

Courrier au BMS

SAMW-Richtlinien zur Suizidbeihilfe – warum so reserviert?

Brief zu: Widler J, Kohlbacher M. Suizid bei Krankheit. Schweiz Ärztezg. 2018;99(30–31):971–2.

Die Argumente gegen die neuen SAMW-Richtlinien zur Suizidbeihilfe mögen Ausdruck persönlicher Sicht und Motivation der wenigen aus dem FMH-Zentralvorstand sein. Den gesamtgesellschaftlichen Kontext, in dem wir Ärzte uns bewegen, bewegen müssen, bilden sie nicht ab. Zu jedem Leben gehört auch das Sterben. Meines Erachtens zurecht fordern viele unserer Patienten auch bei diesem Teil ihres Lebens Selbstbestimmung ein. Wenn wir als Ärzte dann diesen letzten Teil des Lebens ausklammern, dann betreuen wir einen Patienten halt eben nicht integral. Selbstverständlich ist dies erlaubt. Auch die neuen SAMW-Richtlinien erlauben es, die Gesetze schon gar. Indessen agierten alle diejenigen unter uns – und es sind deren viele –, die den Lebenssatten, denjenigen ohne eine kurzfristig zum Tode führende Krankheit, denen, nach deren urpersönlicher Auffassung, zu wenig zum Leben blieb, als dass sich dessen Fortsetzung für sie noch lohnte, agierten bisher also all diejenigen, die jenen zum selbst gewählten Tod verhalfen, gegen die SAMW, damit gegen die Standesregeln, und riskierten damit in letzter Konsequenz ihre Praxisbewilligung. Dass die neuen SAMW-Richtlinien diesen Missstand beheben, ist deren grösster Verdienst. Dass der Staat seine Kontrollaufgabe über die Verwendung tödlicher Mengen eines Barbiturates unangemessen an die Ärzte abschieben wollte und bei der Beurteilung der Wohlerwogenheit eines Suizidentenschlusses einem «Jekami» Vorschub leistete, wie die Autoren behaupten, trifft ja eben gerade nicht zu: Wer könnte das subjektive Leiden, den Lebenskontext und die Urteilsfähigkeit (die «Fähigkeit, vernunftgemäss zu handeln») denn besser beurteilen als eben wir klinisch tätigen Ärzte? Es kann, muss aber ja im individuellen Fall wie gesagt nicht, vornehme Aufgabe unseres Standes sein, hier kompetent und verantwortungsvoll mitzuwirken. Die Forderung nach detaillierterer staatlicher Regelung der Sache ist fehl am Platz: Man kann mit Gesetzen und Richtlinien zu viel oder zu wenig regeln. Die Schweizerische Gesetzgebung zur Suizidbeihilfe und die neuen SAMW-Richtlinien dazu tun beides nicht: Sie sind so, wie sie jetzt sind, so geeignet wie ausreichend. Sie stimmen.

Dr. med. Hansjakob Nüesch, Seuzach

Die Gesundheit der Bevölkerung als Ganzes beachten!

Brief zu: Widler J, Kohlbacher M. Suizid bei Krankheit. Schweiz Ärztezg. 2018;99(30–31):971–2.

Josef Widler und Michael Kohlbacher übersehen in ihrem Beitrag einen wesentlichen Aspekt, welchem im Zusammenhang mit der Debatte über Suizidhilfe bislang viel zu wenig Beachtung geschenkt worden ist: das öffentliche Gesundheitsinteresse als Ganzes.

Es ist zu wenig weit gedacht, wenn die Aufgabe des Arztes darauf beschränkt wird, «menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, Krankheiten zu behandeln, Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen». Dieser eingeschränkte Ansatz genügt nicht, um die Aufgabe der Ärzte ausreichend zu umschreiben. Ihnen kommt auch erhebliche Verantwortung dafür zu, mit ihrem Wirken zum Wohl des Ganzen beizutragen. Dazu gehört, die Summe des Leids in der gesamten Bevölkerung zu reduzieren. Deshalb sollte bei der Debatte über Suizidhilfe und anderer Formen von Sterbehilfe nicht nur das durch Krankheiten verursachte Leid betrachtet werden; mit dazu gehört das Leid, welches mit einsamen, unbegleiteten und mit gefährlichen Methoden ausgeführten und deshalb in hohem Masse scheiternden [1] Suizidversuchen verursacht wird.

Die Suizidzahlen in der Schweiz sinken seit 1980 [2] erheblich. Demgegenüber nimmt die Zahl der durch Dignitas und Exit begleiteten Suizide über die Jahre moderat zu, 2016 nahm sie gegenüber 2015 gar ab. Seit 1982 bestehen in der Schweiz Organisationen, mit welchen über einen geplanten Suizid gesprochen werden kann, ohne riskieren zu müssen, allein schon deswegen als urteilsunfähig etikettiert oder in die Psychiatrie eingewiesen zu werden. 1998 wurde der Verein «Dignitas – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben» gegründet, um sich verstärkt der internationalen Rechtsfortentwicklung, einer umfassenderen Beratung zu Lebensqualität, Vorsorge und Wahlfreiheit am Lebensende sowie besonders Fragen von Suizid- und Suizidversuchsprävention anzunehmen.

Rund ein Drittel der Beratungstätigkeit von Dignitas betrifft das allgemeine Publikum, also Personen, die nicht Mitglied des Vereins sind. Dabei zeigt sich, dass das vorurteilsfreie Gespräch über Fragen eines Suizids die Voraussetzung dafür ist, dass die Zahl der einsamen Suizide und Suizidversuche abnimmt, ohne dass die Zahl der rationalen, professionell vorbereiteten und ärztlich unterstützten

in gleichem Umfange zunimmt: Längst nicht alle Dignitas-Mitglieder, die einen Wunsch nach einer Freitodbegleitung äussern, und denen ein Arzt zusagt, für sie das entsprechende Medikament zu verschreiben, machen schliesslich davon Gebrauch. Die Eröffnung einer echten Wahlmöglichkeit wirkt entlastend.

Daraus folgt, dass der Umfang des Elends des gesamten Suizidgeschehens vor allem dadurch verringert werden kann, indem man alle Suizidwünsche respektiert und diese Menschen als gleichwertiges Gegenüber behandelt, das sich in einer Ausnahmesituation befindet. Die grundsätzliche Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten, verringert den Druck durch das Gefühl von Ausweg- und Hoffnungslosigkeit, der auf solchen Menschen lastet, in einer Weise, dass dies statistisch sichtbar wird.

Dignitas verfolgt somit einen utilitaristischen Ansatz, da der Verein überzeugt ist, damit viel eher zur Reduktion der Gesamtmenge an Leid beizutragen, als dies das Festhalten an der jahrhundertalten kirchendogmatisch tradierten Tabuisierung des Suizids je vermöchte. Josef Widler und Michael Kohlbacher täten gut daran, zum Wohle der Gesundheit der gesamten Bevölkerung sich dem Ansatz von Dignitas anzuschliessen.

Silvan Luley, Verein Dignitas, Forch

- 1 Siehe Antwort des Bundesrates vom 9. Januar 2002 auf die Einfache Anfrage Andreas Gross zu Suiziden und Suizidversuchen; <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20011105>
- 2 1980 betrug die Suizidrate in der Schweiz (Anzahl Suizide je 100 000 Einwohner) 24,9; seither ergab sich folgende Entwicklung: 1985 25,0; 1990 20,9; 1995 20,2; 2000 18,0; 2005 14,9; 2010 12,8; 2015 12,9.

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/

Suizid und Krankheit

Brief zu: Widler J, Kohlbacher M. Suizid bei Krankheit. Schweiz Ärztezg. 2018;99(30–31):971–2.

Jedem Sterbewunsch liegt ein unerträgliches Leiden zu Grunde und das ist nicht auf terminale körperliche Krankheiten beschränkt. Das Leiden an einer terminalen Krankheit kann auch ein erträgliches Leiden sein und umgekehrt kann eine Krankheit, die nicht in absehbarer Zeit zum Tode führt, als unerträgliches Leiden erlebt werden. Es ist deshalb nicht einzusehen, weshalb die Suizidhilfe durch einen Arzt nur beim Vorliegen einer terminalen Krankheit gerechtfertigt sein soll. Leiden ist ein seelisches Erleben und kann nicht gemessen werden. Ein Leiden unerträglich zu finden ist immer eine subjektive Empfindung. Objektivieren lässt sich nur die Krankheit, nicht aber das Ausmass des Leidens des Patienten.

Gemäss der Standesordnung der FMH gehört nicht nur die Heilung von Krankheiten und der Erhalt der Gesundheit zu den Aufgaben des Arztes, sondern auch der Beistand in Krankheit und im Sterben. Es gehört demnach auch zur Aufgabe des behandelnden Arztes, ein offenes Ohr für die Sterbewünsche seiner Patienten zu haben und sich darum zu bemühen, die Beweggründe zu verstehen. Wer soll das besser können als der behandelnde Arzt, der den Patienten schon länger kennt und ihn vielleicht schon während vielen Jahren begleitet hat!

Über Suizidwünsche spricht man, wenn überhaupt, nur mit einer Vertrauensperson. Dass der behandelnde Arzt diese Aufgabe übernimmt, ist absolut sinnvoll, weil er auch die medizinischen Möglichkeiten kennt oder in Erfahrung bringen kann, die das Leiden des Patienten lindern und sein Leben wieder erträglich machen können.

Zu dieser Auseinandersetzung mit dem Patienten braucht es keine bestimmten Techniken und Kompetenzen, sondern die Fähigkeit, zuhören zu können und sich für seine Patienten wirklich zu interessieren. Das reicht.

Einen unabhängigen Gutachter beurteilen zu lassen, ob der Suizidwunsch eines Patienten berechtigt ist oder nicht, ist ein falscher Weg. Die Suche nach objektiven Kriterien ist eine Missachtung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten und seines persönlichen Erlebens. Kein Arzt und kein Gutachter soll bestimmen, was ein lebenswertes Leben ist und was nicht. Wohin das führen kann, wissen wir seit der Naziherrschaft in Deutschland.

Objektivieren lässt sich nur die Feststellung der Urteilsfähigkeit des Patienten und die Vergewisserung, dass sein Todeswunsch konstant und langfristig vorhanden ist. Der Wunsch zu sterben ist immer eine subjektive

Entscheidung und soll als diese gewürdigt und ernst genommen werden.

Dr. med. Christian Bernath, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberrieden

Sterbewunsch bei nicht tödlichen Krankheiten

Brief zu: Widler J, Kohlbacher M. Suizid bei Krankheit. Schweiz Ärztezg. 2018;99(30–31):971–2.

Sehr geehrte Herren

Ich danke Ihnen für das Aufgreifen dieses heissen Themas.

Obwohl als Rheumatologe tätig, bin ich in den letzten Jahren schon zweimal mit Sterbewünschen bei nicht tödlichen Krankheiten konfrontiert worden.

Auch meiner Ansicht nach ist – wie Sie auch aufführen – die Kontrollfunktion der Ärztinnen und Ärzte zentral (zur Vermeidung offensichtlicher oder auch weniger offensichtlicher Einflussnahme durch andere involvierte Personen [wie z.B. EXIT-Personen]) bzw. zur Sicherstellung, dass der Sterbewunsch auf freiem (möglichst unbeeinflusstem) und wohlwogendem, über längere Zeit anhaltendem Willen des Betroffenen basiert (und nicht einer [vorübergehenden] depressiven Entwicklung).

Es ist für mich klar, dass die anerzogene und standesordentlich implementierte Lähmung der Ärzteschaft in dieser Frage negativ ist und den «weniger gehemmtten» Akteuren das Feld überlässt.

Auch Ihre Ausführungen bezüglich Delegation der Kontrollpflicht von Seiten des Staates über die Rezeptausstellung an den jeweiligen Arzt sind wertvoll.

Dagegen ist bezüglich der zwar standesrechtlich festgelegten Maximen («menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und zu erhalten, Krankheiten zu behandeln, Leiden zu lindern und Sterbenden beizustehen») samt den von Ihnen gezogenen Schlussfolgerungen (... es darf nicht sein, mit der Verordnung einer tödlichen Dosis NaP dazu beizutragen, dass ein Leben beendet wird, das ansonsten infolge einer Krankheit oder Funktionseinschränkung nicht zum Ende führen würde ...) zu entgegnen:

1. Die Standesordnung der FMH in Ehren. Aber die dabei unausgesprochene und ws. unbewusste Annahme war mit Sicherheit die, dass alle Menschen leben wollen, so gut es eben geht. Dass das (nicht zuletzt wegen den «Fortschritten» der Medizin, aber auch dem prozedierenden Alterwerden) heute nicht mehr immer gilt, entzog sich mit Sicherheit der Vorstellungskraft der damals Beteiligten. Auch noch heute haben Normalsterbliche, die noch

nicht in einer ähnlichen Lebenssituation sind, grosse Mühe mit dem Gedanken, dass jemand das Leben beenden will, weil er einfach «lebensmüde» geworden ist. Ich nehme mich hier nicht aus. Oder anders ausgedrückt: es fehlt an Empathie für die Betroffenen (wahrscheinlich weil die eigene Angst vor dem Tode oder wenigstens vor einem religiösen oder rechtlichen Problem sie verunmöglicht).

2. Nimmt man die Betroffenen empathisch ebenso ernst wie den Entscheid des Europäischen Gerichtshofes und des Bundesgerichtes, so ist eine ärztliche Verweigerungshaltung, wie sie heute praktiziert wird, nicht mehr vertretbar.

3. Da jeder Mensch (Ärztin/jeder Arzt) sich mal irren kann, ist es sicher zwingend, einen Konsens (mehrerer Fachpersonen) zu fordern.

4. Die besten Resultate sind zu erwarten von (einer Gruppe mehrerer) Fachpersonen, die idealerweise die Betroffenen schon lange kennen, länger begleitet haben und in der Lage sind, die Urteilsfähigkeit zu bestätigen und larvierte depressive Zustände zu erkennen. Eine entfremdete Expertenkommission muss zwangsläufig schlechtere Resultate bringen.

5. In Afrika, könnte ich mir vorstellen, würde der grosse Rat aller Medizinmänner der Region um ein Lagerfeuer herum palavern und dann seine für den Stamm und die betroffene Person verbindliche Anweisung geben. Das wäre aus meiner Sicht die optimale Lösung.

6. Da es sich grundsätzlich um eine empathische Beurteilung handelt, sind alle Bemühungen, messtechnische Systeme hier einzusetzen, der falsche Weg und würden nicht nur zu einer Schein-Objektivität, sondern auch oft zu unbrauchbaren Resultaten führen.

7. CAVE: nicht jeder Sterbewunsch ist per se Zeichen für eine (behandlungsbedürftige?) Depression.

Gespannt auf eine lebhaftige Diskussion grüsse ich Sie freundlich

Dr. med. Jürg Sturzenegger, Kreuzlingen

Basler Psychiaterinnen und Psychotherapeutinnen unterstützen das Referendum gegen das Observationsgesetz

Stellungnahme zu den Änderungen des Bundesgesetzes über den allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG): Gesetzliche Grundlage für die Überwachung von Versicherten (Änderungen vom 16. März 2018 durch die eidgenössischen Räte).

Am 24. Mai 2018 hat die Fachgruppe der Basler Psychiaterinnen und Psychiater nach eingehender Diskussion beschlossen, das Referendum gegen das Gesetz zur Überwachung von Sozialversicherten zu unterstützen. Der Verband der Psychotherapeutinnen und Psycho-

therapeuten beider Basel unterstützt diese Stellungnahme.

Aus unserer täglichen Praxis mit psychisch kranken Menschen erfahren wir, dass die Existenzsicherung durch Versicherungen für die Heilungsprozesse von grosser Bedeutung ist. Das vorliegende Gesetz ist rechtsstaatlich nicht haltbar und schafft grosse Rechtsunsicherheit. Es schürt bei Versicherten Ängste und hemmt Aktivitäten, die für den Heilungsprozess notwendig sind. Rechtssicherheit und ein klar definierter Anspruch auf Versicherungsleistungen sind wichtige Grundlagen für die Genesung und sind unabdingbar für unsere ärztliche und psychotherapeutische Arbeit.

Entschieden lehnen wir ab, dass Versicherungen von sich aus Observationen einleiten, bei welchen Überwachungsmethoden verwendet werden, die über Standards polizeilicher Ermittlungen hinausgehen. Wir verlangen, dass alle Observationen durch die zuständigen Sozialversicherungsgerichte angeordnet werden.

*Dr. med. Peter Schindler, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Präsident der Fachgruppe Psychiatrie Basel
Peter Schwob, lic. phil., Psychotherapeut VPB, FSP, ASP, Präsident Verband Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen beider Basel, VPB*

Versorgungssicherheit mit Impfstoffen?

Brief zu: Berger C, Quinto CB, Weil B, Hadorn L. Versorgungssicherheit mit Impfstoffen. Schweiz Ärtztztg. 2018;99(32):1010–4.

Herr Prof. Ch. Berger et al. analysieren die Ursachen von Versorgungsengpässen bei Vakzinen, von denen auch die Schweiz betroffen ist. Dass, wie in diesem Artikel konstatiert, heute 80% (!) der Impfstoffe in China und Indien hergestellt werden, ist m.E. aus verschiedenen Gründen bedenklich. Diese zwei Staaten haben quasi ein Duopol auf dem Gebiet; dies könnte in Krisensituationen (wie Wirtschafts- und anderen Kriegen oder Pandemien) dazu führen, dass nicht mehr alle Zugang zu Impfungen hätten. Ebenfalls Anlass zu Sorge sind eventuelle «technische Pannen oder Qualitätsmängel», die durch Outsourcing der Impfstoffproduktion in Billiglohnländer gewiss nicht unwahrscheinlicher geworden sind. So war in der *Basler Zeitung* (9.8.2018) zu lesen, dass in China mindestens 200 000 Kleinkindern ein unwirksamer DTP-Impfstoff verabreicht wurde. Ebenso seien dort z.T. unwirk-

same und abgelaufene Tollwut-Impfstoffe in Umlauf gebracht worden. In welche anderen Staaten (auch in die CH?) diese Impfungen verkauft wurden, wurde bisher nicht publik. In diesem Kontext sei auch an die verunreinigten ACH-Hemmer erinnert. Die Chinesen hätten – wahrscheinlich zu Recht – wenig Vertrauen in ihre Aufsichtsbehörden. Wie weit können wir uns sicher fühlen? Wer prüft, garantiert kontinuierlich die Qualität (Wirksamkeit und Sicherheit) der importierten Impfstoffe? Und v.a. wie geschieht dies? Blosser Kontrolle der Papiere reicht offensichtlich nicht, denn diese könnten gefälscht sein.

Wer ist übrigens für die Liquidation der einst blühenden inländischen Impfstoffproduktion verantwortlich, so dass wir «vollumfänglich von internationalen tätigen Herstellerfirmen abhängig sind»? Wäre es nicht erstrebenswert, mindestens bezüglich der wichtigsten Vakzinen autark zu sein, zumal weltweit die Versorgungsengpässe zunehmen?

Dr. med. Nenad Pavic, Basel

Die mangelnde Versorgung mit Impfstoffen verletzt die Rechte der Kinder

Brief zu: Berger C, Quinto CB, Weil B, Hadorn L. Versorgungssicherheit mit Impfstoffen. Schweiz Ärtztztg. 2018;99(32):1010–4.

UNO-Kinderrechtskonvention, Art. 24, Absatz 1: «Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmass an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird.»

Wenn ein Kind in der Schweiz nicht entsprechend unserem Impfplan geimpft werden kann, weil die nötigen Impfstoffe fehlen, wird das Recht des Kindes verletzt, vor vermeidbaren Krankheiten geschützt zu werden. Wenn die Eltern aus dem Ausland importierte Impfstoffe selbst bezahlen müssen, weil der kassenpflichtige Impfstoff fehlt, dann werden zudem Kinder benachteiligt, deren Eltern finanziell schlecht gestellt sind.

Der Bund ist deshalb verpflichtet, alles Zumutbare zu unternehmen, damit genügend Impfstoff für alle Minderjährigen vorhanden ist, um sie gemäss dem eidgenössischen Impfplan zu impfen. Dazu gehört auch, die Krankenkassen zu verpflichten, aus dem Ausland importierte Impfstoffe zu bezahlen, falls es in

der Schweiz keine geeigneten Impfstoffe gibt. Vor allem die Grundimmunisierung von Säuglingen gegen Diphtherie, Tetanus, Pertussis, HIB und Polio sowie gegen Masern, Mumps und Röteln darf auch nicht verschoben werden, zumal Pertussis für Säuglinge ganz besonders gefährlich ist!

Dr. med. Monika Diethelm-Knoepfel, Uzwil

Gratulation zur klaren Stellungnahme

Brief zu: Adler R. Gegen den Versuch, das Arztamt zu zerstören. Schweiz Ärtztztg. 2018;99(32):1036–8.

Ich kann Prof. Adler zu seiner klaren Stellungnahme zu einem Verwaltungsgerichtsurteil in einem Rückforderungsprozess nur gratulieren. Dieses Urteil hielt fest, dass es keine ärztlichen Aufgaben seien, Alltagsorgen zu besprechen, Anteilnahme auszusprechen, Patienten auf deren Wunsch hin zu beraten und zu bedauern, ansonsten nicht erhältliche Zuwendung zu spenden und Lebensberatung zu gewähren. Diese Juristen erheben sich also in den Stand zu bestimmen und zu urteilen, was ärztliche Kunst und ärztliches Handeln nicht beinhaltet.

Ihre Berufskollegen würden einem Arzt, der sich an diese Vorgaben des Verwaltungsgerichts halten würde, in einem Haftpflichtprozess unterlassene Hilfeleistung vorwerfen und ihn dafür verurteilen, würde er einen Patienten in Not so abgefertigt und nach Hause geschickt haben, sofern dieser sich in der unmittelbaren Folge das Leben nehmen würde. Mit gesundem Menschenverstand würde ich zum Schluss kommen, dass dieser Arzt zumindest moralisch-ethisch verwerflich gehandelt hat, wahrscheinlich aber auch Hilfeleistung unterlassen hat.

Wir sind jedoch leider an einem Punkt angelangt, wo es in vielen Köpfen nicht mehr richtig tickt. Übrigens ein Phänomen, das bis in höchste politische Ämter auch in unseren westlichen Demokratien zu beobachten ist mit dem fatalen Resultat, dass nicht mehr richtig zu ticken zur vermeintlichen Norm wird.

Ich hoffe doch, dass dieses Verwaltungsgerichtsurteil von der unterlegenen Partei wenn nötig bis vor Bundesgericht und europäischen Gerichtshof in Strassburg weitergezogen wird, um Rechtssicherheit zu schaffen (in der bisher noch ungebrochenen Hoffnung, dass sich zumindest diese hohen Gerichte dem Zeitgeist entziehen).

Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich