

Forum



Dokortitelbetrug wird an der Universität Zürich toleriert

Über den «Grüssner-Skandal» an der Viszeralchirurgie des Universitätsspitals Zürich habe ich mich in der Schweizerischen Ärztezeitung schon früher geäußert [1, 2]. Das Disziplinarverfahren wegen der Aufdeckung des Titelbetrugs von Professor Grüssner [3] ist immer noch hängig. Mein Rekurs gegen den Verweis des Universitätsrates ist seit Oktober 2000 in Bearbeitung bei der Rekurskommission des Regierungsrates. Es steht nun definitiv fest, was der Universitätsrat nie wahr haben wollte, dass Professor Grüssner seinen Ph.D.-Titel zu Unrecht trug. In den *Annals of Surgery* vom August 2001 zeichnete Professor Grüssner erneut mit den Titeln M.D. und Ph.D. [4]. Als ich den Chefredaktor dieser Zeitschrift, Layton F. Rikkers, M.D., darauf aufmerksam machte, dass Professor Grüssner nie zum Ph.D. promovierte, erhielt ich folgende Antwort: «*Thank you for your letter of 15 August regarding the academic title of PhD as it was printed in the Annals of Surgery following Dr. Gruessner's name as a co-author of the paper "2500 living donor kidney transplants: a single-center experience" published in August 2001. After extensive discussions, we have determined that we will print an erratum of the title and authors of the paper, deleting the degree of PhD after Dr. Gruessner's name.*» Die Kontroverse um diesen Titel, die ich seit 1998 mit dem Universitätsrat führe, kann jetzt wohl beigelegt werden. Wenn es das einzige Beispiel eines Titelbetrugs eines Ordinarius wäre, der vom Universitätsrat toleriert wird, könnte man zur Tagesordnung übergehen. Im Zusammenhang mit der Nachfolge von Professor Peter Schärer am Zahnärztlichen Institut der Universität Zürich jedoch wurde ein zweiter Fall entdeckt, wo ein Ordinarius der Medizinischen Fakultät zu Unrecht einen Ph.D.-Titel trägt. Auch dieser Titelbetrug wird toleriert. Was sollen unsere Studierenden, die sich mühsam mit einer Dissertation abplagen, von der Führung einer solchen Universität halten?

Prof. Dr. med. Christian Sauter, Zürich

- 1 Sauter C. Titelbetrug: Nachlese zur Affäre Grüssner an der Viszeralchirurgie des Zürcher Universitätsspitals. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(26):1465.
- 2 Sauter C. Schweizer Kandidaten für Lehrstühle. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(14):730.
- 3 Sauter C. Disziplinarverfahren wegen Aufdeckung eines Titelbetrugs. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(38):2025.
- 4 Matas AJ, Payne WD, Sutherland DER, Humar A, Gruessner RWG et al. 2500 living donor kidney transplants: A single-center experience. *Annals Surgery* 2001;234:149-64.



Abtreibung und aktive Sterbehilfe

Warum wollen wir trotz heute ausgezeichneter Verhütungsmittel ein Gesetz über eine Fristenlösung machen und warum erlaubt die Regierung in Zürich trotz heute ausgezeichneter Möglichkeiten der Palliation und Schmerztherapie aktive Sterbehilfe in Heimen? Warum bewegen diese beiden Problemkreise so stark, dass es hüben und drüben heisse Köpfe gibt?

Es geht hier eben um Entscheidung zwischen Leben und Tod. Trotz «panta rhei» und «Abhandenkommen des Konsenses in moralischen Fragen» [1] ist eben doch noch allen Menschen unserer Kultur klar, dass die Bestimmung unserer Bundesverfassung und wohl der meisten Verfassungen des Abendlandes «Jeder Mensch hat das Recht auf Leben, Art. 10.1.» richtig und verteidigungszwingend ist. Ebenso klar ist jedem von uns, dass Tötung strafbar sein muss.

Wie soll man nun die Abtreibung, sei es in der Form der Fristenlösung oder in anderer Form, und wie soll man die aktive Sterbehilfe in diese einfachen, klaren, rechtlichen und moralisch-ethischen Regeln einbetten? Dies ist nur mit folgenden Vergewaltigungen möglich:

- Verschiebung der Menschwerdung bis zur Grenze, wo Neonatologen eine Chance haben [2];
- Hinweis darauf, dass schon immer überall getötet wurde, abgetrieben und alte Leute zu Tode befördert oder feiner ausgedrückt: «Die gesellschaftliche Wirklichkeit hat die Gesetzgebung überholt» [2];
- philosophisch-psychologische und soziologische Aussage, dass heute der Frau die Patientenautonomie [2] zugestanden werden muss und dass heute die «ethische Urteils- und Entscheidungsgewalt nicht mehr schwergewichtig beim Arzt, sondern partnerschaftlich bei Arzt und Patient ist» [1].

Weil keines dieser Pseudoargumente dem normaldenkenden und -empfindenden Menschen eindeutig zwingend erscheint, tun wir uns so schwer.

Aber:

Was sollen wir Ärzte der ungewollt schwangeren Frau raten, die von uns die Interruption verlangt, und was sollen wir dem schwerkranken, unheilbaren Patienten sagen, der uns anfleht, ihm zu helfen, dieses irdische Dasein zu beenden?

Wie sollen wir Stimmbürger mit dem Argument umgehen, dass die illegale Abtreibung, die unausweichliche Folge der Kriminalisierung, viel gefährlicher ist als die Fristenlösung?

Wir alle neigen dazu zu legalisieren, was ja sowieso getan wird, weil dann die Probleme gelöst sind, weil dann unserem Rechtsempfinden Genüge getan ist und weil wir dann wieder ruhig schlafen können.

Aber:

Sollen wir bei diesen Fragen ruhig schlafen können?

Sollen wir Ärzte nicht weiter und jedesmal um die Frage ringen müssen, ob die unerwünschte Schwangerschaft für die gerade vor uns sitzende Frau eine so schwere Belastung bedeutet, dass sie daran erkranken oder gar zerbrechen würde? Sollen wir Ärzte beim unheilbaren Kranken nicht gezwungen werden, alle palliativen Möglichkeiten und alle modernen Erkenntnisse der Schmerztherapie auszuschöpfen? Falls ein Arzt sich entschliessen würde nach langer Gewissensprüfung, die illegale Tat über das Gebot der Lebenserhaltung zu stellen, wer würde da den ersten Stein werfen?

Für mich ist die Fristenlösung ein feiges Ausweichen vor den Problemen zwischen Leben und Tod.

Ich stimme völlig überein mit der Aussage, dass menschliches Leben, auch ungeborenes, das schützenswerteste Gut ist und dass es ärztliche Aufgabe ist, dieses als ethische Grundlage unseres Tuns zu bewahren [3]. Auch macht mir Sorge, dass «sich unsere moderne Gesellschaft mit all ihren Fortschritten in Wissenschaft, Medizin und Technologie auf den gefährlichen Weg zu begeben scheint, grundlegende ethische Wertvorstellungen (gemeint ist Lebenserhaltung) zu missachten». [4]

Es ist wichtig, dass wir Ärzte uns zu diesen Fragen äussern, unmissverständlich und eindeutig für die Lebenserhaltung, gegen das Töten und demütig, weil nicht wir Herr über Leben und Tod sind. Es ist für uns viel schwerer, aber nach dem hippokratischen Eid und aus unserer Ethik heraus zwingend, die heutige Gesetzgebung beizubehalten.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 Steiner-König U. Fristenregelung: sollen/müssen wir Ärztinnen und Ärzte Stellung nehmen? Schweiz Ärztezeitung 2001;82(49):2556-60.
- 2 Pök Lundquist J. Gedanken zum Schwangerschaftsabbruch. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(49):2574-6.
- 3 Streit R. Zur Volksabstimmung über eine Fristenlösung als gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(49):2565.
- 4 Nordmann Y. Sterbehilfe aus der Sicht der jüdischen Medizinethik. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(46):2431-5.

Forum



«KVG-Restriktionen» [1]

Sollte man jetzt einfach darauf warten, dass die Politiker detailliert zu rationieren beginnen, z.B.: «Im Alter über 70 Jahren darf nur noch jeder zweite Erkrankte diagnostisch untersucht und therapiert werden?» Das hippokratische Versprechen ist ja aus der Insidersituation des Mediziners beim Umgang mit Kranken und ihrer Krankheit entstanden, und diese Situation können Politiker (Nichtmediziner) kaum nachvollziehen, ausser vielleicht, wenn sie selbst einmal (als dringend auf unrationierte, also vollständige medizinische Hilfe angewiesene Patienten) mit der Frage «Recht auf Gesundheit?» bedingungslos konfrontiert waren und die Sache ihnen in Erinnerung blieb.

Erstaunlicherweise sollen Umfragen ja ergeben haben, dass die Prämienzahler durchaus bereit sind, die «hohen Kosten für das höchste Gut» Gesundheit zu leisten, und dass trotz weiterem Prämienanstieg nicht etwa sie versucht wären, sich vor dem Bundeshaus zu Grossdemonstrationen einzufinden (gegen das unerträgliche Joch der Prämienrechnungen, Selbstbehalte, Franchisen sowie Steuern und AHV-/IV-Beiträge)

Die Kosten sind eine Funktion der zu hohen Ärztedichte (das zu dichte Angebot scheint eine grosse Nachfrage zu erzeugen). Wenn es aber so ist, dass die Prämienzahler gerne auch für nicht unbedingt nötige, aber wegen des grossen Angebots eben zur Nachfrage gewordene Arztbesuche zahlen, trifft die offenbar anderslautende Annahme seitens KVG, «das Volk» leide unzumutbar unter den ansteigenden Prämien, eben nicht zu, und diesbezüglich müssten die Restriktionen als undemokratisch bezeichnet werden, zumindest wenn man von der Rezession absieht (also von der Befürchtung, der Staat werde verarmen, wenn ein zu hoher Anteil des Steuergelds ins Gesundheitswesen verloren gehe und dann nicht einmal mehr für die Gehälter der Staatsangestellten, Militärs usw. ausreichen). Mit dem Geld im Gesundheitswesen verantwortungslos umgehen ist das eine, aber das Gesundheitswesen oder «das höchste Gut» sollte auch nicht unterbewertet oder gleichgemacht und als Sündenbock betrachtet und unnötigerweise oder unverhältnismässig der Mitschuld an einem defizitären Staatshaushalt bezichtigt werden. Diese Schuld hätte ebenso gut zuerst bei den anderen, weniger hohen Gütern als demjenigen der Gesundheit gesucht werden können. Wenn (gemäss neuen Umfragen) das Volk selbst die Gesundheit als besonders wertvolles Gut ansieht und einen Unterschied zwischen wertvollen bzw. weniger wertvollen Gütern macht (vielleicht aus bitteren Erfahrungen mit eigenem Kranksein

und daraus resultierender Bedürftigkeit, wieder gesund zu werden und dieselben Chancen wie Gesunde wiederzuerhalten), muss es als undemokratisch bezeichnet werden, Gesundheit in denselben Topf wie anderes Gut zu werfen und anderen Problemen, die per se weniger einschneidend und persönlich einschränkend als eine lädierte Gesundheit wirken, gleichzusetzen.

Rationiert wurde ja bereits. Budgets für psychiatrische Kliniken, wo nichts verschwendet worden war, wurden um Millionen gekürzt, so dass z.B. die sogenannten klinischen Psychotherapiestationen (wo erstens ursächlich zu behandeln versucht wurde und die zweitens einen allenfalls massgeblichen positiven Geist auf den ganzen Klinikbetrieb verbreitet haben sollen) teilweise geschlossen wurden. Wie kann es sich auszahlen, wenn in die Gesundheit sowie in die Sorgfalt und Schonung bei Kranken nicht genügend investiert, d.h. wenn nicht nur Übertriebenes, sondern Nötiges, Unerlässliches wegrationiert wird?

Peter Süsstrunk, Schönenwerd

1 Hagmann PD. Die korrekte Anwendung von KVG-Restriktionen. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(49):2599.

Die korrekte Anwendung von KVG-Restriktionen

In der SÄZ Nr. 49 schreibt Herr Dr. med. Peter Diego Hagmann «wir werden täglich von Gesunden um viele Nichtpflichtleistungen gebeten – u.a. gynäkologische Kontrollen bei gesunden Frauen, die Ovulationshemmer einnehmen und ohne Risikofaktoren drei normale Abstrichresultate hatten.»

Ich habe als Patientin eher das Gegenteil erlebt, dass meine Gynäkologin mir sagte, ab 30 und wenn man die Pille nehme, empfehle die Gynäkologische Gesellschaft, dass man alle sechs Monate eine Vorsorgeuntersuchung machen sollte mit gesamtem Blutstatus, obwohl immer alles in Ordnung war. Das Rezept für die Pille wird auf sechs Monate ausgestellt. Somit ist man doch gezwungen, alle sechs Monate eine gynäkologische Kontrolle durchzuführen, denn ohne Kontrolle kein Rezept.

Wie Sie sehen, gibt es leider auf allen Seiten schwarze Schafe. Inzwischen habe ich die Gynäkologin gewechselt. Die jetzige ist der Meinung, so viel wie nötig, so wenig wie möglich und dies finde ich eine gute Einstellung.

Brigitte Zürcher, Oberwil



Ethische Fragen zum «Klonen als Fortpflanzungstechnik»

In den Ausführungen von Christoph Rehmann [1] bestehen für mich verschiedene Stolpersteine, welche die Argumentationen nicht so schlüssig erscheinen lassen, wie sie anscheinend vom Autor verstanden werden. Da steht geschrieben: «Ein Kind zu haben von einem verstorbenen Mann, kann vielleicht aus der Perspektive eines Menschen, der sich verzweifelt gegen das Schicksal auflehnt, verständlich sein; es könnte aber auch daran hindern, sich auf einen Trauerprozess in seinen verschiedenen Phasen einzulassen.» – Hier setzt meines Erachtens der Autor zu apodiktisch voraus, dass ein Mensch sich auf die verschiedenen Phasen eines Trauerprozesses einlassen soll. Wieso soll er das? Weil heutige Psychologen und Psychotherapeuten das so gut finden? Ist es so sicher erwiesen, dass die «verschiedenen Phasen eines Trauerprozesses» auch wirklich ein Modell sind, das für alle in jeder Situation gültig ist, der den Tod eines Angehörigen erfahren hat?

Davon unabhängig eine weitere Frage. Es steht gleich darauf: «Am Ende des Trauerns steht die Integration des tragischen Verlustes in die Lebensgeschichte und das Erwachen neuer, in die Gegenwart gerichteter und an der Gegenwart orientierter Kräfte.» – Könnten nicht die Geburt und Erziehung einer mit dem Mann verwandten Tochter eben gerade die Integration des Verlustes in die Lebensgeschichte und die Entstehung neuer an der Gegenwart orientierter Kräfte fördern? Das wäre ja auch bei noch anderen, lebenden Kindern so, dass sie, eben gerade weil vom geliebten Partner stammend, die Integration und die Erneuerung fördern könnten – nicht müssen.

Es scheint mir zu einfach, wie in der Arbeit «ärztlicher Paternalismus» von «partnerschaftlicher Fürsorge» unterschieden wird. «Partnerschaftliche Fürsorge» versetzt sich meines Erachtens in die Welt desjenigen, dem geholfen werden soll. Wenn aber mit «Missbrauchspotential» und «Gefahr sozialer Ausgrenzung» argumentiert wird, so hat das mit der Realität, in der die trauernde Partnerin und Mutter steht, nichts zu tun. Damit will ich nicht sagen, dass diese beiden Gefahren (nicht Gewissheiten) nicht bestehen, sondern dass sie nicht in den Rahmen «partnerschaftlicher Fürsorge» fallen.

Ich nehme nicht an, dass geklonte Menschenkinder später mehr zu leiden haben als die unehelichen Kinder vor noch zwei Generationen. Das hängt dann von der Gesellschaft ab, in der sie leben, also «an uns». Es ist kein ethischer Grund, das Klonen (unter den vom Autor ausdrücklich vorausgesetzten «idealen» Umständen!) deswegen abzulehnen, weil «die Gesellschaft» sich dann un-

ethisch verhalten könnte (was ohnehin nicht so ganz sicher ist). Was müssten wir da nicht alles ablehnen!

Noch eine ganz allgemeine Überlegung: Jedes Mal, wenn es um ethische Fragen geht im Zusammenhang mit neuen, insbesondere mit im engeren oder weiteren Sinn technischen Möglichkeiten, muss ich mich hüten und sorgfältig in mich hineinspüren, nicht eine grundsätzlich konservative Haltung ethisch zu verbrämen. Natürlich darf ich und darf meines Erachtens jedermann, «Bisheriges» und sogenannt «Bewährtes» (in diesem besonderen Fall vielleicht sogar In-vitro-Fertilisation) «riskantem Neuem» vorziehen, aber es darf dann eine solche Haltung nicht durch «ethische Gesichtspunkte» gerechtfertigt werden.

Dr. med. Leonhard Schlegel, Frauenfeld

- 1 Rehmann-Sutter C. Human Cloning, Teil 4. Klonen als Fortpflanzungstechnik. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(4):2145-9.

Pressemitteilungen

Für mehr Gesundheit: kein Ausbau für den motorisierten Verkehr

Die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz haben an ihrer Delegiertenversammlung vom 3. November 2001 in Thun den Ausbauplänen für den motorisierten Verkehr eine Absage erteilt. Der Grossbrand im Gotthardtunnel hat deutlich aufgezeigt, wie wichtig es – nicht nur aus Sicherheitsgründen – ist, die Verlagerung des Güterverkehrs auf die Schiene zu realisieren: Die Luftqualität ist regional dank dem Wegfall des Schwerverkehrs deutlich besser geworden, wie Messungen der kantonalen Behörden in der Leventina und im Urnerland nach der Sperrung des Gotthardtunnels ergaben.

Zum Schutz der Gesundheit der Bevölkerung muss der Alpenschutzartikel in der Verfassung unverändert bestehen bleiben. Der Entscheid der Verkehrskommission des Nationalrates für eine zweite Röhre am Gotthard ist aus ärztlicher Sicht nicht zu verantworten. Die mit einem zweiten Tunnel verbundene Kapazitätserhöhung würde zu einem massiven Verkehrswachstum führen und die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung entlang der Gotthardachse durch Zunahme von Luftverschmutzung und Lärmbelastung zusätzlich beeinträchtigen. Für die Avanti-Initiative wurde die Nein-Parole beschlossen.

Die verkehrsbedingte Luftverschmutzung verursacht allein in der Schweiz pro Jahr 2100 vorzeitige Todesfälle, 12 100 Spitalpflegetage, 31 000 Fälle von akuter Bronchitis bei Kindern und 426 000 Tage mit Arbeitsunfähigkeit. Die Kosten für diese verkehrsbedingten gesundheitlichen Schäden belaufen sich jährlich auf rund 1,6 Milliarden Franken, die der Allgemeinheit aufgebürdet

werden. Wir sind heute weit davon entfernt, die Ziele der Luftreinhaltung zu erreichen. Ebenfalls gesundheitsschädigend ist die Lärmbelastung, welche entlang der Hauptverkehrsachsen vielerorts die Alarmwerte der Lärmschutzverordnung überschreitet. Ziel muss es sein, die gesundheitlichen Risiken für die Bevölkerung einzudämmen. Massnahmen zur Verminderung von Luftschadstoffen und Lärmbelastung fordern die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz seit Jahren. Mit dem Bau der NEAT und der Einführung der LSVA sind in der Schweiz verkehrspolitische Weichen gestellt worden, um die Verlagerung der Güter auf die Schiene voranzutreiben. Im Agglomerationsverkehr müssen Lösungen gefunden werden, die sich auf die öffentlichen Verkehrsmittel konzentrieren, die entsprechenden Bundesmittel sind in diesen Bereich zu investieren.

Die von den Automobilverbänden TCS und ACS eingereichte Avanti-Initiative, welche nebst dem Ausbau der A1 zwischen Zürich und Bern und zwischen Genf und Lausanne auch den A2-Ausbau zwischen Erstfeld und Airola und damit eine zweite Tunnelröhre am Gotthard verlangt, steht den Bestrebungen nach einer sinnvollen Verkehrspolitik diametral entgegen. Die bereits schon jetzt stark durch Luftverschmutzung und Lärm belasteten Regionen würden durch den Ausbau und dem damit verbundenen Mehrverkehr unhaltbaren Situationen ausgesetzt. Die Zahl der Krankheits- und Todesfälle der betroffenen Bevölkerung würde sich nach oben bewegen.

Die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz setzen auf eine zukunftsfähige Verkehrspolitik, bei der die Gesundheit der Bevölkerung und Schonung der Umwelt oberste Priorität haben. Deshalb muss der Alpenschutzartikel unverändert in der Verfassung verbleiben. Die Avanti-Initiative und die parlamentarische Initiative Giezendanner «Gotthard-Strassentunnel/Bau einer zweiten Röhre» werden abgelehnt.

Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz

Die SAMW bekräftigt ihr Nein zu aktiver Sterbehilfe

Die ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) waren bis anhin in der Schweiz die einzige Richtschnur im Bereich «Sterbehilfe». Die SAMW begrüsst die Tatsache, dass sich das Parlament erneut und aktiv mit dem Thema auseinandersetzt. Eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe, wie sie die parlamentarische Initiative von Nationalrat Franco Cavalli fordert, ist aber aus Sicht der SAMW keine gute Lösung; dies hält die SAMW in einem Schreiben an die Mitglieder des Nationalrates fest.

«Zu den Aufgaben des Arztes gehört auch die Sterbehilfe; sie ist das Bemühen, dem Sterbenden so beizustehen, dass er in Würde zu sterben vermag. Solche Sterbehilfe ist nicht nur ein medizinisches, sondern auch ein ethisches und juristisches Problem.» Mit diesen Worten beginnt der Kommentar zu den «Richtlinien für die Sterbehilfe», welche die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften 1976 erstmals (und seither zweimal in revidierter Form) veröffentlicht hat. Diese Richtlinien lehnen ein aktives Eingreifen der Ärzte zur Verkürzung des Sterbevorgangs ab, und die (vom Gesetz her straffreie) Beihilfe zum Suizid gilt darin nicht als Teil der ärztlichen Tätigkeit. Der vor zwei Jahren vorgelegte Bericht «Sterbehilfe» einer Arbeitsgruppe unter Leitung von alt Ständerätin Josi Meier sowie die kürzliche Debatte im Parlament waren für die SAMW Anlass, sich erneut und vertieft mit der Problematik auseinanderzusetzen.

Leben und damit auch Sterben sind unveräusserbare Güter, die dem Menschen von seiner Selbst zustehen und somit nicht delegiert werden können. Die allgemein aner-

Palliativmedizin

Die palliative Medizin, Pflege und Begleitung umfasst alle medizinischen Behandlungen, die pflegerischen Interventionen sowie die psychische, soziale und geistige Unterstützung kranker Menschen, die an einer fortschreitenden, unheilbaren Erkrankung leiden. Ihr Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität des Kranken und seiner Angehörigen zu sichern.

Die palliativmedizinische Behandlung wird nie in der Absicht gegeben, den Tod herbeizuführen; es werden aber auch keine Massnahmen getroffen, um das Leben um jeden Preis zu verlängern.

Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) vereinigt über 1000 in Palliative Care tätige Mitglieder. Präsident der SGPMP ist PD Dr. med. F. Stiefel, Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV, 1011 Lausanne.

kannte und im Bericht «Sterbehilfe» geforderte Selbstbestimmung in der Todesfrage findet ihre Erfüllung im (allenfalls assistierten) Suizid und darf nicht zur Fremdbestimmung einer Drittperson (Tötung auf Verlangen) führen. Die im Bericht vorgeschlagenen, notwendigen Kriterien zur Strafbefreiung können nur von Ärzten beurteilt und entschieden werden. Die SAMW sieht deshalb die Gefahr, dass aus der Strafbefreiung des Arztes bei aktiver Sterbehilfe sehr rasch ein Anspruch auf aktive Sterbehilfe von seiten des Patienten werden könnte – mit entsprechendem Druck auf die behandelnden Ärztinnen und Ärzte, zu «Tätern» zu werden. Auch aus diesem Grund lehnt die SAMW eine Strafbefreiung bei aktiver Sterbehilfe entschieden ab und hat alle Mitglieder des Nationalrates über diese Haltung informiert.

Die SAMW verschliesst nicht die Augen vor der schweren Not, in der sich viele Schwerstkranke bzw. Sterbende befinden. Die Bedeutung und die Notwendigkeit der Palliativmedizin (siehe Kasten) zur Linderung unerträglicher Leiden sind in der letzten Zeit erfreulicherweise erkannt worden, und die SAMW hat die Förderung der Palliativmedizin zu einem ihrer Schwerpunkte gemacht. Die Situation in der Schweiz ist allerdings noch weit davon entfernt, optimal zu sein: Eine nationale Bestandsaufnahme zur Versorgung mit Palliativmedizin kam zum Ergebnis, dass in der Schweiz bedeutende regionale Unterschiede bestehen, dass Palliativmedizin noch stark auf urbane Zentren konzentriert ist und vor allem Krebskranken zugute kommt. Erschwert wird die Verbreitung der Palliativmedizin durch den Umstand, dass bis anhin in der Schweiz nur wenige Ausbildungsmöglichkeiten bestehen und eine anerkannte Qualitätskontrolle erst im Entstehen ist.

Im Gegensatz zu ihrer früheren Position geht die SAMW heute davon aus, dass die Beihilfe zum Suizid in gewissen Situationen auch zur ärztlichen Tätigkeit gehören kann: eine fachlich kompetente, einfühlsame Unterstützung hin zum letzten, grossen Schritt vom Leben in den Tod. Diesen delegiert der Sterbende aber nicht an den Arzt, sondern er tut ihn nach seinem freien Willen selbst.

Communiqué de presse

L'ASSM renforce son opposition à l'euthanasie active

Jusqu'à ce jour, les directives médico-éthiques de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) étaient, en Suisse, les seules règles de conduite régissant le domaine de l'euthanasie. L'ASSM salue le fait que le Parlement s'occupe à nouveau activement de ce sujet. Cependant, selon l'ASSM, une légalisation de l'euthanasie active telle qu'elle est prévue dans l'initiative parlementaire du conseiller national Franco Cavalli, n'est pas une solution adéquate; l'ASSM a résumé sa position dans un courrier adressé aux membres du Conseil national.

«L'assistance au mourant entre aussi dans les devoirs du médecin; elle consiste à suivre le patient dans ses derniers moments pour qu'il puisse mourir dans la dignité. L'euthanasie n'est pas seulement un problème médical; c'est aussi un problème éthique et juridique.» C'est par ces mots que débute le commentaire des «Directives concernant l'euthanasie» éditées pour la première fois par l'Académie Suisse des Sciences Médicales en 1976 (et deux fois révisées depuis). Celles-ci rejettent l'intervention active du médecin destinée à abrégier le processus de la mort et ne considèrent pas l'assistance au suicide (impuni selon la loi) comme un acte médical. Le rapport «Euthanasie» élaboré il y a deux ans par un groupe de travail sous la direction de l'ancienne conseillère aux Etats Josi Meier ainsi que les débats récents dans le Parlement ont donné lieu, une nouvelle fois, à des réflexions approfondies au sein de l'ASSM.

La vie et, par conséquent, la mort sont des biens inaliénables appartenant à l'être humain comme son Moi et ne peuvent donc pas être déléguées. L'autodétermination individuelle devant la mort, reconnue universellement et exigée dans le rapport «Euthanasie» susmentionné trouve son accomplissement dans le suicide (éventuellement assisté) et ne doit pas conduire à la détermination d'un tiers (homicide à la demande). Les critères d'exemption de peine nécessaires pour la libéralisation de l'euthanasie et proposés dans le même rapport ne pourront être appréciés et appliqués que par des médecins. C'est pourquoi l'ASSM craint que la dépénalisation de l'euthanasie active pratiquée par des médecins ne dérape très vite pour devenir une exigence d'euthanasie active de la part des patients qui pourraient ainsi exercer une pression sur les médecins traitants dans le but de les faire passer à l'acte. C'est également pour cette raison que l'ASSM s'oppose fermement à une dépénalisation de l'euthanasie active et a fait part de sa position à tous les membres du Conseil national.

Médecine palliative

La médecine et les soins palliatifs comprennent tous les traitements médicaux, les soins physiques, le soutien psychologique, social et spirituel destinés aux malades souffrant d'une affection évolutive non guérissable. Son but est de soulager la souffrance, les symptômes et d'assurer le confort et la qualité de vie du malade et de ses proches.

Aucun traitement ni médicament n'est administré dans le but de provoquer la mort, mais aucune mesure n'est prise dans le but de prolonger la vie à tout prix.

La Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP) réunit plus de 1000 membres de professions médicales et soignantes. Son président est le Dr F. Stiefel, Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV, 1011 Lausanne.

L'ASSM ne ferme pas les yeux devant la détresse extrême dans laquelle se trouvent de nombreux malades ou mourants. Par bonheur, l'importance et la nécessité des soins palliatifs dans le but d'atténuer des douleurs insupportables ont été enfin reconnues et l'ASSM a décidé d'inclure la promotion des soins palliatifs dans ses priorités. Toutefois, la situation en Suisse est loin d'être optimale: une étude nationale sur l'état actuel des prestations en soins palliatifs montre qu'il existe encore de grandes différences régionales dans l'offre qui se concentre surtout dans les centres urbains et qui est réservée en priorité aux patients atteints de cancer. Cette situation est aggravée par un manque d'offre de formation en soins palliatifs au niveau national et par un contrôle de qualité encore en voie de développement. Contrairement à sa position antérieure, l'ASSM considère aujourd'hui que, dans certains cas, l'assistance au suicide peut être considérée comme faisant partie de l'activité du médecin: un soutien compétent et compréhensif sur la voie vers le dernier grand pas de la vie à la mort. Ce pas, le mourant ne le délègue pas au médecin, mais l'effectue lui-même selon son libre choix.