

Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis

Viele medizinethische Reflexionen/Diskurse beschäftigen sich mit Grenzsituationen, wie z. B. mit ethischen Konflikten am Beginn oder Ende des menschlichen Lebens, oder mit neuesten naturwissenschaftlich-medizinischen Verfahren. Weniger spektakulär, aber von größter praktischer Bedeutung, ist das alltäglich gelebte Arzt-Patient-Verhältnis. Wie sich diese Beziehung gestaltet und ob sie gelingt, bestimmt den Behandlungserfolg wesentlich. Die in der Arzt-Patient-Beziehung ausgehandelten Einzelentscheidungen summieren sich auf der Makroebene des Gesundheitssystems, beeinflussen seine weitere Ausrichtung und tragen maßgeblich zum guten oder auch weniger guten Bild der Medizin in der Gesellschaft bei. Andererseits bilden gesellschaftliche Entwicklungen die Matrix, auf der das Arzt-Patient-Verhältnis ausgestaltet wird. Daher sind für die Analyse der Arzt-Patient-Beziehung medizinsoziologische, medizinhistorische und medizinpsychologische Untersuchungen, aber auch medizinethische und theoretische Reflexionen gleichermaßen wichtig.

In der Geschichte der Medizinethik von der Antike bis zur Moderne stand die Arzt-Patient-Beziehung im Mittelpunkt ärztlicher Deontologien. In der neueren Medizinethik, die sich seit Mitte der 1950er- und 1960er-Jahre in Amerika und seit den 1980er-Jahren auch in Deutschland entwickelt hat [1, 2], lag der Fokus bislang eher auf den oben genannten spektakulären Aspekten der Biotechnologie, wie z. B. dem genetischen Enhancement, der embryonalen Stammzellforschung oder der Neuroendokrinologie. Alltagsethischen, praktischen Grundlagen

der Arzt-Patient-Beziehung wurde in der bioethischen und biopolitischen Diskussion weniger Beachtung geschenkt. Bei der Debatte um die Arzt-Patient-Beziehung lag das Augenmerk fast ausschließlich auf den Grundlagen und der Reichweite des Autonomieprinzips und der informierten Zustimmung im Zusammenhang mit Forschungsvorhaben und medizinischen Eingriffen. Seit den 1970er-Jahren haben vor allem die „kleinen Fächer“, wie die Medizinsoziologie, Medizinpsychologie und Psychosomatik, wesentlich dazu beigetragen, dass sich der medizinethische Blick auf das Arzt-Patient-Verhältnis veränderte, indem sie hier die bestehenden Asymmetrien sowohl analysiert, als auch kritisiert haben. In den 1980er-Jahren entwickelte sich die Careethik [3], die den Fokus von der Autonomiediskussion auf den Beziehungsaspekt in der Arzt-Patienten-Beziehung und damit auf Momente der Fürsorge, der Verantwortung und des Vertrauens richtete. Seit den 1990er-Jahren wurden – zunächst in den angloamerikanischen Ländern – verschiedene Modelle der Arzt-Patient-Beziehung, wie das Shared Decision Making (SDM) oder die evidenzbasierte Patientenentscheidung, weiterentwickelt und deren Wirkung erforscht [4, 5].

Shared Decision Making beschreibt die Untersuchung gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozesse, die sowohl die Information, die Abwägung als auch die Entscheidung selbst umfassen. Der Begriff „evidenzbasierte Patientenentscheidung“ verweist auf die Forderung, dass den Patienten – anders als bisher üblich – alle relevanten evidenzbasierten Informationen über Prognose, Behandlungsmöglich-

keiten und deren Alternativen in patientengerechter Form zur Verfügung gestellt werden und sie auf dieser Informationsbasis ihre Entscheidung treffen. Beide Modelle, die eng miteinander verbunden sind, haben erst in den letzten Jahren Eingang in die Diskussion in Deutschland gefunden [6, 7]. Sie beschreiben jedoch nicht alle relevanten Konstellationen des Arzt-Patient-Verhältnisses, da sie von erwachsenen, voll einwilligungsfähigen Patienten ausgehen. Ärzte haben jedoch auch mit nicht oder nur eingeschränkt einwilligungsfähigen Patienten zu tun, bei denen das Modell der evidenzbasierten Patientenentscheidung nicht ohne Weiteres angewendet werden kann.

Im vorliegenden Beitrag wird ein Überblick über die derzeitige medizinethische Diskussion zu den vielfältigen Arzt-Patient-Beziehungen gegeben.

Das Arzt-Patient-Verhältnis im Wandel der Zeit

Wie die medizinische Wissenschaft selbst, so wird auch das Arzt-Patient-Verhältnis von den jeweils gültigen Denkmodellen und Leitideen beeinflusst [8]. Im Laufe der Geschichte hat sich die Rolle der Ärzte fortwährend gewandelt, jedoch haben verschiedene diesbezügliche Aspekte die Zeit überdauert bzw. gerieten nach einigen Jahren der Vergessenheit in einem etwas anderen Gewand erneut in den Blickpunkt des Interesses. So werden gerade in jüngster Zeit wieder wesentliche Eigenschaften, Fähigkeiten und Rollenverständnisse der Ärzte aus vormodernen Epochen diskutiert, die das einseitige Bild des Arztes als Homo faber, d. h. als tech-

Tabelle 1

Historische Konzepte der Arzt-Patient-Beziehung und heutige Relevanz

Epoche	Medizin	Rolle	Heutige Entsprechung
Mythologisches Zeitalter	Dämonismus, Schamanismus	Magier mit Suggestivkraft	Placeboeffekt, „Droge Arzt“
Antike	Philosophie als Heilkunst, Heilkunst als Philosophie	Pädagoge, Philosoph und „Wissenschaftler“ mit begleitender, unterstützender Funktion	Beratung und Anleitung zur Prävention, „Wegweiser im Wissensdschungel“
Mittelalter	Klösterliche Medizin	„Guter Samariter“, Tröster	Palliativmedizin, Sterbebegleitung

Tabelle 2

Aufklärung und Einwilligung

	Minimale rechtlich legale Aufklärung, Informed Consent	Optimale Aufklärung, zusätzliche Erfordernisse für Shared Decision Making
Voraussetzungen	1) Verständniskompetenz des Patienten 2) Freiwilligkeit des Entscheidens	1) Bereitschaft und Fähigkeit des Patienten, am Informations- und Entscheidungsprozess aktiv teilzunehmen, evidenzbasierte Informationen abzuwägen und eigene Präferenzen, soweit gewünscht, einzubringen 2) Bereitschaft und Fähigkeit des Arztes, evidenzbasierte Informationen zu liefern, zu erläutern, und den Patienten so weit wie möglich und gewünscht in den Prozess einzubeziehen
Informationselemente	1) Vorschlag einer Therapie und eines Behandlungsplans 2) Verständnis des Plans durch den Patienten	1) Evidenzbasierte Informationen, auf den Patienten zugeschnitten, über alle relevanten Behandlungsalternativen 2) Prognose mit und ohne Behandlung 3) Information über eigene Wertvorstellungen durch den Patienten
Entscheidungselemente	1) Entscheidung des Patienten für oder gegen den Behandlungsplan 2) Ermächtigung des Arztes hinsichtlich des gewählten Plans durch den Patienten	1) Gemeinsame Abwägung der Alternativen im Licht der Informationen über Möglichkeiten und Wertvorstellungen 2) Therapeutischer Vertrag; Wahl oder Vertagung einer Behandlungsalternative

nischem Experten im Zeitalter der modernen naturwissenschaftlichen Medizin, (etwas) in den Hintergrund drängen (▣ Tabelle 1).

Diese Facetten der Arzt-Patient-Beziehung sind aus medizinethischer Sicht sowie auch bezüglich ihres Einflusses auf den Therapieerfolg von großer Relevanz. So ist keine positive Wirkung empirisch so gut belegt wie die der „Droge Arzt“, die einen wesentlichen Teil des Placeboeffektes ausmacht. Das Ausmaß wird dabei wesentlich von der Qualität der Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst [9]. Die Rolle der Ärzte als Pädagogen und Begleiter bei Entscheidungen zur Prävention und Therapie gewinnt wieder zunehmend an Bedeutung, da viele Patienten durch Fernsehen, Internet sowie durch direkte und indirekte Werbung der Pharmaindustrie mehr oder weniger gut vorinformiert sind. Auch im Zusammenhang mit der gestärkten Rolle der Palliativmedizin [10]

wird die begleitende Aufgabe der Ärzte wieder mehr betont.

Zentrale Normen und Prinzipien

In der neueren Medizinethik vor allem angloamerikanischer Provenienz steht die Reflexion über und die Stärkung der Patientenautonomie in der Arzt-Patient-Beziehung gegen den (bis heute durchaus prominenten) ärztlichen Paternalismus im Vordergrund. Die Autonomie, das Recht auf Selbstbestimmung – in Deutschland durch die kantische Tradition eng mit dem Menschenwürdebegriff verbunden – ist in der politischen Philosophie westlicher, liberaler Staaten ein zentrales ethisches Kriterium zur Beurteilung von Handlungen und Institutionen. Dass sich die informierte Zustimmung (Informed Consent) des Patienten in die vom Arzt vorgeschlagene Behandlungsmaßnahme erst in den 1970er-Jahren als „ethisch-le-

gales Minimum“ (▣ Tabelle 2) der Patientenautonomie durchsetzen konnte, hat vielfältige Gründe. Zum einen wird auf das stark hierarchische und asymmetrische Medizinsystem mit den damit verbundenen Machtverhältnissen hingewiesen, zum anderen aber auch auf die vorhandenen Nöte und Abhängigkeiten kranker Menschen und den immensen Vertrauens- und Verantwortungszuwachs durch die Erfolge und Eingriffsmöglichkeiten der modernen Medizin, deren Wissensbestände immer komplexer werden, sodass eine fürsorgende, leitende Haltung des Arztes in der Arzt-Patient-Beziehung mit Verweis auf den fachlichen Expertenstatus gefordert bzw. nahegelegt wird. Sowohl die prominente Prinzipienethik [11] als auch liberale Ethik- und Vertragstheorien in der Medizinethik [12, 13] messen der Realisierung der größtmöglichen Patientenautonomie die höchste Priorität zu, auch wenn Ersterer die Abwägung der Au-

tonomie mit den weiteren zentralen Prinzipien Wohltun (Beneficence), Nicht-Schaden (Non-Maleficence) und Gerechtigkeit (Justice) sowie mit weniger zentralen Prinzipien wie Vertrauen und tugendethischen Charaktermerkmalen (Aufrichtigkeit, Empathie) in reflexiven und deliberativen Verfahren vorsieht.

Aufklärungsprozesse

■ **Tabelle 2** zeigt die Minimalanforderungen an die informierte Zustimmung nach einem Aufklärungsprozess, die vor Beginn einer ärztlichen Maßnahme verwirklicht werden müssen. Dieses Aufklärungsmodell billigt dem Patienten zwar die letztendliche Entscheidungsträgerschaft zu, für eine umfassende Realisierung der Patientenautonomie im Aufklärungsprozess reicht dies jedoch bei Weitem nicht aus: Eine paternalistische Grundhaltung ist mit einer informierten Zustimmung durchaus vereinbar.

Zum Aufklärungs- und Entscheidungsprozess gehört auch die Information über alle verfügbaren und zulässigen Behandlungsalternativen (einschließlich der Schilderung des Verlaufs ohne Behandlung) und die freie Wahl unter diesen Alternativen (Europäische Patientenrechtscharta [14]). Diese Informationen und die freie Wahl tatsächlich darzustellen, entspricht 2 weiteren ethischen Prinzipien, die sowohl in der Prinzipienethik, in der Careethik, aber vor allem auch in der Theorie des Shared Decision Making thematisiert werden: Wahrhaftigkeit und Transparenz in der Arzt-Patient-Beziehung. Die Patientenrechtscharta spricht zwar im „Recht auf Zustimmung“ von einer aktiven Teilnahme der Patienten an Behandlungsentscheidungen, im „Recht auf freie Wahl“ zwischen Alternativen und Anbietern wird jedoch der stark autonomistische Charakter der Charta deutlich. Dieser wird von medizinischer Seite kritisiert, unter anderem von der Careethik. So warnen einige Autoren bereits vor dem Alleinlassen des Patienten, d. h. der Aufkündigung der Arzt-Patient-Beziehung, wenn medizinische Entscheidungsprozesse allein nach dem Prinzip der Autonomie beurteilt werden [15, 16]. In diesem Fall werde man dem veritablen Prinzip der Fürsorge für den Patienten und der

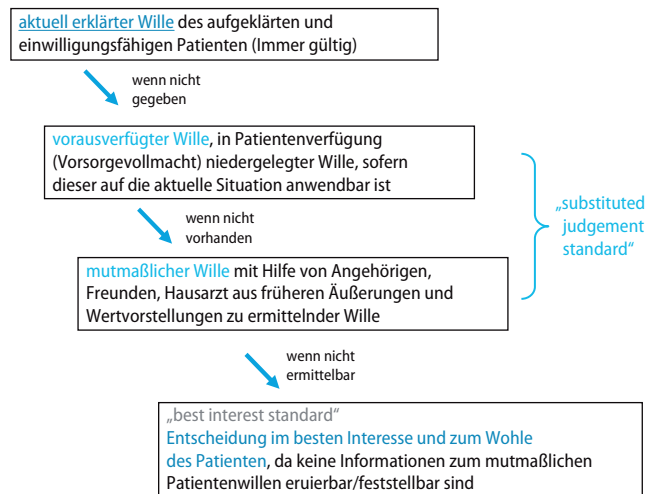


Abb. 1 ▲ **Bestimmung des Patientenwillens (verändert nach [45])**

Verantwortung, die in der Arzt-Patient-Beziehung, insbesondere auch im hausärztlichen Bereich, eine andere ist als in einem normalen Dienstleistungsverhältnis, nicht gerecht werden können [17]. Andere Autoren sehen allerdings keine Alternative zu der alleinigen Entscheidungsträgerschaft durch den Patienten [18], da er letztendlich derjenige sei, um dessen Leben es geht.

Die in ■ **Tabelle 2** angegebenen Kriterien für eine optimale Aufklärung gehen hingegen von einem beiderseitigen Bereitstellen und Abwägen von Entscheidungsalternativen nicht in einem autonomistischen, allein auf den Patienten ausgerichteten Modell, sondern in einem partnerschaftlich-deliberativen Modell aus, dem wesentliche Prinzipien der Careethik zugrunde liegen. Das Bestehen von Abhängigkeiten und Asymmetrien in der Arzt-Patient-Beziehung (Krankenrolle versus medizinisches Expertenwissen) wird dabei zentral anerkannt. Die Grundprinzipien patientenzentrierter Arzt-Patient-Beziehungen (siehe unten) umfassen 3, vorwiegend careethische Konzepte: die Prinzipien der relationalen und der optionalen Autonomie sowie das Prinzip der Fürsorge, die alle der Beziehungsethik zugrunde liegen.

Das Konzept der relationalen Autonomie geht davon aus, dass Menschen, insbesondere als Patienten, immer in Beziehungen und Abhängigkeiten eingebunden sind, die genuin „autonom“ zu treffende und zu verantwortende Entscheidungen

unmöglich machen können oder auch in bestimmten Situationen für den Patienten nicht wünschenswert erscheinen lassen. Es würdigt jedoch gleichermaßen das Wissen des Patienten um seine Verantwortung für die Krankheit und Therapie.

Das Prinzip der optionalen Autonomie meint, dass die Fürsorge und Verantwortung des Arztes darin bestehen, dem Patienten nur so viel Autonomie zuzumuten, wie er sie selbst beanspruchen möchte. Dennoch besteht die ärztliche Pflicht, die Autonomie des Patienten größtmöglich zur Geltung kommen zu lassen, d. h., dieser wird immer wieder eingeladen, sich selbst in den Behandlungs- und Entscheidungsprozess einzubringen. Hier steht das Fürsorgeprinzip nicht wie im klassischen Paternalismus im Gegensatz zum Autonomieprinzip, sondern realisiert sich in der Herstellung der höchstmöglichen Autonomie und Selbstbestimmung des Patienten.

Nicht einwilligungsfähige Patienten

Dies wird im besonderen Maße bei Patienten deutlich, die nicht (mehr) voll einwilligungsfähig sind. Hier gilt es ebenfalls unter Wahrung des Autonomieprinzips nach dem Willen des Patienten zu fragen. Sofern bei Nichteinwilligungsfähigkeit der aktuell erklärte Patientenwille nicht bestimmbar ist, kommen andere Standards zur Geltung (■ **Abb. 1**).

Ist der aktuelle Wille nicht ermittelbar,

so bleibt es weiterhin die primäre Aufgabe, im Sinne des Patienten zu entscheiden und zu handeln. Initial sollte der Substituted Judgement Standard zur Anwendung kommen. Dieser Konzeption zufolge muss entweder auf einen in einer Patientenverfügung vorausverfügten Willen zurückgegriffen werden, oder es müssen sich die direkt Beteiligten (Betreuer, Angehörige Hausarzt etc.) um den mutmaßlichen Willen des Patienten bemühen, und zwar in dem Sinn, dass sie den Willen des jetzt nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten substituieren, wobei eigene Meinungen und Prioritäten nicht in die Entscheidung einfließen sollten. Der Substituted Judgement Standard hat dabei auch Entlastungsfunktion, da diejenigen, die zur Entscheidungsfindung beitragen, nicht die alleinige Last tragen müssen, weil der Arzt aufgrund des substituierten Patientenwillens zu entscheiden hat. Hierin realisiert sich das normative Autonomieprinzip in einem sehr weiten und formalen Sinn als Achtung des Patientenwillens, der auch unter der Bedingung mangelnder Entscheidungskompetenz und fehlender aktueller Willensäußerung festgestellt werden muss. Dabei entspricht die Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens dem normativen Fürsorgeprinzip, das sowohl das Wohl des Patienten als auch dessen Willen einschließt [19]. Lassen sich trotz aller Anstrengungen und nach redlichem Bemühen keine Hinweise auf den Patientenwillen finden, so ist im vermeintlich besten Interesse des Patienten, entsprechend der medizinischen Indikation zu handeln. Hierbei kommen sowohl evidenzbasierte Leitlinien, als auch der erfahrungswissenschaftliche Horizont des behandelnden Arztes als primäre Entscheidungskriterien zum Tragen. Die Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens hat jedoch auch ihre Schwächen. So haben z. B. amerikanische Untersuchungen gezeigt, dass Angehörige den Willen des Patienten nicht sehr gut einschätzen können [20]. Auch sind viele Patientenverfügungen (vorausverfügter Patientenwille) so allgemein abgefasst, dass sie nur unter zusätzlicher Erarbeitung des mutmaßlichen Willens dahingehend überprüft werden können, ob sie auf die aktuelle Entscheidungssituation angewendet werden können. Das Fürsorgeprinzip

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008 · 51:818–826
DOI 10.1007/s00103-008-0601-y
© Springer Medizin Verlag 2008

T. Krones · G. Richter

Ärztliche Verantwortung: das Arzt-Patient-Verhältnis

Zusammenfassung

Die Arzt-Patient-Beziehung bildet sowohl für jede einzelne medizinische Entscheidung, als auch auf Gesundheitssystemebene den wesentlichen Handlungsrahmen. Ihr Gelingen oder Scheitern ist daher auch für die medizinethische Reflexion von großer Relevanz. Im vorliegenden Beitrag wird ein Überblick über die derzeitige wissenschaftliche Diskussion zu den vielfältigen Formen und theoretischen Reflexionen der Arzt-Patient-Beziehung gegeben. Die ethische Analyse umfasst dabei sowohl die Beschreibung und Reflexion wesentlicher Handlungsbedingungen (historische und gesellschaftliche Einflüsse, Normen, Prinzipien) als auch eine systematische Analyse der Handlungen selbst und deren (mögliche) Folgen auf der Mikroebene für Ärzte und Patienten und auf der Makroebene für das Gesundheitssystem. Derzeit

werden vor allem 2 Modelle der Arzt-Patient-Beziehung, insbesondere im Rahmen der Careethik diskutiert: die evidenzbasierte Patientenentscheidung und die gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making). Diese Formen des Arzt-Patient-Verhältnisses erscheinen aus vielerlei Gründen förderungswürdig, decken aber nicht alle Situationen ab und entsprechen nicht den Präferenzen aller Patienten und Ärzte im gleichen Maße. Wir schließen mit einem Fazit zum derzeitigen Stand des Diskurses und benennen einige Schwachpunkte der gegenwärtigen Debatte.

Schlüsselwörter

Arzt-Patient-Beziehung · Evidenzbasierte Patientenentscheidung · Shared Decision Making · Entscheidungshilfen · Careethik

Physicians' responsibility: Doctor-patient relationship

Abstract

The physician-patient relationship is of fundamental importance not only for individual patients but for the health care system in general and thus also for bioethical reflections. We give an overview on current research and analyses regarding the physician-patient relationship. A comprehensive ethical analysis takes conditions (historical and societal influences, norms and principles), the action itself and its consequences on the individual level (patient, physician) and societal level (health care system) into consideration. At present, two models of the physician-patient relationship are predominantly discussed, especially in terms of

care ethics: evidence-based patient choice and shared decision making. These forms of relationships seem to be promising for several reasons, but might not fit all situations, and suitable for all preferences of patients and physicians in the same way. We conclude with a summary of the current debate and point out some of its shortcomings.

Keywords

Doctor-patient relationship · evidence based patient choice · shared decision making · decision aids · care ethics

Tabelle 3

Modelle der Arzt-Patient-Beziehung [19]				
	Paternalismus	Deliberatives Modell: Patientenzentrierung/SDM	Vertragsmodell Inf. Choice/Kundenmodell	
Autonomie des Patienten	0	+	++	+++
Arztrolle	Hüter	Partner	Technischer Experte	Dienstleister
Informationsaustausch	Arzt an Patient	Zwei/mehrseitig Arzt, Patient, und weiterer Kontext	Arzt an Patient	Patient an Arzt, Arzt an Patient, wenn eingefordert
Informationsinhalte	Medizinisch, rechtlicher Minimal-Standard	Medizinisch, möglichst optimal evidenzbasiert und persönlich	Medizinisch, möglichst optimal evidenzbasiert	Persönlich und medizinisch, wenn gewünscht
Entscheidungsfindung/ Verantwortung	Arzt	Arzt und Patient	Patient	Patient

spielt daher bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten eine sehr wichtige Rolle.

Systematik der Arzt-Patient-Beziehung: verschiedene Modelle

In den letzten Jahren hat sich die Diskussion um die Systematik und die verschiedenen Modelle der Arzt-Patient-Beziehung wieder neu belebt. Letztere unterscheiden sich insbesondere nach dem Grad der in der Interaktion verwirklichten Patientenautonomie (■ **Tabelle 3**) [19].

Wie oben bereits geschildert, war das paternalistische Modell der Ausgangspunkt der medizinethischen und medizinsoziologischen Kritik. Ausschlaggebend war und ist im Paternalismus die Ansicht, dass der Arzt aufgrund seiner fachlichen Qualifikation am besten weiß, was für den Patienten das Richtige ist. Gegen dieses Modell werden 2 alternative Konzepte gestellt: zum einen das Informationsmodell [Informed (Evidence-based) Patient Choice], zum anderen das sogenannte Kundenmodell (Consumerism). Gemeinsam ist beiden Modellen, dass sie dem Patienten die größtmögliche Autonomie zubilligen.

Informationsmodell. Der Patient wird hier als rationaler Akteur aufgefasst, der aufgrund der dargebotenen bzw. von ihm selbst eingeforderten oder recherchierten Informationen gemäß seinen eigenen Präferenzen in alleiniger Verantwortung die Entscheidung über therapeutische Maßnahmen trifft. Im Idealfall wird diese Information mittels sogenannter Entschei-

dungshilfen (Decision Aids) dargeboten, sodass der Patient tatsächlich die aktuellsten evidenzbasierten Informationen über die Prognose ohne Therapie, die absolute und relative Risikoreduktion durch eine Behandlung sowie über das absolute und relative Risiko für das Auftreten relevanter Nebenwirkungen (zugeschnitten auf seine spezifische Situation) erhält. Entsprechende Entscheidungshilfen, an die wissenschaftlich höchste Anforderungen gestellt werden, wurden und werden vor allem in den angloamerikanischen Ländern entwickelt [21, 22], liegen aber vereinzelt auch schon in Deutschland vor [23, 24]. Die meisten Entscheidungshilfen sind auf die Lektüre durch den Patienten ausgerichtet, d. h., dieser soll sie allein durcharbeiten und in die ärztliche Konsultation mitbringen [22, 23]. Es gibt aber auch transaktionale Entscheidungshilfen, die gemeinsam von Arzt und Patient in der Konsultation verwendet werden und daher dem Prinzip einer gemeinsamen Entscheidungsfindung möglicherweise mehr entsprechen [24]. Zudem finden sich mittlerweile im Internet Informationen zu Diagnose und Therapien unterschiedlichster Erkrankungen. Hier gibt es jedoch, anders als bei wissenschaftlich getesteten Entscheidungshilfen, bisher noch keine etablierte Qualitätssicherung. Zur Bündelung der vielfältigen Informationen und Qualitätsüberprüfung hat sich im Deutschen Netzwerk evidenzbasierte Medizin der Fachbereich Patienteninformation gebildet. Patienteninformationen werden in Deutschland von verschiedenen Instituten, Universitäten und Fachgesellschaften angeboten (siehe Übersicht [25]).

Nach dem Informed-(Evidence-Based-) Choice-Modell entscheidet sich der Patient allein bzw. nach Rücksprache mit der Familie und mit Freunden für die Therapie oder Maßnahme, die seinen Präferenzen am ehesten entspricht. Diese „obligatorische Autonomie“ wurde – wie oben bereits geschildert – konzeptuell kritisiert, da sie zum einen die Patienten mit ihrer Entscheidung allein lasse, zum anderen den fundamentalen Beziehungsaspekt der Arzt-Patient-Interaktion und die Professionalität der medizinischen Berufe außer Acht lasse.

Kundenmodell. Der Consumerism als Modell der Arzt-Patient-Beziehung ist seit den 1990er-Jahren immer mehr in die Diskussion gekommen. Dieses Vertragsmodell beruht auf dem Konzept einer völligen Autonomie des Patienten. Der Patient wird hier als Konsument konzipiert, der auf dem freien Markt der Gesundheitsleistungen durch Ärzte, die als Dienstleister fungieren, die Leistungen erhält, die er kaufen möchte. Ob er dabei fachlich ausreichend informiert ist oder nicht, liegt in seiner eigenen Verantwortung, d. h., der Patient kann sich über das Internet informieren, seinen Arzt um Informationen bitten oder als mündiger Bürger gemäß dem Recht auf Nichtwissen auch auf medizinische Informationen verzichten. In diesem Modell hat der Konsument/Patient die größtmögliche Entscheidungsbefugnis, der Arzt ist seiner genuin ärztlichen Mitverantwortung weitestgehend enthoben. Es bestehen hier jedoch haftungsrechtliche Probleme, d. h., Ärzte sind gemäß dem Prinzip der sogenannten

therapeutischen Sicherungsaufklärung aufgrund ihres Expertenstatus verpflichtet, auf den Heilungserfolg bestimmter Maßnahmen hinzuweisen [26].

Modell der patientenzentrierten und partizipativen Entscheidungsfindung.

Anders sind das partnerschaftlich-deliberative Modell der patientenzentrierten Arzt-Patient-Beziehung (Patient-Centredness) und das der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision Making, SDM). Beide werden in der deutschen und internationalen Literatur voneinander differenziert [4, 5, 27, 29, 30, 38]. Der Fokus der historisch älteren patientenzentrierten Methode liegt auf der Ebene der Informationssammlung, auf einem biopsychosozialen Krankheitsmodell und dem Verstehen der Patientenperspektive, während SDM mehr auf die Entscheidungssituation fokussiert. Erst in den 1990er-Jahren wurde das SDM-Modell systematisch strukturiert, empirisch untersucht, und Vorschläge für seine Implementierung erarbeitet [4, 5, 6, 7]. Der Begriff „SDM“ betont die Einbeziehung des Patienten nicht nur in den gegenseitigen Informationsaustausch, sondern auch in die abschließende Behandlungsentscheidung. Arzt und Patient einigen sich nach dem gegenseitigen Informationsaustausch (zu medizinischen Fakten, ärztlichen Prioritäten, subjektiven Präferenzen) über ein gemeinsames Ziel, das die medizinischen Fakten ebenso berücksichtigt wie die Patientenbedürfnisse und -präferenzen. In einer solchen Diskussion gibt es also neben den Patientenvorstellungen auch Raum für ärztliche Empfehlungen, die allerdings in den Kontext der individuellen Patientenbiographie gestellt werden müssen. Verfechter des deliberativen Modells betonen insbesondere seine Flexibilität, die es erlaubt, kontextsensitiv je nach Situation und Präferenzen des Patienten in gemeinsamer Verantwortung Entscheidungen zu treffen und zu tragen. Anders als beim Informations- und beim Kundenmodell ist der Arzt aus seiner professionellen (Mit-)Verantwortung für die getroffene Therapieentscheidung nicht entlassen. Der Patient ist zwar juristisch gesehen Entscheidungsträger, dem Arzt obliegt aber die Verantwortung für eine umfassende und adäquate Aufklärung

und Behandlung. Betont wird hier jedoch der ethisch gut begründete und auch psychisch entlastende Aspekt der beidseitigen Verantwortungsübernahme für die Entscheidung in dem Maße, wie der Patient dies wünscht. Ist die Entscheidung gut dokumentiert, wird der informierten Zustimmung sogar mehr Genüge getan als durch eine Aufklärung, die sich im Wesentlichen auf Therapiemaßnahmen bezieht, die der Arzt präferiert. Die Kritik am Konzept des SDM bezieht sich auf 2 Aspekte: auf das ihm zugrunde liegende Autonomiekonzept und auf die (möglichen) ökonomischen Folgen seiner weitgehenden Implementierung. Im Hinblick auf den ersten Aspekt wird von ärztlicher Seite kritisiert, dass die Deliberation dem Patienten zu viel Autonomie zubillige bzw. auch zumute, da der Patient kein Fachmann sei. Auch werden rechtliche Konsequenzen bei Fehlentscheidungen befürchtet. Aus medizinethischer Perspektive, insbesondere angloamerikanischer Provenienz, wird konträr moniert, dass gemeinsame Entscheidungen durch Arzt und Patient die Autonomie des letztendlichen Entscheidungsträgers, also des Patienten, zu sehr einschränken, da er allein die körperlichen und psychischen Konsequenzen der Entscheidung tragen müsse. Aus der sozialetischen Perspektive distributiver Gerechtigkeit werden zudem negative ökonomische Folgen und eine damit einhergehende Verstärkung der sozialen Ungleichheit – die auch für das Informationsmodell und insbesondere das Kundenmodell gesehen wird – befürchtet: Patientenwünsche könnten dazu führen, dass die Ressourcen des Gesundheitssystems für nicht evidenzgestützte Entscheidungen/Maßnahmen verbraucht würden.

Reale Interaktionsmuster

Die idealtypischen Muster der Arzt-Patient-Beziehung kommen in der Praxis selten in Reinform vor. Ein Arzt, der der Patientenautonomie einen hohen Stellenwert einräumt, kann sich in manchen Situationen gezwungen sehen, „paternalistisch“ zu agieren. Patienten, die immer großen Wert auf eigenverantwortliche Entscheidungen gelegt haben, können in lebensbedrohlichen Situationen mit Hilf-

losigkeit reagieren und die Entscheidungsverantwortung abgeben wollen. Unabhängig von der situativen Komponente finden sich jedoch auch aufseiten der Ärzte tief verwurzelte Einstellungen, die das Umsetzen einer bestimmten Arzt-Patient-Interaktion wahrscheinlich machen. Seit Längerem ist bekannt, dass Studierende der Medizin der Patientenautonomie am Anfang ihres Studiums einen deutlich größeren Stellenwert einräumen als nach seinem Abschluss [31]. In der nach unserer Kenntnis bislang größten Studie zur ärztlichen Haltung hinsichtlich der Präferenzen für bestimmte für Arzt-Patient-Beziehungen wurde in Norwegen eine repräsentative Stichprobe von 1000 Ärzten befragt [32]. 63 % der Ärzte bevorzugten unabhängig von der klinischen Situation eine bestimmte Arzt-Patient-Beziehung, 37 % gestalteten diese je nach Situation. 30 % der Ärzte mit der relativ starren Haltung waren klassische bzw. moderne Paternalisten (Letztere beurteilten die Patientenautonomie ebenso wie Erstere grundsätzlich als unwichtig, die paternalistische Verhaltensweisen als wichtig, befürworteten aber gemeinsame Verhandlungen mit dem Patienten). 15 % der Befragten wurden als Verhandlungstyp (hohe Zustimmung zur Patientenautonomie und gemeinsamen Verhandlung, niedrige Zustimmung zum Paternalismus) oder als Autonomisten (hohe Zustimmung zur Patientenautonomie, niedrige Zustimmung zur gemeinsamen Verhandlung und zum Paternalismus) klassifiziert. Frauen waren ebenso wie jüngere Ärztinnen und Ärzte und Psychiater unter den Autonomisten häufiger vertreten, Männer häufiger unter den modernen Paternalisten. Chirurgen und Laborärzte sowie ältere Kollegen fanden sich signifikant häufiger unter den klassischen Paternalisten. Die Ergebnisse dieser Studie scheinen einige Vorurteile hinsichtlich der Neigung bestimmter Fachrichtungen zu paternalistischen Verhaltensweisen zu bestätigen. Es wird aber auch deutlich, dass ein hoher Anteil von Ärzten der situativen Flexibilität in der gelebten Arzt-Patient-Beziehung einen hohen Stellenwert einräumt.

Fast alle bisherigen Untersuchungen ergaben, dass man einerseits zwischen dem Bedürfnis der Patienten nach umfas-

sender Information und dem Angebot verschiedener Wahlmöglichkeiten und andererseits dem Bedürfnis nach Mitbestimmung des Patienten bei der endgültigen Entscheidung über die Therapie trennen sollte [33, 34, 35, 36, 37, 38, 39]. Während der Wunsch nach umfassender Information und prinzipieller Wahlmöglichkeit sowohl in der Allgemeinbevölkerung als auch in verschiedenen Patientengruppen sehr hoch ist, besteht nur bei knapp 50 % der befragten Personen/Patienten das Bedürfnis nach Mitbestimmung. Auch zeigen sich hier je nach Alter, Erkrankungszustand, Geschlecht, Schichtzugehörigkeit, Bildung und Ethnizität Unterschiede. So nimmt das Informationsbedürfnis bis zum mittleren Lebensalter (bis ca. 45 Jahre) zu, um dann wieder zu sinken, wobei aber unklar ist, ob dies einem Kohorteneffekt oder einer realen Zu- und Abnahme entspricht. Frauen haben fast durchweg einen höheren Partizipationswunsch als Männer. Hingegen zeigen Menschen, die ethnischen Minoritäten (Schwarze und Latinoamerikaner in den USA) zugehörig sind, weniger aktive Partizipationspräferenzen. In Bezug auf die Schichtzugehörigkeit fanden sich widersprüchliche Befunde, dies gilt auch für den Einfluss der Erkrankungen. Einigen Studien zufolge wollen kränkere Patienten (u. a. Tumorpatienten) eher weniger mitbestimmen als weniger kranke Patienten. Nach dem Gesundheitsmonitor der Bertelsmann-Stiftung war das Bedürfnis nach Mitbestimmung bei akut schwer erkrankten Versicherten jedoch am höchsten. Hier besteht noch großer Forschungsbedarf.

Sicher ist jedoch, dass in der Praxis deutlich weniger Patienten in die Therapieentscheidung einbezogen werden, als es von ihnen gewünscht wird. Ärzte überschätzen die Zeit, die sie für die Information ihrer Patienten verwenden müssen, um bis zu 900 %. Darüber hinaus trifft die ärztliche Einschätzung über das psychische/physische Hauptproblem des Patienten nur in 50 % zu [40]. Studien zeigen, dass Ärzte das Partizipationsbedürfnis ihrer Patienten schlecht einschätzen können und dass Patienten von ihnen erstmalig nach maximal 10–20 Sekunden im Arzt-Patient-Gespräch unterbrochen werden, d. h., bevor sie ihr Hauptproblem

schildern konnten [41]. Die mangelhafte Ausbildung von Ärzten in kommunikativen Fähigkeiten im Studium und in der Weiterbildung spielt dabei sicherlich eine große Rolle. Kommunikationstraining wird in England seit 2 Jahrzehnten an allen Universitäten durchgeführt. In Deutschland hat es sich erst an wenigen Universitäten als Schulungsprogramm (beispielsweise mittels Simulationspatientenunterricht) etabliert [42, 43].

Konsequenzen

Um verschiedene Modelle der Arzt-Patient-Beziehung ethisch bewerten zu können, muss nach ihren Konsequenzen für die (Mikro-)Ebene (Ärzte und Patienten) und Makroebene (Gesundheitssystem) gefragt werden. Bei diesbezüglichen Studien muss klar zwischen interventionellen und deskriptiven Studien, die kommunikative Fertigkeiten und Einfühlungsvermögen der Ärzte untersucht haben, und solchen, die evidenzbasierte Entscheidungshilfen analysiert haben, unterschieden werden.

Die Effekte von Entscheidungshilfen werden seit 1999 in einem Cochrane-Review kontinuierlich evaluiert [22]. Bei Patienten, die statt durch eine ärztliche Beratung/Aufklärung mithilfe einer evidenzbasierten Entscheidungshilfe informiert wurden, finden sich folgende Effekte: Die Patienten sind informierter, haben realistischere Erwartungen hinsichtlich möglicher Therapieeffekte, geben weniger Entscheidungskonflikte an, sind aktiver in den Entscheidungsprozess einbezogen und weniger unentschieden in Bezug auf den für sie besten Weg. Hinsichtlich des interventionellen Einsatzes von Entscheidungshilfen zeigen die bisherigen Studienergebnisse wenig Effekte auf klinisch objektive Parameter. Patienten entscheiden sich jedoch nach Einsatz einer Entscheidungshilfe für weniger riskante Operationen und nebenwirkungsärmere, aber auch geringfügig effektärmere Medikamente. Andere Studien ergaben hingegen keine oder aber auch negative Effekte. So erhöhte der Einsatz einer Entscheidungshilfe für Herzerkrankungen in einer US-amerikanischen Studie bei nichtweißen Amerikanern im Vergleich zu weißen die Angst. Dagegen zeigten deskriptive und

prospektive Studien, die den Einfluss einer autonomiefördernden, patientenzentriert-deliberativen versus paternalistischen Gesprächsführung und Haltung der Ärzte untersucht haben, sowohl subjektive als auch klinisch relevante positive Effekte auf die Patientengesundheit und Zufriedenheit [29]. Die Zufriedenheit war bei Patienten und Ärzten insgesamt höher. Bei Diabetikern und Patienten mit Bluthochdruck wurde beispielsweise eine bessere Diabetes- und Blutdruckeinstellung erreicht. Auch reduzierte sich die Analgetikagabe nach Herzinfarkt, und die Zahl an Operationen war geringer.

Bisher liegen nur wenige Untersuchungen vor, die die ökonomischen Effekte verschiedener Arzt-Patient-Beziehungen auf der Makroebene untersucht haben. Eine patientenzentrierte Gesprächsführung hat weniger Überweisungen und Laboruntersuchungen zur Folge. Der oft vermutete, jedoch selten gemessene erhöhte Zeitaufwand durch das Einbeziehen des Patienten wäre damit ausgeglichen. Der Einsatz von Entscheidungshilfen reduzierte beispielsweise die Kosten bei Menorrhagien [44]. Zum Einfluss verschiedener Formen der Arzt-Patient-Beziehung auf der Makroebene und auf der Mikroebene in unterschiedlichen Situationen, bei unterschiedlichen Patientengruppen und in verschiedenen kulturellen Kontexten liegen nur wenige Studien vor, sodass hier noch kein abschließendes Urteil gebildet werden kann.

Fazit: die Arzt-Patient-Beziehung – Erreichtes und Wünschenswertes

In den letzten Jahren ist hinsichtlich der Forschung zur Arzt-Patient-Beziehung und der Implementierung neuer Strategien viel geleistet worden. Die deutsche medizinethische Debatte hatte an diesen Entwicklungen bisher nur wenig Anteil, ein interdisziplinärer Diskurs ist hier erst in Ansätzen erfolgt. Es besteht an verschiedensten Stellen noch erheblicher Reflexions- und Forschungsbedarf. So spricht aus ethischer Sicht vieles für ein deliberatives Arzt-Patient-Beziehungsmodell, das situativ flexibel und kontextsensitiv auf Basis eines ganzheitlichen Gesundheits- und Krankheitsmodells die

größtmögliche Autonomie des Patienten zu realisieren versucht, ohne dass sich der Arzt aus der Verantwortung für den Patienten verabschieden muss, wie dies in der verabsolutierten Version des Konsumentenmodells angelegt ist. Vieles spricht auch für die weitere Förderung des Einsatzes von Entscheidungshilfen in der Arzt-Patient-Beziehung. In der Forschungslandschaft zum sog. Shared Decision Making und zum Einsatz besserer Patienteninformationen finden sich implizit oft unterschiedliche Konzepte der Arzt-Patient-Beziehung, denen auch unterschiedliche Prinzipien zugrunde liegen. So steht häufig das Informations-Konsumenten-Modell und weniger die gemeinsame Entscheidungsfindung im Vordergrund. Einige der Patienteninformationen, die sich im Internet finden, sind schlecht strukturiert, unterliegen keinem Qualitätsmanagement und führen möglicherweise zur Desinformation durch Überinformation – oder ihr Verständnis setzt teilweise Expertenwissen bei Patienten voraus. Ob der routinemäßige Einsatz von Aufklärungen nach den Prinzipien der SDM tatsächlich für alle Patientengruppen und das Gesundheitssystem insgesamt einen Vorteil darstellt, ist noch nicht geklärt.

Aus der Perspektive der distributiven Gerechtigkeit muss genauer untersucht werden, ob für den Wandel des Arzt-Patient-Verhältnisses auch die Kriterien des Inverse Care Law gelten. Danach erhalten diejenigen, die Gesundheitsleistungen am dringendsten benötigen, die wenigsten Leistungen. Sollten SDM und/oder das Informationsmodell die Umsetzung des Ziels einer bedarfsgerechten Versorgung nicht verbessern helfen – z. B. dadurch, dass Patienten, denen es besser geht, die voll einwilligungsfähig sind und die der Mittelschicht ohne Migrationshintergrund entstammen, zeitintensiver beraten werden –, müssen Maßnahmen zur Gegensteuerung ergriffen werden. So gibt es erste Hinweise darauf, dass es in Gebieten mit einem hohen Engagement von Selbsthilfegruppen, die von der Pharmaindustrie unter Umgehung der Ärzteschaft – ganz nach dem Konsumentenmodell – direkt beworben werden, zu teuren, nicht evidenzbasierten Medikamentenverschreibungen und damit zu Ungleichge-

wichten kommt, die einer bedarfsgerechten Versorgung aller Patienten entgegenwirken. Eine weitere diesbezügliche Schwächung des Expertenstatus der medizinischen Professionen könnte zu erheblichen Problemen führen.

Die bisherigen Evidenzen sprechen allerdings dafür, dass gut informierte Patienten weniger kostenintensive und riskante neue Verfahren in Anspruch nehmen und eine gemeinsame Entscheidungsfindung hier positive Effekte zeigt. Die Patientenbeteiligung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems ist zwar ein großes Stück vorangekommen, doch kann jedoch erst in Ansätzen von partnerschaftlichen Beziehungen gesprochen werden. So haben Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss kein Stimmrecht, und bei der Evaluation von Gesundheitstechnologien durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit werden Patienten nicht direkt einbezogen. Es bleibt sowohl auf der Mikroebene als auch auf der Makroebene hinsichtlich der Gestaltung und Weiterentwicklung der Arzt-Patient-Beziehung noch einiges zu tun.

Korrespondierende Autoren

**PD. Dr. med. Tanja Krones,
Prof. Dr. med. Gerd Richter**

Bioethik-Klinische Ethik, Ethikkommission,
Fachbereich Medizin
Philipps-Universität Marburg
Baldingerstraße 1
35033 Marburg, BRD
E-Mail: krones@mail.uni-marburg.de

Literatur

1. Frewer A, Neumann, JN (2001) Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950. Campus, Frankfurt M. New York
2. Düwelling M, Steigleder K (2003) Bioethik: Zu Geschichte, Bedeutung und Aufgaben. In: Düwelling M, Steigleder K (Hrsg) Bioethik. Eine Einführung. Suhrkamp, Frankfurt M., S 12–40
3. Gilligan C (1982) In a different voice. Psychological theory and women's development. Harvard University Press, Cambridge
4. Charles C, Gafni A, Whelan T (1997) Shared decision making in the medical encounter: what does it mean (or it takes at least two to tango). Soc Sci Med 44:681–692
5. Edwards A, Elwyn G (2001) Evidence based patient choice. Oxford University Press, Oxford
6. Scheibler F, Pfaff H (2003) Shared Decision Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa, Weinheim München
7. Härter M, Loh A, Spies C (2005) Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen. Deutscher Ärzte Verlag, Köln
8. Uexküll T, Wesiack W (1998) Theorie der Humanmedizin, 3. Aufl. Urban und Schwarzenberg, München Wien Baltimore
9. DiBlasi Z, Harkness E, Ernst E, et al. (2001) Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 357:757–762
10. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 19:A2236
11. Beauchamp T, Childress J (2001) Principles of biomedical ethics. 5th edn. Oxford University Press, Oxford New York
12. Engelhardt HT jr. (1995) The foundation of bioethics. 2nd edn. Oxford University Press, New York
13. Veatch RM (1981) A theory of medical ethics. Basic Books, New York
14. European Charta (2002) <http://www.activecitizenship.net/health/ec.htm>
15. Quill TE, Cassel CK (1995) Non-abandonment: a central obligation for physicians. Ann Int Med 122:368–374
16. Quill TE, Brody H (1996) Physician recommendations and patient autonomy: finding a balance between physician power and patient choice. Ann Int Med 125:763–769
17. Buetow S (2005) To care is to coprovide. Ann Fam Med 3:553–555
18. McNutt RA (2004) Shared decision making. Problems, Process, Progress. JAMA 292:2516–2518
19. Krones T, Richter G (2006) Die Arzt-Patient-Beziehung. In: Schulz S, Steigleder K, Fangerau H, Paul NW (Hrsg) Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. Suhrkamp-Verlag, Frankfurt/M, S 94–117
20. Shalowitz DI, Garrett-Mayer E, Wendler D (2006) The accuracy of surrogate decision makers: a systematic review. Arch Intern Med 166(5):493–497 <http://www.ohri.ca/DecisionAid/>
22. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, et al. (2003) Decision Aids for people facing health treatment or screening decisions (Cochrane Review), Cochrane Library 1
23. Heesen C, Schwickert Y, Kasper J, et al. (2004) Immuntherapien der multiplen Sklerose. Broschüre im Selbstverlag, Hamburg
24. Krones T, Keller H, Soennichsen A (2008) Absolute cardiovascular risk and shared decision making in primary care: a single blind cluster randomized controlled trial. Ann Fam Med (im Druck)
25. Sängler S (2005) Evidenzbasierte Patientenscheidung – Wirklichkeit oder Wunsch? Z Allg Med 81:528–536
26. Meyer F (2006) Was ist eine „therapeutische Aufklärung?“ Hessisches Arztebl 2:97–98
27. Towle A, Godolphin W (1999) Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 319:766–771
28. Elwyn G, Charles C (2001) Shared decision making: the principles and the competences. In: Edwards A, Elwyn G (eds) Evidence-based patient choice. Oxford University Press, Oxford, S 118–143
29. Stewart M (1995) Patient centred medicine. Sage publications, Thousand Oaks.
30. Maple FF (1977) Shared decision making. Sage Publications, Beverly Hills London
31. Emmrich P, Ogunlade V, Unger U (2004) Demographische Untersuchung zur Vorstellung vom Arztbild und zur Studienmotivation unter Studenten der Medizin des ersten vorklinischen Semesters. Z Med Ethik 50:11–20

32. Falkum E, Forde R (2001) Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 52:239–248
33. Ende J (1989) Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 4:23–30
34. Fallowfield LA (2001) Participation of patients in decisions about treatment for cancer. *BMJ* 323: 1144
35. Levinson W (2005) Not all Patients want to participate in decision making. *J Gen Intern Med* 20: 531–535
36. BMJ (British Medical Journal) (1999) Internetbefragung zu Partizipationspräferenzen und Status der Arzt-Patient-Beziehung in der Bevölkerung, online unter <http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7212/DC1>
37. Isfort J, Floer B, Butzlaff M (2004) „Shared Decision Making“ – Partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: Böcken J (Hrsg) Gesundheitsmonitor 2004. Die Ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh, S 88–100
38. Scheibler F, Janssen C, Pfaff H (2003) Shared decision making: ein Überblicksartikel über die internationale Forschungsliteratur. *J Soz Präventivmed* 48:11–24
39. Fischbeck S (2003) Zum Bedürfnis onkologischer Patienten nach therapiebezogener Mitentscheidung. In: Scheibler F, Pfaff H (Hrsg) Shared Decision Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess, Juventa, Weinheim München, S 46–54
40. Waitzkin H (1984) Doctor-patient communication: clinical implications of social scientific research, in: *JAMA* 252, S 2441–2446
41. Wilm S, Knauf A, Peters T, Bahrs O (2004) Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation. *Z Allg Med* 80:53–57
42. Brown J (2008) How clinical communication has become a core part of medical education in the UK. *Med Edu* 42:271–278
43. Ortwein H, Fröhmel A, Burger W (2006) Einsatz von Simulationspatienten als Lehr- und Prüfungsform. *Psychother Psych Med* 56:23–29
44. Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A, et al. (2002) Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes and costs. A randomized controlled trial. *JAMA* 288:2701–2708
45. Meier C, Borasio GD, Kutzer K (2005) Patientenverfügung. Ausdruck der Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge. Kohlhammer, Stuttgart

D. Rosenkranz, G. Bachmann, W. König u. G. Einsele (Hrsg.) Redakt. E. Giese.

Bodenschutz

Ergänzbare Handbuch der Maßnahmen und Empfehlungen für Schutz, Pflege und Sanierung von Böden, Landschaft und Grundwasser. Ergänzbare Loseblattwerk in drei Ordnern. 43. bis 46. Ergänzungslieferung (Dezember 2005 bis Januar 2008), 5806 Seiten, Ausschlagtafel. 148€, Erich Schmidt Verlag, Berlin Bielefeld München. ISBN 978-3-503-02718-7

Mit der aktuellen Neufassung des Bundesbodenschutzgesetzes bietet das Handbuch Informationen zur Umsetzung einschlägiger Vorschriften und Gesetze. Es begleitet den Prozess der Gefährdungsabschätzungen und Sanierungen und stellt Mindestuntersuchungsprogramme, Grenzwertregelungen und Sanierungskonzepte dar. Mit der 46. Lieferung wird eine kostenfreie Lizenz auf ausgewählte Vorschriften der Umweltrechts-Datenbank unter www.UMWELTdigital.de geboten.

Zum Komplex „Boden in der Umweltpolitik“ werden in den neuen Ergänzungen die europäische Strategie für den Bodenschutz und der Vorschlag für eine europäische Rahmenrichtlinie für den Bodenschutz vorgestellt. Außerdem wird ein Überblick über das Bodenschutzrecht in Korea und Japan geboten.

Die „wissenschaftlichen Grundlagen“ werden erweitert durch Darlegungen zur nachhaltigen Bodennutzung unter besonderer Berücksichtigung des Flächenverbrauchs und zu Bodenuntersuchungen auf Kinderspielflächen sowie durch die Kriterien zur Erkennung von Bodengefügeschäden. Bemerkenswert ist auch die Vorstellung der Stoffdatenbank für bodenschutzrelevante Stoffe.

Die Entwicklungsskizzierung der Arbeitsgemeinschaft Bodenschutz (LABO) zeigt ihre Bedeutung beim Abgleich von Vollzugsfragen. Von ihren Arbeitsergebnissen werden die Bewertungsgrundlagen für Schadstoffe in Altlasten (Informationsblätter) sowie Hinweise zur Abgrenzung zwischen Bundesbodenschutzgesetz und Wasserrecht (LABO 2005) wiedergegeben. Zu diesem Komplex gehören auch die Grundsätze des nachsorgenden Grundwasserschutzes bei punktuellen Schadstoffquellen (LAWA/LABO) und die „Gefahrenabwehrmaßnahmen bei schäd-

lichen stofflichen Bodenveränderungen in der Landwirtschaft (NRW 2006)“.

Im Komplex „Gesetze, Rechtsvorschriften und Arbeitshilfen“ werden das Gesetz über die Vermeidung und Sanierung von Umweltschäden (UrschadG) vom 19.7.07, die Düngeverordnung vom 27.2.07 und die Düngemittelverordnung vom 26.11.06., das Landesbodenschutzgesetz Rheinland-Pfalz, das Baden-Württembergische Landesbodenschutz- und Altlastengesetz, das Bayerische Bodenschutzgesetz, die Berliner Sachverständigenverordnung (n. §18 BbodSchG), das Hessische Bodenschutz-Ausführungsgesetz, das Niedersächsische Bodenschutzgesetz und zugehörige Begleitverordnungen sowie der NRW-Altlastenerlass für Baugenehmigungsverfahren abgedruckt.

(Gerald Milde, Berlin)