

## **Anmerkungen zur Arzt-Patienten- Beziehung aus Sicht eines modernen Gesundheitsmanagements**

**Korreferat zu dem Beitrag von Udo Schneider:  
„Beidseitige Informationsasymmetrien in der  
Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV“**

Von Ellis Huber\*

Arzt und Patient sind beide Opfer eines Systems; ihre Beziehung wird gegenwärtig durch die Gewalten des Gesundheitssystems verfremdet und negativ beeinflusst. Daher will ich im Folgenden vor allem die notwendige Neuorientierung des Versorgungssystems problematisieren. Dieser Beitrag basiert auf meiner beruflichen Erfahrung als Arzt, langjähriger Präsident der Ärztekammer Berlin und jetzt als Vorstand einer kleinen Betriebskrankenkasse, der Securvita BKK in Hamburg. Ich plädiere für einen bewussten Weg jenseits von Staat und Markt: für eine Wettbewerbswirtschaft in sozialer Verantwortung.

### **1 Hintergrund und Ziele**

Die Globalisierung der Wirtschaft und die Individualisierung der Gesellschaft verändern das Verhältnis der Menschen zum Staat in allen postindustriellen Kulturen. Der soziale Wandel geht auch mit einem Wandel der Krankheitsbilder einher, und eine Modernisierung der Gesellschaft ist ohne Modernisierung des Gesundheitssystems nicht zu haben. Die Volkswirte sind davon überzeugt, dass die Gesundheitswirtschaft weiter wachsen wird (vgl. z. B. Breyer et al. 2002: 67–224) und ernst zu nehmende Fachleute sehen in der psychosozialen Gesundheit die Antriebsenergie für das wirtschaftliche Wachstum von morgen (Arthur Andersen-Health Care 2000, PricewaterhouseCoopers 2000, Böcken et al. 2000, Neřjodow 1997). Psychosoziale Gesundheit beschreibt das Beziehungsgewebe zwischen den Menschen sowie zwischen Individuum und Gesellschaft. Ein modernes Gesundheitssystem muss also nicht nur den individuellen Knochenbruch, sondern auch Krankheiten des sozialen Bindegewebes heilen können.

Jeder Kranke weiß, dass Körper, Seele und soziales Beziehungsnetz miteinander verwoben sind. Schlechte genetische Voraussetzungen können durch gute soziale Kultur kompensiert werden. Der Herzinfarkt ist nur vordergründig das Versagen einer mechanischen Pumpe oder Ergebnis einer verstopften Röhre. Vielmehr ist der Herzinfarkt eine Kommunikationsstörung zwischen Individuum und sozialem Raum und zwischen Hormonsystem und Herzmuskel – eine Interaktionskatastrophe also, die nicht mehr mechanistisch monokausal, sondern kommunikativ durch verbesserte Interaktion geheilt werden sollte.

„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um

\* Securvita BKK, Hamburg, E-Mail: Ellis.Huber@securvita-bkk.de

sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ Dieses Leitmotiv der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus der Ottawa-Charta (Franzkowiak und Sabo 1998: 96–101)<sup>1</sup> zur Gesundheitsförderung beschreibt auch das neue Leitbild des modernen Gesundheitsmanagements.

Die internationalen Organisationen sehen inzwischen Gesundheit tatsächlich als Ressource und Produktivfaktor für die gesellschaftliche Entwicklung und nicht mehr nur als Kostenfaktor oder Produkt medizinischer Dienstleistung. In den letzten zwanzig Jahren hat sich ein globaler Diskussionsprozess entwickelt, der diese neue Sichtweise auch in politische Programme einbindet. Dies spiegelt sich in den folgenden Leitbildern wider:

- „Nachhaltige Gesundheit“, das Leitbild der Weltgesundheitsorganisation (WHO), und
- „Nachhaltige Entwicklung“, das Leitbild der Umweltkonferenz von Rio.

Beide Leitbilder verknüpfen eine globale Wertorientierung mit lokalem Handeln (Trojan und Legewie 2001). Beide Leitbilder setzen auf kommunale und regionale Aktionen und konzipieren eine ganzheitliche und neue Politik der Beteiligung. Die konkreten Projekte der „Gesundheit 21“ und „Lokalen Agenda 21“ mobilisieren Bürgerinnen und Bürger in ihren sozialen Gemeinschaften, damit sie Gesundheit, Wohlbefinden und Lebensqualität erhalten und stärken können. Dort, wo die Menschen leben, arbeiten und ihre Verhältnisse richten, erreichen sie durch Selbstorganisation und eigenes Handeln soziale Fortschritte. Sozialökologisches Handeln wird langfristig mit ökonomischem Verhalten zusammenfließen. Shareholder- und Stakeholder-Interessen innerhalb des Gemeinwesens streben nach einem gesunden Ausgleich zwischen individuellen Profitzielen und sozialem Wachstum.

Gegenwärtig entsteht auch eine neue, ganzheitlich orientierte Medizin, die Gen, Person und soziale Gemeinschaft miteinander verknüpft sieht. Diese „Relativitätstheorie“ der Medizin wird diese so verändern, wie die Relativitätstheorie der Physik einen epochalen Wandel der Vorstellung mit sich brachte.

Das marktwirtschaftlich organisierte US-amerikanische Gesundheitssystem kommt teuer und erreicht gleichzeitig nur eine geringe soziale Integrationswirkung. Mehr als 40 Mill. Bürgerinnen und Bürger besitzen dort keinen wirksamen Schutz gegen Gesundheitsrisiken, und die Folgen einer Krankheit sind inzwischen zur häufigsten Ursache für individuelle Zahlungsunfähigkeiten geworden.

In den europäischen Ländern gehen wir mit der Gesundheit anders um als die Vereinigten Staaten von Amerika. Seit über hundert Jahren kultivieren wir in Europa Gesundheitssysteme, die individuelles Wohl und allgemeines Wohlbefinden ausgleichen und die Gesundheit des Einzelnen mit der Gesundheit des Sozialen verknüpfen. Die solidarische Absicherung der Gesundheitsrisiken und die Gestaltung eines sozialen Gesundheitswesens kennzeichnen eine europäische Perspektive, die eine beispielhafte „ökosoziale“ Gestaltung der Gesellschaften ermöglicht. Für einen „dritten Weg“ oder „die neue Mitte“ ist eine geglückte Reorganisation des Gesundheitswesens unverzichtbar.

<sup>1</sup> Vgl. auch: [http://www.uni-ulm.de/public\\_health/who\\_ottawa\\_1986.html](http://www.uni-ulm.de/public_health/who_ottawa_1986.html), Original unter: <http://www.who.int/hpr/archive/docs/ottawa.html> (Stand: 28. Oktober 2002).

Ich stelle die These auf: Nicht die Gentechnologie oder die Molekularbiologie, also die Reparaturfabriken für Körpermaschinen, entscheiden über die Zukunft moderner Gesellschaften, sondern die soziale Kohärenz und die Kultivierung des humanen Kapitals. Die Beziehungen zwischen den Menschen und die Arzt-Patient-Beziehung als kleinste „Produktionszelle“ für heilsame Entwicklungen bei krank gewordenen Menschen sind eine Ressource, die zunehmende Bedeutung erhält. Das Wachstum der Gesundheitswirtschaft sollte deswegen viel mehr auf menschliche Dienstleistungen und weniger auf technologische Highlights setzen.

Eine gute Gesundheit stellt eine gesellschaftliche Ressource dar und ist ein Produktivfaktor für die Wirtschaft. Die Investition gesellschaftlicher Mittel in Yogalehrer hierzulande schafft auch mehr Arbeitsplätze als die Produktion von noch mehr Computertomographen irgendwo auf der Welt. Ein soziales System stärkt die integrierenden Kräfte des Gemeinwesens, wenn kranke Menschen unabhängig von ihrer sozialen Lage und ihrer Kaufkraft die notwendige Hilfe bekommen. Der pluralistische Erfahrungshintergrund Europas ist eine Chance.

Ein an humanistischen Werten ausgerichtetes systemisches Verständnis der Organisationen des Gesundheitswesens wird künftig zur zentralen Führungsaufgabe (Kroy et al. 1999). Die bestimmenden Akteure des Systems wie Politik, Krankenkassen und die helfenden Professionen, vor allem die Ärzteschaft, müssen den Wandel von der *geld*gesteuerten Optimierung ihrer Partikularinteressen zu einer *wert*gesteuerten Optimierung der individuellen und sozialen Gesundheit schaffen. Sie könnten dies in einem zielgerichteten und bewussten Prozess des „Change Managements“ erreichen und damit die heutige Verkrustung und Erstarrung des Gesundheitssystems überwinden.

Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis und der gesundheitspolitischen Erfahrung ist die Modernisierungsstrategie für ein gesundes Europa weitestgehend klar, wenn auch nicht einfach umsetzbar: ein neues Versicherungssystem (Breyer et al. 2002), eine neue Leistungsbewertung und ganzheitliche Orientierung der Medizin und ein sozial verantwortliches Versorgungsmanagement.

## 2 **Versicherungssystem**

Gute gesellschaftliche Gesundheit braucht eine Versicherungspflicht für alle Bürgerinnen und Bürger, mit dem der Regelbedarf an gesundheitlicher Dienstleistung finanziert wird. Die Versicherungen können frei gewählt werden und müssen jeden aufnehmen. Es geht also um eine soziale Regelversorgung, die individuelles und allgemeines Wohl verknüpft und ein Gemeinschaftsbewusstsein in der Bevölkerung wach hält. Es tut allen letztlich gut, wenn man für die Kranken und Schwachen gemeinsam einsteht. Für eine solche soziale Regelversorgung sind nach den Erfahrungen mit den Kosten in den bestehenden europäischen Versorgungssystemen gegenwärtig etwa 10 % der individuellen Einkünfte ausreichend.

Die Krankenkassen bilden gesundheitsförderliche Gemeinschaften, die mit Dienstleistern jeglicher Art frei Verträge abschließen können. Die allgemeinen Infrastrukturkosten für Standarddienste werden von allen Krankenkassen gemeinsam finanziert, und ein Risikostrukturausgleich, der an der tatsächlichen Morbidität ansetzt, sorgt für gleiche Wettbewerbsbedingungen unter den Versicherern und beste Gesundheitsergebnisse für die Mit-

glieder. Die Regelleistungen werden anhand des medizinischen und pflegerischen Bedarfs gesetzlich definiert und müssen von allen gleichermaßen finanziert werden. Es geht um die eindeutige Festlegung. Bedarf sind all die Leistungen, die im Krankheitsfall unabhängig vom individuellen Bedürfnis nachweislich wirksam sind. Die Definition dieses Leistungskatalogs erfordert einen kontinuierlichen Diskurs um die Grenze zwischen Bedarf und Bedürfnis. Denn diese Grenze ist kein Naturgesetz, sondern eine gesellschaftliche Vereinbarung. Das Ziel Gesundheit beschreibt nämlich nicht nur einen allgemeinen Bedarf, sondern auch hoch individuelle Bedürfnisse.

Der eine bewegt sich gern, der andere nimmt lieber eine Tablette. Es wäre aber seltsam, wenn Krankenkassen Turnschuhe finanzieren müssten. Warum müssen sie aber die Ersatzbefriedigung fehlender Aktivität absichern? Mancher Mann benötigt für sein sexuelles Glück Viagra, ein hochpotentes Medikament. Die Sozialgerichte zwingen gegenwärtig die gesetzliche Krankenversicherung dazu, ärztlich verordnetes Viagra für ihre Mitglieder zu finanzieren. Der viagragestützte Don Juan ist im Zeitalter von Aids aber eher eine Gesundheitsgefahr. Es gibt eine breite Palette von Dienstleistungen und Konsumgütern, die Gesundheitsbedürfnisse abdecken, gut tun oder das individuelle Wohlbefinden steigern. Ihre Bedeutung ist jedoch subjektiv definiert und nicht allgemein gültig. Eine moderne Gesellschaft muss also entscheiden, ob sexuelles Glück durch erektile Potenz ein Gut darstellt, das von der Solidarversicherung bereitgestellt wird oder nur ein individuell bestimmtes Bedürfnis. Wird Viagra nicht als gesellschaftlich wichtig erachtet, spricht dann nichts dagegen, wenn junge Männer eine individuelle Zusatzversicherung gegen spätere erektile Impotenz abschließen.

Bei der Definition von Regelleistungen sollte der Gesetzgeber also Mut beweisen und Schranken setzen, um nicht durch hohe Beitragssätze bei den Krankenversicherungen das gesamte „Projekt soziale Gesundheit“ zu gefährden. „Medizinische Krücken“ oder pharmazeutische Hilfsmittel zur individuellen Bedürfnisbefriedigung müssen individuell finanziert werden, wenn das Gemeinschaftsgefühl einer Gesellschaft nicht zerstört werden will. Die Gliederung einer solidarischen Pflichtversicherung mit individuellen Wahlmöglichkeiten für eine Zusatzversorgung – je nach Bedürfnis – muss politisch umgesetzt werden, damit wieder Klarheit und Transparenz im Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft einkehren. Dabei ist die Grenzbestimmung zwischen Bedarf und Bedürfnis immer eine soziale Vereinbarung und in *Diskursen* festzulegen. *Runde Tische* mit Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenkassen und der Verbraucherschutzorganisationen sind ein denkbare Instrument, um diesen Leistungskatalog zu definieren.

### 3 Leistungsbewertung und Versorgungsmanagement

Die Zahl der Belastungs-EKGs in einer Region ist kein Leistungsmaßstab. Eher messen sie die Ressourcenvergeudung im Gesundheitswesen. Allgemein gilt: Wirkliche Leistungen in der Heilkunst werden im bundesdeutschen Gesundheitswesen gegenwärtig nicht definiert, und aufgrund der ökonomischen Anreize, die „machen“, aber nicht „unterlassen“ belohnen, sind alle Preissysteme und Vergütungsmuster letztlich zerstörerisch für die gesundheitliche Produktivität. Die Ausbeutung des Kranken durch Hightech-Diagnosen und -Therapien ist immer noch lukrativer als eine gesundheitsförderliche persönliche Betreuung. Eine neue Leistungsdefinition setzt klare Ziele. Autonomie für den einzelnen Menschen trotz eines körperlichen, seelischen oder sozialen Handicaps ist die Aufgabe moder-

ner Heilkunst. Welche Hilfe kann dazu beitragen, dass ein Einzelner trotz Krankheit und Gebrechen selbständig sein Leben meistern kann? Dies beinhaltet die kreative Gestaltung der Leistungsdefinition und -vergütung und führt nebenbei zu einem ressourcensparenden Wertschöpfungsprozess.

Die Wertbestimmung für medizinische Angebote sollte künftig viel stärker als bisher gewohnt vom Patienten her erfolgen, das heißt, dass Diagnosen und Behandlungen vom Arzt explizit mit dem Kranken zusammen abgestimmt werden. Der Nutzen ärztlicher Maßnahmen ist im Dialog zwischen Arzt und Patient, dem „Kunden“, im Einzelfall zu definieren. Der individuelle Versorgungsprozess und das individuelle Case-Management werden zum neuen Strukturmuster der Versorgung, das die bisherige sektorale Gliederung überwindet und eine integrierte Gesundheitsversorgung sicherstellt. Die ökonomische Verantwortung und die Indikationsentscheidungen für medizinische oder pflegerische Hilfen und für gesundheitsförderliche oder rehabilitative Maßnahmen müssen künftig in einer Hand liegen, und die gesundheitliche Wertschöpfung erfolgt im gemeinsamen Interesse von Krankenversicherung und Dienstleistungserbringer. Praktisch umsetzen könnte man dies, indem z. B. Krankenkassen und Ärztenetze eine gemeinsame Trägergesellschaft für das Versorgungsmanagement bilden, in der beide Seiten transparent und offen zusammenwirken. Andere Versorgungsmodelle sollten möglich sein. Der Gesetzgeber sollte dies nicht regeln, sondern dem Qualitätswettbewerb zwischen Krankenversicherungen überlassen.

Die kleinste produzierende Zelle für bessere Gesundheit ist, wie gesagt, letztlich die individuelle Arzt-Patient- oder Therapeut-Klient-Beziehung. Die meisten sozialen Ressourcen sollten dort investiert werden, und Sekundärprozesse müssen so schlank wie möglich gestaltet sein. Heute schluckt der Terror der Bürokratie und die Kommunikation des allseitigen Misstrauens nach meiner Erfahrung gut die Hälfte der im Gesundheitswesens eingesetzten Mittel. Ein schlankes Gesundheitsmanagement konzentriert den Mitteleinsatz auf die Kernleistung des Helfens und Heilens und die primäre Wertschöpfung. Ein soziales Gesundheitssystem benötigt also ein konsequentes Versorgungsmanagement im lokalen, regionalen und nationalen Rahmen. Ein solches Management ist eine Führungsaufgabe, die in sozialer Verantwortung wahrgenommen werden muss.

Auch deswegen sollte der Gesetzgeber zurückhaltend sein. Das beste Mittel, um die lokale und soziale Verantwortung zu stärken, ist – im Rahmen des oben skizzierten Regulierungsrahmens für die Krankenversicherungen – Wettbewerbs- und Gestaltungsfreiheit.

#### 4 **Ausblick**

Seit einigen Jahren ereignet sich in erfolgreichen Industrieunternehmen ein epochaler Prozessmusterwechsel. Mit Begriffen wie „Lean Management“ und „Business Reengineering“ wurde ein neues Paradigma der industriellen Produktion eingeführt, das die arbeitsteilige Hierarchie durch eine Teamkultur ersetzt, in der Individualität, Eigenständigkeit, Risikofreude und Kreativität von Menschen ins Zentrum rücken (Glasel und Lievegoed 1993, Hammer und Champy 1994, Champy 1995). Die „Zweite Revolution in der Autoindustrie“ beschreibt das veränderte Denken und Handeln am Beispiel dieser Schlüsselindustrie (Womack et al. 1997a, 1997b).

Die stille Revolution in vielen Organisationen der Wirtschaft schreitet unaufhaltsam fort. „Change Management“ verändert die Kultur sozialer Gemeinschaften und die Führung von Unternehmen, die sich am Markt behaupten und erfolgreich gewinnen wollen (Doppler und Lauterburg 2002). Eine neue team- und kundenorientierte Kultur soll auch in öffentlichen Verwaltungen und gemeinnützigen Organisationen Einzug halten. Diese und vor allem die Einrichtungen des Gesundheitswesens tun sich aber schwer und hinken weit hinter dem industriellen Wandel her. Die Zweite Revolution im Gesundheitswesen steht uns also noch bevor.

Für Europa könnte die Gesundheitsreform zur zweiten Chance werden: Nach der Kommunikationswirtschaft kommt ein Aufschwung der Gesundheitswirtschaft. Wenn diese sozial integriert statt spaltet, schafft sie auch viele neue Arbeitsplätze und neuen gesellschaftlichen Wohlstand.

### Literaturverzeichnis

- Arthur Andersen Health Care (Hrsg.) (2000): *Krankenhaus 2015 – Wege aus dem Paragraphenschlingen*. Frankfurt a. M.
- Breyer, Friedrich et al. (2002): Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsleistungen. In: Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): *Zukunftsmarkt Gesundheit*. Schriftenreihe des BMG, Bd. 145. Baden-Baden, Nomos, 67–224.
- Böcken, J., M. Butzlaff, M. und A. Esche (Hg.) (2000): *Reformen im Gesundheitswesen, Ergebnisse der internationalen Recherche*. Carl Bertelsmann-Preis 2000. Gütersloh, Verlag Bertelsmann-Stiftung.
- Champy, J. (1995): *Reengineering im Management*. Frankfurt a. M.
- Doppler, K. und C. Lauterburg (2002): *Change Management*. 10. Aufl. Frankfurt a. M., Campus.
- Franzkowiak, P. und P. Sabo (Hrsg.) (1998): *Dokumente der Gesundheitsförderung*. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Mainz.
- Glaser, F. und B. Lievegoed (1993): *Dynamische Unternehmensentwicklung*. Bern, Paul-Haupt-Verlag.
- Hammer, M. und J. Champy (1994): *Business-Reengineering*. Frankfurt a. M., Campus.
- Kroy, W., H. Naegler und St. Schug (1999): *Gruppe 42*. AG Langfristige Neuorientierung im Gesundheitswesen, Asklepios-Symposium 1999. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Nefjodow, Leo A. (1997): *Der sechste Kondratieff*. Sankt Augustin, Rhein-Sieg Verlag.
- PricewaterhouseCoopers Deutsche Revision Aktiengesellschaft – Wirtschaftsprüfungsgesellschaft (Hrsg.) (2000): *Industriestudie Konturen: Gesundheit 2010, Die Zukunft des Gesundheitswesens*. Frankfurt a. M., Fachverlag Moderne Wirtschaft.
- Trojan, A. und H. Legewie (2001): *Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen*. Frankfurt a. M., Rhein-Sieg Verlag.
- Womack, J. P., D. T. Jones, D. T. und D. Roos (1997a): *Die zweite Revolution in der Autoindustrie*. München, Heyne.
- Womack, J. P., D. T. Jones, D. T. und D. Roos (1997b): *Auf dem Weg zum perfekten Unternehmen*. Frankfurt a. M., Campus.