

Medizin-Narrative_05

Die erstaunliche Biogsamkeit des Begriffs der Patientenautonomie

Stand März 2025



Autoren: Flavian Kurth

Projektverantwortung: Dr. med. Michel Romanens

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

<https://docfind.ch/VEMSNarrative05.pdf>

Version vom März 2025

Das Papier ist «open for debate», bei Bedarf wird die jetzige Version weiterentwickelt. Wenden Sie sich hierzu an die Projektleitung.

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 Papier «Autonomie in der Medizin» aus dem Jahr 2020 stellt die SAMW ihre sieben Thesen zur Patientenautonomie auf. Diese lesen sich insgesamt als Schutz der Patientinnen und Patienten vor den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Das ist insofern tendenziös, als es einseitig ein Narrativ der Versicherer bedient: die Medizin behandle häufiger unnötig, als dass sie nötige Behandlungen unterlasse. Um diesem falschen Narrativ Glaubwürdigkeit anzudichten, wird seit Jahren behauptet, rund ein Drittel aller Behandlungen seien unnötig. Es ist dies eine Zahl, die nicht nur nicht belegt ist, sondern vom BAG im Bericht «Kostendämpfungsmaßnahmen zur Entlastung der obligatorischen Krankenpflegeversicherung» vom 24. August 2017 sogar explizit widerlegt wird. Das BAG geht dort auf Seite 19 davon aus, dass «die Leistungen zu Lasten der OKP durchschnittlich um rund 20 Prozent günstiger erbracht werden könnten», wobei allerdings von Effizienzreserven die Rede ist, was die gesamten Ineffizienzen und nicht nur unnötige Behandlungen umfasst, die dann vielleicht im einstelligen Prozentbereich zu liegen kämen. Die Erzählung der Versicherer steht auch im Widerspruch zu den Erfahrungen, die die meisten Patientinnen und Patienten machen, welche, wenn sie klagen, zumeist ja Unterlassungen und Versäumnisse beanstanden.

Eine Erzählung, die im Widerspruch zur erfahrenen Realität steht, kann nur beliebt gemacht werden, wenn es gelingt, an Gefühle zu appellieren, die tiefer liegen und grundsätzlicher sind als die effektive Realität – an Urängste. Das Gefühl, ausgeliefert zu sein, machtlos, Objekt des Willens anderer, dürfte eines der beängstigendsten Gefühle sein. Ihm gegenüber steht das positive Gefühl der Autonomie, der Selbstermächtigung und Selbstbestimmtheit. Die Werbung verkauft uns mit diesem Trick Produkte und Dienstleistungen, die wir eigentlich gar nicht brauchen, die uns aber das trügerische Gefühl von Sicherheit geben. Man kann mit dem Trick aber nicht nur Konsum, sondern auch Nicht-Konsum verkaufen, und dies geschieht derzeit in den öffentlichen Debatten zu Gesundheitsthemen, indem unter dem Banner einer angeblichen Patientenautonomie unterschwellig Unsicherheiten geschürt werden, um sodann Sicherheit durch Behandlungsunterlassung zu suggerieren. Das führt zu einer pessimistischen Medizin.

Seit der Begriff der Patientenautonomie in den medizinethischen und gesundheitsrelevanten Diskursen auftaucht, ist er konnotiert mit der unterschweligen Warnung, sich ja nicht Behandlungen aufschwätzen zu lassen, die gar nicht nötig wären und womöglich mehr Schaden anrichteten als sie nützten. Im klinischen Praxisalltag sieht es allerdings so aus: Wenn Patientinnen oder Patienten der Meinung sind, es besser zu wissen als die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, so ist das eher, weil sie vielleicht von alternativen Behandlungsmethoden gehört haben, welche ihnen die «Schulmedizin» vorenthalten wolle. Es geht in der Beratung dann also nicht darum, ihnen Behandlungen auszureden oder aufzuschwatzen, sondern vielmehr, die wissenschaftlichen Gründe für die empfohlene Behandlung zu plausibilisieren. Gelingt dies, so fühlt sich niemand bevormundet, sondern im Gegenteil in der Regel selbstermächtigt, weil er/sie nun versteht, was mit ihm/ihr geschieht. Erfindet man nun aber eine aussermedizinische Autonomie-Erzählung ohne Realitätsbezug, die in Wahrheit Rationierung meint, wo sie Autonomie sagt, so ist dies nicht nur gefährlich, sondern auch kontraproduktiv: Die Patientinnen und Patienten könnten mit Reaktanz reagieren und auch auf Behandlungen bestehen, die vielleicht wirklich nicht nötig wären.

Die Kommunikation des Narrativs

Der Begriff der Patientenautonomie bekommt vor dem Hintergrund seiner Instrumentalisierung zu Rationierungszwecken eine gefährliche Zwiespältigkeit. Die zentrale Rolle hierbei spielt die Verwendung von Begriffen. Ein anschauliches Beispiel hierfür ist der Artikel «Ärzte-Hopper treiben die Kosten in die Höhe» (Titel der Printausgabe) von Isabelle Wachter in der NZZ vom 28. Dezember 2024. Darin kommt Brigitte Berger Kurzen von der Helsana zu Wort: «Ärzte-Hopper sind nicht mit Kunden zu verwechseln, die zwei Meinungen einholen.» Als Zweitmeinung definiert Frau Berger Kurzen die zusätzliche Konsultation, wenn diese dazu beitragen könne, unnötige Behandlungen zu verhindern. Hat die erste Konsultation indes etwas übersehen, was in der zweiten erkannt und behandelt wurde, so wäre dies nach ihrer Logik (negativ konnotiertes) Ärzte-Hopping. Damit wird suggeriert, die zweite Konsultation nutze die Unsicherheit des betreffenden Patienten aus, um ihm unnötige Behandlungen zu verkaufen, während es in Wahrheit vielleicht so war, dass ihn die erste unterbehandelt hätte. Wir haben hier eine manipulative Begriffsverwendung, indem vordergründig an die Patientenautonomie appelliert wird, während dem Patienten diese effektiv abgesprochen wird, wenn er sich nicht so entscheidet, wie gewünscht.

Nach demselben Muster argumentiert Tanja Krones, leitende Ärztin Klinische Ethik des Universitätsspitals Zürich, in einem Interview in der NZZ vom 08.02.2025. Frau Krones sagt, damit Patientinnen und Patienten eine fundierte Entscheidung treffen könnten, müssten wir sie im Sinne von «health literacy» besser über die realen Effekte möglicher Behandlungen informieren. Was sie dem allerdings beifügt, sagt in aller Deutlichkeit, worum es in Wahrheit geht: «Insbesondere am Lebensende, um ein würdiges Sterben zu ermöglichen. Und weil die letzten Wochen vor dem Tod gesundheitsökonomisch die teuersten sind.» Auch ihr Länderbeispiel besserer Schulung der Ärztinnen und Ärzte in Gesprächskompetenz spricht Bände: Kanada. Gerade dort haben diese «qualifizierten Gespräche» dazu geführt, dass der Druck auf die Patientinnen und Patienten, vermittels assistiertem Suizid Behandlungskosten zu sparen, enorm ist. Es ist ärztliche Aufgabe, Leid zu mindern, doch sollte dies nicht geschehen, um Kosten zu sparen. Etablierte sich die Argumentation von Frau Krones als medizinischer Standard, so wäre absehbar, dass die Idee eines selbstbestimmten Sterbens in ihr Gegenteil verkehrt würde: in eine Pflicht zu sterben (siehe hierzu auch den Forum-Beitrag in Ars Medici). Die Rolle der Handlanger einer solchen Gefühlsverdrehung dürfte den wenigsten Medizinern behagen.

Und wie sieht es mit den Journalistinnen und Journalisten aus? Hier herrscht nicht nur eine schreiende Stille, die Medien haben sogar den zentralen Begriff des Rechtfertigungs-Narrativs der Zahlungsverweigerung der Versicherer übernommen: Jahrelang haben sie von Scheininvaliden geredet, haben uns jede noch so absurde und menschenverachtende Kontrolle der IV-Inspektoren verkauft als nötige Massnahme gegen den Missbrauch des Systems. Nun hat sich das Blatt gewendet, die Invalidenversicherung vergibt keine medizinischen Gutachten mehr an die Firma PMEDA, zwei ihrer Gutachter stehen wegen Betrug vor Gericht, und darüber berichtet der Blick jetzt. Wird bezüglich des Missbrauchs der Wirtschaftlichkeitsverfahren zu Rationierungszwecken auch eine Betrugsklage nötig sein, damit die Medien aufhören, das verlogene Patientenschutz-Narrativ der Versicherer nachzuerzählen?

Die Fakten

Die Bewegung «Choosing Wisely» hat gewissermassen die Biegsamkeit des Narrativs der Patientenautonomie zu ihrem Modus Operandi gemacht. Wir haben uns damit in unserem Positionspapier eingehend auseinandergesetzt. Für die hier untersuchte Fragestellung ist es wesentlich, auf welche ethische (oder vielmehr ideologische) Grundlage sich die Bewegung stützt. Es ist dies die Charta der ABIM Foundation aus dem Jahr 2002. Unsere Hauptkritik an diesem Papier und an einer Argumentation in seinem Sinn: Es werden ärztliche Pflichten formuliert, die nicht ohne Weiteres vereinbar sind mit ärztlichen Tugenden und überdies im Praxisalltag auch schwer erfüllbar, nicht zuletzt, weil sie in einem Widerspruch stehen können zu den rechtlichen Pflichten, zum Versorgungsauftrag. Wenn die Ökonomie ihre Verantwortung auf die Medizin abwälzt, so tut sich diese einen Bärenienst, daraus neue ärztliche Pflichten zu formulieren. In einem funktionierenden System mit funktionierenden Teilsystemen im Verständnis von Niklas Luhmann werden Ökonomie und Medizin immer in einem Widerstreit stehen. Löst man diesen vermeintlich, indem sich die Medizin der Ökonomie angleicht, so haben wir keine Lösung, sondern vielmehr die Auflösung der Medizin in der Ökonomie.

Choosing Wisely hatte denn auch von Anfang an Gegenwind aus der Medizin, welche früh schon vermutet hat, dass es hier wohl eher darum gehe, Geld zu sparen, nicht primär um den Schutz der Patientenautonomie. Auch wurde Dr. Christine K. Cassel kritisiert, nicht so sehr ihre Rolle bei der Etablierung der Initiative in den Fachgesellschaften der USA, vielmehr das «Honorar», welches sie dafür von der ABIM Foundation erhielt: \$1,7 Millionen im letzten Jahr ihres Engagements. Wer hat dieses Geld bezahlt? Und wie finanziert sich der Trägerverein smarter medicine, Choosing Wisely Switzerland? Wir haben Anfragen an die Mitglieder des Vorstands geschickt, aber jeweils gar keine oder dann keine befriedigende Antwort erhalten. So sind wir denn geneigt, die Frage des Cui bono zu stellen – wer profitiert? Für Frau Krones scheint in besagtem Interview klar, dass die Unterwerfung der Medizin durch die Ökonomie eine Frage der sozialen Gerechtigkeit ist, ein Vorteil für die Ärmsten: «Die steigenden Krankenkassenprämien treffen vor allem Menschen mit niedrigem Einkommen. Also jene, die aufgrund ihrer sozialen Lage ohnehin auf eine bessere Versorgung angewiesen sind.»

Dieses Muster, das Bedienen von Präferenzen finanzstarker Akteure als Handlung für das Gemeinwohl zu verkaufen, ist gefährlich, und es ist dies insbesondere für die Medizin. Sie kommt so in die Situation, Beschneidungen als Tugenden, als Einsatz für die Patientenautonomie umdeuten zu müssen, und wie es scheint, glauben manche dies inzwischen sogar selbst. Dr. Christine K. Cassel etwa, die Choosing Wisely in die Medizinkörperschaften implantiert hat, setzt sich auch für die Förderung assistierter Suizide ein. Und sie beruft sich auch dabei auf die Patientenautonomie. Die NEK hingegen erachtet in ihrem Papier zur Suizidbeihilfe das Autonomiekonzept von Dr. Christine Cassel als realitätsfern. Eine Zahl aus einer niederländischen Evaluation zeigt dies denn auch deutlich: Die 12-Monats-Überlebensrate nach Abbruch des Sterbewunsches liegt bei 89%. Das Autonomiekonzept von Medizinerinnen und Medizinern wie Frau Krones oder Frau Cassel ist in der Medizin also nicht etabliert, und es entspricht auch nicht der Evidenz: Kranke brauchen Hilfe, und helfen heisst immer auch weisen und anweisen.

Die Folgen

Das Gros der Medizinerinnen und Mediziner hat wohl verstanden, dass es gefährlich ist, an die Patientenautonomie zu appellieren, um Rationierung zu verkaufen. Was dies bewirken kann, dazu hat der Philosoph Slavoj Žižek eine Veranschaulichung. Er untersucht den Unterschied zwischen autoritärer und antiautoritärer Erziehung und nennt ein Beispiel: Das Kind will nicht zum Besuch bei der Oma mitkommen. Die autoritären Eltern sagen: Du kommst mit, keine Diskussion. Die antiautoritären sagen: Wenn du nicht magst, dann musst du natürlich nicht mitkommen, wir zwingen dich nicht. Bedenke aber, dass Oma dich sehr liebt und dass sie traurig ist, wenn du sie nicht besuchst ... Bis zu einem gewissen Alter mag das Kind, so zweifelhaft die Methode pädagogisch ist, wohl solcherart zu manipulieren sein, erwachsene Menschen reagieren auf Gefühlsmanipulation aber in der Regel mit Reaktanz. Und die sieht in Fragen der Gesundheit so aus, wie wir es derzeit beobachten: Man geht mit Bagatellen in den Notfall, holt Zweitmeinungen und Drittmeinungen ein und traut dann doch keiner Medizinerin und keinem Mediziner. Die Leute machen sich mit dem Selbstanspruch einer nicht realistischen Patientenautonomie verrückt und wollen jedes noch so komplizierte medizinische Leiden genauso gut verstehen wie die Experten. Verloren das Vertrauen, welches die Basis jeder professionellen Zusammenarbeit ist und in der Medizin, wo Arzt und Patient zusammen an der Gesundheit arbeiten, die Grundlage des Heilungserfolgs.

Das Problem ist allerdings, dass sich die Narrative der Versicherer in den Köpfen eingebrannt haben und auch in den Institutionen und Abläufen operativ manifestiert. Die Wirtschaftlichkeitsverfahren sind die stärkste dieser operativen Manifestationen. Seit Jahren schaffen sie eine de facto Rationierung, indem sie systematisch hohe Behandlungskosten als Überarztung identifizieren, was den Praxen gar keine andere Wahl lässt als die Unterversorgung der bedürftigsten Patientinnen und Patienten. Die Fachgesellschaften reichen Streichlisten unnötiger Behandlungen bei Choosing Wisely ein, um sich dem Druck zu entziehen, oder sie gehen so weit wie im Fall der Rationierung von cholesterinsenkenden Statinen, ihre Leitlinien einer ökonomischen Hochrechnung anzupassen, die von uns als falsch entlarvt worden ist. Wer heute adäquat versorgt, der muss sich auf den moralischen Zeigefinger gefasst machen, auf den Vorwurf der Verschwendung und der persönlichen Bereicherung auf Kosten der Allgemeinheit.

Es stellt sich nun die Frage, ob hier wirklich nur die Kosten des Gesundheitswesens gemeint sind oder nicht vielleicht auch jene unserer Sozialwerke. Denn wohin die Rationierung führt, dazu gibt uns das Interview mit Frau Krones einen Hinweis. Auf die Frage, wie ethische Grundsätze gewahrt werden könnten, wenn das Gesundheitsbudget gekürzt werden müsse, antwortet sie: «Wir können von Ländern wie Costa Rica lernen ...» Die Lebenserwartung Costa Ricas ist im Ländervergleich allerdings auf Platz 58 und die der Schweiz auf Platz 11. Ist die in der Charta der ABIM Foundation formulierte vierte Pflicht der Medizin, Ressourcen zu schonen, also dahingehend zu verstehen, dass sie durch Behandlungsverweigerung am Einmitten einer Lebenserwartung arbeiten soll, damit sie den Hochrechnungen und Vorgaben der Ökonomie gerecht wird? Und wie soll diese moralische Bankrotterklärung in der Praxis funktionieren? Vielmehr: Welche Art Mensch fühlt sich von einer solchen Korruption menschlicher Werte angesprochen, die Mühsal eines Berufslebens als Medizinerin oder Mediziner auf sich zu nehmen?

Wege aus der Denk-Sackgasse

Die Medizin wäre besser beraten, die Aufgabe, welche ihr unrechtmässig aufgebürdet wurde, an die Ökonomie zurückzuweisen. Wir sollten von ihr keine Bevormundung der Medizin mehr akzeptieren, sondern Lösungen fordern, wie unser Gesundheitswesen zu finanzieren ist, mit Massnahmen, die den Kriterien einer aufgeklärten, gerechten Gesellschaft genügen. Niemand muss sich dafür rechtfertigen, ein gesundes, langes Leben anzustreben, denn dieser Wunsch ist menschlich, und auch für eine Krankheit sollte man sich nicht schämen müssen. Wir sollten damit beginnen, anstatt Betroffene und die sie Behandelnden für die Folgen von Krankheiten büssen zu lassen, die Verursacher in die Pflicht zu nehmen. So wäre etwa anstelle des Büssens der Behandlungsverursacher eine Besteuerung der Krankheitsverursacher ein Ansatz für mehr Gerechtigkeit. Wir haben dies in einer Notiz angerissen und sind offen, uns über unsere Idee auszutauschen. Es kann nicht sein, dass die Ökonomie sich daran bereichert, Bedingungen zu schaffen, die krank machen, um dann bei der Finanzierung der Behandlungen dieser Krankheiten zu knausern, die behandelnde Medizin in die Bittsteller-Rolle zu bringen und in eine Rationierungs-Pflicht zu nehmen.

Wird diese Rationierung dann auch noch als Einsatz zum Wohle der Patientenautonomie verkauft, so hat dies etwas Zynisches. Sollte es tatsächlich unumgänglich sein, die Lebenserwartung insgesamt zu senken, um die Sozialwerke unserer Alters- und Invalidenversorgung zu entlasten, so würde der autoritäre Weg mehr Akzeptanz einfahren, als hinterlistig an eine Patientenautonomie zu appellieren, die dann nur gilt, wenn die Patientinnen und Patienten ihre «Autonomie» so wahrnehmen, dass sie auf teure Behandlungen verzichten und eine Senkung ihrer Lebenserwartung akzeptieren. Beides schafft im Ergebnis allerdings eine Gesellschaft von Egoisten. Wer weiss, dass die Gemeinschaft im Bedarfsfall nicht für ihn sorgt, der hat wenig Motivation, sich für diese Gemeinschaft zu engagieren. Er ist geneigt, seine eigenen Präferenzen zu bedienen und sich von ihr zu holen, so viel er kann, so lange er kann. Dies wäre wohl auch der Typ Mensch, der sich als Medizinerin oder Mediziner in eine solcherart zweifelhafte Rolle schicken liesse. Das stellte dann allgerings einen Bruch mit Werten dar, die unser Land über lange Zeit und in manch einer turbulenten Zeit der Geschichte als stabile Insel von Wohlstand und sozialem Frieden etabliert haben. Wir sollten dies nicht aufs Spiel setzen.

Die Ökonomie ist nun gefordert, Lösungen zu erarbeiten. Wir sollten sie nicht mehr damit durchkommen lassen, ihre Aufgaben an die Medizin zu delegieren, um sich in der Rolle der Retterin zu profilieren, zu viel steht mit dem Gesundheitswesen auf dem Spiel. Auch dürfte allen klar sein: Es ist die Arbeitsteilung, die am Anfang jeder Zivilisation steht, und es ist die Vermischung von Aufgaben, welche die Ausgewogenheit der gesellschaftlichen Teilsysteme und damit die Stabilität der Gesellschaft insgesamt in Gefahr bringt. Es wäre gefährlich, darauf zu hoffen, die manipulative Umdeutung von Begriffen bleibe unerkannt. Denn auch dies dürfte allen klar sein: Wenn ein so zentraler Begriff wie der Begriff der Autonomie derart offensichtlich manipuliert wird, dann steht im Grunde alles zur Disposition, was unser Leben lebenswert macht und was moderne, aufgeklärte und demokratische Gesellschaften von barbarischen Diktaturen unterscheidet.