

## Der Patientenwille zwischen Autonomie und Fürsorge

Der medizinische Entscheidungsprozess befindet sich gegenwärtig im Wandel: Es entscheidet nicht mehr allein der Arzt, die Patienten werden zunehmend in diesen Prozess einbezogen. Natürlich kann eine autonome Entscheidung nicht ohne die Mitwirkung des Arztes, der über das entsprechende Fachwissen verfügt, gefällt werden. Häufig wird deshalb gefordert, dass die Entscheidung über Diagnose bzw. Therapie auf der Basis einer Interaktion zwischen Arzt und Patient gefällt werden soll. Wird diese Entscheidung in enger Abstimmung zwischen Arzt und Patient getroffen, wird von „shared decision making“ gesprochen. Dieser Begriff wirft allerdings die Frage auf, was der Arzt und was der Patient zu einer gemeinsam getroffenen Entscheidung beitragen soll. Grundsätzlicher formuliert: Welchen Stellenwert hat die Patientenautonomie im Angesicht ärztlicher Fürsorge?

Das klassische Modell der Beziehung zwischen Arzt und Patient ist dadurch gekennzeichnet, dass der Arzt aufgrund seines Expertenwissens dem Patienten bei Diagnose bzw. Therapie eine passive Rolle zuschreibt. Dahinter steht die Haltung, der Arzt wisse aufgrund seiner fachlichen Qualifikation am besten, was für den Patienten richtig ist. Und er habe den Patienten geradezu zu schützen, indem er ihm Informationen, die ihn beunruhigen oder überfordern könnten, vorenthalte und wichtige Entscheidungen stellvertretend für ihn treffe. Die Beziehung zwischen Arzt und Patient ist in diesem Modell asymmetrisch gestaltet, das Moment der Fürsorge gegenüber dem Moment der Selbstbestimmung deutlicher ausgeprägt.

Die extremste Ausformung des ärztlichen Paternalismus besteht darin, dass über Diagnose bzw. Therapie *ohne Wissen des Patienten* entschieden wird. Nicht selten führten beispielsweise Ärzte in den USA routinemäßig PSA-Screenings durch, ohne das Einverständnis der Betroffenen eingeholt zu haben (vgl. Federman/Goyal/Kamina/Peduzzi/

Concato 1999, 152–157). Eine mildere Form der paternalistischen Arzt-Patient-Beziehung liegt vor, wenn der Patient einer gestellten Diagnose zustimmen oder nicht zustimmen bzw. in eine vorgeschlagene Therapie einwilligen oder nicht einwilligen kann. Hier ist allerdings das Moment der Wahlfreiheit unvollständig ausgeprägt, weil dem Patienten keine alternativen Behandlungsoptionen vorgeschlagen werden. Diese Art der Fürsorge wird als informierte *Einwilligung* oder informierte Zustimmung (informed consent) bezeichnet. Aus ethischer und rechtlicher Perspektive bildet die informierte Einwilligung das Minimum an Patientenautonomie. Ohne diese Zustimmung wird jeder ärztliche Eingriff zur (strafbaren) Körperverletzung.

Viel spricht allerdings dafür, sich an einem Modell zu orientieren, dass der Autonomie des Patienten einen höheren Rang einräumt. Das bereits erwähnte Modell des „shared decision making“ bedeutet, dass Arzt und Patient unterschiedliche Kenntnisse in die Entscheidung einbringen: Der Arzt weiß über diagnostische Methoden und Möglichkeiten der Therapie Bescheid, während der Patient seine Ziele und Wertvorstellungen kennt. In der Konsequenz bedeutet dies, dass die Patienten über die Vor- und Nachteile einer Behandlung und deren Alternativen informiert werden (und eben nicht nur in den Behandlungsvorschlag des Arztes einwilligen oder nicht einwilligen) und dann auf der Grundlage dieser Informationen darüber entscheiden, welche Behandlung sie vornehmen lassen oder ob sie auf eine Behandlung verzichten wollen. Natürlich kann und soll daraus in der Praxis keine strikte Trennung der Art entstehen, dass der Arzt nur Informationen liefert und der Patient ausschließlich seine Wertvorstellungen artikuliert. Der Arzt kann durchaus Empfehlungen geben. Er muss dies aber einerseits dem Patienten gegenüber kenntlich machen und andererseits zuvor Einblick in die persönlichen Wertvorstellungen des Patienten gewonnen haben. Im Idealfall entscheiden beide gemeinsam, der Arzt in Kenntnis der Wertvorstellungen des Patienten, der Patient in Kenntnis der vom Arzt erhaltenen Informationen. Setzen wir aber noch einmal grundsätzlich an: Was spricht für diese Arbeitsteilung, in der der Arzt über die *Mittel*, der Patient über die *Ziele* des medizinisch Gebotenen verfügt?

Allgemein gesprochen kann ein Patient der Ansicht sein, der potenzielle Nutzen einer Behandlung sei deren Nachteile wert, er kann aber auch die Nachteile für zu groß und den Nutzen für zu gering erachten, so dass ihm der Aufwand ungerechtfertigt erscheint. Er hat ja in seine Entscheidung nicht nur die erwarteten Folgen, sondern auch die mögli-

chen Nebenfolgen mit einzubeziehen. Dazu kommt, dass das Eintreten der Folgen (wie auch der Nebenfolgen) nur prognostiziert werden kann, also mit Unsicherheit belastet ist (vgl. Breitsameter 2010, 349–352). Die Möglichkeiten einer medizinischen Behandlung müssen also bewertet werden, und zwar von der betroffenen Person selbst. Denn diese Bewertung kann sich von Person zu Person unterscheiden, sich zudem bei jeder Person (etwa im Verlauf einer Krankheit) verändern. Die Frage nach der richtigen Diagnose bzw. Therapie hat daher eine *soziale* und eine *zeitliche* Dimension: Verschiedene Personen kommen zu verschiedenen Zeitpunkten zu unterschiedlichen Urteilen über das für sie Zuträgliche. *Sachlich* gesehen können wir in Fragen der medizinischen Entscheidungsfindung von einem Zielkonsens zwischen Arzt und Patient deshalb nicht sprechen, weil Diagnoseergebnisse oft nicht eindeutig und Therapieerfolge unsicher oder mit unerwünschten Nebenwirkungen verbunden sind. Was aber bedeutet dies für den Fall, dass für einen Patienten stellvertretend entschieden werden muss?

### 1. Was ist Paternalismus?

Gewöhnlich unterstellen wir Personen die Fähigkeit, vernünftig und in diesem Sinne selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln. In medizinischen Kontexten tritt jedoch dem Prinzip der Autonomie – wenigstens prima facie – das Prinzip der Fürsorge gegenüber. Der Arzt kann etwas für vernünftig und geboten halten, was der Patient für unvernünftig hält und deshalb ablehnt (oder umgekehrt). Welche Empfehlung sollte in einem solchen Fall den Ausschlag geben? Darf der Arzt gegen den Willen (*voluntas aegroti*) des Patienten entscheiden und handeln, um sein (vermeintliches) Wohl (*salus aegroti*) zu fördern? Existiert ein prinzipieller Gegensatz zwischen Autonomie und Fürsorge in medizinischen Fragen? Oder können Autonomie und Fürsorge als komplementäre Prinzipien konzeptualisiert werden?

Beginnen wir die Frage, ob und inwieweit der Arzt in die Entscheidung oder Handlung eines Patienten eingreifen darf, mit einer Definition. Für den Akt stellvertretenden Entscheidens und Handelns (nicht nur in medizinischen Kontexten) hat sich der Begriff des Paternalismus eingebürgert. Weil die Ansichten darüber, was unter Paternalismus verstanden werden soll, zum Teil erheblich voneinander abweichen, ist es unumgänglich, eine Begriffsbestimmung vorzunehmen, die im Folgenden nur auf das medizinische Entscheiden und Handeln bezogen wird. Unter *medizinischem Paternalismus* soll jede Entscheidung oder Hand-

lung verstanden werden, die einen Eingriff in die aktuelle oder durch eine Patientenverfügung dokumentierte kompetente Entscheidung eines Patienten darstellt, und zwar mit dem Ziel, das Wohl dieses Patienten zu fördern oder Schaden von ihm abzuwenden (vgl. Dworkin 1972, 65). Mit dieser Definition werden vier Einschränkungen verbunden:

1.1 Es soll im Folgenden der Einfachheit halber bei einer Maßnahme von Seiten des Arztes nur noch von Handeln, nicht mehr von Entscheidungen gesprochen werden, weil eine medizinische Entscheidung unser ethisches Urteil in dem Moment herausfordert, in dem sie zur Handlung werden soll und Folgen für den Patienten zeitigt.

1.2 Außerdem soll unter einer medizinischen Handlung nicht nur ein Tun, sondern auch ein Unterlassen verstanden werden.

1.3 Auf der Seite des Patienten ist nicht nur ein Eingriff in seine Handlung (oder genauer: seine Handlungsfreiheit), sondern auch in seine Entscheidung (also seine Willensfreiheit) gemeint, weil jede (freie) Handlung in einer Entscheidung wurzelt und ein Eingriff schon hier einsetzen kann.

1.4 Schließlich sind nur Fälle zu bedenken, in denen sich ein Patient selbst Schaden zuzufügen droht, nicht aber Fälle, in denen Dritte Schaden zu erleiden drohen.

Wichtig ist nun die Klärung der Frage, was unter der Kompetenz eines Patienten verstanden werden soll. Als kompetent soll eine Person dann bezeichnet werden, wenn sie die Folgen und Nebenfolgen einer medizinischen Handlung wie ihrer Alternativen (einschließlich der Möglichkeit, auf eine medizinische Intervention zu verzichten) *verstehen* und *beurteilen* kann. Es sind also für eine kompetente Entscheidung sowohl kognitive (bzw. emotionale) als auch wertende Fähigkeiten erforderlich.

Um die Diskussion des Begriffs „Paternalismus“ zu vereinfachen, sollen diejenigen Fälle, die aus ethischer Perspektive strittig sind, unterschieden werden von jenen, die unstrittig sind:

- Strittig ist der Fall, in dem eine Person die Folgen und Nebenfolgen einer medizinischen Maßnahme sowie deren Unterlassung (einschließlich der Wahrscheinlichkeit ihres Eintretens bzw. Nichteintretens) erfassen und beurteilen kann und dies entweder durch eine ak-

tuale Willensäußerung oder durch eine Patientenverfügung kundtut, der Arzt aber für eine davon abweichende Option votiert. Hier ist ein paternalistischer Eingriff eigens zu rechtfertigen.

- Unstrittig ist der Fall, bei dem diese Voraussetzungen komplett entfallen, also bei einer Person, die ihren Willen aktual nicht äußern kann (bzw. deren Wille nicht durch eine Patientenverfügung dokumentiert ist). Hier ist ein Eingriff aus ethischer Sicht unzweifelhaft gerechtfertigt (bei medizinischen Interventionen, die Kinder betreffen, ist zu fragen, ob bei einer unterschiedlichen Beurteilung des Falls die Entscheidung des Arztes, die Entscheidung der Eltern oder die Entscheidung einer neutralen Partei den Ausschlag geben sollte). In der Literatur wird in dieser Hinsicht häufig zwischen hartem und weichem (oder starkem und schwachem) Paternalismus unterschieden.
- Von *hartem* Paternalismus ist die Rede, wenn in die Entscheidungskompetenz voll selbstbestimmungsfähiger Personen eingegriffen wird.
- Von *weichem* Paternalismus hingegen wird gesprochen, wenn in die Entscheidungslagen von Personen eingegriffen wird, deren Fähigkeit zur Selbstbestimmung (vorübergehend) nicht gegeben ist.

Damit wird durch den weichen Paternalismus ein formaler Begriff dessen, was in einer bestimmten Situation als vernünftig gelten kann, vorausgesetzt. Der harte Paternalismus würde eine Entscheidung hingegen als material unvernünftig charakterisieren, also auch dann kritisieren, wenn sie fehlerlos zustande gebracht wurde.

So plausibel die häufig vertretene Ablehnung des harten Paternalismus klingt, ist sie doch einem Einwand ausgesetzt. Zwar unterstellen wir in der Regel, dass ein Mensch voll selbstbestimmungsfähig ist. Kann es aber auch Gründe geben, diese Annahme zu bezweifeln, und welcher Art können diese Gründe sein?

## 2. Unbeabsichtigte bzw. nicht gewusste Folgen

Diskutieren wir zunächst den Fall, dass ein Patient einen Schaden zu erleiden droht, den er zwar durch eine Entscheidung oder Handlung selbst verursacht, der von ihm aber weder beabsichtigt noch vorhergesehen wurde, sodass das paternalistische Eingreifen des Arztes gerechtfertigt werden könnte. Eine Person kann sich dabei in einem Irrtum bezüglich der Folgen ihres Handelns befinden. Ich unterscheide drei Formen eines solchen Irrtums:

2.1 Wir können von einem *instrumentellen* Irrtum sprechen: Eine Person kann sich hinsichtlich der geeigneten Mittel zur Erreichung eines bestimmten Ziels in einem Irrtum befinden. Dies ist zum einen dann der Fall, wenn ihr falsche Informationen vorliegen, die entweder Tatsachen oder Wahrscheinlichkeiten betreffen; und dies ist zum anderen dann der Fall, wenn ihr zwar korrekte Informationen vorliegen, diese aber nicht richtig verstanden werden. Hier ist es die Aufgabe des Arztes, aufzuklären. Wenn der Arzt den Patienten entsprechend informiert, handelt es sich um keinen erst zu rechtfertigenden *Eingriff*, sondern um eine *Einflussnahme*. Klärt der Arzt einen Patienten über eine Diagnose oder Therapie auf, so hat er also nicht nur auf die erwünschten Folgen, sondern auch auf die unerwünschten Nebenfolgen einer medizinischen Maßnahme wie auch ihrer Alternativen (einschließlich der Option, auf die Behandlung zu verzichten) hinzuweisen, und zwar immer mit Blick auf die Wahrscheinlichkeit des Eintretens. Klar ist freilich auch, dass der Arzt, der den Patienten gegen seinen erklärten Willen, das heißt gegen seine kompetente Entscheidung aufklärt, auf ungerechtfertigte Weise die Autonomie des Patienten beeinflusst. Für den Fall, dass eine Aufklärung nicht möglich ist, weil der Patient nicht ansprechbar ist, jedoch eine Patientenverfügung vorliegt, durch die deutlich wird, dass sich der Patient in einem instrumentellen Irrtum befindet, wäre ein paternalistischer Eingriff gerechtfertigt. Vom paternalistischen Eingriff soll also, so könnte man zusammenfassen, jede Form der Einflussnahme, die der Bildung eines kompetenten Urteils dient, unterschieden werden, vor allem was das Geben und Vorenthalten von Informationen wie auch die Art und Weise der Kommunikation von Informationen betrifft. Es gehört deshalb zur Aufklärung, den Informationsstand des Patienten zu beeinflussen, nicht aber, ihn durch das Umgehen seiner kognitiven Fähigkeiten zu manipulieren, um ihn zu einer Entscheidung zu bewegen, die er nicht gefällt hätte, wäre er auf diese Art der Einflussnahme aufmerksam geworden.

Wichtig ist der Hinweis, dass die Entscheidung eines Patienten durch die Art der Aufklärung beeinflusst werden kann, so dass nicht nur in Frage steht, ob, sondern auch, wie der Arzt aufklären soll. In der Literatur werden hier insbesondere folgende Effekte diskutiert:

- Framing- oder Wording-Effekt: Werden bezüglich einer medizinischen Maßnahme die relevanten Alternativen etwa durch die Wortwahl auf unterschiedliche Weise dargestellt, führt das zu unterschiedlichen Entscheidungen bei den Patienten (vgl. Kahneman/Tversky 2008, 209–223).

- Issue-Framing-Effekt: Durch die Betonung bestimmter Aspekte wird das Augenmerk auf bestimmte Risiken bzw. Folgen gelenkt.
- Referenzpunkt/Status Quo bias: Risiken können durch den Arzt abgewertet werden, indem er den Fokus des Gesprächs auf die Tatsache lenkt, dass die Erkrankung unbedingt der Behandlung bedarf.
- Anchoring-Effekt: Menschen verarbeiten und gewichten die ihnen vermittelten Daten abhängig davon, welche Informationen sie zuerst erlangt haben. Insbesondere die zeitliche Reihenfolge der Informationsgewinnung kann ein Entscheidungsverhalten beeinflussen, aber auch das Anbieten einer zusätzlichen schlechteren Entscheidungsalternative, da diese die getroffene Wahl noch bestärkt.
- Over Confidentiality Bias: Eigene Risiken werden unterschätzt und Kontrollmöglichkeiten überbewertet.
- Sicherheitseffekt: Menschen neigen dazu, zahlenmäßig benannte geringere Wahrscheinlichkeiten in irrationaler Weise einzuschätzen und sie systematisch zu vernachlässigen. Dies ist relevant für die Darstellung der Wahrscheinlichkeit unerwünschter Gefahren und Nebenfolgen bei der Aufklärung von Risiken.
- Ambiguitätsaversion: Menschen sind dann besonders risikoavers, wenn ihnen Wahrscheinlichkeiten nicht genau benannt werden.

Um diese Effekte zu verhindern oder wenigstens zu mildern, können Regeln geschaffen werden, die den Ärzten empfehlen, ihre Aufklärung durch die Wahl der Worte und die Art der Darstellung, beispielsweise was die Reihenfolge oder Betonung von Informationen betrifft, so zu gestalten, dass die Patienten in ihrer Entscheidung im oben beschriebenen Sinn beeinflusst werden, ohne dass dabei in ihre Entscheidung eingegriffen wird. Dies könnte z. B. durch eine gesteuerte, nach Bedarf betonte oder abgeschwächte Darstellung von Eingriffsrisiken erfolgen. Es ist sicher eine unzulässige Form des Paternalismus, den Patienten in der Art aufzuklären, dass er die für ihn sicherste Maßnahme wählt oder in einen vom Arzt als „notwendig“ betrachteten Eingriff einwilligt. Allerdings darf auch die Verarbeitung von Informationen und Daten nicht überschätzt werden, weil oft viel eher aus Bauchentscheidungen heraus der richtige Weg gefunden wird (vgl. Berg/Gigerenzer 2007, 337–359). Außerdem bedeutet die Tatsache, dass eine Patientenentscheidung kontextabhängig ist, nicht, dass sie nicht mit den Wertvorstellungen des Patienten übereinstimmen kann.

2.2 Die zweite Form kann als Irrtum *prudentieller* Art bezeichnet werden: Hier stehen nicht die Mittel in Bezug auf bestimmte Ziele zur Disposition, sondern eben diese Ziele im Hinblick auf andere – entweder gleichzeitig oder in der Zukunft bzw. sogar in der Vergangenheit – erstrebte Ziele. Fehler können immer dann entstehen, wenn Ziele gewählt werden, die mit der Realisierung anderer erstrebter Ziele nicht vereinbar sind, entweder weil entscheidungsrelevante Ziele nicht in den Blick kommen oder nicht richtig aufeinander bezogen werden. So könnten zum Beispiel weit in der Zukunft liegende Risiken unter- oder in naher Zukunft zu erwartende Beeinträchtigungen überschätzt werden (vgl. Brock/Wartmann 1990, 1595–1599). Hier ist in der Tat zu fragen, ob eine entsprechende Aufklärung als Einflussnahme oder als (zu rechtfertigender) Eingriff zu werten ist. Entscheidend ist hier, ob die vom Arzt vorgenommene Aufklärung sich nur auf Ziele bezieht, die Mittel für andere, weiterreichende Ziele sind, oder ob der Arzt auf die Wahl der Ziele selbst Einfluss nimmt. Dahinter verbirgt sich folgendes Problem: Kann eine Person, die nicht eindeutig definierte, (auf gleichzeitig erstrebte Ziele bezogen) inkonsistente bzw. (auf in der Vergangenheit oder in der Zukunft liegende Ziele bezogen) inkohärente Ziele verfolgt, als rational bezeichnet werden? Ansätze der Theorie über „bounded rationality“ besagen, dass auch bei unklaren, inkonsistenten und inkohärenten Zielvorstellungen von Rationalität gesprochen werden kann. Dieser Begriff von Rationalität wird nicht als defizitär gegenüber einem Begriff vollständiger Rationalität verstanden, sondern als Rationalität eigener Art.

Um unterscheiden zu können, ob Unklarheiten in der Definition der erstrebten Ziele bzw. Inkonsistenzen und Inkohärenzen als beschränkt rational oder als defizitär rational zu betrachten sind, sollte der Arzt, wenn Wünsche aktual geäußert werden, über die fragliche Sachlage informieren und damit die Basis für eine mögliche Revision der augenblicklichen Zielvorstellungen legen. Der Arzt sollte also den Patienten auf die (in seinen Augen) bestehenden Defizite hinweisen, allerdings nur in Form einer hypothetischen Empfehlung, das heißt bezogen auf die Wertvorstellungen des Patienten. Um Autonomiedefizite dieser Art zu beseitigen, ist daher die Etablierung von Beratungsverfahren zu erwägen.

2.3 Eine dritte Form könnte als *werthafter* Irrtum bezeichnet werden: Hier würde unterstellt werden, dass sich eine Person in der Wahl ihrer Ziele irrt, selbst wenn diese sich mit anderen – gleichzeitig oder in der Zukunft bzw. auch in der Vergangenheit – erstrebten Zielen vereinba-



ren lassen. Unklar ist hier, warum bei einer urteilsfähigen Person von einem Irrtum gesprochen werden sollte. Stattdessens spricht viel dafür, dass es sich, wenn die Ziele einer Person mit den Zielen des Arztes nicht übereinstimmen und weder ein instrumenteller noch ein prudentieller Irrtum vorliegen, um einen ungerechtfertigten Eingriff dann handelt, wenn nicht nach den (aktual geäußerten oder in einer Verfügung dokumentierten) Zielen des Patienten, sondern nach den Zielen des Arztes verfahren wird bzw. wenn der Arzt versuchen würde, die Urteilsfähigkeit eines Patienten in einer Weise zu manipulieren, die von diesem, wenn er sich dessen bewusst wäre, nicht akzeptiert werden würde. Die dritte Form muss sich deshalb mit dem Hinweis auseinandersetzen, dass die Autonomie der betreffenden Person missachtet wird, wenngleich auch mit dem Ziel, einen (vermeintlichen) Schaden von ihr abzuwenden.

Gerechtfertigt ist, so könnte man zusammenfassen, ein Eingriff in eine Maßnahme oder deren Unterlassung dann, wenn sich eine Person durch deren nicht gewusste bzw. nicht beabsichtigte Folgen selbst schädigt. Dies gilt auch, wenn ein bewusstes Entscheiden oder Handeln nicht vorliegt, wir also nur von einem Verhalten sprechen. Für diese Fälle kann plausibel gemacht werden, dass man die Ursache dieses Verhaltens oder dieser Entscheidung bzw. Handlung nicht als zur betreffenden Person gehörig betrachten sollte. Vielmehr sollten die verursachenden mentalen Faktoren als externe Faktoren angesehen werden. Dies gilt bei psychischen Störungen ebenso wie für falsche Überzeugungen bezüglich des Zusammenhangs von Ursachen und Folgen. Ereignisse, die unter diese Beschreibung fallen, können wie Naturereignisse behandelt und mit dem Harm-to-Others-Principle erfasst werden (so als müsse man einen Menschen vor den schädlichen Auswirkungen eines Naturereignisses schützen). Sie stellen deshalb keinen Fall paternalistischen Handelns dar (vgl. Quante 2002, 313). Nicht eigens betont zu werden braucht, dass es häufig kontinuierliche Übergänge zwischen einem paternalistischen Eingriff und einer nicht-paternalistischen Einflussnahme gibt. Damit können wir folgendes Zwischenergebnis formulieren:

- Eingriffe in voll bewusste bzw. beabsichtigte Handlungen sind aus ethischer Sicht nicht gerechtfertigt. Weil diese Fälle unstrittig sind, können sie in der Paternalismus-Diskussion vernachlässigt werden.
- Eingriffe in nicht bewusste bzw. beabsichtigte Handlungen sind aus ethischer Sicht gerechtfertigt, werden aber nicht unter der Kategorie „Paternalismus“, sondern unter der Kategorie „Harm-to-Others“ behandelt.

- Eingriffe in vermindert bewusste bzw. beabsichtigte Handlungen sind aus ethischer Sicht rechtfertigungsbedürftig.

Die in der Literatur übliche Unterscheidung zwischen „hartem“ und „weichem Paternalismus“ wird deshalb aufgegeben, weil Fälle von hartem Paternalismus ethisch unstrittig sind, Fälle von weichem Paternalismus aber unterteilt werden können in „nicht bewusste bzw. beabsichtigte“ und „vermindert bewusste bzw. beabsichtigte“ Handlungen. Die erste Teilkategorie wird dem „Harm-to-Others“-Prinzip zugewiesen und ebenfalls als ethisch unstrittig behandelt. Damit wird die Frage, ob ein paternalistischer Eingriff in eine vermindert kompetente Handlung gerechtfertigt werden kann, in den Mittelpunkt der Diskussion geschoben. Allein diese Fälle sind ethisch rechtfertigungsbedürftig. Der Vorteil gegenüber der Kennzeichnung „weich paternalistisch“ und damit „ethisch unbestritten gerechtfertigt“ besteht darin, dass einer Handlung zunächst einmal Autonomie (und sei es nur in minimaler Form) unterstellt wird. Jede Einschränkung der Fähigkeit, autonom zu entscheiden, muss deshalb eigens ausgewiesen und jeder Eingriff eigens begründet werden.

### 3. Beabsichtigte und gewusste Folgen

Wir sahen, dass Autonomie und Fürsorge in Konflikt geraten können, nämlich dann, wenn der Arzt eine Maßnahme für geboten hält, die der Patient ablehnt. In vielen Fällen gilt es allerdings, den Patienten auf der Grundlage ärztlicher Fürsorge überhaupt in den Stand zu versetzen, eine autonome Entscheidung treffen zu können und ihn in dieser Hinsicht zu einem wohlinformierten Urteil zu verhelfen. Ist dies sichergestellt, erhebt sich allerdings noch die Frage, ob wir es mit dem authentischen Urteil eines Patienten zu tun haben oder nicht.

Als authentisch soll im Folgenden ein Urteil angesehen werden, das als wohlüberlegt (und nicht nur als wohlinformiert) bezeichnet werden kann. Greifen wir zunächst die von Harry Frankfurt und Gerald Dworkin entwickelte Unterscheidung von Volitionen erster und zweiter Ordnung auf (vgl. Frankfurt 1971; Dworkin 1993, 210 ff.). Als *Volitionen erster Ordnung* werden unreflektierte Wünsche bezeichnet. *Volitionen zweiter Ordnung* hingegen sind Wünsche, zu denen sich ein Akteur wertend verhält, indem er sich mit ihnen identifiziert oder nicht identifiziert, oder anders gesagt: die er als zu sich selbst und seinen Wertvorstellungen gehörig oder eben nicht gehörig empfindet. Eine Person, die sich wertend zu sich selbst verhält, entwickelt Volitionen zweiter Ordnung. Indem

sich also ein Akteur auf diese Weise zu seinen Wünschen verhält, entwickelt er ein evaluatives Selbstverhältnis zu sich selbst. Wünsche erster Stufe können als mit den Wertvorstellungen einer Person mehr oder weniger übereinstimmend angesehen werden. Quelle dieser Einschätzung ist natürlich primär die betreffende Person selbst, erst sekundär kann diese Person dann auch auf die Frage hin beobachtet werden, ob ein aktual geäußerter oder durch eine Verfügung belegter Wunsch ihrer Persönlichkeit mehr oder weniger entspricht.

Problematisch an der Verknüpfung des Autonomiebegriffs mit einer Theorie der hierarchischen Motivation ist sowohl ihr deskriptiver als auch ihr präskriptiver Charakter. Wie soll beschrieben werden können, wann ein Wunsch erster oder zweiter Ordnung vorliegt? Ein Problem besteht ja darin, dass erst dann, wenn eine Entscheidung ihrem Inhalt nach bereits feststeht, überprüft werden kann, ob eine authentische Äußerung der betreffenden Person vorliegt oder nicht, während die bereits erwähnten Bedingungen für autonomes Entscheiden, nämlich die Fähigkeit, Sachverhalte zu verstehen und zu beurteilen, schon vor einer solchen Entscheidung überprüft werden können. Ein Modell, das nur authentische Entscheidungen als autonom qualifiziert, könnte dazu führen, dass Entscheidungen, die für den Arzt ungewöhnlich erscheinen, von vorneherein als nicht-authentisch zurückgewiesen und gewöhnlich erscheinende Entscheidungen als authentisch implementiert werden (vgl. Schöne-Seifert 1996, 570).

Und was soll in präskriptiver Hinsicht aus einer solchen Beschreibung folgen? Sind unreflektierte Wünsche weniger rational als reflektierte? Es könnte ja gefordert werden, dass Entscheidungen nur nach ausführlicher kritischer Reflexion befolgt, also nur authentische, das heißt wohlüberlegte Wünsche implementiert werden. Was soll dann mit spontanen Wünschen geschehen? Sollen diese durch die Entscheidung des Arztes überstimmt werden? Und ist ein Patient nicht überfordert, wenn von ihm abverlangt wird, sich jederzeit kritisch zu allen seinen Wünschen zu verhalten? Außerdem können auch Wünsche zweiter Ordnung in Konflikt miteinander geraten, und es wäre wiederum eine Überforderung zu verlangen, dass eine Person alle Wünsche zweiter Ordnung in eine konsistente und kohärente Ordnung zu bringen hat. Zudem finden sich bei jedem Menschen sowohl reflexive wie nicht reflexive Formen, sich mit den eigenen Wünschen zu identifizieren. Daher stellt sich die Frage, warum nicht reflexive Formen, die sich in der Lebensführung einer Person ausdrücken können, nicht etwas über das Selbstverständnis eines Menschen aussa-

gen sollen. Schließlich können Wünsche zweiter Ordnung unreflektiert sein, wenn sie beispielsweise durch subtile Manipulation erzeugt wurden. Dieser Mangel kann auch durch das Einführen einer dritten Ebene nicht geheilt werden, weil so ein Regress droht. Um diesem Regress zu entgehen, führt Frankfurt den Begriff des „wholehearted commitment“ ein. Allerdings ist das Merkmal einer charakterlichen Verfestigung im Fall der Manipulation nicht relevant. Denn solange einer Person nicht bewusst ist, dass sie in ihrem Urteil beeinflusst ist, wird sie auch nicht den Wunsch entwickeln, etwas an ihrer Lage zu ändern.

Sinn macht die Unterstellung eines reflektierten Wunsches nur, wenn man die genannten Einwände zum Anlass nimmt, um das Konzept der hierarchischen Motivation zu modifizieren, und zwar indem nicht die aktuelle Identifikation einer Person mit ihren Wünschen, sondern die allgemeine Fähigkeit, eine evaluative Einstellung einzunehmen, zu fordern ist. Solange keine Irritationen dahingehend auftreten, was das Erfordernis der Konsistenz bzw. Kohärenz anbelangt, kann man von einer autonomen Person sprechen, wenn dieser gleichzeitig unterstellt wird, dass sie sich, sollte ein Konflikt auftreten, in ein kritisches Verhältnis eben dazu setzen kann (vgl. Quante 2002, 197 ff.). Sinn macht das Modell der hierarchischen Motivation auch, wenn es in die Empfehlung mündet, Rahmenbedingungen etwa durch ärztliche Aufklärung so zu gestalten, dass eine wohlüberlegte Entscheidung ermöglicht wird. Das könnte beispielsweise bedeuten, dass ein Arzt, der den Eindruck gewinnt, der Wunsch eines Patienten sei nicht authentisch, zu einer kritischen Reflexion der in Frage stehenden Entscheidung einlädt, die anschließend – egal ob der Patient dieser Einladung folgt oder nicht bzw. seine Entscheidung revidiert oder auf ihr beharrt – durch den Arzt umgesetzt wird. Auch auf diese Weise kann das Argument entkräftet werden, beim Modell der hierarchischen Motivation handle es sich um eine Überforderung der Akteure, deren Zeit, Informationen und Kapazitäten für Reflexionsprozesse ja immer endlich seien.

Hier ist auch der Ort, um über Strategien zu sprechen, Autonomie in die Zukunft hinein zu verlängern, also für Situationen vorzusorgen, in denen die Fähigkeit, selbstbestimmt zu entscheiden und zu handeln, verloren gegangen ist – vorübergehend oder irreversibel. Vor allem *Patientenverfügungen* ermöglichen es einer Person, steuernd auf Situationen einzuwirken, in denen sie zur Ausübung ihrer Autonomie nicht mehr in der Lage ist. Gleichzeitig wird dadurch derjenige Personenkreis entlastet, der in die medizinische Entscheidungslage eingebunden ist.

Dennoch darf nicht übersehen werden, dass auch eine Verfügung, die die Wünsche einer Person detailliert wiedergibt, durch die an der Ausführung des Patientenwillens Beteiligten (Angehörige, Ärzte oder Gerichte) interpretiert werden muss. Dies ist vor allem aus zweierlei Gründen erforderlich: Zum einen können Menschen ihre Wertvorstellungen im Lauf der Zeit ändern, so dass grundsätzlich zu fragen ist, ob die damals getroffene Entscheidung auch Ausdruck des gegenwärtigen Willens ist. Zum anderen kann die in einer Patientenverfügung vorgenommene detaillierte Schilderung des medizinisch Erwünschten nie alle Eventualitäten einfangen, so dass auch hier die Frage nach der Verbindlichkeit einer solchen Entscheidung zu stellen ist (vgl. Duttge 2011, 34–59).

Auch wenn die Patientenverfügung in der gegenwärtigen medizinischen Debatte einen hohen Stellenwert einnimmt, stellt sie doch nicht das einzige Instrument dar, um zukünftige Entscheidungssituationen kontrollieren zu können. Eine Person kann Entscheidungen für einzelne Handlungen oder Entscheidungen bezüglich bestimmter Lebensbereiche auch an andere Personen delegieren. Die Bestimmung eines *Stellvertreterentscheiders* mag in einem entsprechenden sozialen Umfeld sogar die geeignetere Wahl sein, und zwar entweder als Alternative oder als Ergänzung zur Patientenverfügung. Im letzteren Fall hat die Stellvertreterentscheidung den Sinn, die Bestimmungen der Verfügung situationgerecht zu präzisieren, sie darf aber die Grundausrichtung einer solchen Verfügung nicht missachten. Die Interpretationsbedürftigkeit einer Verfügung weist zwar auf Probleme bei der Umsetzung des Patientenwillens hin, diese stellen aber die ethische Legitimität einer Verfügung nicht grundsätzlich in Frage, auch wenn sie dazu angetan sein mögen, ihre Verbindlichkeit juristisch zu graduieren, um, etwa bei Alzheimer- und anderen Demenzerkrankungen, Raum für Abwägungsentscheidungen zu schaffen (vgl. Quante 2002, 284). Das Wissen um diese Probleme kann freilich als Anlass dafür genommen werden, die eigenen Wünsche möglichst detailliert zu beschreiben und am besten auch zu dokumentieren. Ist dies erfolgt, gibt es gute Gründe dafür, die in der Vergangenheit niedergelegten „critical interests“ eines Patienten auch gegen die in der Gegenwart beobachtbaren „experiential interests“ zu implementieren. Bei einer Stellvertreterentscheidung müssten für den gegenteiligen Fall überzeugende Hinweise dafür geliefert werden, dass eine entsprechende medizinische Entscheidung dem Willen des Patienten entspricht.

Viel spricht deshalb dafür, dass wir Personen, die normal sozialisiert wurden, zunächst einmal die Fähigkeit unterstellen, selbstbestimmt zu

entscheiden und zu handeln, also nicht vom Ideal vollständiger Rationalität ausgehen, das vorsieht, dass sich eine Person jederzeit kritisch zu all ihren Wünschen verhält. Das schließt nicht aus, dass wir das Urteil in der Frage, ob eine Person autonom entscheiden bzw. handeln kann oder nicht, an Fähigkeiten binden, und das Vorhandensein dieser Fähigkeiten anhand empirisch darstellbarer Kriterien überprüfen. Klar ist aber, dass sich der Begriff der Autonomie darin nicht erschöpft. Würden wir den Begriff der Autonomie eng an das Vorliegen bestimmter Fähigkeiten binden, hätte das zur Folge, dass alle Personen, die über diese Fähigkeiten nicht verfügen, als nicht autonom angesehen werden würden. Das kann sinnvoll sein, setzt aber die Zustimmung derer voraus, die sich dieser Regel unterwerfen. Der Begriff der Autonomie sollte deshalb jeder Person die Möglichkeit einräumen, an der Definition entsprechender Kriterien mitzuwirken und eine solche Einschränkung als Akt der Selbstbindung zu betrachten. Die Prozesse, innerhalb derer wir uns in unserer Gesellschaft gegenseitig als autonome Wesen anerkennen (oder – weniger im Regel- als vielmehr im Ausnahmefall – nicht anerkennen), müssen daher jederzeit kritisierbar sein. So wie die Unterscheidung von Volitionen erster und zweiter Ordnung für ein „internes“ Konzept von Autonomie sinnvoll ist, ist die Unterscheidung von Regeln, denen wir folgen, und Regeln, zu denen wir uns kritisch verhalten (und die konsequenterweise die Manipulation einer Person ausschließen), für ein „externes“ Konzept von Autonomie angemessen.

#### 4. Autonomiekonzepte

Aus *ethischer* Sicht erscheint mir nach dem bisher Gesagten ein Schwellen-Konzept von Autonomie geeignet. Wird eine bestimmte Schwelle überschritten, wird eine Person als autonom angesehen, das heißt, ihre Entscheidungen bzw. Handlungen werden als rational beurteilt, selbst wenn sie in den Augen anderer irrational zu sein scheinen. Wird die Schwelle hingegen unterschritten, ist ein Eingriff in die Entscheidungen der betreffenden Person legitim. Der Vorteil dieses Schwellenkonzeptes besteht darin, dass dem Menschen grundsätzlich Autonomie unterstellt und die Rationalität seiner Entscheidungen und Handlungen, sofern sie nur ihn selbst betreffen, weitgehend respektiert wird. Der Nachteil besteht darin, dass die Willkürlichkeit der Schwellensetzung besonders deutlich hervortritt. Werden nämlich die Anforderungen zu tief angesetzt, ist zu befürchten, dass dadurch Entscheidungen entstehen, bei denen fraglich ist, ob sie wirklich autonom getroffen wurden. Werden

die Anforderungen hingegen zu hoch angesetzt, entsteht die Gefahr, dass Entscheidungen getroffen werden, bei denen fraglich ist, ob sie wirklich nicht-autonom zustande kamen. Dieser Nachteil kann durch die Definition von Autonomiegraden in *rechtlicher* Hinsicht bearbeitet werden, eine Bestimmung, die notorisch umstritten bleiben muss (ein solches Konzept verfolgen Faden/Beauchamp 1986, 235 ff.). Ein gradueller Begriff von Autonomie hat den Vorteil, dass die Eingriffstiefe in die Entscheidungen einer Person feiner reguliert werden kann. Dem steht aber der Nachteil gegenüber, dass im Grunde die Rationalität jeder Entscheidung angezweifelt werden kann, womit Eingriffe in viel größerer Breite legitimiert werden können. Im ersten Fall wird also der Raum für paternalistische Maßnahmen bei gleicher Eingriffstiefe eng gehalten, im zweiten Fall ist dieser Raum bei gestufter Eingriffstiefe weit gezogen.

Sinnvoll ist deshalb eine Mischform dergestalt, dass unterhalb einer bestimmten Schwelle zusätzlich Grade dessen, was wir als vernünftig und in diesem Sinne als frei ansehen, eingeführt werden. Ist ein solches Graduierungskonzept innerhalb des Rechtsdiskurses etabliert, können dort, wo die Autonomie einer Entscheidung erfahrungsgemäß in Frage steht, Abstufungen festgelegt werden. Eine solche Strategie der Abstufung kann mit einer „Sliding-Scale Strategy“ (vgl. Buchanan/Brock 1989, 51–70) verknüpft werden, nach der desto strengere Kriterien anzulegen sind, je gravierender eine Maßnahme für das Wohl eines Patienten auszufallen droht. Die Frage, ob sich Personen einem Kompetenztest unterziehen müssen und was aus der Tatsache, dass eine Person sich einem solchen Test verweigert, folgen soll, kann ebenfalls nur innerhalb eines Rechtsdiskurses beantwortet werden, aus ethischer Sicht ist zu fragen, auf welche Begründung sich eine solche Norm stützen könnte. Jedenfalls müsste die Entscheidung für eine solche Rechtsnorm, einen Test der Entscheidungskompetenz eines Patienten auch gegen seinen Willen durchzuführen, ethischer Natur sein, das heißt, sich auf die autonome Entscheidung des Betroffenen stützen können. Wenn es aktual aber nicht möglich ist, sich für oder gegen eine entsprechende Maßnahme auszusprechen, müsste es sich um eine Entscheidung für eine entsprechende Regel handeln. Wer diese Regel nicht akzeptiert, muss dann auch die Möglichkeit haben zu bestimmen, nicht Opfer eines Eingriffs zu werden, wenn er sich dazu nicht äußern kann.

Wird einerseits Krankheit als Anlass für die Möglichkeit einer umfassenden Aufklärung angeführt, so wird andererseits auch argumentiert, dass gerade eine umfassende Aufklärung den Prozess der Heilung

behindern könnte. Für den Arzt entsteht so das Problem, ob er den Patienten aufklären soll, um dadurch die Basis für eine autonome Entscheidung zu schaffen, oder ob er damit gerade die Fähigkeit des Patienten zu einer autonomen Entscheidung untergräbt. Die Frage ist allerdings, wie man wissen kann, ob eine Information für den Patienten so belastend ist, dass der Prozess der Heilung genau dadurch beeinträchtigt wird. Zweifelhaft ist jedenfalls, ob die Vorspiegelung einer gemessen an den Tatsachen günstigeren Prognose wirklich eine Beruhigung nach sich zieht (vgl. Bok 1978, 232 ff.). Auch das Verschweigen einer relevanten Information kann belastend sein, vor allem dann, wenn der Patient seinen wahren Zustand ahnt und das Ausbleiben entsprechender Informationen als beunruhigend erfährt. Auf jeden Fall müsste das Zurückhalten von Informationen durch eine Vereinbarung, die im Gespräch zwischen Arzt und Patient getroffen wurde, legitimiert sein. Es wird zwar die Meinung vertreten, der Behandelnde müsse abwägen, welche Strategie voraussichtlich größere Schäden verursache. Eine solche Abwägung ist für den Arzt jedoch nahezu unmöglich, da es sich hierbei nicht um eine klinische Beurteilung handelt, sondern um die Frage, welchen Wert die Information für einen konkreten Patienten hat, das heißt in welcher Weise sich eine Diagnose oder Therapie (oder ihre Unterlassung) auf sein zukünftiges Leben auswirkt. Das Argument, der Arzt, der für das Urteil, Informationen zurückzuhalten, nicht kompetent sei, sei auch nicht kompetent für das Urteil, rückhaltlos aufzuklären, erscheint dabei nicht plausibel. Ein Urteil über Vor- und Nachteile der Aufklärung kann nur auf dem Hintergrund der individuellen Wertvorstellungen des Patienten gefällt werden. Das bedeutet, dass allein der Patient das Urteil fällen kann, auf Informationen ganz zu verzichten oder nur bestimmte Informationen zur Kenntnis zu nehmen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sich empfiehlt, mit einem Autonomiekonzept zu arbeiten, das zwar Graduierungen zulässt, aber auch minimalautonome Willensäußerungen in die Bestimmung des für einen Patienten Zuträglichen einbezieht. Der Begriff der Autonomie fungiert in einem zweifachen Sinn als Norm: Einmal gebietet er dem Arzt, Entscheidung und Handlung eines Patienten zu respektieren. Gilt der Patient im oben dargestellten Sinn nicht als kompetent und deshalb nicht als autonom, hat der Arzt dieses Defizit zu beheben, jedenfalls soweit das möglich ist. Zum anderen stellt der Begriff der Autonomie auch für den Patienten eine Norm dar: Er soll möglichst dem Ideal des vernünftig überlegenden Patienten entsprechen, was Anforderungen an



seine Bereitschaft, die für eine rationale Wahl notwendigen Informationen aufzunehmen, stellt. Neben dem präskriptiven birgt der Begriff der Autonomie zudem einen deskriptiven Sinn: Es sind empirisch überprüfbare Kriterien dafür zu entwickeln, wann der Patient als autonom anzusehen ist und wann nicht.

*Christof Breitsameter*

## Literatur

- Nathan Berg/Gerd Gigerenzer**, Psychology implies paternalism? Bounded rationality may reduce the rationale to regulate risk-taking. in: *Social Choice and Welfare* 28 (2007), 337–359.
- Sissela Bok**, *Lying: Moral Choice in Public and Private Life*, New York 1978.
- Christof Breitsameter**, Medical decision making and communication of risks – an ethical perspective, in: *Journal of Medical Ethics* 36 (2010), 349–352.
- Dan W. Brock**, *Life and Death*. Cambridge 1993.
- Dan W. Brock**, Steven A. Wartmann, When competent patients make irrational choices. In: *New England Journal of Medicine* 322 (1990), 1595–1599.
- Allan Buchanan/Dan W. Brock**, *Deciding for Others*. Cambridge 1989
- Colin Camerer/Samuel Issacharoff/George Loewenstein et al**, Regulation for Conservatives: Behavioral Economics and the Case for Asymmetric Paternalism, in: *University of Pennsylvania Law Review* 151 (2003), 101–144.
- Arthur L. Caplan**, If I were a rich man could I buy a pancreas? *Indiana* 1992.
- Cathy Charles/Amiram Gafni/Tim Whelan**, Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango), in: *Social Science & Medicine* 44 (1997), 681–692.
- John Christman**, Autonomy and personal history, in: *Canadian Journal of Philosophy* 21 (1991), 1–24.
- Gunnar Duttge**, Selbstbestimmung bei entscheidungsunfähigen Patienten aus rechtlicher Sicht, in: Christof Breitsameter (Hrsg.), *Autonomie und Stellvertretung in der Medizin. Entscheidungsfindung bei nichteinwilligungsfähigen Patienten*. Stuttgart (2011), 34–59
- Gerald Dworkin**, Paternalism, in: Richard Wasserstrom (Hrsg.), *Morality and the Law*. Belmont (1971), 107–136.
- Gerald Dworkin**, Paternalism, in: *The Monist* 56 (1972), 64–84.
- Gerald Dworkin**, *Life's dominion. An Argument About Abortion, Euthanasia and Individual Freedom*, London 1993.
- Adrian Edwards/Glyn Elwyn**, How should „effectiveness“ of risk communication to aid patients' decisions be judged? A review of the literature, in: *Medical Decision Making* 19 (2000), 428–434.

- Glyn Elwyn/Adrian Edwards/Paul Kinnersley et al**, Shared decision-making and the concept of equipoise: Defining the ‚competences‘ of involving patients in health care choices, in: *British Journal of General Practice* 50 (200), 892–899.
- Ezekiel Emanuel/Linda Emanuel**, Four models of the physician-patient relationship, in: *Journal of the American Medical Association* 267 (1992), 2221–2224.
- Ruth Faden/Tom Beauchamp**, *A history and theory of informed consent*. Oxford 1986.
- Grace Federman/Sonita Goyal/Ayumi Kamina/Peter Peduzzi/John Concato**, Informed consent for PSA screening: Does it happen? in: *Effective Clinical Practice* 2 (1999), 152–157.
- Joel Feinberg**, *Social Philosophy. Foundations of Philosophy Series*. New Jersey 1973.
- Joel Feinberg**, *Harm to Self*, Oxford 1986.
- Harry Frankfurt**, *Freiheit und Selbstbestimmung*. Berlin 1971.
- Daniel Kahneman/Amos Tversky**, *Rational Choice and the Framing of Decisions*, in: Daniel Kahneman/Amos Tversky (Hrsg.), *Choices, Values, and Frames*, 4. Aufl. Cambridge 2008, 209–223.
- John Kleinig**, *Paternalism*. Towata, 1983.
- Lisa R. Metsch/Clyde B. McCoy/H. Virginia McCoy et al**, The role of the physician as an information source on mammography, in: *Cancer Practice* 6 (1998), 229–236.
- Stephen Post**, Alzheimer disease and the „Then“ Self. in: *Kennedy Institute of Ethics Journal* 5 (1995), 307–321.
- Michael Quante**, *Personales Leben und menschlicher Tod. Personale Identität als Prinzip der biomedizinischen Ethik*, Frankfurt am Main 2002.
- Fülöp Scheibler/Holger Pfaff**, Shared decision-making. Ein neues Konzept der Professionellen-Patienten-Interaktion, in: Dies. (Hrsg.), *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*, Weinheim/München 2003, 11–22.
- Bettina Schöne-Seifert**, *Medizinethik*. in: Julian Nida-Rümelin (Hrsg.), *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung. Ein Handbuch*, Stuttgart 1996, 552–648.
- Dawn Stacey/France Légaré/Jennifer Kryworuchko**, Evidence-based health care decision-making: Roles for health professionals, in: Glyn Elwyn/Adrian Edwards (Hrsg.), *Shared-decision-making in health care. Achieving evidence based patient choice*, 2. Aufl. Oxford 2009, 29–35.