OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Universität Augsburg
Universitätsbibliothek

Nichts als die Wahrheit? Zur Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar kranken Patienten in der Onkologie

Jan Schildmann, Eva Schildmann

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Schildmann, Jan, and Eva Schildmann. 2009. "Nichts als die Wahrheit? Zur Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar kranken Patienten in der Onkologie." *Der Onkologe* 15 (10): 957–63. https://doi.org/10.1007/s00761-009-1696-y.

Nutzungsbedingungen / Terms of use: **licgercopyright**

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
Deutsches Urheberrecht
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/

J. Schildmann[1, 2] · E. Schildmann[2]
[1] Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin, Ruhr-Universität Bochum
[2] Klinik für Hämatologie, Onkologie u. Tumorimmunologie, Robert-Rössle-Klinik, HELIOS Klinikum Berlin Buch, Berlin

Nichts als die Wahrheit?

Zur Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar kranken Patienten in der Onkologie

Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar kranken Patienten[1] in der Onkologie stellen hohe Anforderungen an die ethischen und kommunikativen Kompetenzen von Ärzten. Das Recht auf Selbstbestimmung ist die normative Grundlage für die Aufklärung von Patienten. Empirische Studien belegen, dass sich die Präferenzen von Patienten hinsichtlich Information und Teilhabe an der Entscheidungsfindung interindividuell unterscheiden. In diesem Beitrag werden ethische und empirische Untersuchungen zur Aufklärung und Entscheidungsfindung vorgestellt und mit Blick auf ihre Relevanz für ein professionelles Vorgehen in der Praxis analysiert.

Die professionell angemessene Gestaltung der *Aufklärung und Entscheidungsfindung* in der Arzt-Patient-Beziehung ist Thema einer breit rezipierten Arbeit von Emanuel und Emanuel (1992). Im Folgenden werden die zwischenzeitlich auch von vielen anderen Wissenschaftlern untersuchten Modelle der *paternalistischen, informativen, interpretativen und deliberativen Entscheidungsfindung* [7] kurz vorgestellt und unter ethischen Gesichtspunkten voneinander abgegrenzt.

Vier Modelle der Arzt-Patient-Beziehung: ethische Aspekte der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung

Paternalistische Arzt-Patient-Beziehung

Ziel der Entscheidungsfindung im paternalistischen Modell der Arzt-Patient-Beziehung, das in der Literatur auch als „hippokratisches Modell" bezeichnet wird, ist eine Entscheidung, die das gesundheitliche Wohl des Patienten bestmöglich fördert. Der Arzt trifft die Therapieentscheidung auf der Basis der ihm zur Verfügung stehenden Fachkenntnisse und seiner klinischen Erfahrung. Das Wohl des Patienten ist in diesem Modell objektiv bestimmbar. Die Autonomie des Patienten bezieht sich nach dem Verständnis des paternalistischen Modells auf die Zustimmung zur ärztlich empfohlenen Behandlung. Das ethische Prinzip der Benefizienz (Wohltun) und die ärztliche Fürsorge stehen im Vordergrund.

Informative Arzt-Patient-Beziehung

Die informierte, selbstbestimmte Entscheidung des Patienten auf der Basis möglichst umfassender medizinisch relevanter Kenntnisse und entsprechend seinen Wertvorstellungen ist Ziel der Arzt-Patient-Interaktion. Die Aufgabe des Arztes in dieser auch als „Konsumentenmodell" bezeichneten Arzt-Patient-Interaktion ist die Darlegung der für die Entscheidungsfindung relevanten Informationen. Die Präferenzen und Wertvorstellungen des Patienten bezüglich gesundheitsbezogener Entscheidungen sind nach diesem Modell bekannt und konstant. Die Wertvorstellungen des Arztes sollen die Entscheidung nicht beeinflussen. Das ethische Prinzip der Autonomie ist zentral.

Interpretative Arzt-Patient-Beziehung

Ziel der Arzt-Patient-Interaktion entsprechend dieser Modellvorstellung ist die Umsetzung einer Entscheidung, die den Präferenzen des Patienten entspricht. Aufgabe des Arztes ist die Unterstützung des Patienten bei der Identifikation seiner Werte. Die Präferenzen des Patienten sind im Modell der interpretativen Entscheidungsfindung als teilweise unbewusst und unklar konzeptionalisiert. Demnach ist es Aufgabe des Patienten, sich mithilfe des Arztes seiner Werthaltungen bewusst zu werden, um eine Entscheidung zu treffen, die seinen Präferenzen am ehesten entspricht. Der Arzt steht dem Patienten bei der Suche nach dieser Entscheidung beratend zur Seite und implementiert die Entscheidung.

[1] Im vorliegenden Artikel wird aus Gründen der gebotenen Kürze und Lesbarkeit zur Bezeichnung gemischtgeschlechtlicher Gruppen die männliche Form verwendet. Gemeint sind stets beide Geschlechter, hier z. B. Patientinnen und Patienten.

Tab. 1 Idealtypische Darstellungen der Aufklärung und Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Beziehung. (In Anlehnung an [7, 12])

	Paternalistische Entscheidungsfindung	Informierte Entscheidungsfindung	Interpretative Entscheidungsfindung	Deliberative Entscheidungsfindung
Ziel der Arzt-Patient-Interaktion	„Bestmögliche" Behandlung (ärztliche Sicht)	Informierte Entscheidung des Patienten	Entscheidung entsprechend den Wertvorstellungen des Patienten	Entscheidung unter Berücksichtigung von gesundheitsbezogenen Werten und Präferenzen des Patienten
Aufgabe des Arztes	Auswählen der die Gesundheit am ehesten fördernden Therapie	Informieren und Implementieren der Therapie	Identifizieren der Wertvorstellungen des Patienten sowie Auswählen einer entsprechenden Therapieentscheidung	„Bestmögliche" Fürsorge – Informieren und ggf. Überzeugen des Patienten von gesundheitsbezogenen Werten – Implementieren des Patientenwillens
Rolle des Arztes	Beschützer	Technischer Experte/ Dienstleister	Berater	Freund/Lehrer
Aufgabe des Patienten	Zustimmung/ Compliance	Aufnehmen und Verarbeiten der Informationen, Auswählen der Behandlung	Reflektieren und Benennen der eigenen Werthaltungen	Reflektieren und Diskutieren der eigenen Werthaltungen
Werte des Patienten	Objektiv und von Arzt und Patient geteilt	Definiert, stabil und dem Patienten bekannt	Rudimentär und widersprüchlich, klärungsbedürftig	Entwicklungsfähig und durch moralischen Diskurs zu beeinflussen
Kontrolle über Entscheidung	Arzt	Patient	Patient	Patient

Deliberative Arzt-Patient-Beziehung

Ziel der Arzt-Patient-Interaktion ist eine Entscheidung, die sowohl persönliche Werthaltungen des Patienten als auch gesundheitsbezogene, von ärztlicher Seite vertretene Werte berücksichtigt. Aufgabe des Arztes ist nach Übermittlung der für die Therapieentscheidungsfindung relevanten Informationen die Partizipation am Diskurs mit dem Patienten. Im Verlauf des Diskussionsprozesses sollen fachliche Informationen und gesundheitsbezogene sowie andere vom Patienten eingebrachte Wertvorstellungen benannt und abgewogen werden. Der Arzt soll den Patienten von gesundheitsrelevanten Werten überzeugen, die Entscheidung liegt letztlich aber beim Patienten.

In **Tab. 1** sind die Charakteristika der aufgeführten Modelle der Entscheidungsfindung zusammengefasst.

Der Respekt für die Autonomie des Menschen und sein Recht auf Selbstbestimmung werden als normative Grundlagen für die Pflicht des Arztes genannt, Patienten über ihre Erkrankung aufzuklären. Darüber hinaus bildet die Aufrichtigkeit gegenüber Patienten auch in schwierigen Situationen eine Voraussetzung für eine angemessene, vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung [19]. Aus juristischer Perspektive ist die Aufklärung von Patienten über ihre Erkrankung Grundlage für das informierte Einverständnis zu diagnostischen oder therapeutischen Interventionen. Der Arzt muss etwa über Art, Umfang und Dringlichkeit sowie Risiken und Nebenwirkungen der Behandlung, Folgen einer etwaigen Nichtbehandlung sowie Behandlungsalternativen aufklären [22]. Mit Blick auf die Frage, inwieweit schwer kranke Patienten die Wahrheit erfahren müssen, ist nach höchstrichterlicher Rechtssprechung eine Ausnahme von der Verpflichtung zur wahrheitsgemäßen Information dann möglich, wenn ausreichende Anhaltspunkte dafür vorhanden sind, dass die Aufklärung zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung führen würde (BGHZ 29, 176, 186).

Die ärztliche Einstellung gegenüber der Aufklärung Schwerkranker hat sich geändert

Die ärztliche Einstellung gegenüber der Aufklärung schwer kranker Patienten vollzog in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts einen Wandel. Lehnten noch zu Beginn der 1960er Jahre in einer Umfrage 9 von 10 Ärzten die Aufklärung von Patienten über eine Krebsdiagnose ab [17], so stimmten Ende der 1970er Jahre 90% der befragten Ärzte einer Aufklärung über lebensbedrohliche Erkrankungen zu [16]. Dieser Wandel ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zunehmenden (juristischen) Forderungen nach Anerkennung des Rechts auf Selbstbestimmung in Bezug auf medizinische Aspekte zu interpretieren [26]. Die ethischen Konzepte, in denen die Selbstbestimmung die handlungsleitende Grundlage für die Gestaltung der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung darstellt, haben insbesondere im angloamerikanischen Raum Eingang in die Ausbildung von Medizinstudierenden und jungen Ärzten gefunden [4]. In Deutschland wurde im Rahmen des durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unterstützten Förderschwerpunkts „Der Patient als Partner" das Modell der „Partizipativen Entscheidungsfindung" („shared decision making") auch mit Blick auf die Implementierung in die ärztliche Aus- und Weiterbildung untersucht (http://www.patient-als-partner.de, letzter Zugriff am 14.07.09).

Die *medizinethische Bewertung* der oben idealtypisch skizzierten Vorgehensweisen der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung ist maßgeblich abhängig vom *Kontext*, in dem das Aufklärungsgespräch stattfindet, und den *Präferenzen* der betroffenen Patienten. Im folgenden Teil werden ausgewählte empirische Erkenntnisse zu Kontextfaktoren und Präferenzen von an Krebs erkrankten Patien-

Tab. 2 Gesprächsleitfaden für Gespräche, in denen schlechte Nachrichten überbracht werden müssen. (In Anlehnung an [1, 2])

1. Vorbereitung
- Planen Sie genügend Zeit für ein Aufklärungsgespräch ein und informieren Sie sich über die relevanten Fakten zur Krankheit und zum Patienten - Wählen Sie einen geeigneten Ort für das Gespräch (z. B. separater Raum, Ruhe, kein Telefon, ausreichend Sitzgelegenheiten) - Klären Sie, wer außer dem Patienten am Gespräch teilnehmen soll (z. B. Partner, Kinder)
2. Gesprächsbeginn
- Klären Sie den Wissenstand des Patienten bzw. bestehende Vermutungen/Befürchtungen
3. Überbringen der schlechten Nachricht
- Führen Sie schrittweise zu der Nachricht hin, z. B. indem Sie die bisherigen Untersuchungen zusammenfassen - Kündigen Sie sie ggf. durch eine „Warnung" die schlechte Nachricht an (z. B. „Leider…") - Nennen Sie den Namen der Krankheit und beschreiben Sie sie in verständlicher Sprache - Lassen Sie dem Patienten Zeit, die Nachricht aufzunehmen, machen Sie Pausen - Lassen Sie sich von dem leiten, was der Patient besprechen möchte, und passen Sie ihre Themen daran an - Vergewissern Sie sich durch Rückfragen, ob der Patient Sie verstanden hat. - Bieten Sie Gelegenheit für Fragen. - Nennen Sie keine Zeitpunkte, sondern Zeitspannen, wenn Sie über die Prognose der Erkrankung sprechen. - Achten Sie auf die Reaktionen und Emotionen des Patienten und gehen Sie empathisch darauf ein
4. Beendigung des Gesprächs
- Wiederholen Sie wichtige Aspekte und fassen Sie sie zusammen - Weisen Sie ggf. auf Unterstützungsmöglichkeiten hin (z. B. Psychologe, Selbsthilfegruppe…) - Planen Sie einen Termin für ein nächstes Gespräch, planen Sie die nächsten Schritte - Nennen Sie eine Telefonnummer/Ansprechpartner für Nachfragen

ten hinsichtlich Information und Partizipation referiert.

Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung in der Onkologie: Präferenzen von an Krebs erkrankten Patienten und Kontextfaktoren

Der Wunsch der großen Mehrheit von an Krebs erkrankten Patienten nach Informationen über ihre Erkrankung ist empirisch gut belegt. In einer Befragung von 2331 onkologisch erkrankten Patienten gaben 87% an, so viel Information wie möglich erhalten zu wollen. 98% der Befragten wollten wissen, ob sie Krebs haben und 95% wünschten sich Informationen zu den Heilungschancen [13]. In dieser Studie gab es keine Unterschiede in den Informationspräferenzen zwischen Patienten in kurativer oder palliativer Therapie oder in Remission. Während der Wunsch nach Information bei älteren Patienten entsprechend der vorliegenden Daten etwas weniger ausgeprägt zu sein scheint, ist auch für diese Gruppe mehrheitlich ein Bedarf an detaillierten Informationen zu konstatieren [13, 18].

Der Wunsch nach möglichst umfassender Information über die Krankheit, die Therapieoptionen sowie unerwünschte Folgen der Therapie kann nach den vorliegenden empirischen Daten nicht mit dem Wunsch nach Mitbeteiligung bei der Therapieentscheidung gleichgesetzt werden. Während entsprechend der in einer Übersichtsarbeit zusammengetragenen Ergebnisse empirischer Studien zur Aufklärung bzw. Entscheidungsfindung nahezu alle unheilbar an Krebs erkrankten Patienten alle verfügbaren Informationen erhalten wollten, äußerten etwa zwei Drittel der befragten Patienten den Wunsch, an der Therapieentscheidung beteiligt zu werden [10]. Der Wunsch nach Mitbeteiligung bei Therapieentscheidungen besteht also bei weniger Patienten als der nach umfassender Information. Patienten mit höherem Bildungsstand, Frauen und jüngere Patienten haben den Untersuchungsergebnissen zufolge eher den Wunsch, aktiv an dem Entscheidungsprozess teilzuhaben. Es gibt weiterhin Hinweise darauf, dass die Präferenzen hinsichtlich Information und Partizipation an der Therapieentscheidungsfindung sich mit zunehmendem Krankheitsprogress ändern können [10].

Die Einschätzung der Patientenpräferenzen hinsichtlich Information und Teilhabe an der Entscheidungsfindung durch die behandelnden Ärzte deckt sich häufig nicht mit den von Seiten der Patienten geäußerten Wünschen [5]. Eine Abstimmung der Gestaltung von Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung mit den Wünschen der Patienten ist gesundheitlich von Relevanz. So konnten Gatellari et al. zeigen, dass bei onkologischen Patienten, deren Grad der Mitbestimmung bei der Therapieentscheidung ihrem Wunsch entsprach, eine größere Reduktion ihrer Angst nach dem Therapieentscheidungsgespräch auftrat als bei Patienten, deren Mitbestimmung größer oder kleiner war als gewünscht [11].

Die Aufklärung über Erkrankung, Therapieoptionen und Prognose in der Onkologie wird aus der Patientenperspektive als ein Prozess beschrieben, im Rahmen dessen die Erkrankung angenommen wird [14]. Die kognitive Fähigkeit und emotionale Bereitschaft, im Rahmen eines Erstgesprächs über eine Tumorerkrankung (oder deren Progress) Informationen aufzunehmen und die verfügbaren Optionen rational gegeneinander abzuwägen, sind entsprechend der vorliegenden Untersuchungen eingeschränkt [18, 24]. Die Informationen, die verarbeitet werden müssen, um an der Entscheidung mitzuwirken, sind komplex, und die Patienten haben in diesem Bereich in der Regel kein Vorwissen. Dazu kommen Probleme beim Umgang mit Unsicherheit und mit Wahrscheinlichkeiten von Therapieerfolg und Nebenwirkungen. Da mögliche Konsequenzen der Therapieentscheidung mit bisher gemachten Erfahrungen nicht zu vergleichen sind, sind sie schwer vorstellbar und schwer zu bewerten (Übersicht bei [18]). Die Durchführung eines Aufklärungsgesprächs kann aus den genannten Gründen nicht mit der Aufklärung von Patienten gleichgesetzt werden.

Der Kontext, in dem Gespräche über eine Tumorerkrankung und deren Behandlung stattfinden, ist relevant für die Gestaltung der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung. Ausgehend von empirischen Untersuchungen mit an Brustkrebs erkrankten Patientinnen

wurde im Rahmen des bereits erwähnten BMG-Förderschwerpunkts „Der Patient als Partner“ unter anderem postuliert, dass die Teilhabe von Patienten im stationären Bereich schwieriger sei als im Rahmen eines Termins in einer Praxis bzw. einer Ambulanz. Grundlage hierfür ist die Beobachtung, dass Patienten sich im stationären Bereich tendenziell passiver verhalten als Patienten, mit denen bei einem Ambulanztermin über die Erkrankung und die Behandlungsoptionen gesprochen wird [25]. Die Zeit wird im Rahmen von Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung in der Onkologie ebenfalls als ein wichtiger Kontextfaktor genannt. So gaben einer Übersichtsarbeit zufolge Ärzte in verschiedenen Studien Zeitmangel als eine der wichtigsten Barrieren für gemeinsame Entscheidungsfindung mit den Patienten an (Übersicht bei [15]). Auf der Seite der Patienten löst die Diagnose einer Krebserkrankung vielfach das Gefühl eines starken Zeitdrucks für eine Therapieentscheidung aus, was ein rationales Abwägen der bestehenden Optionen, eine Voraussetzung für Mitbeteiligung an der Therapieentscheidung, einschränkt [18, 24].

Aufklärung und Entscheidungsfindung bei unheilbar an Krebs erkrankten Patienten: ethische und kommunikative Kompetenzen

Die Zusammenführung ethischer und empirischer Aspekte im Rahmen interdisziplinärer medizinethischer Analysen ist Grundlage für die abschließenden Überlegungen zur professionellen Gestaltung der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung in der Onkologie. Die vorstehend referierten Daten empirischer Untersuchungen belegen, dass viele der an Krebs erkrankten Patienten über ihre Erkrankungssituation informiert und in die Therapieentscheidungsfindung einbezogen werden wollen (Übersicht bei [10]). Es gibt weiterhin Anhaltspunkte, dass dieser Wunsch von ärztlicher Seite nicht richtig eingeschätzt wird [5]. Die Ergebnisse der empirischen Untersuchungen sind jedoch sowohl aus methodischen Gründen als auch mit Blick auf ihre Relevanz für die medizinethische Bewer-

Zusammenfassung · Abstract

J. Schildmann · E. Schildmann

Nichts als die Wahrheit? Zur Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar kranken Patienten in der Onkologie

Zusammenfassung
Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung in der Onkologie sind Gegenstand interdisziplinärer medizinethischer Untersuchungen. In diesem Beitrag werden zunächst die Modelle der paternalistischen, informativen, interpretativen und deliberativen Arzt-Patient-Beziehung unter besonderer Berücksichtigung ethischer Aspekte der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung vorgestellt und voneinander abgegrenzt. Des Weiteren werden ausgewählte Ergebnisse empirischer Untersuchungen zu Kontextfaktoren und den Präferenzen von an Krebs erkrankten Patienten hinsichtlich Aufklärung und Teilhabe an der Entscheidungsfindung referiert. Die professionelle Gestaltung der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar an Krebs erkrankten Patienten und die Ausbildung der hierfür notwendigen ethischen und kommunikativen Kompetenzen stehen im Mittelpunkt des abschließenden Teils des Beitrags.

Schlüsselwörter
Schlechte Nachrichten überbringen · Entscheidungsfindung · Ethik und Kommunikation · Empirische Medizinethik · Arzt-Patient-Beziehung

Nothing but the truth? Informed consent and treatment decision-making with incurable patients in oncology

Abstract
Information about treatment and decision-making in oncology are at the centre of interdisciplinary studies in medical ethics. In this paper the models of paternalistic, informative, interpretative and deliberative physician-patient relationships will be presented with a focus on patient information and treatment decision-making. The models will be distinguished according to ethically relevant criteria. In the second part selected empirical data on context and preferences of patients regarding information and participation in decision-making will be presented. Practical aspects of information and treatment decision-making for patients with incurable cancer and the training of the ethical and communicative competences necessary for professional conduct of these physician-patient interactions are the main theme of the final part of this paper.

Keywords
Breaking bad news · Decision-making · Ethics and communication · Empirical medical ethics · Doctor-patient-relationship

tung kritisch zu prüfen. So ist aus *methodischer* Sicht unter anderem zu bedenken, dass die Umfrageergebnisse in der Regel auf einer strukturierten Befragung zu einem bestimmten Zeitpunkt basieren. Die Selektion von Teilnehmenden an empirischen Studien, die Reduktion von Inhalten beispielsweise durch die Formulierung der Items im Fragebogen sowie die sich bekanntermaßen im Lauf einer Erkrankung verändernden Präferenzen und Werthaltungen sind Faktoren, die bei der Interpretation der sozialempirischen Forschungsergebnisse berücksichtigt werden müssen [21, 29]. Weiterhin kann die *medizinethische Bewertung* hinsichtlich eines angemessenen Vorgehens bei der Aufklärung und Therapieentscheidung nicht allein aufgrund der Präferenzen von Patienten erfolgen. Ein Beispiel hierfür sind Situationen, in denen Patienten mit unheilbaren Erkrankungen jegliche technisch mögliche Intervention wünschen. Die Indikationsstellung fällt aber in den ärztlichen Verantwortungsbereich. Der behandelnde Arzt muss die von ihm angebotenen Therapiemöglichkeiten ethisch verantworten können [7].

Die Kenntnis verschiedener Modelle der Arzt-Patient-Beziehung ist hilfreich für die Systematisierung und ethische Bewertung der unterschiedlichen Vorgehensweisen bei Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Es ist offensichtlich, dass keines der Modelle für alle in der Onkologie anzutreffenden Praxissituationen als Vorbild dienen kann. Das Modell der paternalistischen Entscheidungsfindung wird insbesondere mit Blick auf die Prämisse einer von Arzt und Patient geteilten Vorstellung vom Ziel einer Behandlung und der Abwägung von Nutzen und Risiken kritisiert. In der Onkologie wie auch in anderen Fachgebieten können diesbezüglich immer wieder Unterschiede zwischen Arzt und Patient konstatiert werden. Kritiker des Modells der informativen Entscheidungsfindung wiederum geben zu bedenken, dass die Umsetzung dieses Modells gerade bei schwerwiegenden Erkrankungen zumindest einen Teil der betroffenen Patienten überfordere [7].

Seit den 1990er Jahre wird in der Literatur das Konzept von „shared decision making“ als Vorbild für die Therapieentscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Beziehung von Wissenschaftlern, Ärzten sowie Vertretern gesundheitspolitisch relevanter Gruppen befürwortet [3, 6]. In Abgrenzung zu den von Emanuel und Emanuel beschriebenen Modellen liegt der Fokus des im deutschen Sprachraum auch als „Partizipative Entscheidungsfindung“ bezeichneten Modells weniger auf der ethisch relevanten Zuordnung von Verantwortung für die Entscheidung als vielmehr auf der Identifizierung von Prozessschritten zur Gestaltung einer Arzt-Patient-Beziehung, die die Einbeziehung der Präferenzen von Patienten hinsichtlich Aufklärung und Teilhabe an der Therapieentscheidungsfindung ermöglicht [23].

Die kommunikative Umsetzung ethisch begründeter Anforderungen an die Aufklärung und Entscheidungsfindung in der Arzt-Patient-Beziehung stellt eine nicht zu unterschätzende praktische Herausforderung in der klinischen Praxis dar [1]. Dies gilt umso mehr, da viele der heute tätigen Ärzte im Rahmen des Medizinstudiums keine Ausbildungsveranstaltung zu ethischen und kommunikativen Aspekten der Arzt-Patient-Beziehung besucht haben. Entsprechende Lehrveranstaltungen wurden erst in den letzten Jahren, insbesondere im Rahmen der reformierten Curricula, an den medizinischen Fakultäten in Deutschland implementiert. Im Rahmen eines solchen Lehrangebots können Kenntnisse beispielsweise zu den unterschiedlichen Modellen der Arzt-Patient-Beziehung oder auch zur Struktur eines Gesprächs vermittelt werden, in dem Patienten die Diagnose einer schwerwiegenden Erkrankung mitgeteilt wird (**Tab. 2**). Entscheidend für die klinische Praxis ist jedoch der Erwerb praktischer Kompetenzen für das Aufklärungsgespräch mit unheilbar kranken Patienten. Die Konzeption und Durchführung entsprechender Aus- und Fortbildungsveranstaltungen ist Gegenstand aktueller wissenschaftlicher Untersuchungen. Eva-

luationsstudien belegen, dass im Rahmen entsprechender Veranstaltungen nicht nur die *Selbsteinschätzung* der Teilnehmenden verbessert werden kann [20, 28], sondern auch das *objektiv beobachtbare Gesprächsverhalten* positiv beeinflusst wird [8, 27]. Die Ausweitung des Lehr- und Fortbildungsangebots zum Erwerb ethischer und kommunikativer Kompetenzen erscheint angesichts der Effektivität entsprechender Veranstaltungen und des Anspruchs von Patienten mit unheilbaren Krebserkrankungen auf eine professionelle Gestaltung der Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung geboten.

Fazit für die Praxis

Im Rahmen der medizinethischen Analyse des Vorgehens bei Aufklärung und Therapieentscheidungsfindung bei unheilbar an Krebs erkrankten Patienten stehen die ethischen Prinzipien von Patientenautonomie und Benefizienz im Zentrum der Abwägung. In Ergänzung dazu sind die Präferenzen des Patienten und Kontextfaktoren für die medizinethische Bewertung relevant. Empirische Studien belegen, dass die Mehrheit der Patienten umfassend informiert und in Entscheidungen einbezogen werden möchte. Die für das jeweils angemessene Vorgehen notwendigen ethischen und kommunikativen Kompetenzen können im Rahmen von Lehr- und Fortbildungsveranstaltungen vermittelt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. J. Schildmann

Institut für Medizinische Ethik und Geschichte der Medizin
Ruhr-Universität Bochum
Malakowturm-Markstraße 258a
44799 Bochum
jan.schildmann@rub.de

Danksagung. Die Autoren bedanken sich bei Frau Stephanie Dahm, B.A. und Herrn stud. med. Mahmut Cakar für die sorgfältige Durchsicht des Manuskripts und die Unterstützung bei der Erstellung des Literaturverzeichnisses.

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Baile WF et al (2000) SPIKES-A six step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. Oncologist 5:302–311
2. Buckman R, Kason Y (1992) How to break bad news. A guide for health care professionals. University of Toronto Press, Toronto
3. 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
4. Corke CF et al (2005) How doctors discuss major interventions with high risk patients: an observational study. BMJ 330:182–185
5. Elkin EB et al (2007) Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions. J Clin Oncol 25:5275–5280
6. Elwyn G, Edwards A, Kinnersley P (2003) Shared decision making in der medizinischen Grundversorgung. Die vernachlässigte zweite Hälfte der Beratung. In: Scheibler F, Pfaff H (Hrsg) Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Juventa, Weinheim München, S 187–195
7. Emanuel E, Emanuel L (1992) Four models of the physician-patient relationship. JAMA 16:2221–2226
8. Fallowfield L et al (2002) Efficacy of a Cancer Research UK communication skills training model for oncologists: a randomised controlled trial. Lancet 23:650–656
9. Gahl K (2005) Indikation – Zur Begründungsstruktur ärztlichen Handelns. Dtsch Med Wochenschr 18:1155–1158
10. Gaston CM, Mitchell G (2005) Information giving and decision-making in patients with advanced cancer: A systematic review. Soc Sci Med 61:2252–2264
11. Gattellari M et al (2002) When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? J Clin Oncol 20:503–513
12. Isfort J et al (2002) Shared Decision Making: Arzt oder Patient- Wer entscheidet? Dtsch Med Wochenschr 127:2021–2024
13. Jenkins V, Fallowfield L, Saul J (2001) Information needs of patients with cancer: results from a large study in UK cancer centres. Br J Cancer 84:48–51
14. Kirschning S (2001) Brustkrebs. Der Diagnoseprozess und die laute Sprachlosigkeit der Medizin. Eine soziologische Untersuchung. Leske und Budrich, Leverkusen
15. Légaré F et al (2008) Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: update of a systematic review of health professionals' perceptions. Patient Educ Couns 73:526–535
16. Novack DH et al (1979) Changes in physicians' attitudes toward telling the cancer patient. JAMA 241:897–900
17. Oken D (1961) What to tell cancer patients. JAMA 175:1120–1128
18. Pinquart M, Silbereisen RK (2002) Entscheidungsprozesse der Krebspatienten. Zusammenhänge mit dem Alter und der Lebensqualität. Onkologe 8:161–166
19. Randall F, Downie RS (1996) Palliative Care Ethics Oxford University Press, Oxford
20. Schildmann J et al (2005) Wahrheit am Krankenbett – Eine ärztliche Fortbildungsveranstaltung zum Überbringen schlechter Nachrichten. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 99:443–447
21. Schildmann J, Vollmann J (2009) Empirische Forschung in der Medizinethik: Methodenreflexion und forschungspraktische Herausforderungen am Beispiel eines mixed-method Projekts zur ärztlichen Handlungspraxis am Lebensende. Ethik in der Medizin (im Druck)
22. Schreiber HL (1996) Aufklärung – rechtlicher Zwang zur Wahrheit? Voraussetzungen und Grenzen ärztlicher Aufklärung aus juristischer Sicht. MMW 138:424–426
23. Towle A, Godolphin W (1999) Framework for teaching and learning informed shared decision making. BMJ 319:766–771
24. Vodermaier A et al (2004) Partizipative Entscheidungsfindung beim primären Mammakarzinom. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 98:127–133
25. Vodermaier A et al (2009) Contextual factors in shared decision making: a randomised controlled trial in women with a strong suspicion of breast cancer. Br J Cancer 100:590–597
26. Vollmann J (2000) Das Informed Consent-Konzept als Politikum in der Medizin. Patientenaufklärung und Einwilligung aus historischer und medizinethischer Perspektive. In: Kettner M (Hrsg) Angewandte Ethik als Politikum. Suhrkamp, Frankfurt am Main, S 253–279
27. Wand S et al (2007) Die Aufklärungsgesprächsbewertungsskala (AGBS): Ein Instrument zur Bewertung kommunikativer Kompetenzen bei der Aufklärung von Patienten über Tumorerkrankungen. Z Arztl Fortbild Qualitatssich im Gesundheitswesen 101:645–651
28. Weber M et al (2003) Kann Kommunikation mit unheilbar kranken Patienten gelehrt werden? Evaluation eines Kursmodells. Med Klin 98:477–483
29. Wolfe J et al (1999) Stability of attitudes regarding physician-assisted suicide and euthanasia among oncology patients, physicians and the general public. J Clin Oncol 17:1274