
Definition von Arzt und Patient aus der Sicht der Krankenkasse

Bernhard Egger, Gerhard Schillinger

Als Gregor Samsa eines Morgens, aus unruhigen Träumen erwachend, sich in seinem Bett zu einem ungeheueren Käfer verwandelt fand, überlegte er sich, wie es wäre, wenn er sich krank meldete.

„Das wäre aber äußerst peinlich und verdächtig, denn Gregor war während seines fünfjährigen Dienstes noch nicht einmal krank gewesen. Gewiss würde der Chef mit dem Krankenkassenarzt kommen, würde den Eltern wegen des faulen Sohnes Vorwürfe machen und alle Einwände durch den Hinweis auf den Krankenkassenarzt abschneiden, für den es ja überhaupt nur ganz gesunde, aber arbeits-scheue Menschen gibt.“

Da Franz Kafka, der Autor dieser bizarren Geschichte, Vizesekretär der Arbeiter-Unfallversicherung in Prag war, darf man annehmen, dass er wusste, worüber er sprach. Die Rollenverteilung ist eindeutig: Der Patient befindet sich in einer hierarchisch unterlegenen Position – er liegt buchstäblich wie ein Käfer auf dem Rücken –, während der Arzt – von der Krankenkasse engagiert und vom Chef begleitet – offenbar nicht unvoreingenommen eine Diagnose stellen, sondern, institutionellen Interessen gehorchend, nur die Gesundheit oder besser Arbeitsfähigkeit des Patienten feststellen würde. Gregors Protest gegen die unwürdigen Lebens- und Arbeitsbedingungen als Reisender bleibt erfolglos. Der Arzt ist dabei Teil einer Gesell-

schaft, die auf Hierarchie und anonyme Verfügungsgewalt gegründet ist.

Die in Deutschland von Bismarck initiierten Sozialreformgesetze, insbesondere die Reform des Krankenversicherungsrechts von 1884, verfolgten das Ziel, die Lebensbedingungen der Arbeiter zu verbessern. Ein Großteil der Arbeitnehmerschaft und ihrer Familien war seither krankenversichert. Aufgrund der paritätischen Verwaltung durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer erlangten die Krankenkassen größere Unabhängigkeit von den Betrieben. Die Interessen der Arbeitnehmer – und potentiellen Patienten – wurden gestärkt, die Verfügungsgewalt von Arbeitgebern über die abhängig Beschäftigten wurde begrenzt. Die Arbeitnehmer sollten spürbare Vorteile daraus ziehen. Dahinter standen nun allerdings wiederum staatstragende Überlegungen, die Akzeptanz des Staates sollte gestärkt werden, wie aus einer Rede Wilhelms I. hervorgeht (Reichstagsdrucksache 1882 Nr. 19, S. 31):

„... Zum Ende müssen sie [die Arbeiter] durch erkennbare direkte Vortheile, welche ihnen durch gesetzgeberische Maßregeln zu Theil werden, dahin geführt werden, den Staat nicht als eine lediglich zum Schutz der besser situierten Klassen der Gesellschaft erfundene, sondern auch als eine auch ihren Bedürfnissen und Interessen dienende Institution aufzufassen.“

Bereits der Blick auf die Etymologie des Wortes ‚Patient‘ verrät etwas über die ihm zugedachte Rolle. Es handelt sich um eine Wortprägung, die erst seit dem 16. Jahrhundert nachweisbar ist und von dem lateinischen Adjektiv *patiens* ‚ertragend, geduldig‘ abgeleitet wurde. In der griechischen Antike wurde der Patient wahlweise als „der krank Seiende“ (*noseōn*), als „Leidender“ (*pathōn*), einer, „dem geholfen wird“ (*boēthoumenos*), oder einfach als „Mensch“ (*anthrōpos*) bezeichnet. Gerade die letztere Bezeichnung deutet auf eine Sicht hin, die den Kranken

als Subjekt im Auge behält und nicht nur seine Funktionsstörung fokussiert. Im Heilritual des Asklepios empfing der Kranke die heilende Weisung im Tempelschlaf direkt durch den Gott; der Arzt fungierte dabei als vermittelnde und interpretierende Instanz. Die aus unserer Perspektive scheinbar selbstverständliche Dominanz des Experten war nicht immer gegeben, sondern ist das Ergebnis einer soziokulturellen Entwicklung. So gab es im republikanischen und frühkaiserlichen Rom keine zeitlich und inhaltlich definierte Ausbildung zum Arztberuf, vielmehr war die Medizin Bestandteil des Kanons allgemeinbildender Fächer. Erst mit der Etablierung medizinischer Fakultäten an den mittelalterlichen Universitäten, in denen die Promotion in Theologie, Medizin oder Jura auf das Studium der *Artes liberales*, der freien Künste, folgte, wurde die Medizin zu einem exklusiven Expertenwissen, zu dem der Patient in der Regel keinen Zugang besaß. Dies spiegelt sich in der Bezeichnung „Doktor“ wider, die bereits im 15. Jahrhundert verwendet wurde, um den durch Hochschulbildung ausgebildeten Mediziner vom ungelehrten Heilkundigen zu unterscheiden, und die als umgangssprachliche Bezeichnung für den Arzt bis heute erhalten ist.

Die Betonung der passiven und erduldenen Rolle des Kranken zu Beginn der Neuzeit wurde durch die Vorstellungen, was Krankheit überhaupt ist, gestützt. Bis ins 20. Jahrhundert standen die schweren Infektionskrankheiten, wie Typhus, Tuberkulose und Syphilis, im Mittelpunkt. Noch Virchow (1821–1902) konnte über damalige Krankheitsbilder generalisierend sagen: einheitliche Verursachung, gleicher Verlauf, gleiche Symptomatik, gleiche pathologische Anatomie und Physiologie, gleicher Ausgang. Der Patient lag zu Hause und wurde gepflegt, der Arzt war „ambulant“. Angesichts der oft dramatischen schweren Erkrankung des Patienten musste der Arzt viele Entschei-

dungen allein treffen, das Verhältnis war somit ganz überwiegend hierarchisch strukturiert.

Nach den großen Erfolgen im Kampf gegen die Infektionskrankheiten verschob sich das Bild von Krankheit in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Durch die steigende Lebenserwartung bei allgemein verbesserten Lebensbedingungen, aber auch durch gesundheitsgefährdende Aspekte des modernen Lebens wie Bewegungsarmut und Überernährung verschob sich das Krankheitsspektrum. Chronische Verschleißerscheinungen und Wohlstandserkrankungen traten in den Vordergrund. Die Vorstellung vom vorübergehend passiv erduldenen Patienten passt jedoch schlecht zu einem dauerhaft Erkrankten, dessen kontinuierliche aktive Mithilfe bei der Therapie essentiell wichtig ist. Auch der Arzt muss sich auf ein anderes Betreuungsverhältnis einstellen, bei dem sich der Patient in der Regel nicht in einer akuten Gefahr befindet. Der Erfolg der Behandlung ist häufig nicht mehr sofort sichtbar. Er besteht nicht in einer Heilung, sondern zeigt sich langfristig in der Vermeidung von Spätfolgen und Komplikationen, von denen man im Einzelfall oft nicht weiß, ob sie auch ohne Behandlung überhaupt aufgetreten wären. Viele Wirkungen der präventiv orientierten modernen Medizin können nur noch statistisch an großen Gruppen von Betroffenen festgestellt werden und entziehen sich der unmittelbaren sinnlichen Wahrnehmung. Ähnlich wie bei dem Witz von den rosa Elefanten: einer klatscht regelmäßig in die Hände; auf die Frage, warum er das mache, meint er, er würde die rosa Elefanten verjagen. „Aber es gibt hier doch gar keine rosa Elefanten.“ – „Daran sieht man, dass es wirkt.“ Es liegt auf der Hand, dass die Therapie unter solchen Umständen nur gelingen kann, wenn das Verhältnis von gegenseitigem Vertrauen in die Kompetenzen des anderen und durch Partnerschaft getragen wird.

Wie definiert sich nun unter dieser gewandelten Perspektive der Patient speziell aus Sicht der Krankenkasse? Patienten sind für die Krankenkassen zunächst einmal kranke Versicherte. Die Solidargemeinschaft der Versicherten funktioniert dann, wenn möglichst viele gesunde Versicherte die Behandlung möglichst weniger kranker Versicherter bezahlen. Daher liegt es schon rein ökonomisch betrachtet im Interesse der Krankenkasse, die Gesundung des kranken Versicherten zu fördern. Bei chronisch Kranken ist dies per se nicht möglich. Hier muss das Ziel sein, teure Folgeerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden. Versucht der Arzt dieses Ziel im Sinne des oben skizzierten paternalistischen Rollenverständnisses zu erreichen, stößt er sehr schnell an Grenzen, die durch den Begriff *Compliance* bezeichnet werden. Der Begriff *Compliance* kommt aus dem Englischen und kann mit ‚Folgsamkeit, Zustimmung, Fügsamkeit‘ übersetzt werden. Er trägt der Erkenntnis Rechnung, dass der Erfolg einer Therapie deswegen ausbleiben kann, weil Patienten die Anweisungen des Arztes nicht oder nicht vollständig berücksichtigen. Denn die Patienten der modernen Gesellschaft nehmen es immer weniger hin, nach den überkommenen Maßstäben behandelt zu werden. Anstatt nur der Autorität des Arztes zu folgen, erheben sie Anspruch auf Einsicht in die Therapieentscheidungen. Verordnete Medikamente, die nicht eingenommen, angeordneter Sport oder Diäten, die nicht durchgeführt werden, haben selbstredend auch keinen Effekt. Zudem müssen viele chronisch Kranke jeden Tag Entscheidungen hinsichtlich ihrer Erkrankung treffen, die der betreuende Arzt gar nicht vorhersehen und regeln kann.

Die nicht immer geradlinig verlaufende Entwicklung von einer einseitig ärztlich dominierten Therapie zu einem gemeinsamen Handeln lässt sich am Beispiel der Behandlung der Typ-1-Diabetiker darstellen. Die Pioniere der Insulintherapie wie Elliot Proctor Joslin (1869–1962) und Karl

Stolte (1880–1951) entwickelten auf der Grundlage des damals ausschließlich zur Verfügung stehenden Normalinsulins schon in den 1920er und 1930er Jahren Therapieschemata, die wir heute als „intensivierte Insulintherapie“ bezeichnen würden und eine intensive Schulung der Patienten voraussetzten. Die Verzögerungsinsuline wurden Ende der dreißiger Jahre entwickelt, um die Häufigkeit der notwendigen Injektionen zu vermindern. Ihre Einführung sollte jedoch die Insulintherapie grundlegend verändern, da nun die Kontrolle der Therapie wieder vollständig von den Ärzten übernommen wurde, eine Einbindung der Patienten war nicht mehr vorgesehen. In Deutschland bürgerte sich nach dem 2. Weltkrieg eine besonders starre Diabetesbehandlung ein: Die Patienten wurden ein- bis zweimal am Tag mit festgelegten Dosen eines Verzögerungsinsulins behandelt und hatten ein vom Arzt verordnetes rigides Ess- und Bewegungsregime einzuhalten. Die klinischen Ergebnisse waren unbefriedigend.

Erst in den 1970er Jahren setzte sich zunächst bei Patienten mit Typ-1-Diabetes das Konzept der Patientenschulung und der Einbeziehung der Patienten in die Therapie langsam durch. Die Widerstände der Diabetologen waren beträchtlich, da man eine zu große Gefahr darin sah, dass Patienten die Dosis des gefährlichen Medikaments Insulin selbst bestimmten. Mancher befürchtete gar eine „neurotisierende“ Wirkung von Stoffwechselfelbstkontrollen. Die Ergebnisse der gemeinsam mit den Patienten durchgeführten intensivierten Insulintherapie unter Einschluss der Patientenschulung waren indes so überzeugend, dass diese Therapieform heute den Standard in der Therapie des Typ-1-Diabetes darstellt. Dieses Beispiel zeigt, wie unsinnig es wäre, das Problem der Compliance durch eine immer engere Überwachung lösen zu wollen. Vielmehr muss das Ziel sein, die Kranken zur aktiven Teilnahme an der Behandlung zu befähigen, man spricht hier von *empower-*

ment. Der Begriff des Patienten erfährt damit eine entscheidende Erweiterung: er wird zum mündigen Patienten, der *gemeinsam mit* dem behandelnden, beratenden Arzt Entscheidungen trifft, zu deren Umsetzung er selbst aktiv beiträgt.

Über dieses gewandelte Rollenverständnis entstehen neue Anforderungen an die Ärzte und nicht zuletzt auch an die Krankenkassen. Ihre Aufgabe ist es, die kranken Versicherten auf ihrem Weg zum mündigen Patienten zu unterstützen. Damit dienen sie auch ihren eigenen wirtschaftlichen Interessen, denn teure, aber nicht eingenommene Medikamente sind für die Versichertengemeinschaft eine unsinnige, die erfolgreiche Vermeidung von Folgekosten indes eine sinnvolle Investition.

Auf diesem Gebiet tun die gesetzlichen Krankenkassen bereits sehr viel:

- Die Versicherten haben die Möglichkeit, über eine Hotline mit einem Facharzt zu sprechen und sich über ihre Erkrankung und offene Fragen zu informieren.
- Sie erstellen Patienteninformationsbroschüren, die über Erkrankungen und die Prävention von Erkrankungen Auskunft geben.
- Es gibt interaktive Angebote zur Ernährungsberatung und zur sportlichen Betätigung.
- Selbsthilfegruppen werden unterstützt.
- Es gibt Internetkurse, bei denen man lernen kann, die medizinischen Informationen des weltweiten Netzes sinnvoll zu nutzen.

Besonders in den Disease-Management-Programmen (DMPs) zur Versorgung chronisch Erkrankter ist die Einbindung des aktiven, geschulten und informierten Patienten einer der Grundpfeiler. Neben dem Zugang zu wirksamen Schulungsprogrammen erfolgt eine zielgerichtete

Information der Patienten. Dies beginnt mit der Aushändigung des Dokumentationsbogens beim Arzt und wird fortgesetzt durch anlassbedingte Informationsbroschüren, die zum Beispiel Diabetespatienten bei Auftreten von auffälligen Fuß- oder Augenbefunden zugeschickt werden. Klassische Rollenbilder werden so erweitert. Der Arzt ist nicht mehr die einzige Quelle für medizinische Information, die Krankenkasse beschränkt sich nicht mehr ausschließlich aufs Bezahlen, sondern gibt aktive Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Bei vielen Ärzten stößt das auf Kritik und wird als Einmischung der Krankenkassen in ihr genuines Arbeitsfeld empfunden. Oft wird das Argument eingebracht, die Patienten empfänden die Aktivitäten der Krankenkassen als störend. Eine Umfrage unter 1.000 zufällig ausgewählten DMP-Teilnehmern und -Teilnehmerinnen ergab aber, dass eine deutliche Mehrheit diese Informationen der Kassen begrüßt und sie als hilfreich empfindet. Das Wichtigste aber ist: die Befragungen zeigen, dass im DMP die Zahl derer, die sich mit ihrer chronischen Erkrankung aktiv auseinandersetzen, erheblich zunimmt und sie sich damit dem gewandelten Bild eines mündigen Patienten annähern. Da verwundert es nicht, dass auch die medizinischen Werte besser werden.

Wie definiert sich nun die neue Rolle der Ärzte aus Sicht der Krankenkassen? Die Ärzte sind Vertragspartner der Krankenkassen und behandeln die Patienten auf Kosten der Krankenkassen. Daneben nehmen die Vertragsärzte auch hoheitliche Aufgaben für die Krankenkassen wahr, wie z.B. die Feststellung der Arbeitsunfähigkeit oder die Feststellung einer Rehabilitationsbedürftigkeit.

Der soziale Status des Arztberufes ist auch in Deutschland nach wie vor sehr hoch. Die Unfehlbarkeit und Wissensüberlegenheit des Arztes ist in unserer Zeit aber immer häufiger in Frage gestellt. Patienten informieren sich in der Laienpresse oder im Internet und treten ihren Ärz-

ten mit vielen Fragen und Unterlagen entgegen. Eine zunehmende Zahl von Patienten kalkuliert damit die Möglichkeit, dass der Arzt vielleicht nicht alles wissen und an alles denken könnte, bei ihren Arztbesuchen bereits mit ein und versucht aktiv eine eigene Position beizutragen. Über evidenzbasierte Medizin und Patientensicherheit wird kontrovers debattiert. Dieser Diskurs ist nicht länger auf geschlossene Zirkel innerhalb der ärztlichen Profession beschränkt, er findet öffentlich statt und sowohl Patienten als auch nichtärztliche Professionen mischen sich ein.

Das festgefügte Rollenbild einer nach einheitlichen Grundsätzen handelnden und mit homogenem Fachwissen agierenden ärztlichen Profession wird aber auch von innen her in Frage gestellt. Wir möchten deshalb mit einem weiteren Ausflug in die Tierwelt schließen: dem IGeL, der sich in der freien Wildbahn übrigens unter anderem von Käfern ernährt, womit der Bogen zu Kafkas „Verwandlung“ am Anfang geschlagen wäre. Individuelle Gesundheitsleistungen – dafür steht diese Abkürzung – außerhalb der Leistungspflicht der GKV werden von immer mehr Vertragsärzten ihren Kassenpatienten angeboten. Die Ärzte, besonders die Fachärzte, eröffnen sich damit einen neuen Markt. Die kritische Debatte, ob die Zusatzangebote, z. B. zur Krebsvorsorge oder zur Glaukomfrüherkennung, wirklich für die Patienten medizinisch sinnvoll oder vor allem für den Arzt finanziell lohnend sind, hat in den letzten Jahren die Krankenkassen, Verbraucherzentralen, die Stiftung Warentest und die Medien auf den Plan gerufen. Der IGeL wird so womöglich – von der Ärzteschaft wohl nicht beabsichtigt – zu einem Katalysator für mehr kritisches Patientenbewusstsein und die Etablierung einer unabhängigen Verbraucherberatung auch in Sachen medizinischer Leistungen. In diesem wachsenden, weitgehend unregulierten Markt für Gesundheitsleistungen außerhalb der GKV kon-

trollieren die berufsständischen Vertretungen der Ärzteschaft bisher lediglich die größten Auswüchse, und auch das nur mit begrenztem Erfolg. Für das Bild des Arztes in unserer Gesellschaft dürfte das nicht ohne Folgen bleiben.