

## Im Spannungsfeld zwischen «Gesundheitsmarkt» und verantwortungsvoller Medizin Der Patient als Kunde?

Gerhard Rogler

### Einleitung

Die traditionelle Arzt-Patienten-Beziehung unterliegt derzeit einer Umgestaltung durch politische Vorgaben und Regelungen, die in ihrer äussersten Konsequenz eine Gefährdung des ärztlich-ethischen Handelns darstellen. Die gewollte und gesteuerte Entwicklung zerstört das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, das bei Schwerkranken auch einen Fürsorgeaspekt einschloss, und versucht, ein marktwirtschaftlich geprägtes «Dienstleister-Kunden»-Verhältnis zu erzeugen. Dies wird als Fortschritt gepriesen, da es die «Autonomie» der Patienten stärkt. Sie seien «selbstverantwortliche Kunden», die in einem «Gesundheitsmarkt» die besten «Anbieter» suchten. Gesundheit ist jedoch keine Ware, die erzeugbar, herstellbar oder verkaufbar wäre. Der Schwerkranke, chronisch Kranke, multimorbide Patient, der unsere Fähigkeiten am meisten braucht, kommt im Bild «des autonomen Kunden» nicht vor. Krankheit schränkt ihrer Natur nach Autonomie ein. Der Schwerkranke kann nicht mehr autonom entscheiden, er sucht Hilfe und Rat. Der Schwerkranke, chronisch Kranke oder Multimorbide fällt durch die Raster der marktwirtschaftlich orientierten Gewinnmaximierung. Die Unterordnung unter die Gebote des Marktes stärkt die Nichtbedürftigen und benachteiligt die Kranken. Wirklich Kranke aber dürfen nicht zum Objekt von «Marktplanungen» werden. – Der «Patient als Kunde» kann damit nur gelten für Gesunde, die unserer Tätigkeit wenig bedürfen.

### Die Ökonomisierung der Medizin als Ursache eines grundlegenden Strukturwandels der Arzt-Patienten-Beziehung: der «Gesundheitsmarkt»

Die Gesundheitssysteme der westlichen Industrieländer wandeln sich derzeit grundlegend. Dieser Wandel hat Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient und verändert damit letztlich das Berufsbild des Arztes.

Ein Kennzeichen des Strukturwandels der medizinischen Versorgung ist eine voranschreitende «Probabilisierung der Medizin»: Entscheidungen zu diagnostischen Vorgehensweisen oder zu therapeutischen Massnahmen werden immer häufiger aufgrund von statistischen Eintrittswahrscheinlichkeiten getroffen. Verbunden damit ist eine Verdrängung der «Individualmedizin», die die Lebensumstände des individuellen Patienten in das Zentrum der Behandlung stellt.

Noch mehr als durch die Probabilisierung der Medizin ist der zu konstatierende Wandel der Medizin aber von einer ständig steigenden Ökonomisierung des

### Dans le champ de tension entre «marché de la santé» et médecine responsable

### Le patient en tant que client?

La relation médecin-patient traditionnelle subit actuellement une mutation induite par des directives et réglementations politiques, dont la conséquence ultime constitue une menace pour l'action éthico-médicale. Cette évolution voulue et commandée détruit la relation de confiance entre le médecin et le patient qui, chez les personnes gravement malades, incluait aussi une forme d'assistance et tente d'instaurer une relation «prestataire-client» gouvernée par des critères économiques. Elle est qualifiée de progrès, car elle renforce l'«autonomie» des patients. Ceux-ci seraient des «clients responsables» cherchant les meilleurs «prestataires» sur le «marché de la santé». La santé n'est cependant pas une marchandise qu'il serait possible de produire, de fabriquer ou de vendre. Le patient gravement malade, souffrant d'une maladie chronique, multimorbide, qui a le plus besoin de nos capacités ne cadre pas avec ce tableau du «client autonome». Par nature, la maladie restreint l'autonomie. Le patient gravement malade n'est plus en mesure de prendre des décisions autonomes, il cherche de l'aide et des conseils. Le patient gravement malade, souffrant d'une maladie chronique, multimorbide tombe à travers les mailles d'une maximisation des profits selon des critères économiques. L'assujettissement aux commandements du marché conforte ceux qui ne sont pas dans le besoin et désavantage les malades. Les personnes vraiment malades ne doivent cependant pas devenir l'objet des «planifications du marché». – Le «patient en tant que client» ne peut donc s'appliquer qu'aux personnes en bonne santé qui ont peu besoin de notre activité.

Korrespondenz:  
Prof. Dr. med. Dr. phil.  
Gerhard Rogler  
Klinik für Gastroenterologie  
und Hepatologie  
Departement für Innere Medizin  
UniversitätsSpital Zürich  
Rämistrasse 100  
CH-8091 Zürich  
gerhard.rogler@usz.ch

medizinischen Handelns bestimmt. Äussere Kennzeichen hierfür sind nicht nur die Privatisierung von Spitälern, die Entstehung grosser Spital- oder Praxisketten oder der Verkauf solcher privaten Spitalketten ins Ausland, sondern auch die Umdeutung der Rolle des Arztes als «Dienstleister» und der des Patienten als «Kunden». Durch Interventionen der Gesetzgebung wurde ein Ökonomisierungsdruck auf die Institutionen des Gesundheitswesens wie Spitälern und Privatpraxen aber auch Krankenkassen [1] ausgeübt, Eigenschaften einzelwirtschaftlich handelnder und konkurrierender Unternehmen anzunehmen. Das kann nicht ohne Folgen auf das Arzt-Patienten-Verhältnis bleiben. Dieser Ökonomisierungsdruck kann durch zukünftige Massnahmen, wie z.B. die Einführung der DRGs, die in Deutschland nach der Meinung vieler nur wenige Verbesserungen, aber viele Verschlechterungen [2] der medizinischen Praxis gebracht haben, noch steigen.

Diese Ökonomisierung der Medizin wandelt unmerklich aber stetig die Arzt-Patienten-Beziehung, sie wirkt sich auf Patientenautonomie und Handlungsfreiheit des Arztes aus. Scheinbar – und das ist ein Argument der Politik gegenüber der Öffentlichkeit – fördert sie die Autonomie der Patienten. In Wirklichkeit – das wird noch zu zeigen sein – schränkt sie diese Autonomie massiv ein.

Durch die sich verändernden (ökonomischen) Strukturen werden medizinische Entscheidungen vorweggenommen, es ergeben sich sogenannte Sachzwänge, die der Arzt-Patienten-Beziehung bereits vorgängig sind: «Innerhalb weniger Jahrzehnte ist aus der Arzt-Patienten-Beziehung als einer Begegnung zweier Menschen, die in der Regel persönlich miteinander bekannt waren, die wichtigste «Schnittstelle» geworden zwischen einem hoch arbeitsteiligen Medizinsystem und dem Individuum, das dessen Leistung in Anspruch nimmt.» Wie Hagen Kühn in seinem Text «Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin» bereits 1996 vermerkt [3]: «Es fallen hier Entscheidungen nicht nur über Gesundheit und Krankheit der Individuen, sondern auch über das Schicksal erheblicher Investitionen [...]. Die Arzt-Patienten-Beziehung hat also auch die Eigenschaften eines Arbeitsprozesses, der durch Veränderungen von Finanzierung und Struktur des Gesundheitswesens unweigerlich ebenfalls verändert wird.» Die Steuerung der Arzt-Patienten-Beziehung und der Entscheidungen von Arzt und Patient durch politische Interventionen ist zum Dreh- und Angelpunkt der neuen Strategien im Gesundheitswesen geworden.

Experten bescheinigen dem sogenannten «Gesundheitsmarkt» eine ungebremste Zukunft. Dieser neue Gesundheitsmarkt bewirke «einen elementaren Umbruch des Arzt-Patienten-Verhältnisses: Der Patient wird zum Kunden! Der Arzt zum Unternehmer!». Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender der Rhön-Klinikum AG, erklärte am 12. Oktober 2005: «Ich behaupte sogar, dass Medizin im Wesentlichen ein Kon-

sumgut ist ... Konsum lässt sich kaum mit Daseinsvorsorge umschreiben, sondern gehört zu dem, was wir mit Wirtschaft umschreiben.»

Beispiele für Ärzte, die diesen Wandel optimal assimiliert haben, gibt es bereits: Eine «vollständige Untersuchung Ihrer Augen inklusive Glaukomvorsorge, Makulavorsorge und Brillenberatung» wollte ein Anbieter unter dem Namen «okulist2003» im Internetauktionshaus E-Bay zur Versteigerung anbieten. Erfindungsreiche Unternehmensberater sprechen bereits davon, dass sich der «Gesundheitsmarkt [...] vom Anbieter zum Nachfragemarkt» entwickelt. Sie konstatieren, dass «der Patient [...] markenorientierter» wird und dass er mehr erwartet. «Die Ansprüche an Ärzte, Therapien und Medikamente steigen. [...] Immer mehr Patienten verstehen sich als Handelnde statt als Behandelte. Diese kritischen, selbstbewussten und aktiven *Gesundheitskunden* haben hohe Erwartungen und Anforderungen an den Markt. Sie wollen mitreden, mitgestalten und mitentscheiden, wenn es um ihre Gesundheit geht. Der gesundheitshungrige Kunde [...] sucht [...] den aktiven Dialog mit den anderen Marktakteuren.»

### Steuerungsmechanismen der Arzt-Patienten-Interaktion

Um die Arzt-Patienten-Interaktion zu steuern, wird eine Verschiebung des Einflusses von der Anbieterseite zur «Finanzierungsseite» sanktioniert. Nicht mehr der Arzt bestimmt das Angebot, sondern in immer grösserem Umfang die Krankenkassen [4]. Es ist interessant zu beobachten, dass die Vergütung für ein Medikament, das in der Schweiz aktuell aufgrund des Verkaufes der Firma nicht mehr zugelassen ist, das jedoch besser verträglich und sogar noch billiger ist als das in der Schweiz zugelassene Vergleichspräparat, das auch noch vom Vertrauensarzt der Kasse zur Bezahlung empfohlen wurde, von einem Verwaltungsangestellten einer Krankenkasse abgelehnt wird.

Die Selbstdarstellung der Krankenkassen ist natürlich eine ganz andere. Sie treten als «Anwalt des Patienten gegenüber dem Arzt» auf. Damit scheinen der Patient zum Kunden und die Krankenkasse zur Kundenvertretung zu werden. In Wirklichkeit ist es aber so, dass der Patient nur in einem Feld des Gesundheitsmarktes [5] als Kunde auftreten kann, in dem er den Arzt lediglich bedingt braucht. Der Patient als Kunde wird als selbstbestimmt, intellektuell und unabhängig (auch oder gerade von Juristen) vorgestellt; der alte, chronisch Kranke, möglicherweise demente Patient kommt in diesem Bild oder Verständnis des Gesundheitsmarktes nicht vor.

Ein wichtiges, zunehmend intensiv genutztes Steuerungselement ist die (zumindest teilweise) Übertragung des wirtschaftlichen Risikos der Patientenversorgung von den Versicherungen auf die «Anbieter» der Gesundheitsleistung, also die Ärzte trotz des Verlustes der Kontrolle der «Angebotsbreite». Eine Berech-

tigung zur Risikoübertragung auf die Ärzteschaft kann es nur geben, wenn das klassische Arztbild aufgegeben wird und der Arzt im Rahmen eines ökonomischen Marktsystems als Dienstleistungsanbieter verstanden wird. So wird letztlich begründet, warum er überhaupt ein finanzielles Risiko übernehmen soll.

### **Auswirkungen der gesundheitspolitischen Interventionen auf die Arzt-Patienten-Beziehung**

Wie wirken sich diese Interventionen aus? Insgesamt ist zu konstatieren, dass der wirtschaftliche Erfolg medizinischer Einrichtungen zunehmend davon abhängt, inwieweit es gelingt, das Arzt-Patienten-Verhältnis nach betriebswirtschaftlichen Kriterien zu beeinflussen.

Nach Einführung der DRG in Deutschland erwies es sich z. B. für wirtschaftlich schwächer gestellte, kleinere Spitäler als notwendig, möglichst wenig Personal zu beschäftigen, weniger diagnostische und therapeutische Massnahmen durchzuführen, Patienten mit einer Vielzahl von Erkrankungen zu meiden und generell Patienten möglichst früh zu entlassen. Dies beeinflusste konsequent die Zeit, die ein Arzt für einen Patienten aufbringen kann, massgeblich. Um die Wirtschaftlichkeit steigern zu können, müssen die medizinischen Leistungen normiert werden. Nur so ist eine Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern möglich. Um Leistungen vergleichen zu können, müssen detaillierte Informationen über die erbrachten Behandlungen erhoben werden. Die Arzt-Patienten-Beziehung muss zur Informationsgewinnung ausgebeutet werden. Es werden Behandlungsdaten aufbereitet und Indikatoren für Input und Outcome gesucht. Zudem werden wirtschaftliche Daten für einzelne Ärzte, Patienten, Fälle und Prozeduren erhoben.

«Transparenz» ist hier ein viel gebrauchtes Schlagwort. Es entstehen damit diagnose-, therapie- aber auch patienten- und arztbezogene Kostenrechnungen. Die Arzt-Patienten-Beziehung selbst wird ein Gegenstand der Kostenanalyse und -kalkulation. Es können auf der genannten Datenbasis Verlust- oder Gewinndiagnosen bzw. -patienten identifiziert werden; Krankheiten können nach ihrer Profitabilität unterschieden werden. Von jeder/jedem beliebigen Ärztin/Arzt weiss man dann letztlich, ob sie/er dem Spital Gewinn oder Verlust einbringt. Dies führt an den privatwirtschaftlichen Spitzalketten in Deutschland z. B. dazu, dass regelmässig Ärzte zu den kaufmännischen Direktoren zitiert werden, die über den eigentlichen Aufnahmegrund hinaus noch weitere Diagnostik betreiben und z. B. bei einem Patienten, der für einen Herzkatheter hospitalisiert wurde, noch einen Diabetes Typ 2 feststellen und diesen einstellen wollen.

Durch die Verknüpfung der erhobenen medizinischen Daten einerseits mit den betriebswirtschaftlichen Daten entsteht eine informationelle Basis zur betriebswirtschaftlichen Steuerung der Arzt-Patienten-

Beziehung und der in ihrem Rahmen getroffenen Entscheidungen zu Diagnose, Therapie, Überweisung und Entlassung.

### **Die Ökonomisierung der Medizin bedingt zunehmende Kontrollen und eine Bürokratisierung der Arzt-Patienten-Interaktion**

Die monetäre Steuerung der Arzt-Patienten-Beziehung ist aufgrund der komplexen personenbezogenen Dienstleistungen unglücklicherweise selbst sehr komplex. Sie kann von den Anwendern, also den Ärzten, assimiliert und ausgenutzt werden. So zeigen z. B. die Erfahrungen in Deutschland, dass sich durch «geschicktes Kodieren» die Gruppierungen der DRGs manipulieren lassen und damit im Einzelnen für ein Spital höhere Entgelte erzielt werden können. Beinahe jede Klinik hat daher ihre eigenen «DRG-Kodierer» eingestellt, die sich meist aus medizinischen Berufsanfängern rekrutierten, was zum Ärztemangel in vielen ländlichen Gebieten Deutschlands beigetragen hat. Die Folge dieses Ausnutzens der Freiräume des Systems führt zu einer Verfeinerung der Kontrollen durch die Krankenkassen, die wiederum assimiliert werden können. Es entsteht ein System von Kontrollen, Versuchen, diese Kontrollen auszuhebeln und zu umgehen, Kontrollmassnahmen, die das Aushebeln der Kontrollmassnahmen verhindern sollen usw. Ein wachsender Teil der personellen Ressourcen geht so in Management und Verwaltung und wird patientenbezogenen Tätigkeiten entzogen. Dies führt dazu, dass kostenrelevante strategische Entscheidungen aus dem individuellen Arzt-Patienten-Verhältnis ausgelagert werden und auf die Organisation übertragen werden.

Damit finden sich Ärztinnen und Ärzte in einem fundamentalen Konflikt wieder; auf der einen Seite steht der hilfeschuchende Patient mit seiner Loyalitätserwartung und auf der anderen Seite die Spitalleitung mit ihrem Sanktionssystem. Die neue Steuerbarkeit der ärztlichen Leistungen, d. h. deren Dienstleistungscharakter und die Möglichkeit, nur bestimmte Dienstleistungen anzubieten, lässt solche «Dienstleistungsunternehmen» für grosse Kapitalanleger interessant werden.

Naturgemäss wird sich die Suche nach Kostendämpfungsstrategien der ökonomisch orientierten Spitzalketten dahin wenden, ungünstige, wenig gewinnbringende Diagnosen und damit Patienten, also z. B. die chronisch kranken alten Menschen aus den unteren sozialen Schichten, aus ihren Spitälern fernzuhalten. Dieses Verhalten ist der konsequente Ausdruck des Prinzips des wirtschaftlichen Wettbewerbes. Wettbewerb bedeutet Selektion. Für ein Spital in einem komplett ökonomisierten Gesundheitssystem stellt derjenige den idealen Patienten dar, der über ein hohes Einkommen verfügt, privat versichert ist und an einer gut kalkulierbaren Erkrankung leidet (deren Therapie im kommenden DRG-System mit einer günstigen Fallpauschale vergütet wird).

### Patientenautonomie in einer ökonomisierten Medizin

Um autonom über die eigene medizinische Behandlung entscheiden zu können, ist es notwendig, alle wesentlichen Informationen zur Verfügung gestellt zu bekommen, die diese Entscheidung beeinflussen können. Hier sind vor allem medizinische Informationen über Nebenwirkungen, Risiken und Wahrscheinlichkeit eines Behandlungserfolges zu nennen. Die Aufgabe des Arztes als Dienstleister scheint in der heutigen Medizin vor allem im Verfügbarmachen der vorhandenen Evidenzen, also der vorhandenen Eintrittswahrscheinlichkeiten von Ereignissen, zu liegen. Die Interpretation der Bedeutung dieser Eintrittswahrscheinlichkeiten für die eigene Lebensführung und die Verantwortung für die Entscheidung wird dem Patienten als mündigem Kunden übertragen. Der Patient ist jedoch vielfach mit der Interpretation der statistischen Daten für die eigene Lebenssituation vollkommen überfordert.

Eine probabilistische Medizin erweckt den Eindruck einer zunehmenden wissenschaftlichen Exaktheit, ohne damit für das Individuum irgendetwas erreichen zu können: Da nur kollektivbezogene Wahrscheinlichkeiten vorhanden sind, tritt das Kollektiv gegenüber dem Individuum in der ökonomisierten Medizin in den Vordergrund. Die scheinbare Möglichkeit, auf exakte und verfügbare Daten zurückgreifen zu können, die jedoch im individuellen Fall wertlos sind, macht in einer ökonomisierten Medizin dennoch die Weitergabe dieser verfügbaren Daten an den Patienten notwendig. Daraus entwickelt sich ein Informationskonzept, das weder logisch fundiert noch erkenntnistheoretisch abgesichert und damit als Folge ethisch fragwürdig ist. Der Patient als autonomer Kunde ist aus psychologischen und objektiven Gründen mit den statistischen Angaben, die er in der Patientenaufklärung bekommt, notwendigerweise überfordert. Die neutrale Vermittlung von Eintrittswahrscheinlichkeiten wird scheinbar zur Gewährleistung der Patientenautonomie notwendig, trägt aber andererseits dazu bei, dass Medizin unpersönlich und individualisiert wird. Aufklärung und Patientenautonomie entpflichten jedoch nicht von ärztlichen Entscheidungen.

Je gravierender eine Erkrankung ist, je hilfsbedürftiger der Patient, je älter der Patient, je chronischer sein Leiden ist, je mehr er zu den sozial Schwachen zählt, umso weniger kann er eine autonome, selbstbestimmte Kundenrolle einnehmen, desto weniger Souveränität wird er besitzen. Das Bild des Patienten als Kunden passt also nur für die sozial starken (und damit gebildeten), wenig beeinträchtigten Patienten, die der dringenden ärztlichen Hilfe gar nicht benötigen. Ein System wird also an einem Leitbild umgestaltet, das die wirklich Hilfsbedürftigen, also die «eigentlichen» Patienten, ausklammert, was die Fragwürdigkeit dieses Ansinnens verdeutlicht. Die Beziehung zwischen Arzt und diesen hilfesuchenden, leidenden

Patienten darf aus *ethischen* Gründen keine Geschäftsbeziehung sein. Diesen Patienten muss der Arzt beistehen, auch wenn es unter Umständen seinen wirtschaftlichen Interessen widersprechen sollte. Wenn in solchen Fällen versucht wird, Patienten als Kunden zu sehen, wird aus der ärztlichen Tätigkeit eine «ökonomische Wertschöpfung» mit Hilfesuchenden.

### Widersprüche im ökonomisierten Bild des Patienten als Kunden

Unter der Überschrift: «Das Zukunftsinstitut entwirft die Medizin des Jahres 2010» ist im Internet Folgendes zu lesen [6]: «Gesundheit wird nicht mehr durch ein Gesundheitssystem an den Kranken herangebracht. Gesundheit entspricht einem Bedürfnis des Individuums, das aus dem Angebot des Gesundheitsmarktes wählt. Dementsprechend verändert sich die Rolle des Arztes. Als Medizinberater verliert er die Hoheit über den Patienten. Im Zentrum steht künftig der Patient als Kunde, der von Ärzten, Naturmedizinern und (Psycho-)Coaches umsorgt wird. [...] Die Souveränität des Patienten äussert sich in der Entscheidung darüber, wie er seine Behandlung gestalten möchte. Der Umgang mit Medizin und Wellness nimmt damit lustvolle Dimensionen an. Nahrungsmittel und Medikamente erhalten in diesem Kontext eine neue Funktion. Mit ihrer Hilfe kann der Patient seine Gesundheit und seine körperliche Verfassung optimieren.»

Dieses Bild des Patienten als Kunden kann in seiner vollen Ausprägung nur auf im Prinzip Gesunde zutreffen. Der Gesundheits- und Wellnessmarkt muss von der Behandlung wirklich Kranker viel stärker in der Diskussion getrennt und unterscheiden werden. Eines der grössten Herausforderungen, vor denen unsere Gesundheitspolitik derzeit steht, ist die Vermischung und Verzahnung der beiden Bereiche – zum Nachteil der wirklich Kranken. Beim Stichwort «Gesundheitsmarkt» geht es häufig um Kunden in einem Optimierungsmarkt, in dem Lustgewinn im Vordergrund steht. *Der chronisch Kranke, der Alte, der Demente, der aufgrund der kontinuierlichen Kosten keine Optimierungsleistungen, sondern eine adäquate Grundversorgung bekommen sollte, kann letztlich durch diese fehlende Trennschärfe nur Schaden nehmen.*

Die Interpretation des wirklich Kranken als Kunden ist unsinnig und widersprüchlich. In überschaubaren und risikoarmen Bereichen ist das Bestreben des zu Behandelnden, in eine Kundenbeziehung einzutreten, nachvollziehbar. In Bereichen der wirklichen schweren Gefährdung für Gesundheit und Leben versteht sich jedoch kaum ein Mensch als Kunde. Denn je kränker oder pflegebedürftiger ein Mensch ist, desto geringer ist die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen. Im Vordergrund stehen dann Unsicherheit und Ängste sowie der Wunsch nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung. Die Suche des wirklich Kranken nach Hilfe, erfolgt in der Regel zunächst unspezifisch und wird erst durch die Fachkompetenz des Arztes zu einer Frage nach konkreten Leistungen. Wirkliches «Krank-Sein»

ist mit Ängsten, Schmerzen und Hilfsbedürftigkeit verbunden, daher sucht der Kranke Vertrauen gegenüber dem Helfer.

Für den (Schwer-)Kranken ist die Gesundheit kein Produkt, um das er als Kunde handeln kann. Im Gegensatz zu Wellness und «Gesundheitsergänzungs- oder -optimierungsleistungen» lässt sich für den Kranken Gesundheit nicht von einem Produzenten kaufen. Gesundheit lässt sich für den chronisch oder unheilbar Kranken eben nicht einfach herstellen. Der Kranke kann nicht ein Stück einer guten Gesundheit von einer Person mieten oder kaufen. Zwischen Patienten im Sinne von wirklich Kranken und Ärzten kann daher kein Dienstleister-Kunden-Verhältnis existieren wie auf einem normalen Markt. Dem Kranken eine mehr oder weniger ansprechende Ware zu verkaufen, die der Patient, je nach Laune oder Belieben, auch ungekauft lassen oder bei Nichtgefallen zurückgeben kann, spiegelt nicht das Verhältnis des wirklich Kranken zum Arzt wieder. Der Kranke ist nicht Kunde, sondern, weil er sich selbst nicht helfen kann, Hilfesuchender. Wir finden nicht die Rollen von Verbraucher und Verkäufer, sondern eher die einer Person und ihrem Treuhänder. Dieser Treuhänder erfüllt seine Arbeit nicht am Kollektiv, sondern an einem Individuum. Jeder neue Patient bedeutet eine neue Situation, es muss individuell ermittelt werden, was angemessen, sinnvoll, aber natürlich auch wünschenswert ist.

Mit anderen Worten: In der Masse, in der ein Patient auf Hilfe hofft oder sie sucht, tritt seine potentielle Rolle als Kunde in einem Gesundheitssystem in den Hintergrund. Hilfe muss für den Arzt jeder ökonomischen Überlegung vorausgehen. Wenn ein Patient durch ein Medikament, das u. U. Millionen kostet, zu retten ist, wird er eingesetzt. Der Versuch, dieses Primat der Hilfe zu ökonomisieren, zerstört die Professionalität der Helfer.

### Offene Fragen

Wegen des zentralen Charakters der Arzt-Patienten-Beziehung haben ihre Veränderungen oder Einflüsse auf sie einen auch politisch relevanten Stellenwert. Daher ergeben sich verschiedene Fragen, die auch politisch bedeutend sind:

- Wie können die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin nicht ausgehöhlt wird?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für das Arzt-Patienten-Verhältnis im Hinblick auf chronisch kranke und demente Menschen?

- Soll die Entwicklung des Arztes zum Dienstleister und des Patienten zum Kunden reguliert und kontrolliert werden und wenn ja, wie soll das geschehen?
- Wie sind Rechte und Pflichten von informierten Patientinnen und Patienten nebeneinander zu gewichten? Wie ist ein entsprechendes Patienten- bzw. Patientinnenethos zu entwickeln?

Wir als Ärzte sollten diese Fragen intensiv – auch mit Politikern – diskutieren. Es wäre ein schwerer Fehler im Sinne des «Anwaltseins für Kranke», auf die Mitsprache in den aktuellen Diskussionen zu verzichten. Gerade als Anwalt der wirklich Kranken und nicht der Gesunden/Wellnesssuchenden, sind wir als Ärztinnen und Ärzte gefordert. Die Suche nach Antworten auf die drängenden Fragen wird leichter werden, wenn wir die Bereiche, um die es gehen soll, klar definieren und abgrenzen. Das Ziel einer ethisch fundierten Arzt-Patienten-Beziehung sollte zentral bleiben.

### Fazit

Der Patient ist Kunde  
gilt nur für Gesunde.  
Bist du aber krank und alt,  
hast ein bescheidenes Gehalt,  
hast auch kein Medizindiplom,  
dann bist du auch nicht autonom.

### Anmerkungen

- 1 Die sich als Zeichen des Strukturwandels nun teilweise auch schon als «Gesundheitskassen» bezeichnen.
- 2 So wurden z.B. 10–15 % der Stellen aus dem Bereich der unmittelbaren medizinischen Versorgung (Ärztinnen/Ärzte, Pflege, Assistenzberufe) in Stellen im Bereich des Controllings, der DRG-Kodierung u. ä. umgewandelt.
- 3 Kühn H. Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; 1996.
- 4 Im Grunde ist natürlich der Patient über seine Krankenkassenbeiträge der Finanzier des Gesundheitswesens. Die Krankenkassen sind letztlich nur die Verwalter des eingezahlten Patientenvermögens, auch wenn Sie sich gerne in einer anderen Rolle sehen.
- 5 Wobei es an sich schon interessant ist, dass immer nur von «Gesundheitsmarkt» gesprochen wird, wenn es um Krankheiten geht.
- 6 Quelle: medizin.de: Pressemeldung, September 2006.