

“Der mündige Patient im Gesundheitswesen - Leitbild oder Fiktion?”

Benedikt Buchner

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Buchner, Benedikt. 2008. “Der mündige Patient im Gesundheitswesen - Leitbild oder Fiktion?” *MED kompakt - Medizinethischer Informationsdienst*, no. 06 (05.06.2008): 10–13.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

licgercopyright

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:

Deutsches Urheberrecht

Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:

<https://www.uni-augsburg.de/de/organisation/bibliothek/publizieren-zitieren-archivieren/publiz/>



„Der mündige Patient im Gesundheitswesen - Leitbild oder Fiktion?“

Debatte

**Gastbeitrag von Prof. Dr. jur. Benedikt Buchner,
Institut für Gesundheits- und Medizinrecht der
Universität Bremen**

Die Frage, ob der mündige Patient im Gesundheitswesen Leitbild oder Fiktion ist, kann nur mit einem „sowohl als auch“ beantwortet werden. Die eine These schließt die andere nicht aus. Fiktion ist der mündige Patient, weil es realitätsfern wäre anzunehmen, Patienten seien im Behandlungsalltag stets und ohne Ausnahme dazu in der Lage, Entscheidungen rational und eigenverantwortlich zu treffen. Eben weil dies nicht der Fall ist, ist aber das Leitbild vom mündigen Patienten so wichtig - verstanden als Zielvorgabe und als Aufforderung an den Gesetzgeber, die rechtlichen Rahmenbedingungen so auszugestalten, dass Patientinnen und Patienten so weit wie möglich in eine Rolle als mündiger Patient hineinwachsen. Es geht also darum, durch Recht dafür zu sorgen, dass Patienten zu mündigen Patienten *werden*.

In der aktuellen Diskussion um eine Lockerung des Heilmittelwerbeverbots wird das Leitbild des mündigen Patienten jedoch leider auf ganz andere Art und Weise instrumentalisiert – man könnte auch sagen missbraucht. Denjenigen, die für eine Aufhebung des Informationsverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel plädieren, geht es nicht mehr darum, rechtlich gestaltend auf ein Mündig-Werden des Patienten hinzuarbeiten. Stattdessen wird eine Mündigkeit des Patienten mehr oder weniger unreflektiert unterstellt und als rechtliche Reaktion darauf im Ergebnis auf eine Absenkung des Patientenschutzes hingewirkt. Die argumentative Vorgehensweise ist dabei auf den ersten Blick ebenso einfach wie Erfolg versprechend: Erst einmal „lobt“ man den Patienten in das Stadium der Mündigkeit, um ihn dann guten Gewissens allein und schutzlos in die grenzenlose Welt der Arzneimittelinformationen zu entlassen - der Patient weiß sich ja dank seiner Mündigkeit schon allein in der zu erwartenden Informationsflut zu helfen. Mehr noch: Der ohnehin schon mündige Patient wird durch mehr Informationen sogar noch „mündiger“. Wer wollte dem schon widersprechen?

Prof. Dr. Benedikt Buchner,
LL.M. (UCLA), ist Geschäftsführender Direktor des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen
<http://www.igmr.uni-bremen.de/>

Es gibt nicht „den mündigen Patienten“

Debatte

Ganz so einfach ist die Situation aber leider nicht. Es gibt nicht „den mündigen Patienten“, zumindest noch nicht, und es ist durchaus fraglich, ob es ihn jemals geben wird. Wer pauschal vom mündigen Patienten spricht, ignoriert all die empirisch gesicherten Belege der kognitiven Psychologie und der Sozialpsychologie, die uns zeigen, dass Menschen in vielen Situationen gerade nicht voll rational handeln, dass sie stattdessen einer Vielzahl von Rationalitätsdefiziten unterliegen und daher allenfalls beschränkt rational handeln. Dies gilt gerade auch für die Verarbeitung von Informationen durch Verbraucher und Patienten.

Um nur ein paar Beispiele zu nennen: Es ist belegt, dass wir regelmäßig unsere eigenen Fähigkeiten überschätzen - einschließlich unserer Fähigkeit, Informationen richtig zu verstehen, einzuordnen und die richtigen Schlussfolgerungen daraus zu ziehen. Irrational handeln viele von uns auch deshalb, weil wir uns durch das so genannte Framing von Informationen beeinflussen lassen: Dieselben Informationen verstehen und ordnen wir mitunter ganz unterschiedlich ein, allein deshalb, weil sie uns in einem unterschiedlichen Kontext oder Vergleichsmaßstab präsentiert werden. Belegt ist auch, dass wir grundsätzlich nur schwer mit Wahrscheinlichkeiten umgehen können. Gerade bei Arzneimittelinformationen geht es aber ganz zentral um Wahrscheinlichkeiten - die Wahrscheinlichkeit von Nebenwirkungen, die Wahrscheinlichkeit einer Heilungschance, die Wahrscheinlichkeit, keinen Rückfall zu bekommen usw. Die Liste von Rationalitätsdefiziten ließe sich beliebig fortsetzen: Wir haben das Problem, dass wir Informationen nur selektiv wahrnehmen, das Problem, dass wir Informationen emotional verarbeiten und last but not least das Problem, dass auf der anderen Seite hochprofessionelle Unternehmen stehen, die all diese Irrationalitäten kennen und diese bei ihren Absatzbemühungen entsprechend berücksichtigen und ausnützen können.

All diese Realitäten ignoriert, wer seine Forderung nach einer Aufhebung des Informationsverbots für verschreibungspflichtige Arzneimittel pauschal auf die angebliche Mündigkeit des Patienten stützt. Man mag demgegenüber einwenden, Aufgabe des Rechts sei es ohnehin nicht nur, auf Realitäten zu reagieren, sondern vielmehr gerade auch, diese Realitäten durch rechtliche Vorgaben selbst zu formen. Konkret: Aufgabe des Rechts sei es nicht nur, auf bestehende Rationalitätsdefizite bei Patienten zu reagieren und Pa-

tienten entsprechend zu schützen, sondern vielmehr auch, von Patienten ein Mindestmaß an Mündigkeit einzufordern und konsequenterweise diese daher auch nicht vor jeder „Dummheit“ zu bewahren. Wer sich jedoch auf diese Position zurückzieht, muss sich dann auch den Vorwurf gefallen lassen, Patienten primär eben nicht schützen, sondern diese vielmehr erziehen zu wollen - und es vor allem auch in Kauf zu nehmen, dass diejenigen Patienten, die dem Anspruch der Mündigkeit nicht gerecht werden, im Ergebnis schutzlos bleiben.

kompakt

Qualitativ hochwertige Informationen

Geht es einem tatsächlich um einen umfassenden und effektiven Patientenschutz, darf daher die Richtschnur nicht lauten: „Der Patient ist mündig“ (und muss/darf daher von jedermann frei informiert werden). Die Richtschnur muss vielmehr lauten: „Der Patient soll mündig werden“. Um dieses Ziel zu erreichen, muss das Recht dann auch für eine entsprechende Informationsinfrastruktur sorgen, die es gewährleistet, dass Patienten auch tatsächlich als mündige Patienten agieren können. Eine Grundvoraussetzung hierfür ist, dass Patienten mit qualitativ hochwertigen Informationen versorgt werden, also mit Informationen, die richtig und vollständig sind sowie in angemessenem Umfang zur Verfügung gestellt werden. Ob diese Qualitätsmerkmale ausgerechnet von denjenigen gewährleistet werden können, die als gewinnorientierte Unternehmen mit Konkurrenten im Wettbewerb stehen und sich um Patienten als „Kunden“ bemühen müssen, scheint mehr als zweifelhaft. Entsprechend fragwürdig ist es daher, wenn derzeit ausgerechnet die Pharmaunternehmen als die Informanten der Zukunft und als die Garanten eines mündigen Patienten präsentiert werden.

AkdÄ: Risk-Share-Verträge sind riskant für den Patienten

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) hält „Cost-Sharing-Initiativen“ und „Risk-Share-Verträge“ mit so genannten „Geld-zurück-Garantien“ bei Versagen einer Arzneimitteltherapie für intransparent. „Den Kassen, Krankenhäusern und verordnenden Ärzten sowie den Patienten wird ein günstiger Zugang zu ‚Innovationen‘ suggeriert. Die Arzneimittelhersteller verfolgen aber damit in erster Linie das Ziel, angeblich innovative, hinsichtlich

Wirksamkeit und Sicherheit häufig unzureichend untersuchte Arzneimittel am Markt zu platzieren und über Deutschland als Referenzland europaweit die Preisfestsetzung zu beeinflussen“, kritisiert die AkdÄ in einer aktuellen Stellungnahme für den Gemeinsamen Bundesausschuss. Sicherheitsrelevante Aspekte würden dabei ebenso außer Acht gelassen wie Kosten-Nutzen-Bewertungen.

Pharmazeutische Hersteller bieten den Krankenkassen und Kliniken zunehmend Modelle zur Kostenbeteiligung bei teuren patentgeschützten Originalpräparaten an. „Cost-Sharing-Initiativen“ oder „Risk-Share-Verträge“ sollen Patienten einen raschen Zugang zu Spezialpräparaten mit in der Regel hohen Jahrestherapiekosten ermöglichen. Die AkdÄ sieht durch die Direktverträge jedoch die ärztliche Therapiefreiheit beeinträchtigt. Es werde der Einsatz von in klinischen Studien nicht selten unzureichend geprüften Arzneimitteln propagiert. Außerdem würden nur „marginale Einsparungen“ erzielt, dafür aber „kostenintensive und angeblich innovative Arzneimittel mit erheblichem Risikopotenzial am Markt platziert“.

Stellungnahme der AkdÄ:

<http://www.akdae.de/47/Archiv/2008/20080508.pdf>

kompakt

*Im Rahmen von „**Cost-Sharing-Initiativen**“ vereinbaren die pharmazeutischen Hersteller mit Krankenkassen oder Kliniken eine Preisobergrenze für kostenintensive Arzneimittel. Bei den „**Risk-Share-Verträgen**“ zur Arzneimittelversorgung verpflichten sich die Krankenkassen, das Arzneimittel des pharmazeutischen Herstellers einzusetzen. Im Gegenzug bietet der pharmazeutische Hersteller eine „Geld-zurück-Garantie“ an, wenn das Arzneimittel nicht die gewünschte Wirkung zeigt.*