



www.vems.ch

Wenn Worte töten

Wie «toxische» Narrative in die Medizin hineinwirken

Stand Juni 2021



Autor:	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/VEMSMedizinUndNarrative
Version vom Juni 2021	Das Papier ist «open for debate», bei Bedarf wird die jetzige Version weiterentwickelt. Wenden Sie sich hierzu an die Korrespondenzperson.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	Seite	3
Wieso erzählen wir Menschen uns Geschichten?	Seite	4
Was sind Narrative, was «toxische» Narrative	Seite	7
Wie toxische Narrative in die Medizin hineinwirken	Seite	11
Strategien im Umgang mit falschen medizinischen Metaerzählungen	Seite	19
Schlussfolgerung	Seite	25

Zusammenfassung

Das Papier geht der Frage nach, wie faktisch falsche, voreingenommene Ideen und Vorstellungen der Arbeit der klinischen Medizin in diese hineinwirken und ihr einwandfreies Funktionieren verstören. Hierzu wird der Begriff «Narrativ» aus den Sozialwissenschaften eingeführt und eingangs erklärt, was der Begriff meint und welche soziale Funktion solche sinnstiftenden Metaerzählungen für eine Gesellschaft haben. Dies führt zur Frage, was passiert, wenn diese nur vermeintlich sinnstiftend sind und in Wahrheit Unsicherheit und Panik verbreiten, basierend auf falschen Annahmen. Dies wird am Beispiel der Narrative der Naziherrschaft aufgezeigt, doch auch an den Narrativen von Verschwörungstheoretikern. Alsdann werden medizinrelevante Narrative untersucht, die sich im gesellschaftlichen Diskurs etabliert haben, die aber faktisch falsch sind, so etwa das Narrativ der «Scheininvaliden», das Narrativ der «Abzockerärzte» und das Narrativ der «Kostenexplosion». Diese Narrative sind von der Medizin heute teilweise verinnerlicht, was ihr Handeln und Behandeln negativ beeinflussen kann. Die Medizin ist aber auch angehalten, ihre traditionellen Narrative zu hinterfragen, so etwa das alte Narrativ der «Halbgötter in Weiss». Auch ihr Gegenarrativ einer «Ökonomisierung der Medizin» wird kritisch hinterfragt, ebenso, wenn die Medizin über das Patientenwohl argumentiert, dort, wo dies wenig glaubwürdig ist. Als Strategie schlägt das Papier der Medizin das Narrativ «Heilungserfolg durch Wissenschaftlichkeit» vor. Diese Erzählung kann sie glaubhaft machen, gestützt auf ihre klinisch-medizinische Evidenz, im Gegensatz zur Gesundheitsökonomie, deren Hochrechnungen und Annahmen letztlich spekulativer Natur sind und im Ergebnis zu einem starken Anstieg der Gesundheitskosten in der Verwaltung geführt haben, ohne die Medizin effizienter zu machen.

Wieso erzählen wir Menschen uns Geschichten

Um zu erklären, weshalb wir Menschen uns Geschichten erzählen, möchte ich mit einer Geschichte beginnen: Als der erstgeborene Sohn eines Freundes ein Geschwister erhielt, fiel er in seine erste kleine Sinnkrise. Es ging ihm nicht in seinen Kopf, wie sein Brüderchen in den Bauch seiner Mutter gekommen war. Also fragte er seinen Vater. Der konnte ihm dies biologisch nicht erklären, weil sein Sohn dafür noch zu jung war. Also fragte er zurück: «Was denkst denn du, wie das passiert ist?» Und nach ein paar Tagen des Nachdenkens hatte sein Sohn die Antwort gefunden: «Er ist aus der Luft geflogen gekommen und dann in Mamas Bauch rein.» Er hat also eine Geschichte erfunden, die ihn wieder ruhig schlafen liess, und wenn er alt genug ist, wird er die wahren Gründe jenes Wunders verstehen können.

Wir erzählen uns unter anderem deshalb Geschichten, weil sie uns helfen, Unerklärbares in einen begründenden Rahmen zu fassen, der uns beruhigt und mit der Welt versöhnt. Die Literatur ist voller solcher Geschichten, von den ersten Mythen und Märchen bis zu den Romanen und Filmen unserer Tage, nicht zu vergessen die Musikvideos, welche mitunter bunte Erzählungen mit vielen Anspielungen an Literatur und Mythologie sind. Als noch nicht klar war, wie Blitze entstehen, hat die Erzählung, Zeus werfe sie vom Himmel auf die Erde, die Menschen beruhigt. Heute sind es andere Phänomene, die wir wissenschaftlich noch nicht begründen können, so etwa nach wie vor das Wunder der Liebe oder das Wunder künstlerischer Inspiration. Wir suchen also eine andere, eine poetische Begründung dafür. Romane und Filme vermögen sie nicht zu erklären, doch sie helfen uns, sie anzunehmen. Wir wissen ja: Literatur ist Literatur und Leben Leben.

Diese Grenzen sind heute aber im Begriff, sich zu verwischen, und hier lauern grosse Gefahren – für unsere eigene geistige Gesundheit und für die soziale Gesundheit unserer Gesellschaft. Wenn Unerklärliches in unser Leben tritt, so wollen wir es fassen, da geht es uns nicht anders als dem Kind in obiger Anekdote. Ein Mensch, der vielleicht Mühe hat, jeden Monat seine Rechnungen zu bezahlen, und mehr schlecht als recht durchkommt, kann sich auf der Basis seiner Lebenswelt das Dasein eines Menschen, der Milliarden besitzt, schlicht nicht vorstellen. Die Verschwörungstheorien über die Superreichen zeigen diese Verzweiflung: Entweder, die Superreichen werden als absolut Böse erzählt, wie etwa Bill Gates, oder dann als ebenso absolut gut, als Genies, so etwa Elon Musk. Werden diese «postmodernen Märchen» nun aber nicht als solche verstanden, so kann es passieren, dass Teile der Bevölkerung alles, was diese Menschen tun, entweder unreflektiert ablehnen oder dann ebenso unreflektiert als Heilsbringer vergöttern, und dafür sind ihnen auch die krudesten Erzählungen recht. Das rationale Denken ist ausgeschaltet.

Auch das Coronavirus SARS-COV-2 war ein solches unerklärliches, unfassbares Ereignis, das miteins in unser aller Leben trat. Die Wissenschaft war sich, wie dies im wissenschaftlichen Wahrheitsfindungsprozess üblich ist, nicht sogleich einig. Sie widersprach sich, stellte Thesen auf und verwarf sie, wenn sich zeigte, dass sie einem Evidenztest nicht standhielten. Für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler war das «Business as usual», die breite Bevölkerung überforderte es aber – und schon schossen die Spekulationen ins Kraut.

«Erklärvideos» fluteten die sozialen Medien, und sie haben es geschafft, eine Parallelrealität zu etablieren, in welcher sich erschreckend viele Menschen geborgen fühlten und fühlen. Ihre Erzählung einer angeblichen Panikmache einer vermeintlich üblichen Grippewelle, die aus niederen Beweggründen hochgekocht werde, hat aber nicht etwa beruhigt. Vielmehr war es diese alternative Märchenerzählung, die eine unsägliche Panik verbreitet hat: den Wahn, unsere Regierungen und Behörden wollten im Interesse von superreichen Individuen ihren eigenen Bürgerinnen und Bürgern schaden, sie gar vernichten.

Wenn manche Menschen es vorziehen, in diesem Wahn zu leben, nicht in der Realität, dann hat dies auch mit einem weiteren Grund zu tun, weshalb wir Menschen uns Geschichten erzählen: Sie sind für eine Gemeinschaft sinnstiftend und verbindend. Das ist gut, dort, wo diese Verbindungen erbaulich sind, doch toxisch, wenn sich Teile einer Gemeinschaft in ihren Erzählungen als Parallelgemeinschaften konstituieren und in ihren endogenen Diskursen jedwede Einmischung durch Tatsachen, durch Fakten, durch die Realität, kategorisch als Störung ihrer Erzählung verteufeln. Wir beobachten dieses Phänomen bei Terroristen oder auch bei Sekten, die in ihrer kollektiven Psychose teilweise so weit gehen, dass sie kollektiven Suizid begehen, um sich der Realität nicht stellen zu müssen.

Dass sich solche toxischen Parallelgemeinschaften aber immer wieder heranzubilden können und mitunter auch kluge und besonnene Menschen in ihren Bann zu ziehen vermögen, wie dies etwa in der Bhagvan-Sekte in den Achtzigerjahren geschehen ist, hat mit einem weiteren Grund zu tun, wieso wir Menschen uns Geschichten erzählen: Sie transzendieren unser Dasein. In einer «entzauerten Welt» (Max Weber) ist wenig Raum für Übersinnliches. Das menschliche Bedürfnis danach scheint aber ungebrochen. Diese Schwäche nutzen Gurus aus, indem sie bewusst und gezielt widersprüchlich sind. Denn sie wissen: Dem Widersprüchlichen haftet der Zauber des Geheimnisvollen, des Genialen an – und der ist offenbar für manche Menschen unwiderstehlich.

Auch dies beobachten wir bei den Parallel-Erzählungen der Corona-Pandemie: Einerseits wird behauptet, das Virus sei im Labor als biologische Waffe entwickelt worden, zugleich aber auch, es handle sich um ein übliches Grippevirus ohne ernsthafte Gefahr. Einerseits wird behauptet, die Impfungen hätten das Ziel, die Weltpopulation zu verringern, zugleich wird aber auch moniert, diese

würden den armen Ländern absichtlich nicht zugänglich gemacht. Die Liste solcher Widersprüche wäre weiterzuführen. Traurige Tatsache ist, dass sie Menschen, die ihrem quasigenialen Reiz erliegen, von ihren Mitmenschen entfremden, eine Ausgrenzung, über die sie sich dann mit Schlagwörtern wie «Impf-Apartheid», «Corona-Diktatur» usw. beklagen. In Wahrheit haben wir hier eine selbstverschuldete Unmündigkeit vorliegen, die sich rationalem Denken und Argumentieren willentlich widersetzt und die «Gläubigen» in eine Ausgrenzung treibt.

Für die Medizin ist dies besonders tragisch, denn sie hat sich eine ausgewiesene Kompetenz darin erarbeitet, mit Nichtwissen verantwortungsvoll umzugehen. Über neue Krankheiten und Krankheitsbilder herrscht anfangs immer Ungewissheit. Folgte man der Logik, die etwa Klimaskeptiker haben, welche argumentieren, dass der Klimawandel menschengemacht sei, könne nicht mit letzter Gewissheit gesagt werden, so müsste die Medizin erstmal gar nichts tun. Und warten, bis es zu spät ist. Die Medizin handelt aber, indem sie behandelt, und sie erarbeitet sich Wissen und Gewissheit, indem sie die Erkenntnisse auf der Einzelfallebene zu allgemeinen Erkenntnissen anhäuft. Ihre Geschichte ist also, wenn man so will, die Geschichte, immer besser zu scheitern (Samuel Beckett).

Dass diese Geschichte insgesamt eine Erfolgsgeschichte ist, zeigen exemplarisch die jüngsten bahnbrechenden Durchbrüche in der Behandlung von Krankheiten, die man schon als unbehandelbar aufgegeben hatte. Man denke hier nur an die neuen Therapiemöglichkeiten gegen Hepatitis C. Hier zeigt sich auch, dass die Geschichte der Medizin eine Geschichte ihrer erfolgreichen Zusammenarbeit mit der pharmazeutischen Industrie ist. Diese so umzudeuten, wie dies auch jetzt teilweise wieder versucht wird, dass man behauptet, die beiden hätten einen teuflischen Pakt geschlossen, die Menschen krank zu machen, um sie dann gewinnbringend zu heilen, ist unfair und destruktiv. Gerade die Impfungen sind eine der grössten Erfolgsgeschichten der modernen Medizin, Krankheiten wie Pocken oder Masern sind dank ihnen praktisch ausgerottet. Und wie es aussieht, wird dies wohl auch mit Covid-19 gelingen.

Das Bedürfnis, sich Geschichten zu erzählen, ist also ein menschliches Grundbedürfnis. Wir sollten darauf bedacht sein, Erzählungen, die uns erbauen und als Gemeinschaft einen, zu stärken und jene, die uns zermürben und spalten, zu entlarven und zu deaktivieren. Die Medizin hat in der Ausnahmesituation der Pandemie diesbezüglich auch eine gesellschaftliche Pflicht. Um diese wahrnehmen zu können, muss sie einerseits über die Narrative, die in die Medizin hineinwirken, nachdenken, andererseits aber auch ihre eigenen Narrative kritisch hinterfragen. Doch was ist das überhaupt, ein Narrativ?

Was sind Narrative, was «toxische» Narrative?

Das Wort «toxische» vor Narrative im Titel dieses Papiers ist in Anführungszeichen gesetzt. Es ist kein etablierter Begriff. Und genau besehen enthält die Wortkombination einen Widerspruch: Unter einem Narrativ oder einer Narration versteht man in den Sozialwissenschaften eine sinnstiftende Metaerzählung. Und eine Erzählung, die toxisch ist, die Gesellschaft also vergiftet, kann schwerlich als sinnstiftend bezeichnet werden. Schauen wir uns nun aber die Metaerzählungen aus der Zeit der Nazi-Herrschaft an, so ist unschwer festzustellen, dass sie toxisch waren. Sie haben also einen Unsinn zum Sinn umgedichtet. Das ist mit einem Trick geschehen: aus Wissens- wurden Meinungsfragen gemacht.

So ist es etwa den Forschern der Nazis nie gelungen, ihre behauptete «rassische Überlegenheit» des deutschen Volkes über andere Völker wissenschaftlich zu erhärten. Es gibt keine Evidenzgrundlage, die beweisen oder nur schon nahelegen würde, dass aus der Volkszugehörigkeit, dem «Blut» eines Menschen verlässliche Schlüsse auf seine Fähigkeiten zu ziehen sind – also unabhängig von all den vielen anderen Faktoren, die hier hineinspielen: Sozialisierung, Bildung, soziale Schicht etc. Die Schädelform, die Körpergrösse, die Form der Füsse und so weiter und so fort, das alles sagt rein gar nichts über die Fähigkeiten und Talente eines Menschen aus. Die Forscher der Nazis sind dann auf die Sprachwissenschaften ausgewichen, um ihrer kruden Theorie einen wissenschaftlichen Schein zu verleihen. Doch auch dieser Taschenspielertrick ist in sich kollabiert, als sie im Kaukasus, wo sich viele Völker und Sprachen vermischen, auf die Bergjuden getroffen sind und «vor der Frage standen», ob dies nun Juden seien oder andere Völker, die einfach den jüdischen Glauben angenommen hätten ... Das Narrativ war faktisch falsch, es dichtete Unsinn zu Sinn um. Und wenn Unsinn zu Sinn umgedichtet wird, so ist dies der pathologische Zustand von Wahnsinn, einem kollektiven Wahnsinn in diesem Fall. Dass dieser Wahnsinn auch hochintelligente Menschen befallen hat, zeigt etwa Peter Trawnys Buch «Heidegger und der Mythos der jüdischen Weltverschwörung».

Leider erleben die toxischen Narrative aus jener Zeit heute eine traurige Renaissance. Hierbei ist vor allem das Narrativ populär, die Juden hätten das Geld und würden es dazu einsetzen, in geheimen Verschwörungen die Menschheit zu unterjochen. Von den Tech-Superreichen und auch im Allgemeinen von den superreichen Persönlichkeiten sind allerdings die wenigsten jüdischer Herkunft. In den Parallelerzählungen einer jüdischen Weltverschwörung werden aber nur jene beleuchtet, bei denen dies der Fall ist, und alle anderen ausgeblendet. Pro Kopf dürfte es wohl mehr schwerreiche Schweizer geben als schwerreiche Juden. Dichtet man daraus das Narrativ einer Schweizer Weltverschwörung? Spätestens mit den Juden Israels, die in ihren Kibbuzen und in der florierenden Techindustrie Israels arbeiten, mit ihren Händen arbeiten, um sich ihren Wohlstand zu erschaffen

und nicht etwa «von der Arbeit anderer leben», spätestens hier zerschellt dieses toxische Narrativ an den evidenten Fakten. Die Wahrheit ist und war damals eine andere. Deutschland verdankt seinen Juden viel, in der Wissenschaft, in der Industrie, in der Kultur. Diese Realität scheint die Verschwörungs-Dichter aber nicht zu irritieren, unbeirrt halten sie an ihrer Parallelerzählung fest. Sie wollen Unsinn zu Sinn umdichten – sie wollen im Wahnsinn leben.

Auch ein anderes Narrativ aus der rechten Ecke ist von dieser Art Wahnsinn geprägt: Die Flüchtlinge würden von uns nur profitieren wollen und hätten gar kein Interesse, sich hier zu integrieren. Das ähnelt der Erzählung vom «Wanderjuden», der sich angeblich überall verbreite und überall nur auf seinen eigenen Vorteil aus sei. Als die Juden sich dann aber integriert und mit den Deutschen vermischt haben, da hiess es, sie würden den Deutschen die Arbeit und die Frauen wegnehmen. Wie sie es auch machten, es war falsch. Wie es die Flüchtlinge auch machen, es ist falsch. Die Geschichte wiederholt sich, die toxischen Narrationen halten sich hartnäckig, teilweise mit den alten, teilweise mit neuen Hassobjekten. Die Wahrheit: Europa verdankt seinen Flüchtlingen viel. Bemerkenswert ist auch, dass dieselben Leute, die gerne von den Vorzügen eines möglichst freien globalen Warenaustauschs profitieren, mitunter Mühe mit der damit einhergehenden Personenfreizügigkeit zu haben scheinen.

Nun ist es aber nicht so, dass toxische Narrative zwingend immer aus der rechten Ecke kommen müssen. Das Narrativ «Proletarier aller Länder vereinigt euch» ist ja eine der stärksten Metaerzählungen der Moderne und der Postmoderne, und es hat heute, in der Spätmoderne, seine Wirkmächtigkeit nicht verloren. Der darin erzählte Kampf des Proletariats gegen das Kapital kann aber anfällig machen für einseitige Erzählungen, die Kapital und Kapitalismus zu grundsätzlich verteuern. Die Wahrheit sieht anders aus: Wir verdanken dem Kapitalismus viel, nie zuvor haben so viele Menschen in materiellem Wohlstand gelebt wie heute. Und der Kapitalismus ist heute auch bis zu einem gewissen Grad demokratisiert. Aktiengesellschaften bieten grundsätzlich auch der breiten Bevölkerung aus allen Klassen und Schichten die Möglichkeit, nicht nur als Arbeiter, sondern auch als Kapitalisten vom Markt zu profitieren.

In der Coronavirus-Pandemie hat sich ein solcher unkritischer Reflex gegen das Kapital bei den Impfungen gezeigt. Sie haben auch von links teilweise einen Widerstand erfahren, weil die pharmazeutische Industrie damit Geld verdiene. Als sei es eine Schande, Geld zu verdienen. Als sei es nicht der Sinn und Zweck jeder Firma, Geld zu verdienen. Die Frage der gerechten Verteilung der Impfstoffe ist eine dringliche, und fraglos haben wir diesbezüglich in der jetzigen Situation keine globale Verteilergerechtigkeit vorliegen. Um aber die Anstrengungen, die für den Erfolg, den wir jetzt haben, nötig waren, zu ermöglichen, bedurfte es enormer Investitionen, und sie waren mit grossen Risiken behaftet. Es hätte auch sein können, dass es nicht gelingt, wirksame Impfungen gegen SARS-

COV-2 zu entwickeln. Es hätte auch sein können, dass präventive und kurative Pharmazeutika diese Impfungen obsolet gemacht hätten. Nun haben wir einen Erfolg erreicht, und davon sollte die Industrie jetzt auch profitieren, würde man meinen. Es hat etwas Anmassendes: Die Leute, die zuhause geblieben sind und auf ein Wunder gewartet haben, machen der Pharmaindustrie ihre Früchte nun streitig, jetzt, da sie dieses Wunder vollbracht hat, während die mehrfach höheren Gewinne der Tabakindustrie kein Problem zu sein scheinen.

Auch ein anderes Narrativ von links-grüner Seite hat sich in der Pandemie gezeigt: Die Erzählung einer guten Natur, die alles richte, kontrastiert mit einer bösen ökonomisch motivierten Industrie, welche aus Geldgier Pharmazeutika entwickle und verkaufe, die gar nicht nötig seien. Eine Erkrankung an COVID-19 lässt sich mit natürlichen Heilmitteln aber nicht kurieren, weder die schweren, teilweise tödlichen Verläufe, noch die leichten, deren Langzeitfolgen sich noch zeigen werden, die sich aber bereits jetzt bei den ersten Fällen des Long-Covid-Syndroms abzeichnen. Die Natur ist weder gut noch böse – sie ist. Manchmal beschert sie uns Gutes, dann wieder Ereignisse, die für uns böse Folgen haben, so etwa bei Tsunamis, bei Erdbeben, bei Vulkanausbrüchen. Und eben bei einer Pandemie. Eine Idealisierung der Natur ist auf den Grundlagen eines aufgeklärten Rationalismus' jedenfalls nicht haltbar und macht auch blind für wissenschaftlich basiertes Denken und Agieren.

Ob etwas natürlich ist oder nicht, ist kein Kriterium für seine Güte und Richtigkeit. Die Natur «irrt» in vielerlei Hinsicht. Wir bräuchten heute keinen Blinddarm mehr, er ist jetzt nur noch ein Krankheitsherd und hat keinen Nutzen. Offenbar hat er uns Menschen in der Evolutionsgeschichte aber einen Vorteil gebracht, sonst hätten wir ihn nicht. Ist unser Blinddarm nun also gut, weil er natürlich ist, oder ist er böse, weil er uns schaden kann? Die Frage ist tautologisch, und das sind alle Fragen dieser Form. Eine gewisse Tendenz zur Homophobie etwa, die manchmal durchaus auch esoterisch-grüner Prägung sein kann, versteht sich besser, liest man sie in diesem verklärten Rahmen. Die Erzählung, Homosexualität sei schlecht, weil unnatürlich, ist Unsinn, denn es gibt sie auch im Tierreich, so etwa bei den Pinguinen. Wissenschaftliche Erklärungen, etwa über die Evolutionstheorie, sind einerseits zwar löblich, andererseits tauscht man damit aber auch lediglich die eine Erklärung mit der anderen aus, und so bleibt die Diskriminierung: die Erklärung einer Neigung, für die man sich nicht zu erklären, weil nicht zu rechtfertigen braucht.

Gehen wir zurück in unsere Zeit: Dass sich an den Demonstrationen der Corona-Skeptiker ein buntes Gemisch von links und rechts, grün und braun, bedacht skeptisch und irrational esoterisch, zusammenfindet, ist vor dem Hintergrund des oben Aufbereiteten vielleicht besser verständlich. Gemeinsam ist diesen Menschen, deren Sorgen, Ängste und Nöte es ernst zu nehmen gilt, dass sie in «Metaerzählungen» leben, die eigentlich keine solchen mehr sind. Wir haben im gesellschaftlichen

Diskurs hinlänglich ausgehandelt, dass sie weder wahr noch sinnstiftend sind. Die Algorithmen der sozialen Medien haben aber eine Tendenz, Meinungen zu bestätigen und zu erhärten, anstatt sie zu validieren und zu korrigieren. Diese toxische Dynamik kann zur Folge haben, dass alternative Parallel- und Falscherzählungen vom Individuum als Metaerzählungen wahrgenommen werden, welche angeblich richtig und sinnstiftend seien, die «Schlafschafe» und «Manipulierten» hätten das einfach noch nicht begriffen. Prof. Hans-Georg Möller erklärt in einem empfehlenswerten YouTube-Interview ein Phänomen, mit welchem dies auch zu tun haben könnte: dem Wandel der Identitätsbildung von traditionellen Modellen der Identitätswahrnehmung durch Ausfüllen einer Rolle oder durch Realisieren eines wahren, authentischen Selbst hin zur Identitätsbildung über die Erschaffung und Pflege eines Profils, welches letztlich auf Fremdzuschreibungen und -bewertungen beruht (siehe hierzu auch einen Vorschlag des norwegischen Parlaments).

Narrative sind allerdings nicht wahr oder falsch im eigentlichen Sinn. Sie sind sinnstiftend oder nicht, das ist ihr Gütekriterium. Sie sollen etwas Gegebenes in etwas Begründbares verwandeln. Wir sehen dies am wirkmächtigsten Narrativ als Ursprung unserer modernen Demokratien: der Erzählung eines Gesellschaftsvertrags. Gegeben ist die Tatsache, dass die Menschen in Staaten zusammenleben. Wieso tun wir das aber? Dies gilt es zu begründen, es gilt, ihm eine sinnstiftende Richtigkeit zu vermitteln, damit die Bürgerinnen und Bürger ihren Staat nicht nur hinnehmen, sondern auch annehmen. Zu setzen, wie es John Locke tut, für ihre Sicherheit seien die Menschen bereit gewesen, einen Teil ihrer natürlichen Rechte an den Staat abzugeben, unter der Voraussetzung, dass dieser ein Rechtsstaat sei, der das Leben und das Eigentum des Einzelnen achte und verteidige, ist allerdings nur eine mögliche Erzählung. Man könnte auch erzählen, dem Individuum seien persönliches Leben und Eigentum so wichtig gewesen, dass es die Existenz einer staatlichen Ordnung mit ihren Einschränkungen abgelehnt habe. Mit dieser Metaerzählung würden wir aber keine Demokratie begründen, sondern eine anarchistische Gesellschaftsform.

Ist es eingedenk der Natur von Narrativen aber überhaupt korrekt, von medizinischen Narrativen zu reden? Eine Krebserkrankung ist eine Krebserkrankung, ob man sie hat oder nicht, ist wahr oder falsch, gestützt auf medizinisch-klinische Evidenz. Dies wäre so, lebten wir in einer idealen Welt. Krankheiten sind aber immer auch Metaphern, und auch unser Verhältnis zur Medizin und zu unserem Körper ist von Vorstellungen, Ideen und Erzählungen geprägt, die mit den Fakten nicht immer korrelieren. Gerade wenn eine Krankheit neu ist, kann es passieren, dass die Erzählungen ins Kraut schießen. Wir haben dies bei HIV und Aids gesehen, und wir sehen es jetzt bei Corona wieder. Das Problem ist aber ein grundsätzlicheres, und es zeichnet sich seit Längerem ab: Wir haben gegenüber den begründenden Narrativen der Medizin ein Misstrauen entwickelt, das über die gesunde Skepsis hinaus ins Spekulative geht.

Wie toxische Narrative in die Medizin hineinwirken

Ein Narrativ ist eine Metaerzählung, deren sinnstiftender Zweck es ist, etwas Gegebenes begründbar zu machen. Somit können wir ein toxisches Narrativ definieren als eine Metaerzählung, die etwas nicht Gegebenes dahingehend «begründet», dass es als etwas Gegebenes erscheint und das Narrativ deshalb als sinnstiftend. Das geschieht, indem Wissensfragen zu Meinungsfragen gemacht werden, denn nur so kann es gelingen, evidente wissenschaftliche Fakten dahingehend zu relativieren, dass sie zur verhandelbaren Sache werden, über welche man dieser oder eben auch anderer Meinung sein könne, je nachdem, welches Narrativ man dichtet.

Damit solche Narrative aber überhaupt eine Wirkmächtigkeit entfalten können, müssen Wissen und Wissenschaft neu als etwas Verdächtiges erzählt werden, etwas, was nicht zwingend Gutes für den Menschen als Individuum und die Menschheit insgesamt bedeute, sondern oftmals, vielleicht sogar eher öfter als nicht, Schlechtes, Nachteile, Benachteiligung und Diskriminierung. Die über die längste Zeit von weissen Männern dominierte Wissenschaft des Abendlands steht diesbezüglich auch zurecht am Pranger. Dass die Teilnahme an Wissen und Wissenschaft nicht allen gleichermassen möglich war, ist ungerecht und der Sache auch nicht dienlich. Talent sollte zählen, Fähigkeiten und Fleiss, nicht Herkunft, Geschlecht, persönliche Disposition und sexuelle Präferenz, sondern allein die Qualität der Arbeit und der gesellschaftliche Beitrag, den wir mit ihr leisten.

Wie aber soll dieses Ideal verwirklicht werden, solange die Sprache der wissenschaftlichen Diskurse vom patriarchalen Duktus weisser Männer durchzogen ist? Man versteht die Diskussion um Gender- und Gleichstellungsfragen, welche in den Siebzigerjahren ihren Anfang nahm und seit den Nullerjahren dominierend ist, sieht man sie vor diesem Hintergrund. Es ist klar, dass sie wichtig, richtig und überfällig ist. Mit dem Ansinnen, patriarchale Machtstrukturen in der wissenschaftlichen Sprache zu identifizieren und zu eliminieren, geht aber leider auch einher, dass eine alte, falsche Metaerzählung, die Wissenschaft fusse allein auf Evidenz, durch eine neue, gleichfalls falsche Metaerzählung ersetzt wird, was sie antreibe, sei einzig die Ideologie weisser Männer, ihr Streben nach Macht und Machterhaltung, nicht das Streben nach Wissen und Erkenntnis.

Doch was hat das mit der Medizin zu tun? Hierzu hilft es, die wohl stärkste Kraft, die heute in die klinische Medizin hineinwirkt, genauer anzuschauen: den Utilitarismus. Der Jurist Jeremy Bentham hat diesen im 19ten Jahrhundert entwickelt, weil er sah, dass die Rechtsprechung des Viktorianischen Englands von schreiender Ungerechtigkeit war. Sozialer Stand und Geschlecht bestimmten über Recht und Unrecht, Frauen und Angehörige niederer Stände wurde systematisch diskriminiert, Homosexuelle geächtet und für ihre sexuelle Präferenz gebüsst. Die Idee, dass einzig das

Kriterium des grössten Glücks für die grösste Zahl darüber entscheiden sollte, was richtig und rechtens war, nicht moralische Vorstellungen und Voreingenommenheit, entzog dieser Diskriminierung die plausibilisierende Rechtfertigung: Wenn alle gleichsam zum allgemeinen Glück beitragen, dann sind auch alle gleich zu behandeln.

Die anderen beiden prägenden Persönlichkeiten des klassischen Utilitarismus, John Stewart Mill und Henry Sidgwick, waren denn auch beide Kämpfer für die weibliche Emanzipation, ihre Frauen prägende Figuren, die wichtige Beiträge zur Öffnung der Bildungsanstalten auch für Frauen leisteten. Im Utilitarismus unserer Tage, bei Peter Singer, kommt ein weiteres Gleichstellungselement hinzu, welches allerdings schon bei Bentham ein Argument war: die Tierrechte. Bentham argumentiert, nicht ob ein Lebewesen denken könne, zähle, sondern, ob es leiden könne. Singer hat diese Argumentation vertieft und damit wichtige Grundlagen für einen erfreulichen Trend zur vegetarischen und veganen Lebensweise geleistet. Dies ist auch eingedenk der enormen Ressourcenverschwendung, des unverhältnismässigen Wasserverbrauchs und des gigantischen CO₂-Ausstosses einer karnivoren oder omnivoren Lebensweise im Hinblick auf die Problematik menschengemachter Klimaerwärmung von äusserster Dringlichkeit. Auch hat die Pandemie in aller Deutlichkeit gezeigt, dass eine solche Lebensweise die Gefahr von Zoonosen birgt (Übertragung von Viren von Tieren auf Menschen). Der Utilitarismus hat also grosse Fortschritte ermöglicht.

Doch trotz dieser unleugbaren Vorteile utilitaristischer Moralkonzepte: in der Medizin sind diese Ansätze falsch. Und sie führen ironischerweise zur Diskriminierung: von Alten, von Mehrfachkranken und Behinderten, aber auch von Frauen. Ich möchte Letzteres an zwei Beispielen aufzeigen: Die Diskussion bezüglich der primärmedizinischen Behandlung von Herzinfarkt und Hirnschlag mit cholesterinsenkenden Statinen ist vom utilitaristischen Gedanken geprägt, hier würde mit zu viel Aufwand (monetär und bezüglich möglicher Nebenwirkungen) zu wenig medizinischer Nutzen generiert. Dies führt nun aber dazu, dass Empfehlungen zur restriktiven Behandlung herausgegeben werden, die Herzinfarkte und Hirnschläge bei Frauen überproportional schlechter früherkennen als bei Männern. Diese Empfehlungen sind also eine utilitaristisch geleitete Diskriminierung von Frauen. Ein anderes besonders stossendes Beispiel sind Empfehlungen zur restriktiven Diagnose von Brusttumoren. Auch hier wird, wie bei den Statinen, utilitaristisch argumentiert. Und unterschlagen, dass auch eine negative Diagnose einen medizinischen Nutzen hat, einen psychischen und psychosomatischen: Die Gewissheit, nicht betroffen zu sein, gibt Frauen Sicherheit und Selbstvertrauen, während die Ungewissheit einer möglichen Krebserkrankung über ihrem Dasein schwebt wie ein Damoklesschwert und unter Umständen stressbedingte Krankheiten auslöst.

Dass eine utilitaristische Herangehensweise an Fragen der Ressourcenallokation und der Priorisierung medizinischer Massnahmen auch asoziale, die Gesellschaft spaltende Effekte haben kann,

zeigen die Hochrechnungen, mit welchen GesundheitsökonomInnen (vorwiegend alte weisse Männer notabene) zu beweisen meinten, die Massnahmen zur Eindämmung der Pandemie seien unverhältnismässig. Hätten unsere Regierung und unsere Behörden ihre Entscheide darauf gestützt und nicht weitestgehend auf die Wissenschaft, so wären wir nun möglicherweise in einer Situation, wie sie andere Länder zu beklagen haben, Indien etwa oder Peru. Denn auch ein modernes Gesundheitswesen kann über kurz oder lang einer exponentiell wachsenden Belastung bis hin zur längerfristigen Überlastung nicht standhalten. Dass eine solche Überlastung verhindert werden konnte, wird nun aber als Argument für die angebliche Sinnlosigkeit der Massnahmen vorgebracht, im Stil: Wir hatten nie eine Überlastung der Intensivstationen, was also soll das Theater? Das gleicht dem Kind, das gegen seine Eltern aufbegehrt, sie würden es mit der Auflage quälen, sich die Zähne zu putzen, obwohl es doch gar keine faulen Zähne habe.

Dies sind keine einseitig herausgepickte Einzelbeispiele. Vielmehr zeigen sie, dass utilitaristische Ansätze im Gesundheitswesen ein grundsätzliches Problem haben: Sie sind toxisch, weil sie die Medizin in ihrem einwandfreien Funktionieren beeinträchtigen. Und sie können systematisch diskriminierend sein. Im Gesundheitswesen geht es ja gerade nicht darum, das grösste Wohl, den grössten Nutzen, die grösste Präferenz Erfüllung für die grösste Zahl zu realisieren. Vielmehr sollen in einem modernen medizinischen Wohlfahrtswesen die vielen, welche das Glück haben, gesund zu sein, für jene wenigen auskommen, die das Pech haben, krank zu sein, krank zu werden, Heilung und Pflege zu benötigen, die Fürsorge der Solidargemeinschaft. Man untergräbt diese, wenn man, wie das utilitaristische Ansätze tendenziell tun, Gesunde gegen Kranke ausspielt, und das dürfte wohl auch allen bewusst sein.

Mit welchen neuen Metaerzählungen weicht man nun aber dieses soziale Bewusstsein auf? Es ist dies etwa jene infame Erzählung, die man mit dem Begriff der «Scheininvaliden» rahmen kann. Betrüger gehören gebüsst, nicht versorgt, und ergo ist es dann angeblich richtig und angebracht, Menschen mit psychischen Erkrankungen durch Versicherungsdetektive überwachen zu lassen wie Terroristen. Ja, es gibt, wie überall, auch hier Betrügerinnen und Betrüger. Doch es sind, wie überall, nur sehr wenige.

Eine weitere, nicht ganz neue zwar, Metaerzählung ist die Fabel von den «Abzockerärzten», die nur auf ihren persönlichen Gewinn aus seien und für diesen das Patientenwohl auch mal hintanstellen lassen würden, auch die Patientensicherheit, unnötig behandeln also, und das systematisch. Auch hier: Die gibt es, ja, doch es sind nur sehr wenige. Identifizieren die Versicherer, angeblich die Anwälte der Patientinnen und Patienten, der Prämienzahlerinnen und Versicherten, diese wenigen schwarzen Schafe nun aber? Nein, das tun sie nicht. Vielmehr werden alle freien ambulanten Praxen

einem Wirtschaftlichkeitsverfahren unterzogen, welches, wie der VEMS in seinem Papier zum Verfahren mit Modellrechnungen aufzeigt, zur Überarztung tendenziell sogar anreizt und im Effekt nur jene büsst, die kranke und schwerkranke Patientinnen und Patienten adäquat behandeln, was nun einmal kostenintensiv ist.

Eine weitere toxische Metaerzählung ist die der angeblichen medizinischen Überversorgung. Der Gedanke, dass ein Angebot immer auch eine Nachfrage schafft, hat seine logische Stringenz, und er ist auch richtig, was menschliches Verhalten in Fragen von Gütern des Konsums betrifft. Die Idee aber, man lasse sich eher medizinisch behandeln, wenn medizinische Behandlungen angeboten würden, hat etwas nachgerade Absurdes. Es ist doch vielmehr so, dass wir alle froh sind, gesund zu sein, und Arztbesuche eher etwas hinauszögern, als dass wir sie etwa forcieren würden, um von medizinischen Heilungs- und Pflegeangeboten Gebrauch zu machen, auch wenn wir sie vielleicht gar nicht benötigen. Im Ergebnis haben solche Studien der Versorgungsforschung zur Situation geführt, die wir heute in der Schweiz haben: Wir müssen den durch Zulassungsbeschränkungen herbeigeführte Mangel an medizinischen Fachkräften mit dem Import von Fachkräften aus anderen Ländern kompensieren, in denen diese Fachkräfte dann fehlen. Die Schweiz spart sich hier die Ausbildungskosten, die dort angefallen sind, und es ist verständlich, dass sich in diesen Ländern, allen voran in Deutschland, Unmut über das Schweizer Rosinenpicken regt.

«Scheininvaliden», «Abzockerärzte» und eine angebliche medizinische Überversorgung, die im krassen Widerspruch zur erfahrenen Realität der meisten Patientinnen und Patienten steht: Wie konnten solche toxischen Narrative eine Wirkmächtigkeit erlangen, so stark, dass sie heute operativ in die tagtägliche Arbeit der klinischen Medizin hineinwirken und diese verstören? Dies dürfte seinen Grund auch darin haben, dass die Medizin selbst sich diese Narrative inzwischen teilweise verinnerlicht hat – wohl ohne sich dessen so recht bewusst zu sein. Wenn sie heute auch in Begriffen argumentiert, die Begriffe der Gesundheitsökonomie sind, nicht solche der Medizin, dann begibt sie sich mit dem Gebrauch dieser Begriffe in gesundheitsökonomische Argumentationslogik, und in dieser Logik erscheint ihr ihre Arbeit dann wohl mitunter zweifelhaft, manchmal auch dort, wo sie es zweifelsfrei nicht ist.

Auch sind Begriffsüberschreibungen zu beobachten. So hat etwa der Begriff der «Zweckmässigkeit» in der Medizin einen Bedeutungswandel erlebt: Nicht mehr nur das Abwägen von erwartbarem medizinischem Nutzen gegenüber möglichen medizinischen Risiken und Nebenwirkungen ist damit jetzt gemeint, und das auch in den innermedizinischen Diskursen, sondern ebenso und gleichgestellt das Abwägen von monetärem Aufwand und Ertrag, wie es das Denken der Gesundheitsökonomie ist. Daraus ergeben sich aber problematische Fragen: Was hat die Gesellschaft davon,

dass eines ihrer Mitglieder zum Preis eines hohen monetären Aufwands für die Allgemeinheit vielleicht einen kleinen individuellen Gewinn an Lebensqualität hat, vielleicht aber auch nicht, man kann das ja nicht immer garantieren? Eine Medizin, die sich solche Fragen stellt, bewegt sich moralisch auf dünnem Eis.

Getragen und plausibilisiert wird dies von einem weiteren toxischen Narrativ, dem wohl wirkmächtigsten: der Metaerzählung, wir könnten uns unser Gesundheitswesen nicht länger leisten, dämmten wir seine angebliche Kostenexplosion nicht durch Einschränkungen ein, durch Rationalisierung einerseits, doch auch, das sei wohl unumgänglich, durch Rationierung, also auch, indem wir medizinisch nötige Leistungen beschneiden würden. Das dürfte wohl eher die Präferenz der Versicherer sein und wohl kaum Konsens. Die Pandemie hat ja gezeigt, wie viel der Bevölkerung unseres Landes die Gesundheit wert ist und wie viel sie zu opfern bereit ist für den Schutz der vulnerablen Mitglieder unserer Gesellschaft. Das Narrativ der «Kostenexplosion» entbehrt auch der Evidenz: In den letzten Jahren und Jahrzehnten sind die Kosten des Gesundheitswesens in der Verwaltung bis zu dreissigfach gestiegen, während sich die Kosten in Heilung und Pflege im gleichen Zeitraum gerade mal verdoppelt haben.

Den hier aufgelisteten toxischen Narrativen, die in die Medizin hineinwirken, ist eines gemeinsam: Die Studien, auf denen sie fussen, begründen nicht etwa etwas Gegebenes, wie dies sinnstiftende Metaerzählungen tun. Vielmehr behaupten sie, etwas begründen zu können, was gar nicht gegeben ist. Dies gelingt einerseits, indem wichtige Aspekte, mitunter die entscheidenden, ausgeblendet werden. So rechnen Kosten-Effektivitäts-Analysen der Gesundheitsökonomie etwa systematisch und notirisch die sozialen Kosten in ihre Berechnungen nicht ein. Das Gesundheitswesen ist aber kein Unternehmen der Privatwirtschaft, sondern eine soziale Institution, ein Gemeingut. Bereits auf der Mikroebene des individuellen Einzelfalls zeigt sich ja, welche sozialen Folgen die Krankheit eines Familienmitglieds für die gesamte Familie hat. Dass eine Gesellschaft, die Krankheit als reinen Kostenfaktor versteht, sozial erkrankt, sollte allen klar sein.

Es ist auch evident, es zeigt sich ja auch in einer zunehmenden und alarmierenden Intoleranz bestimmten Bevölkerungsgruppen gegenüber, alten Menschen etwa, Schwerkranken und Behinderten. Und das kann, darüber sollten wir uns von den wohlgemeinten Gleichstellungsdiskursen nicht täuschen lassen, auch Auswirkungen auf die allgemeine Wahrnehmung von Menschen mit Migrationshintergrund haben, generell von Menschen, die «irgendwie anders» sind. Wie es den Anschein macht, reicht es jetzt, will man sie diskreditieren, dass man «vorrechnet», sie würden sich wirtschaftlich nicht lohnen. Auch in der Flüchtlingsfrage kursieren ja utilitaristisch geleitete ökonomische Hochrechnungen, die nachzuweisen behaupten, dass sich die Migranten für uns wirtschaftlich nicht

rechneten, so etwa von Hans Werner Sinn in einem Vortrag des ifo Instituts. Es genüge zur Erinnerung an die tatsächliche und evidente Situation allerdings, nur mal wieder in ein Krankenhaus zu gehen. Wir könnten unsere Infrastruktur gar nicht aufrechterhalten ohne die engagierte, viel zu wenig wertgeschätzte Mitarbeit von Menschen, die aus ihrer Heimat fliehen mussten oder geflohen sind, weil sie dort keine Lebensperspektive für sich und ihre Familie sahen.

Man will sich gar nicht ausmalen, was in diesem Klima geschähe, würde jemand eine höhere Prävalenz einer bestimmten, kostenintensiven Krankheit bei farbigen Menschen feststellen und darauf gestützt utilitaristische Hochrechnungen anstellen bezüglich der Zweckmässigkeit der Behandlung dieser Krankheit mit vielleicht tödlichem Verlauf bei Nichtbehandlung. Wir hätten in diesem Fall einen utilitaristisch geleiteten, ökonomisch-wissenschaftlich scheinbar begründbaren Rassismus vorliegen, und der Weg, solche Entgleisungen zu verhindern, ist heute derselbe, wie er es damals war, als solche Entgleisungen effektiv geschehen sind: Die Medizin ist Medizin, nicht Ökonomie und nicht Geisteswissenschaft. Und vor allen Dingen sollte sie sich unter keinen Umständen einspannen lassen für eine irgendwie geartete Ideologie, welcher Art auch immer.

In der Medizin gelten die Fakten der klinisch-medizinischen Evidenz, hier kann man nicht faktenverdrehen und tricksen. Würde man meinen. Der Trick, Wissensfragen zu Meinungsfragen zu machen, funktioniert aber leider auch hier erstaunlich gut. Allein schon die Vielzahl medizinisch-klinischer Studien erlaubt es, selektiv jene herauszupicken, die einen gewünschten Sachverhalt naheulegen vermeinen, oder wenn nicht, dann reicht auch eine Wissenslücke, ein angebliches Zuwenig an gesicherter Evidenz im Vergleich zu den für die Argumentation beigezogenen Studien. Und spricht doch alles gegen die vertretene Meinung, so reicht es notfalls auch, darauf hinzuweisen, Studien, die zu anderen Schlüssen kommen, seien Studien der Pharmaindustrie, ergo voreingenommen und von Partikularinteressen geleitet. Als seien wir nicht alle mehr oder weniger von Interessen geleitet. Zählen sollten aber die Fakten. Doch diese werden zu Meinungen, wenn man sie solcherart relativiert und diskreditiert, und dann steht eben angeblich Meinung gegen Meinung, nicht mehr Fakten gegen Fakenews, wie es tatsächlich ist.

Mit welcher Systematik diese Konversion von Wissens- zu Meinungsfragen inzwischen auch innermedizinisch betrieben wird, möchte ich an einem abschliessenden Beispiel aufzeigen: «Choosing Wisely» ist eine internationale innermedizinische Bewegung, die angetreten ist, medizinische Behandlungen daraufhin zu hinterfragen, ob sie tatsächlich nötig seien. Der VEMS hat in einem Papier zur Bewegung Stellung genommen. Wir sehen sie grundsätzlich positiv, doch auch kritisch. Insbesondere stört uns eine gewisse Tendenz, einseitig Überbehandlungen zu monieren und das gleichermassen relevante Thema medizinischer Unterversorgung kaum zu behandeln, obwohl es in den Statuten des Trägervereins mit als Vereinszweck formuliert ist.

Zu den jüngsten Empfehlungen von «Choosing Wisely» zunächst der Hintergrund: Die Empfehlungen der medizinischen Fachgesellschaften richten sich nach einer internationalen Klassifizierung: Class I (is indicated), Class IIa (should be considered), Class IIb (may be considered), Class III (is not recommended). Zum Einsatz von cholesterinsenkenden Statinen in der Prävention von Herzinfarkt und Hirnschlag bei gesunden Patientinnen und Patienten im Alter von 75 Jahren und mehr wertet die ESC (European Society of Cardiology) den Evidenzgrad so, dass sie eine Class IIb-Empfehlung abgibt. «Choosing Wisely» schreibt in seiner jüngsten Empfehlung nun aber: «Kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention.» Damit wird die Class-IIb-Empfehlung der ESC zu einer Class-III-Empfehlung uminterpretiert und evidenten Wissen zur Meinungsfrage erklärt.

Und wie wird dies plausibilisiert? Die Methodik, welche dies begründen soll, nennt «Choosing Wisely» Bottom-up-Verfahren: Eine Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich hat 1'000 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten nach Interventionen aus der täglichen Praxis befragt, die sie für nutzlos oder sogar schädlich halten. Offenbar ist dies für die primärpräventive Behandlung kardiovaskulärer Krankheiten mit Statinen bei gesunden Patientinnen und Patienten über 75 Jahren der Fall. Der richtige Schluss daraus wäre: Über 1'000 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte kennen die ESC-Richtlinien nicht. Anstatt den Fehler zu berichtigen und das Fehlwissen zu korrigieren, wird mit dem Vorgehen, die allgemeine, falsche Meinung zur Empfehlung für die Praxis zu machen, diese nun aber gefestigt und de facto operationalisiert.

Es stellen sich hier im Übrigen nicht nur medizinethische Fragen, sondern auch wissenschaftsethische. Vor allem aber bewegt sich «Choosing Wisely» mit diesem Vorgehen in einer rechtlichen Grauzone. Laut einem Gutachten, das Prof. Ueli Kieser für den VEMS erstellt hat, sind solche Empfehlungen auch als Medizinprodukte zu werten: «Wer ein Medizinprodukt in Verkehr bringt, muss nach Art. 46 Abs. 1 HMG nachweisen, dass die erforderlichen Konformitätsbewertungsverfahren durchgeführt worden sind. Art. 47 Abs. 1 HMG schreibt ein Produktebeobachtungssystem vor. Sodann legt Art. 48 HMG Regelungen zum Schutz der Gesundheit fest. Es müssen nach Art. 49 Abs. 1 HMG alle Massnahmen getroffen werden, welche für die Erhaltung der Leistung und der Sicherheit des Medizinprodukts erforderlich sind. Schliesslich gelten nach Art. 51 HMG besondere Regelungen für die Werbung.»

Es ist nicht davon auszugehen, die Verantwortlichen bei «Choosing Wisely» seien sich dessen nicht bewusst? Wie es den Anschein macht, verlassen sie sich aber auf etwas, was sich in der jüngsten Vergangenheit leider immer deutlicher gezeigt hat: Ärztinnen und Ärzte lassen sich unter moralischen Druck setzen, angezeigte Behandlungen zu verweigern, um Kosten zu sparen, und dies auch unter Inkaufnahme, damit unter Umständen ihren gesetzlich verankerten Versorgungsauftrag

zu brechen. Das martialische Narrativ der «Kostenexplosion» zeigt auch innermedizinisch seine toxische Wirkkraft und lässt die Medizin übersehen, was so offensichtlich ist wie der vielbemühte Elefant im Raum: Es kann sich nur plausibilisieren, indem es Wissensfragen zu Meinungsfragen macht und solcherart klinische Evidenz zur verhandelbaren Sache. Dagegen sollte sich die Medizin mit aller Kraft wehren, aus Eigeninteresse, doch auch im Interesse ihrer Patientinnen und Patienten, im Interesse von uns allen, von unserer gesellschaftlichen Gesundheit und dem Gesellschaftsfrieden. Wie dies gelingen könnte, möchte ich im nächsten Kapitel aufzeigen.

Strategien im Umgang mit falschen medizinischen Metaerzählungen

In einer Zeit, da nicht immer und zwingend das bessere Argument gewinnt und evidente Fakten stechen, sondern immer öfter eher das wirkmächtigere Narrativ, steht eine Medizin, die sich aus der Tradition des Hippokratischen Eids begründet und auf ihre klinisch-medizinische Evidenz beruft, mit denkbar schlechten Karten da, versehen mit einer Sprache, die altertümlich anmuten mag und deshalb nicht immer anschlussfähig ist an die gesellschaftlichen Diskurse. Die Medizin hat in diesen Diskursen aber eben deshalb eine Verantwortung, die über sie selbst hinausgeht. Nicht nur, dass sich in der Gesundheitsökonomie Irrtümer und Fehllannahmen der modernen Ökonomie besonders deutlich zeigen und mit dem Lackmустest der klinischen Validierung auch leicht nachweisbar sind, und dies, bevor wir eine Katastrophe wie etwa einen Börsencrash vorliegen haben. Es zeigt sich in den medizinischen und den gesundheitsökonomischen Diskursen auch die Problematik einer fehlgeleiteten Auffassung von Sprache und ihrer Wirkung auf die Wirklichkeit, und auch dies kann die Medizin wie wohl kein anderes Teilsystem der Gesellschaft sehr gut aufzeigen und stichhaltig begründen, basierend auf den klinisch-medizinischen Fakten. Doch was ist mit unserer Sprache geschehen?

Postmoderne und Poststrukturalistische Ansätze haben überzeugend dargelegt, dass Sprache Wirklichkeit nicht nur abbildet, sondern immer auch erschafft. Wie die Welt «ist», hängt wesentlich davon ab, wie wir sie beschreiben, denn so, wie wir sie beschreiben, sehen wir sie auch. Wer etwa einen Roman schreibt, in welchem alle farbigen Menschen kriminell sind und alle Frauen hysterisch, der wird den Blick seiner Leserinnen und Leser dahingehend manipulieren, unter Umständen so stark und so wirkmächtig, dass diese nun auch in ihrer wahrgenommenen Wirklichkeit diese Stereotype auszumachen meinen und auf dieser Verzerrung basierend Vorurteile hegen und Diskriminierungen gutheissen oder sogar befördern. Dafür haben wir jüngst auch den traurigen Beweis: Die sexistische, frauenfeindliche und rassistische Sprache eines Donald Trump hat eine gesellschaftliche Spaltung befördert und ein allgemein wahrnehmbar aggressiveres Verhalten gegenüber Minderheiten zur Folge gehabt.

Wir sollten die Macht der Sprache also nicht unterschätzen, und das haben wir zweifelsohne viel zu lange getan. Wer die Diskurse um Gender, Inklusion von Minderheiten und die Reinigung unserer Sprache von diskriminierenden Begriffen ins Lächerliche zieht, der hat den Ernst der Lage nicht erkannt. Oder er will ihn nicht erkennen. Auf der anderen Seite sollten wir jetzt aber auch nicht den Fehler machen, die Macht des Faktischen zu unterschätzen, und das zeigt sich in der Medizin deutlich. Dass es die Krankheit Lungenkarzinom gibt, liegt ja nicht daran, dass wir dieses Wort dafür

erfunden haben. Vielmehr hat das Faktum, dass wir Krebserkrankungen heute identifizieren und lokalisieren können, dazu geführt, dass wir dieses Wort heute zur Verfügung haben. Hier hat also Wirklichkeit Sprache geschaffen, nicht Sprache Wirklichkeit. Eine Medizin, die so argumentiert, dient aber einem alten toxischen Narrativ zu: dass sie eine paternalistisch-patriarchale Institution sei und sich selbst im narzisstischen Eigenbild der «Halbgötter in Weiss» gefalle.

Betrachten wir dies in einem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang: Wir reden heute nicht von Piloten, sondern von Pilotinnen und Piloten. Googelt man aber «Pilot» (englisch für Pilotin und für Pilot), erhält man fast nur Bilder männlicher Piloten. Wie soll eine junge Frau auf die Idee kommen, dieser Beruf sei für sie offen? Gleiches gilt für «Mechaniker», «Ingenieur», «Bergführer» und viele weitere männerdominierte Berufe. Hier wäre Google in die Pflicht zu nehmen, seine Suchalgorithmen anzupassen. Gleiches gilt in umgekehrter Richtung: Wieso erscheinen, sucht man nach «Pflegerin», nach «Kosmetikerin», nach «Kleinkindererzieherin» und so weiter keine Bilder von Männern, die in diesen Berufen arbeiten? Gibt man aber «Arzt» ein, so erhält man ein recht ausgewogenes Angebot von Bildern von Ärztinnen und von Ärzten. Die Situation in der Medizin ist heute erfreulicherweise ja auch die, dass immer mehr Frauen in diesem Beruf arbeiten.

Die Medizin war aber die längste Zeit von Männern dominiert. Sie hat vor diesem Hintergrund ihre Sprache entwickelt und in dieser Sprache ihre patriarchalen Machtstrukturen etabliert. Beides muss sie hinterfragen, um ein wirkmächtiges Gegennarrativ zum toxischen Narrativ der «Halbgötter in Weiss» zu erarbeiten, glaubhaft zu machen und in den Diskursen zu etablieren. Eine Medizin, die ihre Wahrheit über die Patientinnen und Patienten stülpt und deren eigene Wahrnehmung ihrer Krankheit in ihre Sicht zu wenig einbezieht, wie sie dies in der Vergangenheit teilweise getan hat, kann dies nicht leisten. Wenn sie nun aber auf die toxischen Narrative «Abzockerärzte» und «Kostenexplosion» mit dem Gegennarrativ argumentiert, die «Ökonomisierung der Medizin» zu beklagen, dann ist das kontraproduktiv. Einerseits bedient sie so die Ressentiments der Erzählung der «Halbgötter in Weiss», indem sie auf die Zweckmässigkeitsfragen der Ökonomie narzisstisch-gekränkt reagiert. Andererseits impliziert diese Erzählung aber auch, sie habe zuvor nicht ökonomisch gearbeitet. Dies sind also schlechte, kontraproduktive Strategien. Sie befördern Voreingenommenheit und Ressentiments, anstatt diese zu entkräften.

Das stärkste Narrativ der Medizin ist jenes ihrer «wissenschaftlichen Arbeit im Dienst der Patientinnen und Patienten». Sie spielt es aber viel zu wenig aus. Wie es den Anschein macht, glauben Teile der Medizin selbst nicht mehr so recht daran. Das ist tragisch, denn wie glaubhaft und wirkmächtig dieses Narrativ sein könnte, erzählte die Medizin es konsequent, zeigt die Geschichte jedes ihrer Indikationsgebiete. Ob in der Unfallchirurgie, der inneren Medizin, der Kardiologie oder der Onkologie, der Transplantationsmedizin und so weiter, die Medizin hat ihr Wissen auf der Basis

klinisch-medizinischer Evidenz in der Behandlung auf der Mikroebene der Arbeit am Krankenbett über Jahre sukzessive angehäuft, verfeinert, vertieft und erweitert. Sie ist keine spekulative Disziplin, sondern eine pragmatisch-objektive.

Im Gegensatz dazu ist in der Frage des ökonomischen Umgangs mit medizinischen Ressourcen Objektivität gar nicht so leicht zu haben. *Die* Ökonomie gibt es ja nicht. Die Ökonomie stellt vielmehr verschiedene Modelle zur Verfügung, und diese werden von Ökonominnen und Ökonomen verwendet, um bestimmte Sachverhalte zu untersuchen, durchaus selektiv und immer auch von Eigeninteressen geleitet. Allein die Tatsache, dass zu nicht wenigen gesundheitsökonomischen Fragestellungen teilweise diametral entgegengesetzte Einschätzungen vorliegen, sollte uns zu Bewusstsein führen: Wir haben es bei diesen Hochrechnungen mit letztlich subjektiven Einschätzungen zu tun und nicht etwa mit sakrosankten Wahrheiten einer stets nüchtern rechnenden Ökonomie. Nicht selten werden hier Annahmen gesetzt, die die Konklusion eher vorwegnehmen, als dass sie klinisch-medizinische Gegebenheiten abbilden. Wer dann aber die betreffenden Kalkulationen nachrechnet und ihre Fehler nachweist, bekommt mitunter das Argument zu hören, das stimme zwar, doch die betreffende Behandlung würde wohl schon etwas häufiger gemacht als nötig, das wisse man ja.

Eine Medizin, die auf die Narrative «Abzockerärzte» und «Kostenexplosion» mit dem Klagen über die «Ökonomisierung der Medizin» reagiert, vergibt ihren stärksten Trumpf: das Narrativ «Heilungserfolg». Kann die Gesundheitsökonomie einen solchen denn geltend machen? Hat sie das Gesundheitswesen vor den angeblichen Abzockerärzten befreit und die vermeintliche Kostenexplosion gedämpft? Im Gegenteil, seit sie in die Medizin hineinwirkt, wird alles nur immer noch teurer und just jenes Verhalten befördert, das beides, Ressourcen und Heilungserfolge, vernichtet. Das kann die Medizin gestützt auf klinische Evidenz nachweisen, und das sollte sie auch. Stattdessen verrennt sie sich in Narrativen des Angleichens an gesundheitsökonomische Behauptungen. Bis diese sprachlichen Erfindungen faktische Realität werden und wir eine Medizin vorliegen haben, die tatsächlich so ist, wie sie die Ökonomie darstellt: ökonomisch motiviert, nicht mehr intrinsisch dem Patientenwohl verpflichtet. Nun über dieses zu argumentieren, ist nicht mehr glaubwürdig.

Wir sehen dies an der Kommunikationsstrategie der FMH. Über Jahre bestand diese darin, zu argumentieren, die gesundheitsökonomischen Interventionen in der Medizin würden dieser die Arbeit unnötig erschweren und sie behindern. Hier wurde also mit dem eigenen Wohlbefinden argumentiert, und es ist wenig verwunderlich, dass das Gegenargument schnell zur Hand war: Andere Berufe müssen sich auch damit abfinden, ihre Privilegien zu beschneiden und ihren Status zu hinterfragen, so etwa die Pilotinnen und Piloten. Erst sehr spät hat die FMH mit dem Narrativ des Patientenwohls gearbeitet, und so war dieses Narrativ dann auch wenig glaubwürdig und wurde als scheinheilig wahrgenommen. Obwohl es Fakt ist: Wenn Ärztinnen und Ärzte in ihren Indikations- und

Behandlungsentscheiden ökonomisch beeinflusst werden, dann stehen letztlich Patientenwohl und Patientensicherheit auf dem Spiel. So hätte man aber von Anfang an argumentieren müssen, nicht erst, als bereits der Eindruck entstanden war, der Medizin würden «einfach die Felle davonschwimmen», sie wolle ihre Pfründe schützen, das Patientenwohl sei nur ein Vorwand.

Auch ist das Gegennarrativ einer ruchlosen Gesundheitsökonomie wenig zielführend und auch falsch. Die meisten Gesundheitsökonominnen und -ökonomnen haben nicht die Absicht, Alte, Kranke und Behinderte zu diskriminieren, sie wollen einfach ihren Beitrag daran leisten, dass die Ressourcen unseres Gesundheitswesens sinnvoll, verhältnismässig und zweckdienlich eingesetzt werden. Manche von ihnen haben sogar einen beruflichen Background in der Medizin, wissen also sehr genau, wovon sie reden. Das muss aber nicht heissen, dass sie immer richtig rechnen und dass ihre Annahmen immer richtig sind – ja noch nicht einmal, dass diese Annahmen evidenzbasiert sind. Manchmal steht einfach kein anderes Modell zur Verfügung, und dann steht hinter einer falschen Einschätzung keine böse Absicht, sondern eine Wissenslücke.

Es ist an der Medizin, sich ein gewisses gesundheitsökonomisches und statistisch-mathematisches Basiswissen anzueignen, um solche Hochrechnungen, Beurteilungen und Empfehlungen im Einzelfall klinisch-medizinisch zu validieren und darauf basierend solide Stellungnahmen gegen sie zu beziehen. Dort allerdings, wo die Gesundheitsökonomie toxische Metaerzählungen verbreitet und allgemeine Ressentiments gegen die Medizin schürt, gilt es, diese auf ihren Kern zu dechiffrieren. Und der ist immer derselbe: Panik verbreiten, Angst machen, um daraus dann seine Legitimität und seine Übermacht über die Medizin abzuleiten und zu plausibilisieren. Die Fakten sind anders: in der Verwaltung sind die Kosten in den letzten Jahren explodiert, nicht in der medizinischen Heilung und Pflege. Dort müsste man folglich beschneiden und die Medizin jetzt einfach mal ihre Arbeit machen lassen.

Hier spielt allerdings eine menschliche Eigenart den Angst- und Panikmachern vermeintlich explodierender Gesundheitskosten einer angeblich systematisch überbehandelnden Medizin in die Hände: Der Soziologe Murray Davis hat 1971 eine Theorie darüber aufgestellt, welchen wissenschaftlichen Arbeiten wir eher glauben und welchen eher nicht. Davis hat herausgefunden, dass es zwei Faktoren sind, die uns geneigt machen, einer wissenschaftlichen Arbeit eher zu glauben: a) Sie bestätigt unsere Überzeugung. b) Sie ist von der Form: Was wie ein X erscheint, ist in Wahrheit ein U. Es ist also paradoxerweise wirkungsvoller, eine Voreingenommenheit zu bestätigen, als diese zu hinterfragen und richtigzustellen. Wir stellen dieses Muster bei vielen wissenschaftlich und methodisch mangelhaften Studien der Versorgungs- und Bedarfsforschung fest: Sie bestätigen die vage Ahnung, die Medizin behandle wohl schon auch manchmal ohne triftigen medizinischen Grund, und

das tun sie so, dass sie darlegen, was diese als klinisch-medizinische Evidenz vorbringe, sei in Wahrheit gar nicht evident.

Die Situation der Pandemie hat dieses Muster geradezu karikiert. Befeuert von Einschätzungen der Lage bar jeder klinischen Evidenz sind auch ansonsten kluge und besonnene Menschen skandalisiert auf die Strasse gegangen und haben gegen eine vermeintlich absichtlich geschürte, effektiv aber angeblich nicht begründete «Corona-Panik» demonstriert. Und dabei nicht gemerkt, dass sie hier nur eine Angst mit der anderen ausgetauscht haben: Sie hatten nun nicht mehr die Angst vor einer vermeintlich irreführenden Medizin, denn dieser fühlten sie sich jetzt ja überlegen. Dafür hatten sie nun aber die tatsächlich irreführende Panik vor einem übergriffigen Staat mit bösen Absichten seinen Bürgerinnen und Bürgern gegenüber.

Das solcherart erkaufte Wir-Gefühl, es besser zu wissen als alle anderen, der Welt einen Denkschritt voraus zu sein, hatte gewiss auch eine narzisstische Komponente und teilweise wohl auch pathologische Züge. Kommen wir aus der Karikatur aber zurück in die Realität, so müssen wir doch sehen: Es ist im Grunde kein anderes Gefühl als das Wir-Gefühl bestimmter Gesundheitsökonominnen und -ökonom, die meinen, es immer schon gewusst zu haben, dass die Medizin angeblich trickse, und jetzt habe man auch den Beweis, die Hochrechnung, die unbestechliche Wahrheit von Zahlen und angeblichen Fakten. Und auch hier werden Panik und Angst nicht etwa gedämpft, die irrationale Angst vor unbezahlbaren Gesundheitskosten bleibt damit ja. Hinzu kommt nun aber eine weitere irrationale Angst der Patientinnen und Patienten: ihre Ärztin, ihr Arzt wolle sie betrügen und ihrer Gesundheit Schaden zufügen. Dass eine solcherart verstörte Arzt-Patienten-Beziehung nicht nur Gift ist für die Seele, sondern auch Heilungserfolge unterminiert und unnötige Mehrfachabklärungen aus Misstrauen induziert, ist klar. Und das alles treibt im Ergebnis dann eben die Gesundheitskosten eher, als dass es sie dämpft.

Die Medizin ist also gut beraten, auf diese irrationale, unsinnige Falscherzählung gar nicht erst mit einem rationalen, sinnstiftenden Narrativ einzugehen, sondern stattdessen an ihrer Macht des Faktischen festzuhalten. Sie hat die Grundlagen klinisch-medizinischer Evidenz, sie kann fehlerhafte Hochrechnungen und falsche Annahmen entlarven und richtigstellen. Dies ist ihre sinnstiftende Metaerzählung, und dass diese den Menschen nicht nur Sinn stiftet, sondern sie auch heilt und ihre Leiden mindert, hat die Medizin in ihrer jahrhundertealten Geschichte hinlänglich bewiesen. Die mustergültige Arbeit der Fachleute der Swiss National COVID-19 Science Task Force in der schwierigen Situation der Pandemie hat auch gezeigt, dass ein konsequentes Festhalten an medizinisch-klinischen Fakten seine Wirkung zeigt und letztlich die Macht des Faktischen über die Macht von Sprache und Narrativen obsiegt.

Vor diesem Hintergrund ist eine Angleichungs-Strategie, wie sie etwa die SAMW und die SGAIM verfolgen, ein gefährliches Unterfangen. Sie unterminiert den innermedizinischen Dialog, indem sie sich dazu instrumentalisieren lässt, gesundheitsökonomische Argumente und Präferenzen in die Medizin einzugemeinden und in ihr ein medizinfremdes Denken in den Kategorien von Aufwand und Ertrag zu etablieren. Damit dient sie den toxischen Narrativen einer Verschwörung von Medizin und Pharmazeutischer Industrie zu, deren Gier sich mitunter gegen Leib und Leben der Patientinnen und Patienten richtet. Und dieses Narrativ kann im Ergebnis dann genau zu dieser Situation führen, indem es zur Folge hat, dass Patientinnen und Patienten sich nicht behandeln lassen, obwohl eine Behandlung angezeigt und unter Umständen dringend nötig wäre. Diesbezüglich ist vor allem zu monieren, dass die in der Schweiz von der SGAIM initiierte Initiative «Choosing Wisely» ihre Empfehlungen nicht zunächst in den innermedizinischen Diskurs einbringt, um sie zu validieren, sondern jeweils direkt den Medien zuspielt und die Medizin erst danach darüber in Kenntnis setzt. Es macht die Medizin aber weder kosteneffizienter, noch macht es sie sicherer, wenn man Patientinnen und Patienten gegen ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufwiegelt.

Nirgends steht geschrieben, die Medizin sei zu einem möglichst friedvollen Zusammensein und Zusammenarbeiten mit der Gesundheitsökonomie verpflichtet. Sie ist dem Heilungserfolg verpflichtet, dem Patientenwohl, der Patientensicherheit, daraus ableitend der Sicherstellung der Verteilergerechtigkeit ihrer Ressourcen nach dem medizinischen Bedarf und der medizinischen Bedürftigkeit, nicht nach ökonomischen Präferenzen und Kategorien.

Schlussfolgerung

Aus dem hier Aufbereiteten ergibt sich eine klare Forderung an die Medizin: Medizinische Organisationen oder einzelne Medizinerinnen und Mediziner, die ihren Berufsstand und seine ethische Verpflichtung den kranken und bedürftigen Mitgliedern unserer Gesellschaft gegenüber verraten, um ökonomischen Präferenzen zuzudienen, sind zu verwarnen und im Wiederholungsfall zu sanktionieren, gegebenenfalls unter Androhung des Entzugs der Berufslizenz.

Ein solcher Patientenverrat und Bruch mit den ethischen und gesetzlichen Verpflichtungen durch den Versorgungsauftrag kann einerseits geschehen, indem Bonusverträge unterschrieben und Umsätze garantiert werden, noch bevor die konkrete klinisch-medizinische Situation des zu behandelnden Patientenguts überhaupt vorliegt.

Auch das Eingehen von Verpflichtungen zur Einhaltung vorgegebener Budgets, ebenfalls ohne Kenntnis der effektiv zu erwartenden Krankheitssituation, wie dies etwa in Geheimverträgen von Ärztenetzwerken mit Budgetverantwortung gang und gäbe ist, stellt einen solchen Tatbestand dar und wäre folglich zu rügen und zu sanktionieren.

Ebenfalls wäre ein entschiedeneres Vorgehen der FMH gegenüber Medizinerinnen und Mediziner zu begrüssen, die sich insbesondere während der Pandemie, doch auch schon davor, mit faktisch falschen Informationen an die Öffentlichkeit gewandt und diese mit ihren Falschinformationen verstört haben, in der Regel wohl eher ideologisch verblendet als ökonomisch motiviert.

Schliesslich wären auch medizinische Gremien und Fachgesellschaften, die ihre Empfehlungen ökonomischen Ansprüchen anpassen, zu rügen und zu sanktionieren. Wie das Gutachten, das Prof. Ueli Kieser für den VEMS erstellt hat, festhält, stellt dies auch einen rechtlichen Verstoss gegen mehrere Paragraphen dar, so etwa gegen Art. 46 Abs. 1 HMG, gegen Art. 47 Abs. 1 HMG, sodann gegen Art. 48 HMG und Art. 51 HMG zur Regelungen bezüglich der Werbung von Medizinprodukte.

Die Medizin braucht keine neuen Narrative, Begriffe und Erzählungen. Ihre Geschichte ist eine Erfolgsgeschichte zum Wohle der Menschheit, ihr Narrativ ein faktisch untermauertes und in ihrer tagtäglichen Arbeit am Krankenbett gelebtes: «Heilungserfolg durch Wissenschaftlichkeit». Dieses verspielt sie, wenn sie sich von medizinfremden Narrativen vereinnahmen lässt und dabei das stärkste Argument für die Wichtigkeit und die Richtigkeit ihrer Arbeit preisgibt: ihr einwandfreies Funktionieren – auch in Zeiten von Krisen, Kriegen und Pandemien. Und auch in Zeiten gesundheitsökonomischer Übergriffe.