethikberatung im Gesundheitswesen, in: Claudia Wiesemann & Alfred Simon (Hrsg.), Patientenautonomie. Theoretische Grundlagen – praktische Anwendungen, Paderborn 2013, 445ff.

„Wesentlich ist, dass Autonomie kein leeres Wort oder eine wohlfeile Forderung bleibt, sondern in konkreten Beziehungen zwischen Patienten, deren Bezugspersonen und den Anbietern von Gesundheitsleistungen erarbeitet und realisiert wird.“

G. Neitzke 2013, 454f.



# Kontexte der Entscheidungsautonomie in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag

1. Erfahrungen

2. Alte und neue Einsichten

3. Das Konzept der relationalen Autonomie

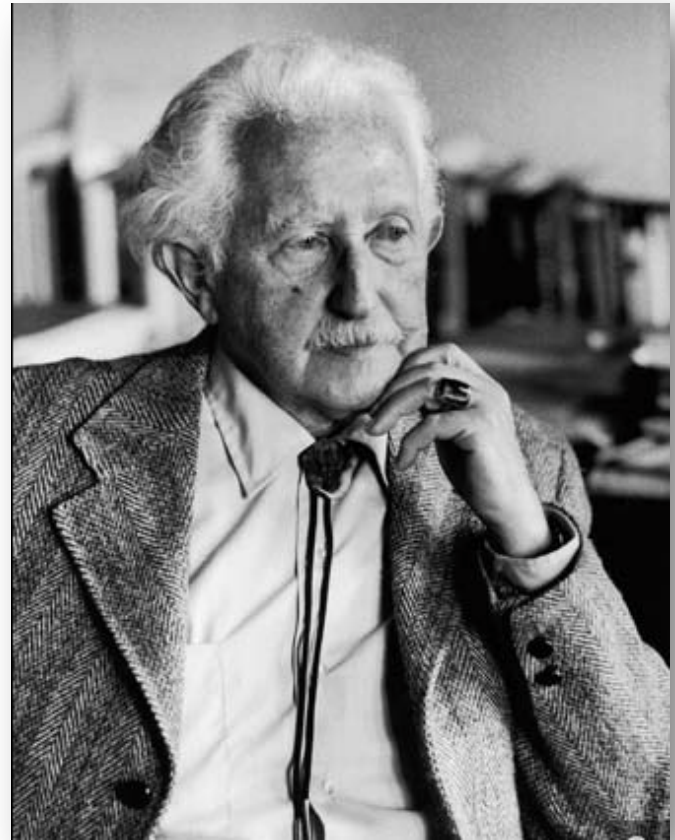
4. „Autonomie ermöglichen“ im klinischen Alltag

5. Fazit – auf welche Defizite weisen die Neuansätze hin?



**Erik H. Erikson**  
**Identität**  
**und**  
**Lebenszyklus**

suhrkamp taschenbuch  
wissenschaft



Phasenspezifischer Konflikt nach Erikson	Lebensabschnitt / <b>Beziehungen</b> / <b>Themen</b>	Positive Ergebnisse der Krise
1. Vertrauen vs. Misstrauen	Säugling / <b>Mutter</b> / Gefüttert- und Umsorgtwerden, <b>Zahnen, Schlafen</b>	Hoffnung und Antrieb
2. Autonomie vs. Scham und Zweifel	Kleinkind / <b>Eltern</b> / <b>Körperfunktionen, Sauberkeitstraining, Muskelkontrolle, Laufen</b>	Willensstärke und Selbstkontrolle
3. Initiative vs. Schuldgefühl	Vorschulkind / <b>Familie</b> / <b>Erkunden und Entdecken, Abenteuer und Spiel</b>	Zielgerichtetheit und Richtung
4. Werksinn vs. Minderwertigkeitsgefühl	Schulkind / <b>Schule, LehrerInnen, FreundInnen, Nachbarschaft</b> / <b>Erfolg und Leistung</b>	Kompetenz und Methode
5. Identität vs. Rollenkonfusion	Jugendliche/r / <b>Gleichaltrige, Gruppen, Einflüsse</b> / <b>Identitäts- und Richtungsfindung</b>	Vertrauen und Zuwendung
6. Intimität vs. Isolierung	Junge/r Erwachsene/r / <b>Paarbeziehungen, FreundInnen, ArbeitskollegInnen</b> / <b>Intime Beziehungen, Arbeits- und Sozialleben</b>	Liebe und Bindung
7. Generativität vs. Stagnation	Mittleres Lebensalter / <b>Kinder, Gemeinde</b> / <b>„Zurückgeben“, Helfen und einen Beitrag leisten</b>	Fürsorge und Reproduktion
8. Integrität vs. Verzweiflung	Spätes Lebensalter / <b>Gesellschaft, Welt, Leben</b> / <b>Bedeutung und Sinn, das Leben</b>	Weisheit und Verzicht



THE WOUNDED STORYTELLER

---

Arthur W. Frank

*Body, Illness & Ethics* + SECOND EDITION

**Lawrence Kohlberg**  
**Die Psychologie**  
**der Moral-**  
**entwicklung**

suhrkamp taschenbuch  
wissenschaft

1927-1987



<p><b>Präkonventionelle Ebene</b></p>	<p>Stufe 1: Stufe 2:</p>	<p>An Strafe und Gehorsam orientiert An instrumentellen Zwecken und am Austausch orientiert</p>
<p><b>Konventionelle Ebene</b></p>	<p>Stufe 3: Stufe 4:</p>	<p>An interpersonellen Erwartungen, Beziehungen und an Konformität orientiert An der Erhaltung des sozialen Systems orientiert</p>
<p><b>Postkonventionelle Ebene</b></p>	<p>Stufe 5: Stufe 6:</p>	<p>Am Sozialvertrag orientiert An universellen ethischen Prinzipien orientiert</p>




## Shared Decision Making — The I

Michael J. Barry, M.D., and Susan Edgman-Levitan, P.A.

Nothing about me without me.

— Valerie Billingham,  
Through the Patient's Eyes,  
Salzburg Seminar  
Session 356, 1998

Caring and compassion were once often the only “treatment” available to clinicians. Over time, advances in medical science have provided new options that, although often improving outcomes, have inadvertently distanced physicians from their patients. The result is a health care environment in which patients and their families are often excluded from important discussions and left feeling in the dark about how their problems are

 An audio interview with Dr. Barry is available at [NEJM.org](http://NEJM.org)

being managed and how to navigate the overwhelming array of diagnostic and treatment options available to them.

In 1988, the Picker/Commonwealth Program for Patient-Centered Care (now the Picker Institute) coined the term “patient-centered care” to call attention to the need for clinicians, staff, and health care systems to shift their focus away from diseases and back to the patient and family.<sup>1</sup> The term was meant to stress the importance of better understanding the experience of illness and of addressing patients’ needs within an increasingly complex and fragmented health care delivery system.

The Picker Institute, in partnership with patients and families, conducted a multiyear research project and ultimately identified eight characteristics of care as the most important indicators of quality and safety, from the perspec-

tive of patients’ values expressed and integrated with information patient and family members bring to the table, including emotional support, and of family members as appropriate through and access to addressing the needs of families as implementing care systems.

This concept is the landmine (IOM) Quality Chasm fundamental aspect of the patient-centered care. The patient-centered care respectful of individual needs, and ensures “that all clinical decisions are made in the context of a high level of clinician-patient engagement together to improve outcomes.”

As the delivery of most important patient-centered care engagement full health care made — when the patient arrives at the medical option, diverging paths, important decisions, and implications of decisions about medications that must be taken — although other members of the

Through shared decision making, clinicians can help patients understand the importance of their values and preferences in making the decisions that are best for them. Experience has shown that when patients know they have options for the best treatment, screening test, or diagnostic procedure, most of them will want to participate with their clinicians in making the choice. This

# Kontexte der Entscheidungsautonomie in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag

1. Erfahrungen
2. Alte und neue Einsichten
3. Das Konzept der relationalen Autonomie
4. „Autonomie ermöglichen“ im klinischen Alltag
5. Fazit – auf welche Defizite weisen die Neuansätze hin?



## „Relationale Autonomie“

- „Liberale“ versus „Relationalisten“.
- Jede reife, geerdete oder erfahrungsorientierte Ethik rechnet damit, dass wir Menschen soziale Wesen sind.
- Martin Buber: „Der Mensch wird am Du zum Ich.“
- Rede von der relationalen Autonomie weist auf Defizite hin.
- Das Care-Prinzip kommt zu Geltung und Anerkennung.
- Unterschiedliche Konzepte der relationalen Autonomie (J. Ach & B. Schöne-Seifert).
- Zurück zur Geschichte von Frau F.

# Kontexte der Entscheidungsautonomie in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag

1. Erfahrungen
2. Alte und neue Einsichten
3. Das Konzept der relationalen Autonomie
4. „Autonomie ermöglichen“ im klinischen Alltag
5. Fazit – auf welche Defizite weisen die Neuansätze hin?

## „Autonomie ermöglichen“ (G. Neitzke)

- Berücksichtigung von Kontextfaktoren.
- Erörterung aller relevanter Informationen mit dem Betroffenen, die Besprechung der Therapieziele und Handlungsmöglichkeiten.
- Empfehlungen? Manchmal sinnvoll.
- Bedeutung der professionellen Autonomie von Pflegenden und Ärzten.
- Entscheidung der betroffenen Person hat stets Vorrang.
- Wann der Verzicht auf eigene Interessen und die Rücksichtnahme auf Dritte ein nicht mehr vertretbares Mass angenommen hat, muss in jeder einzelnen Situation überprüft werden.
- Der Autonomieanspruch erlischt nicht, wenn der Patient das Bewusstsein verliert.

# Kontexte der Entscheidungsautonomie in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag

1. Erfahrungen
2. Alte und neue Einsichten
3. Das Konzept der relationalen Autonomie
4. „Autonomie ermöglichen“ im klinischen Alltag
5. Fazit – auf welche Defizite weisen die Neuansätze hin?

## Nachlässigkeiten der letzten Jahre

- Vernachlässigt wurde das Care- oder Fürsorgeprinzip.
- Vernachlässigt wurden die Grundeinsichten der Entwicklungspsychologie.
- Unterbelichtet blieb die Bedeutung grundlegender ärztlicher Tugenden.
- Weitgehend ausgeblendet wurde die Bedeutung von Beziehungen und sozialem Kontext.
- Auch das Ausklammern von Fragen nach dem guten Leben funktioniert nicht, weil Ideale in sozialen Kontexten entstehen und sich in autonomen Entscheidungen widerspiegeln.

„Wesentlich ist, dass Autonomie kein leeres Wort oder eine wohlfeile Forderung bleibt, sondern in konkreten Beziehungen zwischen Patienten, deren Bezugspersonen und den Anbietern von Gesundheitsleistungen erarbeitet und realisiert wird.“

G. Neitzke 2013, 454f.



# **Kontexte der Entscheidungsautonomie in ihrer Bedeutung für den klinischen Alltag**

Vortrag von Markus Zimmermann an der NEK-ZEK-Tagung zum Thema „Autonomie und Beziehung. Selbstbestimmung braucht das Gegenüber“, Bern, 7.7.2016