

selbsthilfegruppenjahrbuch
2000

DAG SHG

selbsthilfegruppenjahrbuch 2000

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

Redaktion:

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in
Nordrhein-Westfalen der DAG SHG e.V. (KOSKON),
Friedhofstr. 39, D-41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,
Friedrichstr. 33, D-35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),
Albrecht-Achilles-Straße 65, D-10709 Berlin, Tel.: 030/ 8914019

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

Satz und Layout:

Focus Verlag GmbH, Gießen

Druck:

Fuldaer Verlagsanstalt, Fulda

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des »selbsthilfegruppenjahrbuchs«
wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend, von der »GlücksSpirale« und von folgenden Krankenkassen:

Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Barmer Ersatzkasse, Deutsche Angestellten
Krankenkasse, Kaufmännische Krankenkasse, Schwäbisch Gmünder Ersatz-
kasse, Techniker Krankenkasse.

Wir bedanken uns ganz herzlich!

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*

Patienten- und Konsumentensouveränität: Ein neues Leitbild?!

Die Position des Patienten im Gesundheitswesen soll gestärkt werden – das ist gesellschaftlicher Konsens und erklärter politischer Wille. Patienten könnten zukünftig sogar eine Rolle als eigenständige, sogenannte »dritte Kraft« im Gesundheitswesen übernehmen, wenn sie hinreichend informiert und in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Patienten als Kunden in einem »Markt Gesundheitswesen«? In diesem Zusammenhang ist zu prüfen, ob und wie sich das ökonomisch orientierte Konsumentenmodell auf den Gesundheitssektor übertragen läßt

Konsumenten- oder Verbrauchersouveränität

In der Theorie der Marktökonomik erfolgt der Anpassungsprozeß der Marktbeteiligten solange, bis ein Marktgleichgewicht realisiert ist, und zwar dadurch, daß sich die Hersteller von Produkten an den Konsumentenpräferenzen orientieren und sich zugleich effiziente Produktionstechnologien durchsetzen. Das Marktmodell setzt voraus, daß die Anbieter von Gütern am Markt keine wesentlich besseren Informationen über die Gütereigenschaften besitzen als die Verbraucher, d.h. der Information und ihrer symmetrischen Verteilung kommt eine zentrale Rolle zu. Gleichzeitig wird unterstellt, daß der Konsument autonom und rational entscheidet und eine aktive Rolle übernimmt – er fragt solange Informationen nach, bis er die optimale Kaufentscheidung treffen kann. Das bedeutet, daß ihm die notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt werden, diese Informationen also in der Sprache der Ökonomie ein öffentliches Gut darstellen.

Soweit die Theorie. Die Lebenswirklichkeit belehrt uns, daß nicht alle Konsumenten aktiv sind, daß die Werbung vorzugsweise nichtrationale Elemente anspricht und daß die notwendige vollständige Information für eine optimale Kaufentscheidung häufig nicht oder nur unvollständig öffentlich verfügbar ist. Diese Informationsmängel am Markt haben folgerichtig bereits vor Jahrzehnten zur Einrichtung von Verbraucherberatungsstellen und Einrichtungen wie der Stiftung Warentest geführt. Diese vermitteln vergleichende, qualitäts- und preisorientierte Produktinformationen und sind in den Bereichen Problemberatung, Beschwerdewesen, politisch parlamentarisches Lobbying zu Gunsten der Verbraucher und in der allgemeinen Verfolgung von Rechtsverstößen, etwa gegen das Gesetz wegen unlauterem Wettbewerb, aktiv.

Patienten als souveräne Verbraucher?

Das Gesundheitswesen stellt einen Dienstleistungssektor dar, auf den sich das ökonomisch orientierte Konsumentenmodell mit der Vorstellung des ratio-

nal Handelnden nicht ohne Friktionen übertragen läßt. Je weiter sich ein Konsument auf dem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit in Richtung Krankheit oder Pflegebedürftigkeit bewegt, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen in den Hintergrund und wird überlagert durch Unsicherheit, Angst und den Wunsch nach Hilfe, Fürsorge und Betreuung. Sehr leicht läßt sich damit die Vorstellung eines Gradienten verbinden: Bei trivialen Erkrankungen oder bei mit ausreichender Vorlaufzeit planbaren, nicht lebensbedrohlichen Eingriffen ist der Patient am ehesten fähig, die rationale Verbraucherrolle wahrzunehmen. Am anderen Skalenende finden wir den bewußtlosen Schwerstkranken, bei dem nur noch stellvertretende Entscheidungen für ihn möglich sind. Bei chronischen Erkrankungen sind Ausprägungen zwischen beiden Skalenenden möglich.

Anbieter von Gütern im Gesundheitswesen haben im allgemeinen bessere Informationen über die Eigenschaften der Güter als die Nachfrager. Dies ist charakteristisch für alle sogenannten Erfahrungsgüter, d. h. Güter, deren Qualitäten erst bei längerfristiger Nutzung erkannt werden können. So fehlen dem Patienten in der Regel individuelle Vergleichsmöglichkeiten, insbesondere bei chirurgischen Eingriffen oder Notfällen, da er sich verständlicherweise nicht aus reinen Vergleichsgründen Wiederholungseingriffen unterziehen kann. Aber auch bei undramatischen Verläufen kann die Unterscheidung von schlechter und guter Qualität, allein aufgrund uninformatierter Spontanbeobachtungen, für den einzelnen Konsumenten schwierig bis unmöglich werden. Letztlich würde eine Qualitätserkenntnis für den Patienten als Konsumenten in vielen Fällen zu spät kommen, da die bereits vollzogene Behandlung und ihre Folgen ja von ihm nicht folgenlos aufgekündigt oder abgelegt werden können wie eine materielle Ware. Angesichts der Situation, daß der Arzt durch seinen Wissensvorsprung die wesentlichen Nachfragen nach medizinischer Leistung selbst festlegt und zugleich das Leistungsangebot bereitstellt, ist der Marktmechanismus aufgehoben. Diese Situation ist nur auflösbar, wenn die Stellung des Patienten, des Konsumenten nachhaltig gestärkt wird, und zwar durch Information, Transparenz des Versorgungsgeschehens und Beteiligung an Entscheidungsprozessen.

Rolle der Verbraucherberatungsstellen und Einrichtungen des Verbraucherschutzes

Wenn auch aus den Eingangsüberlegungen deutlich wurde, daß Patienten nicht generell als Verbraucher oder Kunden in einem Markt Gesundheitswesen definiert werden können, lohnt sich der Blick auf den »allgemeinen Verbraucher« auch da, wo bereits erfolgreich implementierte Unterstützungsinstanzen wie Verbraucherberatungsstellen oder die Stiftung Warentest als Modell für vergleichbare Einrichtungen im Gesundheitswesen dienen könnten.

Überraschenderweise gibt es nach unseren Recherchen und telefonischen Anfragen bei den Verbraucherverbänden und der Stiftung Warentest vom November 1999 nur wenige wissenschaftliche Studien zu den Wirkungen von

Verbraucherberatung und Einrichtungen der Stiftung Warentest sowohl auf die Verbraucherseite als auch auf die Anbieterseite. Die Ergebnisse der von uns herangezogenen Studien, die auf der Befragung von 14.000 Käufern von über 40.000 Produkten sowie auf Ergebnissen einer Industrie- und Handelsbefragung beruhen, sind im hohen Maße anregend. 90 % der Interviewten kennen die Stiftung Warentest, aufgrund des hohen Verbreitungsgrades über Presse/Radio/TV, aber auch insbesondere über die Einbeziehung der Testergebnisse in Produktwerbung und -verpackung. Nicht weniger als 30 % der Käufe von dauerhaften Produkten beruhen auf Testinformationen, in den meisten Fällen allerdings aufgrund von privater Informationsweitergabe der Testinformation. Nur zehn Prozent der Käufer nichtdauerhafter Produkte beruhen auf Testinformationen.

Die Testinformation vergrößert das Wissen über die Unterschiede, über die Preise und die Qualität der Produkte. Testinformationen erleichtern die Produktauswahl. Die Benutzer von Testinformationen zeigen eine niedrigere Loyalität gegenüber bestimmten Marken und Geschäften.

Allerdings sind Benutzer von Testinformationen mit der Qualität und den Preisen ihrer Einkäufe nicht in höherem Maße zufrieden als Nichtbenutzer. Dieses Ergebnis kann auch darauf zurückgeführt werden, daß Testbenutzer deutlich höhere Ansprüche haben als Nicht-Testbenutzer, sie verfügen auch über mehr Vergleichswissen.

Überraschend stark sind die Wirkungen von objektiven Testergebnissen auf das Marktverhalten der Anbieter, wie die angesprochene Industrie- und Handelsbefragung der 80er Jahre zeigt: Nicht weniger als 80 % der Hersteller bzw. des Handels geben an, Testergebnisse für Marketingentscheidungen zu nutzen. Mehr als zwei Drittel geben an, Prüfkriterien der Warentests im Rahmen ihrer Produktentwicklung zu berücksichtigen. Mehr als die Hälfte haben Testergebnisse bereits zur Produktverbesserung verwendet. Das gilt sogar für Hersteller, deren eigene Produkte nicht unmittelbar in Tests einbezogen wurden.

Wenn man sich die Eckdaten dieser Ergebnisse vor Augen führt, daß also rund 80 % der Marktanbieter veröffentlichte vergleichende Produktinformationen so ernst nehmen, daß sie nicht nur Werbung, sondern auch Produktveränderungen daran ausrichten, obwohl nur 30 % der Kunden bei dauerhaften Kaufentscheidungen unmittelbar solche Testergebnisse berücksichtigen und bei nichtdauerhaften Produkten sogar nur zehn Prozent, dann wird die Relevanz des informierten Konsumenten deutlich.

Eine Analogie zum Gesundheitswesen würde dann die These untermauern, daß der Verbraucher in diesem Bereich die noch unentdeckte »dritte Kraft« am Markt sein könnte. Es ist nämlich gar nicht nötig, daß 100 % der Versicherten oder der Patienten bestimmte Informationen nachfragen. Entscheidend ist, daß Informationen verfügbar sind und von einer merklichen Minderheit bei Entscheidungen benutzt werden. Damit ist eines der landläufigen Argumente, keineswegs alle Patienten seien an verbesserten Informationen interessiert, entkräftet.

Information und Transparenz als Voraussetzung für Patienten- und Konsumentensouveränität

Der Wunsch nach Informationen über medizinische Fragen steht weit oben in der Liste der prioritären Bedürfnisse von Patienten und Versicherten. Andererseits sind trotz einer Fülle von Materialien und Informationsquellen qualitätsgesicherte Angebote, sei es in Print-Medien oder im Internet, bislang noch in der Minderheit, jedenfalls wachsen sie sehr viel langsamer als die gewerblich bzw. anbietergesteuerten Informationen in diesem Bereich. Auch Ärzte, von den Patienten als wichtige Ansprechpartner für gesundheitliche Informationen definiert, kommen dieser Aufgabe nicht immer angemessen nach. Der wissenschaftliche Beirat der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat der Bundesregierung daher Anfang 1999 dringend nahegelegt, für eine Verbesserung öffentlich verfügbarer qualitätsgesicherter Informationen Sorge zu tragen.

Transparenz der Qualität von gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen, auch diese Forderung wird vielfach von Patienten und ihren Interessenvertretungen, z. B. den Selbsthilfegruppen und ihren Verbänden, erhoben. Dies betrifft vielleicht weniger eine Information über die Preise aller Leistungen, wie die letzte Bundesregierung meinte und die jetzige Opposition erneut vorschlägt, sondern vor allem die Qualität der Leistungen und der Institutionen des Gesundheitswesens. So wünschen sich laut einer Umfrage der Zeitschrift *Focus* mehr als zwei Drittel der Bürger Informationen darüber, wieviele Fälle ein Arzt beispielsweise operiert hat und welche Komplikationsraten bei ihm zu erwarten sind. Generell haben wir jedoch zur Zeit die Situation, daß Patienten wenig Möglichkeiten haben, die Eigenschaften von gesundheitlichen Versorgungsgütern oder Einrichtungen, über deren Nutzung sie entscheiden oder mitentscheiden sollen, zu beurteilen. Bei allen Heilberufen herrscht Werbeverbot, sog. objektive Datenquellen sind kaum verfügbar. Wo sie verfügbar gemacht werden, sehen wir das enorme Verbraucherinteresse, so an vergleichenden Untersuchungen der Krankenhausqualität (bei *Focus* führten sie zu einer Auflagensteigerung von 50.000) oder am unglaublichen Verkaufserfolg des Buches »Bittere Pillen«, das in die x-te Millionenaufgabe geht.

Auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion hat in mehreren Gutachten, zuletzt vor zwei Jahren, darauf hingewiesen, daß Transparenz im Gesundheitswesen für den Versicherten und den Patienten als den beiden zentralen Rollen, in denen Verbraucher dort in Erscheinung treten, nachhaltig verbessert werden muß, wenn die politisch immer wieder angemahnte stärkere Eigenverantwortung von Patienten und Versicherten mehr sein soll als finanzielle Selbstbeteiligung ohne Mitentscheidung.

Wie sehr man sich im deutschen Gesundheitswesen daran gewöhnt hat, an den Bedürfnissen der Patienten vorbei zu debattieren, hat gerade die Reformdebatte des abgelaufenen Jahres gezeigt. Obwohl das im Sommer vorgelegte Reformgesetz nach 20 Jahren Kostendämpfungsgesetzen erstmals ernsthaft den Versuch unternahm bzw. mit einigen Abstrichen immer noch unternahmen will, die Eigenverantwortung und Kompetenz von Patienten und Versi-

cherten tatsächlich zu verbessern, wurden diese Vorschläge in der Öffentlichkeit so gut wie gar nicht wahrgenommen, weil der öffentliche Diskussionsraum sehr schnell wieder durch eine reine Finanzierungs- und Verbände-Interessendebatte dominiert wurde. Dies zeigt, daß ohne eine autochthone Anstrengung Patienten und Versicherte in unserem Lande nicht aus den spontanen Initiativen der Marktbeteiligten heraus, d.h. den Leistungsanbietern und Versicherern, in ihre souveränen Informations- und Entscheidungsrechte eingesetzt werden.

Mehr Transparenz und Information ist in diesem Zusammenhang auch für die gesetzlichen Krankenversicherungen selbst zu fordern. Wenn die aus liberaler Sicht und unter dem Einfluß aus USA importierter Ideen erfolgende Öffnung der Krankenversicherung in Deutschland für neue Wahlmöglichkeiten der Konsumenten hinsichtlich neuer und unterschiedlicher Versicherungsangebote auf dem Gesundheitsmarkt die heterogenen Leistungspakete und vorab definierte Versorgungspfade beinhalten, entstehen neue Informationsprobleme für die Konsumenten. Zu dem Markt immer neuer Gesundheitstechnologien und zu der wachsenden Vielfalt professioneller Leistungsanbieter und Versorgungsinstitutionen tritt dann auch noch eine komplexe Vielfalt unterschiedlicher Versicherungsmodelle hinzu.

Der Gesetzgeber hat zwar im letzten Reformentwurf zu den neuen vielfältig variablen Angeboten der Kassen (Integrationsverträge nach § 140a) konsequenterweise vorgesehen (ibid, Abs. 3), daß die Versicherten das Recht haben sollen, von ihrer Krankenkasse, wie von den teilnehmenden Leistungserbringern, also den Ärzten und anderen Heilberufen, über Verträge, Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden, aber wichtiger wäre natürlich in geeigneter Weise sicherzustellen, daß sie über die Qualität der Ergebnisse dieser neuen Versorgungsform unterrichtet, und zwar von unabhängiger Seite unterrichtet werden.

Im übrigen ist natürlich zu fragen, warum diese wenigstens im Ansatz richtige neue Vorschrift nicht generell auch für die Regelversorgung gelten soll bzw. nicht bereits gilt. Warum wird das im straf- und im zivilrechtlichen Haftungsrecht und der darauf basierenden Rechtsprechung ja ohnehin festgeschriebene umfassende Informationsrecht der Versicherten und Patienten nicht schon heute hinreichend ernst genommen?

Den Verbraucherberatungs- und Patientenberatungsstellen im Gesundheitswesen wächst also ein großes Gebiet zu. Es wäre wünschenswert, wenn der Gesetzgeber über die bereits vorgesehene Geldzuwendung an gesundheitliche Verbraucher- und Patientenberatungsstellen hinaus in geeigneter Weise dafür Sorge tragen würde, daß diesen Institutionen Qualitätsdaten des Gesundheitswesens, deren Stellenwert ja im Reformgesetz (§ 135 ff) neu geregelt wird und in die ja vor allem auch Verfahren der externen und vergleichenden Qualitätsbeurteilung einfließen werden, zur Verfügung gestellt werden.

Zweifellos werden viele dieser Daten nicht ohne weiteres ohne Interpretationshilfe für jedermann lesbar sein. Bei manchen Verfahren wird es auch schutzwürdige Belange der Leistungserbringer selber, d.h. der Ärzte und

Krankenhäuser, zu beachten geben. Aber in einem langfristigen Abstimmungsverfahren muß der Informationskreis zwischen den Einrichtungen und den Ergebnissen der Qualitätssicherung und den Arbeiten und Aufgaben der Verbraucherberatungsstellen geschlossen oder wenigstens angenähert werden, um zu einer offeneren und vor allem qualitätsorientierten Informationskultur im Gesundheitswesen zu kommen.

Selbstverständlich sollten auch Einrichtungen wie die Stiftung Warentest dazu ermuntert und auch zukünftig weiterhin in die Lage versetzt werden, Produkte und Einrichtungen des Gesundheitswesens, wie die jetzt zum dritten Mal veröffentlichte Qualitätsbewertung von Krankenhäusern einer großen Region Deutschlands, fortführen zu können. Diese Krankenhaustests, bei denen das ISEG-Institut Hannover methodische Beratung geliefert hat, haben bestätigt, daß auch hochkomplexe »Produkte« bzw. Dienstleistungen des Gesundheitssektors einer Testbewertung zugänglich sind, v.a. haben alle publizierten Tests zu Änderungen bei den getesteten Häusern Anlaß gegeben, so wie wir das in anderen Wirtschaftssektoren beobachtet haben.

Aus den Kreisen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung, die ja immerhin weitgehend eigenständige und fachlich und ihrem Gewissen nach niemandem verpflichtete Einrichtungen sind und als eigene Körperschaft des öffentlichen Rechts fungieren, kommt die interessante Anregung, daß die vielen tausend Beschwerden von Patienten, die durch diese Dienste gesammelt werden, in geeigneter Weise ausgewertet und insbesondere geprüft wird, ob überzufällig häufig bestimmte Beschwerden ganz bestimmte Einrichtungen betreffen. Von einem nachgehenden Qualitätsaudit solcher Einrichtungen bis hin zu geeigneten Teilveröffentlichungen solcher Beschwerdelisten sind verschiedene Möglichkeiten denkbar.

Wir sollten klar erkennen, daß Informations- und Beratungsverbesserung für Versicherte und Patienten im Gesundheitswesen das Bohren harter Bretter bedeutet. In diesem Zusammenhang sind nicht zuletzt Patientenvertretungen, wie die Selbsthilfegruppen und deren bundesweite Organisationen, gefordert, und zwar in doppelter Hinsicht – als Träger von Informations- und Beratungsangeboten und als Gruppierung, die ihre Position in Entscheidungsgremien einbringt. Letzteres könnte dadurch geregelt werden, daß Selbsthilfeverbände neutrale Personen benennen, die wiederum Anhörungs- bzw. Mitspracherecht beispielsweise im Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen haben.

Selbsthilfegruppen nehmen bereits heute nicht unerhebliche Informations- und Betreuungsaufgaben, vor allem bei der Versorgung chronisch kranker Patienten, wahr. In den Gruppen, die in bezug auf den Umgang mit der Krankheit und den Strukturen des Gesundheitswesens durchaus inhomogen sind, hat sich auf der Basis der persönlichen Betroffenheit ein breites Wissenspotential gebildet. Sie tragen wesentlich zur Kompensation von Defiziten in der professionellen Versorgung bei. Eine der Voraussetzungen für die enorme Expansion der Selbsthilfebewegung war sicherlich der Aufbau einer unterstützenden Infrastruktur durch Selbsthilfekontaktstellen. Allerdings arbeitet eine

große Zahl dieser Kontaktstellen auf allerniedrigstem finanziellen Niveau, mit deutlicher personeller Unterbesetzung, fachfremder Qualifikation und fehlenden Fortbildungsressourcen. Angesichts der Tatsache, daß sich im Zusammenhang mit den neuen gesetzlichen Regelungen zum § 65b SGB V viele Institutionen um die Einrichtung von Verbraucher- und Patientenberatungsangeboten bemühen, ist zu fragen, inwieweit das bereits vorliegende Potential für diese neuen Angebote genutzt werden kann, zumal sich die Frage der Neutralität und Unabhängigkeit von Kosten- und Leistungsträgern bei den Selbsthilfegruppen und -verbänden in der Regel nicht stellt. Daß der Aufbau neuer Informations- und Beratungsangebote wiederum unter anderem die Frage der Qualität von Inhalt und Form der Vermittlung und des Zugangs möglichst breiter Bevölkerungsgruppen zu lösen hat, ist evident.

Es ist daher zu hoffen, daß in dem neuen Forschungsprogramm der Bundesregierung für den Bereich Gesundheit diese Fragen, übrigens einschließlich der neuen Rolle der Verbrauchereinrichtungen, einen angemessenen Platz bekommen werden. Wir werden eine neue Informationskultur umso dringlicher brauchen, als unser Gesundheitswesen in den nächsten Jahren in vieler Hinsicht unter schwierigen Vorzeichen stehen wird: Mit dem wachsenden Mißverhältnis zwischen Ausgaben und Mitteln und den damit verbundenen wachsenden Verteilungs- und teilweise auch Existenzkonflikten wird die Bereitschaft vieler Heilberufe und vieler Einrichtungen des Gesundheitswesens, als unabhängiger und nur dem besten fachlichen Gewissen verpflichteter Sachwalter im Dienste des Patienten aufzutreten, wie dies der hippokratische Eid von den Heilberufen verlangt, auf eine harte Probe gestellt werden. Wir werden in Zukunft vielleicht leichter den Gefahren der Überversorgung entgehen, aber wir werden uns vermehrt mit Fehl- oder Unterversorgung auseinandersetzen müssen.

Literatur bei den Verfassern.

Wir danken den Herren Dr. C. Krauth, Dr. M. Wismar und M. Wörz für ihre Mithilfe.

Prof. Dr. med. Friedrich Wilhelm Schwartz ist Leiter der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover und Vorsitzender des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Dr. Marie-Luise Dierks, Dipl.-Pädagogin, ist Mitarbeiterin der Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung an der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie leitet dort den Arbeitsschwerpunkt »Patienten und Konsumenten«.