



universität
wien

MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

„Mündige PatientInnen?-

Eine Untersuchung von Autonomie und
Selbstbestimmung von PatientInnen in der
Kurzzeitpflege“

Verfasserin

Sonja Schreder, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt: Soziologie

Betreuer: Prof. Dr. Friedhelm Kröll

Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Masterarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum:

Unterschrift:

Danksagung

Bedanken möchte ich mich bei Prof. Dr. Friedhelm Kröll für die Betreuung und Richtungsweisung meiner Arbeit. Trotz seiner Tätigkeit an einer Universität in Deutschland war er stets bemüht meine E-Mails ausführlich zu beantworten.

Weiterer Dank gilt allen ÄrztInnen und PatientInnen sowie dem Pflegepersonal für die Ermöglichung und Mitarbeit an meiner Forschung. Im Speziellen, für die Beantwortung meiner Fragen, den nötigen Zeitaufwand und die gewonnenen spannenden Ergebnisse.

Ebenso möchte ich mich bei meinem Freund, welcher zur gleichen Zeit mit seiner Masterarbeit beschäftigt war, für die gegenseitig motivierenden Worte bedanken. Der mir in schwierigen Zeiten emotional zur Seite stand und mich daran erinnerte positiv zu denken und nicht aufzugeben.

Auch bei meinen zwei Mädels, Adrienn Nagy und Katharina Kittinger, möchte ich mich ganz herzlich bedanken. Auch wenn meine Geduld schon ziemlich am Ende war, habt ihr mich mit motivierenden Worten wieder aufgebaut und mit eurem Humor zum Lachen gebracht.

Der größte Dank gilt jedoch meiner Familie, welche mir das Studieren erst ermöglichte, mich während meiner gesamten Studienzeit unterstützte und immer an mich glaubte.

Kurzzusammenfassung

In den Industrienationen, inklusive Österreich, steigt der Anteil älterer Menschen. Bis zum Jahr 2050 wird die Zahl der Über-65-Jährigen um siebzig Prozent, die der Über-80-Jährigen um 170 Prozent steigen (Eurostat Bevölkerungsvorausschätzungen). Da die Wahrscheinlichkeit eines Sturzes oder Unfalles im Alter steigt und somit die Hilfeleistung eines Akutkrankenhauses oder Geriatriezentrums in Anspruch genommen werden muss, ist es des Weiteren wichtig das Thema Autonomie von PatientInnen in diesen Einrichtungen zu untersuchen. Um zu dieser Thematik einen Beitrag zu leisten, versucht die vorliegende Masterarbeit dem Leser mögliche Antworten rund um folgende Fragestellung zu bieten:

„Inwiefern spielt die Autonomie von PatientInnen in einer Rehabilitationsabteilung eines Geriatriezentrums sowohl von ExpertInnen- als auch von PatientInnenseite eine wichtige Rolle?“

Abstract

In the industrialized nations, including Austria, the proportion of elder people is rising. Up to 2050, the number of over-65-year-old-people becomes more than 70 percent and the number of over-80-year-olds become about 170 percent. Because of the likelihood of a fall or an accident at a higher age and the following necessity of an emergency hospital or geriatrics center assistance, it is further important to examine the issue of autonomy of patients in these facilities. In order to make a contribution to this topic, this thesis attempts to offer the reader some possible answers to the following questions: "To what extent does the the patient's autonomy play an important role in a rehabilitation ward of a geriatrics center regarded of both sides from the experts as well as from the patients?"

„Habe Mut, dich deines eigenen Verstandes zu bedienen!“

(Immanuel Kant, Wahlspruch der Aufklärung)

Schlüsselbegriffe

Medizinethik

Geriatrizentrum

PatientInnenautonomie

Selbstbestimmungsfähigkeit

Inhaltsverzeichnis

Danksagung.....	2
Kurzzusammenfassung.....	3
Abstract.....	4
Schlüsselbegriffe	6
Inhaltsverzeichnis	7
Kapitelvorschau.....	12
THEORIE TEIL	13
1. Einleitung	13
2. Autonomie und Selbstbestimmung in der Medizinethik	15
2.1 Historische Perspektive der Medizinethik.....	15
2.2 Medizinethik	16
2.4 Erklärungsansätze.....	19
2.4.1 Die vier medizinethischen Prinzipien.....	20
2.4.2 Die ethische Autonomielehre Kants.....	21
2.4.3 Das Prinzip des Zulassens nach Engelhardts.....	23
2.5 Die Autonomie	25
2.5.1 Die moralische Autonomie bei Durkheim	25
2.6 Zur PatientInnenautonomie	28
2.6.1 Entwicklung von der Fürsorge zur Autonomie	28
2.6.2 Die Problematik des Autonomiebegriffs	30
2.6.3 Der Begriff PatientInnenautonomie	31
2.6.4 Naturwissenschaftliche Betrachtungsweise.....	33
2.6.5 Philosophische Betrachtungsweise.....	33
2.6.6 Rechtliche Betrachtungsweise	34
2.6.7 PatientInnenautonomie und Willensfreiheit.....	35
2.7 Zur Selbstbestimmung	37

2.7.1 Die Selbstbestimmung und das informierte Einverständnis.....	37
2.7.2 Die Grenzen der Selbstbestimmung	40
2.8 Zur Bedeutung von Autonomie und Selbstbestimmung	41
2.9 Die Autonomie aus Sicht der PatientInnen.....	45
2.9.1 Wie autonom wünschen PatientInnen zu sein?	46
2.10 Anspruch vs. Wirklichkeit.....	48
2.11 Aus der Idealwelt der normativen Theorie in die Realität.....	50
3. Fragestellung	51
4. Material und Methoden.....	52
4.1 Untersuchungsgegenstand.....	52
4.2 Auswahl des Untersuchungsgegenstandes und	52
Untersuchungsbedingungen	52
4.3 Auswahl der GesprächspartnerInnen	53
4.4 GesprächspartnerInnen	54
4.4.1 PatientInnen.....	54
4.4.2 ExpertInnen.....	56
4.5 Ethische Aspekte.....	56
4.6 Datenerhebung.....	57
4.7 Die Begründung der Wahl der Forschungsmethode	58
4.8 Methoden zur Datenerhebung.....	59
4.8.1 Das problemzentrierte Interview	59
4.8.2 Das informelle Gespräch.....	60
4.8.4 Fallbeispiele.....	61
4.9 Methoden zur Datenauswertung.....	62
4.9.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring	62
4.9.2 Textgliederung	63
5. Ergebnisse.....	64

5.1 Fallbeispiele	64
5.1.1 Beispiel Frau B.	64
5.1.2 Beispiel Dr. Y.	66
5.1.3 Beispiel Pflegeperson S.	68
5.1.4 Beispiel Frau P.	69
5.2.1 Zufriedenheit/Lebensqualität im Geriatriezentrum	71
5.2.2 Autonomie – bitte was?	73
5.2.3 Autonomie- eine Frage bei schwerwiegenden Entscheidungen	74
5.2.4 Individuelle Autonomie	75
5.2.5 Frau Doktor wird's schon wissen	80
5.2.6 „Rehabilitiert!“- wieder nach Hause dürfen	81
5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse	84
6. Diskussion und Ausblick	88
7. Reflexion der Forschungsarbeit	91
Literaturverzeichnis	93
Tabellenverzeichnis	99
Abbildungsverzeichnis	99
Anhang	100
Interviewleitfaden PatientInnen:	100
Interviewleitfaden ÄrztInnen:	102
Interviewleitfaden Pflegepersonen:	104
Lebenslauf	106

Vorwort

Die Wurzeln meines Interesses an der Autonomie der PatientInnen rühren daher, dass ich neben meinem Studium als Ordinationshilfe bei einem Internisten beschäftigt bin. Dieser geht neben seiner Ordination auch der Tätigkeit als ärztlicher Leiter einer Abteilung eines Geriatriezentrums in Wien nach. Hauptaufgabe jener Abteilung ist die geriatrische Rehabilitation der PatientInnen, die Kurzzeitpflege.

Da mir der Umgang mit PatientInnen Freude bereitet und mich das ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis durch meine Nebenbeschäftigung begleitet und ich so Erfahrungen in diesem Bereich sammeln konnte, habe ich mich für die Bearbeitung dieses ethischen Themas entschieden.

Im Laufe meiner Tätigkeit als Ordinationshilfe fielen mir häufig die Unterschiede im Verhalten der Behandelten im Umgang mit dem Arzt auf. Nachdem die PatientInnen auf verschiedene Art und Weise auf die ärztlichen Behandlungsvorschläge in Bezug auf Untersuchungen, medikamentöse Vorgehensweisen und sonstige vom Arzt verordnete Therapien reagierten, begann ich mich mit Literatur zum Thema PatientInnenautonomie auseinander zu setzen.

Beim Einlesen fiel mir auf, dass wohl einige Literatur zur Autonomie und Selbstbestimmung von PatientInnen in der Langzeitpflege und „am Lebensende“ vorhanden war, jedoch sehr wenig darüber, wie dies bei PatientInnen in der Kurzzeitpflege aussieht.

Viele Fragen erschienen mir in Verbindung mit diesem Thema sehr wichtig. Was können ExpertInnen (ÄrztInnen und Pflegepersonal) beitragen, dass PatientInnen ihre Selbstbestimmung aufrechterhalten können? Welche Möglichkeiten gibt es, die PatientInnenautonomie zu stärken und zu fördern? Nicht selten lassen sich medizinische Maßnahmen finden, die dem Wohl der PatientInnen dienen sollen, jedoch im Konflikt mit deren Willen und ihrem Recht auf Selbstbestimmung stehen.

Ich möchte in der von mir gewählten Abteilung des Geriatriezentrums herausfinden, ob sich die PatientInnen dort autonom behandelt fühlen oder nicht. Ob diese mit jenem Begriff überhaupt etwas anfangen können und was sie unter einer autonomen Behandlung verstehen. Des Weiteren möchte ich im Bezug auf die PatientInnen erfahren, ob sie überhaupt selbstbestimmt behandelt werden wollen oder doch lieber auf das Wissen der ÄrztInnen vertrauen.

Trifft Linus S. Geißlers Aussage für jene Abteilung zu, dass je kränker, je leidender und je hilfloser PatientInnen sind, auch deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung schwindet (vgl. Geisler 2003: 1).

Was sagen die dortigen ExpertInnen zur autonomen Behandlung; d.h. was verstehen ÄrztInnen und das Pflegepersonal unter diesem Begriff? Deckt sich deren Auffassung mit jener der PatientInnen?

All diese Fragen sollen geklärt werden um einen sinnvollen Beitrag zur Pflegekultur zu gewährleisten.

Kapitelvorschau

Die vorliegende Abschlussarbeit wird in einen theoretischen und einen empirischen Teil unterteilt. Die theoretischen Kapitel sollen eine Einleitung zur Problematik der PatientInnenautonomie und Selbstbestimmung aufzeigen. Des Weiteren wird reflektiert, wie wichtig die PatientInnenautonomie heutzutage für das Wohl und auch für den Willen der PatientInnen ist, welche Faktoren diese beeinflussen, wo sie beispielsweise nur eingeschränkt zum Tragen kommt und welche Möglichkeiten es zur Förderung dieser gibt.

Der empirische Teil startet mit der Fragestellungen und Zielsetzungen der Arbeit. Weiters wird das empirische Material und die Methodik der Datenerhebung mit den verwendeten Auswertungsverfahren ergänzt und die gewonnenen Daten in den Ergebnissen eingehend aufgezeigt. Dabei werden unter anderem Fallbeispiele aus der Kurzzeitpflege vorgestellt. Des Weiteren werden die erhaltenen Kategorien beschrieben und untereinander und zueinander in Verbindung gesetzt. Danach folgt ein Kapitel mit Diskussion und Ausblick zu den Ergebnissen zur Problematik der Autonomie. Abschlusspunkt der vorliegenden Arbeit wird eine kritische Reflexion der Untersuchung aus der Perspektive der Forscherin sein.

THEORIE TEIL

1. Einleitung

Lange hat es als selbstverständlich gegolten, dass ÄrztInnen, die Götter in Weiß, durch ihr Wissen und ihre Erfahrung, immer das Richtige und das Beste für die zu Behandelten tun. Dankbar stimmten PatientInnen gutgläubig und widerstandslos den Befunden, ärztliche Entscheidungen und Behandlungsstrategien ohne jegliche Kritik zu. PatientInnen stellten ahnungs- und willenslose Konsumenten von Gesundheitsleistungen dar (www.gesundundleben.at).

Gegenwärtig hat sich diese PatientInnenkultur verändert. Die Erkrankten möchten über Behandlungsmethoden genau informiert werden und stellen eine plötzlich verordnete medikamentöse Behandlung vorher infrage, bevor sie diese nur auf Anraten annehmen. Des Weiteren wollen diese zwischen verschiedenen Vorschlägen für ihre Behandlung mitentscheiden können, welche sie für sich am erfolgreichsten erachten. Sehen PatientInnen ihre Behandlungsmaßnahmen als sinnvoll an, trägt dies bereits zum Gelingen bei. Was bedeutet es jedoch konkret mündige Behandelte zu sein? Einerseits findet man die Aussage des PatientInnenanwalts, Dr. Bachinger, welcher Mündigkeit mit inneren und äußeren Vermögen zur Selbstbestimmung definiert. Diesen somit als Zustand der Unabhängigkeit bestimmt, indem man für sich selbst spricht und für sich selbst sorgen kann (www.gesundleben.at). Andererseits beschreibt Linus S. Geisler in seinem Artikel „Idealbild/ der mündige Patient“ (2003) den Ausdruck der verabsolutierten PatientInnenautonomie. In diesem Beitrag widmete sich der Autor unter anderem der Frage, wie viel Autonomie der kranke Mensch überhaupt will und auch verträgt und ob Mündigkeit einen Ersatz für Vertrauen darstellt? Denn eine vertrauenswürdige ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung ist der Mehrheit der zu Behandelten lieber als die vollkommen autonome Selbstbestimmung (vgl. Geisler 2003:2).

Da Autonomie weiters eine plastische Eigenschaft aufzeigt, ist es Tatsache, dass je kränker, je leidender und je hilfloser PatientInnen sind, desto mehr nehmen deren Fähigkeiten selbstbestimmte Entscheidungen zu treffen ab. Bei bewusstlosen NotfallpatientInnen ist diese gar nicht mehr vorhanden.

Somit stellt sich die provokante Frage, ob das Optimum der Autonomie nur etwas für junge Gesunde ist (vgl. Geisler 2003:1)?

Kommt man zu selbstbestimmten Verhalten, indem man der Aussage „je mehr Wissen, desto größer die Mündigkeit“ Gültigkeit verleiht? PatientInnen werden heutzutage durch das Internet mit dessen großer Anzahl an Gesundheitsportalen mit Diagnostiken und Behandlungstipps nur so überschüttet. Die Informationen, die jene „Internetdoktoren“ den Behandelten geben, überfordern diese meist und führen auch zu Ängsten vor Krankheiten, die beim persönlichen Besuch der ÄrztInnen meistens gar nicht diagnostiziert würden (vgl. Geisler 2003:2).

„Ärztliches und pflegerisches Handeln, dass sich ausschließlich an der PatientInnenautonomie als oberster Norm orientiert, läuft Gefahr, PatientInnen zu überfordern, alleine zu lassen und zu vernachlässigen, zugleich Verantwortung abzugeben und in kühle Distanz zu gehen“ (vgl. Aschermann 2009: 7).

2. Autonomie und Selbstbestimmung in der Medizinethik

2.1 Historische Perspektive der Medizinethik

Traditionell wurden sowohl die Heilungserwartung der Kranken, als auch das Heilungsversprechen der ÄrztInnen, in einer individuellen und persönlichen ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung festgehalten. Aufgrund der medizinischen Fachkenntnisse sahen sich ÄrztInnen in erster Linie für das gesundheitliche Wohl der Kranken verantwortlich. Im Zentrum der Behandlungsethik standen die medizinethischen Prinzipien des ärztlichen Handelns zum gesundheitlichen Wohl des Kranken (*salus aegroti suprema lex*¹) und das Prinzip der Schadensvermeidung (*nihil nocere*²). Weniger Beachtung wurde zu dieser Zeit der Respektierung der Selbstbestimmung der PatientInnen geschenkt (vgl. Vollmann 2008: 13f).

In diesem paternalistischen³ Spannungsfeld kamen folgende Gedanken auf: Informieren ÄrztInnen auf der einen Seite PatientInnen über Heilungschancen, die nicht eintreffen werden, so stellt dies eine Falschmeldung und eine Missachtung der Würde der PatientInnen dar. Übergeben ÄrztInnen auf der anderen Seite schlechte Prognosen ohne Rücksicht auf die PatientInnen, so besteht infolgedessen die Gefahr den Zustand des Kranken zu verschlimmern. So entschieden sich damals die Mehrheit der ÄrztInnen für eine geringere Informationsweitergabe an PatientInnen und wiesen auf das Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen hin (vgl. Vollmann 2008: 14).

¹ „Das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz“ (vgl. Lautenbach 2002: 15).

² „Nicht schaden“ (vgl. Lautenbach 2002: 501).

³ *Paternalistisches Modell*: Die ÄrztInnen stellen aufgrund ihrer Expertise den Gesundheitszustand der PatientInnen fest und bestimmen die weitergeführten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen, um die zu Behandelten wieder gesund zu machen. Die PatientInnen bekommen selektierte Informationen, um deren Zustimmung für jene Maßnahmen zu erhalten, die die ÄrztInnen für das Beste halten. Die ÄrztInnen entscheiden somit alleine, welche Behandlungen für die Gesundheit und das Wohlergehen der PatientInnen umzusetzen sind. Die Beteiligung der PatientInnen geschieht in eingeschränkter Form und es wird Dankbarkeit von Seiten dieser erwartet (vgl. Klemperer 2003: 14).

Jay Katz, ein amerikanischer Arzt, zeigte auf, dass die Selbstbestimmungsrechte der PatientInnen in jeder früheren Epoche in den Hintergrund gedrängt wurden und ausschließlich der Gesundheitszustand der PatientInnen von großer Wichtigkeit war. Somit wurde das Wohl der Kranken ohne Einbeziehung des persönlichen Willens, sondern aufgrund der medizinischen Sachverhalte, für die ÄrztInnen ExpertInnen sind, festgelegt (vgl. Katz 1984).

Heute, im Zeitalter der Transparenz und Mitbestimmung, lässt es sich nur mehr als fehlerhaft bezeichnen, Informationen über die Erkrankung den PatientInnen zu verschweigen, denn auf diese Art und Weise fehlt es an einer ausführlichen und genauen Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (vgl. Leist 1990; Jens/Küng 1995).

2.2 Medizinethik

Die Medizinethik veranschaulicht eine Ethik vielfältiger besonderer Situationen, die traditionell als philosophische Disziplin gilt.

Nach Kaminsky zeigt diese die „ethische Reflexion auf bestimmte Themen, und zwar Themen im Zusammenhang mit dem Gesundheitssystem“ (vgl. Kaminsky 1998: 192). Nicht nur die ärztliche Perspektive auf Wertfragen bezüglich medizinischen Handelns, sondern auch Fragen des Gesundheitswesens zeigen essentielle Gegenstandsbereiche der medizinischen Ethik auf. Der Sachverhalt von Ethik und Medizinethik wird bei Sporken (1989) folgendermaßen dargestellt:

„Die medizinische Ethik unterscheidet sich nur dadurch von der allgemeinen Ethik, dass sie sich auf die ethischen Probleme im Bereich der Gesundheit und Gesundheitspflege beschränkt“ (Sporken 1989: 714).

Sowohl Außermoralisches als auch Moralisches findet sich auf Grund der Kompliziertheit in der medizinischen Handlung wieder, da diese weltanschauliches, politisches, moralisches und ökonomisches Bewusstsein beinhaltet.

Weiters veranschaulicht die Ethik als philosophische Disziplin eine wichtige theoretische Grundlage für die Zweckbestimmung in der Medizin (vgl. Glaß 1989: 187).

Die unterschiedlichen Konzepte des Krankheitsbegriffes und auch die Konsequenzen der Selbstbestimmung der PatientInnen sind essentielle Elemente medizinischer Denkarbeit. In diesem Fall darf nicht näher auf die Unterscheidung von Krankheit und Behinderung zurückgegriffen werden.

Ten Have hat Gesundheit im Gegensatz zu der Definition der WHO (Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens) als Funktionieren folgender drei Perspektiven präsentiert (vgl. Ten 1998: 56f):

1. Der Gesundheitszustand wird wesentlich beeinflusst von Autonomie und Selbstbestimmung. Gesundheit zeigt an dieser Stelle das Gleichgewicht zwischen dem, was die Person möchte und dem was sie erreichen kann = *individueller Ansatz*.
2. Gesundheit als typisches Gelingen innerhalb der Spezies = *medizinisch-professioneller Ansatz*.
3. Gesundheit stellt gleichzeitig auch die Teilhabe jedes Mitglieds der Gesellschaft am sozialen Leben dar = *am Gemeinwesen orientierter Ansatz* (vgl. Ten 1998: 56f).

Geht es um die Diskussion spezifischer Probleme am Lebensende bietet sich der individuelle Ansatz besser an als der medizinisch-professionelle (vgl. May 2001: 28).

Gesamt betrachtet kommt der Medizinethik die Aufgabe zu, die Qualität ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten im Sinne einer besseren Versorgung zu gewährleisten (vgl. May 2001: 28).

Nach diesem Kapitel wird in diesem Zusammenhang auf die ebenso wichtige Thematik der Ethik und Moral eingegangen.

2.3 Ethik und Moral

Zunächst einmal ist es essentiell zu klären, wie Ethik und Moral sowohl miteinander zusammenhängen als auch welche Grenzen zwischen diesen beiden zu ziehen sind.

Während die Moral (Ethos = Verhalten, Sitte) die Gesamtheit der tradierten Verhaltensnormen, welche von einer Gesellschaft oder einer bestimmten Gruppe akzeptiert werden, beschreibt, stellt die Ethik die selbstreflexive Theorie über die Moral dar. Moral hat ihren Ursprung in dem lateinischen Begriff *mos* (Sitte) und meint die gelebte Überzeugung einer Gesellschaft oder Gemeinschaft. Zur Moral zählen Güter und Pflichten, die erst das Zusammenleben einer Gesellschaft ermöglichen (vgl. May 2001: 25).

Ethik hingegen zeigt sowohl eine Disziplin der Philosophie als auch der Theologie auf, wobei die philosophische Ethik sehr darauf bedacht ist, alle religiösen oder weltanschaulichen Vorraussetzungen auszuschließen (vgl. Körtner 2004: 16f).

Ethik untersucht somit die Gesetzmäßigkeiten der Moralentwicklung mit der Aufgabe moralische Werte und Normen in Übereinstimmung mit den objektiven gesellschaftlichen Erfordernissen zu entwickeln, zu begründen und zu beschreiben (vgl. Körtner 2004: 17).

„Ethik als Wissenschaft fragt nach dem, was richtig oder falsch, gut oder schlecht ist, und zwar immer unter dem Gesichtspunkt, wie menschliches Leben und Zusammenleben möglichst optimal gelingen kann“ (Hofmann 1995a: 445 zit. nach Lay 2004: 32).

Ethik kommt dort zum Vorschein, wo überkommene Lebensweisen und Institutionen ihre Geltung verlieren, und zeigt sich als spezielle Art der Kommunikation, um auf die Achtung oder Missachtung dieser aufmerksam zu machen. Die Besonderheiten der Selbstbestimmung von PatientInnen, bringen Fragen ans Licht, welche es gilt mit Hilfe von Erklärungsansätzen ethischer Prinzipien zu analysieren (vgl. Jankowska 2007: 44f).

2.4 Erklärungsansätze

Voraussetzung für diese Erklärungsansätze ist die Frage, weshalb Prinzipien überhaupt nötig sind?

Prinzipien gewährleisten eine Einigkeit über die einzelnen Moralgemeinschaften hinaus. Sie werden nicht ausschließlich durch psychologische Gründe verantwortet, sondern als Neigung zu respektvollem und sympathischen Verhalten. In einer säkulären-pluralistischen Gesellschaft, welche unterschiedliche Moralgemeinschaften mit unterschiedlichen Werten, nämlich jenen der eigenen Gesellschaft und jene der anderen, kann man Prinzipien nicht letztbegründen (vgl. Holzem 1999: 84).

Somit verlangt es nach Prinzipien, die für all diese unterschiedlichen Gemeinschaften eine umfassende Grundvoraussetzung aufzeigen, an die alle Personen strikt gebunden sind. Bereits der Begriff „Prinzip“ an sich (principia) ist als Anfang oder Ursprung von Bereichen des moralischen Lebens zu verstehen. Prinzipien sollen keine unbedingte Bindung aufzeigen, sondern diese gewährleisten einen Aufschluss moralischer Probleme und Fragestellungen. Prinzipien können dann mit Rahmenbedingungen für einen möglichen Diskurs säkular-pluralistischen Gesellschaft verglichen werden, wenn, gemeinsame Interessen, wie beispielsweise das Gute hochzuhalten und dem Schlechten zu entsagen, innerhalb dieser Rahmenbedingungen eine moralische Autorität aufzeigt (vgl. Engelhardt 1986: 45).

Prinzipien zeigen sowohl die Grenzen der Ethik auf, als dass diese auch jene ausschließen, die nicht innerhalb dieser Prinzipien verweilen wollen. Diese müssen sich jedoch auf adäquate Abwehrmaßnahmen einstellen. Das Wichtigste an dieser Stelle ist eine Moralität des gegenseitigen Respekts (vgl. Engelhardt 1986: 45).

Im Folgenden werden einige Ansätze, welche bestimmte medizinethische Prinzipien zu erklären versuchen, dargelegt. Die Erkenntnis hinter diesen Ansätzen ist, dass sich zukünftige Probleme nicht mit vergangenen Normen und Prinzipien behandeln lassen (vgl. May 2001: 28).

2.4.1 Die vier medizinethischen Prinzipien

Wie bereits im ersten Kapitel „Die historische Perspektive der Medizinethik“ beschrieben, standen medizinethische Prinzipien im Zentrum der Behandlungsethik.

Bioethik, ein Aspekt der Ethik, drückt etwas über die moralische Richtigkeit im Umgang mit dem Lebendigen aus. Im Bereich der Bioethik verdient es ein Buch ganz besonders erwähnt zu werden: Principles of Biomedical Ethics von Beauchamp und Childress (vgl. Marckmann 2000: 500).

Seit 1979 sind bereits 6 Auflagen dieses Werkes veröffentlicht worden. Es zeigt ein Modell von vier Prinzipien auf, mit Hilfe dessen sich alle TeilnehmerInnen an moralischen Diskursen mitteilen können:

1. Prinzip der Achtung der Selbstbestimmung (autonomy)
2. Prinzip der Schadensvermeidung (nonmaleficence)
3. Prinzip der Fürsorge (beneficence)
4. Prinzip der Gerechtigkeit (justice) (vgl. Beauchamp/Childress 2001: 12f).

Einstmals wurde die Reihung der Prinzipien hierarchisch konzipiert, wobei dem Prinzip der Achtung der Autonomie ein großer Vorrang eingeräumt wurde.

Inzwischen gilt keine Rangordnung mehr, kommt es zu einem Konflikt, müssen jene Prinzipien nach den Kriterien der Gewichtung gegeneinander abgewogen werden. Damit gemeint ist, dass eine fallbezogene, gut begründete Abwägung der Prinzipien von Nöten ist. Jene Gewichtung sollte nicht einfach so entschieden werden, sondern vielmehr auf vernünftig einsehbaren Argumenten beruhen, welche mit unseren moralischen Überzeugungen konform gehen. Denn speziell in solch einem Konfliktfall zeigt es sich essentiell die getroffene Entscheidung mit Gründen und Argumenten für andere nachvollziehbar zu machen (vgl. Marckmann 2000: 500).

Das Prinzip der Autonomie und jenes der Fürsorge sind die beiden am Meisten erwähnten Prinzipien in Verbindung mit der ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung. Die daraus entstandenen Verpflichtungen können sowohl in Übereinstimmung als auch im Konflikt zueinander stehen. Als Beispiel lässt sich hier anführen, dass die Verpflichtung der ÄrztInnen Krankheiten zu behandeln (beneficence), dem Wunsch der PatientInnen widerspricht, wenn diese eine weitere Behandlung ablehnen (autonomy) (vgl. Aschermann 2009: 7).

2.4.2 Die ethische Autonomielehre Kants

Die Wurzeln des Verständnisses von Autonomie als Selbstbestimmung des Menschen finden sich in der Aufklärung. Immanuel Kants Philosophie besagt, dass der Mensch frei ist und seine Handlungsfreiheit allein in der Selbstbestimmung und Selbstgesetzgebung findet (Schweppenhäuser 2006).

Als Basis der Selbstständigkeit der menschlichen Natur versteht Kant die Autonomie und grenzt eine Verwendung des Menschen als Mittel zum Zweck aus. Weiters sieht er die Autonomie des menschlichen Willens als Ursprung seiner Würde als Mensch. Auch in Kants kategorischem Imperativ, seinem Moralprinzip, stellt er die Menschenwürde als universalen Wert vor (Aschermann 2009: 4).

„Handle so, dass die Maxime deines Willens jederzeit zugleich als Prinzip einer allgemeinen Gesetzgebung gelten könnte“ (vgl. Ascherman 2009: 4).

Kant hebt des Weiteren hervor, dass Freiheit nicht nur den einfachen Zustand des „Alles tun können, was wir wollen“ aufzeigt. Auch nicht, dass alle anderen so handeln sollen wie ich dies tue, sondern dass die Ursachen meines Handelns jene sind, die für alle anderen einsehbar, verstehbar und deshalb zumutbar sind. Die wichtigste Aussagekraft besitzt in der Kantischen Ethik jedoch das Bewusstsein, Freiheit mit moralischer Autonomie gleich zu setzen.

Unter Immanuel Kants Auffassung von Autonomie wird das freie Handeln nach allgemeinen, selbstgegebenen und universalisierbaren Gesetzen verstanden (vgl. Aschermann 2009: 4).

Weiters werden in seiner Philosophie die Vernunftbegabtheit des Menschen, Autonomie und Menschenwürde systematisch zusammen geschweißt (vgl. Düwell 2008: 176ff).

Alle Menschen haben die Fähigkeit zur Vernunft inne und dies erlaubt, Zwänge zu hinterfragen, und ist die Bedingung für Autonomie. Heraus kristallisiert hat sich der Gedanke der Menschenwürde aus der religiös-metaphysischen Einbindung.

Nicht mehr die Ebenbildlichkeit verleiht die Würde des Menschen, sondern Vernunft und Freiheit rücken ins Zentrum (vgl. Weidmann-Hügler 2007).

Der Begriff der Würde fand erst im 20. Jahrhundert als Basis der Menschenrechte Zugang zu einer Vielzahl von internationalen und rechtlichen Dokumenten, wie beispielsweise in die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte von 1948 und auch andere nationale Verfassungen:

„Alle Menschen sind frei und gleich an Würde und Rechten geboren“ (vgl. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte 1948).

Dies hat zur Auswirkung, dass der Mensch als Subjekt seiner eigenen Lebensgestaltung angesehen werden muss. Im speziellen Fall der Medizin, gelten PatientInnen in besonderer Weise verletzlich und verlangen nach besonderem Schutz. Aber nicht die Verletzbarkeit steht hierbei im Fokus, sondern die Bedürftigkeit in besonderer Weise, d.h. eine Abhängigkeit von Unterstützung und Hilfe der Medizin. Diese Unterstützung ist ein wesentlicher Punkt für die Umsetzung der PatientInnenautonomie – welche in einem späteren Kapitel noch einmal aufgegriffen wird (vgl. Aschermann 2009: 4f).

2.4.3 Das Prinzip des Zulassens nach Engelhardts

Engelhardt tauft in seiner zweiten Auflage des Buches „Foundations of Bioethics“ (1996) das Autonomieprinzip der ersten Auflage (1986) in das „Prinzip der Zulassung, Erlaubnis“ um.

Dieses „principle of permission“ zeigt eine Restriktion des Prinzips der Selbstbestimmung bei Beauchamp/ Childress auf, da das Prinzip der Erlaubnis das „Recht zur Ablehnung“ oder das „Recht, gefragt zu werden“ erklärt. Das säkulare Prinzip der Einigung und des Willens zur Kooperation stellt die Basis für das Prinzip der Erlaubnis dar (vgl. Engelhardt 1996: 69).

Neben der oben erwähnten Darstellung präsentiert der Autor des „principle of permission“, acht rationale Fundamente zur Begründung ethischer Werturteile:

1. *Naturgegebenheiten.* Engelhardts Meinung nach sind naturalistische Ethikbegründungen nicht von Erfolg gekürt, da moralische Wertaussagen über das, was sein soll, nicht durch Tatsachenaussagen begründet werden können (vgl. Engelhardt 1996: 70).
2. *Ethische Intuitionen.* Bei gemeinsamen kulturübergreifenden moralischen Intuitionen ist nach dem Geltungsgrund zu fragen.

3. *Konsequenzen von Handlungen.* Ein Urteil auf Basis resultierender Konsequenzen verlangt nach einem gemeinsam angestrebten Wertesystem, welches in einer pluralistischen Gesellschaft nicht aufzufinden ist.
4. *Entscheidungen unparteilicher, neutraler Beobachter.* Der neutrale Beobachter, im Sinne von Rawls (1972), muss Präferenzen für eine von zwei oder mehreren Handlungsalternativen setzen, da sonst nicht erkennbar ist, ob eine Motivation für die eine oder andere Handlungsalternative vorhanden ist und wie diese aussieht.
5. *Freie und gleiche gesellschaftliche Diskurse.*
6. *Spieltheoretische Kooperationsmodelle.* Jene Ideen stellen alltägliche Handlungsweisen nach und versuchen auf diese Art und Weise die erfolgsversprechendste Verhaltensweise unter einem evolutionären Gesichtspunkt empirisch zu erläutern. Um Moral zu begründen, ist nicht auf die Spieltheorie zurück zu greifen, da auch Verhaltensweisen mit moralisch schlechtem Ergebnis in Teilbereichen evolutionär Erfolge erzielen können.
7. *Kasuistiken*
8. *Theorien mittlerer Reichweite* (vgl. Engelhardt 1996: 51ff).

2.5 Die Autonomie

Nachdem im Vorangegangenen einige Begründungsansätze unterschiedlicher medizinethischer Prinzipien präsentiert wurden, wird im Folgenden der Entwicklung zum Autonomiebegriff hin nachgegangen.

2.5.1 Die moralische Autonomie bei Durkheim

„Wir können uns einen moralischen Akt nur dann als rein moralisch vorstellen, wenn wir ihn in voller Freiheit und ohne irgendeinen Druckausgeführt haben. Wir sind aber nicht frei, wenn das Gesetz, nach dem wir unser Benehmen regeln, uns aufgezwungen wird, und wenn wir es nicht freiwillig gewollt haben. Diese Tendenz des Moralbewusstseins, die Moralität des Aktes an Autonomie des Handelnden zu binden, ist eine Tatsache, die nicht geleugnet werden kann und über die man sich Rechenschaft geben muss“ (Durkheim 1999a: 157f.).

Jene moderne Autonomieidee hat nach Durkheims Auffassung zwei bedeutende Ursachen:

1. Die Verankerung moralischer Regeln im individuellen Bewusstsein
2. Kants Postulat der Willensfreiheit (vgl. Kron/Reddig 2003: 178).

Ad 1: Individuen können nur dann ein moralisches Urteil bilden und sich bezüglich ihres Handelns von moralischen Regeln leiten lassen, wenn, diese die „Regeln der gängigen Moral“ in ihrem Bewusstsein festsetzen (vgl. Durkheim 1986a: 35). Ist dieses moralische Bewusstsein gegeben, kommt man schnell zu dem Schluss, dass Moral individuell sei, etwas, zu dem Individuen autonom kommen. Die Fähigkeit moralische Urteile zu bilden, wird sehr oft als natürliche menschliche Fähigkeit erachtet.

Moral hinterlässt auf Grund dessen, dass in der Gesellschaft gültige moralische Regeln erst in der Tiefe des individuellen Bewusstseins aufzufinden sind und somit moralische Urteile spontan zum Vorschein kommen, den Eindruck als handle es sich um Instinkt.

Im Bezug auf moralisches und unmoralisches Handeln verhält sich der Mensch spontan und unbewusst (vgl. Kron/Reddig 2003: 178f).

Das moralische Bewusstsein vergleicht Durkheim mit einer Art inneren Stimme, von der wir oft gar nicht wissen woher ihre Autorität kommt (vgl. Durkheim 1986a: 33). Dies zeigt gleichzeitig auch den Aspekt auf, warum mit dem Zwang zur Moral auf Ablehnung gestoßen wird. Sieht man Moral nämlich als etwas aus dem Inneren des Menschen kommenden, dann darf diese auch nicht aufgezwungen werden (vgl. Bauman 2000a).

Durkheims Auffassung weicht der von Bauman etwas ab, denn für Durkheim wirkt die Moral wie ein Instinkt, wiewohl er keiner ist (vgl. Durkheim 1986a: 40). Denn moralische Regeln müssen für die Individuen durch die unterschiedlichen gesellschaftlichen Instanzen erst gefestigt werden. Ganz klar verneint Durkheim den Gedanken einer individuellen moralischen Autonomie, bei der Menschen von sich aus moralisch handeln können und ihnen dies nicht sozial vermittelt wird (Kron/Reddig 2003: 180).

Ad 2: Wie bereits in dem vorangegangenen Kapitel „Die ethische Autonomielehre Kants“ gezeigt, ist zur Zeit der Aufklärung die Idee der Autonomie durch die Arbeiten Kants hervorgehoben worden (vgl. Durkheim 1999a: 158). Vertiefend zu den oberen Zeilen ist Kant der Auffassung, dass die Unterordnung des Denkens unter gesellschaftliche Vorgaben zu einer „selbstverschuldeten Unmündigkeit“ führt, aus welcher der Mensch loskommen muss, um moralisch handeln zu können (vgl. Kant 1975: 55).

Diese Position kann Durkheim nicht teilen, da für ihn Moral ausschließlich aus der Gesellschaft heraus entsteht. Der Gesellschaft kommt die Aufgabe zu, dass die Individuen die moralischen Regeln als vorgegeben annehmen und akzeptieren.

Durkheims Ansicht nach kann eine von Zwang unabhängige Moral nicht existieren. Weiters behauptet er, dass Kant mit seinem Transzendentalismus der Willensfreiheit und Vernunft zu viel Bedeutung beimisst (vgl. Kron/Reddig 2003: 180).

Der Mensch ist ein Gesellschaftswesen, daher lassen sich moralische Regeln nicht zur Gänze gegen seinen Willen durchsetzen, aber der individuelle Wille kann durch die Gesellschaft beeinflusst werden. Da der Mensch jedoch nur im begrenzten Maße ein zur Vernunft fähiges Wesen darstellt, können jene moralischen Regeln, die alleine von der Gesellschaft geschaffen werden, die Vernunft brechen (vgl. Kron/Reddig 2003: 180).

„Alles beweist im Gegenteil, dass das Moralgesetz mit einer Autorität bekleidet ist, die selbst der Vernunft Respekt aufzwingt“ (vgl. Durkheim 1999a: 156).

Durkheim erachtet Individuen nicht autonom, auf der Basis ihres Instinktes oder ihrer Vernunft, über moralische Regeln bestimmen zu können. Das zeigt für ihn nur eine moderne Illusion auf. Dennoch nimmt er keine grundsätzliche Abstandshaltung gegenüber der Vorstellung einer moralischen Autonomie ein. Schließlich meint Durkheim jedoch, dass sich moralische Autonomie und Zwang nicht unbedingt entgegenstehen müssen (vgl. Durkheim 1999a: 143).

Nach diesem Überblick über Ethik und Moral wendet sich das folgende Kapitel der PatientInnenautonomie zu.

2.6 Zur PatientInnenautonomie

2.6.1 Entwicklung von der Fürsorge zur Autonomie

Ursprünglich ist ärztliches und pflegerisches Ethos an der Disziplin der Fürsorge orientiert. Der Aspekt der Selbstbestimmung der PatientInnen lässt sich im Hippokratischen Eid⁴ hingegen nicht finden (vgl. Aschermann 2009: 5).

Wie bereits im Kapitel „Historische Entwicklung der Medizinethik“ beschrieben, prägte das paternalistische Fürsorgemodell, bei jenem das Wohl der PatientInnen ohne Berücksichtigung auf deren Willen oder Zustimmung zu finden war, die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung bis ins 20. Jahrhundert hinein. Mit dem Hintergrund der wohlwollenden Bevormundung, lag es in den Händen der ÄrztInnen was den PatientInnen gut tut (vgl. Aschermann 2009: 5).

Historische Ereignisse (allen voran die des zweiten Weltkrieges mit Humanexperimenten von ÄrztInnen in Konzentrationslagern) brachten hervor, dass Appelle für verantwortliches ärztliches Handeln alleine nicht ausreichten, um das Wohl von PatientInnen zu garantieren. Respektive muss ärztliches Handeln von den PatientInnen bewusst gestattet werden (vgl. Aschermann 2009: 5).

⁴ Ich schwöre bei Apollon, dem Arzte, und bei Asklepios, Hygieia und Panakeia und bei allen Göttern und Göttinnen als Zeugen, dass ich nach bestem Vermögen und Urteil diesen Eid und diese Verpflichtung erfüllen werde:

Dem, der mich diese Kunst lehrte, gleich zuachten meinen Eltern, mit ihm den Unterhalt zu teilen und ihn mitzuversorgen, falls er Not leidet, seine Nachkommen meinen männlichen Geschwistern gleichzustellen und, wenn sie es wünschen, sie diese Kunst lehren, ohne Entgelt und ohne vertragliche Verpflichtung, Ratschlag und Vorlesung und alle sonstigen Belehrungen zu erteilen meinen und meines Lehrers Söhnen wie auch den Schülern, die vertraglich verpflichtet und vereidigt sind nach ärztlichem Brauch, sonst aber niemandem. Meine Verordnungen werde ich treffen zu Nutz und Frommen der Kranken, nach bestem Vermögen und Urteil, sie schützen vor allem, was ihnen Schaden und Unrecht zufügen könnte. Nie werde ich, auch nicht auf eine Bitte hin, ein tödliches Gift verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen. Gleichweise werde ich niemals einer Frau ein fruchtatreibendes Mittel geben. Heilig und rein werde ich mein Leben bewahren und meine Kunst. Auch werde ich den Blasenstein nicht operieren, sondern dies denen überlassen, deren Beruf dies ist. In welches Haus ich eintrete, eintreten will ich zu Nutz und Frommen der Kranken, mich

fernhalten von selbstverschuldetem Unrecht und jeder Schädigung, insbesondere von Werken der Wollust an den Leibern von Frauen und Männern, Freien und Sklaven. Was ich bei der Behandlung sehe und höre oder außerhalb der Behandlung im Verkehr mit den Menschen, soweit man es nicht ausplaudern darf, werde ich verschweigen, da hier Schweigen Pflicht ist.

Wenn ich nun diesen meinen Eid erfülle und nicht verletze, möge mir im Leben und in der Kunst Erfolg beschieden sein, Ruhm und Ansehen bei allen Menschen bis in fernste Zeiten; wenn ich ihn übertrete und meineidig werde, dessen Gegenteil (www.patientenanwalt.com).

Somit wurde einerseits durch die ständig wachsende medizinische Verfügungsmacht über die menschliche Gesundheit und das menschliche Leben und andererseits durch die zunehmende Individualisierung von Werten und Lebenskonzepten der Wille der selbstbestimmten PatientInnen immer mehr in den Rang einer „Lex suprema“ befördert. Im Verhältnis dazu verlor das Prinzip der Fürsorge, durch dessen bitteren Beigeschmack des Paternalismus immer mehr an Bedeutung, ein so genannter Paradigmenwechsel vom „beneficence model“ zum „autonomy model“ (vgl. Geisler 2004: 1). Der Weltärztebund betitelte jenen Paradigmenwechsel in seinen Erklärungen so, dass die Legitimität medizinischer Handlungen von der freien und informierten Zustimmung der Betroffenen abhängig gemacht wird. Somit stellt die PatientInnenautonomie das ausschlaggebende Kriterium von ärztlichen und pflegerischen Handeln dar. PatientInnen sollten mit deren gesamter Wertorientierung in den Behandlungsprozess mit einfließen (vgl. Aschermann 2009: 6).

Es wird nicht angezweifelt, dass Anerkennung und Förderung von Autonomie Grundsteine ärztlichen Handelns aufzeigen, dennoch ist zu hinterfragen, ob Selbstbestimmung als uneingeschränkte Letztbegründungsressource in der Medizin Anwendung findet (Geisler 2004: 1).

Die These, dass Autonomie über das eigene Leben den Hauptinhalt der Menschenwürde ausmacht, hält jene Wertvorstellung entgegen, nach der Autonomie und Würde eines Menschen erst durch Fürsorge für andere zustande kommt. Denn vorher ist zu untersuchen, ob das Prinzip der Autonomie dem Prinzip der Fürsorge überhaupt vorzuziehen ist oder ob diese beiden in einem Spannungsverhältnis beisammen stehen (Geisler 2004: 2).

2.6.2 Die Problematik des Autonomiebegriffs

Das vorige Kapitel lässt darauf schließen, dass das heutige Ideal „mündige“ PatientInnen sind, welche aufgeklärt, eigenverantwortlich und selbstbestimmt den Verlauf ihrer Behandlung vorgeben. An dieser Stelle kommt jedoch die Frage auf, ob umfassend aufgeklärte GeriatriepatientInnen bezüglich der Entscheidung zwischen unterschiedlichen Rehabilitationsbehandlungen wirklich auf sich alleine gestellt sein wollen? Fühlen sich diese dann noch als „mündig“ oder doch eher als krank? Wie schnell kann der Ruf nach Selbstbestimmung in „Sich-Selbst-Überlassensein“ umkippen? Schotsmans deutet in diesem Zusammenhang den Begriff „olympische Selbstkontrolle“ an, zu welcher invalide Kranke kaum mehr eine Fähigkeit dazu verspüren würden (vgl. Schotsmans 2002).

Also, wie viel „Mündigkeit“ ist erträglich und wie hoch darf der Preis dafür sein? Bekanntermaßen lässt sich eine stabile Autonomie nicht beibehalten, wenn Welt-, Menschen- oder aber auch Gottesbilder plötzlich einstürzen (vgl. Geisler 2003: 5).

Prinzipiell hat Autonomie nichts absolut Statisches an sich, speziell im Fall der Krankheit zeigt sich diese als fluktuierend. Und weiters soll diese sehr wohl Grenzen haben, wenn sie sich letztlich nicht gegen die PatientInnen selbst richten soll (vgl. Geisler 2003: 5).

Der Wille des Menschen, der eigene eingeschlossen, zeigt ausschließlich einen mutmaßlichen Willen auf. Der Wille von gestern muss nicht mehr der heutige sein, der heutige nicht mehr der morgige und nicht mal der in der Frühe dem des Abends entsprechen. Dies trifft umso mehr auf PatientInnen zu, die oftmals extremen Stimmungsschwankungen unterliegen. Fluktuierende Wirklichkeiten sind während eines Aufenthaltes in Krankenhäusern keine Seltenheit (Geisler 2003: 5).

„Und seit jeher gilt, dass der Mensch nicht aus einem Stück ist, sondern eine Summe von Widersprüchen“ (Velikic 2003: 40).

2.6.3 Der Begriff PatientInnenautonomie

Weltweit bekannt gemacht hat das Prinzip des Respekts vor der Autonomie der PatientInnen das von Tom Beauchamp und James E. Childress geschriebene Buch „Principles of Biomedical Ethics“. Die Achtung der Autonomie wird hierin als Anerkenntnis, dass Personen das Recht haben, gewisse Positionen zu vertreten, Entscheidungen zu treffen und gemäß ihrem Wertesystem zu handeln, betrachtet (vgl. Knoepffler 2008: 59).

Im medizinischen Bereich bedeutet das, dass PatientInnen das Recht zugestanden wird, Behandlungen zuzustimmen oder abzulehnen, nachdem sie auch darüber aufgeklärt wurden. Medizinethisch heißt PatientInnenautonomie das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen (vgl. Knoepffler 2008: 59).

Mit der Zeit hat sich jedoch gezeigt, dass ein Autonomiebegriff, der nicht mehr als den Respekt vor der Selbstbestimmtheit des anderen aufzeigt, in der klinischen Realität zum lebensfernen Konstrukt führen kann. Somit kommt die Frage nach den unterschiedlichen Deutungsmöglichkeiten des Autonomiebegriffs auf. Dieser lässt sich einerseits sehr eng begrenzen, mit dem alleinigen Recht auf informierte Zustimmung, und andererseits sehr weit, mit dem in der angloamerikanischen Pflegeethik bekannten Recht auf Hilfe bei der Selbstklärung⁵ oder der bei der persönlichen psychischen Weiterentwicklung (Benner 1994).

Unterschiedliche Ausfüllungen des Begriffs der Autonomie entstehen, wenn man der Frage nach Individualität oder Relationalität nachgeht (Biller-Adorno 2001). Auf der einen Seite steht das Prinzipienmodell, welches eine Person aufzeigt, die selbstständig, rational und ohne Einfluss anderer über sich entscheidet. Auf der anderen Seite findet sich das Care-Modell, das von der grundsätzlichen menschlichen Eingebundenheit in Beziehungen ausgeht.

⁵ „Selbstklärung ist sowohl ein Wert und Ziel in sich selbst als auch die Voraussetzung für eine klare Kommunikation. Ein Ziel in sich selbst insofern, als es für den Einzelnen bereits außerordentlich befreiend und heilsam ist, wenn er sein Anliegen, seine Gedanken und Gefühle so geäußert hat, wie es ihm wirklich angelegt ist: Authentizität ist heilsam“ (vgl. Schulz von Thun 2003: 64).

In der Fürsorgeethik wird das interdependente statt dem independenten autonomen Selbst emporgehoben. In seiner Definition ist dieses Selbst vereinigt mit anderen (Gilligan 1995). Auch Romano Guardini, Religionsphilosoph und Theologe, äußerte in diesem Zusammenhang, dass menschliche Personen nicht „in der Einzahl“ zu finden sind (vgl. Geisler 2004: 2).

Mitte der neunziger Jahre brachte George J. Agich die notwendigen interaktiven Prozesse zwischen ÄrztInnen und PatientInnen in das Autonomieverständnis mit ein.

„Autonomie, wie sie in der praktischen Alltagswelt erscheint, beinhaltet im Gegensatz zur idealen Welt der Theorie, immer auch Prozesse der Interpretation und des Aushandelns“ (Agich 1993: 42).

Ein Autonomieverständnis, welches von einer von jeden äußeren Einflüssen unabhängigen Selbstbestimmtheit ausgeht, steht im Widerspruch zu dem, was immer mehr an Bedeutung gewinnt. Nämlich, dass PatientInnenautonomie Sinn und Tragfähigkeit erst durch Relationalität und Kontextualität verliehen bekommt. Somit zeigt die PatientInnenautonomie kein monolithisches ethisches Prinzip auf, welches Gefahr läuft, die Distanzbildung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu vergrößern und eine möglicherweise fragwürdige Verlagerung von Verantwortung auf die PatientInnen abzuwälzen (vgl. Geisler 2004:3).

Auch aus der feministischen Bioethik kommt ein Beitrag zu PatientInnenautonomie, welcher die Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen betont. Dies ist das Modell der relationalen Autonomie, das die gegenseitige Verwiesenheit von ÄrztInnen und PatientInnen beachtet, die Fragilität der Autonomie und die Notwendigkeit diese auch zu stärken.

Weiters ermöglicht eine nicht paternalistische Fürsorge den Kranken eine autonome Selbstsorge. Entscheidungen werden von PatientInnen intersubjektiv, also mit Einverständnis getroffen. Hier laufen PatientInnen nicht Gefahr in Verlassenheit zu geraten (vgl. Rehbock 2002: 131ff).

Alles in allem kann die Autonomie der PatientInnen in sehr unterschiedliche Dimensionen gefasst werden. Genauso lassen sich verschiedene Aspekte zur Betrachtung der Autonomie finden, welche im Folgenden dargestellt werden.

2.6.4 Naturwissenschaftliche Betrachtungsweise

Die personelle Autonomie wird auch durch die jüngsten Erkenntnisse in der Hirnforschung deutlicher dargelegt. Der heutige Stand der Wissenschaft zeigt, dass jeder Mensch sowohl durch seine Genetik als auch durch seine Lebenserfahrung und seine Umgebung geprägt wird. Aufgrund dieser besonderen Persönlichkeitsstruktur, da diese einmalig zu finden ist, werden Entscheidungen getroffen, die notwendigerweise so oder anders ausfallen. Dennoch bleiben jene Errungenschaften im Bereich der naturwissenschaftlichen Betrachtungsweise nach wie vor umstritten (vgl. Ankermann 2004: 50).

2.6.5 Philosophische Betrachtungsweise

In der christlich religiösen Ethik kommt der Autonomie die Bedeutung zu, als Gottes Geschöpf, welcher in seinem Wesen einzigartig ist und der in von Gott gegebener Freiheit zum Handeln lebt. Dieses Handeln muss nur gegenüber Gott zur Verantwortung gezogen werden. Ähnlich fällt auch die Definition zur Autonomie in der philosophischen Ethik aus (vgl. Kabasser 2010: 17):

„Eine Person, die im Rahmen ihrer Möglichkeiten und im sozialen Kontext frei zu entscheiden vermag“ (Kabasser 2010: 17).

Im Zusammenhang mit der philosophischen Betrachtungsweise kommt wiederum Immanuel Kants Lehre zum Tragen. Diese Lehre geht davon aus, dass der Mensch, als vernünftiges Wesen im Gegenteil zu anderen Lebewesen sehr abstrakt zu denken vermag und über die Zukunft nachdenken kann.

Weiters wird der Mensch als generell frei angesehen und trifft in dieser Freiheit Entscheidungen, was dieser für richtig und geboten hält, für sich allein (vgl. Ankermann 2004: 50):

„Autonomie ist die Fähigkeit, selbstbestimmt, nach den eigenen, als vernünftig erkannten Regeln zu entscheiden und zu handeln. Der Umstand, dass es gesellschaftliche Zwänge gibt, die ein Handeln, das diesen Zwängen zuwiderläuft, unmöglich oder wenigstens sehr schwer machen, ändert an der Grundannahme einer personellen Autonomie nichts. Ihre rechtliche Ausprägung erhält die Autonomie durch die Anerkennung des Selbstbestimmungsrechts des Menschen“ (Ankermann 2004: 50).

2.6.6 Rechtliche Betrachtungsweise

Die rechtliche Lage im Bezug auf die ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung betrachtet jede Form einer ärztlichen Heilbehandlung als Eingriff in die körperliche Integrität und verlangt aus diesem Grund eine entsprechende Zustimmung. Auf Zwangsbehandlungen darf nur dann zurückgegriffen werden, wenn dies zum Schutz der PatientInnen oder zum Schutz der Gesellschaft geschieht (vgl. Kabasser 2010:19).

Somit steht es allen einwilligungsfähigen und entscheidungsfähigen PatientInnen zu, ärztliche Behandlungen ohne weitere Begründung, selbst wenn diese lebensrettend erscheinen, abzulehnen. Auch wenn das Wohl der PatientInnen das oberste und absolute Gebot des ärztlichen Handelns aufzeigt, treffen in letzter Instanz die PatientInnen selbst die Entscheidung für oder gegen eine medizinische Maßnahme. Selbst dann, wenn diese gemessen an den Maßstäben der modernen Medizin unvernünftig erscheinen (vgl. Kabasser 2010: 19).

Die rechtliche Betrachtungsweise stellt die Konsequenzen der eigenmächtigen Heilbehandlung ohne Einwilligung in Österreich im Strafgesetzbuch folgendermaßen dar:

„§110. (1) Wer einen anderen ohne dessen Einwilligung, wenn auch nach den Regeln der medizinischen Wissenschaft, behandelt, ist mir Freiheitsstrafe bis zu sechs Monaten oder mit Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen zu bestrafen.

(2) Hat der Täter die Einwilligung des Behandelten in der Annahme nicht eingeholt, dass durch den Aufschub der Behandlung das Leben oder die Gesundheit des Behandelten ernstlich gefährdet wäre, so ist er nach Abs. 1 nur zu bestrafen, wenn die vermeintliche Gefahr nicht bestanden hat und er sich dessen bei Aufwendung der nötigen Sorgfalt (§6) hätte bewusst sein können.

(3) Der Täter ist nur auf Verlangen des eigenmächtig Behandelten zu verfolgen“ (Fabrizy 2010: 358).

In jener gesetzlichen Regelung wird die Relevanz der Einwilligung stark betont und bereits eine teilweise Unkenntnis von möglichen zu erwartenden Folgen kann rechtliche Bedeutung nehmen. Heilbehandlungen gegen den erklärten Willen der PatientInnen werden auch bei Gefahr im Verzug als unrechtlich betrachtet (vgl. Fabrizio 2010: 359f).

2.6.7 PatientInnenautonomie und Willensfreiheit

Im Zusammenhang mit der PatientInnenautonomie steht jener Begriff der Willensfreiheit, weshalb an dieser Stelle Gedanken des Philosophen Peter Bieri (2001) zum Aspekt des angeeigneten Willens herangezogen werden:

Den freien Willen, den wir uns in unserem Erleben durch harte seelische Arbeit immer wieder neu zueigen machen müssen, bezeichnet man als angeeigneten Willen.

Dieser kommt auf Grund von Überlegungen und das Spiel der Fantasie zustande: In jenem Spiel präsentieren wir uns in einem neuen Profil. Gestaltend-schöpferisch verkleinern wir die Diskrepanz zwischen unserem tatsächlich wirkenden Willen und unserem Selbstbild. Wir nehmen auf diese Art und Weise Abstand zu uns selbst und führen über das was wir wollen mit uns selbst eine Argumentation. So entsteht eine trianguläre Struktur aus mehreren Wünschen und übergeordneter Rationalität, welche beiden unsere Lebensordnung und gewollte Handlungen aufzeigen (vgl. Tress/Erny 2009: 294).

Bieris Überlegungen zufolge fängt die Aneignung unseres Willens mit der genauen Aussage dessen, was wir langfristig wollen, an. Innere Bilder, Fantasien und Träume setzen uns in Verbindung mit unserer bedrohlichen, verwerflichen Wunschwelt. Dieser Kontakt ist notwendig um letztendlich zum freien Willen zu gelangen. Speziell im Fall von Lebenskrisen ist diese Artikulation essentiell, da diese angstgeborene Selbsttäuschungen und Schönfärbereien beseitigen kann. Dies zeigt den Beginn der unvoreingenommenen Bestandsaufnahme des eigenen Wünschens auf. Nach jener Artikulation kommt es zum Verstehen der Wünsche und somit auch zum Wollen, welches biografisch zu uns gehört. Es entwickelt sich eine neue Stimmigkeit unseres Wollens mit uns Selbst aus Erzählungen und Interpretationen. Der letzte und dritte Schritt ist die Bewertung des sich abzeichnenden Wollens (vgl. Tress/Erny 2009: 294).

Jene drei Dimensionen, Artikulation, Verstehen und Bewertung, bedingen sich gegenseitig und zeigen die Chance zur kritisch-krisischen Selbsthinterfragung auf. Freier Wille und unsere personale Autonomie, ein normatives Ideal, zeigen jedoch immer ein zerbrechliches Gut auf, dem wir uns nur graduell annähern und auch ganz schnell wieder entfernen können (vgl. Tress/Erny 2009: 294).

„Zu Zeiten sind wir weder autonom noch das Gegenteil“ (Tress/Erny 2009: 294).“

In Verbindung mit dem Begriff der Autonomie stehen auch jener der Selbstbestimmung und des informierten Einverständnisses, welchen beiden das folgende Kapitel gewidmet ist.

2.7 Zur Selbstbestimmung

2.7.1 Die Selbstbestimmung und das informierte Einverständnis

Wie bereits in einem vorangegangenen Kapitel beschrieben, rührt die Autonomie, wie wir sie heute verstehen, von Immanuel Kant her. Der Mensch zeigt sowohl seine Entscheidungsinstanz für sich selbst auf, als dass, dieser auch verantwortlich ist für seine eigenen Entscheidungen (vgl. May 2007: 2).

„Nur ein freier, vernunftbegabter Mensch kann selbst bestimmt handeln“ (May 2007:2f).

Aber Autonomie stellt nicht nur eine Determinante dar, sondern zeigt zugleich auch ein Element des menschlichen Wohls auf.

„Wir bestimmen nicht nur selber zu einem großen Ausmaß, was gut für uns ist, sondern die Ausübung unserer Autonomie ist auch wichtig dafür, dass es uns wohl ergeht“ (vgl. Schramme 2002: 30).

Trifft das Gegenteil zu, also schränkt man unsere Selbstbestimmung ein, fehlt ein wichtiger Bestandteil unserer Lebensqualität (vgl. Schramme 2002: 30).

Um im medizinischen Bereich eine wirklich autonome Entscheidung über die im Sinne der PatientInnen passende medizinische Maßnahme zu erhalten, müssen einige Voraussetzungen getroffen werden. Genau diese werden im Konzept des informierten Einverständnisses (informed consent) präsentiert. Hierzu zählen folgende vier Elemente, welche ein Ideal in der tatsächlichen medizinischen Praxis darstellen. Oftmals lassen sich diese Vier nicht in vollem Ausmaß in die Realität umsetzen (vgl. Schramme 2002: 32):

1. *Kompetenz*: Um über medizinische Maßnahmen Entscheidungen treffen zu können, müssen PatientInnen kompetent sein. An dieser Stelle vereint der Begriff Kompetenz eine Vielzahl an Fähigkeiten, wie Verstehen, Überlegen, Entscheiden aber auch die konative (antriebshaft, strebend) Fähigkeit um Handlungsalternativen emotional bewerten zu können. Als inkompetent gelten jene Personen, welche Zustimmung oder Ablehnung nicht vermitteln können. Also PatientInnen, die eine schwere geistige Behinderung aufweisen, fortgeschrittene Demenz aufzeigen oder aber auch unter Verwirrtheit leiden. Dennoch haben PatientInnen, welche unter den genannten Erkrankungen leiden, noch eine Kompetenz über einige Bereiche ihres Lebens autonom Entscheidungen zu treffen. Somit zeigen sich Fähigkeiten und Kompetenzen in unterschiedlichen Graden. Aber Kompetenz darf nicht auf eine Stufe mit Rationalität gesetzt werden. Autonomie stellt sich nicht im Inhalt, sondern in der Form einer Entscheidung dar (vgl. Schramme 2002: 32f).
2. *Freiwilligkeit*: Bei dieser Voraussetzung des informierten Einverständnisses ist wichtig, dass PatientInnen frei von Zwang und Fremdkontrolle sind. Dennoch sind in der medizinischen Praxis unterschiedliche subtile Einflussmöglichkeiten zu finden, welche auf individuelle Entscheidungen einwirken können. Der Zwang, beispielsweise, kann auf versteckte Weise zum Einsatz kommen, indem ÄrztInnen bestimmte Heilungsmethoden als besonders wirksam erklären (vgl. Schramme 2002: 33f).
3. *Informiertheit*: Hierbei ist vor allem wichtig, dass die PatientInnen über die Behandlung informiert sind und auch Alternativen zu dieser kennen. Weiters ist es von Bedeutung zu unterscheiden, ob die PatientInnen ihre Behandlungsoptionen erfasst haben oder nur dazu befähigt wären. Aufgabe der ÄrztInnen ist es somit über Alles aufzuklären, Nichts zu verheimlichen und dies so zu übermitteln, dass die Informationen auch bewertet werden können. Elementar zeigt sich auch die Erklärung der Risiken bei diesem dritten Punkt, der Informiertheit. Aber dennoch ist an dieser Stelle die Frage zu klären, welche Informationen für eine informierte Zustimmung vorhanden sein müssen.

Auf der einen Seite müssen ÄrztInnen PatientInnen weitreichende Informationen zukommen lassen, aber dennoch haben ÄrztInnen nicht ohne weiteres das Recht, alle Informationen einzuholen, die sie für nötig halten. Auf der anderen Seite wollen PatientInnen bestimmte Informationen gar nicht bekommen. Somit zeigt sich das Kriterium der Informiertheit sehr vage auf. Nicht außer Acht zu lassen ist jedoch die Tatsache, dass sich PatientInnen in den meisten Fällen Empfehlungen der MedizinerInnen wünschen, da diese die ExpertInnen darstellen (vgl. Schramme 2002: 34f).

4. *Zustimmung*: Die Zustimmung erhalten ÄrztInnen normalerweise in Form einer Unterschrift. Sind die PatientInnen frei, kompetent, aufgeklärt und erteilen den ÄrztInnen kein Einverständnis, so dürfen diese die anfallende Maßnahme nicht durchführen. Dadurch kann es fallweise schon zu Konflikten kommen, wenn es sich beispielsweise um lebensnotwendige Operationen handelt. So findet man ab und an schon Wertkonflikte, in denen das angebliche Wohl der PatientInnen gegen deren autonome Entscheidung ausgespielt wird (vgl. Schramme 2002, 35ff).

Bei beinahe allen grundsätzlichen Geboten lassen sich Ausnahmen aufzeigen, so auch beim Prinzip der Achtung medizinischer Selbstbestimmung. Es lassen sich drei Fälle benennen, bei denen auf das informierte Einverständnis verzichtet werden kann:

1. *Notfallsituationen*, die sowohl die einzelnen PatientInnen als auch die öffentliche Gesundheit betreffen.
2. *Freiwilliger Verzicht* auf die Ausübung des Rechts zur Selbstbestimmung und damit wichtige Entscheidungen das medizinische Fachpersonal treffen lassen.
3. Das *therapeutische Privileg*, also Situationen, in denen die Aufklärung der PatientInnen diesen selbst Schaden zufügen könnte. Diese dritte Ausnahme ist wie zu erwarten äußerst umstritten, da hier oft Missbrauchsfälle in Erscheinung treten (vgl. Schramme 2002, 36ff).

Auch wenn man bereits gesehen hat, welche und wie viele Details bei Autonomie und Selbstbestimmung eine Rolle spielen und wie versucht wird diese Konzepte in die medizinische Realität zu übertragen, finden sich dennoch auch Grenzen bei der Umsetzung der beiden. Diese werden im nächsten Kapitel näher dargelegt.

2.7.2 Die Grenzen der Selbstbestimmung

Das Ziel der Biomedizin zeigt sich in der Verwirklichung von Allem was dem menschlichen Wohl nutzt, insoweit es erlaubt und auch gewünscht wird. Hierbei kommt jedoch die Frage auf, ob dies bedeutet, dass alles umgesetzt werden soll, was PatientInnen wünschen? Zeigt Autonomie nur das Recht auf Verweigerung gegenüber medizinischen Eingriffen auf, oder aber geht es um ein allgemeines Recht auf Verbesserung der Lebensqualität der zu Behandelten? Möchte Autonomie negativ als Abwesenheit von Zwang oder positiv als Ermächtigung aufgefasst werden (vgl. Schramme 2002: 45)?

Wie bereits ausgeführt, steht den einsichts- und urteilsfähigen PatientInnen das vollständige Vetorecht zu, sogar lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen abzulehnen. Diese Verweigerung von Eingriffen bezeichnet man als passiven Paternalismus. Dem gegenüber findet sich die rechtliche Situation der positiven Selbstbestimmung, gemeint ist hiermit die Aussicht auf bestimmte Behandlungen, welche PatientInnen wünschen oder aber auch gesonderte Therapien, die gefordert werden. Allein die Einwilligung der PatientInnen reicht nicht aus damit ÄrztInnen Behandlungsmaßnahmen einleiten können. Es muss auf jeden Fall eine medizinische Indikation für den jeweiligen Eingriff existieren. Eine weitere Voraussetzung zeigt sich damit, dass die Eigenart des bevorstehenden Eingriffs lege artis sein muss und die ÄrztInnen natürlich über die nötigen Qualifikation verfügen müssen (vgl. Kletecka-Pulker 2010: 14).

Vergessen werden darf an dieser Stelle auch nicht die faktische und rechtliche Verfügbarkeit (vgl. Kopetzki 2008: 5). Somit zeigt sich, dass PatientInnen viele dieser Kriterien nicht mit beeinflussen können, sondern abhängig sind von der Bewertung der ÄrztInnen und der TrägerInnen der Anstalt, in welcher sie sich befinden (vgl. Kletecka-Pulker 2010: 14).

Summa summarum zeigt dies, dass PatientInnen Behandlungsmaßnahmen ablehnen können, jedoch nicht auf spezielle Behandlungen bestehen können. Doch trotz der beschriebenen Grenzen der Selbstbestimmung ist und bleibt diese von großer Bedeutung bei medizinischen Behandlungen (vgl. Kletecka-Pulker 2010, 14).

2.8 Zur Bedeutung von Autonomie und Selbstbestimmung

Selbstbestimmung stellt das Kennzeichen der formalen Kompetenz eines Subjekts zu autonomen Entscheidungen in einer individualistischen und pluralen Gesellschaft dar. Absolute Autonomie lässt sich aus diesem Grund nicht mit einer religiös geformten Vorstellung der Heiligkeit oder Unverfügbarkeit des Lebens vereinen (vgl. May 2001: 38).

Die verschiedenen Unterbereiche der Selbstbestimmung von PatientInnen in der Medizin zeigen unter anderem folgende auf:

- Vertraulichkeit,
- Einwilligung nach Aufklärung (informed consent) und
- das Recht auf Information und Wahrhaftigkeit durch den Arzt (vgl. May 2001: 38).

Um „salus aegroti“ in Verbindung mit Entscheidungen im Gesundheitssystem zu erreichen, steht das Prinzip der Selbstbestimmung ganz vorne. Das erledigt die teleologische Ausprägung des Prinzips der Autonomie.

Wie bereits weiter oben erwähnt, stellt nach Beauchamp/Childress das Prinzip der Autonomie eines der Grundprinzipien der Medizinethik neben „beneficence“, „non maleficence“ und „justice“ dar (vgl. Beauchamp/Childress 1994: 134).

Die Praxis, also die Anwendung auf den jeweiligen Fall erfolgt durch Prinzipien der Medizinethik, auf der Grundlage von „nil nocere“ (Nicht Schaden), „bonum facere“ (Wohlwollen) und dem besten Interesse der PatientInnen. Zusätzlich kommt der Wahrhaftigkeit der ÄrztInnen am Krankenbett und der Schweigepflicht große Aufmerksamkeit zu (vgl. Hartmann 1997: 287).

Es lassen sich jedoch auch die Prinzipien der mittleren Ebene zur Einwilligung nach Aufklärung und das beste Interesse der PatientInnen zu einer Einheit zusammenfügen (vgl. Sass 1998: 165).

Beckmann betrachtet die Autonomie des Individuums in einer Normenhierarchie als wichtigstes Gut, an zweiter Stelle die „Norm der Beachtung des PatientInneninteresses“ durch die ÄrztInnen (vgl. Beckmann 1997: 60).

Im Hippokratischen Eid findet man das Ethos der ÄrztInnen als Sitte der überlieferten Werte einer Gesellschaft (vgl. Sass 1989: 351f).

Für Engelhardt zeigt sich die Bioethik rein in einer partikularen moralischen Perspektive. Einerseits befindet sich Moralität zwischen moralischen Freunden und andererseits als verbindende prozedurale Moralität zwischen moralisch Fremden. Genau diese Trennung muss die Medizinethik „aushalten“, und es ist Kennzeichen dieser Unterscheidung zwischen moralischen Freunden und moralischen Fremden, dass PatientInnen den Anspruch haben, falsche Entscheidungen zu treffen oder eine falsche Handlung zu tätigen. Geht man vom Konzept einer partikularen Gesellschaft aus, gibt es kein Recht von einem singulären Werturteil auf eine allgemeine Regel zu schließen (vgl. Engelhardt 1996: 79).

Auch dem Grad, bis zu jenem die Selbstbestimmung der PatientInnen berücksichtigt werden soll, wird in der Bioethik Wichtigkeit beigemessen (vgl. Miller 1995: 217).

An dieser Stelle wird das Spannungsfeld der Pflicht der „health-care professionals“, den PatientInnen Gutes zu tun, und die Selbstbestimmung der individuellen PatientInnen betont. Paternalismus bei der Behandlung von PatientInnen verträgt sich auf der einen Seite ganz und gar nicht mit der Selbstbestimmung, kann auf der anderen Seite jedoch unter dem Aspekt der Notwendigkeit der Hilfeleistung, die den PatientInnen nutzen bringt, angemessen sein. Zugrunde liegt dem Paternalismus der Gedanke, dass die behandelnden ÄrztInnen besser einschätzen, was den PatientInnen hilft (vgl. Rawls 1994).

Diese gerade erwähnte Annahme findet speziell bei PatientInnen, die ein Endstadium einer terminalen Erkrankung aufweisen, Anwendung. Jedoch lassen sich die medizinethischen Prinzipien des Nichtschadens und der Benefizienz auch als Rechtfertigung für Paternalismus verstehen. Nämlich dann, wenn die PatientInnen auf Grund ihrer rationalen Fähigkeiten, die Entscheidungen der ÄrztInnen annehmen werden. Für diesen Fall sollte ein allen gemeinsames Rationalitätsverständnis zu gegen sein, welches oft nicht der Fall ist (vgl. Rawls 1994).

Aus medizinethischer Sichtweise gewinnen neben dem Interesse der Menschen an in erster Linie nutzbringenden Dingen (z. B. Schmerzfreiheit) auch die individuellen Präferenzsysteme an Bedeutung. Denn individuelle Werte und Vorstellungen in den Behandlungsprozess mit einfließen zu lassen, ist von großer Bedeutung (vgl. Reich 1995, 217).

Während in den USA das Prinzip der Selbstbestimmung bei bioethischen Diskussionen als immens wichtig angesehen wird, ist die Bedeutung im europäischen Raum geringer (vgl. Aschermann 2009: 5).

Betrachtet man die Selbstbestimmung von Entscheidungen und Handlungen, so unterteilt der Philosophieprofessor, Miller (1981), diese auf vier Ebenen:

1. eine freie Handlung
2. die Authentizität der Handlung (hier geht es um den Vergleich der Handlung mit den bekannten Wünschen und Werten der jeweiligen Person)
3. eine effektive und rationale Überlegung
4. eine moralische Reflexion, um die eigenen Wünsche zu realisieren (an dieser Stelle kommt das Kriterium der Kompetenz zum Vorschein) (vgl. Miller 1981:25ff).

Die Möglichkeit zum Ausüben der Freiheit impliziert nicht den Zwang, dieses Recht im Sinne der Freiheit aus zu üben.

Weiters wird das Ausüben jener Freiheit mit drei Elementen eines Rechtes verbunden:

1. der Inhaber des Rechtes
2. das Objekt des Rechtes
3. der Dienstbringer (ist auch für die Durchführung des rechtlichen Anspruchs verantwortlich) (vgl. May 2001: 41).

Zwischen den genannten Elementen können sich spezielle Beziehungen finden lassen, die die Ausübung eines Rechtes für InhaberInnen verkomplizieren (vgl. May 2001: 41).

Jenes früher im hippokratischen Eid verankerte „salus“ wird verdrängt durch das „aegroti voluntas suprema lex“ (vgl. Sass 1992: 3).

Somit stellt heutzutage die höchste Absicherung der Selbstbestimmung die im vorigen Kapitel genannte Einwilligung nach Aufklärung (informed consent) dar.

Folgende Aufklärungsarten zählen hierzu:

- *Selbstbestimmungsaufklärung*: An dieser Stelle müssen PatientInnen über Art, Tragweite und Folgen der jeweiligen Behandlung informiert werden.
- *Risikoaufklärung*: Hier geht es an erster Stelle um Behandlungsalternativen.
- *Diagnoseaufklärung*: Den PatientInnen wird die jeweilige Erkrankung mitgeteilt.
- *Verlaufsaufklärung*: Art, Umfang und Durchführung des jeweiligen Eingriffs wird erklärt (vgl. Kappauf 2001: 48).

Wichtigstes Kriterium, um die verschiedenen Aufklärungsarten auch zu den PatientInnen zu bringen, ist hier nicht die „verbale Eloquenz“ (=Überreden) sondern eine „angemessene kommunikative Kompetenz“ (=Überzeugen) (vgl. Kappauf 2001: 49).

Im Zuge der Diskussion um die Wichtigkeit der Autonomie und Selbstbestimmung wird meistens die PatientInnenperspektive vernachlässigt, da die eigene Sichtweise gerne auf die PatientInnen übertragen wird (vgl. Geisler 2004: 3).

Das folgende Kapitel soll im Bezug auf diese Thematik weiterhelfen.

2.9 Die Autonomie aus Sicht der PatientInnen

Anfänglich ist dazu zu erwähnen, dass PatientInnen in allen Stadien ihrer Krankheiten eine autonome Entscheidungshoheit zugestanden werden soll. Zu früheren Zeiten wurde dies noch in Frage gestellt, wobei gesagt werden muss, dass es sich in diesen Fällen um relativ kleine PatientInnenkollektive gehandelt hat (vgl. Geisler 2004: 3f).

Im Jahr 2003 wurde in Amerika eine Studie an über 12600 PatientInnen aus über 51 Krankenhäusern durchgeführt. Ergebnis dieser war, dass das oberste Bedürfnis von PatientInnen eine Behandlung mit Würde und Respekt aufzeigt, wobei auch das Vertrauen in die ÄrztInnen essentiell ist. Weniger bedeutend zeigte sich bei dieser Befragung die Möglichkeit autonome Entscheidungen treffen zu können (vgl. Joffe et al. 2003: 103ff).

Eine weitere Untersuchung in Deutschland brachte hervor, dass PatientInnen unterschiedliche Auffassungen des Begriffs Autonomie haben. Für einige fiel dazu bereits die Möglichkeit Fragen stellen zu können darunter, während andere das Treffen aktiver Entscheidungen damit verbanden (vgl. Geisler 2004: 4).

Für 89,4 Prozent ambulanter PatientInnen ist es „sehr wichtig“ nicht als bloßer „Fall“ angesehen zu werden, sondern als autonomes Individuum. Für die Behandelten zeigt sich die Autonomie weniger im Zusammenhang mit Selbstbestimmung sondern viel mehr in der Erwartung, dass Rücksicht von Seiten der ÄrztInnen genommen wird. Aus PatientInnenperspektive zeigt sich das Ernstgenommenwerden der ÄrztInnen als lebensnaher als der theoretische Begriff des „Respekt für Autonomie“. An dieser Stelle zählt die Empathiefähigkeit der ÄrztInnen, denn nur mit dieser, sind sie in der Lage, sich intensiv mit der Selbstausslegung der Krankheit der PatientInnen auseinander zu setzen. Doch diese Fähigkeit zu vermitteln und auch zu entwickeln wird im derzeitigen Ausbildungssystem nicht realisiert (vgl. Dierks et al. 2003: 5).

2.9.1 Wie autonom wünschen PatientInnen zu sein?

Dass der Ruf nach Autonomie gegenwärtig im medizinischen Leben immer mehr an Bedeutung gewinnt, steht außer Frage. Dennoch darf man nicht vergessen, dass ärztliches und pflegerisches Handeln auf das Bedürfnis nach Selbstbestimmtheit an die jeweiligen PatientInnen zugeschnitten werden soll. Mit jeder Krankheit wird die Fähigkeit zur Autonomie herabgesetzt.

Medizinische Behandlungsmaßnahmen als Gesunde/r verbinden sich mit einem höheren Wunsch nach Autonomie als bei PatientInnen, welche unter Schmerzen oder Depressionen leiden. Bereits bewiesen ist, dass dieser Wunsch nach Selbstbestimmung unter Zunahme der Schwere einer Krankheit sinkt (vgl. Geisler 2004: 4).

„Die Präferenzen von ÄrztInnen und PatientInnen als PatientInnen unterscheiden sich dabei nicht wesentlich. Dies relativiert das Gewicht von Vorwissen und medizinischen Erfahrungen für den Wunsch nach Selbstbestimmtheit“ (Geisler 2004, 4).

Des Weiteren bedeutet für ältere Menschen und Menschen mit niedrigem Bildungsstand eine aktive Einbindung in Entscheidungsfindungen weniger als jüngeren Menschen und Personen aus höheren sozialen Schichten (vgl. Geisler 2004).

In einigen Untersuchungen hat man PatientInnen aufgrund ihres Wunsches zu autonomen Entscheidungen, in bestimmte Typen eingeteilt. Dabei wurde in „monitors“ und „blunters“ gruppiert. „Monitors“ stellten dabei Personen dar, welche aktiv nach Informationen suchen und bezüglich medizinischen Entscheidungen mitreden wollen. Im Gegensatz dazu stehen die „blunters“, die keine aktive Rolle einnehmen wollen und eine fürsorgliche und auch paternalistische Betreuung bevorzugen (vgl. Geisler 2004: 4).

Fernerhin unterscheidet sich der Autonomiewunsch auch aufgrund der Behandlungsphase. Geht es um die Diagnostik der PatientInnen, verlassen sich diese lieber auf Maßnahmen, die sich in der Verantwortung der ÄrztInnen befinden. Bei der Frage nach Alternativen für die weiteren Behandlungsmaßnahmen möchten diese sehr wohl mitbestimmen (vgl. Geisler 2004: 4).

„Die Reichweite des Wunsches nach Information kann dabei krankheitsspezifisch Grenzen finden: so ist ein gewisses Maß an Verleugnung und Verdrängung für die psychische Verarbeitung einer Krebskrankheit nicht selten unverzichtbar“ (Geisler 2004, 4).

Nach Weisman wird diese Einschränkung der Information „middle knowledge“ genannt (vgl. Worden 2009: 43).

Schließlich und endlich zeigt sich, dass PatientInnenautonomie nicht zur Gänze als negative Freiheit verstanden werden darf. Häufig ist es unter PatientInnen so, dass ihr Wunsch nach fürsorglicher Behandlung und Betreuung überwiegt (Geisler 2004: 4).

Klar geworden ist nun, dass ein Anspruch auf Autonomie und Selbstbestimmung in der Medizin vorherrscht, dennoch muss man sich fragen wie dies in der Wirklichkeit aussieht, wenn der Wunsch der PatientInnen bei fürsorglicher Behandlung und Betreuung liegt.

2.10 Anspruch vs. Wirklichkeit

Autonome PatientInnen sind ein Konstrukt, doch warum ist dies so? – Da ÄrztInnen schon nicht alles wissen können, was theoretisch zu wissen möglich wäre, folgt daraus, dass es vollständig informierte PatientInnen auch nicht geben kann (vgl. Knoepffler 2008: 59).

Denn PatientInnen können ausschließlich über die Behandlung bzw. Nicht-Behandlung vollständig Bescheid wissen. Was passiert jedoch mit der Information über Spätfolgen? Über welche dieser müssen PatientInnen nicht mehr aufgeklärt werden? Genauso bleibt auch die Frage über die Bekanntgabe der externen Effekte der Behandlung im Dunkeln.

Müssen PatientInnen darüber benachrichtigt werden, dass die jeweilige Behandlung möglicherweise damit verbunden ist, dass andere PatientInnen ihre Behandlungen nicht bekommen können, weil beispielsweise der Operationssaal aufgrund von ihnen „besetzt“ ist?

Auch wenn diese Fragen geklärt scheinen, fällt es vielen zu Behandelten schwer den Umfang ihrer Eingriffe zur Gänze nachzuvollziehen (vgl. Knoepffler 2008: 59f)

In diesem Fall legen sie ihr Vertrauen in die Hände der ÄrztInnen (O`Neill 2002). Die Entscheidung der Ärzteschaft zu vertrauen zeigt einerseits auch eine Form von Autonomie auf, andererseits jedoch eine Relativierung dieser. Da die Selbstbestimmung im Zuge des Vertrauens als solche aufrecht bleibt, aber dennoch auf eine neue Ebene gebracht wird und damit in ihrem ursprünglichen Sinn aufgehoben wird. Dies zeigt sich am besten bei der so genannten PatientInnenaufklärung. Die Unterschrift unter dieser darf man meist nicht als Form von „informed consent“ oder Realisierung der Autonomie sehen. Denn den PatientInnen stehen nur die zwei Wahlmöglichkeiten von Unterschrift geben oder verweigern und auf die Behandlung verzichten zur Verfügung. Des Weiteren präsentieren sich viele Formulierungen darin für die PatientInnen als unverständlich. Auch wenn ÄrztInnen aufklären und die Bögen nicht einfach nur vom Pflegepersonal zum unterschreiben ausgeben, bleiben Teile des Inhalts für die Behandelten unklar. In der heutigen Zeit sind solche Aufklärungen auch so aufgesetzt, dass spätere Schadensersatzklagen abgewendet werden. Somit haben diese nicht mehr das Ziel einer Aufklärung zum Wohle und Nutzen der PatientInnen an erster Stelle (vgl. Knoepffler 2008:60f).

Ein anderer Aspekt warum autonome PatientInnen ein Konstrukt darstellen, ist, dass die meisten von ihnen als höchstes Bestreben die Genesung sehen. Sie zielen somit nicht auf die bestmögliche Behandlung nach rationalen Kriterien ab und auch nicht auf die so hochgehaltene Autonomie sondern auf das gesundheitliche Wohl.

Das Kriterium „Vertrauen in die ÄrztInnen“ sieht man genauso essentiell an wie das Prinzip der Achtung der Autonomie (Knoepffler 2008: 61).

2.11 Aus der Idealwelt der normativen Theorie in die Realität

Bereits weiter oben angesprochen, äußert Linus Geisler, dass sich der Wunsch nach Autonomie und die Möglichkeit zu selbstbestimmten Entscheidungen verringert, je älter, je kränker, je hilfloser und je leidender sich der Zustand von PatientInnen zeigt. Infolgedessen kommt es zu der provokanten Frage, ob das Optimum der Autonomie nur etwas für junge Gesunde ist (vgl. Geisler 2003: 1)?

Darüber hinaus wurde auch schon festgestellt, dass sich ein ärztliches oder pflegerisches Handeln, welches rein an der PatientInnenautonomie als oberste Norm festhält, Gefahr laufen würde, dass sich die Behandelten alleine und vernachlässigt fühlen (vgl. Aschermann 2009: 7).

In diesem Zusammenhang findet sich der Begriff „Autonomismus“ wieder, welcher meint, dass man sich auf autonome Entscheidungen von Menschen verlässt, welche dazu sicher nicht in der Lage sind (Frühwald 2007).

Frank Erbgut hat zu dieser Thematik geäußert, dass Selbstbestimmtheit nicht in ein „Sich-Selbst-Überlassenwerden“ umkippen darf, da diese eine zynische Interpretation von PatientInnenautonomie aufzeigen würde (vgl. Erbguth 2000).

„Außerdem würde nicht zur Kenntnis genommen, dass viele PatientInnen nicht in der Lage sind autonom zu entscheiden oder dies ganz einfach nicht wollen oder brauchen“ (Aschermann 2009: 8).

Da die PatientInnenautonomie Rechte geltend macht, wie, beispielsweise Recht auf adäquate Information und Alternativenwahl, muss dafür auch ein Gegenüber vorhanden sein, welches diese Rechte wahrnimmt und auch akzeptiert. Schließlich ist es die ärztliche und pflegerische Fürsorge, welche Autonomie gewährleisten und fördern kann.

Autonomie hängt ebenfalls vom Verhältnis zu den umgebenden Helfern ab. Zudem kann Fürsorge nicht getrennt von der Selbstbestimmtheit desjenigen ausgeführt werden, dem sie gilt (vgl. Aschermann 2009: 8f)

EMPIRIE TEIL

Anschließend an den theoretischen Teil, welcher einleitend einen Überblick über die Thematik der Autonomie aufzeigte, folgt schließlich der Empirieteil dieser wissenschaftlichen Arbeit.

Jener Abschnitt beinhaltet eine qualitativ empirische Untersuchung mit dem Titel „Mündige PatientInnen? – Eine Untersuchung von Autonomie und Selbstbestimmung von PatientInnen in der Kurzzeitpflege.“, welche sich genau mit der pflegeethischen Thematik, der Autonomie, von PatientInnen in der Kurzzeitpflege beschäftigt. Anhand von Interviews und Beobachtungen wurden der Alltag der im Geriatriezentrum Behandelten und die dort aufscheinenden Möglichkeiten zur Selbstbestimmung untersucht. Im Fortlauf dieses zweiten Teils der Arbeit, werden sowohl die Datenerhebungsmethoden, forschungsethische Fragestellungen als auch die Art der Datenauswertung vorgestellt. Zu guter Letzt wird das Essentiellste der Studie, nämlich die Ergebnisse, aufgezeigt.

3. Fragestellung

Es soll herausgefunden werden, wie die PatientInnen in der Abteilung des von mir gewählten Geriatriezentrums ihren Aufenthalt beurteilen, ob sich diese etwas unter einer autonomen Behandlung vorstellen können und wenn ja, was?

Weiters soll untersucht werden, inwieweit PatientInnen während ihres Aufenthaltes über sich selbst entscheiden können, wie die dortigen ExpertInnen ihnen zu der Selbstbestimmung verhelfen können und ob von deren Seite aus überhaupt Wert darauf gelegt wird. Auch der Frage, was ÄrztInnen und Pflegepersonal mit dem Begriff PatientInnenautonomie anfangen, wie diese damit umgehen, inwieweit sie den Eindruck haben, dass PatientInnen selbstbestimmt handeln wollen oder nicht und wie diese die Autonomie stärken können, wird nachgegangen.

4. Material und Methoden

4.1 Untersuchungsgegenstand

Der von mir gewählte Untersuchungsgegenstand ist ein Geriatriezentrum in Wien. Die Abteilung, welcher mein Interesse gilt, konzentriert sich auf die geriatrische Rehabilitation. Ziel ist es dort, PatientInnen nach Unfällen oder schweren Erkrankungen innerhalb von 3 Monaten wieder soweit zu rehabilitieren, dass jene in ihrer gewohnten Umgebung so selbstständig wie möglich leben können. Diese Abteilung erstreckt sich über 2 Stockwerke mit jeweils einem linken und rechten Trakt, welche 72 Betten zur Kurzzeitpflege beheimatet. Im Zeitraum meiner Untersuchung waren von den 72 Betten 61 belegt, somit lag die Auslastung bei 83 Prozent.

4.2 Auswahl des Untersuchungsgegenstandes und Untersuchungsbedingungen

Die Entscheidung, gerade jenes Geriatriezentrum für die Befragungen und Beobachtungen auszuwählen, fiel aus dem Grund, dass die Forschende durch ihre Nebenbeschäftigung als Ordinationshilfe den Abteilungsvorstand bereits kannte. Somit musste zum Primar, wie dies sonst nötig wäre, kein neues Vertrauensverhältnis mehr aufgebaut werden. Auch zu den anderen GesprächspartnerInnen auf Seiten der ExpertInnen kam es aus der bereits vorhandenen Vertraulichkeit des Abteilungsvorstandes zu einem schnellen Vertrauensverhältnis. Bortz und Döring (2002) betonen die Wichtigkeit jener Vertrautheit zwischen Forschenden und InterviewpartnerInnen, da dies die Voraussetzung für möglichst ehrliche Antworten aufzeigt. Weiters nützte die bereits vorhandene Basis/Bekanntschaft zwischen Forscherin und Abteilungsvorstand, da die nötige explorative Phase, die für eine Feldforschung unumgänglich ist, bereits vorhanden war. Mit explorativer Phase ist gemeint, dass ForscherInnen in deren jeweiligen Feld ExpertInnen erst auffinden müssen.

Jene Vertrautheit zeigt nicht nur die Grundlage zwischen ForscherInnen und InterviewpartnerInnen auf, sondern lässt sich auch eins zu eins auf das Verhältnis zwischen ÄrztInnen/Pflegepersonal und PatientInnen übertragen.

Vertrauen zu Jemandem in diesem Zusammenhang zu haben, fördert die Autonomie und bedeutet gleichzeitig die Basis ethischer Kompetenz (vgl. Körtner 2004: 147).

Alle Interviews wurden in der Abteilung zur Kurzzeitpflege in dem Wiener Geriatriezentrum durchgeführt. Die Mehrzahl der Gespräche zeichnete sich in erster Linie durch eine sachliche, vertrauensvolle und offene Atmosphäre aus. Schließlich gewannen trotz unterschiedlicher Erwartungen und Zugänge alle Beteiligten ein gemeinsames Interesse an dieser Untersuchung und deren Ergebnisse.

Besonders achtete die Forscherin darauf, dass sich die befragten Personen während des Interviews auch wohl in ihrer Haut fühlten. Deshalb entschied man sich als Ort der Befragung für das Geriatriezentrum, die gewohnte und vertraute Umgebung und gleichzeitig das Tätigkeitsfeld der Befragten. PatientInnen wurden mit Hilfe eines Gesprächsleitfadens in ihren Zimmern befragt. Die ExpertInnen, ÄrztInnen und Pflegepersonal, entschieden sich entweder für deren eigenen Arbeitsplatz oder einen Raum, welcher eine ungestörte Atmosphäre darbot.

4.3 Auswahl der GesprächspartnerInnen

Für die Auswahl der GesprächspartnerInnen im Bezug auf die ÄrztInnen sind jene Personen von Bedeutung, welche viel Fachwissen zur jeweiligen Forschung beitragen können. Um dafür einen Blick zu bekommen, ist es notwendig, dass das Gespräch mit den Personen gesucht wird, ihre Handlungen beobachtet werden und dass aktiv an ihren täglichen Aktivitäten teilgenommen wird. Darum führte die Forscherin anfänglich viele informelle Gespräche mit den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal, wohnte der täglichen morgendlichen Besprechung bei und begleitete auch die tägliche morgendliche Visite.

Somit stellten sich Personen heraus, welche so genannte lokale ExpertInnen oder HauptinformantInnen aufzeigen (vgl. Martin 1995: 96).

Hinsichtlich PatientInnen fand die Auswahl auf Grund der Länge ihres dortigen Aufenthaltes statt. Hier griff die Forscherin auf jene zu Behandelten zurück, welche bereits länger als ein Monat in dem Geriatriezentrum untergebracht waren. Weiters von Bedeutung waren jene PatientInnen, welche ansprechbar und gesprächsbereit waren.

4.4 GesprächspartnerInnen

4.4.1 PatientInnen

Wie bereits weiter oben geschildert, befanden sich im Untersuchungszeitraum 61 PatientInnen in der gewählten Abteilung. Von diesen konnte ich 15 für meine Interviews „gewinnen“. Die anderen PatientInnen fielen auf Grund der zu kurzen Dauer ihres Aufenthaltes dort hinaus, konnten aufgrund von Infektionen nicht befragt werden, standen unter SachwalterInnen, waren nicht ansprechbar oder verweigerten ein Gespräch mit mir.

Die Geschlechterverteilung und den Altersdurchschnitt der Behandelten veranschaulicht untenstehende Tabelle:

Geschlechteraufteilung

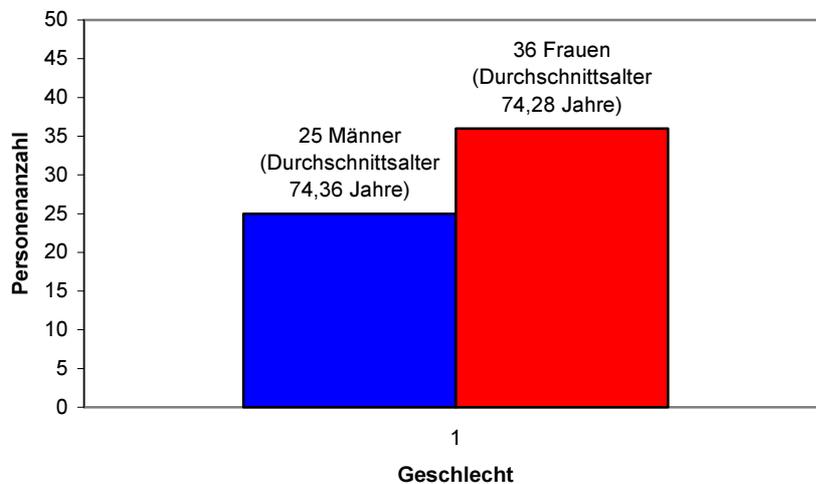


Tabelle 1

Erkennen lässt sich hier, dass eindeutig mehr Frauen (36) als Männer (25) dort stationär aufgenommen waren. Sieht man sich den Altersdurchschnitt sowohl der Männer als auch der Frauen an, bemerkt man an diesem Punkt kaum einen Unterschied: Der Durchschnitt der Männer betrug 74,36 Jahre, der der Frauen lag bei 74,28 Jahren.

Des Weiteren schaute sich die Forscherin die Aufnahmegründe der PatientInnen an, d.h. warum diese in jener Einrichtung aufgenommen wurden. Der am meisten angegebene Grund für den dortigen Aufenthalt bildeten Stürze und damit verbundene Frakturen. Bei den Frakturen wurde unterschieden in Brüche des Oberschenkelhalses, des Kreuzbeines, des Schambeines, des Schlüsselbeines und auch der Hüfte. Im Bezug auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen war der am meisten genannte Aufnahmegrund der Herzinfarkt und Schlaganfall.

Andere auch mehr als einmal erwähnte Gründe für die Aufnahme, zeigten Lungenentzündung, Bandscheibenvorfall oder der Zustand nach Operationen auf. All diese „Schicksalsschläge“ greifen enorm in den Gesundheitszustand der Menschen ein und verlangten somit nach einer angepassten Rehabilitation.

4.4.2 ExpertInnen

In Bezug auf die ExpertInnen wurden neben dem Primar von sechs ÄrztInnen vier befragt, eine Stationsschwester und zwei Pflegepersonen

Sieht man sich unter den ÄrztInnen die Verteilung der Geschlechter an, waren alle bis auf den Abteilungsvorstand weiblich. Speziell bei der morgendlichen Besprechung war die Konstellation von einem Mann „an der Spitze“ und seinen „Damen unter sich“ interessant zu beobachten.

Das Durchschnittsalter der ExpertInnen auf ÄrztInnenseite war 52,8. Nimmt man Krankenschwestern und Pflegepersonal dazu, liegt diese Zahl bei 49,4. Alle befragten ExpertInnen, bis auf 1 Person, gaben „verheiratet“ bezüglich ihres Familienstandes an. Bei der Frage nach der Dauer der Tätigkeit in jenem Geriatriezentrum, betrug die minimalste Dauer 2 Jahre und die maximalste 20 Jahre.

Im Folgenden werden die wichtigsten ethischen Aspekte, welche während des Forschungsprozesses beachtet werden müssen, präsentiert.

4.5 Ethische Aspekte

Elementar im Bezug auf forschungsethische Fragen gilt, dass sowohl im Verlauf des Forschungsprozesses, in der Handhabung und Verwendung der erhobenen Daten und auch nach Abschluss der Untersuchungen ein würdevoller Umgang mit den GesprächspartnerInnen, mit dem beforschten Subjekt, an erster Stelle zu stehen hat (vgl. Sieber 1992: 18). Mit anderen Worten beinhaltet dies zum einen:

„(...) die Rechte derer zu schützen, die an der Forschung teilnehmen, insbesondere die Rechte der PatientInnen (und zum anderen) darauf zu achten, dass die Forschungsmethoden nach bestem Wissen korrekt angewendet werden“ (vgl. Mayer 2007: 61).

In jeder Phase der Forschungsarbeit wurden alle Grundprinzipien des Persönlichkeitsschutzes beachtet. Alle teilnehmenden Personen wurden über die geplante Befragung aufgeklärt und stimmten in diese freiwillig mit ein. Hätte jemand die Teilnahme nicht gewollt, oder während der Gespräche und Beobachtungen abbrechen wollen, wäre die Forscherin diesem Wunsch auch nachgekommen.

Des Weiteren wurde bei jeder Unterhaltung die Anonymität zugesichert, so dass alle Namen von agierenden Personen mit Pseudonymen versehen wurden (vgl. Mayer 2007: 62f).

In puncto Ergebnisse sind diese von den Forschenden verantwortungsvoll und diskret zu behandeln. Damit ist gemeint, dass gut durchdacht werden muss, wem die Befragungsergebnisse ausgehändigt werden, ob für die TeilnehmerInnen eine Veröffentlichung oder Konfrontation der Ergebnisse zumutbar ist und wann und zu welchem Zweck jene Daten öffentlich gemacht werden können (vgl. Mayer 2003: 132f).

Vorwiegend hat man die Pflicht in Zusammenarbeit mit den autonomen PatientInnen, welche Objekt der Forschung waren, deren Autonomie auch aufrecht zu erhalten. Zum Respekt zählen Höflichkeit, respektvollen Umgang mit deren Persönlichkeit, Verständnis ihrer Interessen, Wahrung ihres Selbstwertes und Akzeptanz der Art der Mitarbeit/Kooperation hinzu (vgl. Sieber 1992: 18).

4.6 Datenerhebung

Die Datenerhebung fand im November und Dezember 2012 statt. Um diese empirische Arbeit auch durchführen zu können, war es im ersten Schritt notwendig, die Leitungsperson des Geriatriezentrums zu kontaktieren und sowohl dessen Einverständnis als auch das Einverständnis des Abteilungsvorstandes der gewählten Abteilung einzuholen.

Des Weiteren wurde die Forscherin von jenem Vorstand sowohl den Ärztinnen als auch den Pflegepersonen vorgestellt und informierte diese ebenfalls über das Thema, Methoden und Ziele der Forschungsarbeit.

Als Start in meine Forschungsarbeit möchte ich vorerst die Wahl der Forschungsmethode begründen und danach auch die Methoden der Datenerhebung vorstellen.

4.7 Die Begründung der Wahl der Forschungsmethode

Im Zusammenhang mit der Hauptfragestellung *„Inwiefern spielt die Autonomie von PatientInnen in einer Rehabilitationsabteilung eines Geriatriezentrums sowohl von ExpertInnen- als auch von PatientInnenseite eine wichtige Rolle?“* und der damit verbundenen pflegeethischen Thematik, entschied sich die Forscherin für eine qualitative Datenerhebung. Unter anderem gehört das Kriterium der Gegenstandsangemessenheit zu den Kennzeichen qualitativer Forschung. Im Vorfeld der Interviews muss die Angemessenheit der ausgesuchten Methode zur Datenerhebung für den Untersuchungsgegenstand überprüft werden (vgl. Steinke 2005: 326f).

Neben der Hauptfrage verfolgte die Forscherin auch das Ziel, herauszufinden, inwiefern die PatientInnen ihre vorhandene Autonomie in ihrem gewohnten Alltag im Geriatriezentrum leben. Aber auch Fragen wie, beziehungsweise was PatientInnen/ÄrztInnen unter Autonomie oder Selbstbestimmtheit verstehen und ob PatientInnen eine autonome Behandlung als wünschenswert ansehen, führten zur Wahl qualitativer Interviews.

Da jedoch auch die Interaktionen zwischen den ExpertInnen und PatientInnen interessant für die Untersuchung waren um somit zu einem präzisen Bild zum ÄrztInnen-PatientInnen-Verhältnis beizutragen, wurde auch die Beobachtung, beispielsweise der morgendlichen Visite, in die Studie miteinbezogen.

4.8 Methoden zur Datenerhebung

4.8.1 Das problemzentrierte Interview

In dem von Witzel (1982, 1985) genannten problemzentrierten Interview gilt es, mit Hilfe eines Leitfadens, welcher Fragen und Erzählreize beinhaltet, speziell biographische Daten im Bezug auf ein bestimmtes Problem zu bearbeiten. Jenes Interview zeichnet sich durch drei zentrale Kennzeichen aus:

1. *Die Problemzentrierung:* „Die Orientierung der ForscherInnen an einer relevanten gesellschaftlichen Problemstellung.“
2. *Die Gegenstandsorientierung:* damit gemeint ist, dass die Methoden an den Gegenstand angepasst und modifiziert werden müssen.
3. *Die Prozessorientierung:* In Forschungsprozess und Gegenstandsverständnis (vgl. Flick 2006: 134f).

Zu den Bestandteilen des Interviews gehören ein vorgestalteter Kurzfragebogen, der den Leitfaden bildet, die Tonbandaufzeichnung und das Postscriptum, ein Interviewprotokoll. Tatsache ist, dass der Leitfaden den vom Befragten entwickelten Erzählstrang erst richtig zum Tragen bringen soll, jedoch dient dieser in erster Linie dazu bei stockendem Gespräch, diesem, eine neue Wendung zu geben (vgl. Flick 2006: 135).

„Der Interviewer soll anhand des Leitfadens entscheiden, wann er zur Ausdifferenzierung der Thematik sein problemzentriertes Interesse in Form von exmanenten Fragen einbringen soll“ (vgl. Flick 2006: 135).

Zu den zentralen Kommunikationsstrategien des problemzentrierten Interviews zählen sowohl der Gesprächseinstieg, allgemeine Sondierungen als auch Ad-hoc-Fragen. Der Gesprächseinstieg ist meist von einem „Erzählen sie doch einfach mal“ gekennzeichnet. Zu den allgemeinen Sondierungen gehört ein genaueres Nachfragen zu dem bereits Gesagten (vgl. Flick 2006: 135f).

Witzels Vorschlag nach, dient ein Kurzfragebogen, welcher die demographischen Daten entweder vor oder nach dem Gespräch erfassen lässt, dazu, dass weniger relevante Themen, wie eben die Demographie, das eigentliche Interview nicht stören (vgl. Flick 2006: 136).

In Bezug auf den theoretischen Hintergrund der Methode geht es um die Auseinandersetzung mit subjektiven Sichtweisen. Zugrunde liegen hier das Prozessverständnis und die Zielsetzung einer an der Entwicklung von Theorien orientierten Forschung. Die Fragestellungen drehen sich um das Wissen über Sachverhalte oder Sozialisationsprozesse.

Die Auswertungsverfahren für diese Art von Interviews sind nicht festgelegt, es sollte sich jedoch um Kodierverfahren handeln, wie beispielsweise die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Flick 2006: 136).

Die bedeutendsten Bestandteile des problemzentrierten Interviews hinsichtlich dieser Untersuchung waren die strukturierte Befragung anhand des Interviewleitfadens mit Begleitung eines Tonbandes. Für PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegepersonal wurden drei inhaltlich wenig unterschiedliche Interviewleitfäden entwickelt. Diese Leitfäden waren inhaltlich nach den zentralen Themen des Forschungsgegenstandes gegliedert.

Nach Beendigung jedes Interviews folgte ein Memo. Hierbei wurden Eindrücke der Atmosphäre, das Verhalten der GesprächspartnerInnen, der Gesprächsverlauf, Gefühle der Forscherin und aufgetretene Schwierigkeiten festgehalten.

4.8.2 Das informelle Gespräch

Trotz Rücksicht auf zeitliche und organisatorische Möglichkeiten führte die Forscherin auch informelle Gespräche um das Gesagte aus diesen Gesprächen mit den Interviews abzugleichen um damit den Wahrheitsgehalt zu stärken.

Von allen durchgeführten Gesprächen wurden Gedächtnisprotokolle angefertigt.

4.8.3 Die teilnehmende Beobachtung

Eine Definition der teilnehmenden Beobachtung lautet wie folgt:

„Teilnehmende Beobachtung ist eine Feldstrategie, die gleichzeitig Dokumentenanalyse, Interviews mit Interviewpartnern und Informanten, direkte Teilnahme und Beobachtung sowie Introspektion kombiniert“ (vgl. Denzin 1989b: 157f).

Die bedeutendsten Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung zeigen sich mit dem Eintauchen der ForscherInnen in das untersuchte Feld, deren Beobachtung aus der Perspektive der TeilnehmerInnen aber auch deren Einfluss auf das Beobachtete durch deren Teilnahme (vgl. Flick 2006: 206).

In den Phasen der Beobachtung ist es vorgesehen, dass die ForscherInnen immer mehr zu TeilnehmerInnen werden und so Zugang zu Feld und Personen bekommen. Auf der anderen Seite ist daran gedacht, dass die Beobachtung einen Prozess zunehmender Konkretisierung auf für die Fragestellung wesentliche Aspekte durchmacht (vgl. Flick 2006: 207).

Somit stellte sich die teilnehmende Beobachtung als hilfreiches Instrument dar, um dem Wahrheitsgehalt der Aussagen der GesprächspartnerInnen nachzugehen und weiteres Datenmaterial über den Umgang zwischen ÄrztInnen-PatientInnen und Pflegepersonen-PatientInnen zur Autonomie zu erhalten.

4.8.4 Fallbeispiele

Die Personen, welche für die Fallbeispiele herangezogen wurden, wurden anonymisiert und mit Großbuchstaben dargestellt. Pseudonyme, welche verwendet wurden: Frau B. (Patientin), Dr. Y.(Ärztin), Pflegeperson S., Frau P. (Patientin).

Die beschriebenen Beispiele wurden aus den im Geriatriezentrum geführten Interviews ausgewählt, um ein paar Beispiele bezüglich Autonomie zu verdeutlichen.

4.9 Methoden zur Datenauswertung

Nach dem transkribieren der ca. einstündigen Interviews unter Einhaltung der Transkriptionsregeln, setzte sich die Forscherin mit einer zweiten unabhängigen Person zusammen um gemeinsam die Textdaten mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse zu kategorisieren beziehungsweise zu kodieren.

4.9.1 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse zeigt eine der klassischen Vorgehensweisen zur Analyse von unterschiedlichen Textmaterialien, unter anderem von Interviewdaten.

Wesentlich bei dieser Auswertungsmethode ist, dass Kategorien im Spiel sind, diese werden nicht aus dem Material gewonnen sondern an dieses herangetragen. Ziel ist die Reduktion des Materials (vgl. Flick 2006: 279).

Der erste Schritt im Ablauf nach Mayring ist in der Festlegung des Materials zu finden. Weitere Vorgehensweise ist wie man zu jenem Material gekommen ist. Der dritte Schritt zeigt sich in der formalen Charakterisierung desselben. Im vierten Schritt geht es darum, was man aus den Daten herausinterpretieren kann. Mayring betont an dieser Stelle, dass:

„die Fragestellung der Analyse vorab genau geklärt sein muss, theoretisch an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden und in aller Regel in Unterfragestellungen differenziert werden muss“ (vgl. Mayring 1983: 47).

Das nächste Vorhaben ist es, festzulegen, welche Analysetechnik und welche Analyseeinheit angewendet werden. Hierbei gibt es die so genannte Kodiereinheit, welche besagt was der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden darf. Im Gegensatz dazu steht die Kontexteinheit, welche aussagt, was der größte Textbestandteil ist, der unter eine Kategorie fallen darf.

Vorletzter Schritt zeigt sich in den eigentlichen Analysen. Zu guter Letzt werden die Ergebnisse im Hinblick auf die Fragestellung ausgewertet (vgl. Mayring 2000: 48).

Die Technik der qualitativen Inhaltsanalyse, welche für diese Forschungsarbeit angewendet wurde, ist die zusammenfassende Inhaltsanalyse. Hierbei kennzeichnet sich die erste Reduktion durch paraphrasieren des Materials, zu diesem Zweck werden weniger relevante und bedeutungsgleiche Passagen weg gestrichen. Die zweite Reduktion präsentiert sich danach durch Bündeln und Zusammenfassen ähnlicher Paraphrasen.

„Dies stellt eine Kombination der Reduktion des Materials durch Streichung mit einer Generalisierung im Sinne der Zusammenfassung auf einem höheren Abstraktionsniveau dar“ (vgl. Flick 2006: 280).

4.9.2 Textgliederung

Nachdem alle Transkripte der Interviews vorhanden waren, wurden diese je nach PatientInnen, ÄrztInnen und Pflegepersonen aufgeteilt.

Im ersten Schritt der Auswertung folgte die Zusammenfassung der Interviews um diese dann zu kategorisieren und kodieren und dieses unter dem Aspekt der leitfadengestützten Kategorienentwicklung. Die Codes wurden meist in Übereinstimmung mit den einzelnen Themen des Leitfadens gebildet. Den letzten Schritt stellte dann die Erklärung und Interpretation der Daten in engem Bezug zur Forschungsfrage und –absicht dar.

5. Ergebnisse

5.1 Fallbeispiele

5.1.1 Beispiel Frau B.

Dezember 2012: Frau B. ist zweiundneunzig Jahre alt und verwitwet.

Aufgenommen wurde sie im August 2012, um sich nach einer Operation wegen eines Schambeinbruchs wieder zu rehabilitieren. Zum Zeitpunkt des Interviews verbrachte die Patientin bereits mehr als drei Monate in der Abteilung.

Frau B. stürzte zuhause über ihren Stock und fiel so ungünstig, dass sie sich einen Schambeinbruch zuzog. Danach wurde sie ins Akutkrankenhaus gebracht, wo man feststellte, dass eine Operation unumgänglich war. Nach dieser, entschied sich die Patientin für einen Aufenthalt im Geriatriezentrum zur Kurzzeitpflege um wieder richtig gehen zu können.

Frau B. ist mit der dortigen Behandlung sehr zufrieden. Sie empfindet sowohl die ÄrztInnen als auch das Pflegepersonal als höflich.

Bezüglich des Verlaufs ihres Aufenthaltes, meinte die Patientin, dass man ihr anfänglich mitteilte, dass sie 3 Monate dort verbringen wird.

Kurz vor Weihnachten wollte die Ärztin sie noch über die Feiertage dort behalten, da das eigenständige Gehen noch nicht so gut war wie von Patientin und ÄrztInnen erhofft. Für Frau B. kam das gelegen, da sie nicht alleine zuhause sein wollte.

Aus dem Gespräch mit Frau B. hörte man heraus, dass ihre Selbstständigkeit, das „selber gehen“ und auch das „sich wieder selbst versorgen können“, ihr wichtigstes Ziel ist. Sie freut sich über jeden Fortschritt den sie mit der Therapeutin erzielen kann:

*„..... und das sagen wir hier, dass ich wieder Kraft bekomme in den Beinen.
Und ich sag gleich, ich bin froh wenn ich wieder ein bissl Kraft bekomme.
Man kann keine Wunder erwarten- nicht von hier sondern auch nicht von
mir.“*

Auf die Frage, ob Frau B. mit dem Begriff Autonomie, Selbstbestimmung oder autonome Behandlung etwas anfangen könne, schildert sie mir ihr Verständnis dazu folgendermaßen:

„Dass man selbstsicherer, dass man sich nicht beherrschen lässt.“

Die Autonomie auf die dortige Behandlung bezogen reflektiert sie damit, dass sie mit ihrer Ärztin über alles sprechen kann, wenn sie will.

„Mit der Frau Doktor kann man auch über alles sprechen. Wenn nämlich was interessiert und wissen will, dann kommt die Frau Doktor, und gibt mir Aufklärung in allen. Und außerdem da lern ich noch was dazu.“

Dennoch fügt die Patientin hinzu, dass sie den ÄrztInnen hier lieber vertraut, was Medikation, Therapieleistungen und Behandlungsmöglichkeiten angeht.

„Ich möchte nur kein Versuchskaninchen sein, ansonsten verlass ich mich auf die Ärzte.“

Sie meint dazu, dass sie Selbstbestimmung nicht braucht. Sie weiß was sie braucht und was sie will. Dies zeigt sich im eigenständigen Erledigen ihrer persönlichen Sachen. Anfangs konnte sie gar nicht gehen und jetzt ist sie soweit, dass sie bereits ohne menschliche Stütze und nur mehr mit Hilfe ihres Stocks geht.

„Und ich glaub ich hab viel erreicht. Das ist mir wichtig. Und, aber es geht Berg auf. Ich kann wieder nach Hause.“

Des Weiteren äußert Frau B. während unseres Gesprächs häufig „die Frau Doktor wird's wissen“, weshalb dies zu einem Code für die Ergebnisse geworden ist, da noch einige Paraphrasen mit gleichem Inhalt in den anderen Interviews zu finden waren.

5.1.2 Beispiel Dr. Y.

November 2012: Dr. Y ist sechzig Jahre alt, lebt in einer Partnerschaft und arbeitet schon mehr als dreißig Jahre als Ärztin.

Für Dr. Y zeigen sich autonome PatientInnen so, dass diese von ihrer Kondition her einzuschätzen sind, dass diese selber über ihre medikamentöse oder andere Behandlung entscheiden können. Somit geht es hier um PatientInnen, welche sich der Tragweite ihrer Entscheidungen voll bewusst sind.

Die autonome oder selbstbestimmte Behandlung, wie Dr. Y diese in jener Abteilung umsetzt, zeigt sich im Informieren der PatientInnen über Therapieverlauf und Medikation. Lehnen PatientInnen eines der beiden ab, muss dies entweder mündlich vor Zeugen oder sogar anhand von einer Unterschrift festgehalten werden.

Einerseits gibt es Bereiche bei denen PatientInnen sehr viel mitbestimmen wollen, wie beispielsweise beim Ablauf der physiotherapeutischen Behandlungen, speziell wenn es um bestimmte festgesetzte Zeiten dieser Behandlung geht oder die Anzahl dieser.

„...dass man da dem Wunsch dann dem Patienten nachkommt. Oder schaut, dass man dem gerecht wird.“

Andererseits möchten die meisten PatientInnen im medizinischen Bereich nicht mitbestimmen. An dieser Stelle sagen PatientInnen: *„Ich vertrau ihnen.“* Auch weil sich die zu Behandelten in diesem Bereich nicht auskennen.

„...auch wenn sie es mir erklären, versteh ich das nicht. Ich vertrau ihnen da voll. Sie entscheiden das und ich bin einverstanden damit.“

Natürlich gibt es auch PatientInnen, die Erklärungen zu Medikamenten wünschen oder auch die Angehörigen beiziehen und ein Gespräch zu dritt führen wollen. Dies wird dann auch ermöglicht.

Einen Umstand, unter dem Frau Dr. Y. den Wunsch oder Willen der PatientInnen nicht umsetzen würde, wäre wenn diese Entscheidung für die zu Behandelten Nachteile bringt. Hier würde die Ärztin erneut das Gespräch mit den PatientInnen suchen um ihnen die jeweilige Thematik näher zu bringen.

Wie kann man die Selbstbestimmung von Seiten der ÄrztInnen und des Pflegepersonals stärken?- beantwortet Frau Dr. Y folgendermaßen:

„Das ist schwierig. Ahm wir eh wir sind sowieso bemüht möglichst lange Selbstbestimmung eines Patienten zu erhalten und zu forcieren. Ahm wir versuchen eh die Patienten zu motivieren, dass sie sich eh mit ihrem Schicksal selber beschäftigen. Und das sie sich Informationen holen. Nicht nur wenn sie Lust haben, sondern ah wirklich aktiv.“

Auch ist Dr. Y. der Meinung, dass die Aussage von Herrn Linus S. Geißler, je jünger, je gesünder PatientInnen sind umso mehr wollen diese mitbestimmen, eher skeptisch. Ihre Ansicht dazu ist, dass dies von der Persönlichkeit abhängt, und sie erwähnt in diesem Zusammenhang eine Patientin die 90 Jahre alt ist und zu all ihren Behandlungsmaßnahmen und Medikamenten immer Nachfragen parat hat.

5.1.3 Beispiel Pflegeperson S.

Dezember 2012: Pflegeperson S. ist achtundvierzig Jahre alt, verheiratet und seit ca. eineinhalb Jahren in der Abteilung beschäftigt.

Pflegeperson S. versteht unter einer autonomen Behandlung von PatientInnen alle Wünsche und Bedürfnisse einer Person zu beachten, einen wertschätzenden Umgang – ein Gesamtbild vom ganzen Menschen.

„Net immer nur die Krankheit im Vordergrund stellen, sondern der gesamte, das gesamte Bild.“

Ihrer Meinung nach möchten die PatientInnen in dieser Abteilung speziell bei der Essensauswahl mitbestimmen. Der ist allen PatientInnen gemeinsam. Da möchten die meisten mitreden und ihre Selbstbestimmung dadurch ausdrücken. Neben dem Hauptthema des Essens, zeigen PatientInnen, unabhängig von der medizinischen Thematik, ihre Autonomie mittels Frisör- und Fusspfliegewünschen.

Bei medizinischen Leistungen mögen sich PatientInnen lieber auf die ExpertInnen verlassen, ist Meinung der Pflegeperson S. Auch bei der Medikamentenvergabe wird voll und ganz auf die Meinung der MedizinerInnen vertraut. Einzelfälle, welche ganz genau hinterfragen, gibt es natürlich auch, diese sind aber sehr selten anzutreffen.

5.1.4 Beispiel Frau P.

November 2012: Frau P. Ist 65 Jahre alt und geschieden. In der Abteilung wurde sie nach der Operation an der Hüfte aufgrund eines Hüftbruchs aufgenommen. Die Dauer ihres Aufenthaltes zum Zeitpunkt der Befragung betrug ca. ein Monat.

Frau P. hat selbst achtzehn Jahre lang in dem Areal des Geriatriezentrums als Krankenschwester gearbeitet. Somit bot sie sowohl die Meinung aus PatientInnensicht als auch aus Sicht der Pflegeperson.

Zufrieden ist die Patientin mit der Behandlung sehr. Auf die Frage nach Verbesserungsvorschlägen meinte sie, dass alle PflegerInnen ihren Beruf mit Liebe ausüben sollen. Denn es findet sich eine Pflegeperson in der Abteilung, die ihrer Meinung nach zu grob ihren Beruf ausübt.

Die besagte Person hat sie nach dem Toilettengang, bei dem sie Hilfe braucht, mit dem nackten Popo auf dem Rollwagerl sitzen lassen. Die Pflegeperson schrie die Patientin an anstatt dieser beim Ankleiden zu helfen, da sie sich aufgrund des Hüftbruchs und eines steifen Knies nicht viel bewegen kann.

„Das macht er nicht, das tut er nicht. Und er hebt mich nicht. Hm, hab ich gesagt: Ist in Ordnung, dann bleib ich halt so sitzen. In einen Rollstuhl, ich sag, ich hab eh in einer halben Stunde Therapie.“

Obwohl die Patientin nichts von diesem Vorfall ausplauderte, fragten bei der nächsten Visite sowohl die Ärztin als auch die Stationsschwester nach, ob es ein Problem mit dem Pflegepersonal gäbe. Also nicht Frau P. selbst hat über dies berichtet sondern die Pflegeperson hat es ausgeplaudert. Ergebnis dieser Geschichte war, dass diese Person nicht mehr in ihr Zimmer kommen darf.

„Aber der, der ist weg. Der hat herinnen nicht mehr arbeiten dürfen. Der ist weg. Aber alle anderen seien super. Gibt es überhaupt nichts. Ich will nicht sagen, dass er ein schlechter Pfleger ist, aber die Art, wie man mit den Leuten umgeht, wissen sie?“

Auch über Therapien und Medikamente fühlt sich Frau P. genügend informiert und wenn sie etwas wissen möchte, fragt sie bei der Schwester nach.

Mit dem Begriff Autonomie kann die Patientin nichts anfangen, unter Selbstbestimmung versteht sie, dass sie genau weiß was sie will und was nicht. Speziell im medizinischen Bereich vertraut sie voll und ganz auf die ÄrztInnen.

„Wie gesagt ich bin einfach nicht der Mensch, und ich bin geistig voll da. Ich weiß genau was ich will und was ich nicht will. Und was ich akzeptiere und was ich nicht akzeptiere.“

Mitentscheiden möchte die Patientin jedoch bei Therapiefragen. Welche Bewegungen geübt werden können und wie weit eine Bewegung trotz Schmerzen schon funktioniert.

„Und da hat die Therapeutin gesagt: Ich hab das nicht gewusst, dass sie das schon machen können. Ich hab mir gedacht das geht nicht wegen, dass ihnen das weh tut, net hat sie gesagt.“

Auf die Frage, ob sie sich eine Situation vorstellen könne in der sie eine Behandlungsmaßnahme verweigern würde, antwortete sie mit ja. Die Patientin brachte das Beispiel einer Strombehandlung, die sie bekam, welche so schmerzte, dass sie diese bereits nach zwei Minuten abbrechen musste.

Im Gespräch erwähnte Frau P. doch noch etwas, das sie stören würde. Sie wurde bereits zweimal zu Therapiestunden abgeholt zu denen sie laut ihrem Zeitplan nicht eingeteilt war. Gerade bei ihrer Bewegungseinschränkung eine schwierige Sache.

5.2 Kategorien aus den problemzentrierten Interviews

An dieser Stelle werden die Kategorien präsentiert, welche durch die Auswertung der Interviews zustande kamen. Insgesamt wurden 15 PatientInnen, 5 ÄrztInnen und 2 Pflegepersonen befragt. Als Endergebnis kam es zu einer zentralen Kategorie und mehreren Hauptkategorien.

- Zufriedenheit/Lebensqualität im Geriatriezentrum
- Autonomie – bitte was?
- Autonomie – eine Frage bei schwerwiegenden Entscheidungen
- Individuelle Autonomie
- Frau Doktor wird's schon wissen
- „Rehabilitiert!“ – wieder nach Hause dürfen

Im Folgenden werden die Kategorien von unten (Zufriedenheit/Lebensqualität im Geriatriezentrum) nach oben zur zentralen Kategorie einzeln vorgestellt und näher beschrieben.

5.2.1 Zufriedenheit/Lebensqualität im Geriatriezentrum

Diese Kategorie kam zustande, da vierzehn von fünfzehn PatientInnen angaben in jener Einrichtung sehr zufrieden zu sein. Trotz teilweise eingeschränkter Mobilisation durch Brüche oder sonstige Verletzungen bleibt die Lebensqualität der dort behandelten PatientInnen erhalten. Die Zufriedenheit der Behandelten kann mit Hilfe ihres Wohlbefindens gemessen werden. Einige Aussagen über deren gutes Wohlbefinden lassen auf ihre Lebensqualität schließen:

„Ich bin sehr zufrieden mit hier, ist alles sehr schön. Die Frau Doktor ist sehr höflich und gerade heute geht es mir sehr gut. Ich kann mich schon wieder viel besser bewegen, fast kann ich schon wieder laufen. Es geht mir gut, gut, gut!“

Neben solchen ähnlichen Aussagen spiegelt sich das Wohlbefinden auch durch gute Laune und Humor wider. Viele der befragten PatientInnen scherzten vor, während oder nach den Interviews.

Sie erzählten lustige Anekdoten, die diese entweder seit Aufnahme im Geriatriezentrum oder auch schon früher erlebt haben. Auch eine fröhliche Miene und ein Lächeln im Gesicht zeigten ihr Wohlbefinden auf.

Wichtig im Zusammenhang mit der Kategorie „Hohe Zufriedenheit/ Lebensqualität im Geriatriezentrum“ stehen auch soziale Kontakte in der Umgebung der Behandelten. Denn Kontakte zu Töchtern/Söhnen oder auch FreundInnen und PartnerInnen haben eine positive Wirkung auf das Wohlbefinden der befragten Personen. PatientInnen erzählten auch häufig wie sehr sie nach Telefonaten und Gesprächen mit Bekannten und Verwandten aufblühen.

Fürsorgliche Betreuung und Nähe sowohl zu Angehörigen als auch zu ÄrztInnen und Pflegepersonen wirkt sich positiv auf die Lebensqualität aus.

„Und die Frau Doktor ist immer für mich da und ich kann auch mit alles zu ihr kommen. Sie hilft mir dann weiter.“

Und:

„Meine Tochter kommt ja auch fast jeden Tag, wann immer es ihr möglich ist, dann bringt sie mir die Sachen mit die ich gerne mag und redet ganz viel mit mir. Das tut schon gut.“

PatientInnen zeigen sich für die ihnen entgegengebrachte Nähe und Fürsorge sehr dankbar.

„Ich bin sehr dankbar, dass die Ärzte so bemüht sind, und dass mein Sohn, ja der hat eh soviel zu tun, trotzdem versucht so oft vorbei zu kommen.“

Insgesamt zeigt sich, dass soziale Kontakte das Leben der Betroffenen lebenswerter machen und deren Lebensqualität merkbar steigern.

Zu der Kategorie „Zufriedenheit/ Lebensqualität im Geriatriezentrum“ gehören auch die Freizeitangebote des Geriatriezentrums, welche den Alltag der PatientInnen dort verbessern. Angebote wie Kegeln oder gemeinsam Kochen erhöhen die Lebensqualität der Behandelten.

„...mal schauen was heute angeboten wird, das ist schon angenehm, das ist einfach eine Abwechslung zum einfach nur im Bett liegen und Therapie machen.“

5.2.2 Autonomie – bitte was?

Alle befragten PatientInnen bis auf eine konnten mit dem Begriff Autonomie und Selbstbestimmung nichts anfangen. Die meisten gaben an, noch nie davon gehört zu haben. Einzige Ausnahme, jene, die Thematik dieses Wortes einigermaßen treffend beschrieben hat, war folgende, welche bereits im Interviewbeispiel gezeigt wurde:

„Ja, dass man selbstsicherer, dass man sich nicht beherrschen lässt und so weiter.“

Auch nach Erklärung des Terminus Autonomie, meinten die meisten davon nichts zu wissen und sich noch nie mit dieser Thematik auseinandergesetzt zu haben. Dennoch zeigt sich aus den Interviews, dass trotz Nichtwissens des Begriffs, zumindest ein Mitspracherecht in vielerlei Hinsicht zum Tragen kommt. Dies wird weiter unten unter der „Individuellen Autonomie“ näher gebracht.

5.2.3 Autonomie- eine Frage bei schwerwiegenden Entscheidungen

Eine weitere wichtige Kategorie zum Thema Autonomie, ist jene mit dem Namen „Autonomie – eine Frage bei schwerwiegenden Entscheidungen“. Diese ergab sich aus den Interviews der ÄrztInnen und Pflegepersonen.

Zusammengefasst verstehen diese unter einer autonomen Behandlung jene PatientInnen, welche aufgrund ihrer körperlichen und geistigen Kondition her, selbst über ihre medikamentöse und medizinische Behandlung entscheiden können.

Wichtigster Punkt an dieser Stelle ist die Information an die PatientInnen über Medikamente, Therapien oder bevorstehende Eingriffe.

Die ÄrztInnen geben alle an, dass darauf geachtet wird, dass den PatientInnen über all ihre Behandlungsmaßnahmen Bescheid gegeben wird.

Lehnen PatientInnen Behandlungsmaßnahmen ab, wird zuerst versucht über Angehörige eine Lösung zu diesem Problem zu erhalten. Ansonsten

„müssen dann eh dezidiert eine Ablehnung ahm entweder mündlich vor Zeugen aussprechen oder unterschreiben. Und die Entscheidungen der Pa-, Patienten werden immer akzeptiert, ja.“

Dennoch verbinden die ExpertInnen die Autonomie der PatientInnen eher mit der Frage nach schwerwiegenden Entscheidungen. Also bei PatientInnen, welche sich nicht mehr mitteilen können oder stark beeinträchtigt sind oder bei Entscheidungen am Lebensende. Für PatientInnen zeigt sich die Autonomie vermehrt bei nicht-medizinischen Angelegenheiten. Natürlich möchten diese über Medikation und auch Behandlungsmöglichkeiten informiert werden und auch mögliche Alternativen kennen lernen, dennoch ist der Respekt vor der individuellen Person und deren individuellen Krankheitsbild im Vordergrund.

5.2.4 Individuelle Autonomie

Eine der Kategorien, welche aufgrund der Interviews gebildet wurde, war die „Individuelle Autonomie“. Inhaltlich betrachtet erklärt jene Kategorie die unterschiedlichen Faktoren des selbstbestimmten Handlungs- und Entscheidungsspielraums der PatientInnen. Alle PatientInnen zeigten quasi eine persönliche Autonomie auf, welche sich durch bestimmte Handlungen und Fähigkeiten darstellte. Die Behandelten gaben unterschiedliche Autonomiebereiche an, welche im Folgenden näher beschrieben werden:

- Autonomie beim Zustimmung oder Ablehnen
- Autonomie bei der Informationserhaltung
- Respekt vor dem Eigenwohl
- Autonomie bei Behandlungsalternativen
- Autonomie bei der Einschränkung des Handlungsspielraums durch die Institution Geriatriezentrum

Ad Autonomie beim Zustimmung oder Ablehnen

Einige PatientInnen gaben an, dass sie Wert darauf legen sowohl bei der Medikation als auch bei den Therapien gefragt zu werden und somit selbst entscheiden zu können, diesen zuzustimmen oder diese auch abzulehnen.

„Ne ne, ich möchte schon selbst entscheiden können ob mir ein Medikament zusagt oder nicht, auch bei der Therapie ist das so.“

Interviewer: Was ist bei der Therapie auch so?

Na das ich bestimme ob ich heute will oder nicht, bin ja manchmal schwach oder föhl, föhl mich nicht gut und dann Therapie machen? Ne ne.“

Die Behandelten geben auch klar zu verstehen, dass ihr Körper ihr Eigenstes und Nächstes ist und dass unerlaubte Eingriffe anderer als intimste Verletzung verstanden werden. Dies traf beispielsweise bei der Körperpflege oder auch bei Hilfeleistungen zur Bewegung zu.

„Die, die Schwester hat mich waschen wollen, ist mit dem Tuch und dem Schaffl dagestanden, hab ich gesagt, nein, das mach ich mir selber, das schaff ich schon. Glaubens ich lass mir den Hintern so einfach von wem andern putzen, so lang ich das irgendwie selber schaff.“

Auch Monika Bobbert schreibt in diesem Zusammenhang, dass das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper ein sehr grundlegendes ist, und somit zeigen bereits Eingriffe, welche in der Absicht zu helfen geschehen, ohne die Zustimmung der Behandelten eine nicht zulässige Verletzung auf (vgl. Bobbert 2002, 135) .

Ad Autonomie bei der Informationserhaltung

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass PatientInnen sowohl medizinische Informationen über Diagnose, Prognose und Therapien brauchen als auch pflegerische Informationen über Pflegeziele und Pflegemaßnahmen. Denn nur mit dieser genauen Informationserhaltung sind die Behandelten auch in der Lage das weitere Vorgehen ihres Aufenthaltes abzuschätzen.

„Ich möcht schon eine Aufklärung in allen, die sollen mir schon sagen was, wann und wo mit mir gemacht wird, ich frag ja auch immer nach wann ich heim darf.“

Jene Informationen sind essentiell, um das eigene Wohl festzulegen und zwischen möglichen Alternativen entscheiden zu können.

„Informiert“ können PatientInnen nur dann zustimmen, wenn diese beispielsweise wissen, welche kurz- aber auch langfristigen Nachteile bei vorgeschlagenen Behandlungen und Pflegemaßnahmen denkbar sind. Bedeutend ist an dieser Stelle auch, dass die Information verständlich rüber gebracht wird. Hierbei sind sich ÄrztInnen (A) und PatientInnen (P) einig.

A: „Ich hab das bei der Visite schon gesagt, dass ich ja drauf achte, dass die Patienten ahm informiert werden über... vor allem so dass diese es verstehen, also es hat ahm keinen Sinn irgendwelche medizinischen Wörter zu verwenden, sondern so dass es Laien eben verstehen, ja.“

P: „Jo, alles was man mir sagt muss deutsch sein, ja wissens was ich meine, nutzt ma ja nix wenn man mir irgendwelche Fremdwörter vor die Füße schmeißt, des versteh i dann net.“

Ad Respekt vor dem Eigenwohl

Alle mit Krankheit und Gesundheit in Verbindung stehenden medizinischen und pflegerischen Diagnosen, Maßnahmen und Ziele streifen häufig existentiell bedeutsame Vorstellungen vom „guten Leben“, welche in Lebenszielen, dem Selbst- und Idealbild und der Lebensführung widerspiegeln. Genau davor wünschen sich die PatientInnen Respekt.

Denn Diagnosen und Hilfsmaßnahmen selbst schließen bereits Vorannahmen und Wertungen mit ein, welche auf speziellen Lebenskonzeptionen basieren.

Die PatientInnen haben selbst bestimmte Wünsche und Ziele, da diese selbst am besten wissen, was ihnen gut tut. Außerdem ist ihnen wichtig, dass ÄrztInnen und Pflegepersonal ihren Wünschen und Bedürfnissen Beachtung schenken. Auch zeigt es sich laut ÄrztInnen und Pflegepersonal als sehr wünschenswert den PatientInnen eine Einflussnahme auf das Geschehen zu zulassen. Diese meinen dazu, dass die Möglichkeit nach eigenen Vorstellungen und Wünschen leben zu können, das Leben der PatientInnen entscheidend mit bestimmt.

„Lässt man ihnen einen gewissen Freiraum zum Mitreden, macht das schon viel aus. Ich glaube dann fühlen sich Patienten einfach verstandener.“

Nur ist an dieser Stelle zu beachten, dass PatientInnen im Verlauf ihrer Krankheiten, vor allem im Zusammenhang mit der Verarbeitung dieser, auch deren Einschätzungen und Bewertungen verändern.

„Da muss man dann schon aufpassen, ob trotz schwerer Krankheit oder einer neuen Diagnose der Wille der gleiche bleibt. Da bemerkt man bei fast allen einen Wandel, bei dem was sie gemeint haben.“

Aber der Respekt vor dem Eigenwohl kommt auch noch an anderen Stellen zum Vorschein. Beispielsweise beim Bedürfnis nach bestimmten Lebensmitteln beziehungsweise dem Wunsch bei den Mahlzeiten und beim Friseurwunsch.

Beinahe alle befragten PatientInnen gaben an, dass ihnen ein Mitspracherecht bei der Essenauswahl sehr wichtig erscheint. Mit diesem Mitspracherecht, was diese gerne als Nahrung bekommen oder auch nicht bekommen möchten, äußern die PatientInnen den gewollten Respekt vor ihrem Eigenwohl.

„...beim Essenswunsch, das ist ganz vordergründig muss ich sagen. Grad bei der Nahrung äußern sie ihre Wünsche. Das Essen war bei uns wirklich ein Hauptthema“

Aber wie auch schon früher erwähnt, zeigen die zu Behandelten ihren Respekt vor dem Eigenwohl mit Frisör- und Fusspfliegewünschen auf. Bei diesem Thema treten die PatientInnen an das Pflegepersonal heran um ihren gewöhnlichen Frisör oder die gewöhnliche Fusspflege besuchen zu können oder dorthin gefahren zu werden.

„Oder auch, was auch bei uns sehr ist, unabhängig jetzt von der medizinischen Leistung, ist auch diese Frisörwünsche, diese Fusspfliegewünsche. Das bietet das Haus an und diese Gelegenheit haben sie, dass sie das auch nützen. Es gibt auch viele, die wo sagen zum privaten Frisör. Dann mobilisieren wir entweder die Angehörigen oder schauen, dass er wirklich hinkommt. Das steigert das Wohl der Patienten ungemein.“

Ad Autonomie bei Behandlungsalternativen

Auch in Bezug auf Behandlungsalternativen spiegelt sich die Autonomie der PatientInnen wider. Einigen ist es sehr wichtig im Zusammenhang mit Medikation, Therapien, Behandlungen und sogar Untersuchungen Alternativen mitgeteilt zu bekommen.

Mit dieser Möglichkeit können die zu Behandelten die Wahrscheinlichkeit ihre individuellen Präferenzen vor Augen zu behalten, vergrößern.

„...wenns da noch eine andere Möglichkeit für mich gibt, bei der ich vielleicht sogar besser dran bin, dann möcht ich das schon wissen, natürlich. Aber da würd ich dann noch nachfragen was denn die Frau Doktor besser findet.“

Diese Beispiel zeigt sehr gut, dass trotz Behandlungsalternativen eine Empfehlung der ExpertInnen gewünscht wird.

PatientInnen bietet diese Wahl zu Alternativen nicht nur den Zugang zu faktisch bestehenden Wahlmöglichkeiten sondern auch die Erschließung neuer „potentieller“ Wahlmöglichkeiten, die das gesundheitliche Wohl der Behandelten steigern sollen.

„...wer weiß, vielleicht gibts da ja sogar was neues, steht ja ständig in der Zeitung dass wieder irgendwas neues gefunden wurde, ich sags ihnen in ein paar Jahren werden wir Aids heilen können. Man möchte da schon wissen obs schon was anderes besseres gibt.“

Ad Autonomie bei der Einschränkung des Handlungsspielraums durch die Institution Geriatriezentrum

Zu dieser Thematik ist zu sagen, dass die PatientInnen während ihres Aufenthaltes in dem Geriatriezentrum mit Einschränkungen ihres Handlungsspielraums konfrontiert sind. Dazu zählen unter anderem Vorschriften an die es sich zu halten gilt, aber auch institutionelle Abläufe, welche nicht den Gewohnheiten und Vorhaben daheim gleichen. Auch dabei zeigen PatientInnen ihren Anspruch zur Autonomie auf.

„daheim bin ich's immer gewohnt nach dem Mittagessen, wissen's, da geh ich dann an die frische Luft, das fehlt ma schon und auch am Nachmittag mach ich mir einen guten Kaffee. Wissen sie ich mach auch immer das Fenster auf und lauter Bäume rundherum, also sehr gute Luft. Und das hab ich hier auch net.“

Den PatientInnen fehlen neben ihrem gewohnten Alltag auch die gewohnte Umgebung und der freie Handlungsspielraum. Den Handlungsspielraum der PatientInnen möglichst gering einzuschränken, stellt einerseits eine sachlich-organisatorische als auch eine moralisch-argumentativ herausfordernde Aufgabe dar.

5.2.5 Frau Doktor wird's schon wissen

Diese Kategorie soll unter anderem das Vertrauen der PatientInnen auf das Wissen der ExpertInnen ausdrücken.

Im medizinischen Bereichen findet zwar ein Nachfragen über Medikation und Behandlungsmaßnahmen statt, sowie auch Information zu medizinischen Maßnahmen gewünscht wird, aber die Entscheidung und Empfehlung der ÄrztInnen ist für die Behandelten unumgänglich, wie folgende Aussagen verdeutlichen:

„Und ehrlich gesagt sollte es andere Behandlungen geben ist es mir auch egal, Hauptsache das hilft mir, die wissen doch warum sie solche und solche Maßnahmen treffen, da brauch ich dann doch nicht auch noch dazwischen reden.“

„Ah im medizinischen Bereich ist es oft so, dass die Patienten dann sagen: ich vertrau ihnen, Ich weiß dass ah das sie eh alles, also die ganze, jede Therapie, die sie für mich aussuchen oder entscheiden eh für mich nichts Negatives bringt. Also die, viele Patienten haben so viel Vertrauen und sagen auch: I kenn mi da eh net so gut aus.“

„Bei den Medikamenten?- Ja, ja, ja i nimm kann ganzen Kübel aber i nehm alles brav was man mir gibt.“

„Ich mach alles was da kommt, ist alles gut für mich. Auch die Medikamente, da is nix Außergewöhnliches.“

„Ja, ja wenn mir der Arzt ein Medikament vorschreibt dann nehm ich's schon.“

„Bei den Medikamenten hab ich keine Ahnung was i schluck, i nehms einfach.“

„Im Medizinischen gibt's keinen Bereich bei dem ich mitentscheiden will.“

Entscheidungen im medizinischen Bereich überlassen die PatientInnen anderen. Somit befinden sich Fähigkeiten und Willensbekundungen der Behandelten in einem Spannungsfeld, bei welchem die eigenständige Entscheidung, einerseits deren Autonomie aufzeigt, andererseits der dadurch abnehmende Handlungsradius auch auf eine abnehmende Eigenständigkeit verweist.

Anhand der Protokolle konnte auch festgestellt werden, dass PatientInnen Aufgaben, welche sie normalerweise selbst durchführen, beispielsweise die morgendliche Wäsche, an die Pflegepersonen übergibt. Zurückzuführen ist dies entweder auf die Bequemlichkeit derer oder auf den Genuss der Fürsorge ihrer/seiner Mitmenschen. Auch dieses Verhalten fällt unter das Vertrauen auf die ExpertInnen.

5.2.6 „Rehabilitiert!“- wieder nach Hause dürfen

Wie man bereits gesehen hat, ist von Seiten der Mehrheit der PatientInnen ein gewisses Maß an Autonomie gewünscht. Auch wenn Jede/r ihre/seine Selbstbestimmung in unterschiedlichen Bereichen äußern möchte, so ist diese Thematik dennoch ein wichtiger Bestandteil der Behandelten dort.

Dennoch soll bereits der Aufbau der Kategorien in Baumform von unten nach oben die Bedeutung der letzten und obersten Kategorie „*Rehabilitiert!*“- wieder nach Hause dürfen empor bringen.

Aus allen geführten Interviews sowohl mit den ÄrztInnen, dem Pflegepersonal als auch mit den PatientInnen geht eindeutig hervor, dass das wichtigste Anliegen der zu Behandelten die Rückkehr in deren gewohnten vier Wände aufzeigt. Da lassen sich Gewohnheiten beibehalten und man kann wieder nach dem eigenen Rhythmus leben.

Mit Gewohnheiten ist gemeint, dass bestimmte Rituale wieder zu bestimmten Uhrzeiten erfolgen können, wie beispielsweise Mittagessen, tägliche Spaziergänge oder Besuche.

„...und nachher, geb ich ehrlich zu, freut es mich schon wenn ich in meine Wohnung komm.“

„Nach Hause, nach Hause, sie können sich's nicht vorstellen wie sehr ich mich danach sehne!“

Viele solche und ähnliche Aussagen kamen von allen interviewten PatientInnen. Damit diese ihr ersehntes Ziel erreichen und schnell Fortschritte im Bezug auf Rehabilitation erreichen, nehmen sie gerne angegebene Behandlungsmaßnahmen in Kauf. Oft gehen sie den von ExpertInnen vorgeschriebenen Therapiemaßnahmen und empfohlenen Medikationen nach, in der Hoffnung, dass diese eine raschere Rückkehr nach Hause ermöglichen. Aufgrund des Wissens der ExpertInnen, vertrauen die PatientInnen auf dieses und gehen den „Vorschriften“ nach, da diese schnelle Fortschritte bei der Rehabilitation ermöglichen.

„I mach alles was da kommt und was man mir gibt, des wird schon gut sein und mach ich das Alles, bin ich umso schneller wieder daheim.“

„warum sollt ich dem misstrauen? – hat ja an Grund warum ich diese und jenes machen muss. Und wissens je schneller ich mich wieder bewegen kann, umso schneller seh ich meine Wohnung wieder – dafür mach i alles.“

Zu dem Wunsch wieder Daheim sein zu können, gesellt sich auch die Sehnsucht, sich wieder selbstständig und eigenständig versorgen zu können. Auch hier kommen wieder die Gewohnheiten zum Vorschein.

Die Interviews haben gezeigt, dass älteren Menschen ihre Gewohnheiten wichtig sind, da deren individuelle Autonomie auch an bestimmte Ereignisse geknüpft ist. Dieser Wunsch nach Selbstständigkeit äußert sich folgendermaßen:

„dass ich wieder selber zusammenräumen kann und einkaufen geh, das mag ich und mach ich immer selbst und so solls auch wieder werden. Das die Wohnung sauber ist.“

„...ich will auch wieder selbst am Herd stehen und mir was Gutes kochen.“

„... dass dann meine Freundin, die Trude, wieder zum Kaffe kommt und wir tratschen, dass ich den dann wieder machen kann und zur Türe gehen kann. Das sind alles Sachen die man gar nicht bedenkt, erst wenn's nimma geht dann weiß man was einem fehlt.“

Die Selbstständigkeit und das eigenständige Versorgen sind den PatientInnen wichtiger als eine autonome Behandlung. Denn der vordergründige und unumstößliche Wunsch aller dort Behandelten zeigt sich im Überstehen der Einschränkung durch jegliche Krankheit und der Rückkehr in ihre gewohnte Umgebung.

5.3 Zusammenfassung der Ergebnisse

Um die zuvor präsentierten Ergebnisse untereinander in Verbindung zu bringen, zeigt die nachfolgende Darstellung eine Übersicht über die Zusammenhänge der Hauptkategorien zueinander und zur Endkategorie. Überdies wird an dieser Stelle beschrieben wie es zu jener Vorstellung des graduellen Autonomieverständnisses kam. Weiters wird auch gezeigt wie sich die Kategorien, welche aus den Interviews gewonnen wurden, überschneiden.



Abbildung 1

Das Baumdiagramm mit den Hauptkategorien von unten der „Wurzel“ bis hinauf zur „Baumkrone“ soll die Hauptkategorien zum jeweiligen Themenpunkt des Interviewleitfadens hin, widerspiegeln. Vom anfänglichen Themenschwerpunkt der Behandlungszufriedenheit bis hin zur Autonomieproblematik und dem herauskristallisierten eigentlichen Ziel der PatientInnen dort.

Nachdem die Zufriedenheit der PatientInnen im Geriatriezentrum bis auf eine Person durchwegs mit „sehr zufrieden“ angegeben wurde und somit das damit verbundene Wohlbefinden auch sehr stark gegeben war, folgte danach die Thematik der Autonomie. Der Unterschied im Verständnis der Autonomie zwischen PatientInnen und ÄrztInnen und Pflegepersonal ist jedenfalls vorhanden. Auch wenn PatientInnen mit dem Ausdruck Autonomie nichts anfangen konnten, so gaben diese nach Erklärung des Begriffs doch einen gewissen Anspruch an verschiedene Mitsprachewünsche an.

Ganz anders ist jedoch die Auffassung dieses Ausdruckes unter den ExpertInnen. Diese verstehen darunter die Mitbestimmung bei medizinischen und medikamentösen Maßnahmen. Während, wie sich dies in der folgenden Kategorie, der „Individuellen Autonomie“, zeigt, bei PatientInnen sehr selten der Fall ist. Diese verlassen sich gerade bei medizinischen Fragen lieber auf die ÄrztInnen und das Pflegepersonal, da ihnen auch die Expertise, solche Entscheidungen zu treffen, fehlt. Weiters unterscheidet sich das Verständnis von einer autonomen Behandlung unter PatientInnen und ExpertInnen dahingehend, dass ExpertInnen die Frage nach der Autonomie erst bei schwerwiegenden Entscheidungen sehen. Damit gemeint sind beispielsweise bei Entscheidungen am Lebensende, bei Operationen, welche lebensnotwendig sind oder auch langfristige Konsequenzen für die/den Behandelte/n nach sich ziehen. Die Gemeinsamkeit in Bezug auf eine autonome Behandlung zeigt sich in der Information.

Beide, sowohl PatientInnen als auch ExpertInnen gaben

- die Aufklärung über Krankheiten,
- die Dauer des Aufenthaltes,
- die Gabe der verschiedenen Medikamente und
- die unterschiedlichen Therapiemaßnahmen

als wichtigen Bestandteil einer autonomen Behandlung von PatientInnen an.

Der jedoch essentiellste Aspekt in Bezug auf die Selbstbestimmungsthematik zeigt sich laut Behandelenseite als auch laut ExpertInnenseite in dem Wunsch nach bestimmten Lebensmitteln und dem Wunsch bei der Essensauswahl mitreden zu können.

Alle Interviews brachten neben den genannten Hauptkategorien jedoch ein Ergebnis hervor, welches letztendlich als End- oder Zielkategorie getauft wurde. Dies ist die Kategorie mit dem Namen „Rehabilitiert!“ – wieder nach Hause dürfen“. Nichts ist den dort zu Behandelten wichtiger als ihr persönliches Ziel, wieder in deren eigene vier Wände zurück zu können. Um diesen Wunsch auch in die Realität umsetzen zu können, nehmen die PatientInnen alle „Hürden“ im Sinn von Therapiemaßnahmen, Medikationen und sonst vorgeschriebene Rehabilitationsmaßnahmen auf sich.

Es wird im medizinischen Bereich auf die ExpertInnen gehört und Vorgaben umgesetzt, damit die Heimreise von Tag zu Tag greifbarer wird.

Um den Autonomiebegriff in der vorliegenden Untersuchung zusammenzufassen; Autonomie kann als Zustand eines Menschen gesehen werden, welcher auf einem Autonomie-Heteronomie-Zusammenhang fixiert werden kann. Dies trifft daher zu, da die Behandelten aufgrund von Stürzen und Unfällen plötzlich auf die Hilfe anderer angewiesen sind. Ist die Rehabilitation eingetreten, wandert der Pfeil wieder in Richtung Autonomie. Eine verabsolutierte Autonomie, eine so genannte Autarkie, wird niemals realisierbar sein, da wir alle von etwas „abhängig“ sind. Viele der befragten PatientInnen zeigten ihre Abhängigkeit zu zwischenmenschlichen Beziehungen, sozialen Kontakten, sowohl zu Angehörigen als auch zu den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal.

Denn von deren Seite erfolgt die Unterstützung, welche den Behandelten die Bedingung zum Ausleben der Autonomie darstellt.

An dieser Stelle muss hervorgehoben werden, dass Autonomie eine multidimensionale Betrachtungsweise verlangt, da diese nicht aus einer Person heraus betrachtet werden kann, sondern erst durch Interaktion mit anderen erhalten wird. Somit ist diese auch kontextabhängig.

Die Ergebnisse zeigen des Weiteren, dass die individuelle Autonomie bei PatientInnen stark vorhanden ist, sich jedoch in die verschiedensten Dimensionen aufteilen lässt. Daraus lässt sich ableiten, dass das Bedürfnis nach Autonomie trotz gewisser Einschränkungen eine wichtige Rolle im Leben der Betroffenen spielt.

Hinzu kommt, dass auch Tätigkeiten, welche verrichtet werden nach einem bestimmten Grad an Selbstbestimmung definiert werden können. Wird eine Tätigkeit mit Unterstützung einer anderen Person verrichtet, beispielsweise die Morgentoilette mit Hilfe der Krankenschwester, könnte man dies als teilautonome Handlung betiteln.

Anfänglich brauchen PatientInnen bei gewissen Tätigkeiten noch Hilfe, um in den Prozess der Selbstbestimmung, im Sinne den eigenen Regeln wieder folgen zu können, zurück zu finden. Auf diese Art und Weise finden PatientInnen wieder in ihr gewohntes Lebensmuster zurück.

Obendrein brachten die Interviews hervor, dass die verschiedenen menschlichen Handlungsdimensionen, angefangen bei der Medikamenteneinnahme bis zu alltäglichen Tätigkeiten, die unterschiedlichsten Entscheidungen ans Licht bringen. Diese beinhalten jeweils auch eine eigene Dimension von Selbstbestimmung, welche graduell verstanden werden.

Würde man die Selbstbestimmungsfähigkeit der PatientInnen in einem einzigen Bereich, beispielsweise in der Aufrechterhaltung und Förderung sozialer Kontakte, antreiben, könnte dies die Autonomie stärken und andere gezielte Entscheidungsbereiche entlasten. Somit ließe sich die Autonomie von PatientInnen von Seiten der ÄrztInnen und dem Pflegepersonal stärken, indem diese die Handlungskompetenzen der PatientInnen richtig einschätzen lernen, dann im richtigen Moment sich zurücknehmen oder bei Bedarf unterstützend eingreifen.

6. Diskussion und Ausblick

Mit der vorliegenden Masterarbeit wurde versucht die ethische Thematik von PatientInnen in der Kurzzeitpflege bezüglich deren Selbstbestimmungsfähigkeit zu beleuchten und des Weiteren untersucht ob das Verständnis von einer autonomen Behandlung von ÄrztInnen und PatientInnen das Gleiche ist.

Dass Menschen Bedürfnisse und auch das Recht haben sollten deren Leben autonom zu führen, ohne irgendeine Form von Fremdbestimmung und Machtausübung von außen, ist unbestreitbar. Viele derzeit auftretende medizinethische Debatten vertreten auch diese Auffassung.

Weiters heben MedizinethikerInnen jedoch auch den Schutz von Freiheitsrechten der Individuen hervor. Das derzeit herrschende Verständnis zur PatientInnenautonomie betont die Wichtigkeit des selbstbestimmten Willens der zu Behandelten.

Auch lässt sich Beauchamp und Childress Autonomieverständnis in den Ergebnissen wieder finden. Übereinstimmend ist dabei, dass Autonomie als handlungsbereich-bezogener und graduell zu bestimmender Zustand angesehen wird. Einige Überlappungen finden sich auch im Bereich der Notwendigkeit der Förderung selbstbestimmter Handlungs- und Entscheidungsfähigkeiten.

Wie bereits weiter oben beschrieben, muss Autonomie als multidimensionaler Begriff aufgefasst werden, der kontextabhängig ist und genauso wie die Gesundheit eines Menschen, je nach Zustand verschieden sein kann und nicht statisch bleibt (vgl. Weidinger 2010: 128f). Dazu schreibt Zehender:

...Autonomie nicht als unverrückbare Eigenschaft einer Person, sondern eher als dynamisches personales Potential zu definieren“ (Zehender 2007: 15).

Überdies zeigten die Ergebnisse der Interviews, Beobachtungen und informellen Gespräche deutlich, dass PatientInnen in der Kurzzeitpflege nicht nach einer vollständigen Autonomie streben sondern ihre Heimreise als oberstes Ziel definieren. Um dieses auch zu erreichen wird gerne auf vorgeschriebene Maßnahmen der MedizinerInnen gehört. Woher kommt dann jedoch der laute Schrei nach vollständiger Autonomie, nach PatientInnen, welche in den Rang als „KoproduzentInnen“ ihrer Gesundheit erhoben werden?

In diesem Zusammenhang wird auch gar nicht mehr von PatientInnen sondern von KundInnen gesprochen, es geht nicht mehr um Engagement sondern um Leistungen und nicht mehr um Vertrauen sondern um Verträge. Die PatientInnenkultur stellt sich auf diese Art und Weise ganz anders dar als sie sein sollte.

Je nach Interessenslage stehen am Ende dieser Diskussion „Health-Care-Consumer“ und die „Leistungserbringer“, jeder berechnend, in nüchternem Umgang gegenüber. Steigt die PatientInnenautonomie noch weiter an, werden ÄrztInnen als InformationsbeschafferInnen immer mehr als Hintergrundfigur zu betrachten zu sein (vgl. Geisler 2003: 1).

Als neues Gespenst wird nun die ins Extrem getriebene Autonomie der PatientInnen als purer rechtlicher Absicherungsrahmen in einem fast emotionslosen, arztfreien Raum betrachtet. Die ernüchternde Erkenntnis ist, dass die allwissenden, zu allen Entscheidungen befähigten Behandelten, rare Wesen, hoch kompetente, aber, wie der klinische Alltag zeigt, einsame Einzelgänger, welche unversehens in eine neue Abhängigkeit rutschten, darstellen (vgl. Geisler 2003:1).

Damit stellt sich die Frage ob gesundheitspolitische Reformen, welche ein solches Menschenbild begründen, überhaupt jemals durchzusetzen wären? Dies wäre ein interessanter Aspekt für die Weiterführung zur Untersuchung der PatientInnenautonomie.

Denn eine verabsolutierte PatientInnenautonomie zeigt den typischen Fall einer Rechnung ohne den Wirt auf. Essentielle Fragen, wie

- wie viel Autonomie will der kranke Mensch überhaupt, wie viel verträgt dieser? und
- kann Mündigkeit Vertrauen ersetzen?

wurden im Vorfeld der Etablierung dieses Modells nicht oder zu wenig beachtet (vgl. Geisler 2003: 1).

Erfreulicherweise muss man auch bemerken, dass bereits Gegenströmungen zum Prinzip einer überzogenen PatientInnenautonomie, welche ÄrztInnen zu WissensvermittlerInnen degradieren und die PatientInnen in die Isolation einer fiktiven Mündigkeit entlässt, zu finden sind. Das „Shared Decision Making“-Modell versucht anhand eines schrittweise Vertrauens-, Informations- und Diskursprozesses PatientInnen und ÄrztInnen dazu zu bringen, gemeinsame Therapieziele zu konkretisieren.

Auch der Ansatz der relationalen Autonomie nimmt das Fürsorgeprinzip mit hinein und bezieht die Verletzlichkeit und Abhängigkeit während Krankheit und Leiden mit ein (vgl. Geisler 2003: 2).

„Die Einsicht in dieses neue (und doch alte) Prinzip des Arzt-Patient-Verhältnisses, das dem Patienten Selbstbestimmung ermöglicht, soweit er sie beanspruchen kann und will, Fürsorge praktiziert und Geborgenheit ebenso vermittelt, wie kompetente Entscheidungshilfe, ist freilich nicht umsonst zu haben“ (vgl. Geisler 2003:2).

Dazu ist jedoch eine Ausbildung zu MedizinerInnen von Nöten, welche gleichrangig mit naturwissenschaftlichem Wissen auch Dialogfähigkeit, einführendes Verstehen und lebendiges Interesse an den PatientInnen beibringt. Jene Qualifikation ist das Nadelöhr aller Reformbestrebungen in der Medizin. Dies bleibt jedoch alles eine Frage von Zeit und Kosten.

Folgend an die Zusammenfassung der Ergebnisse und dem Ausblick der Abschlussarbeit, zeigt sich das letzte Kapitel mit einer kritischen Reflexion der gesamten Untersuchung.

7. Reflexion der Forschungsarbeit

Die Reflexion der Untersuchungsarbeit soll dazu dienen, einerseits die Stärken andererseits die Schwächen der durchgeführten Interviews und teilnehmenden Beobachtungen darzustellen.

Trotz strikter Einhaltung der ethischen Aspekte einer solchen Untersuchung und der Zustimmung aller Personen, welche dazu befragt und beobachtet wurden, bleibt bei einigen PatientInnen unklar ob diese tatsächlich wussten, dass sie im Zentrum dieser Befragung standen.

Das bereits besagte persönliche Näheverhältnis aufgrund meiner Tätigkeit in seiner Ordination zu jenem Vorstand der Abteilung erwies sich als positiv, da auf diesem Weg das Vertrauensverhältnis speziell zu den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal schneller aufgebaut wurde.

In Bezug auf die teilnehmenden Beobachtungen bei der morgendlichen Visite bleibt unklar ob das Verhalten der ÄrztInnen und dem des Pflegepersonals gegenüber den PatientInnen das Gleiche ist, wie jenes ohne meiner Gegenwart.

Trotz bereits einiger geführter Interviews während des Studiums für andere Forschungsarbeiten, stellte diese ethische Situation eine neue Herausforderung für mich da.

Positiv bezüglich der Interviews, zeigte sich, der im Vorfeld angefertigte Leitfaden sowohl für die ExpertInnen- als auch für die PatientInneninterviews auf. Dadurch konnten stockende Passagen während der Gespräche mit bereits vorformulierten Fragen schnell wieder zu fließenden Erzählungen umgewandelt werden.

Besonders interessant wäre für mich jene Untersuchung bei PatientInnen in der Langzeitpflege, im gleichen Geriatriezentrum, durchzuführen. Da es sich bei dieser Abschlussarbeit jedoch um eine Masterarbeit handelt, würde dieses Forschungsvorhaben den zeitlichen Rahmen übersteigen.

Literaturverzeichnis

Agich, G.J., 1993: Autonomy and Long Term Care. „Autonomy as it concretely emerges in the practical world of every day life as opposed to the ideal world of theory, necessarily involves processes of interpretation and negotiation.” Oxford University Press.

Allgemeine Erklärung der Menschenrechte.1984, Artikel 1.

Ankermann, E., 2004: Sterben zulassen. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Aschermann, Dr. Barbara, 2009: Aspekte der Autonomie und Menschenwürde am Lebensende - eine theoretische Annäherung. Österreichische Akademie der Ärzte, 2009.

Baumann, Zygmunt, 2000a: Ethics of Individuals. In: Kron, T. (Hg.), Individualisierung und soziologische Theorie. Opladen: Leske+Budrich, 219-235.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F., 1994: Principles of Biomedical Ethics. 4. Auflage, New York: Oxford University Press.

Beauchamp, Tom L.; Childress, James F.,2001: Principles of Biomedical Ethics. 5. Auflage, New York: Oxford University Press.

Beckmann, Jan P., 1997: Zur Frage der ethischen Legitimation von Handeln und Unterlassen angesichts des Todes. In: Mohr, Michael; Kettler, Dietrich (Hg.), Ethik in der Notfallmedizin: Präklinische Herz-Lungen-Wiederbelebung. Berlin: Springer, 57-76.

Benner, P., 1994: Caring as a Way of Knowing and not Knowing. In: Philips S. S.; Benner, P. (Hg.): The Crisis of Care. Affirming and Restoring Care Practices in the Helping Professions. Washington D.C. 42-144.

Bieri, P., 2001: Das Handwerk der Freiheit. München, Wien: Carl Hanser.

Biller-Adorno, N., 2001: Gerechtigkeit und Fürsorge. Zur Möglichkeit einer integrativen Medizinethik. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Bobbert, Monika, 2002: Patientenautonomie und Pflege. Begründungen und Anwendungen eines moralischen Rechts. Band 5, Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Dierks, ML.; Bitzer, EM., 2003: Patientenerwartungen und Patientenzufriedenheit. Unpublished Report. In: Coulter, A.; Magee, H., 1997: The european patient of the future. Maidenhead – Philadelphia, 55.

Düwell, M., 2008: Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche. Stuttgart/Weimar: J.B. Metzler, 176-180.

Durkheim, Emile, 1986a: Einführung in die Moral. In: Bertram, Hans (Hg.), Gesellschaftlicher Zwang und moralische Autonomie. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Durkheim, Emile, 1999a: Erziehung, Moral und Gesellschaft. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Engelhardt, H. Tristram Jr., 1986: The foundations of Bioethics. 1. Auflage, New York: Oxford University Press.

Engelhardt, H. Tristram Jr., 1996: The foundations of Bioethics. 2. Auflage, New York: Oxford University Press.

Erbguth, F., 2000: Entscheidungen am Lebensende. Ethische und praktische Aspekte. Klinikum Nürnberg. Zentrum für Kommunikation, Information, Bildung.

Eurostat Bevölkerungsvorausschätzungen, veröffentlicht am Internationalen Tag der älteren Menschen, 29. September 2006.

Fabrizy, E. E., 2010: Strafgesetzbuch. Wien: Manz.

Frühwald, T., 2007: Ethische Aspekte der institutionellen Betreuung älterer multimorbider Menschen. Alt und fremdbestimmt? Grundrechte älterer Menschen in Institutionen: ÖPIA.

Geisler, Linus S. 2003: Der mündige Patient ist ein Phantom. AOK Forum „Gesundheit und Gesellschaft“, Ausgabe 9, 6. Jahrgang, 3.

Geisler, Linus S., 2003: Idealbild der mündige Patient. Nr.21, 22, Rheinischer Merkur, 8.

Geisler, Linus S., 2004: Patientenautonomie – eine kritische Begriffsbestimmung. Deutsche medizinische Wochenschrift, Nr. 129, 453-456.

Gilligan, C., 1995: Moralische Orientierung und moralische Entwicklung. In: Nummer-Winkler, G. (Hg.), Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik, München: München dtv, 79-100.

Glaß, L., 1989: Moralische Aspekte zur Gesundheit, Krankheit und humaner Lebensbewahrung. In: Hörz, H.E. ; Wilke, U., 1989: Ethik. 2. Auflage, Berlin: VEB Deutscher Verlag der Wissenschaften, 183-187.

Hartmann, Fritz, 1997: Über die Wahrhaftigkeit des Arztes gegenüber Kranken. Medizinische Klinik, 92, 284-290.

Hippokratischer Eid:

http://www.patientenanwalt.com/fileadmin/dokumente/04_publicationen/expertenletter/gesundheitswesen/0309_pzent_Hippokratischer_Eid.pdf, 24.01.2013.

Holzem, Christoph, 1999: Patientenautonomie. Bioethische Erkundungen über einen funktionalen Begriff der Autonomie im medizinischen Kontext. Band 11, Münster: LIT Verlag.

Jankowska, Bozena, 2007: Diplomarbeit: Ethische Herausforderungen in der Pflege von Intensivpatienten bzw. Intensivpatientinnen in Bezug auf Patientenautonomie. Universität Wien.

Jens, W.; Küng, H., 1995: Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung. München: Piper.

Joffe, S.; Manocchia, M.; Weeks, J.C.; Cleary, P.D., 2003: What do patients value in their hospital care? An empirical perspective on autonomy centered bioethics. J Med. Ethics, 29, 103-108.

Kabasser, Alexander, 2010: Diplomarbeit: Menschenwürde und Patientenautonomie. Med. Universität Graz.

Kaminsky, Carmen, 1998: Embryonen, Ethik und Verantwortung: eine kritische Analyse der Statusdiskussion als Problemlösungsansatz angewandter Ethik. Tübingen: Mohr Siebeck.

Kant, Immanuel, 1975: Beantwortung der Frage: Was ist Aufklärung? In: Kant, Immanuel: Was ist Aufklärung? Aufsätze zur Geschichte und Philosophie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, 55-61.

Kappauf, H. W., 2001: Aufklärung und Hoffnung – Ein Widerspruch? Zeitschrift für Palliativmedizin, Nr. 2, 47-51.

Katz, J., 1984: The silent world of doctor and patient. New York: Free Press.

Klemperer, David, 2003: Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

Kletecka-Pulker, M., 2010: Neue Formen der Selbstbestimmung. Journal für Hypertonie, 14, Krause & Pachernegg Verlag für Medizin und Wirtschaft, 12-20.

Knoepffler, N., 2008: Patientenautonomie - Anspruch und Wirklichkeit am Beispiel der Sterbehilfedebatte. In: Schumpelick, Volker (Hg.), Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb. Herder Verlag.

Körtner, Ulrich H. J., 2004: Grundkurs Pflegeethik. 1. Auflage, Wien: Facultas.

Kopetzki, Christian, 2008: Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens. Landesbericht Österreich.

Kron, Thomas; Reddig, Melanie, 2003: Der Zwang zur Moral und die Dimensionen moralischer Autonomie bei Durkheim. In: Junge, Mathias (Hg.), Macht und Moral. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Lautenbach, Ernst, 2002: Latein – Deutsch: Zitate-Lexikon. Münster: LIT.

Lay, Reinhard, 2004: Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung. Hannover: Schlütersche.

Leist, A., 1990: Um Leben und Tod. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Marckmann, G., 2000: Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? Nr.12, Ärzteblatt Baden-Württemberg, 499-502.

May, Arnd T., 2001: Autonomie und Fremdbestimmung bei medizinischen Entscheidungen für Nichteinwilligungsfähige. 2.Auflage, Münster: LIT Verlag.

Miller, Bruce L., 1981: Autonomy and the Refusal of Life-saving Treatment. Nr. 4, Hastings Center Report 11, 22-28.

Miller, Bruce L., 1995: Autonomy. In: Reich, Warren T. (Hg.), Encyclopedia of Bioethics. Band1, 2. Auflage, New York: Macmillan, 215-220.

o. N.,

http://www.gesundundleben.at/index.php?id=29&tx_ttnews%5Btt_news%5D=644&cHash=961d78006928691da6e5e307037562d8, 24.01.2013

O'Neill, Onora, 2002: Autonomy and Trust in Bioethics. Cambridge.

Rawls, John, 1972: A theory of justice, Oxford: Oxford University Press.

Rawls, John, 1994: Eine Theorie der Gerechtigkeit. 8. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Rehbock, Th., 2002: Autonomie – Fürsorge – Paternalismus. Ethik Med., 14: 131-150.

Reich, Warren T., 1995: Care, I. History of the Notion of Care. In: Reich, Warren T. (Hg.), Encyclopedia of Bioethics. Band I, 2. Auflage, New York: Macmillan, 319-331.

Schotsmans, P. T., 2002: Der Mensch als Schöpfer. In: Herbert Quandt-Stiftung (Hg.), Wem gehört der Mensch? 17. Sinclair Haus Gespräch, Bad Homburg v. d. Höhe.

Schramme, Thomas, 2002: Bioethik. Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Schweppenhäuser, G., 2006: Grundbegriffe der Ethik. Zur Einführung. 2. Auflage, Hamburg: Junius Verlag.

Sass, Hans Martin, 1992: Informierte Zustimmung als Vorstufe zur Autonomie der Patienten. Medizinische Materialien Nr. 19, Bochum.

Sass, Hans Martin, 1998: Action Driven Consensus Formation. In: Ten Have, Henk; Sass, Hans Martin (Hg.): Consensus Formation in Healthcare Ethics. Dordrecht: Kluwer, 159-173.

Sporken, Paul 1989: Medizinische Ethik. In: Eser, Albin; Luterotti, Markus von; Sporken, Paul, 1989: Lexikon Medizin, Ethik und Recht. Freiburg: Herder, 711-724.

Ten Have, Henk, 1998: Consensus Formation and Healthcare Policy. In: Ten Have, Henk; Sass, Hans Martin (Hg), 1998: Consensus Formation in Healthcare Policy. Kluwer: Dordrecht, 45-59.

Tress, W.; Erny, N., 2009: Patientenautonomie. In: Borca, M. (Hg.): Psychotherapie im Dialog, 10. Jahrgang, Nr. 4, Thieme, 291- 295.

Velikic, D., 2003: Ein Mensch wie eine Insel – Erinnerungen an Aleksandar Tisma. F. A. Z., 40.

Vollmann, Jochen, 2008: Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit. Beiträge zur klinischen Ethik. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Weidinger, Lisa, 2011: Menschen mit Demenz – Menschen ohne Autonomie? Ein Spannungsverhältnis aus pflegeethischer Sicht. Universität Wien.

Weidmann-Hügler, T., 2007: Eingeschränkte Fähigkeit zur Selbstbestimmung - ein Problem für die Menschenwürde? Zürich: Kanton.

Worden, J. Williams, 2009: Grief Counseling and Grief Therapy. A Handbook for the Mental Health Practitioner. 4 th Edition, New York: Springer Publishing Company.

Zehender, Leo, 2007: Das Bedürfnis nach Autonomie und Anerkennung – eine Herausforderung für die institutionelle Altenbetreuung? In: Österreichische Pflegezeitschrift, Ausgabe 10, 12-17.

Tabellenverzeichnis

Tabelle1:

Geschlechteraufteilung der PatentInnen in der gewählten Abteilung

Abbildungsverzeichnis

Abbildung1:

Baumdiagramm zu den gebildeten Kategorien

Anhang

Interviewleitfaden PatientInnen:

- Persönliche Beurteilung der Behandlung:
Inwiefern sind Sie mit der Behandlung hier zufrieden?
Was mögen Sie besonders, was gefällt Ihnen nicht gut?
Welche Verbesserungsvorschläge hätten Sie?
Inwieweit sehen Sie sich genügend informiert über den Verlauf Ihrer Behandlung hier (Diagnosen, Dauer/Planung/Durchführung des Aufenthaltes)?
- Verständnis Autonomie/Selbstbestimmung:
Was verstehen Sie unter einer Behandlung, die selbstbestimmt/autonom ist?
In welchen Bereichen möchten Sie bei Ihrer Behandlung hier mitentscheiden können?
Warum?
In welchen Bereichen möchten Sie lieber auf die ExpertInnen vertrauen?
Warum?
- Autonomie während der Behandlung
Inwiefern haben Sie den Eindruck, dass Sie in den Behandlungsprozess miteinbezogen werden?
Wie zeigt sich, dass Sie bei Ihrer Behandlung mitentscheiden dürfen?
Konnten Sie bei den Gesprächen mit den ÄrztInnen mitbestimmen, was und wie viel Sie erfahren?
Legen Sie Wert darauf, selbstbestimmt behandelt zu werden oder verlassen Sie sich lieber auf die ÄrztInnen und das Pflegepersonal?
Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Wünsche und Bedürfnisse von den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal ausreichend berücksichtigt werden?
Falls ja, fällt Ihnen dazu ein Beispiel ein?
Fühlen Sie sich von den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal ernst genommen und werden Ihre Einwände ausreichend berücksichtigt?
Falls nein, warum ist dies nicht so?

Was müsste Ihrer Meinung nach gegeben sein damit Autonomie erfüllt werden kann?

Welche Situation können Sie sich vorstellen, in der Sie bestimmte Behandlungsmaßnahmen verweigern würden?

Warum?

Welchen Vorschlag haben Sie, um die eigene Entscheidungsfreiheit von PatientInnen hier zu verstärken?

Wieviele Medikamente nehmen Sie derzeit ein?

Welche Nebenwirkungen haben diese?

(Falls kein Wissen über die Einnahme der Medikamente vorhanden ist) -

Ist es Ihre Entscheidung dies nicht zu wissen?

➤ Kenntnis der Gesetzeslage im Bezug auf PatientInnenrechte

Welche Rechte haben Sie als PatientIn?

Inwieweit sehen Sie nach derzeitiger Gesetzeslage in Österreich Ihre Rechte angemessen vertreten?

Welche Institutionen/Vertreter sind Ihnen bekannt die dies tun?

Gibt es noch etwas zu dem Thema Autonomie, dass wir bis jetzt nicht angesprochen haben, Sie aber dennoch loswerden möchten?

➤ Soziodemographischen Daten

Alter

Geschlecht

Familienstand

Aufnahmegrund

Aufenthaltsdauer

Interviewleitfaden ÄrztInnen:

➤ Verständnis Autonomie

Was verstehen Sie unter einer autonomen/selbstbestimmten Behandlung von PatientInnen?

➤ PatientInnenautonomie der Abteilung

Inwieweit werden PatientInnen bei Ihnen autonom betreut?

Inwiefern wollen jüngere, gesündere PatientInnen autonomer behandelt werden als kränkere und ältere?

Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Wünsche/den Willen von PatientInnen festzustellen?

Welche Möglichkeiten sehen Sie bei beeinträchtigten (geistig und körperlich) PatientInnen?

In welchen Bereichen haben Sie das Gefühl, dass die PatientInnen mitentscheiden möchten?

Warum?

In welchen Bereichen haben Sie den Eindruck, dass die PatientInnen lieber auf die ExpertInnen vertrauen?

Warum?

Unter welchen Umständen würden Sie die Wünsche der PatientInnen in jedem Fall umsetzen?

Unter welchen Umständen würden Sie die Wünsche der PatientInnen nicht umsetzen?

➤ PatientInnenautonomie stärken

Inwiefern sind PatientInnen hier genügend informiert über ihre Erkrankungen und Behandlungen?

Inwieweit gibt es medizinische Maßnahmen, die Sie ohne PatientInnen treffen?

Warum?

Wenn PatientInnen aufgeklärt wurden, inwiefern können diese dann eigenverantwortliche Entscheidungen treffen?

Beispiel hierzu?

Inwieweit werden Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen von den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal berücksichtigt?

Beispiel hierzu?

Was könnten Ihrer Meinung nach, ÄrztInnen und Pflegepersonal tun, um die Selbstbestimmung der PatientInnen beizubehalten?

➤ Kenntnis der Gesetzeslage im Bezug auf PatientInnenrechte

Inwiefern sehen Sie Verbesserungspotenzial in Zusammenhang mit den derzeitigen PatientInnenrechten?

Gibt es noch etwas zum Thema Autonomie, dass im Gespräch nicht erwähnt wurde, dass Sie noch loswerden möchten?

➤ Soziodemographische Daten:

Alter

Geschlecht

Familienstand

Dauer der Berufstätigkeit in dieser Einrichtung

Ihr Arbeitsbereich/Ihre Funktion in dieser Einrichtung

Interviewleitfaden Pflegepersonen:

➤ Verständnis Autonomie

Was verstehen Sie unter einer autonomen/selbstbestimmten Behandlung von PatientInnen?

➤ PatientInnenautonomie der Abteilung

Inwieweit werden PatientInnen hier autonom betreut?

Inwiefern wollen jüngere, gesündere PatientInnen autonomer behandelt werden als kränkere und ältere?

Welche Möglichkeiten sehen Sie, die Wünsche/den Willen von PatientInnen festzustellen?

Welche Möglichkeiten sehen Sie bei beeinträchtigten PatientInnen?

In welchen Bereichen haben Sie das Gefühl, dass die PatientInnen mitentscheiden möchten?

Warum?

In welchen Bereichen haben Sie den Eindruck, dass die PatientInnen lieber auf die ExpertInnen vertrauen?

Warum?

Unter welchen Umständen würden Sie die Wünsche der PatientInnen in jedem Fall umsetzen?

Unter welchen Umständen würden Sie die Wünsche der PatientInnen nicht umsetzen?

➤ PatientInnenautonomie stärken

Inwiefern sind PatientInnen hier genügend informiert über ihre Erkrankungen und Behandlungen?

Inwieweit gibt es medizinische Maßnahmen, die Sie ohne PatientInnen treffen?

Warum?

Wenn PatientInnen aufgeklärt wurden, inwiefern können diese dann eigenverantwortliche Entscheidungen treffen?

Beispiel hierzu?

Inwieweit werden Wünsche und Bedürfnisse der PatientInnen von den ÄrztInnen und dem Pflegepersonal berücksichtigt?

Beispiel hierzu?

Was kann Ihrer Meinung nach, das Pflegepersonal tun, um die Selbstbestimmung der PatientInnen beizubehalten?

- Kenntnis der Gesetzeslage im Bezug auf PatientInnenrechte
Inwiefern sehen Sie Verbesserungspotenzial in Zusammenhang mit den derzeitigen PatientInnenrechten?

Gibt es noch etwas zum Thema Autonomie, dass im Gespräch nicht erwähnt wurde, dass Sie noch loswerden möchten?

- Soziodemographische Daten:

Alter

Geschlecht

Familienstand

Dauer der Berufstätigkeit in dieser Einrichtung

Ihr Arbeitsbereich/Ihre Funktion in dieser Einrichtung

Lebenslauf

Persönliches:

Nachname/Vorname: Schreder Sonja

Schulische Laufbahn:

- 1992-1996:** Volksschule Josefinum,
Breitensee
- 1996-2005:** Gymnasium Sacré Coeur
Pressbaum
- Juli 2005:** Matura
- 2005-2006:** Universität Wien,
Rechtswissenschaft
- 2006-2010:** Universität Wien,
Bakkalaureatsstudium Soziologie
- 2010-06. 2013:** Universität Wien, Masterstudium
Soziologie

Berufliche Laufbahn:

2008-2013: Ordinationsassistentin