



«Betreuung von Patienten am Lebensende»

Warum müssen die Richtlinien der SAMW zur «Betreuung von Patienten am Lebensende» von 1995 schon wieder geändert werden? Was eigentlich ist das beklagte Malaise? Dass Ärzte, die Patienten zur Selbsttötung verhelfen, dies mit einem schlechten Gewissen tun und sich vor dem Richter rechtfertigen müssen? – Nein, die Richtlinien waren gut. Es ist darin klar festgehalten, dass Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit ist. Das ist gut so! Dass die Richtlinien nun geändert werden sollen, entspricht dem Zeitgeist. Man weiss, wie solche Änderungen zustande kommen: einige wenige, die aus irgendeinem Grund ein Interesse daran haben, lancieren Anträge und Initiativen, puschen die Sache voran, lassen sich in Kommissionen delegieren, arbeiten die Texte aus, und die Medien berichten dann darüber, wie wenn die ganze Ärzteschaft dahinterstehen würde. Ob diese jedoch damit einverstanden ist, wage ich zu bezweifeln. Sie wird ganz einfach überrumpelt und vereinbart. Noch ist Grund zur Hoffnung, dass die einzelnen, seriös arbeitenden Ärzte ihre Verantwortung wahrnehmen und ein Stoppsignal setzen werden. Dass in der Subkommission interdisziplinär gearbeitet wurde, macht die Sache auch nicht besser. Eine Pfarrerin, ein Ethiker und ein Jurist beschönigen die grausige Angelegenheit. Ob sie die Zunft der Juristen oder die Pfarrerschaft vertreten, wage ich auch zu bezweifeln. Auch sie sind ja dem Leben verpflichtet; Ehrfurcht vor dem Leben als höchstes Gut zu erhalten, ist auch ihre ureigenste Aufgabe. Ich jedenfalls rufe als Pfarrerin und Seelsorgerin alle Betroffenen dazu auf, in der Vernehmlassung ein deutliches Zeichen zu setzen, dass es – so wie die Kommission gearbeitet hat – nicht geht. Wir müssen den Dammbbruch verhindern! Unsere Ärzte brauchen Richtlinien, die sie nicht noch verunsichern, sondern sie in ihrem Anliegen, dem Menschen in seinem Leiden behilflich zu sein, unterstützen. Es muss ohne Wenn und Aber dabei bleiben: Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit.

Ursula Richner, Pfarrerin, Zürich



Puritanische Streifzüge der Swissmedic

Soeben habe ich von einem namhaften Schweizer Pharmaunternehmen die Mitteilung erhalten, der Vertrieb der altbewährten Kombinationspräparate S. und T. werde eingestellt. Im September werde «T. neue Formel» eingeführt, das zwar keine neue Formel darstellt, aber immerhin den Namen T. behalten darf. Die Firma hat sich zwar, zusammen mit anderen betroffenen Unternehmen, für ihre Präparate gewehrt. Trotzdem werden die Medikamente verschwinden wegen der happigen Auflagen, welche die Swissmedic für die weitere Zulassung stellt. Die Behörden verlangen nämlich, wie ich in den weiteren Ausführungen lese, neue klinische Studien zu den lange etablierten Präparaten betreffend:

- Bioverfügbarkeit jedes einzelnen Wirkstoffs;
 - Nutzenbeitrag jedes einzelnen Wirkstoffs zur Kombination;
 - Begründung der Dosis jedes einzelnen Wirkstoffs in der Kombination;
 - Wirksamkeitsnachweis des Kombinationsprodukts in jeder beanspruchten Indikation.
- Ich verwende diese Medikamente zwar selber nur noch selten und gebe sie eigentlich nur den Patienten ab, welche sie seit langem gelegentlich gebrauchen, in einer massvollen, auch nach meinem Wissensstand vertretbaren Weise. Dies, weil ich niemandem ein Medikament, mit dem er umzugehen gelernt hat, ohne wirklich zwingenden Grund einfach vorenthalten möchte. Gerade darum ärgert mich die Angelegenheit. Bevor die Swissmedic zu weiteren puritanischen Streifzügen ansetzt, möchte ich darum von ihr Studien zu den folgenden Punkten:

- Leseverfügbarkeit jeder einzelnen Silbe des Begriffs Swissmedic in allen vier Landessprachen;
- Nutzenbeitrag jedes einzelnen Wortes zur Kombination;
- Begründung der Buchstabenanzahl jedes einzelnen Wortes in der Kombination;
- Wirksamkeitsnachweis des Kombinationsprodukts Swissmedic in jeder beanspruchten Indikation.

Dr. med. Ulrich R. Nägeli, Bilten

- 1 Zimmermann-Acklin M. Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende. Schweiz Ärztezeitung 2004;85 (6):286-7.
- 2 SAMW. Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW (1. Publikation zur Vernehmlassung; die deutsche Fassung ist die Stammversion). Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(6):288-91.



Ein Infarkt im Gehirn ist nicht nur Schicksal

Aus der Sicht des praktischen Arztes möchte ich zum Artikel von Albert Zeiher [1] Stellung nehmen. Das «Schicksal» hat viele Aspekte, und aus der Perspektive der Patientenschaft und ihrer Angehörigen wirft dieser Bericht einige Fragen auf. Die sehr informativen Ausführungen zum akuten Schlaganfall fassen die medizinisch-therapeutische Sicht ausgezeichnet zusammen. Ich entnehme dem Artikel die folgenden, für die anschließenden Bemerkungen wichtigen Hauptaussagen:

Wenn der chirurgische Eingriff, die Thrombolyse, innert drei bis sechs Stunden ab Symptombeginn einsetzen kann und erfolgreich ist, sind die Resultate um 30% besser – eine erfreuliche Bilanz. Die Spontanheilungsrate – also der Anteil der Patienten, die ohne therapeutische Massnahmen nach einem Schlaganfall gesund wird – wird mit einem Drittel angegeben. Andererseits treten in fünf bis acht Prozent der thrombolysierten Patienten schwere, zum Teil tödliche Komplikationen auf, die durch Hirnblutungen als Folge der eingeführten Sonden oder Medikamente ausgelöst werden. Weiter wird in ihrem Artikel erwähnt, dass Schlaganfall-Kampagnen vorgesehen sind, die Patientenschaft, Angehörige und medizinisches Personal informieren sollen. Es geht dabei um schnellere Einlieferungszeiten in geeignete Stroke-Units und bessere Informationen zu den therapeutischen Möglichkeiten.

Soweit die Zusammenfassung aus dem Artikel. Für Patienten und ihre Angehörigen aber ergeben sich aus den Ausführungen noch folgende Bedenken:

Die Zeitspanne löst Hilflosigkeit aus: Drei bis sechs Stunden ab Beginn der Symptome bis zum Einsetzen der entsprechenden Therapie sind unrealistisch. Nur für bereits hospitalisierte Patienten und ganz spezielle Fälle dürfte die Einhaltung dieser Frist möglich sein, auch bei optimaler medizinischer Grundversorgung.

Eine solch knappe Zeitvorgabe übt aber einen enormen Druck auf Patienten, Angehörige, Notfallärzte und Transportdienste aus. Treten schwerwiegende Folgen nach einem Hirnschlag auf, können Schuldgefühle und Schuldzuweisungen auftreten.

Für den betroffenen Patienten und seine Angehörigen ist ein vorgängiges Gespräch über einen folgeschweren Eingriff wichtig. Dies ist aber in dieser kurzen Frist kaum möglich. Immerhin geht es um die «Schicksalsfrage», ob schwere Komplikationen eines chirurgischen Eingriffs in Kauf genommen werden sollen, zu

einem Zeitpunkt, da noch gute Chancen auf eine spontane Heilung ohne Operation bestehen.

Es ist denkbar, dass bei unglücklich verlaufenden Fällen Hinweise des Arztes gegeben werden, dass die therapeutischen Massnahmen zu spät eingesetzt worden seien, dass der Patient früher hätte kommen sollen, dass er sich schneller hätte entscheiden müssen, denn es sei früher schon in öffentlichen Kampagnen darauf hingewiesen worden. Erneut würden dabei wieder dem Patienten Schuldgefühle vermittelt.

Diese vier Punkte stellen eine ernstzunehmende Optik der Patienten dar. Ich zweifle natürlich nicht daran, dass eine optimal durchgeführte und erfolgreiche Thrombolyse eine von allen Beteiligten und Betroffenen gewünschte Therapie ist. Bei allem Erfolg darf jedoch die Sicht und auch berechtigte Skepsis der Patienten nicht ausser Acht gelassen werden. Nicht zuletzt gilt dies deshalb, weil in Ihrem Artikel offen bleibt, ob es Fälle gibt, die auch nach mehr als sechs Stunden noch zu einem Therapieerfolg geführt haben. Gewünscht wären auch Untersuchungen zur Frage, ob eine in den ersten Stunden nach dem Hirninfarkt durchgeführte Thrombolyse gegenüber der Spontanheilung signifikant bessere Resultate bringt, wenn alle möglichen Fälle berücksichtigt werden. Eine entsprechende Studie dürfte nur schon wegen der hohen Rate der Patienten, die bei einer schnellen Besserung der Symptome in den ersten Stunden gar nie in ein Spital gelangen und wegen ohnehin schwierigen Untersuchungsanlagen bei so kurzzeitig ablaufenden Ereignissen nicht einfach durchzuführen sein.

Bevor diese Umstände besser geklärt sind, stellt sich die Frage, ob es gemäss ethischen Richtlinien aktuell gerechtfertigt ist, in öffentlichen Kampagnen eine für viele Fälle unrealistische Zeitlimite von wenigen Stunden vom Schlagereignis bis zur folgenreichen Operation als unumgängliche Notwendigkeit darzustellen. Solange ein Eingriff in fünf bis acht Prozent der Fälle schwere Nebenwirkungen zeigt, die zudem vorher mit dem Patienten kaum besprochen werden konnten, stellt sich auch die Frage, ob der weitere Ausbau von Stroke-Units die richtige Massnahme ist. Vielmehr müsste nach Möglichkeiten gesucht werden, die hohe Komplikationsrate des Eingriffs zu senken, und die Resultate auch nach einer Frist von sechs Stunden wesentlich zu verbessern.

Ein Infarkt im Gehirn ist nicht nur Schicksal, nein, er ist ein Ereignis, das in menschlicher und medizinischer Hinsicht an alle Beteiligten höchste Ansprüche stellt.

Dr. med. W. Stamm, Aarau

1 Zeiher A. Ein Infarkt im Gehirn ist nicht nur Schicksal. NZZ, 8. Oktober 2003. S. 57.