

Patientenrechte – eine gesundheitspolitische Fehlsteuerung?

von Friedhelm Hengsbach¹

ABSTRACT

Das Patientenrechtegesetz von 2013 folgt Theoriemustern der Marktsteuerung und individueller Verfügungsrechte. Auf einer rein intersubjektiven Ebene bleiben indes asymmetrische Rechtspositionen zwischen Patienten und behandelnden Ärzten bestehen. Gesundheit ist keine Ware, sondern ein persönliches Gut, mit dem allerdings irrational umgegangen wird. Angesichts gesellschaftlicher Risiken bleibt die solidarische, umlagefinanzierte Absicherung einer privaten, kapitalgedeckten Vorsorge überlegen. Folglich rivalisieren individuelle Schadensersatzklagen mit dem Grundsatz kollektiver Vorsorge. So können individuelle Rechtsbeziehungen grundsätzlich nur begrenzt auf komplexe und riskante medizinische Behandlungen in einem solidarischen Gesundheitssystem reagieren, das mehrere Ebenen umfasst und einem wachsenden kommerziellen Druck ausgesetzt ist.

Schlüsselwörter: Patientenrechte, (klinische) Behandlungsfehler, Arzthaftung, Schadensersatz

***The Patients' Rights Law dating from 2013** is based on the logic of market control and individual rights of disposition. However, on a purely intersubjective level the legal status of the patients and the doctors who treat them remains asymmetrical. Health is not a product, it is a personal commodity – which does not prevent the owner from being irrational about it. With respect to social risks shared financing in solidarity is still to be preferred to private capital cover models. Therefore individual suits for damages clash with the principle of collective provision. Individual legal relations can only partially react to complex and risky medical treatments in a solidarity-based health care system, which acts on various levels and is exposed to a growing commercial pressure.*

Keywords: patients' rights, mistake during (clinical) treatment, medical liability, compensation

1 Einleitung

Im Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz in Kraft getreten. Nach Aussagen der damaligen Bundesjustizministerin Sabine Leutheusser-Schnarrenberger hat die Bundesregierung damit deutlich erkennbare Signale gesetzt, die im Behandlungsalltag „die Rolle des mündigen Patienten stärken und ihn auf Augenhöhe mit dem Behandelnden bringen“ (*BMJ* 2013, 1). Dieser soll den Leistungserbringern, Ärzten, Kliniken und Krankenkassen nicht mehr als Bittsteller, sondern als gleichwertiger Partner begegnen.

Die öffentliche Resonanz auf das Gesetz war und ist weiterhin zwiespältig. Die einen begrüßen es, dass die Vielzahl

verstreuter Grundsätze, Bestimmungen und Urteile transparent zusammengestellt und gesetzlich verankert worden ist. Der damalige Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr hatte bereits 2012 den Gesetzentwurf gewürdigt und gesagt, dass darin das Prinzip von Risiko und Haftung voll zur Geltung komme: „Derjenige Arzt, derjenige Behandler, derjenige Leistungserbringer, der einen Fehler gemacht hat, muss dafür zur Verantwortung gezogen werden“ (*Bundesärztekammer* 2012, 44). Andere sind darüber enttäuscht, dass Ärzte nur bei groben Behandlungsfehlern (siehe dazu auch Seite 20) verpflichtet sind, sich zu rechtfertigen. Mehrere Patientengruppen, -verbände und -beauftragte sowie Initiativen des Verbraucherschutzes vermissen einen Härtefallfonds, unabhängige Gutachter, Schieds- und Schlichtungsstellen sowie die Betei-

¹ Prof. em. Dr. oec. Friedhelm Hengsbach · Frankenthaler Straße 229 · 67059 Ludwigshafen am Rhein · Telefon: 0621 5999-456
E-Mail: hengsbach@jesuiten.org

ligung von Vertretern der Patienten und Versicherten an der Meinungsbildung und Entscheidungsfindung öffentlicher und staatlicher Gremien des Gesundheitswesens. Das Bemühen um Patientenrechte soll in diesem Beitrag nicht grundsätzlich infrage gestellt werden. Aber es sei an dessen konzeptionelle Voraussetzungen erinnert, auf die Nebenwirkungen aufmerksam gemacht und eine Bewertung vorgenommen.

2 Konzeptionelle Voraussetzungen

Zu Beginn der 1980er-Jahre konnte ein sozioökonomischer Gezeitenwechsel beobachtet werden, dessen prominente Wortführer die Ökonomen Friedrich August von Hayek und Milton Friedman waren. Drei markante Theoriemuster sind bestimmend. Das erste: In modernen Gesellschaften hat sich als Grundform menschlicher Beziehungen das evolutionäre System des Marktes (Abbildung 1) herausgebildet. Es durchdringt alle gesellschaftlichen Verhältnisse. Auf einem freien Markt begegnen sich individuelle Wirtschaftssubjekte, die Güter anbieten oder nachfragen. Als isolierte Individuen sind sie ausschließlich darauf bedacht, den eigenen Nutzen zu steigern und nur dann zu kooperieren, wenn dieser durch wirtschaftliche Tauschhandlungen erhöht wird. Der besondere Charme einer solchen Kooperation besteht darin, dass sie die Interessen beider Partner ausgleicht, für beide Partner vorteilhaft ist und die Ansprüche beider zufriedenstellt. Denn die Partner begegnen sich machtfrei auf gleicher Augenhöhe. Marktwirtschaftlicher Wettbewerb und private Eigentumsrechte führen zu einer freien Preisbildung, die authentische Signale über die vorhandene Nachfrage und das aktuelle Angebot der jeweiligen Güter aussendet. Die Preisbewegungen stimmen das Angebot und die Nachfrage aufeinander ab. Die Selbststeuerung des Marktes gewährleistet einen höheren gesellschaftlichen Wohlstand als öffentliche und staatliche Impulse, die aufgrund einer vermeintlichen Instabilität der Privatwirtschaft für notwendig erachtet werden.

Ein zweites Theorem hat die Gewichtung der Geld- und Gütermärkte seit den 1980er-Jahren weltweit verändert. Die dramatischen globalen Schocks nach der Aufkündigung des Währungssystems von Bretton Woods zu Beginn der 1970er-Jahre, nach der massiven Abwertung des US-Dollars und nach der zweifachen Anhebung des Rohölpreises haben gewaltige Finanzströme aus den Industrieländern in die Öl exportierenden Länder und wieder zurück gelenkt, eine weltweite Expansion der Finanzmärkte und Finanzinstitute ausgelöst sowie deren Dominanz gegenüber der Realwirtschaft verfestigt, indem sich deren Volumen und Geschwindigkeit von der Realwirtschaft abkoppelten.

Ein drittes Theorem richtete sich gegen die ausufernde Bereitstellung von Gütern, die als öffentliche Güter deklariert

werden, damit sie allen Mitgliedern demokratischer und sozialer Gesellschaften als Grundrechtsansprüche unabhängig von deren Kaufkraft zur Verfügung stehen, etwa ein soziokulturelles Existenzminimum sowie lokale Gesundheits-, Bildungs- und Verkehrsleistungen. Diese seien gegenüber privaten Angeboten, die dem Regime des marktwirtschaftlichen Wettbewerbs unterliegen, meist weniger effizient hergestellt, bürokratisch gelenkt und überteuert. Deshalb sollte die Regel gelten: Der Wettbewerb des freien Marktes und individuelle Verfügungsrechte genießen Vorrang vor öffentlicher Bewirtschaftung und Zuteilung.

Dieser tendenzielle Wechsel marktradikaler, kapitalorientierter und privater Deutungsmuster ist in den USA unter dem Präsidenten Ronald Reagan politisch umgesetzt worden. In der Folgezeit hat er das sozioökonomische Meinungsklima in Großbritannien und auf dem europäischen Kontinent erfasst. Er hat jene Architektur der solidarischen und umlagefinanzierten Sicherungssysteme erodieren lassen, die in der unmittelbaren Nachkriegszeit in Europa aufgebaut worden war.

3 Nebenwirkungen

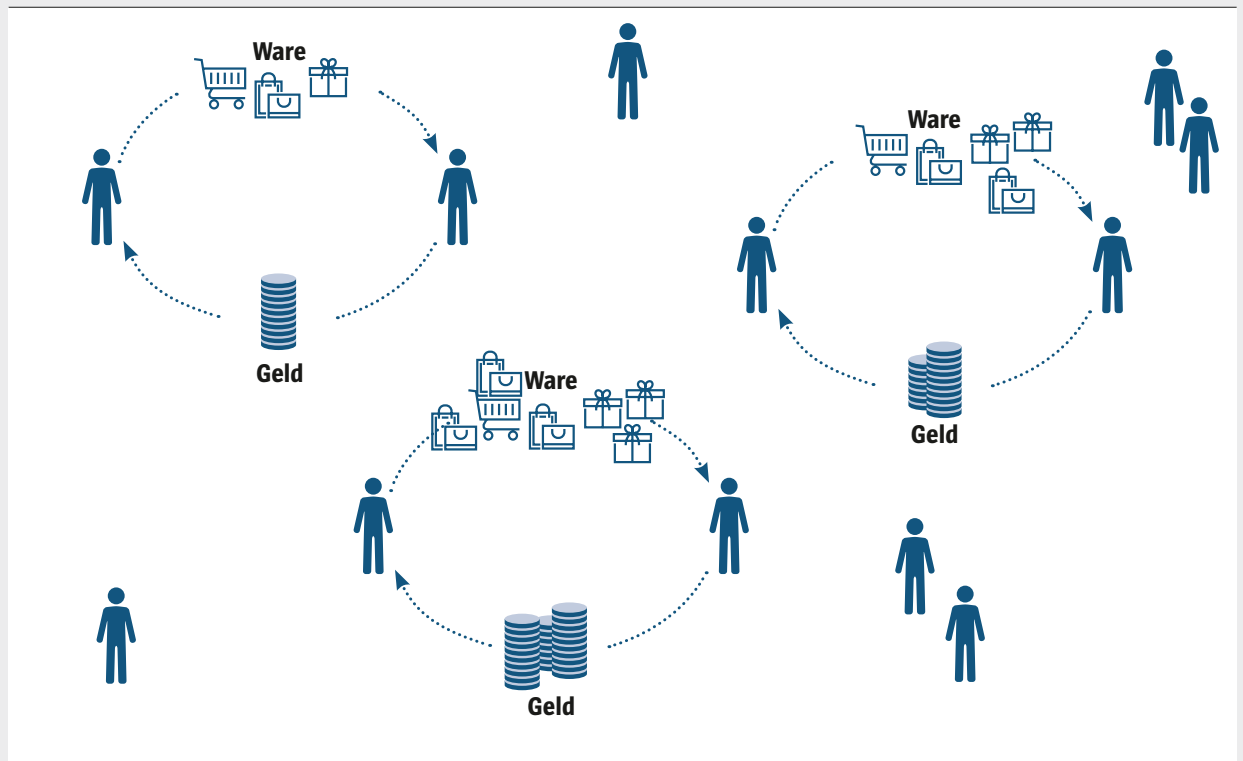
Welche Nebenwirkungen lassen sich beobachten und erwarten, wenn marktradikale und kapitalorientierte Theoriemuster auf ein solidarisches Gesundheitssystem einwirken?

3.1 Angebot und Nachfrage

Die Verfechter des Marktmodells unterstellen in der Regel zwei individuelle Partner, zum einen den Anbieter eines Gutes und zum anderen jenen, der ein Gut nachfragt. Sie tauschen auf gleicher Augenhöhe. Asymmetrische Machtverhältnisse sind ausgeschlossen. Es gibt keine Bittsteller, sondern nur gleichrangige Partner, wie diejenigen argumentieren, die für erweiterte Patientenrechte eintreten. Allerdings halten sie wie die Verfechter der Marktsteuerung eine idealtypische Situation für den Normalfall, obwohl ein Tausch der Partner auf gleicher Augenhöhe eher die Ausnahme ist. Die meisten Tauschbeziehungen sind asymmetrisch, je nachdem, welcher der beiden Tauschpartner über mehr Verhandlungsmacht verfügt. Wer über bessere Informationen oder mehr robuste Nerven, Geduld oder Zähigkeit verfügt, kann das Tauschergebnis zum eigenen Vorteil verschieben. Die Zustimmung beider zu einem Behandlungsvertrag sagt nichts aus über die unter Umständen ungleiche Verteilung des Vorteils. Patientenrechte zu stärken mag eine Übermacht des unmittelbar Behandelnden verringern; das Ungleichgewicht aufzuheben wird nicht gelingen.

ABBILDUNG 1

Das Modell des freien Marktes, das manche Akteure auf das Gesundheitswesen übertragen



Laut Marktmodell begegnen sich auf dem freien Markt individuelle Wirtschaftssubjekte auf Augenhöhe. Sie bieten Güter an oder fragen diese nach. Die Wirtschaftssubjekte kooperieren nur dann, wenn es ihnen nützt. Den Markt können sie beliebig oft und lange betreten und wieder verlassen.

eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

3.2 König Kunde und höriger Produzent

Die Wortbildungen Nachfrage und Angebot klingen neutral, unterstellen im Tausch Gleichrangigkeit und gleiche Augenhöhe. Aber inzwischen verbreitet sich auch in Kliniken, Heimen der Altenpflege, Einrichtungen der Caritas und der Diakonie die Werbeformel der Privatwirtschaft vom König Kunde. Doch der Glaube, es würden die privaten Haushalte souverän gemäß ihrem Nutzenkalkül und ihren individuellen Präferenzen sowie ihrem verfügbaren Einkommen einkaufen, verschleiert, dass im Kapitalismus der Schlüssel wirtschaftlicher Dynamik nicht bei den privaten Verbrauchern, sondern in der unbegrenzten Macht des Bankensystems liegt, Geld und Kredite zu schöpfen, um sie den Unternehmen zur Verfügung zu stellen, damit sie Arbeitskräfte einstellen, Produktionsprozesse in Gang setzen und diese werbewirksam vermarkten. Nicht König Kunde ist der treibende Motor wirtschaftlichen Wohlstands, sondern der

produzierende Unternehmer oder investierende Kapitaleigner. Die unmittelbar handelnden Ärzte und vermutlich auch die Klinik werden zwar als unmittelbare Partner des Patienten empfunden, sind aber zugleich Agenten und Bestandteile eines komplexen Systems. Patientenrechte zu stärken mindert dessen Übermacht, durchbricht sie jedoch nicht.

3.3 Kühlschrankschrank und Gesundheit

Gesundheit ist keine Ware wie ein Kühlschrank oder Gebrauchtwagen, sondern „ein persönliches Gut. Es kann von der Person, die gesund oder krank ist, nicht abgelöst oder getrennt werden“ (Hengsbach 2015, 8; Tabelle 1). In der alltäglichen Routine eines Krankenhauses mögen Ärzte sowie Pflegekräfte professionell vom Magen auf Zimmer 7 oder vom Knie auf Station 3a sprechen. Aber spätestens im persönlichen Gespräch mit den Patienten werden sie daran

TABELLE 1

Was die Gesundheit kategorial von einem Kühlschrank unterscheidet

Kühlschrank	Gesundheit
materieller Gegenstand	Zustand; Eigenschaft
vom Hersteller abtrennbar	untrennbarer Teil der Person
beliebig austauschbar; verfügbar	erblich, psychosomatisch, individuell bedingt
identisch reproduzierbar	einzig und unteilbar
Qualität: einfach funktionieren	Qualität: komplexe Befindlichkeit

Wer die Gesundheit wie eine Ware behandelt, übersieht oder ignoriert eine Reihe von wesentlichen Merkmalen, die sie ganz grundsätzlich beispielsweise von einem Kühlschrank oder einem Gebrauchtwagen unterscheiden.

eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

erinnert, dass sie es mit leidenden Menschen zu tun haben, deren Würde nicht teilbar und in Körperquanten zerlegbar ist.

Der angeblich medizinisch mündige Patient mag zwar durch das Regime der Fallpauschalen angezeigt sein, ist aber nicht der Normalfall. Die meisten Menschen gehen mit ihrer Gesundheit sehr irrational um. Sie unterschätzen ihren Wert, solange sie gesund sind, und überschätzen ihn, sobald sie das kleinste Wehwechen verspüren. Daniel Bahr vergleicht die Gesundheit mit der Freiheit: „Solange man sie hat, nimmt man sie wie selbstverständlich wahr. Erst wenn sie einem fehlt, weiß man, was man an ihr hat“ (*Bundesärztekammer, 30*). Auch das Krankheitsrisiko wird irrational eingeschätzt. Dies illustriert eine Anekdote aus der Antike, die unter Ärzten überliefert wird. Nachdem ein wohlhabender Patient von einem lebensbedrohenden Insektenstich geheilt worden ist, fragt er den behandelnden Arzt, was er ihm schulde. Der Arzt erklärt: „Ich bin zufrieden mit zehn Prozent des Honorars, das Sie mir zu geben bereit waren, als Sie noch in Lebensgefahr schwebten.“

Das Gut Gesundheit ist den Vertrauensgütern zuzuordnen. Zwischen den privaten oder öffentlichen Akteuren, die Gesundheitsleistungen anbieten, und denen, die sie nachfragen, existiert weithin ein ungleiches Verhältnis der Kompetenz und Information. Da Patienten die Qualität der sich anschließenden Therapie, die sich häufig über einen längeren Zeitraum hinzieht, nicht im Detail durchschauen, sind sie darauf angewiesen, dem Anbieter zu vertrauen. Die Vertrauensgrundlage, die zwischen einem Patienten und den Ärzten oder den Physio-

und Ergotherapeuten besteht, unterscheidet sich erheblich von der zwischen einem Gebrauchtwagenhändler und dem Käufer des Autos. Deshalb sollte vermieden werden, dass Patientenrechte das Vertrauensverhältnis des Patienten zum Arzt antasten. Frank Ulrich Montgomery hält indessen eine solche Sorge für grundlos: „Dieses Gesetz wird das Vertrauensverhältnis von Patient und Arzt nicht grundlegend verändern, es wird nicht zu einer Belastung der Patient-Arzt-Beziehung kommen“ (*Bundesärztekammer, 48*). Dennoch gibt es gute Gründe dafür, die Bereitstellung von Gesundheitsgütern nicht auf die Beziehung zwischen dem Patienten und demjenigen, der ihn unmittelbar behandelt, zu verengen.

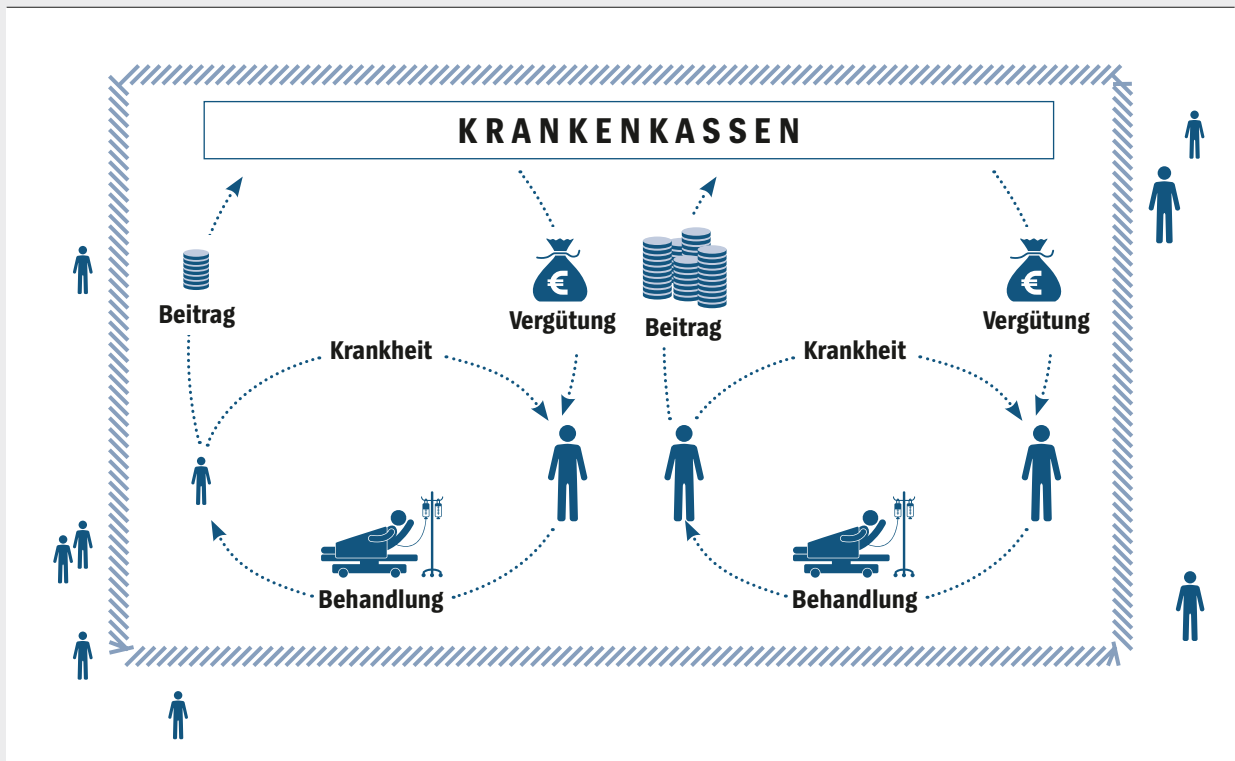
In sozialstaatlichen Gesellschaften ist eine angemessene Bereitstellung jener Gesundheitsgüter, die eine soziokulturelle Beteiligung aller Bürger am gesellschaftlichen Leben garantieren, als subjektives Grundrecht anerkannt, das nicht an die individuelle Kaufkraft und das persönliche Leistungsvermögen gebunden ist. Zugleich sind Gesundheitsgüter quasi-öffentliche Güter. Sie können gemeinsam genutzt werden, weil sie durch öffentliche Entscheidungen für alle zugänglich sind. Zudem werden ihnen äußere Wirkungen zugesprochen. Gesunde Menschen strahlen positiv auf andere aus. Krankheit und Sich-krank-Empfinden wirken ansteckend. Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind weithin gesellschaftliche Risiken, die sich nicht ausschließlich den Individuen zurechnen lassen. Patientenrechte zu stärken unterstellt ein erhebliches Maß an Rationalität der Patienten im Umgang mit ihrer Gesundheit. Zudem eine heikle Balance zwischen einem gesunden Rechtsbewusstsein, das nicht überdehnt werden darf, und dem Vertrauen des Patienten in die Professionalität sowie den Informations- und Kompetenzvorsprung der Behandelnden.

3.4 Markt und Solidarität

Die besonderen Merkmale des Gutes Gesundheit bilden die Grundlage dafür, dass die Gesundheitsversorgung in den europäischen Ländern der Marktsteuerung weithin entzogen und solidarisch gesichert wurde. Der Grundsatz der Solidarität meint nicht die persönliche Tugend des Mitleids oder der Barmherzigkeit, sondern eine gesellschaftliche Steuerung, die vergleichbar der Liebe in der Partnerschaft, der Zahlungsfähigkeit in der Wirtschaft oder der Macht in der Politik das Handeln Einzelner wechselseitig aufeinander abstimmt und zwischen ihnen einen verbindlichen Ausgleich ungleicher gesellschaftlicher Risiken herstellt. Die charakteristischen Merkmale der Solidarität sind erstens eine gemeinsame Grundlage, für die es zwar objektive Anhaltspunkte gibt, die aber in erster Linie gefühlt wird und zugleich beabsichtigt ist. Zudem sind zweitens die großen Lebensrisiken etwa der Altersarmut, Krankheit und Pflegebedürftigkeit extrem ungleich verteilt. Drittens werden gegenseitige Rechte und Pflichten für den Risikoausgleich (rechts)verbindlich festgelegt. Und viertens

ABBILDUNG 2

Die solidarische Krankenversicherung in Deutschland



Die solidarische Krankenversicherung unterscheidet sich in vielfacher Hinsicht vom freien Markt (vergleiche Abbildung 1). Die Machtverhältnisse sind asymmetrisch. Beitragsentrichtung und Hilfsansprüche folgen unterschiedlichen Logiken. Das System lässt sich nicht beliebig betreten und verlassen.

eigene Darstellung; Grafik: G+G Wissenschaft 2016

folgt aus der gemeinsamen Grundlage und den abweichenden Lebensrisiken eine asymmetrische Gegenseitigkeit: Beiträge werden gemäß der Leistungsfähigkeit entrichtet, Hilfsansprüche gemäß dem akuten Bedarf gewährt (Abbildung 2).

Das Profil der Solidarität als Steuerungsform lässt sich im Vergleich mit der Marktsteuerung anschaulich herausarbeiten. Der Markt ist eine entgrenzte, anonyme Form des Interessenausgleichs. Auf ihm herrscht strenge Gegenseitigkeit von Leistung und Gegenleistung – und zwar sofort oder zumindest in einer berechenbaren Periode. Die Solidarität dagegen regelt den Interessenausgleich innerhalb einer abgegrenzten Gruppe. Sie ist exklusiv; profiliert sich oft im Widerstand gegen einen Gegner. Das Verhältnis von Beitrag und Hilfsanspruch ist durch einen Erwartungswert verknüpft, der weit in die Zukunft hineinreicht. Zum andern unterliegt die Einschätzung dieses „Schattens der Zukunft“ einem stark subjektiven Urteil über das gesellschaftliche Risiko, von dem der Einzelne betroffen ist. Das Geheimnis der Solidarität be-

steht also darin, dass die weniger Schwachen für die Schwächeren und die seltener Kranken für die häufiger Kranken eintreten. Eine solche asymmetrische Gegenseitigkeit kennt der Markt nicht, der eine strenge Äquivalenz der getauschten Gegenstände gemäß den Signalen der individuellen Kaufkraft und des Leistungsvermögens herstellt. Die Solidarität erzeugt zwar wie der Markt eine wechselseitige Beziehung. Aber sie ist im Unterschied zu der des Marktes asymmetrisch, weil die gesellschaftlichen Risiken ungleich verteilt sind. Patientenrechte zu stärken verlagert den gesundheitspolitischen Schwerpunkt auf die persönliche, individuelle Dimension. Ob diese Akzentuierung die systemische Dimension der Solidarität hinreichend berücksichtigt, bleibt zweifelhaft.

3.5 Kapitaldeckung und Umlage

Seit der öffentlichen Werbung für die Marktsteuerung und seit den politischen Appellen, zusätzlich zur solidarischen Absicherung individuell für gesundheitliche Risiken vorzu-

sorgen, haben zahlreiche Finanzinstitute spezifische Formen einer privaten kapitalgedeckten Risikoversorge einschließlich der Schadensregulierung bei medizinischer Fehlbehandlung angeboten. Wie Ärzte eine Haftpflichtversicherung abschließen, so wird argumentiert, sei es auch für Patienten ratsam, sich mit dem privaten, kapitalgedeckten Zweig einer Absicherung gesundheitlicher Risiken vertraut zu machen, zumal diese als rentabler, sicherer und billiger gilt. Der besondere Charme der Kapitaldeckung liege darin, dass die Phasen des Aufbaus monetärer Forderungen und Verbindlichkeiten sowie zusätzlichen Sparens und zusätzlicher Produktion von Investitionsgütern einerseits und die Phasen des Abbaus monetärer Positionen, zusätzlicher Konsums und zusätzlicher Konsumgüterproduktion andererseits einander entsprechen. Gesunde Menschen bauen in der Gegenwart einen Kapitalstock auf, den sie, sobald ein gesundheitlicher Risikofall eintritt, wieder auflösen. Die in der Gegenwart vermehrte Spartätigkeit der privat Versicherten lasse ein steigendes Investitionsvolumen erwarten, dem ein Produktionspotenzial folgt, das den Finanzierungsspielraum auch für Gesundheitsleistungen erweitert.

Die Phase extrem niedriger Zinsen lässt indessen erkennen, dass die private kapitalgedeckte Gesundheitsvorsorge bei Schwankungen in der realen oder monetären Sphäre der Wirtschaft nicht weniger anfällig ist als das solidarische Umlageverfahren. Unabhängig vom zusätzlichen Konsumverzicht einzelner Beitragszahlender in der Gegenwart, womit sie in der monetären Sphäre eine Gläubigerposition aufbauen, und unabhängig vom zeitlich versetzten Abbau dieser monetären Forderung, sobald sie Ansprüche an das private oder öffentliche Gesundheitssystem anmelden, muss in jeder Periode unabhängig von der Finanzierungsrechnung eine reale wirtschaftliche Leistung bereitgestellt werden, die ausreicht, um solche Ansprüche zu erfüllen. „Volkswirtschaftlich gibt es immer nur ein Umlageverfahren“ (*Mackenroth 1952; Schmähl 1981*). Patientenrechte zu stärken ist ein berechtigtes Anliegen. Aber ohne dass einzelne Patienten mit privaten oder öffentlichen Finanzmitteln, etwa durch einen öffentlich bereitgestellten Härtefallfonds unterstützt werden, fehlen ihnen die materiellen Ressourcen, Schadensersatzansprüche durchzusetzen. Die Parole „Wer Fehler verursacht, haftet dafür“ ist keine vertretbare Alternative.

3.6 Vorsorge und Nachsorge

Die Verhandlungen der Europäischen Union (EU) und der Vereinigten Staaten über ein Freihandels- und Investitionsabkommen haben die grundsätzliche Differenz zwischen einer solidarischen Steuerung und einer vorrangigen Marktsteuerung erkennen lassen. Ihre abweichenden Folgen für die Produkthaftung sollen gemäß dem Grundsatz der Äquivalenz möglichst harmonisiert und als gleichwertig aner-

kannt werden. Bei technischen Normen ist dies nicht problematisch, wohl aber bei gesellschaftlichen Standards. In der EU gilt nämlich der Grundsatz der Vorsorge und Vorsicht: Ein Unternehmen, das ein medizinisches Gut in den Verkehr bringt, muss dessen Unschädlichkeit nachgewiesen haben. Das Gut unterliegt der Registrierungspflicht. Der Grundsatz der Vorsorge beruht auf der Erfahrung, dass die schädliche Wirkung eines Gutes oft erst lange Zeit nach dessen erstem Einsatz festgestellt wird. In den USA gilt dagegen meist der Grundsatz der Nachsorge: Die Umweltbehörde muss beim Verbot eines Produkts zweifelsfrei nachweisen, dass eine Substanz ein untragbares Risiko darstellt und dass die Vorteile des Verbots größer sind als die Kosten, die der Industrie durch das Verbot entstehen. Dieser Grundsatz wird allerdings, falls der Risikofall eintritt, vom Anspruch auf Schadensersatz flankiert. Eine stärkere Gewichtung der Patientenrechte gegenüber den Ärzten kann ein Indikator dafür sein, wie sehr US-amerikanische, vorwiegend an der Marktsteuerung und an individuellen Freiheitsrechten orientierte Denkmuster auf das in Europa öffentlich-solidarische System einwirken.

4 Bewertung

Die kurzen Andeutungen, die den Nebenwirkungen galten, sollen abschließend durch grundsätzliche Bewertungen vervollständigt werden.

4.1 Individualisierung

Das Bemühen, die Patientenrechte zu stärken, akzentuiert brennpunktartig die intersubjektive Dimension der Beziehung zwischen dem Patienten, der regelmäßig als aufgeklärt, mündig, dialog- und kooperationsfähig dargestellt wird, und dem behandelnden Gegenüber. Gleiche Augenhöhe und gleichrangige Partnerschaft in dieser Beziehung zu unterstellen, grenzt für den Regelfall an Blindheit oder Zynismus, zumal Pflegepersonen, etwa Krankenschwestern, Pfleger und Physiotherapeuten, die im direkten Kontakt zu den Patienten stehen, faktisch nur indirekt erwähnt werden. Zumindest verrät diese ausschließlich personenbezogene Vorgehensweise einen extrem verengten Blick im Kontext der in Deutschland immer noch weithin solidarisch angelegten Gesundheitsversorgung. Immerhin ist der Patient auch ein – wenngleich an den Rand gedrängtes und relativ ohnmächtiges – Mitglied einer gesetzlichen Versicherung. Und der Arzt, die Pflegekräfte und die Angehörigen der Heil- und Hilfsberufe sowie die Klinik stehen nicht bloß im Schatten eines behandelnden Agenten des auf mehreren Ebenen angesiedelten Gesundheitssystems. Dem stark intersubjektiven Ansatz fehlt eine gleichgewichtige systematische Verankerung.

4.2 Komplexität

Dem Wortlaut des Gesetzes gemäß soll der „Behandelnde“ den Patienten vorab über die medizinische (evidenzbasierte) Diagnose, die richtige Therapie, die Risiken und Chancen von Behandlungsalternativen und die voraussichtliche gesundheitliche Entwicklung persönlich aufklären und den tatsächlichen Behandlungsverlauf nachprüfbar dokumentieren. Die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Leistungserbringer, die vom gegenseitigen Vertrauen geprägt ist, in das Schema eines formellen oder informellen Behandlungsvertrags zu pressen, ist nicht problematisch, wenn das Leiden des Patienten einer diagnosebezogenen Fallgruppe eindeutig zuzuordnen ist und wenn die Therapie zielführend und in der Mittelauswahl überzeugend die Umkehr einer medizinisch unterstellten Ursache-Wirkungs-Kette abbildet. Wenn jedoch die vorgesehene Behandlung (und zwar nicht nur bei altersbedingter Multimorbidität) einen Komplexitätsgrad erreicht, der hinsichtlich der Behandlungsschritte und des einbezogenen Personenkreises den Charakter ungeschriebener Verträge annimmt, werden die Rechtspositionen des Patienten, seiner Angehörigen und der Behandelnden nicht leicht definierbar.

4.3 Mehrere Ebenen

Die solidarische Gesundheitsversorgung in Deutschland umfasst drei strukturierte Ebenen – die bereits genannten intersubjektiven Beziehungen, die korporative Selbstverwaltung und die staatliche Gewährleistung beziehungsweise Intervention. Quer dazu agieren privatwirtschaftliche Unternehmen der medizinisch-technischen und pharmazeutischen Industrie sowie des Apothekengewerbes. Auf jeweils gleicher Ebene und zwischen ihnen sind Schnittstellen erkennbar, an denen kollektive Rechtsansprüche aufeinandertreffen. Eine erste Schnittstelle verläuft zwischen der korporativen Selbstverwaltung und den Pharmakonzernen, die auf einem globalen, weithin „vermachteten“ Markt agieren. Sie rechtfertigen ihre Preisbildung und Preisentwicklung, welche die Vertreter der korporativen Selbstverwaltung häufig für überhöht und unfair halten, mit dem Aufwand für Forschung und Entwicklung sowie damit, dass sie ihre Gewinne für innovative Investitionen verwenden. Eine zweite Schnittstelle bildet sich zwischen der korporativen Selbstverwaltung und dem Staat. Dieser sucht seit Jahrzehnten eine angebliche Kostenexplosion im Gesundheitswesen auszubremsen und die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung willkürlich an einer imaginären Stabilität von Beitragssätzen auszurichten. Die Interessenvielfalt innerhalb der korporativen Selbstverwaltung ist dadurch verursacht, dass die Parole „Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem“ eine solidarische Gesundheitsversorgung kontaminiert, aber gleichzeitig von einem Risikostrukturausgleich der Kassen abgefedert wird. Den Gemeinsamen Bundesausschuss, das oberste Beschluss-

gremium der korporativen Selbstverwaltung, welcher der Aufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit untersteht, durchziehen Schnittstellen zwischen den Vertretern der Kassen(zahn)ärztlichen Bundesvereinigungen, des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Individuelle Patientenrechte in ein derart hypertrophes System einzufügen ähnelt einem gesundheitspolitischen Abenteuer.

4.4 Systemfehler

Gesundheitliche Beeinträchtigungen sind zu oft gesellschaftliche Risiken, als dass sie sich zuerst auf der intersubjektiven Ebene des Patienten und des Behandelnden bewältigen lassen. Zum einen streuen bestimmte Krankheiten schichtenspezifisch. Armut, Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung, in brüchigen Partnerschaften und in Haushalten mit mehreren Kindern zu leben bergen ein überdurchschnittliches Morbiditätsrisiko. Spezifische Krankheitsformen treten regional und national ebenso abweichend auf wie die Formen der Behandlung. Ein kollektiv bestimmter Konsumstil oder ein spezifisches Arbeits- und Freizeitverhalten verursachen unterschiedliche Krankheitsbilder. Zum andern haben die Autoren des Patientenrechtegesetzes die alltägliche Behandlungspraxis und die wuchernde Kommerzialisierung der Kliniken übersehen, denen das gesamte Klinikpersonal ausgeliefert ist: Umsatzsteigerung, Kostendruck, Tarifflicht, Personalabbau, Arbeitsverdichtung, unbezahlte Mehrarbeit, atypische Arbeitsverhältnisse und ausgelagerte Abteilungen. Um in diesem Kontext eines politisch krank gemachten Systems individuelle Patientenrechte als politisch bedeutendes Reformprojekt hervorzuheben, bedarf es einer außerordentlichen Rechtfertigung.

Literatur

Der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege, Bundesministerium für Gesundheit, Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2016): Informiert und selbstbestimmt. Ratgeber für Patientenrechte. Berlin

Bundesärztekammer (2012): 115. Deutscher Ärztetag. Stenografischer Wortbericht;

www.bundesaerztekammer.de/arzt2012/media/Wortbericht.pdf

Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2013): Infoblatt: Patientenrechte im Klartext. Ausgabe 1/13, 1–2;

www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Patientenrechtegesetz/Infoblatt_Patientenrechte.pdf

Büttner J (2015): Das Patientenrechtegesetz – Stärkung und Fortschritt der Patientenrechte? Eine Analyse aus Sicht von Patientinnen und Ärzten. München: GRIN

Deutscher Bundestag (2013): Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten. Vom 20. Februar 2013. In: Bundesgesetzblatt, Jg. 2013, Teil I Nr. 9. Bonn, 277–282

Friedman M (1969): The Optimum Quantity of Money and Other Essays. Chicago: Aldine Pub. Co.

Geiger D (2006): Die rechtliche Organisation kollektiver Patienteninteressen. Berlin, Heidelberg & New York: Springer

Hayek FA (1998): Law, Legislation and Liberty – a New Statement of the Liberal Principles of Justice and Political Economy. London: Routledge & Kegan Paul

Hengsbach F (2005): Der Umgang mit dem Gesundheitsrisiko – eine gesellschaftsethische Reflexion. Die Krankenversicherung (Hg. IKK-Bundesverband), Jg. 57, Heft 4, 106–108

Hengsbach F (2015): Wettbewerb im Gesundheitswesen: Ist noch Platz für Gleichheit und Gerechtigkeit? In: Frankfurter Forum für gesellschafts- und gesundheitspolitische Grundsatzfragen, Heft 12, 6–17

Kletečka-Pulker M, Leitner K, Bachinger G (2015): Patientenrecht. Wien: MANZ

Mackenroth G (1952): Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan. In: Die Berliner Wirtschaft zwischen Ost und West. Die Reform der Sozialpolitik durch einen deutschen Sozialplan: Verhandlungen auf der Sondertagung des Vereins für Sozialpolitik, Gesellschaft für Wirtschafts- und Sozialwissenschaften in Berlin 1952. Berlin: Duncker & Humblot, 39–76

Oehler T (2013): Rechtslage und Fallstricke bei psychischen Erkrankungen. Burnout, Depressionen, akute und posttraumatische Belastungsstörungen, Anpassungsstörungen. Stuttgart, New York: Thieme

Putz W, Steldinger B (2016): Patientenrechte am Ende des Lebens. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Selbstbestimmtes Sterben. München: Beck

Schmähl W (1981): Über den Satz: „Aller Sozialaufwand muß immer aus dem Volkseinkommen der laufenden Periode gedeckt werden“. In: Hamburger Jahrbuch für Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik, 26. Jg., 147–171

Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. (2013): Das neue Patientenrechtegesetz. Die wichtigsten Fragen und Antworten. Berlin, Februar 2013

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 1. September 2016)

DER AUTOR



Prof. em. Dr. oec. Friedhelm Hengsbach,

Jahrgang 1937, Mitglied des Jesuitenordens, studierte Philosophie, Theologie und Ökonomie in München, Frankfurt und Bochum. Bis 2005/06 war er Professor für Christliche Gesellschaftsethik an der Philosophisch-Theologischen Hochschule Sankt Georgen in Frankfurt am Main und Leiter des Oswald von Nell-Breuning-Instituts für Wirtschafts- und Gesellschaftsethik. Hengsbach lebt und arbeitet inzwischen im Heinrich-Pesch-Haus – Katholische Akademie Rhein-Neckar in Ludwigshafen (Rhein). Er ist Träger diverser Preise. Dazu zählen der Gustav-Heinemann-Bürgerpreis sowie der Regine-Hildebrandt-Preis. Hengsbach ist Autor zahlreicher Bücher, darunter „Die Zeit gehört uns. Widerstand gegen das Regime der Beschleunigung“ und „Teilen, nicht töten“.