

Kerstin Geisler

**Zur Funktion der Patientenautonomie in
der ethischen Kommunikation klinischer
Ethikkomitees**

Diplomarbeit

BEI GRIN MACHT SICH IHR WISSEN BEZAHLT



- Wir veröffentlichen Ihre Hausarbeit, Bachelor- und Masterarbeit
- Ihr eigenes eBook und Buch - weltweit in allen wichtigen Shops
- Verdienen Sie an jedem Verkauf

Jetzt bei www.GRIN.com hochladen
und kostenlos publizieren



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de/> abrufbar.

Dieses Werk sowie alle darin enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsschutz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlanges. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen, Auswertungen durch Datenbanken und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, der fotomechanischen Wiedergabe (einschließlich Mikrokopie) sowie der Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen, vorbehalten.

Impressum:

Copyright © 2004 GRIN Verlag
ISBN: 9783638324571

Dieses Buch bei GRIN:

<https://www.grin.com/document/31448>

Kerstin Geisler

**Zur Funktion der Patientenautonomie in der ethischen
Kommunikation klinischer Ethikkomitees**

GRIN - Your knowledge has value

Der GRIN Verlag publiziert seit 1998 wissenschaftliche Arbeiten von Studenten, Hochschullehrern und anderen Akademikern als eBook und gedrucktes Buch. Die Verlagswebsite www.grin.com ist die ideale Plattform zur Veröffentlichung von Hausarbeiten, Abschlussarbeiten, wissenschaftlichen Aufsätzen, Dissertationen und Fachbüchern.

Besuchen Sie uns im Internet:

<http://www.grin.com/>

<http://www.facebook.com/grincom>

http://www.twitter.com/grin_com

Inhaltsverzeichnis

1 <u>Einleitung</u>	5
1.1 Aufbau der Arbeit	6
1.2 Das Religionssoziologische dieser Arbeit	8
2 <u>Methode</u>	9
2.1 Talcott Parsons Kausalitätskonzept und Robert Mertons Dysfunktionalität	9
2.2 Niklas Luhmann – Entwicklung der funktionalen Methode	12
2.3 Die Anwendung der funktionalen Methode zur Auswertung der teilnehmenden Beobachtungsprotokolle	15
2.4 Beobachtung	17
2.4.1 Beobachtung erster Ordnung	17
2.4.2 Beobachtung zweiter Ordnung	18
2.4.3 Untersuchung der teilnehmenden Beobachtungsprotokolle – eine Beobachtung zweiter Ordnung	20
2.4.4 Die wissenschaftliche Perspektive dieser Arbeit	21
3 <u>Medizinsoziologische Entwicklungen</u>	24
3.1 Die Medizin als Profession	24
3.1.1 Die klassische Rolle des Arztes	25
3.1.1.1 Universalismus	26
3.1.1.2 Funktionale Spezifität	26
3.1.1.3 Affektive Neutralität	26
3.1.1.4 Kollektivitätsorientierung	27
3.1.1.5 Leistungsorientierung	27
3.1.2 Arzt-Patienten-Beziehung	27
3.1.3 Pflege-Patienten-Beziehung	28
3.1.4 Arzt-Patienten-Beziehung versus Pflege-Patienten-Beziehung	29

3.1.5	Die Exklusion der menschlichen Seite des Patienten	30
3.2	Deprofessionalisierung der Medizin	31
3.2.1	Der Patient als Mensch	32
3.2.2	Auswirkungen der Deprofessionalisierung auf die Arzt-Patienten-Beziehung	33
3.2.3	Entstehung einer neuen Ethik in der Medizin	34
3.2.4	Die Auswirkungen der Legitimationskrise der Medizin auf die Organisation Krankenhaus	35
4	<u>Paternalismus versus Patientenautonomie</u>	39
4.1	Paternalismus	39
4.1.1	Starker Paternalismus	40
4.1.2	Neopaternalismus	41
4.1.3	Kriterien der ärztlichen Dominanz	42
4.1.3.1	Macht als Ausdrucksmedium der ärztlichen Dominanz	42
4.1.3.2	Autorität als positive Ausdrucksform der ärztlichen Dominanz	44
4.1.4	Individualisierung	46
4.2	Patientenautonomie	49
4.2.1	Verschiedene Arten der Patientenautonomie	53
4.2.1.1	Patientenverfügungen	53
4.2.1.2	Patientenbetreuer	53
4.2.2	Zusammenfassung der Funktion der Patientenautonomie	54
5	<u>Klinisches Ethikkomitee</u>	57
5.1	Zielsetzung eines Ethikkomitees	57
5.2	Zusammensetzung eines Ethikkomitees	58
5.3	Funktionsweise eines Ethikkomitees	58
5.4	Welche Ethik wird in einem Ethikkomitee vertreten?	59
5.5	Das Verfahren eines Ethikkomitees aus soziologischer Sicht	59
5.6	Erhaltung der sozialen Ordnung	64

6 <u>Untersuchung der Beobachtungsprotokolle</u>	66
6.1 Problem: Die falsche Entscheidung (Sachdimension)	67
6.2 Lösungsmöglichkeiten für die Umsetzung der falschen Entscheidung	72
6.2.1 Patientenverfügungen	72
6.2.1.1 Patientenverfügung – Transparenz des Patientenwillens	73
6.2.1.2 Patientenverfügung - Rechtfertigung vor den Angehörigen	73
6.2.2 Schriftliche Fixierung des Patientenwillens – rechtlicher Beweis	74
6.2.3 Aufklärung als Voraussetzung für die Entscheidungsfindung des Patienten	75
6.3 Problem: Die falsche Beziehung (Sozialdimension)	76
6.3.1 Das Fürsorgeprinzip der Pflege	76
6.3.2 Ärzte als Techniker	83
6.3.3 Lösungsmöglichkeiten für die sozialdimensionalen Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Patientenautonomie	84
6.3.3.1 Das gute Gespräch des Seelsorgers	84
6.3.3.2 Die Würde des Patienten als höchstes Gebot	87
6.4 Problem: Der falsche Zeitpunkt (Zeitdimension)	90
6.4.1 Die Notfallsituation als falscher Zeitpunkt	90
6.4.2 Die körperliche Stabilität als Lösung	95
6.4.3 Der falsche Zeitpunkt der Aufklärung über Patientenverfügungen	96
6.5 Die Beachtung der Person als Lösung für die Probleme der Umsetzung der Patientenautonomie	97
6.6 Die Funktion des klinischen Ethikkomitees in der ethischen Kommunikation	99
6.6.1 Die „helle Seite“ des Ethikkomitees	99
6.6.1.1 Ethikkomitee als Raum zur Kommunikation und Entscheidungsfindung	99
6.6.1.1.1 Ganzheitliche Kommunikation	100
6.6.1.1.2 Interdisziplinarität	100
6.6.1.1.3 Gute Entscheidungsfindung qua Verfahren	101

6.6.1.2	Das Ethikkomitee als Instanz zur Feststellung von Krisensymptomen im Krankenhaus	103
6.6.1.2.1	Die Zeit ist das Problem	103
6.6.1.2.2	Kommunikations- und Hierarchisierungsprobleme unter dem Klinikpersonal	104
6.6.1.2.3	Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient	106
6.6.1.2.4	Probleme im Umgang mit dem Patienten	106
6.6.2	Die „dunkle Seite“ des Ethikkomitees	107
6.6.2.1	Das Nicht-Bezeichnete	107
6.6.2.2	Dysfunktionen des Ethikkomitees	110
6.6.2.2.1	Einschränkung der Kommunikation durch Erhalt der krankenhausinternen Hierarchie	110
6.6.2.2.2	Zu wenig Ethik	111
6.6.2.2.3	Häufige Absenzen	112
6.6.3	Das Ethikkomitee als Förderer der Patientenautonomie	112
6.7	wissenschaftliches Arbeiten: Entdecken von Strukturen, die den Praktikern verborgen bleiben	114
7	<u>Auswirkungen der Wissenskluft zwischen Arzt und Patient aus soziologischer Sicht</u>	116
8	<u>Literaturverzeichnis</u>	120

1 Einleitung

„Wenn man einen Arzt rufen muss, wird alles andere nebensächlich“ (Saake, 2004: 429). An diesem Zitat lässt sich der hohe Status eines Arztes erkennen, welchen er sich aufgrund seiner Fähigkeit, körperlich integre Verfassung wiederherstellen zu können, erworben hat. Aber wird tatsächlich alles nebensächlich, wenn man die Hilfe des Arztes braucht? Wie steht es um die Wünsche des Patienten, seinen Willen? Wird dieser vernachlässigt, da er auf die *Künste* des Arztes angewiesen ist?

Gehen wir mal davon aus, dass dies nicht so ist. Also dass der Arzt zwar einen hohen Status aufgrund seiner Fähigkeiten besitzt, aber für den Patienten trotzdem nicht alles nebensächlich wird; dass er außer der Hilfe des Arztes auch eine Akzeptanz seines Willens verlangt und sein Recht auf Autonomie geltend macht, dass er also mit der langen medizinischen Überzeugung bricht, dass allein der Arzt die Kenntnis besitzt, was gut für den Patienten ist und stattdessen davon ausgeht, dass letztlich nur er selbst sich helfen kann, denn er ist der Experte für seine eigene körperliche und seelische Verfassung (Hurrelmann zit. nach Bauch, 2000: 41).

Welche Auswirkungen hat diese Entwicklung auf die Arzt-Patienten-Beziehung? Entstehen dadurch Konflikte oder empfindet es der Arzt als entlastend, wenn der Patient selbst die Verantwortung für seine Behandlung übernimmt. Welche Auswirkungen entstehen durch den autonomen Patienten für die Organisation Krankenhaus? Kann der autonome Patient problemlos in die gewohnten Handlungsabläufe integriert werden oder entstehen Probleme, die diese Handlungsabläufe behindern? Und wenn ja, wie können diese Probleme bearbeitet werden, ohne die stabile Ordnung des Krankenhauses zu stören?

Diese Fragen sollen in dieser Arbeit zunächst durch Rückgriff auf Autoren beantwortet werden, um sie dann hierauf auch empirisch zu bearbeiten. Als empirisches Material dienen Beobachtungsprotokolle¹, welche die Kommunikation klinischer Ethikkomitees wiedergeben. Durch die empirische Auswertung soll demonstriert werden, *wie* der autonome Patient in einem Ethikkomitee thematisiert wird. Es wird also eine Darstellung angestrebt, die demonstriert, wie die Ethikkomiteeteilnehmer auf den autonomen Patienten zurückgreifen und welche Themen in der ethischen Kommunikation in einem Ethikkomitee in bezug auf den autonomen Patienten entstehen.

¹ Diese sind im Rahmen des laufenden DFG-Projekts „Ethik und Organisation“ (Prof. Anselm, Prof. Nassehi, Prof. Schibilsky – Na 307/4-1) entstanden. Die Forschungsarbeit bezieht sich auf vier Ethikkomitees in einem Universitätsklinikum, zwei konfessionellen und einem städtischem Krankenhaus in vier verschiedenen Städten in der Bundesrepublik.

1.1 Aufbau der Arbeit

Profession und Deprofessionalisierung, Paternalismus und Patientenautonomie, ärztliche Entscheidung und Patientenwille, Verantwortungsübernahme und Verantwortungsabgabe, Belastung und Entlastung, Distanz und Nähe, Experte und Laie, Wissen und Nichtwissen... Diese Aufzählung ließe sich natürlich noch verlängern, aber das Entscheidende wird auch an den dargestellten Paaren sichtbar: Die Gegensätzlichkeit.

Diese Gegensätzlichkeit wird in dieser Arbeit verwendet, um sich der Ausgangsfrage dieser Arbeit zu nähern. Es wird also Wert auf eine kontroverse Argumentation gelegt.

Um dies zu erreichen, wurde als Bearbeitungsmethode die funktionale Analyse gewählt, welche in Kapitel 2 vorgestellt wird. Sie impliziert bereits die kontroverse Darstellung durch die Problem- bzw. Problemlösungszuschreibung zu gesellschaftlichen Phänomenen. Durch diese Methode soll aufgezeigt werden, welche Probleme innerhalb des medizinischen Systems bestanden bzw. bestehen und welche Entwicklungen dadurch notwendig geworden sind. Außerdem wird in diesem Kapitel auf die Perspektive des Beobachters zweiter Ordnung und des wissenschaftlichen Forschers eingegangen, um meine Position in dem Forschungsprozess deutlich zu machen.

Kapitel 3 beschäftigt sich mit medizinsoziologischen Entwicklungen. Dabei sollen zunächst die Entwicklungen dargestellt werden, die zu einer Autonomiesteigerung des Patienten geführt haben. Es soll also aufgezeigt werden, warum Patientenautonomie überhaupt ein Thema der Kommunikation geworden ist. Dabei wird expliziert, welche Schwierigkeiten im medizinischen System entstanden sind, die die Entwicklung des autonomen Patienten ermöglicht bzw. notwendig gemacht haben. So soll in diesem Kapitel auch aufgezeigt werden, welche Dynamik sich aufgrund der asymmetrischen Arzt-Patienten-Beziehung entwickelt hat und wie sich das Verhältnis zwischen diesen beiden Akteuren durch die Entstehung des autonomen Patienten verändert hat.

Bei diesen Überlegungen spielen die aufgezählten Antipoden dahingehend eine wichtige Rolle, da sie einerseits die Schwierigkeiten des medizinischen Systems allgemein und andererseits speziell die Probleme im Umgang mit dem Patienten sichtbar machen. Schwierigkeiten also, welche teilweise die Entwicklung des Patienten zu einem autonomen Patienten vorangetrieben haben, teilweise aber erst durch den autonomen Patienten hervorgebracht wurden.

Kapitel 4 umfasst eine konträre Darstellung der beiden medizinischen Therapieansätze Paternalismus und Patientenautonomie. Hierbei soll speziell die Problem bzw. Problemlösungsfunktion der Patientenautonomie thematisiert werden.

Kapitel 5 führt das Ethikkomitee in diese Arbeit ein. Dabei wird die Funktionsweise, die Zusammensetzung und das Ziel der Arbeit eines Ethikkomitees skizziert. Detaillierter wird auf das Verfahren des Ethikkomitees eingegangen, da dieses Aufschluss über die Kommunikation in einem Ethikkomitee gibt, welche ja ein wichtiges Thema in dieser Arbeit darstellt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kapitel 3, 4, und 5 außer zur Demonstration der Entstehung des autonomen Patienten auch zur Darstellung des Beziehungsgefüges zwischen der Organisation Krankenhaus, der Patientenautonomie und dem klinischen Ethikkomitee dienen; es soll also demonstriert werden, in welcher Hinsicht sich diese drei Bereiche gegenseitig entlasten, aber auch inwiefern man von einer gegenseitigen Belastung sprechen kann. Es wird eine Darstellung angestrebt, die einerseits deutlich macht, welche krankenhausesinternen Probleme die Patientenautonomie zu lösen vermag und welche sie auf der anderen Seite erst entstehen lässt; außerdem soll auch beachtet werden, welche Rolle dem Ethikkomitee bei der Umsetzung der Patientenautonomie in einem Krankenhaus zukommt. Vermag es die Schwierigkeiten bei der Umsetzung dieser zu lösen oder dient es dazu, die krankenhausesinterne stabile Ordnung zu erhalten und krankenhausesinterne Probleme durch die ethische Kommunikation über die Patientenautonomie sichtbar zu machen? Diese Fragen, welche im Zusammenhang mit dem autonomen Patienten auftreten, sollen zunächst in dem ersten Teil dieser Arbeit bearbeitet werden.

Im Kapitel 6 wird die ethische Kommunikation in einem Ethikkomitee über den autonomen Patienten anhand der Analyse von Beobachtungsprotokollen, die die Sitzungen in Ethikkomitees wiedergeben, beschrieben. Es wird dargestellt, *wie* die Patientenautonomie in unterschiedlichen Sitzungen von Ethikkomitees thematisiert wird. Dabei sind die Themen relevant, welche erst im Zusammenhang mit dem autonomen Patienten in der Kommunikation entstehen. Auch hier wird die funktionale Analyse als Auswertungsgrundlage verwendet, was bedeutet, dass aufgezeigt werden soll, wann die Umsetzung der Patientenautonomie als Problem angesehen wird und *wie* versucht wird, diese Schwierigkeiten zu minimieren. Dabei wird viel Gewicht auf die sozialen und zeitlichen Probleme der Umsetzung gelegt. In sozialer Hinsicht wird hierbei auf die bereits im ersten Teil thematisierten Beziehungsgefüge zwischen dem Klinikpersonal und dem Patienten zurückgegriffen; aber auch in bezug auf die temporäre Begrenztheit im Umgang mit dem autonomen Patienten werden Themen wieder

aufgenommen, die im ersten Teil bereits angesprochen und problematisiert wurden. Des Weiteren soll dargestellt werden, welche Formen von Patientenautonomie fähig sind, das Transparenzproblem des Patientenwillens zu minimieren und dadurch den Ärzten den Umgang mit dieser - für sie noch neuen - medizinischen Entwicklung zu erleichtern.

Der zweite Teil nimmt also die thematisierten Schwierigkeiten des ersten Teiles wieder auf, transformiert sie aber durch die Wiedergabe der konkreten Gesprächssituation in einem Ethikkomitee in eine bearbeitbare Form. Anders formuliert, soll durch die empirische Auswertung der Beobachtungsprotokolle die Funktion der Patientenautonomie anhand von Ansichten und Erlebnissen der Ethikkomiteeteilnehmer praktisch handhabbar werden. Es soll also nicht bei der theoretischen Funktion der Patientenautonomie bleiben, sondern ihr soll Praxisrelevanz verschafft werden.

1.2 Das Religionssoziologische dieser Arbeit

Diese Arbeit wird in dem soziologischen Vertiefungsgebiet *Religionssoziologie* geschrieben; diese Zuordnung soll an dieser Stelle kurz begründet werden:

Durch die Beschreibung des Aufbaus der Arbeit wird sichtbar, dass die Ethik an sich ein zentrales Thema dieser Arbeit darstellt. So wird versucht, die ethische Kommunikation in einem Ethikkomitee zu beschreiben, indem ethische Fragen gestellt und beantwortet werden. In dem literarischen Teil wird Wert darauf gelegt, die Ethik in der Medizin hervorzuheben und speziell in bezug auf die Patientenautonomie darzustellen, warum man sie als eine neue ethische Entwicklung der Medizin bezeichnen kann. Bei der empirischen Auswertung wird eine Darstellung angestrebt, die deutlich macht, *wie* die einzelnen Ethikkomiteeteilnehmer in der Kommunikation auf Ethik zurückgreifen.

Ethik und Religion stehen in einem engen Zusammenhang, welcher an dieser Stelle durch ein Zitat von Nassehi expliziert werden soll: „Wie Religion muss auch Ethik auf Unbeobachtbares, Unsichtbares verweisen. Wie sonst sollte die Paradoxie bearbeitet werden, das Gute des Guten, das Vernünftige der Vernunft, das Menschliche des Menschen, das Moralische der Moral zu begründen?“ (Nassehi, 2003: 276) Aufgrund dieses ähnlichen *Aufgabenfeldes* von Religion und Ethik kann diese Arbeit als eine religionssoziologische Arbeit betrachtet werden und es wird angestrebt, das „Unbeobachtbare“ und „Unsichtbare“ beobachtbar und sichtbar zu machen.

2 Methode

In diesem Kapitel soll dargestellt werden, mit welcher Methode die Ausgangsfrage dieser Arbeit bearbeitet wird. Dabei sollen zunächst die entscheidenden Erkenntnisse von Talcott Parsons in bezug auf seine Idee des Kausalitätskonzepts aufgezeigt werden, um sie als Ansatz- und Kritikpunkt sowohl für Robert Merton als auch für Niklas Luhmann verwenden zu können. Im nächsten Schritt ist ein Vergleich zwischen Parsons, Merton und Luhmann angestrebt, um die Unterschiede und speziell die Erweiterungen ihrer Theorien hervorzuheben. Dabei soll deutlich gemacht werden, inwiefern die Systemtheorie von Luhmann die Schwierigkeiten von Parsons aufnimmt und die funktionale Analyse als Methode zur Untersuchung von gesellschaftlichen Problemen entwickelt hat. Im Abschluss an diesen ersten Methodenteil wird dargestellt, warum sich die funktionale Analyse als Methode für diese Arbeit eignet und wie sie konkret zur Beantwortung der Ausgangsfrage angewendet werden soll.

Da das Untersuchungsmaterial teilnehmende Beobachtungsprotokolle sind, wird der zweite Teil dieses Kapitels der Beobachtung und speziell der Beobachtung zweiter Ordnung gewidmet. Dabei soll hervorgehoben werden, warum man die Beobachtung zweiter Ordnung als eine Entparadoxierung der Beobachtung erster Ordnung bezeichnen kann und weiter, welche Vorteile der Beobachter zweiter Ordnung im Vergleich zu den Beobachtern erster Ordnung speziell bei der Auswertung der Protokolle hat. Zum Abschluss des Methodenteils soll noch eine Darstellung der wissenschaftlichen Perspektive dieser Arbeit erfolgen, bei der auch systemtheoretische und ethnographische Überlegungen integriert werden.

2.1 Talcott Parsons Kausalitätskonzept und Robert Mertons Dysfunktionalitäten

Als Einstieg zur Explikation von Parsons grundlegenden Gedanken sollen folgende drei Wörter gelten: „action is system“ (Parsons, 1968a: 14). Die Gedanken hinter diesen drei Wörtern waren ausschlaggebend für die weitere Entwicklung seiner Theorie. Parsons hat erkannt, dass man Handlung und System nicht trennen kann, denn die Einheit des sozialen Systems ist der Handelnde und die soziale Struktur ist ein System von sozialen Beziehungsmustern zwischen Handelnden (Parsons, 1964: 54). Jedes System verfügt über spezielle Handlungsmuster, die für das Bestehen des Systems in der Gesellschaft notwendig sind. Das System muss also über bestimmte Komponenten verfügen, um Handlungen zu