

## Forum

**Die Angst vor dem Arztbesuch**

Der Leserbrief von Florian Ricklin [1] zeigt deutlich, wie kontrovers die Meinungen innerhalb der Ärzteschaft zu Fragen betreffend Freitodhilfe oder jeder anderen Form von Sterbehilfe sind. Letztlich handelt es sich dabei um nur persönlich verantwortbare Gewissensentscheidungen, weshalb man darüber nicht diskutieren kann. Aber die prinzipielle Auseinandersetzung sollte innerhalb der schweizerischen Ärzteschaft unbedingt mehr gepflegt werden, als es bisher geschehen ist. Er ist ein entschiedener Gegner, ich bin im Gegensatz zu ihm der Meinung, dass wir in der heutigen Zeit eine neue Sterbekultur entwickeln müssen und dass Sterbehilfe in genau umschriebenen Fällen ohne Kriminalisierung aller Betroffenen möglich sein sollte. (Die Redaktion der Ärztezeitung ist im Besitz meiner ganz persönlich gehaltenen Stellungnahme zu diesem Problem. Vielleicht wird sie sogar einmal publiziert).

Ich habe den von ihm zitierten Originalartikel im «New England Journal of Medicine» [2] gelesen, welcher eben keine Stellungnahme zu prinzipiellen Problemen der Euthanasie darstellt. Er untersucht nur die Folgen bei total 649 Fällen, in welchen nach holländischen Regeln Euthanasie oder Freitodhilfe durchgeführt wurde. Auch mich hat es erschüttert, dass es dabei in 16% der Fälle bei der Durchführung Komplikationen gegeben hat. Wenn aber einmal der verantwortliche Entscheid gefallen ist, besteht das anvisierte Ziel doch darin, dem Patienten zu einem sehnlichsten von ihm erwünschten, sanften Tod zu verhelfen. Deshalb auch die Schlussfolgerung der Arbeit: wenn sich die Medizin mit Euthanasie befasst, muss unter allen Umständen vermieden werden, dass das Leiden der Betroffenen und ihrer Familien durch technische Fehler oder anderes Versagen bei der Durchführung noch verlängert wird.

Nun zur Geschichte der schlaflosen Patientin. Diese zeigt genau, wo unsere ärztliche Aufgabe liegt. Auch wenn wir Ärzte prinzipiell und bedingungslos (!) auf der Seite des Lebens stehen, ist Lebenserhaltung an sich nicht alleinige Pflicht. Es geht viel mehr um beruflichen Beistand und Begleitung in gesunden und in kranken Tagen, wobei wir genau wissen, dass einmal der Tod kommt. Es ist nicht wahr, wenn wir heutzutage – mit all unseren lebenserhaltenden Techniken – noch zu behaupten wagen, jeder von uns sterbe dann, «wenn es für ihn Zeit geworden ist». So stimmt das einfach nicht mehr. Genau hier setzt das Selbstbestimmungsrecht eines jeden Menschen, ich vermeide bewusst den Begriff Patienten, ein. Ich für

mich hätte auf jeden Fall eher schlaflose Nächte, wenn mir mein behandelnder Arzt nicht versprechen würde, mir am Ende eine wirklich zum Tode genügende Dosis von Schmerz- und Beruhigungsmitteln zu geben, wenn ich ihn darum bitte. Allerdings traue ich im Prinzip allen Kollegen zu, dass sie der Situation entsprechend in meinem mutmasslichen Interesse handeln werden, habe aber für den Zweifelsfall – vor allem bei persönlicher Entscheidungsfähigkeit – meine Patientenverfügung exakt geschrieben.

Eine weitere Bemerkung ist mir wichtig: Bei allen Euthanasiediskussionen taucht immer wieder der Vergleich mit dem entsetzlichen, nur ideologisch-politisch motivierten und rechtlich sanktionierten Missbrauch im Nazireich Deutschlands auf. Dieser Vergleich ist absolut unzulässig. Beim Freitod geht es prinzipiell immer um zwei Sachen: erstens Respektieren des freien Willens des Betroffenen und zweitens mitmenschliche Hilfe aus einer für diesen nicht mehr tragbaren Notsituation. Hier sollte auch möglichst grosse Freiheit für die Respektierung des verantworteten Individualentscheides bleiben. Der Staat hat nur das «nichtgewollte oder ungewollte Aus-dem-Leben-Gehen» zu verhindern.

Ich weiss, dass jede Situation in chronischem Leid und Alter für den Betroffenen und seine ganze Umgebung sehr belastend ist und dass hier all unsere Phantasie und Kraft für ein doch noch möglichst erfülltes Leben gefordert ist. Aber einmal kommt der Zeitpunkt, an welchem der Wechsel von der prinzipiell kausal-therapeutischen Haltung zur optimalen palliativen Pflege und Betreuung gefällt werden muss. Das ist ein rationaler Entscheid im Verlauf eines jeden Lebens, ausser bei den unerwarteten plötzlichen Todesfällen. Wenn alle Palliation versagt und/oder auch nur, wenn ein Patient in einer solchen Situation nicht mehr weiter leben will, warum sollte es gerade auch uns behandelnden Ärzten nicht erlaubt sein, ihm in einer solchen Situation zum selbstgewollten und verantworteten Sterben zu verhelfen?

*Dr. med. Ruedi Böni, Madiswil*

- 1 Ricklin F. Die Angst vor dem Arztbesuch. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(46):2619-20.
- 2 Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. N Engl J Med 2000;342(8):551-6.

**Sterbehilfe in Zürich**

Im Prinzip kann ich praktisch allen philosophisch-religiös-ethischen Argumenten der drei Vertreter christlicher-humanistischer Tradition zustimmen. Wer könnte nicht wirklich das «Wohl des Schwerkranken» und die «allgemeine Pflicht zum Lebensschutz» bejahen? Nur helfen uns leider diese – ach so prinzipiellen – Überlegungen in konkreten Situationen der Praxis nicht weiter. Als langjähriger Praktiker und früher auch Präsident der Hospizstiftung Exit erlaube ich mir, dazu Stellung zu nehmen und auch noch gleich zu präzisieren, dass Exit seit vielen Jahren (als einzige der weltweiten Sterbehilfeorganisationen) Palliativpflege fördert, weil vor jeder selbstgewollten Freitodbegleitung genügende und richtige Palliation zu erfolgen hat.

Unser menschliches Schicksal ist, abgesehen von plötzlichen Todesfällen, bestimmt durch eine Situation von chronischer Krankheit, Leid und Alter. Im Verlauf unseres Lebens ändert sich die Aufgabe des Arztes. Für das Heil des Patienten steht jetzt nicht mehr der kausal-therapeutische Auftrag im Vordergrund, jetzt ist palliative Betreuung angesagt. Diese Situationsumkehr ist meist für den Betroffenen selbst und seine ganze Umgebung ausserordentlich belastend. Sie verlangt von allen (inklusive unserer Gesellschaft) viel Phantasie, Kraft und Finanzen zur Ermöglichung eines doch noch möglichst erfüllten Lebens.

Was das konkret heisst, soll offen bleiben, denn die Sinngebung unseres Lebens ist eine reine Glaubenssache. Glauben ist von seiner Natur her freiwillig und nicht erzwingbar. Wenn ein Individuum im obigen Rahmen frei entscheidet, nicht mehr länger leben zu wollen, wer – und mit welchen Argumenten – wollte es daran hindern?

Natürlich soll und kann kein Mitmensch – also auch kein Arzt – verpflichtet werden, einem andern aus dem Leben zu helfen. Das bleibt ein persönlich zu tragender Entscheid. In alter Terminologie christlich formuliert: falls ich mich damit schuldig mache, verantworte ich meinen persönlichen Anteil daran und übergebe mich vertrauensvoll samt dieser Schuld meinem gnädigen Richter. Juristisch sollte es ohne Konsequenzen bleiben, warum sollte es gerade uns behandelnden Ärzten nicht auch erlaubt sein, einem Mitmenschen zum selbstgewählten und verantworteten Sterben zu helfen?

*Dr. med. R. Böni, Madiswil*

### Aktive Sterbehilfe in Heimen des Kantons Zürich: Geht uns das etwas an?

Prof. Werner Kramer, Professor der Theologie, hat in der NZZ vom 21.11.2000 sehr gut und auf hohem Niveau erklärt, warum die Expertengruppe zur neuen Regelung der Sterbehilfe im Kanton Zürich kommen konnte. Er zeigt, dass der Respekt vor der Autonomie des einzelnen im Alters- und Pflegeheim höher gewichtet wurde als die Lebenserhaltung, im Gegensatz zum Spital, wo der klare Auftrag zur Erhaltung des Lebens oder Heilung des Leidens erste Priorität hat.

Geht uns Ärzte, die wir im Spital tätig sind, das etwas an?

Die Sterbehilfeorganisationen können mit Recht auf Verfassung und Strafgesetze pochen und behaupten, dass sie das «Recht auf Leben» nicht beeinträchtigen, dass sie keine «Todesstrafe» vollziehen, dass sie keine «Tötung auf Verlangen» ausführen und dass ihre «Beihilfe zum Selbstmord» nicht «aus selbstsüchtigen Beweggründen» erfolgt. Es hat also alles seine Richtigkeit und es wäre also gar nicht nötig, eine derart umstrittene und Emotionen schürende Regelung zu erlassen, weil Verfassung und Gesetze alles regeln.

Dass ein Theologieprofessor beigezogen wurde, zeigt aber, dass die Präambel unserer Bundesverfassung «Im Namen Gottes des Allmächtigen» ein Alarmzeichen gesetzt hat. Dieser Gott sagt uns in der Bibel: «Ich bin der Herr über Leben und Tod». Uns Mediziner, die wir Hüter der tödlichen Mittel sind, interessiert auch Hippokrates, der in seinem Eid absolut eindeutig sagt: «Nie werde ich jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen.»

Es stellt sich also für das Departement Neukomm in Zürich die Frage, ob dieser folgenschwere Entscheid sowohl gegen Gott wie auch gegen den 2000jährigen Medizinerrecht richtig ist.

*Dr. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach*

### Die vielleicht gefährlichen Wege der Sterbehilfe

Die Bemühungen um die aktive Sterbehilfe spiegeln unseren Zeitgeist mit Schiebung der Eigenverantwortung und des Eigenhandelns auf andere, auf Institutionen, auf den Staat. Man bricht dabei das sinnvolle Tabu unserer Kultur, dass man einen anderen Menschen nicht töten darf. Etliche meiner Patienten wählten in entsprechenden Situationen ohne viel Aufsehen den natürlichen Weg: sie verweigerten das Essen und das Trinken. Diese Art liegt einem gesunden, leistungsfähigen Menschen im jungen oder mittleren Alter, der mit Lust eben noch ein Wädli mit einem Krug Bier oder einem Glas Wein runterspülte, fern und scheint grausam. In Situationen, Zuständen und Stadien des Lebens, über die die Diskussion geführt wird, hat man keinen grossen Hunger und Durst mehr, und es macht offensichtlich nicht viel aus, darauf zu verzichten. Es ist dann ein Prozess, während dem man die eigene Entscheidung überprüfen, zu ihr stehen oder von ihr abkehren kann. Übrigens so verstarb auch mein Vater, und ich hoffe, ihm in einer ähnlichen Situation bei genug Verstand folgen zu können.

*Dr. med. P. Marko, St. Gallen*



### Immigrationskreuzschmerz und Balkankonflikt

Beim Lesen des Titels «Immigrationskreuzschmerz und Balkankonflikt» auf dem Deckblatt der Schweizerischen Ärztezeitung Nr. 47 vom 22. November 2000 bin ich irritiert. Beim Begriff «Immigrationskreuzschmerz» sträubt sich etwas in mir, ich spüre Ärger, der Begriff «Balkankonflikt» weckt mein Interesse. So beginne ich zu lesen:

O. Knüsel gebraucht tatsächlich den Begriff Immigrationskreuzschmerz als ob es ihn gäbe, mein Widerstand wächst. Ich lese weiter. Ausserordentlich interessant und aufschlussreich sind die Artikel von C. Stieger über den Kosovo und Bosnien und auch die Nachzeichnung und Analyse der Entwicklung der «Jugoslawen in der Schweiz» durch Frau Boskovska. Im Artikel von J. Kool lese ich, dass eine Beurteilung aufgrund von Verhalten und nicht aufgrund von potentiell diskriminierenden und ausserdem unzuverlässigen prädikativen Faktoren wie Nationalität gemacht werden soll, P. Oesch betont, dass die pauschale Betrachtung ungenau sei, und sie zu falschen Resultaten führe. Die zusammenfassenden Schlussfolgerungen von S. Bachmann enden mit «Nationalität ist somit nicht prädikativ für die Beurteilung der körperlichen Leistungsfähigkeit und das Rehabilitationsresultat». R. Weiss gibt mir nach einer hochinteressanten Beschreibung und Beurteilung der migrationsspezifischen Aspekte in einem psychotherapeutischen Prozess sogar als Nicht-Psychiater eine brauchbare Anleitung zur Beachtung der migrationsspezifischen Perspektive und H. Herzer stellt eine zunehmende Invalidisierung trotz medizinischen Fortschritts bei Schweizern und Ausländern fest und betont, dass eine Reduktion der Problematik auf eine Ausländerfrage weder medizinisch noch ethisch vertretbar sei. Schliesslich setzt sich der Psychotherapeut A. Huber direkt auch mit dem Problem der Etikettierung durch Mediziner und Institutionen, die «offensichtlich denken, dass es eine besondere Gastarbeiterkrankheit gibt», auseinander und schliesst mit der Bitte «denken Sie bei zugewanderten Patienten nicht automatisch und sofort, dass schon die Tatsache der Zuwanderung die ganze Symptomatik erklären kann».

Am Ende der Lektüre bin ich gut fortgebildet – also zufrieden?

Nein, eben noch nicht! Mir fehlt das Fazit, welches in den ersten Artikel gehört hätte, in dem der Begriff «Immigrationskreuzschmerz» eben vorkommt, am besten als Titel «Immigrationskreuzschmerz gibt es nicht!» Also verwenden wir diesen Begriff auch nicht, Herr Knüsel!

*Dr. med. Dieter Burkhardt, Männedorf*



### Xénotransplantation

A la suite des différents articles parus dans le Bulletin des Médecins Suisses concernant la xénotransplantation, j'ai été très heureux de constater que le débat était lancé. J'ai également lu avec intérêt les dernières directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales relatives à ce sujet parues dans le BMS du 2 août 2000 [1].

Lors du récent congrès de la Société Internationale de Transplantation qui a eu lieu à Rome du 27 août au 1<sup>er</sup> septembre 2000, le pape Jean-Paul II a donné un discours devant l'assemblée du congrès. Etant donné que le pape Jean-Paul II représente une entité philosophique et morale essentielle de notre société, je voudrais citer ses phrases concernant la xénotransplantation: «I would merely recall that already in 1956 Pope Pius XII raised the question of their (xenotransplants) legitimacy. He did so when commenting on the scientific possibility, then being presaged, of transplanting animal corneas to humans. His response is still enlightening for us today: in principle, he stated, for a xenotransplant to be licit, the transplanted organ must not impair the integrity of the psychological or genetic identity of the person receiving it; and there must also be a proven biological possibility that the transplant will be successful and will not expose the recipient to inordinate risk.»

Dr L. Bühler, Boston (USA)

- 1 Académie Suisse des Sciences Médicales. Principes médico-éthiques concernant les xénotransplantations. Prise de position de l'ASSM. Bull Med Suisses 2000;81(31): 1724-30.



### Alle Macht den Patienten?

M. Büchi et al. [1] zeigen in dem langen hochwissenschaftlichen Artikel die Problematik des Einbezugs des Patienten in die Entscheidungsfindung, aber auch die Probleme der wissenschaftlichen Erforschung dieser Frage, sehr klar und fundiert auf. Wenn ich als einfacher Landchirurg alles richtig verstehe, resultieren drei wesentliche Dinge:

- Der Gott in Weiss, der befiehlt, ohne zu orientieren (nicht gleichzusetzen mit dem «pater», dem Arzt als väterlicher Freund), wird bald ausgedient haben.
- Die Information und der Einbezug des Patienten in die Entscheidungen, soweit er es wünscht und benötigt, ist unerlässlich.
- Wichtig dabei ist die Frage: Wie sage ich es meinem Kinde (Patienten)?

Mit dieser gut fundierten Arbeit mit den vielen neudeutschen Ausdrücken wird nichts Neues ausgesagt. Es ist das, was ein guter Mediziner schon seit Jahrhunderten wusste aus dem Hippokratischen Eid, aus der Bibel und aus den Standesregeln. Wozu also dieser Artikel?

- Weil heute Wissenschaft mit Fachausdrücken, Verweis auf Arbeiten, Hinterfragen und Statistiken die tradierten Werte, den gesunden Menschenverstand, die christliche Ethik und den Respekt vor dem Mitmenschen ersetzen müssen.
- Weil die Superspezialisierung die Gesamtsicht auf den Menschen und seine Bedürfnisse, seine Ängste und seine Würde bei uns Medizinern verschüttet hat und dadurch Fehlentscheidungen und Fehlleistungen vorprogrammiert sind.
- Weil das heute durch Patientenorganisationen, Medien und Juristen geschürte Misstrauen, das leider teilweise seine Berechtigung hat, durch «Professionalität» abgebaut werden soll.

Als letztes bleibt noch eine Bemerkung: Auch dass «patient empowerment» keine sichere Verbilligung der Gesundheitskosten bringt, ist dem gesunden Menschenverstand klar, denn der Patient hat zwar im medizinischen «decision making» viel Macht, aber kaum im ökonomischen. Wenn dem Patienten die Kosten weh täten [2], würden manche «decisions» anders ausfallen, das Gesundheitssystem kostengünstiger und effizienter und wir kämen wieder einer «informed partnership» zwischen allen Partnern im Gesundheitswesen näher.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 Büchi M, Bachmann LM, Fischer JE, Peltenburg M, Steurer J. Alle Macht den Patienten? Schweiz Ärztezeitung 2000;81(49):2776-80.  
2 Zweifel P, Telsler H. Rationierung oder Selbstbindung im Gesundheitswesen. NZZ 29./30. Januar 2000; S. 29.

### Pressemitteilung

#### FMH Services mit erweitertem Angebot

*FMH Insurance & Financial Services AG aus der Taufe gehoben*

Auf das neue Jahr hin haben sich die FMH Services um den Bereich Insurance & Financial Services erweitert. Zwar fanden Ärztinnen und Ärzte bei der FMH schon bis anhin Rat in Versicherungs- und Finanzierungsfragen. Mit dem Ausbau der Dienstleistungen und der Zusammenarbeit mit einem neuen Partner ist jetzt aber ein angebotsspezifisches Kompetenzzentrum entstanden.

Per 31. Dezember 2000 wurde die Zusammenarbeit zwischen FMH Services und GFP mediconsul GmbH aufgelöst. Neu bietet die

FMH Services ihren Mitgliedern unter FMH Insurance & Financial Services Versicherungs- und Finanzierungsdienstleistungen an. Mitglieder der FMH nehmen die umfassenden Dienstleistungen der FMH Services gerne in Anspruch. Seit der Strukturänderung von 1998 und der gleichzeitigen Segmentierung der Angebote verzeichnet man bei den FMH Services rege Nachfrage in allen Bereichen. Ab 2001 erfolgt nun der Ausbau der Versicherungs- und Finanzdienstleistungen unter dem Dach der FMH Insurance & Financial Services AG. Dort bietet man Ärztinnen und Ärzten umfassende Beratung in allen Belangen rund um Versicherungs- und Kapitalfragen.

#### Der Name ist Programm

Aufgrund einer neuen Partnerschaft mit der in Versicherungs- und Kapitalfragen bewanderten Krachpelz AG, Bern, kann die FMH Insurance & Financial Services AG als unabhängige Partnerin auftreten. Und genau diese Unabhängigkeit ist auch die Stärke des neuen Angebotes. Die aktuellen Versicherungs- und Finanzierungsdienstleistungen beinhalten dermassen viele Produkte, dass es für einen Laien schwierig geworden ist, das individuell attraktivste Angebot ausfindig zu machen. Bei der FMH Insurance & Financial Services AG hat man indes die Übersicht und kann darum kompetente Beratung und die richtigen Produkte bieten. Das beginnt bei Finanzierungs- und Versicherungsfragen bei der Praxiseröffnung genauso wie für Personalversicherungen und die berufliche Vorsorge von Praxisinhaber/innen und Angestellten. Und auch bei Kapital- und Risikoversicherungen, Sachversicherungen und Haftpflicht, Liegenschaftsfinanzierungen, Kapitalanlagen und in allen Varianten von Finanzierungen verfügt man bei der FMH Insurance & Financial Services AG über profunde Kenntnisse. Diese stellt man gerne in den Dienst der FMH-Mitglieder. Damit diese sich auf Ihre tägliche Praxis konzentrieren können.

Weitere Informationen erteilt Ihnen:  
FMH Insurance & Financial Services AG,  
Mattenstrasse 11, 3073 Gümligen,  
Tel. 031 959 50 00, Fax 031 959 50 10,  
E-mail: mail@fmhinsurance.ch