

NOLTE, S. H.: Wem machen wir es recht?
Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber in
der Pädiatrie

pädiat. prax. 78, 355–361 (2011/2012)
Hans Marseille Verlag GmbH München

Wem machen wir es recht?

Aufgabe, Auftrag und Auftraggeber in der Pädiatrie

S. H. NOLTE, Marburg an der Lahn

*Kindswohl – Entscheidungsfindung –
Paternalismus – Interessenkonflikte –
Zustimmungsfähigkeit*

*»Medicine, always fallible and often absurd, is a
science of uncertainty and an art of probability«
(Sir WILLIAM OSLER, 1849–1919)*

Wer ist der Auftraggeber?

Als ich junger Assistent in einer Universitäts-Kinderklinik und im Bereich Kinderneurologie tätig war, kränkte es mich, dass unser Chef unseren Funktionsbereich nie besuchte und auf seinen regelmäßigen Chefvisiten einen großen Bogen um das Dialysezimmer machte. Irgendwann gelang es aber, die Stationsvisite des Chefs auch in das Zimmer zu lenken, in dem gerade 2 Jugendliche fernseh-schauend an der Hämodialyse »hingen«. Er blieb in der Tür stehen, schaute sich um, schüttelte den Kopf und sagte in etwa: »Was ihr jungen Leute da alles so macht«, drehte sich um und ging weiter.

Ich war wie vor den Kopf gestoßen, hatte ich doch geglaubt, in seinem Sinne und mit seinem Auftrag zu handeln, und nun schüttelte er verständnislos den Kopf über unser Tun. Zu diesem Zeitpunkt habe ich mir zum ersten Mal Gedanken darüber gemacht, wer in der Medizin eigentlich der Auftraggeber ist. Jedwede Maßnahme habe ich hinfert unter dem Aspekt des Auftrages betrachtet.

Bislang habe ich keine Publikation zu dem Thema des Auftrags der Medizin gefunden, obwohl es eine offensichtlich wichtige Frage ist. Oder ist die Antwort so einfach? Vielleicht ist die Frage nach dem Auftraggeber so banal, dass ihr noch wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde, heißt es doch pathetisch: *Salus aegroti suprema lex*: das höchste Gebot – der eigentliche Auftrag – ist das Wohl des Patienten. Das Wohl des Kranken – den Nutzen, den Gewinn, den der Patient hat, was ist das, wer definiert ihn?

»Ob sie gesund sind, oder nicht, entscheide immer noch ich«, bestimmt der Arzt, kraft seiner Ausbildung ausgestattet mit der Deutungsmacht, entscheidet also über dieses Wohl. *»Manche muss man zu ihrem Glück zwingen«,* lautet die etwas abgeschwächtere Form.

Der junge Assistent auf Station macht, was man ihm aufträgt, die erfahrenen Kollegen, die älteren Schwestern und Pfleger, die Oberärzte und nicht zuletzt der Chef bei der Visite erteilen den Auftrag. Somit kann er sich darin fügen, dass man die Dinge eben so macht, wie sie hier üblich sind, und wenn es einem nicht passt, kann man ja gehen. Der Oberarzt muss, will er seinen Assistenten verantwortungsvoll aufklären, ihm erklären, was sein Auftrag ist, aber auch, warum er sinnvoll ist. Er steht damit in der Klemme zwischen dem mutmaßlichen Patientenwohl und dem Wohl der Institution, versinnbildlicht durch den Chef.

Dienen Anordnungen wie: *»Jedes Kind mit Einweisungsschein muss aufgenommen werden«*, oder: *»Die Liegezeiten müssen abrechnungsoptimiert gestaltet werden«*, oder das Füllen von Operationskatalogen immer dem Kindeswohl? Ein Kind ist in der Regel nicht entscheidungs- oder zustimmungsfähig, was das »Erbringen von Leistungen« an ihm betrifft.

Kindswohl

Es sind die Sorgeberechtigten, die im Sinne ihrer elterlichen Gewalt das veranlassen dürfen, was nach allgemeiner Übereinkunft dem Wohle des Kindes dient. Schon hierüber lässt sich, wie wir in Trennungsaueinandersetzungen um das mutmaßliche Kindswohl immer wieder feststellen, trefflich streiten.

Nach Artikel 6 des Grundgesetzes sind Pflege und Erziehung der Kinder das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft. Das gilt zunehmend auch für Gesundheitsfragen, denn durch die Kinderschutzgesetzgebungen des Bundes und der Länder wurde die Verantwortung für das Kindswohl aus dem sozialpolitischen Feld zu einem großen Teil dem Gesundheitswesen zugeschoben, welches dieser Aufgabe weitgehend unvorbereitet und unfinanziert gegenübersteht.

Das »Kindswohl« ist die zentrale ethische Norm bei allen Entscheidungen, die Kinder und Jugendliche betreffen (1). Dieser aus dem Familienrecht stammende, aber nicht näher definierte Begriff hat viele Aspekte und einen weiten Interpretationsspielraum. Möglichkeiten der objektiven Definition des Wohls sind bestreitbar, eine gültige inhaltliche Konkretisierung für den medizinischen Bereich gibt es meines Wissens derzeit nicht. Hierzu ist ein gesellschaftlicher Diskussionsprozess notwendig, der unbedingt den Respekt vor der graduell möglichen Zustimmungsfähigkeit der betroffenen Minderjährigen einbeziehen muss. Die englische Sprache spricht beim Kindswohl vom »best interest of the child« und unterscheidet hier den »assent«, die Zustimmung, vom »consent«, der Einwilligung.

Terminologie

Es sind weitere Begriffsklärungen notwendig, die gegenüber dem Alltagsgebrauch der Termini zu überraschenden Einsichten führen. Ein Auftraggeber ist eine Person oder Institution, die einen Auftrag erteilt, an den dann damit Beauftragten, dem, der mit einem Auftrag betraut ist oder stellvertretend für den Auftraggeber erledigt. Die Aufgabe, der Arbeitsauftrag, ist etwas, das zu erledigen ist. Aufgaben im engeren Sinne sind zielgerichtete Arbeits- oder Handlungsoptionen, im Unterschied zu Tätigkeiten als untergeordnete Handlungen, die zur Erfüllung der Aufgaben dienen.

Tätigkeit: Ärztlich tätig sein heißt, im weitesten Sinne Handlungen vorzunehmen, die der Erfüllung der Aufgabe eines Arztes dienen. Als Beispiel seien aus didaktischen Gründen Reiseimpfungen genannt.

Aufgabe: Dagegen ist die ärztliche Aufgabe eine Verpflichtung, eine vorgegebene Handlung durchzuführen. Wiederum sei als Beispiel die Impfung genannt: Eine Impfung nach Schutzimpfungsrichtlinie für Niedergelassene im KV-System ist eine

Aufgabe. Nach DIN V ENV 26385 *»von einer aus dem Arbeitszweck abgeleiteten Aufforderung an die Arbeitsperson(en), eine Arbeit unter gegebenen Bedingungen nach einem vorgegebenen Verfahren auszuführen und ein bestimmtes Ergebnis anzustreben«.*

Auftrag: Ein Auftrag ist dagegen eine Aufforderung an eine andere Person, etwas zu tun. Ein Auftrag kann erfüllt werden oder nicht. Das Ergebnis wird in der Regel dem Beauftragenden zurückgemeldet. Der Auftrag als unentgeltliche Aufforderung ist im BGB § 662 definiert. Hiernach ist es die vertragstypische Pflicht des Beauftragten, bei Annahme eines Auftrages ein ihm von dem Auftraggeber übertragenes Geschäft für diesen unentgeltlich zu besorgen.

Demgegenüber steht die entgeltliche Geschäftsbesorgung nach BGB § 675, der u. a. im 2. Absatz besagt: Wer einem anderen einen Rat oder eine Empfehlung erteilt, ist, unbeschadet der sich aus einem Vertragsverhältnis, einer unerlaubten Handlung oder einer sonstigen gesetzlichen Bestimmung ergebenden Verantwortlichkeit, zum Ersatz des aus der Befolgung des Rates oder der Empfehlung entstehenden Schadens nicht verpflichtet.

Wir haben es im Arzt-Patienten-Verhältnis am ehesten mit einem Dienstvertrag zu tun, wie er im BGB § 611 definiert wird und folgende vertragstypische Pflichten beinhaltet: Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zur Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet. Gegenstand des Dienstvertrages können Dienste jeder Art sein. Der Arzt schuldet hierbei keinen bestimmten Heilerfolg (z. B. Krankheitsheilung im engeren Sinne, Schmerzfreiheit, Wiederherstellung bestimmter Körperfunktionen), sondern nur eine Therapie nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Heilkunst.

Anderenfalls hat der Patient gegen den Arzt einen Schadenersatzanspruch wegen ärztlichen Kunstfehlers.

Konkludentes Handeln aufgrund einer stillschweigenden Willenserklärung

Da nun ein solcher Dienstvertrag so gut wie nie explizit abgeschlossen wird, stellt sich die Frage, wie er denn zustande kommt. Hier ist ein weiterer wichtiger Begriff einzuführen, der des konkludenten Handelns (von lat. concludere, »folgern«, »einen Schluss ziehen«), auch als schlüssiges Verhalten, stillschweigende Willenserklärung oder konkludente Handlung bezeichnet (2). Darunter versteht die Rechtswissenschaft eine Handlung, die auf eine bestimmte Willenserklärung schließen lässt, ohne dass diese Erklärung in der Handlung ausdrücklich erfolgt ist.

Im Zivilrecht spricht man von einer konkludenten Willenserklärung, wenn sie ohne ausdrückliche Erklärung durch schlüssiges Verhalten abgegeben wird. Die Willenserklärung wird also aus den Handlungen des Erklärenden abgeleitet. Sucht der Patient den Arzt auf und trägt ihm seine Symptome vor, wird dies als Willenserklärung zur Behandlung gesehen, ohne dass ein Dienstvertrag geschlossen wird.

Ein Auftrag im juristischen Sinne ist eine Aufforderung an eine andere Person, eine bestimmte Handlung vorzunehmen. In der Medizin umfasst ein Auftrag, der Behandlungsauftrag, die Vorkehrungen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft zur Besserung des Gesundheitszustandes nötig sind. Der mündige Patient kann nach derzeitigem Verständnis jederzeit die Umsetzung einzelner medizinischer Vorkehrungen ablehnen oder den Auftrag widerrufen.

Wie ist das beim Kind? Wer entscheidet was nach welchen Kriterien?

Wie kann ich meinen Auftrag ermessen?

Zunächst ist eine Willenserklärung notwendig, aus der ich meinen Auftrag ableite. Die Eingangsfrage: *»Was kann ich für Sie tun«*, ist keine schlechte, da sie das Gegenüber auffordert, einen Auftrag zu erteilen. Dennoch kann man nicht damit

rechnen, dass der Auftrag direkt formuliert wird. Es kann sein, dass auf die Frage: »Was kann ich für Sie tun«, die Bitte folgt, das Kind wegen Hustens und Fiebers abzuhören, in Wirklichkeit aber nur eine Erkrankung »amtlich« objektiviert werden soll, um etwa ein Daheimbleiben eines Elternteiles zu rechtfertigen und eine entsprechende Bescheinigung auszustellen.

Etwas offener und nicht so sehr nach einem Auftrag heischend ist die Eingangsfrage: »Was haben wir heute vor«, vor allem, wenn es um geplante technische Untersuchungen geht.

Gänzlich auf den expliziten Auftrag verzichtet die psychotherapeutisch aufschlussreichste, aber oft in formelhafte Antworten mündende Frage: »Wie geht es Ihnen?«. Sie richtet sich an die Betreuungsperson und erfasst damit auch die Auswirkung, die der Zustand des Patienten auf diese hat, geht aber damit von vorne herein von einem äußerst breiten Auftrag aus, nämlich das körperliche, seelische und soziale Wohlbefinden im Sinne der WHO-Gesundheitsdefinition zu erfassen. Es muss dem Selbstverständnis des Patienten überlassen bleiben, wie weit er den Auftrag fassen will, und das sollte verbalisiert werden.

Die Arzt-Patient-Beziehung

In der Erwachsenenmedizin hat sich die Arzt-Patient-Beziehung in den letzten Jahrzehnten anscheinend grundlegend geändert. Bis vor wenigen Jahren trafen Ärzte allein die Entscheidung über die nach ihren Vorstellungen bestmögliche Behandlung des Patienten, legitimiert durch ihren Wissens- und Erfahrungsvorsprung, orientiert an einem tugendhaften Arzt-Ideal, welches durch das »hippokratische«, fürsorgliche Denken geprägt war: Die Behandlung soll sich am Patientenwohl orientieren und mutmaßliche weitere Schäden vermeiden, auch gegen den Willen des Patienten. Festgeschrieben ist auch ein unbedingtes Tötungsverbot.

Dieser Paternalismus hat – außer in Notfallsituationen und in der Pädiatrie (!) – überlebt. Davon ausgehend, dass jeder

mündige Mensch für sein Tun die Verantwortung selbst trägt, hat das Selbstbestimmungsrecht, die Patientenautonomie, den medizinischen Paternalismus abgelöst. In unserer demokratischen und pluralistischen Gesellschaft ist eine alleinige Entscheidungsverantwortung des Arztes mangels übereinstimmender Wertorientierung und dem Vorhandensein »objektiver Werte« sehr konflikthaft geworden.

Paternalismus ist »out«

Heute wird in der Erwachsenenmedizin der Patient als gleichberechtigter Partner gesehen, der freie Arztwahl hat, selbst Einfluss auf die Therapie nimmt und somit selbst über die Behandlung entscheidet. Was die Konsequenzen aus dem Selbstbestimmungsrecht, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und damit dem Tatbestand einer Körperverletzung bei nicht eingewilligten Eingriffen angeht, sind die Juristen den Medizinern weit voraus.

Schwierig und in letzter Konsequenz noch ungeklärt ist die Situation bei prinzipiell nicht einsichts- und einwilligungsfähigen Patienten, etwa in der Pädiatrie, der Psychiatrie und in der Geriatrie. Hier ist das Modell einer stellvertretenden Entscheidung gängige Praxis: Die Entscheidungsverantwortung liegt beim Arzt, dessen Aufgabe es ist, die mutmaßlichen Bedürfnisse des Patienten auf dem Hintergrund seiner Wertorientierung sowie seines Umfeldes (Bezugspersonen, Angehörige etc.) zu erfassen. Stellvertretend für diesen werden diagnostische und therapeutische Maßnahmen entschieden, der Patient hat zu kooperieren und wird im Zweifelsfall durch Entmündigung – u. U. auch der Betreuer – dazu veranlasst bzw. gezwungen: eine abgeschwächte, da mit Dritten diskutierte Variante des konventionellen Paternalismus.

Informed consent: Die »Bauchladenmedizin«

Wird dagegen der Patient damit zum Auftraggeber im Sinne eines Dienstleistungs-

verhältnisses, werden für ihn auch andere Begriffe, wie z. B. Kunde, Klient, Versicherter, verwendet, in dem Maße immer mehr, in dem das Gesundheitswesen insgesamt als Dienstleistungsbetrieb betrachtet wird. Die Pflicht des Arztes in diesem »Informed-consent-Modell« ist eine umfassende Aufklärung auf der Basis der bestmöglichen Information, wie der Evidence-based Medicine, als kompetente fachliche Dienstleistung. Die Entscheidungsverantwortung liegt beim selbstbestimmten Patienten.

Eine solche Sichtweise wird von Juristen und Geschäftsleuten präferiert. Ob allerdings diese Begrifflichkeiten und diese Sichtweise die tatsächliche Rolle des Patienten inhaltlich widerspiegeln oder ob das »Kundenmodell« an sich ein ungeeignetes Modell ist, ergibt sich aus dem jeweiligen Bezugsrahmen, der je nach klinischer Situation sehr unterschiedlich sein kann.

Shared decision making: die gemeinsame Entscheidungsfindung

So wird die beste Lösung die einer gemeinsamen Entscheidungsfindung auf der Grundlage von Kommunikation und wechselseitiger Information sein. Dies setzt eine gleichberechtigte, partnerschaftliche Zusammenarbeit sowie einen Konsens in der Ausführung der geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen vor, der Raum für unterschiedliche Patientenbedürfnisse und Präferenzen geben muss und letztlich auch dem Arzt-Experten zugestehen muss, dass irgendwann der Patient Selbst-Experte für seine Krankheit werden kann und soll.

Ein solches Modell setzt umfangreiche Gespräche und eine intensive Kommunikation voraus, für die heute in der üblichen Arzt-Patient-Interaktion kein Platz sein kann (3). Dieses Modell der Arzt-Patient-Beziehung ist auf die besondere Situation des Kindes nicht vollständig anwendbar, da neben dem Elternwillen und dem Willen der Ärzte oder »des Systems« immer noch das – wie immer definierte – Kindeswohl höheres Rechtsgut ist.

Interessenkonflikte bei der Entscheidungsfindung

Interessenkonflikte sind allgegenwärtig. Nach den Vorstellungen, die der Rolle des Arztes zugeschrieben sind, sollte es sein primäres Interesse sein, das Bestmögliche für den Patienten in Gedanken, Worten und Werken zu leisten. In der Praxis kollidiert dies immer, bewusst oder unbewusst, mit anderen, sekundären Interessen materieller, sozialer, intellektueller oder persönlichkeitsbedingter Art (4).

In der Regel sind viele dieser Interessenkonflikte bewusster Natur: Neben dem Wohl des Patienten soll sich die Praxis betriebswirtschaftlich rechnen, der Arzt muss seine Schulden abtragen, seinen Lebensstil finanzieren, die Patienten sollen wiederkommen, die Patienten sollen zufrieden sein, ihren Arzt weiterempfehlen, die Kollegenschaft, vor allem die Zuweiser, sollen nicht verprellt werden, ebenso wenig Fachgesellschaften oder berufsständische Organisationen, die kooperierenden Kliniken und deren Chefs. Die Kostenträger und die Selbstverwaltungsorgane sollen zufrieden gestellt werden und nicht mit Regressen drohen, und auch mit Geschäftspartnern, Pharmareferenten, Apotheken, Sanitätshäusern will man gut und vertrauensvoll zusammenarbeiten.

Präferenzsensitive Entscheidung

Diese vielfältigen Auswirkungen auf ärztliche Entscheidungen sind deutlich und in der Regel bewusst, können sich aber selbstständigen und werden dann weitgehend unbewusst. Einem durch einen Interessenkonflikt entstandenen Einfluss wird nicht unbedingt eine absichtlich bewusste, nicht am Patientenwohl orientierte Entscheidung zugrunde liegen, sondern wir werden in einem Spektrum der uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten diejenige ergreifen, die wir als bestmöglichen Kompromiss zwischen dem Patientenwohl und unserem persönlichen Vorteil empfinden und positiv attribuieren.

Dieses Phänomen wird auch als »motivierte Evaluation von Evidenz« bezeichnet

(5). Diese motivgesteuerte Evaluation gibt dem Arzt das Gefühl der Objektivität, weil er den eigenen Interessenkonflikt bei sich nicht mehr wahrnimmt, wohl aber bei anderen. Dies lässt sich durch eine Studie belegen, in der sich Ärzte selbst gegenüber Beeinflussungsversuchen von Pharmavertretern als eher immun betrachteten, ihre Kollegen aber für viel gefährdeter hielten (6). Leider werden bislang hauptsächlich materielle Interessenkonflikte gesehen und entsprechend angegangen, da sie beweisbar und offensichtlich sind.

Die sozialen Einflussfaktoren auf ärztliches Handeln sind zwar unbestreitbar, aber wesentlich komplexer. Aber ihr Handlungsdruck ist groß: Es ist leichter, sich im Konsens zu bewegen als gegen den Strom zu schwimmen, auch dann, wenn sich medizinische Paradigmen innerhalb kurzer Zeit wandeln; man denke an die allgemeine Akzeptanz eines Organersatzes durch Spenderorgane, eines Schwangerschaftsabbruchs bei einer chromosomalen Störung oder an einen Behandlungsabbruch bei entsprechender Willenserklärung eines Patienten.

Die intellektuellen und persönlichkeitsbedingten Einflussfaktoren sind noch schwieriger zu fassen und hängen vom Selbstverständnis und Weltbild des Arztes sowie seiner eigenen Psychopathologie ab. Schon vor vier, fünf Jahrzehnten wurde gefordert, Entscheidungsfindungsprozesse und Selbsterfahrung in der Arzt-Patient-Beziehung, wie sie z. B. in BALINT-Gruppen erlebt werden können, in die ärztliche Ausbildung zu integrieren. Leider ist das bislang nur in wenigen Fachweiterbildungen und Zusatzqualifikationen der Fall.

Wir brauchen eine bessere Entscheidungsqualität durch Optimierung der Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen, müssen das Konzept der präferenzsensitiven Entscheidung wenigstens kennen, müssen offen und ehrlich die Wahrscheinlichkeiten patientenrelevanter Ergebnisse kommunizieren, die Integrität unseres Urteilsvermögens durch Erkennen und Vermeiden von Interessenkonflikten erhalten und uns gegen die Folgen der Kommerzialisierung des Wissenschafts-

betriebes und der Krankenversorgung zur Wehr setzen.

Zusammenfassung

Das »Kindswohl« ist die zentrale ethische Norm bei allen, auch medizinischen Entscheidungen, die Kinder und Jugendliche betreffen. Alle Versuche einer objektiven Definition des Wohls sind bestreitbar. In der Pädiatrie wird immer noch weitgehend »paternalistisch« entschieden, die gemeinsame Entscheidungsfindung (»shared decision making«) im lebensgeschichtlichen Kontext ist angesichts einer Übermacht vermeintlicher medizinischer Notwendigkeiten schwierig. Zu diesem Zweck ist ein gesellschaftlicher Diskussionsprozess notwendig, der den Respekt vor der graduell möglichen Zustimmungsfähigkeit (»assent«) der betroffenen Minderjährigen einbeziehen muss.

Diese banal erscheinenden Fakten sind im Alltag schon bei einfachen medizinischen Maßnahmen, wie Impfungen oder Blutabnahmen, bedeutsam, erst recht aber bei schwierigen Entscheidungen bei chronisch kranken Kindern oder in der Palliativbetreuung. Allgegenwärtige Interessenkonflikte kollidieren mit dem »Kindswohl«, bewusst oder unbewusst, und sind materieller, sozialer, intellektueller oder persönlichkeitsbedingter Natur.

Eine bessere Entscheidungsqualität durch Optimierung der Kommunikation zwischen Arzt, Patient und Angehörigen und eine ehrliche Kommunikation der Wahrscheinlichkeiten patientenrelevanter Ergebnisse ist ebenso zu fordern wie Kenntnisse vom Konzept der präferenzsensitiven Entscheidung und ein integeres Urteilsvermögen durch Erkennen und Vermeiden von Interessenkonflikten.

NOLTE, S. H.: To whom to please.

Mission, mandate and client in paediatrics

Summary: The »best interest of the child« is the central ethical issue in all decisions concern-

ing children and adolescents, not just in medicine. Any possible objective definition of »best interest« can be contested. In paediatrics, the paternalistic approach to decision-making still prevails. The predominance of presumed medical necessity makes shared decision-making processes in a biographical context difficult. An open public discussion is necessary that takes into account the gradually increasing capacity for consent on the part of under-age patients, in everyday procedures such as vaccinations or blood tests, and all the more so in difficult decisions concerning chronically ill children or those in palliative care.

Consciously or unconsciously, the »best interest of the child« is compromised by conflicts of interest that are material, social, intellectual or psychological in origin. There is a need for better reflexion on decision-making, involving improved child-parent-physician-communication, honest communication about the probability of patient-relevant results, awareness of the diverse influences on »preference sensitive« decision making, and moral judgement that both recognizes and avoids conflicts of interest.

Key words: *Best interest of the child – decision making – paternalism – conflict of interests – assent*

6. Lieb K, Brandtönes S. A survey of german physicians in private practice about contacts with pharmaceutical sales representatives. Dtsch Arztebl Int 2010; 107: 392–398.

Interessenkonflikt: Der Autor erklärt, dass bei der Erstellung des Beitrags kein Interessenkonflikt im Sinne der Empfehlungen des International Committee of Medical Journal Editors bestand.

Dr. S. H. NOLTE
Kinder- und Jugendarzt
Alter Kirchhainer Weg 5
35039 Marburg

shnol@t-online.de

Literatur

1. Stuhlinger M. Das Kindeswohl als zentrale ethische Norm in der Pädiatrie. Z Med Ethik 2005; 51: 153–164.
2. Flume W. Allgemeiner Teil des Bürgerlichen Rechts. Band 2. Das Rechtsgeschäft. Berlin-Heidelberg: Springer; 1992. S. 72–77.
3. Scheibler F, Pfaff H, Hrsg. Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess. Weinheim: Juventa; 2003.
4. Lieb K, et al. Mit Transparenz Vertrauen stärken: Ein Vorschlag zur Deklaration von Interessenkonflikten. Dtsch Arztebl 2011; 108: A 256–260.
5. Dana J. How psychological research can inform policies for dealing with conflicts of interest in medicine. In: Lo B, Field MJ, editors. Conflict of interest in medical research, education, and practice. Washington DC: Natl Academy Pr; 2009. p. 15.