

---

# Zehn Thesen zur Arzt-Patienten-Beziehung aus gesundheitswirtschaftlicher Sicht

Klaus-Dirk Henke

*1) Die Arzt-Patienten-Beziehung ist durch asymmetrische Informationen gekennzeichnet.*

In aller Regel hat der Arzt aufgrund seiner Ausbildung dem Patienten mit seiner behandlungsbedürftigen Krankheit gegenüber einen Wissens- und Informationsvorsprung. Der Patient kann nicht so souverän wie bei normalen Kaufentscheidungen mitreden und ist darauf angewiesen, dem Arzt, der sich damit in einer gewissen Vormachtstellung befindet, zu vertrauen. Zudem befindet sich dieser in einer monopolähnlichen Stellung, da nur ein approbierter Arzt Krankheit und damit den Anspruch auf Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung und anderen Zweigen der Sozialversicherung feststellen und die Versorgungsleistungen erbringen kann.

Natürlich unterliegt die Versorgung der Patienten gesetzlichen Rahmenbedingungen, die allerdings im ambulanten und stationären Sektor unterschiedlich sind. Der Versicherte hat nur Ansprüche auf Leistungen, wenn sie zweckmäßig, ausreichend, notwendig und wirtschaftlich sind.

Während der niedergelassene Arzt zwischen den Regeln der Medizin, den Erwartungen und Ansprüchen der Patienten, den sozialrechtlichen Vorschriften und wirtschaftlichen Überlegungen seinen Aufgaben nachkommt, unterliegt die eher klinisch orientierte Behandlung von akuten

Erkrankungen anderen Regeln. Die erwünschte engere Kooperation der beiden Sektoren steht noch immer am Anfang.

In jedem Fall ist aber der Patient zunächst einmal, je nach Krankheitsbild jedoch unterschiedlich, der unterlegene Partner; erst der chronisch kranke Patient oder der besonders mündige und gut informierte Patient kann die asymmetrische Situation ausgleichen.

Die beschriebene Ausgangslage führt zu unterschiedlichen ökonomischen Konsequenzen.

*2) Die Delegationstheorie (Arrow) überträgt die für unser Wirtschaftssystem konstitutive Nachfrageautonomie im Gesundheitswesen vom Patienten auf den Arzt. Ihre Vertreter verbinden das mit der Vorstellung, der Arzt möge die Patienten so behandeln, wie sie sich selbst behandeln würden, wären sie Arzt.*

Bei dieser idealtypischen Betrachtungsweise versetzt der Arzt seinen Patienten in die Lage eines Arztes und lässt ihn mitentscheiden. In einer einfacheren Interpretation dieser Theorie überlässt der Patient dem Arzt die volle Autonomie und vertraut ihm einfach. Im Falle einer Behandlung von Unfällen oder bei Bewusstlosigkeit von Patienten erübrigt sich diese Betrachtung ohnehin.

Einer gewünschten Mündigkeit und Eigenverantwortung (empowerment, enabling) steht also immer auch eine deutlich eingeschränkte Souveränität auf der Versicherten- bzw. Patientenseite gegenüber, die für viele Gesundheitsleistungen konstitutiv ist.

*3) Um eine andere Schlussfolgerung aus der asymmetrischen Informationslage handelt es sich bei der These von der angebotsinduzierten Nachfrage, die dem Arzt unterstellt, dass er möglicherweise des Guten zu viel tut. Sein Informationsvorsprung in Verbindung mit den gegebenen*

*Abrechnungsmodalitäten könnte zu Behandlungen führen, die medizinisch nicht notwendig sind.*

Ob Arzt oder Patient: beide sind grundsätzlich geneigt, im Schutze einer Versicherung in ihren Schadens- bzw. Kostenvermeidungsanstrengungen nachzulassen. Auf Seiten des Versicherten kann Ex-ante-moral-hazard auftreten, wenn dieser durch Leichtsinns, zu wenig Prävention und einen gesundheitsgefährdenden Lebensstil die Schadenswahrscheinlichkeit erhöht. Nach einem Schadenseintritt führt Moral-hazard ex post auch zu einem die Kosten treibenden Fehlverhalten auf Seiten der Heilberufe.

Der Entscheidungsspielraum ist auf beiden Seiten sehr groß und verschafft dem Ex-post-moral-hazard, auch angesichts der zunehmenden medizinisch-technischen Möglichkeiten, immer mehr Bedeutung. Moral-hazard oder moralisches Fehlverhalten tritt also vor einem Schadenseintritt insbesondere beim Versicherten und nach einem Schadenseintritt beim Patienten und den Ärzten auf. Es ist ein Fehlverhalten, das angesichts von Fehlanreizen durch eine „Ausbeutung der Möglichkeiten“ zu einer ineffizienten Allokation der knappen Ressourcen führt.

*4) Knappe Mittel, wachsende Gesundheitsbedürfnisse und Unwirtschaftlichkeiten fordern mehr betriebs- und volkswirtschaftlichen Sachverstand.*

Ein Blick auf die Menschen, die nicht krank sind, und das ist Gott sei Dank noch immer die weit überwiegende Mehrheit der Bevölkerung, zeigt, wie wenig sie den Wert der Gesundheit im Alltag schätzen. Prävention und gesundes Verhalten stehen oft nicht im Vordergrund. Rauchen, Übergewicht, Alkoholkonsum, Bewegungsarmut und ein riskanter Lebensstil gehören zur Realität des täglichen Lebens.

Bei Krankheit aber wollen alle Menschen bestmöglich

versorgt werden. Der Wert der Gesundheit, d. h. die individuelle Zahlungsbereitschaft, steigt bei Krankheit aus individueller Sicht oft ins Unermessliche. Der individuelle Anspruch an eine umfassende Versorgung und die Hoffnung auf einen raschen medizinischen Fortschritt stehen einzig und allein im Vordergrund und verbinden sich mit der Forderung nach Übernahme möglichst aller Kosten durch die Krankenversicherung oder die Gesellschaft.

Der verantwortliche Arzt möchte aus idealtypischer Sicht unter Zurückstellung von nichtberuflichen Interessen alles Erdenkliche tun, um ebendiesen Wunsch der Patienten bestmöglich zu erfüllen. Seine Handlung ist aus ethischer Sicht überzeugend, koste sie, was sie wolle, schließlich geht es um die Wiederherstellung der Gesundheit kranker Menschen.

Gegen diese idealtypische Perspektive wird niemand etwas einwenden. Nur kann die Realität diesen idealtypischen Vorstellungen nicht entsprechen; denn es gibt nun mal die Knappheit der Ressourcen, aus der die Volks- und Betriebswirtschaftslehre als wissenschaftliche Disziplinen ihre Berechtigung gewinnen.

Zur Realität gehört es auch, dass viele Ärzte nicht nur die Wiederherstellung der Gesundheit ihrer Patienten vor Augen haben, sondern sie unter den gegebenen Bedingungen bereits schon so (be)handeln, wie es die zugegebenermaßen finanziell enger werdenden Möglichkeiten erlauben. Unterschiede, die aus der Art der Versicherung herrühren, sind zunehmend zu beobachten.

*5) Die medizinische Behandlung ohne Blick auf die finanziellen Gegebenheiten ist noch immer eine Fiktion mancher Ärzte und Ärztevertreter.*

Angesichts der Knappheit der Mittel gilt es, aus den begrenzten Ressourcen das Bestmögliche zu machen, und so

hat es sich die Wirtschaftswissenschaft zur Aufgabe gemacht, Mechanismen und Anreize zur Erreichung dieses Ziels zu entwickeln. Angesichts der derzeitigen hohen Arbeitslosigkeit, zu geringer Wachstumsraten und einer die gesetzlichen Grenzen überschreitenden Staatsverschuldung müssen die finanziellen Restriktionen bei einer lohn- und gehaltsabhängig finanzierten Krankenversicherung noch stärker ins Kalkül gezogen werden, als es in den goldenen siebziger Jahren der Fall war.

Angesichts dieser Ausgangslage wird seitens der Ärzteschaft oft einer „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens die Schuld an Problemen im Gesundheitswesen gegeben. Diese Kritik zeigt im Grunde die Hilflosigkeit vieler Ärzte. Zum einen hat die Ärzteschaft es in den guten Jahren zusammen mit anderen Akteuren versäumt, das Gesundheitswesen antizyklisch und vorausdenkend zu steuern. Zum anderen reden viele Ärzte noch immer einer Versorgungsforschung das Wort, die ihre heilkundlichen Forderungen stellt, ohne die finanziellen Restriktionen dabei einzubeziehen. Dabei geht es aus gesundheitspolitischer Sicht mehr und mehr um die Entwicklung einer existenziellen Grundversorgung, die weiterhin jedermann zur Verfügung stehen soll und darüber hinausgehende Leistungen einer individuellen Vorsorge überlässt. Die Chance, die ökonomische Anreizinstrumente bieten und die darin liegt, Ressourcen in die bestmögliche Verwendung zu lenken, um die Grundversorgung so gut wie möglich zu gewährleisten, sollte genutzt werden.

*6) Der mündiger werdende Patient und Versicherte lässt vielfältige neue Geschäftsideen außerhalb der Krankenversicherungen zu.*

Der Gesundheitsmarkt ist viel größer als Art und Umfang der erstattungsfähigen Leistungen in der privaten und gesetzlichen Krankenkasse. Dem Konsumenten ist die Ge-

sundheit mehr wert, als in den gegenwärtigen öffentlichen Gesundheitsausgaben zum Ausdruck kommt. Die steigenden privaten Gesundheitsausgaben dokumentieren auch ein wachsendes Gesundheitsbewusstsein und eine wachsende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen. Gesunde Ernährung und Functional Food, Fitness und Wellness sowie alternative Medizin sind die besten Beispiele im Kontext des sechsten Kondratieff-Zyklus.

*7) Es bedarf eines Innovationsklimas, das weder in der GKV noch in der PKV zu spüren ist. Innovative Medizin für alle entsteht außerhalb der Kassen.*

Gesucht werden in diesem Umfeld findige Unternehmer und mutige Risikokapitalgeber sowie hier und da eine öffentliche Anschubfinanzierung. Außerhalb der noch immer öffentlich-rechtlichen Strukturen unserer gesetzlichen Krankenversicherung entstehen die Märkte der Zukunft im Gesundheitswesen. In integrierten Versorgungsnetzwerken entstehen neue Wertschöpfungsketten. Durch diese Innovation kommt es zu neuen finanziellen Spielräumen und sie sorgen letztendlich dafür, dass man auch bei den solidarisch finanzierten Leistungen von innovativen Verbesserungen profitieren kann. Der Airbag und der Navigator waren zuerst in der S-Klasse von Mercedes; heute findet man beide Innovationen in jedem neuen VW-Golf.

*8) Die Fixierung der gesundheitspolitischen Diskussion auf die Kostensenkung und Budgets in der GKV steht der Entwicklung einer Gesundheitswirtschaft im Wege.*

Durch die Anbindung der Sozialversicherungsbeiträge an die Löhne und Gehälter und durch die kodifizierte Beitragsatzstabilität ist die Gesundheitspolitik unglücklich mit dem Arbeitsmarkt verbunden. Die Vermischung von Vertei-

lungsaufgaben und Versicherungsaufgaben führt darüber hinaus zur Intransparenz über die Umverteilungswirkungen. Gleichzeitig behindern staatlich geschützte Freiräume, Verbändewirtschaft, Selbstverwaltung und Anbietermonopole den Wettbewerb in einer sozialen Gesundheitswirtschaft.

*9) Dem Gewährleistungsstaat gehört die Zukunft. Er setzt die Marktordnung und die Rahmenbedingungen.*

Der Gesundheitsmarkt der Zukunft ist Gegenstand des Wettbewerbs. Zu seinen Parametern gehört vor allem die Qualität in einer zunehmend integrierten Versorgung mit einer Zentrenbildung (z. B. medizinische Versorgungszentren). Mehr Markt bringt neue Anreize und verlangt einen starken (Hoheits-)Staat. Dazu gehören eine Versicherungsaufsicht, Rahmenbedingungen und Anreizsysteme bei einer im Umfang weiter abnehmenden (privaten) Pflichtversicherung für jedermann (Kfz-Haftpflicht-Modell).

*10) Der Gegensatz von Ethik und Ökonomie lässt sich in dem geforderten Ordnungsrahmen überwinden.*

„Medizin und Pflege lebt von spirituellen Akten, die ihren eigentlich menschlichen Charakter ausmachen“ (K. H. Wehkamp). Qualitätsverantwortung und Wirtschaftlichkeit gehören in der sozialen Gesundheitswirtschaft in eine Verantwortung. Die Praxis eines „heilkundlichen Ethos“ führt zu einer „Medizin zu bezahlbaren Preisen“ (H. Lohmann, K.-D. Henke) und ist Ausdruck der sozialen Marktwirtschaft im Gesundheitsbereich. Hierbei schafft jedoch erst ein mündiger und informierter Patient durch seine aktive Rolle bei der Behandlung und die bewusste Auswahl der Leistungserbringer die Voraussetzung dafür, dass der Wettbewerb um die beste Qualität seine volle Wirkung entfalten kann.

### *Ein Behandlungsfall<sup>1</sup>*

Der 87-jährige H. wurde wegen angeblicher Herzrhythmusstörungen im Krankenhaus untersucht. Strenge Bettruhe beendete seine Gehfähigkeit. Ordentliche Herzdiagnostik wurde durchgeführt, diese brachte aber weder einen erklärenden Befund noch Behandlungskonsequenzen. Eine sorgfältige neurologische Untersuchung erfolgt nicht. Ein deutlicher Parkinsonismus mit Rigor, Tremor und Akinese wird von den Ärzten übersehen, von den Pflegenden zwar wahrgenommen, aber nicht beachtet und auch nicht an die Ärzte gemeldet. Damit wird auch übersehen, dass er die am Bett angebrachte Urinflasche nicht mit der Hand erreichen kann. Mangel an Pflegepersonal führt dazu, dass er bei Harndrang alleine das Bett verlässt und sich zweimal bei Stürzen verletzt. Nach dem EKG wartet er so lange auf dem Flur, dass er seinen Urin verliert, vorher aber in Panik gerät und Blutdruckspitzen bekommt. Mangel an Kommunikation zwischen Pflege und Medizin führt dazu, dass wichtige Informationen nicht weitergegeben werden. Behandlungsziele werden nicht explizit aufgestellt. Ein von Angehörigen mitgebrachter Blumenstrauß wandert noch am selben Tag in einen Papierkorb, weil der Patient in seiner Unbeholfenheit die Vase umgestoßen hat. Die später hinzukommende Pflegekraft wirft Blumen und Scherben in den Korb. Gegen ärztlichen Rat wird er vorzeitig aus der Klinik geholt, mühsam lernt er in einem Pflegeheim wieder das Gehen. Im Entlassungsbefund wird ihm eine senile Demenz bescheinigt. Wenige Monate später lebt er wieder allein in seiner Wohnung. Er stellt seine selbst gemalten Bilder aus, stiftet die eingenommenen Gelder, hält eine kurze Dankesrede, die auch in der Presse erwähnt wird.



Tabelle: Arzthonorare und Alltagskosten

ARZTHONORARE („Medizin zum Sonderpreis“)		ALLTAGSKOSTEN	
Tuberkulintestung, je Test	1,28 €*	Bratwurst am Imbissstand	2,00 €
Kurzes ärztliches Zeugnis	4,09 €*		
Hausärztliche Beratung	7,67 €*	Kinokarte	6,00 €
Erstversorgung einer Kleinen Wunde	7,92 €*	Mittagstisch	5,00 €
Darmuntersuchung (Proktoskopie)	11,75 €*	Zwei Stunden Parkzeit in Berlin Mitte	4,00 €
Wegpauschale für den Arzt bei 2-5 km Anfahrt	6,30 €	ISDN Grundgebühr ca.	24,00 €
Hausärztliche Ganzkörperuntersuchung	15,33 €*	Elektriker für eine Arbeits- stunde und Anfahrt	80,00 €
Künstliche Beatmung mit Herzmassage	127,75 €*	Schlüsseldienst für das Öffnen einer Tür	90,00 €

Technische Universität Berlin

Prof. Dr. Klaus-Dirk Henke



\* Kalkulatorischer EBM2000plus-Punktwert von 5,11 Cent, der reale „Auszahlungspunktwert“ kann nach Ausschöpfung des Regelleistungsvolumens mitunter deutlich darunter liegen.

Quelle: KBV, Rochell

### Anmerkungen

<sup>1</sup> Entnommen aus *Wehkamp, K. H.*: Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie, Berliner Medizinische Schriften, Heft 49, Berlin 2004, S. 19

### Literatur

*Arrow, K. J.*: Uncertainty and the welfare economics of medical care.

In: *The American Economic Review*, 1963, No. 53, pp. 941–973.

*Donges, Juergen B. / Freytag, A.*: Allgemeine Wirtschaftspolitik, 2. Auflage, Stuttgart 2004, S. 186 ff.

*Flintrop, J. / Gerst, T.*: Individuelle Gesundheitsleistungen: Ausfransungen eines grauen Marktes. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Ausgabe 8 vom 25.2.2005, Seite A-469/B-399/C-371.

*Gethmann, C. F. / Gerok, W. / Helmchen, H. / Henke, K.-D. / Mittelstraß, J. / Schmidt-Aßmann, E. / Stock, G. / Taupitz, J. / Thiele, F.*:

Gesundheit nach Maß? Eine transdisziplinäre Studie zu den Grundlagen eines dauerhaften Gesundheitssystems, Band 13 der Forschungsberichte der Interdisziplinären Arbeitsgruppen der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, 1. Nachdruck der 1. Auflage 2004, Berlin 2005, insb. S. 75–107.

*Helmchen, H.:* Krankheitsbegriff und Anspruch auf medizinische Leistungen, Editorial für den Nervenarzt, Manuskript, 20.1.2003.

*Helmchen, H.:* Arzt-Patienten-Verhältnis: Zwischen Individualisierung und Standardisierung. In: Deutsches Ärzteblatt online, 1.4.2005, [www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0503](http://www.aerzteblatt.de/aufsaeetze/0503).

*Henke, K.-D.:* Was ist uns die Gesundheit wert? Probleme der nächsten Gesundheitsreformen und ihre Lösungsansätze. In: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Vol. 6, Nr. 1, 2005, S. 95–111.

*Homburg, Ch. / Dietz, B.:* Patientenmündigkeit: Erste empirische Studie zum Stand der Patientenmündigkeit in Deutschland: Einflussgrößen, Auswirkungen, Typologie, Mannheim 2005.

*Kartte, J., u. a.:* Innovation und Wachstum im Gesundheitswesen, Roland Berger View, Berlin 2005.

*Lankshear, S. T. / Maynard, A. / Smith, K.:* University of York, Nursing Challenges: are changes in the nursing care and skill mix improving patient care? In: Health Policy, Issue 10, July 2005.

*Lisson, M.:* Mündige Patienten – vor allem Langzeitkranke – sind über ihre Krankheit meist sehr gut informiert, Ärztezeitung, 29.8.2005.

*Lohmann, H. / Henke, K.-D.:* Gute Medizin zu bezahlbaren Preisen, Plädoyer für ein gesellschaftlich verantwortetes Wettbewerbssystem in der Gesundheitswirtschaft, Manuskript, Berlin 2005.

*Schwartz, F. W. / Badura, B. / Leidl, R. / Raspe, H. / Siegrist, J.* (Hrsg.): Das Public Health Buch, München 1998.

*Wehkamp, K. H.:* Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie, Berliner Medizinische Schriften, Heft 49, Berlin 2004.