

---

# Das Gesundheitssystem als Beziehungsgeflecht

Walter Köbele

Um sich der komplexen Interaktion im Beziehungsgeflecht innerhalb des Gesundheitswesens in anschaulicher Weise zu nähern und dabei auch die psychologische Dimension der Wahrnehmung zu berücksichtigen, wurde in einer psychologischen Analyse der Psychonomics AG aus dem Jahre 2003 das Gesundheitswesen aus der Sicht der Patienten untersucht. Anhand der Tiefeninterviews mit 85 Personen zwischen 25 und 80 Jahren, die regelmäßig verschreibungspflichtige Arzneimittel einnahmen, ermittelten die Experten sieben zentrale Rollen der am System beteiligten Akteure. Als Grundlage des Rollenverständnisses diente das Leitbild einer Großfamilie. Die ermittelten Rollen entsprechen weitgehend den Klischees, die seit geraumer Zeit die Berichterstattung der Medien über die medizinische Versorgung in Deutschland prägen. So weisen die Befragten dem Staat, der die Rahmenbedingungen der Leistungserbringungen bestimmt, die „strenge Vaterrolle“ zu. Den Arzt empfinden sie als die „schützende, sich um sie kümmernde Mutter“. Die Krankenkassen wirken auf sie wie „nüchterne Verwalter und Vermieter“ des Hauses, in dem sie zusammen mit ihren „Brüdern“ (Krankenhäuser) und „Schwestern“ (Selbsthilfegruppen) leben. Der Apotheker ist der „nette Onkel“, der an sie als „hilflose Kinder“ Süßigkeiten verteilt. Die pharmazeutische Industrie fungiert dagegen als die „böse Stiefmutter“, die sich zwar um sie kümmert, aber im Hinterkopf ihre eigenen wirtschaftlichen Ziele verfolgt.

Klischees bilden keine brauchbare Grundlage, um Urteile über andere zu fällen. Sie spiegeln aber auch die Wahrnehmung eines Systems durch die Betroffenen wider und lassen die Rollen der daran beteiligten Akteure hinterfragen. Ich möchte deshalb das Familienleitbild des Gesundheitswesens als Grundmodell auch für die Beschreibung der Arzt-Patienten-Beziehung aus der Sicht der pharmazeutischen Industrie nutzen. Dabei bin ich bereit, die Rolle der Stiefmutter zu akzeptieren. Ihre Charakterisierung als „böse“, „gutmütig“ oder einfach nur „vernünftig“ würde ich jedoch gerne dem Urteil des Lesers überlassen.

### *Therapeutischer Fortschritt als Bewertungsmaßstab*

Beginnen wir mit der Sicht der pharmazeutischen Industrie. Damit ist die Perspektive gemeint, aus der die forschenden Arzneimittelhersteller die Arzt-Patienten-Beziehung betrachten. Die Bezeichnung „Stiefmutter“ suggeriert, dass der damit gemeinte Akteur in eine fremde Familie hineingeheiratet hat. Aus diesem Grund neigen die anderen Akteure dazu, ihn eher als einen Fremdkörper denn als einen integralen und loyalen Bestandteil des Systems zu sehen.

Die Rolle der Stiefmutter kann allerdings auch anders interpretiert werden. Gerade weil sie in eine fremde Familie hineingeheiratet hat, bringt sie den nötigen Abstand mit, um das System nüchtern und sachlich zu beurteilen. In dieser Rolle sieht sich tatsächlich die pharmazeutische Industrie, wenn sie die Entwicklung des deutschen Gesundheitswesens kritisch kommentiert. Mit dem therapeutischen Fortschritt legen wir dabei ein Bewertungskriterium zu Grunde, das unsere Sichtweise entscheidend prägt.

Da die forschenden Arzneimittelhersteller von medizinischer Innovation leben, ist der Fortschrittsgedanke für sie der zentrale Maßstab zur Bewertung des Gesundheits-

systems. Die pharmazeutische Industrie setzt sich seit Jahren für den berechtigten Anspruch der Patienten auf die bestmögliche therapeutische Versorgung ein. Sie fragt sich aber auch, inwiefern dieser Anspruch im Rahmen des bestehenden Systems erfüllt werden kann und wo Reformen notwendig sind.

Natürlich haben die forschenden Arzneimittelhersteller wie jede andere Wirtschaftsbranche ein ökonomisches Interesse. Dieses Interesse stellt auch einen wichtigen Antrieb unserer Innovationsbemühungen dar. Das Ziel der Innovationen bleibt aber stets der therapeutische Fortschritt, die damit steigende Qualität und Effizienz der Behandlung und damit der Nutzen für den Patienten. Diesem erkennbaren Nutzen folgt unter normalen Bedingungen dann auch der finanzielle Erfolg für das forschende Unternehmen. Dabei geht es um nichts anderes als um bessere und wirksamere Medikamente.

### *Die Arzneimittel in der Arzt-Patienten-Beziehung*

Wie der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2005 festgestellt hat, gehören Arzneimittel „seit der Antike zu den wirksamsten Instrumenten zur Beherrschung von Krankheiten, körperlich-seelischen Leiden und Schmerz. Sie bilden eine unabdingbare Voraussetzung für die Aufrechterhaltung von Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen“. Gleichgültig, was man der pharmazeutischen Industrie an bösen Absichten unterstellen mag, eines kann nicht angezweifelt werden: Innovative Medikamente spielen für das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Arzt-Patienten-Beziehung im Besonderen eine tragende Rolle.

Arzneimittel sind ein relevantes Bindeglied der Arzt-Patienten-Beziehung. Sie ermöglichen den therapeutischen

Fortschritt und fördern damit das Vertrauensverhältnis. Ihre objektive Wirkung kann an klinischen Effekten gemessen werden. Subjektiv sind sie vor allem für das Wohlbefinden und den Genesungswillen der Kranken wichtig.

Das Verhältnis des Patienten zu seinem Arzt beruht traditionell auf einem Grundkonsens. Der Arzt verpflichtet sich, alles in seiner Macht Stehende zu tun, um das Wohl des Patienten aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Der Patient erklärt sich bereit, dem Arzt zu vertrauen sowie seine Entscheidungen zu akzeptieren und zu befolgen. In diesem Sinne kann durchaus von einer komplementären Mutter-Kind-Beziehung gesprochen werden, die nur dann funktioniert, wenn sich jede Seite rollenkonform verhält und ihren spezifischen Beitrag bei der Herstellung von „Gesundheit“ leistet.

### *Die individuelle Zuwendung als Erfolgsgrundlage*

Wichtig für den objektiven Erfolg und das subjektive Vertrauen ist die individuelle Zuwendung zum Patienten. Dem Arzt die Sorgen und Bedürfnisse des Kranken ans Herz zu legen, war bereits das große Anliegen der nach dem Mittelalter neu entstehenden Medizinlehre. Laut Paracelsus (1493–1541) ist es notwendig, „dass jeder Arzt reiche Erfahrung besitze; nicht allein in dem, was in den Büchern steht“. Vielmehr sollen „die Kranken sein Buch sein“, behauptet der alte Meister und fügt hinzu: „sie werden ihn nicht irreführen.“

Auch Gabriele Zerbi, ein Medizinprofessor aus Padua des 15. Jahrhunderts, sieht die soliden Fachkenntnisse eines guten Arztes im engen Zusammenhang mit der Patientenuneigung, die er durch diese sowie durch ständige Weiterbildung und vorbildlichen Lebenswandel erwerbe. Der Lebenswandel der damaligen Zeit barg aus seiner Sicht of-

fensichtlich eine Reihe von Gefahren, die einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit dem Kranken und damit auch dem Heilungserfolg im Wege standen. Der Professor ermahnt die Ärzte, „nicht zu lügen, zu neiden, zu schmeicheln“, und empfiehlt ihnen nur „das Nötigste“ zu sprechen. Sie sollen auch „Gesänge, derbe Unterhaltung, Prostituierte, Mörder und zweideutiges Gesindel“ meiden, vor allem aber niemals öffentliche Ämter annehmen, „denn hier liegt der Keim zur Vernachlässigung des ärztlichen Berufs“.

Es ließe sich trefflich darüber streiten, inwiefern die Empfehlungen von Zerbi, die er in einem „Verhaltenskodex für Ärzte“ zusammenfasste, heute noch Relevanz und Gültigkeit besitzen. Unstrittig scheint jedoch der Gedanke zu sein, die Arzt-Patienten-Beziehung auf einem Kodex zu gründen, der auch die Verordnung von Medikamenten regelt. Die pharmazeutische Industrie hat einen solchen Kodex entwickelt. Darin werden die Patienten in den Mittelpunkt der therapeutischen Bemühungen gestellt und die Freiheit der Ärzte gegen unlautere Einflussnahme verteidigt.

### *Das Ziel der Behandlung und die ärztliche Entscheidungsfreiheit*

Die moderne wissenschaftliche Medizin orientiert sich an Evidenzstandards. Evidenzbasierte Forschung ist heute in der Lage, Erkrankungen zu klassifizieren und Therapiekonzepte aus klinischen Studien abzuleiten. Unter dieser Prämisse entwickelt die pharmazeutische Industrie indikationsbezogene Medikamente. Sie in das Gesundheitssystem produktiv einzugliedern, ist die Aufgabe der behandelnden Ärzte.

In unserem Gesundheitssystem agiert der Arzt als „Übersetzer“ komplexer therapeutischer Inhalte in das

Wohl des Patienten. Durch den Einsatz innovativer Arzneimittel kann er dabei seine „Produktivität“ steigern. Diese Aufgabe konnten die Mediziner vor etlichen Jahren fast ohne Rücksicht auf die administrativen Rahmenbedingungen realisieren. Heute treffen sie ihre Entscheidungen jedoch unter zwei recht unterschiedlichen Zielvorstellungen: Entsprechend ihrer Rolle als Helfer und Therapeut, auf die sie sich durch den Hippokrates-Eid verpflichtet haben, wollen sie einerseits den Patienten optimal behandeln. Andererseits werden sie vom Staat und den Krankenkassen angehalten, die Kosten der Therapie zu berücksichtigen.

Die konträren Ziele stürzen den Arzt in – mehr oder weniger – große Interessenkonflikte. Vor allem die Vertragsärzte in der ambulanten Versorgung müssen damit fertig werden. Sie dürfen den Kostenrahmen mit dem sich daraus ergebenden Sparzwang nicht außer Acht lassen. Dabei haben sie eine Vielzahl von Reglementierungen und Vorschriften wie Festbeträge, Wirtschaftlichkeitsprüfungen, Honorarvereinbarungen, Arzneimittelrichtlinien, Arzneimittelvereinbarungen und die Aut-idem-Regelung (Verschreibung wirkstoffgleicher Präparate) zu beachten.

Die Therapiefreiheit der Mediziner ist in Deutschland nicht grundsätzlich in Frage gestellt. Sie wird jedoch zunehmend eingeschränkt. Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern gibt es bei uns eine Kopplung der Arzneimittelausgaben an die Honorare der Vertragsärzte. Die politische Drohung, dass Ärzte durch fachliche Entscheidungen persönliche Einkommensverluste riskieren, erweist sich in vielen Fällen als verhaltenswirksam. Aber auch, wenn sich die Ärzte darüber hinwegsetzen und der Arzneimittelregress tatsächlich nicht vollzogen wird, setzt die Vorstellung der ökonomisch motivierten Therapie das Vertrauen in die Wirksamkeit der Behandlung herab und muss als eine besonders zynische Variante der Ausgaben-

steuerung gebrandmarkt werden. Dieser psychologische Aspekt belastet zunehmend die Arzt-Patienten-Beziehung.

### *Die Verunsicherung der Patienten und deren Erwartungen*

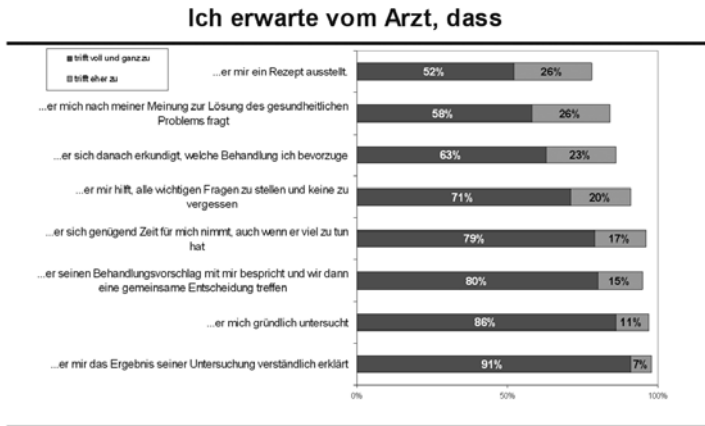
In einer aktuellen Befragung gaben niedergelassene Hausärzte an, dass sie etwa jeden vierten Patienten nicht optimal behandelten. Zwar hielten sie an dem therapeutischen Nutzen der jeweiligen Präparate als dem entscheidenden Kriterium ihres Behandlungskonzeptes fest, doch gaben sie auch zu, dass außertherapeutische Gesichtspunkte (Budgets, Negativlisten, Regressgefahr etc.) bei ihren Entscheidungen eine wichtige Rolle spielten. Sie verordneten damit nicht nach bestem Wissen und Gewissen. Davon blieb auch die subjektive Wahrnehmung ihrer Patienten offensichtlich nicht ganz unberührt.

Der subjektive Eindruck, den ein Patient von seinem Arzt gewinnt, ist für den Krankheitsverlauf wichtig. Diesbezüglich findet neuerdings eine bedenkliche Entwicklung statt. Nach einer EMNID-Umfrage zur „Innovation und Gesundheit“ von Oktober 2004 haben 26 Prozent der Patienten das Gefühl, dass ihnen schon einmal medizinische Leistungen vorenthalten worden seien, die sie eigentlich benötigt hätten. Zwei Jahre zuvor lag die Zahl noch bei 13 Prozent.

Die meisten Patienten begeben sich in die medizinische Behandlung mit einer bestimmten Erwartungshaltung. Die wichtigsten dieser Erwartungshaltungen finden sich in Abbildung 1, die dem Health-Care-Monitoring-Halbjahresreport der Psychonomics AG entnommen ist. Daraus geht hervor, dass 98 Prozent der Befragten erfahren möchten, was der Arzt bei ihnen herausgefunden hat. Etwa 97 Prozent wünschen sich eine gründliche Untersuchung. Ähnlich viele wollen, dass sich der Arzt genügend Zeit für sie

nimmt, auch wenn er viel zu tun hat. Schließlich erwarten mehr als drei Viertel der Befragten, dass ihnen ein Rezept ausgestellt wird.

Abb. 1: Erwartungen der Patienten an ihren Arzt



### *Die Forderung nach mehr Mitsprache und ihre Konsequenzen*

Die Zahlen machen deutlich, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten ihren Ärzten einschließlich der verordneten Medikamente nach wie vor vertraut. Sie bringen aber auch einen anderen Aspekt zum Vorschein. Die Patienten möchten in den Behandlungsprozess eingebunden sein und bei den therapeutischen Entscheidungen mitwirken. Rund 95 Prozent würden es begrüßen, wenn der Arzt seinen Behandlungsvorschlag mit ihnen bespricht, um eine gemeinsame Entscheidung zu treffen. Entsprechend unserem Familienleitbild lässt sich sagen, dass die Kinder erwachsener werden und mehr Mitsprache fordern.

Die dargestellten Befragungsergebnisse werden durch



andere Untersuchungen bestätigt. Eine repräsentative Langzeitstudie der Universität Bremen hat ergeben, dass 58 Prozent der Deutschen bei der Wahl der Therapie beteiligt werden möchten. Laut einer von der Bertelsmann-Stiftung in Auftrag gegebenen Umfrage wollen 14 Prozent der Praxisbesucher die Entscheidung nach der ärztlichen Beratung sogar selbst treffen. Nur noch 28 Prozent möchten, dass der Arzt allein entscheidet.

Die Patientenforderung nach mehr Mitsprache lässt auf eine Beziehungsambivalenz schließen, die analog bei heranwachsenden Kindern oft zu beobachten ist. Einerseits ist der Wunsch nach der „elterlichen“ Betreuung durch den Staat und die Ärzte nach wie vor stark ausgeprägt. Andererseits haben die Patienten den Eindruck, dass sie nicht das bekommen, was ihren Erwartungen entspricht, und fordern mehr Aufklärung und Entscheidungskompetenz. Diese ambivalente Haltung destabilisiert entweder die Arzt-Patienten-Beziehung oder belastet das Arzneimittel-Budget.

Ein Kranker, der das Gefühl hat, dass sein Arzt ihm – aus Kostengründen – ein wirksames Medikament vorenthält, wird nicht nur misstrauisch, sondern auch renitent. Er versucht den Arzt unter Druck zu setzen. Der Arzt kann sich dann überlegen, ob er standhaft bleibt und das Patientenvertrauen aufs Spiel setzt oder ob er ihm ein Medikament verschreibt, das er eigentlich nicht verordnen darf. Beide Alternativen sind nicht zielführend.

### *Die wirksame Therapie und der mündige Patient*

Das System könnte aber auch anders funktionieren. Dafür sind zwei Voraussetzungen notwendig. Erstens sollte eine Therapie vorrangig nach dem Nutzen und nicht allein nach den Kosten bewertet werden. Zweitens ist der Patient

als mündiger Bürger in das Gesundheitssystem zu integrieren.

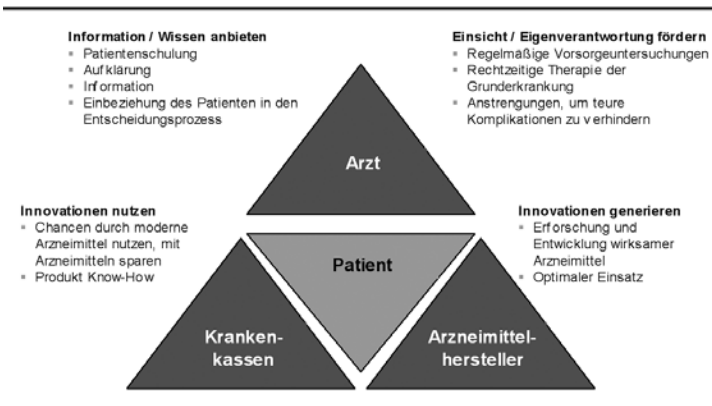
Ein zielführendes Gesundheitssystem wäre dann gegeben, wenn der auch eigenverantwortlich agierende Patient einerseits über optimale Therapiemöglichkeiten informiert ist und auf die entsprechenden Medikamente zurückgreifen kann. Andererseits muss er ein grundlegendes Interesse daran haben, auf seine Gesundheit zu achten und gegen mögliche Krankheiten präventiv vorzugehen. Denn die Kostenexplosion im Gesundheitswesen wird vor allem durch mangelnde Informiertheit des Patienten und teure Komplikationen und Folgeschäden von Erkrankungen verursacht. Ein gutes Beispiel dafür ist der Diabetes mellitus, Typ 2, im Volksmund als Alterszucker bekannt. Die Erkrankung kann mit zunehmender Krankheitsdauer einen dramatischen Verlauf nehmen, so dass der Betroffene häufig neben der Betreuung durch den Hausarzt auch die Behandlung von Facharzt und auch Klinik benötigt. Der Altersdiabetiker muss deshalb an einer Vielfalt von Therapiemaßnahmen (Diät, Lebensführung, Medikamente etc.) kooperativ mitwirken, um die Behandlungschancen zu erhöhen.

In Deutschland sind sieben Prozent der Bevölkerung vom Diabetes mellitus betroffen. Die Gesamtkosten der Krankheit beliefen sich im Jahr 2001 auf rund 22,3 Milliarden Euro mit weiter steigender Tendenz. Die Krankenversicherungen wandten für die eigentliche Behandlung der Grunderkrankung jedoch „nur“ 3,2 Milliarden Euro auf. Die meisten Kosten entfielen auf die Behandlung der assoziierten Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nieren- und Augenerkrankungen, die durch eine optimierte Primärtherapie mit entsprechender Patienten-Compliance deutlich gesenkt werden könnten.

Die Ausgaben im Gesundheitswesen hängen im großen Umfang von sektoren- und therapiebezogenen Perspektiven der jeweiligen Fachbehandlung ab. Dieser Kostentrei-

ber ließe sich durch das konstruktive Zusammenwirken der am System beteiligten Akteure erheblich reduzieren. Abbildung 2 stellt das Grundsche­ma für ein wirkungsvolles Qualitäts- und Kostenmanagement aus der Sicht der pharmazeu­ti­schen Industrie dar. Es liegt in der Verantwortung des Staats, dafür entsprechende Rahmenbedingungen zu schaffen.

Abb. 2: Voraussetzungen für ein wirkungsvolles Qualitäts- und Kostenmanagement im Gesundheitswesen



Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in dem bereits zitierten Gutachten festgestellt, dass das Ordnungsverhalten der Ärzte stärker aus der sektoren- und therapieübergreifenden Perspektive analysiert werden sollte. Damit wäre möglich, „eine Verschiebung von Ausgaben auf andere Sektoren des Gesundheitswesens zu vermeiden und dem Grundsatz ‚mit und nicht an Arzneimitteln sparen‘ zur Umsetzung zu verhelfen“. Viele Arzneimittel könnten als Substitution für teure Behandlungen (z. B. im stationären Bereich) eingesetzt werden. Zur Verwirklichung dieses Konzeptes wäre

es sicherlich hilfreich, wenn die forschende pharmazeutische Industrie noch mehr Anstrengungen unternehmen würde, um das Klischee einer „bösen Stiefmutter“ mittelfristig durch positiv besetzte, Nutzen stiftende Perzeptionen zu ersetzen.

### Quellen

- EMNID-Umfrage Oktober 2004: „Innovation und Gesundheit“.
- Köster, I.: Analyse der Diabeteskosten auf der Basis von Krankenkassen- und KV-Daten – Ergebnisse der KoDiM-Studie. PMV Forschungsgruppe, Universität Köln, [www.pmvforschungsgruppe.de/publikationen](http://www.pmvforschungsgruppe.de/publikationen).
- Mitglieder des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“: Kodex der Mitglieder des Vereins „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e.V.“ für die Zusammenarbeit der pharmazeutischen Industrie mit Ärzten.
- Psychonomics AG, 2003: Befragung von 85 Personen (25–80 J.) mit regelmäßiger Einnahme verschreibungspflichtiger Arzneimittel.
- Psychonomics AG, Health Care Monitoring Halbjahresreport 2005, ausgewählte Ergebnisse.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Gutachten Mai 2005: „Koordination und Qualität im Gesundheitswesen“.