

Ethik-Zentrum der Universität Zürich

# **Die Respektierung der Patienten-Autonomie in der physiotherapeutischen Praxis**

Diplomarbeit

im Rahmen des Nachdiplomstudienganges 2005-2007

Master of Advanced Studies in Applied Ethics (MAE)

von

Fredy Bopp

Rychenbergstrasse 210

8404 Winterthur

18. Januar 2007

Erstgutachter: PD Dr. Thomas Schramme (Swansea)

Zweitgutachter: Dr. des. Norbert Anwander (Berlin)

Tutor: Christoph Ammann (Zürich)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung.....</b>	<b>1</b>
1.1 Ausgangslage.....	1
1.2 Fragestellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit.....	2
<b>2 Die Bedingungen für einen gültigen Informed Consent.....</b>	<b>4</b>
2.1 Vorbemerkungen.....	4
2.2 Kompetenz.....	4
2.3 Freiwilligkeit.....	6
2.4 Informiertheit.....	8
2.4.1 Informiertheit als Grundlage einer autonomen Entscheidung.....	8
2.4.2 Aspekte der Form der Informationsvermittlung .....	9
2.4.3 Aspekte des Inhaltes der vermittelten Information .....	10
2.4.4 Aspekte des Zeitpunktes der Informationsvermittlung .....	11
2.5 Zustimmung .....	12
2.5.1 Bedeutung und Reichweite einer Zustimmung .....	12
2.5.2 Die Einschätzung der Reichweite einer Zustimmung.....	13
2.5.3 Gültigkeit und Authentizität einer Zustimmung.....	14
<b>3 Der Informed Consent im physiotherapeutischen Prozess.....</b>	<b>16</b>
3.1 Die Phasen des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses.....	16
3.2 Probleme der Zustimmung in den einzelnen Phasen des Prozesses.....	18
3.2.1 Ärztliche Überweisung: Die generelle Zustimmung zur Physiotherapie.....	18
3.2.2 Subjektiver Befund / Planung der Untersuchung: Die generelle Untersuchungserlaubnis .....	19
3.2.3 Durchführung der körperlichen Untersuchung: Die spezifische Untersuchungserlaubnis .....	20
3.2.4 Beurteilung und Erklärung der Befunde: Die generelle Behandlungserlaubnis.....	21
3.2.5 Durchführung der Therapie: Die spezifische Behandlungserlaubnis .....	24
3.2.6 Retrospektive Beurteilung und Abschluss: Die Zustimmung zur Weiterführung oder Beendigung der Therapie.....	27

---

<b>4 Die Verankerung des Autonomie-Prinzips im physiotherapeutischen Prozess.....</b>	<b>30</b>
4.1 Vorbemerkungen.....	30
4.2 Gründe für die mangelhafte Berücksichtigung des Autonomie-Prinzips.....	30
4.3 Die Empfehlungen von Clare Maree Delany.....	31
4.4 Das Verhältnis von Autonomie und Fürsorge.....	32
4.4.1 Die Respektierung der Autonomie als Grenze der Fürsorge.....	32
4.4.2 Die Respektierung der Autonomie als Bestandteil der Fürsorge.....	33
4.5 Autonomie und Fürsorge im physiotherapeutischen Prozess.....	34
4.5.1 Zwei unterschiedliche Situationstypen.....	34
4.5.2 Situationstyp 1: Klärung der generellen Behandlungserlaubnis.....	35
4.5.3 Situationstyp 2: Klärung der spezifischen Behandlungserlaubnis.....	36
4.5.4 Das Problem der Ergebnisorientierung aus einer anderen Perspektive.....	38
<b>5 Schlussfolgerungen.....</b>	<b>40</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>43</b>
<b>Selbständigkeitserklärung.....</b>	<b>46</b>

# 1 Einleitung

## 1.1 Ausgangslage

Die Respektierung der Patienten-Autonomie ist eines der zentralen medizinethischen Prinzipien. In der Praxis findet dieses Prinzip seinen Ausdruck im Informed Consent (I.C.), im informierten, expliziten und prospektiven Einverständnis des Patienten mit diagnostischen und therapeutischen Massnahmen. Autonomie-Prinzip und informierte Zustimmung haben in den letzten Jahren bis Jahrzehnten auch im Bereich der Physiotherapie expliziten Eingang in die Berufsordnungen der verschiedenen Landesverbände gefunden. Allerdings ist die Art und Weise der praktischen Umsetzung dieser Prinzipien im Bereich der Physiotherapie, wie ja auch in der ärztlichen Medizin, alles andere als eindeutig und klar. Im Gegenteil: Über die berufsspezifische, praktische Realisierung dieses Prinzips existieren, vor allem im deutschsprachigen Raum, bisher nur sehr wenige Arbeiten. Im englischsprachigen Raum gibt es seit 1975 eine überschaubare Reihe von Publikationen. Die umfassendste Arbeit zum Thema I.C. stammt bezeichnenderweise aus Australien<sup>1</sup>. Diese Situation spiegelt sich auch im Differenzierungsgrad, mit welchem sich die verschiedenen Berufsordnungen dem Thema annehmen.

Während die Berufsordnungen im angelsächsischen Raum in der Regel differenzierte Beschreibungen und Erläuterungen zum Thema I.C. enthalten, beschränken sich die entsprechenden Dokumente im deutschsprachigen Raum auf sehr allgemein gefasste und unverbindliche Formulierungen. Die Berufsordnung des Schweizerischen Physiotherapie-Verbandes enthält unter Art. 2 der Ethischen Grundsätze folgende Bestimmung: „Die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten respektieren die Patientin und den Patienten in ihrer/seiner Persönlichkeit, Autonomie und Würde. Sie orientieren die Patienten sowie bei Bedarf und mit Einverständnis der Patientin und des Patienten ihre/seine Angehörigen in verständlicher Form über den Befund und die therapeutischen Massnahmen“.<sup>2</sup>

Während die Schweizerischen Physiotherapeutinnen<sup>3</sup> ihre Patienten also lediglich orientieren, klären ihre deutschen Berufskolleginnen die Patienten immerhin über mögliche Risiken auf (§ 3 der Berufsordnung: „Aufklärung“)<sup>4</sup>. Es versteht sich aber von selbst, dass weder Orientierung noch Aufklärung den Anforderungen eines informierten Einverständnisses genügen können.

Dieses Defizit im deutschsprachigen Raum hat zwei Hintergründe: zum einen hat es mit der Tatsache zu tun, dass der Professionalisierungsprozess im Bereich der Physiotherapie im angelsächsi-

---

<sup>1</sup> Delany (2005)

<sup>2</sup> Berufsordnung Schweizerischer Physiotherapie Verband: Art. 2 Ethische Grundsätze, (2003: Zugriff 16.1.2007)

<sup>3</sup> Entsprechend dem grösseren Anteil von Frauen in therapeutischen Berufen werde ich für medizinische Fachpersonen konsequent die weibliche Form, für Patienten die männliche Form verwenden. Selbstverständlich sind aber immer beide Geschlechter gemeint.

<sup>4</sup> Vgl. Berufsordnung Deutscher Verband für Physiotherapie: § 3 „Aufklärung“, (1999: Zugriff 16.1.2007)

schen Raum wesentlich weiter fortgeschritten ist, als hierzulande. In Australien besteht für Patienten seit Jahrzehnten die Möglichkeit eines direkten Zuganges zur Physiotherapie ohne vorgängige ärztliche Verordnung. Der damit verbundene erhöhte Verantwortungsbereich hat offensichtlich zur vertieften Auseinandersetzung mit der Thematik des I.C. geführt, wenn auch zunächst vor dem Hintergrund der rechtlichen Absicherung. Zum anderen ist die Physiotherapie-Ausbildung in Australien, wie in praktisch allen englischsprachigen Ländern, auf Universitätsniveau positioniert. Es wird deshalb eine eigene, fachspezifische Forschung betrieben, welche sich neben naturwissenschaftlich-quantitativer Forschung auch mit geisteswissenschaftlichen Sichtweisen auf den Beruf befasst.

Im deutschsprachigen Raum besteht also ein deutlicher Nachholbedarf. Da sich sowohl die Ausbildungskultur als auch die Gesundheitssysteme und somit die Praxisbedingungen im deutschsprachigen und angelsächsischen Raum in wesentlichen Punkten unterscheiden, können Erkenntnisse nicht ohne weiteres übernommen werden. Die vorliegende Arbeit möchte das Thema nun im Lichte der schweizerischen Ausbildungskultur und Praxis prüfen und damit einen Beitrag zur besseren und bewussteren Integration des Autonomie-Prinzips in die physiotherapeutische Praxis leisten.

## 1.2 Fragestellung, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Arbeit befasst sich deshalb mit der Frage, wie sich das Prinzip der Respektierung der Patienten-Autonomie innerhalb der Physiotherapie-Praxis, wie sie gegenwärtig in der Schweiz praktiziert wird, am besten realisieren lässt.

In einem ersten Schritt werde ich untersuchen, was die Respektierung der Patienten-Autonomie in den verschiedenen Phasen des physiotherapeutischen Denk-, Entscheidungs-, und Handlungsprozesses (Clinical Reasoning-Prozess/CR-Prozess<sup>5</sup>) konkret bedeuten kann, d.h. wo in diesem Prozess die Frage nach der Autonomie des Patienten überhaupt auftaucht und auf welche Art und Weise sie sich präsentiert. Dabei gehe ich mit Bezug auf Childress<sup>6</sup> davon aus, dass medizinethische Prinzipien bestimmte Regeln (in diesem Falle den die Regel des I.C.) begründen und dass deren konkrete Umsetzung letztlich ein partikulares Urteil erfordern. Meine Prämisse ist also, dass die Respektierung der Patienten-Autonomie durch einen I.C., also eine gewisse Voraussetzungen erfüllende Zustimmung zu Untersuchungen oder Behandlungen valide zum Ausdruck kommt. Diese gültige Zustimmung stellt für die Therapeutin die eigentliche Untersuchungs- oder Behandlungserlaubnis dar.

---

<sup>5</sup> Das Clinical Reasoning-Modell, ursprünglich aus der ärztlichen Medizin stammend, wurde von Higgs und Jones (2000) in den 1990-er Jahren für die übrigen medizinischen Berufe adaptiert und weiterentwickelt. Im Modell des Clinical Reasoning werden die therapeutischen Denk-, Entscheidungs- und Handlungsprozesse dargestellt und analysiert. Das Modell wird heute, in einer an die schweizerischen Verhältnisse angepassten Form, an praktisch allen Schulen für Physiotherapie als Grundlage des physiotherapeutischen Vorgehens gelehrt. Vgl. Jones et al. (2000), 117-127 und Hagmann (2001), 39-50

<sup>6</sup> Vgl. Childress (1998), 30

Ich werde aufzeigen, dass sich die Zustimmung zu (oder natürlich auch die Ablehnung) einer Therapie in verschiedenen therapeutischen Settings und in den einzelnen Phasen des therapeutischen Prozesses unterschiedlich manifestiert und somit auch dem Urteil der Therapeutin in unterschiedlicher Form zugänglich ist. Dabei sollen konkret zwei Perspektiven eröffnet werden: Zunächst werden die in der Literatur über den I.C. angeführten Bedingungen für eine gültige Zustimmung dargestellt und mit Beispielen aus der physiotherapeutischen Praxis konkretisiert. Eine zweite, vertiefte Perspektive bietet die nachfolgende Beschreibung des physiotherapeutischen Prozesses und der spezifischen Formen, in welchen die Zustimmung in den verschiedenen Phasen des Prozesses zum Ausdruck kommen kann.

In einem nächsten Schritt werde ich prüfen, wie das nun über die Frage nach der Zustimmung operationalisierte Autonomie-Prinzip in den CR-Prozess integriert werden kann. Den Ausgangspunkt dieser Überlegungen bilden die aus einer umfassenden Arbeit zum Thema I.C. in der Physiotherapie hervorgegangenen Thesen von Clare Maree Delany<sup>7</sup>. Die Prüfung dieser Thesen im Lichte der bis dahin gewonnenen Erkenntnisse wird es ermöglichen, die von Delany vorgebrachten Empfehlungen zur besseren Implementierung des Autonomie-Prinzips in die physiotherapeutische Praxis in einem abschliessenden Kapitel zu präzisieren und zu ergänzen.

Das Ziel der Arbeit ist es also, zu konkreten Schlussfolgerungen darüber zu kommen, wie das Autonomie-Prinzip im physiotherapeutischen Denk-, Entscheidungs- und Handlungsprozess verankert und damit die Voraussetzung für eine bessere Realisierung dieses Prinzips in der physiotherapeutischen Praxis geschaffen werden kann.

---

<sup>7</sup> Vgl. Delany (2005), 263-267

## 2 Die Bedingungen für einen gültigen Informed Consent

### 2.1 Vorbemerkungen

In diesem Kapitel werden die notwendig zu erfüllenden Kriterien für einen gültigen I.C. erläutert, kritisch reflektiert und die Bedingungen ihrer Realisierung anhand von Beispielen aus der physiotherapeutischen Praxis aufgezeigt. Diese Ausführungen werden die Grundlage für die nachfolgende Untersuchung der Umsetzung des I.C. in den verschiedenen Phasen des physiotherapeutischen Prozesses bilden.

Um gültiger Ausdruck einer autonomen Entscheidung zu sein, muss der I.C. bestimmte Bedingungen erfüllen. Giese<sup>8</sup> betont im Anschluss an Beauchamp und Childress den Prozesscharakter des I.C. Danach kann ein I.C. nicht in einer einmaligen, zu einem bestimmten Zeitpunkt abgegebenen Einverständniserklärung bestehen, sondern sie wird in einem mehrstufigen Prozess hergestellt. Dieser Prozess wird als Abfolge von Aufklärung und Information, Verstehen der Information, Freiwilligkeit der Zustimmung, Kompetenz des Patienten und schliesslich Zustimmung und Autorisierung zu einer bestimmten Behandlung beschrieben. Dabei nimmt die Kompetenz des Patienten eine Schlüsselstellung ein. Sie wird auch als „Schwellenelement“ bezeichnet, da sie eine notwendige Bedingung für das Eintreten in den Prozess des I.C. überhaupt darstellt<sup>9</sup>. Schramme<sup>10</sup> nennt die vier Elemente Kompetenz, Freiwilligkeit, Informiertheit und Zustimmung als notwendig zu erfüllende Kriterien. Die Kriterien der Aufklärung/Information und deren Verständnis sind bei Schramme im Begriff der Informiertheit zusammengefasst. Ich werde in der nun folgenden Darstellung der einzelnen Kriterien diese vierteilige Gliederung verwenden.

### 2.2 Kompetenz

Kompetent ist eine Person, wenn sie die zur Erfüllung einer spezifischen Aufgabe erforderlichen Fähigkeiten hat. Kompetenz ist also keine generelle Eigenschaft einer Person, sie bezieht sich auf eine konkrete Aufgabe und einen bestimmten Zeitpunkt, zu welchem die Aufgabe erfüllt werden muss. Eine Person kann Kompetenz erwerben und verlieren, sie kann in verschiedenen Bereichen und zu unterschiedlichen Zeitpunkten unterschiedlich kompetent sein. Kompetenz im Zusammenhang mit dem I.C. bezieht sich auf die Fähigkeit des Patienten, Entscheidungen über eine bevorstehende medizinische, in unserem Zusammenhang physiotherapeutische, Untersuchung oder Behandlung zu treffen, diesen zuzustimmen, sie in Frage zu stellen oder abzulehnen. Diese Fähigkeit setzt ein gewisses Mass an Informiertheit über die medizinischen Aspekte voraus.<sup>11</sup> Obwohl die Ärztin

<sup>8</sup> Vgl. Giese (2002), 29

<sup>9</sup> Vgl. Giese (2002), 34

<sup>10</sup> Vgl. Schramme (2002), 31-38

<sup>11</sup> Vgl. Beauchamp und Childress (2001), 72

oder Therapeutin also zu dieser spezifischen Kompetenz des Patienten beiträgt, diese fördert und ermöglicht, ist sie aber keineswegs lediglich durch die medizinischen Gesichtspunkte determiniert. Vielmehr entscheidet der Patient nicht nur aus der Perspektive, was medizinisch gut für ihn ist, sondern, was insgesamt gut für ihn ist.<sup>12</sup> Während also die Therapeutin oder Ärztin zwar wissen kann, was medizinisch für den Patienten gut ist, entzieht sich der Bereich dessen, was der Patient als insgesamt gut empfindet der Bestimmung durch Aussenstehende. Diese Sichtweise schafft überhaupt erst die Bedingung für die Möglichkeit einer autonomen Entscheidung. Respektierung der Autonomie bedeutet die Respektierung des Urteils eines Patienten aus dieser Gesamtsicht, der kompetente Patient weiss also in letzter Instanz am besten, was für ihn gut ist, der Respekt vor der Person verbietet es, die medizinische Sichtweise als die vorherrschende oder alleingültige anzusehen. Kompetenz äussert sich also nicht unbedingt in einer Zustimmung zur aus medizinischer Sicht besten, effektivsten Behandlung. Weder die Ablehnung einer aus medizinischer Sicht offensichtlich notwendigen und heilbringenden Behandlung noch scheinbar irrationale Entscheidungen zugunsten alternativer Therapien können Inkompetenz begründen. Sie kann nicht durch den Inhalt eines Urteils, schon gar nicht eines medizinischen Urteils, bestimmt werden. Eine Infragestellung der Kompetenz kann nur dadurch erfolgen, dass die Fähigkeit ein Urteil zu haben und/oder dieses äussern zu können grundsätzlich in Frage gestellt oder abgesprochen wird. Dies ist zum Beispiel bei bewusstlosen Patienten, in Notfallsituationen oder in psychischen Ausnahmezuständen der Fall. Es ist offensichtlich, dass die Einschätzung der Kompetenz in vielen Fällen schwierig und die Entscheidung darüber, da sie zwangsläufig von Aussenstehenden getroffen werden muss, letztlich immer einen willkürlichen Anteil hat. Akzeptiert man aber die Respektierung der Autonomie als zentrales medizinethisches Prinzip, dann folgt daraus ein sehr vorsichtiger Umgang mit der Beurteilung eines Patienten als inkompetent.

Für die weitere Untersuchung des Themas werde ich vom kompetenten Patienten ausgehen und mich nicht mit der Problematik der Behandlungserlaubnis bei offensichtlich oder fraglich inkompetenten Patienten befassen. Der Ausgangspunkt meiner Überlegungen ist also ein Patient, der grundsätzlich fähig ist zu entscheiden, ob er eine physiotherapeutische Behandlung eingehen will oder nicht. Diese Annahme bedeutet, dass der Patient am Ende des I.C.-Prozesses letztinstanzlich über eine Behandlungserlaubnis entscheiden kann und diese Entscheidung zu respektieren ist. Damit lässt sich zugleich das der vorliegenden Untersuchung zugrunde gelegte Verständnis des Autonomie-Prinzips näher bestimmen: Es bedeutet, dass der Respekt vor der Person es verbietet, die medizinische Sichtweise als die vorherrschende oder alleingültige anzusehen. Vielmehr ist davon auszugehen und zu akzeptieren, dass der Patient als letzte Entscheidungsinstanz den medizinischen

---

<sup>12</sup> Vgl. Coy (1989), 828



Aspekt im Verhältnis zu seinen grundlegenden Werten und Vorstellungen eines guten Lebens gewichtet und auf dieser Grundlage seine Entscheidungen trifft. Diese grundlegenden Werte und Vorstellungen eines guten Lebens können zwar diskutiert werden, sie müssen aber auch dann akzeptiert werden, wenn sie im Widerspruch zu denjenigen der Therapeutin stehen.

### **2.3 Freiwilligkeit**

Die Zustimmung zu einer Behandlung kann nur dann als autonome Entscheidung gelten, wenn sie ohne äusseren Druck oder Zwang zustande gekommen ist. Die Freiwilligkeit der Zustimmung ist also eine weitere Voraussetzung für einen gültigen I.C. Was allerdings Freiwilligkeit genau bedeutet, ist schwierig zu bestimmen. Während es auch hier eindeutige Fälle von Zwang und Einflussnahme gibt, existieren in der alltäglichen medizinischen Praxis vielfältige subtile Formen von Machtausübung und Beeinflussung. Wo ist zum Beispiel die Grenze zwischen wohlmeinender Beratung, ungerechtfertigter Beeinflussung und der Ausübung psychischen Druckes? Dass, letztlich unabhängig von therapeutischen Beziehungsmodellen, eine Asymmetrie und ein Machtgefälle zwischen medizinischem Personal und Patient besteht, ist offensichtlich. Die Therapeutin ist im Besitz medizinischen Wissens, welches für den Patienten von Bedeutung ist, sie vertritt eine Institution, sie bestimmt das *Procedere* usw. Diese Faktoren und die spezielle Situation eines Patienten als Hilfesuchender in einem in der Regel unvertrauten Umfeld, können die Entscheidungen für oder gegen ein therapeutisches *Procedere* in hohem Masse beeinflussen. Die Äusserung einer Zustimmung durch den Patienten garantiert an sich also keineswegs auch deren Freiwilligkeit.

Faden und Beauchamp<sup>13</sup> definieren das Kriterium der Freiwilligkeit negativ im Sinne der Nichtkontrolle. Dabei gehen sie von der Unterscheidung von Kontrolle und Beeinflussung aus, nicht alle Einflüsse auf eine Person haben kontrollierenden Charakter. Die Pole eines Kontinuums zunehmender Kontrolle bilden Beratung als nichtkontrollierende Einflussnahme und Zwang als höchste Stufe der Kontrolle. Die Bedingung für einen gültigen I.C. ist eine substantielle Nichtkontrolle des Patienten. Substantielle Nichtkontrolle bedeutet aber nicht Freiheit von Beeinflussung, sondern Freiheit von Zwang, da Beeinflussung unvermeidlich ist und im Sinne von Beratung oder Empfehlung von Patientenseite häufig sogar gewünscht wird. Eine Zwischenposition nimmt die Manipulation ein. Wann eine Beeinflussung zur Manipulation wird, kann nicht allgemein bestimmt werden, sondern ist abhängig von der Fähigkeit des Patienten, sich kontrollierenden Einflüssen zu widersetzen. Dies ist für unsere Fragestellung insofern von Bedeutung, als diese Fähigkeit nicht nur eine personenspezifische Eigenschaft ist, sondern wie bereits erwähnt, in hohem Masse situativ geprägt ist. So befindet sich ein entkleideter, auf der Behandlungsbank oder im Spitalbett liegender Patient in einer un-

---

<sup>13</sup> Vgl. Faden und Beauchamp (1986), 256-262

gleich schwierigeren Ausgangslage als bei einem Gespräch auf gleicher Augenhöhe.

Eine ähnliche, aber aus einem anderen Blickwinkel formulierte These vertritt Habiba.<sup>14</sup> Er fordert anstelle der Nichtkontrolle durch die Therapeutin die Kontrolle durch den Patienten. Er argumentiert, dass ein Konzept der Nichtkontrolle überhaupt nur in einem Kontext Sinn mache, in dem die Arzt-Patienten Beziehung in einem paternalistischen Sinne durch die Ausübung von Macht und Bestimmung über die Wünsche des Patienten geprägt sei. In einem auf Liberalismus und Autonomie basierenden Verständnis der Arzt-Patienten Beziehung sei die Freiwilligkeit der Zustimmung schon dadurch gegeben, dass der Wunsch nach einer Behandlung vom Patienten ausgehe und die Zustimmung zu diesem Wunsch durch den Patienten demnach redundant sei. Die Basis dieser Arzt-Patienten Beziehung bilden die „informierten Wünsche und Bedürfnisse“ des Patienten, welcher während des gesamten Behandlungsprozesses die Kontrolle über die Behandlungsschritte innehaben soll. Nicht der Patient, sondern die Ärztin oder Therapeutin müsste in einer solchen Beziehung dem Patienten-Wunsch zustimmen.

Diese These ist insofern für die Physiotherapie von Bedeutung, als tatsächlich viele Patienten, häufig aufgrund von früheren Erfahrungen, mit konkreten Vorstellungen, was zu tun sei, in die Therapie kommen und sich die Frage stellt, ob die Therapeutin diesem Wunsch aus ihrer Sicht zustimmen kann. Dem kann allerdings entgegengehalten werden, dass der übergeordnete Wunsch des Patienten wohl darin besteht, das gesundheitliche Problem zu beheben oder zu lindern und dass die Entscheidung für die dafür notwendigen Behandlungsmassnahmen zunächst in die Kompetenz der Therapeutin fällt und nicht einfach in der Erfüllung der Patienten-Wünsche bestehen kann. Giese<sup>15</sup> betont denn auch, dass nicht jede Willensäußerung eines Patienten unmittelbar zu befolgen sei, sondern dass jene Entscheidungen respektiert werden müssten, die Ergebnis eines Prozesses autonomer Willensbildung seien. Dieser Prozess der Willensbildung findet aber nur in Ausnahmefällen bereits vor dem Arzt- oder Therapiebesuch statt, er ist vielmehr selbst ein Bestandteil des therapeutischen Prozesses. Während die These von Habiba also nur vor dem Hintergrund eines Dienstleistungs-Modells der Arzt-Patient Beziehung plausibel wird, müssen in einer partnerschaftlichen therapeutischen Beziehung die Wünsche des Patienten im Lichte der Erkenntnisse der Therapeutin reflektiert und verhandelt werden. Das Ziel ist hier die beiderseitige freiwillige Zustimmung von Patient und Therapeutin zum gemeinsam erarbeiteten Procedere.

Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte stimmen die verschiedenen Sichtweisen aber in wesentlichen und für unsere Untersuchung zentralen Punkten überein. Zum Einen muss der Patient überhaupt eine Wahlmöglichkeit haben, bzw. sich dieser Wahlmöglichkeit bewusst sein. Dies kann die Wahl

<sup>14</sup> Vgl. Habiba (2000), 183-187

<sup>15</sup> Vgl. Giese (2002), 47

zwischen zwei oder mehreren Behandlungsoptionen sein, muss aber mindestens die Möglichkeit zum Behandlungsverzicht oder Behandlungsabbruch einschliessen. Zum Zweiten muss der Patient während des Behandlungsprozesses jederzeit die Möglichkeit haben, seine Zustimmung zu widerrufen, er sollte also, wie sowohl von Faden und Beauchamp als auch von Habiba gefordert, jederzeit die Kontrolle über das Geschehen haben können. Weder das eine noch das andere ist in der alltäglichen Praxis selbstverständlich.

Für die weitere Bearbeitung des Themas ist deshalb die Frage interessant, wie diese Kontrolle im physiotherapeutischen Prozess aufrecht erhalten werden kann und wie in den konkreten physiotherapeutischen Settings mit den unterschiedlichen Bedingungen des „Widerstand leisten könnens“ gegen manipulative Beeinflussungen umgegangen wird.

## **2.4 Informiertheit**

### **2.4.1 Informiertheit als Grundlage einer autonomen Entscheidung**

Während Kompetenz und Freiwilligkeit notwendige Bedingungen für den Eintritt in den I.C.-Prozess darstellen, bildet die Informiertheit, wie auch den Name schon sagt, das eigentliche inhaltliche Kernstück des I.C. Nur eine informierte Zustimmung ist eine gültige Zustimmung. Der Patient muss verstehen, was seine Zustimmung bedeutet, worüber er entscheidet und welche Konsequenzen die Entscheidung für ihn haben kann. Obwohl es im Prinzip keine Rolle spielt, woher der Patient die Informationen bezieht, ist es in aller Regel die Ärztin oder Therapeutin, welche den Patienten aufklärt. Sie ist in jedem Falle dafür verantwortlich, sicherzustellen, dass der Patient vor einer allfälligen Zustimmung über eine bevorstehende Untersuchungs- oder Behandlungsoption hinreichend informiert ist und dass er diese Informationen verstanden hat. Die Frage ist nun zunächst, was „hinreichende Informiertheit“ bedeutet und im Weiteren wie diese Informiertheit in der Praxis realisiert werden kann.

Legt man den in Kapitel 2.2 bestimmten Autonomiebegriff zugrunde, so ist ein Patient dann hinreichend informiert, wenn die Information ihn befähigt, die medizinischen Behandlungsoptionen im Lichte der übergeordneten Sichtweise des für ihn Guten, d.h. im Lichte seiner Werte, Präferenzen und Bedürfnisse zu reflektieren und sich auf dieser Grundlage für oder gegen diese Optionen zu entscheiden. Der Patient muss die relevanten medizinischen Informationen bekommen, er muss sie verstehen und in Bezug auf seine individuelle Lebenssituation interpretieren und gewichten können. Das Ziel der Aufklärung ist also nicht eine möglichst vollständige Informiertheit über alle Aspekte eines medizinischen Problems, sondern eine individuell abgestimmte Befähigung zur autonomen Entscheidung. Diese individuelle Ausrichtung der Informationsvermittlung impliziert die Unterscheidung zwischen a) aus medizinischer Sicht relevanten Fakten auf der einen Seite und b) für den

Patienten bedeutsamen Fakten auf der anderen Seite. Diese beiden Perspektiven sind nicht identisch: Einerseits können aus medizinischer Sicht irrelevante Fakten für den Patienten sehr wohl bedeutsam sein und andererseits haben nicht unbedingt alle aus medizinischer Sicht relevanten Fakten für den Patienten eine entsprechend grosse Bedeutung. So kann zum Beispiel die Farbe einer orthopädischen Schiene oder eines Halskragens, obwohl medizinisch völlig irrelevant, für die Entscheidung des Patienten sehr wohl eine Rolle spielen. Und die Tatsache, dass bei nicht regelmässigem Ausführen von Heimübungen eine bleibende Bewegungseinschränkung, z.B. im Schultergelenk zurückbleiben wird, kann für den Patienten, da er dieser Bewegungsfähigkeit kein Gewicht beimisst, von geringer Bedeutung sein.

Die Respektierung der Patientenautonomie begründet also a) auf ärztlicher oder therapeutischer Seite die Pflicht, den Patienten über medizinisch relevante Fakten zu informieren und b) auf der Seite des Patienten das Recht, für ihn subjektiv bedeutsame, in seinem Lebenszusammenhang relevante Fakten zu erfahren und zu verstehen. Dem entsprechend bestimmen Faden und Beauchamp das Ziel des Informationsprozesses als „substantielles Verständnis“<sup>16</sup>. Dieses substantielle Verständnis konstituiert sich aus drei zentralen Bedingungen, denen Aufklärung zu genügen hat. Sie muss erstens die wesentlichen allgemeinen Informationen über die möglichen Behandlungsoptionen enthalten, sie muss zweitens die für diesen individuellen Patienten bedeutsamen spezifischen Informationen enthalten und sie muss drittens sicherstellen, dass die Informationen vom Patienten im Sinne eines gemeinsamen Verständnisses richtig verstanden worden sind. Dabei ist „gemeinsames Verständnis“ nicht mit „Einverständnis“ gleichzusetzen. Es bedeutet lediglich, dass die medizinische Fachperson und der Patient die Fakten gleichermassen „richtig“ verstanden haben und so erst eine Grundlage für die Entscheidung des Patienten geschaffen ist.

Was bedeutet nun diese Bestimmung für die Realisierung von Informiertheit in der Praxis? Unter welchen Bedingungen kann das Ziel eines substantiellen Verständnisses am besten erreicht werden? Ich werde im Folgenden wesentliche Aspekte der Form, des Inhaltes und des Zeitpunktes der Informationsvermittlung genauer untersuchen.

#### **2.4.2 Aspekte der Form der Informationsvermittlung**

Während, wie weiter unten gezeigt wird, im Bezug auf die Vermittlung relevanter medizinischer Fakten gewisse Richtlinien gegeben werden können, ist dies im Bezug auf das, was für den Patienten subjektiv bedeutsam ist, nicht möglich. Die Therapeutin kann nicht im vornherein wissen, was für den Patienten bedeutsam ist. Eine lediglich einseitige Aufklärung von Seiten der medizinischen Fachperson kann den geforderten Anspruch nicht erfüllen, schon gar nicht eine lediglich schriftliche

---

<sup>16</sup> Vgl. Faden und Beauchamp (1986), 300

Dokumentation. Das für den Patienten individuell Bedeutsame lässt sich nur in einem interaktiven Prozess zwischen Therapeutin und Patient erarbeiten. Faden und Beauchamp sprechen in diesem Zusammenhang von der Notwendigkeit einer Focusverschiebung von der „Aufklärung des Patienten“ zur „effektiven Kommunikation mit dem Patienten“<sup>17</sup>. Die von der Therapeutin gegebene Information kann dabei gleichsam als das Ausgangsmaterial für die Erarbeitung der individuellen Informationsbedürfnisse des Patienten angesehen werden. Die Erarbeitung der individuell bedeutsamen Informationen stellt nun bestimmte Anforderungen an die Rahmenbedingungen und die Art der Kommunikation. Kommunikationshindernisse müssen abgebaut werden, es muss ein geschützter Raum und genügend Zeit vorhanden sein und es muss eine Atmosphäre des Vertrauens geschaffen werden, in welcher der Patient ermutigt wird, Fragen zu stellen und für ihn Bedeutungsvolles zu thematisieren. Nur so kann das Ziel dieses Kommunikationsprozesses, ein gemeinsames Verständnis der für den Patienten bedeutsamen Fakten, erreicht werden.

### **2.4.3 Aspekte des Inhaltes der vermittelten Information**

Den Ausgangspunkt der Aufklärung bildet die Offenlegung medizinischer Fakten durch die Ärztin oder Therapeutin. Beauchamp und Childress<sup>18</sup> nennen Richtlinien, was diese initiale Offenlegung alles beinhalten sollte: Sie sollte (1) jene Fakten enthalten, die Patienten üblicherweise als bedeutsam für die Entscheidung für oder gegen eine Behandlung erachten, (2) jene Fakten enthalten, welche die informierende medizinische Fachperson bei diesem Patienten als bedeutsam erachtet, (3) die Empfehlung der medizinischen Fachperson enthalten und (4) klarstellen, weshalb die Zustimmung gesucht wird und was die Zustimmung zu einer Behandlung bedeutet.

Es ist klar, dass die Ausführlichkeit der Information von der Tragweite der zu treffenden Entscheidung abhängig ist. Steht für die medizinische Fachperson die rechtliche Absicherung im Vordergrund, so wird möglichst umfassend informiert. Im Gegensatz dazu vertritt O'Neill<sup>19</sup> die auf der Basis des Autonomiegedankens einleuchtende These, dass der einzelne Patient die Möglichkeit haben müsse, zu bestimmen, wie viel Information er brauche. Bei zu wenig Information fehle die nötige Legitimation für die Behandlung, bei zu detaillierter, zu spezifischer Information könne der Patient aufgrund einer Informationsüberflutung ebenfalls nicht mehr entscheiden. Wesentlich sei es, dass der Patient die Kontrolle über das Ausmass der Informationen habe, die er brauche, um zu einer Entscheidung zu gelangen und dass er zu nichts gezwungen und nicht getäuscht worden sei: „Even a patient who decides on the basis of limited information has judged that the information was enough to reach a decision, and is not deceived.“<sup>20</sup> Dafür müsse im Behandlungsprozess Informati-

<sup>17</sup> Vgl. Faden und Beauchamp (1986), 329

<sup>18</sup> Vgl. Beauchamp und Childress (2001), 81

<sup>19</sup> Vgl. O'Neill (2003), 4-7

<sup>20</sup> O'Neill (2003), 6

on in unterschiedlichen Detaillierungsgraden nach Bedarf vermittelt oder zur Verfügung gestellt werden.

Kompliziert wird die Entscheidung, welche und wie viel Informationen dem Patienten vermittelt werden sollen durch die Tatsache, dass der Inhalt der vermittelten Informationen selbst bereits therapeutisch wirksam sein kann. Ein eindrückliches Beispiel dafür sind Patienten mit chronifizierten Schmerzproblemen. Es ist empirisch gut belegt, dass bei diesen Patienten die Art und Weise der Information über ihre Krankheit den Behandlungsverlauf ganz wesentlich beeinflusst.<sup>21</sup> Das Problemverständnis dieser Patienten, z.B. ihr Focus auf strukturelle körperliche Schädigungen und das damit verbundene Angst-Vermeidungs-Verhalten, ist selber ein Teil des Problems<sup>22</sup>. Da Information also einerseits dazu dient, dem Patienten eine autonome Entscheidung zu ermöglichen und andererseits aber auch das Potential hat zu schaden oder zu nützen, können die medizinethischen Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge, bzw. des Nicht-Schadens in Konflikt geraten. Wird der Autonomie eine übergeordnete Priorität eingeräumt, besteht die Gefahr einer ungünstigen Beeinflussung des Therapieverlaufes, dominiert das Fürsorge-Prinzip, besteht die Gefahr des Paternalismus oder der Täuschung des Patienten im Sinne eines therapeutischen Privileges. Die im Einzelfall richtige Informationsstrategie wird also häufig als ein Abwägen zwischen den konfligierenden Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge, bzw. des Nicht-Schadens beschrieben. Eine differenzierte Betrachtung, wie ich sie in Kapitel 4 vornehmen werde, zeigt jedoch, dass diese Prinzipien nicht zwangsläufig in Konflikt treten müssen und dass die Gefahr vor allem bei einer undifferenzierten Offenlegungsstrategie, welche sich nicht an der Bedeutsamkeit der Informationsinhalte für den Patienten orientiert, besteht. Die Kunst der Therapeutin besteht demnach darin, dem Patienten Informationen zu vermitteln, die zugleich wahr, verständlich und hilfreich sind.

#### **2.4.4 Aspekte des Zeitpunktes der Informationsvermittlung**

Die doppelte Ausrichtung auf medizinisch relevante und für den Patienten bedeutsame Fakten und die Bedingung des richtigen Verständnisses haben auch Konsequenzen für die Gestaltung der Informationsvermittlung im zeitlichen Ablauf einer Behandlung. Zum einen muss es definierte Zeitfenster geben, in denen die medizinisch relevanten Informationen vermittelt und diskutiert werden können. Die interaktive Erarbeitung eines substantiellen Verständnisses erfordert, wie bereits erwähnt, bestimmte Rahmenbedingungen. Wesentliche medizinische Informationen können nicht nebenher oder unbedacht, quasi zwischen Tür und Angel, vermittelt werden.

<sup>21</sup> Vgl. Zusmann (1998), 199-213

<sup>22</sup> Als Angst-Vermeidungs-Verhalten wird ein maladaptives, d.h. den Krankheitsverlauf ungünstig beeinflussendes Verhalten von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen bezeichnet. Aufgrund eines Problemverständnisses, welches jeglichen Schmerz mit der (in diesem Falle eben nicht zutreffenden) Vorstellung von Schädigung verbindet, vermeiden die Patienten aus Angst weitgehend jegliche körperlichen Aktivitäten. Sie manövrieren sich dadurch in eine allgemein schlechte körperliche Verfassung, welche das Schmerzproblem wiederum verstärkt.

Die bisherigen Ausführungen machen aber auch klar, dass eine einmalige Information den Ansprüchen eines substantiellen Verständnisses nicht oder nur in seltenen Fällen genügen kann. Zum einen ist die Bedeutsamkeit medizinischer Informationen für den Patienten meist nicht unmittelbar klar. Die Prüfung der zur Diskussion stehenden Behandlungsoptionen und der zu erwartenden Konsequenzen braucht Zeit, Entscheidungen müssen mit Bezugspersonen besprochen werden und Fragen tauchen häufig erst in dieser Bearbeitungsphase auf. Zum anderen gestaltet sich eine medizinische Behandlung selber als Prozess, die wesentlichen Informationen sind meist nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt vollständig vorhanden, sondern entwickeln und verändern sich im Laufe der Therapie. Der Informationsprozess beinhaltet also sowohl definierte Stationen des Innehaltens, der Aufklärung und des Austausches, als auch Elemente eines „work in progress“, einer kontinuierlichen Erarbeitung einer gemeinsamen Verstehensbasis. Wesentlich ist somit die Bereitschaft der medizinischen Fachperson, den Informationsprozess kontinuierlich aufrecht zu erhalten, offen für Fragen zu sein und falls nötig immer wieder auf bereits Thematisiertes zurückzukommen.

## **2.5 Zustimmung**

### **2.5.1 Bedeutung und Reichweite einer Zustimmung**

Die Zustimmung ist das Ergebnis des im Rahmen des I.C. vollzogenen Entscheidungsprozesses. Zustimmung kann als bewusste Autorisierung zur Intervention in die psycho-physische Integrität des Patienten zu therapeutischen Zwecken definiert werden.<sup>23</sup> Sie stellt die eigentliche Untersuchungs- oder Behandlungserlaubnis dar. Mit der Zustimmung im Sinne einer Autorisierung überträgt der Patient die Kontrolle über das folgende Geschehen der medizinischen Fachperson, sie wird bevollmächtigt, eine bestimmte Aktion auszuüben, wobei der Patient bei fachgerechter Ausführung der Handlung die Verantwortung für das Handlungsergebnis übernimmt. Eine Zustimmung ist nur dann gültig, wenn der Patient die Bedeutung in diesem Sinne verstanden hat.

Praktische Realisierung, Deutung und Gewichtung der Zustimmung gestalten sich in der medizinischen Allgemeinpraxis und auch in der Physiotherapie äusserst komplex und werfen viele Frage auf. Die idealisierte Vorstellung, dass der Patient in einer klaren und abgrenzbaren Reihenfolge von Schritten zunächst untersucht und danach informiert wird, dass er dann auf dieser Grundlage zu einer Entscheidung kommt und die besprochene Behandlung schliesslich durchgeführt wird, entspricht allenfalls bei standardisierten medizinischen Behandlungen (z.B. bei einfachen chirurgischen Eingriffen) der ärztlichen und kaum je der physiotherapeutischen Praxis. Der physiotherapeutische Prozess findet in der Regel nicht als lineare Abfolge von Untersuchung, Diagnosestellung, therapeutischer Entscheidung und standardisierter Behandlung statt. Untersuchungs- und Behand-

---

<sup>23</sup> Vgl. Giese (2002), 36

lungselemente können sich in kurzer Folge abwechseln oder ineinander übergehen. Zu Beginn der Behandlung können zwar Behandlungsstrategien bestimmt, nicht aber die einzelnen Behandlungsschritte detailliert beschrieben werden. Diese Situation wirft nun die Frage nach der Reichweite einer Zustimmung auf: Bedeutet die Zustimmung zu einer Behandlungsstrategie gleichzeitig auch die Zustimmung zu den darin enthaltenen Behandlungssequenzen und den sie konstituierenden Einzelhandlungen? Wie detailliert müssen Handlungen schon im Voraus beschrieben werden können und wann muss eine erneute Zustimmung eingeholt werden? O'Neill<sup>24</sup> betont in diesem Zusammenhang den propositionalen Charakter einer Zustimmung, wonach prinzipiell nicht einzelnen Handlungen, sondern lediglich Beschreibungen von geplanten Handlungen zugestimmt werden könne. Die darin enthaltenen einzelnen Handlungsschritte seien einerseits nicht im Detail vorhersehbar und andererseits, obwohl für die Therapeutin selbstverständlich, für den Patienten unter Umständen keineswegs klar. Zustimmung zu bestimmten Handlungen heiße deshalb nicht automatisch Zustimmung zu den einzelnen Handlungsschritten. Da aber andererseits auch nicht alle Details und Eventualitäten einer Behandlung im Voraus besprochen werden könnten, sei es wichtig, dass der Patient zu nichts gezwungen werde. Er müsse daher, und das ist der zentrale Punkt, jederzeit die Gelegenheit haben, eine einmal gegebene Zustimmung zu widerrufen. Dieser Einschätzung scheint mir insbesondere im Bezug auf die physiotherapeutische Praxis relevant: Es bedeutet, dass es keinen bestimmten einzelnen Moment im Behandlungsverlauf gibt, bei dem eine Zustimmung definitiv für die weitere Behandlung gegeben werden kann.

### **2.5.2 Die Einschätzung der Reichweite einer Zustimmung**

Wie kann nun aber die Therapeutin einschätzen, welche Handlungen noch in die Reichweite der einmal gegebenen Zustimmung gehören und wann die Frage der Zustimmung in einem Behandlungsverlauf erneut geklärt werden muss? Es stellt sich also die Frage nach Kriterien, welche Sequenzen, denen sinnvollerweise als ganze Behandlungseinheiten zugestimmt werden kann, definieren könnten. Einen interessanten Vorschlag, auf den hier allerdings nur ganz kurz eingegangen werden kann, macht Maclean.<sup>25</sup> Er geht von der Frage aus, wodurch eigentlich ein bestimmtes medizinische Verfahren bestimmt ist, was ihr Wesen ausmacht. Zu diesem Zweck nennt er allgemeine, allen medizinischen Verfahren zukommende und ihr Wesen bestimmende Attribute. Dazu gehören das Ziel des Verfahrens, Art und Ort der Intervention am Körper des Patienten, der zeitliche Ablauf, die erwarteten Wirkungen und die mit der Intervention verbundenen Risiken. Ändern sich diese Attribute, so ist das Verfahren nicht mehr dasjenige, dem zugestimmt wurde und die einmal gegebene Zustimmung ist nicht mehr gültig. Anpassungen während einer Intervention sind nur dann zulässig,

<sup>24</sup> Vgl. O'Neill (2006), 5-6

<sup>25</sup> Vgl. Maclean (2002), 249-254



wenn sie diese Attribute nicht oder allenfalls nur unwesentlich verändern.

Obwohl Maclean aus einer primär juristischen Perspektive argumentiert, können die genannten Kriterien auch in der täglichen Praxis durchaus als Richtlinie dienen. So ist es aus physiotherapeutischer Sicht z.B. klar, dass die Zustimmung zu einer Rückenmassage selbstverständlich die Entblösung und Berührung des Rückens und die Anwendung verschiedener Massagetechniken in unterschiedlicher Dosierung beinhaltet. Werden jedoch z.B. Gesäß und Oberschenkel ohne Rücksprache in die Behandlung einbezogen, kann das als Übergriff empfunden werden. Ob die Massage zudem die sehr schmerzhafteste Technik der Triggerpunktbehandlung stillschweigend einschließt, ist nicht in jedem Falle klar, sondern von den Erwartungen und Erfahrungen des einzelnen Patienten abhängig. Eine mit der Massage verbundene und nicht selten praktizierte Mobilisation oder gar Manipulation der Wirbelsäulengelenke ist aber sicherlich nicht mehr in der ursprünglichen Zustimmung enthalten, da sie eine wesentlich höhere Belastung von Körperstrukturen und damit verbunden ein höheres Risiko beinhaltet als die Massage.

Bei der Frage nach dem therapeutischen Handlungsspielraum innerhalb einer gegebenen Zustimmung sind also einerseits objektive Faktoren, wie z.B. das Risiko einer Behandlung und andererseits subjektive, von den Erfahrungen des einzelnen Patienten abhängige Faktoren zu berücksichtigen. Im Bezug zu der eingangs gegebenen Definition von Zustimmung kann ganz allgemein gesagt werden, dass die Forderung nach einer spezifischen Zustimmung zu jedem einzelnen Behandlungsschritt umso höher ist, je tiefer eine Intervention in die individuelle psycho-physische Integrität des Patienten eingreift.

### **2.5.3 Gültigkeit und Authentizität einer Zustimmung**

Eine zweite Frage, die sich in der Praxis stellt, ist die Frage nach der Gültigkeit und Authentizität, der Echtheit einer Zustimmung. Kann es verschiedene Abstufungen, gültigere und weniger gültige Zustimmungen geben, wie verlässlich ist eine Zustimmung, kann eine Schwelle für eine gültige Zustimmung definiert werden? Tatsache ist, dass Zustimmung in der Praxis sehr unterschiedlich zum Ausdruck kommen kann. Als explizite Zustimmung im Sinne von: „ich bin davon überzeugt, dass die vorgeschlagene Therapie das Richtige ist“, über „ich bin gerne bereit, das einmal zu versuchen“, bis zu „wenn Sie meinen, wird es schon richtig sein“ oder „wenn es nützt, nehme ich das halt in Kauf“. Zudem stellt sich die Frage nach der Bewertung nonverbal ausgedrückter Zustimmung oder Ablehnung über Mimik und Gestik oder Veränderungen der willkürlichen Muskelspannung.

Faden und Beauchamp<sup>26</sup> unterscheiden in diesem Zusammenhang zwischen dem Wunsch (wanting) nach einer Behandlung im Sinne eines intrinsisch Gewollten, der Bereitschaft (willing) zu einer Be-

---

<sup>26</sup> Vgl. Faden und Beauchamp (1986), 245

handlung im Sinne eines instrumentell Gewollten und der Toleranz (tolerating) einer Behandlung im Sinne eines „in Kauf nehmen“. Wichtig an dieser Unterscheidung ist, dass die verschiedenen Stufen der Zustimmung unterschiedliche Reichweiten anzeigen und deshalb unterschiedliche Differenzierungsgrade der vorgängigen Klärung erfordern. Während beim Wunsch nach einer bestimmten Behandlung von einer generellen, weitreichenden Zustimmung ausgegangen werden kann, müssen bei einer lediglichen Toleranz die Bedingungen der Durchführung und die einzelnen Behandlungsschritte detailliert geklärt werden. Ein praktisches Beispiel ist die Toleranz von Schmerz während einer physiotherapeutischen Behandlung. Der Patient kann zwar einer schmerzhaften Behandlung zustimmen, aber nur unter gewissen, vorher besprochenen Bedingungen. Er muss wissen, dass er jederzeit die Möglichkeit hat, die Behandlung zu unterbrechen; die Therapeutin muss gleichzeitig auf verbale und nonverbale Signale der Toleranzgrenze achten. Andererseits, so zeigt die Erfahrung, kann der Schmerz während der Behandlung bis zu einem gewissen Grade an sich gewünscht sein, z.B. als an sich wertvolle Empfindung, als „Wohlweh“, und es stellt sich in diesem Falle die Frage, ob die Therapeutin vor dem Hintergrund des Nicht-Schadens-Prinzips bereit ist, dem Wunsch des Patienten zu entsprechen.

Wichtig ist nun die Tatsache, dass eine nach adäquater Klärung gegebene Zustimmung eine gültige Zustimmung ist, unabhängig davon, ob sie aufgrund eines Wunsches, einer Bereitschaft oder lediglich einer Toleranz erfolgt ist. Die Frage ist einzig, ob die Bedingungen der Kompetenz, der Freiwilligkeit und der Informiertheit hinreichend erfüllt sind. Nach Faden und Beauchamp<sup>27</sup> kann die Gültigkeit einer Zustimmung im Sinne fehlender Authentizität jedoch unter zwei Bedingungen in Frage gestellt werden: Erstens wenn keine Stabilität der Entscheidungen in der Zeitachse vorliegt und zweitens wenn die Person sich offensichtlichem gegen ihre bei anderen Gelegenheiten geäußerten Überzeugungen, Werte und Präferenzen entscheidet. Sie folgern daraus richtigerweise, dass diese Bestimmung von Authentizität kein eigenständiges Kriterium, sondern eine Ergänzung der Bedingung der Freiwilligkeit, jetzt mit Einschluss zwanghafter Handlungen, der Kontrolle durch „innere Zwänge“, darstellt.

---

<sup>27</sup> Vgl. Faden und Beauchamp (1986), 262-269

### 3 Der Informed Consent im physiotherapeutischen Prozess

#### 3.1 Die Phasen des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses

In diesem Kapitel werde ich die Bedingungen der Realisierung des I.C. im physiotherapeutischen Behandlungsprozess untersuchen. Vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 erarbeiteten theoretischen Gesichtspunkte soll nun konkret geprüft werden, wann und in welcher Form im Behandlungsprozess Zustimmung erfolgen kann und sollte. Die Grundlage für diese Analyse bildet eine chronologische Darstellung der verschiedenen Phasen des physiotherapeutischen Behandlungsprozesses wie sie im Clinical Reasoning (CR)-Prozess beschrieben werden. Das CR-Modell stellt die Grundzüge der physiotherapeutischen Vorgehensweise in einer allgemeinen, im Prinzip für alle Teilbereiche der Physiotherapie gültigen Form dar. Die Beschreibung ist deshalb im Bezug auf die einzelne Praxisituation idealisierend, erlaubt es aber, einen möglichst breiten Bereich physiotherapeutischer Tätigkeit abzubilden. Das ursprünglich von Mark Jones<sup>28</sup> in Australien entwickelte CR-Modell umfasst sechs aufeinanderfolgende Phasen im physiotherapeutischen Behandlungsprozess. Die Anwendung dieses Modells im Rahmen der schweizerischen Physiotherapie-Praxis hat gewisse Anpassungen nötig gemacht, welche von Hagmann<sup>29</sup> beschrieben wurden. In Anlehnung an dieses Modell lässt sich der therapeutische Prozess nun im Bezug auf die jeweils zugrunde liegende Zustimmungproblematik in folgende Phasen unterteilen:

##### 1) Ärztliche Überweisung: Die generelle Zustimmung zur Physiotherapie

In den Gesundheitssystemen, in welchen Physiotherapeutinnen aufgrund einer ärztlichen Überweisung tätig werden, wie u.a. in der Schweiz, wird der Prozess mit einer ärztlichen Verordnung initiiert. Diese Verordnung enthält zumindest eine Diagnose und in der Regel auch eine Zielsetzung aus Sicht der überweisenden Ärztin. Die Physiotherapeutin weiss zu diesem Zeitpunkt aber noch nicht, mit welcher Einstellung der Patient in die Therapie kommt. Es stellt sich also in der Erstkonsultation immer die Frage nach der generellen Zustimmung zur Physiotherapie.

##### 2) Subjektiver Befund / Planung der Untersuchung: Die generelle Untersuchungserlaubnis

Die Erstkonsultation beginnt nun mit einem Anamnesegespräch, der subjektiven Befundaufnahme. Das Ziel des Gespräches ist es, die mit dem aktuellen Gesundheitsproblem zusammenhängenden subjektiven Probleme des Patienten und seine Beeinträchtigung durch diese Probleme zu verstehen. Dazu gehören auch die Ziele und Erwartungen des Patienten. Aufgrund dieser Erkenntnisse ist die Physiotherapeutin am Schluss der subjektiven Befundaufnahme in der Lage,

<sup>28</sup> Vgl. Jones et al. (2000), 119

<sup>29</sup> Hagmann beschreibt folgende Phasen: (1) Analyse der Diagnose und der Ziele des Arztes, (2) Befunderhebung/ Untersuchungserlaubnis, (3) Beurteilung/Zielvereinbarung, (4) Intervention/Behandlungserlaubnis, (5) Erfolgskontrolle, (6) Abschluss und (7) retrospektive Beurteilung. Vgl. Hagmann (2001), 41

auf der Basis erster Hypothesen über das Problem, eine individuell abgestimmte Planung der nun folgenden körperlichen Untersuchung vorzunehmen. Es stellt sich somit zu diesem Zeitpunkt die Frage nach der Zustimmung zu diesem geplanten Untersuchungsgang, nach der generellen Untersuchungserlaubnis.

**3) Durchführung der körperlichen Untersuchung: Die spezifische Untersuchungserlaubnis**

Die Untersuchung beginnt in der Regel mit Übersichtstests zu den betroffenen Aktivitäten und schreitet im Sinne einer Differenzierung und Problemanalyse weiter fort. Die dabei anfallenden Informationen führen zu differenzierteren Hypothesen über mögliche Ursachen und Mechanismen der Problementstehung, d.h. die ursprünglich geplanten Untersuchungsgänge müssen entsprechend angepasst oder ergänzt werden. Es stellt sich nun die Frage, inwieweit der Patient diesen im Rahmen der Klärung der generellen Behandlungserlaubnis noch nicht besprochenen Anpassungen und Änderungen zustimmt. Es ist dies die Frage nach der spezifischen Untersuchungserlaubnis.

**4) Beurteilung und Erklärung der Befunde: Die generelle Behandlungserlaubnis**

Nach der Untersuchung findet eine Zusammenfassung und Erklärung der Befunde für den Patienten statt, bei der die inzwischen differenzierteren Hypothesen über das Problem, die therapeutische Strategie und mögliche therapeutische Zugänge erläutert werden. Es ist dies die eigentliche Phase der expliziten Klärung der Behandlungserlaubnis. Der Patient entscheidet nun, auf der Grundlage eines inzwischen vertieften Verständnisses des Problems und der therapeutischen Möglichkeiten, über die Erteilung der generellen Behandlungserlaubnis.

**5) Durchführung der Therapie: Die spezifische Behandlungserlaubnis**

Nun beginnt die eigentliche physiotherapeutische Behandlung. Die Wahl der therapeutischen Massnahmen erfolgt aufgrund der aus der Befundaufnahme hergeleiteten Hypothesen, die Erstbehandlung ist somit eine hypothesengestützte Probebehandlung. Massgebend für die weiteren Entscheidungen und die konkrete Gestaltung der Therapie ist die Reaktionsweise des individuellen Patienten auf den gewählten primären Zugang. Dabei können die Hypothesen der Therapeutin bestätigt, modifiziert oder auch widerlegt werden, d.h. es sind Anpassungen der Dosierung, vielleicht aber auch Änderungen der Therapieart oder des Zugangsortes erforderlich. Es stellt sich, wie schon bei der Untersuchung, wiederum die Frage, inwieweit der Patient diesen Anpassungen und Änderungen der Therapie zustimmt, also die Frage nach der spezifischen Behandlungserlaubnis.

**6) Retrospektive Beurteilung und Abschluss: Die Zustimmung zur Weiterführung oder Beendigung der Therapie**

Den Abschluss der Behandlung bildet in der Regel ein Rückblick auf die Erfahrungen während

der Behandlung und eine Zusammenfassung der bisher gewonnenen Erkenntnisse bezüglich des Problems und der Therapie. Dabei stellt sich die Frage nach der Zustimmung zur Weiterführung der Behandlung oder allenfalls zum Therapieabbruch. In den letzten Sitzungen einer Therapiesequenz geht es darum, den Therapieabschluss mit dem Patienten zu besprechen und sein Einverständnis mit der Beendigung der Behandlung zu klären.

Ich werde nun die Zustimmungs-Problematik in den verschiedenen Phasen des physiotherapeutischen Prozesses genauer untersuchen. Dies wird die Grundlage bilden für die in den weiteren Kapiteln formulierten Schlussfolgerungen bezüglich der Frage, wie die Respektierung der Autonomie im klinischen Denk-, Entscheidungs- und Handlungsprozess verankert werden kann.

### **3.2 Probleme der Zustimmung in den einzelnen Phasen des Prozesses**

#### **3.2.1 Ärztliche Überweisung: Die generelle Zustimmung zur Physiotherapie**

Ein Patient, der zum ersten Mal in die Physiotherapie kommt, kann von ärztlicher Seite in ganz unterschiedlichem Masse vorbereitet worden sein. Idealerweise ist in der ärztlichen Konsultation bereits eine grundsätzliche Zustimmung zur Therapie erfolgt. Es ist auch möglich, dass der Patient sich nach einer Aufklärung durch die Ärztin selber für diese Therapieoption entschieden hat, dass er bereits Erfahrung mit Physiotherapie hat und konkrete Vorstellungen darüber mitbringt, was ihm in der Therapie am besten helfen wird. Andererseits kann es sein, dass der Patient noch nie in einer physiotherapeutischen Behandlung war, nicht einmal weiss, was Physiotherapie beinhaltet und auch von ärztlicher Seite nicht informiert worden ist. Die Frage der generellen Zustimmung zur Physiotherapie kann also zu diesem Zeitpunkt bereits geklärt, oder aber noch völlig offen sein. Die Tatsache, dass der Patient zur Therapie erscheint, darf jedenfalls nicht als Zustimmung gewertet werden. Es kann also nicht stillschweigend davon ausgegangen werden, dass der Patient genügend Informationen bekommen, diese richtig verstanden und sich freiwillig für die Physiotherapie entschieden hat. Sind diese Voraussetzungen aber nicht gegeben, liegt keine gültige Zustimmung zum Behandlungsbeginn vor und es besteht streng genommen keine Erlaubnis, Informationen über den Patienten und sein Problem zu erheben. Übergeht die Physiotherapeutin diese Situation, verstösst sie gegen die Autonomie des Patienten, will sie das Prinzip respektieren, muss sie zunächst die Frage der generellen Zustimmung zur Physiotherapie klären. Diese Situation birgt Konfliktpotential, da die Therapeutin einerseits, je nach institutioneller Situation, unter Zeitdruck einen ärztlichen Auftrag zu erfüllen hat, ihn aber andererseits aus Sicht des Autonomie-Prinzips nur erfüllen darf, wenn der Patient seine gültige Zustimmung dazu gibt. Die Physiotherapeutin hat also zwischen unterschiedlichen Ansprüchen abzuwägen und die Versuchung ist gross, die Zustimmung zu übergehen oder sie auf manipulative Art und Weise im Schnellverfahren erreichen zu wollen.

### **3.2.2 Subjektiver Befund / Planung der Untersuchung: Die generelle Untersuchungserlaubnis**

#### ***3.2.2.1 Die Erlaubnis zur Untersuchung eines bestimmten Problems***

In der subjektiven Befundaufnahme wird der Patient zunächst in einer offenen Fragestellung, d.h. nicht diagnosebezogen, nach seinem aktuellen Problem gefragt. Der Grund dafür ist, dass mit der Diagnose das eigentliche Problem des Patienten nicht determiniert ist. Dieselbe Diagnose kann bei verschiedenen Patienten zu sehr unterschiedlichen Problemen führen. Das Ziel des Gespräches ist es deshalb, das individuelle Problem des Patienten, seine Beeinträchtigung durch das Problem sowie seine Ziele und Erwartungen zu verstehen und physiotherapierelevante Aspekte des Problems im Hinblick auf die Untersuchung und Behandlung herauszuarbeiten.

Wesentlich ist nun, dass die allenfalls in der ärztlichen Konsultation erfolgte generelle Zustimmung zur Physiotherapie nicht automatisch die Zustimmung, ein ganz spezifisches Problem zu untersuchen und zu behandeln mit einschließt. So kann ein Patient mit einem chronischen Bandscheibenleiden mit zwar damit einverstanden sein, zur Behandlung seiner Muskelschwäche in den Beinen eine Physiotherapeutin zu konsultieren, sich aber weigern, das für ihn im Vordergrund stehende Problem der Harninkontinenz, obwohl physiotherapeutisch möglich, in diesem Rahmen anzugehen. Das Verständnis des spezifischen Patientenproblems bildet somit die notwendige Voraussetzung für die Klärung der Untersuchungserlaubnis. Mit dieser Erlaubnis autorisiert der Patient die Therapeutin zunächst grundsätzlich zur Untersuchung des in der subjektiven Befundaufnahme definierten Problems.

#### ***3.2.2.2 Die Transparenz der therapeutischen Hypothesen als Voraussetzung für ein substantielles Verständnis der geplanten Untersuchung***

Die konkrete Untersuchungserlaubnis setzt nun aber die Aufklärung des Patienten über die zum jetzigen Zeitpunkt bestehenden Hypothesen der Therapeutin voraus, da diese den Untersuchungsbe- reich und die angewendeten Untersuchungsmethoden bestimmen. Wichtig ist, dass eine grundsätzli- che Zustimmung zur Untersuchung des definierten Problems nicht gleichzeitig eine Zustimmung zu jedem beliebigen Untersuchungsgang bedeutet. Um zuzustimmen muss der Patient wissen, wo und wie er untersucht werden soll, um dies zu verstehen sollte er wissen, weshalb diese Untersuchung so durchgeführt werden soll. So kann es für den Patienten völlig unverständlich sein und als Über- griff empfunden werden, wenn bei einem Schmerz am Unterschenkel die tiefen Gesässmuskeln un- tersucht werden, obwohl dieser Untersuchungsgang aufgrund der Hypothesen der Therapeutin abso- lut indiziert ist. Die Aufgabe der Therapeutin in dieser Situation ist es also nicht nur, zu informie- ren, was geschehen wird, sondern auch zu erklären, weshalb es geschehen soll, da das Verständnis der Information eine Voraussetzung für die Zustimmung ist. Sie muss also ihre bisherigen Hypothe- sen, welche zur Planung der Untersuchung geführt haben, offenlegen. Dieser weitere Schritt wird

nur plausibel vor dem Hintergrund der Bedingung des Verstehens der Information als Voraussetzung für eine gültige Zustimmung.

### **3.2.3 Durchführung der körperlichen Untersuchung: Die spezifische Untersuchungserlaubnis**

#### ***3.2.3.1 Die Frage der Reichweite der generellen Untersuchungserlaubnis***

Die generelle Zustimmung zur Untersuchung stellt also zunächst die Erlaubnis dar, sich auf der körperlichen Ebene mit dem definierten Patientenproblem zu befassen. Die hypothesengesteuerte Planung der Untersuchung erlaubt es im weiteren, bereits vor Beginn der Untersuchung die Zustimmung zu bestimmten Untersuchungsgängen zu klären. Gerade aufgrund der hypothesengesteuerten Vorgehensweise kann aber nicht der gesamte Verlauf der körperlichen Untersuchung vorausbestimmt werden. Bestimmte Befunde können die Hypothesen verändern und die Anpassung der Untersuchung an die neuen Hypothesen notwendig machen. Die Frage stellt sich nun, wie weit die generelle Untersuchungserlaubnis solche Anpassungen mit einschließt und wann eine erneute Zustimmung geklärt werden muss.

#### ***3.2.3.2 Die Bedingungen der spezifischen Untersuchungserlaubnis***

Diese allenfalls erforderliche erneute Zustimmung, die spezifische Untersuchungserlaubnis, findet nun aber unter anderen Bedingungen als bisher statt. Die Untersuchung entwickelt sich als dynamischer, hypothesengesteuerter Handlungsprozess ohne bestimmte, im CR-Modell definierte Einschnitte zur Klärung der weiteren Untersuchungserlaubnis. Es gibt also während dieses Prozesses keine institutionalisierten Kontrollmomente. Zudem verschieben sich die Schwerpunkte der Kommunikation zwischen Therapeutin und Patient während dieser Phase auf eine neue Ebene. Nicht mehr die verbalen, sondern nonverbale und unmittelbare körperliche Äusserungen stehen im Vordergrund. Für die Therapeutin stellt sich die Aufgabe, Zeichen der Zustimmung oder Ablehnung zu erkennen. Wird die Berührung toleriert oder gibt es Zeichen des Unwohlseins oder der Abwehr? Lässt der Patient die zu prüfende Bewegung bis ans Bewegungsende zu oder leistet er Widerstand? Wird die Verstärkung des Schmerzes bei einem Test toleriert? Ist die Ausweitung auf eine weitere Körperregion für den Patienten eine Selbstverständlichkeit oder zeigt er Anzeichen von Irritation? Für die Therapeutin stellt sich also die Frage, ob der Untersuchungsprozess unterbrochen und die neue Situation geklärt, oder ob aufgrund der Beurteilung der Gesamtsituation von einer Zustimmung ausgegangen werden kann, welche es erlauben würde, den Untersuchungsfluss und die Konzentration der Therapeutin und des Patienten auf die für die Untersuchung wesentlichen Wahrnehmungen und Kommunikationsinhalte beizubehalten. Auf der anderen Seite befindet sich der Patient in einer völlig anderen Ausgangslage, die es ihm erschwert, zu intervenieren und Grenzen zu setzen: er ist teilweise entkleidet, befindet sich womöglich in einer liegenden Position auf der Behand-

lungsbank, er ist also in einer ungleich schwierigeren Situation, um eine Zustimmung zu verweigern. Umso kritischer sollte also die Therapeutin einer vorschnell gegebenen verbalen Zustimmung gegenüber sein.

Eine aus Sicht der Respektierung der Patientenautonomie richtige Entscheidung in dieser komplexen Situation setzt die Wahrnehmung und unmittelbare adäquate Beurteilung verbaler und nonverbaler Zeichen der Zustimmung oder Ablehnung durch die Therapeutin voraus. Der wesentliche Unterschied zu den bisherigen Verfahren zur Klärung der Zustimmung besteht darin, dass kein bestimmter Moment innerhalb des CR-Prozesses und kein bestimmtes Verfahren definiert ist, um diese Frage zu klären. Die Therapeutin muss vielmehr aufgrund der Beurteilung der Gesamtsituation unmittelbar entscheiden, ob überhaupt auf eine explizite Klärung der Zustimmung eingetreten werden soll. Diese Entscheidung muss für jeden Patienten und jede Situation individuell getroffen werden. Sie erfordert von der Therapeutin Qualitäten, die ich vorläufig mit Wahrnehmungsfähigkeit, Achtsamkeit und moralischer Sensibilität umschreiben möchte, auf die ich aber in Kapitel 4 noch genauer eingehen werde.

### **3.2.4 Beurteilung und Erklärung der Befunde: Die generelle Behandlungserlaubnis**

#### ***3.2.4.1 Die Bedingungen eines gemeinsamen substantiellen Verständnisses***

Die Untersuchungsphase ist beendet, wenn die Therapeutin (1) ein hinreichendes Verständnis für das Problem entwickelt hat, um (2) eine therapeutische Strategie und (3) einen ersten therapeutischen Zugang bestimmen zu können. Die Therapeutin hat also, etwas vereinfacht gesagt, eine Vorstellung davon, weshalb das Problem besteht und wie es therapeutisch beeinflusst werden könnte. Der Übergang zur physiotherapeutischen Behandlung setzt nun aber die Klärung der generellen Behandlungserlaubnis voraus. Diese Klärung bildet die wichtigste Phase im I.C.-Prozess, sie bildet den eigentlichen Angelpunkt, bei dem die Bereitschaft des Patienten auf den weiteren therapeutischen Prozess einzusteigen explizit geklärt wird. Die Voraussetzung dafür ist ein gemeinsames substantielles Verständnis des Problems, der anzustrebenden Ziele und der therapeutischen Möglichkeiten. Dieses substantielle Verständnis muss sowohl die physiotherapeutisch relevanten, als auch die für den Patienten subjektiv bedeutsamen Fakten umfassen. Der Patient muss nicht nur verstehen, was getan werden soll, sondern auch weshalb, aufgrund welcher therapeutischen Überlegungen, es getan werden soll. Für ein Gespräch, welches dies ermöglicht, müssen gewisse Rahmenbedingungen erfüllt sein. Die Klärung muss interaktiv erfolgen, der Patient muss die Möglichkeit haben, seine Vorstellungen und Bedürfnisse zu äussern, die Informationsmenge und den Informationsgehalt über Fragen zu steuern. Dazu muss eine entsprechende Atmosphäre geschaffen werden und genügend Zeit zur Verfügung stehen.



#### **3.2.4.2 Das gemeinsame Verständnis des Problems**

Der erste Schritt ist die Information des Patienten über das während der Untersuchung gewonnene Problemverständnis. Das therapeutische Problemverständnis beinhaltet Hypothesen über den Zusammenhang des vom Patienten geschilderten Problems mit den erhobenen Untersuchungsbefunden. Welche Untersuchungsbefunde können z.B. erklären, weshalb der Patient bei längerer Arbeit am Computer Nackenschmerzen hat, weshalb er eine Schwäche im Bein beim Gehen verspürt, weshalb er in Stresssituationen Kopfschmerzen bekommt usw.? Die Therapeutin vermittelt ihre diesbezügliche Sichtweise und ihre Hypothesen. Sie wird in der Regel diejenigen Aspekte betonen, welche sie für die nachfolgende Therapie als bedeutsam erachtet. Inhalt und Menge der Information sind also durch die Einschätzung der Therapeutin subjektiv gefärbt, sie kann die Informationen unterschiedlich gewichten und in unterschiedlicher Form vermitteln. Da Inhalt und Art der Informationen das Krankheitsverständnis des Patienten formen und den weiteren Krankheitsverlauf wesentlich beeinflussen können, wird die Therapeutin bestrebt sein, dem Patienten eine zur Problembewältigung hilfreiche Sicht zu vermitteln. Es stellt sich nun die Frage, ob die Auswahl der Informationen, die Wahl einer bestimmten, für den weiteren Therapieverlauf als hilfreich empfundenen Perspektive, die Möglichkeit des Patienten autonom zu entscheiden in unzulässiger Masse einschränkt. Diese Frage ist insofern von Bedeutung, als mit der Wahl der Perspektive auf das Problem gleichzeitig eine Vorauswahl bezüglich der therapeutischen Zugänge geschaffen wird. Gefährdet die Therapeutin damit die Autonomie des Patienten und schränkt sie seine Wahlmöglichkeiten ungerechtfertigterweise ein? Der entscheidende Punkt ist nun, dass der Patient nicht passiver Empfänger der Informationen ist, sondern bereits ein eigenes Problemverständnis mitbringt und die Sichtweise der Therapeutin im Bezug auf sein eigenes Problemverständnis prüft. Entspricht das therapeutische Problemverständnis den eigenen Vorstellungen des Patienten? Ergänzt es diese Vorstellungen und trägt es zu einem vertieften, besseren Verständnis bei? Oder steht es im Widerspruch dazu, eventuell auch im Widerspruch zu Aussagen anderer Fachpersonen? Die Darlegung des therapeutischen Problemverständnisses bildet quasi das Ausgangsmaterial zur Klärung dieser Fragen. Der Patient muss die für ihn möglicherweise neue Sichtweise prüfen können und die Gelegenheit haben, im Gespräch das für ihn Bedeutsame zu erfahren. Dabei ist es von zentraler Bedeutung, dass die hypothetische Natur und die Perspektivität des therapeutischen Problemverständnisses von Seiten der Therapeutin transparent gemacht werden. Indem die Perspektivität der therapeutischen Sichtweise als eine unter mehreren sichtbar wird, entsteht für den Patienten ein Entscheidungsspielraum. Das gibt ihm die Sicherheit, nicht manipuliert und nicht getäuscht zu werden

Die Frage, ob die vermittelte Therapeutinnenperspektive die Autonomie des Patienten unzulässig einschränkt, lässt sich nun anders, spezifischer stellen. Die Frage ist nämlich, ob es im Gespräch ge-

lingt, das von der Therapeutin geschilderte Problemverständnis mit dem eigenen des Patienten zu einem substantiellen Verständnis zusammenzufügen, welches es ihm ermöglicht, über die Behandlungserlaubnis im Sinne des Einstiegs in den therapeutischen Prozess zu entscheiden. Dabei kann die Therapeutinnenperspektive durchaus als Beratung in Sinne der Eröffnung einer neuen Sichtweise auf das Problem verstanden werden. Respekt vor der Autonomie kommt hier also weniger in der Wahl der Therapeutinnenperspektive, als im Erfragen und Ernstnehmen der Patientenperspektive zum Ausdruck. Kann der Patient dem Problemverständnis der Therapeutin vor dem Hintergrund seines eigenen Problemverständnisses zustimmen? Diese Zustimmung bildet die Grundlage für die Diskussion der therapeutischen Strategie.

#### ***3.2.4.3 Das gemeinsame Verständnis der Behandlungsstrategie***

Die Behandlungsstrategie zeigt den Weg auf, der zur Lösung des Problems und zur Erreichung des vom Patienten formulierten Zieles führen soll. Die Behandlungsstrategie basiert selbstverständlich auf dem Problemverständnis. Die Zustimmung zum Problemverständnis schliesst häufig das Einverständnis mit der daraus abgeleiteten therapeutischen Strategie mit ein. Trotzdem darf ein gemeinsames Problemverständnis keinesfalls stillschweigend als Zustimmung zur Behandlungsstrategie interpretiert werden. So kann der Patient zwar mit der Einschätzung der Therapeutin einverstanden sein, dass seine Rückenschmerzen bei der Arbeit am Computer auf eine ungünstige Haltung und Bewegungsmangel zurückzuführen sind. Da er in einem Grossraumbüro arbeitet und nicht möchte, dass seine Rückenprobleme bekannt werden, kann er aber sowohl eine ergonomische Anpassung seines Arbeitsplatzes als auch regelmässige ausgleichende Übungen während der Arbeit ablehnen. Die aus therapeutischer Sicht naheliegende Behandlungsstrategie muss also angepasst und Alternativen müssen gesucht werden. Wie dieses Beispiel zeigt, greift die Behandlungsstrategie häufig in Aspekte der Lebensführung ein, andere als medizinische Aspekte spielen eine wichtige Rolle, Werte und Präferenzen des Patienten werden tangiert. Die Respektierung der Autonomie gebietet aber gerade die Akzeptanz und Berücksichtigung dieser nichtmedizinischen Aspekte. Massgebend ist die Frage, welche Behandlungsstrategie für den Patienten insgesamt gut ist. Der Patient kann dabei durchaus bereit sein, für ihn unliebsame Strategien und damit verbundene Massnahmen im Hinblick auf ein erstrebenswertes Ziel in Kauf zu nehmen. Er muss aber auch die Möglichkeit haben, Strategien abzulehnen, wenn sie in Widerspruch zu seinen eigenen Werten und Bedürfnissen stehen.

#### ***3.2.4.4 Physiotherapiespezifische Probleme***

An dieser Stelle möchte ich auf zwei Probleme hinweisen, welche sich insbesondere im physiotherapeutischen Zusammenhang zeigen können. Zum einen besteht die Gefahr der unreflektierten Pro-

jektion eigener Präferenzen auf den Patienten. Physiotherapeutinnen sind in der Regel bewegungsfreudige Menschen. Körperliche Bewegung hat für sie persönlich einen hohen Stellenwert und die Motivation zu mehr Bewegung gehört in vielen Fällen zu den primären therapeutischen Aufgaben. Teilen Patienten diese Präferenzen nicht, werden sie häufig als unmotiviert und nicht kooperativ bezeichnet. Hat ein Patient aber tatsächlich andere Präferenzen, ist ihm Bewegung nicht wichtig, kann er sich z.B. schlicht nicht vorstellen, ein Fitness-Center zu besuchen oder im Wald zu Joggen, so muss das respektiert werden und andere Behandlungsmöglichkeiten sind zu prüfen.

Zum zweiten besteht die Gefahr, unter Zeitdruck oder im Hinblick auf einen schnellen messbaren Therapieerfolg eine Zustimmung auf manipulative Art und Weise zu erlangen. Hier sind gesundheitspolitische und institutionelle Rahmenbedingungen und Vorgaben von entscheidender Bedeutung. Es wird erwartet, dass evidenzbasierte Behandlungsleitlinien eingehalten werden und häufig besteht von Seiten der überweisenden Ärztin, von Seiten der Institution und auch von Seiten der Kostenträger ein Druck, in einer gewissen Zeitspanne objektivierbare Therapiefortschritte zu erreichen. So soll z.B. innerhalb einer bestimmten Zeit nach einer Operation ein bestimmtes Bewegungsausmass in einem Gelenk erreicht werden. Abweichungen von vorgegebenen Behandlungsleitlinien oder erwarteten Therapieergebnissen müssen in der Regel medizinisch begründet werden und die Berufung auf die Patientenautonomie ist in diesem Umfeld (zumindest bis heute) leider ein schwierig zu vertretendes Argument.

### **3.2.5 Durchführung der Therapie: Die spezifische Behandlungserlaubnis**

#### ***3.2.5.1 Die Dynamik des Problemverständnisses***

Die generelle Behandlungserlaubnis öffnet den Weg zur eigentlichen Behandlungsphase. Patient und Therapeutin sind bereit, die Strategie umzusetzen und mit physiotherapeutischen Behandlungsmassnahmen zu beginnen. Das heisst aber nicht, dass der Prozess der generellen Zustimmung abgeschlossen ist. Da die physiotherapeutische Behandlung hypothesengestützt vor sich geht, sich diese Hypothesen entwickeln oder verändern, sind Anpassungen und eventuell sogar Änderungen von Problemverständnis und Strategie nötig. Fragen von Seiten des Patienten tauchen häufig erst im Laufe der Therapie auf, das zunächst gewonnene Problemverständnis muss überdacht, vielleicht revidiert werden und neue Gesprächsphasen sind nötig um die Situation zu klären. Die Entwicklung des Problemverständnisses bildet sogar häufig einen zentralen Bestandteil der Therapie, der Patient lernt, sein Problem neu zu sehen, entwickelt einen anderen, hilfreichereren Umgang damit. Diese Tatsache zeigt, dass die Prinzipien der Fürsorge und der Autonomie in der Behandlungsphase eng verwoben sind und sich bisweilen konkurrenzieren können. Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten können sich verändern, sollten sich im Hinblick auf die Problembewältigung vielleicht sogar verän-

dem und der Patient wird durch die Therapeutin in diesem Sinne beeinflusst. Die Grenze zwischen Beratung und Manipulation ist dabei schwierig zu ziehen, die Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge müssen gegeneinander abgewogen werden. Wichtig ist es, keinem Prinzip einen absoluten Vorrang einzuräumen, da die Verabsolutierung des einen Prinzips gleichzeitig die unzulässige Vernachlässigung des anderen bedeuten würde. Das Ziel ist die Behandlung des vom Patienten definierten Problems unter der Bedingung der Respektierung seiner Autonomie. Das Spannungsfeld von Fürsorge und Autonomie wird auch im weiteren Verlauf dieser Phase eine wichtige Rolle spielen.

### ***3.2.5.2 Von der generellen zur spezifischen Behandlungserlaubnis***

Die nun vorliegende generelle Zustimmung zur Therapie bedeutet zwar die Erlaubnis, im Sinne der Behandlungsstrategie therapeutische Massnahmen anzuwenden, sie kann aber noch nicht als Zustimmung zu einzelnen Massnahmen interpretiert werden. Die Zustimmung zu den konkreten therapeutischen Massnahmen ist im Sinne einer spezifischen Behandlungserlaubnis erneut zu klären. Die Therapeutin wird also den Patienten über die bevorstehende Intervention informieren und sein Einverständnis erfragen. Die Reichweite dieser spezifischen Zustimmung ist nun, analog zur spezifischen Untersuchungserlaubnis, durch die Tatsache begrenzt, dass einerseits nicht alle Details einer therapeutischen Handlung im Voraus beschrieben werden können und andererseits immer Anpassungen während der Handlung erforderlich sind. Genau genommen gibt der Patient mit seinem expliziten Einverständnis zur therapeutischen Massnahme lediglich grünes Licht für den Einstieg und die Rahmenbedingungen. Er ist z.B. einverstanden damit, dass sein Schultergelenk in Rückenlage bis zur Schmerzgrenze mobilisiert wird. Oder er ist bereit, zum Training seines Gleichgewichtes Übungen auf einem Kreisel durchzuführen. Während der Intervention muss die Therapeutin einschätzen, welche Teilhandlungen die vom Patienten gegebene initiale Zustimmung selbstverständlich umfasst, was noch als Anpassung und was bereits als unzulässige Änderung der Massnahme betrachtet werden muss. Sie muss in der Situation entscheiden, ob von einer weitreichenden Zustimmung ausgegangen und diese stillschweigend vorausgesetzt werden kann, ob eine kurze Information und allenfalls Rücksprache mit dem Patienten ausreicht oder ob die Behandlung unterbrochen und ein ausführlicheres Gespräch zur expliziten Klärung des weiteren Behandlungsverlaufes gesucht werden muss. Um dies zu entscheiden, beobachtet die Therapeutin die Reaktionen des Patienten. Sie wird auf verschiedenen Ebenen auf Anzeichen von Zustimmung oder Ablehnung achten: wie äussert sich der Patient verbal und paraverbal, ist er aufmerksam dabei, arbeitet er aktiv mit, wie verhält sich die Muskelspannung, lässt er eine Bewegung zu oder leistet er Widerstand usw. Die Therapeutin kommuniziert also laufend auf diesen verschiedenen Ebenen mit dem Patienten, sie schöpft

den ihr vom Patienten gewährten Handlungsspielraum aus, um Anpassungen vorzunehmen und eine dem Problem angemessenere Behandlung und somit ein verbessertes Therapieergebnis zu erreichen. Dabei bewegen sich die Überlegungen der Therapeutin im Spannungsfeld von Autonomie, Fürsorge und Nicht-Schaden. Die verschiedenen Gesichtspunkte können sich in dieser Phase ergänzen, sie bedingen sich z.T. gegenseitig, sie können sich aber auch konkurrenzieren. So ist es weder unter dem Aspekt der Autonomie, noch unter demjenigen der Fürsorge vertretbar, ein Gelenk gegen den Widerstand eines Patienten zu mobilisieren oder eine Schmerzgrenze ohne Zustimmung des Patienten zu überschreiten. Die beiden Prinzipien ergänzen sich. Andererseits steht die Therapeutin häufig vor der Frage, ob eine aus Sicht der Therapeutin nützliche Anpassung einer Technik tatsächlich der erneuten Zustimmung bedarf und Zeit in eine Klärung investiert werden soll, wo es doch nahe liegend wäre, den Behandlungsfluss aufrecht zu erhalten und die Zeit für die offensichtlich effektive Behandlungsmassnahme zu nutzen.

### ***3.2.5.3 Die Bestimmung der Reichweite einer spezifischen Behandlungserlaubnis***

Gibt es nun Gesichtspunkte, welche der Therapeutin in dieser Situation Orientierung bieten können? Wann ist eine explizite spezifische Zustimmung nötig, wann muss eine Behandlung unterbrochen werden, wann kann stillschweigend von einer Zustimmung ausgegangen werden? Im Anschluss an die in Kapitel 2 gemachten Überlegungen lassen sich zwei wesentliche Gesichtspunkte anführen.

Ein Aspekt ist das Ausmass des Eingriffes in die psycho-physische Integrität des Patienten: Wie stark greift die Behandlung in die Intimsphäre des Patienten ein, wie stark werden Körperstrukturen belastet, ist die Behandlung mit Risiken verbunden, ist sie schmerzhaft usw.? Je tiefer dieser Eingriff in die psycho-physische Integrität, desto höher ist der Anspruch an die spezifische Zustimmung, desto ausführlicher muss informiert und desto aufmerksamer beobachtet werden. So ist z.B. die Berührung an der Hand unproblematischer, als die Berührung am Rumpf, die Behandlung einer Bewegungseinschränkung an einem Fingergelenk unproblematischer, als die Behandlung verspannter Gesässmuskulatur, die Behandlung schmerzfreier Körperteile unproblematischer als diejenige schmerzhafter Regionen. Es spielen also sowohl subjektive, von der Empfindung des einzelnen Patienten abhängige, als auch objektive, von der tatsächlichen Eingriffstiefe und den damit verbundenen Risiken abhängige Faktoren eine Rolle, wann eine spezifische Zustimmung zu einzelnen Behandlungsschritten notwendig ist.

Ein zweiter Gesichtspunkt ist die Art der zuvor erteilten generellen Zustimmung: wird eine Behandlung ausdrücklich gewünscht und hat der Patient bereits Erfahrungen mit dieser Behandlung gemacht, so sind die Anforderungen an eine spezifische Zustimmung geringer, als wenn der Patient

die Behandlung im Hinblick auf das Behandlungsergebnis lediglich in Kauf nimmt. Wird eine Massnahme im Hinblick auf ein gewünschtes Behandlungsziel lediglich toleriert, so sind die Bedingungen ihrer Durchführung im Detail zu klären. So muss bei einer deklarierten massen schmerzhaften Behandlung für den Patienten die Möglichkeit bestehen, die tolerierte Schmerzgrenze selber zu bestimmen und während der Behandlung jederzeit die Kontrolle darüber zu haben.

Die Anforderungen an die Spezifität der Zustimmung sind also umso höher, je tiefer der Eingriff in die psycho-physische Integrität ist und je weniger intrinsisch (lediglich toleriert vs. intrinsisch gewünscht) die generelle Zustimmung erfolgt ist. Die Respektierung der Autonomie erfordert, dass der Patient auch in dieser Situation die Möglichkeit haben muss, den Handlungsablauf zu kontrollieren und eine einmal gemachte Zustimmung zu begrenzen oder zu widerrufen. Zu bedenken ist dabei, dass es für den Patienten aufgrund der Rollenverteilung während der Therapie wesentlich schwieriger sein kann, sich einer Massnahme zu widersetzen, als in der Gesprächssituation.

Es wird nun deutlich, dass die bereits in der Untersuchungsphase erwähnten spezifische Anforderungen an die Therapeutin in gleicher Weise auch für Therapiephase gelten. Während die generelle Behandlungserlaubnis in Phase 3 im Gespräch mit dem Patienten verhandelt wurde, sich der Patient dabei noch auf mehr oder weniger gewohntem, sicherem Boden befunden hat und die Zustimmung explizit erfragt wurde, erfordert die Beurteilung der Gültigkeit und Reichweite einer Zustimmung in der Untersuchungs- und Therapiephase wesentlich mehr Aufmerksamkeit und Sensibilität gegenüber subtilen Anzeichen fehlender Zustimmung. Im Rahmen therapeutischer Handlungen müssen Gesichtspunkte der Respektierung der Autonomie mit Nutzenerwägungen, welche aus dem Fürsorge-Prinzip erwachsen, in ein stimmiges Gleichgewicht gebracht werden können.

### **3.2.6 Retrospektive Beurteilung und Abschluss: Die Zustimmung zur Weiterführung oder Beendigung der Therapie**

#### ***3.2.6.1 Die Zustimmung zur Weiterführung der Therapie***

Zum Abschluss der einzelnen Therapiesitzung werden in der Regel die Ergebnisse und neuen Erkenntnisse, welche sich aus der therapeutischen Arbeit ergeben haben, noch einmal zusammengefasst und das weitere Procedere wird besprochen. Im Bezug auf die Zustimmung geht es in dieser Phase darum zu klären, ob und wie die Behandlung weitergeführt werden soll. Dabei ist die rückblickende Einschätzung der ausgeführten Therapie von Bedeutung: war die Therapie „stimmig“, hat es besonders gute oder schlechte Sequenzen gegeben, welche Sequenzen sind aus der Sicht des Patienten besonders hilfreich gewesen? Aufgrund der in der Therapie gemachten Erfahrungen entwickelt sich das Problemverständnis, es wird differenzierter und die Haltung gegenüber therapeutischen Massnahmen kann sich dadurch wesentlich verändern. Zunächst nur tolerierte Massnahmen können

sich zu „Wunschtherapien“ entwickeln und ursprünglich gewünschte Massnahmen können rückblickend als nicht mehr nützlich beurteilt werden. Was initial vom Patienten als starker Eingriff in die psycho-physische Integrität empfunden wurde, kann sich durch die Erfahrung der Kontrollierbarkeit und das dadurch gewonnene Vertrauen zur Therapeutin zu einem selbstverständlichen Bestandteil der Therapie entwickeln. Andererseits können Unstimmigkeiten vom Patienten unter Umständen rückblickend einfacher thematisiert werden als während der Behandlung, da nun – der Patient ist wieder angezogen und auf gleicher Augenhöhe - symmetrischere Gesprächsverhältnisse vorliegen. Wesentlich ist es, dass diesem Rückblick Raum gegeben wird. Erst der reflektierende Rückblick auf die ausgeführte Therapie schafft die Voraussetzung für eine gültige Zustimmung zur Weiterführung der Therapie in einer nächsten Sitzung. Die alleinige Bereitschaft des Patienten ein nächstes Mal zur Therapie zu erscheinen, kann zwar als Hinweis auf eine Zustimmung, nicht aber bereits als gültige Zustimmung interpretiert werden.

Meist werden dem Patienten Aufträge in Form von Heimübungen oder Verhaltensanweisungen mitgegeben, welche er bis zur nächsten Therapie ausführen soll. Stimmt der Patient diesen Aufträgen zu, übernimmt er auch die Verantwortung für die Ausführung der Aufträge. Tatsächlich äussern sich mangelnde Zustimmung zu Problemverständnis oder therapeutischer Strategie häufig darin, dass Heimübungen nicht ausgeführt oder Verhaltensanweisungen nicht befolgt werden. Die Ausführung von Aufträgen ist insofern ein echter Prüfstein für die Gültigkeit der Zustimmung zur Therapie. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass eine gültige Zustimmung ein substantielles Verständnis der instruierten Massnahmen voraussetzt. Allzu leicht wird dabei angenommen, der Patient sei nicht kooperativ und nicht bereit, Verantwortung zu übernehmen, obwohl dem Patienten vorgängig gar keine Chance für ein substantielles Verständnis gegeben wurde. Wichtige Fragen, welche sich die Therapeutin stellen muss sind demnach: Versteht der Patient, weshalb er die Übungen machen muss? Weiss er genau, wie er die Übungen ausführen soll? Ist die Übung in seinen gewohnten Tagesablauf integrierbar oder erwartet man von ihm eine Veränderung wichtiger Aspekte der Lebensführung? Wiederum gilt: je tiefer der Eingriff in die psycho-physische Integrität, in den persönlichen Bereich der Werte und Präferenzen, desto höher sind die Anforderungen an die Klärung der Zustimmung. Die Respektierung der Autonomie fordert, dass der Patient letztlich entscheidet, was insgesamt gut für ihn ist. Er muss die Vorschläge der Therapeutin unter diesem Gesichtspunkt prüfen können, er muss neue Erfahrungen machen können und er braucht Zeit, um zu prüfen, ob und wie weit er bereit ist, seine Präferenzen zu verändern. Probleme entstehen dann, wenn die Freiwilligkeit dieses Prozesses gefährdet ist, wenn durch die Therapeutin Druck ausgeübt wird, wenn die Nichtbefolgung von Instruktionen mit negativen Konsequenzen verbunden ist, die Therapeutin z.B. mit dem Abbruch der Therapie droht usw. Der Patient muss sich aber gleichzeitig bewusst sein,

dass er mit der Zustimmung oder Ablehnung auch Verantwortung für den weiteren Therapieverlauf übernimmt. Bei mangelnder Bereitschaft zur Mitarbeit müssen Auseinandersetzungen geführt werden. Dabei zeigt sich aber, dass die Differenzen meist in einem nicht geklärten Problemverständnis und fehlender Zustimmung zur therapeutischen Strategie liegen. Eine scheinbar mangelnde Kooperationsbereitschaft im Bezug auf Heimübungen und Instruktionen kann deshalb dazu führen, grundlegende Fragen noch einmal zu thematisieren und zu klären.

### **3.2.6.2 Zustimmung zum Abschluss der gesamten Therapiesequenz**

Wann wird eine ganze Therapiesequenz abgeschlossen? Zunächst muss darauf hingewiesen werden, dass es in unserem Gesundheitssystem nur bedingt in den Händen der Therapeutin liegt, den Zeitpunkt des Therapieabschlusses zu bestimmen. Die Überweisung von ärztlicher Seite begrenzt die Therapie bereits auf eine bestimmte Anzahl Sitzungen und die Therapeutin kann die Behandlung nur in begründeten Fällen über die vorgesehene Anzahl Sitzungen hinaus verlängern. Zudem kann die Therapiedauer auch von Seiten der Kostenträger limitiert werden. Die folgenden Überlegungen beschränken sich deshalb auf die in der Kompetenz der Therapeutin liegenden Entscheidungen.

Gelingt es im therapeutischen Prozess, ein gemeinsames substantielles Problemverständnis zu gewinnen und zu etablieren, so stellt der Therapieabschluss in der Regel kein Problem dar. Der Patient wird dem Therapieabschluss zustimmen, wenn entweder das Therapieziel erreicht wurde oder mit physiotherapeutischen Mitteln kein weiterer Fortschritt zu erwarten ist. Gelingt es nicht, ein gemeinsames Problemverständnis zu erreichen, so ist dies aus therapeutischer Sicht ein Grund zum Therapieabbruch. Dafür bestehen zwei Gründe: Zum einen kann nur bei Vorliegen eines hinreichend gemeinsamen Problemverständnisses eine gültige Behandlungserlaubnis erteilt werden. Wird trotzdem behandelt, so verstößt die Therapeutin gegen das Autonomie-Prinzip. Zum zweiten ist das gemeinsame Problemverständnis die Grundlage für eine gemeinsame Strategie und die aktive Mitarbeit, die Compliance des Patienten. Ist diese nicht gegeben, so kann kein positives Therapieresultat erwartet werden, die Therapie wird nichts nützen, vielleicht sogar schaden und die Therapeutin verstößt, sofern sie trotzdem behandelt, gegen das Fürsorge-Prinzip.



## **4 Die Verankerung des Autonomie-Prinzips im physiotherapeutischen Prozess**

### **4.1 Vorbemerkungen**

In Kapitel 3 wurde die Thematik der Behandlungserlaubnis in den verschiedenen Phasen des physiotherapeutischen Prozesses dargestellt. Die Grundlage bildete das CR-Modell als idealisierte Form des physiotherapeutischen Vorgehens. Es wurde aufgezeigt, wie die informierte Zustimmung als Ausdruck des Autonomie-Prinzips in den verschiedenen Phasen des Prozesses realisiert werden kann. Dabei wurde deutlich, dass das CR-Modell eine Struktur zur Verfügung stellt, welche die Realisierung der in Kapitel 2 dargestellten Bedingungen für eine informierte Zustimmung grundsätzlich erlaubt. Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass dieses Modell auf Partizipation des Patienten am therapeutischen Prozess mit dem Ideal einer gemeinsamen Entscheidungsfindung von Therapeutin und Patient ausgelegt ist<sup>30</sup>. Delany zeigt nun aber im empirischen Teil ihrer Untersuchung zum I.C. in der Physiotherapie<sup>31</sup>, dass auch ein auf Partizipation und gemeinsame Entscheidungsfindung ausgerichtetes CR-Modell alleine nicht in der Lage ist, dem Autonomie-Prinzip das nötige Gewicht zu verschaffen. Auf der Basis dieser Erkenntnis soll nun zunächst aufgezeigt werden, worin die Gründe dafür bestehen und in einem weiteren Schritt, welche zusätzlichen Bedingungen erfüllt werden müssen, um das Autonomie-Prinzip im physiotherapeutischen Prozess zu verankern und seine Umsetzung in der alltäglichen Praxis zu gewährleisten.

### **4.2 Gründe für die mangelhafte Berücksichtigung des Autonomie-Prinzips**

In ihrer umfassenden Arbeit zum Thema I.C. in der Physiotherapie prüft Clare Maree Delany<sup>32</sup> Stellenwert und Handhabung des I.C. in der physiotherapeutischen Praxis. Auf der Grundlage der Ergebnisse einschlägiger Publikationen und eigener empirischer Untersuchungen stellt sie fest, dass die innerhalb des CR-Prozesses vorhandenen Kommunikationsstrukturen primär mit dem Ziel der effektiven und effizienten Behandlung der klinischen Probleme des Patienten genutzt werden. Eine gültige informierte Zustimmung erfolgt nicht selbstverständlich, sozusagen als „Nebenprodukt“ des Kommunikationsprozesses innerhalb dieser Struktur<sup>33</sup>. Zustimmung wird nicht primär mit dem Ziel der Respektierung der Autonomie gesucht, sondern als Rechtfertigung der von der Therapeutin vorgesehenen Behandlung. Die befragten Therapeutinnen betonen zwar die Wichtigkeit der Informationsvermittlung, dies allerdings mit dem Ziel, das Vertrauen und die aktive Mitarbeit des Patienten im Hinblick auf ein optimales Therapieergebnis zu gewinnen. Kaum je werden Alternativen zur

<sup>30</sup> Vgl. Higgs und Jones (2000), 3-5

<sup>31</sup> Vgl. Delany (2005), 163-251

<sup>32</sup> Delany (2005)

<sup>33</sup> Vgl. Delany (2005), 198-199

vorgeschlagenen Therapie zur Diskussion gestellt, die Absicht ist es vielmehr, den Patienten vom vorgeschlagenen Weg zu überzeugen. Das Ziel der Informationsvermittlung ist somit nicht ein, wie im I.C. gefordert, substantielles Verständnis als Grundlage für eine autonome Entscheidung, sondern ein Mittel zur Herstellung einer guten Compliance und eine Rechtfertigung der eigenen therapeutischen Entscheidungen. Übergeordnetes Ziel der Therapeutin ist das Erreichen eines optimalen Therapieergebnisses<sup>34</sup>.

Delany nennt verschiedene Gründe für diese mangelhafte Berücksichtigung des Autonomie-Prinzips im physiotherapeutischen Behandlungsprozess<sup>35</sup>. Zwar ist die Verpflichtung zum I.C., wie bereits in der Einleitung erwähnt, in Australien in der Berufsordnung verankert, dies ist aber primär im Hinblick auf die rechtliche Absicherung bei risikobehafteten Behandlungen, wie z.B. der Manipulation der Halswirbelsäule, geschehen<sup>36</sup>. Obwohl die Verpflichtung zum I.C. den Physiotherapeutinnen also bekannt ist, hat eine Auseinandersetzung mit der zugrunde liegenden ethischen Theorie innerhalb der Berufsgruppe nie stattgefunden. Delany sieht darin den Hauptgrund für die mangelhafte Umsetzung des I.C. Ohne die Kenntnis und Auseinandersetzung mit der ethischen Theorie der Autonomie bliebe der Autonomiebegriff leer, die tiefere Bedeutung des I.C. als Recht auf explizite, prospektive und informierte Zustimmung oder Ablehnung könne nicht erfasst werden. Dies führe dazu, dass der I.C. zwar als Verpflichtung wahrgenommen, aufgrund des fehlenden Autonomieverständnisses aber für die Erreichung der Therapieziele instrumentalisiert und ganz in den Dienst des Fürsorge-Prinzips gestellt werde. Die Dominanz des Fürsorge-Prinzips erachtet Delany als eigentlichen Grund, ja sogar als Barriere für die Realisierung eines autonomiebasierten I.C. Die daraus folgende einseitige Ergebnisorientierung bestimme die Kommunikation mit dem Patienten und lasse wenig Raum für das Einbringen seiner Wertvorstellungen, Präferenzen und Bedürfnisse.

### **4.3 Die Empfehlungen von Clare Maree Delany**

Delany schlägt aufgrund dieser Analyse drei konkrete Massnahmen vor, welche nötig seien, um einen autonomiebasierten I.C. zu implementieren<sup>37</sup>. Dies sind: (1) Die „Anreicherung“ der Praxis mit ethischer Theorie: Physiotherapeutinnen sollen die dem I.C. zugrunde liegende ethische Theorie kennen und ihre Praxis im Lichte dieser Theorie reflektieren können. (2) Die Überprüfung der Ziele der physiotherapeutischen Praxis: In der Folge von (1) soll ein Wertewandel stattfinden, welcher dem Autonomie-Prinzip mehr Gewicht verleiht und der Instrumentalisierung des I.C. zugunsten der Verbesserung der Therapieergebnisse entgegenwirkt. (3) Die kommunikativen Fähigkeiten der Phy-

<sup>34</sup> Vgl. Delany (2005) 230-231; 248-249

<sup>35</sup> Vgl. Delany (2005) 253-260

<sup>36</sup> Vgl. Delany (2003) 159

<sup>37</sup> Vgl. Delany (2005) 261-266

siotherapeutinnen sollen in dem Sinne geschult werden, dass Werte, Überzeugungen und Bedürfnisse des Patienten vermehrt wahrgenommen und in die Therapie einbezogen werden können.

Wie sind nun diese Empfehlungen von Delany im Bezug auf unsere Fragestellung und die Situation in der Schweiz zu bewerten? Zunächst kann festgestellt werden, dass die Analyse von Delany weitgehend auch für unsere Verhältnisse zutrifft. Es ist auch hierzulande eine Tatsache, dass Physiotherapeutinnen wenig oder keine Kenntnisse der dem Autonomie-Prinzip zugrunde liegenden ethischen Theorien haben. Weder in den Ausbildungsplänen der Physiotherapie-Schulen in der Schweiz, noch im Rahmen von fachspezifischen Weiterbildungen werden entsprechende Inhalte angeboten. Ebenso ist es richtig, dass Partizipation und gemeinsame Entscheidungsfindung im CR-Modell auf das primäre Ziel einer optimalen Problemerkennung im Hinblick auf das Erreichen des Therapiezieles ausgelegt sind<sup>38</sup>. Den Empfehlungen von Delany kann deshalb im Grundsatz zugestimmt werden. Die kritische Betrachtung ihrer Argumentation ermöglicht allerdings eine Präzisierung und Ergänzung ihrer Empfehlungen unter Berücksichtigung der Physiotherapieausbildung und -praxis in der Schweiz. Dabei muss insbesondere die Problembeschreibung als Konflikt zwischen den Prinzipien der Autonomie und der Fürsorge genauer geprüft werden. Ich werde also zunächst das Verhältnis zwischen dem Autonomie- und dem Fürsorge-Prinzip beschreiben und zwei für die folgenden Betrachtungen wesentliche Konzeptionen dieses Verhältnisses darstellen. Erst auf der Grundlage dieser Klärung wird eine differenziertere Aussage zu den Empfehlungen von Delany und zur zugrunde liegenden Fragestellung möglich.

#### **4.4 Das Verhältnis von Autonomie und Fürsorge**

##### **4.4.1 Die Respektierung der Autonomie als Grenze der Fürsorge**

Wichtig ist zunächst die Tatsache, dass das Ziel der physiotherapeutischen Behandlung nicht die Wahrung der Patientenautonomie an sich, sondern die Behandlung des physiotherapeutisch relevanten Problems unter Berücksichtigung der Autonomie des Patienten ist. Beauchamp und Childress<sup>39</sup> beschreiben das Verhältnis der Prinzipien denn auch so, dass das Ziel einer medizinischen Behandlung die Fürsorge, also die Behandlung des medizinischen Problems ist und dass die übrigen Prinzipien, darunter auch das Autonomie-Prinzip, diesen Fürsorgebemühungen moralische Grenzen setzen. Das Autonomie-Prinzip tritt also unter diesem Blickwinkel von aussen an die Fürsorgebemühungen der Therapeutin heran, als Kontrollinstanz, welche unzulässige Grenzüberschreitungen auf dem Weg zum Ziel verhindern soll. Dieses Verständnis basiert auf der Tatsache, dass das von der Therapeutin als physiotherapeutisch gut Erachtete sich nicht mit dem vom Patienten als insgesamt

---

<sup>38</sup> Vgl. Higgs und Jones (2000), 117-127

<sup>39</sup> Vgl. Beauchamp und Childress (2001), 177

gut Empfundenen decken muss. Dass dies offensichtlich der Fall sein kann, wurde anhand der Beispiele im Kapitel 3 deutlich. Respekt vor der Autonomie des Patienten äussert sich demnach in einer Begrenzung der Fürsorgebemühungen der Therapeutin. Sie weiss, was für den Patienten aus physiotherapeutischer Sicht gut wäre, muss aber allenfalls eine fehlende Zustimmung des Patienten respektieren und andere Wege suchen, welche vielleicht im Bezug auf das Therapieergebnis weniger effektiv oder weniger effizient sind. Eine Verletzung der Autonomie findet dann statt, wenn die Therapeutin ihre vorgesehene und als optimal wirksam erachtete Therapie entweder vorsätzlich durch Manipulation, durch Ausübung von Zwang oder auch durch Nachlässigkeit, Übergehen von Widerspruch usw. trotzdem durchführt. Von besonderer Bedeutung sind hier die in den vorausgehenden Kapiteln gemachten Ausführungen zur Einschätzung der Reichweite einer Zustimmung. Die Überschreitung der Grenze kann stattfinden, wenn die Reichweite der Zustimmung falsch eingeschätzt wird, wenn beim Eingriff in die psycho-physische Integrität des Patienten Anzeichen fehlender Zustimmung nicht wahrgenommen werden, wenn die nötige Achtsamkeit und Sensibilität dafür nicht vorhanden ist. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Autonomie-Prinzip aus dieser Perspektive als Kontrolle paternalistischer Fürsorgetendenzen verstanden werden kann.

#### **4.4.2 Die Respektierung der Autonomie als Bestandteil der Fürsorge**

Dass dies aber nicht die einzige Betrachtungsweise der Interaktion von Autonomie- und Fürsorge-Prinzip ist, machen Charles et al.<sup>40</sup> deutlich. Sie argumentieren für eine andere Betrachtungsweise, da die beschriebene Auffassung von Voraussetzungen ausginge, welche in der Praxis nur selten zutreffen würden. In der medizinischen Praxis sei nämlich (1) häufig nicht klar, was als gute Therapieergebnisse zu gelten habe, existierten (2) in den wenigsten Fällen eindeutig zu bestimmende beste Behandlungen zur Erreichung dieser Therapieergebnisse, könne die Ärztin deshalb (3) gar nicht mit Sicherheit wissen, welches Therapieergebnis für den Patienten als gut gelte und mit welcher Behandlung dies anzustreben sei und ergebe sich (4) eine Klärung dieser Fragen meistens erst im Laufe des Behandlungsprozesses durch die Interaktion mit dem Patienten. Die Fürsorgeaspekte der Therapeutin und die Autonomieaspekte des Patienten liessen sich im therapeutischen Entscheidungsprozess somit gar nicht klar trennen und einander gegenüberstellen. Um den Anforderungen der Praxis gerecht zu werden, brauche es deshalb noch andere Betrachtungsweisen. Charles et al. votieren deshalb für einen gemeinsamen Entscheidungsprozess, in dem sich Therapeutin und Patient dem, was als gut betrachtet werden kann, gemeinsam annähern und zu einem Konsens darüber kommen, was zu tun ist. Ob das, was als gut definiert wurde, auch wirklich implementiert werden könne, sei aber wiederum eine andere Frage, weil dabei externe Faktoren eine Rolle spielten und auch die Therapeutin in ihrem Handlungsspielraum Einschränkungen unterliege.

<sup>40</sup> Vgl. Charles et al. (1999), 651-661

Diese Beschreibung der Situation trifft, wie anhand der bisherigen Schilderung wohl klar geworden ist, auch für den physiotherapeutischen Prozess zu. Die Klärung der Behandlungserlaubnis basiert auf einem gemeinsamen Problemverständnis das, um den Ansprüchen eines substantiellen Verständnisses zu genügen, Werte, Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten enthalten muss. Dieses Problemverständnis ist dynamisch, es entwickelt sich in einem gemeinsamen Prozess. Darin eingeschlossen ist auch die Bestimmung und kontinuierliche Aktualisierung der als gut erachteten Therapieergebnisse. Insofern enthält die Ergebnisfocussierung, die Fürsorgebestrebung der Therapeutin, bereits einen Anteil Autonomie, die Sorge um das Wohl des Patienten ist gleichzeitig eine Sorge um seine autonomen Wünsche und Bedürfnisse. Gerade aus der Tatsache, dass das Ziel der Behandlung die Fürsorge ist, kann der im vorhergehenden Abschnitt geschilderten antagonistischen Beziehung zwischen Autonomie und Fürsorge eine andere Sichtweise gegenübergestellt werden, welche die Synergie der zwei Prinzipien betont. Autonomie wird dabei als Bestandteil des Wohls des Patienten verstanden, die Sorge um das Wohl des Patienten umfasst somit auch die Respektierung der Autonomie. Während also das eine Mal das Autonomie-Prinzip von aussen an das Fürsorge-Prinzip herantritt und ihm Grenzen setzt, weitet das andere Mal das Autonomie-Prinzip das Fürsorge-Prinzip von innen her in dem Sinne aus, dass das für den Patienten übergeordnet Gute ins Blickfeld gerät. Die Grundlage beider Betrachtungsweisen bildet der zu Beginn der Arbeit formulierte pragmatische Autonomiebegriff, der besagt, dass der Respekt vor der Person es verbietet, die medizinische Sichtweise als die vorherrschende oder alleingültige anzusehen. Es gilt zu akzeptieren, dass der Patient als letzte Entscheidungsinstanz den medizinischen oder physiotherapeutischen Gesichtspunkt im Verhältnis zu den grundlegenden Werten und Vorstellungen eines guten Lebens beurteilt und auf dieser Grundlage seine Entscheidung über Zustimmung oder Ablehnung einer Behandlung trifft. Dies muss aber nicht so interpretiert werden, dass der Patient quasi als Insel und kontextunabhängig die physiotherapeutische Sichtweise und die Vorschläge der Therapeutin prüft. Vielmehr müssen, wie in den bisherigen Ausführungen deutlich wurde, diese nichtmedizinischen Aspekte im Sinne der Entwicklung eines gemeinsamen substantiellen Verständnisses in die Therapie einfließen.

## **4.5 Autonomie und Fürsorge im physiotherapeutischen Prozess**

### **4.5.1 Zwei unterschiedliche Situationstypen**

Aufgrund der beschriebenen Unterscheidung zwischen den zwei Sichtweisen des Verhältnisses von Autonomie und Fürsorge kann jetzt genauer bestimmt werden, wie sich die Respektierung der Autonomie im physiotherapeutischen Behandlungsprozess konkret zeigt. Betrachtet man noch einmal die verschiedenen Phasen des physiotherapeutischen Prozesses, so lassen sich zwei Typen von Situationen erkennen, in denen die Frage der Zustimmung auf unterschiedliche Art und Weise geklärt

wird. Diese Situationen unterscheiden sich sowohl im Bezug auf die Rahmenbedingungen, als auch im Bezug auf den Inhalt der Zustimmung. Im Folgenden werde ich aufzeigen, wie die Prinzipien der Fürsorge und der Autonomie in den zwei Situationstypen interagieren und welche Bedeutung der von Delany als Problem identifizierten Ergebnisorientierung dabei zukommt. Dabei werden schliesslich die besonderen, berufsspezifischen Anforderungen sichtbar, welche die Respektierung der Autonomie in der physiotherapeutischen Praxis stellt.

#### **4.5.2 Situationstyp 1: Klärung der generellen Behandlungserlaubnis**

In den Phasen der Klärung der generellen Zustimmung (Phasen 1, 2, 4 und 6) geht es jeweils um das explizite Einverständnis des Patienten, in den weiterführenden Untersuchungs- oder Behandlungsprozess einzusteigen. Diese generelle Behandlungserlaubnis wird mit dem Patienten im Diskurs geklärt. Die Rahmenbedingungen des Gespräches und die Gesprächsführung sind so zu gestalten, dass der Patient die Gelegenheit hat, für ihn Wesentliches zu thematisieren. Die Respektierung der Autonomie fordert, dass dabei nicht nur medizinische Gesichtspunkte zur Sprache kommen, sondern dass für den Patienten insgesamt Bedeutsames einbezogen wird. Dies ist die Voraussetzung für die Erlangung eines gemeinsamen substantiellen Verständnisses. Erst auf dieser Grundlage kann das anzustrebende Therapieergebnis ins Auge gefasst werden. Wesentlich ist, dass die autonomen Wünsche des Patienten in die Bestimmung des angestrebten Therapieergebnisses einfließen können.

Ergebnisorientierung wird dann zum Problem, wenn diese Bedingung nicht erfüllt ist, wenn das angestrebte Therapieergebnis für den Patienten nicht bedeutsam oder gar nicht erstrebenswert ist. Die Therapeutin bestimmt dabei aus ihrem Blickwinkel, welche Ziele es wert sind, erreicht zu werden. Das Therapieziel mag zwar aus Sicht der Therapeutin naheliegend sein, die spezifischen Bedürfnisse des Patienten wurden aber bei seiner Bestimmung zu wenig oder gar nicht berücksichtigt. Unter diesen Bedingungen kann nicht von einem Konflikt zwischen Fürsorge- und Autonomie-Prinzip gesprochen werden. Bestimmt man Fürsorge nicht nur als Sorge um das medizinische Wohl, sondern als Sorge um das gesamte Wohl des Patienten, so kann man die Verfolgung eines für den Patienten bedeutungslosen oder falschen Therapiezieles nicht mehr zurecht als Fürsorge bezeichnen. Die Autonomie des Patienten wird nicht aufgrund der Ergebnisorientierung an sich, sondern aufgrund eines zu engen, einseitigen, letztlich paternalistischen Fürsorgeverständnisses verletzt. Die Berücksichtigung der Autonomie ist also eine notwendige Bedingung für das richtige Verständnis von Fürsorge. Eine Therapeutin, welche die Werte, Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten nicht in die Problemerkennung und in die therapeutischen Entscheidungen einbezieht, verstösst gegen beide Prinzipien gleichzeitig.

Nun lässt sich bestimmen, worin sich der Respekt vor der Autonomie in den besagten Phasen konkret ausdrückt. Die Integration des Autonomiegedankens in die Fürsorgebemühungen der Therapeutin erfordert eine Öffnung, ein aktives Interesse sowohl gegenüber dem individuellen Verständnis des medizinischen Problems, als auch gegenüber dessen Bedeutsamkeit im lebensweltlichen Zusammenhang des Patienten. Die Interaktion zwischen Therapeutin und Patient muss unter Bedingungen stattfinden, welche es dem Patienten ermöglichen, das für ihn Bedeutsame zu thematisieren. Die Therapeutin muss diesen Aspekten gegenüber offen sein, sich aber gleichzeitig bewusst sein, dass sie zwar erkennen, aber nicht bestimmen kann, was für den Patienten bedeutsam und gut ist. Sie darf also den Patienten weder täuschen noch manipulieren, um die von ihr als physiotherapeutisch sinnvoll erachteten Ziele zu erreichen.

Da sich das Problemverständnis sowohl auf Seiten des Patienten, wie auch der Therapeutin im Prozess dynamisch entwickelt, kann es nicht zu einem bestimmten Zeitpunkt eindeutig und abschließend bestimmt werden. Die Richtung der Behandlung muss deshalb gemeinsam reflektierend immer wieder geprüft werden. Dies erfordert eine permanente Offenheit zur erneuten, zur kontinuierlichen Thematisierung der generellen Behandlungserlaubnis. Unstimmigkeiten müssen von der Therapeutin wahrgenommen und deren Klärung muss Raum gewährt werden. Diese Haltung muss aus dem Bewusstsein der Bedeutung der Respektierung der Autonomie entspringen, aus der Einsicht, dass der Patient das Recht hat zu bestimmen, welche Richtung die Therapie nimmt und was mit ihm geschieht und zwar auch dann, wenn dies aus physiotherapeutischer Sicht zu einem nicht optimalen und nicht effizient erreichten Resultat führt. Dieses Verständnis des Autonomie-Prinzips verhindert die Instrumentalisierung des I.C. zur vermeintlichen Optimierung des Therapieergebnisses.

#### **4.5.3 Situationstyp 2: Klärung der spezifischen Behandlungserlaubnis**

In der Untersuchungs- und Behandlungsphase (Phasen 3 und 5) ändert sich die Situation gegenüber den oben beschriebenen nun in wesentlichen, für die Respektierung der Autonomie relevanten Punkten. Therapeutin und Patient sind nun Handelnde in einem Prozess, in welchem die Aktionen nicht oder nur zum Teil voraussehbar sind und in dem ihre Interaktionsweise zudem eine neue Form annimmt. Es besteht nun eine klare Rollenverteilung, die Therapeutin führt die Behandlung, der Patient befindet sich sozusagen „in ihren Händen“. Während sich die Interaktion zwischen Therapeutin und Patient in den Gesprächsphasen in einem gewohnten Rahmen von körperlicher Distanz und Nähe abspielt, sind die nun stattfindenden Handlungen nur im Rahmen der spezifischen professionellen Rollenverteilung zu verstehen. Nur in ihrer Rolle als medizinische Fachperson und vor dem Hintergrund der zuvor erteilten Zustimmung hat die Therapeutin das Recht, eine unter anderen Umständen Einhaltung gebietende Grenze zu übertreten, den Patienten zu berühren, zu

bewegen, ihm Schmerzen zuzufügen usw. Sie tut dies, um dem Patienten wohl zu tun, ihr professioneller Fürsorgeauftrag legitimiert sie zu dieser Grenzüberschreitung. Dieses Recht zur Grenzüberschreitung ist aber ein begrenztes Recht, das Ausmass, in dem die Grenze überschritten werden darf, ist von der Reichweite der erteilten Zustimmung abhängig. Hier wird nun also der andere Aspekt des Verhältnisses von Autonomie und Fürsorge sichtbar. Die Fürsorgebestrebungen der Therapeutin werden durch das Autonomie-Prinzip zurückgebunden und in die Schranken verwiesen, die Respektierung der Autonomie setzt den Fürsorgebemühungen eine Grenze. Die Überschreitung dieser vom Patienten gesetzten Grenze ist auch dann nicht zulässig, wenn es in bester Absicht und zur Erreichung eines vorher gemeinsam vereinbarten Therapiezieles geschieht. Ergebnisorientierung wird vor diesem Hintergrund dann zum Problem, wenn im Bestreben, ein Therapieziel zu erreichen, die Bedeutung der spezifischen Zustimmung nicht erkannt oder die Reichweite der Zustimmung nicht richtig eingeschätzt wird. In beiden Fällen wird die Grenze der psycho-physischen Integrität in einem Masse überschritten, dem der Patient nicht zugestimmt hat, es findet im eigentlichen Sinne ein Übergriff statt. Die Therapeutin ist somit verpflichtet, diese Grenze zu respektieren, auch wenn sie damit in ihren Bestrebungen, ein bestimmtes Therapieziel zu erreichen, zurückgebunden wird.

Weil die nun stattfindenden therapeutischen Handlungen nur zum Teil determiniert sind, weil die Therapeutin, um ihrer Fürsorgeverpflichtung nachzukommen, Anpassungen und Änderungen der geplanten Massnahmen vornehmen muss und nicht jede einzelne therapeutische Handlung zuvor geklärt werden kann, ist ein Handlungsspielraum erforderlich. Wie kann sie nun aber ihren Handlungsspielraum bestimmen, wie kann sie entscheiden, wo die Grenze liegt? Da eine fortlaufende explizite Klärung nicht in Frage kommt, muss die Therapeutin die Reichweite der Zustimmung unmittelbar während der Handlungsausführung richtig einschätzen können. Sie muss den Moment bestimmen können, in dem die Grenze erreicht ist, sie muss die Anzeichen von Zustimmung und Ablehnung erkennen, richtig deuten und darauf reagieren können. Das Erkennen dieser Signale erfordert einerseits berufsspezifische Fähigkeiten, v.a. die Wahrnehmung nonverbaler, körperlicher Anzeichen von Zustimmung oder Ablehnung. Die Bedeutung, welche diesen Anzeichen zugemessen wird ist aber andererseits abhängig von moralischer Achtsamkeit oder Sensibilität. Die Therapeutin muss unmittelbar erkennen, dass etwas Unrechtes geschieht, wenn eine Behandlung trotz offensichtlicher Anzeichen von Ablehnung weitergeführt wird, wenn der Patient sich gegen eine Berührung sträubt, es ihm offensichtlich unwohl ist, er starke Schmerzen hat usw. Dass diese Grenze auch in bester Absicht zur Erreichung von erstrebenswerten Therapiezielen nicht überschritten werden darf, muss nicht nur einleuchten, sondern in der therapeutischen Situation unmittelbar wahrgenom-



men werden. Hubert Dreyfus<sup>41</sup> bezeichnet diese Fähigkeit der unmittelbar richtigen Einschätzung der moralischen Dimension einer Situation als moralische Reife. Der moralisch reife Mensch würde demnach im Alltag intuitiv so handeln, dass sich ethisch problematische Situationen nicht zu ethischen Problemen entwickeln könnten, er würde aufgrund seiner moralischen Sensibilität und Intuition unmittelbar ethisch richtig handeln. So wie ein geübter Geigenspieler einen unsauber intonierten Ton unmittelbar wahrnimmt und korrigiert, so würde also auch die moralisch reife Therapeutin aufgrund ihrer moralischen Sensibilität Grenzüberschreitungen unmittelbar als solche wahrnehmen und korrigieren. Die Respektierung der Autonomie wäre demnach für sie eine Selbstverständlichkeit und integraler Bestandteil des täglichen Handelns. Im Gegensatz zum rational-deliberativen Verhandeln von Problemverständnis und therapeutischer Strategie im Situationstyp 1 eröffnet der Ansatz von Dreyfus also gleichsam eine Innenperspektive auf die Frage nach der Zustimmung. Zustimmung kommt hier in einer unmittelbar wahrnehmbaren „Stimmigkeit“ der therapeutischen Situation zum Ausdruck. Die Therapeutin muss diese Stimmigkeit wahrnehmen und beurteilen können. Diese Beschreibung der Anforderungen an die Therapeutin trifft in der Untersuchungs- und Behandlungsphase in hohem Masse zu.

Das Überwiegen des Fürsorge-Prinzips, die einseitige Ergebnisorientierung und die fehlende Grenzsetzung durch das Autonomie-Prinzip können in den therapeutischen Handlungssituationen also tatsächlich zu einer Verletzung der Autonomie des Patienten führen. Die Respektierung der Autonomie in diesen Phasen erfordert von der Therapeutin vor allem Wahrnehmungsfähigkeit, Achtsamkeit und moralische Sensibilität.

#### **4.5.4 Das Problem der Ergebnisorientierung aus einer anderen Perspektive**

Einseitige, die Autonomie gefährdende Ergebnisorientierung und Instrumentalisierung des I.C. können aber, jenseits vom Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge, noch durch andere Faktoren bedingt sein. Die Physiotherapeutin ist in unserem Gesundheitssystem in ganz unterschiedliche Verantwortlichkeiten eingebunden. Bereits die ärztliche Verordnung gibt in der Regel ein Therapieziel vor, die Behandlung ist zeitlich begrenzt, innerhalb einer bestimmten Anzahl von Sitzungen soll dieses Therapieziel erreicht werden. Als selbständig tätige Person ist die Therapeutin zudem von der überweisenden Ärztin auch ökonomisch abhängig. Weitere Faktoren, welche den Prozess beeinflussen sind institutionelle Vorgaben wie Behandlungsrichtlinien, berufsspezifische Standards, standardisierte Outcome-Messungen usw. Je nach Arbeitsumfeld steht die Therapeutin also unter einem erheblichen, einerseits von aussen kommenden, andererseits vielleicht auch von ihrem persönlichen Ehrgeiz angestachelten Druck, in einer gewissen Zeitspanne objektive Behandlungsergebnisse

---

<sup>41</sup> Vgl. H. Dreyfus (1989), 22

vorzuweisen. Das Problem einer die Autonomie gefährdenden Ergebnisorientierung entsteht also nicht nur auf der Ebene des Konflikts zwischen Fürsorge und Autonomie, sondern auch auf der Ebene dieser externen, von aussen auf die therapeutische Situation einwirkenden Faktoren. Aus ethischer Sicht spielen dabei auch Konflikte mit Gerechtigkeitsabwägungen eine wichtige Rolle. Die Respektierung der Autonomie erfordert Zeit und Raum. Beides sind unter den gegenwärtigen gesundheitspolitischen Verhältnissen knappe Ressourcen. Die Frage ist also, welchen Stellenwert die Therapeutin der Respektierung der Autonomie in diesem Spannungsfeld von Ansprüchen letztlich beimisst und wie sie dabei von ihrem institutionellen und beruflichen Umfeld unterstützt wird.

## 5 Schlussfolgerungen

Auf der Grundlage der Ausführungen aus dem letzten Kapitel lassen sich nun Schlussfolgerungen im Bezug auf die eingangs formulierte Fragestellung ziehen. In fünf Punkten werden im Folgenden die wesentlichen Erkenntnisse, wie das Autonomie-Prinzip im physiotherapeutischen Prozess verankert werden kann, dargestellt. Die Schlussfolgerungen decken sich zum Teil mit den Empfehlungen von Delany, enthalten aber im Bezug auf die Verhältnisse in der Schweiz präzisere Aussagen.

1. Das CR-Modell, welches auch in der Schweiz zum Ausbildungsstandard gehört, bietet aufgrund seiner Ausrichtung auf Partizipation und gemeinsame Entscheidungsfindung eine gute Struktur, um die Respektierung der Autonomie im physiotherapeutischen Prozess zu ermöglichen. Partizipation und gemeinsame Entscheidungsfindung sind zwar gute Voraussetzungen, aber noch keine hinreichenden Bedingungen für die Respektierung der Autonomie. Es besteht die Gefahr der Instrumentalisierung des I.C. zur Erreichung einer guten Mitarbeit des Patienten und (aus therapeutischer Sicht) optimalen Therapieergebnissen.
2. Die Beschreibung des Verhältnisses von Autonomie und Fürsorge in den verschiedenen Phasen des therapeutischen Prozesses zeigt, dass Ergebnisorientierung dann ein Problem darstellt, wenn ein grundlegendes Autonomieverständnis fehlt. Die Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Autonomiebegriffes und den darauf aufbauenden Bedingungen einer gültigen Behandlungserlaubnis sind deshalb für eine Verankerung des Autonomie-Prinzips im physiotherapeutischen Prozess unabdingbar. Erforderlich ist ein für medizinische Berufe pragmatisch bestimmbarer Autonomiebegriff, welcher besagt, dass (1) der Respekt vor der Person es verbietet, die medizinische Sichtweise als die vorherrschende oder alleingültige anzusehen und (2) der Patient als letzte Entscheidungsinstanz den medizinischen Aspekt im Verhältnis zu seinen grundlegenden Werten und Vorstellungen eines guten Lebens gewichtet und auf dieser Grundlage seine Entscheidungen trifft.
3. Die Analyse der verschiedenen Bedingungen, unter denen die Frage der Zustimmung im physiotherapeutischen Prozess geklärt werden muss, lässt zwei Situationstypen erkennen, in welchen die Respektierung der Autonomie unterschiedliche realisiert wird und in welchen deshalb unterschiedliche Anforderungen an die Therapeutin gestellt werden. In beiden Fällen sind ausgeprägte kommunikative Kompetenzen gefordert, allerdings mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Während in den Phasen der diskursiven Klärung der generellen Zustimmung Interesse und Offenheit für die individuellen Werte, Präferenzen und Bedürfnisse des Patienten wichtig sind, so steht in den Handlungsphasen die Fähigkeit zur Wahrnehmung und Respektierung von Grenzen im Zentrum. Dafür müssen vor allem Achtsamkeit (im Sinne moralischer Sensibilität)

und berufsspezifische Wahrnehmungsfähigkeiten (v.a. im Bereich der nonverbalen Kommunikation) entwickelt werden.

4. Das Problem der autonomiegefährdenden Ergebnisorientierung lässt sich nicht allein als Konflikt zwischen Autonomie und Fürsorge beschreiben. Von zentraler Bedeutung sind auch gesundheitspolitische, berufspolitische und institutionelle Rahmenbedingungen, unter denen Physiotherapie stattfindet. Die bessere Berücksichtigung des Autonomie-Prinzips auf individualtherapeutischer Ebene ist nur möglich, wenn die Respektierung der Autonomie auf den Ebenen der Institutionen, der ärztlichen Verordnungspraxis, der Berufsordnungen und der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ein entsprechendes Gewicht bekommt.
5. Die bisherigen Erkenntnisse haben Konsequenzen für die zukünftige Gestaltung der Physiotherapie-Ausbildung. Die 2006 neu gestartete Fachhochschulausbildung hat eine vermehrte Professionalisierung des Berufes zum Ziel. Gerade vor diesem Hintergrund ist die Auseinandersetzung mit medizinethischen Grundbegriffen unabdingbar. Nur auf dieser Grundlage kann das berufsspezifische Rollenverständnis überhaupt reflektiert und entwickelt werden. Wie sich gezeigt hat, sind aber gleichzeitig auch berufsspezifische Fähigkeiten erforderlich, welche nicht über die Auseinandersetzung mit ethischer Theorie zu erlernen sind. Die Entwicklung von Achtsamkeit, moralischer Sensibilität und moralischer Reife ist nur in einem gemeinsamen Prozess mit der Ausbildungsperson und der reflexiven Auseinandersetzung mit konkreten Praxissituationen möglich.

Zum Schluss möchte ich noch zwei Gesichtspunkte zum Gültigkeitsbereich der Schlussfolgerungen erwähnen:

Zum Einen: Die Situationen sind in der Praxis komplizierter, als sie dargestellt wurden. Das CR-Modell stellt eine idealisierte Form des Prozesses dar. Der tatsächlich stattfindende physiotherapeutische Prozess kann in der alltäglichen Praxis ganz anders aussehen. Sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, kulturelle Differenzen, Zeit und Raumnot können die schulmässige Durchführung des Prozesses verkomplizieren oder verunmöglichen. Die Behandlung von Patienten mit einer chronischen Schmerzproblematik gestaltet sich immer sehr komplex, verschiedenste Einflussfaktoren (körperliche, psychische, soziale, berufliche) liegen vor und die Erarbeitung eines gemeinsamen Problemverständnisses kann sich über einige Wochen hinziehen und sich als zentrale, aber äussert schwierig zu bewerkstellende Aufgabe herausstellen. Dagegen unterscheidet sich die Situation bei der Behandlung von stationären Patienten in einer Klinik zum Teil ganz wesentlich vom beschriebenen Prozess, da Problemverständnis und Therapieziele in der Regel naheliegend und einfacher zu bestimmen sind. Trotz dieser Unterschiede glaube ich, dass sich in der Arbeit das Wesentliche her-

auskristallisiert hat und sich die Erkenntnisse mit den entsprechenden Anpassungen auf die meisten physiotherapeutischen Situationen übertragen lassen.

Zum Anderen: Die Situationen sind in der Praxis einfacher, als sie dargestellt wurden. Es kann tatsächlich auch der Eindruck entstanden sein, dass die Problematik komplizierter dargestellt wurde, als sie tatsächlich ist. Es liegt mir natürlich fern, einfache Sachlagen zu problematisieren. Tatsächlich sind viele physiotherapeutische Behandlungen im Bezug auf die Respektierung der Autonomie unproblematisch. Es ist für alle Beteiligten klar, worum es geht und was zu tun ist. Die Behandlungserlaubnis kann in solchen Fällen selbstverständlich, kann für Therapeutin und Patient evident sein. Meine langjährige Erfahrung in der Ausbildung und Begleitung Studierender hat aber gezeigt, dass häufig vorschnell von einer unproblematischen Situation ausgegangen wird, dass häufig längst nicht alles so klar ist, wie es scheint und dass in diesen Fällen, wie inzwischen deutlich geworden ist, nicht nur die Autonomie, sondern auch die Fürsorgebemühungen auf der Strecke bleiben. Damit das nicht geschieht, muss die Therapeutin eine solche Situation zuerst einmal als problematisch wahrnehmen. Die moralische Sensibilität, die Wahrnehmung der moralischen Dimension einer Situation ist also die Grundlage. Moralische reife Persönlichkeiten handeln auf der Grundlage dieser Achtsamkeit oft intuitiv richtig. Für sie ist vieles von dem, was hier als Problem dargestellt wurde, tatsächlich einfach, ja eine Selbstverständlichkeit. Die Ergebnisse der Expertenforschung bestätigen dies<sup>42</sup>. Auch Physiotherapeutinnen kommen aber nicht als Expertinnen zur Welt. Der Weg dorthin muss zunächst beschritten werden. Diese Arbeit, so hoffe ich, könnte dazu einen Beitrag leisten.

---

<sup>42</sup> Vgl. Resnik und Jensen (2003), 1090-1106

## Literaturverzeichnis

- Beauchamp Tom L. / Childress James F.** (2001): *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford: Oxford University Press
- Charles Cathy / Gafni Amiram / Whelan Tim** (1999): "Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model", *Social Science & Medicine* 49:651-661
- Childress James F.** (1998): "The Normative Principles of Medical Ethics". In: Robert M. Veatch (Ed.): *Medical Ethics*, Boston: Jones & Barlett Publishers
- Coy Janet A.** (1989): "Autonomy-Based Informed Consent: Ethical Implications for Patient Non-compliance", *Physical Therapy* 69:10, 826-833
- Delany Clare M.** (2005): *Informed Consent. Ethical theory, legal obligations and the physiotherapy clinical encounter*, Dissertation, Centre for Study of Health and Society, University of Melbourne; <http://eprints.infodiv.unimelb.edu.au/archive/00001865/01/DelanyFINAL.pdf> (Zugriff: 16.1.2007)
- Delany Clare M.** (2003): "Informed Consent: Broadening the focus", *Australian Journal of Physiotherapy* 49: 159-161
- Dreyfus Hubert L.:** "What is moral maturity? A phenomenological Account of the Development of Ethical Expertise"; <http://ist-socrates.berkeley.edu/~hdreyfus/html/papers.html> (Zugriff: 16.1.2007)
- Faden Ruth R. / Beauchamp Tom L.** (1986): *A History and Theory of Informed Consent*, New York/Oxford: Oxford University Press
- Giese Constanze** (2002): *Die Patientenautonomie zwischen Paternalismus und Wirtschaftlichkeit. Das Modell des "Informed Consent" in der Diskussion*, Münster: LIT Verlag
- Habiba Marwan A.** (2000): "**Examining consent within the patient-doctor relationship**", **J.Med.Ethics** 26, 183-187
- Hagmann Heinz** (2001): "Wesen des Vorgehens". In: Baviera Bruno (Ed.)(2001): *26 Einblicke in die Physiotherapie*, Zürich, SynERg-Verlag
- Higgs Joy / Jones Mark** (2000): "Clinical Reasoning in the Health Professions". In: Joy Higgs und Mark Jones (Ed.): *Clinical Reasoning in the Health Professions*: Edinburgh: Butterworth-Heinemann

- Jones Mark / Jensen Gail / Edwards Ian** (2000): "Clinical Reasoning in physiotherapy". In: Joy Higgs und Mark Jones (Ed.): *Clinical Reasoning in the Health Professions*, Edinburgh: Butterworth-Heinemann
- O'Neill Omara** (2003): "Some limits of informed consent", *J.Med.Ethics* 29; 4-7
- Resnik Linda / Jensen Gail M** (2003): "Using Clinical Outcomes to Explore the Theory of Expert Practice in Physical Therapy", *Physical Therapy* 83:12, 1090-1106
- Schramme Thomas** (2002): *Bioethik*, Frankfurt/Main:Campus
- Zusman Max** (1998): "Structure-oriented beliefs and disability due to back pain". In: LouisGifford (Ed.): *Topical Issues in Pain*, Falmouth/Adelaide:NOI Press

**Berufsordnungen:**

Berufsordnung Schweizerischer Physiotherapie Verband

<http://www.fisio.org/file.cfm?fileID=541&treeID=533> (Zugriff 16.1.2007)

Berufsordnung Deutscher Verband für Physiotherapie

[http://sn.zvk.org/img/dokumente/doc\\_15.pdf?zvk\\_org=52026564894801face2e2a1017ec2995](http://sn.zvk.org/img/dokumente/doc_15.pdf?zvk_org=52026564894801face2e2a1017ec2995) (Zugriff 16.1.2007)

## Dank

Ohne die tatkräftige Unterstützung der folgenden Personen wäre es für mich nicht möglich gewesen, diese Arbeit zu schreiben:

**Christoph Ammann** hat mich als Tutor während des ganzen Schreib-Prozesses äusserst kompetent und konstruktiv begleitet.

**Marianne Bopp-Brenner** ist mir immer mit unendlicher Geduld und Grossherzigkeit beigestanden.

**Kaspar Bopp** hat die Tücken der Informatik weitgehendst von mir ferngehalten.

**Ruth Hänggi und das Schulteam der Physiotherapie-Schule Triemli** haben mir in grosszügiger Weise den nötigen Freiraum gewährt.

**Vielen Dank!**



## **Selbständigkeitserklärung**

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen übernommen wurden, habe ich als solche kenntlich gemacht. Mir ist bekannt, dass andernfalls der Senat gemäss dem Gesetz über die Universität zum Entzug des auf Grund dieser Arbeit verliehenen Titels berechtigt ist.“

Winterthur, den 18. Januar 2007

Fredy Bopp