

Briefe an die SÄZ

Selbstbestimmtes Sterben: Sicht des Betroffenen

Brief zu: Kunz R, Rügger H. Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin. Schweiz Ärtzeitung. 2018;99(5):156–8.

Der Artikel hinterlässt einen zwiespältigen Eindruck.

Das Leben gehört nur dem Einzelnen selbst. Und wie dieses «sein Leben» dem Tod zu übergeben ist, ist Folge der eigenen, selbst getroffenen Entscheidung. In unserer säkularisierten Gesellschaft ist das Schicksal abgelöst durch die selbständige Wahrnehmung der eigenen Interessen. Die Orientierung an einer Welt danach oder an einer versprochenen Erlösung fällt so weg.

Auffallend ist der Duktus des Artikels. Der einzelne Mensch, der die Entscheidung des Todeszeitpunktes selbst bestimmt, kommt nicht zu Wort. Ihm werden Ängste und Überforderung zugeschrieben. Die Entscheidungsverantwortung wird dem Patienten «überbürdet», gemäss Text. Diese Denkweise entlarvt die paternalistische Haltung der Ärzte, die den Artikel schrieben.

Offenbar ist aus diesem ärztlichen Verhaltenstyp heraus vergessengegangen, dass für die Menschen mit einer schweren, den Alltag deutlich behindernden Krankheit, Leiden oder Krankheiten eine lange Zeit des Nachdenkens und Beurteilens bis zum Entscheid der Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes vorausgeht. Gespräche im Sinne von Zuhören und Unterstützung der Denkweise mit Angehörigen und Freunden des Betroffenen sind üblich auf dem Weg zur Entscheidung. Organisationen wie Exit bieten zusätzliche Hilfe und Begleitung durch Freitodbegleiterinnen und Konsiliarärzte. Diese positive Zusage und dieses nicht indirekt moralisierende Einverständnis der Beteiligten zur Selbstbestimmung ist die grundlegende menschliche Hilfe beim Sterben.

Ethik kann nicht verordnet werden. Sie wird aber in den SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» inhärent postuliert. Das «ethische» Handeln muss jeder Mensch beim Zeitpunkt des Handelns selbst verantworten. Seine Haltung kann er nie dem anderen aufdrängen. Ethische Richtlinien können einen Hinweis der vorherrschenden Handlungsrichtung geben, aber niemals bindend sein. Die im Artikel erwähnte Gesprächskultur kann nur gelernt werden mit der eigenen Auseinandersetzung mit seinem Leben und Sterben. Können junge Ärzte dies vollziehen?

Das ärztliche Gelöbnis der DEKLARATION VON GENÈVE besagt, dass der Arzt sich als Arzt

in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen hat. Die Gesundheit und das Wohlergehen der betreuten Patientin oder des Patienten werden das oberste Anliegen sein. Die Autonomie und die Würde der Patientin oder des betreuten Patienten müssen respektiert sein. Genau dieser Respekt gegenüber der anderen Meinung und Entscheidung führt dazu, dass ich bereit bin, nach den Gesprächen mit Menschen, die die feste Überzeugung nach Selbstbestimmung äussern und dies über eine Patientenverfügung auch festgehalten haben, das Natrium-Pentobarbital zu verschreiben und den Betroffenen positiv zu unterstützen.

Dr. med. Frank Achermann, Luzern

Ob lebenswertes Dasein (dank Palliative Care) oder nicht – Hauptsache «selbstbestimmtes Lebensende»?

Brief zu: Kunz R, Rügger H. Selbstbestimmtes Sterben als Herausforderung an die Medizin. Schweiz Ärtzeitung. 2018;99(5):156–8.

Die ganze Argumentation erscheint inkonsistent. Zum Beispiel: Wieso zitieren die Autoren denn die Juristin R. Aebi-Müller (S.157), die sinngemäss äussert, die Forderung nach Selbstbestimmung werde (im Sinne eines ungenügend begründeten Sachzwangs?) überstrapaziert – wenn sie den Vorteil eines späteren – statt früheren – Ablebens einem sich keineswegs aufdrängenden «neuen Paradigma» zuliebe in Frage stellen, als lohne sich ein noch lebenswertes Dasein nicht auf jeden Fall? Am besten die ganzen Argumentationsversuche («Eigenentscheidung am Lebensende», «Kunst des Ablebens», «planbares Ableben als Grundzug der modernen Gesellschaft», «therapeutisches Ableben» (!), «lebenswerter Hinschied» (?) als gestaltetes Ableben») dadurch ersetzen, dass man auf die Lebensqualität i.S. des Behilflichseins zu einem erträglichen, weniger leidvollen Dasein dank Palliative Care achtet! Wenn durch letztere eine genügende Lebensqualität möglich ist, kann sich das Dasein noch lohnen, es sind noch neue Erfahrungen (anstelle eines «neuen», z.B. durch uneingestandene Entsolidarisierung bis zum sich scheinbar selbst legitimierenden Unterlassen von Hilfeleistung entstehenden Paradigmas in der Gesellschaft), neue Einsichten, sogar eine neue Freundschaft, die dem Dasein einen Sinn geben kann, möglich. «Bis dass – wenn schon – der Tod die beiden mit einander Befreundeten 'scheidet'» – dann hat es sich jedoch gelohnt, eine willkürliche «Eigenentscheidung»

oder «Planung der (Lebens-)Zeit» vermieden zu haben. Wenn jemand sich – um irgendein «neues Paradigma», hinter dem der gesellschaftliche Wunsch nach sich selbst erlaubter Unsolidarität steht, nachzuvollziehen – gegen sein Dasein entscheidet, verpasst er vielleicht die Altersweisheit (falls es sie gibt) oder eine Lebenserkennntnis, eine Antwort auf eine «zeitlebens» gehegte persönliche Frage usw. Wie möchten die in die offenbar doch etwas unselbige, weil fast schon verfängliche Wortschöpfung «Autonomie» (wörtlich «Sich sein eigenes Gesetz geben», als wäre man autistisch oder gar unfehlbar) verliebten Autoren ausschliessen, dass jemand, dem sie gemäss ihrer Sichtweise erklären, «wir müssen davon wegkommen, dass ein späterer Tod mit grosser Wahrscheinlichkeit ein besserer Tod sei» vielleicht doch noch eine Frage – die sie ihm allenfalls nicht beantworten können – hat?

Peter Süssstrunk, Arzt i.R., Seewis

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 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. Zermürbt 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.

Durch Patienten selbst verursachte Kosten – nicht bei Übergewicht!

Brief zu: Kühni M. Durch Patienten selbst verursachte Kosten. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(5):141–2.

Sehr geehrter Herr Kollege Kühni

Bezugnehmend auf Ihre am 31.1.2018 veröffentlichten Anregungen zu Einsparungen im schweizerischen Gesundheitswesen an Kosten, die durch den Patienten selbst verursacht werden, ist Ihnen in einem Punkt klar zu widersprechen:

Bei Adipositas/Übergewicht sollen die Patienten alle 2 Jahre gewogen werden und es sei dementsprechend ihre Prämie der Krankenkasse zu berechnen.

Dafür gibt es aus wissenschaftlicher Sicht keine sachliche Grundlage: der Energiestoffwechsel des Menschen ist genetisch determiniert, Wissenschaftler haben genug Grundlagen und Studien dazu geliefert, dass Übergewicht durch eine ungünstige «obesogene» Umwelt mitbedingt ist (s. Tim Lobstein 2004). So ist es heuchlerisch, einerseits zu wissen, dass fette und süsse Nahrungsmittel

ein Suchtverhalten auslösen, aber dennoch Fettes, Süsses und industriell verarbeitetes Essen anzubieten und dann an die Mündigkeit des Schweizer Bürgers zu appellieren! Aus der Geschichte wissen wir, dass die Adipositas-Epidemie kein individuelles Versagen ist, sondern Ausdruck einer gesellschaftlichen Entwicklung (Früher gab es keine Adipositas-Epidemie!), in der zum Glück die Schweiz noch eine relativ gute Position innehat.

Es macht keinen Sinn, die Betroffenen weiter zu stigmatisieren! Ich möchte also anregen, dass wir die obesogenen Umweltfaktoren senken, z.B. durch mehr Schulsport und Förderung von günstiger Nahrung und Stressreduktion. Jeder Bürger hat ein Recht auf angemessene Behandlung seiner Krankheiten, zu denen die Adipositas zählt.

*Prof. Dr. med. Dagmar l'Allemand
Co-Präsidentin AKJ – Fachverband Adipositas
im Kindes- und Jugendalter, Aarau*

Plädoyer zur Wiedereinführung der Hasler-Studie

Brief zu: Künz K, Strub S. Einkommen der Ärzteschaft in freier Praxis: Auswertung der Medisuisse-Daten 2009. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(38):1371–9.

Während über 30 Jahren veröffentlichte die FMH jährlich in der SÄZ die so genannte Hasler-Studie über die AHV-pflichtigen Ärzteneinkommen in freier Praxis. 2013 hat das Bundesamt für Sozialversicherung dies verboten mit der Begründung, die Bekanntgabe dieser Zahlen sei nicht «im überwiegenden öffentlichen Interesse». Seither wird die Studie nicht mehr durchgeführt. Mit dieser Abschaffung der Transparenz wurde auch die Kritik an den Einkommensunterschieden unter den Fachgebieten von fast 400% zwischen Spitzenreitern und Schlusslichtern weitgehend zum Verstummen gebracht.

Per 1.1.2018 ist der TARMED durch den Eingriff des Bundesrates zum ersten Mal seit seiner Entstehung erheblich verändert worden – unter dem Protest der FMH. Nun versuchen die Tarifpartner, sich auf einen neuen Tarif zu einigen. Dessen wichtigste Aufgabe besteht darin, die zur Verfügung stehenden Mittel gerecht auf alle ärztlichen Leistungen und damit auch angemessen unter den Fachgruppen zu verteilen. Wird dieses Ziel verfehlt, nehmen diejenigen ärztlichen Bereiche weiter zu, bei welchen eine betriebswirtschaftliche Praxisführung unmöglich ist.

Spätestens jetzt erweist sich die Abschaffung der Einkommensstudie als ein Fehler. Denn sie ist ein unerlässliches Instrument für die Qualitätsprüfung des Tarifs:

1. Nur sie beruht bei der wichtigsten Kennzahl – den Einkommen – nicht auf Selbstdeklaration, sondern auf den durch die Steuerbehörden verifizierten Daten.

2. Nur sie erfasst die gesamte über die AHV-Ausgleichskasse Medisuisse versicherte, frei praktizierende Ärzteschaft und leidet nicht unter mangelnden Rücklaufquoten.

Die letzte Einkommensstudie (im Jahre 2012, betreffend die Einkommensverhältnisse 2009) schloss zum ersten Mal auch eine Erhebung von Arbeitspensen mit ein. Diese zeigte, dass die Einkommensunterschiede unter den Fachgruppen nicht durch unterschiedliche Arbeitspensen erklärt werden können: Die Streuung bei den untersuchten Fachgruppen lag lediglich zwischen 73 und 102%. Und die tiefsten Arbeitspensen fanden sich nicht bei den tiefsten Einkommen.

Die Einkommensstudie sagt viel über die Qualität des TARMED aus, weil der grosse Teil der Einkommen der frei praktizierenden Ärzteschaft über ihn generiert wird. Aber sie beinhaltet auch nicht über den TARMED erzeugte Einkommen, nämlich über Selbstzahler, VVG-Leistungen, Selbstdispensation etc. Deshalb braucht es zur Qualitätsprüfung des Tarifs weitere Instrumente wie ROKO-Zahlen, Trustcenter-Daten, die regionalen Taxpunktwerte etc. Zur Ausarbeitung des neuen Tarifs sowie zur Verbesserung der Datensicherheit bei den Arbeitspensen ist auch eine Überarbeitung der Fachgruppen-spezifischen Produktivitäten unerlässlich: Hier besteht zum Teil ein von allen Tarifpartnern anerkannter Korrekturbedarf.

Einkommenstransparenz liegt auch im Interesse der Öffentlichkeit. Denn diese ist darauf angewiesen, dass die Versorgungsengpässe in den weniger beliebten Fachgebieten nicht noch weiter zunehmen. Und dass nicht wichtige ärztliche Leistungen verschwinden, weil sie nicht mehr kostendeckend abrechenbar sind. Zudem hat in der Schweiz, wo das Gesundheitswesen durch Krankenkassenobligatorium, Staatssubventionen und Versicherungen nach VVG finanziert wird, die Bevölkerung ein Anrecht zu wissen, was mit ihren Steuergeldern und den jährlich steigenden Prämien geschieht.

Das Argument, Einkommenstransparenz in der Medizin sei nicht «im überwiegenden öffentlichen Interesse», ist sachlich unhaltbar und juristisch fragwürdig. Ich appelliere an die FMH, sich für eine Abschaffung der staatlich verordneten Verschleierungstaktik und für eine Wiedereinführung der Einkommensstudie einzusetzen.

Dr. med. Rudolf Bleuler, Niederteufen