

Medizin-Narrative_01

Die angebliche Amoralität eines gesunden, langen Lebens

Stand Juni 2021



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

Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

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

<http://docfind.ch/VEMSNarrative01.pdf>

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

Das Narrativ	Seite	3
Die Kommunikation des Narrativs	Seite	4
Die Fakten	Seite	5
Die Folgen	Seite	6
Wege aus der Denk-Sackgasse	Seite	7

Das Narrativ

Im Wikipedia-Eintrag zum Thema «Alterung der Bevölkerung» lesen wir bei den Ursachen: «Infolge verbesserter medizinischer Versorgung, einem höheren allgemeinen Hygienestandard und aufgeklärterem Gesundheitsbewusstsein, erreichen immer mehr Menschen ein hohes Lebensalter.» Dies ist richtig. Weiter lesen wir dann aber eine Falschinformation, die weit verbreitet ist: «Wenn das Leben von kranken Menschen durch medizinische Maßnahmen verlängert wird, erhöhen sich die Kosten für die medizinische Versorgung.» Mit dieser Halbwahrheit wird die Grundlage eines gefährlichen Narrativs gelegt, welches man mit dem Begriff «Überalterung» rahmen kann und das auch so gerahmt wird, verbunden mit dem Narrativ der angeblichen «Kostenexplosion» unseres Gesundheitswesens. Diese beiden Begriffe haben für sich und insbesondere in ihrer Verbindung etwas Bedrohliches und gemahnen an Naturkatastrophen und unkontrollierbare gesellschaftliche Gefahren. Ein Irrtum ist, die Attribute «alt» und «krank» aneinander zu koppeln. Denn ein hohes Alter der Bevölkerung muss nicht mit erhöhter Krankheitslast verbunden sein, folglich auch nicht mit einer untragbaren finanziellen Last für die Gesellschaft. Auch existiert keine Kostenexplosion in der klinischen Medizin, sondern eine in der Administration.

Wenn wir die Kosten für altersbedingte Krankheiten verhindern wollen, dann haben wir zwei Handlungsoptionen: entweder wir verhindern Alterskrankheiten – oder wir verhindern das Alter. Ersteres entspricht einer wissenschaftspositiven, aufgeklärten Gesellschaft, Letzteres würde unangenehm an menschenverachtende Konzepte erinnern, bestimmte Kategorien der Bevölkerung zu eliminieren, was nicht die Absicht sein dürfte und hier auch nicht unterstellt werden soll. Wie wichtig ältere Menschen für eine Gesellschaft indes sind, wissen wir seit den ersten Hochkulturen. Ältestenräte sind ein notwendiges gesellschaftliches Korrektiv und verhindern Entscheidungen, die aus der Lebenswelt und -erfahrung jüngerer Menschen richtig scheinen mögen, basierend auf der Weitsicht und Weisheit älterer Menschen aber unter Umständen als gefährliche Irrtümer erkannt werden können. Wir brauchen also nicht weniger, sondern mehr alte Menschen, doch sie müssen gesund sein und in den gesellschaftlichen Diskursen eine Stimme und ein Gewicht haben. Ernstgenommen und wertgeschätzt werden unsere Seniorinnen und Senioren allerdings zumeist nur als Konsumentinnen und Konsumenten, die man als «Silver Consumers» und «Best Agers» umwirbt. Und dort, wo sie kosten, endet die Wertschätzung erschreckend schnell.

Die Pandemie hat eine erfreuliche Bereitschaft der Bevölkerung gezeigt, unsere Senioren zu schützen und sich ihnen gegenüber solidarisch zu verhalten. Auf der Ebene der gesellschaftlichen Institutionen war das Agieren andererseits aber solcherart, dass sie isoliert und ausgegrenzt wurden. In asiatischen Ländern, so etwa in Taiwan, wurden die Senioren zwar auch angehalten, zuhause zu bleiben, wie es ja auch erforderlich war. Man hat sie dort aber besucht, hat ihnen Essen gebracht und mit ihnen geredet, um ihre Vereinsamung zu verhindern. Bei uns hingegen wurden sie von den Medien teilweise respektlos und schadenfreudig als uneinsichtig verhöhnt. Dies entspricht einer gesellschaftlichen Abwertung alter Menschen, welche leider auf vielen Ebenen festzustellen ist und in der Medizin und in der medizinischen Ethik zu altersdiskriminierenden Standpunkten, Verlautbarungen und in der Folge auch zu solchen Handlungen führen kann (siehe hierzu auch das VEMS-Positionspapier zur medizinischen Bioethik).

Die Kommunikation des Narrativs

Die Tendenz zur «Altersaversion» steht im Widerspruch zu einer anderen, erfreulichen gesellschaftlichen Tendenz: Inklusion. Bewegungen wie «Black Lives Matter» und die LGBT-Bewegung haben das Bewusstsein dafür geschärft, jeden Menschen unabhängig seiner Hautfarbe, seines Geschlechts und seiner sexuellen Orientierung und Identität bedingungslos zu akzeptieren und gleich zu berechnen. Alte Menschen scheinen indes nicht Teil dieser Inklusion zu sein. Vielleicht hat dies damit zu tun, dass Inklusions-Bewegungen wie die LGBT-Bewegung Narrativen menschlicher Machbarkeit und Möglichkeiten zudienen, während das Alter eher in Verbindung gebracht wird mit dem Verlust von Machbarem und Möglichkeiten. Fatalerweise führt dies in der Medizin zu Handlungen, die ebendies bewirken, wie im Folgenden aufgezeigt werden soll.

Gesundheitsrelevante Narrative (wie auch dieses Papier eines ist) werden von Studien, Evaluationen und Behandlungsempfehlungen getragen und in der Kommunikation ihrer Inhalte erzählt und etabliert. Herzinfarkt und Hirnschlag sind in den nordwestlichen Ländern die Todesursache Nummer eins. Um zu unterminieren, dass diese Todesfälle möglichst präventiv verhindert werden, stünden zweierlei Optionen zur Verfügung: Die Kosteneffektivität präventiver Therapien auf der statistischen Makroebene als schlechter darstellen, als sie ist und/oder das Krankheitsrisiko auf der Ebene des individuellen Einzelfalls als geringer darstellen, als es ist. Beides wurde und wird in der Schweiz bedauerlicherweise gemacht.

Die neusten Empfehlungen von «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» lautet: «Kein Testen und Neubehandeln von Dyslipidämien bei Personen über 75 Jahre in der Primärprävention.» Herzinfarkt und Hirnschlag sollen ab diesem Alter also nicht mehr vorgebeugt werden. Dies wird so begründet, dass behauptet wird, die Evidenz der Kosteneffektivität von cholesterinsenkenden Statinen sei zu gering. Was im Widerspruch zu den Packungsbeilagen dieser Medikamente steht, von Texten also, welche die Schweizerische Arzneimittelbehörde swissmedic gutgeheissen hat. Es steht auch im Widerspruch zu der diesen Texten zugrundeliegenden Studienlage. Das BAG hat in seinem neusten HTA-Bericht zu Statinen in der Primärprävention denn auch den Fehler einer Hochrechnung des Swiss Medical Boards SMB korrigiert. Dieses Gremium hat im November 2013 fälschlicherweise Kosten von CHF 210'000.- pro gewonnenem Lebensjahr in guter Qualität behauptet, während sie richtig gerechnet, wie es der BAG-Bericht tut, lediglich CHF 3'000.- betragen. Im Ergebnis sind der SMB-Bericht und die unwissenschaftliche Empfehlung von Choosing Wisely Switzerland leider geeignet, vermeidbare Krankheiten zu zuzulassen und menschliches Leben durch Behandlungsverweigerung zu verkürzen. Hier stehen die Verantwortlichen durchaus in der Pflicht, sich Fragen nach ihrer Absicht gefallen zu lassen.

Auf der anderen Seite und womöglich ebenfalls beeinflusst von der Falschrechnung des SMB schätzen die Risikorechner der AGLA und der Schweizerischen Herzstiftung das Risiko für diese Krankheiten seit Jahren systematisch zu gering ein, und dies substanzial. Patientinnen und Patienten werden also darüber getäuscht, wie hoch ihr kardiovaskuläres Risiko effektiv ist. Dies hält sie unter Umständen davon ab, diesen präventiv vorzubeugen. Es ist deshalb bedauerlicherweise gleichfalls geeignet, vermeidbare Krankheiten zu verursachen und menschliches Leben durch Nichtbehandlung zu verkürzen.

Die Fakten

Die Angst vor alten, gebrechlichen Menschen – auch die vor der eigenen Altersgebrechlichkeit – scheint so gross zu sein, dass Teile unseres Gesundheitswesens es möglicherweise verantwortungsvoll und richtig finden, durch Unterbinden präventiver Massnahmen einen Beitrag daran zu leisten, die Lebenserwartung der in der reichen Schweiz lebenden Menschen zu kürzen. Dass kein Ethikinstitut gegen die altersdiskriminierende Empfehlung von «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» opponiert hat, stimmt jedenfalls bedenklich. Auch dass SRF in seinen «Puls»-Sendungen jahrelang die falsche Erzählung von angeblich viel zu teuren, ineffektiven und vermeintlich sogar gesundheitsgefährdenden Cholesterinsen-kern kolportiert hat, ist nicht eben beruhigend. Spätestens jetzt, da das BAG die falschen Zahlen der SMB-Hochrechnung richtiggestellt hat, wäre es journalistische Pflicht, die Patientinnen und Patienten darüber zu informieren, dass sie a) falsch über die effektiven klinisch-medizinischen Fakten dieser Medikamente «informiert» wurden und b) bezüglich ihres individuellen kardiovaskulären Risikos von der AGLA und vom in Apotheken verwendeten Risikorechner der Schweizerischen Herzstiftung seit Jahren getäuscht werden.

Auch ist es inakzeptabel, dass keine verbindlichen Standards bezüglich assistierter Suizide bestehen. Um hier Fehlentscheide aus unbegründeten Ängsten zu verhindern, sollte es Pflicht sein, dass die den Suizid Erwägenden mit einer medizinisch-klinischen Einschätzung über das effektive Risiko informiert werden, die medizinische Situation überhaupt zu erleiden, welche sie mit dem assistierten Suizid vermeiden wollen. Solange dies nicht geschieht, haftet der Erleichterung solcher Entscheide, so begrüssenswert sie im Grundsatz und im Einzelfall sein mag, insgesamt der Beigeschmack eines gesellschaftlichen «Alters-Mobbings» an. Wenn man einerseits präventive Massnahmen zur Vermeidung von Krankheiten verhindert und andererseits die assistierten Suizide der in der Folge gebrechlichen alten Menschen erleichtert, dann weckt dies unangenehme Gefühle, die in der reichen Schweiz nicht aufkommen sollten.

Die Grundlagen für ein gesundes, langes Leben sind seit Jahren erkannt: das Konzept der Krankheitskompression. Indem Krankheiten vorgebeugt wird, wird die Phase der Altersgebrechlichkeit am Lebensende auf ein, zwei Jahre komprimiert, also auf die Zeitspanne, da die Lebenskräfte ohnehin nachlassen und der Tod naht. Dieses Konzept ist auch das stärkste Instrument der Medizin, steigenden Gesundheitskosten vorzubeugen. Denn es ist klar: Die Unterbindung präventiver medizinischer Massnahmen verkürzt das Leben zwar, die Phase der Gebrechlichkeit wird damit aber unverhältnismässig und unnötig verlängert, unter Umständen um Jahrzehnte. Das treibt die Gesundheitskosten, senkt die Lebensqualität und unterminiert gesellschaftliche Beiträge durch gesunde ältere Menschen. Rechnet man die sozialen Kosten durch Arbeitsunfähigkeit und Invalidisierung mit ein, haben wir hier einen enormen Kostentreiber. Richtigerweise wäre also nicht eine angebliche «Überalterung» zu beklagen, sondern eine systematisch betriebene Tendenz zur «Überkrankung» unserer Gesellschaft. Es ist kein moralisch verwerflicher Wunsch, ein gesundes, langes Leben haben zu wollen, sondern vielmehr ein menschliches Bedürfnis. Und es ist auch nicht die Pflicht der Medizin, diesen Wunsch aus Angst vor steigenden Kosten zu vereiteln, sondern vielmehr, ihren Beitrag daran zu leisten, dass er möglichst erfüllt wird.

Die Folgen

Interessant an der Empfehlung von «Choosing Wisely Switzerland» ist auch die Art und Weise, wie sie zustande gekommen ist: Die ESC (European Society of Cardiology) macht zum Einsatz von cholesterinsenkenenden Statinen in der Prävention von Herzinfarkt und Hirnschlag bei gesunden Patientinnen und Patienten im Alter von 75 Jahren und mehr eine Class IIb-Empfehlung (may be considered). Wie also kommt «Choosing Wisely Switzerland» darauf, eine Nichtbehandlung zu empfehlen? Der Trägerverein nennt seine Methodik Bottom-up-Verfahren: Prof. Neuner-Jehle hat in einer Studie des Instituts für Hausarztmedizin Zürich 1'000 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzten nach Interventionen aus der täglichen Praxis befragt, die sie für nutzlos oder sogar schädlich halten. Offenbar ist dies bei einer Mehrheit für die fragliche Behandlung in der fraglichen Patientengruppe der Fall. Der richtige Schluss daraus wäre der: Über 1'000 Schweizer Hausärztinnen und Hausärzte kennen die ESC-Richtlinien nicht. Anstatt diesen Fehler zu korrigieren, wird er mit dem Vorgehen, die allgemeine Meinung zur Empfehlung für die Praxis zu machen, aber gefestigt. Mit anderen Worten: Aus Wissensfragen werden Meinungsfragen gemacht (siehe hierzu auch den Beitrag unseres Präsidenten auf medinside.ch).

Welche rechtlichen Folgen dies für «Choosing Wisely» haben könnte, halten zwei Rechtsgutachten fest, welche Prof. Kieser für den VEMS erstellt hat (Gutachten eins, Gutachten zwei). Behandlungsempfehlungen sind immaterielle Medizinprodukte, und als solche unterstehen sie der für diese geltenden Sorgfaltspflicht. Auch die AGLA und die Schweizerische Herzstiftung bewegen sich mit ihren mangelhaften Risikorechnern diesbezüglich in einer rechtlichen Grauzone. Der VEMS wird, nachdem wir die Verantwortlichen über die Problematik informiert und erfolglos zur Korrektur angewiesen haben, in den nächsten Tagen eine Meldung an die Arzneimittelbehörde swissmedic machen. Es ist zu hoffen, dass unsere Behörden ihrem Auftrag nachkommen und Schritte in die Wege leiten, diese irreführenden, patientengefährdenden Medizinprodukte vom Markt zu nehmen sowie dafür zu sorgen, dass die falschen Sachverhalte von den Medien richtiggestellt werden, insbesondere von der SRF-Sendung «Puls».

Eine Medizin, die angehalten wird, klinisch-medizinische Fakten zu ignorieren und stattdessen einem Sparrativ zuzudienen, welches effektiv kostentreibend ist, funktioniert nicht mehr einwandfrei. Insbesondere ist zu monieren, dass sowohl «Choosing Wisely Switzerland» als auch das SMB seine Empfehlungen nicht vorab in den Medien des innermedizinischen Diskurses platzieren, sondern direkt in den Publikumsmedien. Dies unterminiert die Arzt-Patienten-Beziehung, indem es die Patientinnen und Patienten gegen ihre behandelnden Ärztinnen und Ärzte aufwiegelt. Doch nicht nur die Medizin wird so in ihrem einwandfreien Funktionieren verstört, sondern auch die Pharmazeutische Industrie. Medikamente, die nachweisen können, wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich zu sein, werden von swissmedic zugelassen. Ihre Anwendung kann aber mit einer Limitation belegt und somit erschwert werden, ebenso durch falsche Behandlungsempfehlungen und Fehlinformation der Öffentlichkeit. Damit rechnen sich Medikamente, welche die Lebenszeit verlängern und ein gesundes, langes Leben ermöglichen, unter Umständen für die Pharmazeutische Industrie nicht mehr.

Wege aus der Denk-Sackgasse

Ist die Medizin das Opfer ihres eigenen Fortschritts geworden? Die Frage hat etwas Zynisches: Wieso sollte Fortschritt ein Problem sein? Weil wir uns eine Gesellschaft mit zu vielen alten Menschen nicht länger leisten können? Und deshalb tun wir nun alles, dafür zu sorgen, stattdessen eine Gesellschaft mit vielleicht ein paar alten Menschen weniger zu haben, doch um den Preis, dass diese kein gesundes, langes Leben führen, sondern unter Umständen Jahrzehnte ihres Lebens gebrechlich sind, unnötig krank – mit ebenfalls unnötigen Kosten für die Allgemeinheit.

Um uns vor Augen zu führen, wie fatal diese Denk-Sackgasse ist, müssen wir dieses Denken nur mal auf die Pandemiesituation applizieren: Es hätte bedeutet, keinerlei präventive Eindämmungsmassnahmen zu ergreifen, den Leuten vielleicht sogar zu empfehlen, nichts gegen eine Ansteckung mit SARS-COV-2 zu tun, und dann halt einfach nur so viele Covid-19-Patientinnen und -Patienten zu behandeln, wie es die Kapazitäten der Intensivstationen erlauben. Damit wäre es zwar wirkungsvoll gelungen, das Durchschnittsalter zu reduzieren, doch es ist klar, dass ein solches menschenverachtendes Verhalten in keiner Weise dem Konsens der Bevölkerung der Schweiz entspräche, welche sich erfreulich solidarisch gezeigt hat. Der Schutz vulnerabler Mitglieder unserer Gesellschaft ist glücklicherweise für weitestgehend alle eine Selbstverständlichkeit, ebenso die Bereitschaft, dafür persönliche Opfer zu erbringen und Einschränkungen der persönlichen Freiheiten zu akzeptieren.

Wie konnte es kommen, dass wir bezüglich der Prävention der Todesursache Nummer eins ein Verhalten akzeptieren, das in komplettem Widerspruch dazu steht? Die Frage, wie der «Solidarvertrag» (die Jungen, Arbeitenden und Gesunden leisten die Kosten für Vorsorge und Behandlung der Pensionierten, der Invaliden und der Kranken) bei steigender Lebenserwartung aufrechtzuerhalten ist, stellt eine grosse Herausforderung für die Politik dar. Diese Lebenserwartung durch Beschneidungen in der Prävention dämpfen zu wollen, ist allerdings ein Denkfehler. Die Behandlungskosten für sieche Patienten sind relativ gering. Bei ihnen erfolgen in der Regel auch keine kostenintensiven Operationen, schon gar nicht über einen längeren Zeitraum. Hoch sind die Behandlungskosten kurz vor dem Tod hingegen bei den akut versterbenden Menschen, also bei jenen, deren Zahl sich durch Unterbindung präventiver Massnahmen mehrt. Sie werden dann vielleicht weniger alt, verursachen aber insgesamt höhere Gesundheitskosten, als wenn sich ihre Krankheitslast dank präventiver Massnahmen auf die letzten Jahre konzentriert (siehe: Kompression in Deutschland, Warmuth 2011).

Um dieses Umdenken zu begünstigen und zu befördern, ist die Medizin angehalten, das zu tun, was die Bevölkerung von ihr erwartet: einwandfrei zu funktionieren. Und wie sie dies tun kann, ist auch klar: indem sie sich auf die wissenschaftlichen Grundlagen klinisch-medizinischer Evidenz stützt und ihr Handeln und Behandeln danach ausrichtet, nicht nach ökonomischen Falschrechnungen, interessengetriebenen Fehlinterpretationen und unwissenschaftlichen Spekulationen.