

# Drittes Hintergrundpapier zum SDM-Chartbook: Die Sicht der Ärzte

David Klemperer, Melanie Rosenwirth

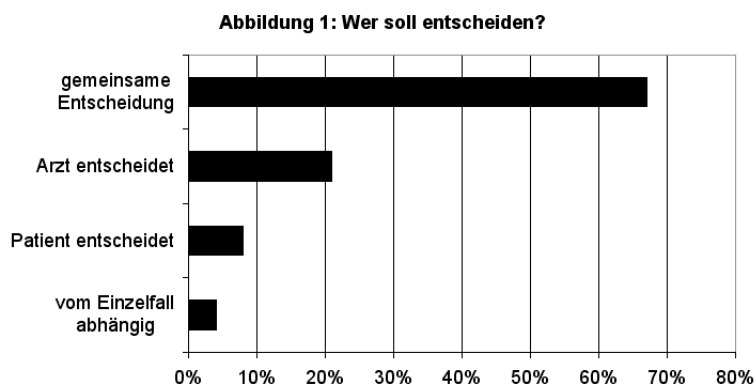
Dieses Hintergrundpapier dient zur Vertiefung des Chartbook-Kapitels 5.3 "Rahmenbedingungen für SDM aus Sicht der Ärzte". Schon Gesagtes wird noch einmal explizit dargestellt und spezifiziert, weitere Studien und wissenschaftliche Erkenntnisse wurden hinzugefügt, um einen tieferen Einblick in den wissenschaftlichen Stand der Diskussion um das SDM-Modell zu liefern. Auf zusätzliche Literatur wird hingewiesen.

## Inhalt:

- 1) Wie stehen die Ärzte zu Shared Decision Making (SDM)
  - 2) Diskrepanzen in den Entscheidungen bei Ärzten und Patienten
  - 3) Die Arzt-Patient-Kommunikation
  - 4) Das OPTION-Instrument zur Messung der Arzt-Patient-Kommunikation
  - 5) Schlussfolgerungen
- Literaturhinweise

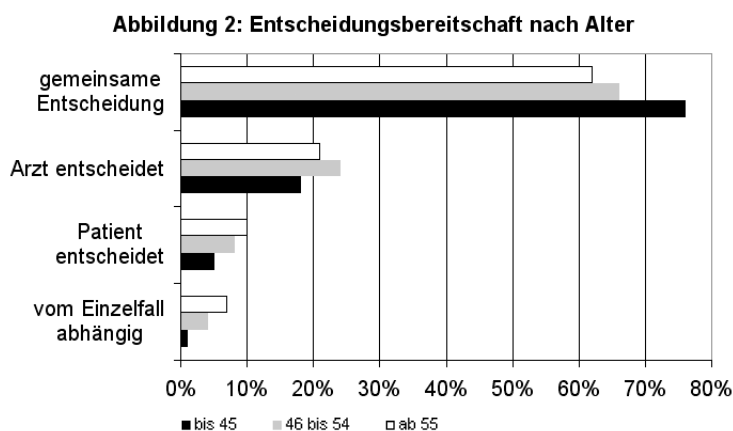
## 1) Wie stehen die Ärzte zu Shared Decision Making (SDM)

Die befragten Haus- und Fachärzte aus dem Gesundheitsmonitors zeigen eine hohe Präferenz für das Shared Decision Making (67 Prozent), nur vier Prozent würden eine gemeinsame Entscheidung vom Einzelfall abhängig machen, 21 Prozent möchten die Entscheidung alleine treffen und acht Prozent würden den Patienten entscheiden lassen (Böcken et al. 2003).



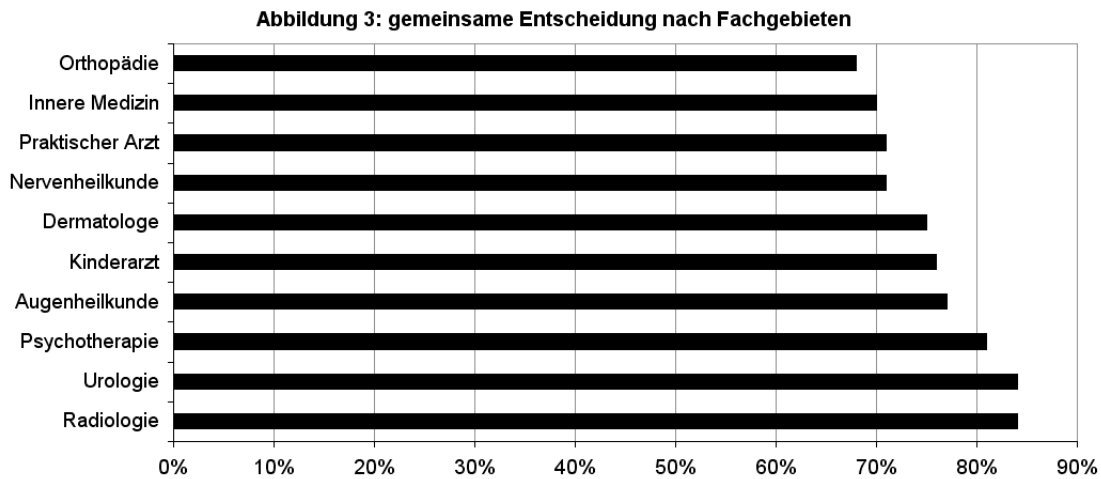
Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2002, N = 502

Die Bereitschaft für eine gemeinsame Entscheidung über Therapiepläne hängt auch bei den Ärzten von verschiedenen Faktoren ab. Wenig Einfluss auf die Bereitwilligkeit hat das Geschlecht. Das Alterscheint dagegen einen starken Einfluss zu haben:



Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2002, N = 502

Aufgeteilt nach den einzelnen Fachbereichen ergibt sich ein sehr heterogenes Bild:



Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2002, N = 502

Englische Ärzte sind dem SDM-Konzept gegenüber ebenfalls aufgeschlossen (Elwyn et al. 1999b, Stevenson 2003). In einer Studie von Stevenson (2003) mit zwei Fokusgruppen von 20 englischen Allgemeinärzten (General Practitioners) äußerte sich kein Teilnehmer offen negativ über SDM. Werden die Ärzte allerdings nach ihrer alltäglichen Praxis befragt, so praktizierten sie nach eigenen Angaben SDM jedoch nicht. Hier zeigt sich deutlich eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. Hauptsächlich sehen sie die Schwierigkeiten darin, eine gemeinsame Entscheidung herbeizuführen. Als Barrieren benennen sie auf Seiten der Patienten die unterschiedlich ausgeprägten Bedürfnisse und Fähigkeiten sich zu beteiligen sowie den Zeitdruck ihrerseits.

Kassirer (1983) ging der Frage nach, warum Ärzte ihren Patienten die Entscheidung abnehmen. Sie tun dies, weil sie

- ihnen eine gute Entscheidung nicht zutrauen;
- den hohen Zeitaufwand für detaillierte Informationen scheuen;
- es nicht gewohnt sind, lange detaillierte Diskussionen über medizinische Sachverhalte mit Patienten zu führen;
- nicht über die Daten verfügen, die ein Patient erfragt und weil es
- ihnen Schwierigkeiten bereitet, medizinische Sachverhalte in einer dem Laien verständlichen Form darzustellen

Weitere Erkenntnisse über die Probleme beim Umsetzen des SDM-Konzeptes ergab eine Fokusgruppenbefragung von 39 Allgemeinärzten (Elwyn et al. 1999b). Die teilnehmenden Ärzte mussten vier Situationen mit simulierten Patienten durchspielen, in denen speziell trainierte Schauspieler einen Patienten mit einer bestimmten Krankheit darstellten. Dabei ging es um unterschiedliche Formen der Entscheidung für eine Behandlung. Nach den gespielten Situationen wurden die Ärzte gefragt, was sie von der Beteiligung von Patienten an Entscheidungen halten und ob sie sich in der Lage fühlten, mit dem SDM-Konzept zu arbeiten. Die Ergebnisse:

- Die Ärzte hatten das Gefühl, nicht über die erforderlichen Fertigkeiten zu verfügen, um Patienten in die Entscheidung einzubeziehen.
- Die Ärzte waren sich einig, dass SDM ein neues Konzept ist, das von ihren Vorgehensweisen abweicht.
- Einige Ärzte trauen den Patienten keine Entscheidung zu. Andere sahen es als Entlastung und Chance, wenn vergleichbare Optionen zur Wahl standen.
- Es bestand Einigkeit, dass Patienten weitergehende Informationen wünschen, die aber häufig nicht zur Verfügung stehen.
- Zeitmangel sei ein Problem, insbesondere für das Auffinden der benötigten Informationen; dies sei aber kein unüberwindbares Hindernis.

- Die Ärzte fragen normalerweise nicht danach, welche Rolle die Patienten im Entscheidungsprozess wünschen.
- Ärzte denken, dass es für die Patienten Stress bedeutet, wenn sie spüren, dass der Arzt unsicher ist.
- Ärzte fühlen sich nicht ausreichend in Kommunikationsfertigkeiten ausgebildet.
- kommunikative Fertigkeiten und eine positive Einstellung zur Patientenbeteiligung sind Voraussetzung für SDM.

Das Fazit von Elwyn et al. (1999b) lautete, Patienten in Entscheidungen einzubeziehen werde zwar zunehmend gefordert, doch damit dies auch geschehen könne, müsse zum einen die Kommunikationsfähigkeit, zum anderen aber die Einstellung der Ärzte gefördert werden.

## 2) Diskrepanzen in den Entscheidungen von Ärzten und Patienten

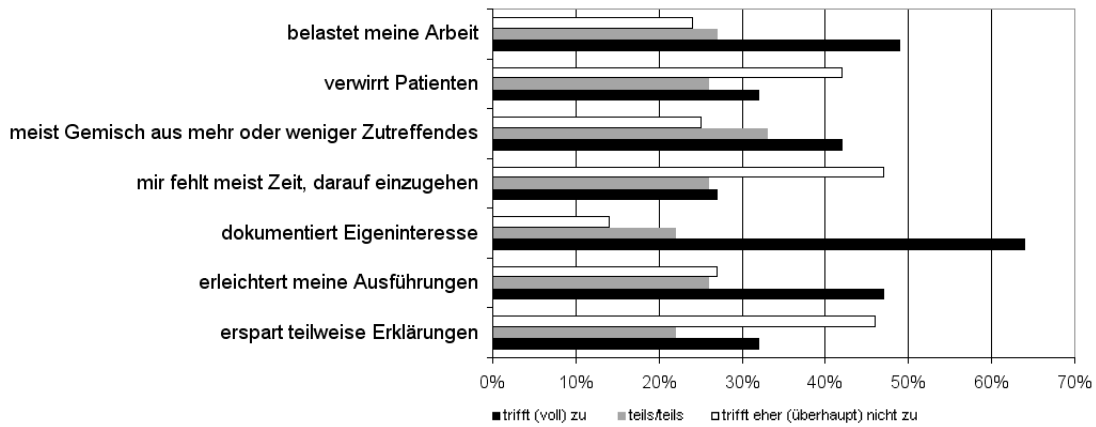
Im Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung kann es immer wieder zu Unstimmigkeiten und Widersprüchen zwischen den Meinungen des Arztes und des Patienten kommen. Wenn es darum geht, den Wunsch ihrer Patienten nach mehr Informationen und Mitentscheidung einzuschätzen, neigen Ärzte eher zu Fehleinschätzungen (Strull 1984). In einer amerikanischen Befragung von 210 Hypertonie-Patienten und 50 ihrer behandelnden Ärzten unterschätzen die Ärzte die Präferenzen ihrer Patienten nach einer gemeinsamen Diskussion über die Behandlung in 29 Prozent und überschätzen sie in elf Prozent der Fälle. Auch der Wunsch nach mehr Informationen über ihre Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten wurde von den Ärzten zu 31 Prozent der Fälle unterschätzt und zu 16 Prozent überschätzt. Für Strull gibt es in der Arzt-Patient-Beziehung noch viele Ungereimtheiten, die unter anderem dazu führen können, dass Patienten nicht die Fülle an medizinischen Informationen von ihren Ärzten erhalten, die sie gerne hätten. Auch wenn Ärzte den Wunsch ihrer Patienten nach Beteiligung an medizinischen Diskussionen überschätzen, reiche dies allein noch nicht aus, dass Ärzte ihre Patienten wirklich an medizinischen Entscheidungen beteiligen.

Wenn also der Arzt den Patienten nicht mit genügend Informationen über sein Krankheitsbild versorgt, so müssen andere Informationsquellen diesen Missstand auffangen. Dabei spielen Informationsangebote im Internet eine immer größere Rolle. Doch wie sieht es mit der Qualität der im Internet dargebotenen Informationen aus? Schottische Allgemeinärzte äußerten sich eher unzufrieden über diejenigen Patienten, die das Internet für Gesundheitsinformationen nutzen (Wilson 1999). Insgesamt erscheinen diese Patienten den Ärzten aktiver und anspruchsvoller, sie verfügen über zutreffende Informationen, die sie aber häufig falsch interpretieren und die den Ärzten zu mehr als der Hälfte nicht bekannt sind. Informierte Patienten beanspruchen mehr Zeit und werden nur von etwas weniger als der Hälfte der Ärzte als willkommene Herausforderungen angesehen.

Einer Patienten-Studie der Boston Consulting Group (2001) zufolge konfrontieren 36 Prozent der Patienten, die das Internet häufig für Gesundheitsfragen nutzen, den Arzt mit einer selbst gestellten Diagnose und 45 Prozent haben spezifische Vorstellungen von der Therapie. Allerdings würden 19 Prozent der Patienten das Internet gar nicht für Gesundheitsfragen nutzen.

Dass die eigenständige Informationssuche des Patienten nicht immer positiv von den Ärzten aufgefasst wird, zeigen auch die Daten des Gesundheitsmonitors. Zwar sprechen sich die Ärzte einerseits für SDM aus, andererseits sehen sie aber Probleme im Umgang mit vorinformierten Patienten (siehe Abbildung 4). Sie sehen die Möglichkeit zur Zeitersparnis (47 Prozent antworteten "trifft (voll) zu") und Erleichterung (32 Prozent), wenn sich ein Patient schon vor dem Arztbesuch informiert hat. Trotzdem fehlt einigen Ärzten die Zeit, um auf einen informierten und interessierten Patienten einzugehen (27 Prozent). Zudem beurteilen die Ärzte die gesammelten Informationen häufig als ein "Gemisch aus mehr oder weniger Zutreffendem" (42 Prozent). 32 Prozent waren sogar der Meinung, im Voraus gesuchte Informationen verwirren den Patienten nur:

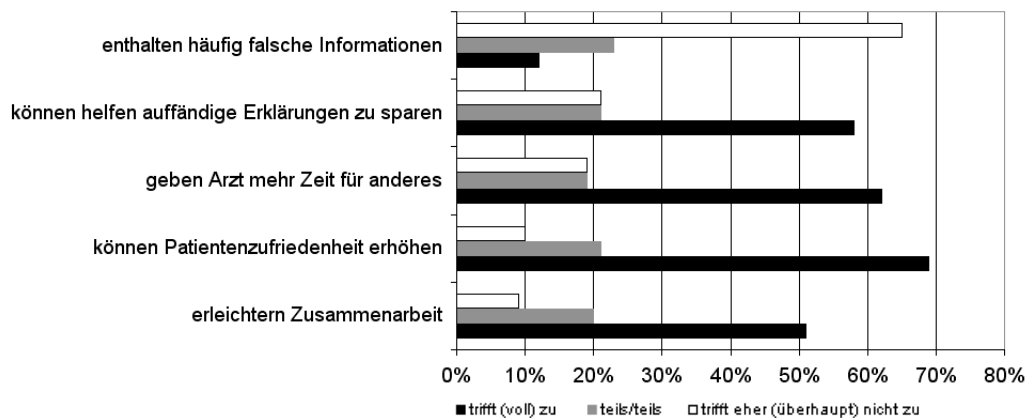
**Abbildung 4: Wirkung eines informierten Patienten**



Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003, N = 511; Frage: Welche Wirkung hat es Ihrer Meinung nach, wenn Patienten sich schon vor dem Arzttermin über Beschwerden, Behandlungen, usw. informiert haben?

Dagegen werden in den Praxen vorliegende schriftliche Patienteninformationen von den im Gesundheitsmonitor befragten Ärzten durchweg positiv beurteilt (Abbildung 5) und genutzt. Nur sechs Prozent verwenden gar keine schriftlichen Patienteninformationen in ihrem täglichen Alltag. Die Ärzte sind sich weitgehend einig, dass die Informationsbroschüren die Patientenzufriedenheit erhöhen, ihnen mehr Zeit für andere Dinge geben und bei langwierigen Erklärungen helfen. Nur zwölf Prozent der Ärzte waren der Meinung, Patientenbroschüren würden "häufig falsche Informationen" enthalten:

**Abbildung 5: Schriftliche Patienteninformationen...**



Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2003, N = 511; Frage: Welche Aussagen über schriftliche Patienteninformationen treffen zu?

Nicht nur bei der Informationssuche, sondern auch bei der Entscheidung um die jeweilige Behandlungsform kommen sich Arzt und Patient mit ihren Ansichten oft in die Quere. McAlister et al. (2000) befragten kanadische Ärzte und Patienten nach der minimalen Reduzierung des kardiovaskulären Risikos, welches aus der jeweiligen Sicht die Unbequemlichkeit, die Kosten und die unerwünschten Wirkungen der Behandlung aufwiegt. Dieses Konzept der "minimalen klinisch bedeutsamen Differenz" (minimal clinically important difference (Jaeschke et al. 1989, vgl. Hintergrundpapier Nr. 1) bezeichnet die Schwelle, von der an – nach Abwägen der numerisch ausgedrückten Wahrscheinlichkeiten – die Vorteile der Behandlung vom Arzt bzw. Patienten als schwer wiegender erachtet werden als die Nachteile. Ärzte und Patienten stimmten in ihrer Abwägung nicht überein: bei einem Fünfjahresrisiko für ein kardiovaskuläres Ereignis (nicht-tödlicher und tödlicher Herzinfarkt bzw. Schlaganfall) von zwei Prozent würden 49 Prozent der Patienten bzw. 64 Prozent der Ärzte eine Behandlung befürworten; beträgt das Fünfjahresrisiko fünf Prozent halten 68 Prozent der Patienten und 92 Prozent der Ärzte eine Behandlung für angezeigt; bei einem Fünfjahresrisiko von zehn Prozent würden 86 Prozent der Patienten einer Behandlung zustimmen, 100 Prozent der Ärzte würden sie initiieren wollen. Die Patienten stellen in dieser Untersuchung die Indikation zur Behandlung ihres Bluthochdrucks zurückhaltender als die Ärzte, insbesondere, wenn das Ausgangsrisiko für kardiovaskuläre Ereignisse niedrig ist. Die Patienten erwarten einen größeren potentiellen Benefit als die Ärzte, um die Unbequemlichkeiten, Kosten und unerwünschten Wirkungen einer Therapie auf sich zu nehmen. Die Patienten sind hier mit Hilfe präziser numerischer Informationen zu einer eigenen Entscheidung gelangt, die nicht mit der ärztlichen Entscheidung übereinstimmt.

Diskrepanzen in den medizinischen Entscheidungen bestehen nicht nur zwischen Ärzten und Patienten, sondern auch mit dem Pflegepersonal. In einer postalischen Befragung von Allgemeinärzten, Fachärzten, Krankenschwestern und Bürgern untersuchte Steel (2000), ab welcher Wahrscheinlichkeit für den Behandlungserfolg die jeweilige Gruppe sich für eine Behandlung eines Bluthochdrucks entscheidet. Der Befragung lag das Konzept der number needed to treat (NNT, vgl. Hintergrundpapier Nr. 1) zugrunde, das die Anzahl der Patienten angibt, die für einen definierten Zeitraum behandelt werden müssen, um bei einem Patienten das erwünschte Ergebnis zu erzielen bzw. das unerwünschte Ereignis zu verhindern. Das Behandlungsziel war es, einen Todesfall in einem Fünfjahreszeitraum zu vermeiden. Als NNT wurden angeboten 12, 33, 50, 100 und 250. Der Durchschnitt der gewählten NNTs lautete 100 für Fachärzte, 50 für Allgemeinärzte und 33 für Krankenschwestern und Patienten. Fachärzte würden in dieser Untersuchung eine Behandlung initiieren, wenn durch die Behandlung von 100 Patienten in 5 Jahren ein Todesfall verhindert wird. Allgemeinmediziner wählen eine NNT von 50, die befragten Krankenschwestern und Bürger eine NNT von jeweils 33. Patienten und Krankenschwestern erwarten also eine höhere Aussicht auf Behandlungserfolg als Ärzte und sind damit in der Indikationsstellung zurückhaltender.

Diese Unstimmigkeiten beim Entscheidungsprozess zwischen Arzt und Patient heben die Notwendigkeit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung nach dem SDM-Prinzip hervor.

### **3) Die Arzt-Patient-Kommunikation**

Wie schon im Hintergrundpapier Nr. 2 erwähnt wünschen sich Patienten Ärzte, die ihnen umfassende Informationen über ihre Krankheit geben, sich dafür interessieren, wie sie die Krankheit deuten, sich um ihre Ängste kümmern, sie an den Entscheidungen beteiligen und vor allem über einen warmen, zugewandten Kommunikationsstil verfügen (Stewart 2001).

Die Befriedigung der kognitiven und emotionalen Bedürfnisse der Patienten führt zu verbesserten psychologischen und somatischen Behandlungsergebnissen. Eine positive Erwartungshaltung wird gefördert, Angst gemindert, die Krankheitsbewältigung erleichtert, die Beteiligung verbessert und die Therapietreue erhöht (Di Blasi et al. 2001).

Empathie auf Seiten des Arztes, d.h. die Fähigkeit, die Situation, die Perspektive und die Gefühle des Patienten zu verstehen und dieses Verständnis dem Patienten zu kommunizieren, verbessert das Wissen des Arztes um den Patienten, fördert die diagnostische Genauigkeit, die Therapietreue und die Zufriedenheit des Patienten (Elwyn et al. 1999a). Ärzte, die Empathie zeigen, arbeiten effektiver und sind in ihrem Beruf zufriedener (Larson und Yao 2005), was sich wiederum positiv auf die Arzt-Patient-Beziehung auswirkt.

Damit wird der Arzt-Patient-Kommunikation ein besonderer Stellenwert zugewiesen, wenn es um die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen geht. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist ein wichtiges Instrument in der Patientenbeteiligung und somit im SDM-Modell.

### **4) Das OPTION-Instrument zur Messung der Arzt-Patient-Kommunikation**

Das OPTION-Instrument (Elwyn et al. 2005) beschreibt die einzelnen Schritte und ärztliche Kompetenzen, die zur Beteiligung des Patienten am Entscheidungsfindungsprozess erforderlich sind (siehe Abbildung 6, vgl. auch Hintergrundpapier Nr. 2). Das Instrument erfasst und misst die Fähigkeit des Arztes, dem Patienten das medizinische Problem und die Behandlungsoptionen zu erklären, sein Verständnis zu überprüfen, in Abwägungsprozessen seine subjektive Sicht einzubeziehen, sich seiner persönlichen Präferenzen zu vergegenwärtigen und ihn in dem Ausmaß an der Entscheidung zu beteiligen, wie er es wünscht.

Die aktuelle Fassung des OPTION-Instrumentes misst das Ausmaß von 12 Fertigkeiten (Prozessschritten) für den SDM-Prozess:

**Abbildung 6: OPTION (observing patient involvement)-Skala (Elwyn 2005, Übersetzung Klemperer), Instrument zur Messung der Arzt-Patienten-Kommunikation:**

1. Der Arzt lenkt die Aufmerksamkeit auf ein erkanntes Problem, das einen Entscheidungsfindungsprozess erfordert.
2. Der Arzt stellt fest, dass es mehr als seine Möglichkeit gibt, mit dem Problem umzugehen („equipoise“).
3. Der Arzt bringt die vom Patienten bevorzugte Herangehensweise in Erfahrung, Informationen zur Unterstützung des Entscheidungsprozesses zu erhalten.
4. Der Arzt nennt die Optionen, zu denen auch zählen kann, keine Maßnahme zu ergreifen.
5. Der Arzt erklärt dem Patienten den Nutzen und Schaden der Behandlung (eine Option besteht darin, keine Maßnahme zu ergreifen).
6. Der Arzt exploriert die Erwartungen und Vorstellungen des Patienten darüber, wie mit dem Problem umgegangen werden soll.
7. Der Arzt exploriert die Sorgen und Ängste des Patienten darüber, wie mit dem Problem umgegangen werden soll.
8. Der Arzt prüft, ob der Patient die Informationen verstanden hat.
9. Der Arzt bietet dem Patienten explizit Möglichkeiten an, während des Entscheidungsprozesses Fragen zu stellen.
10. Der Arzt bringt das vom Patienten gewünschte Ausmaß an Beteiligung an der Entscheidung in Erfahrung.
11. Der Arzt stellt die Notwendigkeit einer Entscheidung (oder eines Aufschubs) fest.
12. Der Arzt weist auf die Notwendigkeit einer Überprüfung der Entscheidung (oder eines Aufschubs) hin.

Auswertungsanleitung für OPTION (auch Elwyn 2005)

The revised scale scoring guidance

scale score	definition
0	The behaviour is not observed
1	A minimal attempt is made to exhibit the behaviour
2	The clinician asks the patient about their preferred way of receiving information to assist decision
3	The behaviour is exhibited to a good standard
4	The behaviour is observed and executed to a high standard

Bei der Evaluation des überarbeiteten Instrumentes wurden insgesamt 186 Bandaufzeichnungen von 21 Allgemeinarzt- Konsultationen durch geschulte Personen bewertet. Die Allgemeinärzte waren nicht mit SDM vertraut. Im Ergebnis zeigten die Ärzte die zwölf Kompetenzen gar nicht oder nur minimal. Dies dürfte ein deutlicher Hinweis darauf sein, dass SDM noch nicht in der Praxis angekommen ist.

Auch mit der Ärztebefragung 2002 des Gesundheitsmonitors ließen sich einige der in der OPTION-Skala aufgeführten Items an Ärzten abfragen (siehe Abbildung 7, vgl. auch Hintergrundpapier Nr. 2):

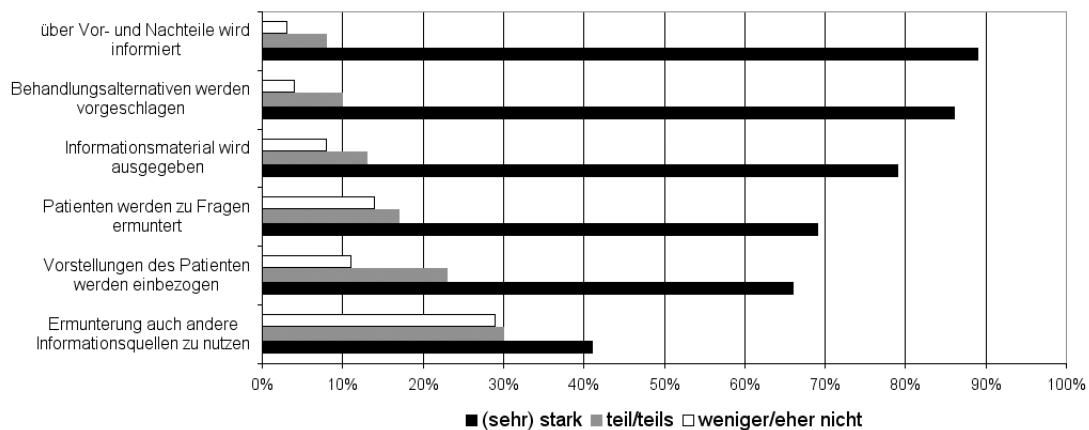
**Abbildung 7: Vergleichbare Fragen aus dem Gesundheitsmonitor ("Wie zutreffend sind folgende Aussagen über Ihre ärztliche Tätigkeit? Sagen Sie mir bitte, ob sehr stark zutreffend, stark, teils/teils, weniger stark oder eher nicht zutreffend."):**

- Ich schlage dem Patienten verschiedene Behandlungsmöglichkeiten vor, wenn es solche gibt (vergleichbar mit OPTION 2 und 4)
- Ich gebe dem Patienten – sofern vorhanden – Informationsmaterial mit (vergleichbar mit OPTION 3)
- Ich ermuntere den Patienten auch bei anderen Quellen Informationen über Behandlungsmöglichkeiten zu suchen (vergleichbar mit OPTION 3)
- Ich informiere den Patienten über Vor- und Nachteile verschiedener Behandlungsalternativen (vergleichbar mit OPTION 5)
- Ich befrage den Patienten nach seinen Vorstellungen zum Behandlungsergebnis und beziehe sie in meine Behandlungsvorschläge ein (vergleichbar mit OPTION 6)
- Ich ermuntere den Patienten, Fragen zu Diagnose und Therapie zu stellen (vergleichbar mit OPTION 9)

Die im Gesundheitsmonitor befragten Ärzte bewerten ihre kommunikativen Kompetenzen ausgesprochen positiv, unabhängig davon, ob sie SDM oder ein anderes Modell der Arzt-Patient-Beziehung bevorzugen (Abbildung 8). Die Ergebnisse liegen dabei deutlich höher, als die Beurteilung durch die befragten Versicherten (vgl. Hintergrundpapier Nr. 2, Abbildung 4):

*Ärzte beurteilen ihre kommunikativen Kompetenzen weitaus höher als Patienten, insbesondere wenn es darum geht, ob sie über Vor- und Nachteile einer Behandlung informieren, Behandlungsalternativen vorschlagen oder Informationsmaterial ausgeben. Weniger häufig werden die Vorstellungen des Patienten miteinbezogen oder dazu ermuntert andere Informationsquellen zu nutzen.*

Abbildung 8: Sind die Aussagen über ihre ärztliche Tätigkeiten zutreffend?



Quelle: Daten aus der Ärztebefragung des Bertelsmann Gesundheitsmonitor 2002, N = 502

## 5) Schlussfolgerungen

Die Probleme, von denen Ärzte bei der Umsetzung des SDM-Konzeptes in ihrer ärztlichen Praxis berichten und die aufgezeigten Diskrepanzen bei medizinischen Entscheidungen machen deutlich, dass beim Gesetzgeber und bei der ärztlichen Selbstverwaltung ein großer Handlungsbedarf besteht, um SDM in der medizinischen Versorgung zu ermöglichen (vgl. Hintergrundpapier Nr. 2).

Es muss sichergestellt werden, dass die für die Patientenbeteiligung erlernbaren Kompetenzen in Aus-, Fort- und Weiterbildung vermittelt werden. Entsprechende Trainingsprogramme liegen aus einigen medizinischen Fakultäten und aus dem Förderschwerpunkt des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung "Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess" vor.

Weiterhin sollten zehn der 50 pro Jahr zu erwerbenden CME-Punkte (Continuous Medical Education, so genannte Fortbildungspunkte) im Rahmen der Fortbildungskonzepte der Ärztekammern obligat über Kommunikationstraining zu erwerben sein.

Im Rahmen der neuen Versorgungsmodelle (Hausärztliche Versorgung, Integrierte Versorgung, Disease Management-Programme) und Vergütungssysteme (DRGs) muss die Patientenbeteiligung in noch höherem Maße Bestandteil der Verträge werden.

Die Entwicklung einer positiven Haltung zur Patientenbeteiligung erfordert eine Einstellungsänderung innerhalb der Ärzteschaft. Gesetzgeber und ärztliche Selbstverwaltung müssen den Ärzten, Bürgern und Patienten noch mehr als bisher die gesellschaftliche Erwünschtheit der Patientenbeteiligung verdeutlichen. Dazu sollte z. B. der Förderschwerpunkt des BMGS mit mehr Ressourcen als bisher über das Jahr 2007 fortgeführt werden.

## Literaturhinweise

Böcken J., B. Braun und M. Schnee (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung: Gütersloh 2004.

Boston Consulting Group. "Vital Signs Update: The E-Health Patient Paradox". 20.05.2001. BCG Focus. [www.bcg.com/publications/files/Vital\\_Signs\\_Update\\_Apr\\_01.pdf](http://www.bcg.com/publications/files/Vital_Signs_Update_Apr_01.pdf) (Download 03.06.05).

Di Blasi, Z., E. Harkness, E. Ernst, A. Georgiou und J. Kleijnen. „Influence of context effects on health outcomes: a systematic review”. *The Lancet* (357) 2001: 757-762.

Elwyn, G., H. Hutchings, A. Edwards, F. Rapport, M. Wensing, W.Y. Cheung und R. Grol. “The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks”. *Health Expectations* 8 (1) 2005: 34-42.

Elwyn, G., A. Edwards und P. Kinnersley. “Shared decision-making in primary care: the neglected second half of the consultation”. *Br J Gen Pract* (49) 1999a: 477-482.

Elwyn, G., A. Edwards, R. Gwyn und R. Grol. "Towards a feasible model for shared decision-making: perceptions and reactions of registrars in general practice". *BMJ* (319) 1999b: 753-756.

Jaeschke, R., J. Singer und G.H. Guyatt. "Measurement of health status. Ascertaining the minimal clinically important difference". *Control Clin Trials* (4) 1989: 407-415.

Kassirer, J.P. "Adding Insult to Injury. Usurping Patients' Prerogatives". *N Engl J Med* (308) 1983: 898-901.

Larson, E.B. und X. Yao. "Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship". *JAMA* (293) 2005:1100–1106.

McAlister, F.A., A.M. O'Connor, G. Wells, S.A. Grover und A. Laupacis. "When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients". *CMAJ* (163) 2000: 403-8.

Steel, N. "Thresholds for taking antihypertensive drugs in different professional and lay groups: questionnaire survey". *BMJ* (320) 2000: 1446-1447.

Stevenson, F.A. "General practitioners' views on shared decision making: a qualitative analysis". *Patient Education and Counseling* (50) 2003: 291–293.

Stewart, M. "Towards a global definition of patient centred care". *BMJ* (322) 2001: 444-5.

Strull, W.M., B. Lo und G. Charles. "Do patients want to participate in medical decision making?" *JAMA* (252) 1984: 2990-4.

Wilson, S.M. "Impact of the Internet on Primary Care Staff in Glasgow". *J Med Internet Res* (1) 1999: e7