



www.vems.ch

Positionspapier

zu Smarter Medicine und Choosing Wisely

Stand Dezember 2018



Autoren: Dr. med. Michel Romanens, Dr. rer. nat. habil. Walter Warmuth,
Dr. med. Edward A. Schober, PhD, Patrick Koop, M.D.,
Flavian Kurth

Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

Nutzungsrecht: Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Verwendung der
Texte, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe

<http://docfind.ch/VEMSPositionspapierSmarterMedicine.pdf>

Inhaltsverzeichnis

Abstract	Seite	3
Die Grundlage der Initiative und ihre ethische Einordnung	Seite	4
Stupser für eine bessere Welt?	Seite	10
Kommunikationsherausforderungen	Seite	14
Ökonomische Fragen	Seite	22
Verträge, fiktive und reale	Seite	26
Beurteilung	Seite	29

Abstract

Das Papier richtet sich in erster Linie an medizinische Fachpersonen. Es soll ihnen helfen, die Initiative «Choosing Wisely» einzuordnen und sich eine Meinung darüber zu bilden. Hierzu haben wir ihre Grundlage, die Charta der ABIM Foundation, ethisch beurteilen lassen, um auszuloten, wo «Choosing Wisely» allenfalls mit medizinischer Ethik konfliktieren könnte. Wir stellen fest: Die Initiative und ihre Grundlage stehen in der Tradition einer Bioethik angelsächsischer Schule. Diese kann die Medizin in Schwierigkeiten bringen, weil sie je nach Auslegung problematische Handlungen als moralisch richtig beurteilen kann. Alsdann untersuchen wir mögliche Effekte der Initiative, welche teilweise auch die Forschung zu «Choosing Wisely» feststellt: Es kann zu einem reaktanten Verhalten kommen, mit der Folge, dass nicht weniger behandelt wird, sondern mehr. «Choosing Wisely» wählt neue Kommunikationswege, indem auf der Makro- und der Mesoebene nicht nur die Mediziner, sondern auch ihre Patientinnen und Patienten angesprochen werden. Das Papier geht der Frage nach, welche Auswirkungen dies auf der Mikroebene der Arzt-Patienten-Beziehung haben kann. Dabei schauen wir die Auswirkungen auf die Kommunikationssituation ebenso an wie die wirtschaftlichen. Wir stellen eine massive Zunahme des administrativen Overheads der letzten Jahre fest, welchem dreissigmal weniger stark gewachsene Kosten in der medizinischen Heilung und Pflege gegenüberstehen. Wir halten es für eine Schwäche von «Choosing Wisely», den Gründen für dieses Missverhältnis nicht nachzugehen. Die Initiative betont, es gehe ihr nicht in erster Linie darum, Kosten zu sparen, sondern um die Patientensicherheit. Diese kann aber auch deshalb gefährdet sein, weil den medizinischen Fachkräften immer weniger Zeit für die Arbeit am Krankenbett bleibt, da immer mehr Mittel in den Verwaltungs-Overhead fliessen. Hier wären unseres Erachtens Strukturen infrage zu stellen, um ungünstige Anreize anzugehen, nicht nur solche für die Medizin, auch solche für die Ökonomie. Wir schliessen das Papier mit einer Betrachtung der rechtlichen Situation und einer Beurteilung. Insgesamt sehen wir «Choosing Wisely» als ein Zeichen in die richtige Richtung, stellen aber eine gewisse Blindheit für die konkreten Probleme bei der Arbeit am Krankenbett fest. Wir denken, «Choosing Wisely» hätte mehr Durchsetzungskraft, wenn der Fokus der Initiative nicht allein auf bestimmten Behandlungen und Streichlisten liegen würde, sondern insgesamt auf dem Anliegen einer systematischen Verbesserung der Qualität der Indikations- und Behandlungsentscheide. Dabei kann Unterversorgung ebenso problematisch sein wie Überversorgung, ein Problem, dem sich der Trägerverein, obwohl es in seinen Statuten formuliert ist, bisher nicht gewidmet hat.

Die Grundlage der Initiative und ihre ethische Einordnung

Was ist die Aufgabe der Ethik? Sie ist eine philosophische Disziplin, die sich damit beschäftigt, moralische Konzepte, Werte und Vorstellungen abzuwägen und auszutarieren. Solche hat jeder von uns, die moralischen Konzepte auf der Makroebene, die religiösen, kulturellen, sozialen Vorstellungen davon, was moralisch richtig ist und was falsch, aber auch unsere eigenen Ideen eines guten und richtigen Handelns. Damit eine Gesellschaft funktionieren kann, müssen ihre Mitglieder bereit sein, diese Vorstellungen im Interesse eines Konsenses dort zu relativieren, wo sie die Interaktion mit den anderen betreffen. Es ist uns etwa freigestellt, an Gott zu glauben oder nicht und an welchen, doch sollten wir akzeptieren, dass andere anderer Meinung sind und dass es Konsens ist, sie deshalb nicht zu diskriminieren. Die Auflage, andere aufgrund ihrer Religion nicht zu diskriminieren, ist also eine ethische, der sich moralische Vorstellungen im Interesse eines friedvollen Zusammenlebens unterordnen müssen. Da sie auch im Gesetz verankert ist, handelt es sich überdies um eine gesetzliche Auflage. Dass es in unserer globalisierten Welt mit ihrem postmodernen Wertpluralismus zusehends schwieriger wird, solche Konsense auszutarieren, versteht sich.

Die Ethik hat dazu drei Methoden: Die Handlung wird aufgrund des Handelnden und seiner Gesinnung beurteilt (Tugendethik), die Handlung wird als solche beurteilt (Deontologie) oder die Handlung wird aufgrund ihrer absehbaren Folgen beurteilt (Teleologie oder Konsequentialismus). Jede der drei Methoden hat ihre Vor- und Nachteile, und oftmals wenden Arbeiten der ethischen Beurteilung nicht nur eine der drei Methoden an, welche sich überdies auch in verschiedenen Konzepten verschränken und verästelten. So formulieren etwa sowohl deontologische als auch konsequentialistische Ethiken Prinzipien und Pflichten, während es der Tugendethik darum geht, Tugenden zu fördern, die zu einer Gesinnung führen, die ein richtiges Handeln von sich aus, intrinsisch, motivieren. Wenn etwa ein Mediziner die Tugend der Selbstlosigkeit verinnerlicht hat, dann wird er zum Wohle seiner Patienten alles in seiner Möglichkeit stehende unternehmen. Prinzipien und Pflichten helfen ihm lediglich dabei. Die Grundlagen ärztlicher Ethik, wie sie im Eid des Hippokrates und in der Konvention des Genfer Ärztebunds festgehalten wurden, sind also eher eine Mischung aus Tugendethik und deontologischer Ethik, als dass sie einen konsequentialistischen Ansatz verfolgten. Was nicht bedeutet, dass die Medizin das Resultat ihrer Handlungen nicht interessiert, doch ergibt sich dieses daraus, dass die Handlungen mit der richtigen Gesinnung und in Einklang mit ärztlichen Prinzipien und Pflichten erfolgen. Konsequentialistische Ansätze sind erst jüngst in die Medizin gekommen, durch den zunehmenden Einfluss ökonomischer Aspekte, die von ihrer Natur her eher konsequentialistisch sind, da hier das Resultat zählt, der Vorteil, der Gewinn.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, dass konsequentialistische Ansätze einige Verwirrung in die Medizin gebracht haben. Andererseits ist einzuräumen, dass sie heute zum Teil auch nötig sind, da sich der Medizin inzwischen ökonomische Fragen stellen, welche ihre Möglichkeiten, der technische Fortschritt und die höhere Lebenserwartung mit sich bringen. Um eine Initiative innerhalb der Medizin ethisch richtig einschätzen zu können, müssen wir wissen, auf welchen Grundlagen sie fusst und mit welchen Methoden dabei gearbeitet wurde, erst dann erschliessen sich uns die Konflikte, mögliche Gründe dafür und mögliche Lösungen. Die ausgearbeiteten Grundlagen müssen nicht zwingend rechtlich verbindlich sein, es kann sich auch um mehr oder weniger verbindliche Absichtserklärungen handeln. Sie sollten aber in jedem Fall zwei Kriterien erfüllen: Sie sollten sich auf einen Konsens berufen, der demokratisch gefällt wurde oder doch zumindest nachvollziehbar ist, und sie sollten mit geltendem Recht nicht konfliktieren.

Im Jahr 2002 hat die ABIM Foundation mit ihrem Papier «Medical professionalism in the new millennium: a Physician Charter»¹ eine solche Grundlage publiziert, und auf sie bezieht sich die weltweite Initiative «Choosing Wisely». Diese hat der im Juni 2017 gegründete Trägerverein smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland nun auch in der Schweiz lanciert. Wenn wir die ABIM-Charta im Folgenden näher anschauen, dann gehen wir also ein paar Jahre zurück, was allerdings den Vorteil hat, dass wir so von den Rückmeldungen profitieren, die inzwischen vonseiten der Ethik zu ihr eingegangen sind. Wir haben hierzu die Einschätzung eines externen Experten eingeholt, um uns selbst vor einer möglichen Voreingenommenheit zu schützen, und Christoph Rehmann-Sutter angefragt. Er war langjähriger Präsident der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin. Seit dem Sommersemester 2009 ist er Professor für Theorie und Ethik in den Biowissenschaften am Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung (IMGWF) der Universität zu Lübeck. Wir schätzen uns glücklich, dass Prof. Rehmann-Sutter bereit war, dieses Gutachten für uns zu erarbeiten, welches wir online zur Verfügung stellen².

Prof. Rehmann-Sutter setzt sein Gutachten unter den Titel «Was ist medizinische Professionalität?», skizziert einleitend Entstehung und Absicht der ABIM-Charta und klärt ein mögliches, möglicherweise auch sprachliches Missverständnis: «Die Antwort auf die Herausforderung des ärztlichen Ethos durch äußere Zwänge, z.B. durch ungünstige ökonomische Anreizstrukturen, immer noch mehr neue Technologien oder Versorgungsengpässe und gesundheitspolitische Einschränkungen, die die Charta gibt, besteht in einer Klärung der Kernbestimmungen der Berufsrolle. Das ist nachvollziehbar, denkt man an die ungünstigen Anreizstrukturen, welche die Abrechnungsmethoden nach Fallpauschalen (DRG) darstellen und zu mehr nicht unbedingt nötigen Operationen drängen (z.B. Kaiserschnitte statt natürliche Geburten), weil das Spital so mehr verdienen

¹ <http://annals.org/aim/fullarticle/474090/medical-professionalism-new-millennium-physician-charter>

² <http://www.docfind.ch/GutachtenMedProfessionalismCharter.pdf>

kann. Oder es wird befürchtet, dass im Laufe der Digitalisierung zunehmend Algorithmen die ärztlichen Entscheidungen mitbestimmen und das schon in problematischer Weise vorstrukturieren, was eigentlich “im Sinn” des Patienten sein soll. Gegen beide Tendenzen ist eine Klärung der eigentlichen Ziele und Verpflichtungen der Medizin als Beruf wichtig. Mit einem geklärten Selbstverständnis können sich Ärztinnen und Ärzte in diesen Verhältnissen sicherer bewegen. Das meint der Begriff “professionalism”, der sich kaum als “-ismus”-Begriff ins Deutsche übertragen lässt: die Kompetenzen und Fähigkeiten, die von den Angehörigen einer Profession erwartet werden dürfen. Es geht dabei also nicht um die “Professionalisierung” der Medizin, oder um irgendeine Übertreibung, sondern schlicht um die Auseinandersetzung mit den für die moderne Medizin charakteristischen professionellen Kernkompetenzen, also dessen, was die medizinische “Professionalität” auszeichnet, bzw. auszeichnen soll.»

Die ABIM-Charta ist also ein Versuch, zu definieren, was medizinische Professionalität unter den in der Einleitung von Prof. Rehmann-Sutters Gutachten formulierten veränderten Bedingungen bedeuten soll. Einen solchen Versuch hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in ihrem Papier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?»³ vom Juni 2014 für die Schweiz unternommen. Der VEMS hat dieses Papier in einem Positionspapier⁴ vom Januar 2015 beurteilt. Insgesamt stellen wir dort fest, dass die Probleme zwar gut analysiert sind, die vorgeschlagenen Lösungen dann aber doch ökonomische Ziele zu wenig klar dem Primat des Patientenwohls unterordnen und sich auch zu oft darin erschöpfen, der Medizin zu raten, halt das Beste aus der gegebenen Situation zu machen, anstatt Strukturen grundlegend zu hinterfragen. Das hat in der Ärzteschaft einigen Unmut ausgelöst, der Präsident der FMH, Dr. med. Jürg Schlup, hat ihn in einem Artikel in der Ärztezeitung⁵ zum Ausdruck gebracht. Die Ethik steht hier vor der schwierigen Aufgabe, zwei grundlegend verschiedene Ansätze auszutarieren, und wie es scheint, ist ihr das national wie international noch nicht so recht gelungen. Das zeigt sich im SAMW-Papier, und es zeigt sich auch in der ABIM-Charta, auf welcher «Choosing Wisely» fusst. Mit der Folge, dass die Initiative vonseiten der Medizin von Anfang an einigen Gegenwind erfuhr und nun auch in der Schweiz erfährt. Michelle Gerber, Esther Kraft und Christoph Bosshard von der FMH nehmen in einem Artikel in der Ärztezeitung⁶ zur Initiative Stellung. Ihre Einschätzung ist «Choosing Wisely» gegenüber grundsätzlich positiv, mit einigen Vorbehalten. Wir wollen im Folgenden aufzeigen, inwiefern dies mit den Ansätzen der Charta zu tun haben könnte.

Doch zunächst: Wie steht die Ethik selbst zur ABIM-Charta? Prof. Rehmann-Sutters Gutachten listet unter «2. Rezeption» die wichtigsten Einwände auf, die gegen sie vorgebracht wurden.

³ <https://www.samw.ch/de/Projekte/Archiv/Oekonomisierung-der-Medizin.html>

⁴ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierOekonomie.pdf>

⁵ <https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez/de/saez.2014.03080/SAEZ-03080.pdf/>

⁶ <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf>

Wir schauen einen davon näher an, weil uns scheint, er liefere möglicherweise Hinweise, weshalb die Initiative innerhalb der Medizin noch nicht die gewünschte Akzeptanz genießt: «Herbert M. Swick, Charles S. Bryan und Lawrence D. Longo (2006) hinterfragten die Schwerpunktsetzung der von der Charta formulierten Ethik vor den Hintergrund der Auseinandersetzungen zwischen der “Bioethik-Bewegung” in den USA der 1970er und 1980er Jahre, die einem auf Rechte und Pflichten fokussierten Ansatz zur Patientenautonomie Vorschub leistete, und einer auf traditionelle ärztliche Werte rekurrierenden medizinischen Tugendethik. Die Charta sei deutlich in der Bioethik-Tradition und ihrer Pflichtenethik beheimatet und blende weitergehende ethische Ansprüche der ärztlichen Tugenden aus.»

Dies ist im Grunde dieselbe Kritik, die der VEMS in seinem oben erwähnten Positionspapier zum SAMW-Papier «Medizin und Ökonomie – wie weiter?» angebracht hat: Es werden ärztliche Pflichten formuliert, die nicht ohne Weiteres vereinbar sind mit ärztlichen Tugenden und überdies im Praxisalltag schwer erfüllbar. Die Ärztin, der Arzt, hat bei der Behandlung der Patienten Pflichten, doch dies sind nicht ethische Pflichten, sondern in erster Linie rechtliche, die sich aus dem Auftragsrecht ergeben: «Durch die Annahme eines Auftrages verpflichtet sich der Beauftragte, die ihm übertragenen Geschäfte oder Dienste vertragsgemäss zu besorgen.»⁷ Wie er sich bei der Erfüllung dieser Pflichten verhält, schreibt ihm der Katalog ärztlicher Tugenden vor, die im Eid des Hippokrates und in der Konvention des Genfer Ärztebunds verbrieft sind. Die Standesregeln der Ärztesellschaften und der Verbände sind eine Mischung aus beiden: Es gilt, den Patientenauftrag zu erfüllen und sich dabei so zu verhalten, wie es das Berufsethos verlangt. Werden nun neue ärztliche Pflichten formuliert, mit welchen die Ärztin, der Arzt, in einen Widerspruch zu ärztlichen Tugenden geraten kann, so hat die Medizin ein Dilemma. Zu dessen Lösung benötigt sie die Hilfe der Ethiker.

In jüngster Zeit formuliert diese hierzu neue ärztliche Prinzipien und Pflichten, die insgesamt von der Medizin bei ihrer Arbeit am Krankenbett auf der Mikroebene eine Verpflichtung auf der gesundheitsökonomischen Makroebene formulieren. Dass damit tatsächlich Ressourcen einzusparen sind und dass sie auch tatsächlich den Patientinnen und Patienten zugutekommen und sich nicht vielmehr in einer sich blähenden Verwaltung verzehren, ist zumindest fraglich. Solange dies nicht sichergestellt wird, ist es schwierig, die Medizin zur Schonung der Ressourcen zu motivieren. Es stellt sich hier nicht nur die Frage des Sinns, sondern auch der Zweckdienlichkeit: Wenn Einsparungen einer Verwaltung zugutekommen, die mit diesem Geld weitere Instrumente zur Einsparung entwickelt und unterhält, dann schadet die Medizin ihren Patientinnen und Patienten, wenn sie darauf eingeht. Wir kommen darauf im Kapitel «Ökonomische Fragen» zurück.

⁷ Schweizerisches Obligationenrecht 394 Abs. 1

Aus medizinethischer Sicht ist festzustellen, dass sich die Medizin von einer Ethik, die teilweise im Widerspruch zu ärztlichem Berufsethos stehende Prinzipien und Pflichten formuliert, um sich im Zweifelsfall dann doch wieder auf ärztliche Tugenden zu beziehen, nicht mehr so recht ernstgenommen fühlt. Aus diesem Unbehagen sind Vorstösse hervorgegangen, zusammen mit der Medizin einen modernen Ärzte-Eid zu formulieren, in der Schweiz etwa durch eine interdisziplinär zusammengesetzte Arbeitsgruppe der Stiftung Dialog Ethik⁸.

Den Konflikt vermögen allerdings auch diese Vorstösse nicht befriedigend zu lösen, denn es ist ein Konflikt, den schon die Ethik mit sich selbst hat: Eine Ausprägung pflichtenethischer Konzepte (die der Moraltheoretiker angelsächsischer Schule) richtet sich bei der Ausformulierung der Pflichten nach dem zu erwartenden Resultat der Handlungen, die beurteilt werden. Man nennt diese Konzepte, wie wir oben aufgezeigt haben, konsequentialistisch. Der Utilitarismus etwa ist ein konsequentialistisches Konzept, er beurteilt Handlungen danach, ob sie den grössten Vorteil für die grösste Zahl bringen. Gertrude Elizabeth Margaret Anscombe, eine Schülerin des Philosophen Ludwig Wittgenstein, hat 1958 mit ihrem Aufsatz «Modern Moral Philosophy»⁹ die Moraltheoretiker ihrer Zeit fundamental kritisiert. Um ihre Kritik zu verstehen, müssen wir uns vor Augen führen, dass der Utilitarismus im angelsächsischen Raum einen weit besseren Ruf hat als bei uns, weshalb aus ihm bis heute Konzepte abgeleitet werden.

Henry Sidgwick (1838 – 1900) war der erste «Berufsphilosoph» des Utilitarismus (Bentham war Jurist, Mill Ökonom), und er hat ein raffiniertes Theoriegebilde geschaffen, um diesen zu begründen. Daran ist vieles kritisiert worden und einiges inzwischen auch als falsch erkannt. Geblieben ist sein konsequentialistischer Ansatz, der sich seitdem durch die angelsächsische Moralphilosophie zieht. Anscombe stellt fest, dass alle Moralphilosophen nach Sidgwick einen konsequentialistischen Ansatz haben, weshalb ihre Theorien sich letztlich kaum unterscheiden würden. Dies ungeachtet der Tatsache, dass «alle diese Philosophien mit der christlich-jüdischen Ethik völlig unvereinbar sind». Das ist richtig: In dieser Ethik sind Handlungen formuliert, die unter keinen Umständen richtig sind, gleichgültig ihrer Konsequenzen, und seien diese noch so wünschenswert. Zu denken ist etwa an das Gesetz, keinen Menschen zu töten, oder dasjenige, einen Unschuldigen nicht zu verurteilen, wenn wir wissen, dass er unschuldig ist.

Anscombe schreibt: «Und obwohl die gegenwärtigen Oxforder Moralphilosophen einem erlauben würden, es „zu seinem Grundsatz zu machen“, so etwas nicht zu tun, lehren sie doch eine Philosophie, wonach bei der Erörterung, was zu tun sei, die einzelnen Konsequenzen einer Handlung „moralisch“ in Betracht gezogen werden könnten. Und falls diese so beschaffen wären, dass sie mit den „Zielen“ des betreffenden Menschen kollidieren, könnte es einen Schritt in seiner mora-

⁸ <https://saez.ch/de/resource/jf/journal/file/view/article/saez/de/saez.2015.03714/SAEZ-03714.pdf/>

⁹ <https://www.pitt.edu/~mthomps/readings/mmp.pdf>

lischen Fortentwicklung bedeuten, wenn es ihm „gelänge“ (um die Ausdrucksweise von Nowell-Smith zu gebrauchen), die Handlung unter ein neu aufgestelltes Prinzip zu subsumieren; oder es könnte auch eine neue „Grundsatzentscheidung“ sein, die ein Fortschritt in der Entwicklung seines moralischen Denkens wäre (um Hares Konzeption zu übernehmen), wenn er entschied: Unter so und so gearteten Umständen sollte man die gerichtliche Verurteilung eines Unschuldigen erwirken. Und das kann ich nicht akzeptieren.»¹⁰

Anscombe verschachtelt hier auf dichtem Raum viele Referenzen auf verschiedene Denker, die wir nicht alle kennen und verstehen müssen, um zu sehen: Bei allen angelsächsischen Moralphilosophen nach Sidgwick stellt Anscombe fest, dass ihre Logik aufgrund des konsequentialistischen Ansatzes unter Umständen eindeutig zu verurteilende Handlungen als moralisch richtig beurteilen kann, Handlungen, die etwa aus der Sicht einer christlichen Moral unter keinen Umständen richtig sind. Und ein ethisch-moralisches Konzept, mit dem wir uns sicherfühlen können, sollte das nicht zulassen. **Wir haben hier also einen Systemfehler, der gefährlich ist. Wenn eine Ethik, die so fragil ist wie die Bioethik angelsächsischer Schule, in der Medizinethik so dominierend ist, wie dies derzeit der Fall ist, dann gehen wir auf dünnem Eis. Und es sind glücklicherweise noch immer verinnerlichte ärztliche Tugenden, die uns vor dem Einsturz schützen.**

Wenn etwa neu die konsequentialistisch begründete ärztliche Pflicht formuliert wird, mit den Ressourcen sparsam umzugehen, dann kann die Verweigerung einer notwendigen Behandlung, also die offene oder verdeckte Rationierung, moralisch richtig sein, und sie kann Leib und Leben der Patientinnen und Patienten gefährden. Das steht im Widerspruch zu den ärztlichen Pflichten gemäss Auftragsrecht und zu ärztlichen Tugenden. Und es ist kein abstrakt-ethisches Problem, sondern ein konkret-rechtliches: Wenn Ärztinnen und Ärzte sich in Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung in rechtsgültigen Verträgen zur Einhaltung eines Globalbudgets verpflichten, dann haben wir unter Umständen genau diese Situation. Diese Verträge werden von den entsprechenden Netzwerken aber geheim gehalten, mit Verweis auf das Betriebsgeheimnis. Damit werden grundlegende auftragsrechtliche Auflagen verletzt, gestützt auf eine konsequentialistische Ethik angelsächsischer Prägung. Dies kann die behandelnde Ärztin und den behandelnden Arzt aus rechtswissenschaftlicher Sicht ebenso in Grauzonen führen wie das Netzwerk und die Versicherung, die solche Verträge abschliesst¹¹. Auch wenn die Rechtspraxis diesbezüglich derzeit kulant ist, bleibt die Tatsache dieser rechtlichen Grauzonen. Solche Situationen dürften wohl die in Prof. Rehmann-Sutters Gutachten erwähnten Kritiker Herbert M. Swick, Charles S. Bryan und Lawrence D. Longo im Auge haben, wenn sie die Schwerpunkte der ABIM-Charta hinterfragen und die Ansätze der Charta

¹⁰ <https://epub.ub.uni-muenchen.de/5244/1/5244.pdf>

¹¹ <http://physicianprofiling.ch/001KieserMC082011Final.pdf>

mit der traditionellen ärztlichen Werte rekurrierenden medizinischen Tugendethik kontrastieren. Denn ohne diese Tugenden ergeben medizinische Prinzipien und Pflichten gar keinen Sinn.

Die Charta der ABIM setzt das Prinzip der sozialen Gerechtigkeit (social justice) und formuliert für den Arzt die Pflicht, die Ressourcen fair zu verteilen (The medical profession must promote justice in the health care system, including the fair distribution of health care resources). Ohne ausdifferenzieren, was Gerechtigkeit und Fairness als *Tugenden* bedeuten, hängen dieses Prinzip und diese Pflicht aber in der Luft. Die Ärztin, der Arzt, hat eine Vorstellung davon, was Gerechtigkeit und Fairness als Tugenden bedeuten, doch es ist in der Regel eine gänzlich andere, als die der Gesundheitsökonomie. Bedeutet Gerechtigkeit und Fairness nun etwa, dafür besorgt zu sein, dass nicht nur die Medizin am Gesundheitswesen verdient, sondern auch die anderen Akteure, die Versicherer und Verwalter, die Industrie, die Investoren? Nüchterner: Prinzipien und Pflichten, die über Inkongruenzen im Verständnis der ihnen zugrundeliegenden Tugenden hinwegsehen, lösen schwerlich Konflikte.

Sind die gesetzten Prinzipien und die verordneten Pflichten überdies konsequentialistisch gedacht, wie dies in der ABIM-Charta und im Allgemeinen in der derzeitigen Bioethik der Fall ist, so hat die Medizin ein grundsätzliches Problem mit ihnen: Sie wird von solchen Ansätzen immer unter Druck gesetzt, denn sie kann die Konsequenzen ihrer Handlungen aufgrund wohlweislicher Abwägung und basierend auf Wissen und Erfahrung zwar mit hoher Wahrscheinlichkeit in Aussicht stellen, nie aber «a priori» garantieren. Wenn sie unter dem Diktat einer einseitig konsequentialistischen Bioethik dazu angehalten wird, es dennoch zu tun, dann kann das zur gefährlichen Reaktion eines Im-Zweifall-lieber-Nicht führen. **Dafür, wie Behandlungsempfehlungen in den ärztlichen Diskurs eingebracht werden, hat die Medizin ihr bewährtes Konzept, und sie ist gut beraten, dieses zu verteidigen: Es sind die Guidelines der Fachgesellschaften, die auf reproduzierbaren klinisch-wissenschaftlichen Studien und der Anhäufung der Erkenntnisse von Einzelfällen basieren. Diese sind zwar auch bei «Choosing Wisely» federführend. Ihre Empfehlungen sind hier aber anders strukturiert, und diese Strukturierung steht ideologisch unter oben geschilderten Paradigmen einer Bioethik angelsächsischer Schule, womit Fragen der verdeckten oder offenen Rationierung im Raum stehen.** Das verwirrt die Mediziner an der Basis der täglichen Arbeit am Krankenbett (wir gehen darauf weiter unten ein).

Prof. Rehmann-Sutters Gutachten stellt in der Einschätzung der ABIM-Charta fest: «Die Problemlage, auf die die Charta reagieren will, ist äußerst dürftig und vage dargestellt. Es wird keine Analyse gemacht, worin die Probleme im Einzelnen bestehen, und weshalb sie entstanden sind. Eine Beteiligung der Medizin an der Entstehung gewisser Probleme (z.B. von Kostendruck) wird nicht untersucht. Die problematischen Faktoren werden insgesamt externalisiert, d.h. aus der Medi-

zin ausgegrenzt. Das entspricht nicht den medizinsoziologisch anerkannten Tatsachen. Es korrespondiert mit der Schwäche der Charta im kommunikativen Bereich, die sich eben auch im Prozess der Entstehung der Charta schon widerspiegelt, in dem praktisch nur ÄrztInnen und medizinische Fachgesellschaften mitgewirkt haben. Weil die Diagnose vage bleibt, ist die Wirksamkeit zur Lösung der wahrgenommenen Problemlage fragwürdig.»

Wir pflichten bei, möchten aber ergänzen: Es haben zwar praktisch nur Ärztinnen und Ärzte bei der Entstehung der Charta mitgewirkt, aber praktisch nur nicht oder kaum noch praktizierende, die Köpfe der Fachgesellschaften, beraten von ihren konsequentialistisch orientierten Bioethikern. An der Basis können diese Ansätze als Druck empfunden werden. Vor dem Hintergrund, dass in der Schweiz kaum Studien bestehen, die die Entwicklung des Verwaltungs-Overheads strukturiert untersuchen, stellen sie sich wohl auch die Frage, ob sie damit einen Beitrag zur Lösung leisten oder nicht eher zum Problem.

Fazit →

Die ABIM-Charta als Grundlage der Initiative «Choosing Wisely» steht in der Tradition einer Bioethik angelsächsischer Schule, deren Paradigmen mit den Grundlagen des ärztlichen Berufsethos und seiner Manifestation in geltendem Recht und verbindlichen Standesregeln konfliktieren können. Da diese Ethik den Systemfehler hat, Handlungen, die eindeutig falsch sind, als moralisch richtig beurteilen zu können, ist es gefährlich, sie stärker zu gewichten als ärztliches Berufsethos.

Wir wollen in den folgenden Kapiteln verschiedene Aspekte aufzeigen, die uns zum Verständnis von «Choosing Wisely» wichtig scheinen. Einerseits nehmen wir hierbei die Kritik auf, mit welcher sich die Initiative in den USA von Anfang an konfrontiert sah und bis heute sieht, in der Meinung, von etwaigen Fehlern dort für uns in der Schweiz zu lernen. Andererseits erachten wir es auch als wichtig, nicht den leider oft begangenen Fehler zu machen, Konzepte aus den USA ohne gebührende Anpassung bei uns einzuführen. Als Erstes möchten wir dabei auf das Konzept von Nudging eintreten, das wir bei «Choosing Wisely» sehen¹² – ein Konzept, das auch in den USA umstritten ist und bei uns auf noch grundsätzlichere Bedenken stösst.

¹² <https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/VSRT-ChoosingWiselyNudges.pdf>

Stupser für eine bessere Welt?

Um zu verstehen, wieso die ABIM trotz spürbarem Widerstand der Medizin und auch trotz ernüchternder bisheriger Resultate zuversichtlich ist, hilft es, «Choosing Wisely» auch vor dem Hintergrund einer gewissen «Nudging-Euphorie» zu verstehen, die in Nordamerika seit einigen Jahren herrscht. Im Jahr 2008 ist ein Buch herausgekommen, das in der Verhaltensökonomie und darüber hinaus grosses Echo gefunden hat: «Nudge: Improving Decisions About Health, Wealth, and Happiness» des Wirtschaftswissenschaftlers Richard Thaler und des Rechtswissenschaftlers Cass Sunstein. Die Autoren treten, wie der Buchtitel sagt, an, Entscheidungen der Gesundheit, des Wohlstands und des Glücks zu verbessern. Dies kann gelingen, indem man entsprechende ökonomische Anreize setzt, sich so zu verhalten, dass die Gesundheit, der Wohlstand und das Glück gefördert werden, oder indem man Verbote erlässt, sich anders zu verhalten. Thaler und Sunstein schlagen eine dritte Möglichkeit vor: «Nudges», Stupser.

Der Ansatz ist deshalb so überzeugend, weil die Autoren aufzeigen, dass es bereits jetzt zahlreiche solche Stupser gibt – nur dass viele eben nicht förderliche Handlungen anstupsen, sondern solche, die Gesundheit, Wohlstand und Glück nicht zuträglich sind. So führt etwa die Standardeinstellung des Computers beim Ausdrucken auf einseitig, nicht auf zweiseitig, dazu, dass auch Benutzer, denen bewusst ist, so Ressourcen zu verschwenden, und die das nicht wollen, dennoch einseitig drucken, einfach, weil es bequemer ist. Wie wäre es also, wenn man die Sache umkehrte, also den Aufwand für die unerwünschte Handlung erschwerte und den für die erwünschte erleichterte? Beim Beispiel des Druckers ist das einfach: Wir stellen den Computer standardmässig so ein, dass er zweiseitig druckt, und wer trotzdem einseitig drucken will, der muss sich bemühen. Da kommen einem spontan einige Situationen in den Sinn, die man verbessern könnte. Wieso etwa muss ich mich bemühen, nach den gesunden Sachen ganz oben im Supermarktregal zu greifen, und die Dickmacher sind bequem erreichbar?

Ein Beispiel aus der Medizin zeigt, wo die Grenzen von Nudging liegen und mögliche Probleme liegen: Wenn ich mich heute in der Schweiz dafür entschieden habe, dass im Todesfall meine Organe entnommen werden dürfen, dann habe ich einen Mehraufwand, dafür zu sorgen, dass diesem Willen auch möglichst entsprochen wird. Ich sollte dies in der Patientenverfügung festhalten, einen Organspenderausweis mit entsprechendem Vermerk auf mir tragen, mich gegebenenfalls in einem Register eintragen, meine Angehörigen informieren. Tue ich das alles nicht, so gelangen die Transplantationsverantwortlichen im Todesfall an meine Angehörigen und müssen in einem aufwändigen Gespräch zusammen mit diesen herausfinden, was wohl mein mutmasslicher Wille gewesen wäre. Dieses Problem stellt sich auch, wenn in einem Register ein Wille festgehalten wur-

de, der mit Willensäusserungen der Patientenverfügung oder dem Wissensstand der Angehörigen im Widerspruch steht. Dabei ist dann die Wahrscheinlichkeit gross, dass von einer Organspende abgesehen wird, denn die Gespräche mit den Angehörigen müssen in jedem Fall stattfinden, und im Zweifelsfall sagen wir eher nein als ja.

Derjenige, der einen Entscheid gefällt hat, welcher im Falle seines Todes die Gesundheit seiner Mitmenschen fördert, hat also mehr Aufwand als derjenige, dessen «Entscheid» es war, den Entscheid vor sich herzuschieben, womit dies im Endeffekt dann eben eher ein Entscheid gegen die Organspende ist. Bei der Widerspruchslösung (Lösung der vermuteten Zustimmung, *consentement présumé*, *presumed consent*), wie sie die meisten Länder Europas haben, wird der Nudge umgedreht: Jeder gilt grundsätzlich als Organspender, es sei denn, er habe seinen Willen, nicht zu spenden, in einem Register festgehalten. Die Gespräche mit den Angehörigen finden auch dann immer noch statt, und es sind immer noch sie, die das letzte Wort haben. Diese Gespräche stehen so aber unter einem anderen Vorzeichen: Es kann von einem Einverständnis ausgegangen werden, weil es, ist die Widerspruchslösung einmal etabliert und von den Bürgerinnen und Bürgern verinnerlicht, Konsens ist, dass ein Verstorbener, wäre er gegen die Organspende gewesen, diesen Entscheid im Register eingetragen hätte.

Ist das ethisch problematisch? Die Meinungen der Bioethiker gehen auseinander. Die einen sehen darin eine Einschränkung der Freiheit des Individuums und einen Übergriff auf Bürgerrechte. Die anderen halten dem die im Gesetz verankerte Hilfeleistungspflicht entgegen, auch das Argument, dass die Entscheidung für oder gegen Organspende ja weiterhin eine freie ist und dass auch weiterhin Gespräche mit den Angehörigen geführt und im Zweifelsfall von der Organentnahme abgesehen wird. Dabei geht ein grösseres Problem unter: Der Nudge könnte auch das Gegenteil bewirken. Es gibt heute keine Evidenzgrundlage, die einen direkten Kausalzusammenhang zwischen der Widerspruchslösung und einer höheren Spenderate belegt. Hier spielen auch andere Faktoren, die Prozesse und Strukturen, die Schulung der Mediziner, die Information der Bevölkerung. Diese könnte auf die Widerspruchslösung reaktant reagieren, und dann würden die Organspenden bei ihrer Einführung zurückgehen.

Wir haben hier also einen Nudge, den man insofern als ethisch unbedenklich sehen kann, als wir Grundlagen haben, dass die Organspende der Wille der Mehrheit ist, aber eine Situation, in der dies dann doch bei verhältnismässig wenigen geschieht. Das entsprechende Positionspapier¹³ der Stiftung Swisstransplant hält dazu fest: «Tatsächlich wird bei dieser Konstellation in mehr als in der Hälfte der Fälle eine Organspende abgelehnt, obwohl gemäss grossangelegten Befragungen über 80% der Schweizer Bevölkerung die Organspende befürworten respektive unterstützen.» Wird

¹³ https://www.swisstransplant.org/fileadmin/user_upload/Organspende/Volksinitiative/Swisstransplant_Positionspapier_Vermutete_Zustimmung_2018.pdf

mit dem Nudge oder bereits damit, ihn zu fordern, wie es die Schweizer Volksinitiative «Organspende fördern – Leben retten» tut, in der Bevölkerung allerdings der falsche Eindruck erweckt, auf diese Weise unter Umständen auch gegen den Willen der Verstorbenen und ihrer Angehörigen Organe zu entnehmen, dann wäre eine reaktante Reaktion denkbar: die Ablehnung der Organspende auch bei Bürgerinnen und Bürgern, die ihr jetzt zustimmen. Dies sieht auch die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEC) so. In ihrer Stellungnahme «Zur Widerspruchslösung im Bereich der Organspende»¹⁴ vom Oktober 2012 hält sie fest: «Während in einigen Ländern die Spenderrate unter der Widerspruchslösung anstieg (z.B. Belgien), veränderte sich die Rate in anderen Ländern nicht (z.B. Schweden und Singapur) oder sank sogar (z.B. Brasilien; Dänemark; Lettland). Es sind allerdings auch Länder bekannt, in denen sich die Einführung der Zustimmungslösung mit einer Erhöhung der Spenderrate verband (Australien; USA).»

Mit «Choosing Wisely» haben wir eine vergleichbare Situation, und wir würden von der NEC eine ähnlich kritische Haltung erwarten: Die Streichlisten geben den Medizinern einen Stups, diese Behandlungen möglichst nicht mehr zu machen. Sie greifen nur, wenn die Spitäler auf der Mesebene in ihren Abläufen und Strukturen ihrerseits Nudges installieren, die es für die Mediziner und Pfleger aufwändiger gestalten, diese Behandlungen zu machen, als es nicht zu tun. Wenn sie es dann aber trotzdem tun, hätten wir ein reaktantes Verhalten. Ein solches kann sich auch bei den Patientinnen und Patienten einstellen: Sie lesen in der Zeitung von diesen Streichlisten, und wenn sie dann ins Spital kommen, haben sie vielleicht Angst, es würde deswegen nun etwas nicht gemacht, das man machen müsste. In diesem Fall würden sie wohl auf die Frage, ob sie eine bestimmte Untersuchung oder Behandlung wollten, grundsätzlich mit Ja antworten. Dies würde die Kosten treiben, auch die Gefahren unnötiger Eingriffe.

Wir meinen, dass die Nudges, die «Choosing Wisely» setzt, ethisch und medizinisch unbedenklich sind, jedenfalls so, wie die von den Schweizer Fachgesellschaften bis dato eingereichten Streichlisten formuliert wurden. Wir sehen auch keinen Anlass, davon auszugehen, dass dies nicht so bleiben sollte. Ihre Effekte sollten aber systematisch verfolgt werden, denn sie können gegenteilig sein. Die Arbeiten, die wir hierzu bisher haben¹⁵¹⁶¹⁷¹⁸¹⁹²⁰²¹, sind zumindest nicht so, dass man sagen könnte, es bestehe kein Grund zur Sorge. Vor diesem Hintergrund irritiert es, dass die ABIM Foundation nicht von Anfang an eine Begleitforschung zu «Choosing Wisely» betrieben hat und auch heute nicht betreibt.

¹⁴ https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/NEK-CNE_Widerspruchsloesung.pdf

¹⁵ <https://www.bmj.com/content/351/bmj.h5437>

¹⁶ <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2110957>

¹⁷ http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Studie_Choosing-Wisely_en_final.pdf

¹⁸ <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20171024.907844/full/>

¹⁹ <http://www.wbur.org/commonhealth/2017/11/23/choosing-wisely-over-treatment>

²⁰ <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03009742.2016.1190983>

²¹ <http://www.modernhealthcare.com/article/20171111/NEWS/171109867>

Generell haben wir heute in den Gesundheitswesen der nordwestlichen Länder im Allgemeinen und in unserem Gesundheitswesen im Speziellen eine Situation, in der immer mehr Akteure immer neue Steuerungsanreize setzen, ohne deren Wirkung gebührend auf ihre Ergebnisse hin zu untersuchen – teilweise, ohne sich unerwünschter Wirkungen überhaupt bewusst zu sein. Dies führt in einem hochkomplexen kybernetischen System wie dem Gesundheitswesen dazu, dass kaum noch auszumachen ist, wo die effektiven Ursachen der Probleme liegen. Die Aussagen über unser Gesundheitswesen werden zusehends spekulativ, und das auch dort, wo Wissen möglich wäre, jedenfalls mehr Wissen. Damit geht eine Verpolitisierung unseres Gesundheitswesens einher, Meinungen dominieren, nicht mehr Fakten, und das ist gefährlich. Dafür kann «Choosing Wisely» nichts. Man könnte hier aber mit einer systematischen Begleitforschung einmal zeigen, wie Anreize in einer aus wissenschaftlicher und ethischer Sicht vertretbaren Weise zu installieren wären. Gerade hier wäre dies äusserst interessant, weil auch die Patientensicht und mögliche Effekte von «Choosing Wisely» auf die Interaktion Arzt-Patient untersucht werden könnten, ein Wissen, das auch für die Ausgestaltung anderer Anreize Hinweise liefern könnte.

Fazit →

«Choosing Wisely» setzt Anreize, von denen angenommen wird, sie würden helfen, unnötige Behandlungen zu vermeiden. Die Ergebnisse werden aber nicht von einer strukturierten Begleitforschung untersucht, um die Anreize gegebenenfalls anzupassen. Dies erschwert eine rationale Einordnung der Initiative und könnte ihren Erfolg vereiteln.

Im nächsten Kapitel wollen wir uns deshalb grundsätzlich anschauen, wie sich die Kommunikation der Medizin in den letzten Jahren verändert hat, um dann zu sehen, wie Eingriffe von der Art von «Choosing Wisely» in die Arzt-Patienten-Beziehung hineinwirken und konkret bei «Choosing Wisely» auch hineinwirken könnten.

Kommunikationsherausforderungen

Um eine Initiative einordnen zu können, müssen wir verstehen, in welches soziale und politische Klima sie fällt und welche Narrative dieses dominieren. Was ist ein Narrativ? Der Begriff, wie er in den Sozialwissenschaften und in der Philosophie seit den Achtzigerjahren verwendet wird und jüngst eine Popularisierung erfahren hat, bezieht sich auf den postmodernen Philosophen Jean-François Lyotard, der ihn in seinem 1979 erschienenen Werk «La condition postmoderne» eingeführt hat. Wikipedia definiert ihn so: «Ein Narrativ ist eine sinnstiftende Erzählung, die Einfluss hat auf die Art, wie die Umwelt wahrgenommen wird.»²² Das scheint uns eine treffende Umschreibung, doch möchten wir hervorheben, dass sinnstiftend nicht gleichzusetzen ist mit logisch.

Narrative können widersprüchlich sein und den Menschen, die in ihnen leben, denken und handeln dennoch einen Lebenssinn geben. Das lässt sich an den Narrativen des real existierenden Kommunismus aufzeigen, und es zeigt sich auch am grossen Narrativ, das unser Gesundheitswesen beherrscht: Die Medizin geht nicht sorgsam mit den Ressourcen um, sie benötigt der Korrektur durch die Gesundheitsökonomie, damit die Kosten nicht aus dem Ruder laufen. Der Widerspruch hier ist der, dass die Steuerungsinstrumente dieser Gesundheitsökonomie (Wirtschaftlichkeitsverfahren, Fallpauschalen, Budgetverantwortung) Kostentreiber sind. Dies ist erkannt, ändert aber nichts daran, dass weitere solche Steuerungsinstrumente vorgeschlagen und eingeführt werden, weil das Narrativ stärker ist als die Realität der Fakten und Zahlen. So etwa die Qualitätsindikatoren des BAG. Sie halten die Spitäler an, Fallzahlen zu steigern und Sterberaten zu senken, scheinbar ohne sich des Widerspruchs bewusst zu sein, dass dies zu mehr Eingriffen führen wird, und dies vornehmlich bei Patienten, deren Risiko, beim Eingriff zu versterben, aufgrund ihrer Morbidität geringer ist, womit die Kosten steigen und die Qualität sinkt. Die Spitäler verlieren so die Kompetenz zur Behandlung tatsächlich (schwer) kranker Patientinnen und Patienten und damit ihre eigentliche Daseinsberechtigung, insbesondere gegenüber ambulanten Zentren.

Problematisch werden Narrative dort, wo sie sich zu Vorurteilen zuspitzen und die Sinnstiftung sich darin erschöpft, einen Sündenbock zu haben. Wir sehen das an den Narrativen der rechtspopulistischen Bewegungen unserer Tage, die gefährliche Ähnlichkeiten zu den Narrativen aus dunklen braunen Zeiten aufweisen und teilweise auch dieselben Sündenböcke ausmachen. Sündenbock-Narrative sind gefährlich, weil sie blind machen für die effektiven Probleme und ihre Ursachen. Das Narrativ der Abzocker-Ärzte als Sündenböcke und Kostentreiber ist es deshalb, weil es Steuerungsinstrumente legitimiert, die genau dieses Verhalten fördern. Die Initiative

²² [https://de.wikipedia.org/wiki/Narrativ_\(Sozialwissenschaften\)](https://de.wikipedia.org/wiki/Narrativ_(Sozialwissenschaften)), Stand 18.11.18

«Choosing Wisely» dient einem Narrativ zu, das jüngst zum Narrativ der Abzocker-Ärzte hinzugekommen ist, das Narrativ des Verbrecher-Arztes: Die Medizin gefährdet die Patientensicherheit mit unnötigen Eingriffen. So wichtig und richtig die Forderung ist, solche möglichst zu vermeiden, ist das Narrativ zu hinterfragen: Wie soll die Patientin, der Patient, dem Arzt nun noch vertrauen? Wie wirkt sich das auf den Heilungserfolg aus und wie auf die Gesundheitskosten? Wer seinem Arzt nicht vertraut, der ist weniger bereit, seinen Teil zur Heilung zu leisten. Wer seinem Arzt nicht vertraut, der wird einen zweiten und dritten konsultieren, die alle auch ihr Geld an ihm verdienen wollen? Doch das Narrativ macht seine Karriere und ist inzwischen dabei, den Grad einer von Vorurteilen geleiteten populistischen Volks-Hetze gegen eine nun grundsätzlich verdächtige und gefährliche Medizin zu erlangen. Dies gilt es zu verhindern.

Narrative können sich auch in Zeiten von Sozialen Medien und Internet nicht ohne den Zuspruch und die Mitarbeit der Medien halten. In jüngster Zeit mehren sich in der Publikumspresse Artikel zum Thema Overuse. Wenn sich darin Ärztinnen und Ärzte zu Wort melden und ihren Kolleginnen und Kollegen vorwerfen, unnötige Eingriffe zu machen, dann verstösst das gegen die Standesregeln. Dabei werden Zahlen und Prozente genannt, die sich auf Studien stützen, was wissenschaftlich fundiert wirkt. Bei genauem Besehen ist die Faktenlage allerdings zumeist dünn und spekulativ. Das ist wenig verwunderlich. Während es auf der Ebene des Einzelfalls mit gezielten Stichproben recht gut möglich ist, unnötige Interventionen zu identifizieren, gelingt dies mit Hochrechnungen auf der Makroebene nicht ohne weiteres. Ein Beitrag²³ auf Medinside vom 16.2.16, der sich auf einen Artikel in der Ärztezeitung²⁴ von Michelle Gerber, Esther Kraft, Christoph Bosshard von der FMH bezieht, fasst den Hauptgrund recht gut: «Ein Problem ist also, dass erst einmal evidenzbasierte und anerkannte Definitionen von nicht-angemessenen Behandlungen in den jeweiligen Fachbereichen entwickelt werden müssten. Obendrein: Solche Definitionen können sich durch neue medizinische Techniken und Erkenntnisse ändern.»

Wir wollen im Folgenden mögliche Effekte der Kommunikation zu Overuse in den Publikumsmedien betrachten. Dialog-Modelle der Kommunikationswissenschaften untersuchen, wie im Kommunikationsprozess eine gemeinsame Wirklichkeit zwischen den Beteiligten konstruiert wird. Sie vermögen die Kommunikationsphänomene auf der Makroebene des derzeitigen Gesundheitswesens wohl am besten zu erklären, wo Internet und Soziale Medien Kommunikationssituationen schaffen, in denen Wahrheiten laufend verhandelt und Wirklichkeiten gemeinsam konstruiert werden, die sich zu Narrativen verdichten. Das tat und tut auch die Medizin in ihrem innermedizinischen Dialog, der im Austausch der Mediziner mit Fachgesellschaften, Forschung und Pharmazeutischer Industrie laufend neue Evidenz schafft, neue Erkenntnisse, neue Therapien, neue Medika-

²³ <https://www.medinside.ch/de/post/overuse-die-schweizer-aerzte-nehmen-stellung>

²⁴ <https://www.fmh.ch/files/pdf17/SAEZ-04424.pdf>

mente. Dieser Dialog ist von der Frage angetrieben, was noch alles getan werden kann, um Krankheiten zu heilen, besser: sie zu verhindern oder gar zu eradizieren. Mit «Choosing Wisely» ist die Medizin mit einer scheinbar neuen, scheinbar systemfremden Frage konfrontiert: Was kann auch weggelassen werden und sollte folglich nicht gemacht werden?

Die Frage ist allerdings weder neu noch systemfremd. Dass sie es sei, ist vielmehr eine «Wahrheit», die in einem neuartigen Dialog konstruiert wurde. Die Partner dieses Dialogs waren immer schon präsent, die Ökonomie, die Politik, die Patientenschützer, die Versicherer und natürlich die Patientinnen und Patienten. Neu ist, dass sich nun alle vernetzen und verschränken, um in einem öffentlichen, qua Publikumspresse, Internet und Soziale Medien geführten Dialog medizinische Themen zu besprechen. Dabei werden neue Wahrheiten und Wirklichkeiten konstruiert, und diese müssen nun nicht mehr zwingend klinischen Tatsachen entsprechen. Die Frage von «Choosing Wisely», was alles weggelassen werden kann, ist seit es die Medizin gibt, im Gebot des nihil nocere formuliert, dem Patienten möglichst nicht zu schaden. Absolut ausschliessen kann die Medizin einen Schaden so wenig, wie sie einen Heilungserfolg a priori garantieren, nur a posteriori feststellen kann, doch sie kann die medizinische Zweckmässigkeit abwägen, und das tut sie auch.

Ökonomisch motivierte Dialogpartner haben allerdings eine andere Vorstellung von Zweckmässigkeit als die Medizin: Sie wird als ein Verhältnis von monetärem Aufwand zu möglichst in gleicher Weise messbarem Ertrag verstanden, möglichst a priori zu garantieren.

Nun werden Hochrechnungen erstellt, in denen finanzielle Aufwände extrapoliert und den unter Zuhilfenahme des QALY-Konzepts²⁵ ebenfalls als Zahlen darstellbaren gewonnenen Jahren in guter Lebensqualität gegenübergestellt. Wir haben dieses Konzept in verschiedenen Papieren^{26,27} eingehend besprochen und fassen an dieser Stelle zusammen: QALY verkennt die Schwierigkeit, Lebensqualität voraussagen zu können. Es bestimmt eine solche weitgehend aus der Sicht der Gesunden und diskriminiert so systematisch Alte, Polymorbide und Behinderte, deren QALY-Wert automatisch abnimmt. Auch ist das Konzept aufgrund seines spekulativen Ansatzes anfällig für Manipulation. Doch es wird angewendet, und die so errechneten Zahlen werden in Artikeln über Overuse in der Publikumspresse gehandelt. Wir möchten an einem Beispiel aus der Kardiologie illustrieren, wie dies geschieht und welche Folgen es haben kann.

Es gibt kein Gebiet der Medizin, welches eine so solide Evidenzgrundlage hat wie die Behandlung der Hypercholesterinämie zur Verhinderung von Herz- und Hirnschlag. Dennoch werden heute diese Wirkungszusammenhänge infrage gestellt. In der Regel geschieht dies, indem spezielle Patientengruppen untersucht werden (etwa mit fortgeschrittener Nierenschwäche), bei denen kaum

²⁵ <http://physicianprofiling.ch/VEMSFactsheetQALY.pdf>

²⁶ <http://docfind.ch/VEMSRationierung2014.pdf>

²⁷ <http://www.docfind.ch/VEMSPositionspapierUtilitarismus.pdf>

eine Wirkung festzustellen ist, um daraus Aussagen für alle Patienten abzuleiten, was allerdings in der Metaanalyse ganz anders aussieht²⁸. Vor allem hinterfragt wird der Einsatz cholesterinsenken- der Medikamente (Statine) in der Primärprävention, und hierzu wird gesundheitsökonomisch ar- gumentiert, etwa von Stefan Felder im Statin-Bericht²⁹ des Swiss Medical Boards SMB: Das Kos- ten-Nutzen-Verhältnis sei bei niedrigen Risiken zu schlecht. Prof. Felder rechnet für die Erhaltung der Lebensqualität über ein Jahr mit Statinkosten von 200'000 Franken, wobei er einige Fehler macht, die das VEMS-Review³⁰ zum SMB-Bericht aufgezeigt und publiziert hat³¹.

Die klinische Praxis jedenfalls kommt zu anderen Resultaten: Unter der Federführung von Prof. Rodondi wurde untersucht, wie die Statinbehandlung bei Spitaleintritt wegen akutem Herzin- farkt oder instabiler Angina pectoris war³². Die Studie betraf 3'172 Personen, insgesamt wurden nur 16% bei Eintritt mit einem Statin behandelt. Die Statin-Behandlungsrate bei hohem Risiko ge- mäss SCORE (Risiko für tödliche Herzinfarkte über 5% in 10 Jahren) betrug lediglich 20%. Zwei Drittel der Herzinfarkte traten bei Personen mit einem niedrigen oder mässig erhöhten SCORE- Risiko auf. Wir haben also eine Unterversorgung bei den niedrigen Risiken, keine Überversorgung. Das tatsächliche Kosten-Nutzen-Verhältnis der Statine für diese Risikogruppe ist sehr gut, denn diese teuren Behandlungen hätten Statine verhindert.

Ungeachtet der klinischen Tatsachen hat sich im oben beschriebenen quasimedizinischen Dialog in Publikumspresse, Internet und Sozialen Medien aber eine neue «Wahrheit» etabliert: die Cholesterin-Lüge. Die Pharmaindustrie, so die Erzählung, wolle mit den Statinen möglichst viel Geld verdienen und tue deshalb mit ihren Studien und in ihrer Kommunikation zu den Ärzten alles, um diese dazu anzureizen, Statine viel zu oft zu verschreiben. In der Regel seien eine gesunde Er- nährung, Mässigung des Tabak- und Alkoholkonsums und mehr Bewegung hinreichende Präventi- onsmassnahmen. Ausserdem seien Statine für das Gehirn schädigend und könnten zu Störungen der Muskelfunktion führen. Daran zu glauben, kann für die Betroffenen Folgen haben. Im Jahr 2016 wurde der Effekt der überkritischen Berichterstattung über Statine in den Medien beobachtet und festgestellt, dass insbesondere Personen, welche sie in der Primär- und Sekundärprävention einnehmen, das Medikament in 12% der Fälle abgesetzt hatten; die Autoren erwarten dadurch über einen Zeitraum von 10 Jahren 2'000 vermeidbare kardiovaskuläre Ereignisse³³. Eine zweite Studie aus Dänemark stellte einen Zusammenhang zwischen negativen Statin-Berichten und erhöhter In-

²⁸ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25833405>

²⁹ http://www.medical-board.ch/fileadmin/docs/public/mb/organisation/traegerverein/smb-ja-beri-2014_09-04-2015.pdf

³⁰ <http://www.docfind.ch/VEMSReerReviewStatinberichtSMB.pdf>

³¹ <https://cardiovascmed.ch/article/doi/cvm.2017.00475/>

³² Selby K, Nanchen D, Auer R, et al. Low statin use in adults hospitalized with acute coronary syndrome. *Prev Med (Baltim)*. 2015;77:131-136

³³ Matthews A, Herrett E, Gasparrini A, et al. Impact of statin related media coverage on use of statins: interrupted time series analysis with UK primary care data. *BMJ*. 2016;353(9753):1670-1681

zidenz von Tod und Herzinfarkt fest³⁴. Dass die Cholesterin-Lüge aber überhaupt solche Folgen haben konnte, liegt daran, dass sie eine im oben beschriebenen Dialog konstruierte Wahrheit ist, die folglich auf alle Dialogpartner zurückwirkt, auch auf seriöse Medienhäuser und unser Staatsfernsehen³⁵, und letztlich dann eben auch auf die Medizin selbst, weshalb nun etliche Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen und Patienten entgegen klinischer Evidenz beraten und behandeln.

Solche alternativen Erzählungen gibt es für einige medizinische Indikationsgebiete, so etwa die Impf-Lüge und die HIV-Lüge, um die prominentesten beiden zu nennen. Kaum einer von ihnen ist es aber so gut gelungen, sich zu etablieren wie der Cholesterin-Lüge. Wir haben sie als Beispiel skizziert, um zu zeigen: Der öffentliche Dialog medizinischer Themen kann in Zeiten von Internet und Sozialen Medien gefährlich sein. «Choosing Wisely» sucht diesen Dialog, denn es ist die Idee der Initiative, auf beiden Seiten, bei den Patienten und bei den Gesundheitsfachkräften, das Bewusstsein für eine verhältnismässige Medizin zu fördern. Diese Absicht unterstützen wir, mögliche negative Effekte auf die Arzt-Patienten-Beziehung sollten aber berücksichtigt werden. Auch, wie realistisch die Erwartungen sind: **Bei anderen Gütern und Dienstleistung kann die Information des Konsumenten einen Druck auf den Anbieter bewirken, was diesen zwingt, sein Angebot zweckmässiger zu gestalten. Dass dies bei Gesundheitsdienstleistungen, wo zwischen Konsum und Bezahlung kein direkter Zusammenhang besteht, auch so funktioniert, ist nirgendwo bewiesen.** Wenn Patienten aber zur Meinung gelangen, ob verschriebene Medikamente eingenommen und angeordnete Untersuchungen gemacht werden müssten, sei reine Ansichtssache, dann ist damit niemandem gedient.

Auch die Medizin konstruiert in ihren Dialogen Wahrheiten, und auch diese sind nicht in Stein gemeisselt. Was heute noch als Goldstandard gilt, kann morgen schon eine unzweckmässige Behandlung sein. Die medizinischen Dialoge, in denen Wahrheiten hinterfragt und Wirklichkeiten konstruiert werden, finden aber unter Dialogpartnern statt, die sich an klinische Evidenz halten, und sie haben hinlänglich bewiesen, Wahrheiten hervorzubringen, die den Patienten mit statistisch hoher Wahrscheinlichkeit einen Nutzen bringen und mit geringer Wahrscheinlichkeit einen Schaden zufügen. Wenn die Medizin heute hinnähme, dass die erwiesene klinische Wirksamkeit eines Medikaments nicht gegeben sei, weil sein ökonomisches Kosten-Nutzen-Verhältnis schlecht erscheint, dann hätte sie im Dialog eine vermeintliche Wahrheit akzeptiert, die für ihre Patientinnen und Patienten lebensgefährlich werden könnte. Und das wäre verantwortungslos.

Schliesslich gab es lange vor «Choosing Wisely» schon die Empfehlungen der Fachgesellschaften, was sinnvoll ist und was unnötig. Hierbei wird mit Anweisungsverben (must, ought,

³⁴ Nielsen SF, Nordestgaard BG. Negative statin-related news stories decrease statin persistence and increase myocardial infarction and cardiovascular mortality: A nationwide prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2016;37:908-916. doi:10.1093/eurheartj/ehv641

³⁵ Schweizer Fernsehen. Umstrittene Cholesterinsenker. TV Broadcast. 2011. <http://www.srf.ch/sendungen/puls/gesundheitswesen/umstrittene-cholesterinsenker>

should, may) gearbeitet, gestützt auf den jeweiligen Evidenzgrad der Grundlagen, «must» als Class-one-Empfehlung (unbedingt zu befolgen, gestützt auf gesicherte Evidenz) etc. Wenn «Choosing Wisely» antritt, mit seinen Empfehlungen Kosteneinsparungen zu realisieren, dann müssten Streichlisten mit entsprechender Evidenzgrundlage unterlegt werden. Hier findet aber eine Sprachvermischung statt, und wir stellen sie schon in der ABIM Charta fest. Wir haben Prof. Rehmann-Sutter dazu befragt. In seinem Gutachten³⁶ schreibt er: «Die Graduierung in medizinischen Empfehlungen gestützt auf den Evidenzgrad der Nützlichkeit in einer bestimmten Situation (indiziert, soll erwogen werden, kann erwogen werden, ist nicht empfohlen) ist von einer anderen Logik getragen als die normative Sprache der Charta. Hier sind die Worte “must, ought, should, may” im moralischen Sinn zu verstehen.»

Das Problem ist, dass wir bei «Choosing Wisely» nie recht wissen, was gemeint ist, wenn von einem bestimmten Eingriff gesagt wird, er sollte, müsste, darf usw. nicht mehr gemacht werden. Aus welcher Perspektive? Aus der Perspektive klinischer Evidenz oder aus einer moralischen Perspektive? Insgesamt wird hier also unter teilweise anderer Verwendung der im innermedizinischen Dialog mit den Fachgesellschaften etablierten Begriffe ein Dialog mit der Medizin eröffnet, der entsprechend schwierig und missverständlich gerät. Wenn er dazu führt, dass Mediziner sich reaktant verhalten und nun eher zu viel machen als zu wenig, und Patienten so, dass sie dort auf Medikamente verzichten, wo sie sie selber bezahlen müssen, und dort, wo die Beträge über der Franchise liegen und die Kasse zahlt, lieber etwas mehr haben wollen als etwas zu wenig, dann wäre das kontraproduktiv. Leider deutet einiges darauf hin, dass dies passieren könnte.

Fazit →

Die Initiative «Choosing Wisely» bedient, wohl ohne sich dessen bewusst zu sein, das Narrativ einer Medizin, die die Gesundheit ihrer Patientinnen und Patienten durch unnötige Behandlungen gefährdet. Dieses wird teilweise von der Publikumspresse populär gemacht und kann über Internet und Soziale Medien zum populistischen Narrativ *Verbrecher-Ärzte* werden, das sich dann zum bereits zu gut etablierten Narrativ *Abzocker-Ärzte* gesellen könnte. Damit würde «Choosing Wisely» gegen die eigenen Ziele arbeiten.

Dieser Tendenz von «Choosing Wisely» stehen mögliche Vorteile gegenüber, die nicht nur, aber auch ökonomische Vorteile sein können. Wir wollen im nächsten Kapitel anschauen, was diesbezüglich zu erwarten realistisch ist und wo Gefahren für die Patientensicherheit liegen könnten.

³⁶ <http://www.docfind.ch/GutachtenMedProfessionalismCharter.pdf>

Ökonomische Fragen

Ein Narrativ funktioniert so, dass Zahlen selektiv aufbereitet und zusammengestellt werden, um Zusammenhänge naheulegen, die dem Narrativ zudienen. Zahlen sind also nie neutral. Das sind auch die Zahlen nicht, die wir im Folgenden aufbereiten, doch sind es Zahlen, die weniger Beachtung finden, weil sie das Narrativ einer geldgierigen und gefährlichen Medizin infrage stellen. Insofern scheinen sie uns interessant. Die Frage, der wir nachgehen: Wie viel von einem Prämienfranken fließt heute in die Heilung und Pflege, und wie war das vor 10, 20 und 30 Jahren? Hierzu haben wir für die Schweiz keine Zahlen gefunden, doch Berechnungen aus den USA lassen aufhorchen. Das Bureau of Labor Statistics; NCHS; Himmelstein/Woolhandler analysis of CPS etwa macht zwischen 1970 und 2009 ein Wachstum der Verwaltungskosten im Gesundheitswesen der USA von gegen 3'000% aus, während die Ausgaben für Heilung und Pflege in dieser Zeit keine 100% gestiegen sind³⁷. Es berechnet, dass die Versicherungsindustrie heute von einem Dollar an Prämiegeldern 31 Cent für sich nimmt. Von anderen Instituten haben wir ähnliche Zahlen.

In der Schweiz rühmt sich die Versicherungsindustrie eines seit Jahren mehr oder weniger stabilen Verwaltungsaufwands von um die 5%, die effizientesten von unter 5%³⁸. Kann es sein, dass unsere Krankenkassen so viel effizienter sind als die Krankenkassen der USA? Wohl eher rechnen sie in diese 5% einiges nicht ein, so etwa die Amortisationskosten, die Vertriebskosten, Rückstellungen etc. Auch ist darin nicht eingerechnet, dass die Einführung des Fallpauschalensystems ihren Verwaltungsaufwand erheblich reduziert haben dürfte, weshalb danach eigentlich geringere Verwaltungskosten der Krankenkassen zu erwarten gewesen wären. Die diesbezügliche Entlastung der Kassen hat andererseits der Medizin administrativen Mehraufwand beschert. Da ihr dafür nicht mehr Geld zur Verfügung steht, geht die Zeit für diese Arbeiten der Arbeit am Krankenbett ab. Dies kann nicht ohne Folgen für die Qualität bleiben, was letztlich die Patientensicherheit gefährdet.

Wenn die Initiative «Choosing Wisely» antritt, zur Wahrung der Patientensicherheit etwas zu unternehmen, und so den Einsatz von weiteren Verwaltungsinstrumenten fördert, die der Medizin und den Pflegenden noch mehr Zeit von der Arbeit am Krankenbett abziehen, dann ist das ein Widerspruch, der nicht zu übersehen ist. Die Grundlage, auf die man sich dabei stützt, ist die Zahl von angeblich rund einem Drittel der Eingriffe, die unnötig seien. Diese Zahl ist allerdings nirgends überzeugend hergeleitet, geschweige denn, dass ihr strukturierte Analysen zugrunde liegen. Doch selbst wenn die Zahl korrekt wäre, würde es wenig Sinn ergeben, einer

³⁷ <http://pnhp.org/system/assets/uploads/2018/05/Song-Healthcare-in-the-US-Berkeley.ppt>, Folien 23 und 24

³⁸ <https://www.comparis.ch/krankenkassen/krankenkassen/analyse/effiziente-krankenkassen>

Medizin, deren Kosten in den letzten Jahren dreissigmal weniger gewachsen sind als die der Verwaltung, ein Drittel der Mittel zu entziehen und die administrative Kostenexplosion einfach hinzunehmen. Zielführender wäre es, die Verwaltung der Versicherer, Ämter und Spitäler, die die Ressourcen und damit die Effektivität der klinischen Medizin schmälern, zu straffen, damit alle in der Anwendung der Medizin Tätigen wieder mehr finanzielle und zeitliche Mittel zur Verfügung hätten, ihren Patientenauftrag sorgsam zu erfüllen. Die Tendenz ist leider gegenläufig. Daran ist «Choosing Wisely» nicht schuld, doch ist die Initiative, weil sie aus der Medizin selbst kommt, das falsche Zeichen an die Versicherer, die Medizin nehme die stete Blähung des Versicherer-Overheads hin, um sich selbst zu beschneiden. Dies kann das Kernanliegen von «Choosing Wisely», die Patientensicherheit zu verbessern, ins Gegenteil verkehren. Die Initiative betont, es gehe ihr nicht in erster Linie darum, Kosten zu sparen, sondern die Patientinnen und Patienten zu schützen, und nur sekundär um die Kosten. Dieses Argument geht allerdings nicht auf, Sicherheitsfragen sind auch Kostenfragen.

Wir stellen diese Tendenz auch in Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung fest. Wenn sich Ärztinnen und Ärzte in diesen Netzwerken zur Einhaltung eines Budgets verpflichten, dann nehmen sie hin, dass damit Beschneidungen in Heilung und Pflege einhergehen können. Die durch die Kostenobergrenze mögliche Einsparung wird an die Versicherten in Form reduzierter Prämien zurückgegeben. Erstens wird aber nicht untersucht, ob damit eine Gefährdung der Patientensicherheit einhergeht, und zweitens darf davon ausgegangen werden, dass sich diese Netzwerke wirtschaftlich rechnen. Die Rückzahlung an die Versicherten muss also geringer sein als die effektive Einsparung, doch wie viel geringer? Auch hierzu gibt es keine Zahlen. Wir haben deshalb mit einem Kostenmodell abzuschätzen versucht, wie hoch die Boni-Zahlungen für die Netzwerke und die Margen für die Krankenkassen ausfallen könnten.

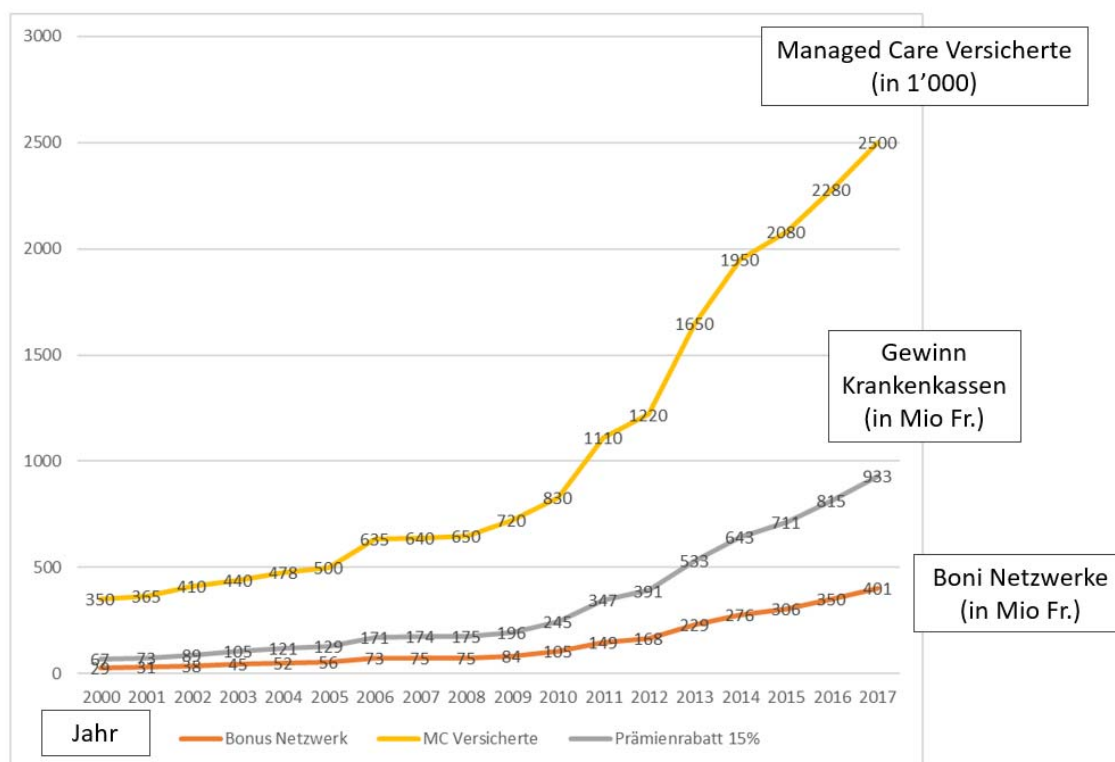
Für die Boni der Netzwerke haben wir wie folgt gerechnet: Gemäss Konstantin Beck von der CSS Versicherung können mit Managed-Care-Modellen mit Budgetverantwortung im Durchschnitt 18.9% Kosten eingespart werden³⁹. Die Zahl der Managed-Care-Versicherten ist gemäss Daten des Bundes und der Versicherer in den Jahren 2000 bis 2017 von 350'000 auf 2.5 Mio. angestiegen. Die OKP-Ausgaben betragen in diesem Zeitraum 1'852 Franken pro Versicherten mit Anstieg auf 3'601 Franken im Jahr 2017. Geht man davon aus, dass die Krankenkassen den Netzwerken Boni ab OKP 90% gewähren und darüber den Überschuss an Prämien je hälftig teilen (50/50)⁴⁰, so resultieren für die Netzwerke Boni im Umfang von $8,9\%/2=4.45\%$ der OKP-Kosten oder 82 Franken pro Patient im Jahr 2000 und 160 Franken im Jahr 2017. Hochgerechnet auf alle

³⁹ https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/124393/1/Beschreibung_der_Berechnung_Beck.pdf

⁴⁰ <http://physicianprofiling.ch/VisanaVertragAufsichtsbeschwerde.pdf>

Managed-Care-Versicherten hätten die Netzwerke in der Schweiz somit im Jahr 2000 Boni im Umfang von 29 Mio. Franken erhalten und im Jahr 2017 Boni im Umfang von 401 Mio. Franken.

Boni-Zahlungen an Netzwerke und Betriebsergebnis der Krankenkassen aus Managed-Care



Für die Margen der Krankenkassen haben wir in unserem Modell folgende Annahmen getroffen: Wenn die Einsparungen gegenüber OKP regulär 18.9% betragen (gemäss Beck, siehe oben), dann ergeben sich bei durchschnittlichen OKP-Kosten von 1'852 Fr. OKP-MC-Kosten von 1'502 Fr. Der Anteil der Kantone an den Spitalkosten OKP-Managed-Care beträgt 10% (50/50, 20% OKP sind Akutspital-Kosten) also 150.20 Fr. Somit verbleiben den Krankenkassen OKP-MC-Kosten von 1'352, welche mit Prämiegeldern abgedeckt werden müssen. Bei einem Deckungsgrad von 100% für OKP (wegen der Betriebskosten der Krankenkassen wohl eher höher) müssen die OKP-Kosten zu 100% abgedeckt werden. Für OKP MC wird ein Rabatt von 15% gewährt, was auf OKP berechnet eine Prämie von 1'574 Fr. ergibt, womit das Betriebsergebnis für die Krankenkassen aus OKP MC-Prämien 222 Fr. beträgt (1'574 – 1'352 Fr.). Für das Jahr 2017 ergibt sich somit für das MC-Geschäft der Krankenkassen ein Gewinn von 983 Mio. Franken, dies nach Abzug der Boni-zahlungen von 401 Mio. Franken an die Netzwerke. Das entspricht einer Gewinnmarge von 10.4%. Geht man von notwendigen 5% Betriebskosten aus, ergeben sich von der OKP abgezweigte Mar-genüberschüsse und Boni im Betrag von 873 Mio. Franken im Jahr 2017.

Wieweit dieser von den Krankenkassen bei den Ärztinnen und Ärzten eingekaufte umsatzdämpfende Effekt tatsächlich Kosten spart, ist unbekannt. Denkbar ist, dass das Managed-Care-System zu einer Unterversorgung führt, mit entsprechenden Kostenfolgen für teurere Nachbehandlungen. Um hier mehr zu wissen, müsste eine unabhängige Versorgungsforschung von der Mikroebene her nationale Daten bereitstellen, um allfällige versteckte Kosten des Managed-Care-Systems zu untersuchen. Bezüglich der MC-Forschung der Versicherer sind Vorbehalte, wie sie der VEMS in einem Artikel⁴¹ in der Ärztezeitung angebracht hat, derzeit begründet: Mit den Daten der einzelnen Krankenkassen ist es nicht möglich, die Kosten der aus dem MC-Modell ausgetretenen (oder ins MC-Modell eines anderen Versicherers gewechselten) Versicherten zu verfolgen. Dies wäre nur mit zusammengeführten Daten möglich, und eine solche MC-Forschung wird nicht betrieben. Prof. Beck, der sich zu unserem Artikel kritisch geäußert hat, schreibt denn auch in einer entsprechenden Arbeit⁴² aus dem Jahr 2007: «Es fehlen Untersuchungen mit dem Ziel, die Gesamteffekte (soweit messbar) von MC-Massnahmen den Gesamtkosten gegenüberzustellen».

Das MC-Modell schien uns nicht zuletzt deshalb einer näheren Betrachtung wert, weil sich hier anschaulich ein Dilemma zeigt: Der im Gutachten⁴³ von Prof. Rehmann-Sutter auf Seite sieben erwähnte «higher professionalism» kann dem in der ABIM-Charta⁴⁴ beschriebenen «basic professionalism» gegenübergestellt werden, wodurch die Heiler-Rolle und der zur Ausübung des ärztlichen Berufes bis zu einem gewissen Grad notwendige Altruismus als Basis des Vertrauens in der Arzt-Patienten-Beziehung hervorgehoben wird. Die Budgetverantwortung kann für die in den Netzwerken tätigen Medizinerinnen und Mediziner eine Gratwanderung bedeuten, und es wäre der Sache förderlich, mehr Klarheit zu schaffen bezüglich der Vereinbarkeit von «higher professionalism» mit dieser Verpflichtung.

Unsere Schätzungen basieren auf den uns verfügbaren Informationen. Zu fordern wäre, dass die Krankenkassen ihre Zahlen offenlegen. **Denn es ist klar, dass wir hier ein Geschäftsmodell haben, das mit der Einschränkung medizinischer Leistungen Geld verdient, welches nur zu einem Teil an die Patienten und Versicherten weitergegeben wird, und dies, ohne dass irgendjemand untersucht, ob damit eine Gefährdung der Patientensicherheit einhergeht.** Von einer Initiative, die angetreten ist, die Patientensicherheit zu verbessern, wie es «Choosing Wisely» tut, darf man diesbezüglich Vorstösse erwarten. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, weil «Choosing Wisely» eine Initiative aus der Medizin selbst ist und folglich diese Perspektive in den Diskurs einbringen kann. Bezüglich der Perspektive der Versicherer drängt sich jedenfalls der Eindruck auf,

⁴¹ <https://saez.ch/de/article/doi/bms.2017.05618/>

⁴² <https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/4793/2/ManagedCareBeck012007V.pdf>

⁴³ <http://www.docfind.ch/GutachtenMedProfessionalismCharter.pdf>

⁴⁴ <http://annals.org/aim/fullarticle/474090/medical-professionalism-new-millennium-physician-charter>

dass ihre Forderung, die Ressourcen seien zu sparen, damit sie anderswo zur Verfügung stünden, wohl so zu verstehen ist, dass mit diesem Anderswo die Versicherer selbst gemeint sind.

Das sind Zahlen, Ökonomie ist aber mehr als Zahlen. Sie befasst sich mit unserem Verhalten, damit, weshalb wir welche Entscheide fällen und weshalb welche nicht. Die Verhaltensökonomie ist ein äusserst komplexes Gebiet, in welchem sich verschiedene Disziplinen verschränken. Wir haben sie im Kapitel «Stupser für eine bessere Welt?» gestreift und möchten hier auf eines der stärksten Motive unseres Handelns eingehen: die Angst. Der Philosoph Søren Kierkegaard (1813 bis 1855) unterscheidet sie von der Furcht vor diesem oder jenem Bestimmten, während er in der Angst eine seelische Grundstimmung sieht. Kierkegaards Angstbegriff zu erörtern, würde uns in die Existenzphilosophie führen und den Rahmen dieses Papiers sprengen. Was uns interessiert, ist die Frage, ob in einem reichen Land wie der Schweiz die Befürchtung einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen tatsächlich eine Furcht ist oder nicht vielmehr eine Angst: das unbestimmte Gefühl, die Kosten würden uns irgendwie über den Kopf wachsen.

Eine Furcht lässt sich therapieren, es gibt Methoden, seine Spinnen-Phobie, seine Kontakt-Phobie und so weiter zu heilen. Das Grundgefühl der Angst hält sich hartnäckiger, und es ist nicht nur ein individuelles. Eine Gesellschaft kann sich in einem kollektiven Grundgefühl der Angst lähmen, und nicht selten führt dies zu Dogmen, Paradigmen und Narrativen, die Handlungen begünstigen, die eben diese Angst schüren. Dagegen hilft als Remedur, ein Klima des Vertrauens zu schaffen, das motiviert, gemeinsam und konstruktiv daran zu arbeiten, dort Kosten zu senken, wo sie effektiv übermässig wachsen. Das ist, betrachtet man obige Zahlen, nicht in der Heilung und Pflege, sondern in der Verwaltung.

Fazit →

«Choosing Wisely» argumentiert über die Patientensicherheit und klammert das Kostenargument aus. Dabei kann die Initiative den Blick dafür verlieren, dass jeder Franken, der in die Verwaltung fliesst, der Heilung und Pflege entzogen wird. Auch konzentriert sich die Initiative zu einseitig auf das Problem der Überversorgung und läuft Gefahr, ökonomisch motivierte Anreize zur Unterversorgung und eine möglicherweise auch von ihr verursachte Gefährdung der Patientensicherheit zu übersehen.

Wenn «Choosing Wisely» das Spannungsfeld «Kostenkontrolle versus Patientensicherheit» konzeptionell auflösen will, dann hat dies Parallelen zu Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung, wo dies auch beabsichtigt ist, doch wie sich heute zeigt, nicht unbedingt gelingt, weshalb wir dieses Beispiel hier aufbereitet haben. Doch in welchem rechtlichen Rahmen bewegt sich die Initiative?

Verträge, fiktive und reale

Wir haben im Kapitel «Die Grundlage der Initiative und ihre ethische Einordnung» den rechtlichen Aspekt bereits tangiert und wollen ihn in diesem Kapitel abschliessend vertiefen. In seinem Gutachten⁴⁵ schreibt Prof. Rehmann-Sutter zur Präambel der ABIM Charta: «In der Präambel zur Charta wird das Verhältnis der Medizin zur Gesellschaft als Vertragsverhältnis konzipiert. Dabei kann es sich aber nur um eine fiktive Konstruktion eines Vertrags handeln, denn einen solchen Vertrag gibt es in expliziter Form nicht. Der Medizinvertrag ist als eine Art “regulative Idee” im Sinn von Immanuel Kants zu verstehen: also als eine Vorstellung, die es besser erlaubt zu sehen, welche Bestimmungen für das professionelle Selbstverständnis aus der Sicht der PatientInnen und der anderen Systeme der Gesellschaft als akzeptabel oder wünschenswert angesehen werden können. Die Basis dieses “Vertrags” ist, gemäß der dieser Charta zugrundeliegenden These, die Klärung der professionellen Kernkompetenzen, der ethischen Prinzipien und Regeln.»

Die Ärztin, der Arzt steht allerdings in einem Auftragsverhältnis mit seinem Patienten, nicht mit der Gesellschaft. Dieses Auftragsverhältnis ist geregelt im Obligationenrecht des Schweizerischen Zivilgesetzbuches⁴⁶ als einfacher Auftrag, Art. 394 A. Begriff, 1: «Durch die Annahme eines Auftrages verpflichtet sich der Beauftragte, die ihm übertragenen Geschäfte oder Dienste vertragsgemäss zu besorgen.» Weiter ist geregelt, Art. 395 B. Entstehung: «Als angenommen gilt ein nicht sofort abgelehnter Auftrag, wenn er sich auf die Besorgung solcher Geschäfte bezieht, die der Beauftragte kraft obrigkeitlicher Bestellung oder gewerbsmässig betreibt oder zu deren Besorgung er sich öffentlich empfohlen hat.» Was der Arzt bei der Ausübung seiner Tätigkeit zu beachten hat, ist geregelt im Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe⁴⁷ MedBG. Darüber hinaus gibt es die Standesordnungen⁴⁸ der Ärztesellschaften und der FMH. Diese konkretisieren die Berufspflichten des Medizinalberufgesetzes und definieren zusätzliche berufsethische Regeln, sind dem Gesetz aber untergeordnet. Grenzüberschreitungen und Grenzbereiche regelt das Strafgesetzbuch, so etwa assistierte Suizide Art. 114 des Strafgesetzbuches⁴⁹.

Ärztinnen und Ärzte sind also bezüglich Handlungen, die den Patienten schädigen könnten, unter strenger gesetzlicher und regulativer Aufsicht. Sie können deshalb aber nicht beliebig teure Behandlung durchführen und sich dabei auf ihre Pflichten als Auftragnehmer der Patienten berufen. Geregelt wird dies im Krankenversicherungsgesetz (KVG). Dieses auferlegt allerdings nicht der Medizin, sondern Behörden und Versicherern eine regulative Pflicht zur Kostenkontrolle und

⁴⁵ <http://www.docfind.ch/GutachtenMedProfessionalismCharter.pdf>

⁴⁶ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19110009/index.html>

⁴⁷ <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20040265/index.html>

⁴⁸ https://www.fmh.ch/files/pdf20/Standesordnung_Februar_2018_D.pdf

⁴⁹ <https://www.bj.admin.ch/bj/de/home/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/formen.html>

gibt ihnen auch entsprechende Befugnisse. Wie gut nehmen sie diese wahr? Wir widmen uns dieser Frage in verschiedenen Dossiers und haben unsere Thesen dazu jüngst im Papier «Wollt ihr ewig leben? Thesenpapier für einen neuen Optimismus in der Medizin»⁵⁰ verdichtet. Insgesamt stellen wir dort fest, dass Versicherer und Behörden der Medizin zu oft Anreize setzen zu einem kosten-treibenden Verhalten, das sie eigentlich verhindern sollten.

Auch für sie gilt allerdings eine gesetzliche Priorisierung des Patientenwohls gegenüber der Kostenfrage. Der Versicherungsrechtsexperte Prof. Kieser hält in seinem Gutachten zuhanden des VEMS zu Fragen der Vergütung von Medikamenten gegen Hepatitis C⁵¹ fest: «Die im Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) geordnete Krankenpflege (bzw. - gleichlautend verwendet - Heilbehandlung) soll eine qualitativ hoch stehende medizinische Versorgung (= Element 1) zu möglichst günstigen Preisen (= Element 2) gewährleisten. Damit wird eine der zentralen Zielsetzungen des Krankenversicherungsrechts umschrieben.» Prof. Kieser sieht den Vorrang bei Element 1, der qualitativ hochstehenden Behandlung. Er schreibt: «Dieses Verständnis des Verhältnisses von Qualität und Preis lässt sich bereits dem klaren Wortlaut von Art. 43 Abs. 6 KVG entnehmen. Denn hier wird das eine Ziel – die qualitativ hochstehende medizinische Versorgung – als uneingeschränktes Ziel bezeichnet, während das andere Ziel – der günstige Preis – insoweit beschränkt wird, als es darum geht, einen „möglichst“ günstigen Preis zu erreichen.» Weiter unten ergänzt er: «In der Rechtsprechung ist die Frage vorderhand offen gelassen, ob allenfalls in der Krankenversicherung bestimmte Maximalgrößen der zu vergütenden Kosten bestehen. Das Bundesgericht hat in einem Grundsatzentscheid darauf hingewiesen, dass generell davon ausgegangen werde, dass pro gerettetes Menschenlebensjahr ein Betrag von etwa Fr. 100'000 zur Verfügung stehen sollte.»

Die Rechtslage ist also so, dass ein von der ABIM Charta konzipierter Gesellschaftsvertrag der Medizin keine rechtliche Grundlage hat. Andererseits werden in der Charta rechtliche Auflagen der Kostenkontrolle an die Behörden und Versicherer als Pflichten der Medizin vorgeschlagen. Eine solche Forderung, Kostenerwägungen auf gleicher Stufe mit Patientenwohl zu berücksichtigen, implizit oder explizit, könnte somit als Versuch verstanden werden, die Mediziner moralisch unter Druck zu setzen. Dies wäre insofern unfair, als es letztlich die Ärztin, der Arzt ist, der die rechtlichen Folgen trägt, wenn in der Absicht, diese moralische Pflicht zur Kostenkontrolle zu erfüllen, die Gesundheit der Patientinnen und Patienten gefährdet wird. Wir erachten es deshalb als problematisch, in diese Richtung zu denken und zu argumentieren. Hier täte man unseres Erachtens besser daran, Massnahmen zu fordern, damit das etablierte und rechtlich manifestierte Regulativ besser funktioniert.

⁵⁰ <http://www.docfind.ch/VEMSThesenpapierMedizinoptimismus.pdf>

⁵¹ <http://docfind.ch/Kieser052015.pdf>

Um unnötige Eingriffe zu vermeiden, kann «Choosing Wisely» allerdings etliches tun, ohne damit rechtliche Problemzonen zu schaffen. Zu denken ist etwa an die Förderung interinstitutioneller Expertenaudits im Zufallsmodus. Solche Audits, wie sie die Initiative Qualitätsmedizin (IQM) seit nunmehr zehn Jahren⁵² durchführt, haben den Vorteil, dass dabei nicht nur Überversorgung, sondern auch Unterversorgung erkannt wird. Sie führen im Ergebnis zu einer Verbesserung der Qualität der Indikations- und Behandlungsentscheide. Damit verbessert sich die Patientensicherheit und es lassen sich unnötige Kosten einsparen. Auch dürfte dies dem Ruf einer vermehrt unter Generalverdacht stehenden Medizin zuträglich sein, indem diese so zeigt, dass sie Verantwortung für ihre Qualität wahrnimmt, und das nicht mit generellen Empfehlungen und Listen, sondern durch gezielte Kontrolle des Einzelfalls.

Fazit →

Die Konzeption eines Gesellschaftsvertrags der Medizin, wie sie die ABIM Charta vorschlägt, halten wir für problematisch, weil die rechtlichen Grundlagen dafür nicht gegeben sind. Wir hoffen, dass der Schweizer Trägerverein von «Choosing Wisely» dieses Konzept verwirft und stattdessen auf Konzepte einer institutionalisierten Selbstkontrolle der Medizin setzt und Versicherer und Behörden dazu anhält, ihren regulativen Auftrag der Kostenkontrolle besser wahrzunehmen.

Es ist uns ein Anliegen, dass «Choosing Wisely» nicht weitere rechtliche Grauzonen schafft, die zu weiteren Verunsicherungen bei den Ärztinnen und Ärzten an der Basis führen. Abschliessend wollen wir die Initiative nun beurteilen. Der VEMS ist allerdings keine normative Kraft. Wir können Verbesserungsvorschläge einbringen, diese können aber erst im Diskurs mit allen Akteuren tragende Massnahmen hervorbringen. Wir freuen uns, wenn dieses Papier als Beitrag an diesen Diskurs aufgenommen wird, an dem wir uns gerne beteiligen und von dem wir hoffen, dass er sich fruchtbar und zielführend gestaltet.

⁵² <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/98891/Qualitaetssicherung-IQM-Kliniken-wollen-Risikoadjustierung-einfuehren>

Beurteilung

Der VEMS hält die Initiative «Choosing Wisely» grundsätzlich für ein Zeichen in die richtige Richtung. Es tut der Wahrnehmung der Medizin in der Öffentlichkeit gut, wenn sie Verantwortung für ihre Indikations- und Behandlungsentscheide übernimmt und diese hinterfragt. Die Initiative ist aber vor dem ideologischen Hintergrund der ABIM Charta mit einer Ethik in der angelsächsischen Tradition entstanden. Diese mag in den bioethischen Instituten unseres Landes eine gewisse Akzeptanz geniessen, in unserer Medizin hingegen, vor allem an ihrer Basis der Arbeit am Krankenbett, wird sie mit gemischten Gefühlen aufgenommen. Um «Choosing Wisely» dort zu verankern, ist die Initiative unserer Ansicht nach gut beraten, ihre Stossrichtung dementsprechend anzupassen: Hinterfragen des unverhältnismässigen Anstiegs des administrativen Overheads, der gesundheitsökonomischen Steuerungsinstrumente und ihrer Anreize, der Narrative und ihrer Wirkung auf die Arzt-Patientenbeziehung und den daraus resultierenden Effekten auf Heilungserfolge sowie Hinterfragung strukturell geschaffener medizinischer Dilemmata und rechtlicher Grauzonen aus Überlegungen, die ökonomische sind, nicht medizinische.

Dass die Initiative in einem Klima des Kostensparens die Patientensicherheit ins Zentrum stellt und für sie sensibilisiert, ist löblich. Kostenfragen sind aber auch Sicherheitsfragen: Wenn immer mehr Geld weg von der Heilung und Pflege hin zur Verwaltung fliesst, dann sollte eine Initiative, die die Patientensicherheit verbessern will, Schritte fordern, diese Kosten zu senken, damit die Medizin mehr Geld und somit mehr Zeit hat, ihren Patientenauftrag sorgsam zu erfüllen. Aus diesem Mangel scheint uns eine gewisse Fixierung auf das Problem der Überversorgung zu resultieren, womit das die Patientensicherheit nicht minder gefährdende Problem der Unterversorgung aus dem Blick zu geraten droht. Dies wäre auch insofern bedauerlich, als dadurch der Eindruck entstehen könnte, die Initiative gebe ihr Ziel der Verbesserung der Patientensicherheit nur vor und verfolge in Wahrheit eine Kostenspar- oder gar eine Rationierungsagenda.

Am problematischsten beurteilen wir die Kommunikation zu Overuse in den Publikumsmedien. Wir können ihre Absicht nachvollziehen, die Patientinnen und Patienten dazu anzuhalten, auch ihren Anteil dagegen zu leisten, halten die Kollateralschäden aber für zu gravierend: Man dient so einem Narrativ der Abzocker- und Verbrecher-Medizin zu, das ein Klima von Ressentiments und Ängsten schüren kann, in welchem rationale Entscheide nicht mehr zu fällen sind und an ihre Stelle ein hektisches Agieren tritt, das letztlich die Kosten treibt und die Patientensicherheit verschlechtert. Man darf von einer Initiative wie «Choosing Wisely», die antritt, kluge medizinische Entscheide zu fördern, erwarten, dieser ungünstigen Entwicklung Gegensteuer zu geben.