

A Versorgungsmodelle

1 Patientenorientierung und -aktivierung: Auswirkungen auf die Ergebnisqualität in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal

Timo Schulte, Achim Siegel, Alexander Pimperl, Monika Roth und Helmut Hildebrandt

! Die stärkere Einbeziehung der Patienten ist ein entscheidender Erfolgsfaktor für eine verbesserte Behandlung und Behandlungserfahrung sowie für die nachhaltige Finanzierungsfähigkeit der GKV.

In der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal (IVGK) sind die Patientenorientierung und -aktivierung seit Jahren wichtige Schwerpunkte, um die Versorgung zu verbessern. Die Ergebnisse nach einer Laufzeit von sechs Jahren lassen auf Erfolge auf mehreren Ebenen schließen. So zeigen sich in einer Patientenbefragung eine hohe Zufriedenheit mit der IVGK sowie ein maßgeblicher Einfluss von Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient auf die Veränderung des persönlichen Gesundheitsverhaltens. Eine Kohortenstudie auf Basis von GKV-Routinedaten offenbart zudem eine geringere Mortalität bei IV-Teilnehmern gegenüber einer risikoadjustierten Vergleichsgruppe.

1.1 Hintergrund: Paradigmenwechsel zu mehr Patientenorientierung in der medizinischen Behandlung

Die Patientenorientierung gewinnt in der medizinisch-wissenschaftlichen Forschung an Popularität. Durch eine Fokussierung auf die Bedürfnisse des Patienten wie z.B. Arzt-Patienten-Partnerschaft, Kommunikation oder Gesundheitsförderung (Little et al. 2001) sowie dessen aktiven Einbezug in den Behandlungsprozess soll ein größerer Behandlungserfolg erreicht werden. Dies ist u.a. auf die Anerkennung des biopsychosozialen Modells zurückzuführen, welches den Paradigmenwechsel in der Medizin zu mehr Patientenorientierung und Partizipation verstärkt (Klemperer 2003).

Persönliches Exemplar für Timo Schulte, OptiMedis AG, Hamburg.
Keine kommerzielle Nutzung und keine Weitergabe oder
Verbreitung jeglicher Art gestattet.

Es lässt sich z.B. feststellen, dass neue Forschungsfelder und -institute auf diesem Gebiet etabliert werden und sich zu einer steigenden Anzahl an Krankheitsbildern interdisziplinäre Arbeitsgruppen formieren, die patientenrelevante Outcome-Parameter definieren, welche zum Teil klinische Indikatoren ersetzen bzw. verändern (Mühlhauser u. Müller 2009).

Dennoch gibt es weiterhin Barrieren, die eine stärkere Patientenorientierung im Gesundheitswesen erschweren. Die Wesentlichen werden nachfolgend kurz zusammengefasst.

Barrieren einer stärkeren Patientenorientierung im deutschen Gesundheitswesen

- Schwierigkeit patientenrelevante Ergebnis-Parameter zu operationalisieren bzw. zu messen
- keine umfassende öffentliche Gesundheitsbildung
- Fehlen eines Zugangs für Patienten zu leicht verständlichen Informationen
- Mangel eindeutiger Nachweise der Kosteneffektivität partizipativer Behandlungsmodelle
- Beharrungs- und Gewöhnungseffekte aufseiten der Patienten und der Leistungserbringer
- Ablehnungshaltung der Leistungserbringer zur Sicherung berufsständischer Bedeutung
- Beratungsresistenzen und Informationsdefizite auf Patientenseite

Mit der Stärkung sektorenübergreifender Kooperationsstrukturen im Gesundheitswesen hat insbesondere die IV das Potenzial, sich mehr als in fragmentierten Strukturen an den Anliegen und Interessen der Patienten zu orientieren (Sachverständigenrat 2003) und die Barrieren einer vermehrten Patientenorientierung zu überwinden. Die IVGK setzt gezielt verschiedene Instrumente zur Förderung der Patientenorientierung ein und versucht, Erfolge adäquat zu bewerten. Einige Instrumente bzw. Interventionen sowie insbesondere die Ergebnisse der Evaluationen werden hier kurz vorgestellt.

1.2 Patientenorientierte Maßnahmen von Gesundes Kinzigtal und Bewertung der Erfolge

Der Vertrag zur IVGK wurde 2006 zwischen der AOK Baden-Württemberg sowie ein Jahr später mit der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG) und der Gesundes Kinzigtal GmbH für ein regionales Versichertenkollektiv geschlossen (Hildebrandt et al. 2011). Gesundes Kinzigtal fördert eine verstärkte Patientenorientierung zur Verbesserung der Versorgung auf drei Ebenen (Siegel u. Stößel 2014). Auf der strukturellen Ebene werden Angebote der Gesundheitsversorgung stärker auf die Patienteninteressen ausgerichtet z.B. geringere Wartezeiten, Vermeidung des Fortschreitens bzw. Verhinderung von Erkrankungen. Beispiele sind die IV-Programme *Psychotherapie Akut* oder *Ärzte plus Pflege* (Konnegen et al. 2013). Auf der institutionellen Ebene gibt es Mitspracherechte an der Gestaltung der Versorgung. So gibt es z.B. Mitgliederversammlungen und einen Patientenbeirat. Die dritte Ebene umfasst die Verbesserung der Arzt-Patienten-Interaktion in der IVGK, z.B. in Form von Schulungen für Patienten und Behandler zur Weiterentwicklung der kommunikativen und koordinativen Kompetenzen oder Zielvereinbarungen, die Risikopatienten gemeinsam mit ihrem Vertrauensarzt ausarbeiten.



Da es noch keinen wissenschaftlichen Konsens zu patientenrelevanten Ergebnisparametern gibt (Scheibler u. Loh 2009), werden zur Beurteilung des Erfolges Faktoren gemessen, die die Patientenperspektive möglichst gut abbilden. Die nachfolgenden Auswertungen stellen einerseits Ergebnisse zu psychologischen Aspekten (Patientenzufriedenheit) und andererseits harte klinische Endpunkte (Mortalität) dar.

1.2.1 Auswertung der Patientenzufriedenheit mittels Primärbefragung

Die Zufriedenheit der Patienten mit der Versorgung durch niedergelassene Ärzte in Gesundes Kinzigtal und der IVGK als solcher wird in der im Jahr 2012 gestarteten und noch laufenden **Gesundes Kinzigtal Mitgliederbefragung (GeKiM)** untersucht. Die GeKiM-Studie ist als Trendstudie konzipiert; Befragungen sollen in zweijährlichem Abstand stattfinden.

Ende 2012 wurde an 3.038 IVGK-Eingeschriebene ein standardisierter Fragebogen verschickt. Insgesamt 717 Befragte (23,6%) sendeten einen auswertbaren Fragebogen per Freiumschlag an das auswertende Institut zurück. Der erste Teil des Fragebogens erhebt die Zufriedenheit mit dem „Arzt des Vertrauens“ (Basis: Weisse Liste). Im zweiten Teil stehen Fragen zur Zufriedenheit mit der IVGK im Vordergrund. Dieser enthält kurze Fragen zum Gesundheitszustand und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Im Folgenden werden ausgewählte Ergebnisse dargestellt. Eine detaillierte Darstellung der Methodik sowie Ergebnisse zur Zufriedenheit mit den Ärzten des Vertrauens finden sich in Siegel u. Stößel 2014.

Die Gesamtzufriedenheit der Eingeschriebenen mit der IVGK als System wurde mit der Frage „Würden Sie Freunden oder Verwandten empfehlen, Mitglied bei Gesundes Kinzigtal zu werden?“ ermittelt.



Es existiert eine hohe Gesamtzufriedenheit mit der IVGK.

Tabelle 1 zeigt, dass 92,1% all derjenigen Befragten, die eine gültige Antwort abgaben, die IVGK „bestimmt“ oder „wahrscheinlich“ weiterempfehlen würden.

Tab. 1 Antworten auf die Frage: „Würden Sie Freunden oder Verwandten empfehlen, Mitglied bei Gesundes Kinzigtal zu werden?“ (alle Befragten; keine Angabe = 30)

	Häufigkeit	gültige Procente
Ja, bestimmt.	283	41,2
Ja, wahrscheinlich.	350	50,9
Nein, wahrscheinlich nicht.	50	7,3
Nein, bestimmt nicht.	4	0,6
gesamt (nur gültige Antworten)	687	100,0

Auch die Veränderung des Gesundheitsverhaltens seit Beginn der IVGK-Mitgliedschaft wurde erfragt (s. Tab. 2).

Tab. 2 Antworten auf die Frage: „Haben Sie Ihr persönliches Gesundheitsverhalten verändert, seit Sie Mitglied bei Gesundes Kinzigtal geworden sind?“ (alle Befragten, keine Angabe = 57)

	Häufigkeit	gültige Prozente
Ich lebe jetzt insgesamt weniger gesund.	3	0,5
Ich lebe nicht anders als vorher.	485	73,5
Ich lebe jetzt insgesamt gesünder.	172	26,1
gesamt (nur gültige Antworten)	660	100,0

Erwartungsgemäß haben die meisten Befragten ihr Gesundheitsverhalten nicht verändert, seit sie Mitglied in der IVGK geworden sind; immerhin 26,1% derer mit gültiger Antwort gaben jedoch an, sie lebten nun gesünder als vor Beginn ihrer IVGK-Mitgliedschaft.

Eine Besonderheit der IVGK besteht darin, dass ein Großteil der Ärzte mit sog. Risikopatienten Zielvereinbarungen abschließt, z.B. um Änderungen des Lebensstils zu fördern. Zu Risikopatienten zählen chronisch Kranke sowie Versicherte mit einem erhöhten Krankheitsrisiko, also z.B. Raucher oder stark übergewichtige Personen. Der Risikostatus wird mit dem Patienten durch einen Kurzfragebogen und ein Scoring bei Einschreibung in die IVGK ermittelt und ggfs. wird ein zusätzlicher Fragebogen ausgegeben, der die Patienten im Sinne einer „aktivierenden Befragung“ dabei unterstützt, eigene Gesundheitsziele zu definieren. Die Ärzte sind wiederum darauf geschult, den Patienten nicht nach klassischem Muster Ziele vorzugeben, sondern auf die individuellen Gesundheitsziele der Patienten einzugehen und sie bestmöglich zu unterstützen (vgl. nähere Beschreibung Höhl 2014).

In der GeKiM-Erstbefragung gaben von insgesamt 717 Befragten 180 Personen (25,1%) an, ihr Arzt des Vertrauens habe mit ihnen konkrete Gesundheitsziele vereinbart, die in einem bestimmten Zeitraum erreicht werden sollten. Außerdem zeigt sich in Tabelle 3:

! Versicherte, die Gesundheitsziele vereinbart haben, geben deutlich häufiger an, seit Einschreibung in die IVGK gesünder zu leben als Versicherte, die keine Gesundheitsziele vereinbart haben.

Das Zahlenverhältnis (45,4% vs. 19,7%, $p < .000$) ändert sich nur geringfügig, wenn man die Analyse auf Versicherte einschränkt, die angeben, chronisch krank zu sein (50,9% vs. 26,2%, $p < .000$).

Ob ein IVGK-Mitglied Zielvereinbarungen mit dem Arzt des Vertrauens abgeschlossen hat, ist ebenfalls von Bedeutung dafür, wie stark es eine Mitgliedschaft in der IVGK weiterempfiehlt. So geben 61,6% der Patienten, die Zielvereinbarungen abgeschlossen haben, bei der Frage nach der Bereitschaft zur Weiterempfehlung „Ja, bestimmt.“ an. Eine so nachdrückliche Empfehlung geben hingegen nur 34,1% der Patienten ohne Zielvereinbarung, die vermehrt „Ja, wahrscheinlich.“ geantwortet haben (55,7%). Der Zusammenhang zwischen dem Abschluss von Zielvereinbarungen und der Bereitschaft, die IVGK weiterzuempfehlen, bleibt auch in einer multiplen Regres-



Tab. 3 Antworten auf die Frage „Haben Sie Ihr persönliches Gesundheitsverhalten verändert, seit Sie bei Gesundes Kinzigtal Mitglied geworden sind?“ (abhängig vom Abschluss von Zielvereinbarungen; „Nein“ = inkl. „Weiß nicht“ und „Kann mich nicht erinnern“)

	Ziele vereinbart? Antwort: „Nein“ Prozent (Anzahl)	Ziele vereinbart? Antwort: „Ja“ Prozent (Anzahl)
Ich lebe jetzt insgesamt weniger gesund.	0,4 (N = 2)	0,6 (N = 1)
Ich lebe nicht anders als vorher.	79,9 (N = 397)	54,0 (N = 88)
Ich lebe jetzt insgesamt gesünder.	19,7 (N = 98)	45,4 (N = 74)
gesamt (nur gültige Antworten)	100,0 (N = 497)	100,0 (N = 163)

sion erhalten, in der versucht wird, die Varianz der Bereitschaft zur Weiterempfehlung mithilfe elf unabhängiger Variablen zu erklären (hier nicht dargestellt; Publikation durch Universität Freiburg in Vorbereitung). Die Ergebnisse lassen die folgende Hypothese zu:

! Gesundheitszielvereinbarungen zwischen Arzt und Patient tragen maßgeblich dazu bei, dass ein Patient eine IVGK-Mitgliedschaft weiterempfehlen würde.

Weil die hier präsentierten Daten aus einer Querschnitterhebung stammen, lassen sich derartige Kausalzusammenhänge nur vermuten. Die nächste Befragungswelle der GeKiM-Studie soll im Herbst 2014 erfolgen, sodass mit ersten Trendbeobachtungen im Frühjahr 2015 gerechnet werden kann.

1.2.2 Evaluation der Mortalität von IV-Eingeschriebenen mittels Sekundärdatenanalyse

Im Rahmen der IVGK besteht ein Nutzungsrecht an den GKV-Routinedaten durch die Gesundes Kinzigtal GmbH, die die OptiMedis AG mit Evaluationen beauftragt hat. Die Ergebnisse basieren auf Vollerhebungen des regionalen Versichertenkollektivs von ca. 32.000 Individuen der Kalenderjahre 2006 bis 2013.

Um den Effekt der komplexen Intervention abgrenzen zu können, wurde eine quasi-experimentelle Kohortenstudie durchgeführt. Versicherte, die in die IVGK eingeschrieben sind, werden in einem vergleichenden Design Versicherten gegenübergestellt, die nicht an der Intervention teilnehmen. Verzerrende Effekte sollen über ein *Propensity Score Matching* in Kombination mit einem *Exact Matching* ausgewählter Variablen (z.B. Alter und Geschlecht) eliminiert werden (Pimperl et al. 2014).

Als Indikatoren für die Evaluation der Ergebnisqualität wurden die Mortalitätsrate, die Überlebenszeit und die modifizierte Kennzahl der *Potential Years of Life Lost or Won* (YPLLW) herangezogen; letztere ergibt sich als Differenz aus der individuell prognostizierten Lebenserwartung (Trend V2, Generationen-Sterbetafel, Statistisches Bundesamt) und dem tatsächlichen Alter zum Zeitpunkt des Todes.

Persönliches Exemplar für Timo Schulte, OptiMedis AG, Hamburg.
Keine kommerzielle Nutzung und keine Weitergabe oder
Verbreitung jeglicher Art gestattet.

Die Analyse der Güte des Matching-Verfahrens zeigt die erwartete Angleichung von Untersuchungs- und Kontrollgruppe, das heißt statistisch gesehen sind die beiden Gruppen (n = 5.411) vergleichbar. Bezüglich der Outcome-Variablen lassen sich für die Untersuchungsgruppe bei allen Mortalitätskennzahlen in den ersten drei Jahren nach Beginn der Intervention positive Tendenzen erkennen. Das erste Halbjahr wurde jeweils aus der Betrachtung ausgeschlossen, um eine mögliche Verzerrung zugunsten der IVGK-Mitglieder zu vermeiden. Diese könnte sich dadurch ergeben, dass moribunde Patienten eher nicht für eine Einschreibung infrage kommen.

Es zeigt sich zunächst, dass in der Untersuchungsgruppe absolut 33 Versicherte weniger versterben als in der risikoadjustierten Kontrollgruppe (IV:3,8% vs. Nicht-IV:4,4%; Chi-Quadrat: 0,111), wobei der Unterschied aufgrund der geringen Fallzahl insgesamt Verstorbener nicht signifikant ausfällt (s. Abb. 1).

In der Untersuchungsgruppe ergeben sich jedoch über den Betrachtungszeitraum von vier Jahren bei dem YPLLW-Indikator signifikant weniger verlorene Lebensjahre (IV: 2.005,8 vs. Nicht-IV: 2.641,4; T-Test $p < 0,05^*$; Differenz: 636 Lebensjahre). Das durchschnittliche Alter zum Todeszeitpunkt liegt in der Untersuchungsgruppe mit 78,9 Jahren fast ein Jahr über dem der Kontrollgruppe mit 77,5 Jahren. Analog ergeben sich längere Überlebenszeiten (Kaplan-Meier-Kurven; max. 1.456 Tage) in diesem Zeitraum (IV: 1.433,8 vs. Nicht-IV: 1.427,1; Log-Rank: 0,082).

Die positiven Ergebnisse sind vor dem Hintergrund des Studientyps zu betrachten: Da eine randomisierte Zuteilung von Versicherten in Untersuchungsgruppe (IV-Eingeschriebene) und Kontrollgruppe (Nicht-Eingeschriebene) nicht möglich war, können die Schlussfolgerungen nicht das höchste Evidenz-Niveau – wie es bei randomisierten Studien der Fall wäre – in Anspruch nehmen. Dennoch sind die gewonnenen Indizien hinsichtlich der Ergebnisqualität der IVGK recht aussagekräftig.

IVGK-Eingeschriebene weisen signifikant weniger verlorene Lebensjahre auf als vergleichbare Nicht-Eingeschriebene.

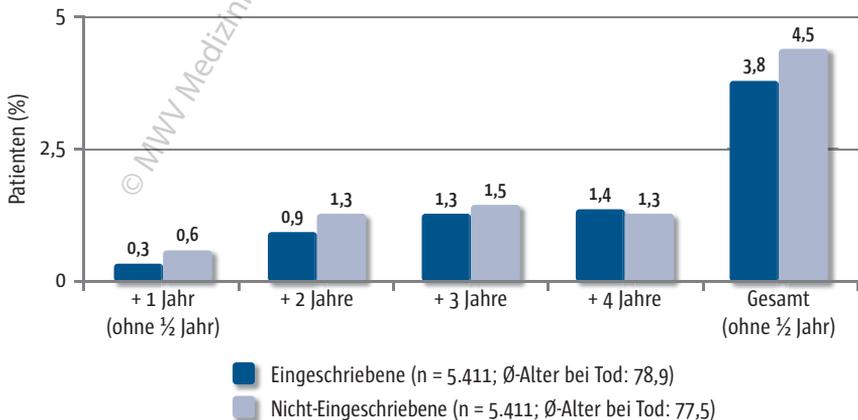


Abb. 1 Vergleich Anteil Verstorbene in den ersten vier Jahren nach Einschreibung in Gesundes Kinzigtal (Eingeschriebene vs. Nicht-Eingeschriebene)

Persönliches Exemplar für Timo Schulte, OptiMedis AG, Hamburg.
Keine kommerzielle Nutzung und keine Weitergabe oder Verbreitung jeglicher Art gestattet.

Man könnte die beiden Gruppen durch zusätzliche Daten vermutlich noch besser vergleichbar machen, indem man zusätzliche Variablen in das *Propensity Score Matching* einbezieht. Sinnvoll wären z.B. weitere Daten zum sozialen Status (bislang nur Versichertenart), zu Präferenzen und zu kulturspezifischen Ausprägungen der Versicherten sowie zu Unterschieden zwischen den ärztlichen Leistungspartnern und ihren nicht an der Intervention teilnehmenden Kollegen. Solche Daten liegen den Autoren der Studie jedoch nicht vor bzw. wären teilweise auch äußerst schwer zu erheben. Weitere Auswertungen über einen längeren Zeitraum mit Variationen beim Matching zur genaueren Prüfung der Ergebnisse sind geplant.

1.3 Diskussion und Ausblick

Die beschriebenen Ergebnisdimensionen lassen sich als Teile des sog. *Triple Aim* begreifen. Dieses Modell wurde von Berwick et al. (2008) als Anforderung an ein verantwortlich gestaltetes Gesundheitssystem formuliert und unter der Obama-Administration in den USA zum Leitmotiv des CMS bei der Entwicklung der sog. *Accountable Care Organizations* benannt.

- Die Mortalitätsreduktion bei den Mitgliedern der IVGK könnte als ein Indikator für die Verbesserung des Gesundheitsstatus gewertet werden, die hohe Bereitschaft zur Weiterempfehlung sowie die Veränderung der Lebensweise als Hinweise auf eine verbesserte Patientenerfahrung.

Zudem lässt sich in der IVGK ein verantwortlicher Umgang mit den endlichen Ressourcen der Versicherten bzw. der Gesellschaft als dritter Bestandteil des *Triple Aim* in Form relativ reduzierter GKV-Routinekosten nachweisen (OptiMedis AG 2014).

Sicherlich wäre es verkürzt, alle Effekte der IVGK einer stärkeren Patientenorientierung und -aktivierung zuzuschreiben. Dies würde die Komplexität der Gesamtintervention mit langfristigen Anreizen zur unternehmerischen Ausrichtung auf Outcomes und zahlreichen Elementen zur Verbesserung der Versorgung wie z.B. die Vernetzung, die zielgerichtete Prävention und das Versorgungsmanagement unterschätzen. Es sprechen viele Indizien dennoch dafür, dass die stärkere Einbeziehung und Aktivierung der Patienten entscheidende Erfolgsfaktoren sind, um die drei Ergebnisdimensionen zu erreichen. So berichten Ärzte und Mitarbeiter der beteiligten Krankenkassen von einer gesteigerten Eigeninitiative der Patienten. Dies drückt sich u.a. in der hohen Beteiligung an Schulungen (ca. 4.500 Teilnehmer) sowie an spezifischen Versorgungsprogrammen (ca. 4.300 Teilnehmer) bis Mitte 2014 aus. Der Vereinbarung individueller und primär durch die Patienten selbst definierter Gesundheitsziele messen die Beteiligten einen sehr hohen Anteil bei. Hibbard u. Greene (2013) beschreiben etwa, wie vergleichende Studien in den USA zu dem Ergebnis kommen, dass Patienten mit geringerem Aktivierungslevel bis zu 20% höhere Kosten aufweisen als vergleichbar morbide Patienten mit höherem Aktivierungslevel.

Die Fortsetzung und Vertiefung der Evaluation im Kinzigtal wird weitere Anhaltspunkte liefern, inwieweit die stärkere Einbeziehung und Aktivierung der Patienten gesamtgesellschaftlich einen entscheidenden Erfolgsfaktor für die nachhaltige Finanzierungsfähigkeit einer solidarischen Krankenversicherung darstellt.

Persönliches Exemplar für Timo Schulte, OptiMedis AG, Hamburg.
Keine kommerzielle Nutzung und keine Weitergabe oder
Verbreitung jeglicher Art gestattet.

Literatur

- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J (2008) The Triple Aim: Care, Health, and Cost. *Health Affairs* 27(3): 759–69
- Hibbard JH, Greene J (2013) What the Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes and Care Experiences; Fewer Data on Costs. *Health Affairs* 32(2): 207–14
- Hildebrandt H, Schmitt G, Roth M, Stunder B (2011) Integrierte regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem „Gesunden Kinzigtal“. *ZEFQ* 105: 585–89
- Hölzel LP, Voller M, Kriston L, Siegel A, Härter M (2012) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ergebnisse einer kontrollierten Kohortenstudie. *Bundesgesundheitsblatt* 55: 1524–33. Berlin
- Klemperer D (2003) Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen – Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation. In: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health WZB. URL: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2003/i03-302.pdf> (abgerufen am 03.09.2014)
- Konnegen D, Roth M, Deschler T, Boschert S (2009) Höhere Qualität und Effizienz: Kooperation von Ärzten und Pflegeheimen im Kinzigtal. *Public Health Forum* 21: 12–3
- Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C (2001) Preferences of Patients for Patient Centered Approach to Consultation in Primary Care: Observational Study. *BMJ* 322: 468–72
- Mühlhäuser I, Müller H (2009) Patientenrelevante Endpunkte und *patient-reported outcomes* in klinischer Forschung und medizinischer Praxis. URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/165356/Datei/1572/Muehlhauser-Mueller-Patientenrelevante-Endpunkte-2009.pdf> (abgerufen am 03.09.2014)
- OptiMedis AG (2014) Gesundes Kinzigtal zieht positive Bilanz – AOK Baden-Württemberg und Gesundes Kinzigtal wollen Zusammenarbeit verlängern. URL: <http://www.optimedis.de/newsroom/pressemitteilungen/429-gesundes-kinzigtal-zieht-positive-bilanz> (abgerufen am 15.09.2014)
- Pimperl A, Schulte T, Fischer A, Dittmann B, Wendel P, Hildebrandt H (2014) Ergebnisqualität Gesundes Kinzigtal – quantifiziert durch Mortalitätskennzahlen. In Veröffentlichung, abrufbar unter URL: <http://www.optimedis.de/files/Studien/Mortalitaetsstudie-2014/Mortalitaetsstudie-2014.pdf>
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2003) Gutachten 2003 – Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Nomos Baden-Baden
- Scheibler F, Loh A (2009) Therapeutische Effekte mit partizipativer Entscheidungsfindung – Ein Blick über die Studienlage. In: Klusen N, Fließgarten A, Nebling T (Hrsg.) *Informiert und selbstbestimmt. Der mündige Bürger als mündiger Patient.* 66–79. Nomos Baden-Baden
- Siegel A, Stößel U (2014) Patientenorientierung und Partizipative Entscheidungsfindung in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal. In: Pundt J (Hrsg.) *Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit?.* 195–230. Apollon Bremen