

---

# Das Arzt-Patient-Verhältnis aus hausärztlicher Sicht

Klaus-Dieter Kossow

Der Hausarzt im engeren Sinne war seit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts bis etwa zum Jahre 1975 „praktischer Arzt“. Er verfügte über klinische Erfahrungen aus der sogenannten Pflichtassistentenzeit im Krankenhaus. Weiterbildung und Fortbildung konnte er weitgehend nach eigenem Ermessen gestalten und auf die Anforderungen des beabsichtigten Niederlassungsortes abstimmen. Für gewöhnlich hatte er Erfahrung in der kleinen Chirurgie, der inneren Medizin und in der Geburtshilfe.

In diesen Handlungsfeldern war der praktische Arzt bis in die 50er Jahre des vorigen Jahrhunderts primärärztlich tätig. Eine größere Zahl von Fachärzten hat sich in Deutschland erst nach 1960 niederlassen können, nachdem die strikte Bedarfsplanung nach dem sogenannten Sprengel-Arzt-System in der Zulassungsverordnung durch höchstrichterliches Urteil abgeschafft worden war.

In den letzten drei Jahrzehnten wurde eine wissenschaftlich begründete Allgemeinmedizin in Forschung und Lehre an den deutschen Hochschulen aufgebaut. Mittlerweile ist eine Pflichtweiterbildung in Allgemeinmedizin von fünf Jahren Dauer durch die Ärztekammern etabliert. Sie enthält etwa zur Hälfte Weiterbildungsinhalte der klinischen inneren Medizin und der hausärztlichen Praxis.

Diese Pflichtweiterbildung in Allgemeinmedizin ist Voraussetzung für die Niederlassung als Hausarzt in der vertragsärztlichen Praxis.

Der praktische Arzt ist damit durch die Gesetzgebung zum „auslaufenden Begriff“ geworden.

Seit 1. Januar 1989 ist die Hausärztin bzw. der Hausarzt als Rechtsbegriff in die §§ 73 und 76 des fünften Sozialgesetzbuches eingeführt. Nach § 76 wählen sozialversicherte Patientinnen und Patienten einen Hausarzt oder eine Hausärztin. Dies gilt somit für die 90 Prozent der sozialversicherungspflichtigen Bevölkerung in Deutschland.

Nach § 73 SGB V sind Allgemeinärzte und (auslaufend) praktische Ärzte Hausärzte kraft Gesetzes. Internisten und Kinderärzte können wählen, ob sie sich als Hausärztinnen und Hausärzte oder als Fachärztinnen und Fachärzte in ihrem Gebiet nach den Regeln der Zulassungsverordnung des Vertragsarztrechtes niederlassen wollen.

### *Handlungsfelder des Hausarztes*

Nach § 73 SGB V gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

1. die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen.
2. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen.
3. die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung.
4. die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht ärzt-

licher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Ein Hausarzt darf mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, bei Leistungserbringern, die einen seiner Patienten behandeln, die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Dokumentation und der weiteren Behandlung erheben.

Die Leistungserbringer sind verpflichtet, den Versicherten nach dem von ihnen gewählten Hausarzt zu fragen und diesem mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, Daten zum Zwecke der bei ihnen durchzuführenden Dokumentation und der weiteren Behandlung zu übermitteln.

Die behandelnden Leistungserbringer sind berechtigt, mit schriftlicher Einwilligung des Versicherten, die widerrufen werden kann, die für die Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde bei dem Hausarzt und anderen Leistungserbringern zu erheben und für die Zwecke der von ihnen zu erbringenden Leistungen zu verarbeiten und zu nutzen.

Der Hausarzt darf die übermittelten Daten nur zu dem Zweck verarbeiten und nutzen, zu dem sie ihm übermittelt worden sind; er ist berechtigt und verpflichtet, die für die Behandlung erforderlichen Daten und Befunde an die den Versicherten auch behandelnden Leistungserbringer mit dessen schriftlicher Einwilligung, die widerrufen werden kann, zu übermitteln.

Bei einem Hausarztwechsel ist der bisherige Hausarzt des Versicherten verpflichtet, dem neuen Hausarzt die bei ihm über den Versicherten gespeicherten Unterlagen mit dessen Einverständnis vollständig zu übermitteln; der neue Hausarzt darf die in diesen Unterlagen enthaltenen personenbezogenen Daten erheben.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemeinsam und einheitlich das Nähere, insbesondere über Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung. Die Vertragsparteien regeln die Bedingungen, zu denen Kinderärzte und Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung sowohl an der hausärztlichen als auch an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen können.

Nach Auffassung des Gesetzgebers ist somit die Funktion des Hausarztes ganz wesentlich durch dessen Vermittlungstätigkeit zwischen Laienversorgungsebene und Fachversorgungsebene sowie durch die Funktion des Lotsen und Türstehers (Gatekeepers) vor der fachärztlichen Versorgung gekennzeichnet.

Insbesondere in den Handlungsfeldern Kommunikation, Koordination, Gesundheitsmanagement, Sicherstellung der Kontinuität der Versorgung sind besondere Anforderungen an Hausärztinnen und Hausärzte gerichtet.

### *Handlungsfelder des Hausarztes auf Grund der Allgemeinmedizin*

In den einschlägigen Lehrbüchern der Allgemeinmedizin – so zum Beispiel bei Gisela Fischer – werden folgende Funktionen des Hausarztes detailliert beschrieben:

1. Haus- und familienärztliche Funktion,
2. Sieb- und Verteilerfunktion,
3. Langzeitbehandlung,
4. Soziale Integrationsfunktion,
5. Koordinationsfunktion,
6. Gesundheitsbildungsfunktion.

## *Die Sicht der Gesundheitswissenschaften*

Aus der Sicht der Gesundheitswissenschaften stellen richtig handelnde Hausärztinnen und Hausärzte den Zugang zum Versorgungssystem sicher. Sie versorgen ihre Patientinnen und Patienten kontinuierlich, umfassend, integrativ und wirtschaftlich.

Sie beachten das Solidaritäts- und das Subsidiaritätsprinzip. Sie üben Toleranz in Bezug auf die Bewertungsvielfalt in einer pluralistischen Gesellschaft. Dazu gehört die Bewältigung der Konflikte zwischen den sozialrechtlichen Anforderungen des Sozialstaates. Nach diesen müssen Hausärztinnen und Hausärzte ihre Patientinnen und Patienten „ohne Ansehen der Person“ entsprechend dem Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung versorgen. Demgegenüber erwarten die Patienten eine Anpassung an die subjektiven Lebensziele, Wünsche und Weltanschauungen. Der Respekt vor diesen Wertungen ist gerade im Krankheitsfall für viele Patientinnen und Patienten wichtig.

Hausärztinnen und Hausärzte fördern nach dem Konzept der Gesundheitswissenschaften Transparenz und Finanzierbarkeit der Versorgung sowie Mitbestimmung und Kompetenz von Patientinnen und Patienten. Dabei orientieren sie sich an evidenzbasierter Medizin und beteiligen sich an Qualitätssicherungsmaßnahmen. Sie stellen sich dem Vertragswettbewerb und beteiligen sich entsprechend den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben an Disease-Management-Programmen.

Zwischen diesen Zielen und der Knappheit der Mittel treten Konflikte auf, die durch die Managemententscheidungen von Hausärztinnen und Hausärzten gelöst werden sollen.

### *Die Patient-Arzt-Beziehung*

Was sich zwischen Patient und Arzt im Sprechstundenalltag tut, ist nicht leicht darzustellen. Beschränken wir uns auf das Messbare, so geht der wesentliche Teil verloren. Liefern wir hingegen Falldarstellungen, so überfordern wir Zeit und Geduld unserer Zuhörer und Leser.

Über die Patient-Arzt-Beziehung gibt es eine schier unüberschaubare Literatur. Erstaunlich ist, dass sich aus diesen teils empirisch gut abgesicherten Berichten über die Bedeutung der Patient-Arzt-Beziehung kaum Konsequenzen für die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft, der Gesundheitsökonomie, der Verwaltungspraxis von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen und vor allem für die Rechtsprechung der Straf-, Zivil- und Sozialgerichte ergeben haben.

Man wird an die Umweltdiskussion erinnert. Die Bedeutung der Arten, des sauberen Wassers und der frischen Luft etc. wird erst in dem Maße erkannt, wie uns die immer gewalttätiger werdenden Hurrikane daran erinnern.

Es ist insbesondere für Gesundheitspolitiker wichtig, dass sie die Bedeutung der Patient-Arzt-Beziehung erkennen und auch dass diese durch das Verwaltungshandeln im Gesundheitswesen oft empfindlich gestört werden kann.

Der Pariser Hausarzt Norbert Bensaid hat es 1978 unternommen, die 16 Patient-Arzt-Begegnungen eines Sprechstundennachmittages zu beschreiben, und aus seinen Beobachtungen für die Patient-Arzt-Beziehung Folgendes abgeleitet:

„Man kann die Sprechzeiten der Patienten viel kürzer halten, man kann, scheinbar, seine ganze Tätigkeit auf die Elementarhandlungen der Sprechstunde beschränken, auf Befragung, Untersuchung, Verschreibung. Niemals jedoch lässt sich verhindern, dass der Arzt mit seinen Vorstellun-

gen, seinen Gefühlen, seiner Erziehung und seinem Milieu, der Patient mit seiner Geschichte und schließlich die gesamte Gesellschaft innerhalb dieser Aktion anwesend sind. Je weniger man sich dessen bewusst ist und je weniger diese persönlichen Elemente und die gesamte umgebende Ideologie in Betracht gezogen werden, umso mehr Einfluss gewinnen sie. Viele meiner Patienten werden – leider ist das so – bezeugen können, dass ich sie unter Zeitdruck nur in Eile abgefertigt habe. Aber gerade diese manchmal unglückseligen, oft zukunftslosen Begegnungen sind es, die mir das deutlichste Bewusstsein vermittelt haben, dass ich, sie und das, was die Gesellschaft uns auferlegt, mein und ihr Verhalten viel mehr bestimmen, als die Krankheit selbst es tat. Wenn sie die Zeit haben, sich offenkundig zu machen, dann werden diese bestimmenden Faktoren weniger stark wahrgenommen. Ihre scheinbare Abwesenheit ist zudringlicher als ihre akzeptierte Gegenwart, sofern man sich nur damit aufhalten will.

Man kann auch andere Patienten behandeln als die, die ich hier beschrieb: ‚mehr einseitig organische Patienten‘ oder deutlicher ‚psychologische Patienten‘. Wenn diese Patienten in mein Ressort fallen, dann sehe ich nicht, wer nicht unter das Bedürfnis fällt, in seiner Ganzheit angenommen zu werden. Oder wer uns der Pflicht enthebt, dies zu tun. Es sei denn, man ist der Ansicht, dass die Begleitung eines Krebskranken bis zu seinem Tode oder eines anderen Patienten bis zu seiner Operation nichts als technische und vergeistigte Gesten erfordert. Es sei denn, man sei der Ansicht, die Behandlung einer psychischen Krankheit bedeute Verzicht aufzuhören oder falle unter die ausschließliche Kompetenz der Seelenspezialisten, seien sie nun Organiker oder nicht. Und wenn meine Grenzen es erforderlich machen, Patienten ‚abzutreten‘, dann erlebe ich nur allzu oft das Schauspiel von hilflosen, in eine inhumane Maschinerie geworfenen Patienten. Die schlimmen

Folgen, die ich dann so gut ich kann korrigieren muss, beweisen, dass kein einziger Fall, liege er auch noch so weit außerhalb der Möglichkeiten der täglichen Praxis, auf eine persönliche Beziehung verzichten kann, die anerkannt und durchgehalten wird!“

Die Patient-Arzt-Beziehung ist also kein Spezifikum des deutschen Gesundheitswesens. Was Bensaid über die Begegnung mit Patienten in seiner Pariser Praxis berichtet, könnte jeder Patient und jeder Arzt aus jedem Land der Welt ebenfalls darstellen, sofern es ihm gegeben ist, seine Erlebnisse und Beobachtungen in Worte zu fassen.

Aus der Sicht der Patientinnen und Patienten werden Ärztinnen und Ärzte in der Rolle von fachkundigen Medizinern, Seelsorgern, Anwälten und Fallmanagern gleichzeitig gesehen.

Die Rollenerwartungen der Patientinnen und Patienten werden in erster Linie durch die eigenen Erfahrungen geprägt, die sie im Umgang mit ihren Ärzten gemacht haben.

Ärzte werden vor allem danach beurteilt, wie sie mit den Patienten umgehen, wie sie mit ihnen sprechen, ob sie ein Ohr für ihre Probleme haben. In empirischen Studien (Infratest) werden Ärzte meistens als menschlich, freundlich, verständnisvoll, vertrauenswürdig eingestuft, als Gesprächspartner, die zuhören und über alle Fragen und Beratungsanlässe offen sprechen. Über die fachliche Qualifikation und das fachliche Handeln des Arztes äußern sich die Befragten weniger, stufen sie aber hoch ein.

Je nach Befragung gibt es eine Minderheit von ca. einem Viertel bis einem Drittel skeptischerer und kritischerer Patienten, die ihre Beziehung zu Ärztinnen und Ärzten nicht ebenso positiv bewerten wie die Mehrheit. Ausführlich habe ich diese Problematik in „Bittere Reformen“ (Birkhäuser Verlag, 1990, ISBN 3-7643-2391-4) dargestellt.



### *Funktion im System*

Hausärztinnen und Hausärzte sind an der Schnittstelle zwischen der Laienversorgung und der Spezialversorgung positioniert. Sie sind die Brücke zum spezialisierten medizinischen Versorgungssystem, wenn Laienhilfe und Selbsthilfe nicht mehr ausreichen.

Wenn man die Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung für die Laienhilfe schätzt, so ergeben sich etwa 8 Prozent; 22 Prozent werden schätzungsweise für die hausärztliche Versorgung ausgegeben; 30 Prozent für die fachärztliche ambulante Versorgung und 40 Prozent für die Krankenhausversorgung.

Interessant ist nun, dass 70 Prozent der standardisiert beschreibbaren Patientenprobleme von den Betroffenen und ihren Angehörigen selbst gelöst werden. 22 Prozent der Probleme lösen die Hausärzte abschließend, 7 Prozent die Fachärzte und nur 1 Prozent das Krankenhaus.

Hierbei ist bei den Massenerkrankungen meistens ein verlässlicher Problemlösungsstandard auf Grund der evidenzbasierten Medizin vorhanden. Mehr als einen HbA1c unter 7 Prozent kann man bei der Versorgung eines Typ-2-Diabetikers nicht verlangen, ganz gleich, ob dieser sich selbst versorgt oder durch Hausärzte, Fachärzte oder Krankenhäuser versorgt wird. Analoges gilt für das Erreichen eines normalen Blutdruckwertes oder Fettstoffwechselwertes, wo immer man die Norm setzt.

Daraus ergibt sich eine Organisationsmaxime für effiziente Systeme der gesundheitlichen Versorgung:

Was die Patienten selbst erreichen können, sollten nicht die Hausärzte tun; was die Hausärzte tun können, sollten nicht die Fachärzte erledigen, und was im ambulanten Bereich durch Fachärzte an Problemen gelöst werden kann, sollte nicht im Krankenhaus angefasst werden.

Zusammengefasst ergibt sich eine obligatorische Patien-

tenorientierung in der hausärztlichen Versorgung in drei Zielbereichen:

Patientenorientierung ist verlangt, damit man den subjektiven Wertungen von Patienten gerecht wird.

Patientenorientierung ist verlangt, damit der informierte Patient – soweit er noch dazu auf Grund seiner Krankheit in der Lage ist – selbst bestimmen bzw. mitbestimmen kann, auf welchem Wege sein Gesundheitsproblem gelöst wird bzw. wie seine Behandlung gestaltet wird.

Patientenorientierung ist aber auch verlangt, weil der Patient als Mitbehandler und Co-Therapeut Versorgungskosten in dem Maße einspart, wie er für sich selbst sorgt.

### *Gesundheitsmonitor*

In den Jahren 2002–2005 hat die Bertelsmann-Stiftung mehrere Berichtsbände des sogenannten Gesundheitsmonitors durch Gesundheitswissenschaftler, insbesondere der Universität Bremen erarbeiten lassen.

Die Ergebnisse stützen das Konzept der Patientenpartizipation einschließlich der Stärkung von Eigeninitiativen zur Prävention und zur Selbstbehandlung von Risikofaktoren. Mit vielen Argumenten wird die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte detailliert analysiert, gewürdigt und gestärkt.

Gefordert wird aber auch eine Verbesserung der Weiterbildung, Fortbildung und Qualitätssicherung.

Die Publikationen des Bertelsmann-Gesundheitsmonitors haben Rollenerwartungen von Patientinnen und Patienten gegenüber den Hausärztinnen und Hausärzten bestätigt, wie sie oben bereits genannt wurden:

Sie sollen fachkundige Hilfe leisten oder vermitteln, sich einfühlsam und freundlich verhalten, sich an Patienteninteressen orientieren, alles verständlich erklären, Pa-

tienten mitentscheiden lassen, falls nötig stellvertretend entscheiden, und sie sollen Anwalts-, Treuhänder- und Seelsorgerfunktionen übernehmen.

Die Gesundheitsmonitore 2003–2004 bestätigen, dass die Erwartungen der Patientinnen und Patienten bei der Mehrheit und in den meisten Punkten (noch?) erfüllt werden.

Es sind allerdings Widersprüche zu klären:

Das Prinzip der Patientenorientierung konkurriert bisweilen mit der Orientierung an Leitlinien nach der sogenannten evidenzbasierten Medizin. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn Patienten nach anthroposophischen oder homöopathischen Prinzipien behandelt werden wollen, die Leitlinie aber eine allopathische Therapie vorschreibt.

Die Orientierung an Patienteninteressen gerät bisweilen in Gegensatz zu den Interessen der Versicherten. Durch die Janssen/Cilag-Zukunftswerkstatt ist eine Studie von Professor Wasem finanziert worden. Diese hat ergeben, dass das wichtigste Ziel der GKV-Versicherten der niedrige Beitrag ist. Befragt man hingegen Patienten, so ist eine optimale Versorgung das oberste Ziel. Zwischen beiden besteht deswegen ein Widerspruch, weil die Versicherten Krankenkassen mit niedrigem Beitrag wählen und damit jährlich ca. eine Milliarde Euro aus dem System entziehen. Die Betriebskrankenkassen haben seit 1995 ihren Mitgliederbestand deshalb verdoppelt, weil sie die niedrigsten Beiträge aufweisen.

Budgetvorgaben sowie Bürokratie hindern bisweilen die Ärztinnen und Ärzte, die im Gesundheitsmonitor dokumentierten Erwartungen der Patientinnen und Patienten zu erfüllen. Durch den aktuellen Anpassungsstress infolge der Top-down-Imperative des GKV-Modernisierungsgesetzes wird viel guter Wille bei Leistungserbringern beseitigt, aus Eigeninitiative besser zu werden.

Zusammengefasst:

Die Ziele der Versicherten richten sich auf einen möglichst niedrigen Krankenkassenbeitrag, professionellen Krankenkassenverwaltungsservice und auf eine eher abstrakte Absicherung im Krankheitsfall.

Die Ziele der Patienten sind auf einen freien Zugang zum Versorgungssystem gerichtet. Sie fordern freie Arztwahl, umfassende, kontinuierliche und qualitätsgesicherte Versorgung. Sie fordern Mitsprache (Partizipation), so viel Transparenz wie möglich und keine oder eine niedrige Selbstbeteiligung im Krankheitsfall.

### *Schichtenspezifische Hausarztbindung*

Ca. 90 Prozent der Gesamtbevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung Mitglied, 10 Prozent der Patienten sind privatversichert.

Nach dem Bertelsmann-Gesundheitsmonitor 2002–2004 waren 85 Prozent der Patienten einmal im Jahr beim Arzt. 66 Prozent waren zuletzt beim Hausarzt, 31 Prozent waren zuletzt beim Facharzt und 3 Prozent waren zuletzt im Krankenhaus.

Zum Hausarzt gehen überdurchschnittlich viel Ältere, Angehörige der Landbevölkerung, Frauen, Hauptschulabsolventen und Bezieher unterer Einkommensklassen. Dieser Befund wird durch Umfragen von Infratest und Alvensbach bestätigt.

### *Aktuelle Probleme der Hausärzte*

Einerseits ist seit Jahrzehnten den Hausärztinnen und Hausärzten bekannt, welche Anforderungen Patientinnen und Patienten an sie stellen. Andererseits gibt es bei einer

Minderheit von Patienten immer wieder Klagen darüber, dass Hausärzte nicht genug Zeit für sie haben, sich stereotyp an Leitlinien halten und die Patientenpartizipation nicht ernst nehmen.

Die ärztlichen Organisationen haben neben der Förderung und der Fortbildung deshalb immer auch Befragungen bei Ärzten vorgenommen, um herauszufinden, was sie daran hindert, patientenorientiert zu handeln.

Die Ärztekammer Niedersachsen hat am 13. März 2004 beispielsweise im Niedersächsischen Ärzteblatt ein Befragungsergebnis über die aktuellen Probleme der Hausärzte veröffentlicht.

Hausärztinnen und Hausärzte klagen über ausufernde Arbeitsbelastung, über bürokratische und neue lernintensive Abrechnungssysteme und über Dokumentationsverpflichtungen, die sehr zeitaufwendig sind.

Beispielsweise sind die Codierungsregeln für die Diagnosen nach dem ICD-10 von einer dreistelligen auf eine fünfstellige Version innerhalb weniger Jahre umgestellt worden. Dies bindet Zeit für das Heraussuchen der geeigneten Diagnosecodes, die natürlich dem Patienten entzogen wird.

Ein weiteres Problem stellt die Rationierung von Leistungen dar. Zum Beispiel dürfen in der Physiotherapie Massagen entweder gar nicht oder nur sehr eingeschränkt verordnet werden, obwohl gerade diese Leistungsgruppe angenehmer physiotherapeutischer Behandlung von den Patienten stark nachgefragt wird.

Die drastische Verkürzung der Krankenhausliegezeiten durch die Einführung diagnoserelationierter Fallpauschalen führt im ambulanten Bereich zu Mehrarbeit für schwerkranke Patienten.

Im Bereich der Arzneimittelverordnung werden die sogenannten Richtgrößen zu knapp kalkuliert, sodass ein erheblicher Zeitaufwand mit Arzneimittelumstellungen ver-

bunden ist, damit der Preiswettbewerb zwischen den Arzneimitteln gleicher Inhaltsstoffe optimal umgesetzt wird.

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz, welches am 01. Januar 2004 in Kraft trat, ist eine neue Pflichtfortbildung eingeführt worden, die einen Umfang von ca. 50 Stunden pro Jahr zuzüglich An- und Abreisezeit zum Fortbildungsort bindet. Die Qualitätssicherung ist nach den gleichen gesetzlichen Vorschriften ab 1. Januar 2004 Zwang und muss dokumentiert werden.

Eine Reihe von weiteren bürokratischen Verpflichtungen verschlechtert die Praxiswirtschaftlichkeit, weil sie unentgeltlich abgeleistet werden müssen. Dies bezieht sich im Wesentlichen auf Berichte, die die Krankenkassen von den Leistungserbringern auf Grund der Verträge beanspruchen können, die von ärztlichen Organisationen abgeschlossen worden sind. Auch dies beruht im Wesentlichen auf gesetzlichen Vorgaben.

Die Einführung der sogenannten Praxisgebühr hat zu Inkassoverpflichtungen zu Gunsten der Krankenkassen geführt, die keinerlei Bezug zur Kommunikation zwischen Patient und Arzt haben.

So sinnvoll die eine oder andere dieser bürokratischen Verpflichtungen sein mag, sie bedeuten in der Summe eine von den Ärzten als drückend empfundene zeitliche Belastung. Dies erhöht die Konflikte zwischen der Orientierung der Vertragsärztinnen und Vertragsärzte an den gesetzlichen und vertraglichen Vorgaben, die von der Krankenkasse kontrolliert werden, und den Wünschen der Patientinnen und Patienten.

Gleichwohl nimmt auch der Druck durch Patientenansprüche weiter zu. Patientinnen und Patienten sind zwar nur beschränkt urteilsfähig, wenn es um die medizinische und fachliche Qualität ihrer Behandlung geht. Umso konsequenter sind sie aber in der Beurteilung der Qualität kommunikativer Aspekte des Arzt-Patienten-Ver-

hältnisses. Hier haben sie sogar ein Kompetenzmonopol, wie Streich im Gesundheitsmonitor 2002 und 2003 ausführt.

Da die Patienten freie Arztwahl haben, bestimmen die Kommunikationsaspekte ganz wesentlich darüber, ob der Arzt im Wettbewerb erfolgreich ist oder nicht. Dies gilt umso mehr, je autonomer die Patientenpersönlichkeit ist.

Fazit:

Der Wettbewerb um relativ autonome und damit gesunde Patienten funktioniert perfekt, während es bei der Sorge um die Schwerkranken, die nicht zu autonomer Selbstbestimmung befähigt sind, eingeschränkte Wettbewerbspotentiale gibt.

### *Vertragswettbewerb*

Durch das GKV-Modernisierungsgesetz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen das Monopol für die Regelversorgung nach § 95 fünftes Sozialgesetzbuch verloren. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind zwar nach wie vor für die Sicherstellung der Versorgung und für die Organisation der Notfalldienste im ambulanten Bereich zuständig. Sie wirken an der Bedarfsplanung und Wirtschaftlichkeitskontrolle mit und haben nach wie vor bei der Ausgestaltung der ärztlichen Gebührenordnung die Schlüsselfunktion.

Neben den Kassenärztlichen Vereinigungen sind aber Ärzteverbände und Krankenhäuser sowie verschiedene ärztliche Zusammenschlüsse in unterschiedlichen Rechtsformen als Wettbewerber der Kassenärztlichen Vereinigungen und als Vertragspartner mit den Krankenkassen auf der Bildfläche erschienen.

Insbesondere der Hausärzteverband und die hausärztliche Vertragsgemeinschaft haben mit den Krankenkassen

Verträge zur Integrationsversorgung abgeschlossen. Diese beinhalten unterschiedliche sogenannte Disease-Management-Konzepte. Im September 2005 hatte das Gesamtvertragsvolumen dieser im Wettbewerb mit den Kassenärztlichen Vereinigungen abgeschlossenen Verträge nahezu 500 Millionen Euro erreicht.

Der Wettbewerb mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ist auch durch neugegründete medizinische Versorgungszentren sowie durch Experimentalverträge verschärft worden (nach § 63 ff. SGB V).

Einige Kassenärztliche Vereinigungen haben im Rahmen des Bundesmantelvertrages und der Landesversorgungsverträge Einzel- und Gruppenverträge abgeschlossen, mit denen die Qualität der hausarztzentrierten Versorgung gefördert werden soll. Einige dieser Vertragsformen werden von den Verbänden der Hausärzte und der hausärztlichen Vertragsgemeinschaft abgelehnt.

In ca. 18 Spezialversorgungsbereichen sind die Krankenhäuser für die ambulante Behandlung geöffnet worden. Indikationen, in denen dies geschehen kann, sind im § 116 B SGB V aufgeführt und könnten zusätzlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossen werden.

Fazit:

Durch all diese Maßnahmen ist der Vertragswettbewerb zwischen den einzelnen vertraglich festgelegten Versorgungsformen, aber auch der Wettbewerb zwischen den Organisationen im Gesundheitswesen verschärft worden. Vorherrschende Wettbewerbsparameter liegen im ökonomischen Bereich und bei der Förderung der medizinischen Qualität. Ob und in welchem Umfang dies die Patient-Arzt-Beziehung fördert oder belastet, muss durch die Versorgungsforschung der Zukunft ermittelt werden.



## *Gesundheitswissenschaft kontra Hausärzte?*

Nach Auffassung der Public-Health-Experten (Schnee, Gesundheitsmonitor 2003, Seite 95 ff.) bedeutet Eigenverantwortung im Gesundheitswesen, dass Versicherte und Patienten als souveräne Konsumenten auftreten.

Die Interessen dieser „Konsumenten“ werden durch Verbraucherschutzorganisationen optimal vertreten.

Demgegenüber erleben die Hausärzte Patienten, Behinderte und Ältere oft eher als hilfsbedürftige Personen, die jedenfalls nicht zu irgendeiner Entscheidung oder sonstigen Souveränitätsleistungen fähig sind, weil Krankheiten sie genau daran hindern.

Hausärzte sehen eigenverantwortliche Patienten nicht in erster Linie als Konsumenten, deren Verbraucherschutz verbessert werden muss, sondern sie sehen sie als Produzenten bzw. Co-Produzenten von Gesundheit, die man befähigen muss, als Co-Therapeuten mit Ärzten und aktivierenden Gesundheitsfachberufen zusammenzuarbeiten.

### *Literatur*

Kossow, Klaus-Dieter: „Bittere Reformen“, Birkhäuser Verlag, Basel, Boston, Berlin, ISBN 3-7643-2391-4. Dort weiterführende Literatur zum Thema Patient-Arzt-Beziehung.

Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): „Eigenverantwortung, ein gesundheitspolitisches Experiment“, Verlag Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh, 2004, ISBN 3-89204-750-2. Dort weiterführende Literatur zur Organisation des deutschen Gesundheitswesens und zur ökonomischen Steuerung der Patient-Arzt-Beziehung.

Im Verlag Bertelsmann-Stiftung sind auch die Gesundheitsmonitore 2002–2004 erschienen.