

Die Entwicklung der Arzt-Patienten-Beziehung in Deutschland in den letzten Jahren aus Sicht von Vertretern der Ärztekammern und der Kassenärztlichen Vereinigungen

Development of the Physician-patient Relationship in Germany during the Last Years from the Perspective of the Heads of Chambers and KVs

Autoren

C. Thielscher, B. Schulte-Sutrum

Institut

Medizinökonomie, FOM Hochschule für Oekonomie und Management, Essen

Schlüsselwörter

- Arzt-Patienten-Beziehung
- Rolle des Arztes
- Erwartungen der Patienten

Key words

- physician-patient relationship
- role of physicians
- patients' expectations

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0034-1384567>
 Online-Publikation: 14.10.2014
 Gesundheitswesen 2016; 78: 8–13
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Christian Thielscher
 Medizinökonomie
 FOM Hochschule für
 Oekonomie und Management
 Sigsfeldstraße 5
 45141 Essen
christian.thielscher@fom.de

Zusammenfassung



Einleitung: In einigen Medien wird die Meinung vertreten, die Arzt-Patienten-Beziehung habe sich in den letzten Jahren verschlechtert. In dieser Untersuchung wurde analysiert, ob dies zutrifft, ob die Aussage sich differenzieren lässt, welche Gründe für Veränderungen es gibt und ob man die Arzt-Patienten-Beziehung verbessern kann.

Methodik: Mit 8 Vorsitzenden bzw. Präsidenten von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen wurden ausführliche Interviews geführt; 3 weitere beantworteten schriftlich einen Fragebogen. Alle Aussagen wurden inhaltsanalytisch untersucht.

Ergebnisse: Es ist nicht „die“ Arzt-Patienten-Beziehung, die sich ändert, sondern eine ganze Reihe von Themenfeldern, z.B. das Image der Ärzteschaft, die Rolle des Arztes, das Verhalten der Patienten, die Rahmenbedingungen u.a. Das Vertrauen in der je einzelnen Arzt-Patienten-Beziehung hat sich nicht geändert. Bei den Themen, bei denen eine Änderung vorliegt, wurde eine Reihe von Gründen genannt, ebenso vielfältige Maßnahmen zur Verbesserung.

Schlussfolgerung: Eine Analyse „der“ Arzt-Patienten-Beziehung greift zu kurz, stattdessen sollte entlang der o.g. Themenfelder differenziert werden. Es wird empfohlen, diese qualitativen Ergebnisse, so weit möglich, quantitativ zu untersuchen. In einigen Bereichen können Kammern und KVen Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung selbst positiv beeinflussen, in anderen nur mittelbar.

Einleitung



Das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten in der Arzt-Patienten-Beziehung zu erhalten und zu fördern ist eines der wichtigsten Ziele aller ärztlichen Tätig-

Abstract



Introduction: In some media the opinion is expressed that the physician-patient relationship has deteriorated in the past few years. In the present study we have analysed the validity of this statement, if it can be differentiated, what the reasons for it may be and in what ways the physician-patient relationship can be improved.

Methods: 8 chairmen or presidents of chambers of medicine or associations of statutory health insurance physicians were comprehensively interviewed; another 3 gave written replies to a questionnaire. All statements were subjected to an analysis of content.

Results: It is not the physician-patient relationship that has changed but rather a whole series of thematic fields, e.g., the image of the medical profession, the role of the physician, the behaviour of the patients, and the general circumstances, etc. The belief in the individual physician-patient relationship has not changed. For those topics in which changes have occurred, a series of reasons has been mentioned, and numerous proposals for improvements have been made.

Conclusion: An analysis of “the” physician-patient relationship is not enough, instead a differentiation along the interfaces of the above-mentioned topics should be undertaken. It is recommended that these qualitative results should, as far as possible, be examined quantitatively. In some areas the chambers and the statutory health insurance physician associations could themselves positively influence the physician-patient relationship directly, in other aspects also indirectly.

keit und wird als solches an erster Stelle in der Präambel der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzte und Ärztinnen aufgeführt [1]. Manchen Medien zufolge hat dieses Verhältnis in den letzten Jahren gelitten: so zitiert die Bertelsmann Stiftung in ihrem Newslet-

ter 2/2012 die Umfrage „Reader's Digest European Trusted Brands 2010“, eine Sendung des Südwestdeutschen Rundfunks von 2010 und einen Artikel des Sächsischen Ärzteblattes von 2003 [2] und schließt daraus auf „Image-Verluste“; in einer etwa zeitgleichen Publikation deuten dieselben Autoren dies als „in letzter Zeit gehäuft zu beobachtende Medienberichte über ein nachlassendes Vertrauen der Bevölkerung in die Ärzteschaft, hervorgerufen durch Fälle von Abrechnungsbetrug, durch die unterschiedliche Behandlung von Kassen- und Privatpatienten oder auch den zunehmenden „Verkauf“ von „IGeL“-Leistungen in der Praxis“ [3]. Zwar ist es fraglich, ob die zitierten Quellen überhaupt ausreichen, um einen Vertrauensverlust zu belegen (die Originaluntersuchung, die vom Magazin Reader's Digest veröffentlicht wurde, findet bei der Frage nach den vertrauenswürdigsten Berufen in Deutschland die Berufsgruppe der Ärzte sowohl 2004, als auch 2011 auf dem fünften Platz, bei geringem prozentualen Rückgang der Nennungen (2004=86%, 2011=80%) [4]; andere Untersuchungen weisen eher in die andere Richtung [5]), aber dennoch hielten wir es angesichts der Bedeutung des Vertrauens für die Arzt-Patienten-Beziehung für wichtig, einmal genauer zu untersuchen, ob sich eine Änderung validieren lässt und, falls dies der Fall ist, Gründe dafür aufzufinden und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation abzuleiten sind. – Je einzelne Patienten und ihre Ärzte erfahren das Arzt-Patienten-Verhältnis aus erster Hand. Leiter ärztlicher Organisationen – die oft selbst ärztlich tätig sind – erhalten darüber hinaus Informationen von vielen Ärzten und ihren Patienten und können daher möglicherweise Veränderungen besonders gut registrieren und kommentieren. Ziel dieser Untersuchung war daher die Beurteilung der Arzt-Patienten-Beziehung aus Sicht der Präsidenten bzw. Vorsitzenden von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Anhand dieser Ergebnisse sollte das Problemfeld differenzierteren Analysen zugänglich werden (in der Literatur wird z.B. nicht immer hinsichtlich verschiedener Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung unterschieden – s. Diskussion) und es sollten zugleich Handlungsfelder sichtbar werden, die zur Stärkung der Arzt-Patienten-Beziehung beitragen können. Die zentralen Forschungsfragen der Arbeit waren demnach:

- Befindet sich die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel? Wenn ja, in welcher Weise und lässt sich die Fragestellung genauer differenzieren?
- Welche Gründe gibt es dafür (falls es einen Wandel gibt)?
- Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden, um die Arzt-Patient-Beziehung zu verbessern?

Methodik



Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Präsidenten bzw. Vorsitzenden der jeweils 10 größten Ärztekammern bzw. Kassenärztlichen Vereinigungen (nach Mitgliederzahl) befragt. Hierzu wurden zunächst die entsprechenden Personen identifiziert, anschließend per Mail kontaktiert und um die Gelegenheit zu einem Interview gebeten. Insgesamt resultierten 8 Zusagen zu einem Interview sowie 3 schriftliche Beantwortungen unserer Fragen, was einer Teilnahmequote von 55% entspricht. Sofern von den Angeschriebenen gewünscht, haben wir mit den von ihnen benannten Stellvertretern bzw. (in einem Fall) mit dem stellvertretenden Geschäftsführer gesprochen (● Tab. 1). Die Gespräche wurden im Sinne eines Tiefeninterviews geführt, um das Problemfeld strukturiert zu analysieren [6]. Tiefeninterviews sind ein etabliertes Instrument der Sozialforschung [7] und der Marktforschung; in letzterer wurden sie vor 50 Jahren zuerst unter der Bezeichnung „depth interview“ in den Vereinigten Staaten von Amerika eingesetzt [8]. Im Unterschied zu Fragebogeninterviews ist beim Tiefeninterview nur ein Fragengerüst vorgegeben, das der Interviewer je nach Situation erweitert [9]. Die telefonisch geführten Interviews erstreckten sich über jeweils ca. 30–60 min und wurden im Anschluss schriftlich niedergeschrieben. Auf dieser Niederschrift beruhte die kategoriengeleitete Inhaltsanalyse (nach Mayring [10], modifiziert), die sich darauf richtete, Anzeichen und Ursachen einer Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung und des Vertrauens der Patienten aufzufinden und Maßnahmen zur Verbesserung abzuleiten. (Einer der Befragten sprach von einer „Patienten-Arzt-Beziehung“, um die Bedeutung des Patienten zu betonen.)

Das Fragebogengerüst umfasste die folgenden Fragen:

- 1) Befindet sich die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel? Wenn ja, wie äußert sich dies in der medizinischen Praxis?
- 2) Welche Gründe könnten zur Veränderung des Arzt-Patienten-Verhältnisses geführt haben? Bitte auch nach Wichtigkeit bewerten: 1 = sehr wichtig, 6 = unwichtig. Beispiele:
 - (Falsche) kommerzielle Anreize für Ärzte
 - Kommunikation der Kassen
 - Kommunikation der Politik
 - Zunehmende Komplexität der Medizin
 - Andere.
- 3) Kann man die Veränderung messen, z.B. anhand der Anzahl von Beschwerden von Patienten? Hat sich das Beschwerdebild geändert?

Tab. 1 Interviewpartner, alphabetisch sortiert.

Nr.	Name	Funktion (Ärztekammern)	
1	Dr. med. Ulrich Clever	Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg	telefonisches Interview
2	Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach	Präsident der Landesärztekammer Hessen	schriftliche Beantwortung
3	Ulrich Langenberg	Stellvert. Geschäftsführer der Ärztekammer Nordrhein	telefonisches Interview
4	Dr. med. Martina Wenker	Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen	telefonisches Interview
5	Dr. med. Theodor Windhorst	Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe	schriftliche Beantwortung
Nr.	Name	Funktion (Kassenärztliche Vereinigungen)	
6	Dr. med. Jörg Berling	Stellvert. Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen	telefonisches Interview
7	Frank Dastych	Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	telefonisches Interview
8	Dr. Peter Heinz	Stellvert. Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz	telefonisches Interview
9	Dr. med. Wolfgang Krombholz	Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern	telefonisches Interview
10	Dr. med. Angelika Prehn	Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin	telefonisches Interview
11	Dr. med. Dipl. Oec. med. Monika Schlifke	Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein	schriftliche Beantwortung

- 4) Sehen Sie eine Spannung zwischen der Vergütung [ärztlicher Leistungen, z. B. der sprechenden Medizin und des daraus resultierenden Zeitbudgets] und den Erwartungen [der Patienten] an die Ärzte?
- 5) Ist ein informierter Patient ein Gewinn oder zusätzliche Belastung für die Behandlung?
- 6) Welche Maßnahmen sollten ergriffen werden, um die Arzt-Patient-Beziehung zu verbessern?
- 7) Kennen Sie evtl. empirische Studien, die den Wandel der Arzt-Patient-Beziehung bekräftigen [oder widerlegen]?

Ergebnisse

Die Angaben der Befragten werden im folgenden in 3 Themenblöcken zusammengefasst: in welcher Weise hat sich die Arzt-Patienten-Beziehung (wenn überhaupt) verändert, welche Gründe gibt es dafür, und wie könnte man sie verbessern?

Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung

Alle Gesprächspartner, so weit sie sich dazu geäußert haben (10 von 11), sind der Meinung, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung geändert hat. Bezüglich der Frage, was sich konkret geändert hat, ergaben sich folgende Hinweise:

Zur Arzt-Patienten-Beziehung als solcher

- ▶ 5 Befragte gaben an, dass das Vertrauen der Patienten in die gesamte Ärzteschaft abgenommen habe im Sinne eines Imageverlustes der gesamten Berufsgruppe. Hingegen sagte keiner der Befragten, dass das Vertrauen in der je einzelnen Arzt-Patienten-Beziehung rückläufig sei.
- ▶ Das Rollenmodell in der Arzt-Patienten-Beziehung ändert sich – weg von einem paternalistischen Modell, in dem der Arzt die beste Behandlung für den Patienten auswählt, hin zu einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in einem partnerschaftlichen Modell (5 Nennungen).
- ▶ Patienten informieren sich stärker über ihre Krankheit, insbesondere per Internet (8 Nennungen).
- ▶ Außerdem haben die Patienten eine höhere Erwartungshaltung im Sinne eines „Anspruchs auf Heilung“ (4 Nennungen).

Zu Einflüssen von außen

- ▶ Die Arzt-Patienten-Beziehung wird zunehmend verrechtlicht (4 Nennungen), d. h. durch gesetzliche Regelungen beeinflusst. Die Ärzte müssten ihr Handeln „berufsrechtlich, zivilrechtlich und sozialrechtlich absichern“ (so formulierte einer der Befragten), wodurch zwangsläufig eine „Entfremdung der Arzt-Patienten-Beziehung“ bewirkt werde (2 Nennungen).
- ▶ Die Arzt-Patienten-Beziehung wird stärker ökonomisiert, d. h., dass ökonomische Überlegungen an die Behandlung herangetragen werden (z. B. von Klinikgeschäftsführern, durch Chefarztboni u. a.) (4 Nennungen).
- ▶ In die Arzt-Patienten-Beziehung wird auch durch eine „totalitäre Forderung nach Einhaltung von Leitlinien“ zunehmend von außen hineinregiert (eine Nennung).
- ▶ Die Bürokratisierung der ärztlichen Behandlung, insbesondere durch ausufernde Dokumentationspflichten, entzieht 30% der ärztlichen Zeit, die nicht für andere Aufgaben zur Verfügung steht, z. B. für Gesprächsleistungen (eine Nennung).

Zur Messbarkeit dieser Veränderungen

- ▶ 3 Befragte gaben an, dass sich die Anzahl der Beschwerden bei den Beschwerdestellen der Kammern nicht geändert hätten; 2 sahen eine Steigerung. Dabei sei zu berücksichtigen, dass der Anstieg (so weit vorhanden) auch begründet sei durch die Popularisierung der Patientenbeschwerdestellen – initiiert von den Ärztekammern – sowie dadurch, dass die Patienten kritischer und informierter sind, sodass auch richtig ausgeführte Behandlungen häufiger als früher angezweifelt würden (eine Nennung).
- ▶ Die Veränderung wurde in städtischen Gebieten als stärker eingeschätzt als in ländlichen (eine Nennung) sowie bei jungen stärker als bei älteren Patienten (eine Nennung).
- ▶ Andere harte Daten, die diesen Befund erhärten und/oder erlauben würden, die relative Bedeutung der Gründe für eine Veränderung der Arzt-Patienten-Beziehung untereinander zu gewichten, wurden nicht genannt.

Zu empirischen Studien über das Arzt-Patienten-Verhältnis

Spezifische empirische Studien wurden von den Befragten nicht hervorgehoben, wohl aber auf Forscher verwiesen, die sich im Rahmen ihrer Veröffentlichungen bereits mit dem Thema Arzt-Patienten-Beziehung befasst haben: M. Balint (2 Nennungen), G. Maio, F. M. Gerlach und P. Unschuld (jeweils eine Nennung). Auch habe der 112. Deutschen Ärztetag im Jahr 2009 eine Debatte zum Thema Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung angestoßen.

Gründe für Veränderungen des Arzt-Patienten-Verhältnisses

9 Befragte waren der Meinung, dass ein verfälschtes Bild der Ärzteschaft in den Medien eine wesentliche Ursache für die Veränderung des Images der Ärzte darstellt. Dieses Argument wurde von vielen Gesprächspartnern mit sehr viel Engagement (und emotionaler Beteiligung im Sinne einer ausgesprochenen Verärgerung) geführt. Die Medienberichte wurden wiederum auf die folgenden Gründe bzw. Akteure zurückgeführt:

Die Rolle der Krankenkassen

- ▶ Die Krankenkassen veröffentlichen regelmäßig, insbesondere vor Budgetverhandlungen und Ärztetagen, Studien, die die Ärzte in ein schlechtes Bild rücken. Genannt wurden beispielhaft eine Studie zur angeblichen Korruption unter Ärzten [11] sowie verschiedene Berichte über IGel, den Herzklappen- bzw. Transplantationsskandal (insgesamt 8 Nennungen). Außerdem wurde die Internetplattform des Spitzenverbandes der Krankenkassen, die Patienten dazu auffordere, ihre Ärzte zu denunzieren, genannt (eine Nennung).
- ▶ Es wurde vermutet, dass die Kassen dadurch mehr Einfluss auf die Behandlung der Patienten bzw. mehr Kontrolle über das System anstreben (3 Nennungen). Daher rührten auch Versuche, in die Arzt-Patienten-Beziehung hinein zu regieren (eine Nennung). Dazu wurde von den Gesprächspartnern angemerkt, dass die Berufsordnung das Annehmen von Geschenken verbiete, dass Behandlungsfehler selbstverständlich verfolgt würden und manche „Skandale“ sich später als wenig stabil erwiesen, was aber von den Medien kaum zur Kenntnis genommen würde (3 Nennungen).
- ▶ 2 Befragte verwiesen auf den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK): dieser überprüfe die Entscheidungen

gen von Ärzten und greife somit in die Behandlung ein. Hierdurch verliere der Arzt seine Glaubwürdigkeit gegenüber dem Patienten, sodass die Arzt-Patienten-Beziehung geschwächt werde. Einer der Befragten merkte an, dass die Kosten für den MDK möglicherweise höher seien als die Kosten für die zu Unrecht beanspruchten Leistungen; er empfand die zunehmenden Einsätze des MDKs als „Drangsalierung“.

- ▶ Sogenannte Qualitätsmesssysteme, wie sie von Krankenkassen und Verlagen angeboten werden, verunsichern die Patienten, weil sie die medizinische „Qualität“ bisher nicht richtig abbilden (4 Nennungen).

Die Rolle der Politik

- ▶ So weit Politiker das Versorgungssystem ändern möchten, haben sie ein Interesse daran, das gegenwärtige System schlecht darzustellen (4 Nennungen). Beispielhaft wurde eine Umfrage der Partei „Die Grünen“ in Hessen genannt, die nachweisen sollte, dass aktuell eine 2-Klassen-Medizin existiere.

Die Rolle der Medien

- ▶ Manche Medien hätten einfach ein Interesse, Skandale aufzubauschen, um Leser bzw. Zuschauer zu gewinnen (eine Nennung). 3 Befragte wiesen darauf hin, dass selbstverständlich auch Ärzte Fehler machten, dass aber angesichts von 1,5 Milliarden Patientenkontakten im ambulanten Bereich pro Jahr die Fehlerzahl erstaunlich gering sei.
- ▶ Die Informationsgesellschaft führt dazu, dass Patienten sich mehr informieren, auch über medizinische Themen (8 Nennungen).

Dabei wird der informierte Patient von allen Befragten als Gewinn für die Arzt-Patienten-Beziehung gesehen, weil dadurch eine höhere Adhärenz und eine höhere Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolges möglich wird. Allerdings wiesen 4 Gesprächspartner darauf hin, dass die Information per Internet häufig zu mangelhaftem oder sogar falschem Wissen führe, was dann eher nachteilig sei.

- ▶ Von einem Befragten wurden Medienberichte genannt, die Ärzte sehr positiv darstellen, z.B. Arztserien im Fernsehen, die allerdings ein wenig realistisches Bild der medizinischen Versorgung zeichnen.

Mangelhafte Finanzierung ärztlicher Leistungen

- ▶ Die sprechende Medizin ist unterbezahlt (4 Nennungen). Daher kommunizieren Ärzte zu wenig mit den Patienten (4 Nennungen). Auch zweifelten 2 unserer Gesprächspartner, ob Ärzte in Kommunikation ausreichend ausgebildet sind. – Dies gilt vor dem Hintergrund, dass bereits heute ca. 10–20% der Leistungen nicht bezahlt und von den Ärzten aus Altruismus erbracht würden (2 Nennungen). Angesichts der Bedeutung psychosomatischer Beschwerden in der Praxis sei der Mangel an sprechender Medizin besonders schmerzlich (eine Nennung).

Andere ökonomische Gründe

- ▶ Durch den Kostendruck müssen Ärzte zu Lasten der Patienten priorisieren (4 Nennungen). Beispielhaft wurden Sprachstörungen in Hessen angeführt, wo die Versorgung völlig unzureichend sei (eine Nennung). Auch habe der Kostendruck zu einer „Industrialisierung der stationären Versorgung“ geführt (3 Nennungen).
- ▶ Manche Instrumente der Patientensteuerung wirken sich nachteilig aus, z.B. galt das für die Praxisgebühr (2 Nennungen).

- ▶ Aufgrund ökonomischer Fehlanreize, z.B. in Form von DRGs, drängen Ökonomen Ärzte zu Mengensteigerungen (2 Nennungen). Wenn Patienten mutmaßten, dass Operationen nur aus ökonomischen Gründen vorgenommen würden, sei das „alarmierend“ (2 Nennungen); ähnlich wurde die Sorge von Patienten bewertet, dass eine Spenderorganentnahme bei noch nicht Verstorbenen erfolge (eine Nennung).

Die Komplexität und Technisierung der Medizin

- ▶ Die Medizin ist komplexer und technischer und dadurch weniger menschlich geworden (4 Nennungen).

Maßnahmen zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung

Nicht alle Befragten waren der Meinung, dass man überhaupt Maßnahmen ergreifen sollte; ein Gesprächspartner merkte an, dass die dadurch erzeugte Öffentlichkeit das Problem eher verschlimmere; besser sei es, in der je einzelnen Arzt-Patienten-Beziehung weiterhin gute Arbeit zu machen und so die Patienten zu überzeugen.

- ▶ Die aktuelle Kampagne der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit dem Werbespruch „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ wurden von 2 Befragten angesprochen und für gut befunden (und von keinem abgelehnt). Positiv genannt wurde auch die parallele Kampagne der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit dem Slogan „Wir sind das Krankenhaus“ (2 Nennungen).
- ▶ Einer der Befragten meinte, dass die Ärzte eine Mitschuld insofern hätten, als sie in den letzten Jahren durch ständige Leistungsverdichtung bei zunehmender Morbidität die Mittelknappheit aufgefangen hätten: kein Bäcker hafte dafür, wenn die Kunden mehr Brot kauften, wohl aber die Ärzte für mehr Krankheit. Man hätte vielleicht die Versorgung scheitern lassen sollen, damit die Politik handeln müsse.
- ▶ 2 Befragte meinten, dass die Ökonomisierung der Medizin aufhören müsse (einer der Befragten merkte an, bei der medizinischen Versorgung handele es sich um eine Grundversorgung wie mit Wasser und Strom, die nicht profitorientiert sein solle). Der Wettbewerb als solcher sei im Gesundheitswesen gescheitert (2 Nennungen). Konkrete Maßnahmen, wie man dies umsetzen könne, wurden nicht genannt.
- ▶ Zur Stärkung der sprechenden Medizin wurde eine Reihe von Vorschlägen gemacht. 4 Befragte schlugen vor, das Medizinstudium zu ändern, damit die „sprechende Medizin“ mehr an Bedeutung gewinne. Sowohl bei Studierenden, als auch bei Ärzten sollte die Kommunikationsfähigkeit verbessert werden (2 Nennungen); ein Befragter meinte, dass gute Kommunikation nicht zwangsläufig viel Zeit benötige. Ein Befragter regte an, vor dem Studium die Eignung der Bewerber hinsichtlich ihrer Mitmenschlichkeit zu prüfen. 4 Befragte empfahlen, die sprechende Medizin besser zu vergüten.
- ▶ Ebenso waren alle Befragten sich einig, dass die gegen Ärzte gerichteten Kampagnen von Kassen und Politik aufhören müssten, aber wie dies zu erreichen sei, blieb unklar.
- ▶ Einer der Befragten fordert mehr Interesse der Patienten an der Behandlung, die mittels einer höheren Selbstbeteiligung erzielt werden soll. Z.B. seien Versicherte der Krankenversicherung der Bundesbahnbeamten (KVB) bei jeder Behandlung zu einer 10%-igen Selbstbeteiligung verpflichtet, wodurch die notwendige Ernsthaftigkeit und Wertschätzung der einzelnen Leistungen erzielt werde.

Diskussion

Die Aussage, dass die Arzt-Patienten-Beziehung sich ändert, findet sich in vielen Veröffentlichungen (einige Beispiel in [12]). Es scheint den Autoren ein wichtiges Ergebnis der vorliegenden Untersuchung, dass die Befragten sehr stark und präzise differenzieren, nämlich in die Entwicklung des „Images“ der Ärzteschaft insgesamt, das Vertrauensverhältnis in der einzelnen Arzt-Patienten-Beziehung, das Verständnis der Arztrolle, Veränderungen im Verhalten der Patienten, äußere Rahmenbedingungen der Beziehung (z. B. ihre Bürokratisierung, Verrechtlichung und Unterfinanzierung), sowie andere. Wir empfehlen, diese Themengebiete je für sich, und zwar, so weit möglich, quantitativ zu untersuchen. Dabei sollte auch geklärt werden, ob das Image der Ärzte bei den Versicherten tatsächlich messbar nachgelassen hat (oder ob dies nur immer wieder behauptet wird).

Für einige der von den Befragten genannten Änderungen und mögliche Gründe gibt es in der Literatur weitere Hinweise und Belege. Die Kritik der Befragten gegenüber undifferenzierten Medienberichterstattungen wird in arztnahen Publikationsorganen bestätigt [18]. Das von Medien erzeugte Misstrauen in der Arzt-Patienten-Beziehung führt in der Literatur dazu, dass Behandlungsvorschläge hinterfragt werden und ärztliche Anweisungen schlussendlich nicht befolgt werden [19]. Die Gegenwärtigkeit der vermehrten negativen Berichterstattungen führte dazu, dass dieses Thema auf dem 116. Deutschen Ärztetag in Hannover im Mai 2013 debattiert wurde. Im Beschlussprotokoll des Ärztetages werden die Kostenträger und politischen Parteien aus diesem Grund ausdrücklich zur Einstellung der Denunzierung der Ärzteschaft aufgefordert [20].

Die Kritik der Befragten gegenüber dem zunehmenden ökonomischen Druck wird von vielen Ärzten geteilt. So haben im Jahr 2013 46% der befragten Ärzte angegeben, dass sie einen Versorgungsverlust durch den ökonomischen Druck wahrnehmen; im Jahr 2008 hatten dieses nur 23% der Befragten kritisiert [13]. Auch der Weltärztebund warnt vor einer Gleichsetzung von medizinischen Behandlungen und kommerziellen Dienstleistungen, da dieses ethisch nicht vertretbar und vereinbar sei [14]. Der Medizinethiker Giovanni Maio kritisiert die zu starke Fokussierung der aktuellen Behandlungssituation auf die finanziellen Belange, wodurch ein Verlust der Behandlungsqualität entsteht [15].

Mehrere unserer Interviewpartner kritisierten die Verrechtlichung der Behandlungssituation. Eine ausschlaggebende strukturelle Veränderung ist, der Literatur zufolge, bspw. die Einführung des Patientenrechtegesetzes im Jahr 2013. Durch die Bündelung der Rechte und Pflichten von Patienten und Ärzten wird die geschäftliche Beziehung zwischen dem Arzt und Patient verstärkt und ein institutionelles Handeln intensiviert [16]. Bedingt durch eindeutige Handlungsvorgaben von Gesetzen, die ein institutionelles Handeln und damit eine Verrechtlichung der Arzt-Patienten-Beziehung fördern, kann es zu einer Entpersonalisierung führen [17].

Um dem Vertrauensverlust entgegenzutreten, wurde von den ärztlichen Verbänden eine Kampagne mit dem Werbespruch „Wir arbeiten für Ihr Leben gern“ initiiert. Die Interviewpartner versprechen sich hiervon die Richtigstellung des verzerrten Arztbildes. Allerdings ist umstritten, ob die dadurch verursachten Kosten angemessen sind [21].

Die von den Befragten angesprochene Entwicklung zu einem informierten Patienten wird in der Literatur bestätigt, vor allem die Recherche im Internet hat im Vergleich zu den so genannten Massenmedien wie Radio und Fernsehen zugenommen [22]. In

diesem Zusammenhang wird jedoch die Qualität der Informationen von den von uns Befragten kritisiert. Tatsächlich sind der Literatur zufolge unter den (Internet-)Informationen für Patienten auch unseriöse, falsche, unvollständige und manipulative Angaben zu finden [23].

Dennoch äußern sich alle Interviewpartner positiv gegenüber den informierten Patienten. Dieser Befund scheint zunächst in einer gewissen Spannung zu einer Untersuchung der Ludwig-Maximilian-Universität München aus dem Jahr 2012 zu stehen. Demnach bewerteten 34,5% der Ärzte externe Informationen als Belastung für die Arzt-Patienten-Beziehung [24]. Der Widerspruch löst sich allerdings dadurch auf, dass auch unsere Gesprächspartner nur richtig informierte Patienten als Gewinn für die Arzt-Patienten-Beziehung betrachten, hingegen nicht halb- oder falsch informierte.

Hinsichtlich der von 2 Interviewpartnern angeregten Stärkung der kommunikativen Kompetenzen des Arztes findet eine Befragung aus dem Jahr 2012, dass 32% der Patienten die eigenständig recherchierten Informationen aus dem Internet verständlicher finden als ein ärztliches Aufklärungsgespräch [25]. Aus dieser Studie erschließt sich jedoch nicht, ob die Verständnisprobleme durch die nicht ausreichende zeitliche Kapazität des Arztes oder kommunikative Defizite des Arztes begründet sind. Aufschlussreich wird hierzu das Ergebnis einer Projektgruppe der Ärztekammer Nordrhein sein, die zurzeit den Schulungsbedarf der Ärzte im Bezug ihrer Kommunikationsfähigkeit untersucht.

Die aufgeführte Kritik der Interviewpartner gegenüber Qualitätsmesssystemen wird durch eine aktuelle Untersuchung bestätigt, in der die Ergebnisse von 3 Krankenhausführern untereinander verglichen wurden; es zeigte sich dabei eine ganz geringe Korrelation [26].

Insgesamt ergaben die Interviews ein sehr differenziertes Bild vom Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung. Der Natur der Untersuchung entsprechend handelt es sich um qualitative Aussagen, die nach unserer Einschätzung zusätzlich in einem quantitativen Studiendesign untersucht werden sollten. Beispielsweise halten wir es für wichtig, die Aussagen mancher Medien, dass das Vertrauen der Patienten (auch) in der einzelnen Arzt-Patienten-Beziehung rückläufig ist, zu überprüfen. Selbst der Imageverlust der Ärzte insgesamt scheint uns bisher nur schwach belegt zu sein (vgl. die Zitate der Einleitung). Hier droht eine Self-fulfilling prophecy, d. h., wenn alle glauben (weil es immer wieder behauptet wird), das Vertrauen habe abgenommen, dann nimmt es möglicherweise irgendwann tatsächlich ab. Leider lassen sich diese Fragen mit unserem Studiendesign nicht abschließend klären. Wichtig wäre daher, eine Langzeitstudie, die genau auf die Fragestellung zugeschnitten ist, zu initiieren; z. B. sollte sie Befragungseffekte minimieren (etwa dadurch, dass Patienten, die immer wieder nach ihrem Vertrauen in Ärzte befragt werden schon dadurch unzufrieden werden, bzw. durch ein Konzeption, die auch etwaige Meinungsschwankungen nach Kassenveröffentlichungen zeitnah erfassen und im Hinblick auf Image vs. Vertrauen differenzieren kann). Ein guter erster Schritt wäre außerdem, die Beschwerdezahlen bundesweit zusammenzuführen und längsschnittartig inhaltlich zu analysieren.

Das wäre auch deshalb wichtig, weil aus ökonomischer Sicht die Verwendung knapper Mittel für Pro-und-contra-Arzt-Image-Kampagnen für die Erreichung von eigentlich medizinischen Behandlungszielen außerordentlich ineffizient ist. Damit ist nicht gesagt, dass sie aus Sicht der Handelnden verzichtbar wären –

sie können bei bestimmten Situationen und Zielsetzungen bzw. Rahmenbedingungen durchaus erforderlich sein –, aber sie entziehen der Behandlung Ressourcen.

Eine ganze Reihe von Maßnahmen wurde genannt, um die Arzt-Patienten-Beziehung und insbesondere das Vertrauen der Patienten zu erhalten und zu verbessern. Einige davon liegen in der Verantwortung ärztlich geführter Einrichtungen und wären daher relativ leicht umsetzbar. Das betrifft z. B. die Auswahl und Ausbildung von Medizinstudenten zur Stärkung der sprechenden Medizin, die Aufteilung der KV-Budgets und Teile der Bürokratie.

Allerdings lassen sich so weitere, sehr wichtige Problemfelder nicht erreichen: der Kostendruck als solcher, die Überformung der Medizin durch finanzielle Zielvorgaben, die zunehmende Leistungsverdichtung („Haftung der Ärzte für die Morbidität“), Kampagnen der Kassen und ihrer Verbände und der Politik. Hier empfanden die Autoren in den Interviews eine gewisse Ratlosigkeit der Befragten. Es könnte aber zumindest versucht werden, Lösungen zu suchen. Vielleicht wäre es ein hilfreicher erster Ansatz, anreiztheoretisch zu untersuchen, warum die entsprechenden Akteure so handeln und ob sich daraus Verbesserungsmaßnahmen ableiten lassen.

Insgesamt ergeben sich folgende Fragen für weiterführende Untersuchungen:

- ▶ Kann man den hier dargestellten, sehr differenziert analysierten Wandel der Arzt-Patienten-Beziehung in einem längsschnittartigen quantitativen Studiendesign erheben?
- ▶ Kann man die empfohlenen Maßnahmen zur Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung priorisieren und praktisch umsetzen?
- ▶ Welche Anreize müsste man ändern, um das Umfeld der Arzt-Patienten-Beziehung, z. B. hinsichtlich der Krankenkassen, zu beeinflussen?

Interessenkonflikt: Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- 1 O.V. (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä 1997. Im Internet: http://www.bundesaerzte-kammer.de/downloads/MBO_08_20111.pdf Stand: 07. 10. 2013
- 2 Marstedt G, Heier M. Das Ärztimage in der Bevölkerung: Im Schatten von „IGeL“ und „Zweiklassenmedizin“. Gesundheitsmonitor 2/2012 – ein Newsletter der Bertelsmann-Stiftung und der Barmer GEK. Im Internet: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-783BB48E-C07A250E/bst/xcms_bst_dms_36192_2.pdf Stand: 07. 10. 2013
- 3 Marstedt G, Heier M. Das Ärztimage in der Bevölkerung: Im Schatten von „IGeL“ und „Zwei-Klassen-Medizin“. Im Internet: http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-94DF2CC5-C992ECEE/bst/Abstract_Marstedt-Heier_GeMo-HP.pdf Stand: 07. 10. 2013
- 4 Reader's Digest. Weniger Vertrauen in Fußballtrainer und -manager als in EM-Teilnehmerländer. 2004. Im Internet: <http://www.rd-presse.de/pressemitteilungen/european-trusted-brands/weniger-vertrauen-in-fussballtrainer-und-manager-als-in-anderen-em-teilnehmerlaendern>. Abruf am 19.05.2013; Reader's Digest (2011): Deutsche Feuerwehrleute halten Spitzenposition. Im Internet: <http://www.rd-presse.de/pressemitteilungen/european-trusted-brands/deutsche-feuerwehrleute-halten-spitzenposition> Abruf am 17.05.2013
- 5 Bei einer Untersuchung des Institutes für Demoskopie in Allensbach zählten im Jahr 2001 74% der Befragten Ärzte zu den beliebtesten Berufsgruppen, zehn Jahre später sogar 82%. www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_01116.pdf und www.ifd-allensbach.de/uploads/tx_reportsdocs/prd_1102.pdf 17.5.2013
- 6 Ähnliches Vorgehen z.B. Thielscher C, Rödler S, Schütte M. Paretooptimale Kommunikation der medizinischen Stärken niedergelassener Augenärzte. Der Ophthalmologe 2009; 106: S. 839–S. 844 Thielscher C., Kox, A., Schütte, M.: Kommunikation von Behandlungsschwerpunkten psychiatrischer Kliniken. Psychiat Prax 2010; 37: 292–296
- 7 Hopf C. Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick U et al., Hrsg. Handbuch qualitative Sozialforschung. Weinheim: 1995; 177ff
- 8 Molinari GF. Das Tiefeninterview in der Absatzforschung. Winterthur 1971; 7
- 9 Meffert H, Burmann C, Kirchgeorg M. Marketing. Wiesbaden: 2008; 161
- 10 Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Weinheim: 2010; 13
- 11 Vgl. Flintrop J. Korruption im Gesundheitswesen: Eine Studie und ihr Medienecho. Dtsch Arztebl 2012; 109 (31–32): A-1529/B-1315/C-1295
- 12 Lang E, Arnold K, Hrsg. Die Arzt-Patient-Beziehung im Wandel. Stuttgart 1996; Nagel, E., Hrsg. Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Köln 2013, S. 291; Schnack, D. (2012): Mit Freude Arzt sein – ist das noch möglich? Ärztezeitung (2012), o. Jg., Nr. 139, S. 8; Sibbel, R. (2011): Rahmenbedingungen für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt, in: Fischer, A., Sibbel, R, Hrsg.: Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich? Wiesbaden 2011: 196f.
- 13 MLP Finanzdienstleistungen AG. 2013; MLP Gesundheitsreport 2012/2013. Im Internet: <http://www.mlp-ag.de/homepage2010/servlet/contentblob/542656/data/130123-pm.pdf> Stand: 09.07.2013.
- 14 Woopen C. Medizinisches Handeln als Gegenstand von Ethik, Qualitätsmanagement und Gesundheitsökonomie. In: Lauterbach KW, Schrappe M, Hrsg. Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement, Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Stuttgart: 2004; 21
- 15 Erdogan-Griese B. „Der Patient wird nur einem freien Arzt vertrauen“, Interview mit Prof. Dr. Giovanni Maio. In: Rheinisches Ärzteblatt 2012; 10: 14–15
- 16 Verbraucherzentrale NRW. 2013; Ihr gutes Recht als Patient, 3. Aufl., o. O. 2013; Wagner G. (2012): Kodifikation des Arzthaftungsrechts? – Zum Entwurf eines Patientenrechtegesetzes, in: Versicherungsrecht Aufsätze 2012, 63. Jg., Nr. 19, S. 789; Bundesministerium für Gesundheit (2013): Patientenrechtegesetz. Die Patientenrechte stärken. Im Internet <http://www.bmg.bund.de/praevention/patientenrechte/patientenrechtegesetz.html>; Stand 06.07.2013.
- 17 Kreß H. Das Arzt-Patient-Verhältnis im Sinn patientenzentrierter Medizin. Ethische Grundlagen – heutige Schlussfolgerungen. Gesundheitsblatt 2012; 55: 1089
- 18 Stüwe H. Ärzte in den Medien: wie es wirklich ist. Deutsches Ärzteblatt 2012; 109: 1047
- 19 Maio G. Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? Eine Kritik der ökonomischen Überformung der Medizin. Dtsch Arztebl 2012; 109(16): A-804/B-696/C-692. Unschuld PU. Der Patient als Leidender und Kunde. Deutsches Ärzteblatt 2006 2012; 103: 1136–1139
- 20 Bundesärztekammer 116. Deutscher Ärztag. Beschlussprotokoll. Im Internet: <http://www.bundesaerzte-kammer.de/downloads/116Beschlussprotokoll20130604.pdf> Stand: 02.07.2013
- 21 ÄrztezeitungKBV poliert Ärzte-Image auf. Im Internet: http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/834545/15-millionen-kampagne-kbv-poliert-aerzte-image.html; Stand 04.03.2013; Schmidt L. Ärzte Kampagne. Der Herr Doktor hat keinen, der ihn mag. Im Internet: <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheits/aerzte-kampagne-der-herr-doktor-hat-keinen-der-ihn-mag-12188076.html> Stand: 05.06.2013
- 22 Jähn K, Reiher M, Braasch P et al., Das Gesundheitswesen in Deutschland. Köln 2013: 291; Penter, V. (2012): Kommunikation mit dem Patienten der Zukunft. Auf was muss sich das Gesundheitswesen einstellen? KU Gesundheitsmanagement 2012; 11: 50, Sibbel, R. (2011): Rahmenbedingungen für mehr Patientensouveränität – das Arzt-Patienten-Verhältnis als Ausgangspunkt, in: Fischer, A, Sibbel, R, Hrsg.: Der Patient als Kunde und Konsument. Wie viel Patientensouveränität ist möglich? Wiesbaden 2011: 196.
- 23 Dierks ML, Schwartz F-W. Nutzer und Kontrolleure von Gesundheitsinformationen, in: Hurrelmann K, Leppin A Hrsg: Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health. Bern 2001: 298; Jähn K, Reiher M, Braasch et al. E-Health, in: Nagel, E. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung. Köln 2013: 293f.; Siegrist, J. (2005): Medizinische Soziologie. München 2005: 262f
- 24 Rink A. Stresstest im Sprechzimmer. Dtsch Arztebl 2013; 110: A-870/B-758/C): -754
- 25 SKOPOS. Wie sozial ist das Gesundheits-WEB. MSL-Gesundheitsstudie 2012 – powered by SKOPOS. Im Internet: http://www.skopos.de/imag/sko/pdf/presse/skopos_gesundheit_2012_broschuere.pdf Stand: 19.05.2013
- 26 Thielscher C et al. Geringe Korrelation von Krankenhausführern kann zu verwirrenden Ergebnissen führen. Gesundh ökon Qual manag 2014; 19: 65–69