
Patient – Arzt – Kostenträger: Ein konflikträchtiges Dreiecks- verhältnis

Gert Nachtigal

Zwei Akteure stehen im Fokus, die ein komplexes Beziehungsgespinnst umgibt. Da ist der eine, der sich quält, weil Körper, Seele oder Geist nicht mehr funktionieren, wie er es gewohnt ist. Und da ist der andere, der Vorbeugung, Linderung und Heilung verspricht, also dem klassischen Heilauftrag folgt. Wir haben gehört, dass die Beziehung zwischen Arzt und Patient einem Wandel unterworfen ist: Es gibt ihn nur noch selten, den nahezu allwissenden Arzt, der zum Wohle seines Kranken Diagnose und Therapie weitgehend mit sich und seinem Gewissen „ausmacht“. Denn der paternalistische Gestus unter der Ärzteschaft entspricht nicht mehr den Bedürfnissen der Zeit. Der Typus Prof. Brinkmann von der „Schwarzwald-Klinik“ hat weitgehend ausgedient. Denn wer es gewohnt ist, selbst über die essentiellen Dinge seines Lebens zu entscheiden, ist immer weniger gewillt, überkommenen Begegnungsmustern im Sprechzimmer zu folgen und uneingeschränkt auf die ärztliche Autorität zu setzen. Menschen der Wissensgesellschaft – inzwischen nicht nur im oberen Bildungssegment – erheben zunehmend den Anspruch, Diagnosen nachzuvollziehen, in Therapieentscheidungen einbezogen zu werden und eigene Vorstellungen über den „Weg, gesund zu werden“ einbringen zu können. Über die Ausnahmen in der Notfallmedizin und bei lebensbedrohenden Erkrankungen haben wir ausführlich diskutiert.

Wie stark dieses Bedürfnis des Mitredens ist, lässt sich nicht zuletzt an den vielen medizinischen Ratgebersendungen im Fernsehen und Radio – mit teilweise hohen Einschaltquoten – und dem riesigen Internetangebot in Sachen Gesundheitsinfos ablesen. Aber auch im Bereich Druckmedien wird das Sortiment an Medizin-Verbrauchermagazinen immer breiter. Die großen meinungsbildenden Illustrierten des Landes haben längst auf diesen Trend reagiert und ihre Produktpalette um medizinische Special-Interest-Titel erweitert. Da turnt dann – um nur ein Beispiel zu nennen – Prof. Grönemeyer mit der ganzen Nation für einen gesunden Rücken und der Stern sorgt für seine millionenfache Verbreitung. Fazit: Die Menschen wollen mehr wissen über Krankheiten und ihre Ursachen. Den gewandelten Ansprüchen an die Kommunikation müssen sich die Ärzte Tag für Tag stellen. Dies verlangt von ihnen Akzeptanz und Flexibilität. Dass ein solcher tiefgreifender Wandlungsprozess der Rolle Arzt/Patient nicht ohne Konflikte abläuft, ist offensichtlich.

An dieser Stelle kommen nun die Krankenkassen ins Spiel, so dass sich das Dreieck schließt. Was können die Kassen dazu beitragen, diesen Kommunikationsprozess positiv zu unterstützen und die Patientensouveränität zu fördern?

Hierzu möchte ich Ihnen im Folgenden einige Beispiele aufzeigen:

Zentrales Interesse einer Krankenkasse ist es, die Erfolgsaussichten einer Behandlung zu verbessern. Wie kann man das erreichen? Indem möglichst viele Gesunde die medizinischen Maßnahmen möglichst weniger Kranker finanzieren. Nur wenn uns das gelingt, kann die „Solidargemeinschaft Krankenkasse“ ihre Leistungsfähigkeit auch in Zukunft aufrechterhalten und weiterentwickeln. Ein wichtiger Aspekt zur Erhöhung des Erfolgs medizinischer Behandlungen ist die Vorbereitung auf den Arztbesuch. Die AOK hat deshalb die Rahmenbedingungen dieser Vor-

bereitung kritisch ins Visier genommen und Informationsdefizite ausgemacht. Vor diesem Hintergrund haben wir für die Vorbereitung auf den Hausarztbesuch Broschüren entwickelt, die unseren Versicherten Checklisten an die Hand geben. Sie sollen als Hilfestellung dienen, um sich ein Bild über die Bedingungen einer guten Behandlung machen zu können. Da gibt es neben Tipps auch Ratschläge wie beispielsweise, welche Fragen man dem Arzt auf jeden Fall stellen soll. Selbstverständlich gilt: Alle Infos sind nur eine Hilfe, letztlich zählt der persönliche Eindruck und die eigene Situation. Doch die Rückmeldung unserer Versicherten auf diese Aktion ist ermutigend.

Ein ähnliches Informationsmedium wurde auch für den *stationären Bereich* entwickelt. Die oft bange erste Frage vor jeder stationären Behandlung lautet doch: Wo soll ich hingehen? Wo werde ich am besten behandelt? Wir freuen uns sehr, dass wir unseren Versicherten bei dieser wichtigen Entscheidung mit qualifiziertem Rat zur Seite stehen können. Denn vor kurzem haben wir der Öffentlichkeit *unseren Krankenhaus-Navigator* vorgestellt. Es handelt sich dabei um ein in Deutschland bislang einzigartiges Auskunftssystem zum Qualitätsstandard von stationären Einrichtungen. Exklusiv für unsere Versicherten können wir über das Internet Entscheidungshilfen für die Wahl einer geeigneten Klinik anbieten.

Ich möchte auf ein weiteres Beispiel eingehen: Ein wichtiges Aufgabenfeld, dem sich die AOK als Marktführerin vor dem Hintergrund „mehr Kundenorientierung“ verschrieben hat, ist der professionelle Umgang mit *medizinischen Fehlern* und Behandlungsspannen. Also, kurz gesagt: der Patientensicherheit. Krankenkassen möchten für ihre Versicherten gute und fehlerfreie Leistungen einkaufen. Das ist aber nicht so einfach. Denn Menschen machen Fehler. Das ist eine Binsenweisheit, die aber bis heute für die Medizin vielfach nicht zu gelten scheint. Hier herrscht

immer noch weitgehend – und ich betone: weitgehend, nicht überall – die Auffassung vor: „Was nicht sein kann, das darf nicht sein.“ Dass aber die Kassen täglich mit Pannen im Krankenhaus und Sprechzimmer konfrontiert werden, ist eine Tatsache.

Unser Ziel ist es nun, in enger Zusammenarbeit mit den Ärzten – denn sie sind unsere Partner, und ohne sie geht es nicht – eine Kultur zu etablieren, die einen professionellen Umgang mit diesem Tabu-Thema möglich macht. Davon, dass Fehler gar nicht erst gemacht werden, können alle Beteiligten nur profitieren: Vermeidung von Leid und Schmerzen bei Patienten und Angehörigen, Ärzte- und Pflegepersonal müssen sich nicht mit Schuldgefühlen und haftungsrechtlichen Konsequenzen plagen, Kliniken ersparen sich Imageschäden und somit Wettbewerbsnachteile. Wir – als Kostenträger – profitieren vom Wegfall verlängerter Liegezeiten und Nachbehandlungen. Wie so ein erster Schritt zu mehr Transparenz bei medizinischen Pannen realisiert werden kann, erproben wir gerade in Zusammenarbeit mit norddeutschen Kinderkliniken. Die Kliniken melden anonym Fehler. Sie erhalten dann eine qualifizierte Rückmeldung, um aus den Beinahe-Fehlern abzuleiten, wie Arbeitsprozesse umzustrukturieren sind. Schon im Jahr 2000 haben wir dieses in Deutschland vollkommen „unterentwickelte“ Thema aufgegriffen. Über unseren Berliner Gesundheitspreis wurde – sehr erfolgreich – eine Prämierung ausgelobt für Konzepte zur Fehlervermeidung. Dem schloss sich im letzten Jahr ein weiterer Schritt an, nämlich die Gründung des „Aktionsbündnisses Patientensicherheit“.

Wer sich das Gesundheitswesen aus der Vogelperspektive ansieht – „denn von oben sieht man besser“ –, wird feststellen, dass es noch weitere Dreieckskonstellationen gibt. Eine relativ neue Dreiecksbeziehung stellt auch der *gemeinsame Bundesausschuss* – kurz: GemBA – dar. Dieses Gremium hat sich nach seiner Erweiterung wider Er-

warten als weithin konfliktfrei erwiesen: Seit rund einem Jahr sitzen neben Leistungserbringern und Krankenkassen auch Patientenvertreter am Tisch, wenn es darum geht, über den Leistungskatalog zu entscheiden. In 19 Unterausschüssen bringen sie ihr Wissen und ihre Erfahrung in die Beratungsprozesse ein. Die Erfahrung lehrt, dass das Dreieck im Leben in der Regel eine schwierige Konstellation darstellt; denn einer fühlt sich meist außen vor. Anfangs bestand diese Befürchtung neben der Sorge, dass die Arbeitsfähigkeit dieses wichtigsten „Verhandlungstischs“ der gemeinsamen Selbstverwaltung durch ein deutliches Mehr an Bürokratie eingeschränkt werden würde. Unsicher waren sich die Kritiker auch über die Unabhängigkeit der Patientenvertreter von Interessengruppen, die im Verborgenen bleiben wollen. Diese Sorgen haben sich allesamt zum Glück als unbegründet erwiesen. Die „Stimme des Patienten“ einzubeziehen, ist für den GemBA von großem Wert. Denn von dort erhält er wichtige Impulse für die Definition von Ausnahmeregelungen – Stichwort Definition „schwerwiegender chronischer Erkrankungen“. Durch diese Erweiterung erfährt der GemBA auch frühzeitig von Versorgungsengpässen und -problemen. Sein Agieren selbst wird transparenter und nachvollziehbar. Und nicht zuletzt führt die Einbeziehung der Patientenvertreter zu höherer Akzeptanz in der Bevölkerung, wenn schwierige Entscheidungen zu treffen und nach außen zu vertreten sind. Der Grundsatz „Beraten ja, entscheiden nein“ hat sich bewährt. Ein Mitentscheidungsrecht der Patientenvertreter lehnen die Kassen jedoch ab, dafür reicht die demokratische Legitimation ganz einfach nicht aus. Gleichwohl sind alle Beteiligten daran interessiert, den Beratungsprozess zu verbessern und die Patientenbeteiligung weiterzuentwickeln.

Informiert, mündig und selbstbewusst – so sehen wir den Versicherten des 21. Jahrhunderts. Dass es dabei nicht ohne den Arzt mit seinem Wissen, seiner Erfahrung und seiner Empathie für den Patienten gehen kann, liegt auf der Hand. Denn eine Asymmetrie des medizinischen Wissens wird immer bleiben, das liegt in der Natur der Sache. Aber den Patienten in die Lage zu versetzen, die richtigen und wesentlichen Fragen rund um seine Behandlung zu stellen, dabei können wir helfen. Auch wenn zu diesem Thema aus der Ärzteschaft noch immer Diskussionsbeiträge kommen, die Überschriften tragen wie „Der mündige Patient ist ein Phantom“¹, engagieren wir uns weiterhin nachdrücklich für die Souveränität von Versicherten und Patienten.

Anmerkungen

¹ Geisler, Linus S.: Der mündige Patient ist ein Phantom. In: G + G, Ausgabe 9/2003, S. 3.