

Justice, Baby! Der Podcast zu Recht und Gerechtigkeit

Transkript

Folge #8 Gesundheit: Wie kommen Patient:innen zu ihrem Recht?

Szenischer Einstieg

[Der Podcast beginnt mit unterschiedlichen Stimmen.]

Sprecher:in 1 [männlich konnotiert]:

Ja, ich glaube, das ist relativ gerecht gelöst, dass es eine grundsätzliche Versorgung für alle gibt und noch ein paar Möglichkeiten für Leute, die sich's leisten können, was extra zu machen.

Sprecher:in 2 [weiblich konnotiert]:

Ich finde nur diesen Unterschied zwischen Privatversicherung und gesetzlicher Versicherung ungerecht, weil Beamte zum Beispiel grundsätzlich in die private Versicherung kommen und dann den gesetzlich Versicherten die Termine wegschnappen.

Sprecher:in 3 [männlich konnotiert]:

Ich finde es auch ziemlich ungerecht, dass die Gutverdiener die Möglichkeit haben, in die private Krankenversicherung zu gehen und ausgerechnet die Leute, die halt Geld in das Gesundheitssystem reinbringen könnten, dass die das Recht haben, sich dort wieder auszunehmen und bessere Leistungen zu erkaufen. Ich finde, das geht eigentlich nicht.

[fröhliches, Upbeat Intro ertönt und läuft im Hintergrund weiter]

Anmoderation

Podcast-Host Kathrin Schön: Habt ihr euch auch schon mal geärgert, dass ihr super lange auf einen Termin bei einem Facharzt oder einer Fachärztin warten musstet? Dann geht es euch wie vielen, die in Deutschland gesetzlich krankenversichert sind. Aber ob die private Versicherung wirklich so viel besser ist? Darüber spreche ich heute mit meinen Gästinnen.

Aber was heißt das eigentlich gesetzlich krankenversichert? Welche Rechte haben Patient:innen, aber auch Ärzt:innen? Gibt es sowas wie ein Recht auf medizinische Grundversorgung und wie gerecht ist unser Gesundheitssystem überhaupt?

Fragen über Fragen, die wir heute hoffentlich alle klären werden. Mein Name ist Kathrin Schön von der Stiftung Forum Recht und in dieser Folge von „Justice, Baby!“ dreht sich alles um Gesundheit und Gerechtigkeit. Schön, dass ihr wieder dabei seid. Los geht's!

[Intro blendet aus]

Vor- und Nachteile des deutschen Gesundheitssystems - Interview mit Soziologin Nadja Rakowitz

Schön: In Deutschland ist die medizinische Grundversorgung im Sozialgesetzbuch Nummer 5 rechtlich geregelt. Im Prinzip erhält jeder Mensch Zugang zu medizinischen Leistungen, dafür sorgen die gesetzlichen Krankenkassen. Im Vergleich zu anderen Ländern sind wir, was die

inklusive Leistungen angeht, ziemlich gut abgesichert, aber es gibt trotzdem Einschränkungen bei der Behandlung und bei allem Lob auch noch Luft nach oben.

[kurzer Jingle ertönt und ebbt ab]

Schön: Ich freue mich sehr auf Nadja Rakowitz, meine erste Gesprächspartnerin heute. Sie ist Soziologin und leitet als Geschäftsführerin den Verein demokratischer Ärzt:innen in Deutschland. Sie war wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Soziologie an der Uni Frankfurt und engagiert sich heute für ein demokratisches Gesundheitswesen. Liebe Frau Rakowitz, herzlich willkommen und schön, dass sie da sind.

Rakowitz: Ja, guten Tag. Ich freue mich, dass ich da sein.

Schön: Frau Rakowitz, was ist für Sie gerecht?

Rakowitz: Gerecht... [schmunzelt] Gerechtigkeit ist eine Kategorie der bürgerlichen Gesellschaft und innerhalb dieser ist gerecht, dass es eine mögliche Gleichheit der Menschen gibt, dass sie gleiche Rechte haben und gleiche Pflichten.

Schön: Diese Frage stelle ich all meinen Gesprächsgästen und deswegen wollte ich heute auch keine Ausnahme machen. Aber es geht ja heute um Gesundheit und Gerechtigkeit. Was macht ein demokratisches Gesundheitssystem für Sie aus?

Rakowitz: Ein demokratisches Gesundheitswesen würde für mich ausmachen, dass alle Menschen, die in dieser Gesellschaft leben, versorgt werden, gleich gut versorgt werden. Was nicht heißt, dass sie gleich versorgt werden, sondern gemäß ihren Bedarfen, die ja durchaus unterschiedlich sein können, gleich gut versorgt werden können. Dass das also nicht abhängt von einem Aufenthaltsrecht, von einem Pass oder allen möglichen Kategorien, sondern sie müssen gleich gut behandelt werden. Weiterhin würde ein demokratisches Gesundheitswesen ausmachen, dass es demokratisch geplant wird. Das heißt, dass die Betroffenen, die Expert:innen, die politischen Vertreter:innen, die betrieblichen Interessenvertreter:innen, also Gewerkschaften auch zusammen planen würden, was die Bedarfe sind und wie die Strukturen entsprechend sein müssten. Sie merken, ich rede im Konjunktiv, weil das im Moment nicht so ist in Deutschland.

Wenn man so eine Planung hätte, müsste man dann Strukturen schaffen, in denen die medizinischen Entscheidungen nicht an finanzielle Entscheidungen gekoppelt sind. Auch das ist etwas, was real im Moment ganz anders ist. Aber man müsste meines Erachtens die Professionellen, und das sind dann nicht nur die Ärzt:innen, in der Lage versetzen, dass sie quasi frei von ökonomischen Überlegungen, was ihr eigenes Einkommen angeht, aber wenn möglich auch was die gesellschaftlichen Kosten sind, entscheiden können, was medizinisch gut und richtig ist für die Patient:innen. Diese Strukturen dürften nicht profitorientiert sein, sondern müssten gemeinwohlorientiert sein. Ob das dann staatliche sind oder gesellschaftliche, genossenschaftliche und sowas, darüber kann man streiten. Auf keinen Fall dürften da Profitinteressen eine Rolle spielen.

Schön: In Deutschland ist es ja so, dass das Gesundheitssystem heute zum Großteil nach dem Solidaritätsprinzip funktioniert. Das heißt, ein Großteil der Ausgaben im Gesundheitswesen wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen, in die wiederum die Versicherten einzahlen. Alle Versicherten erhalten die gleiche Versorgung und zwar unabhängig von Alter, Geschlecht oder auch Krankheitsrisiko. Jetzt wird aber darüber diskutiert, dass manche

Menschen ihre Gesundheit bewusst schädigen, also indem sie zum Beispiel rauchen, sich zu wenig bewegen oder übermäßig Alkohol trinken. Andere dagegen super gesund leben und fit sind. Wie wäre es denn, wenn die Lebensführung tatsächlich Konsequenzen bei der Krankenversicherung hätte?

Rakowitz: Das wäre meines Erachtens eine Katastrophe und das wäre ein Rückfall in Zustände, die wir schon vor 150 Jahren überwunden haben. Ich halte es für einen absoluten Fortschritt der gesetzlichen Krankenversicherung, dass sie diese Unterschiede nicht macht. Wir gönnen uns den Luxus der Solidarität. Und lassen die Leute so leben, also was die Krankenversicherung angeht, wie sie das meinen. Und wir kriegen es hin, dass wir alle gut versorgen, unabhängig davon, ob sie selbst daran schuld sind oder nicht.

Meines Erachtens wäre das tödlich für die gesellschaftliche Solidarität, wenn wir anfangen würden zu schauen, wo ist jemand selbst schuld an seiner Krankheit. Man könnte die Diskussion natürlich auch so drehen, dass man sagt, na ja, was macht denn ein Großteil der Krankheit aus? Das sind die Arbeitsbedingungen und an diesen ist man ja oft nicht schuld, sondern das ist ja eine Form von Zwangsverhältnis, dem man unterliegt und dass man nicht frei bestimmen kann. Also man müsste diese Diskussion immer sofort an die Verhältnisse binden und nicht an das Verhalten. Ich würde das komplett ablehnen und würde jeden Versuch das aufzuweichen, die es ja gibt, ablehnen. Wir können uns das leisten und wir sind quasi weltweit ein Beispiel dafür, dass das geht. Gucken sie in die USA, wo das anders geregelt ist, was für eine Barbarei das bedeutet, für die Menschen, die keine Krankenversicherung haben oder unterversichert sind, weil sie sich nicht mehr leisten können.

Schön: Eigentlich ist dieses Solidaritätsprinzip ja gar keine schlechte Idee. Und trotzdem versuchen Sie mit Ihrem Verein die Lücken zu schließen und die Solidarität auszubessern. Denn als ich gerade eben nochmal gesagt, wie in Deutschland geregelt ist, habe ich den Eindruck, haben Sie ein bisschen zusammengezuckt. Warum?

Rakowitz: Na erstmal sind ja nur 90% der Bevölkerung in der gesetzlichen Krankenversicherung. 10% sind in der privaten Krankenversicherung versichert, die nach so einer Logik funktioniert, wo man am individuellen Krankheits- oder Gesundheitsstatus gemessen seine Beiträge bezahlt. Die quasi nur so solidarisch ist wie jede Versicherung solidarisch ist, aber sich nicht an diesem großen Projekt beteiligt. Das ist das eine, dass das Bild ein bisschen schief macht.

Und das andere ist, wir haben ja auch Menschen, die in diesem System nicht sind. Wir haben zwar eine Versicherungspflicht. Aber es gibt trotzdem Menschen, die rausfallen. Da sind zum einen Obdachlose, die, solange sie keinen Kontakt zum Gesundheitswesen haben, eben auch nicht in diesem System oft drin sind. Das sind Menschen, die keinen Aufenthaltsstatus haben, die hier illegalisiert leben. Wir haben Menschen, die nur ein eingeschränktes Recht auf Zugang haben wie Asylbewerber. Alles das ist sozusagen eine Aushöhlung auch dieses Solidarprinzips. Und wir haben natürlich innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung Aushöhlungen, die, in der Regelungen schon angelegt sind, die Versicherungspflichtgrenze, Beitragsbemessungsgrenze, es gibt inzwischen Zuzahlungen, Zusatzbeiträge, es gibt solche Tarife, Selbstbehalttarife, wo man einen Teil seines Geldes zurückbekommt, wenn man nicht das Gesundheitswesen aufgesucht hat. Alles das sind eigentlich Einschränkung oder Aushöhlung des Solidarprinzips.

Schön: Jetzt haben Sie gerade eben die Privatversicherung schon angesprochen. Gesetzlich Versicherte fühlen sich gegenüber privat Versicherten oft wie Patient:innen zweiter Klasse. Wieso gibt es überhaupt eine private und eine gesetzliche Krankenversicherung?

Rakowitz: Das hat in Deutschland historische Gründe. Wir haben ja in Deutschland die erste Sozialversicherung mit Bismarck, also schon im 19. Jahrhundert eingeführt. Und die war damals eben nur für Arbeiter im Prinzip, da waren ja auch noch ganz viele Menschen ausgeschlossen. Und in diesem Zusammenhang hat sich dann quasi die private Versicherung gegründet für die Staatsbeamten und für Selbstständigen. Ich würde sagen, das ist längst überholt. Gucken Sie nach Österreich, da gibt es einfach eine gesetzliche Krankenversicherung. Was nicht heißt, dass eine Versicherung sein muss, aber ein System, in dem alle drin sind. Und das halte ich für viel sinnvoller.

Schön: Was ist denn das Problem von dieser Doppelstruktur? Zum Beispiel auch Ärzt:innen oder deren Vertretungen.

Rakowitz: Also das Problem ist erstmal an dieser Doppelstruktur, dass es besser Verdienende bevorzugt. Die offizielle Ärzt:innenschaft, würde Ihnen sagen, wir brauchen unbedingt die Privatversicherten, weil die werden anders bezahlt. Die Bezahlung zwischen Ärzt:in und Patient:in wird anders geregelt als bei der gesetzlichen Krankenversicherung. Privatpatienten zahlen direkt per Rechnung, das bedeutet für die Ärzt:innen, dass sie unmittelbarer schneller das Geld haben für die Versorgung. Das finden viele Ärzt:innen toll. Man sieht aber daran, dass quasi unmittelbar das Geld in die Arzt-Patienten-Beziehung hineinregiert. Und da es bei den Privatversicherungen auch kaum Regelungen gibt, welche Leistungen bezahlt werden, was welche neuen Leistungen, ob das kontrolliert wird, ob das qualitätsgesichert ist und so weiter, neigen die Ärzt:innen dazu, Privatpatient:innen mehr zu versorgen, mit mehr zu versorgen als eigentlich nötig, weil quasi jeder Handschlag da Geld bringt. Und das ist eine Logik, die eigentlich in der medizinischen Versorgung nix zu suchen hat, meines Erachtens. Das ist ein Problem.

Und wenn heute gesetzlich Versicherte sich beklagen, dass sie manche Leistungen nicht bekommen, die privat Versicherte bekommen, dann ist das eine zweischneidige Sache. Weil das heißt, sie bekommen auch Dinge nicht, die quasi ungesichert sind, wo es keine Qualitätssicherung gibt. Wir als gesetzlich Versicherte haben ein Stück weit mehr eine Garantie, dass eine Qualitätssicherung gibt. Da gibt es Institutionen wie den gemeinsamen Bundesausschuss des Instituts für Wirtschaftlichkeit und Qualität, die erstmal Standards setzen, die Qualitätsstandards setzen. Und erst dann wird es erlaubt, dass die gesetzliche Kasse etwas bezahlt. Und ich halte das nicht für einen Nachteil, sondern für einen Vorteil. Kann im individuellen Fall natürlich auch mal ein Nachteil sein. Wenn es das berühmte Krebs-Medikament nur in den USA gibt und das noch nicht von der Gesetzlichen zugelassen wird und so weiter, dann kann das auch mal Nachteil sein. Im Großen und Ganzen haben privat Versicherte sicher das Risiko, dass sie überversorgt werden.

Schön: Und diese Überversorgung bekommt ja manchmal auch mal so ein Gefühl von, ich werde jetzt hier ausgenommen, einher. Also ich glaube auch dieses Gefühl der Ungleichbehandlung ist nicht nur eines, dass die Privilegien im Blick hat, sondern auch das unangenehme Gefühl, die Cash Cow für eine Ärztin oder einen Arzt zu sein.

Rakowitz: Und auch fürs Krankenhaus. Im Krankenhaus passiert das auch.

Schön: Wenn wir über Gesundheit und Gerechtigkeit sprechen, dann müssen wir auch über die gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit sprechen. Gibt es denn soziale Faktoren, durch die Menschen eher erkranken als andere?

Rakowitz: Ja klar, Armut. Armut, wenn man die misst an Einkommenshöhen, was nicht nur das einzige Kriterium ist, dann ist völlig klar, dass arme Menschen früher schwerkrank werden, früher sterben. Das geht bis zu 10 Jahren, die Differenz. Das ist aber im internationalen Maßstab gesehen noch relativ klein, das wächst bei uns aber. In Ländern mit einer größeren sozialen Ungleichheit und weniger sozial ausgleichenden Systemen, wie es das bei uns gibt, sind diese Unterschiede sehr viel größer. Also wer arm ist, muss früher sterben. Das gilt auch bei uns.

Schön: Wie sieht es denn um den Zugang zu Wissen über Gesundheit im Allgemeinen aus? Mein Eindruck ist nämlich, dass durch die Corona-Pandemie das Bewusstsein zum Beispiel auch für mentale Erkrankungen in der Öffentlichkeit extrem gewachsen ist. Bedeutet das jetzt auch, dass in der Allgemeinheit viel stärker über Gesundheit nachgedacht wird? Und man Zugang zu Wissen über Gesundheit hat? Oder ist dieser Zugang auch wieder total unterschiedlich verteilt?

Rakowitz: Da kann ich jetzt nur mutmaßen, da bin ich keine Expertin für. Ich denke, dass dieser Zugang ungleich verteilt ist. Ich würde mir aber auch nicht zu viele Illusionen machen über das Wissen von Gutgebildeten über Gesundheit oder gesundheitspolitische Zusammenhänge oder gar epidemiologische. Wenn uns die Corona-Pandemie etwas gezeigt hat, ja dann da auch das, dass jeder, der Medizin studiert hat, gemeint hat, sich über epidemiologische Zusammenhänge äußern zu können, was man niemals gelernt hat als Mediziner. Das ist ein spezielles Studium nochmal oder eine Fortbildung. Und Medizin ist erstmal verhalten, also quasi die Versorgung eines Individuums. Und Epidemiologie ist noch mal was ganz anderes. Aber jeder hat sich aufgespielt, als ob er oder sie sich da auskennen würde. Das ist alles, glaube ich, mit großer Vorsicht zu genießen.

Schön: In unserer Gesellschaft stehen Leistungsfähigkeit und Gesundheit ja echt hoch im Kurs. Wie verändert dieses Mindset die Wahrnehmung von Krankheit?

Rakowitz: Also das steht nicht nur hoch im Kurs, sondern das ist ja sozusagen in den Strukturen angelegt. Dieses System muss erstmal sozusagen die Ware Arbeitskraft gesund halten. Und das ist ein Zweck dieses Gesundheitssystems, die Menschen müssen arbeitsfähig sein, damit sie die Ökonomie dieser Gesellschaft weiter am Laufen halten können. Ich habe den Eindruck, dass die Leute da dieses Ziel sozusagen ganz oft auch verinnerlicht haben, obwohl es eines ist, dass ihnen oft fremd ist und ihnen eigentlich schadet, haben sie das trotzdem verinnerlicht. Also man versucht arbeitsfähig zu sein, auch wenn es längerfristig die eigene Gesundheit schädigt. Es gibt ein schönes Buch von Wolfgang Hien, der vor zwei Jahren oder so hat er das „die Arbeit des Körpers“, glaub ich heißt das, wo er das noch mal beschreibt, also wie gesundheitsschädlich auch irgendwie unsere Arbeitsverhältnisse sind, obwohl wir ja nicht mehr so von der großen Industrie geprägt sind und Bergwerksarbeit und so eher wenig ist und wir viel Computer- und Büroarbeiten und sowas haben. Aber dennoch ist Arbeit etwas, was die Gesundheit schon auch massiv schädigt. Und das wird, glaube ich, von der großen Masse noch nicht als so angesehen, dass man da politisch was tun würde dafür.

Sondern man versucht selbst diese Ideale zu verinnerlichen und taff zu werden, sich selbst zu optimieren.

Schön: Und wenn wir über Gerechtigkeit und Gleichheit im Gesundheitssystem sprechen und wir davon ausgehen, dass dieses Gesundheitssystem auch Menschen unabhängig von ihrem Geschlecht versorgen möchte. Dass es eine Gleichbehandlung gibt bei der Versorgung, braucht es doch eigentlich erst mal eine geschlechterspezifische Forschung zu Krankheiten. Werden frauenspezifische Erkrankungen heute gleichermaßen erforscht wie Männerleiden?

Rakowitz: Glaube ich immer noch nicht, dass das so ist. Das nimmt aber zu. Die Sensibilität nimmt da zu an der Stelle. Ich denke der Anspruch, die Menschen gleich gut zu behandeln, das habe ich am Anfang gesagt, bedeutet eben auch genau, sie ungleich zu behandeln. Und das Bewusstsein dafür, dass Männerkörper und Frauenkörper vielleicht unterschiedlich sind in bestimmten Aspekten, das kommt langsam, hat man den Eindruck. Also wir wissen das ja von diesen Herzinfarkt-Symptomen, dass die bei Frauen und Männern anders sind. Die ganze Gruppe der Menschen, die sich nicht binär zuordnen lassen, ist noch ein anderes, spezielles, eine sehr kleine Gruppe, aber immerhin. Auch da fängt das jetzt ja an, dass das genauer betrachtet wird. Aber das ist sicher noch nicht so, wie es sein sollte.

Schön: Unser Staat hat die Aufgabe für eine medizinische Grundversorgung zu sorgen. Das bedeutet, dass Menschen überall in Deutschland, nicht nur in Ballungszentren, sondern tatsächlich auch auf dem Land Zugang zu medizinischen Versorgungszentren beziehungsweise zu medizinischen Leistungen haben. Jetzt hört man immer wieder von Krankenhausschließungen und auch einem Ärztemangel auf dem Land. Was könnte man tun, um diesem Strukturwandel entgegenzuwirken?

Rakowitz: Das ist ein bisschen komplizierter. Es ist nicht der Staat unmittelbar, sondern der Staat hat das ja so geregelt, dass das die Selbstverwaltung, die gesellschaftliche organisiert. Also was die ambulante medizinische Versorgung an geht, hat die Verantwortung für die Herstellung dessen, was Sie gerade beschrieben haben, nämlich der gleich guten Versorgung im ganzen Land, die Kassenärztliche Vereinigung. Das ist der Deal, den sie gemacht haben, dafür, dass sie mit den Krankenkassen die Verträge haben.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat den Sicherstellungsauftrag, die müssen dafür sorgen, dass Ärzt:innen gleich verteilt sind oder bedarfsgerecht verteilt sind. Mit diesem Auftrag sind sie gescheitert, würde ich sagen. Das kriegen sie nicht hin. Das kriegen sie deshalb nicht hin, weil sie gleichzeitig die Interessenvertretung von Kleinunternehmern sind.

Die meisten Ärzt:innen arbeiten immer noch als Kleinunternehmer in eigenen Praxen. Und da gibt es Interessenkollisionen zwischen einem gesellschaftlichen Versorgungsauftrag und dem individuellen betriebswirtschaftlichen Interesse. Wenn man das anders regeln wollte, glaube ich, müsste man die Kassenärztlichen Vereinigungen entmachten und müsste sich politisch überlegen...-, solche Überlegungen gibt es im Moment, aber die benutzen natürlich nicht solche Worte wie Entmachtung und so...- man müsste ein primär Versorgungssystem sich überlegen. Wie es das in vielen Ländern gibt mit staatlichen Gesundheitswesen, wo man dann primär Versorgungszentren hätte, wenn das so kommen würde, die entsprechend der Bevölkerungsanzahl oder nach welchen Kriterien man dann gehen muss...- das wäre gut, wenn es da auch soziale Kriterien gäbe, wie man da bedarfsgerecht das verteilt, die die ambulante Versorgung sicherstellen würden. Man wird da nicht drum rumkommen, das so zu regeln, wie man das auch bei Lehrern regelt. Wenn man sagt, also ja, wir brauchen ein

flächendeckendes Gesundheitssystem, dann kam das nicht so geregelt sein, dass jeder sich das irgendwie so aussuchen kann, wie er gerade will. Wenn das passt, ist gut, aber wenn nicht, muss es Regeln geben, wie man auch in ländlichen, in armen Regionen entsprechende Versorgung hat. Das ist eben ein spezieller Beruf, den man da hat und nicht etwas, wo ich mich als Malermeister niederlassen kann, da wo es mir gefällt.

Schön: Wenn man sich jetzt für eine Veränderung im Gesundheitssystem engagieren möchte oder gerade für ein demokratisches Gesundheitswesen stark machen möchte, was für Möglichkeiten gibt es da auch für Menschen, die vielleicht keine Medizinerinnen oder Mediziner sind?

Rakowitz: Ich fange mal bei den Krankenhäusern an. Wir haben in den Krankenhäusern seit 2015 mindestens eine starke Bewegung von Berufsgruppen, die man eigentlich gar nicht so viel für streik- und kampffähig hielt. Die Pflege, aber auch nicht nur die Pflege, die kämpfen seit 2015 in verschiedenen Krankenhäusern für Tarifverträge, für Entlastung. Was nichts anderes heißt als Tarifverträge, die die Personalquoten regeln, damit es mehr Personal in Krankenhäusern gibt. Daran kann ich mich als Bürgerin jetzt erstmal gar nicht beteiligen, weil das sind betriebliche Auseinandersetzungen. Aber immer, wenn es dort zu Streiks kommt, wenn es dort zu Aktionen kommt, gibt es in diesen verschiedenen Städten immer Bürger:innen-Bündnisse, Unterstützungsbündnisse. Das ist auf jeden Fall etwas, glaube ich, wo man aktiv werden kann. Ich denke, wir müssten eigentlich mehr machen als Gesellschaft, als Bürger:innen. Und uns vielleicht ein Beispiel nehmen an Großbritannien oder an Spanien, da gehen Massen auf die Straße gegen die Privatisierung und für eine bessere Versorgung. Das müssten wir hier in Deutschland auch organisieren. Ich bin so ein bisschen ratlos, wie wir das hinkriegen sollen, ehrlich gesagt, aber das wäre wichtig.

Bei den Krankenkassen gibt es, na ja, die Möglichkeit, sich in den Sozialwahlen zu engagieren. Die Krankenkassen sind ja letztlich eigentlich unsere selbstverwalteten Organisationen, die wir eigentlich bestimmen müssen, wir als Arbeitnehmer:innen. Davon kann im Moment keine Rede sein, und das ist, glaube ich, schwierig, sich das wieder anzueignen.

Schön: Das sind doch super Impulse, die wir gerne auch noch mal in den Shownotes verlinken. Ich danke Ihnen ganz herzlich für das Gespräch, Frau Rakowitz und für Ihre Zeit!

Rakowitz: Bitte schön! Danke schön.

[kurzer Jingle ertönt und ebbt ab]

Wissenswertes zu Gender-Medizin

Schön: Ich finde, das, was Nadja Rakowitz über die Sozialwahlen gesagt hat, super wichtig. Denn es gibt einen rechtlichen Rahmen, um sich zu engagieren, etwas zu verändern und auch gegen Ungleichheit vorzugehen. Man muss ihn eben nutzen.

Wenn wir über Ungleichheit in der medizinischen Versorgung sprechen wollen, dann kommt man am Thema Gender-Medizin nicht vorbei. Der Begriff an sich ist noch relativ neu, er weist aber auf ein Riesenproblem hin, und zwar, dass sich medizinische Forschung und auch Diagnostik bislang nur an männlichen Körpern orientiert und das zum Teil bis heute. Medikamente werden hauptsächlich an Männern getestet. Wenn Frauen sie nehmen, dann ist häufig die Dosierung falsch, es gibt andere Nebenwirkungen oder im schlimmsten Fall wirken die gar nicht. Ich habe darüber mit der Autorin Rebekka Endler gesprochen. Sie hat das Buch

„Das Patriarchat der Dinge“ geschrieben, in dem es um gegendertes Design im öffentlichen Raum geht, und dabei streift sie auch das Thema Gesundheit. Aber hört selbst:

Endler: Erstaunlich fand ich, dass es schon so früh anfängt, dass selbst bei Laborratten und -Mäusen entweder nur mit männlichen Mäusen getestet wird oder aber den weiblichen Mäusen die Eierstöcke rausoperiert wurden. Weil eben hormonbedingte oder zyklusbedingte Hormonschwankungen die Ergebnisse, die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, verfälschen könnte. Aber wenn man den Satz einmal durchdenkt, dann müsste man ja schon darauf kommen, dass das, was für Mäuse gilt, möglicherweise auch für Menschen mit einem Menstruationszyklus gelten müsste. Und dass die Art und Weise, wie Wirkstoffe wirken, von Hormonen abhängig ist, sollte eigentlich nur die Dringlichkeit erhöhen, sie an möglichst unterschiedlichen Menschen zu testen. Und das ist zum einen aus Faulheit und Sparsamkeit damals beschlossen worden, dass man das nicht macht. Zum anderen war es aus Angst vor Schadensersatzklagen, wie sie eben nach dem ganz tragischen Fall des Contergan-Skandals, der Mitte, Ende der 70er Jahre der Fall war. Dass dann Pharma-Unternehmen gesagt haben, also bevor wir jetzt wieder Medikamente auf den Markt bringen, die Schwangere nehmen und dann wieder mit Schadensersatzklagen überschüttet werden, machen wir das am besten so, dass überhaupt nicht mehr an potenziell Schwangeren, also quasi an cis Frauen getestet, wird.

Aber die zwei wichtigsten Punkte für mich sind eben, dass sehr viele, fast alle der Medikamente, die auf dem Markt zugelassen sind, niemals an cis Frauen getestet wurden. Das heißt, wir wissen...- oder mittlerweile gibt es schon auch Daten darüber, dass viele Wirkstoffe sich anders auswirken auf einen cis-weiblichen Körper, weil eben, der Stoffwechsel anders funktioniert. Und es gibt eben sehr viele, auch morphologische Unterschiede, die Verweildauer eines Wirkstoffs im Körper ist anders aufgrund von Stoffwechsel etc., also diese Unterschiede gibt es.

Aber eben genauso wichtig eigentlich kaum diskutiert, ist, dass es viele Wirkstoffe geben könnte, die vielversprechend waren, wo aber in den ersten Studien anhand von cis Männern nicht die gewünschte Wirkung erreicht wurde, woraufhin man dann entschieden hat, dass es sich nicht lohnt, die weiter zu verfolgen. Aber das heißt nicht, dass diese Wirkstoffe nicht für cis Frauen durchaus wünschenswerte Wirkungen hätten.

Welche Rechte haben Patient:innen? - Interview mit den Rechtsanwältinnen Dörte Busch und Esther Meyer

Schön: Wenn ihr mehr dazu wissen wollt, hört doch noch mal die Folge zu Geschlechterungerechtigkeit von „Justice, Baby!“ rein.

Es ist nämlich ganz schön krass. Erst seit den 1990er Jahren hat man in der Forschung auf dem Schirm, dass Frauenkörper anders funktionieren und auch anders behandelt werden müssen. Seitdem ist man zum Glück zu lebensrettenden Erkenntnissen gekommen. Das bekannteste Beispiel ist zum Beispiel das Symptom eines Herzinfarkts oder die Symptome eines Herzinfarkts, sind ja mehrere. Bei Männern und Frauen sehen die nämlich völlig anders aus. Aber nicht nur Frauen werden in der Medizin häufig übersehen, sondern auch People of Color. Denn die Medizin orientiert sich nicht nur am Mann, wie ich gerade gesagt habe, sondern wenn man es ganz genau nimmt, am weißen Mann. Aus den USA wissen wir, dass zum Beispiel Hautkrebs bei People of Color deutlich später erkannt wird als auf heller Haut. Das ist ja bis zu einem gewissen Punkt irgendwie noch erklärbar, aber wenn Ärzt:innen das im

Hinterkopf haben, müssen sie bei ihrer Diagnose eben genauer sein. Die Frage ist nur, ob das auch jeder Hautarzt und jede Hausärztin im Hinterkopf behält.

Also auch in der Diagnostik gibt es noch viel, was verbessert werden muss. Aber wie kann ich meine Rechte als Patientin und Patient in so einer Situation einfordern? Und wie funktioniert überhaupt dieses System?

Kommen wir also nochmal zurück auf die Strukturen, die das Ganze erst wirklich möglich machen. Ist es nicht erstaunlich, trotz eines umfassenden sozialen Versicherungssystems ist der Zugang zu medizinischer Versorgung ungleich verteilt. Ich möchte deswegen verstehen, wie unser Versorgungssystem eigentlich genau funktioniert. Welche Rechte haben Ärzt:innen und Patient:innen? Und gibt es so etwas wie ein Grundrecht auf medizinische Versorgung? Darüber spreche ich jetzt mit zwei Juristinnen, die Spezialistinnen für Medizinrecht sind. Die Rechtsanwältinnen Dörte Busch und Esther Meyer.

Herzlich willkommen und schön, dass Sie da sind!

Busch: Vielen Dank!

Meyer: Danke schön, hallo.

Schön: Wir sprechen hier in diesem Podcast über Recht und Gerechtigkeit im Alltag, Frau Busch und Frau Meyer, was ist für Sie jeweils ganz persönlich eigentlich gerecht?

Busch: Dann fange ich mal an. Also ganz persönlich gerecht für mich ist, wenn gleiche Dinge, also gleiche Sachverhalte, auch gleichbehandelt werden. Bezogen auf das Gesundheitssystem wäre mir ganz wichtig, dass wir hier die Selbstbestimmungsrechte der Patienten, des Menschen respektieren. Stichwort in Form Konsens. Ich muss ordentlich aufgeklärt werden, bevor ich überhaupt in eine Behandlungsmaßnahme einwilligen kann. Aber auch das Recht habe, sie abzulehnen. Niemand von uns muss sich einer Zwangsbehandlung unterwerfen. Was schon sehr hohe Rechtsgüter sind und für mich den Inbegriff von Gerechtigkeit ausmachen.

Schön: Und bei Ihnen, Frau Meyer?

Meyer: Ich würde sagen, für mich ist gerecht, immer dann, wenn die Interessen von einer Person nicht über die Interessen der anderen Person oder Personengruppe gestellt wird. Also, wenn es letztendlich einen fairen Ausgleich gibt. Das bedeutet nicht immer, dass alle gleich viel bekommen oder eben alle gleich wenig bekommen, sondern dass es gute Gründe gibt, wieso eben eine Person vielleicht in einem bestimmten Fall einmal mehr bekommt als eine andere, wo sie dann aber wieder an einem anderen Punkt zurückstecken muss.

Schön: Jetzt geht es ja heute ganz konkret um Gesundheit und Gerechtigkeit. Wie genau gestaltet Recht eigentlich unser Gesundheitssystem?

Meyer: Letztendlich umfassend, würde ich behaupten. Es fängt an, dass wir eben schon im Grundgesetz selbst drin haben, zum Beispiel das Sozialstaatsprinzip, das bedeutet, der Staat hat auch einen Versorgungsauftrag, eine Fürsorgepflicht für seine Bevölkerung. Und das zieht sich dann runter von oben nach unten durch die gesamten untergesetzlichen Ebenen bis hin zum SGB, zum Sozialgesetzbuch. Und da ist in Band 5 die gesetzliche Krankenversicherung geregelt. Und dort steht dann letztendlich eigentlich drin, wer wen, wann, wie und wo versorgen darf und auch versorgen muss.

Schön: Frau Busch, wollen Sie das ergänzen?

Busch: Wir sind quasi in der Sesamstraße. Alle W-Fragen werden rechtlich zumindest vom Rahmen her geklärt. Auf der einen Seite schaffen wir den Rahmen, um zu sagen, unter welchen Bedingungen darf ich denn Leistungen erbringen, wie kann ich Medizin studieren, was sind die Inhalte, was ist mit anderen Berufen in der Gesundheitsbranche, welche Voraussetzungen, Qualifikation muss ich mitbringen, um in Deutschland Patienten versorgen zu dürfen. Und parallel dazu alle Regelungen. Mensch, welche Leistung darf ich denn in Anspruch nehmen? Also das ist so vielfältig und wir haben tatsächlich, was unser Gesundheitssystem angeht, auch wenn wir auf Ungerechtigkeiten hinauswollen, aber wir haben vom Grundsatz ein richtig tolles Gesundheitssystem.

Schön: Was macht denn das Gesundheitssystem in Deutschland so besonders und so gut?

Busch: Also aus meiner Sicht gibt es diverse Ansatzpunkte, auch unser System mal zu loben, anstatt immer nur drauf zu hauen, wohlwissend, dass es sicherlich einige Dinge gibt, die verbesserungsfähig sind. Wir haben umfassenden Anspruch auf Zugang zu medizinischer Versorgung. Wenn ich aus eigenen wirtschaftlichen Mitteln mir eben keine Krankenversorgung leisten könnte, habe ich einen Anspruch darauf, dass mein individuelles Leid durch die Gemeinschaft abgefedert wird, sprich ich Zugang zu ärztlicher Versorgung habe. Und das ist ja nicht nur der ambulant tätige Arzt, die Klinik, das sind Arzneimittel, Heilmittel, all das spielt ja auch mit rein. Und ich habe, auch wenn Sie jetzt gleich lächeln werden, ziemlich prompten Zugang darauf. Also ich muss nicht Monate, wenn nicht Jahre auf medizinisch notwendige Behandlungen warten. Als ich mal ein paar Jahre in Großbritannien verbracht habe, da sieht die Versorgungssituation schon ganz anders aus. Da liegen Sie unter Umständen mal tagelang im Flur und warten auf die Behandlung oder müssen sogar in andere Länder, weil einfach die OP-Kapazitäten ausgereizt sind. Das haben wir nicht. Klar, wir müssen auch mal warten und gerade auf Facharzt-Termine länger. Aber es ist schon eher die Regel, dass man in zumutbarer Zeit diesen Termin bekommt, als nicht, aus meiner Sicht.

Schön: Gibt es denn sowas wie ein Recht auf medizinische Versorgung? Also, dass jeder Zugang zu diesem Gesundheitssystem hat?

Meyer: Ja, grundsätzlich schon. Das ist letztendlich durch diesen staatlichen Fürsorge-Gedanken getragen, dass Sie sagen können, hier in Deutschland, wenigstens in einer Notfallsituation, hat wirklich jeder, der in Deutschland lebt auch ein Anspruch und ein Recht auf medizinische Versorgung. Also auch jemand, der keine Krankenversicherung hat, wie Obdachlose oder eben Menschen mit ungesichertem Aufenthaltsstatus, auch die werden in zumindest im Notfall medizinisch versorgt im Krankenhaus.

Schön: Wenn wir über Ungleichheit im Gesundheitssystem sprechen, dann wird ja oft von der Unterscheidung zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und der privaten Krankenversicherung gesprochen. Welche Aufgaben hat denn ganz konkret die gesetzliche Krankenversicherung und wie unterscheidet sie sich von privaten Krankenversicherungen?

Busch: Fangen wir erst mal mit der Gemeinsamkeit an. Beide Systeme sorgen dafür, dass ich einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung habe, und zwar auf medizinisch notwendige Versorgung. Das ist der gemeinsame Nenner über beide Systeme. Bei den Unterschieden, die ziehen sich tatsächlich im Prinzip durch alle Ebenen, angefangen

bei, muss mich denn so eine Versicherung akzeptieren als Versicherungsnehmer?

Wenn ich in die gesetzliche Versicherung schaue, dürfen die sagen, Mensch, Frau Busch, also mit der Adipositas, das wird nichts, das ist uns zu teuer. Nein, dürfen sie in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht. Die muss mich als Versicherungsnehmer, wenn ich dann möchte, akzeptieren.

Anders in der privaten Krankenversicherung, die prüft mein Eintrittsalter, schaut, wie krank ich bin, welche Grundleiden bringe ich mit, sprich welche Risiken habe ich, dass ich in Zukunft als Versicherungsnehmer Leistungen auslöse, sprich in Anspruch nehme, die teuer sind und auf dieser Basis wird dann mein Beitrag kalkuliert. Beziehungsweise wenn ich hoch risikoträchtig bin, dann kann die Versicherung auch sagen, wir wünschen dir viel Erfolg bei einem anderen Versicherungsgeber, aber mit uns dann eher nicht.

In der gesetzlichen Versicherung ist es ja so, dass wir einen festen Prozentsatz von unserem Einkommen bezahlen. Das heißt, diejenigen, die ein höheres Einkommen haben, zahlen natürlich netto mehr als Menschen mit einem geringeren Einkommen. 14% von, keine Ahnung, 5000€ sind in mehr als 14% von 1500€, ganz klar. Wohingegen in der privaten Krankenversicherung, da zahlt jeder individuell einen Betrag, der ausgerechnet wird aufgrund des eigenen Krankheitsrisikos. Das kann in jungen Jahren dazu führen, dass sich in der privaten Versicherung geringere Beiträge zahlen, weil ich eben, Gott sei Dank, noch nicht so krank bin und ein geringeres Risiko mitbringe. Was sich dann im Alter aber umkehrt mit entsprechend steigenden Versicherungsbeiträgen.

Wichtiger weiterer Unterschied zwischen beiden Systemen ist einfach, wie komme ich an die Leistung ran? Als gesetzlich Versicherter habe ich meine Versicherungskarte, die sowas ähnliches ja wie der goldene Schlüssel zur Versorgung ist. Also ich gebe sie jetzt in der Praxis ab und damit öffne ich im Prinzip den gesamten Leistungskatalog der gesetzlichen Versicherung. Und ich muss mir keine Sorgen machen, oh Gott, wie teuer wird das? Denn dafür steht meine Krankenversicherung ein. Ich bekomme auch keine Rechnung.

In der privaten Krankenversicherung ist das anders, da haben wir zwar auch die Versicherungskarte, aber ich muss erstmal in Vorleistung gehen, das heißt, ich bekomme als privat Versicherter von dem Leistungserbringer die Rechnung geschickt, die ich dann erstmal bezahle, und zwar völlig unabhängig, ob mein Versicherungsunternehmen mir diese Kosten erstattet. Dieses Kostenausfallrisiko trage ich als privat Versicherter.

Schön: Sie zeichnen jetzt ein Bild, dass die gesetzliche Krankenversicherung in einem wunderbaren Licht dastehen lässt. Wenn das so super ist, warum gibt es dann überhaupt eine private Krankenversicherung? Und rein rechtlich gesehen, warum erlaubt der Gesetzgeber, dass neben der solidarischen gesetzlichen Krankenversicherung noch private Krankenversicherung rechts und links daneben entstehen dürfen?

Meyer: Wir haben zwar tatsächlich jetzt das Loblied auf die gesetzliche Krankenversicherung gesungen, das gebe ich unumwunden zu, weil ich es tatsächlich auch immer noch als ein sehr gutes System empfinde. Es ist aber natürlich nicht so, dass es da nur Vorteile gibt und in der Lebensrealität, das geben wir auch zu, gibt es ganz viele Hürden und Hindernisse und auch Ungerechtigkeiten.

Die gesetzliche Krankenversicherung wurde zur Zeit von Bismarck eingeführt. Und eigentlich jetzt nicht nur immer mit den guten Hintergedanken, und zwar die Arbeiter zu versorgen und sozial abzusichern, sondern eher mit dem Hintergedanken soziale Unruhen zu befrieden. Die Industrialisierung war ja in vollem Gange. Den Arbeitern in den Städten ging es immer

schlechter, es gab soziale Unruhen und Bismarck hat letztendlich versucht, durch seine sozialen Gesetzgebungen hier Frieden wieder reinzubringen. Und so kam es zu einer gesetzlichen Krankenversicherungspflicht, allerdings nur für die Arbeiter in den Industriestädten. Und ganz viele Personengruppen waren davon ausgeschlossen, zum Beispiel die ganzen Selbstständigen, die Handwerker, die Beamten, die Lehrer und so weiter und sofort. Und für diese Personengruppen waren dann ganz zum Schluss die privaten Krankenversicherungen zuständig, die haben sich dann angeboten und zu sagen, ihr dürft eigentlich nicht in die gesetzliche Krankenversicherung rein, aber wir können euch versichern. Und so ist die private Krankenversicherung erst nach der gesetzlichen Krankenversicherung entstanden.

Schön: Wenn die private Krankenversicherung so attraktiv ist, gerade auch für gesunde junge Menschen, weil der Beitrag so niedrig ist, dann könnte es doch zu einem Unverhältnis der Patientenstruktur kommen, also dass alle gesunden und fitten eher in die private Krankenversicherung gehen und auch alle, die es sich leisten können und alle, die nicht die Ressourcen haben, um in Vorleistung zu gehen oder gesundheitlich vorbelastet sind bleiben in der gesetzlichen Krankenversicherung hängen. Das wird dann natürlich ein bisschen schwierig mit dem Solidarprinzip, wenn wir da, so eine Disbalance haben. Ist es ein Problem, das tatsächlich gesundheitspolitisch jetzt auch behandelt wird und dass Sie in ihrer Arbeit auch mitbekommen?

Busch: Diese Risiken werden ganz sicher sowohl rechtlich als auch vor allen Dingen politisch gesehen überhaupt keine Frage, das, was Sie so schön positiv herausgestrichen haben in der Privaten in jungen Jahren, weniger Beiträge zahlen, dann geht man eben in die Private, das hat natürlich auch eine Kehrseite, denn wir bleiben nicht alle jung. Es kommt der Tag, wo wir älter werden, gebrechlicher und die Prämien in der privaten Versicherung passen sich ja an. Und denken Sie dran, wir haben hier eine Versicherungspflicht, also viele Menschen müssen in die gesetzliche Krankenversicherung. Wenn Sie zum Beispiel unter der Versicherungsgrenze liegen, die im Moment, ich glaube bei 66.000€ Jahreseinkommen liegt, da hab ich ja gar keine Wahl, da muss ich mich gesetzlich versichern. Dementsprechend grasen wir bis zu diesem Betrag, der schon doch eher deutlich Gutverdienerbetrag ist, haben wir alle in der gesetzlichen Versicherung mit drin. Die Preisfrage ist natürlich, wenn wir jetzt alle in dasselbe Modell stecken würden, würde es das gerechter machen?

Meyer: Wenn jemand aus der gesetzlichen Krankenversicherung rausgegangen ist in die private Krankenversicherung, kommt er auch nicht immer und zu jedem Zeitpunkt wieder zurück. Es ist gerade nicht so, dass er sozusagen bis zum Renteneintritt bei der PKV war, eben dort wenig Beiträge hatte und sobald es zu teuer wird, ruft er wieder, oh jetzt will ich zurück zur GKV, da habe ich jetzt niedrigere Beiträge und auch ein schönes Leistungsfeld. Sondern dann ist auch irgendwann die Tür zu. Mit 55 Jahren, wenn Sie älter sind, kommen Sie nicht mehr zurück. Und das ist tatsächlich auch für viele ein Problem, die im Alter tatsächlich diese hohen Beiträge zahlen müssen, die dann auch noch mit ihrer kleinen Rente unter Umständen nicht mehr in Vorschuss gehen können.

Schön: Ich finde es ganz spannend, dass Sie auch diese Geschichten erzählen, die mit der privaten Krankenversicherung zusammenhängen. Denn in der öffentlichen Debatte ist ja schon die Frage, ist es gerechtfertigt, dass privatversicherte Patient:innen besser behandelt werden, schneller behandelt werden als gesetzlichversicherte Patient:innen. Was ist denn die rechtliche Grundlage oder was definiert diesen Handlungsspielraum, den viele Patient:innen, die

zum Beispiel nicht privatversichert sind, wahrnehmen, wenn es um die Frage Gleichbehandlung bei medizinischen Leiden geht?

Busch: Schöne Frage, ich spiel die mal zurück. Sie haben ein schönes Begriffspaar gewählt, gesetzlich Versicherte empfinden, dass privat Versicherte schneller und besser behandelt würden. Mit schneller gehe ich sofort mit, also wir haben tatsächlich eine Tendenz ganz häufig, dass ich als privat Versicherter kurzfristiger an Behandlungstermine komme als gesetzlich Versicherte. Werde ich dann aber auch besser behandelt? Was macht denn dieses besser aus? Habe ich Anspruch auf andere Leistungen? Nicht zwingend. Das habe ich ja schon gesagt, gerade in der gesetzlichen Versicherung wir haben einen Riesenkatalog an Leistung. So. Allerdings immer unter dem Dach des Wirtschaftlichkeitsprinzip. Ich habe nur Anspruch auf medizinisch notwendige Leistungen. Das heißt Luxusbehandlung, jetzt mal ketzerisch, darauf habe ich keinen Anspruch. Wie denn auch, wenn sie sich die Versorgungslandschaft anschauen. Es gibt immer noch den Rolls-Royce der Prothese oder das gute Durchschnitts-Modell was seinen Job tut. Wenn wir aber den Anspruch immer auf das Beste hätten, würden wir nicht mehr 14% Krankenversicherungsbeiträge zahlen, sondern wahrscheinlich 99% und es würde immer noch nicht reichen. Wir müssen diesen Balanceakt irgendwo zwischen Finanzierbarkeit und dem gesetzlichen Anspruch, den wir tatsächlich haben, auf eine angemessene und dem Stand der Wissenschaft entsprechende Versorgung ausbalancieren. Und dann müssen wir dann irgendwo eben Abstriche machen.

Schön: Welche Rechte haben Ärzt:innen denn bei ihrer Unternehmensführung? Dürfen sie, wenn sie einen Kassensitz haben, nur eine begrenzte Anzahl von Privatpatient:innen behandeln oder ist ihnen das freigestellt? Dürfen sich Ärzt:innen auch ihre Patient:innen aussuchen?

Busch: Es ist so, dass ich grundsätzlich, wenn ich approbiert bin, ich kann mir ein Schild dranhängen und sagen, juhu, Busch, Ärztin, bitte kommt zu mir. Dann dürfte ich aber erstmal tatsächlich nur privat Versicherte und Selbstzahler behandeln. Um gesetzlich Versicherte behandeln zu dürfen, die sind da sogar bessergestellt, brauche ich eine vertragsarztrechtliche Zulassung, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen erteilt wird. Nur wenn ich so eine Zulassung habe, darf ich gesetzlich Versicherte behandeln. Und dann, übrigens auch zum Thema Qualität, darf ich die nur in dem Fachbereich behandeln, in dem ich zugelassen bin. Also nehmen wir mal an, ich bin Fachärztin für innere Medizin, Kardiologie, dann darf ich gesetzlich Versicherte auch nur kardiologisch behandeln. Anders als Privatarzt, da bin ich Arzt, da kann ich von Rheuma über Orthopädie, HNO, Allgemeinmedizin dürfte ich streng genommen die Patienten in all diesen Gebieten behandeln.

Das andere zu Ihrer Frage, wie verhält es sich? Muss ich dann 90% meiner Patienten auch gesetzlich Versicherte behandeln und dann 10% private? Wäre ja irgendwie ein logischer Schluss bei der Verteilung 90:10. Dem ist nicht so. Wenn Sie eine vertragsarztrechtliche Zulassung haben, gibt es Mindestsprechzeiten, die Sie erfüllen müssen. Und die sind im Moment bei einer vollen Zulassung, sind Sie verpflichtet 25 Sprechstunden, also sprich wirklich Verfügbarkeit für den Patienten pro Woche anzubieten. Das ist das absolute Minimum, was Sie tun müssen.

Schön: Sie beide sind ja nicht nur Spezialist:innen für Strukturfragen im Gesundheitssystem, sondern Sie vertreten ja auch die Anliegen von Patient:innen und Ärzt:innen, unter anderem auch in Schlichtungsverfahren. Gehen wir jetzt mal davon aus, man hat seine Fachärztin,

einen Facharzt gefunden, man hat das eigene Anliegen vorgetragen, man wurde behandelt und jetzt kommt es zu Komplikationen oder zu unvorhergesehenen gesundheitlichen Folgen. Welche Rechte haben Patientinnen und Patienten in dieser Situation und welche Rechte haben auch Ärzt:innen?

Busch: Behandlungsfehler ist ein klassischer Fall, wo gesetzlich Versicherte bessergestellt sind als privat Versicherte. Wenn ich Sorge habe, dass tatsächlich eine Behandlung schiefgegangen ist, dass ein Behandlungsfehler stattgefunden hat, kann ich mich an meine gesetzliche Krankenversicherung wenden, der das schildern und die Versicherung bitten, mich zu unterstützen. Und zwar dadurch, dass sie den medizinischen Dienst beauftragt mit der Erstellung eines Behandlungsfehlergutachtens. Da würde man dann alle Unterlagen, die ganzen Behandlungsunterlagen, auf die hat jeder Patient im Übrigen das Recht, die von seinem Behandler herauszuverlangen in Kopie. Die werden dann dem medizinischen Dienst übergeben, der dann überprüft, ob die Behandlung, die in Frage steht, *lege artis* war oder ob es hier zur Abweichung vom geschuldeten Facharztstandard gekommen ist. Wenn wir die haben, dann habe ich als Patient dieses Gutachten und dann hätte ich als gesetzlich Versicherte die Möglichkeit mit diesem Gutachten den Anwalt zu beauftragen, der, wenn das Gutachten einen Behandlungsfehler ergibt, dann sich entsprechend an die Behandler-Seite und deren Haftpflichtversicherung, die immer mit ins Boot geholt wird, wendet und versucht außergerichtlich erstmal friedlich die Ansprüche zu regeln. Wenn das funktioniert, ist schön.

Wenn es nicht funktioniert, hat man auch wieder zwei Möglichkeiten. Man könnte zur Schlichtungsstelle gehen, die sind bei den Landesärztekammern ansässig. Auch dort kann man noch mal erbitten, dass ein weiteres sachverständigen Gutachten erstellt wird und dann Juristen der Schlichtungsstelle das auch juristisch danach bewerten. Im Gegensatz zu diesen Gutachten vom medizinischen Dienst haben wir bei den Schlichtungsstellen einen Haken. Die Seite der Ärzte oder der Leistungserbringer und deren Berufshaftpflichtversicherung müssen dem Schlichtungsverfahren zustimmen. Wenn Sie es nicht tun, dann habe ich keinen Anspruch als Patient auf Durchführung des Schlichtungsverfahrens.

Das heißt, es ist eine Chance, aber abhängig von der Reaktion der Gegenseite in dem Fall. Und diese Schlichtungsstellen können gesetzliche als auch privat versicherte Patienten anrufen, da sind sie wieder einigermaßen gleichgestellt, nur eben den medizinischen Dienst, auf den haben die privat Versicherten keinen Zugriff.

So wäre das dann bei Behandlungsfehlerverfahren. Und wenn das außergerichtlich nicht zum Erfolg führt, dann haben Sie die Möglichkeit, vor dem Zivilgericht Klage einzureichen und dann Ihre Schadensersatz- und Schmerzensgeld-Ansprüche weiter zu verfolgen.

Schön: Wie kann ich selber feststellen, ob bei meiner Behandlung ein Behandlungsfehler vorliegt? Gibt es sowas wie ein Recht auf Genesung, weil das stell ich mir total schwerdurchsetzbar oder auch beweisbar vor?

Meyer: Also ein Recht auf Genesung, gibt es nicht. Das ist auch tatsächlich etwas sehr Wichtiges. Letztendlich wird zwischen dem Arzt und dem Patienten ein Behandlungsvertrag geschlossen und da ist jetzt nicht die Gesundheit eben geschuldet. Das kann ja auch gar keinen Arzt, er kann niemals eben garantieren, dass man nachher wirklich von der Krankheit geheilt ist, dass es einem besser geht, dass die Operation wirklich toll verläuft. Es wird eigentlich niemals der Erfolg geschuldet, wie zum Beispiel bei der Reparatur eines Autos. Sondern es wird eine Dienstleistung geschuldet, nämlich die Heilbehandlung und die muss *lege artis* sein. Also

Facharzt...-, eben der Facharztstandard muss eingehalten werden, man muss es sich sozusagen an zum Beispiel die Leitlinien halten, man muss fachgerecht therapieren und diagnostizieren. Und nur das wird geschuldet, aber nicht der Erfolg, das wäre sogar unlauter. Auch Ärzte dürfen zum Beispiel gar nicht damit werben, dass sie irgendetwas perfekt heilen können. Es wäre ein Verstoß gegen die Berufsordnung.

Schön: Sie haben von einem Vertrag gesprochen, einem Behandlungsvertrag, den Ärzt:innen mit Patient:innen abschließen. Bevor ich einen Vertrag unterschreibe, lese ich mir in der Regel die AGBs durch. Welche Rolle spielt das Aufklären über Gefahren bei gesundheitlichen Behandlungen, insbesondere dann, wenn es zu Konflikten kommt?

Meyer: Aufklärung ist tatsächlich ein sehr zentrales Thema der Behandlung. Denken Sie daran, selbst der bestausgeführte ärztliche Eingriff stellt erst mal eine Körperverletzung dar. Denn in dem Moment, womit unserem Körper irgendwas gemacht wird, auch wenn die Intention gut ist und ja sogar von uns gewollt die Behandlung, ist es faktisch erst mal eine Körperverletzung. Und diese Rechtswidrigkeit der Körperverletzung wird dadurch aufgehoben, dass ich als Patient einwillige. Stichwort informed consent, früher noch paternalistisch, was der Arzt sagt, wird gemacht. Ganz klar, wir geben uns schicksalsergeben in die Hände der Mediziner und schauen und Vertrauen darauf, dass das Beste für uns getan wird. Davon sind wir weg. Wir haben den Anspruch und auch die Verpflichtung der Ärzte den Patienten vor jeglicher Behandlungsmaßnahme, sei es diagnostisch, sei es therapeutisch, darüber aufzuklären, über alle für die Entscheidung wesentlichen Faktoren und nur wenn ich umfassend korrekt aufgeklärt wurde, habe ich ja auch die Informationen, die ich brauche, um abzuwägen. Mache ich das oder mache ich das nicht? Nur diese Einwilligung, die ich dann gebe, führt dazu, dass wir dann keine Körperverletzungen mehr haben. Oder zumindest eine gerechtfertigte Körperverletzung. Also ja, Aufklärung ist ein zentrales Element.

Schön: Ich denke, wir haben jetzt unglaublich viele Fragen und Aspekte des Gesundheitssystems, aber auch die rechtlichen Pflichten und Ansprüche von Ärzt:innen und Patient:innen beleuchtet. Finden Sie, unser Gesundheitssystem ist gerecht? Und falls nicht, wie würden Sie es sich in der Zukunft wünschen?

Busch: Vom Grundsatz her, denke ich, hatte ich ja eingangs schon gesagt, wir haben ein ziemlich gutes und von den rechtlichen Rahmenbedingungen auch ein gerechtes System, so wie es angelegt ist. In der Praxis gibt es etliche Schwachstellen, auch wenn ich rechtlichen Anspruch habe, dass da Versorgung stattfindet, wenn sie praktisch nicht da ist, kann ich mir ein Ei auf den Anspruch braten, habe ich nichts davon. Das ist die große Herausforderung, die wir miteinander jetzt wirklich lösen müssen. Und dazu gehört viel. Zum einen vielleicht ein bisschen mehr Eigenverantwortung, auch auf Seiten des Patienten, Rücksichtnahme auf andere. Hier Stichwort überlastete Notaufnahmen. Und andererseits vielleicht Medizin ein bisschen neu denken, indem man wirklich die kernärztlichen Tätigkeiten den Ärzten vorbehält und andere Tätigkeiten auf solide und gut qualifizierte andere Berufsgruppen einfach mit ausweitet. Wir haben sicherlich noch einen ganz weiten Weg zu gehen, was Digitalisierung angeht. Es gibt so viele technische Sachen, die deutliche Verbesserungen bieten könnten, wenn sie denn mal ans Laufen kämen. Also da haben wir sicherlich Entwicklungspotenzial bis zum Abwinken.

Schön: Frau Meyer, was wünschen Sie sich für die Zukunft des deutschen Gesundheitssystems? Für ein gerechtes deutsches Gesundheitssystem?

Meyer: [lacht] Wir haben ein wunderbares rechtliches System von oben, das wirklich auch gut durchdacht ist. Einfach ein schönes System, wo eigentlich alles ineinandergreifen könnte. Wenn wir auch die Manpower, also die Menschen hätten, die das ausfüllen können. Und uns fehlen einfach immer mehr die Menschen, die Pflege brennt, die Medizin brennt, weil wir da einfach nicht mehr die Menschen haben und weil das manchmal zum Teil wirklich auch böseartig wegrationalisiert wurde. Das sind aber nicht die rechtlichen Rahmenbedingungen, die da eben geändert werden müssen, sondern das ist Gesundheitspolitik. Da muss tatsächlich mehr Gerechtigkeit, wieder rein.

Busch: Wir müssen das Arbeitsumfeld wieder so gestalten, dass engagierte Menschen Lust haben, diesen Beruf wieder oder diese Berufe wieder zu ergreifen. Und ja, uns allen hier die Gesundheitsversorgung zu ermöglichen.

Schön: Vielen Dank, Dörte Busch und Esther Meyer für das spannende Gespräch und Ihnen noch einen wunderschönen Nachmittag.

Busch: Dankeschön!

Meyer: Danke gleichfalls!

Abmoderation & Credits

[Einsatz Upbeat Podcast-Outro im Hintergrund]

Schön: Und damit geht die neuste Folge von „Justice, Baby!“ zum Thema Gesundheit auch schon wieder zu Ende. Obwohl es da ehrlich gesagt noch eine ganze Reihe an Themen gebe, die wir besprechen könnten. Was hat euch in dieser Folge denn am meisten gefallen und was hat euch gefehlt? Aber vor allem, wie steht ihr nach dieser Folge zu unserem Gesundheitssystem? Was müsste sich eurer Meinung nach ändern und was ist eigentlich ganz gut geregelt? Schreibt es uns bei Insta, Facebook oder ganz klassisch per E-Mail. Ich freue mich sehr auf eure Nachrichten und Kommentare. Und wenn ihr wollt, dann lasst uns doch auch gerne eine Bewertung auf der Plattform da, über die ihr unseren Podcast hört. Mein Name ist Kathrin Schön.

Schön, dass ihr heute wieder reingehört habt. Danke an das ganze Team, die an dieser tollen Folge mitgearbeitet haben, ich sage ciao und bis zur nächsten Folge.

„Justice, Baby!“ ist ein Podcast der Stiftung Forum Recht.

Redaktion: Andrea Wojtkowiak, Vanessa Mittmann und ich, Kathrin Schön

Juristische Beratung: Karolina Hanisch und Fraence Grethe

Produktion: Stephan Wiesner und Anna Kunzmann von L'agence

Geburtsshelferin für diesen Podcast Sue Holder.

[Outro blendet aus]

Transkript: Felicia Stahnke