

# Über das Herunterwirtschaften des Vertrauens in Ärzte

## *About Bringing Trust in Doctors to the Edge of Ruin*

Waldemar Streich

**Zusammenfassung:** Vertrauen ist eine fundamentale Voraussetzung für die Arbeit von Ärzten. Auch die Verteidigung der professionellen Autonomie gegenüber einer Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung und zunehmenden Kontrolle ärztlicher Tätigkeit braucht das Vertrauen und die Unterstützung der Öffentlichkeit. Der vorliegende Beitrag wirft die Frage auf, wie weit dieses Vertrauen in letzter Zeit zerstört worden ist. Mit dem beispielhaft ausgeführten Verzicht auf „individuelle Gesundheitsleistungen“ wird ein Vorschlag unterbreitet, wie neues Vertrauen zu gewinnen wäre.

*Schlüsselwörter:* Vertrauen; medizinische Ethik; Ökonomisierung; berufliche Autonomie; IGeL

**Summary:** Trust is a fundamental condition for the work of physicians. Also defending professional autonomy against market forces in health care and control of doctors needs trust and support of the public. This contribution asks to what extent trust has been lost in recent time. With the exemplarily detailed approach of „abstain from „health for cash“ a proposal is presented to regain trust in the future.

*Keywords:* Trust; Medical Ethics; Marketization; Professional Autonomy; „Health for Cash“

Der ehemalige Arbeits- und Sozialminister Norbert Blüm hat eine bittere Polemik über den aus seiner Sicht zu beobachtenden moralischen Verfall des Rechtswesens in Deutschland geschrieben [1]. Rechtsanwältin sei kein gewöhnlicher Dienstleistungsberuf, wer ihn ausübe, biete seine Dienste im Namen des Rechts an. Mandanten müssten darauf vertrauen können, dass ihr individuelles Recht im Zentrum anwaltlicher Bemühungen steht. Zugleich muss die allgemeine Öffentlichkeit darauf vertrauen können, dass dabei der Charakter des Gemeinwesens als Rechtsstaat gewahrt bleibt.

Blüms Kritik entzündet sich an einer öffentlichen Stellungnahme des zentralen Repräsentanten der Anwaltskammer, deren Kernsatz lautet: Dem Anwalt sei erst einmal jedes Verhalten erlaubt, das nicht unmittelbar strafrechtlich zu beanstanden ist. Strengere Maßstäbe auf der Basis ethischer Grundsätze seien nicht konsensfähig. Im Gegenzug muss nach

Blüm nun aber der Gesetzgeber einschreiten, wenn diese Berufsauffassung zu problematischen Entwicklungen führt. In seinen Worten: „Was die Ethik nicht ordnet, muss das Recht übernehmen“ [1: 114]. So wird eine zunehmende staatliche Reglementierung der freien Berufsausübung in Kauf genommen.

Ist diese Darstellung auf das Gesundheitswesen bzw. den Arztberuf übertragbar?

### Vertrauen als Grundlage der freien Berufsausübung

Auch Ärztinnen und Ärzte üben nach eigenem Selbstverständnis keine gewerbliche Tätigkeit aus. Sie dienen vielmehr der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer verpflichtet auf die Gebote der ärztlichen Ethik und Menschlichkeit und beginnt mit einem durchaus feierlich gehaltenen

Gelöbnis. Erstes Ziel ist der Erhalt und die Förderung des Vertrauens im Arzt-Patienten-Verhältnis [2]. Patienten müssen sich darauf verlassen können, dass ihr gesundheitliches Wohl im Mittelpunkt allen ärztlichen Handelns steht.

Vor Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gehörte es zu den ethischen Pflichten der ärztlichen Profession, einen sozialen Ausgleich zwischen armen und reichen Patienten vorzunehmen, um so für das gesundheitliche Wohl aller Sorge tragen zu können. Die Mitgliedschaft in der GKV macht heute 90 % der Bevölkerung zu „reichen“ Personen, bei denen nicht das ggfs. schmale Portemonnaie, sondern die Versicherungskarte zählt, wenn es um die Finanzierung der medizinisch notwendigen Behandlung geht. Dies befreit die Berufsausübung des Arztes zwar nicht völlig von ökonomischen Kalkülen, tut das aber immerhin in einem Maße, von dem Anwälte, aber auch ärztliche Berufskollegen in Län-

dem ohne ein solidarisch finanziertes Gesundheitssystem nur träumen können.

Das Funktionieren des Finanzierungssystems der GKV ist allerdings ebenso vertrauensabhängig wie die einzelne Arzt-Patienten-Beziehung. Krankenkassen wie auch die Kollegenschaft der Ärzte müssen darauf vertrauen, dass Ärzte nur solche Leistungen abrechnen, die nach den Grundsätzen der Bedarfsangemessenheit und medizinischen Wirksamkeit erbracht worden sind [3]. Bereits vor mehr als vier Jahrzehnten schrieb der Arzt und Psychiater Erich Wulff allerdings: „Erfahrungsgemäß ist die individuelle Moral für eine ganze Berufsgruppe nur ein sehr schwacher Halt gegen die sich bietenden „Versuchungen“ [4]. Umso mehr müssten die Ärztekammern und die Kassenärztlichen Vereinigungen darauf achten, die Erosion des Systems der GKV durch Missbrauch zu verhindern und ggfs. zu sanktionieren.

### Vertrauen heruntergewirtschaftet?

Vertrauen ist ein so sensibles Element zwischenmenschlicher Beziehungen, dass es sich gegen die Vorstellung, man könne es bewirtschaften, sperrt. Wenn das im Titel dieses Abschnitts dennoch anklingt, dann soll genau dieser Antagonismus zum Ausdruck kommen: Das ökonomische Motiv des persönlichen Vorteils (Profit) muss im Gespräch mit dem Patienten ja mehr oder weniger verborgen bleiben, weil es das Vertrauen in die uneingeschränkte Prioritätensetzung auf das Patientenwohl eher beeinträchtigen könnte. Solche Intransparenz schafft aber Skepsis und Verunsicherung, die in der gewerblichen Wirtschaft „oft durch Kontrolle, Zertifizierung, Werbung oder andere aufwendige Beschwichtigungen wiederhergestellt oder gar ersetzt werden (soll)“ [5: 11]. Auch in den Arztpraxen begegnet der Patient solcher Werbung immer häufiger.

Doch wie steht es nun um das Vertrauen der Bevölkerung zu Ärzten? Nach den Ergebnissen zweier, hier exemplarisch angeführter repräsentativer Befragungen ist es nach wie vor

hoch. Insgesamt 70 % einer Stichprobe von rund 1500 Personen stimmten 2012 der Aussage zu, „dass man Ärzten alles in allem vertrauen kann“, 12 % lehnten sie ab und 18 % waren unentschieden („weder noch“) [6]. Konstant über 90 % der Teilnehmer mehrerer Versichertenbefragungen (Stichprobe jeweils rund 4800 Personen), die im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Zeit von 2006 bis 2014 durchgeführt wurden, beschreiben ihr Vertrauensverhältnis zum letztbesuchten Arzt zu etwa gleichen Anteilen als „gut“ oder „sehr gut“ [7: 22]. Solche Konstanz ist auch schon in anderen Erhebungen beobachtet worden [8] und legt den Schluss nahe, dass Statements dieser Art unter anderem als Bestandteil soziokultureller Prägungen zu interpretieren sind, welche sich nur langfristig verändern.

Verschiedentlich gibt es aber auch Hinweise auf die Gefahr drohender bzw. auf die Existenz bereits eingetretener Vertrauensverluste. So meinte knapp die Hälfte (45 %) von ca. 1500 Personen in einer schriftlichen Befragung (2012), das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient werde durch IGeL verschlechtert [9]. Der Rückgang in der Bereitschaft zur Organspende kann als Ergebnis eines Vertrauensverlusts nach dem Bekanntwerden skandalträchtiger Vorkommnisse interpretiert werden [10].

Bei den Kassen ist das Vertrauen zu Ärzten nachhaltig beeinträchtigt. Seit rund zehn Jahren (2004) sind alle Krankenkassen in Deutschland gesetzlich verpflichtet, Stellen einzurichten, die sich mit der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen befassen [11]. Mit dieser Regelung hat der Gesetzgeber nach Ansicht eines Kommentators „auf die jahrelange Entwicklung manipulativer Machenschaften reagiert“ [12].

### Untaugliche Kontrollprozeduren

Die letztgenannte Praxis kann als Bestätigung der eingangs zitierten Feststellung Blüms interpretiert werden. Sie kann darüber hinaus illustrieren, welche Nachteile eine (externe) rechtliche Reglementierung gegenüber

dem Versuch einer (internen) Selbstkontrolle durch fachlich autorisierte Gremien hat. Letztlich hat sich der Gesetzgeber dabei nicht einmal für direkte Kontrollen des Staates entschieden, sondern nur die Position der öffentlich-rechtlichen GKV gestärkt. Aus der Sicht von Insidern sind die benutzten Verfahren im Ergebnis aber ungenügend bis untauglich. Im Prinzip beruhen sie auf Plausibilitätskontrollen und der Identifikation von Abweichungen gegenüber Durchschnittswerten. Die normative Gleichsetzung solcher Werte mit fachlich-medizinischen Standards bleibt erst einmal unhinterfragt. Ein statistisch basiertes Kontrollsystem produziert permanent Zumutungen, wenn Besonderheiten der Einzelpraxis gegen den Verdacht der inkorrekten Abrechnung angeführt werden müssen. Was kann demütigender sein, als wiederholt einer mangelnden Redlichkeit verdächtigt zu werden? Das stellt die Freiheit der Berufsausübung nachhaltig infrage – ist aber Ergebnis der als notwendig angesehenen Kontrollmechanismen.

### Adenauers Ängste

Bevor nun die Frage aufgeworfen werden soll, wie berufliche Handlungsfreiheit wiedergewonnen werden kann, sei ein kurzer Rückblick auf bessere Zeiten eines erfolgreichen Wirkens ärztlicher Interessenverbände erlaubt. Ende der 50er Jahre brachte der christdemokratische Arbeitsminister Theodor Blank den Entwurf eines „Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes“ (KVNG) auf den parlamentarischen Weg. Es sah u.a. eine per Ministerialverordnung erlassene, bundeseinheitliche Gebührenordnung und Honorarverhandlungen auf Bundesebene vor. Dieses Vorhaben scheiterte am massiven Widerstand der Ärzteschaft, die damals sogar mit Streikmaßnahmen drohte. Bundeskanzler Adenauer wurde, nachdem er diesen Gesetzentwurf persönlich „kassierte“, mit den Worten zitiert: „Das ist doch klar, gegen 70.000 Ärzte, von denen jeder 30 Patienten am Tag hat, dagegen ein Gesetz zu machen, ist außerordentlich schwierig“ [13: 17].

Nachträglich ist der Einfluss der Ärzteverbände auf das Scheitern dieses Gesetzesvorhabens relativiert worden. Gesundheitspolitik war damals noch keine Ressortpolitik, die CDU war noch eine Klientelpartei mit autoritären Zügen, und das Gesetzesvorhaben enthielt darüber hinaus Elemente, wie die Einführung von Selbstbeteiligungen, die auch andere politische und gewerkschaftliche Widerstände mobilisierten [14]. Ungeachtet dessen sehen Döhler und Manow in den damaligen Vorgängen eine „bizarren anmutende Anmaßung ‘verbandlicher Weisungsbefugnis‘“, etwa wenn die KBV und Bundesärztekammer den CDU/CSU-Parlamentariern vorformulierte Abänderungsanträge für die Ausschussberatungen zusandten, mit dem offensichtlich ausreichend autorisierenden Zusatz versehen, „dass sie den Inhalt des Gesprächs mit dem Bundeskanzler richtig wiedergäben“ [13: 17]. Vermutlich hatten die zitierten Autoren vor zwanzig Jahren noch keine Vorstellung davon, welche Anmaßungen verbandlicher Weisungsbefugnis heute bspw. im Rahmen von Public-Private-Partnership-Projekten oder Verhandlungen über transatlantische Handelsabkommen üblich geworden sind.

Waren Adenauers Ängste begründet? Einig sind sich verschiedene Kommentatoren darin, dass die Ärzteschaft damals einen starken Rückhalt in der Bevölkerung fand, weil sie es vermochte, einen Einklang ihrer Interessen mit der Sorge um das gesundheitliche Wohlergehen der Bevölkerung zu behaupten [13; 14]. Diese Fähigkeit hat in den folgenden Jahrzehnten spürbar abgenommen [14: 315f]. Wie wichtig der öffentliche Rückhalt aber ist, mögen aktuelle Auseinandersetzungen anderer Berufsgruppen (Lokführer, Flugzeugpiloten) um ihre Arbeitsbedingungen zeigen. Wem da eine rücksichtslose Interessenpolitik bzw. der Versuch der Verteidigung unangemessener Privilegien unterstellt werden kann, muss mit massivsten Angriffen der öffentlichen Medien rechnen – insbesondere, wenn Widerstandsaktionen dazu noch zu einer nachhaltigen Störung des öffentlichen Lebens führen.

## Vertrauensbildende Maßnahmen

„Vertrauensbildende Maßnahmen“ sind ein Terminus aus dem Vokabular der Diplomatie. Gemeint sind häufig nur kleine Schritte, manchmal sogar eher symbolischer Art, die jedoch die Bereitschaft zu einer substanziellen Veränderung bestehender Verhältnisse bezeugen sollen. Bevor nun abschließend ein als Beispiel gedachter Vorschlag hierzu gemacht wird, sei noch einmal – mit Verweis auf ein internationales Dokument von Vereinigungen amerikanischer und europäischer Internisten – daran erinnert, welchen Zielen die Vertrauensbildung dienen soll. Die „Physician Charter on Medical Professionalism“ stellt drei fundamentale Prinzipien an ihren Anfang:

- die Priorität des Patientenwohls,
- die Wahrung der Autonomie des Patienten und
- die Förderung von sozialer Gerechtigkeit im Gesundheitswesen.

Die beiden erstgenannten Punkte sind wohl selbsterklärend. Der dritte umfasst eine gerechte Verteilung der Ressourcen des Versorgungssystems und die aktive Bekämpfung von Diskriminierungen, seien sie rassischen, ethnischen, geschlechtsspezifischen, sozioökonomischen, religiösen oder sonstigen sozialen Ursprungs [15]. Wie sollte eine solche, von jedweder Diskriminierung freie Behandlung besser zu bewerkstelligen sein, als in einem Versorgungssystem, zu dem jeder Bürger qua Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Krankenkasse freien Zugang hat? Wer dieses System grundsätzlich infrage stellt, sollte einmal ein halbes Jahr in einem Land mit überwiegend privatwirtschaftlich organisierter Versorgung – beispielsweise den USA – praktizieren, um zu sehen, welche Einschränkungen der Handlungsfreiheit im Rahmen der dort etablierten Managed-Care-Systeme üblich sind [16].

Und nun der als Beispiel anzusehende Vorschlag für eine vertrauensbildende Maßnahme: Ärzte sollten das Angebot von individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) aus ihren Praxen verbannen. Hierfür sprechen gleich mehrere triftige Gründe:

- Nirgendwo sonst ist der Rollenwechsel des Arztes vom medizinischen Helfer zum Verkäufer einer Dienstleistung für Patienten offensichtlicher. Hausärzte müssen ganz besonders daran interessiert sein, ihr Verhältnis zu Patienten von solchen Kontaminationen frei zu halten.
- Nirgendwo sonst wird die immer vorhandene Asymmetrie des Wissens und Beurteilungsvermögens über Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten im Arzt-Patienten-Verhältnis auf derart fragwürdige Weise strapaziert. Wiederholt haben Bevölkerungsumfragen zur Praxis von IGeL gezeigt, dass die Informations- und Entscheidungsverfahren ärztlicherseits nicht beanstandungsfrei gehandhabt werden [17: 134]. Insofern hat sich der von der Bundesärztekammer in Kooperation mit weiteren Organisationen herausgegebene IGeL-Ratgeber [18] als offensichtlich unzureichend erwiesen.
- Nirgendwo sonst ist der medizinische Nutzen der überwiegend als apparategestützte Früherkennungsuntersuchungen angebotenen Leistungen so wenig gesichert und wird die Qualität der Leistungserbringung bzw. ihrer Ergebnisse so wenig kontrolliert. Bei ausgewählten Screenings, wie z.B. dem vaginalen Ultraschall-Screening ist sogar ein Schädigungspotenzial durch eine hohe Rate von Überdiagnosen mit der Folge unnötiger invasiver Eingriffe zu erkennen [17: 125].

Die Autoren eines Ratgebers für die Arztwahl empfehlen, eine Praxis umgehend zu verlassen, wenn bspw. Broschüren zu IGeL bereits an der Rezeption auf die kommerziellen Interessen des Arztes hinweisen [19]. Ein von Ärzteverbänden federführend initiiertes Verzicht auf IGeL-Angebote könnte Patienten eine solche Entscheidung, die je nach Dringlichkeit des Gesundheitsproblems schwer zu treffen und bei beschränktem Arztangebot am Wohnort praktisch unmöglich ist, ersparen. Sein Erfolg wäre gewissermaßen der gelungene Lackmustest zum Nachweis eines Mentalitätswandels mit dem Ziel der Rückkehr zur tradierten Berufsauffassung. Vielleicht ließen sich die

Krankenkassen sogar davon überzeugen, solchen Verzicht – wie schon einmal vorgeschlagen – mit der bevorzugten Ausschüttung von Beitragsüberschüssen an diese Praxen zu belohnen [5: 12].

Es ist ganz im Sinne Blüms kaum vorstellbar, dass die Praxis der IGeL auf Dauer unreguliert bleiben kann. Mit einer Flut immer neuer Tests wächst das Risiko individueller Überdiagnosen für Patienten und von Fehlbeanspruchungen der Ressourcen des Versorgungssystems. In den Niederlanden sind Früherkennungsuntersuchungen schon seit 1998 gesetzlich geregelt. Das Gesetz über Bevölkerungs-Screenings (Population Screening Act) umfasst dabei auch die Möglichkeit expliziter Verbote. Der niederländische Gesundheitsrat hat

#### Dipl.-Soz. Waldemar Streich ...



... Jahrgang 1952, war bis Ende 2012 im „Landeszentrum Gesundheit NRW, Bielefeld“, einem Institut im Geschäftsbereich des Gesundheitsministeriums NRW, mit den Arbeitsschwerpunkten „Gesundheitsberichterstattung“ und „Versorgungsfor- schung mit sozialwissenschaftlichen Methoden“ tätig. Seither befindet er sich im Vorruhestand.

die Einrichtung einer Ständigen Kommission vorgeschlagen, deren Aufgabe es sein soll, ein umfassendes System von Qualitätsprüfungen und Durchführungsrichtlinien für Screenings zu entwickeln [20]. Bis es in Deutschland ebenfalls so weit ist, wären der Verzicht auf IGeL-Angebote und die aktive Unterstützung vergleichbarer Initiativen zur Regulie-

rung ein großer Fortschritt auf dem Wege der Vertrauensbildung.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

#### Korrespondenzadresse

Dipl. Soz. Waldemar Streich  
waldemar.streich@t-online.de

## Literatur

- Blüm N. Einspruch! Wider die Willkür an deutschen Gerichten. Eine Polemik. Frankfurt/M: Westend Verlag, 2014
- Bundesärztekammer (Hrsg.). (Muster-) Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel) 1997. [www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO\\_08\\_20112.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf) (letzter Zugriff am 15.3.2015)
- Sozialgesetzbuch V § 2
- Wulff E. Der Arzt und das Geld. Der Einfluss von Bezahlungssystemen auf die Arzt-Patienten-Beziehung. Das Argument 1971; 69: 955–970
- Wodarg W. Zwischen öffentlichem Auftrag und Gesundheitswirtschaft. Zur Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Gesundheit braucht Politik. Z Soz Med 2012; 4: 10–13
- GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften. Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUS 2012. Köln: GESIS Datenarchiv 2013; ZA4614 Datenfile Version 1.1.1, doi:10.4232/1.11753
- Forschungsgruppe Wahlen. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2014. Mannheim 2014. [www.kbv.de/media/sp/MHH\\_Studie\\_2014\\_Bericht\\_24072014.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/MHH_Studie_2014_Bericht_24072014.pdf) (letzter Zugriff am 2.4.2015)
- Donsbach W. Das Ärzteimage in der Bevölkerung – und Folgerungen für die Kommunikation des Berufs. Ärztebl Sachsen 2003; 5: 176–81
- Heier M, Marstedt G. Das Ärzteimage in der Bevölkerung: Im Schatten von „IGeL“ und „Zweiklassenmedizin“. Gesundheitsmonitor – Ein Newsletter der Bertelsmann Stiftung und der BARMER GEK 2012; 2: 1–11
- Deutsche geizen mit ihren Organen. DIE ZEIT vom 12.11.2013. [www.zeit.de/wissen/gesundheit/2013-11/Organspenden-Zahlen-sinken](http://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2013-11/Organspenden-Zahlen-sinken) (letzter Zugriff am 15.3.2015)
- Sozialgesetzbuch V § 197a
- Schmitz-Elvenich O. Von der Abrechnungsmanipulation zur Manipulation des Abrechnenden. Scheinwerfer 2009; 42: 9–10
- Döhler M, Manow P. Formierung und Wandel eines Politikfeldes: Gesundheitspolitik von Blank zu Seehofer. Köln: Max-Planck-Institut für Gesellschaftsforschung 1995 (discussion paper Nr. 95/6)
- Rosewitz B, Webber D. Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt/New York: Campus Verlag, 1990
- ABIM Foundation (American Board of Internal Medicine), ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. Ann Intern Med 2002; 3: 243–248
- Kühn H. Managed Care – Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung am Beispiel der USA. Jahrbuch für Kritische Medizin 1997; 27: 7–52
- Schnell-Inderst P, Hunger T, Hintringer K, et al. Individuelle Gesundheitsleistungen. Köln: DIMDI 2011 (Schriftenreihe Health Technology Assessment Bd. 113)
- Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.). Selbst zahlen? Ein Ratgeber zu Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) für Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. Berlin 2012. [www.bundesaerztekammer.de/downloads/Igel-check2Auf1201401a.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Igel-check2Auf1201401a.pdf) (letzter Zugriff am 02.04.2015)
- Hausarzt: So finden Sie den richtigen. FOCUS-Online 2009. [www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/arztwahl/tid-10944/hausarzt-so-finden-sie-den-richtigen\\_aid\\_314985.html](http://www.focus.de/gesundheit/arzt-klinik/arztwahl/tid-10944/hausarzt-so-finden-sie-den-richtigen_aid_314985.html) (letzter Zugriff am 15.3.2015)
- Health Council of the Netherlands. Screening: between hope and hype. The Hague 2008. [www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200805E\\_0.pdf](http://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/200805E_0.pdf) (letzter Zugriff am 15.3.2015)