



Medizinisch-Ethische Richtlinien der SAMW zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten

Diverse Stellungnahmen zum Leserbrief von Dr. Armin Oberle [1]

Es ist Kollege Oberle sehr zu danken, dass er zu diesem sehr schweren und von der SAMW recht apodiktisch behandelten Problem offene Fragen stellt. Vom Technischen her ist heute alles möglich, wie lange aber ein schwerstbehindertes Leben aus ärztlich-ethischer Sicht erhaltenswert ist, wird immer fragwürdig bleiben.

Dabei ist es immerhin als grosser Fortschritt zu bewerten, dass wenigstens die Patientenverfügung explizit als verbindlich anerkannt wird. Leider weiss ich – aus persönlicher Erfahrung und als Vertreter von betroffenen Familien –, dass dies an vielen Spitälern immer noch nicht so respektiert wird. «Man» entzieht sich der schweren Verantwortung des Entscheides, ob ein Patient in desolatem Zustand (bzw. mit schlechtester Prognose, vor allem auch im hohen Alter) weiterleben soll oder sterben darf. Dies geschieht einfach dadurch, dass «man» das ärztliche Ethos des Lebenserhaltens als einzig mögliche vordringliche Massnahme vorschiebt, ohne menschlich auf die Biographie des betroffenen Menschen wirklich einzugehen. Damit werden die Angehörigen unter grossen moralischen Druck gesetzt. Ich will nicht leugnen, dass es möglicherweise auch andere Einstellungen gibt, aber in der Regel will doch niemand das Ableben seiner Angehörigen. Auch sind wir Menschen allgemein in den Fragen, welche unser Sterben betreffen, ausserordentlich ambivalent.

Heutzutage kann mit der modernen Medizin und hervorragenden Pflege niemand mehr «natürlich sterben», wobei es ganz klar ist, dass früher viele Menschen «vor der Zeit» und «unnötig» mit an sich leicht behebbaren Gesundheitsstörungen gestorben sind. Hier geht es aber letztlich um die Respektierung der erreichten sinnvollen Lebensgrenze, wobei die letzte Antwort auf die Frage, wann ein menschliches Leben wirklich erfüllt ist, von niemandem mit Sicherheit gegeben werden kann.

Die Forderung von Dr. med. Björn Riggenbach, dass systematisch und in jedem Fall nach einer Patientenverfügung gefragt werden muss, ist sehr zu bejahen. Meines Erachtens gehört dies in jedes Schema einer Anamneseerhebung und dessen Unterlassung ist als ärztlicher Kunstfehler zu bewerten. Konkret bringt das vielleicht am Anfang mehr Schwierigkeiten; aber es ist naiv

(oder eine typisch medizinische Verdrängung!), zu glauben, dass Menschen, welche in ein Spital eintreten müssen, nicht an ihren möglichen Tod gedacht haben. Wenn dann später Probleme kommen, ist eine gute Ausgangslage für persönlich richtige Entscheidungen geschaffen worden.

Zum Abschluss möchte ich festhalten, dass es keine prinzipiell richtigen Richtlinien geben kann, sondern nur juristische Grenzen zum Schutz des Individuums notwendig sind. Bei uns ist das strafgesetzlich bereits bestens geregelt. Jeder Entscheid zum Lebensende kann nur in persönlicher Verantwortung – im vorwiegenden Interesse des Patienten, in Absprache (und möglichst in Übereinstimmung) der direkt betroffenen Angehörigen und Pflorgeteams – gefällt werden. Dass dabei auch wirtschaftliche Interessen mitspielen ist doch klar. Ich jedenfalls möchte keinesfalls im vegetativen Zustand durch Zwangsernährung, so wie es die SAMW im Regelfall bei Nichtvorliegen einer Patientenverfügung fordert, am Leben erhalten werden. Ein allfällig dann noch vorhandenes Vermögen möchte ich lieber meinen Kindern bzw. für mich speziell förderungswürdigen Institutionen überlassen.

Dr. med. R. Böni, Madiswil

- 1 Oberle A. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerstgeschädigten Langzeitpatienten. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(8):377.
- 2 Riggenbach B. Betreuung von Patienten am Lebensende. Schweiz Ärztezeitung 2004; 85(17):872-3.



Der Rückfall in die Barbarei

Zum Richtlinienentwurf der SAMW «Betreuung von Patienten am Lebensende» [1]

Die Vernehmlassung des Richtlinienentwurfs der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) ist zu Ende gegangen, ohne dass es in der Schweiz zu einem Aufschrei gekommen wäre. Dies erstaunt sehr, haben diese Richtlinien doch in einigen Kantonen Gesetzescharakter! Allerdings sieht man dem nett daherkommenden Entwurf nicht an, dass jeder Satz und jedes Wort von Juristen während zweieinhalber Jahre gekehrt und gewendet wurde. Erst der Vergleich mit den noch gültigen Richtlinien von 1995 zeigt den totalen Paradigmenwechsel, den radikalen Bruch mit der tausendjährigen abendländischen Tradition des Humanismus und der Menschenrechte.

Schon im Titel ist nicht mehr von «Sterbenden», einem medizinisch klar definierten Begriff, sondern von Patienten am «Lebensende» die Rede. Mit diesem juristischen Kunstgriff wird die Richtlinie nicht nur auf alle älteren Menschen ausgeweitet, sondern öffnet die (juristische) Tür für die Legalisierung der Euthanasie an allen Menschen. Ein verzweifelter Jugendlicher kann nun plötzlich per Definition am Lebensende stehen, weil er sich ja umbringen könnte.

Die Worte «Leben» und «Pflicht» kommen im ganzen Entwurf nicht mehr vor. Dafür wird der aus der Euthanasiebewegung stammende Begriff «Entscheidungen am Lebensende» (englisch: «medical decisions at the end of life») eingeführt, mit dem auch die Tötung des Patienten gemeint sein kann. Die bisherige Pflicht des Arztes auf Lebenserhaltung wird aufgegeben, der Fokus liegt nun – diametral entgegengesetzt – auf der «selbstbestimmten, autonomen» Lebensbeendigung. Die grösste Errungenschaft der europäischen Zivilisation, der erste und wichtigste Menschenrechtsartikel, «das Recht auf Leben» für alle Menschen, wird damit aufgegeben!

Obwohl auch die Schweizerische Bischofskonferenz den Richtlinienentwurf kritisierte, weil er die Beihilfe des Arztes zum Suizid legitimieren würde, wurde die volle Tragweite der beabsichtigten Richtlinienänderung vor allem im Ausland erkannt. Der internationale Protest lässt denn auch an Deutlichkeit nichts zu wünschen übrig. Zitat: «Der Club of Life sieht darin den Startschuss zu einem neuen Faschismus, denn unter keinen Umständen ließe sich eine ärztlich sanktionierte Tötung als «Hilfe» rechtfertigen. Wir riefen gleichzeitig zu massivem und kompromisslosem Widerstand gegen diese Ungeheuerlichkeit nicht nur in der Schweiz, sondern vor allem auch in Deutschland auf, da von Beschlüssen «international angesehener» medizinischer Institutionen in der Schweiz oft eine Signalwirkung für ärztliche Standesorganisationen in der ganzen Welt ausgehen. [...] Dabei ist die Schweizer Begründung auf erschreckende und entlarvende Weise neu: Man errechnet den Pflegeengpass und trägt einfach Kostengründe vor. Das stille Töten nach diesem Muster hätte zweifellos Zukunft. Aber spätestens jetzt stellt sich der Medizin die Existenzfrage. Wer mit dieser Begründung tötet, kann kein Arzt mehr sein.»

Dr. med. P. Aebersold, Zürich

- 1 SAMW. Betreuung von Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW. Schweiz Ärztezeitung 2004;85(6):288-91.



Wo liegt der Fehler?

Begleitet durch das Schweizer Fernsehen wird bei einer 57jährigen Frau eine Herztransplantation vorgenommen. Die Frau stirbt wenige Tage nach der Operation, weil die Blutgruppe nicht gestimmt hat zwischen Spender und Empfänger. Viele beobachten dieses Einzelschicksal und stellen die Frage nach dem Fehler. War die Datenübermittlung schuld oder gar eine gewisse zeitliche Hektik wegen der Fernsehpublizität?

Nur wenige stellen sich die Frage, ob der Fehler nicht schon vorher passiert ist, nämlich beim Entschluss, einem 57jährigen Menschen ein neues Herz einzupflanzen.

Wer die 55 überschritten hat, spürt, dass er auf die Zielgerade seines Lebens eingebogen ist («mir sind uf äm Heiwäg», wie Freund Bisi das so schön ausdrückt). Er wird sich bewusst, dass jedes Leben mit dem Tod endet, auch sein eigenes. Der Hauptteil ist gelebt und schon viele Jahrgängerinnen und Jahrgänger sind nicht mehr unter den Lebenden. Der Segen der modernen Medizin zur Erhaltung einer guten Lebensqualität wird dankbar angenommen. Doch: Muss es nicht Grenzen geben? Und ist diese nicht überschritten, wenn an einem relativ alten Menschen für Hunderttausende von Franken ein Herz ausgetauscht wird? Ein Herz, das seinen Dienst nicht mehr versehen kann und deshalb den natürlichen Tod des Organismus einleiten würde?

Diese Frage müsste dem Fernsehen eine Sendung wert sein. Bezeichnenderweise beschäftigt diese Frage fast niemanden, weil wir immer noch tief drinnen überzeugt sind davon, dass wir uns für jeden einzelnen eine maximale Medizin auf Kosten der Allgemeinheit leisten können. Und das Ziel, mit allen Mitteln unser Leben zu verlängern und den Tod hinauszuschieben, scheint unangefochten und breit akzeptiert. Und da Fernsehsendungen sich an Einschaltquoten orientieren, sind Grundsatzdiskussionen über Machbares, Sinnvolles, Verantwortbares, volkswirtschaftlich Tragbares im Gesundheitswesen weit weniger attraktiv als das Schicksal eines alternden Menschen, dessen Herz etwas früher als statistisch erwartet zu schlagen aufhören möchte. Übrigens: Befasst mit dieser Thematik hat sich Markus Werner in seinem Buch «Bis bald».

Dr. med. Hansjörg Lang, Eschenz

- 1 Akermann F. Warum versagt die Ärztelobby?
Schweiz Ärztezeitung 2004;85(20):1023.
- 2 Günter P. Warum versagt die Ärztelobby?
Schweiz Ärztezeitung 2004;85(15):765-6.



Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen

Eine Antwort aus der Praxis

Besten Dank für den interessanten Bericht [1]. Seit 27 Jahren rücke ich als Hausarzt zu Notfällen aus, wenn mich die Patienten oder Angehörige rufen. Vor 25 Jahren etwa 100mal jährlich (davon 10 Infarkte), seit Einführung der Nr. 144 noch 1mal alle paar Monate.

Das Einkommen aus den Notfallbesuchen deckt die Kosten der jährlichen Fortbildung in ALS niemals mehr. Dazu kommt der laufende Austausch «alter» Medikamente und Infusionen (zumeist mehr aus juristischen als pharmakologischen Gründen). Die unerlässliche «Routine» z.B. beim Stecken eines Venflon beim schockierten Patienten wird auch nicht besser, aber ich habe vor 27 Jahren beim Statthalter geschworen, dass ich gehe, wenn man mich braucht ... Oft bin ich froh, wenn eine kommunikative Assistentin (Männer viel seltener!) nach Abholen eines Patienten (via Nr. 144) wenigstens kurz anruft, um sich nach Vorgeschichte und Medikation zu erkundigen. Wenn ich die Wirtschaftlichkeit von Notfallbesuchen hinterfrage, wird ein Volkswirtschaftler mich mit einem Attribut aus der Prokologie versehen ... Nur ein Beispiel (aus ungezählten):

Vor wenigen Tagen, morgens kurz nach 8 Uhr, ich untersuche einen Anwärter auf den Fahrausweis Kat D, aufgeregtes Telefon einer mir gutbekannten, sonst sehr ruhigen Frau, ihrem Mann gehe es schlecht, Atemnot, ganz blass, schwitze, Schmerzen auf der Brust.

«Ich avisiere Nr. 144 und komme sofort». Ich bitte den (ziemlich unwirschen) Chauffeur, wieder im Wartezimmer Platz zu nehmen, melde der Nr. 144 die Telefonnummer des Patienten (genügt, das ist technisch und praktisch alles bestens!), sofort Ambulanz mit Equipe schicken. Unverzüglich fahre ich mit Notfallkoffer, Sauerstoff, EKG usw. los, so rasch, dass ich vergesse, die im Nebenzimmer arbeitende Wahljahrstudentin mitzunehmen.

Vor der Praxis ist «Zone 30», ich fahre zu schnell. Nach knapp 5 Minuten bin ich beim Patienten, er ist unruhig, blass, mit kaltem Schweiß auf der Stirn, klagt über heftigen Druck auf der Brust seit

Stunden. Sofort 8 l Sauerstoff, 6 Hübe Isoket (plus Pflaster), Kirschwickel («vom guten») auf die Brust. Der Mini-EKG-Display auf dem Thorax zeigt SR, keine ES, die massive ST-Hebung muss mit Vorsicht interpretiert werden.

Knapp 10 Minuten später trifft die Ambulanz mit Spitalequipe ein, Übergabe, Gespräch mit der Ehefrau des Patienten, ich ziehe mich zurück. Wieder in der Praxis rufe ich sofort Nr. 117 an und melde, dass ich auf der Fahrt zu einem schweren Notfall (der Patient wird nach nicht vollständiger Thrombolysen 1 Stunde später mit Helikopter ins Zentrum verlegt) wohl die Geschwindigkeit übertreten habe. Der Polizist ist von meiner Meldung überfordert, offensichtlich unsicher und ziemlich arrogant (was ich bei unserer Polizei sonst sehr selten beobachtet habe). Fünf Tage später flattert eine Rechnung der Polizei (Fr. 250.–) wegen Geschwindigkeitsübertretung (12 km/h) ins Haus. Ich rechne kurz aus, was denn eigentlich der Notfallbesuch eingebracht hat: 20 Minuten beim Patienten, 5 plus 10 Minuten für Fahrt, in diesem Fall zweifellos erlaubte «Notfalltaxe» tags/Arbeitszeit («unverzüglich» erfüllt, nicht wegen TARMED, sondern wegen des Patienten). Die 10 Minuten EKG dürfen nicht berechnet werden, da nicht 12 Ableitungen vorliegen, total Fr 147.10. Am Nachmittag erklärt unser Finanzplaner (zufällig), wieviel davon unter dem Strich noch bleibt: 50% sind Unkosten, bleiben knapp 75 Franken, von diesen gehen glatt 50% an den Staat, womit der 40minütige Notfallbesuch gerade 35 Franken eingebracht hat, knapp genug, um mit meiner Frau eine Pizza essen zu gehen.

Um die Busse zu bezahlen, muss ich also im Prinzip 8 Notfallbesuche (mit Notfalltaxe, aber ohne Geschwindigkeitsüberschreitung) machen ...

Es erstaunt nicht, wenn junge Kollegen kaum mehr für den Hausarztberuf, geschweige denn für (sogenannt freiwilligen, aber im Gesetz und in der Standesordnung klar geforderten) Notfalldienst motiviert werden können. Vielmehr erstaunt, dass nach wie vor so viele niedergelassene Kollegen die angebotenen Notfallkurse besuchen. Eines ist hier sicher: Offenbar sind diese Kurse didaktisch so gut, dass sie trotz aller Widerwärtigkeiten rund um den Notfalldienst (der Jurist lässt grüssen) attraktiv sind. Mindestens für Bern (H. Zimmermann und Mitarbeiter) kann ich dies vollauf bestätigen.

Benedikt Horn, Interlaken

- 1 Arnet B, von Below G, Zimmermann H. Bei Notfall zuerst den Hausarzt anrufen... Schweiz Ärztezeitung 2004;85(20):1052-5.



Warum versagt die Ärztelobby?

F. Akermann, den ich übrigens zufällig kenne und schätze, reagiert in seinem Leserbrief [1] auf den Beitrag von SP-Nationalrat P. Günter [2]. Inhaltlich scheint mir, dass aneinander vorbeidiskutiert wird. P. Günter hat vor allem einen Finanzierungsvorschlag zur Diskussion gestellt und meines Erachtens richtigerweise uns Ärztinnen und Ärzte aufgefordert, mitzudiskutieren. F. Akermann aber ruft auf, darauf zu achten, nicht zu überarzten.

Warum F. Akermann aber dieses Thema, das wohl kaum etwas mit links und rechts in der Politik zu tun hat, als Seitenhieb gegen die Parteizugehörigkeit und wohl damit gegen die ganze

Sozialdemokratie benutzt, ist mir schleierhaft. Wenn sein Satz beispielsweise heissen würde «Von einem Nationalrat erwarte ich, auch wenn er schwarzer Hautfarbe ist, doch eine klarere Sicht», bekäme er wohl noch rechtliche Schwierigkeiten. Er aber erwartet eine klarere Sicht von P. Günter, «auch wenn dieser in der SP heimisch ist». Wenn man einer Partei einfach generell in einem eher unpolitischen Leserbrief die klare Sicht nicht zutrauen will, muss die Abneigung wohl gross sein. Ohne nun die Schweizerische Ärztezeitung für Parteiwerbung missbrauchen zu wollen, erlaube ich mir doch den Hinweis, dass es sich dabei genau um jene Partei handelt, die sich fast definitionsgemäss für die sozial Schwächeren einsetzt, was doch eigentlich gerade in unserem Berufsstand geschätzt werden sollte.

Renato Werndli, Eichberg