

Autonomie gewähren genügt nicht – Patienten-Selbstbestimmung bedarf aktiver Förderung durch Ärzte*

Granting Autonomy Is Not Sufficient – Patient Self-Determination Needs Active Support By Physicians

Jürgen in der Schmitt¹

Einleitung: Durch die Entwicklung unseres Rechtssystems ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten weit- hin etabliert worden. Doch welche Anforderungen stellt das Ideal einer autonomen Entscheidung an die Arzt-Pa- tient-Beziehung?

Methoden: Selektive Recherche und Synthese von Arbei- ten der Medizinethik sowie der Versorgungsforschung.

Ergebnisse: Paternalismus, ob benevolent oder nicht, ist mit Patientenautonomie in der Regel nicht vereinbar. Eine konzeptionelle Gegenbewegung, das Informationsmodell, lässt die Bedürftigkeit vieler Patienten sowie die Bedeu- tung sozialer Interaktion für die Entstehung autonomer Entscheidungen außer Acht. Als bestmögliche Grundlage für die Realisierung von Patientenautonomie kann viel- mehr das Modell gemeinsamer Entscheidungsfindung gelten, welches dem Arzt eine aktive und engagierte Rolle in der Interaktion zuweist, aber auch eine Haltung impli- ziert, die den Patienten darin zu unterstützen sucht, die für ihn beste Entscheidung zu treffen. Die sogenannte Partizipative Entscheidungsfindung trägt demgegenüber bei genauer Betrachtung neo-paternalistische Züge.

Diskussion: Die Erkenntnis, dass autonome Entschei- dungen von Patienten einer aktiven ärztlichen Förderung – unter Umständen auch einer konstruktiv-kontroversen Auseinandersetzung – bedürfen, hat weitreichende Kon- sequenzen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung, für un- ser Verhalten in der hausärztlichen Praxis und für die Aus- gestaltung des Gesundheitssystems.

Schlüsselwörter: Patientenautonomie; Patienten- Selbstbestimmung; Paternalismus; Informed consent; Gemeinsame Entscheidungsfindung

Introduction: During the development of our jurisdic- tion, the patient right to self-determination has become widely established. However, what follows from the ideal of an autonomous choice for the relation between phy- sician and patient?

Methods: Selective search and synthesis of papers from medical ethics, and health systems research.

Results: Paternalism, be it benevolent or not, is not regu- larly compatible with patient autonomy. A conceptional counter movement, the information model, fails to con- sider the neediness of many patients, and the significance of social interaction for the development of autonomous choices. Instead, the model of shared decision making (SDM) can be viewed as the optimal foundation for the realisation of patient autonomy. SDM presupposes an ac- tive role of the physician in the interaction, and an atti- tude that seeks to support the patient to arrive at a deci- sion that is best within his or her individual set of values. The so-called “participative decision making” (a German adaptation of SDM), however, reveals neo-paternalistic traits when analysed closely.

Discussion: Far-reaching consequences derive from the recognition that autonomous patient choices need active promotion by physicians, at times implying a construc- tive-controversial debate: consequences for medical edu- cation, postgraduate training, and continual medical edu- cation; for our behaviour in day-to-day family practice, and for the formation of our health care system.

Keywords: Patient Autonomy; Patient Self-Determination; Paternalism; Informed Consent; Shared Decision Making

* Prof. Dr. med. Peter Helmich (1930–2008), einem Pionier der sprechenden (Allgemein)Medizin, in Dankbarkeit gewidmet.

¹ Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Medizinische Fakultät, Institut für Allgemeinmedizin

Peer reviewed article eingereicht: 09.05.2014, akzeptiert: 19.05.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0246-0250

Das Recht des Patienten, selbst zu entscheiden, ob medizinische Eingriffe in seine körperliche Unversehrtheit vorgenommen werden dürfen oder nicht, ist heute allseits etabliert und mag manchem selbstverständlich erscheinen. Doch es lohnt sich, genauer hinzusehen: Wann darf eine Patientenentscheidung als „autonom“ angesehen werden? Und was bedeutet Patientenautonomie für die Arzt-Patient-Beziehung?

Paternalismus und Informed consent

Nach dem Selbstverständnis der mit dem 19. Jahrhundert erstarkenden modernen (westlichen) Medizin oblag es dem Arzt, beim hilfeschenden Patienten die Indikation für eine Behandlung zu stellen und diese anschließend durchzuführen, ohne dass dem Patienten dabei ein nennenswertes Mitspracherecht zukam [1, S. 79ff]. Nach dieser Anschauung garantiert das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, welches von einer moralischen und professionellen Integrität des Arztes ausgeht, dass der Arzt stets im besten Interesse des Patienten handeln wird [2, S. 206f.].

Im Verlauf des 19. Jahrhunderts kam jedoch gleichzeitig mit der wachsenden Dominanz der Ärzte auch ein Bewusstsein vom Selbstbestimmungsrecht des Patienten auf, das mit der paternalistischen ärztlichen Haltung zu konkurrieren begann [3]. Der formale Durchbruch des Patienten-Selbstbestimmungsrechts in Deutschland begann mit Urteilen des Reichsgerichts von 1894 und 1906, seit denen ohne Einwilligung des Patienten vorgenommene ärztliche Eingriffe den Tatbestand der Körperverletzung erfüllen.

In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts kam es in den USA [4] wie in Deutschland [3] zu einer Reihe von Gerichtsentscheidungen, die klarstellten, dass medizinische Behandlungen nicht ohne die Zustimmung des Patienten vorgenommen werden dürfen, gipfelnd in der *Informed consent*-Doktrin des US Supreme Court aus dem Jahre 1957. Im gleichen Jahr urteilte der deutsche Bundesgerichtshof im sog. Myom-Fall in gleicher Weise und zementierte damit auch für Deutschland die alleinige Autorität des Patienten für die letztliche Entscheidung über eine Behandlung, und zwar unabhängig von deren Notwendig-

keit in medizinischer Sicht. (Umgekehrt betrifft die Autonomie des Patienten natürlich nur medizinisch vertretbare Optionen und konstituiert nicht etwa eine grundsätzliche Mitwirkungspflicht des Arztes bei Patientenentscheidungen, die mitzutragen er nicht bereit oder in der Lage ist).

Dieses und viele weitere höchstrichterliche Urteile waren der gesellschaftlichen sowie der ärztlichen berufsethischen Entwicklung voraus.

Situationsensitive Annäherung an die Arzt-Patient-Beziehung

Ungeachtet der grundsätzlichen Klarstellung, dass die ärztliche Fürsorgepflicht am Selbstbestimmungsrecht des Patienten ihre Grenze findet, besteht weitgehend Einigkeit, dass dem Paternalismus auch heute noch unter bestimmten Bedingungen eine gewisse Bedeutung zukommt.

Das paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung hat bis heute im Bereich der Notfallmedizin in gewissen (durch das Instrument der Patientenverfügung markierten) Grenzen seine unbestrittene Berechtigung behalten, darüber hinaus gilt es heute in der Medizin jedoch weithin als obsolet [5, 6]. Somit stellt sich die Frage, wie eine Entscheidungsfindung unter Berücksichtigung des Primats der Patientenautonomie, aber auch der häufig besonderen Vulnerabilität des Patienten und daraus resultierenden faktischen Dysbalance dieser Beziehung [7] konkret zu gestalten ist. Dazu hat die Bioethik zwei Modelle der Arzt-Patient-Beziehung entwickelt [5].

Informationsmodell

Dem paternalistischen steht das Informationsmodell diametral gegenüber, nach dem der Arzt sich vollständig aus dem eigentlichen Entscheidungsprozess zurückzieht [5]. Der Patient erhält zwar alle entscheidungsrelevanten Informationen vorgelegt und Verständnisfragen werden beantwortet, doch enthält sich der Arzt jeglicher Wertung oder Erörterung der geäußerten Präferenzen des Patienten. Vom Patienten wird erwartet, dass er seine autonome Entscheidung anhand der dargebotenen Information

trifft, ggf. unterstützt von Entscheidungshilfen (Decision aids; vgl. www.ohri.ca/DecisionAid/ sowie für Deutschland www.gesundheitsinformationen.de). Als Vorteil dieses Modells gilt die damit verbundene Entmedikalisierung und Emanzipation des mündigen Patienten im Sinne eines Empowerment.

Das Modell unterschätzt jedoch den Unterstützungsbedarf des Patienten bei der Bedeutungsabwägung des vermittelten Wissens in Bezug auf seine Person und Lage – hier lässt es den durch eine Erkrankung vulnerablen Patienten allein: Autonomie wird zum Verlassen sein. Es unterschätzt weiterhin das Beziehungspotenzial der Begegnung zwischen Arzt und Patient für eine Realisierung von Autonomie.

Das Informationsmodell hat insofern Parallelen zum diametral entgegengesetzten paternalistischen Modell, als es implizit voraussetzen scheint, dass ärztliche Empfehlungen, einmal ausgesprochen, auch befolgt werden müssen. Die Möglichkeit, dass Patienten begründete ärztliche Empfehlungen, Einwände oder Vorhaltungen in ihrer Reflexion berücksichtigen können, ohne sich manipuliert oder bedrängt fühlen zu müssen, dass Autonomie sich also auch in der vertrauensvollen Auseinandersetzung oder sogar Konfrontation mit einem geschätzten und verantwortungsvollen ärztlichen Gegenüber verwirklichen kann, bleibt hier unerkannt oder unbeachtet [5].

Partnerschaftliches Modell

Diese Möglichkeit einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung, die (anders als im Informationsmodell) Auseinandersetzung bis hin zur Konfrontation zulässt und dennoch (anders als im paternalistischen Modell) die letztliche Entscheidungshoheit des Patienten zu keinem Zeitpunkt in Frage stellt, ist die Grundlage des partnerschaftlichen Modells der Arzt-Patient-Beziehung (*Shared decision making*, [8]).

Nach diesem Modell ist anzuerkennen, dass Patienten sich in ihren Wertungen und Urteilen irren können, und wünschenswert, ja sogar ethisch geboten, dass Ärzte ihr Möglichstes tun, um sich ein eigenes Urteil über das Wohl des individuellen Patienten und die interne Konsistenz der Patientenentscheidung in

einer gegebenen Situation zu bilden und ihre Einschätzung dem Patienten gegenüber in aller Offenheit zu begründen.

Ärzte können und sollen auf eine ausgewogene Informiertheit des Patienten achten und ihre Bewertung sowohl der internen wie auch der externen Konsistenz der Überlegungen des Patienten artikulieren, nötigenfalls auch nachdrücklich vertreten, solange für den Patienten jederzeit erkennbar bleibt, dass seine letztliche Entscheidung nicht in Frage gestellt wird. Zur Vermeidung von Suggestion oder Manipulation gibt es verschiedene Gesprächstechniken; vor allem aber ist hierfür die ärztliche Intention und Haltung entscheidend: Ziel des ärztlichen Handelns ist es demnach, nicht die Entscheidung des Patienten im eigenen (ärztlichen), vermeintlich „objektiv vernünftigen“ Sinne ändern, sondern die Gründe des Patienten verstehen und ihm zu einer für ihn auch langfristig möglichst „richtigen“ Entscheidung verhelfen zu wollen. Indem Ärzte deutlich Position beziehen, geben sie dem Patienten die Chance, sein Urteil zu reflektieren und u.U. im Blick auf vorher nicht ausreichend bedachte Konsequenzen zu revidieren: „*Shared decision making does not imply a value-neutral role for physicians; it requires of them a more delicate balancing. They must act as advocate for their patients' health and well-being, while also being prepared ultimately to respect patients' self-determination, even when they disagree with their patients' treatment choice.*“ [8, S. 45]

Irrweg Partizipative Entscheidungsfindung

Das im vorstehenden Abschnitt beschriebene Verständnis von *Shared decision making* ist von einer anderen Lesart zu unterscheiden, die unter dem Namen Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) ein bloßes Partizipieren des Patienten an der ärztlichen Entscheidung beschreibt. Hierbei nämlich wird der letzte Schritt des im PEF-Modell formulierten Entscheidungsprozesses, d.h. die endgültige Entscheidung über die Behandlung, nicht dem Patienten vorbehalten, sondern nebulös Arzt und Patient zugewiesen – womit der Patient auch in der letztendlichen Entscheidung nur *partizipiert*, nicht aber – wie beim Modell des *Shared decision making* – allein entscheidet [9, S. 214 m.w.N.].

Im wesentlichen Unterschied zum *Shared decision making*, das ausdrücklich nur auf den Findungsprozess bezogen ist, erweitert PEF die Gleichberechtigung des Arztes über den partnerschaftlichen Prozess der Entscheidungsfindung hinaus auf die Entscheidung selbst, was unvermeidlich mit der Entscheidungshoheit des Patienten kollidiert: „*Eine mögliche Definition beschreibt Partizipative Entscheidungsfindung als Interaktionsprozess mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung von Patient und Arzt auf Basis geteilter Informationen zu einer gemeinsam verantworteten Übereinkunft zu kommen [...] Arzt und Patient treffen die Entscheidung gemeinsam und teilen sich die Verantwortung.*“ [9, S. 215]

Diese Kollision mit dem Kern der Patientenautonomie wird auch an anderer Stelle deutlich, wenn der Grad des empfehlenswerten oder hinnehmbaren ärztlichen Paternalismus an die jeweilig vorliegende „Sicherheit“ der ärztlichen Empfehlung geknüpft wird: „*Bei zunehmender Entscheidungssicherheit kann die Entscheidung eher vom Arzt beeinflusst oder getroffen werden, wohingegen Entscheidungen auf unsicherer Datenbasis eine stärkere Beteiligung des Patienten notwendig machen.*“ [ebd. S. 218]

Diese Perspektive erinnert an den Begriff des *Professional equipoise*, der eine authentische ärztliche Unsicherheit beschreibt, welche von mehreren gleichwertig erscheinenden Optionen im gegebenen Fall vorzuziehen ist. Die in einer qualitativen Studie interviewten Ärzte empfanden gemeinsame Entscheidungsfindung gerade für diese Konstellation als besonders geeignet [10], was zweifellos zutrifft, aber eben leicht zu einem verkürzten Verständnis von Patientenautonomie führen kann.

Denn wie unschwer zu erkennen ist, führen solche Konstruktionen das Prinzip der Patientenautonomie ad absurdum, deren Akzeptanz umgekehrt gerade dort ihren Lackmustest besteht, wo sie sich auch gegen größte ärztliche Entscheidungssicherheit („absolute Indikation“) behaupten darf – im Extremfall mit der Folge eines Todes, der durch einen geringfügigen, risikoarmen Eingriff hätte vermieden werden können. PEF macht somit eine neo-paternalistische Rückwärtsrolle: Aus der gemeinsamen Entscheidungsfindung, die dem Patienten die Entscheidungshoheit zuerkennt, wird eine gleichberechtigte Entscheidung,

welche der Arzt umso mehr dominieren darf, je eindeutiger die medizinische Indikation in seinen Augen gegeben ist.

Tatsächlich beschreibt das letzte PEF-Zitat treffend einen bis heute anzutreffenden Status quo des Umgangs mit Patientenautonomie in Klinik und Praxis. Exemplarisch verdeutlicht ein kürzlich veröffentlichter Bericht der Eltern eines onkologisch erkrankten Kindes, wie die kleine Patientin solange selbstverständlich Behandlungen zugeführt wurde, wie diese noch halbwegs erfolgversprechend schienen, während ihre Fortsetzung erst dann den Eltern explizit zu entscheiden anheimgestellt wurde, als sie aus ärztlicher Sicht äußerst fragwürdig bis sinnlos erscheinen musste: „Die Entscheidung lag bei uns.“ [11]

Autonomie fördern

Autonome Behandlungsentscheidungen kommen folglich nicht schon allein dadurch zustande, dass Ärzte die Entscheidungen von Patienten hinzunehmen bereit sind. Vielmehr wird im Modell der gemeinsamen Entscheidungsfindung eine erhebliche (ärztliche) Bringschuld erkennbar, die sich aus dem in der Regel unvermeidlichen Informations- und häufig auch Machtgefälle zwischen Ärzten und Patienten sowie aus deren individuellen Bedürfnissen und ihrem Anspruch auf eine informierte Entscheidung ergibt. Diese Bringschuld betrifft zum einen die erforderliche Informationsvoraussetzung einer rechtsgültigen Einwilligung (*Informed consent*), zum anderen einen gemeinsamen Gesprächsprozess der Erörterung und gegebenenfalls auch Auseinandersetzung mit dem Arzt. Beides kann der Patient oft nicht aktiv einfordern, beides muss ihm daher aktiv entgegengebracht werden.

Mitteilen entscheidungsrelevanter Informationen

Die für eine ethisch wie rechtlich gültige Einwilligung (*Informed consent*) erforderlichen, entscheidungsrelevanten Informationen umfassen zum einen die Prognose des Spontanverlaufs (ohne Therapie), zum anderen die Prognose der erwünschten und unerwünschten Wirkungen medizinisch vertretbarer Thera-

pieoptionen [6]. Was unspektakulär klingen mag, ist nicht selten als Evidenz gar nicht verfügbar oder das Hoheitswissen von Spezialisten (vgl. zum Beispiel ärztliche Vorstellungen von der Prognose nach Reanimation bei Herzstillstand [12]). Daher muss hier der Arzt bis auf Weiteres oft extrapolativ aus ihm bekannten Daten informieren.

Viele (Haus-)Ärzte scheuen zudem davor zurück, Patienten mit vermeintlich „kalten“ statistischen Angaben zu konfrontieren. Sie sind zudem davon überzeugt, dass die Mitteilung statistisch-prognostischer Informationen dem Einzelnen „nichts bringt“, weil dessen individueller künftiger Verlauf den Prognosen natürlich nicht zu entnehmen ist [13]. Dass wir auch viele andere Entscheidungen des täglichen Lebens (z.B. diejenige, morgens einen Regenschirm mitzunehmen) auf dem Boden von (meist nicht bewusst reflektierten) Wahrscheinlichkeiten treffen, ist uns häufig nicht klar. Mit anderen Worten, viele (Haus-)Ärzte sind aufgrund von Defiziten in ihrer Aus-, Weiter- und Fortbildung selbst nicht gewohnt, mit prognostischen Informationen umzugehen, geschweige denn sie so zu vermitteln, dass sie für den Patienten verständlich werden und als hilfreich empfunden werden können: *„The new science of prognostication – the estimating and communication “what to expect” – is in its infancy and the evidence base to support „best practices“ is lacking.“* [14]

Wenn die – keineswegs neue, sondern schon von Hippokrates zur Förderung der Vertrauensbasis beworbene [15, S. 56] – Kunst der Prognose schon vielen Ärzten nicht geläufig ist, so sind die meisten Patienten umso weniger gewohnt, mit prognostischen Angaben umzugehen. Sie fühlen sich rasch überfordert, wenn sie nicht entsprechend ihrem Vorwissen sowie in für sie verständlicher Sprache, z.B. durch Analogiebildung mit Beispielen aus ihrem Alltag, an die Bedeutung der mitgeteilten Wahrscheinlichkeiten herangeführt werden. Ohne diese Mühe ist zu befürchten, dass Patienten eine prognostische Information zwar vermittelt bekommen und „verstehen“, unter Umständen aber nicht ermessen, abwägen oder würdigen können, was das mit ihnen und ihrer Behandlungsentscheidung zu tun haben könnte.

Partnerschaftlicher Gesprächsprozess

Die so verstandenen Anforderungen an eine wirksame Einwilligung (im Sinne des *Informed consent*) bedeuten, dass der Arzt die erste Äußerung einer Behandlungspräferenz durch den idealiter umfassend informierten Patienten nicht einfach als dessen autonome Behandlungsentscheidung hinzunehmen hat. Vielmehr ist es seine Aufgabe, diese aktiv zu erforschen (*explore*), d.h. zu hinterfragen, gemeinsam mit dem Patienten ihre Kongruenz mit seinem zugrunde liegenden Wertesystem zu erkunden, Alternativen durchzuspielen und ihm so die Möglichkeit zu eröffnen, seine Behandlungsentscheidung in einem dynamischen Prozess in seinem Sinne bestmöglich zu entwickeln [16].

Es bedarf kaum der Erwähnung, dass diese idealtypisch formulierte Anforderung im klinisch-praktischen (stationären oder ambulanten) Alltag bisher nicht annähernd verwirklicht ist [17]. Zu den möglichen Gründen zählen neben begrenzten zeitlichen und strukturellen Ressourcen, dem nötigen Wissen und den nötigen kommunikativen Fähigkeiten auf ärztlicher Seite auch eine nicht zu unterschätzende patientenseitige Hürde, die mit dem gemeinsamen Entscheidungsprozess verbundene und unter Umständen aus der bisherigen Sozialisation als Patient nicht gewohnte Verantwortung zu übernehmen. Gleichzeitig gibt es bereits Bemühungen, vor allem (aber nicht nur) im stationären Bereich, den Prozess der partnerschaftlichen Entscheidungsfindung zu verbessern [18].

Herausforderung für die Allgemeinmedizin

Wenn eine geglückte Patient-Arzt-Beziehung als Kern hausärztlicher Tätigkeit gelten darf [19], dann ist die Allgemeinmedizin dafür prädestiniert, treibende Kraft für eine aktive ärztliche Förderung von Patientenautonomie zu sein.

Ob kardiovaskuläre Prävention [20], Krebs-Früherkennung [21] oder Diabetes-Einstellung [22] – an diesen und zahlreichen anderen hausärztlichen Fragestellungen lässt sich illustrieren, wie

eine traditionelle, Compliance-orientierte (und damit tendenziell parternalistische) hausärztliche Praxis sich wandeln muss, um dem Ideal einer gemeinsamen Entscheidungsfindung näher zu kommen. Empfehlungen vermeintlich gebotener Vorgehensweisen wie „Sie haben hohen Blutdruck – Sie müssen das einnehmen“, „Ihr Screening ist wieder fällig“, „Ihr HbA_{1c} ist zu hoch, wir müssen Sie jetzt auf Insulin einstellen“ erweisen sich in diesem Licht als problematisch. An ihre Stelle könnte ein Austausch treten, der an erster Stelle die Therapieziele des Patienten verhandelt, zu gegebener Zeit Chancen und Risiken der gegebenen Behandlungsoptionen ohne missionarischen Eifer nüchtern benennt und ihren möglichen Stellenwert im Wertesystem des Patienten exploriert [23].

Dies sind nichts weniger als tektonische Veränderungen gegenüber dem traditionellen Arzt-Patient-Verhältnis, die ihre Zeit brauchen (und die sich auch gegenüber entgegengesetzten Strömungen [7] behaupten müssen). Auch für das Versorgungssystem ergeben sich hieraus weitreichende Konsequenzen: Neue Schwerpunkte und Anforderungen an die Aus-, Weiter- und Fortbildung; ein Überdenken gutgemeinter „Einladungsschreiben“ zum Screening; ein Vergütungssystem, welches diesen Höhepunkt ärztlicher Kunst, das Beratungsgespräch, adäquat honoriert – um nur einige Beispiele zu nennen.

Für viele Ärzte ist es noch ein langer Weg, bis sie eher explorativ vorgehen als anleitend, in (am konkreten Nutzen orientierten) Erklärungen denken statt in „Anordnungen“ und wirklich von der Haltung durchdrungen sind, dass am Ende der wohlinformierte Patient für sich selbst die beste Entscheidung trifft [16]. Für viele Patienten könnte es eine nicht minder große Herausforderung bedeuten, die Fiktion eines „es am besten wissenden“ Elternteil-Arztes aufzugeben zugunsten eines partnerschaftlichen Beraters, während die Letztverantwortung selbst geschultert werden muss. Die Abnabelung von „Vater und Mutter“ ist meist für alle Beteiligten kein einfacher Prozess – doch am Ende, wenn glücklich gelungen, auch für alle ein Gewinn.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH ...

... ist Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeut und Palliativmediziner, niedergelassen in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis in Meerbusch und als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf in Lehre und Forschung tätig. Interessenschwerpunkte: Arzt-Patient-Beziehung unter besonderer Berücksichtigung von Patientenautonomie und Risikokommunikation; Advance Care Planning (gesundheitliche Vorausplanung)

Korrespondenzadresse

Dr. med. Jürgen in der Schmitt, MPH
Institut für Allgemeinmedizin
Medizinische Fakultät der
Heinrich-Heine-Universität
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf
jids@med.uni-duesseldorf.de

Literatur

- Noack TF, Heiner. Zur Geschichte des Verhältnisses von Arzt und Patient in Deutschland. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg.). Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Frankfurt a.M.: Suhrkamp Verlag, 2006: 77–93
- Wolff HP. Arzt und Patient. In: Sass HM (Hrsg.) Medizin und Ethik. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 1989: 184–211
- Elkeles B. Die schweigsame Welt von Arzt und Patient. MedGG 1989; 8: 63–91
- Annas GJ. The rights of patients. 2nd ed. Carbondale and Edwardsville (USA): Southern Illinois University Press, 1989
- Krones TR, Gerd. Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg.). Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin – Eine Einführung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 2006: 94–116
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. Oxford: Oxford University Press, 2013
- Dörner K. „Der gute Arzt“ im Spannungsfeld zwischen Patientenwille und medizinischer Indikation. In: Charbonnier R, Dörner K, Steffen S (Hrsg.). Medizinische Indikation und Patientenwille. Stuttgart: Schattauer Verlag, 2008: 1–6
- Brock D. The ideal of shared decision making between physicians and patients. Kennedy Institute of Ethics Journal 1991; 1: 28–48
- Dirmaier J, Härter M. Partizipative Entscheidungsfindung: Patientenbeteiligung bei Behandlungsentscheidungen in der medizinischen Versorgung. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg.). Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell. Düsseldorf, <http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Ver-sicherte/Rundum-gutversichert/Infothek/Wissenschaft-Forschung/Publikationen/Gesundheitswesen-aktuell-2012/10-Dirmaier-Haerter-2012,property=Data.pdf> (letzter Zugriff am 22.05.13); 37 Grad GmbH; 2012: 212–35
- Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P, Grol R. Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. Br J Gen Pract 2000; 50: 892–9
- Sabass HG, Daniel. Sterbebegleitung bei Kindern: „Für uns war es ein Akt der Liebe“. Süddeutsche Zeitung 2014 (27.02.2014)
- in der Schmitt J. Die Entscheidung zur Herz-Lungen-Wiederbelebung: Studie im deutsch-amerikanischen Vergleich. Frankfurt am Main, New York: P. Lang, 1998
- Wawersik J. Reanimation und ihre Grenzen. In: Eser A (Hrsg.). Suizid und Euthanasie als human- und sozialwissenschaftliches Problem. Stuttgart: Enke Verlag, 1976: 125–35
- Holloway RG, Gramling R, Kelly AG. Estimating and communicating prognosis in advanced neurologic disease. Neurology 2013; 80: 764–72
- Eckart WU. Geschichte der Medizin. 4. ed. Berlin: Springer, 2000
- Katz J. The silent world of doctor and patient. Baltimore: The Free Press, 1984
- Han PK, Kobrin S, Breen N, et al. National evidence on the use of shared decision making in prostate-specific antigen screening. Annals of family medicine. 2013; 11: 306–14
- Kinnersley P, Phillips K, Savage K, et al. Interventions to promote informed consent for patients undergoing surgical and other invasive healthcare procedures. Cochrane Database Syst Rev 2013; 7: CD009445
- Wilm S, in der Schmitt J. Was ist der Kern hausärztlichen Handelns? Primary Care 2007; 7: 481–86
- Krones T, Keller H, Sönnichsen A, et al. Absolute cardiovascular disease risk and shared decision making in primary care: a randomized controlled trial. AnnFamMed 2008; 6: 218–27
- Dierks M-L, Schmacke N. Mammografie-Screening und informierte Entscheidung – mehr Fragen als Antworten. Gesundheitsmonitor 2014; 1–15
- Drewelow E, Wollny A, Pentzek M, et al. Improvement of primary health care of patients with poorly regulated diabetes mellitus type 2 using shared decision-making--the DEBATE trial. BMC Fam Pract 2012; 13: 88
- Epstein RM, Alper BS, Quill TE. Communicating evidence for participatory decision making. JAMA 2004; 291: 2359–66