

IX – 5.1

Patientenschutz – eine vernachlässigte Dimension der Strukturreformdebatte*

Von N. SCHMACKE, Düsseldorf

Einleitung

Das Thema "Patientenschutz" ist von einer nüchternen Warte aus eine Frage der Vertragsgestaltung. Und zu Recht weisen Interessenverbände der Patientinnen und Patienten immer wieder darauf hin, daß eine "Waffengleichheit" in dieser Vertragsbeziehung bisher nicht besteht. Die nachfolgenden Ausführungen wollen zeigen, daß von der Beleuchtung der Arzt-Patient-Beziehung her das Thema Patientenschutz noch eine weitere Bedeutung erfährt, nämlich die einer "vergessenen" und unzureichend genutzten Ressource für ein gleichermaßen humanitäres wie ökonomisch verantwortliches Gesundheitswesen. Eine stärker partnerschaftliche Beziehung zwischen Ärzte- und Patientenschaft bewirkt, so die These, drei Resultate:

- eine größere Patientenzufriedenheit,
- eine neue Souveränität der ärztlichen Profession und
- eine rationalere Debatte um die Verteilung gesellschaftlicher Mittel für das Gesundheitswesen.

Der Beitrag zeigt zunächst einige der Blockaden auf, die einer derartigen Entwicklung im Wege stehen, ehe in einem Überblick die Felder benannt werden, in denen Antworten auf die großen Herausforderungen des heutigen Gesundheitswesens zur Verbesserung des Patientenschutzes zu finden sind.

Die Begründung des ärztlichen Berufsstandes

Die Ärzteschaft im heutigen Verständnis ist eine relativ junge Profession. Sie verdankt ihre Entstehung zwei Entwicklungen: zum einen dem Fortschritt der modernen Naturwissenschaften, zum anderen der historischen Errungenschaft der gesetzlichen Krankenversicherung. Krankheitsursachen und Therapieziele wurden durch die Nutzung chemischer, physikalischer und biologischer Erkenntnisse der Sphäre der Spekulation und des Moralisieren entzogen und in die Welt der Berechenbarkeit geholt. Eine um ihre Rechte kämpfende Arbeiter- und Gewerkschaftsbewegung konnte dem Bismarckschen Regime die Versicherung für die Folgen von Unfällen und akuten

Krankheiten abtrotzen, was den Lohnersatz im Krankheitsfall, den Zugang zu Ärzten und Krankenhäusern und den Schutz der Familien anbelangte. Einige der Industrieländer folgten dem Bismarckschen Modell, andere favorisierten ein stärker staatlich gelenktes, überwiegend aus Steuermitteln finanziertes Gesundheitssystem, wieder andere setzten primär auf private Versicherungsmodelle. Die Ärzteschaft fand in allen vergleichbaren Ländern breite Akzeptanz, und sie konnte ihre Einflüßbereiche nicht zuletzt deshalb ausdehnen, weil die von ihr erbrachten Leistungen erfahrbare Fortschritte mit sich brachten. So ist es nicht lange her, daß ein Krankenhausaufenthalt für Menschen entweder gar nicht in Betracht kam oder mit der Erfahrung einherging, zum Sterben sei das Krankenhaus gut genug, nicht aber zum Heilen. Es wirkt aus heutiger Sicht fast gekünstelt, die Fortschritte der Medizin in diesem historischen Licht zu beleuchten. Wenn wir die heutigen Leistungen der modernen Medizin als gegeben hinnehmen und im Prinzip auch nicht auf sie verzichten wollen, so verweist dies auf die Trivialisierung des Fortschritts. Was gestern diagnostisch oder therapeutisch unvorstellbar erschien, ist nach kurzer Zeit häufig bereits Regelleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Medizin ist in wenigen Generationen fester Bestandteil des Alltags geworden, die Ärzteschaft ein gewohnter Begleiter von der Geburt bis zum Tod. Und „trotzdem“ muß die Ärzteschaft heute auf bestimmte Weise wieder neu um gesellschaftliche Akzeptanz ringen. Dies hat sicher vielfältige Ursachen; am bedeutendsten dürfte sein, daß das medizinische Modell von Diagnostik und Therapie bei näherer Betrachtung nur für bestimmte, wenn auch unstrittig wichtige Problemlagen Antworten parat hat.

Der Panoramawandel der Krankheiten

So wirksam das medizinische Untersuchungs- und Behandlungsmodell bei einer Vielzahl akuter Krankheiten auch ist, von der Antibiotikabehandlung bestimmter Infektionskrankheiten über die intensivmedizinische Betreuung bei Schockzuständen bis hin zu den Erfolgen der Chirurgie, z.B. nach schweren Unfällen, so erwarten Patienten von ihren Ärzten weit darüber hinaus Rat bei einer Vielzahl von Befindlichkeitsstörungen und chronischen Krankheiten: und hier sind einfache Rezepte in aller Regel

* Erweiterte Fassung des gleichnamigen Artikels aus Arbeit und Sozialpolitik 1997; 51: 25-31. Mit freundlicher Genehmigung.

senkt werden konnte. Einige Krebserkrankungen sind inzwischen heilbar oder weisen eine deutlich bessere Prognose auf als noch vor einer Generation; sie umfassen aber nicht mehr als knapp 10% aller bösartigen Tumorerkrankungen. Zum zweiten Punkt soll hier auf die Vielfalt an sozialwissenschaftlichen Studien hingewiesen werden, welche den schützenden Effekt wirksamer sozialer Unterstützungssysteme auf viele Krankheiten immer wieder empirisch nachweisen konnten, und zwar noch einmal unabhängig von dem ebenfalls immer wieder bestätigten Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialer Lage. Für eine ganze Region gelang dies erstmals durch die legendäre Alameda County Studie (BERKMAN u. Mitarb. 1979), welche zeigte, daß die Sterberaten in allen Altersgruppen in hohem Umfang mit der Intensität des sozialen Rückhalts zusammenhingen, und zwar als unabhängige Variable gegenüber den sogenannten Risikofaktoren und auch gegenüber der Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen. Es scheint so zu sein, daß eine Umsetzung derartiger Erkenntnisse in die Gestaltung des Gesundheitswesens umso schwerer fällt, je fester sich das kurative Medizinsystem in der jeweiligen Gesellschaft etabliert hat.

Patientinnen und Patienten wissen oft sehr wohl um die Grenzen der Medizin, sind in der konkreten Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Leiden aber häufig dem eingespielten System der Medizin ohne echte Chance auf Mitsprache ausgesetzt. Hier schließt sich erstmals der Bogen zum Thema Patientenschutz: erst gut informierte Patientinnen und Patienten sind in der Lage, Chancen und Risiken der Medizin für sich auszuloten. Es ist sicher kein Zufall, daß in einer Schweizer Untersuchung (DOMENIGHETTI u. Mitarb. 1993) Ärztinnen und Ärzte sowie Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich geringere Raten bei Standardoperationen (Entfernung der Rachenmandeln, der Gebärmutter, der Hämorrhoiden, der Gallenblase) aufweisen.

Der Mythos der komplementären Heilkunde

In Teilen der Bevölkerung, vor allem bei den bildungsaktiven Mittelschichten, ist seit gut zehn Jahren wieder ein größeres Interesse an außerschulmedizinischen Heilverfahren zu verzeichnen. In welchem Umfang derartige Verfahren in Anspruch genommen und welche Summen dafür von wem aufgewendet werden, ist für Deutschland nicht exakt bekannt. Einer Studie der IKK (Akzeptanz von Naturheilverfahren 1994) zufolge haben ca. 10% der Bevölkerung Erfahrung mit sogenannten Naturheilverfahren, 60% zeigen Interesse hierfür. MURRAY und RUBEL haben 1992 gezeigt, daß in den USA, England und Frankreich sogenannte alternative Verfahren zu einem erstaunlich hohen Prozentsatz auch von Ärzten, überwiegend

aber von Heilern unterschiedlichster Ausbildung angeboten und angenommen werden, in der Regel zusätzlich zur Schulmedizin. JÜTTE (1996) belegt in seiner historischen Arbeit, daß sogenannte alternative Heilverfahren immer schon parallel zur sogenannten Schulmedizin eine erhebliche Rolle spielten und daß die Ärzteschaft stets bemüht war, vor allem wichtige Strömungen der naturheilkundlichen Verfahren zu integrieren. Unkonventionelle medizinische Methoden in Diagnostik und Therapie werden nach den vorliegenden Untersuchungen vor allem unter der Vorstellung wertgeschätzt, daß sie schonend und ganzheitlich wirken, während der Schulmedizin sektorale Betrachtung und tendenzielle Aggressivität attestiert wird. Die wenigen empirischen Untersuchungen sprechen zugleich dafür, daß alternative Verfahren sehr selten ausschließlich genutzt werden, überwiegend aber zusätzlich zur Schulmedizin. Und die Inanspruchnahme geschieht offenbar in der Regel sogar im Wissen darum, daß die wissenschaftliche Fundierung der alternativen Verfahren häufig nicht gegeben ist. Dies alles spricht dafür, daß Menschen in bestimmten Notlagen nach ergänzenden Lösungen bei Befindlichkeitsstörungen und bei gravierenden Erkrankungen suchen, sehr selten aber nach einer dogmatischen Alternative zur Schulmedizin. Die Erwartung mancher Krankenversicherungen und Gesundheitspolitiker, das stärkere Einsetzen komplementärmedizinischer Verfahren sei kostengünstiger als die alleinige Anwendung der schulmedizinischen Verfahren, dürfte insoweit trügen. Aussagekräftige ökonomische Untersuchungen hierzu fehlen bislang aber völlig.

Im Zusammenhang mit der Verstärkung des Patienten- und Gesundheitsschutzes interessiert hier vor allem die Frage, inwieweit die Hoffnungen auf eine risikoärmere oder gar nebenwirkungsfreie Therapie bei mit der Schulmedizin vergleichbaren Behandlungserfolgen tragen. Es zeigt sich, daß viele der alternativen Heilverfahren bezüglich Wirksamkeit und Nebenwirkungen nicht ausreichend untersucht sind und insoweit oft der Glaube an die Wirksamkeit die Nachweise ersetzen muß (im Überblick BETTSCHART u. Mitarb. 1995). Es erstaunt auf den ersten Blick, daß die meisten der alternativen Heilverfahren tatsächlich im Sinne eines "Allheilmittels" empfohlen und eingesetzt werden: *ein* vermutetes Wirkungsprinzip wird für eine *Vielzahl* von Erkrankungen eingesetzt.

Ist zum Teil auch bei der "sanften" medikamentösen Therapie mit biologischen und psychologischen Nebenwirkungen zu rechnen, so steht für das expandierende Feld des Psychomarktes zu befürchten, daß neben bewährten Formen der Psychotherapie vermehrt eine Fülle von nicht professionellen Techniken zum Einsatz kommt, bei denen nur gemutmaßt werden kann, in welchem Umfang psychische Erkrankungen fehlbehandelt und neue Abhängigkeiten erzeugt werden. GRAWE und Mitarbeiter (1995) kommen in ihrem Überblickswerk zur Evaluation

senkt werden konnte. Einige Krebserkrankungen sind inzwischen heilbar oder weisen eine deutlich bessere Prognose auf als noch vor einer Generation; sie umfassen aber nicht mehr als knapp 10% aller bösartigen Tumorerkrankungen. Zum zweiten Punkt soll hier auf die Vielfalt an sozialwissenschaftlichen Studien hingewiesen werden, welche den schützenden Effekt wirksamer sozialer Unterstützungssysteme auf viele Krankheiten immer wieder empirisch nachweisen konnten, und zwar noch einmal unabhängig von dem ebenfalls immer wieder bestätigten Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialer Lage. Für eine ganze Region gelang dies erstmals durch die legendäre Alameda County Studie (BERKMAN u. Mitarb. 1979), welche zeigte, daß die Sterberaten in allen Altersgruppen in hohem Umfang mit der Intensität des sozialen Rückhalts zusammenhingen, und zwar als unabhängige Variable gegenüber den sogenannten Risikofaktoren und auch gegenüber der Inanspruchnahme medizinischer Einrichtungen. Es scheint so zu sein, daß eine Umsetzung derartiger Erkenntnisse in die Gestaltung des Gesundheitswesens umso schwerer fällt, je fester sich das kurative Medizinsystem in der jeweiligen Gesellschaft etabliert hat.

Patientinnen und Patienten wissen oft sehr wohl um die Grenzen der Medizin, sind in der konkreten Auseinandersetzung mit ihrem eigenen Leiden aber häufig dem eingespielten System der Medizin ohne echte Chance auf Mitsprache ausgesetzt. Hier schließt sich erstmals der Bogen zum Thema Patientenschutz: erst gut informierte Patientinnen und Patienten sind in der Lage, Chancen und Risiken der Medizin für sich auszuloten. Es ist sicher kein Zufall, daß in einer Schweizer Untersuchung (DOMENIGHETTI u. Mitarb. 1993) Ärztinnen und Ärzte sowie Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte gegenüber der Allgemeinbevölkerung deutlich geringere Raten bei Standardoperationen (Entfernung der Rachenmandeln, der Gebärmutter, der Hämorrhoiden, der Gallenblase) aufweisen.

Der Mythos der komplementären Heilkunde

In Teilen der Bevölkerung, vor allem bei den bildungsaktiven Mittelschichten, ist seit gut zehn Jahren wieder ein größeres Interesse an außerschulmedizinischen Heilverfahren zu verzeichnen. In welchem Umfang derartige Verfahren in Anspruch genommen und welche Summen dafür von wem aufgewendet werden, ist für Deutschland nicht exakt bekannt. Einer Studie der IKK (Akzeptanz von Naturheilverfahren 1994) zufolge haben ca. 10% der Bevölkerung Erfahrung mit sogenannten Naturheilverfahren, 60% zeigen Interesse hierfür. MURRAY und RUBEL haben 1992 gezeigt, daß in den USA, England und Frankreich sogenannte alternative Verfahren zu einem erstaunlich hohen Prozentsatz auch von Ärzten, überwiegend

aber von Heilern unterschiedlichster Ausbildung angeboten und angenommen werden, in der Regel zusätzlich zur Schulmedizin. JÜTTE (1996) belegt in seiner historischen Arbeit, daß sogenannte alternative Heilverfahren immer schon parallel zur sogenannten Schulmedizin eine erhebliche Rolle spielten und daß die Ärzteschaft stets bemüht war, vor allem wichtige Strömungen der naturheilkundlichen Verfahren zu integrieren. Unkonventionelle medizinische Methoden in Diagnostik und Therapie werden nach den vorliegenden Untersuchungen vor allem unter der Vorstellung wertgeschätzt, daß sie schonend und ganzheitlich wirken, während der Schulmedizin sektorale Betrachtung und tendenzielle Aggressivität attestiert wird. Die wenigen empirischen Untersuchungen sprechen zugleich dafür, daß alternative Verfahren sehr selten ausschließlich genutzt werden, überwiegend aber zusätzlich zur Schulmedizin. Und die Inanspruchnahme geschieht offenbar in der Regel sogar im Wissen darum, daß die wissenschaftliche Fundierung der alternativen Verfahren häufig nicht gegeben ist. Dies alles spricht dafür, daß Menschen in bestimmten Notlagen nach ergänzenden Lösungen bei Befindlichkeitsstörungen und bei gravierenden Erkrankungen suchen, sehr selten aber nach einer dogmatischen Alternative zur Schulmedizin. Die Erwartung mancher Krankenversicherungen und Gesundheitspolitiker, das stärkere Einsetzen komplementärmedizinischer Verfahren sei kostengünstiger als die alleinige Anwendung der schulmedizinischen Verfahren, dürfte insoweit trügen. Aussagekräftige ökonomische Untersuchungen hierzu fehlen bislang aber völlig.

Im Zusammenhang mit der Verstärkung des Patienten- und Gesundheitsschutzes interessiert hier vor allem die Frage, inwieweit die Hoffnungen auf eine risikoärmere oder gar nebenwirkungsfreie Therapie bei mit der Schulmedizin vergleichbaren Behandlungserfolgen tragen. Es zeigt sich, daß viele der alternativen Heilverfahren bezüglich Wirksamkeit und Nebenwirkungen nicht ausreichend untersucht sind und insoweit oft der Glaube an die Wirksamkeit die Nachweise ersetzen muß (im Überblick BETTSCHART u. Mitarb. 1995). Es erstaunt auf den ersten Blick, daß die meisten der alternativen Heilverfahren tatsächlich im Sinne eines "Allheilmittels" empfohlen und eingesetzt werden: *ein* vermutetes Wirkungsprinzip wird für eine *Vielzahl* von Erkrankungen eingesetzt.

Ist zum Teil auch bei der "sanften" medikamentösen Therapie mit biologischen und psychologischen Nebenwirkungen zu rechnen, so steht für das expandierende Feld des Psychomarktes zu befürchten, daß neben bewährten Formen der Psychotherapie vermehrt eine Fülle von nicht professionellen Techniken zum Einsatz kommt, bei denen nur gemutmaßt werden kann, in welchem Umfang psychische Erkrankungen fehlbehandelt und neue Abhängigkeiten erzeugt werden. GRAWE und Mitarbeiter (1995) kommen in ihrem Überblickswerk zur Evaluation

der Psychotherapieforschung zu dem Ergebnis, daß die meisten der modernen Psychotechniken, insbesondere soweit sie der Esoterikwelle entsprungen sind, völlig ungesichert sind und insoweit den Ansprüchen, die an eine professionelle Psychotherapie zu stellen sind, nicht standhalten.

ERNST, einer der besten Kenner und Forscher im Bereich der Komplementärmedizin, hat im Interesse des Patientenschutzes vier Szenarien des Neben- bzw. Miteinander von etablierter Schulmedizin und unkonventionellen Verfahren (er spricht von komplementärer Medizin) beschrieben, die in der nachfolgenden Tabelle wiedergegeben werden:

Tabelle 1: Szenarien des Neben- bzw. Miteinander von etablierter Schulmedizin und unkonventionellen Verfahren (nach ERNST 1995)

Komplementäre Heilverfahren	potentiell gefährliche Verfahren	relativ ungefährliche Verfahren
eingebunden in kompetete medizinische Supervision	Risiko akzeptabel (Beispiel: Kontraindikationen für Chiropraxis werden beachtet)	Risiko vernachlässigbar (Beispiel: Aromatherapie)
fehlende Einbindung	Risiko nicht akzeptabel, falls Therapeut nicht ähnlich gut ausgebildet ist wie Ärzte	Risiko gering, aber beachtlich (Verfahren als solches ungefährlich, aber Gefahr falscher Indikationen oder übersehener Krankheiten)

Es muß gefordert werden, daß sich alle Heilberufe an Prinzipien der Qualitätssicherung im Sinne von Patientenschutz zu orientieren haben, soweit sie jedenfalls einen offiziellen Status für sich reklamieren. Insoweit ist die Schulmedizin im Umgang mit den Risiken ehrlicher als manche alternativen Verfahren: sie weiß darum, daß es Wirksamkeit in der Heilkunde ohne Nebenwirkungen nicht geben kann. Da an Therapien, insbesondere von Menschen mit bedrohlichen und die Lebensqualität stark einschränkenden Beschwerden, immer auch überhöhte Erwartungen gestellt werden, sind qualitätssichernde Maßnahmen für alle Heilverfahren zu fordern. Dies klingt banal, längst nicht alle komplementären Verfahren sind aber bis heute bereit, sich diesem Anspruch zu stellen.

Magie und Placebo – Versprechungen und Erwartungen

Heilkunde operiert, so eine weitere These, immer auch mit magischen Verfahren, und sie reagiert damit zum Teil wenigstens auch auf magische Erwartungen von Kranken. SIEGRIST (1995) erläutert in diesem Kontext das Hilfe-

sucheverhalten außerhalb der Schulmedizin als Empfänglichkeit für symbolische Erfahrungen und Handlungen in Lebensphasen, die krankheitsbedingt von Angst, Unbehagen und Verunsicherung gekennzeichnet sind. Die Suche nach dem Zusammenfügen zerstörter Identität ist wohl insoweit eine der tieferliegenden Ursachen für die Verklärung von Heilkundigen schlechthin.

Die Professionen der Heilkunde müssen insoweit befähigt sein, das unabweisliche Ineinandergreifen von Versprechungen und Erwartungen zu verstehen. Natürlich steht außer Frage, daß magische Erwartungen durch Medizin und andere Heilverfahren nicht erfüllbar sind; sie gehören in das Feld des Glaubens und der Religionen. Gleichwohl setzen alle Therapeuten täglich auf Mechanismen, die nicht mit dem Heilmittel als solchem, sondern mit der Vorstellungs- und Erlebniswelt der Patienten zur Wirkung gelangen. Gemeint ist der Placebo-Effekt, der weithin unzulässigerweise mit Pseudotherapie oder frommem Betrug gleichgesetzt wird. Placebo-Wirkung umfaßt aber weit im Kern etwas anderes: die Erwartungen an jedwede Therapie und die Umstände, unter denen therapeutische Maßnahmen angewendet werden, haben einen unmittelbaren Effekt auf den Erfolg der Behandlung, vor allem bei den sogenannten Befindlichkeitsstörungen. Bekannt ist in der Regel der Effekt der Verabreichung von Leerpräparaten, die nicht selten bei Schmerzen oder psychischen Problemen Wirkung erzielen. Aber auch medikamentöse und operative Maßnahmen entfalten ihre Effekte nicht ohne den Einfluß der "Droge Arzt" (Balint). BUCKMAN und SABBAGH (1993) schreiben deshalb zu Recht, man solle nicht länger davon sprechen, daß bestimmte Therapien "nur" dem Placebo-Effekt zuzuschreiben seien, da die Heilkunde ohne diesen Effekt nicht denkbar sei. Die Frage ist, ob Therapeutinnen und Therapeuten in derartig elementaren Fragen geschult sind oder nicht, und ob bei der Bewertung von Behandlungsverfahren Placebo-Effekte eingerechnet werden oder nicht. Anders gewendet verweist der Placebo-Effekt vor allem auf die Schlüsselrolle der Kommunikation für eine Verbesserung des Patientenschutzes wie der Qualität der Medizin. Die Gesundheitswissenschaftlerinnen RÖTER und HALL haben in einer zusammenfassenden Studie zur Theorie und zu den Auswirkungen der Arzt-Patient-Kommunikation überzeugend dargelegt, daß nicht allein die Zufriedenheit der Patienten in einer nicht-paternalistischen, auf Aufklärung und Partizipation abzielenden Behandlung zunimmt, sondern daß auch für zahlreiche Erkrankungen eine positive Beeinflussung des Heilungsverlaufs durch kompetente Kommunikation nachgewiesen worden ist. Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß die Heilkunde außerhalb der Schulmedizin vor allem davon profitiert, daß Patientinnen und Patienten dort häufiger als in der ärztlichen Sprechstunde Gehör, Zeit und Empathie finden. Dies kann aber kein Freibrief für alternative Heilverfahren sein, es ist

vielmehr ein Aufruf, den eminent wichtigen und prinzipiell auch meßbaren nicht-medizinischen Effekten (Droge Arzt, Patientenzufriedenheit, soziale Unterstützung u.a.) im Gesundheitswesen mehr Aufmerksamkeit als bisher zu schenken.

Antworten: keine Rezepte

In welchen Feldern sind demnach Antworten auf die Frage nach einer Optimierung des Patientenschutzes zu finden?

1. Es liegt auf der Hand, an die erste Stelle die Qualitätssicherung medizinischer und aller anderen gesundheitsrelevanten Leistungen zu stellen. Bezogen auf die Medizin wird seit einiger Zeit der angloamerikanische Begriff "evidence based medicine" gern benutzt: medizinische Diagnostik und Behandlung sollen sich demzufolge mit wissenschaftlichen Methoden messen lassen. Als Goldstandard im Therapiebereich gilt die randomisierte kontrollierte Studie, bei der nach dem Zufallsprinzip zwei vergleichbare Patientengruppen gebildet werden, deren eine das neue, zu erprobende Behandlungsverfahren erfährt, während die Vergleichsgruppe mit der bis dahin bewährten Methode oder einem Leerpräparat versorgt wird. Die Reichweite dieser randomisierten Studien wird vielleicht insgesamt überschätzt, für den Bereich der medikamentösen Therapie ist ihr Einsatz aber heute unverzichtbar. Biostatistik und die empirischen Sozialwissenschaften warten heute mit einem ausgefeilten methodischen Instrumentarium auf, welches der Wirkungsforschung in der Medizin sehr zugute kommt, wobei Studien, welche die subjektive Gesundheit erfassen wollen, sich sowohl im Ansehen der Fachöffentlichkeit wie bei der Forschungsförderung schwerer tun als Studien, die auf vermeintlich harte Endpunkte wie die Mortalitäts- und Morbiditätsraten abzielen. Unbeschadet bestimmter Schwachpunkte der Evaluationsforschung besteht heute aber Konsens darin, daß viele Verfahren der Medizin, gemessen an derartigen Maßstäben, nicht als fundiert gelten können. So stehen z.B. viele der sogenannten Vorsorgeuntersuchungen nicht auf ausreichend sicherer Basis (im Überblick ABHOLZ 1990). Der Effekt der modernen diagnostischen Verfahren für die Entdeckung von Krankheiten wird in der Regel massiv überschätzt (so zuletzt KIRSCH und SCHAFII 1996). Die Rate an vermeintlich eindeutig indizierten operativen Eingriffen steht keineswegs immer in einem vernünftigen Verhältnis zum tatsächlichen Bedarf. Bezüglich der Hysterektomien legen mehrere Untersuchungen eher den fördernden Einfluß der Facharztdichte nahe, wie TEO (1990) beispielsweise für Schottland gezeigt hat. Bezüglich der Appendektomien kommt die Interventi-

onsstudie von HONTSCHIK (von UEXKÜLL 1994) zu dem Ergebnis, daß insbesondere bei jungen Frauen dieser Eingriff häufig nicht den erforderlichen Notfalleingriff, sondern eine "mechanische Psychotherapie mit dem Skalpell" darstellt, soweit die Indikation ohne psychosomatisches Krankheitsverständnis gestellt wird.

Eine Fülle von nicht-wirksamen Medikamenten kommt jeden Tag in Praxis und Klinik zum Einsatz, wenn man nur an die sogenannten durchblutungsfördernden Mittel denkt. Angesichts der Flut von Therapiestudien ist überfällig, daß der Ärzteschaft kompetente Beratungszentren an die Seite gestellt werden, die es rasch ermöglichen, sich auf den jeweiligen Stand des Wissens zu bringen. Es gilt, die hierfür erforderliche Infrastruktur zu etablieren. Die Sinnhaftigkeit dieses Weges wird von der Ärzteschaft insgesamt längst nicht mehr bestritten, auch wenn hier und da noch die alte Überzeugung geäußert wird, nur die individuelle ärztliche Erfahrung helfe aus dem Dilemma.

2. Eine gewissermaßen pure qualitätsgesicherte, naturwissenschaftlich geprägte Medizin wäre nur ein – wenn auch wichtiger – Fortschritt auf dem Weg zu größerer Patientensicherheit. Derartige wissenschaftliche Fundierung hat zudem auch ihren Preis, der aber gemessen an den Kosten unsinniger Diagnostik- und Behandlungsverfahren eher niedrig zu veranschlagen ist. Zugleich gilt es aber auch, Bewertungsverfahren für die kommunikative Seite der Medizin und die Erfassung der subjektiven Gesundheit weitaus stärker als bisher zu etablieren (BLAXTER 1990, BOWLING 1991, WRIGHT und FEINSTEIN 1992). Therapeuten beachten am ehesten, ob sich die von ihnen festgestellten Symptome gebessert haben; Patienten legen häufiger Wert darauf, ob sie einen Weg zurück zu einem normalen Alltag finden, ob sie funktionell beeinträchtigt sind und ihre erreichte Lebensqualität sie zufriedenstellt. Diese Sichtweisen zueinander zu führen, ist das Konzept einer integrierten psychosomatischen Medizin, die nicht länger Spezialgebiet neben den somatischen Fächern sein will, sondern akzeptierte Denkweise im medizinischen Alltag (von UEXKÜLL 1994). Damit sind nicht etwa spezielle psychotherapeutisch orientierte Kliniken oder Stationen oder die Psychotherapie generell entbehrlich geworden; sie können aber nie das erforderliche patientenorientierte Denken und Handeln in der Medizin ersetzen.
3. Pflege und Medizin müssen endlich als gleichberechtigte Säulen der Krankenversorgung akzeptiert werden. Bei vielen Krankheiten und in vielen Krankheitsstadien geht es nicht um Heilung im utopischen Sinne, sondern um kompetente Pflege und Begleitung Kranker (siehe bezüglich der ambulanten Pflege die konzeptionelle

Darstellung von SCHAEFFER 1997). Daß Pflege kein Hilfsberuf der Medizin sondern ein eigenständiges Berufsbild ist, kann leider noch immer nicht als gesellschaftlich verankert gelten. Insoweit sind von der Akademisierung der Pflege (Einführung von Pflegewissenschaften an Universitäten und Fachhochschulen) und auch von der neuen Pflegeversicherung – trotz ihrer unübersehbaren Startprobleme – wichtige Impulse zu erwarten. Es gibt vermutlich kein weiteres Land mit vergleichbar entwickeltem Gesundheitssystem, in dem die Pflege eine derart nachgeordnete Rolle spielt wie in Deutschland. Dies kommt auch umgangssprachlich darin zum Ausdruck, daß pflegebedürftig heute zumindest noch negativ besetzt ist: als "nicht-mehr-behandelbar" und damit im Prinzip aus der Wertschätzung des Medizinbetriebs entlassen. Krankenschwestern und Pfleger könnten auch außerhalb der kurativen Medizin, nämlich in Prävention und Gesundheitsberatung, eine viel bedeutendere Rolle spielen als heute. Dies liegt allein schon deshalb auf der Hand, weil der von Ärzten verwendete Sprachcode für viele Bevölkerungsgruppen nur schwer verständlich ist und demgegenüber Pflegekräfte weniger Probleme mit der Überwindung von Sprach- und Verständnisbarrieren haben.

4. Während viele Reformüberlegungen davon ausgehen, daß eine ganzheitliche Medizin in erster Linie durch eine verbesserte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Ärzteschaft erreicht werden muß, soll hier die These vertreten werden, daß der systematischen Integration der psychosozialen Berufe in das Gesundheitswesen gegenüber dem genannten Modell der Vorzug zu geben ist. Natürlich kann das Ausbildungsziel im Bereich der Medizin nicht eine eindimensional naturwissenschaftlich denkende Ärzteschaft sein. Genau so utopisch in schlechtem Sinne ist aber offenkundig das Konzept des allzuständigen und allkompetenten Mediziners, der gewissermaßen soziopsychobiomedizinisch ausgebildet ist. Leitungskräfte müßten/müssen zudem auch noch in Ökonomie und Management geschult werden. Zwei Gründe sprechen für den Integrationsweg. Erstens – und dies sollte ausschlaggebend sein – erfordert das heutige Krankheitenspektrum über die klassische Krankheitenlehre hinausgehende fundierte Kenntnisse in einer Vielzahl von Bezugsdisziplinen: so in der Bio-

metrie, der Psychologie und den Sozialarbeits- und Sozialwissenschaften. Es sollte "normal" werden, daß Krankenstationen auch über Psychologinnen und Psychologen verfügen können, und daß dies nicht besonders belasteten Bereichen vorbehalten bleibt. Es sollte "normal" werden, daß Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter über die Vermittlung von Leistungen (Kostenübernahme für ambulante oder heimstationäre Pflege) hinaus an der Betreuung mitwirken. Es sollte "normal" werden, daß Sozialwissenschaftler den Klinikalltag mitgestalten. Von derartigen Teams würden sowohl die Ärzteschaft wie die Patienten profitieren. Zweitens, und dies ist eher eine resignative Bilanz, scheinen die bisherigen Reformmodelle der Ärzteausbildung nicht recht zu funktionieren. Blickt man auf die Bemühungen der 70er Jahre*, so sind die wichtigen Ansätze der reformierten Approbationsordnung (Einführung der psychosozialen Grundlagenfächer und des ökologischen Stoffgebiets) letztlich eine Randerscheinung des Medizinbetriebs geblieben. Vorbildliche Modelle der Mediziner Ausbildung gibt es zuhauf, sie werden nicht ausreichend genutzt**. Eine adäquate Ausbildung kompetenter Berufsbilder für das Gesundheitswesen ist ein unverzichtbarer Beitrag zum Patientenschutz. Die Mängel werden von der unstrittig hochleistungsfähigen Medizin der Maximalversorgung nur notdürftig überdeckt. Eine Lösung der Versorgungsprobleme kann nur durch wissenschaftlich gestützte arbeitsteilige Kooperation der Gesundheitsberufe erreicht werden, nicht durch eine anachronistische Allzuständigkeit der Ärzteschaft. Innerhalb der Ärzteschaft beginnt demgegenüber eine weitere Reformoption eine Mehrheit zu gewinnen: mit dem Trend zur Spezialisierung, der nicht beliebig aufgehalten werden kann, muß die Stärkung der Rolle der Hausärzte einhergehen, welche Weichensteller in der Gesundheitslandschaft werden müssen, weit stärker als dies heute der Fall ist. Die Debatte um die Rolle der primärärztlichen Versorgung im Kontext der Spezialisierung ist über hundert Jahre alt. Heute wird gegen die Zuweisung einer Schlüsselrolle an Hausärzte am häufigsten eingewandt, daß dies eine unnötige Barriere der Inanspruchnahme und ein Leistungsrückschritt für die Bevölkerung sei. Die Weichenstellung durch Primärärzte entspricht aber der internationalen Diskussion, und dies weithin unabhängig vom System der Krankenversorgung. So haben bezogen auf die USA CLANCY und Mitarbeiter 1992 dargelegt, daß der gezielte "Gatekeeping"-Einsatz von praktischen Ärzten patienten- wie kostenorientiert wirkt und keineswegs zu einem Qualitätseinbruch in der Versorgung führen muß. Letztlich käme es darauf an, eine neu kon-

* SCHULLER und ROSEMEIER zeigten 1973 auf, welche Minimalia an sozialwissenschaftlicher Kompetenz Medizinstudenten erwerben sollten. Wenig davon konnte in die Routine umgesetzt werden. ROSENGARTEN beschrieb 1980 für die Mediziner Ausbildung Lernziele und Lernprogramme zur gezielten Schulung der Wahrnehmungsfähigkeit im psychosozialen Bereich. Dieser Ansatz ist kaum weiterverfolgt worden. Die hier aufgestellten Reformziele stützten sich ihrerseits auf medizinsoziologische Studien aus den USA (BECKER u. Mitarb. 1961, GLASER und STRAUSS 1965, STRAUSS 1970, STRAUSS 1975), die bis heute hochaktuell geblieben sind, weil die erforderlichen Konsequenzen in der Umsteuerung des Krankenversorgungssystems ausstehen.

** Mit Bezug auf die internationale Entwicklung GÖBEL und REMSTEDT (1993).

zipierte Hausarztfunktion in ein System von "Primary health care" einzubinden, wofür es bezeichnenderweise keine deutsche Übersetzung gibt: ein vernetztes System von wohnortnahen gesundheitlichen Dienstleistungen mit präventivem, kurativem und rehabilitativem Profil.

5. Während – scheinbar selbstverständlich – das Denken in einem von der Medizin dominierten Gesundheitswesen von der pathogenetischen Sicht dominiert wird (welches sind die Ursachen der Krankheiten?), hat sich im Gefolge der Arbeiten des Soziologen und Streßforschers AARON ANTONOVSKY seit etwa 10 Jahren wieder die Frage Gehör verschafft, was Menschen trotz allfälliger Belastungen häufig gesund erhält und/ oder bei eingetretenen Krankheiten ihre Chancen auf Genesung und hohe Lebensqualität steigert (salutogenetischer Ansatz). ANTONOVSKY hat stets bekräftigt, daß er das pathogenetische Prinzip nicht etwa ersetzen wolle, daß aber offenkundig das klassische Ursache-Wirkungs-Denken der Medizin wichtige Gesundheitsfragen nicht klären könne. Ursprünglich ausgehend von dem Schicksal der Holocaust-Überlebenden entwickelte ANTONOVSKY ein zuletzt auch empirisch gestütztes Interpretationsmuster für die Entstehung von Gesundheit. Danach bündeln sich die Fähigkeit, das eigene Leben und die Umwelt begreifen zu können (Comprehensibility), die Gewißheit, auch für schwierige Probleme prinzipiell Lösungen finden zu können (Manageability), und der Eindruck, die Anforderungen an die Lebensgestaltung seien letztlich sinnvoll (Meaningfulness), zu dem Konstrukt des "Sense of Coherence", der Handlungsfähigkeit in einer im Zweifel immer schwierigen Welt anzeigt. Dieser Kohärenzsinn korreliert nach zahlreichen Untersuchungen gut mit dem Gesundheitszustand von Menschen. Auch wenn im Gegensatz zum (freilich auch nur in Ansätzen erfolgreichen) Ursache-Wirkungs-Prinzip des Pathogenesemodells der Salutogenese-Ansatz noch nicht die genauen Vermittlungsschritte zwischen Erleben einerseits und Gesunderhaltung andererseits aufzeigen kann, provoziert das Salutogenese-Konzept eine radikal andere Blickrichtung auf das Gesundheitsthema. Gesundheit läßt sich fördern, lautet die Konsequenz, und dies ist keine blumige Erklärung vorwissenschaftlicher Romantiker, sondern steht im Einklang mit einer Vielzahl epidemiologischer Studien, welche die schützenden Faktoren in Erziehung, Arbeits- und Freizeitwelt herausgestellt haben***. Hier gewinnt auch das Thema Patientenschutz völlig neue

Konturen: es wird aus dem engeren, wenn auch weiterhin enorm wichtigen Feld zwischen Ärzten und Patienten herausgeholt und um seine gesellschaftliche Dimension erweitert.

6. Patientenschutz ist last but not least nur denkbar durch die volle Respektierung der subjektiven Sicht von Krankheit und Gesundheit. Während die Medizin mißt, ob ihre zuvor festgelegten Parameter von Normalität durch die Behandlung wieder erreicht wurden, interessiert Patienten, ob sie sich besser fühlen. Dies klingt trivial, hat aber für die Strukturierung des Gesundheitswesens weitreichende Konsequenzen. Es hätte nämlich zur Konsequenz, die Leistungen weitaus stärker als heute von der funktionellen Betrachtung her zu entwickeln und nicht von der diagnosebezogenen Systematik der Medizin. Subjektive Gesundheit und funktionelle Kompetenzen sind meßbar, und sie sind nur bedingt durch das Instrumentarium der klassischen Medizin zu fördern. Hier schließt sich der Bogen zur Diskussion um die Qualitätssicherung. Natürlich müssen sich auch die nicht-medizinischen therapeutischen Interventionen der Frage stellen, ob sie effektiv sind und effizient erbracht werden können. Das Thema "subjektive Gesundheit" darf nicht in die Ecke der Beliebigkeit gedrängt werden. Die Etablierung der Laiensicht im Gesundheitswesen bleibt deshalb so wichtig, weil sie eine ungenutzte Ressource innerhalb des Gesundheitssystems darstellt, die von den Ökonomen bisher nicht ausreichend wahrgenommen wird. Innerhalb der Medizin selber wäre der erste heilsame Schritt in die richtige Richtung die aufmerksame, problembezogene Anamnese und Dokumentation von Beschwerden. Dies ist eine seit Urzeiten bestehende Anforderung an eine gute Medizin. Der Gesundheitswissenschaftler REISER hat in einer Bilanz der Epochen der Medizin davon gesprochen, daß nunmehr die Ära des Patienten angebrochen sei. Er zeigt, daß die Medizin an der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert zunächst davon ausging, mit der Entwicklung der modernen Untersuchungsmethoden der subjektiven Krankheitseinschätzung der Patienten entronnen zu sein. Nur vereinzelt wurde schon in den 40er Jahren darauf hingewiesen, daß der Reduktionismus der Medizin wichtige Gesundheitsbelange ausklammert. Der Einbruch im Fortschrittsglauben begann nach REISER mit der Diskussion um die Nutzung kostenintensiver Behandlungsformen wie der künstlichen Beatmung und der Dialyse, da hier erstmals soziale und ökonomische Fragen in das scheinbar wertneutrale Gesundheitswesen eindrangen. Mit der zunächst ungebremsen Expansion der Budgets schien diese Debatte zu verschwinden. Mit der Bürgerrechtsbewegung und der Frage nach der Ergebnisqualität medizinischer Leistungen wurde die Vorherrschaft der

*** Zu den unmittelbar auf das Salutogenese-Konzept bezogenen Studien siehe NOACK (1997). Zur Frage der Verlässlichkeit von Genesungskriterien in der Forschung siehe DAHME (1993). Es gibt darüber hinaus eine Fülle von Bezügen zur Literatur der nicht medizinentzierten Prävention von Krankheiten (hierzu im Überblick ROSENBROCK u. Mitarb. 1994 sowie EVANS u. Mitarb. 1994).

ärztlichen Sichtweise dann, so REISER, endgültig ins Wanken gebracht. Es muß gleichzeitig mit Sorge betrachtet werden, daß parallel zum Infragestellen der ärztlichen Profession in den entwickelten Industrienationen die Marktökonomie ihren Einzug in die dortigen Gesundheitssysteme genommen hat und dabei die beschworene Konsumentensicht allergrößte Durchsetzungsprobleme hat (GINZBERG 1984). Erst durch die ernstgemeinte Rezeption der Laiensicht ließe sich eine neue Balance zwischen professioneller Krankenversorgung und problemorientierter Patientenbetreuung erreichen: Das Zeitalter des Patienten kann dann die Ära der unkontrollierten Expertenmacht ablösen. Der ärztliche Paternalismus hat sich überlebt und steht der notwendigen Förderung von Patientenautonomie im Wege (HELMICH 1994). In der Praxis erprobte Modelle wie das Patientenforum Medizinische Ethik in Göttingen zeigen, daß es sehr wohl in der Alltagsroutine einer Klinik möglich ist, Patienten und ihre Angehörige aktiv an allen wichtigen Entscheidungsprozessen zu beteiligen und eine neue Gesprächskultur zu entwickeln (REITER-THEIL 1995).

In der bundesdeutschen Medizinkritik hatte DEPPE die Eindimensionalität des Krankenversorgungssystems bereits 1969 thematisiert, indem er feststellte, daß medizinische Theorie "Aufklärung im Detail" geblieben und der Patient zum "Objekt" der Medizin geworden sei. So werden die Zeitverzögerungen bei der Unterstützung von Selbsthilfensätzen und Patientenvertretungen zu einer immer größeren Behinderung für die Fortentwicklung eines leistungsfähigen Gesundheitswesens. Von einer Gesundheitsstrukturreform sollte folglich auch nur noch dann gesprochen werden dürfen, wenn der Patientenschutz im dargelegten Sinne Gegenstand der Gesundheitspolitik geworden ist.

Literatur

- ABHOLZ HH. "Früherkennung – Mehr an Gesundheit? Eine klinisch-epidemiologische Analyse". *Psychosozial* 1990; 12: 43-54
- Akzeptanz von Naturheilverfahren. Ergebnisse einer bundesweiten Repräsentativ-Befragung im Auftrag des IKK-Bundesverbandes. IKK Bundesverband, Eigendruck: 1994
- ANTONOVSKY A. *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass, 1987
- BALINT M. *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett, 1957
- BECKER H S, GEER B, HUGHES E C, STRAUSS A L. *Boys in White: Student Culture in Medical School*. Chicago: University of Chicago Press, 1961
- BERKMAN C F, SYME S C. Social Networks, Host Resistance and Mortality: A Nine Year Follow-up Study of Alameda County Residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-204
- BETTSCHEIT R, GLAESKE, G. et al. *Bittere Naturmedizin. Wirkung und Bewertung der alternativen Behandlungsmethoden, Diagnoseverfahren und Arzneimittel*. Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1995
- BLAXTER M. *Health & Lifestyles*. London, New York: Routledge, 1990
- BOWLING A. *Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales*. Milton Keynes: Open University Press, 1991
- BUCKMAN R, SABBAGH K. *Magic or Medicine. An Investigation on Healing and Healers*. Toronto: Key Porter Books Ltd., 1993; 154-167
- CLANCY C M, FRANKS P, NUTTING P A. Gatekeeping Revisited – Protecting Patients From Overtreatment. *New Engl J Med* 1992; 327: 424-429
- DAHME B. Wissenschaftliche Bewertung von Genesungskriterien in Evaluationsstudien: Eine kritische Bewertung und Ausblick. In: Franke A, Broda M (Hrsg.). *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: dgvt Verlag 1993, 149-167
- DEPPE H U. Zum "Objekt" der Medizin. *Das Argument* 50/3 Zur Sozialkritik der Psychologie, Psychiatrie, Medizin. Berlin: Argument Verlag 1969, 284-298
- DOMENIGHETTI G et al. Revisiting the most informed consumer of surgical services. The physician-patient. *Intern J Technol Ass In Health Care* 1993; 9: 505-513
- ERNST E. Competence in Complementary Medicine. *Complementary Therapies in Medicine* 1995; 3: 6-8
- EVANS R G, BARER M L, MARMOR TH R. *Why are Some People Healthy and Others Not?* New York: Walter de Gruyter, 1994
- GINZBERG E. The Monetization of Medical Care. *New Engl J Medicine* 1984; 310: 1162-1165
- GLASER B G, STRAUSS A L. *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Press, 1965 (dt. *Betreuung von Sterbenden*, 2. überarbeitete Auflage, Göttingen, Zürich: Vandenhoeck & Ruprecht, 1995)
- GÖBEL E, REMSTDT S (Hrsg.). *Medizinische Reformstudiengänge. Beispiele aus Deutschland, Kanada, den Niederlanden, Schweiz, Schweden und den USA*. Frankfurt/Main: Mabuse Verlag GmbH, 1993
- GRAWE K, DONATI R, BERNAUER F. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe, 1995
- HELMICH P. Plädoyer gegen den ärztlichen Paternalismus. *Z Allg Med* 1994; 70: 937-941
- HYORT P F. Prevention: The Wish of Everybody, the Priority of Nobody? Keenote speech at the European Public Health Association, Annual Meeting, Copenhagen 17. 12. 1994
- HÖRNEMANN G. Qualitätssicherungsstrategien als öffentliche Kontrolle des Gesundheitswesens. In: BAUCH J, HÖRNEMANN G (Hrsg.). *Gesundheit im Sozialstaat*. Konstanz: Hartung-Gorre Verlag, 1996, 63-91
- JÜTTE R. *Geschichte der Alternativen Medizin. Von der Volksmedizin zu den unkonventionellen Therapien von heute*. München: Beck, 1996
- McKINLAY J, McKINLAY M, BEAGLEHOLE R. A Review of the Evidence Concerning the Impact of Medical Measures on Recent Mortality and Morbidity in the United States. *Intern J Health Serv* 1989; 19: 181-208
- KIRSCH W, SCHAFFI CH. Misdiagnosis at a University Hospital in 4 Medical Eras. *Medicine* 1996; 75: 29-40
- MURRAY R H, RUBEL A J. Physicians and Healers. *Unwitting Partners in Health Care*. *New Engl J Med* 1992; 326: 61-64
- NAGER F. Größe und Gefährdung der Medizin. *Schweiz Med Wschr* 1996; 126: 794-800
- NOACK R H. Salutogenese: Ein neues Paradigma in der Medizin? In: BARTSCH HH, BENDEL J (Hrsg.). *Salutogenese in der Onkologie*. Basel: Karger, 1997, 88-105
- REISER J. The Era of the Patient. *J Am Med Ass* 1993; 269: 1012-1017
- REITER-THEIL S. Von der Ethik in der Psychotherapie zur patientenorientierten Medizinethik. Das Modell Patientenforum Medizinische Ethik. *Psychosozial* 1995; 18: 25-33
- ROTHMAN K J, MICHEL K B. The Continuing Unethical Use of Placebo Controls. *N Engl J Med* 1994; 331: 394-398
- ROSENBRUCK R, KÜHN H, KÖHLER B M (Hrsg.). *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: edition sigma, 1994
- ROSENGARTEN TH. Entwicklung und Erprobung eines Merkmalsystems zur Beschreibung des Kommunikationsverhaltens von Medizinstudenten im Anamnesegepräch mit Patienten. Inaug.-Diss. Freiburg i. Br. 1980
- ROTER D L, HALL J L. *Doctors Talking With Patients/ Patients Talking With Doctors. Improving Communication in Medical Visits*. London: Auburn House, 1992
- SCHAEFFER D. Patientenorientierte ambulante Pflege Schwerkranker. Erfordernisse der Konzept- und Wissenschaftsentwicklung. *Z Ges Wiss* 1997; 1: 85-95
- SCHMACKE N. Die Etablierung der Laienperspektive – eine Herausforderung für das öffentliche Gesundheitswesen. In: JÄGER H (Hrsg.). *AIDS – Management einer Erkrankung. Aids-Monographien Bd 5*. München: ecomed. 1995: 460-463
- SCHMACKE N. Ärzte oder Wunderheiler? Die Macht der Medizin und der Mythos des Heilens. Opladen: Westdeutscher Verlag 1997
- SCHULLER A, ROSEMEIER H P. *Medizinstudium und Sozialwissenschaften*.

- Pilot-Curriculum für die sozialwissenschaftliche Ausbildung in der Medizin. München, Berlin, Wien: Urban & Schwarzenberg, 1973
- SIEGRIST J. Arbeit und Interaktion im Krankenhaus. Stuttgart: Enke, 1978
- SIEGRIST J. Medizinische Soziologie. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 5. Aufl., 1995; 212
- STRAUSS A L (Hrsg.). Where Medicine Fails. Chicago, Aldine Press, 1970
- STRAUSS A L. Chronic Illness and the Quality of Life. Saint Louis: The C.V. Mosby Company, 1975
- TEO P Y K. Hysterectomy: A Change of Trend or a Change of Heart? In: Roberts H (Hrsg.). Women's Health Counts. London, New York: Routledge, 1990; 113-146
- VON UEXKÜLL TH. Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik. In: ADLER R et al. (Hrsg.). 3. Aufl. Stuttgart, New York: Schattauer, 1994; 53-62
- WRIGHT J G, FEINSTEIN A R. A comparative contrast of clinimetric and psychometric methods for constructing indexes and rating scales. J Clin Epidemiol 1992; 45: 1201-1218