

Courrier au BMS

Krasser Gegensatz zu den differenziert und umsichtig formulierten Richtlinien

Brief zu: Ducor P, Kiefer B. Grundsatz der Autonomie: ein letztes Sakrament? Schweiz Ärztztg. 2018;99(28–29):910–2.

Der Artikel der Herren Philippe Ducor und Bertrand Kiefer kann so nicht unbeantwortet stehen gelassen werden. Wer die neuen SAMW-Richtlinien Umgang mit Sterben und Tod aufmerksam liest, wird feststellen, dass diese sehr verantwortungsvoll, ausgewogen und besonnen verfasst sind. Insofern ist es nicht statthaft und unseriös bzw. tendenziös einzelne Formulierungen isoliert darzustellen und aus engem Blickwinkel verzerrt zu betrachten. Dadurch steht der betreffende Artikel in geradezu krassem Gegensatz zu den differenziert und umsichtig formulierten SAMW-Richtlinien. Darin kann von «dogmatischem Denken» und «Rigor» keine Rede sein. Dass letztere beide von den Herren Ducor und Kiefer den SAMW-Richtlinien vorgeworfen werden, dürfte wohl vielmehr Ausdruck ihrer eigenen religiösen Gesinnung und dadurch dogmatisch bestimmten Vorgehensweise im Umgang mit gesellschaftsrelevanten Problemstellungen sein. Offensichtlich zeigt sich dies durch mehrere im Artikel verwendete Begriffe, wie der eher scheinheiligh anmutende Ausdruck «Brüderlichkeit», aber auch «Altar», «geopfert», «Sakrament» u.a.m., um diese interessanterweise den SAMW-Richtlinien zu unterstellen.

Meines Erachtens sind im Umgang mit Sterben und Tod in erster Linie altruistisch geprägte Menschlichkeit mit vorsichtig abwägendem Denken und umsichtig respektvollem Handeln fernab von Dogmen und Ritualen gefordert, wie dies in den neuen SAMW-Richtlinien in gebührender Art und Weise ausformuliert ist. In diesem Sinn möchte ich uns Ärztinnen und Ärzte ermutigen, den neuen Richtlinien zuzustimmen und so einen vernünftigen durchdachten, respektvollen und würdigen Umgang mit Sterben und Tod zu ermöglichen.

Dr. med. Walter Dinner, Wetzikon

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site Internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: www.bullmed.ch/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/

Réplique à la lettre précédente et aux cinq lettres suivantes

Nous avons pris connaissance des courriers des lecteurs parvenus à la rédaction du *Bulletin des médecins suisses* à la suite de notre article intitulé «Principe d'autonomie: un dernier sacrement?» [1].

Il est rassurant de constater que le sujet motive les lecteurs, à tout le moins les représentants des organisations d'assistance au suicide et leurs sympathisants. Le simple fait d'avoir ouvert un débat est positif, même si les émotions sont parfois au premier plan. De manière intéressante, à une exception près les nombreux témoignages de soutien que nous avons reçu par e-mail, émanant de confrères tels que généralistes, oncologues, palliativistes ou psychiatres, n'ont pas fait l'objet de courriers des lecteurs. Manifestement, la majorité silencieuse ne ressent pas la même urgence que les organisations d'aide au suicide de porter sa parole au plus grand nombre.

Aucune des critiques formulées en réponse à notre article ne répond toutefois à la question centrale, lancinante, posée par les directives de l'ASSM révisées: comment peut-on, sans ambiguïté coupable, clamer la suprématie du principe d'autonomie – «*Le caractère insupportable de la souffrance ne peut être défini que par le souffrant lui-même et ne peut lui être attribué par d'autres personnes*» (directives de l'ASSM révisées, p. 11) – pour ensuite conclure que le médecin reste juge ultime du caractère «acceptable» de la demande du souffrant (directives de l'ASSM révisées, p. 26).

La même idée est exprimée de façon limpide dans le courrier du Docteur Pierre Beck, vice-président d'Exit A.D.M.D.: «*Cette souffrance est mesurable par le patient seulement, mais c'est la tâche du médecin-conseil d'EXIT de l'examiner par rapport au dossier médical qui lui est fourni et de refuser la demande s'il doute.*» Vous avez bien lu: dans cette situation, le médecin-conseil d'Exit, désormais libéré de tout critère objectif, décide seul de la vie ou de la mort du patient. Nous pensons que le pouvoir conféré en pareil cas au médecin – qu'il soit affilié à une organisation d'assistance au suicide ou agisse en qualité de médecin traitant – est démesuré. C'est pourquoi nous estimons approprié que la déontologie médicale prévoie des critères objectifs limitant le pouvoir du médecin.

Quant aux attaques personnelles basées sur la biographie des auteurs, elles n'appellent aucune réponse. Ceux qui nous connaissent, ou ont pris la peine de se renseigner, savent pertinemment que Bertrand Kiefer s'est distancé

depuis des décennies de la doctrine catholique en matière de bioéthique et que Philippe Ducor, issu d'une famille protestante réfugiée il y a bien longtemps à Genève, n'a pas la réputation de souscrire aux thèses papistes!

Prof. Philippe Ducor et Dr Bertrand Kiefer

- 1 Ducor P, Kiefer B. Principe d'autonomie: un dernier sacrement? Bull Med Suisses. 2018;99(28–29):910–2.

Ein nicht zulässiges Zerrbild

Brief zu: Ducor P, Kiefer B. Grundsatz der Autonomie: ein letztes Sakrament? Schweiz Ärztztg. 2018;99(2829):910–2.

Philippe Ducor und Bertrand Kiefer zeichnen in ihrem Artikel ein nicht zulässiges Zerrbild der neuen SAMW-Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod. Die Autonomie werde als «letztes Sakrament» oder «sakrosankter Grundsatz» verabsolutiert und auf «dem Altar des Grundsatzes der Autonomie werde die Objektivität und gemeinsame Subjektivität geopfert». Möglicherweise haben sie diese Richtlinien nicht aufmerksam gelesen, so sind ihnen doch wichtige Passagen offenbar entgangen. Bei den Grundsätzen auf Seite 6 ist wörtlich zu lesen:

«Zweitens ist die Selbstbestimmung der urteilsfähigen Patientin zu achten. Die Umsetzbarkeit selbstbestimmter Willensäusserungen kann allerdings durch die Rechte anderer, mitbetroffener Personen – seien dies Angehörige oder medizinische Fachpersonen – begrenzt werden.

Drittens müssen vulnerable Patientinnen, die sich mit Sterben und Tod auseinandersetzen, davor geschützt werden, dass von ihnen geäusserte Wünsche unkritisch erfüllt werden, wenn Hinweise darauf bestehen, dass diese nicht ihrem aufgeklärten, freien und wohlüberlegten Willen entsprechen.»

Oder auf Seite 13:

«Ein falsch verstandener Vorrang der Patientenbedürfnisse vor denjenigen der Angehörigen kann zu deren Überforderung führen.»

Es kann keine Rede sein davon, dass hier die Autonomie über alle andern Bedürfnisse gestellt wird, vielmehr nehmen die Richtlinien auch Stellung zur schwierigen Rolle der Angehörigen und zeigen auf, wie diese unterstützt und entlastet werden können. Sie betonen die Wichtigkeit des Gesprächs über Sterben und Tod als zentrales Element in der Behandlung und Betreuung von Patienten am Lebensende. Der Selbstbestimmung wird zwar ein hoher Stellenwert beigemessen, aber ebenso

werden die Rechte mitbetroffener Personen hervorgehoben. Und die neuen Richtlinien sind nun wirklich alles andere als dogmatisch.

Als römisch-katholischer Theologe mag Bertrand Kiefer der Autonomie einen anderen Stellenwert beimessen. Persönlich bin ich froh darum, dass die SAMW wie auch das Bundesgericht die Selbstbestimmung hoch gewichtet, jedoch auch deren Grenzen aufzeigt. Und dass die Deutungshoheit der Frage, wie viel Leiden noch als erträglich zu gelten hat, beim Patienten und nicht bei der katholischen Kirche liegt.

Fast etwas naiv und fern vom klinischen Alltag mutet folglich der Vorschlag an, Menschen mit Sterbewunsch in schweren, hoffnungslosen Leidenssituationen als Alternative mit «ein wenig menschlicher Brüderlichkeit» mehr Sinn zu geben. Patienten, die ernst genommen werden möchten, werden sich damit wohl kaum zufrieden geben.

Ein weiteres Zerrbild zeichnen die Autoren mit den «eifrigen Sterbebegleitern», die bei ambivalentem Sterbewunsch nicht nein sagen könnten, getrieben vom «sakrosankten Grundsatz der Autonomie». Ambivalenz des Sterbewunsches ist eine Kontraindikation für den assistierten Suizid, sie ist nicht mit dem Kriterium der Wohlerwogenheit zu vereinen.

Ich möchte allen empfehlen, die SAMW-Richtlinien im Originaltext zu lesen. Sie sind ausgewogen, durchdacht und vernünftig. Sie achten die Autonomie von Arzt, Angehörigen und Patient.

Dr. med. Res Kielholz, Uster

Neue Richtlinien der SAMW gehören nicht in die Standesordnung der FMH

Brief zu: Ducor P, Kiefer B. Grundsatz der Autonomie: ein letztes Sakrament? Schweiz. Ärzteztg. 2018;99(28–29):910–2.

Der Schlussfolgerung der Kollegen Ducor und Kiefer aus ihren sorgfältigen, menschlich und ärztlich gut begründeten Überlegungen kann ich mich nur anschliessen: Die neuen SAMW-Richtlinien zum «Umgang mit Sterben und Tod» dürfen nicht in die Standesordnung der FMH aufgenommen werden. «Der komplette Wegfall des objektiven Kriteriums einer Krankheit, welche 'die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist', und die Orientierung am rein subjektiven Kriterium von 'Leiden, die der Patient oder die Patientin für unerträglich hält', öffnet die Tore weit für die Beihilfe zum Suizid bei Menschen, die durch fachgerechte Hilfe den Weg zurück ins Leben wiederfinden würden. Wie die Autoren schreiben, entbindet uns «der Grundsatz der Autonomie keinesfalls von der Notwendigkeit, uns

zu kümmern und die lauernde Gleichgültigkeit und Passivität zu überwinden».

Vollends stossend ist es, dass der Geltungsbereich der Richtlinien nach der Vernehmlassung, also in Eigenregie der SAMW, um «Kinder und Jugendliche jeglichen Alters sowie für Patienten mit geistiger, psychischer und Mehrfachbehinderung» erweitert wurde. Dem 10-jährigen Mädchen mit einem Karzinom, das aufgrund der Nebenwirkungen der Chemotherapie den Lebensmut verloren hat und (wiederholt) Sterbenswünsche äussert, den Becher mit Natriumpentobarbital reichen – wo sind wir denn? Tief beeindruckt hat mich in einem Workshop zum gleichen Thema die Aussage eines Patienten mit einer bipolaren Erkrankung: Es wird viel und immer mehr getan für Menschen mit einer psychischen Erkrankung – und jetzt werden diese Menschen aufgegeben? Selbstbestimmung ja. Aber dort, wo ein Mensch sich selbst verliert und die negative Sicht auf sein Leben überwiegt, braucht es einen Fürsprecher für das Leben. Dies ist eine zentrale Aufgabe des Arztes, und sie soll es auch bleiben.

Dr. med. Sabine Vuilleumier-Koch, Greifensee

Ne plus en rapport avec la réalité

Lettre concernant: Ducor P, Kiefer B. Principe d'autonomie: un dernier sacrement? Bull Med Suisses. 2018;99(28–29):910–2.

La restriction à des situations de «fin de vie» dans les directives précédentes de l'ASSM aboutissait à ce que des articles du Code de déontologie de la FMH n'étaient plus en rapport avec la réalité et restaient donc lettre morte. En effet, plus de 30% des demandes d'assistance au suicide émanent de personnes souffrant de maladies chroniques ou de «poly-pathologie invalidante liée à l'âge».

Il faut être bien éloigné de la pratique médicale pour réduire à une simple fatigue de vivre le cumul de déficits locomoteurs, sensoriels, sphinctériens, etc. et la dépendance qui devient insupportable pour certains, au point de vouloir quitter la vie. Cette souffrance est mesurable par le patient seulement, mais c'est la tâche du médecin-conseil d'EXIT de l'examiner par rapport au dossier médical qui lui est fourni et de refuser la demande s'il doute. Les alternatives telles que les soins palliatifs sont toujours expliquées. La tristesse et la souffrance existentielle, qui accompagnent en général la dégradation physique et la dépendance, ne sont pas une dépression. Seules les maladies mentales distinctes nécessitent une expertise psychiatrique au sens de l'ATF 133 I 58.

Enfin, je suis fier de revendiquer moi aussi une part de cette fraternité humaine et d'ac-

cepter les demandes fondées, répétées et discutées de personnes qui ne demandent plus rien d'autre.

Dr Pierre Beck, Petit-Lancy

Fragen an die Autoren

Brief zu: Ducor P, Kiefer B. Grundsatz der Autonomie: ein letztes Sakrament? Schweiz. Ärzteztg. 2018;99(28–29):910–2.

- Wie viele Patienten mit Wunsch nach Freitod haben Sie selbst untersucht?
- Woher nehmen Sie Ihr Wissen, dass der Wunsch nach Freitod nie eindeutig ist?
- Welchem Menschenbild oder welcher Ideologie hängen Sie selbst an?
- Könnte diese Ihre Einstellung Grund sein, an der Mündigkeit des Patienten zu zweifeln?
- Wie definieren sie «das nahe Lebensende»?
- Sind Sie sich im Klaren über Ihre Einstellung «eifrigen Sterbebegleitern» und «von ihrer Mission überzeugten Ärztinnen und Ärzten» gegenüber?

Dr. med. Klaus Bühlmann, Bern

Kritik an Suizidhilfe auf falschen Grundlagen

Brief zu: Ducor P, Kiefer B. Grundsatz der Autonomie: ein letztes Sakrament? Schweiz. Ärzteztg. 2018;99(2829):910–2.

Zum Beitrag von Philippe Ducor und Bertrand Kiefer ist vorerst zu bemerken, dass die eingangs dargestellte theoretische Annahme, «... wenn jemand einem urteilsfähigen 17-jährigen Mädchen medizinische Suizidbeihilfe leisten würde, weil es seinem Leben wegen Liebeskummer ein Ende setzen möchte ...», in sich bereits widersprüchlich ist: Wer aus Liebeskummer sein Leben beenden will, insbesondere wenn er erst 17 Jahre alt ist, der ist für diese Absicht mit Sicherheit nicht als urteilsfähig einzuschätzen. Der Beitrag geht somit schon zu Beginn von einer völlig verqueren Prämisse aus. Demzufolge kann diese Prämisse auch nicht den Grund darstellen, dass das Strafrecht durch das ärztliche Standesrecht ergänzt werden müsse, wie der Beitrag glauben machen will.

Dies ist allerdings nicht die einzige falsche Grundlage, auf welcher jener Beitrag beruht. Die zweite und wohl weit schwerwiegendere Falschbehauptung im Beitrag ist der Satz «Nach diesen [1] Richtlinien («Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» der SAMW von 2004/2013) steht die medizinische Suizidbeihilfe nur dann im Einklang mit der Standesordnung, wenn 'die Erkrankung

des Patienten [...] die Annahme [rechtfertigt], dass das Lebensende nahe ist».

Es ist längst durch schweizerische Gerichte [2], sowie durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte [3], festgestellt worden, dass die damalige «Richtlinie» der SAMW keinerlei Vorschriften enthielt, die sich auf Personen bezogen hätten, die *nicht* unmittelbar vor ihrem natürlichen Tod standen, und dass der SAMW als privater Organisation ohnehin keinerlei entsprechende Rechtssetzungskompetenz zukommt. Bei den damaligen Richtlinien hatte die SAMW selbst in deren Einleitung deren Anwendungsbereich auf unmittelbar vor dem Tode stehende Personen beschränkt, was deren Anwendung auf andere Patientenkategorien – also solche, die nicht unmittelbar vor ihrem natürlichen Tode stehen – ausschloss. Zwar wähten die SAMW und Funktionäre der FMH während vieler Jahre, mit jener Formulierung andere Patienten von medizinischer Suizidbeihilfe ausgeschlossen zu haben. Tatsächlich jedoch hat sie sich zu Fragen der Suizidhilfe durch Ärzte für Personen, die *nicht* unmittelbar vor ihrem natürlichen Ende stehen, überhaupt nicht geäußert. Die Gerichte haben dies in der Folge aufgeklärt. Die damaligen Richtlinien wurden eben nicht vorwiegend durch Juristen und Experten der Materie erstellt, sondern durch Ärztfunktionäre unter Einfluss eines nicht aus der Schweiz stammenden katholischen Moraltheologen.

Die Autoren vertreten auch die Auffassung, die neuen SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» dürften deswegen nicht in die Standesordnung der FMH aufgenommen werden, weil in diesen das «objektive Kriterium einer Krankheit» nicht mehr enthalten sei. Die Autoren kennen offensichtlich den Stand der gerichtlichen Beurteilung von ärztlicher Suizidhilfe in der Schweiz nicht. Das Schweizerische Bundesgericht hat im Jahre 2006 [4] festgehalten: «Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 EMRK gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden; dies zumindest, soweit der Betroffene in der Lage ist, seinen entsprechenden Willen frei zu bilden und danach zu handeln.» Dieser Kernsatz wurde vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte 2011 bestätigt. [5]

Wer somit solchen Personen dann, wenn sie nicht an einer binnen kurzem zum Tode führenden Krankheit leiden, ärztliche Suizidhilfe verweigern will, muss sich den Vorwurf gefallen lassen, unmenschlich zu handeln und somit – wenn es sich dabei um Ärzte handelt – gegen das Grundprinzip des Genfer Ärztegelöbnisses zu verstossen, welches von Ärztinnen und Ärzten in erster Linie verlangt, sein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stel-

len. Denn durch diese Haltung verweisen sie solche Menschen auf gewaltsame, für sie selbst und Dritte risikoreiche Suizidmethoden und nehmen somit wissentlich und willeentlich in Kauf, dass sich Menschen bei einem einsamen gescheiterten Suizidversuch schädigen. Wie dies mit der von den Autoren in Anspruch genommenen «Brüderlichkeit» zu vereinbaren ist, ist ebenso verquer und widersprüchlich.

lic. iur. Ludwig A. Minelli, Rechtsanwalt, Forch

- 1 Mittlerweile ausser Kraft gesetzt
- 2 Urteil des Strafgerichts Basel-Stadt vom 5. Juli 2012, in Erwägung 2; <https://bit.ly/2n9yDp7>:
- 3 Urteil Gross gegen die Schweiz vom 14. Mai 2013, Abschnitt 65; <https://bit.ly/2vd4bz1>:
- 4 BGE 133 I 58, Erwägung 6.1
- 5 Urteil Haas gegen die Schweiz vom 20.1.2011, § 51

Weichen in die Zukunft

Brief zu: Genewein A. Kinderspitäler leiden an systematischer Untertarifung. Schweiz Ärztztg. 2018;99(30–31):993–5.

Der Artikel von Agnes Genewein ist wichtig und muss uns zu denken geben. Ich frage mich aber, ob es zielführend ist, die eigenständigen Kinderkliniken den anderen Kinderspitälern und -ambulatorien gegenüberzustellen. Die Untertarifung ist ein strukturelles Problem, das die ganze Kindermedizin und, im Besonderen, auch die Kinder- und Jugendpsychiatrie betrifft. Die aktuellen ambulanten Tarife berücksichtigen die umfassende Netzwerkarbeit (Kindermedizin ist immer Familien- und Milieumedizin) ungenügend, und im neuen stationären Tarifsystem TARPSY drohen die notwendigen Belastungserprobungen (Urlaub mit Übernachtung der Kinder zu Hause) nicht mehr finanziert zu werden. Sowohl in der somatischen als auch in der psychiatrischen Kinder- und Jugendmedizin schreiben Spitäler und Ambulatorien Defizite oder «verstecken» diese im Klinikverbund, von dem sie Teil sind. Mit dem steigenden Kostendruck beginnt diese Querfinanzierungssolidarität zu wanken. Das ist gut so, denn es zwingt uns, dem Problem tatsächlich in die Augen zu schauen und es zu lösen. Sonst ist die medizinische Versorgung der Jüngsten, die oft wesentliche gesundheitliche, soziale und ökonomische Weichen für den weiteren Lebensweg stellt, gefährdet.

Prof. Dr. med. Alain Di Gallo, Basel

Revival der hausärztlichen Sterbebegleitung anstelle der Totmachorganisation

Brief zu: Oertle D. Vom Totmachen und vom Sterben. Schweiz Ärztztg. 2018;99(26–27):904–5.

Daniel Oertle beschreibt sehr zutreffend die zunehmende Kommerzialisierung des Todes. Von einer Patientin erfuhr ich interessante Zahlen diesbezüglich. Für jede Totmachorganisation ist eine Mitgliedgebühr zu entrichten. Zum Glück habe ich als Schweizer Arzt noch die Freiheit, dass ich nicht gezwungen bin, das tödliche Rezept für das Barbiturat auszustellen. Um dieses Rezept als Kunde bei der Totmachorganisation zu erhalten, braucht es zwei Voraussetzungen: einerseits eine komplette Diagnoseliste, um die Multimorbidität zu dokumentieren. Weiter wird eine Epikrise verlangt, wieso diese Diagnoseliste zu einem lebensunwerten Zustand führt. Andererseits wird von mir als Hausarzt eine Bestätigung verlangt, dass der Patient urteilsfähig ist beim Einreichen dieser Dokumente. Somit wird die ganze rechtliche Verantwortung von der Totmachorganisation auf den Hausarzt abgeschoben. Nach Eingang dieser Dokumente erhält der Kunde das erlösende Rezept zu einem Preis von 600 CHF. Das Rezept sei nur 6 Monate gültig und müsse dann wieder verlängert werden gegen erneute Kosten. Wenn sich der Hausarzt weigert, eine solche Dokumentation abzuliefern, dann wird es teurer. Der «ärztliche» Todesengel von der Organisation stellt dann für seine Beurteilung 1500 CHF in Rechnung.

Das gemeinsame Älterwerden mit seinen Patienten ist eben auch die tägliche Konfrontation mit dem Alter und seinen Gebrechen. Als Hausarzt ist man immer wieder damit konfrontiert. Ebenso sieht man auch die zunehmende Hilfsbedürftigkeit, die jeden von uns erwartet. Viele Menschen, welche einer Totmachorganisation beitreten, können genau diese Entwicklung nicht ertragen. Dabei sind zwei Drittel von meinen Patienten, welche alle nicht freiwillig in das lokale Pflegezentrum eintreten wollten, sehr zufrieden mit der Betreuung durch die Pflege und dass die ganze Besorgung des Haushaltes ihnen abgenommen wird. Viele davon bereuen sogar, dass sie diesen Schritt nicht schon früher gemacht haben. In den letzten Jahren hat sich ja auch die Spitex gewaltig verbessert, so dass sogar oft der Eintritt ins Pflegeheim gar nicht mehr nötig wird. Einige Patienten konnte ich gemeinsam mit der Spitex zu Hause im Sterben begleiten. Sie waren im Kreise ihrer Familie und hatten den vertrauten Hausarzt in einer solchen Extremsituation sogar auch bis um Mitternacht zur Verfügung. Es ergeben sich auch interessante Gespräche mit den Pa-

tienten, was denn so schlimm sei, wenn sie nun fremde Hilfe benötigen für die Körperpflege. Wenn man diesen Dialog mit dem Patienten schafft, dann braucht es keinen Giftbecher zum Lebensende in einer fremden Wohnung in einer Agglomerationsgemeinde der Totmachorganisation. Da können auch der Welcome-Apéro und ein modern möbliertes Sterbezimmer nicht die menschliche Wohlfühlatmosphäre verbreiten. Leider funktioniert der Todestrank nicht immer. Diesbezüglich lohnt es sich, einmal ein solches Misslingen nachzulesen in dem Buch von Dr. Christoph Held *Wird heute ein guter Tag sein?* aus dem Zytglogge Verlag. Diese dramatische Schilderung wird jeder Arzt nie mehr vergessen. Dieses qualvolle Ringen mit dem Tod über zwei Stunden geht direkt unter die Haut.

Wenn ich dieses Rezept einmal ausgestellt habe, so sinkt die Hemmschwelle, das Rezept wiederum auszustellen. Bei scheinbar unlösbaren medizinischen Problemen gibt es auch immer noch die Hotline zum Palliativmediziner aus dem Kantonsspital. Sterben ist ein natürlicher Prozess. Er kann abrupt enden oder sich über einige Tage hinziehen. Dieses Aushalten und Begleiten müssen wir als Ärzte wieder lernen.

Diesbezüglich bereitet es mir auch Sorgen, wenn ich in der gleichen SÄZ-Nummer den Artikel lese über das ETH-Bachelorstudium. Es freut mich sehr, dass die ETH da gewaltige Anstrengungen unternimmt und auch eine neue medizinische Ausbildungsstätte wird. Ich lese da, dass die Studierenden einen Therapieentscheid fällen müssen im Team mit der Ethikerin, einer Journalistin und einer Juristin. Somit können dort schon die Leitplanken dafür gesetzt werden, welchen Patienten das tödliche Gift zu verschreiben ist. Juristisch korrekt – von der Ethikerin abgesegnet – übergebracht mit perfekter journalistischer Kommunikation.

*Dr. med. Thomas Clerc,
Facharzt für Allgemeinmedizin, Aadorf*

Offener Brief

Herrn Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus
WHO-Generaldirektor

Sehr geehrter Herr Dr. Ghebreyesus, sehr geehrter Herr Kollege
Carl Friedrich von Weizsäcker hat 1987 ein Buch veröffentlicht mit dem Titel *Die Zeit drängt*. Mit diesem Buch schlägt er «eine Weltversammlung der Christen für Gerechtigkeit, Frieden und die Bewahrung der Schöpfung vor». Meines Wissens hatte der Vorschlag von von Weizsäcker keine direkten Folgen. In der Zwischenzeit, d.h. seit ungefähr 30 Jahren, hat sich die Zerstörung des Ökosystems ständig fortgesetzt, und dasselbe scheint einem vollkommenen Zusammenbruch nahe zu sein. Diese Tatsache haben am 2. August 2018 am Schweizer Fernsehen namhafte Gelehrte glaubwürdig erklärt. Nur durch aussergewöhnliche Massnahmen auf globaler Ebene könnte man eine Trendumkehr bewirken und eine Restitution der ursprünglichen Verhältnisse bis zum Jahre 2100. Eine solche Entwicklung darf als unwahrscheinlich angesehen werden, da die notwendige Mobilisierung nicht erwartet werden kann. Ohne Zweifel werden schon heute lokal und in grösserem Massstab Massnahmen ergriffen, um eine weitere Umweltverschmutzung und Klimaerwärmung zu verhindern. Diese Massnahmen sind aus verschiedenen Gründen ineffizient, um den Klimakollaps mit allen seinen Folgen zu verhindern. Mehrere Forscher scheinen sich schon mit einer solchen Entwicklung und der Apokalypse abzufinden. Ich vermute, dass diese Forscher unrecht haben und der Kampf für das Fortleben der Natur und des Menschen mit allen Kräften aufgenommen werden muss. Die Einberufung einer Weltversammlung aller Nationen und massgeblichen Politiker z.B. im Rahmen

der UNO verspricht kaum etwas. Die Gegensätze und Rivalitäten zwischen den Nationen sind zu gross, als dass von den Politikern eine gültige, brauchbare Lösung erwartet werden könnte. Auf diese Tatsache weist auch Hubert Védrine in seinem vor kurzem erschienenen Buch *Comptes à rebours* hin.

Welcher Ausweg bietet sich in dieser Situation an: die dringende Einberufung einer Weltkonferenz aller Ärztevertreter weltweit zur Analyse der Situation und die Formulierung von Empfehlungen an die Adresse der politischen Instanzen. Nur die Ärzte können Vorschläge unterbreiten, welche von allen religiösen Ideologien frei sind und eine universelle Ethik zum Ausdruck bringen. Die wichtigste Massnahme, zu welcher geraten werden müsste und welche auf starke Widerstände stösst, ist eine strenge Geburtenkontrolle und die Kontrolle des globalen Bevölkerungswachstums. Diese Massnahme wurde schon vor Jahrzehnten als eine kardinale Forderung und moralische Aufgabe von zahlreichen Forschern erwähnt, seither aber stark in den Hintergrund verdrängt.

Eine Weltkonferenz der Ärzte könnte in verhältnismässig kurzer Zeit und trotzdem nach gründlicher Vorbereitung einberufen werden. Den Ergebnissen einer solchen Weltkonferenz könnten sich die Politiker, die Religionsgemeinschaften und die Weltöffentlichkeit nicht entziehen.

Ich ersuche Sie, sehr geehrter Herr Generaldirektor, gemeinsam mit Ihrem Vorstand in Kürze eine solche Weltkonferenz an einem politisch neutralen Ort, z.B. in Genf, einzuberufen.

Empfangen Sie den Ausdruck meiner vollkommenen Hochachtung und meine freundlichen Grüsse

Dr. René Bloch, Psychiater, Therwil