
Medizin zwischen Humanität und Wettbewerb – die Patientensicht

Carsten J. Krones, Rafael Rosch, Gerhard Steinau,
Volker Schumpelick

Der Kostendruck im deutschen Gesundheitssystem hat dazu geführt, dass seit einiger Zeit erhebliche Reformanstrengungen unternommen werden. Als ein wichtiges Mittel zur Ausgabenbegrenzung wird dabei die Etablierung eines stärkeren Wettbewerbs in der Gesundheitsversorgung gesehen – in Analogie zu marktwirtschaftlichen Mechanismen außerhalb der Sozialsysteme. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat diese Einschätzung in seinem Gutachten von 2007 erneut betont.¹ Zur optimalen Allokation der Ressourcen sollen die Effizienz- und Effektivitätsreserven des weiterhin schwach finanzierten Gesundheitssystems ausgeschöpft werden. Im stationären Bereich wird dazu neben einer Zunahme der privaten Trägerschaften und einer Weiterentwicklung des Systems der DRG (Diagnosis Related Groups) der Übergang zu einer monistischen Finanzierung empfohlen, die das autonome Krankenhaus in die Lage versetzen soll, im Wettbewerb auf dem freieren Markt eigene Kapazitäten anzupassen, gezielt zu investieren und Marktchancen schneller zu ergreifen.

Zwar sind auch nach Einschätzung des Sachverständigenrates die Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) damit noch nicht in einer nachhaltigen Weise gelöst, aber der einsetzende Wettbewerb erzeugt einen starken ökonomischen Druck. Dem antiken Leitspruch des Arztes „Salus aegroti suprema lex“ setzen

Ökonomen, Kostenträger und Politiker zunehmend ein „Salus aegrotorum suprema lex“ entgegen: Die Perspektive verschiebt sich vom einzelnen Patienten auf das Gesamtsystem und sein optimales Funktionieren. Und so wird es mehr und mehr zur täglichen Aufgabe des Arztes, im Spannungsfeld des Wettbewerbs die Humanität zu wahren, ohne die eigene wirtschaftliche Basis zu gefährden.

Im Vorfeld des in dem vorliegenden Band dokumentierten Symposiums im September 2007 wurden auf diesem Hintergrund die Meinungen und Wünsche der Patienten zu diesem Themenfeld durch eine repräsentative Umfrage ermittelt. Dazu haben wir am Universitätsklinikum Aachen eine standardisierte Patienten-Umfrage zu den Erwartungen an eine zukunftsorientierte, humane Medizin im Wettbewerb in Deutschland durchgeführt. Während des Symposiums wurde die Umfrage zusätzlich den Teilnehmern der Tagung vorgelegt.

Material und Methoden

In einem Zeitraum von zehn Wochen wurden stationäre Patienten des Universitätsklinikum Aachen in einem Outbound-Projekt durch das Callcenter des Hauses zum Thema Humanität und Wettbewerb befragt. Ausgeschlossen waren Personen unter 18 Jahren, Intensivpatienten, monitorpflichtige Patienten der Intermediate Care, Patienten der geschützten Psychiatrie und Personen mit Auskunftssperre.

Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch durch unabhängige, in kundenorientierter Kommunikation und professionellem Telefonverhalten geschulte Callcenter-Agenten. Alle Agenten besaßen medizinische Vorkenntnisse aus der Krankenpflege, Schwesternhilfe oder Stationsassistenten. Genutzt wurde eine Automatic-Call-Distribution-Software (ACD) mit Zugriff auf die Telekommunikations-

anlage des Universitätsklinikums Aachen. Die Kontaktzeit wurde zwischen 9 und 18 Uhr gelegt. Einzeladressen wurden bei Nichterreichungen maximal dreimal angewählt. Alle Telefonate wurden online in eine standardisierte Projektsoftware eingelesen. Jeder Kontakt wurde neben der Interviewzeit von 8–12 Minuten zur Datensatzpflege zusätzlich bis zu zwei Minuten nachbearbeitet. Die interne Identifikation der Befragten erfolgte über Altersklassen, Geschlecht und Klinikzugehörigkeit. Die Einhaltung des Datenschutzes wurde durch den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Aachen kontrolliert.

Das strukturierte Interview umfasste neun geschlossene Fragen mit vorgegebenen Antwort-Alternativen und lag damit im Maximalbereich eines soziologisch verwertbaren Telefon-Interviews. Als Antworten waren neben semiquantitativen Beurteilungen (Fragen 4 und 5) überwiegend lediglich Einzelnennungen (Fragen 1, 2, 3, 6, 7 und 8) zugelassen. Die Frage 3 bot darüber hinaus die Möglichkeit, frei gewählte Kriterien zu ergänzen. Auf Frage 4 folgten mit 4a bis 4d gesamt 4 Unterfragen. Frage 9 musste nur bei Bejahung der Frage 8 mit Unterfragen bearbeitet werden. Alle Fragen und Antwortmöglichkeiten durften mehrfach gestellt bzw. vorgelesen und erklärt werden. Dadurch sollte angesichts der unterschiedlichen Altersklassen der Teilnehmer sichergestellt werden, dass möglichst alle Befragten dem hohen Anforderungsniveau der Telefonbefragung gerecht werden konnten. Die Reihenfolge der Fragen und der Wortlaut des Gesprächsskripts wurden strikt beibehalten.

Der Inhalt der Befragung wurde von den Autoren vorgegeben, die mit kommunikationswissenschaftlicher Unterstützung durch externe Berater und das Callcenter auch die Formulierung der Fragen übernahmen.

Die Fragen behandelten

- den Einfluss des Kriteriums der Wirtschaftlichkeit auf zukünftige medizinische Entscheidungen,

- erwartete Vor- und Nachteile des verstärkten medizinischen Wettbewerbs,
- die Grenzen des ökonomischen Einflusses auf das medizinische Handeln,
- die Belastungen durch wettbewerbsassoziierte Kostenreduktionen,
- das Konfliktpotenzial zwischen Wettbewerb und humanem Handeln,
- die ideale Gewichtung von Wettbewerb und Humanität in der Medizin,
- die Akzeptanz von Einsparungen und Effizienzsteigerungen,
- den Wandel des Patienten- und Arztbildes in der Gesellschaft.

Der genaue Fragebogen ist auf Wunsch bei den Autoren erhältlich.

Insgesamt wurden 1149 Datensätze durch das Callcenter bearbeitet. 265 Patienten waren zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme bereits entlassen oder auf eine Intensivstation verlegt worden. 310 Patienten hatten kein Interesse an der Befragung oder brachen das Interview wegen der Komplexität der Anforderungen ab. 16 Patienten wurden in mehrfachen Versuchen nicht erreicht und von der Befragung ausgeschlossen (Time-out) oder befanden sich bei Abschluss der Studie aus dem gleichen Grund noch in der Wiedervorlage. In 42 Fällen war die Kontaktaufnahme aufgrund klinischer oder technischer Probleme nicht möglich.

Erfolgreich befragt und ausgewertet wurden insgesamt 524 Patienten (46 % der Angewählten). Das quantitative Verhältnis zwischen Frauen (47 %, n=245) und Männern (53 %, n=279) war annähernd ausgeglichen. Die Befragten lagen zum Zeitpunkt des Telefoninterviews zu 42 % (n=220) in nicht-operativen Kliniken und zu 58 % (n=304) in operativen Kliniken. 9 % (n=45) der Patienten stammten aus dem Klientel der Chirurgischen Klinik. Die Altersver-

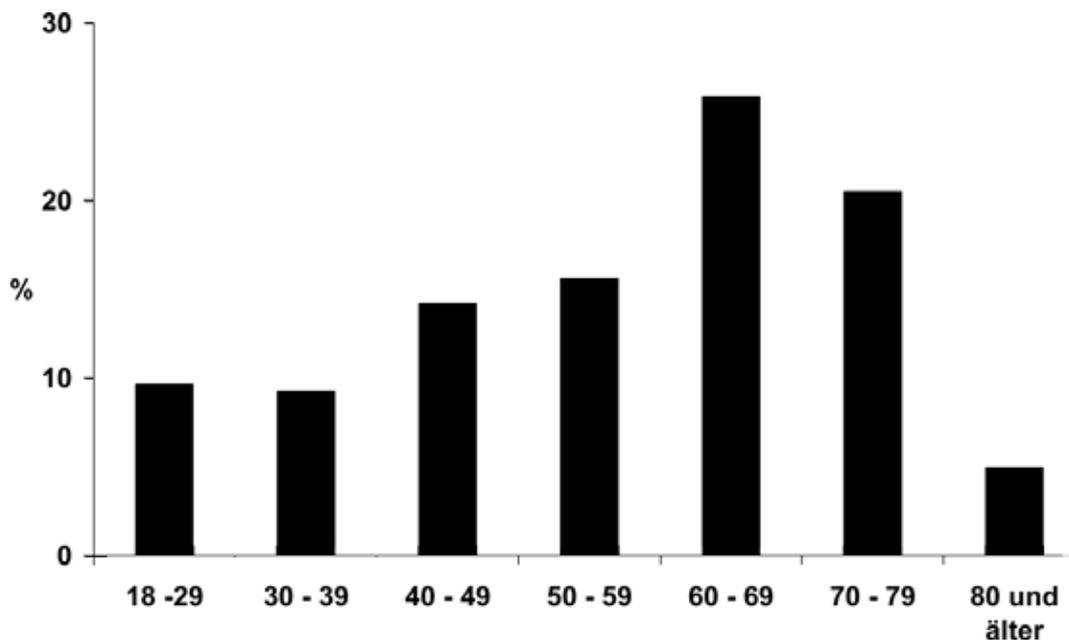


Abb. 1: Altersverteilung der befragten Patienten

teilung der Interviewten spiegelte die typische Belegung unserer Klinik wider (Abb. 1).

Die Auswertung der Umfrage erfolgte zunächst für alle Befragten. Im Anschluss daran wurden alle Fragen getrennt nach Geschlecht und Alter analysiert. Das Klientel wurde dazu in die Altersgruppen 18–39 (n=90), 40–59 (n=202), 60–79 (n=208) sowie 80 Jahre und älter (n=24) eingeteilt. Ergänzend wurden die Ergebnisse der operativen und nicht-operativen Kliniken einander gegenübergestellt. Da es sich um ein aktuelles Meinungsbild handelt, wurde auf eine eingehendere statistische Auswertung verzichtet. Während der Tagung in Cadenabbia wurde die Befragung zusätzlich den teilnehmenden Experten vorgelegt. Dieser zweite Ansatz der Umfrage wird im Folgenden vergleichend besprochen; in den Tabellen ist er dadurch grafisch von der Patientenbefragung abgesetzt, dass die Ergebnisse aus der Befragung der Tagungsteilnehmer schraffiert dargestellt sind.

Ergebnisse

Wie in vorausgegangenen vergleichbaren Projekten² stellte die Befragung an Befragte und Interviewer hohe Ansprüche. Wiederholt ergab sich sowohl im Telefoninterview als auch in der Expertenrunde eine rege Diskussionsbereitschaft. Da keine systematische Überforderung auftrat, wurde der Interviewbogen während der gesamten Untersuchung beibehalten. Grundsätzlich wurde die Studie von allen Beteiligten positiv aufgenommen.

1. Wirtschaftlichkeit in der Medizin

53 % der Befragten lehnten die Forderung ab, dass die Wirtschaftlichkeit bei allen zukünftigen medizinischen Entscheidungen eine dominante Rolle spielen solle (Abb. 2). Dabei ließen sich keine relevanten geschlechts- oder klinikabhängigen Unterschiede finden. Auch innerhalb des Expertengremiums war die Einschätzung ähnlich. Allerdings

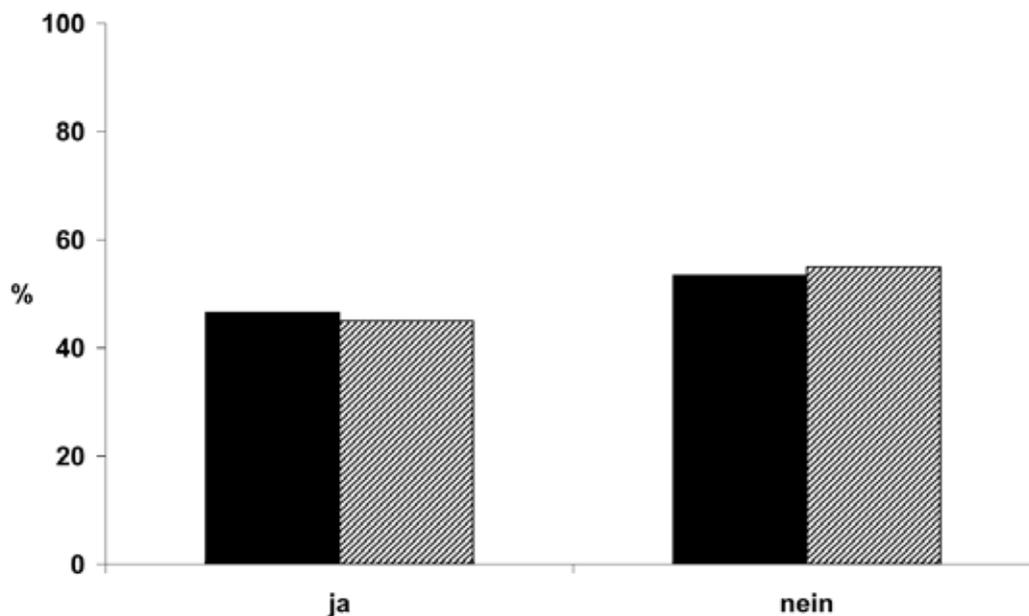


Abb. 2: Wirtschaftlichkeit in der Medizin (schwarz: Patientenbefragung, schraffiert: Expertenbefragung in Cadenabbia)

nahm die Akzeptanz eines Wirtschaftlichkeitsgebots im medizinischen Bereich mit dem Alter zu: Nach Altersgruppen betrachtet sank der Anteil der ablehnenden Stellungnahmen von 64 % bei den 18–39-Jährigen auf 42–43 % bei den über 60-Jährigen.

2. Vor- und Nachteile im verstärkten Wettbewerb

Nur maximal 32 % der Patienten erwarteten unter Bedingungen verstärkten Wettbewerbs persönliche Vorteile. 47 % rechneten dagegen für die eigene Person mit Nachteilen (Abb. 3). Die größte Befürchtung stellte mit 67 % die erhöhte Zuzahlung dar. Diese Sorge stieg in der jüngsten Altersgruppe auf 76 %. Aber auch in der medizinischen Versorgung (47 versus 32 %), bei den Arztkontakten (42 versus 28 %) und bei den Wartezeiten (54 versus 18 %) überwogen die Ängste deutlich. Frauen und Patienten operativer Kliniken erwarteten tendenziell mehr Nachteile. In

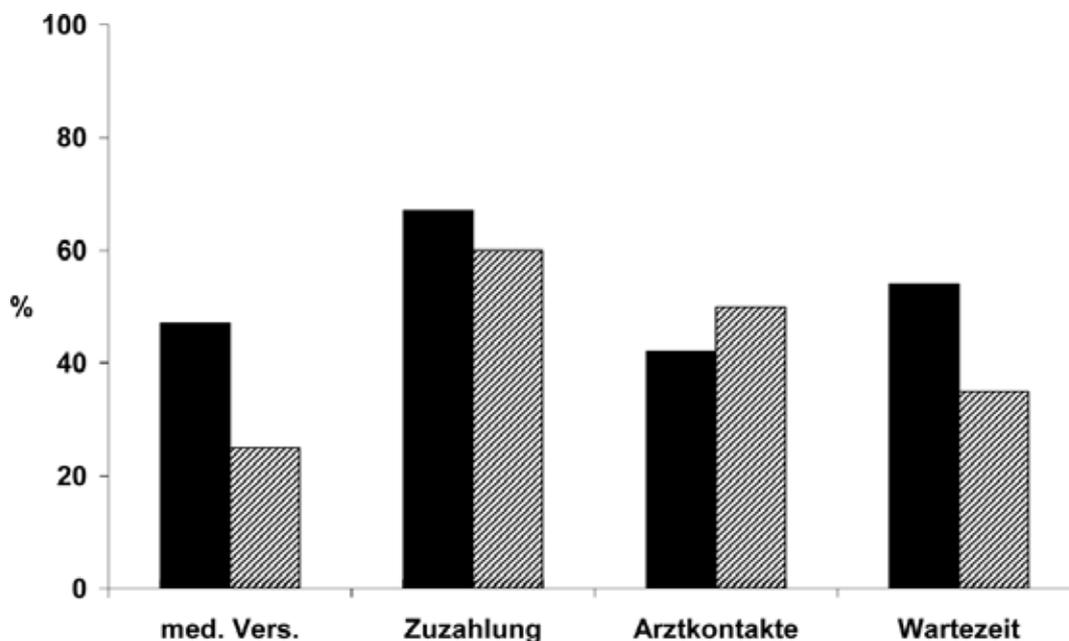


Abb. 3: Nachteile im verstärkten Wettbewerb (schwarz: Patientenbefragung, schraffiert: Expertenbefragung in Cadenabbia)

den höheren Altersgruppen war dieser Pessimismus weniger ausgeprägt als in den unteren.

Die Teilnehmer des Symposiums schätzten die Veränderungen dagegen weniger negativ ein. Zwar wurden als Nachteil überwiegend höhere Zuzahlungen genannt. Die Befürchtungen bezüglich der Wartezeiten und insbesondere der medizinischen Versorgung waren jedoch deutlich geringer ausgeprägt. Lediglich im Hinblick auf die Arztkontakte waren die Erwartungen pessimistischer als bei den Patienten.

3. Wirtschaftlichkeit im Hintergrund

Für die große Mehrheit der Befragten sollten wirtschaftliche Erwägungen bei lebensbedrohlichen Krankheiten (98 %), Krebserkrankungen (96 %) und Sterbebegleitung (93 %) deutlich in den Hintergrund treten (Abb. 4). Nur bei der Organisation und Durchführung von planbaren Behandlungen wurde von 69 % ein größerer Einfluss ökonomischer Gesichtspunkte akzeptiert. Unter den Antworten, die frei hinzugefügt

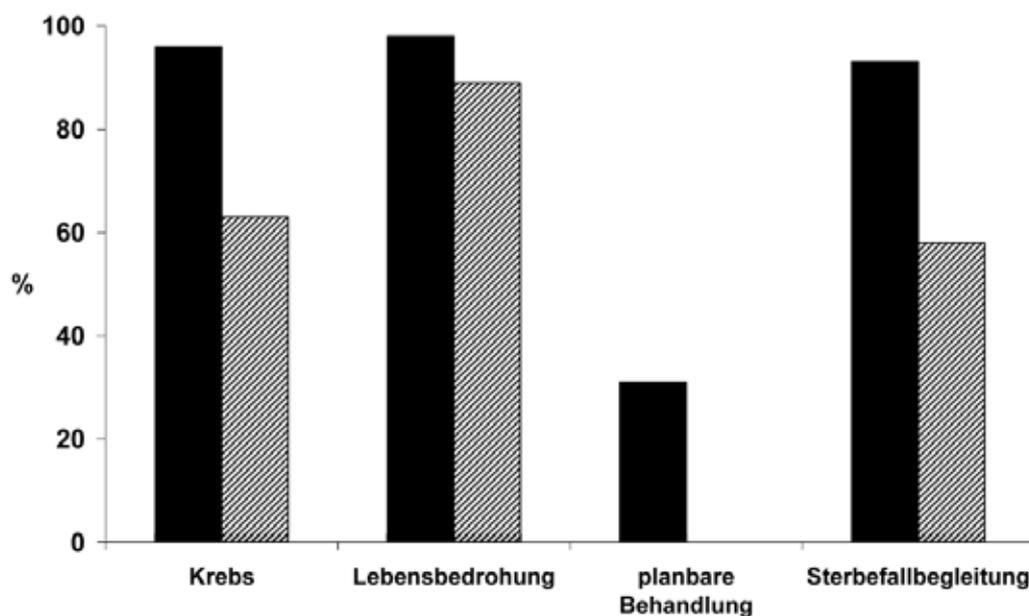


Abb. 4: Wirtschaftlichkeit im Hintergrund (schwarz: Patientenbefragung, schraffiert: Expertenbefragung in Cadenabbia)

werden konnten, stand an erster Stelle die Forderung, die Kinderheilkunde von wirtschaftlichen Erwägungen zu entlasten.

Das Expertengremium akzeptierte den Einfluss wirtschaftlicher Überlegungen dagegen deutlich eher. Dies betraf alle Antwortkategorien. Bei planbaren Behandlungen sollte die Wirtschaftlichkeit sogar nach Ansicht von 100 % der Befragten im Vordergrund stehen.

4. Belastungen durch Kostenreduktion

Aufs Ganze gesehen erwartete die Mehrheit der Befragten durch die angestrebte Kostenreduktion im Gesundheitssystem große Belastungen (Abb. 5). Diese treffen nach überwiegender Ansicht vor allem das Pflegepersonal (92 %), die Ärzte (79 %) und die Patienten (89 %). Während Pflegepersonal und Ärzteschaft nach Meinung der Patienten insbesondere mit einer Arbeitsverdichtung (78–79 %) rechnen müssen, erwarteten die Kranken selbst vor allem eine erhöhte finanzielle Eigenleistung (70 %). Ein Abbau von Ar-

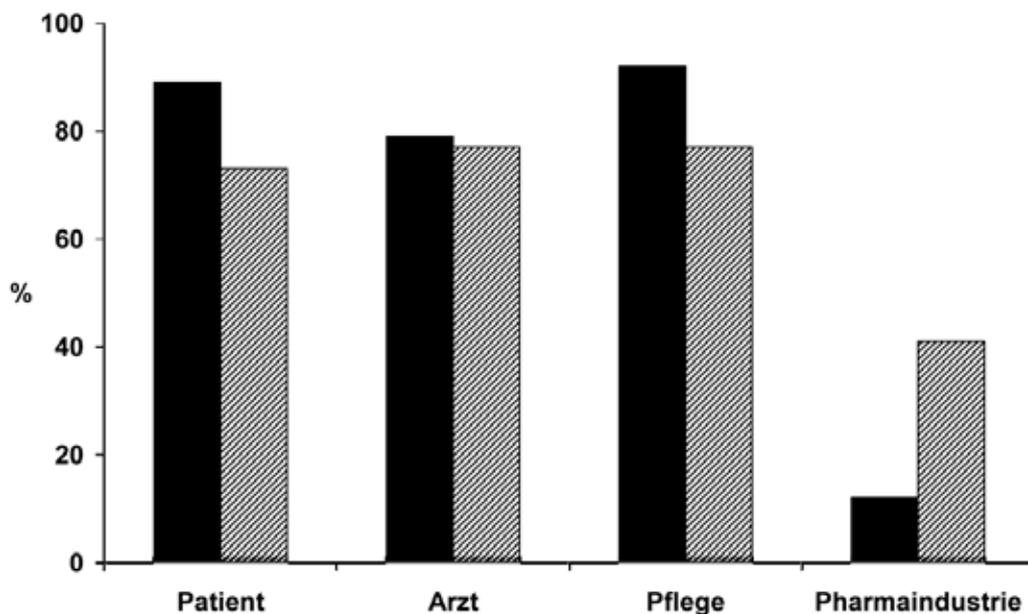


Abb. 5: Belastungen durch Kostenreduktion (schwarz: Patientenbefragung, schraffiert: Expertenbefragung in Cadenabbia)

beitsplätzen im Gesundheitsbereich wurde dagegen nur von 7–9 % befürchtet. Allerdings lag diese Zahl in der jüngsten Altersgruppe mit 11–14 % etwas höher. Der forschenden Pharmaindustrie wurden dagegen nur von 12 % Nachteile vorhergesagt. Als Hauptlast wurde hier von 70 % ein Rückgang der Gewinne angenommen. Schlechtere Chancen im internationalen Wettbewerb erwarteten dagegen nur 23 %.

Die Befragung während des Symposiums ergab (in abgeschwächter Form) grundsätzlich ähnliche Ergebnisse. Allerdings wurde von den Experten die Belastung der Pharmaindustrie deutlich höher eingeschätzt.

5. Retter der Humanität

Grundsätzlich sollten sich nach Meinung der Befragten alle Protagonisten des deutschen Gesundheitssystems für ein humanes Handeln auch unter verschärften Wettbewerbsbedingungen einsetzen (Abb. 6). Die Erwartungen ruhen

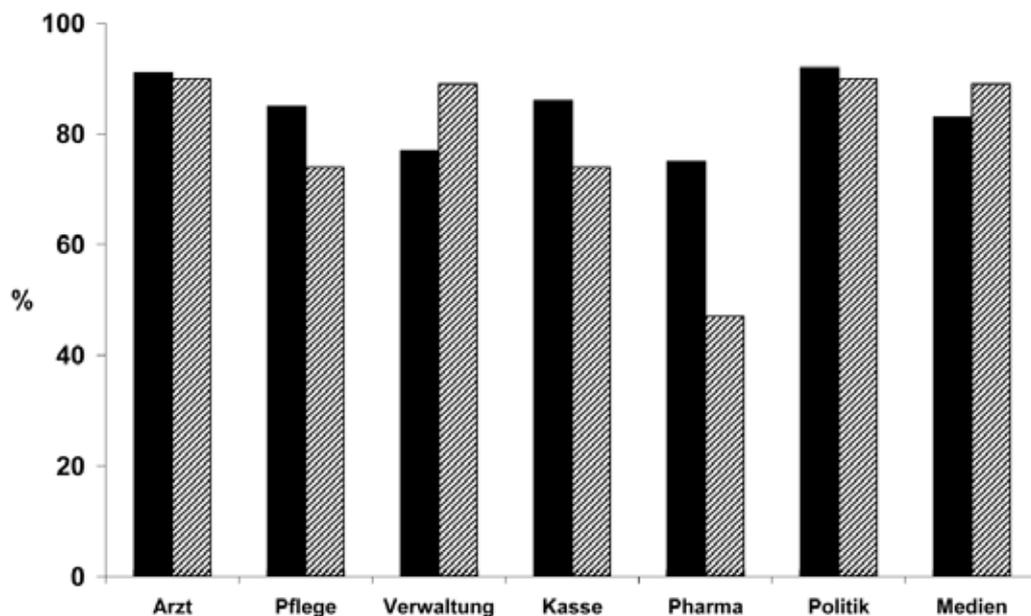


Abb. 6: Retter der Humanität (schwarz: Patientenbefragung, schraffiert: Expertenbefragung in Cadenabbia)

hier in erster Linie auf der Politik (92 %) und der Ärzteschaft (91 %). Während die 18–39-Jährigen vor allem auf die Entscheidungsträger in Politik (97 %) und Krankenkasse (94 %) setzten, nannten in den höheren Altersgruppen bis zu 96 % der Befragten die Ärzte. Dieses Ergebnis war geschlechts- und abteilungsunabhängig.

Die Teilnehmer des Symposiums stellten ähnliche Forderungen. Allerdings wurde der potenzielle Einfluss der Krankenhausverwaltungen und insbesondere der Medien deutlich höher gewichtet.

6. Wunschquotient Humanität – Wettbewerb

Das ideale Verhältnis zwischen Humanität und Wettbewerb in der Medizin quantifizieren 51 % mit 75 zu 25 (Abb. 7). Da 17 % jeglichen Wettbewerbseinfluss ablehnten, forderten also insgesamt 68 %, die Humanität mit mindestens 75 % zu gewichten. Geschlechts- oder altersabhängige Einflüsse ließen sich bei dieser Frage nicht feststellen.

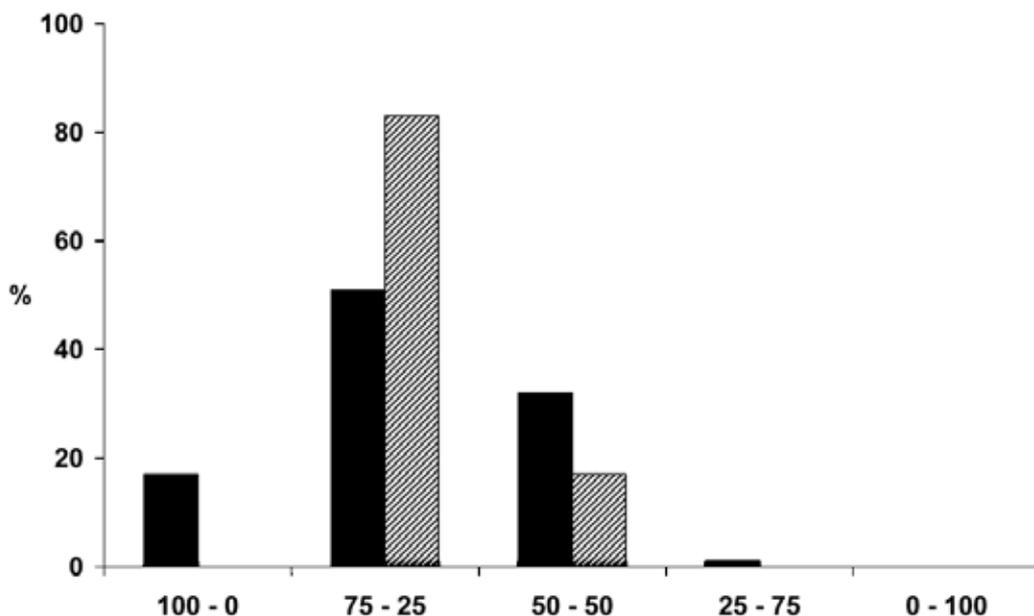


Abb. 7: Wunschquotient Humanität – Wettbewerb (schwarz: Patientenbefragung, schraffiert: Expertenbefragung in Cadenabbia)

Die Experten des Gesundheitssystems lehnten diese Frage überwiegend als nicht zu beantworten ab, da eine klare Trennung zwischen Humanität und Wettbewerb als unmöglich eingeschätzt wurde. Soweit überhaupt Antworten gegeben wurden, entsprach das Ergebnis dem der Patientenbefragung.

7. Akzeptanz kostengünstiger Varianten

Einsparpotenziale erkennen und akzeptieren die Patienten insbesondere beim Einsatz von Generika (76 %) und ärztlichem Hilfspersonal (64 %) sowie der Verkürzung von Liegezeiten im Krankenhaus (63 %) (Abb. 8). Nachahmerprodukte aus Billiglohnländern, eingeschränkte Routineleistungen und vor allem die Einschränkung von Arztkontakten werden dagegen mehrheitlich (von 67–90 %) abgelehnt. Während die jüngere Klientel vermehrt auf eine verkürzte Liegedauer drängt, wollen ältere Patienten insbesondere nicht auf den Arzt verzichten.

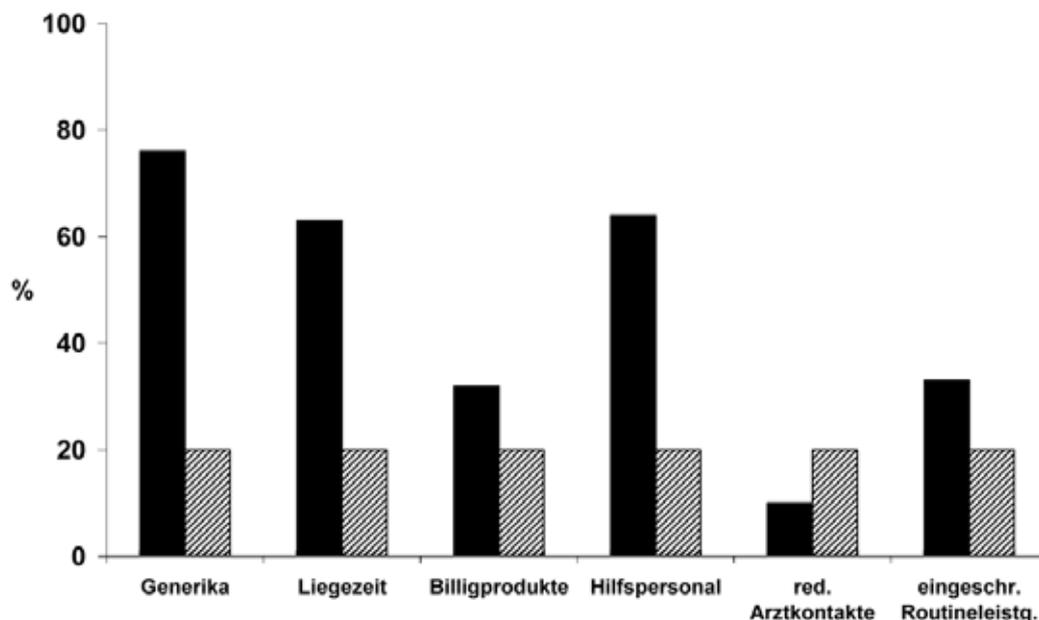


Abb. 8: Akzeptanz kostengünstigerer Varianten (schwarz: Patientenbefragung, schraffiert: Expertenbefragung in Cadenabbia)

Bei den Experten der Tagung war die Bereitschaft, kostengünstigere Varianten in der eigenen Versorgung zuzulassen, deutlich höher ausgeprägt. Sie schloss auch Billigprodukte, Routineleistungen und insbesondere die Anzahl der Arztkontakte ein.

8. Gesellschaftliches Patienten- und Arztbild

79 % der interviewten Klientel erwarteten unter den Bedingungen verstärkten Wettbewerbs eine relevante Veränderung des Bildes von Patient und Arzt in der Gesellschaft. Die jüngeren Patienten rechneten in dieser Frage mit dem stärksten Wandel. Bei den möglichen Veränderungen überwogen erneut die Ängste. Aufseiten des Patienten rechnete man mit einer Reduktion der eigenen Krankheit auf einen Kostenfaktor (92 %) und einem zunehmenden Verlust der Selbstbestimmung (74 %). Der Arzt werde seine Therapiefreiheit verlieren (78 %) und zum Sparfaktor werden (82 %). 89 % der Befragten sahen

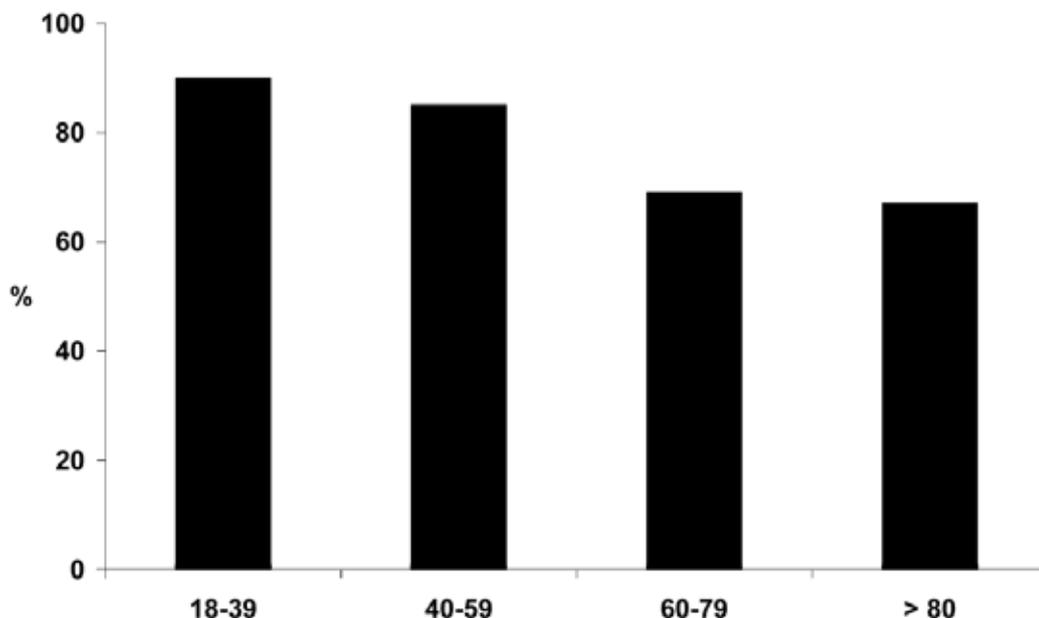


Abb. 9: Erwartung eines veränderten Patienten- und Arztbild in Abhängigkeit vom Alter

sich zunehmend mehr als Kunden denn als Patienten, aber nur 53 % empfanden sich in dieser Rolle als mündiger. Insgesamt fürchteten 72 % einen Vertrauensverlust, allerdings mit abnehmender Tendenz in Abhängigkeit vom Alter (Abb. 9).

In der Expertenrunde sahen alle Beteiligten (100 %) einen Wandel des Patienten- und Arztbildes in der Gesellschaft voraus. Allerdings waren die damit verbundenen Ängste deutlich geringer ausgeprägt. Stattdessen erwartete man bei erhaltener Selbstbestimmung weit mehr eine Zunahme von Transparenz und Mündigkeit.

Diskussion

Das aktuelle Meinungsbild lässt erkennen, dass die zunehmende Ökonomisierung des deutschen Gesundheitswesens ein Spannungsfeld zwischen Humanität und Wettbewerb erzeugt, das nicht nur die Ärzteschaft beschäftigt, sondern auch vom Patienten wahrgenommen wird. Das Tempo der Wettbewerbsöffnung befriedigt zwar durchaus noch nicht alle diesbezüglichen Forderungen,³ erzeugt auf der Patientenseite aber bereits erhebliche Unsicherheiten. Die Grundhaltung gegenüber den ökonomisch orientierten Reformen ist überwiegend pessimistisch und von der Angst vor Verlusten geprägt. Diese empfundene Unsicherheit steht dabei nicht nur im Widerspruch zu internationalen Vergleichsstudien, die das deutsche Gesundheitssystem im Hinblick auf Effizienz und Patientenorientierung als überdurchschnittlich gut und stabil beurteilen.⁴ Auch der Vergleich mit den Einstellungen der während der Cadabby-Gespräche befragten Experten des Gesundheitswesens zeigt, dass der durchschnittliche Patient Veränderungen in der Gesundheitsversorgung weit emotionaler beurteilt als der nüchterne Sachverständige.

Die Mehrheit der Befragten lehnt das Prinzip der Wirtschaftlichkeit bei medizinischen Entscheidungen immer noch ab. Das gilt ungeachtet der Tatsache, dass dieses Prinzip schon lange gesetzlich verankert ist und dass die Defizite der Sozialversicherungssysteme schon längst auch von der Laienpresse thematisiert werden. Nur bei planbaren Behandlungen wird ein relevanter Einfluss wirtschaftlich dominierter Entscheidungen auf medizinische Abläufe akzeptiert, während bei Erkrankungen mit lebensbedrohlichem Charakter, bei Notfällen oder auch in der Sterbebegleitung eindeutig humanitäre Grundsätze leitend sein sollen. Ähnlich wie bei einer früheren Untersuchung der gleichen Arbeitsgruppe zur Allokation medizinischer Ressourcen⁵ ergibt sich damit, dass in der breiten Öffentlichkeit eine Wahrnehmung vorherrscht, die von der Expertenmeinung deutlich abweicht. Der direkte Zusammenhang zwischen der ökonomischen Stabilität im Gesundheitswesen und der Systemstabilität der Sozialversicherungen wird entweder nicht ausreichend erkannt oder negiert.

Weit überwiegend erwarten die Patienten im verstärkten medizinischen Wettbewerb der Leistungserbringer persönliche Nachteile. Diese betreffen dabei neben der medizinischen Versorgung (Qualität, Arztkontakte, Wartezeiten) insbesondere vermehrte Zuzahlungen. Dabei sind es vor allen Dingen die jüngeren Patienten, die zukünftig eine höhere finanzielle Belastung fürchten und deshalb den vermehrten Einzug ökonomischer Prinzipien in den Medizinbetrieb ablehnen. Neben Beitragserhöhungen und Zuzahlungen aus eigener Tasche werden Arbeitsverdichtungen für Pflegepersonal und Ärzte prognostiziert, die damit neben den Patienten am meisten belastet werden. Dagegen tritt die Pharmaindustrie als weiterer Protagonist des Gesundheitssystems zumindest für die Patientenschaft deutlich in den Hintergrund. Nur eine kleine Minderheit befürchtet den Verlust

von Arbeitsplätzen oder gar Nachteile im internationalen Wettbewerb. Die Öffentlichkeitsarbeit der forschenden Pharmaindustrie erreicht die Patienten damit noch weniger als die Reformpolitik, während im Expertenkreis die Bedeutung der Pharmaindustrie für das volkswirtschaftliche Gesamtergebnis und damit auch für die Einnahmeseite der sozialen Sicherungssysteme deutlich stärker wahrgenommen wird.

Das Prinzip der Humanität bildet dagegen für alle Befragten einen übergeordneten Wert, der gerade in Zeiten des Wandels als unbedingt schützenswert beurteilt wird. Dabei stehen Humanität und Wettbewerb allerdings nur für die Patienten in einem sich ausschließenden Widerspruch, welcher eine klare Abgrenzung möglich macht. Diese dichotome Trennung wird von den Experten weit überwiegend abgelehnt. Das humanitäre Prinzip wird in der öffentlichen Meinung durch eine gesunde Ökonomie nicht gestützt, sondern bedroht. Der durchschnittliche Patient sucht Sicherheit und keine Veränderung. Die Rolle als Retter der Humanität sollen dabei neben den Ärzten insbesondere die Politiker übernehmen. Grundsätzlich sollen aber alle Protagonisten des Gesundheitssystems in ihrem Handeln die Humanität als wichtigste Handlungsmaxime bewahren.

Sparpotenziale werden dagegen vom Durchschnittspatienten unverändert unterbewertet. Während Generika und eine weitere Verkürzung der stationären Liegezeiten zunehmende Akzeptanz finden, werden eine Einschränkung der medizinischen Routineleistungen, eine Reduktion der Arztkontakte oder der Einsatz medizinischer Produkte aus Billiglohnländern weit überwiegend abgelehnt. Dieses Ergebnis unterstreicht die besondere Bedeutung, die im medizinischen Bereich dem Vertrauen zukommt. Damit stoßen die Systemanalogien zur industriellen Produktion, die beispielsweise in den Reformvorschlägen pri-

vater Krankenhausbetreiber evoziert werden, klar und eindeutig an eine Grenze.⁶ Aber auch hier findet sich eine deutliche Diskrepanz zu den aktiven Protagonisten des Systems, die während der Tagung in Cadenabbia eine weit größere Bereitschaft zu Sparanstrengungen zeigten.

Ca. 80 % der Patienten erwarten unter zukünftig verstärkten Wettbewerbsbedingungen grundsätzliche Veränderungen in der medizinischen Versorgung und im gesellschaftlichen Patienten- und Arztbild. Diese Zahl liegt bei den Experten mit 100 % sogar noch höher. Insbesondere in den jüngeren Patientengruppen überwiegen hier eindeutig die Ängste, die sich jedoch altersabhängig mit zunehmender Patientenerfahrung etwas mildern. Defizite in Vertrauen, Selbstbestimmung und Therapiefreiheit stellen dabei die größten Sorgen dar. Der Aspekt der Leistungstransparenz und damit der Mündigkeit, die auch ein zentrales Ziel der Reformbemühungen ist, tritt dagegen deutlich in den Hintergrund.

Insgesamt stehen damit die Patienten – im Gegensatz zu den Fachleuten – den dringend notwendigen wirtschaftlich orientierten Reformen im deutschen Gesundheitswesen weiterhin skeptisch bis ablehnend gegenüber. Wichtigstes Ziel berufs- und standespolitischer Öffentlichkeitsarbeit muss es deshalb sein, die antagonistische Trennung von Wettbewerb und Humanität im Bewusstsein der Patienten aufzuheben um Vertrauensverlusten vorzubeugen und die Einschätzungen und Einstellungen der breiten Masse denen der fachkundigen Experten anzupassen. Erst wenn sich die Erkenntnis, dass eine gesunde Finanzwirtschaft die elementare Grundvoraussetzung für eine stabile soziale Sicherung ist, auch in einer breiten Öffentlichkeit durchgesetzt hat, werden sich auch in der Patientenschaft Synergien für die anstehenden Reformen freisetzen lassen.

Literatur

- von Arx, W. / Rüegg-Stürm, J.: Krankenhäuser im Umbruch – Ansatzpunkte für eine erfolgreiche Weiterentwicklung. In: Deutsches Ärzteblatt 104 (2007), 1863–1866.
- Beske, F.: Das deutsche Gesundheitswesen im internationalen Vergleich hoch effizient. In: Chirurg BDC 44 (2005), M338–341.
- Klimpe, D.: Das modulare Großkrankenhaus. In: Betriebswirtschaft in Forschung und Praxis 54 (2002), 118–129.
- Krones, C. / Willis, S. / Steinau, G. / Schumpelick V.: Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen. In: Chirurg 78 (2007), 573–577 (= 2007a).
- Krones, C. / Willis, S. / Steinau, G. / Schumpelick V.: Gerechte Verteilung knapper Gesundheitsressourcen. In: Schumpelick, V. / Vogel, B. (Hrsg.): Was ist uns die Gesundheit wert?. Freiburg 2007, 242–255 (= 2007b).
- Pföhler, W.: Arzt im Krankenhaus. In: Das Krankenhaus 9 (2006), 786–788.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Bonn 2007.
- Schneider, M. / Hofmann, U. / Knöse, A. / Biene, P. / Krauss, T.: Indikatoren der OMK im Gesundheitswesen und der Langzeitpflege. Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit. Augsburg 2007.
- Schoen, C. / Osborn, R. / Huynh, P. T. / Doty, M. M. / Fenley, J. A.: The Commonwealth Fund 2005 international health policy survey of sicker adults in six countries, 2005. http://www.cmwf.org/usr_doc/871_Schoen_2005_intl_survey_chartpack.pdf.

Anmerkungen

- ¹ Sachverständigenrat 2007.
- ² Vgl. zuletzt Krones et al. 2007a und 2007b.
- ³ Vgl. Sachverständigenrat 2007; von Arx / Rüegg-Sturm 2007.
- ⁴ Beske 2005; Schneider et al. 2007; Schoen et al. 2005.
- ⁵ Krones et al. 2007a und 2007b.
- ⁶ Vgl. Pföhler 2006; Klimpe 2002.