

## Forum



## Qualität mit Mass

Sehr geehrter Herr Direktor Piller

In Ihrer Publikation «Was nicht gemessen wird, wird auch nicht verbessert» [1] stellen Sie bereits im Titel die ungeheuerliche Behauptung auf: «Was nicht gemessen wird, wird auch nicht verbessert.» Ich habe ein gewisses Verständnis dafür, dass ein Atomphysiker, ein Mann, der sich früher vor allem mit Mass und Gewicht auseinandergesetzt hat, zu einem solchen Schluss kommen kann. Für die Physik und die Technik mag dies zutreffen. Wenn sich das Verhalten von Ärzten nur in Bereichen, die sich messen lassen, verändert, und hoffentlich zum Teil zum Besseren für die Patienten, wäre das für die Medizin eine Katastrophe. Erfahrung, Menschenkenntnis, Verbesserungen in der Arzt-Patienten-Beziehung lassen sich nicht messen. Die Qualität ärztlicher Arbeit wird gerade vom Patienten nicht gemessen, sondern erlebt. Das kann sich vielleicht in einer Erhebung zur Patientenzufriedenheit niederschlagen, nie aber kann es gemessen werden.

Wenn eine im Gesundheitswesen führende Persönlichkeit, die nota bene über Qualität im Bereich der Sozialversicherung wachen sollte, eine solche Ansicht vertritt, graut mir vor der Zukunft unseres Gesundheitswesens. Ich stehe Ihnen gerne für eine differenzierte Diskussion zu dieser Frage zur Verfügung.

R. Streit  
Präsident Ärztesgesellschaft  
des Kantons Bern

1 Piller O. Was nicht gemessen wird, wird auch nicht verbessert. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(36):1997.

## Das KVG gemeinsam optimieren

Zum Artikel von Herrn Piller [1] nur zwei Bemerkungen: Herr Piller ruft uns auf, nur Behandlungen anzuordnen und Medikamente zu verschreiben, die wirklich notwendig seien. Frage: wer weitet denn den Grundleistungskatalog immer weiter aus mit z.T. Therapiekonzepten, die alles andere als sicher wirksam sind? Es ist ja klar, dass, wenn etwas angeboten, d.h. von der Kasse bezahlt wird, es auch konsumiert wird. Zum zweiten: Herr Piller möchte die Stellung des Patienten stärken, in der Meinung, der informiertere Patient würde eher sparen helfen. Wenn Herr Piller nur einen Tag je in einer Praxis verbracht hätte, wüsste er, dass kaum je ein Patient auf etwas verzichten will, das auch nur im entferntesten Besse-

rung verspricht. Kaum je ein Kranker fragt nach den Kosten, meistens ist nur das Beste gut genug, nach dem Motto: «Wenn ich schon so viel Prämie bezahlen muss ...» Wir Ärzte sind es dann, die bremsen müssen, u.U. mit dem Risiko, dass die Patienten den Arzt wechseln. Und das Bremsen wird umso mühsamer, je mehr der Grundleistungskatalog aufgeblasen wird. Womit wir wieder bei Punkt eins wären.

Dr. med. P. Hofmann, Biel

1 Piller O. Das KVG gemeinsam optimieren. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(44):2469-71.

## Herr Pillers schiefe Optik?

Als langjähriger, engagierter Grundversorger und besorgter Kostenverursacher im immer teureren Gesundheitswesen habe ich den Artikel «Das KVG gemeinsam optimieren» von Herrn Piller [1] höchst interessiert gelesen. Nicht als Gesundheitsexperte, sondern lediglich als Beobachter und Mitkämpfer an der Basis, drängten sich bei der Lektüre Erkenntnisse auf, die ich in den letzten Jahren in ihren Ansätzen bereits zu erkennen glaubte, die aber ihre Bestätigung im erwähnten Artikel klar formuliert fanden. Herr Piller – und offensichtlich auch Frau Dreifuss – sonnen sich im internationalen Vergleich mit anderen Gesundheitswesen. Den einleitenden Ausführungen über die tragenden Elemente unseres KVG und den theoretischen Erkenntnissen im abschliessenden Abschnitt über die gemeinsame Optimierung kann voll zugestimmt werden. Das Wissen um die Zusammenhänge im Gesundheitswesen scheint – trotz aller Unkenrufe – vorhanden. Aber die praktische Umsetzung der geschilderten gesundheitspolitischen Sachzwänge scheint im BSV das grosse Problem zu sein! Die Einseitigkeit, mit der Herr Piller Sparmassnahmen auf dem Rücken der Ärzte austragen will, erscheint in diesem Artikel in einer ungläublichen Penetranz. Die einzigen Kostentreiber scheinen die Ärzte zu sein. Eine Optik, die einer Unterstellung gleichkommt und eine sachliche Diskussion im Keime erstickend, einer ganzheitlich ökonomischen Prüfung nie standhalten kann.

Selbstverständlich müssen sich junge Ärzte heute beruflich neu orientieren. Aber müsste nicht im selben Atemzug offen gesagt werden, dass man die meisten Apotheken schliessen müsste, da längst bekannt ist, dass die DMA (direkte Medikamentenabgabe) die günstigste Form der Medikamentendistribution ist und der Beruf des Apothekers historisch geworden ist. Als Zwischenhändler der konfektionierten Originalpackungen verteuert er die an sich hohen Medikamentenpreise in der Schweiz nur. Die Zeit der Tablettenmörser in den Apotheken ist vorbei. Glaubt Herr Piller tatsächlich,

dass wir Ärzte den Patienten unnötige Behandlungen und Medikamente verschreiben, nur um pekuniären Partialinteressen zu folgen? Als kostenbewusster Grundversorger drehe ich die Medikamentenschachtel immer wieder um, um mich nach dem neuesten Preis zu erkunden (der nächstes Jahr auch nicht mehr dort stehen wird. Ein weiterer Fehler in der praktischen Umsetzung ...). Wenn dann eine alternative, günstigere Medikation möglich ist, ist der Griff zum Generikum das Nächste. Der Blick auf Gesamtinteresse (sprich Kostensenkung) gehört schon längst zum Berufsethos wie die hippokratischen Grundsätze und die ganzheitliche Betrachtung des Patienten. Wir sind nicht alles schwarze Schafe! Herr Pillers pervertierte Optik gipfelt in «informierte Patienten sind kritische Patienten – sie können sich gegen Überverarztung wehren [...] sie können sich für kostensparende Hausarzt- oder HMO-Versicherungsformen entscheiden [...]». Das kann stimmen. Aber lässt seine Sicht nicht zu, dass es meist umgekehrt ist! Informierte Patienten wissen, was für Möglichkeiten es in der diagnostischen und therapeutischen Medizin heute gibt (zu Recht). Sie wünschen entsprechend abgeklärt und behandelt zu werden! Das sind nicht die «günstigen» Patienten. Ich habe in 10 Jahren Hausarztpraxis keine einzige Klage wegen Überverarztung gehört, aber ab und zu die Frage, «sollte man nicht noch [...] (CT, MRI, [...])». Die kostenbewussten Hausarztversicherungspatienten waren schon immer diejenigen, die mich vor dem Spezialisten konsultierten. An ihnen kann auch nicht gespart werden. Und diejenigen, die eine Spezialisten-Surconsommée betreiben, gehen nicht in eine Hausarztversicherung! Nebenbei sei die Bemerkung erlaubt, dass der Leistungskatalog in der Grundversicherung nicht durch komplementärmedizinische Leistungen weiter und weiter ausgedehnt werden darf, und erst noch gehofft wird, man könne damit Kosten sparen ... Wenn Herr Piller von gemeinsamer Optimierung unseres KVG zur Erhaltung unseres hochstehenden Gesundheitswesens spricht, so sollte er unbedingt alle Partner der Kostenspirale (Patienten/Politiker/Versicherer/Spitalverantwortliche/Ärzte/Apotheker) nennen – und nicht aus einer schiefen Optik heraus den schwarzen Peter einem aktuell (politisch) schwächeren Teil zuschieben. Eine leider in den letzten Jahren übliche Art, von den effektiven Verantwortlichen oder der Komplexität der Materie abzulenken. Auf diese, seine Art, wird es nicht möglich sein, die Probleme gemeinsam zu lösen, gemeinsam anzupacken.

Dr. med. Wilfried Harringer, Nottwil

1 Piller O. Das KVG gemeinsam optimieren. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(44):2469-71.

Forum



**Entgegnung zum Artikel «Der Stand der TarMed-Arbeiten. Eine Information des FMH-Zentralvorstands» [1]**

Der Zentralvorstand schreibt auf Seite 2364: «Diese Schwierigkeiten [die die neuen TarMed-Tarife für Gruppen von Belegärzten mit sich bringen könnten] zur Prognose aufzublasen, die Einführung von TarMed würde zur Eradikation der operativ, interventionell und radiologisch tätigen Spezialistinnen und Spezialisten in freier Praxis führen, ist durch keine Zahlen belegte demagogische Panikmache der übelsten Sorte, die aussen belächelt wird, innen aber zu einer unerträglichen Verunsicherung vieler sich bedroht fühlenden Kolleginnen und Kollegen führen muss».

Wer auch immer diese Zeilen verfasst haben mag, die Aussage entspricht nicht der Wahrheit, denn Zahlenmaterial wurde schon von verschiedenen Autoren vorgelegt. Zum Beispiel fand am 29. März 2000 auf Initiative des FMH-Präsidenten ein Rundtischgespräch in den Räumlichkeiten des Sekretariates der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern statt. Dabei anwesend waren: FMH-Präsident Dr. H. H. Brunner, Dr. M. Höfliger Präsidentin der Ärztesgesellschaft des Kantons Schwyz, Dr. E. Steinmann, Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, deren KK-Präsident Dr. W. Häuptli, der TarMed-Delegierte der Krankenkassen, Dr. oec. L. Bapst, und ich, in der Funktion als Präsident der Gesellschaft der St. Anna Ärztinnen und Ärzte, Luzern, der Vereinigung, welche die Interessen der über 80 an der Belegklinik Tätigen vertritt.

Ziel der mehrstündigen Sitzung war es unter anderem, die Auswirkungen des TarMed auf die Einkommensverhältnisse der Belegärzte/-ärztinnen zu erörtern. Zu diesem Zwecke habe ich der Runde ein umfangreiches Zahlenmaterial mündlich in einem Exposé und zusätzlich in einem mehrseitigen Bericht vorgelegt, mit folgendem Inhalt: die *Einkommenszahlen* von 1993 bis 1999, die *Steuerauszüge* im gleichen Zeitraum, die *Einkommensquellen* (ambulante, belegärztliche Tätigkeit, aus Grund- und Zusatzversicherung), die *Praxisaufwendungen* und die *Arbeitszeiten* meiner eigenen Tätigkeit als orthopädischer Chirurg in Praxis und Belegklinik. Sämtliche Zahlen sind über Jahre in die ROKO-Studie eingeflossen – also vergleich- und überprüfbar – und von Treuhändern und Steuerbehörden «beglaubigt». Ergänzt wurde das Ganze mit Modellrechnungen, die wir Orthopäden der Klinik St. Anna nach der damals aktuellen für uns zugänglichen TarMed-Version 2.2 durchgeführt haben. Mit folgenden Ergebnissen: Ein Überleben des Belegarztsystems unter alleiniger Abrechnung im heutigen UVG-Tarif

und noch viel weniger zukünftig unter TarMed ist schlicht nicht möglich. Der TarMed ist für die chirurgische Tätigkeit im Belegarztsystem wirtschaftlich nicht haltbar. Eine Besitzstandswahrung wäre annäherungsweise erreichbar mit einem Taxpunktwert von vier bis fünf Franken. Eine Einführung des TarMed im Bereich der Zusatzversicherungen ist inakzeptabel. Wir fragen uns auch, wie öffentliche Spitäler mit den grossen Allgemeinabteilungen mit diesem neuen Sozialtarif im stationären Bereich bestehen sollen.

Wir chirurgisch und interventionell tätigen Ärztinnen und Ärzte fühlen uns bedroht, zunehmend auch von einer Ständesvertretung, die uns nicht ernst zu nehmen scheint (vgl. obiges Zitat aus den Ausführungen des Zentralvorstandes) und der wir immer weniger Glauben schenken können. Wie lange noch will man uns vormachen, es sei alles in Butter? Mit der Ausblendung der Realität wird ein Zustand heraufbeschworen, der nicht nur das Gesundheitswesen in Schräglage bringt, sondern auch die Ärzteschaft spalten wird.

Selbstverständlich werde ich das Zahlenmaterial zur Beweisführung meiner Aussagen der interessierten Leserschaft auf Anfrage zugänglich machen.

*Dr. med. J. E. Brandenburg, Präsident der St. Anna Ärztinnen und Ärzte, Luzern (GAL)*

1 FMH-Zentralvorstand. Der Stand der TarMed-Arbeiten. Eine Information des FMH-Zentralvorstands. Schweiz Ärztezeitung 2000; 81(42):2363-5.



**Schwarze Schafe [1]**

Die Ausführungen der Autorinnen sind liebenswürdig und nach dem heutigen Stand einigermaßen erschöpfend, lediglich eine Abschätzung über den Prozentsatz fehlt. Sie können niemanden schockieren – die Schocks haben wir längst hinter uns. Aber am Beispiel der Psychotherapie wird erneut die Frage berührt: Welche Eigenverantwortung darf ein Therapeut haben und behalten, warum und wieviel und welche Kontrolle und Druck von aussen dürfen diese schmälern?

Wenn sie «erwiesene Delikte» bürokratisiert haben wollen, dann muss man auch «erwiesene Schäden» bürokratisieren; das haben sie übersehen! Dass alle Grenzen fließend sind, haben sie zugegeben.

Warum sollen wir uns mit Kollegen entsolidarisieren, deren Verfehlungen sie als krankheitsbedingt hinstellen. Der Kranke braucht verstärkte Solidarität; das ist auch ins Strafgesetzbuch in Form von «Milde» eingegangen.

Wenn sie «Schutzmassnahmen gegen vermutete Rückfälligkeit» durch «Kontrolle und

Druck von aussen» verordnen, und zusätzlich noch Psychotherapie (von der erforderlichen Differentialdiagnose solcher fachlich hervorragender, uneinsichtiger Schwarzeschaf-Kollegen haben Sie nicht gesprochen) – ja, wie soll man denn das unterbringen, wo man mit der gesetzlich verordneten, permanenten Weiterbildung und deren Qualitätskontrolle schon genug zeitliche Mühe hat? Da gehe ich gleich zur IV und melde mich als arbeitsunfähig reglementierter Vollinvalide an, auf diese Weise erübrigt sich dann auch ein Berufsverbot.

Und nun noch zu dem von ihnen gekennzeichneten Leistungsbild des fachlich erstklassigen, aber uneinsichtigen, weil narzisstischen «Täters». Die Bühne haben sie mit «Grenzüberschreitung» richtig gekennzeichnet. Die Klientel, die seelisch Leidenden und seelisch Kranken, haben selbst die Grenzen ihrer Persönlichkeit überschritten. Wer (chronisch) leidet, muss betreut, wer (chronisch) krank ist, therapiert werden. Ihre Persönlichkeitsgrenzen überschritten haben auch der Alkoholiker im Suff und der Rauschgiftsüchtige im Giftrausch. Diese Grenzüberschreitungen sind alle von derselben Art: von der Person hat ein «Satan» Besitz ergriffen, der das Steuer der Persönlichkeit ausserhalb ihrer Grenzen übernommen hat. Dieser Satan kann alle Dimensionen annehmen, von einer winzigen, schwarzen Ratte bis zum «goldenen Heroinschuss». Er steht ausserhalb der Person. Ihre Therapie ist das Ringen mit diesem persönlichkeitsfremden Satan bis zu seiner Entfernung, mit dem Ziel, das Leben der Person in seine Persönlichkeitsgrenzen zurückzuführen.

So, und dann haben sie ihre Erfahrungen, 5, 10, 20, 30 Jahre lang, ihre Erfolgsergebnisse (Unterdrückung und Entfernung des Satans ihrer Patienten) oder Misserfolge trotz erheblicher, anhaltender Bemühungen (die «List des Satans» war stärker). Aber diese Bemühungen haben sie selbst zum «Listmeister gegen den listigen Satan» gemacht. Je länger und je besser sie da «Weltmeister im Manipulieren (des Satans)» geworden sind, unter Einsatz aller, auch charismatischer Mittel ihre Fachkompetenz und Fähigkeiten bis an die Grenze gehoben – und je mehr und je öfter sie dann auch an der Grenze gearbeitet und sie dann auch überschritten haben (alles ist immer fließend, und sie haben die Unvermeidbarkeit lässlicher Grenzüberschreitungen zugegeben) und dabei ihre Erfolgsquote anheben konnten –, desto mehr werden sie Narzisist. Das ist geradezu ein typischer Pathogenesemeechanismus. Der innere Umgang mit seelisch Kranken macht krank. Als Kontrolleur oder Gutachter können sie «unbedingt» bleiben, aber als Therapeut? In dem Masse, wie sie sich nicht «öffnen», schmälern sie den Therapieerfolg: die bekannte, subtile Gratwanderung der Selbstbewahrung gegen den anerkannten Anspruch des Patienten, vergleichbar mit permanentem Koitus interruptus.

Wie wollen sie da Einsicht verlangen, in Richtung Berufsverbot entsolidarisieren und von aussen Druck machen? Da bleibt nur die strafrechtliche Ahndung tatsächlich vorgefallener Verfehlungen nach den gültigen Gesetzen sowie die interne Standesmassregelung.

Weil alles fliessend ist, würde die von ihnen geforderte Bürokratisierung und Kontrolle von aussen einschliesslich deren Qualitätssicherung nirgends hinführen oder enden, aber dennoch die ärztliche Kompetenz schwer bedrängen, den Arzt von vornherein und ganz allgemein mit einem Bein ins Gefängnis stellen und damit der Psychotherapie mehr schaden als nützen.

Wir haben mit der Standardisierung unserer Leistungsqualität einschliesslich deren Qualitätssicherung mit der Qualitätssicherung von Zertifizierung und Kontrolle, mit der gesetzlich verpflichteten, permanenten Weiterbildung und deren Qualitätssicherung, mit «TarMed», mit der demnächst beginnenden Ärzteangleichung an die EU («Harmonisierung»?) genug Bürokratie am Hals. Und die nächste Bürokratisierung, z. B. der Gehirntumorchirurgie, käme bestimmt. Wir kämen endgültig in Teufels Küche. Wer's nicht glaubt, fahre nach Brüssel und sehe sie sich dort «life» an. Denn die EU brät längst drin – unter «quality assurance» natürlich –, mit ehemals hervorragenden Leuten, heute Verwalter von Zusicherungen (Bürokraten) und Befehlsempfänger für die verwalteten Systeme (ähnlich der Ordinierung von Arzttarifen von aussen durch politische Stellen in der Schweiz).

Cavete!

*Dr. med. Hans Berger, Birsfelden*

1 Cueni S, Schuppli-Delply M. Schwarze Schafe. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(43):2442.



### Neue Regelung zur Sterbehilfe in der Stadt Zürich

Ab 1. Januar 2000 soll gemäss einer neuen Regelung Beihilfe zum Selbstmord in Kranken- und Altersheimen der Stadt Zürich rechtlich grundsätzlich möglich sein. Der Vorsteher des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements, Neukomm, rechtfertigt diesen Grundsatzentscheid u. a. mit dem Selbstbestimmungsrecht des einzelnen.

Hier ist zu fragen, ob das Selbstbestimmungsrecht des Menschen wirklich so grenzenlos ist, dass dieser über den Zeitpunkt seines irdischen Todes entscheiden und diesen willentlich herbeiführen darf. Wenn wir davon ausgehen, dass der Mensch aus christlich-anthropologischer Sicht Treuhänder und nicht Eigentümer des Lebens ist, er also über sein Leben nicht verfügen kann, dann wird klar, dass dem Selbstbestimmungsrecht Grenzen gesetzt sind. Der tod- kranke Mensch, der von der Beihilfe zum

Selbstmord Gebrauch machen will, entsolidarisiert sich insofern gegenüber der Gesellschaft, als er die ihm in grosser Verantwortung entgegengebrachte Hilfe und Pflege ausschlägt. Diese Hilfe im Rahmen der palliativen Medizin und Pflege hat nämlich in den letzten Jahren einen sehr hohen Stand erreicht. Stadtrat Neukomm selbst lobt sein Departement, das sich «darum bemühe, den Patienten ein würdiges Sterben zu ermöglichen und schwere Leidenszustände durch palliative Medizin markant zu lindern» [1]. Gerade durch die ständig sich weiterentwickelnde Palliativmedizin leistet die Gesellschaft einen hervorragenden Beitrag zum Wohle des Schwerstkranken. Es ist aber zu befürchten, dass durch das Etablieren der Suizidhilfe als Bestandteil der Sterbebegleitung der Wille, die Palliativmedizin weiter zu fördern, erlahmen könnte. Wehren wir den Anfängen! Die heute von der Stadtzürcher Regierung beabsichtigte, überlegte und sehr restriktive Handhabung der Suizidhilfe kann der Beginn einer schleichenden Erosion mit einer unheilvollen Eskalation in Richtung aktive Sterbehilfe bedeuten. Die neue Regelung trägt zu einer Präjudizierung innerhalb der laufenden Euthanasiediskussion bei, sie wurde denn auch von einer entsprechenden Organisation als «Meilenstein mit Signalwirkung» perzipiert [2]. Das Angebot, zurückbleibenden Mitbewohnerinnen und Mitbewohnern sowie Angehörigen nach der Durchführung des Suizids psychologische Betreuung zu gewähren [2], wirft ein grelles Licht auf die Gesamtsituation.

*Dr. med. Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Präsident VKAS (Vereinigung Katholischer Ärzte der Schweiz), Thun*

1 NZZ, Nr. 251, 27.10.2000, S. 45.  
2 Der Landbote, 27.10.2000, S. 31.

### Ein Recht auf Suizid?

Exit freut sich, im Zürich-Express wird von einer Pioniertat der Transparenz und in der NZZ etwas dezenter von Beihilfe zum Selbstmord geschrieben.

Dieser Entscheid ist wohl wirklich ein entscheidender Schritt, der Signalwirkung haben könnte. Werden wohl in Zukunft die Vertreter von Sterbehilfeorganisationen (wie Geier) über den angeschlagenen Opfern kreisen? Wer entscheidet, ob jemand noch 100% urteilsfähig ist?

Unsere Gesetze hinken oft der Realität hintennach. Unsere Regierungen lassen sich von «Sachzwängen» manipulieren. Wenn pro Jahr 10 000 Ungeborene getötet werden, dann soll dies «sanktioniert» werden. Nun kommen auch noch die Alten dran. Wo ist die Grenze? Welches Weltbild, welches Menschenbild steckt hinter einer solchen Entscheidung?

Bin ich ein zufällig ins Sein Geworfener, ein letztlich alleine strampelndes Individuum, dem schliesslich ein kaltlächelnder «Helfer» eine Giftdosis bereithält, damit er nicht noch

lange leiden muss und dabei die Staatskasse (un)gebührlich belastet? Oder bin ich ein gewollter, geliebter, sorgfältig geplanter und in seinem Lebensvollzug Verantwortlicher, der sich auch im schwersten Moment seines irdischen Daseins getragen weiss?

Herr Neukomm hat sich anscheinend die Sache nicht leicht gemacht. Auch Gutachter hat er gefunden, die ihn bestätigten in seinem Weltbild. Ich hoffe, dass er nicht selbst einmal Opfer von solchen «Menschen» wird. Auch ich glaube, dass Gott uns einen freien Willen geben will. Er möchte ein lebendiges Gegenüber, er wünscht sich Beziehung – gegenseitige Beziehung. Dagegen hält es der autonome Mensch für angebrachter, sein Leben und Sterben selbst zu meistern. Gott hat uns seine Gebote gegeben. Gebote, die uns nicht der Freiheit berauben, wie wir oft meinen, sondern uns bewahren, frei zu bleiben.

*Dr. med. Rudolf Akert, Präsident der AGEAS (Arbeitsgemeinschaft evangelischer Ärzte der Schweiz), Oberdiessbach*

### Nein zur «Sterbehilfe» in Zürcher Krankenhäusern und Altersheimen

Das Gesundheits- und Umweltschutzdepartement der Stadt Zürich unter dem Sozialdemokraten Robert Neukomm will ab Januar 2001 in Stadtzürcher Kranken- und Altersheimen der «Euthanasie»-Gesellschaft Exit und anderen selbsternannten «Sterbehelfern» erlauben, lebensmüden Patienten Gift zu geben. Die Hippokratische Gesellschaft Schweiz wendet sich scharf gegen diese staatliche Erlaubnis der «Sterbehilfe».

Alle kranken, alten oder suizidalen Menschen brauchen von der Gesellschaft Schutz und Hilfe – niemals Gift! Der Staat hat kein Recht, den Lebensschutz abzuschaffen. Denn Zivilisation bedeutet, immer mehr Verantwortung gegenüber den Hilflosen, Schwachen und Kranken zu übernehmen, und der moralische Stand einer Gesellschaft wird daran gemessen, wie sie mit den Schwächsten ihrer Mitglieder umgeht. Zynischerweise sollen nach Neukomm's Erläss jene als erste Gift bekommen, die kein eigenes Zuhause haben. Die Regierung überantwortet damit die Schwächsten der Gesellschaft als «Ballastexistenzen» dem Tod. Die Verfassung der Schweiz stellt den Lebensschutz über alles geschriebene Recht. Die Europäische Menschenrechtskonvention ist geltendes Recht in der Schweiz. Ihr Artikel 2 verpflichtet den Staat auf den unbedingten Lebensschutz. Die Zürcher Regierung hat kein Recht, diesen Boden der Rechtsgleichheit zu verlassen. Indem sie es trotzdem tut, muss sie sich den Vergleich mit historischen Vorbildern aus den dreissiger Jahren gefallen lassen.

*Dr. med. S. Vuilleumier, Hippokratische Gesellschaft Schweiz, Zürich*