

Briefe an die SÄZ

Das neu geartete Genfer Gelöbnis entspricht einem Staatsstreich

Brief zu: Wiesing U, Parsa-Parsi R. Der Weltärztebund hat das Genfer Gelöbnis revidiert. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(8):247–9.

Das neu geartete Genfer Gelöbnis, verabschiedet an der 68. Generalversammlung des Weltärztebundes am 14. Oktober 2017 in Chicago, entspricht einem Staatsstreich. Mit der Einführung des Wellbeing des Arztes und der Ökonomisierung bricht es mit der humanitären Tradition, an die gerade im Genfer Gelöbnis von 1948 angeknüpft werden sollte, nachdem durch die Teilnahme zahlreicher Ärzte an Gräueltaten, nicht nur in Nazideutschland, viele Menschen das Vertrauen in die Ärzte verloren hatten. Die Einführung des Wellbeing ist ein Schlag ins Gesicht für alle Notleidenden und Kranken auf dieser Welt und deren Ärzte, die bis zur Erschöpfung versuchen, Krankheiten zu heilen und Leben zu retten. Die Quellenlage, auf die Wiesing verweist, um zu belegen, dass erwiesen sei, dass «ermüdete» Ärzte unnötige Fehler machen, ist dermassen dürftig, dass es jedem verantwortungsvollen Arzt die Schamesröte ins Gesicht steigen lässt, zu dieser Berufsgruppe zu gehören. Wiesing verweist zum Ersten auf ein «WMA Statement On Physicians Well-Being», verabschiedet an der Generalversammlung der WMA in Russland im Oktober 2015, in der die Vertreter der WMA sich darauf einigten, diesem Aspekt Beachtung zu schenken, ohne Beleg für die Notwendigkeit. Die zweite Literaturquelle ist eine Abhandlung von Wiesing selbst im Sinne philosophischer Erwägungen über die ethischen Dilemmata von Ärzten, die sich an feste Arbeitszeiten halten, um ebenfalls auf äusserst dürftiger Quellenlage zum Schluss zu kommen, dass Wellbeing für die Ärzte notwendig ist, da sie andernfalls ihren Patienten Schaden zufügen können (insbesondere unter Berücksichtigung der Genderproblematik und von Arbeitszeitverkürzungen in Spitälern der industrialisierten Länder). Der Beleg, auf den Wiesing verweist, ist also kei-

ner und es gibt ihn nicht. Die angeblich neue Errungenschaft, dass nicht nur Schüler ihre Lehrer zu respektieren haben, sondern auch umgekehrt, ist geradezu lächerlich, beschreibt doch das Genfer Gelöbnis ebenso wie der hippokratische Eid eine Lebenshaltung desjenigen, der den Beruf des Arztes ausübt, eine Lebenshaltung, die sich nicht nur auf die unmittelbare Ausübung der Profession beschränken darf, also selbstverständlich auch den Respekt gegenüber Schülern wie auch gegenüber jedem andern Menschen impliziert. Die Tradition des Genfer Gelöbnisses hat bewusst die Frage der Ökonomisierung der ärztlichen Tätigkeit nicht berücksichtigt gehabt (die in jeder Diktatur eine Rolle gespielt hat), ebenso wie dies beim hippokratischen Eid der Fall war, um hervorzuheben, dass der Arzt immer seinem Patienten verpflichtet ist und mit den vorhandenen Möglichkeiten (die in einem Industrieland anders sind als in einem Kriegsgebiet) alles tut, um Krankheiten zu heilen und Menschenleben zu retten. Mit der Einführung des Wellbeing und der Ökonomisierung in das Gelöbnis sind Grundlagen geschaffen, die geeignet sind, dass entsprechend disponierte Ärzte sich legitimiert fühlen können, unter dem Deckmäntelchen der Humanität Menschenleben zu zerstören, wobei den Schöpfern dieser Kreation vielleicht zugutegehalten werden darf, dass sie nicht wissen, was sie tun. In einer Welt, in der wie 2016 in Kolumbien geschehen die «Mafia», spricht die FARC, den Friedensnobelpreis erhält, wäre es dringlich gewesen, dass die Ärzte zum Ausdruck bringen, dass sie ungeachtet der Wirrnisse in dieser Welt in der Lage sind, an ihren humanitären Grundlagen festzuhalten.

Dr. med. Catja Wyler van Laak, Zürich

Genfer Gelöbnis revidiert

Brief zu: Wiesing U, Parsa-Parsi R. Der Weltärztebund hat das Genfer Gelöbnis revidiert. Schweiz Ärztezeitung. 2018, 99(8):247–9.

Vielen Dank für den Artikel und Lob für die Arbeitsgruppe. So wenig und so Wichtiges einzubringen, grenzt heute schon fast an ein Wunder. Mir geht es aber um etwas Anderes. War ich damals krank, auf Reisen, einfach un aufmerksam oder nicht eingeladen? Ich kann mich nicht entsinnen, jemals aufgefordert worden zu sein, irgend ein Gelöbnis abzugeben. Den Eid des Hippokrates haben wir im Griechischunterricht übersetzt, aber ich habe ihn nie schwören können, dürfen, müssen.

Ging das meinen Kolleginnen und Kollegen auch so? Oder eben fiel ich wie oben gesagt durch die Maschen? Ich studierte übrigens in Zürich.

Dr. med. Mario Etzensberger, Windisch

Umgang mit Sterben und Tod

Brief zu: Kind C. Revidierte Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod. Schweiz Ärztezeitung. 2017;98(49):1642–3.

In den revidierten Richtlinien der SAMW wird versucht, zwischen verschiedenen Wertvorstellungen zu vermitteln. Dies führt zu störenden logischen Widersprüchen. So lehnen die im Anhang erwähnten allgemein anerkannten Ziele der Medizin eine aktive Beendigung des Lebens ab. Standesethisch wäre somit von der ärztlichen Suizidbeihilfe klar Abstand zu nehmen. Stattdessen wird es dem einzelnen Arzt überlassen, ob dies für ihn selber mit den Zielen der Medizin vereinbar sei oder nicht. Damit wird einer moralischen Subjektivierung Vorschub geleistet und auf eine klare standesethische Position verzichtet. Die Richtlinien bleiben in wichtigen medizinethischen Fragen ambivalent. Die Aufforderung zur Respektierung berufsethischer Normen wird zur kraftlosen Worthülse. Auch die Aufnahme von SAMW-Richtlinien in die Standesordnung der FMH ändert nichts Entscheidendes, wenn angesichts nicht vertretbarer Praktiken bei der ärztlichen Suizidhilfe [1] keine klaren Konsequenzen gezogen werden.

Die etablierte Suizidhilfepraxis wird in der Schweiz nicht mehr ernsthaft hinterfragt. Zudem breitet sich eine Nivellierung ethischer Grenzen auch unter Medizinern aus. Man beachte dazu die Stellungnahmen von H. Stalder [2] oder von G. D. Borasio, der sich auch Suizidhilfe für Hochbetagte vorstellen kann [3]. Die neuen Richtlinien kennen eine allgemeine Ausweitung der Suizidhilfe auf Patienten mit Sterbewunsch [4]. Ältere Menschen und Lebensmüde mit «unerträglichen» Funktionsstörungen im Alltag werden angesichts der flexiblen Ausführungen davon nicht auszunehmen sein. Medienpräsenz, Lobbyarbeit und semantische Veredelungen durch Suizidhilfeorganisationen (Freitod) verfehlen ihre Wirkungen nicht und haben zu einem Gewöhnungseffekt geführt.

Ein Blick über die Grenzen lohnt sich, wenn er nicht nur an Belgien, Holland oder Oregon haften bleibt. Stellungnahmen wie diejenige

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

der Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin in Deutschland gegen den ärztlich assistierten Suizid oder der British Medical association gegen «all forms of assisted dying» [5] werden in der Schweiz vermisst.

Bei der Suizidhilfe gibt es zumindest bei schwer Behinderten praktische Übergänge zur Tötung auf Verlangen. Eine Studie über Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz zeigt, dass 2013 trotz Verbot in 11 Fällen effektiv eine Tötung auf und in 25 Fällen gar ohne Verlangen erfolgt ist [6]. Dieser Befund ist bis heute stillschweigend übergangen worden.

Im aktuellen Paradigma des selbstbestimmten Sterbens besteht die Gefahr, dass der Arzt zum Dienstleister degradiert wird, etwa wenn ein urteilsfähiger Patient das Abstellen eines Respirators verlangt, und er im Grunde gegen seine eigene Überzeugung handeln soll. Hier zeigt sich auch die wenig beachtete Grauzone zwischen Absicht und In-Kauf-nehmen.

Kritisch ist auch die kontinuierliche Sedierung bis zum Tode wegen ihrer möglichen Statthalterfunktion für die Tötung mit oder ohne Verlangen. Trotz Hinweis auf fachliche Standards wird es schwierig, in diesem Kontext übliches medizinisches Handeln von aktiver Lebensbeendigung zu unterscheiden.

Max Horkheimer, Vertreter der Frankfurter Schule schrieb vor 48 Jahren: «Ohne Hinweis auf ein Transzendentes wird Moral zur Sache von Geschmack und Laune». Auch darüber wäre heute wieder nachzudenken.

Dr. med. Peter Ryser-Düblin, Seftigen

- 1 Zentrale Ethikkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Probleme bei der Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe. Schweiz Ärztzeitung. 2012;93(11):411–2.
- 2 Stalder H. Sterbehilfe – welche Rolle übernimmt der Arzt? Schweiz Ärztzeitung. 2018;99(6):194.
- 3 Borasio GD. Replik zu den drei vorangegangenen Briefen. Schweiz Ärztzeitung. 2015;96(50–51):1854.
- 4 Mediengespräch der SAMW vom 17.11.17
- 5 Dokumentiert in: Was heisst in Würde sterben? Springer 2015
- 6 JAMA 2016, 176, 555–6; Swiss Med Wkly 2016, 146, w14307

Haben wir keine anderen Probleme?

Brief zu: Kovic M. Werkzeuge gegen kognitive Verzerrungen im klinischen Alltag. 2019;99(6):185–7.

Nach dem Lesen des Artikels in der SÄZ habe ich gerade mit Erfolg in der pädiatrischen Praxis einen 6-jährigen Jungen behandelt. Die Verzerrungen dieses Problems des klinischen Alltags habe ich erkannt, mein Gehirn nach Heuristiken abgefragt und angestupst (*nudging*) und endlich die NaCl-Tropfen verschrie-

ben, im Einklang mit dem *debiasing* für teure Medikamente.

Übrigens empfehle ich auch das *nudging* in der Beratung Obstipierter, da diesem Krankheitsbild ja offensichtlich eine kognitive Verzerrung zu Grunde liegt. Mit einem erlösenden Aah kann man dann vom *debiasing* Gebrauch machen. Dies ist doch eine super Anwendung im klinischen Alltag.

Eine solche kognitive Verwirrung kann dem noch einigermassen vernünftig denkenden Mediziner im klinischen Alltag nur von jemandem vorgeschlagen werden, der noch nie im klinischen Alltag dabei gewesen ist. Ich empfehle jedem Leser dieser Zeilen, sich in die Internetseite der ars cognitionis, der Quelle des vorliegenden Artikels, einzuloggen, um die hehren Ziele dieser Gmbh mit selbst ernannten Businessangels zu erkennen. Man fragt sich allen Ernstes wie eine Zeitschrift der Standesorganisation für Mediziner zur Publikation eines solchen Artikels kommt. Haben wir keine anderen Probleme als die hier dargestellten? Es wäre wirklich mal zu empfehlen, die Publikationsstruktur dieser Zeitschrift zu überdenken, um die kognitive Verzerrung zu erkennen. Wie die ars cognitionis auf ihrer Homepage wörtlich schreibt, vertreibt sie keinen Bullshit; einen grösseren als den hier dargestellten habe ich noch nie gelesen.

*Prof. em. Dr. med. Martin H. Schöni,
Münsingen
Ehemals Chefarzt kindermedizinische
Poliklinik, Universität Bern, Inselspital*

Medizinische Anwendung von Cannabis: Evidenz statt Vorurteile!

Die administrativen Hürden für die medizinische Anwendung von Cannabis sind gemessen am Nutzen-Risiko-Profil anderer Substanzen (Opiate, Benzodiazepine) unverhältnismässig hoch. Ausserdem ist der Patient betreffend Kostenübernahme der Willkür der Krankenkassen ausgeliefert, mit teilweise gravierenden Folgen.

Eine hochbetagte Patientin litt an ausserordentlich starken chronischen Schmerzen, welche auf verschiedene Analgetika ungenügend angesprochen hatten. Sie erlebte eine eindrückliche Verbesserung der Schmerzen und der Lebensqualität durch Cannabis-Tropfen («zum ersten Mal seit Jahren fühle ich mich wieder wie ein Mensch»). Leider wurde die Kostengutsprache nicht verlängert. Dies trotz Therapiekosten, die deutlich geringer waren als die Kosten von z.B. Targin oder Palexia, so dass die Therapie eindeutig wirksam, zweckmässig und wirtschaftlich war. Zer-

mürt durch die quälenden Schmerzen und den Kampf um die Kostenübernahme, hat sich die Patientin mit einer Überdosis von Medikamenten das Leben genommen.

Eine vom Bundesamt für Gesundheit finanzierte Metastudie hat eine gute Wirkung insbesondere bei chronischen oder bei durch Krebs verursachten Schmerzen sowie bei MS-bedingter Spastik belegt. Auch bei Übelkeit als Nebenwirkung einer Chemotherapie, bei Gewichtsverlust von Aidskranken, bei Schlafstörungen sowie dem Tourette-Syndrom zeigten sich positive Auswirkungen [1]. Die Nebenwirkungen werden meist gut toleriert.

Es ist höchste Zeit, dass die administrativen Hürden sowie die Politik der Kostenübernahme der Evidenz angepasst werden und dass wir verschreibenden Ärzte die Indikation gemäss wissenschaftlichen Kriterien stellen, anstatt diese therapeutische Option aufgrund von Vorurteilen unseren Patienten vorzuenthalten.

Sachs et al. schrieben treffend [2]: «The side effects of conventional medications are weighted against the potential benefits, but this same logic is rarely applied to discussions of medical cannabis. [...] Given these findings one option for the future direction of research on cannabis is to approach cannabis as a legitimate therapeutic agent. This would include reclassification, as well as more stringent and uniform supervision of its use and distribution in a safe, ethically, and scientifically justified manner.»

*Dr. med. Maja Strasser,
Fachärztin Neurologie, Solothurn*

- 1 Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for Medical Use. A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA. 2015;313(24):2456–73.
- 2 Sachs J, McGlade E, Yurgelun-Todd D. Safety and Toxicology of Cannabinoids. Neurotherapeutics. 2015;12(4):735–46.

Oralmedizin: Interdisziplinarität fördern

In naher Zukunft wird sich der klassische zahnärztliche Beruf stark ändern, denn eine Vielzahl von Erkrankungen der Mundhöhle, des Kopf- und Halsbereiches sind zu diagnostizieren und zu therapieren. Vor allem gibt es immer wieder neue Erkenntnisse über Zusammenhänge oraler Erkrankungen mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und Krankheitsbildern. Im Allgemeinen ist bekannt, dass parodontale Erkrankungen das Risiko für kardiovaskuläre Beschwerden erhöhen und einen Risikofaktor wie z.B. Rauchen und Diabetes darstellen. Das Wechselspiel von Diabetes und Parodontitis ist geläufig. Die

orale Medizin wird damit für den Zahnarzt in Zukunft ein Aufgabengebiet, das ihm zunehmend auch neue Chancen eröffnet. Nicht selten gehen Patienten öfter zum Zahnarzt als zum Hausarzt bzw. zu einem Spezialisten wie Kardiologen, Dermatologen oder Onkologen. Aber auch das Gegenteil kann zutreffen, nämlich dass Patienten seltener zum Zahnarzt gehen als zu ihrem Hausarzt.

Die Oralmedizin sollte deshalb auch in der allgemein-internistischen Medizin mehr Beachtung finden und einen höheren Stellenwert anstreben. Verstärkte Kooperationen mit den Zahnmedizinern in vernetzten Strukturen eröffnen grosse Chancen, dass sich die Oralmedizin zugunsten der Patienten entwickeln kann. Dies bedingt jedoch, dass sich diese Disziplin erkennbar in beiden Richtungen entwickelt, denn nur so wird sich die Oralmedizin durchsetzen.

Obwohl die Zusammenhänge zwischen Mund- und Allgemeingesundheit beiden Medizinerguppen teilweise bekannt sind, gibt es selten interdisziplinäre Kontakte oder Konzepte. Folgende Aspekte sollen die Problematik verdeutlichen: Alte bzw. geriatrische Patienten stellen Zahnärzte vor Herausforderungen praktischer Art, etwa in Bezug auf Verständigung (Schwerhörigkeit, Denk- und Merkfähigkeit), Bewegung (Gangunsicherheit, Sehschwäche) und Durchführung der Behandlung (muskuloskeletale Erkrankungen, Schmerzen, Tremor). Zudem müssen Grunderkrankungen und Pharmakotherapie in den Behandlungskonzepten berücksichtigt werden. Dies be-

rührt auch die momentane sowie mittelfristig zu erwartende Veränderung im sozialen Umfeld des Patienten (Übergang aus der Selbständigkeit in Pflegesituationen). Für Patienten in Pflegeheimen oder Hospizen gilt dies umso mehr. Daher ist häufig auch eine Rücksprache mit betreuenden Haus- und Fachärzten sowie Pflegenden und Angehörigen notwendig.

Gemeinsame und regional durchgeführte Fortbildungen oder interdisziplinäre Workshops und/oder Qualitätszirkel könnten einen wesentlichen Beitrag zur Entwicklung der oralen Medizin beisteuern, ergänzt durch Fachartikel in medizinischen und zahnmedizinischen Medien.

Rudolf Wartmann, Wettingen

Der Mensch ist das Mass aller Dinge

Die Psychiatrische Klinik Münsterlingen, bzw. deren ehemaliger Direktor Prof. R. Kuhn, steht, ähnlich wie mehrere andere psychiatrische Kliniken, seit einiger Zeit im Kreuzfeuer der Kritik wegen unerlaubter Medikamentenversuche. Der Regierungsrat des Kantons Thurgau hat eine grosse Studie in Auftrag gegeben, um abzuklären, unter welchen Bedingungen die Medikamentenversuche in Münsterlingen von Anfang der 50er Jahre an stattgefunden hätten. Die Verdienste von Kuhn für die Entdeckung des ersten Antidepressi-

vums erfahren eine Schmälerung durch sein angeblich ungenügend behutsames Vorgehen zum Schutze der Patientenrechte. In einem grösseren Zusammenhang mit diesen Untersuchungen stellt sich eine Frage, die ebenfalls genauer Reflexion bedürfte.

Wie ist es möglich, dass zwischen 1969 und 1974 (Aufenthaltszeit des Autors in der Psychiatrischen Klinik als Assistenzarzt) die Klinik mit circa 700 stationären Patienten einzig vom Direktor, zwei Oberärzten und vier Assistenzärzten versorgt werden konnte? Diesen Zahlen stehen heute in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen für angeblich 260 stationäre Patienten ein Chefarzt, 18 Oberärzte und 20 Assistenzärzte gegenüber. Natürlich hat sich die Aufenthaltsdauer der Patienten stark verkürzt, kaum hingegen das psychopathologische Profil derselben. Die zur Verfügung stehenden therapeutischen Methoden sind unter den heutigen Bedingungen sicher vielfältiger und gestatten eine bessere Behandlungseffizienz.

Bei Betrachtung der gegebenen Zahlen stellt sich doch ein gewisses Unbehagen ein mit der Frage, wo das richtige Mass eines therapeutischen Aufwandes zu liegen habe. Wo früher ein eindeutiges Ungenügen des therapeutischen Angebotes bestanden hat, findet man heute vielleicht ein Übermass jenseits eines sinnvollen therapeutischen Einsatzes. Leider findet man in Zeiten konstruktiver Reformen nicht sofort das optimale Mittelmass.

Dr. René Bloch, Psychiater, Therwil

Aktuelles Thema auf unserer Website –

www.saez.ch/de/tour-dhorizon



Interview mit Franz Immer, Direktor Swisstransplant

«Ein Register schafft Klarheit und Sicherheit.»

Weshalb es nun an der Zeit ist, auch in der Schweiz über die Einführung der Widerspruchslösung bei Organspenden nachzudenken.



Die Ärzteschaft ist offen für neue Finanzierungsmodelle

Repräsentative Studie im Auftrag der FMH.