

3 Partizipative Entscheidungsfindung in Deutschland – Handlungsfelder zur Verbesserung der Entscheidungsqualität

David Klemperer

3.1 Einleitung

Die Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen, die ihre Gesundheit betreffen, scheint notwendig, plausibel und unausweichlich zu sein, insbesondere weil Patientenbeteiligung zu besseren Behandlungsergebnissen führen kann. Trotzdem ist die Partizipative Entscheidungsfindung noch nicht in der Praxis angekommen. Dies hat nicht nur damit zu tun, dass Ärzte noch nicht in ausreichendem Maße über die Kompetenzen verfügen, wie sie Elwyn und Kollegen in diesem Buch beschreiben. Vielmehr ist Partizipative Entscheidungsfindung in mehrfacher Hinsicht kein „unschuldiges Konzept“. Die konsequente Umsetzung lässt eine Reihe von Qualitätsproblemen ins Blickfeld rücken, die in Deutschland bislang allenfalls punktuell thematisiert wurden. Dazu zählen

- ▲ die Variabilität in der Erbringung medizinischer Leistungen,
- ▲ Über-, Unter- und Fehlversorgung,
- ▲ das Teilen von Unsicherheit mit dem Patienten durch eine realistische Risikokommunikation,
- ▲ die Gefährdung der Wissensgrundlage der Medizin durch eine Forschung, die von finanziellen Interessen geleitet wird,
- ▲ die zeitliche Verzögerung beim Transfer von neuen Erkenntnissen in die Praxis,
- ▲ Defizite in der Versorgungsforschung, daraus folgend fehlendes Wissen über die Effektivität vieler medizinischer Maßnahmen,
- ▲ die fehlende Transparenz bezüglich der Qualität der Leistungserbringer.

All dies sind Punkte, die sich auf die Entscheidungsqualität auswirken.

Wenn die Patienten in den Genuss einer bestmöglichen Medizin kommen sollen, sind grundlegende Veränderungen der Qualitätskultur im deutschen Gesundheitswesen erforderlich. Erst dann kann die Patientenbeteiligung ihre volle Wirksamkeit entfalten.

Lohr et al. [1990] definierten als Qualität der Behandlung das Maß, in dem die gesundheitliche Versorgung von Individuen oder Gruppen die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass vom Patienten erwünschte auf die Gesundheit bezogene Ergebnisse erzielt werden und zwar in Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes. Drei Aspekte heben diese Definition aus der Flut von Qualitätsdefinitionen hervor:

Erstens: die Behandlungsergebnisse müssen vom Patienten erwünscht sein – Arzt und Patient müssen sich über das Behandlungsziel verständigen und einigen; ohne eine angemessene Beteiligung des Patienten ist Qualität also von vornherein ausgeschlossen.

Zweitens: Behandlungsergebnisse lassen sich nur mit einer jeweiligen Wahrscheinlichkeit vorhersagen – in der Information des Patienten kann dies z.B. als Anzahl der Patienten ausgedrückt werden, die behandelt werden müssen, damit bei einem das gewünschte Ergebnis eintritt.

Drittens: Die Behandlung muss auf Grundlage des Wissens des Berufsstandes erfolgen – dies bedeutet die Anwendung des Konzeptes der Evidenzbasierten Medizin.

Im Folgenden werden vier Handlungsfelder mit hohem Potential zur Verbesserung der Entscheidungsqualität beschrieben.

3.2 Patienten wünschen Beteiligung

Die Frage, ob und in welchem Ausmaß sich Patienten an Entscheidungen über ihre Gesundheit beteiligen möchten, wird in anderen Beiträgen in diesem Buch ausführlicher behandelt. An dieser Stelle soll lediglich auf den Gesundheitsmonitor 2004 der Bertelsmann-Stiftung und die Studie „The European Patient of the Future“ hingewiesen werden. Der Gesundheitsmonitor belegt für Deutschland eine seit dem Jahr 2001 (in dem die erste Befragung durchgeführt wurde) stabile, eher noch im Anwachsen begriffene Bereitschaft der Patienten für einen gemeinsamen Entscheidungsprozess. Die Zustimmungsrate für eine gemeinsame Entscheidung unterscheidet sich zwar in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand, liegt aber stets über 50 Prozent [Böcken et al. 2004]. Anzumerken ist, dass die direkte Frage nach dem Beteiligungswunsch im klinischen Alltag auf die Patienten verunsichernd wirken kann. In einem Setting, das die Kommunikations- und Informationsbedürfnisse der Patienten berücksichtigt, dürfte der Grad der Zustimmung noch höher sein. Wenn Patienten verstehen, was zu entscheiden ist, erhöht dies den Wunsch nach Beteiligung.

Eine Befragung von Bürgern und Patienten in acht europäischen Ländern zeigte, dass die Mehrheit der Patienten in Deutschland wie auch in den anderen Ländern großen Wert darauf legt, Informationen zu erhalten, Fragen stellen zu können und sich an den Entscheidungen zu beteiligen; häufig vermissen die Patienten jedoch die Unterstützung durch ihre Ärzte. Nur eine kleine Minderzahl möchte den Arzt allein entscheiden lassen bzw. allein ohne den Arzt entscheiden. Patienten wünschen sich auch mehr Informationen über die Ärzte, um sich für oder gegen einen Arzt als Behandler entscheiden zu können [Coulter et al. 2003].

Die Ärzte reagieren auf den informierten Patienten ambivalent. Einerseits sieht die Mehrheit der Ärzte im informierten Patienten positive Ansatzpunkte für die Kommunikation, andererseits befürchtet knapp die Hälfte unangemessene Erwartungen und Ansprüche und auch Fehlinformation auf Seiten der Patienten. Schriftliche Patientinformationen setzen die Ärzte gerne ein, weil sie die Zusammenarbeit mit dem Patienten erleichtern und die Patientenzufriedenheit erhöhen. Die Qualität der Broschüren wird von den Ärzten für gut erachtet. Dabei dürfte es sich um eine Fehleinschätzung handeln: die meisten Patientenbroschüren lassen die Informationsbedürfnisse der Patienten weitgehend unberücksichtigt, überhöhen die positiven Aspekte von Untersuchungen, beschönigen die negativen Aspekte oder lassen sie unerwähnt.

3.3 Variabilität in der Behandlung

Wennberg hat mit seinen wegweisenden Untersuchungen ab Anfang der 1970er Jahre das Phänomen der geographischen Variabilität für diverse medizinische Interventionen dokumentiert. Aus Sicht der Patienten bzw. Patientinnen bedeutet dies beispielsweise, dass die Wahrscheinlichkeit, den Blinddarm, die Rachenmandeln oder die Gebärmutter entfernt zu bekommen, vom Wohnort abhängig ist und sich um den Faktor 3 und mehr unterscheiden kann, ohne dass es Hinweise für bessere Ergebnisse in den Regionen mit hohen Operationsraten gibt. Im Schulbezirk seiner Kinder betrug der Anteil der Kinder, deren Rachenmandeln bis zum 15. Lebensjahr entfernt worden waren, 20 Prozent, im benachbarten Schulbezirk hingegen 70 Prozent. Als einer der Hauptgründe für die Variabilitäten erwies sich die Beeinflussbarkeit der Indikationsstellung im Sinne der Anbieter-induzierten Nachfrage. Hinzu kam der breite Ermessensspielraum in der Indika-

tionsstellung durch die Unwissenheit über die Ergebnisse von Interventionen. Anfang der 1980er Jahre war in einigen Regionen von Maine bei 60 Prozent der 80-jährigen Männer die Prostata entfernt worden, in anderen Regionen bei 20 Prozent. Eine Befragung der Urologen zeigte, dass es zwei Denkrichtungen gab: Die meisten Urologen meinten, dass eine frühe operative Entfernung die Lebenserwartung verbessere, weil dadurch Harnaufstau, Niereninsuffizienz und früher Tod verhindert würden. Andere Urologen meinten, die Lebensqualität durch Minderung der Symptome beim Wasserlassen verbessern zu können. Eine daraufhin durchgeführte Untersuchung widerlegte die Lebensverlängerungshypothese und zeigte, dass durch die Operation zwar die Beschwerden beim Wasserlassen beseitigt waren, jedoch bei einem Teil der Patienten sexuelle Funktionsstörungen auftraten. Die Frage nach der Lebensqualität lief somit auf ein Abwägen zwischen Linderung der Probleme beim Wasserlassen und Impotenz hinaus. Wennberg bezeichnete diese Entscheidungssituation als „Präferenz-sensitiv“: für eine Präferenz-sensitive Behandlung gibt es keine per se richtige oder bessere Entscheidung, weil bei der Abwägung persönliche Werte ausschlaggebend sind und somit ein Wissen erforderlich ist, über das nur der Patient verfügt. Als Gegenmittel gegen die ungerechtfertigte Variabilität bei „Präferenz-sensitiven Behandlungen“ entstand das Konzept des Shared Decision Making. Der Einsatz von Decision Aids (Entscheidungshilfen, hier interaktive Videos) zur Ergänzung des Beratungsgesprächs führte zu einer Senkung der Prostataktomie rate um 40 Prozent auf das niedrigste Niveau aller amerikanischen Bundesstaaten. Decision Aids sind evidenzbasierte Interventionen, die dafür entwickelt werden, Menschen zu helfen, eine spezifische und abwägende Entscheidung zwischen Optionen zu treffen, indem sie über die Optionen und Ergebnisse informieren, die

für den Gesundheitszustand der Person relevant sind. Nach heutigem Kenntnisstand verbessern Decision Aids den Informationsstand und das Verständnis des Patienten, verhelfen ihm zu realistischeren Erwartungen bezüglich der Auswirkungen auf die Lebenserwartung und die Lebensqualität und führen zu einer niedrigeren Inanspruchnahme invasiver Prozeduren [O'Connor et al. 2003]. Das Problem fehlenden Wissens und falscher Vorstellungen über die entscheidenden Ergebnisse medizinischer Maßnahmen stellt sich heute nicht anders als vor 30 Jahren dar – die diesbezügliche Wissensbasis ist infolge der insbesondere in Deutschland wenig entwickelten Versorgungsforschung weiterhin schmal. In Deutschland fand die Frage der Variabilität trotz ihrer gravierenden Implikationen für die Entscheidungsqualität kaum Resonanz [Klemperer 1996] und hat erst unter dem Blickwinkel der Über-, Unter- und Fehlversorgung eine – wenn auch beschränkte – Wirkung auf die Gesundheitspolitik entwickelt.

3.4 Über-, Unter- und Fehlversorgung

In der bislang gründlichsten Bestandsaufnahme des deutschen Gesundheitswesens, dem Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen [2002], beschrieb dieser das Ausmaß an Über-, Unter- und Fehlversorgung in allen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens, soweit es die Datenlage zuließ. Dieses Gutachten knüpft an amerikanische Untersuchungen an, die wegen der immer noch gegebenen Aktualität und der Übertragbarkeit vieler ihrer Ergebnisse auf deutsche Verhältnisse eine kurze Erwähnung verdient haben.

Im September 1998 veröffentlichte der „National Roundtable on Health Care Quality“ der amerikanischen Akademie der Wis-

senschaften eine Konsensusstellungnahme über gravierende Qualitätsprobleme in der gesamten amerikanischen Medizin [Chassin et al. 1998]. Über-, Unter- und Fehlversorgung seien weit verbreitet. Behandlungen von erwiesenem Nutzen würden den Patienten in großem Maßstab vorenthalten (z.B. β -Blockertherapie nach Herzinfarkt), nutzlose oder schädliche Behandlungen hingegen durchgeführt (z.B. Operationen, die eindeutig nicht indiziert sind), vermeidbare Komplikationen von medizinischen Interventionen zählten zum medizinischen Alltag. Eine umfassende Erneuerung des Systems sei erforderlich. Die gegenwärtigen Vorgehensweisen zur Qualitätsverbesserung seien inadäquat, sie glichen dem Versuch, die Schallgrenze mit einem Ford T-Modell zu durchbrechen.

Der Bericht „To err is human – building a safer health system“ des National Institute of Health fokussierte auf den Aspekt der Patientensicherheit und entdeckte hier erheblichen Handlungsbedarf [Kohn et al. 1999]. Zwischen 44.000 und 98.000 Amerikaner würden allein im stationären Bereich infolge von Irrtümern jedes Jahr sterben. Empfohlen wurde eine systemische Herangehensweise zur Fehlervermeidung; die Bedeutung von gut informierten, an Entscheidungen beteiligten Patienten, z.B. zur Vermeidung von Medikationsirrtümern, wurde hervorgehoben.

Die Kluft zwischen der möglichen und tatsächlichen Qualität im amerikanischen Gesundheitswesen thematisierte der Bericht

„Crossing the Quality Chasm“ des National Institute of Health [Institute of Medicine 2001]. Einige der Empfehlungen zur Qualitätsverbesserung beziehen sich auf eine aktivere Rolle der Patienten. Dem Patienten seien die notwendigen Informationen zur Verfügung zu stellen, damit er das von ihm gewünschte Ausmaß an Beteiligung über die Entscheidungen ausüben kann. Die Bedeutung von Evidence-based Medicine und Shared Decision Making wird ebenso hervorgehoben wie Qualitätsinformationen über die Einrichtungen, in denen sich die Patienten behandeln lassen.

Trotz der Systemunterschiede finden sich viele der genannten Qualitätsprobleme auch im deutschen Gesundheitssystem. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen weist auf Über-, Unter- und Fehlversorgung bei zahlreichen Krankheits- und Beschwerdebildern hin, wie koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Krebserkrankungen, Rückenschmerzen und Depression. Beispielsweise ist Deutschland nach den USA das Land mit der höchsten Rate an interventionellen Maßnahmen bei stabiler koronarer Herzkrankheit. Im internationalen Vergleich hat sich jedoch gezeigt, dass hohe Raten an Herzkatheteruntersuchungen, Dehnungsbehandlungen verengter Herzkranzgefäße (PTCA), Implantation von Stents (Gefäßprothesen) und Bypassoperationen weder zu besserem Überleben noch zu besserer subjektiv empfundener Gesundheit führen [Tu 1997]. Die hier offensichtliche Überversorgung kann durch Beteiligung

Überversorgung

Es werden Leistungen erbracht, deren Potential für einen Schaden größer ist als für den möglichen Nutzen.

Unterversorgung

Es werden Leistungen nicht erbracht, die ein günstiges Ergebnis für den Patienten bewirken würden.

Fehlversorgung

Es werden geeignete Leistungen erbracht, aber vermeidbare Komplikationen treten auf.

Abb. 3.1: Definition von Über-, Unter- und Fehlversorgung [Chassin und Galvin 1998]

der Patienten gesenkt werden: der Einsatz von Entscheidungshilfen führt dazu, dass sich weniger Patienten für interventionelle Maßnahmen entscheiden [O'Connor et al. 2003].

3.5 Patienten benötigen präzise Informationen über Behandlungseffekte

Ziel der Behandlung eines Patienten ist ein günstigerer Verlauf der Erkrankung im Vergleich zur Nichtbehandlung bezüglich der Kriterien Lebensqualität und/oder Lebenserwartung. Der natürliche Verlauf einer Krankheit ist in aller Regel für den individuellen Patienten nicht präzise vorhersehbar, auch nicht für Spezialisten eines Fachgebietes – viele Krankheiten heilen von selbst aus, häufig sind Krankheitsverläufe fluktuierend und die Ausschlagsrichtung der Schwankung nicht vorhersagbar. Am Einzelfall lassen sich daher in der Regel keine verallgemeinerbaren Erkenntnisse über die Wirksamkeit von medizinischen Interventionen erfassen. Vielmehr ist der Vergleich von homogenen, also bezüglich der Störfaktoren gleichartiger Gruppen erforderlich. Abb. 3.2 zeigt die Entscheidungssituation bei der Behandlung des Bluthochdrucks, hier am Beispiel eines 45-jährigen Mannes.

Sowohl in der Gruppe mit als auch ohne Behandlung erleiden Patienten einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall. In der Bilanz bleibt in 20 Jahren acht Patienten durch die Behandlung ein solches Ereignis erspart. Die große Mehrheit der Behandelten erleidet sowieso keinen Herzinfarkt oder Schlaganfall; und nur einer Minderheit derjenigen, die ohne Behandlung ein Gefäßereignis erleiden würden, bleibt es durch die Behandlung erspart – eine Konstellation, die auf die meisten Entscheidungssituationen übertragbar ist. Der Ausgang fast jeder medizinischen Behandlung ist in diesem Sinne unsicher. Der Behandlungserfolg lässt sich für den individuellen Patienten nicht dichotom mit ja oder nein vorhersagen, sondern nur in Form einer Wahrscheinlichkeit. Diese Unsicherheit mit dem Patienten zu teilen ist eine der wichtigsten Herausforderungen einer Partizipativen Entscheidungsfindung. Eine hohe Entscheidungsqualität setzt eine adäquate Risikokommunikation voraus. Richard Smith, bis 2004 Herausgeber des British Medical Journal, vertritt den pointierten Standpunkt, dass die Vermittlung einer falschen Sicherheit als Lüge, Betrug und Täuschung bezeichnet werden könne [Smith 2004]. Abb. 3.3 zeigt, dass unterschiedliche Formen der Risikodarstellung möglich sind.

Die Senkung der Gefäßereignisse von 30 auf 22 entspricht einer relativen Risikoreduk-

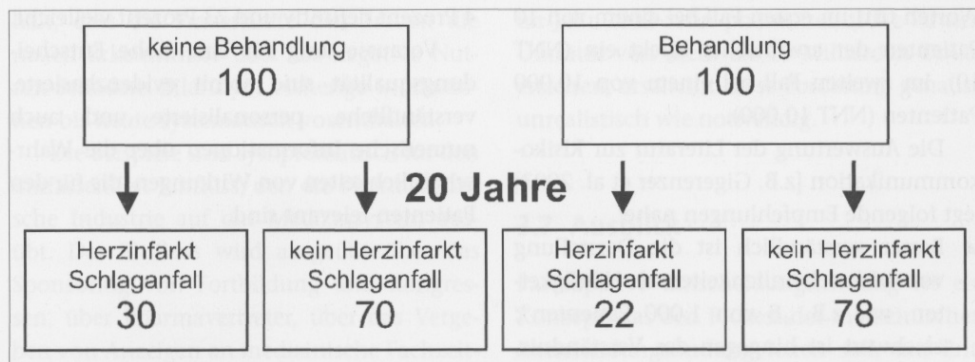


Abb. 3.2: Behandlung des Bluthochdrucks bei 45-jährigen Männern mit einem Blutdruck von 160/95 mmHg [McAlister et al. 2000, eigene Darstellung]

3.6 Kontaminierte Informationen gefährden die Gesundheit

Ziel der Patientenbeteiligung ist die Verbesserung der Entscheidungsqualität. Teil der Entscheidungsgrundlage sind zuverlässige, valide Informationen über den möglichen Nutzen und Schaden medizinischer Maßnahmen. Sind die Informationen verzerrt oder falsch, ist nicht nur die Patientenbeteiligung sondern das gesamte Medizinsystem in Frage gestellt. Das 1999 auf den Markt gebrachte Rheumamittel Vioxx wurde in großem Maßstab von der herstellenden Firma beworben, von Ärzten verschrieben und von Millionen von Patienten genommen. Die Zweifel an der Sicherheit, die im September 2004 zur Marktrücknahme führten, kamen bereits im Jahr 2000 auf und wurden anscheinend weder von der Firma, noch von den Zulassungsbehörden, noch von der medizinischen Fachöffentlichkeit ausreichend unter dem Gesichtspunkt der Patientensicherheit gewürdigt. Dieselbe Sequenz von Zulassung, aggressivem Marketing, unkritischer Übernahme durch die Ärzteschaft und Rücknahme bzw. Einschränkung der Indikationen kennzeichnet auch die Hormonersatztherapie, die noch dazu erfolgreich mit der Umdefinition einer natürlichen Lebensphase der Frau zu einem behandlungsbedürftigen Zustand einhergeht. Besonders bedenklich erscheint der Sachverhalt, dass die Frauenärzte den Frauen die neuen Erkenntnisse über die negative Nutzen-Schadens-Bilanz für bisherige Indikationen bis heute systematisch vorenthalten.

Die Beispiele sind symptomatisch für den umfassenden Einfluss, den die Pharmazeutische Industrie auf das Medizinsystem ausübt. Der Einfluss wird ausgeübt über das Sponsoring von Fortbildung und Kongressen, über Pharmavertreter, über das Vergeben von Anzeigen an medizinische Fachzeitschriften, über hohe Vortragshonorare und direkte Geldzuwendungen an medizinische

Meinungsführer, über die Finanzierung von Forschung und zahlreiche weitere Kanäle. All diese Mittel der Einflussnahme und ihre Effektivität auf das Verhalten der Ärzte sind bestens dokumentiert [Moynihan 2003]. Besonders besorgniserregend sind die Nähe von medizinischer Forschung und Industrie und die damit einhergehende Kommerzialisierung des Wissenschaftsbetriebes. Auf unterschiedliche, teils subtile, für die Öffentlichkeit nicht nachvollziehbare Weise (z.B. Design des Studienprotokolls, Änderung des Protokolls im Laufe der Studie) entstehen verzerrte, schöngefärbte Ergebnisse, die für die Zulassung von Medikamenten ausschlaggebend sein können. Weniger subtil ist die Nichtveröffentlichung von Studien, die den Marketinginteressen der Industrie entgegenlaufen.

Im Ergebnis produziert der medizinische Wissenschaftsbetrieb in erheblichem Umfang fragwürdige, verzerrte, falsche und somit kontaminierte Informationen, welche die Sinnhaftigkeit der Patientenbeteiligung von vornherein in Frage stellen.

Wenig wäre erforderlich, um dies zu ändern. Ärzte dürften keinerlei Geschenke mehr von der Industrie annehmen, nicht einmal Kugelschreiber, und medizinische Wissenschaftler müssten nur noch selbstlos für das Wohl der Patienten forschen, Scheinnovationen dürften keine Zulassung mehr erhalten. In Anbetracht des Umstandes, dass im Jahr 2002 zehn pharmazeutische Firmen Umsätze von mehr als 10 Milliarden Dollar erzielten, erscheint diese Forderung genauso unrealistisch wie notwendig.

3.7 Ausblick

Partizipative Entscheidungsfindung ist ein Konzept, das den Prozess der medizinischen Entscheidungsfindung leiten soll, um Entscheidungen herbeizuführen, die den objektiven und subjektiven Interessen der Patienten

ten entsprechen. Die notwendigen Voraussetzungen für PEF gehen weit über die von Elwyn in diesem Buch beschriebenen Kompetenzen auf Seiten des Arztes hinaus. Eine unabdingbare Voraussetzung sind Informationen, die unverzerrt und richtig sind. Diese müssen personalisiert und dem Patienten in einer Form angeboten werden, die es ihm ermöglicht, den potentiellen Nutzen und Schaden zu erkennen. Von der Erfüllung dieser Voraussetzung ist das deutsche Gesundheitssystem wie auch andere noch weit entfernt.

Partizipative Entscheidungsfindung bedeutet, die Interessen der Patienten vor alle anderen Interessen zu stellen. Dies ist solange unrealistisch, wie die Verstrickungen von Pharmazeutischer Industrie und Ärzteschaft nicht gelöst und ein angemessener Abstand hergestellt ist. Dafür sind neben der Politik auch die Ärztekammern, die Kassenärztlichen Vereinigungen und die medizinischen Fachverbände verantwortlich. Die Aktivitäten zweier Fachverbände verdienen Erwähnung. Die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie will mit dem im Jahr 2003 gegründeten Studienzentrum die Wissensbasis der Chirurgie durch die Förderung und Unterstützung von kontrollierten Studien für neue Therapieverfahren verbessern. Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin stellt mit alltagsnahen, an Patientenproblemen orientierten Leitlinien Informationen und Strategien bereit (z.B. Brennen beim Wasserlassen, Müdigkeit, Kreuzschmerzen), die einen Beitrag zur Minderung der bei diesen Problemen verbreiteten Über- und Unterversorgung leisten sollen.

Bislang ist Gesundheitspolitik nicht der gesetzgeberische Akt eines rational handelnden autonomen Souveräns. Patienten- und bevölkerungsorientierte Ziele sind in der Regel der Übermacht des ökonomischen Imperativs und konfligierender Interessen ausgesetzt. Der Prozess der Umsetzung gestaltet sich daher weit häufiger als Krisen-

management und „muddling through“ (Durchwursteln) denn als geplante Reformpolitik [Schwartz et al. 2003]. Die Politik sollte sich explizit an einer Qualitätsdefinition wie der eingangs genannten orientieren und alle Voraussetzungen für eine hohe Entscheidungsqualität schaffen.

Viel wäre bereits gewonnen, wenn es gelänge, den Einfluss der Anbieterinteressen auf die Entscheidungen zu eliminieren. Dies gilt in besonderem Maße für Präferenz-sensitive Maßnahmen. Hier gilt es, einen neutralen Raum für den Entscheidungsprozess zu schaffen. Vielleicht ließen sich beispielsweise überhöhte Raten von Koronarangiographien dadurch senken, dass die Verantwortung für den Prozess der Entscheidungsfindung nicht beim angiographisch tätigen Kardiologen liegt, sondern bei einem speziell geschulten Allgemeinarzt unter Zuhilfenahme von noch zu entwickelnden Decision Aids. Vielleicht sollte die Durchführung Präferenz-sensitiver Maßnahmen solange verboten sein, bis sicher gestellt ist, dass der Patient die für eine abwägende Entscheidung erforderlichen Informationen erhalten und verstanden hat.

Literatur

- Böcken J, Braun B, Schnee M (Hrsg.) (2004) Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
- Chassin MR, Galvin RW, The urgent need to improve health care quality. Institute of Medicine National Roundtable on Health Care Quality. JAMA (1998), 280, 1000-1005
- Coulter A, Magee H (Hrsg.) (2003) The European Patient of the Future. Open University Press, Maidenhead, Philadelphia
- Gigerenzer G, Edwards A, Simple tools for understanding risks: from innumeracy to insight. BMJ (2003), 327, 741-744
- Gurm HS, Litaker DG, Framing procedural risks to patients: Is 99% safe the same as a risk of 1 in 100? Acad Med (2000), 75, 840-842

- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America (2001) Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academies Press, Washington
- Klemperer D, Qualität in der Medizin. Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff und seine Implikationen. Dr. med. Mabuse (1996), 1–2, 22–27
- Kohn LT, Corrigan JM, Donalson MS. (1999) To Err Is Human. Institute of Medicine. National Academy Press, Washington
- Lohr K N, Schroeder S A, A strategy for quality assurance in medicare. N Engl J Med (1990), 322, 707–712
- McAlister FA, O'Connor AM, Wells G et al., When should hypertension be treated? The different perspectives of Canadian family physicians and patients. CMAJ (2000), 163, 403–408
- Moynihan R, Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. BMJ (2003), 326, 1189–1192
- O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V et al. (2003) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Bd. III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Band III.1: Grundlagen, Übersichten, Versorgung chronisch Kranker. Nomos, Baden-Baden
- Schwartz FW (Hrsg.) (2003) Das Public Health Buch. Urban und Fischer, München
- Skolbekken JA, Communicating the risk reduction achieved by cholesterol lowering drugs. BMJ (1998), 316, 1956–1958
- Smith R. Is transparency is fundamental to quality in health care? BMJ-Talks. <http://bmj.bmjournals.com/talks/transparency> (4.2.2004)
- Tu JV, Naylor CD, Kumar D et al., Coronary artery bypass graft surgery in Ontario and New York State. Which rate is right? Ann Int Med (1997), 126, 13–19