

Vom Paternalismus zur Partnerschaft – Eine Profession im Wandel

David Klemperer

Patienten wünschen Beteiligung an Entscheidungen. Den Vertrauensvorschuss, den sie ihren Ärzten geben, möchten sie durch externe Qualitätsüberprüfung gerechtfertigt sehen. Die Ärzteschaft sieht sich mit Untersuchungen konfrontiert, die ihr mittelmäßige Leistungen bei hohen Kosten attestiert. Ökonomische Zwänge in Klinik und Praxis beschneiden die Autonomie ärztlicher Entscheidungen. Dies sind einige der Hinweise darauf, dass sich die Erwartungen den Arztberuf gewandelt haben. Die veränderten Anforderungen bedürfen neuer Kompetenzen, neuer Vorgehensweisen und auch neuer Einstellungen und einem neuen Rollenverhalten. Im Folgenden sollen der bereits vollzogene und der absehbare Wandel des Arztberufes anhand ausgewählter Bereiche verdeutlicht werden.

Professionalisierung, Deprofessionalisierung, Reprofessionalisierung

Der Arztberuf wird aus berufssoziologischer Perspektive als Profession bezeichnet. Wesentliches Merkmal einer Profession ist die erlangte Autonomie auf Grundlage seiner spezialisierten Wissensbasis und seinem Versprechen, die Vertrauenswürdigkeit seiner Mitglieder gegenüber der Gesellschaft zu gewährleisten. Die Autonomie bezieht sich dabei auf die Definition, Entwicklung und Anwendung des Wissensbestandes und auf die Aufsicht über die Berufsausübung der Mitglieder der Profession.

Die von der Gesellschaft gewährte Autonomie geht einher mit einer dominierenden Rolle in einem Bereich gesellschaftlicher Arbeitsteilung und mit einem hohen gesellschaftlichen Ansehen (Hafferty / McKinlay, 1993; Hudemann-Simon, 2000; Macdonald, 1995; Freidson, 1999). Pellegrino (1983) und andere Autoren zählen neben den Ärzten auch die Rechtsanwälte und Priester zu den Professionen. Diese Gruppe zeichnet sich durch die besondere Art der interpersonalen Beziehung zwischen den Berufsangehörigen und den Hilfesuchenden aus. Ärzte haben es mit Menschen zu tun, die durch Krankheit und Schmerz verletzlich sind. Der Patient sucht den Arzt auf, weil er zur Problemlösung auf das Wissen und das Geschick des Arztes angewiesen ist. Der Patient gewährt dem Arzt Einblick in persönliche und intime Bereiche, er erlaubt ihm, seinen Körper zu berühren und ggf. mit Fingern oder Geräten in Körperöffnungen einzudringen oder auch die Integrität der Körperoberfläche mit Messern zu verletzen. Der Patient vertraut dem Arzt sein Wohlergehen und sein Leben an. Der Patient erwartet nicht nur eine technische Lösung, sondern auch Beratung, Beistand und Führung. Die Lösung muss technisch korrekt sein aber auch mit dem übereinstimmen, was der Patient für gut hält. Vom Arzt wird erwartet, dass er das Vertrauen seines Patienten rechtfertigt, dass er die Abhängigkeit und Verletzlichkeit des Patienten nicht ausnutzt. Das Wort Profession bedeutet „öffentliches Bekenntnis“ und meint das Bekenntnis zu einer Art der Hilfeleistung, die sich von den Hilfeleistungen anderer Berufe unterscheidet. Auch von Ge-

schäftsleuten werden Ehrlichkeit und Fairness erwartet; legitimes Anliegen eines Geschäftsmannes ist es aber, die Beziehung zum Kunden für seinen Profit zu nutzen. Vom Geschäftsmann wird nicht erwartet, dass er seine Interessen denen seines Kunden nachordnet. Hier liegt einer der entscheidenden Unterschiede zur Profession: essentieller Bestandteil ihres Hilfeversprechens ist die Verpflichtung, die Interessen des Patienten vor die eigenen Interessen zu stellen (Pellegrino, 1983).

Dem Professions-Konzept in der Medizin liegt die Vorstellung zugrunde, dass Regelung und Kontrolle der ärztlichen Berufsausübung zwar grundsätzlich staatliche Aufgaben sind. Wegen der dazu erforderlichen hohen fachlichen Anforderung geht man aber davon aus, dass die Angehörigen des Berufsstandes besser für die Erfüllung dieser Aufgabe gerüstet sind, als Behördenmitarbeiter. Daher gewährt die Gesellschaft dem Berufsstand auf gesetzlicher Grundlage das Privileg der Selbstverwaltung. Die übergeordnete Aufgabe der Selbstverwaltung besteht darin, die Erfüllung der Anforderungen sicher zu stellen, welche Öffentlichkeit und Politik an die Ärzteschaft stellen. Erwartet wird, dass das Vertrauen in den individuellen Arzt und in den ärztlichen Berufsstand von vornherein gerechtfertigt ist. Um die Integrität des einzelnen Arztes und der gesamten Profession zu gewährleisten, hat der Berufsstand im Rahmen seiner Selbstverwaltung vor allem sicher zu stellen, dass die Ärzte allen moralischen Versuchungen widerstehen, die Verletzlichkeit und Abhängigkeit ihrer Patienten auszunutzen. Dafür müssen Standards ärztlicher Kompetenz und ärztlichen Verhaltens definiert und eingehalten werden (Pellegrino und Relman, 1999; Medical Professionalism Project, 2002). Die daraus folgende umfassende Sicherheit für die Patienten ist der Kern des Kontraktes zwischen Ärzteschaft und Gesellschaft.

In den letzten Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen und damit die Erwartungen an den einzelnen Arzt und die Berufsgruppe in Teilbereichen grundlegend verändert. Die

damit verbundene Einschränkung ärztlicher Berufsfreiheit wird von einigen Ärztevertretern als Deprofessionalisierung empfunden (Kolkmann et al., 2004).

Der folgende Beitrag über den Arztberuf im Wandel soll anhand ausgewählter Bereiche eine andere Perspektive verdeutlichen: die berechtigten Erwartungen an die ärztliche Profession haben sich gewandelt, ohne dass die Ärzteschaft angemessen und umfassend reagiert hat. Das Erkennen, Akzeptieren und Erfüllen dieser Erwartungen bietet die Chance einer grundlegenden Neubestimmung ärztlichen Rollenverhaltens und medizinischen Handelns mit dem Ergebnis der Reprofessionalisierung des ärztlichen Berufsstandes. Im Zentrum stehen dabei die „Rechenschaftslegung und Qualitätsdarlegung“ (assessment and accountability), die Relman bereits 1988 als die „dritte Revolution im Gesundheitswesen“ beschrieben hat (Relman, 1988, S. 1220).

Nach der Phase der Expansion des Medizinbetriebes nach dem zweiten Weltkrieg („erste Revolution“) und der sich anschließenden Phase der Kostendämpfung ab den 1970er Jahren („zweite Revolution“) erwartet die Öffentlichkeit jetzt Antworten auf die Frage nach den Wirkungen und Ergebnissen der Gesundheitsversorgung, denn die bloße Behauptung der Wirksamkeit und des Nutzens medizinischer Maßnahmen reicht heute nicht mehr aus. Den hohen Investitionen in die Gesundheit stehen keine nennenswerten Erkenntnisse über die Ergebnisse gegenüber (Relman, 1988). Diese offenen Fragen griff die sogen. ‚Outcome-Bewegung‘ mit Hilfe von Erkenntnissen aus der Versorgungsforschung und mit Leitlinien unter Nutzung des in den 1990er Jahren ausformulierten Konzepts der Evidenzbasierten Medizin auf (Kopp et al., 2003). Was von Ärzten als Einschränkung ihrer Therapiefreiheit empfunden werden kann (Kolkmann, 2002), bedeutet für die Öffentlichkeit einen höheren Grad an Nachvollziehbarkeit ärztlicher Entscheidungen und für die Patienten einen trans-

parenteren, auf ihre Bedürfnisse abgestimmten Prozess der Entscheidungsfindung.

Vom Paternalismus zur Partnerschaft – Arzt-Patient-Beziehung im Wandel

„Die Patienten sind erwachsen geworden, es gibt keinen Weg zurück. (...) Paternalismus ist endemisch (...) und auch wenn er gut gemeint sein mag, schafft und erhält er doch eine ungesunde Abhängigkeit, die mit anderen Strömungen in der Gesellschaft nicht mehr im Einklang steht“ (Coulter, 1999, S. 719). Mitte des 20. Jahrhunderts lag der Medizin die Annahme zugrunde, dass der Arzt aufgrund seines Wissensvorsprungs am besten dazu geeignet sei, medizinische Entscheidungen zu treffen. Die Rolle des Patienten beschränkte sich darauf, dem Arzt die erforderlichen Informationen über Krankheitszeichen zu geben, damit der Arzt das diagnostische und therapeutische Vorgehen festlegen konnte. Die vorherrschende biomedizinische Sicht von Krankheit und Gesundheit ließ den Arzt nach Auffälligkeiten fahnden, denn Krankheit bedeutet im vorherrschenden biomedizinischen Modell Abweichung von den als normal definierten Strukturen und Funktionen des Organismus. Informationen über das Subjektive – wie z.B. Gefühle, Erwartungen und Befürchtungen – waren nicht erforderlich für dieses Vorgehen und wurden von den Ärzten eher als störend angesehen. Beunruhigende Informationen wurden dem Patienten nicht mitgeteilt in der Annahme, dass diese ihm schaden könnten.

Die Stärkung der Bürgerrechte als eine Metatendenz in der gesellschaftlichen Entwicklung hat sich auch auf die Erwartungen der Patienten und Bürger an die Ärzte ausgewirkt. Eine untergeordnete, passive Rolle in der Arzt-Patient-Beziehung entspricht nicht mehr den Bedürfnissen der Patienten. Patienten wünschen Informationen und Beteiligung an Ent-

scheidungen, die Berücksichtigung ihrer emotionalen Bedürfnisse und den Einbezug der Lebenssituation sowie Menschlichkeit, Kompetenz und Sorgfalt (Böcken et al., 2004; Coulter und Magee, 2003). Die Befürwortung eines ‚Ärzte-TÜVs‘ durch weite Teile der Bevölkerung weist auf das Bedürfnis nach Transparenz und auch darauf hin, dass Patienten den Vertrauensvorschuss, den sie ihren Ärzten zu geben bereit sind, gerne durch eine externe Überprüfung gerechtfertigt sehen.

Die ärztliche Selbstverwaltung – von der Standesvertretung zum Qualitätsgaranten

„Das alte System – gegründet auf der Erwartung, dass die Ärzte fachlich auf dem Laufenden bleiben und etwas machen würden mit Kollegen, die schlecht arbeiten kombiniert mit einigen halbherzigen Systemen der Selbstverwaltung – ist tot. (...) Die Medizin – nicht nur in England – hat eine Kultur, Irrtümer zu verbergen und denjenigen zu verzeihen, die sie begehen.“ (Smith 1999, S.1314). Diese harschen Worte fand Richard Smith, damals Herausgeber des British Medical Journal, in Angesicht des Versagens der ärztlichen Selbstverwaltung bei der sog. ‚Bristol-Affäre‘. Hier hatten drei Kinderherzchirurgen über Jahre hinweg handwerklich inkompetent gearbeitet, mit Todesfolge für zahlreiche Babys. In England führte dies zu einer grundlegenden Neubeistimmung und Neuorganisation der professionellen Selbstverwaltung (Irvine, 2003). Der Fall des Allgemeinmediziners und Massenmörders Harold Shipman gab der Reform zusätzliche Impulse (The Shipman Inquiry, 2004). Wenig beachtet ist die Tatsache, dass es in Deutschland Qualitätskatastrophen gab, die eine noch weitaus größere Zahl von Patienten betrafen. Diese sind verbunden mit den Namen

der Medizinprofessoren Bernbeck, Frischbier, Hübener und Kemnitz. Bernbeck, der von 1962 bis 1981 Chefarzt der Orthopädischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses Barmbeck in Hamburg war, hat eine dreistellige Zahl von Patienten durch mangelhafte Operationstechnik an der Wirbelsäule und durch Mängel in der Hygiene teils schwerst geschädigt (vgl. www.wikipedia.de/ 2.4.2005). Frischbier und Hübener wird vorgeworfen, als Strahlentherapeuten fahrlässig Patienten schwere Strahlenschäden zugefügt zu haben (Zylka-Menhorn, 1996) und Kemnitz hat als Pathologe durch falsche Befunde die grundlose Brustamputation von etwa 300 Patientinnen zu verantworten (Anonymus, 2000). Während die Fälle in England unter dem Gesichtspunkt des Patientenschutzes umfassend untersucht wurden und Konsequenzen für das System der Selbstverwaltung gezogen wurden, geschah in Deutschland nichts dergleichen. Aber auch jenseits der Medizinskandale hat die ärztliche Profession in Deutschland in den letzten Jahrzehnten nicht immer den Eindruck aufrecht erhalten können, dass sie sich effektiv selbst verwaltet, die Eigeninteressen den Patienteninteressen nachordnet und sich auf die veränderten Erwartungen der Gesellschaft einzustellen vermag.

Die Ärztekammern stehen als Organe der ärztlichen Selbstverwaltung in einer Doppelfunktion. Sie haben die beruflichen Belange der Ärzteschaft zu wahren und die Qualität und Sicherheit der ärztlichen Berufsausübung zu gewährleisten. Dies bedeutet eine Vermischung von Standesvertretung im Sinne von Interessenspolitik und Selbstverwaltung im Sinne der Wahrnehmung einer öffentlichen Aufgabe. Die Patienten und Bürger haben ein vitales Interesse daran, dass die Ärzte im Wissen und Handeln auf der ‚Höhe der Zeit‘ sind und auch körperlich, seelisch und sozial dazu in der Lage, ihren Beruf bestmöglich auszuüben – der englische General Medical Council hat dies auf die knappe Formel gebracht: ‚up to date and fit to practise‘. Dies macht den Kern ärztlicher Selbstverwaltung im Sinne einer öffentlichen

Aufgabe aus. Dabei handelt es sich um eine schwierige Aufgabe. Die Entwicklung zielführender Strategien ist erforderlich, die u. a. folgende Fragestellungen und Problembereiche berücksichtigen müssen:

- Fortbildung im Sinne einer kontinuierlichen professionellen Entwicklung aller Ärzte
- systematische Kompetenzdarlegung bzw. Rezertifizierung aller Ärzte
- zeitnahe Transfer gesicherter Erkenntnisse in die Praxis
- systematisches Fehlermanagement
- Information und Beteiligung der Patienten
- das Verhältnis der Ärzteschaft zur pharmazeutischen Industrie
- Interessenkonflikte in allen Bereichen ärztlicher Tätigkeit
- Über-, Unter- und Fehlversorgung, d. h. die Erbringung überflüssiger Leistungen, die Nichterbringung nützlicher Leistungen sowie die Erbringung gefährlicher Leistungen.

Die Doppelfunktion von Standesvertretung und mittelbarer Staatsverwaltung führt zwangsläufig zu Zielkonflikten, die sehr häufig im Sinne der Standesvertretung gelöst werden. Fragestellungen, wie die gerade genannten, beantworten die Ärztekammern regelhaft im Sinne der Eigeninteressen des Berufsstandes und nicht als öffentliche Aufgabe. Exemplarisch dafür ist die Fortbildung der Ärzte. Fortbildung wird von den Ärztekammern zwar programmatisch anerkannt als notwendig zur Erhaltung und Entwicklung der erforderlichen Fachkenntnisse, zur Verbesserung ärztlichen Handelns und als Instrument der Qualitätssicherung. Fortbildung ist in der ärztlichen Berufsordnung auch als Pflicht ausgewiesen. Da die Fortbildungspflicht aber nicht sanktionsbewehrt ist, das Nichterfüllen also in aller Regel folgenlos bleibt, handelt es sich praktisch um eine unverbindliche Vorschrift, mit der die Ärztekammern nicht gewährleisten können, dass alle Ärzte ‚up-to-date‘ sind. Damit fällt die Ärzteschaft hinter andere Berufsgruppen zurück, denen Menschen ebenfalls ihre Gesundheit und ihr Leben anver-

trauen; Piloten und Taxifahrer beispielsweise haben in festgelegten Abständen den Erhalt ihrer Berufseignung zu belegen. Forderungen der Politik nach Verbindlichkeit in der Fortbildung haben die Ärztekammern mit einem freiwilligen Fortbildungszertifikat und einer vermehrten Aufmerksamkeit für die Qualität von Fortbildung beantwortet. Das Problem der Unverbindlichkeit wurde damit nicht gelöst. Der Gesetzgeber hat daher reagiert und 2004 eine Pflicht zur fachlichen Fortbildung für Vertragsärzte der GKV eingeführt – mit Androhung von Honorarkürzungen und Entzug der Zulassung bei Nichterfüllung.

Um für die Zukunft eine zielführende berufliche Selbstverwaltung der Ärzte sicher zu stellen ist eine grundlegende Weiterentwicklung der Selbstverwaltungsstrukturen erforderlich. Die Vertretung berufsständischer Interessen muss aus dem Aufgabenkatalog herausgenommen werden. Standespolitik darf keine Aufgabe mittelbarer Staatsverwaltung mehr sein. Für die Eigeninteressen sollten künftig ausschließlich die Berufsverbände zuständig sein. Für die Neustrukturierung sollte auch anerkannt werden, dass ärztlicher Sachverstand für die Erfüllung der Selbstverwaltungsaufgaben nicht ausreicht. Spezialisten für die Belange der Patienten und Bürger sind diese selbst. Dem Vorbild anderer Länder (z.B. England, Kanada) folgend, sollte die Öffentlichkeit daher in angemessener Weise in allen Organen der Selbstverwaltung vertreten sein. Auf diese Weise würden die Ärztekammern dazu in die Lage versetzt, eine neue Qualitätskultur zu entwickeln und die Interessen der Patienten den ständischen Interessen voranzustellen. Anregungen für Bausteine einer neuen ‚Kultur der Selbstverwaltung‘ in Deutschland könnten sein: Erstens das Projekt „Medical professionalism in the new millennium: a physician’s charter“ (www.abimfoundation.org; 5.8.2005). Hier handelt es sich um eine Initiative von zwei amerikanischen und einer europäischen Ärztevereinigung (European Federation of Internal Medicine, American College of Physi-

cians, American Board of Internal Medicine) zur Erneuerung des Professionalismusgedankens. Zu den Leitgedanken zählen das Primat des Patientenwohls, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, soziale Gerechtigkeit, Verpflichtung zur fachlichen Kompetenz, zur ständigen Qualitätsverbesserung und die Verpflichtung zum angemessenen Verhalten bei Interessenkonflikten (Medical Professionalism Project, 2002).

Zweitens ein verbindlicher Verhaltenskodex für Ärzte, wie z.B. ‚The duties of a doctor‘ des General Medical Council in England (www.gmc-uk.org/standards/doad.htm 5.8.2005). Dabei handelt es sich um einen Pflichtenkatalog mit klaren Anforderungen an ärztliches Verhalten, auf den sich auch Patienten beziehen können. Der Verhaltenskodex ist sanktionsbewehrt und dient als Grundlage für Disziplinarverfahren.

Die Erkenntnis, dass die Kompetenz von Ärzten im Laufe ihres Berufslebens tendenziell nachlässt (Choudhry et al., 2005), verleiht der Forderung nach effektiven, aktivierenden, selbstgesteuerten und an den persönlichen Verbesserungsbereichen ansetzenden Fortbildungskonzepten Nachdruck. Diese Konzepte sollten von den Fachgesellschaften entwickelt werden. Jeder Arzt sollte dann in regelmäßigen Abständen seine Kompetenzentwicklung gegenüber der Ärztekammer mit geeigneten Methoden darlegen. Diese systematische Kompetenzdarlegung sollte nur einem Zweck dienen, nämlich bei gleichzeitig abnehmender Streuung die Normalverteilung der Qualität innerhalb der Ärzteschaft immer weiter in den Bereich hoher Qualität zu verschieben, wie die **Abbildung 1** aufzeigt. Dadurch verbessert sich die Patientenversorgung generell. Darüber hinaus werden diejenigen Ärzte identifiziert, die unterhalb der Bandbreite akzeptierter Standards arbeiten. Erfahrungen in Kanada haben gezeigt, dass mit gezielter Unterstützung die meisten dieser Ärzte innerhalb kurzer Zeit ihre Qualitätsprobleme beheben können (Klemperer, 2002).

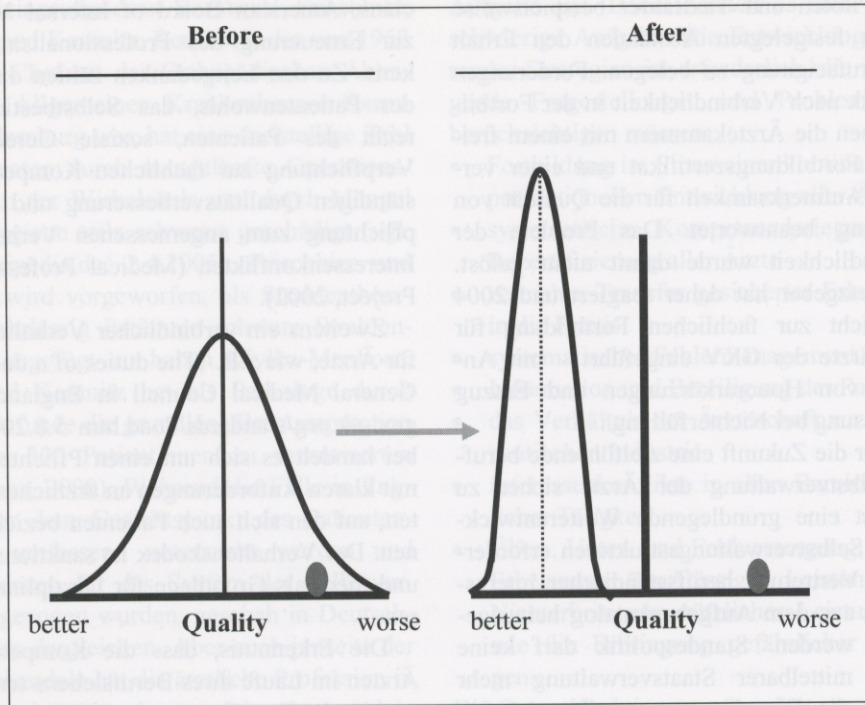


Abbildung 1: Strategie der Qualitätsverbesserung ([www.ihc.com/documents18/3 methods_course.pdf](http://www.ihc.com/documents18/3_methods_course.pdf) 12.04. 2005)

Die von manchen Ärztevertretern beklagte Abnahme der Autonomie der ärztlichen Profession steht in engem Zusammenhang mit den unzureichenden Bemühungen um die Qualität ärztlichen Handelns und mit dem defensiven Umgang mit offensichtlichen Qualitätsproblemen. Die Weiterentwicklung der Strukturen und Konzepte der ärztlichen Selbstverwaltung in Verbindung mit klaren Aufträgen von Seiten der Politik, können entscheidend zur Wiederherstellung des Vertrauens der Öffentlichkeit und somit zur Reprofessionalisierung des ärztlichen Berufsstandes beitragen.

Medizin und Wissenschaftlichkeit – von der Eminenz zur Evidenz

Richard Doll schrieb in einem Aufsatz zum 50. Jubiläum des Erscheinens der ersten randomisierten kontrollierten Studie (Doll, 1998), dass vor der Ära der randomisierten kontrollierten Studie solche Therapieformen als wirksam anerkannt wurden, von denen eine anerkannte Autorität des Fachgebietes die Wirksamkeit aufgrund seiner persönlichen Beobachtung an seinen Patienten behauptete. Die unsystematische Beobachtung und Verallgemeinerung von Einzelfällen war die vorherrschende Methode

des Erkenntnisgewinns in der Medizin. Ein Blick in alte Medizinlehrbücher zeigt, dass diese Methode regelhaft zu irrtümlichen Annahmen führte. Doll merkte an, dass in den Lehrbüchern seiner Zeit (er absolvierte sein medizinisches Examen im Jahr 1938) für viele Krankheiten jeder Buchstabe des Alphabets mit mehreren Therapieverfahren belegt war. Erhellend ist auch der Blick in die erste Auflage des kürzlich als Reprint veröffentlichten Merck Manual aus dem Jahr 1899 (Merck, 1899). Beispielsweise werden für die Behandlung der Dyspepsie (Reizmagen, Verdauungsstörung) 108 Substanzen gelistet; das Spektrum der für wirksam erachteten Substanzen reichte dabei von Absinth über Arsen, Gold,

Kokain, Lebertran, Morphin und Strichnin bis zu Xanthoxylum. Für die Behandlung der Debilität wurden Alkohol, Abführmittel, türkische Bäder und dreißig weitere Behandlungsmethoden für wirksam erachtet. Für die Behandlung des Diabetes mellitus wurden 68 Stoffe empfohlen, darunter Arsen, Milchsäure, Mandelbrot, hochdosiertes Belladonna, Glycerin, Eisen (,am Besten in Verbindung mit Morphin') und Urannitrat.

Die Gefahren, Unsicherheiten und Verzerrungsmöglichkeiten der auf Einzelfallbeobachtungen beruhenden Erfahrung liegen auf der Hand und stehen schon seit den Zeiten von Hippokrates zur Diskussion: der spontane Verlauf einer Krankheit ist beim individuellen Patienten in aller Regel nicht vorhersehbar; ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Intervention und Veränderung des Krankheitsbildes darf daher nicht mit Kausalität gleichgesetzt werden – ,post hoc non est propter hoc' (danach ist nicht deswegen). Sowohl auf Seiten des Arztes als auch auf Seiten des Patienten besteht eine Tendenz zur unbewussten oder auch bewussten positiven Verzerrung von Behandlungsergebnissen. Nur so lassen sich die langen Listen einst als wirksam erachteter Therapien erklären.

Vergleichende Beobachtungen zum Erfassen von Effekten sind bereits in der Bibel zu finden

(Weingarten, 2003). Auseinandersetzungen um die von Pierre Louis' beschriebene ,numerische Methode' und die Notwendigkeit der Aggregation von Daten, bewegten und spalteten die Ärzteschaft schon im 19. Jahrhundert (Matthew, 1995) und mündeten in die Einführung der von Bradford Hill konzipierten modernen randomisierten kontrollierten Studie (RCT) (Matthews 1995, S. 127 ff.). Tatsächlich stellt die erste veröffentlichte RCT einen Wendepunkt in der Methodologie medizinischen Erkenntnisgewinns dar: die Bedeutung der bis dahin vorherrschenden ,Eminenz-gestützten' Medizin begann abzunehmen, ihr Niedergang wurde noch beschleunigt durch die Entwicklung des Konzeptes der Evidenzbasierten Medizin (EBM) Anfang der 1990er Jahre. EBM ist mittlerweile in alle Bereiche der Medizin vorgedrungen – natürlich nicht ohne den anhaltenden Widerstand der ,Eminenzen', die sich zu Recht in ihrem Selbstverständnis angegriffen sehen. Das zentrale Anliegen der EBM ist die Verbesserung der Entscheidungen für individuelle Patienten durch wissenschaftliche Überprüfung der Effektivität medizinischen Handelns im Sinne der bereits erwähnten ,Outcome-Bewegung'. Das Methodenspektrum ist dabei keineswegs – wie bisweilen unterstellt – auf die RCT verengt. Eine Methode, mit der sich alle Fragen untersuchen lassen gibt es ebenso wenig wie eine von vornherein ,beste' Methode. Welches die beste Methode ist diktiert die Frage. Sackett und Wennberg (1997) belegen dies am Beispiel der gutartigen Prostatavergrößerung. Für die Frage der Bedeutung der Patientenpräferenz bezüglich der Behandlungswahl muss in Erfahrung gebracht werden, welche Bedeutung die Krankheit für den Patienten hat und wie er Nutzen und Schaden unterschiedlicher Optionen abwägt. Dazu haben sich Tiefeninterviews mit offenen Fragen als geeignet erwiesen. Für die Frage, welche Operationstechnik zu besseren Ergebnissen führt, ist die RCT am besten geeignet (Sackett und Wennberg 1997).

EBM stellt mehr dar als einen Fundus an Methoden. EBM steht für eine skeptisch-konstruktive Haltung gegenüber medizinischem Handeln. EBM bedeutet einen Bruch mit der „Eminence-based Medicine“, einer selbstzufriedenen und unkritischen Medizin, die sich auf die Meinung von Autoritäten und Experten verlässt (Davey-Smith et al. 2001, S. 184). Im Zentrum steht die Evaluation medizinischer Interventionen in Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation mittels geeigneter Untersuchungsmethoden anhand patientenrelevanter Ergebnisparameter. Wirksame Verfahren sollen von unwirksamen unterschieden werden. Der Anteil der unwirksamen oder schädlichen Behandlungen soll verringert werden, indem Behandlungsweisen, die diesen Test nicht bestehen, verlassen werden. EBM soll die Medizin darin unterstützen „mehr Nutzen als Schaden zu stiften“ (Muir Gray 2001, S. 49). Eine wichtige Rolle spielt dabei die Cochrane Collaboration, ein internationales Netzwerk von Wissenschaftlern, das seine Hauptaufgabe darin sieht, systematische Übersichtsarbeiten zu erstellen. Diese fassen die Ergebnisse randomisierter kontrollierter Studie zusammen und beruhen auf systematischen und expliziten Methoden zur Identifikation, Selektion und kritischen Bewertung relevanter Forschung und zur Sammlung und Analyse von Daten aus den Studien, die in die Übersichtsarbeit aufgenommen werden (vgl.: www.cochrane.de).

Da die Effektivität der meisten medizinischen Maßnahmen nicht sehr stark ist, lässt sich Wirksamkeit in der Regel nur an Gruppen von Patienten messen mit Hilfe aggregierter Daten. Für den individuellen Patienten lässt sich der Behandlungserfolg nur in Form einer Wahrscheinlichkeit vorhersagen. Dies bedeutet Unsicherheit und diese mit dem Patienten zu teilen anstatt ihm eine falsche Sicherheit vorzuspiegeln, bedeutet eine große Herausforderung für Ärzte (Smith, 2004). Die Kommunikation dieser Wahrscheinlichkeiten – auch als Risikokommunikation bezeichnet – zählt zu den es-

sentiellen Elementen einer patientenorientierten Medizin.

Medizin und Industrie – von der Verstrickung zur kritischen Distanz: „Loslassenkönnen“

Das Verhältnis der Medizin zur pharmazeutischen Industrie ist problematisch. Die pharmazeutische Industrie stellt einen großen, umsatzstarken, überdurchschnittlich profitablen und weltweit agierenden Wirtschaftszweig dar, mit starkem Einfluss auf die Ärzteschaft und auf Regierungen (Angell, 2004 b). 2002 erzielten zehn pharmazeutische Firmen Umsätze von jeweils mehr als zehn Milliarden Dollar, der Gewinn der zehn größten US-Pharmafirmen betrug 35,9 Milliarden US-Dollar (Angell, 2004a). Ihren Reichtum verdanken sie insbesondere dem Patentschutz, der es ihnen erlaubt, während der Dauer dieses Schutzes Preise nach den Gegebenheiten des Marktes festzulegen. Mit ihrer finanziellen Macht übt die pharmazeutische Industrie einen umfassenden Einfluss auf das gesamte Medizinsystem aus. Ihrem Anspruch, durch Forschung segensreiche Innovationen zu entwickeln, löst sie zuletzt kaum ein. 2002 wurden in den USA 78 Medikamente neu zugelassen, 17 enthielten neue Substanzen, gerade sieben davon wurden von der Zulassungsbehörde FDA als Verbesserung im Vergleich zu den älteren Substanzen klassifiziert (Angell, 2004). Ein wesentlicher Anteil der Forschung wird in Substanzen gesteckt, die sich nur wenig von bereits vorhandenen Substanzen anderer Firmen unterscheiden, sog. ‚me-too-Präparate‘ oder Scheininnovationen. Der Rückgang staatlicher Forschungsförderung bei gleichzeitiger Ausdehnung der Forschung durch die pharmazeutische Industrie hat zu einer Kommerzialisierung des biomedizini-

schen Wissenschaftsbetriebes mit folgenden Konsequenzen geführt:

- Die Forschungsinteressen und -aktivitäten der Industrie dominieren den wissenschaftlichen Output.
- Viele Forscher unterhalten finanziell vorteilhafte Beziehungen zur Industrie.
- Der Fokus liegt auf der Behandlung mit Medikamenten.
- Nicht-medikamentöse Vorgehensweisen erhalten wenig Aufmerksamkeit.
- Erprobte, vertraute, billigere Behandlungen werden durch neue und stets teurere Alternativen ersetzt, die keinen klinischen Vorteil bringen.

Bei vielen Studien liegt der gesamte Forschungsprozess vom Formulieren der Fragestellung über das Verfassen des Studienprotokolls und der Durchführung bis zur Interpretation und Veröffentlichung der Ergebnisse in den Händen der Industrie. Die Folge davon ist nicht nur eine Einengung medizinischer Fragestellungen auf medikamentöse Behandlungen. Ein noch größeres Problem liegt im Erzielen erwünschter Ergebnisse und in der Nicht-Veröffentlichung von Ergebnissen, die den Marketinginteressen zuwiderlaufen (Bekelman / Gross, 2003). Verzerrte und schön gefärbte Ergebnisse können auf subtile, für die Öffentlichkeit nicht nachvollziehbare Weise (z.B. Design des Studienprotokolls, Änderung des Protokolls im Laufe der Studie) hergestellt werden (Lexchin et al. 2003, Kondro und Sibbald, 2004). Tatsächlich produziert der medizinische Wissenschaftsbetrieb Ergebnisse von fragwürdiger Validität. Die Wissensbasis und die Glaubwürdigkeit der Medizin sind damit in Frage gestellt.

Moynihan (2003) nennt 16 Wege der Einflussnahme der Industrie auf die Ärzte, wie z.B. Besuche von Pharmavertretern, Sponso-

ring von Fortbildung und Kongressen, Vergaben von Anzeigen an medizinische Fachzeitschriften, Vortragshonorare und direkte Geldzuwendungen an medizinische Meinungsführer, Finanzierung von Forschung und Zuwendungen an medizinische Ausbildungsstätten. Sowohl die Methoden der Einflussnahme als auch die Effektivität dieser Methoden auf das Verhalten der Ärzte sind sehr gut dokumentiert (Kassirer, 2005; Abramson, 2004; Angell, 2004a). Bestens dokumentiert ist ebenfalls, dass die Informationen der pharmazeutischen Industrie an die Ärzte vollkommen unzuverlässig sind (Kaiser et al., 2004).

Die Sequenz von der Zulassung eines Medikamentes bei unzureichenden oder geschönten Daten über Wirksamkeit und Sicherheit, aggressivem Marketing, unkritischer Übernahme durch die Ärzteschaft und Rücknahme bzw. Einschränkung der Indikationen, lässt sich für eine Reihe von Medikamenten belegen, zuletzt für die sog. Hormonersatztherapie (McPherson / Hemminki 2004) und für das Rheumamittel Vioxx (Psaty / Furberg 2005). Beide Fälle sind exemplarisch, weil die Rücknahme bzw. Indikationseinschränkung lange Zeit nach Auftreten ernsthafter Warnhinweise erfolgte.

Der Staat, die Ärzte und ihre Organisationen, aber auch Bürger und Patienten müssen das Problem der Verstrickung von Ärzteschaft und Industrie erkennen und sie sollten Wege finden, um eine angemessene Distanz herzustellen. Die erforderlichen Maßnahmen sind im Grundsatz einfach, wie die **Tabelle 1** zeigt.

Für die Ärzteschaft dürften diese Forderungen gewöhnungsbedürftig sein, für die Öffentlichkeit und die Patienten jedoch selbstverständlich.

Tabelle 1: Mögliche Maßnahmen, um sich der Verstrickung zwischen Ärzteschaft und Industrie zu distanzieren (Eigene Darstellung)

- Ärzte nehmen keinerlei Geschenke an
- Ärzte empfangen keine Vertreter/innen
- Fortbildung und Kongresse werden ohne Unterstützung der Pharmazeutischen Industrie durchgeführt
- Berufsverbände nehmen keinerlei Zuwendung von der pharmazeutischen Industrie an
- Ärzte informieren sich aus unabhängigen Informationsquellen
- Scheininnovationen werden nicht zugelassen
- Forschung wird im erforderlichen Umfang öffentlich finanziert
- Wissenschaftler/innen mit Interessenkonflikten werden von Studien ausgeschlossen

Shared Decision Making – vom Halbgott zum Partner

Die heilsame Wirkung, die von der Arzt-Patient-Beziehung ausgehen kann, ist seit dem Altertum bekannt. Konzepte einer patientenzentrierten Medizin wurzeln aber eher in den 1970er Jahren. Untersuchungen zur geographischen Variabilität medizinischer Interventionen ließen erkennen, dass es ‚Präferenz-sensitive‘ Entscheidungen gibt (Mulhan, 2004). Dabei handelt es sich um Situationen mit unterschiedlichen Behandlungsoptionen, die mit unterschiedlichen Behandlungszielen einhergehen. So beseitigt die Operation bei gutartiger Prostatavergrößerung die Beschwerden beim Wasserlassen, führt aber in vielen Fällen zur Impotenz (Mulhan, 2004). Der Patient muss hier abwägen, ob für ihn die Beseitigung der Beschwerden beim Harnlassen oder der Erhalt der Potenz schwerer wiegt. Es leuchtet unmittelbar ein, dass diese Abwägung nur der Patient selbst durchführen kann. Die Präferenz des Patienten ist daher das einzige Kriterium für die Entscheidung zwischen Operation und konservativem Vorgehen.

Für die Beteiligung der Patienten hat sich das Shared Decision Making – Modell herausgebildet, das auf folgenden Prinzipien beruht (www.patient-als-partner.de/5.8.2005):

- Mindestens 2 Teilnehmer (Patient und Arzt) sind beteiligt.
- Informationsaustausch findet in beide Richtungen statt.
- Beide sind sich bewusst, dass und welche Wahlmöglichkeiten bezüglich der medizinischen Entscheidung bestehen.
- Beide Partner bringen ihre Entscheidungskriterien aktiv und gleichberechtigt in den Abwägungs- und Entscheidungsprozess ein.
- Beide Partner übernehmen für die Entscheidung Verantwortung.

Der Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung besteht aus folgenden Schritten:

Der Arzt verdeutlicht dem Patienten die Optionen, er stellt das Verständnis sicher, erkundet die Erwartungen und Sorgen des Patienten sowie die Rollenpräferenz, um dann eine Entscheidung zu treffen (oder auch aufzuschieben), an der sich der Patient im gewünschten Ausmaß beteiligt (Elwyn et al., 2003). Vielfach fühlen sich Ärzte darin überfordert, ihre Patienten zu beteiligen. Dies verwundert nicht, weil die für die genannten Schritte erforderlichen Kompetenzen bislang nicht systematisch vermittelt werden und die für eine Entscheidung relevanten und für die Risikokommunikation erforderlichen Informationen häufig nicht vorliegen. Die für Shared Decision Making erforderlichen Kompetenzen auf Seiten des Arztes haben sich als erlernbar erwiesen (Elwyn et al.,

2004). Weitere unabdingbare Voraussetzungen sind die Bereitschaft und die Haltung der Ärzte zur Patientenbeteiligung. Hier besteht noch eine erhebliche Kluft zwischen dem, was Patienten wünschen und dem, was Ärzte wollen und können.

Die Erweiterung des Horizontes – von der Biomedizin zur bio-psycho-sozialen Perspektive

Modelle von Gesundheit und Krankheit sind Systeme von Annahmen, Theorien und Hypothesen über die Voraussetzungen und Ursachen von Krankheit und Gesundheit und deren Erkennung und Behandlung. Modelle sollen die Wirklichkeit abbilden und erklären sowie wirksames Handeln mit vorhersagbaren Ergebnissen ermöglichen. Modelle dienen dem Verstehen und der Weiterentwicklung eines Wissensbereiches, sie ermöglichen, Fragen zu formulieren, zu prüfen und zu beantworten.

In der Medizin herrscht nach wie vor das biomedizinische Modell vor. Trotz seiner Bedeutung wird dieses Modell in der Ausbildung der Mediziner zumeist nicht explizit gelehrt sondern eher implizit gelernt und nur selten reflektiert. Dieses Modell fokussiert auf die Pathologie, definiert Krankheit als Abweichung von den als normal definierten Strukturen und Funktionen des Organismus, betrachtet Krankheit als ein Ergebnis einer jeweils spezifischen Ursache und hält Körper und Seele für voneinander unabhängig. Diese Annahmen bildeten die Voraussetzung für die quantensprungartigen Fortschritte im medizinischen Wissen in den letzten Jahrhunderten, die zur Überwindung der Humoralpathologie und zur Etablierung der heute weltweit anerkannten modernen Medizin geführt haben. Das Modell trägt entscheidend zum Verständnis und zur effektiven Behandlung vieler Krankheiten bei. Deutlich

ist aber, dass bei weitem nicht alle Phänomene von Gesundheit und Krankheit damit erklärt werden können. Die am schwersten wiegenden Defizite sind die fehlende Integration des Wissens um seelische und subjektive Aspekte von Krankheit (Engel, 1996) sowie die fehlende Berücksichtigung sozialer Aspekte für die Erklärung von Gesundheit und Krankheit (Marmot, 2005). Misempfindungen wie Schmerz und Müdigkeit haben eine hohe Prävalenz, sind häufiger Anlass für Arztbesuche und verschwinden in den meisten Fällen von allein. Die biomedizinische Interpretation derartiger unspezifischer Beschwerden kann zu umfangreicher und unangemessener Diagnostik und Therapie führen. Auch wenn keine

Störungen im biomedizinischen Sinne gefunden werden, ist der Betroffene zu einem sich krank fühlenden, die Krankenrolle einnehmenden Patienten geworden. Ein erweitertes Modell muss sowohl das Objektive (die Pathologie) als auch das Subjektive betrachten und den Umstand berücksichtigen, dass Beschwerden ohne Pathologie genauso möglich sind wie Pathologie ohne Beschwerden. Auf diese Weise gerät neben der Pathologie auch die persönliche Wahrnehmung und Interpretation von Beschwerden sowie der persönliche und soziale Kontext in den Fokus (Wade und Halligan, 2004). Den Gefahren der medizinischen Etikettierung unspezifischer Beschwerden durch Vergabe von ICD-Diagnosen kann durch das Konzept der Klassifizierung nach Konsultationsanlässen in der Allgemeinmedizin (International Classification of Primary Care www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en 5.8.2005) begegnet werden. Beispiele für de-eskalierende Strategien bei unspezifischen Beschwerden stellen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin für Rückenschmerzen und für Müdigkeit dar (www.degam.de.5.8.2005).

Die Grenzen des biomedizinischen Modells werden in besonderem Maße bei Fragen der Prävention, der Gesundheitsförderung und der

Bevölkerungsgesundheit / Public Health deutlich. Die Biomedizin hat sich die klassischen, im Rahmen der Framingham-Studie identifizierten Risikofaktoren, zu Eigen gemacht. Die Anwendung des Risikofaktorenkonzepts auf die Prävention hat aber zu enttäuschenden Ergebnissen geführt (Syme, 1991). Prävention und Gesundheitsförderung erfordern Konzepte und Interventionen, die das Zusammenspiel sozialer, psychologischer und biologischer Determinanten von Krankheit und Gesundheit berücksichtigen. Interdisziplinarität, Problem- und Zielgruppenorientierung sowie Ressourcenorientierung im Sinne der Salutogenese sind weitere Anforderung an wirksame Gesundheitsförderung und Prävention. Ärzte können hier in ihrer Alltagsrolle lediglich Teilbereiche im Rahmen umfassenderer Konzepte abdecken. Andere Berufsgruppen, wie z.B. Sozialpädagogen, haben häufig einen besseren Zugang und intensiveren Kontakt zu den Zielgruppen, die von Prävention und Gesundheitsförderung am stärksten profitieren können. Die von der Weltgesundheitsorganisation verabschiedete Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung stellt eine tragfähige wissenschaftliche Grundlage und Programmatik dar und kann als Ausgangspunkt für die Entwicklung konkreter Interventionen dienen (Rosenbrock, 1998).

Qualität und Ökonomie in der Gesundheitsversorgung – vom Heiler zum Manager

Tagesgleiche vollpauschalierte Pflegesätze für die Krankenhäuser, feste Geldbeträge für ambulante ärztliche Leistungen – die großzügige und fast bedingungslose Finanzierung der Medizin, ihre ‚goldenen Zeiten‘ sind lange vorbei. Gebremstes wirtschaftliches Wachstum, hohe Arbeitslosigkeit, sinkende Sozialquote, ge-

bremster Anstieg der Beitragseinnahmen und Erhöhung der Beiträge zur Krankenversicherung sind zu einem wesentlichen Bestandteil der gesundheitspolitischen Diskussion geworden. In der Annahme einer ‚Kostenexplosion‘ – einem polemischen, einer wissenschaftlichen Überprüfung nicht standhaltenden Begriff (Braun et al., 1998), der dessen ungeachtet große Wirkung entfaltete – erließ die Politik seit Mitte der 1970er Jahre eine Anzahl von im wesentlichen erfolglosen ‚Kostendämpfungsgesetzen‘. Eine rationale, an Patienten- und bevölkerungsorientierten Gesundheitszielen ausgerichtete Politik scheiterte an den konfligierenden Interessen der mit Macht und Einfluss ausgestatteten Interessengruppen (Schwartz et al., 2003, S. 240). Diskurse darüber, wie man die von der Gesellschaft für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung gestellten Ressourcen – 239,7 Milliarden € im Jahr 2003 – am sinnvollsten und wirkungsvollsten einsetzt, fanden nicht statt – das Geld folgte der Leistung.

Das Geschehen und die Qualität sind im deutschen Gesundheitsversorgungssystem zwar in Folge mangelnder Versorgungsforschung weitgehend intransparent. Auch ohne eine systematische „Rechenschaftslegung und Qualitätsdarlegung“ (Relman, 1988) sind aber Tatsachen bekannt, die auf gravierende Mängel hinweisen. So stellt das System selbst infolge mangelnder Patientensicherheit eine wichtige Todesursache dar – nach vorsichtigen Berechnungen in den USA die achthäufigste Todesursache (Kohn et al. 1999, S.1). Die von Illich beschriebene Iatrogenese hat hier eine späte und eindrucksvolle Bestätigung gefunden (Illich, 1981). Das Vorenthalten nützlicher und das Erbringen nutzloser Leistungen ist umfangreich dokumentiert (Institute of Medicine, 2001; Sachverständigenrat 2001, 2003). Die geringe Effektivität der Medizin für die Gesundheit der Bevölkerung war schon von McKeown dargelegt worden (McKeown, 1976). Das Konzept einer Evidenzbasierten Medizin hat das Wissen um die fehlende, fragliche oder

geringe Wirksamkeit vieler weit verbreiteter Behandlungsmaßnahmen vermehrt (Eddy, 2005; Cochrane, 1972). Ein weiteres grundlegendes Problem stellt der Verzicht auf konsequente und wirkungsvolle Präventionsstrategien ‚flussaufwärts‘ dar – z.B. für die koronare Herzkrankheit und für den Tabakkonsum – bei gleichzeitig hohen Ausgaben für die Behandlung ‚flussabwärts‘. Aus ökonomischer Perspektive handelt es sich bei all diesen Qualitätsproblemen um eine gigantische Verschleuderung von Ressourcen. Angesichts der andauernden Finanzkrise der GKV sah sich die Politik zum Handeln genötigt. Die letzten Reformen haben vermehrt zum Ziel, die Qualität und damit die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen zu erhöhen. Zu den Maßnahmen zählen neue Vergütungssysteme, wie die diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) im Krankenhausbereich und Disease Management-Programme (DMP) im ambulanten Bereich. Bei aller möglichen Kritik handelt es sich hier um Maßnahmen, die zu erhöhter Transparenz und Verbindlichkeit beitragen können. Für die Ärzte – insbesondere in leitender Position – ergeben sich hieraus neue Anforderungen. Leitungsfunktion bedeutet systematisches Management, sparsamer Umgang mit Ressourcen, systematische Darlegung und ständige Entwicklung von Qualität. Die hierfür erforderlichen Qualifikationen gehören bislang nicht zur Medizinerbildung.

Für die organisierte Ärzteschaft ergibt sich ebenfalls eine Reihe von neuen Aufgaben. Sie muss der Gesellschaft glaubhaft vermitteln, dass sie sorgsam und sparsam mit den ihr zur Verfügung gestellten Ressourcen umgeht, dass sie Über-, Unter- und Fehlversorgung konsequent vermeidet, die Qualität der Medizin und die Patientensicherheit ständig weiter entwickelt und schlechte oder gar gefährliche Arbeit von Ärzten nicht duldet. Eine auf diese Weise verstandene Ökonomisierung fördert eine glaubhafte und soziale Medizin.

Anmerkung: Thomas Ruprecht danke ich für wertvolle Anregungen und für die kritische Durchsicht einer früheren Version dieses Aufsatzes.

Literatur

(Internetlinks überprüft bis 8.5.2005)

- Abramson J. (2004). *Overdo\$ed America. The broken promise of American Medicine*. New York: Harper Collins.
- Angell M. (2004a): *The Truth About the Drug Companies*. *The New York Review of Books*. Volume 51, Number 12, 15. Juli 2004 <http://www.nybooks.com/articles/17244>.
- Angell M. (2004b): *Excess in the pharmaceutical industry*. *Canadian Medical Association Journal* 171: S. 1451-1453. <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/171/12/1451>.
- Anonymos (2000). *Brustkrebsskandal: Verbrannt. Deutsches Ärzteblatt* 97: C- S. 1722.
- Bekelman J. - E. Li Y. / Gross C. P. (2003) *Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research: A systematic review. The Journal of the American Medical Association/ JAMA* 289. S. 454-465.
- Böcken J. / Braun B./ Schnee, M. (Hrsg.) (2004): *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Braun B. / Kühn H./ Reiners H. (1998): *Das Märchen von der Kostenexplosion*. Frankfurt/M.: Fischer Tb-Verlag.
- Charles C., Gafni A, Whelan T. (1999): *Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. Social Science Medicine* 49. S. 651-661.
- Choudhry N. K / Fletcher, R.H. / Soumerai S.B. (2005): *Systematic review: the relationship between clinical experience and quality of health care. Ann Internal Medicine* 142. S. 260-273.
- Cochrane A.L. (1972): *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust (Reprinted 1999 by the Royal Society of Medicine Press Ltd.).
- Coulter A. / Entwistle, V. / Gilbert, D. (1999): *Sharing decisions with patients: is the information good enough? British Medical Journal* 318. S. 318-322.
- Coulter A. Magee, H. (Eds.) (2003): *The European Patient of the Future*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.
- Coulter A. (1999): *Paternalism or partnership? British Medical Journal* 319. S. 719-720.
- Davey-Smith G. / Ebrahim S. / Frankel S (2001): *How policy informs the evidence. British Medical Journal* 322. S. 184-185.

- Doll R. (1998): Controlled trials: the 1948 watershed. *British Medical Journal* 317. S. 1217-1220.
- Eddy D. M. (2005): Evidence-based medicine: a unified approach. *Health Affairs* 24. S. 9-17.
- Elwyn G. et al. (2003) Shared decision making: developing the OPTION scale for measuring patient involvement. *Quality & Safety in Health Care* 12. S. 93-99.
- Elwyn G. et al. (2004): The Study Steering G Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Journal of the American Board of Family Practice* 21. S. 337-46.
- Engel G. L. (1996). Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen? In: Uexküll T. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. München: Urban und Schwarzenberg Verlag. S. 3-11.
- Epstein A.M. (1990): The outcomes movement – will it get us where we want to go? *The New England Journal of Medicine* 323. S. 266-70.
- Freidson E. (1999): Professionalism and Institutional Ethics. In: Baker R. / Caplan A. et al. (Eds.). *The American Medical Ethics Revolution*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, S. 124-143 Online: http://itsa.ucsf.edu/~eliotf/Professionalism_and_Institut.html (3.5.2005).
- Hafferty F.W. / McKinlay J.B. (Eds.) (1993): *The Changing Medical Profession*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Hudemann-Simon C. (2000): *Die Eroberung der Gesundheit 1750-1900*. Frankfurt /M: Fischer Tb- Verlag.
- Illich I. (1981): *Die Nemesis der Medizin. Von den Grenzen des Gesundheitswesens*. Hamburg: Rowohlt Tb-Verlag.
- Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. (2001) *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. *Methoden*. Version 1.0 vom 1. März 2005. <http://www.iqwig.de>.
- Irvine D. (2003): *The Doctor's Tale. Professionalism and Public Trust*. Oxon: Redcliffe Medical Press.
- Kaiser T. et al. (2004): Sind die Aussagen medizinischer Werbeprospekte korrekt? *arznei-telegramm* 35. S. 21-23.
- Kassirer J. P. (2005). *On the Take. How Medicine's Complicity with Big Business Can Endanger Your Health*. Oxford (und 20 andere Orte): Oxford University Press.
- Klemperer D. (2002): „Die Öffentlichkeit schützen und den Berufsstand anleiten“ – Kompetenzerhaltung, Fortbildung und Rezertifizierung von Ärzten in Kanada. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P02-203, Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Klemperer D. (2003): *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. P03-302, Berlin. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Kohn L. T. / Corrigan, J. M. / Donalson, M. S. (1999): *To Err Is Human*. Institute of Medicine, Washington, DC: National Academy Press.
- Kolkman F.W. (2002): Strikte Standards gefährden den Heilaufrag. *Ärzte Zeitung*. Online: www.aerztezeitung.de/docs/2002/06/05/.
- Kolkman F.W./ Vimar, K.; Stobrawa, F. (2004): Entprofessionalisierung ärztlicher Berufsausübung. *Deutsches Ärzteblatt*: 101 A. S. 409-1414.
- Kondro W. / Sibbald B. (2004): Drug company experts advised staff to withhold data about SSRI use in children. *Canadian Medical Association Journal* 170. S. 783 www.cmaj.ca/cgi/data/170/5/783/DC1/1
- Kopp I. / Müller W./ Lorenz W. (2003): Die zentrale Rolle von Outcome in Leitlinien und Disease-Management Programmen. *Zeitschrift ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 97. S. 233-238.
- Lexchin J. et al. (2003): Pharmaceutical industry sponsorship and research outcome and quality: systematic review. *British Medical Journal* 326. S. 1167-1170.
- Lohr K.N. / Schroeder, S.A. (1990): A strategy for quality assurance in medicare. *New England Journal Medicine* 322. S. 707-712.
- Macdonald K. (1995): *The Sociology of the Professions* Sage: London, New Delhi: Thousand Oaks Press.
- Marmot M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet* 365. S. 1099-104.
- Matthews J. R. (1995): *Quantification and the Quest for Medical Certainty*. Princeton University Press. Princeton.
- McKeown T. (1976). *The Role of Medicine – Dream, Mirage or Nemesis*. London.
- McPherson K. / Hemminki E. (2004). Synthesising licensing data to assess drug safety. *British Medical Journal* 328. S. 518-20.
- Medical Professionalism Project. *Medical professionalism in the new millennium: a physicians' charter* (2002): *Lancet* 359. S. 520-522. Online: <http://www.abim-foundation.org> (3.5.2005). Deutsche Übersetzung: Köbberling J. (2003) *Charta zur ärztlichen Berufsethik*. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 97. S. 76-79.

- Merck (Hrsg.) (1899). Merck's 1899 Manual of the Materia Medica: together with a summary of therapeutic indications and a classification of medicaments. A ready-reference pocket book for the practicing physician. New York: Merck & Co. 1899 (Reprint 1999).
- Methoden AG des Förderschwerpunktes „Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess“. Online: <http://www.patient-als-partner.de> (3.5.2005).
- Moynihan R. (2003): Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. 1. Entanglement. *British Medicine Journal* 326. S.1189-1192.
- Muir Gray J. A. (2001): Evidence-based Healthcare. 2nd ed. Edinburgh, London, New York et al.: Churchill Livingstone Press.
- Mullhan F. (2004): Wrestling with Variation: An interview with Jack Wennberg. Health Affairs. Web Exclusive: (7 October 2004).
- Niehoff J. U. / Braun B. (2003): Handwörterbuch Sozialmedizin und Public Health. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Pellegrino E. D. (1983). What is a Profession? *Journal Applied Health* (12)3. S.174 168-75.
- Pellegrino E.D. / Relman A.S. (1999): Professional Medical Associations: Ethical and Practical Guidelines. *The Journal of the American Medical Association/ JAMA* 282. S. 984-986.
- Psaty B.M. / Furberg C.D. (2005): COX-2 Inhibitors — Lessons in Drug Safety. *New England Journal Medicine* 352, S. 133-1135.
- Relman A.S. (1988): Assessment and accountability: the third revolution in medical care. *New England Journal Medicine* 319. S. 1220-1222.
- Rosenbrock R. (1998): Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, P98-201. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000/2001. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003). Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Gutachten 2003. Baden-Baden: Nomos Verlag.
- Sackett D.L. / Wennberg, J.E. (1997): Choosing the best research design for each question. *British Medical Journal* 315. S. 1636.
- Schwartz F. W. / Kickbusch I. / Wismar M. (2003): Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz F.W.: Das Public Health Buch. München, Jena: Urban u. Fischer Verlag.
- Smith R. (1999): Editorial. Managing the clinical performance of doctors. *British Medical Journal* 319. S. 1314-1315.
- Smith R. (2004). Is transparency is fundamental to quality in health care? *British Medical Journal* /Talks, Vortragsfolien 24. März 2004. Online: <http://bmj.bmjournals.com/talks/transparency>.
- Syme L. (1991). Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit. Argument-Sonderband 193. Hamburg:Argument-Verlag. S. 57-72.
- The Shipman Inquiry (2004): Fifth Report. Safeguarding Patients: Lessons from the Past – Proposals for the Future. London: The Stationery Office. Online :www.the-shipman-inquiry.org.uk (3.5.2005).
- Wade D.T. / Halligan P.W. (2004): Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *British Medical Journal*; 329. S. 1398-401.
- Weingarten S. (2003): Food in Daniel 1:1-16: the first controlled experiment? The James Lind Library. Online: www.jameslindlibrary.org (3.5.2005).
- Zok K. (2004): Private Zusatzangebote in der Arztpraxis. WidO-Monitor 1/2004 (November). Online: http://wido.de/wido_monitor_1_2004.html (3.5.2005).
- Zylka-Menhorn V. (1996): Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf: Neue Vorwürfe auf Fehlbehandlungen. *Deutsches Ärzteblatt* 9. S. C-573.