



# Psychotherapie im Dialog

Psychoanalyse, Systemische Therapie, Verhaltenstherapie, Humanistische Therapien

Nr. 4 | Dezember 2009 | 10. Jahrgang

## Patientenautonomie

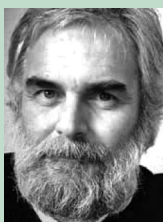
Herausgegeben von  
Maria Borcsa  
Michael Broda  
Volker Köllner  
Henning Schauenburg  
Jochen Schweitzer  
Wolfgang Senf  
Barbara Stein  
Bettina Wilms

# Patientenautonomie

Herausgegeben von Wolfgang Loth und Henning Schauenburg

Dezember 2009 · 10. Jahrgang · Seite 289–384

4 · 2009



Wolfgang Loth



Henning  
Schauenburg

---

## Editorial

### 289 Patientenautonomie – Papiertiger oder schlafender Riese?

*Wolfgang Loth · Henning Schauenburg*

---

## Standpunkte

### 291 Patientenautonomie – ein dynamisches Konzept

*Wolfgang Tress · Nicolý Erny*

### 296 Autonomie und Eigendynamik von Patienten und deren Entwicklungsprozesse

*Günter Schiepek*

---

## Aus der Praxis

### Richtungen und Verfahren

#### 302 Patientenautonomie in der Psychoanalyse – Geschichte und Konzepte

*Manfred Klemann*

#### 308 „Patientenautonomie“ in der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie

*Johannes Wiltshcko*

#### 314 PatientInnenautonomie – systemisch – Oder: Wie wär's mit einer großen Prise Kundigkeit?

*Jürgen Hargens*

#### 319 Die Achtung der Autonomie von KlientInnen in Hypnosetherapie und Kognitiver Verhaltenstherapie – Ein Beitrag zu Divergenz

*Peter Kaimer*

### Anwendungen, Schritte zur Integration, spezielle Settings

#### 325 Autonomie und Empathie – Komplementäre Schlüsselkonzepte in der Behandlung chronisch Schmerzkranker

*Nikola Biller-Andorno · Anna-Karina Jakovljevic*

#### 331 Das Paradox der Autonomie

*Anette Fintz*

#### 336 Von Autonomie und Eigensinn ausgehen und Ressourcen ans Licht bringen – Arbeit mit Eltern angesichts Behinderung oder Krankheit ihrer Kinder

*Cornelia Tsirigotis*

#### 341 Empowerment – eine Perspektive für die psychosoziale Praxis

*Albert Lenz*

**347 Selbsthilfebewegung und Psychotherapie***Jürgen Matzat***353 Wem gehören die Daten über die Behandlung des Patienten?***Martin Goßmann***359 Patientenbeschwerdestellen: Förderung der Patientenautonomie durch Aufklärung und Hilfe***Dieter Munz · Kristiane Göpel · Dagmar Löffler***364 Shared Decision Making in Medizin und Psychotherapie***Wolfgang Eich*

---

**Interview****369 „Es gibt Dinge, da weißt du nicht einmal, dass du davon träumst“ – Eine Patientin und ihr Therapeut erinnern sich an die gemeinsame Therapie***Frau E. und Volker Köllner im Gespräch mit Henning Schauenburg*

---

**Résumé****372 Patientenautonomie – Voraussetzung und Ziel in einem***Henning Schauenburg · Wolfgang Loth***DialogLinks****374 Der E-Patient – Chancen und Risiken des Internets in Medizin und Psychotherapie***Christiane Eichenberg***DialogBooks****380 Buchempfehlungen***Diana Flory*

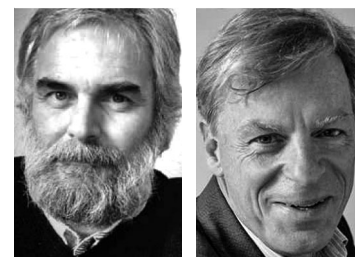
---

**382 Herausgeberteam****383 Impressum****384 Vorschau****www.thieme.de/pid**

Besuchen Sie die PiD im Internet! Auf der Website sind die Zusammenfassungen aller Beiträge frei zugänglich. Außerdem bieten wir Ihnen dort eine Kommunikationsplattform, auf der sich unsere Leser untereinander sowie mit Herausgebern, Autoren und Verlag rasch und formlos austauschen können.

Indexiert in PSYINDEX

# Patientenautonomie – Papiertiger oder schlafender Riese?



Wolfgang Loth · Henning Schauenburg

Zugegeben, die Frage klingt etwas überdreht, aber vielleicht lässt sich das Irritierende und Herausfordernde an dem zunächst so nüchtern und fachlich selbstverständlich klingenden Begriff Patientenautonomie durch Überzeichnung am besten fassen.

In unserer intensiven Diskussion zur Vorbereitung auf dieses Themenheft, beim Sichten des Materials, beim Reflektieren der expliziten und impliziten Konnotationen dieses Begriffes, vor allem beim Übersetzen in praktische Alltagsfragen gab es immer wieder Momente, in denen der Begriff zu schillern begann und sich wie ein Chamäleon in seiner jeweiligen Umgebung verbarg, sich dem Verstehenszugang, der schlüssigen Einordnung entzog. Was passierte in solchen Augenblicken? Einerseits erscheint es selbstredend, dass im Grunde nichts „geht“ ohne Berücksichtigung der Autonomie von PatientInnen/KlientInnen oder Anfragenden. Dies gilt jedenfalls dann, wenn man Psychotherapie als ein nichttriviales Geschehen begreift, in dem sich Ergebnisse nicht einseitig steuern lassen, sondern „sich ergeben“, unter der Voraussetzung einer ausreichend großen Passung der Vorstellungen von Hilfesuchenden und Hilfeanbietenden, um einmal diese umfassende Formulierung zu gebrauchen. Hier ist Autonomie wie ein „schlafender Riese“, der, wenn er aufwacht, sich als „Souverän“ erweist, und der uns als TherapeutInnen herausfordert, unsere Legitimation und unsere Fähigkeit zu belegen, allgemeines fachliches Können mit den individuellen Eigenheiten des je besonderen Falles zusammenzubringen.

Andererseits bekamen wir das Gefühl, die Autonomie von PatientInnen könne sich auch zum Papiertiger wandeln. Dann geht es nicht mehr um Selbstbestimmung, sondern um „autonome“ Ansprüche, die

eingeklagt werden können, straf- und zivilrechtliche Belange berühren. Die Grenzen zwischen Autonomie als *Conditio sine qua non* und Autonomie als Rechtfertigungsthema und Rechtstitel können so verschwimmen. Hier eröffnen sich dann auch Ausblicke auf die Frage, wie es mit der Autonomie der „Anbieter“, d.h. der TherapeutInnen bestellt ist.

Und so stiegen wir weiter ein in unser Thema, nur um noch mehr schwankenden Boden zu finden.

Muss man nicht unterscheiden zwischen Autonomie als Zuschreibung für ein Subjekt und Autonomie als nicht einseitig steuerbare Eigenschaft von Systemprozessen, was man so lax „Eigendynamik“ nennt? Oder: Im Falle der Subjektzuschreibung und der Annahme, dass sich in therapeutischen Kontakten zwei „autonome“ Menschen gegenüberstehen: Bis zu welchem Grad an Asymmetrie kann noch von Autonomie auf beiden Seiten gesprochen werden? Wird Autonomie nur dann akzeptiert, wenn sie sich in Form von Compliance zeigt? Wenn PatientInnen eine Lösung favorisieren, die andere belastet, welche Autonomie wird den davon Belasteten zugeschrieben?

Welche Konsequenzen hätte es, mit Patientenautonomie in erster Linie eine *ethische Position* zu kennzeichnen, die konsequent die „Selbstgesetzlichkeit“ eines hilfesuchenden Menschen anerkennt? Welche Konsequenzen hätte es andererseits, diese Selbstgesetzlichkeit als relativ zu sehen, eingeschränkt durch eine Vielzahl von Faktoren, nicht zuletzt durch krankheitsbedingte Begrenzungen?

Oder was ist mit Patientenautonomie als eine *pragmatische Haltung*, die anerkennt, dass ohne Rücksicht auf die Eigengesetzlichkeit von Hilfesuchenden nichts bewirkt werden kann? Und wie könnte dann unterschieden werden (und zu wel-

chem Zweck) zwischen Klienten-/Patientenfokussierung als Königsweg zur gelingenden Kommunikation und andererseits Autonomie als Zielgröße der Beeinflussung von Hilfesuchenden? Und welche Rolle spielt dabei die Finanzierbarkeit eines sogenannten Gesundheitssystems? Viele Fragen... Die Bandbreite des Themas entzieht sich allen Wünschen nach einfachen Verhältnissen. Sie reicht *inhaltlich* von der Termingestaltung über Hausaufgaben-/Medikamenten-(Non)Compliance bis zur Frage der Sterbehilfe. *Beziehungstheoretisch* (und *-praktisch*) fordert sie das Klären eigener Standpunkte: Lasse ich mich von fürsorgenden Vorstellungen leiten (auch wenn sie als paternalistisch infrage gestellt werden können) oder lasse ich mich leiten von Ideen über Helfen als Aushandeln von Kundschaftsbeziehungen (auch wenn sie als idealistisch infrage gestellt werden können) oder wie finde ich (m)einen Weg dazwischen? *Konzeptuell* belässt sie einen ebenfalls nicht im Beliebigen. Was ich als Nachweis professioneller Kompetenz betrachte, hat Folgen: ob ich nun davon ausgehe, dass Hilfen implantiert werden müssten, oder davon ausgehe, dass Helfen im Würdigen und Fördern systemeigener Ressourcen besteht (und woran ich mich dann orientiere bei der Frage, wem das wie nutzt). Wie erfreulich war es da zu entdecken, dass sich im Laufe der Zeit eine Anzahl von Kolleginnen und Kollegen mit solchen elementaren Fragen unseres therapeutischen Alltags, sei es auf konzeptueller, sei es auf ganz pragmatischer Ebene, beschäftigt haben. Viele von ihnen konnten wir zur Mitarbeit an diesem Heft bewegen. Der konzeptuelle Entwurf von W. Tress und N. Erny eröffnet das Feld mit einer Diskussion des „Rechtes auf Autonomieverlust“ in der Therapie. A. Fintz geht in ihrem Beitrag vom „Paradox der Autono-

mie“ aus und illustriert ihre Überlegungen anhand eines Fallbeispiels. G. Schiepek unterscheidet zwischen subjektiver Autonomie und der Eigengesetzlichkeit von Systemen, im vorliegenden Fall in Form therapeutischer Prozesse, deren Messbarkeit er seit Jahren beforcht. Es folgen, entsprechend unserer Gewohnheit und Sitte Stellungnahmen aus unterschiedlichen Schulen zum Thema, die je auf eigene Weise Facetten unseres Themas auffächern (M. Klemann, J. Wiltschko, J. Hargens, P. Kaimer). Wie relevant unser Begriff für den Alltag ist, wird an so unterschiedlichen Aspekten deutlich wie der

Empathie als Voraussetzung für autonome Entscheidungen bei Schmerzpatienten (N. Biller-Andorno und A. Jakovljevic), am Umgang mit belastenden Eltern-Kind-Konstellationen (C. Tsirigotis) oder an der Haltung, die wir als Therapeuten zur Empowerment-Bewegung (A. Lenz) und zu Selbsthilfegruppen (J. Matzat) einnehmen. Was „Shared-Decision-Making“ ist und inwieweit die dazu entstandene Diskussion nicht nur die somatische Medizin, sondern auch die Psychotherapie betrifft, diskutiert W. Eich. Aus der Arbeit von Patientenbeschwerdestellen berichten D. Munz und Kollegen. Ein besonderes Detail

der Bedeutung von Autonomie im Arbeitsalltag stellt die Einsicht in Unterlagen dar, worüber M. Gossmann seine Überlegungen und Erkenntnisse beisteuert. C. Eichenberg ist in bewährter Weise für die neuen Medien zuständig, die hier ja eine besondere Rolle spielen in ihrer unmittelbar erscheinenden Verfügbarkeit für Hilfesuchende.

Lassen Sie sich also einladen zu einem Thema unserer Profession, das bereits durch seinen Namen andeutet, dass sein Erschließen und Wirken nicht in unserer Hand alleine liegt.



# Patientenautonomie – ein dynamisches Konzept

Wolfgang Tress · Nicola Erny

**Zusammenfassung** Im Zuge der von Beauchamp und Childress ursprünglich 1979 begründeten medizinischen Prinzipienethik wird heutzutage besonders die Frage der Patientenautonomie untersucht, die sich mit einem anderen zentralen Konzept der medizinischen Ethik, dem Informed Consent, verschränkt. Die Analyse macht das Anwendungsproblem beider Ansätze in der Psychotherapie deutlich, sofern sie absolut, quasi-objektiv und a-historisch zur Anwendung kommen. Stattdessen wird hier für ein dynamisches Konzept der Patientenautonomie votiert, das sich am konkreten biografisch gewachsenen Kontext und dem mehr oder weniger – oder eben gar nicht eingeschränkten Spektrum der Entscheidungsmöglichkeiten eines z. B. ich-strukturell beschädigten Menschen orientiert. Dieser hat ein Recht auf eine anleitende, u. U. auch bestimmende Begleitung seines Therapeuten auf dem therapeutischen Weg zu weitestgehender Autonomie und dem dann gültigen deliberativen (Beratungs-)Modell. – Immer aber bleibt der je erreichte Grad individueller Autonomie ein gefährdeter, den es stets von Neuem persönlich (auch seitens des Therapeuten) zu erarbeiten gilt.

## Schlüsselwörter

- Patientenautonomie
- Willensfreiheit
- Informed Consent
- Paternalismus
- deliberatives Beratungsmodell

## Korrespondenzadresse

○ Prof. Dr. Dr. Wolfgang Tress  
Klinisches Institut für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Universität Düsseldorf  
Moorenstraße 5  
40225 Düsseldorf  
tress@uni-duesseldorf.de

## Informed Consent und Patientenautonomie

Damit sind zwei zentrale Konzepte der aktuellen Diskussion zur medizinischen Ethik benannt. Sie *modifizieren das hippokratische Standesethos (klassisches ärztliches Fürsorge-Ethos)*, insofern Fragen der ärztlichen Moral im Zuge der gesellschaftlichen Säkularisierung und Partikularisierung nicht länger allein innerhalb der ärztlichen Zunft zu regeln sind. Vielmehr geht es heute um eine problem- und anwendungsorientierte, patientenzentrierte Ethik, die medizinische Entscheidung rational in spezifischen Situationen von Fall-zu-Fall ermöglichen soll. Dabei sind in einem regel- und kriterienorientierten Diskurs die möglichen Folgen ärztlichen Handelns zu bedenken und darzulegen. Hier sind die Zurechenbarkeit ärztlichen Handelns, Haftungsfragen, Rollenpflichten und Rollenkonflikte entscheidend (Irrgang 1995, S. 69 ff.).

Die Zustimmung (consent) eines im besten Sinne wohlinformierten Patienten wird hierbei als autonomer Akt der ratio-

nal begründeten Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapieoption gesehen, getragen vom klaren Bewusstsein der damit verbundenen Risiken. Im Falle der Zustimmung schließt der Patient mit seinem Arzt einen Behandlungsvertrag, der den Arzt seinerseits des Risikos enthebt, bei nachteiligem Behandlungsausgang zur juristischen oder ökonomischen Rechenschaft gezogen werden zu können. Der Begriff des Informed Consent setzt mithin die persönliche (emotionale und geistige) Autonomie des Patienten voraus, der die Entscheidung trifft, indem er seine Zustimmung zur empfohlenen Behandlung erteilt oder sie verweigert. Man spricht hier auch von einem Konsumenten-Vertragsmodell der Behandlung, wobei autonome Partner miteinander einen Dienstleistungsvertrag abschließen. Dies geschieht im beiderseitigen Bewusstsein, dass trotz bester Leistungen des therapeutischen Anbieters (therapeutische Leitlinien) der Erfolg des Unterfangens aufgrund möglicher Komplikationen (vorhersehbar oder nicht) ausbleiben bzw. das Ergebnis für den Kunden/Patienten noch schlechter sein kann als die Ausgangslage. Es ist offensichtlich, dass gerade psychotherapeutische Patienten angesichts ihrer Störungen wie auch ihrer therapeutisch durchaus gewünschten regressiven Verfassungen rasch hinter den Voraussetzungen dieses Modells zurückbleiben können, weshalb die Prinzipien der Patientenautonomie und die Fähigkeit zur informierten Einwilligung/Mündigkeit (Informed Consent) als selbstverständliche Verfassung psychotherapeutischer Patienten unbedingt kritisch zu hinterfragen sind.

» Ein Student der Ingenieurwissenschaften ist von seinem Psychotherapeuten so begeistert, dass er kurz vor dem Diplom ab-

brechen und neu Psychologie belegen möchte, um ebenfalls Psychotherapeut zu werden. Hier wäre im wohlverstandenen Interesse des Patienten therapeutisch darauf hinzuweisen, dass das erste Studium zumindest abgeschlossen und nicht voreilig weggeworfen werden sollte. – Ähnliches wäre zu impulsiven Scheidungsprojekten von „langweiligen“ Ehepartnern zu sagen. «

Das Wesentliche des Informed Consent formulieren Faden und Beauchamp (1986) auf drei Stufen:

I. Voraussetzungen:

1. Fähigkeit zu verstehen und zu entscheiden,
2. Freiwilligkeit des Entscheidens.

II. Aufklärung:

3. Erläuterungen der relevanten Informationen,
4. Empfehlung einer Vorgehensweise,
5. Verständnis von 3. und 4.

III. Einverständnis:

6. Entscheidung für ein bestimmtes Vorgehen,
7. Erteilung eines Behandlungsauftrages.

Bei genauer Betrachtung sind die Punkte 1 bis 5 die Voraussetzungen für den autonomen Schritt 6 (Entscheidung), der dann durch Schritt 7 explizit und verbindlich gemacht wird.

Das 4-Prinzipien-Modell der medizinischen Ethik nach Beauchamp und Childress (2001) enthält das Prinzip der Patientenautonomie als Recht, therapeutische Empfehlungen auch abzulehnen (Schöne-Seifert 2007), wobei insgesamt in diesem Modell ein ethischer Kern der ärztlichen Moral aus vier Prinzipien mittlerer Reichweite (d.h. als Richtlinie und Orientierungswert) rekonstruiert wird, um damit moralisches Handeln im Bereich der Medizin argumentativ begründen zu können:

1. Nichtschädigung (nonmaleficence),
2. Autonomie,
3. Fürsorge und Wohltun (beneficence),
4. Gerechtigkeit (justice).

1984 wurde von Kitchener ein weiteres Prinzip hinzugefügt, das die Schweigepflicht und die Pflicht zur Wahrhaftigkeit des Arztes gegenüber dem Patienten beinhaltet:

5. Loyalität (fidelity).

Wie schon oben an Beispielen ausgeführt, stellt gerade im Bereich der Psychotherapie die Vereinbarkeit des Autonomieprinzips mit dem der Fürsorge ein Problem dar (vgl. allgemein die Kritik von Clouser u. Gert (2005). Unmittelbar leuchtet etwa

ein, dass Patientenautonomie in Konflikt mit dem Prinzip der Fürsorge und des Wohltuns (Paternalismus i.S. des hippokratischen Eides) geraten kann, es sei denn, der Patient hätte in einer autonomen Entscheidung die Wahl eines Behandlungsverfahrens bewusst an den Arzt delegiert. Ebenso kann das Prinzip der Patientenautonomie schnell in Widerspruch mit dem der Nichtschädigung geraten, wenn etwa aus ideologischen Gründen die lebensrettende Bluttransfusion oder in anderen Fällen Psychotherapie grundsätzlich abgelehnt wird.

Kann eine restlose Aufklärung z.B. bei letalen Erkrankungen oder einer chronifizierten PTSD (ICD: F62.0) dem Patienten zusätzlich schaden? Wie kann und soll der Arzt die Einsichtsfähigkeit und die Entscheidungskompetenz des Patienten überprüfen? Gerade im Falle psychischer Erkrankungen ist doch die prinzipielle Fähigkeit, eine wohlbegründete Entscheidung zu treffen, oft aufgrund kognitiver, besonders aber emotionaler Einschränkungen deutlich reduziert bis aufgehoben. – Mithin bleibt nach allen bisher genannten Gesichtspunkten zu diskutieren, wie der Begriff der Patientenautonomie im Falle psychotherapeutischer Patienten überhaupt verstanden werden kann und darf.

Auch Kress (1999) betont, dass bereits der Akt der Einwilligung eines Patienten in eine bestimmte psychotherapeutische Maßnahme erhebliche ethische Probleme hinsichtlich der Patientenautonomie aufwerfe. Das ethische Konzept einer von allen Einschränkungen befreiten Patientenpersönlichkeit sei im Falle einer Psychotherapie bereits ein Widerspruch in sich. Zudem steht der Patient aufgrund eines unrealistischen Ich-Ideals in der Gefahr, diese illusionäre Zuschreibung auch noch mit zu vollziehen. Tatsächlich aber fehlt den Patienten zumeist genau jene strukturelle Instanz eines klaren und kritischen Realitätssinnes, mittels derer sie hier eigenverantwortlich handeln und zwischen verschiedenen Therapieoptionen entscheiden könnten. Deshalb plädiert Kress (1999) für eine *dynamische Praxis der Einwilligung* in den psychotherapeutischen Prozess, der erst allmählich in Gang kommen kann, „und nicht durch einen ‚einweihenden‘, ein für alle Mal zustimmenden Entscheidungs Augenblick“ (S. 84). Die Einwilligung in die Behandlung ist also nicht mit einem Vertragsabschluss vergleichbar, sondern sie entwickelt sich im Rahmen der therapeutischen Beziehung.

» In der Praxis ließe sich dies so gestalten, dass zunächst dem Patienten angeboten wird, in einen sehr überschaubaren und fokussierten kurztherapeutischen Therapieabschnitt einzuwilligen, etwa 10 bis 15 Sitzungen. Dabei lernt er den Therapeuten und das Verfahren kennen. Wahrscheinlich bessert sich auch sein Befinden und er vermag sich emotional untermauert aufgrund der bisherigen Therapieerfahrungen weitere Ziele gemeinsam mit dem Therapeuten vorzunehmen. Unter dieser Betrachtung erscheinen die Bewilligungsabschnitte der Richtlinienpsychotherapie doch sehr sinnvoll. Für den Bereich längerer stationärer Psychotherapien hat es sich bewährt, den Patienten zu erklären, dass sie sich mit einer Einwilligung zur Aufnahme nur für drei Wochen festlegen. Nach dieser Zeit haben sie genau erlebt und verstanden, worum es sich bei stationärer Psychotherapie handelt, und ein Gefühl dafür entwickelt, ob ihnen dies gut tut und sie davon profitieren können. Auch das Therapeutenteam kann dann gut beurteilen, ob man sich zutraut, mit ihnen erfolgreich zu arbeiten. So wird schließlich nach drei Wochen die definitive, zumeist positive Behandlungsvereinbarung getroffen. «

Viele psychisch Kranke verfügen über eine nur unrealistische Einschätzung ihrer seelischen und psychosomatischen Störungen (rein somatische Patienten oft auch) oder verleugnen, an einer Depression, einer Angsterkrankung oder gar einer Persönlichkeitsstörung zu leiden. Sie suchen allerdings doch den Psychotherapeuten zur Behebung oder Linderung ihrer Symptome auf, was keinesfalls mit dem vom Therapeuten optimal zu fordernden Ziel einer kausal kurativen Behandlung identisch sein muss. Sollte demnach etwa bei eindeutig fehlenden Voraussetzungen einer autonomen Patientenentscheidung im Rahmen einer Psychotherapie für eine beschränkte Zeit doch wieder das *paternalistische Modell* (im Sinne eines schwachen Paternalismus) bemüht werden, und zwar im Dienste einer erst noch zu entwickelnden Autonomie des Patienten? Von dem dabei implizierten Begriff von Autonomie als einem persönlichen Potenzial, als einem anzustrebenden Charakterideal wird in der Literatur (Feinberg 1986, S. 25) der Rechtsanspruch auf Selbstbestimmung auch bei mangelnder Befähigung zu autonomen Entscheidungen im obigen Sinne unterschieden. Die Leser dieses letzten Satzes und erst recht die Psychotherapeuten unter ihnen werden indes dagegen aufbegehren, dass man

einen seelisch beeinträchtigten Patienten mit einem legitimen Rechtsanspruch auf Therapie letztlich alleine entscheiden lassen sollte, obwohl er offensichtlich den kognitiven und emotionalen Anforderungen, welche der Akt und der Vollzug dieser Entscheidung an ihn stellen, nicht gewachsen wäre und mit Wahrscheinlichkeit vorhersehbar nur selbstschädigend agieren könnte.

Auf einer solchen Basis wird ein Informed Consent fragwürdig, bei dem es zum Beispiel um die vermeintlich mündige Einwilligung des Patienten in eine umfangreiche, jahrelange Psychotherapie geht. Welche Möglichkeiten z.B. der beruflichen Entwicklung oder der Lebensplanung insgesamt würden dadurch beschnitten? Oder geht es vor allem darum, dem Therapeuten für sein Fortkommen eine Ausbildungsanalyse mit vier Wochenstunden über 1000 „Liegunge“ zu sichern. Deshalb ist es im Rahmen der Richtlinienpsychotherapie sicherlich sehr vernünftig, dass die Patienten immer wieder selbst (!) den Antrag auf Fortführung stellen müssen, während der Therapeut lediglich berichtet. Mitunter stellt der autonome Patient diesen Antrag auch nicht, was dann einige Anforderungen an die Fähigkeiten des Therapeuten bezüglich seiner Fähigkeit zur Selbst- und Gegenübertragungsanalyse stellt. Diese Anforderungen verschärfen sich um ein Vielfaches, wenn (hoffentlich mit ausreichendem Vorlauf) die Frage ansteht, ob es zum Besten des Patienten sein könnte, wenn dieser nach Ablauf der Bewilligungen nun aus eigenen Mitteln eine weitere Fortsetzung der Behandlung selbst zahlen sollte – und wie lange.

Nicht nur in Fällen wie diesen kann von einer Realisierung der Ideen von Informed Consent und Patientenautonomie kaum die Rede sein. Die Patienten vermögen vielmehr die Konsequenzen ihres Tuns weder im Speziellen noch im Allgemeinen richtig einzuschätzen. Das trifft auch auf psychogene Einschränkungen des Urteils und Handelns zu (Tress 1987) und ist meilenweit von einem medizinökonomisch inspirierten Modell der Arzt-Patienten-Vertragsbeziehung entfernt. Patientenautonomie meint also im Kontext der Psychotherapie kein endgültig gegebenes und definitiv festzustellendes Vermögen im Sinne personaler Autonomie (vgl. hierzu Quante 2002), sondern sie bildet sich im Entwicklungsgang des Menschen allmählich heraus, sie nimmt zu und kann auch wieder zum Teil oder ganz verloren gehen. Es wäre deshalb

schon aus entwicklungspsychologischer Sicht verfehlt, die Positionen des „Patientenwohls“ und die des radikalen Selbstbestimmungsrechtes eines Patienten gegeneinander in Stellung zu bringen. Der aktuelle Bedarf eines je konkreten Patienten gerade in der Psychotherapie bewegt sich irgendwo zwischen diesen Ansätzen.

In konsequenter Wendung wäre als logische (nicht ethische!) Folgerung aus dem Prinzip des Informed Consent festzuhalten, dass es dem Therapeuten i.S. eines schwachen Paternalismus sogar geboten sein könnte, gegenüber Patienten mit erheblich eingeschränkter Fähigkeit des emotionalen Verstehens und eines darauf aufbauenden rationalen Handelns eine anleitende und möglicherweise anweisende Haltung einzunehmen, und zwar mit dem Ziel, die genannten strukturellen Einschränkungen über die Bereitstellung von Hilfs-Ich-Funktionen allmählich aufzuheben, d.h. dem Patienten immer mehr zu einer Stärkung seiner Autonomie zu verhelfen.

Diese Zusammenhänge lassen auch besser emotionales Verstehen als Vorbedingung von Autonomie erkennen und nicht als Teilaspekt von ihr. Ein Patient muss sein mangelhaftes emotionales Erfassen erst anerkennen, bevor er dessen Erweiterung und Optimierung (etwa i.S. von Empathiefähigkeit) bewusst anstrebt. Ansonsten bleibt es verpflichtende Aufgabe des Therapeuten, im Interesse des Patienten das Therapieziel (etwa bessere Affektdifferenzierung und Objektkonstanz im Rahmen einer psychoanalytisch-interaktionellen Therapie) vorzugeben und seine Realisierung im therapeutischen Prozess zu betreiben. Jede andere Haltung hätte die Qualität einer Entmündigung (starker Paternalismus) des Patienten und wäre nachhaltig zu begründen, etwa wenn emotionale Einsicht als ggf. stark retraumatisierend vom Patienten wahrscheinlich psychophysisch nicht zu verkraften wäre.

Dies konfrontiert uns mit der scheinbaren Paradoxie, dass ein starker Paternalismus mit einem schwachen im Gegensatz zu stehen scheint. Aus dieser Kalamität führt allerdings das dynamische Konzept der Patientenautonomie heraus (vgl. Tress u. Erny 2008, 2009).

### Ein dynamisches Konzept der Patientenautonomie

Ein solches hätte den jeweiligen Entwicklungsstand der infrage stehenden thera-

peutischen Beziehung zwischen dem weitgehend „erwachsenen“ Therapeuten und seinem regredierten oder strukturell beeinträchtigten Patienten zu berücksichtigen: An die Stelle des abstrakten Ideals eines autonomen, d.h. für sich selbst uneingeschränkt verantwortlichen Patienten tritt ein auf die aktuellen Gegebenheiten pragmatisch bezogener Begriff des realisierbaren und damit dem Patienten zumutbaren Grades von Autonomie, wobei als regulative Idee das therapeutische Ziel einer uneingeschränkten Autonomie als leitendes Ideal im Hintergrund gültig ist. Nicht das kontrafaktische Recht auf Autonomie wird hiermit bestritten, sondern die Grenzen seiner praktischen Anwendbarkeit auf den konkreten Patienten aufgezeigt und respektiert. Davon ausgehend muss die therapeutische Arbeit zunächst bestrebt sein, dem Patienten die *Wahrnehmung seines Rechtes auf Autonomie* erst (wieder) zu ermöglichen und im Therapieprozess dem *deliberativen (Beratungs-)Modell* wieder Geltung zu verschaffen.

Die Anwendungsproblematik der vier medizinethischen Prinzipien von Beauchamp und Childress wurde hier am Beispiel der Patientenautonomie deutlich. Der Begriff bedeutet im Falle des Diabetikers, der sich wider besseres Wissen gegen eine Insulininjektion entscheidet, etwas anderes als für den Angstpatienten, der mit allen Mitteln vermeidet, in ein Flugzeug steigen zu müssen oder im Rahmen der Therapie über kindliche Traumata zu sprechen.

Ferner ist in der Praxis die Autonomie einer konkreten Person nicht a-historisch an-und-für-sich zu denken, sie realisiert sich vielmehr in der Welt der Gefühle, Bedürfnisse und sozialen Gegebenheiten im Kontext von Biografie, Charakter, Weltanschauung und religiösen Bindungen (Bergdolt 2004, S. 15 f.). Es ist deshalb von Fall zu Fall zu überlegen, an welche realisierbaren Kriterien die Autonomie der Entscheidungen von Patienten gebunden ist, um zu praktischen und gut begründeten Handlungsrichtlinien (Praxeologie, vgl. Fürstenau 1992) für einen je gegebenen Kontext zu gelangen. Genau an dieser Stelle der Engführung gültiger ethischer Prinzipien mit der je konkreten Kasuistik bestehen aber noch erhebliche theoretische Defizite einer Lehre des anwendungsorientierten Begründens in der Medizin, auch hinsichtlich der Psychotherapie.

Hier könnten Überlegungen von Irrgang (1995) greifen, der die Kompetenz, sittlich



selbstständig und eigenverantwortlich handeln zu können, als die Grundlage für die verantwortungsethische Interpretation der Patientenautonomie begreift. Eine solche Grundlage ist einem dynamischen Prozess der Entwicklung und Gefährdung, gar des Verlustes im Kontext von Beziehungen unterworfen. Deshalb plädiert Irrgang für den Entwurf einer patientenzentrierten Ethik, die zwischen dem traditionellen Grundsatz des paternalistischen „Patientenwohls“ und dem des radikalen Selbstbestimmungsrechtes vermittelt. Die Aufgabe des Arztes besteht dabei darin, den in seinem Entscheidungsvermögen eingeschränkten Patienten so weit als möglich, d.h. bis an die Grenze der Überforderung, aber eben nicht darüber hinaus, in die Überlegungen mit einzubeziehen. Diese Grenzen erweisen sich dort, wo das emotional- und erfahrungsgetragene Gespräch abbricht bzw. sich in flachen Standardfloskeln (Gerede) verliert. Der Patient wird dem Therapeuten dann als Gegenüber, das er eben noch war, nicht mehr erfahrbar. Der Therapeut wird ab da für den Patienten entscheiden müssen, besonders wenn es gilt, dauerhaften Schaden vom Patienten und/oder seiner Umwelt abzuwenden.

» *Beispielsweise müssen wir solche hysterisch-narzisstischen Patienten mit Borderline-Zügen, die in ihrer Wut auch allgemeingefährlich werden können, eindeutig begrenzen, und sei es zunächst in Form ein-eindeutiger Konfrontation, Klarifikation und Deklaration (dass sein Verhalten sozial unterbunden und gehandelt werden muss, so er dieses nicht unterlässt oder unterlassen kann).* «

Die Überlegungen Irrgangs nehmen damit für den Bereich der Psychotherapie eine Forderung und Einschätzung von Schöne-Seifert vorweg, die diese grundlegend für die Medizinethik formuliert: „Wann immer möglich, sollten Ärzte sich darum bemühen, die Entscheidungsfähigkeit ihres Patienten zu stärken (etwa durch Stress- oder Schmerz-minderung) bzw. eine Phase abwarten, in der sie realisiert ist. In dieser Forderung kommt wirkliche Hochschätzung von Autonomie zum Ausdruck – im Gegensatz zu deren bloß zähneknirschendem Akzeptieren als einer Art lästigem Vetorecht des Patienten“ (Schöne-Seifert 2007, S. 44f.).

## Patientenautonomie und Willensfreiheit

Der Begriff der Patienten-Autonomie ist mit dem der Willensfreiheit verwandt, weshalb Überlegungen zum Aspekt des angeeigneten Willens des Philosophen Peter Bieri (2001) hierzu interessant sind (vgl. Tress 2006): In unserem Erleben ist unser freier Wille einer, den wir uns durch harte seelische Arbeit immer wieder neu zueigen machen müssen. Der freie Wille ist der *angeeignete Wille*. Er entsteht durch Überlegung und das Spiel der Fantasie: Dabei geben wir uns ein neues Profil. Gestaltend-schöpferisch verringern wir den Abstand zwischen unserem tatsächlich wirkenden Willen und unserem Selbstbild. Dazu bedienen wir uns der Fähigkeit, inneren Abstand zu uns selbst zu nehmen, wir beginnen mit uns selbst eine Argumentation über das, was wir wollen, und entfalten derart eine trianguläre Struktur aus vielfachen Wünschen, übergeordneter Rationalität, also unserer Lebensordnung, und gewollter Handlung.

Die Aneignung unseres Willens, so Bieri weiter, beginnt zunächst mit der *klaren Artikulation* dessen, was genau man selbst will, besonders was man langfristig will. Dorthin führen uns innere Bilder, Fantasien und Träume. Sie bringen uns in Kontakt mit unserer bedrohlichen, verworfenen Wunschwelt, die aber auch zur Sprache kommen muss, bevor sich ein wirklich freier Wille artikulieren kann. Gerade Lebenskrisen zwingen hier zu vertiefter Artikulation und vermögen oft angstgeborene Selbsttäuschungen, Schönfärbereien und Lebenslügen aufzuheben: Es beginnt die unvoreingenommene Bestandsaufnahme des eigenen Wünschens und damit auch ein freieres Verhältnis zur eigenen Zeit, oft zur verlorenen Zeit.

Solcher Artikulation folgt das *Verstehen der Wünsche* und sodann des Wollens als biografisch zu uns gehörig: Aus unseren Erzählungen, Interpretationen und der Bearbeitung unserer Abwehr gegen Scham und Schuld, gegen Gefühle und Impulse erwächst eine neue Stimmigkeit unseres Wollens mit unserem Selbst.

Ein dritter Schritt schließlich ist unsere *Bewertung* des sich abzeichnenden Wollens. Können wir es gutheißen, uns damit identifizieren? Welche Identifikationen gilt es im Dienste wachsender Autonomie aufzubrechen? Können wir das neue Wollen in das Profil unserer bisherigen Entscheidungen integrieren? Wer wollen wir sein? Und sofort erfahren, erleiden oder

begrüßen wir die zentrale Dialektik von Selbstbild und dem neu gebildeten und gebilligten Wille.

Diese drei Dimensionen der Aneignung unseres Willens als eines freien, nämlich Artikulation, Verstehen und Bewertung bedingen sich gegenseitig und bedrohen potenziell unser überkommenes Selbstbild bzw. bieten die Chance der kritisch-krisischen Selbsthinterfragung und weiteren Entfaltung mit dem Ziel einer ausbalancierten Wunschwelt anstelle konfliktueller innerer Verstrickung mit taumelnder Parteinahme mal für die einen, mal für die anderen Fantasien und Impulse.

Immer aber bleiben der freie Wille und unsere personale Autonomie ein zerbrechliches Gut, ein normatives Ideal, dem wir uns nur graduell annähern und wovon wir uns auch ganz leicht und schnell wieder entfernen können. Bieri spricht von der *fluktuierenden Freiheit eines fließenden Selbst*. Die Arbeit an der Erweiterung des inneren Radius unserer Urheberschaft, unseres Selbst, und nichts anderes will die psychotherapeutische Arbeit, bringt uns immer wieder in gefährliche, unfreie Übergänge, in Verfassungen der Befreiung oder der Unfreiheit (Verlust unserer Autonomie, d.V.): Zu manchen Zeiten ist für uns nicht zu entscheiden, wo wir uns gerade befinden. Ein Selbst, wie es sich aus dem inneren Abstand zu sich selbst entwickelt, ist ein vorübergehendes Gebilde auf schwankendem Grund. *Zu Zeiten sind wir weder autonom noch das Gegenteil*. – Dies gilt im Übrigen auch für den Therapeuten und fällt i.d.R. unter den Begriff des (meist narzisstischen) Gegenübertragungsgagierens i.S. unbewusster suggestiver Beeinflussungen der Patienten! Es handelt sich hier neben einer Schädigung der Patienten um die zentrale Gefährdung der professionellen (!) Autonomie der Therapeuten, indem die therapeutische Haltung selbst und mithin der Patient dabei auf das Äußerste bedroht sind! Das allerdings führt uns in ein neues, vielleicht wichtigeres Thema.

Die *Metapher des Leuchtturms*, so unsere abschließende Empfehlung, könnte den Therapeuten dazu verhelfen, ihren Patienten ein optimales Klima zur Förderung ihrer persönlichen Autonomie bereitzustellen. Der Leuchtturm markiert eine Position und erlaubt damit den Schiffen eine sichere Navigation. Er selbst gibt keine Richtung vor. Der Patient hat vielmehr das Angebot, mithilfe der Position des Therapeuten seinen eigenen Standort und seine Richtung zu bestimmen. Dabei hilft der Leuchtturmwärter mit sokra-