

Courrier au BMS



Werden wir die gerufenen Euthanasiegeister nicht mehr los?

Die Nationale Ethikkommission fordert laut NZZ vom 28./29.10.2006 eine staatliche Aufsicht für die Sterbehilfeorganisationen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat in ihren Richtlinien für die ärztliche Betreuung Sterbender und cerebral schwerstgeschädigter Patienten die bis vor kurzem vertretene Auffassung, dass «Beihilfe zum Suizid kein Teil ärztlicher Tätigkeit» sei, aufgegeben und die Beihilfe zum Selbstmord in bestimmten Situationen akzeptiert. Obwohl die SAMW und die Nationale Ethikkommission durch die Erinnerungen an die «Wohltat» der Beseitigung «unwerten», «sinnlosen», «unerträglichen» und «störenden» Lebens leider auch durch ärztliche Helfer [1] Hitlers gewarnt sein sollten, können sie sich auf Art. 115 des eidgenössischen Strafgesetzbuches stützen, der die Hilfe zur Selbsttötung nur bei «selbstsüchtigen Motiven» für strafbar erklärt. Die Tötung Geisteskranker erfolgte während der Nazizeit nicht aus Selbstsucht, sondern im Rahmen einer wahnhaften Ideologie. Die in der Schweiz strafgesetzlich gestattete Beihilfe zum Selbstmord gehört zur Euthanasieideologie.

In allen zivilisierten Völkern sind die Ärzte verpflichtet, Leben zu erhalten und Leiden zu mildern. Das Sterben des Menschen ist wie bei allen Lebewesen dieses Planeten ein natürlicher Vorgang. Die Natur funktioniert auch bei der Säugetierspezies homo sapiens dank Endorphinen wunderbarerweise so gut, dass kein sterbender Mensch in der Agonie leidet [2]. Für diese Tatsache sprechen die Äusserungen Sterbender, tödlich Verletzter [2] und die Berichte von Patienten, die nach einem Herzstillstand wiederbelebt wurden, und von Leuten, die tödliche Gefahren im Krieg und im Gebirge überstanden haben. Wer noch nie dem Tode nahestand, hat Mühe zu akzeptieren, dass Sterben durchaus ein erträglicher Vorgang ist. Die Linderung von Schmerzen und Angst ist bei allen, auch todkranken Patienten dank der heute verfügbaren schmerzlindernden und beruhigenden Medikamente effektvoller möglich als in früheren Zeiten. Wenn da-

durch das Lebensende des todkranken Patienten einige Stunden früher eintritt als ohne Verwendung dieser Medikamente, widerspricht dies dem ärztlichen Auftrag nicht. Diese Leidensmilderung als «indirekt aktive Sterbehilfe» zu bezeichnen, ist tendenziös, indem die aktive Sterbehilfe bereits von Ärzten praktiziert dargestellt wird. Wenn auf die Fortsetzung einer sinnlosen, unnatürlichen Verhinderung des Lebensendes von todkranken Patienten verzichtet wird, ist die Bezeichnung «passive Sterbehilfe» nicht korrekt, denn es handelt sich nicht um Hilfe, sondern um die Beendigung der Verhinderung des natürlichen Sterbevorgangs. Zur tendenziösen Sterbehilfenomenklatur gehören auch Ausdrücke wie «Freitodhilfe» und «Sterbewillige Schwerstkranken». Die Beschaffung der tödlichen Droge für die Selbstverwendung durch den Patienten verfolgt dasselbe Ziel wie die Verabreichung durch den Betreuer, nämlich die Herbeiführung des Todes. Es handelt sich bei beiden «Hilfen» um Euthanasie. Die Befürworter der Euthanasie missachten die Tatsache der situationsabhängigen Variabilität des menschlichen Verhaltens. Die Katamnese von geretteten Suizidanten zeigt, dass über 90% aller nach Suizidversuchen geretteten Menschen weiterleben wollen [3]. Die Widernatürlichkeit der Suizidhilfeideologie zeigt sich auch in der abstossenden Theatralik, die zum «menschenwürdigen» Sterben inszeniert wird. Das Messianische der Suizidhelfer manifestierte sich in einem Leserbrief in der NZZ, in dem sich ein 90jähriger, sich gesund fühlender Mann beschwerte, weil er in einem Brief von EXIT aufgefordert wurde, die «Verantwortung über seine Zukunft zu überdenken und Vorsorge für sein humanes Sterben zu treffen».

Zweifellos hat Art. 115 des Strafgesetzbuches die Euthanasieideologen unterstützt. Und die SAMW verhielt sich in ihren neuesten Richtlinien für die Betreuung Sterbender «politically correct». Obwohl die Betreuungsmöglichkeiten von Kranken und Sterbenden offensichtlich noch nie so gut waren wie heute, scheint das «Establishment» die Euthanasie staatlich sanktionieren und kontrollieren zu wollen. Meines Erachtens ist die Suizidhilfe nach wie vor kein Teil einer verantwortungsbewussten ärztlichen Tätigkeit. Die von Strafrechtlern gerufenen Euthanasiegeister werden wir nur los, wenn die Überheblichkeit demonstrierende Unterstützung des

Selbstmordes geächtet, aus den Richtlinien der SAMW gestrichen und die Sterbehilfenomenklatur als tendenziös erkannt wird.

Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern

- 1 Bastian T. Furchtbare Ärzte – Medizinische Verbrechen im Dritten Reich. Beck-Verlag München 1995.
- 2 Thomas L. On natural death in «The medusa and the snail». The Viking Press. New York 1979.
- 3 Ernst K. Arzt und Suizid. Schweiz Ärztezeitung. 1994;75:1899-1902.



Professor C. Schwarzeneggers medizinische Fehlbeurteilung

In seinem Artikel in der SÄZ 2007;88(19):843-6 zeigt sich ein kapitaler Fehler bei der Beurteilung medizinischer Gegebenheiten. Es heisst da: In den zahlenmässig seltenen Fällen urteilsfähiger Personen mit psychischer Störung kann – *ähnlich wie dies bei Patienten in einem chronisch-vegetativen Zustand ohne Todesnähe zur Rechtfertigung des Abbruchs lebenserhaltender Massnahmen herangezogen wird – aufgrund einer sorgfältigen Abklärung, die der negativen Verlaufsprognose, dem Leidenszustand des Patienten und der Dauerhaftigkeit dieses Leidens Rechnung trägt*, eine Verschreibung von Natrium-Pentobarbital in tödlicher Dosis als medizinisch indiziert und damit statthaft angesehen werden.

Falsch, unrettbar falsch in jeder Hinsicht ist der Vergleich eines Patienten im Wachkoma (oder vom Verfasser unüblich im «chronisch-vegetativen Zustand») mit einem Patienten, der unter einer psychischen Krankheit leidet, aber urteilsfähig ist (laut referierter Diagnose). Im chronisch-vegetativen Zustand (gemeint ist «persistent vegetative state» PVS) oder Wachkoma oder Coma vigile ist der Patient nicht urteilsfähig, nicht bei Bewusstsein.

Jede Tötung eines Patienten im PVS ohne seine vorherige Willenserklärung, die einen Verzicht auf ausserordentliche medizinische Massnahmen beinhaltet, ist nicht eine Tötung auf Verlangen, nicht Suizid, sondern geschieht ohne Willen des Patienten.

Die Beihilfe zum Suizid eines Urteilsfähigen ist doch nie und nimmer vergleichbar mit der Tötung eines Urteilsunfähigen, wie eben eines Kranken im PVS.

Diese Fehlleistung von Prof. C. Schwarzenegger ist nur verständlich, wenn er von den medizinischen Fakten beim Coma vigile keine

Ahnung hatte. Solche Vergleiche durch nicht medizinisch Ausgebildete sind Fallstricke für die, die auch keine Erfahrung haben.

Da die SAMW in ihrem Artikel: «Ärztinnen und Ärzte sind nicht Experten für den freiwilligen Tod» SÄZ 2007;88:(24):1051-2 nicht auf diesen Vergleich eingeht, ist diese Korrektur absolut nötig. Vom Präsidenten der Zentralen Ethikkommission Claude Regamey (Mitautor des Artikels) wäre eine Reaktion zu erwarten gewesen.

Dr. med. Jos. Bättig, Muttenz

Replik

Dass Patienten im persistierenden vegetativen Zustand urteilsfähig seien, wird an keiner Stelle des Artikels behauptet. Der Vergleich zwischen urteilsunfähigen Wachkomapatienten und urteilsfähigen Personen mit einer psychischen Störung bezieht sich nicht auf deren medizinischen Zustand, sondern *auf die rechtlichen Voraussetzungen*, unter denen bei den ersteren ein Behandlungsabbruch (Sterbehilfe) und bei den letzteren eine Verschreibung von Natrium-Pentobarbital in tödlicher Dosis (Suizidbeihilfe) medizinisch indiziert und daher rechtlich erlaubt sind bzw. sein sollten. Wer die Diskussion zu den Grenzen zwischen zulässiger und verbotener Sterbehilfe und Suizidbeihilfe kennt weiss, warum gerade dieser Vergleich angestellt wird: Es geht um die *Bedeutung der Todesnähe*.

Trotz Fehlens der Todesnähe – die mittlere Überlebenszeit liegt bei 3–5 Jahren, in Einzelfällen kann sie Jahrzehnte dauern (siehe K. Hagel/ S. Rietz, Die Prognose des apallischen Syndroms, Der Anaesthetist 1998;47[8]:677-82) – wird bei apallischen Patienten der Verzicht auf lebenserhaltende Massnahmen als gerechtfertigt angesehen, wenn der irreversible und definitive Verlust ihrer kognitiven Fähigkeiten, der Willensäusserungen und der Kommunikation nach mehrmonatiger Beobachtungszeit wiederholt bestätigt wird (so SAMW, Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin, Basel 1999, II.1.1 lit. d; vgl. SAMW, Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW, Basel 2003, II.2 und III.). Liegt eine Patientenverfügung vor, ergibt sich das aus dem Recht auf Selbstbestimmung. Fehlt eine solche stützt sich der Entscheid über einen Behandlungsabbruch auf sorgfältige Abklärungen des Zustandes und der Prognose bezüglich Lebensdauer und -qualität sowie der Persönlichkeit und des mutmasslichen Willens des Patienten (SAMW, Langzeitpatienten, III.). Aus der Praxis ist bekannt, dass nach einer zwei

Jahre dauernden Frist der Verzicht auf weitere lebenserhaltende Massnahmen in der Regel als zulässig erachtet wird (S. Schürch, Rationierung in der Medizin als Straftat, Basel 2000, 167 ff. m.N.). Dies zeigt: Die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW (Intensivmedizin, Langzeitpatienten) sehen diese Art der Sterbehilfe bei apallischen Patienten als gerechtfertigt an, obschon sie nicht notwendigerweise in Todesnähe schweben. Bei Suizidwilligen mit psychischen Störungen, die bezüglich ihres Zustands urteilsfähig sind, *besteht in diesem Punkt eine ähnliche Situation*: Auch bei ihnen kann kaum von Todesnähe gesprochen werden. Die medizinischen-ethischen Richtlinien über die Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende enthalten zu diesen Fällen keine Regeln (vgl. SAMW, Lebensende, Basel 2004). Bezüglich der medizinischen Indikation und rechtlichen Zulässigkeit lässt sich aber *ähnlich argumentieren* wie beim Behandlungsabbruch bei apallischen Patienten. Die Verschreibung von Natrium-Pentobarbital in tödlicher Dosis bei urteilsfähigen Personen mit psychischen Störungen kann als medizinisch indiziert und damit statthaft angesehen werden, wenn der Arzt die negative Verlaufprognose, den Leidenszustand des Patienten und die Dauerhaftigkeit dieses Leidens und des Suizidwunsches sorgfältig abklärt. Diesem Argument hat sich das Bundesgericht in BGE 133 I 58 angeschlossen.

Zur Begriffswahl verweise ich auf die verschiedenen Bezeichnungen, die in der Literatur genannt werden (vgl. T. W. Kallert: Das «apallische Syndrom» – zu Notwendigkeit und Konsequenzen einer Begriffsklärung. Fortschr Neurol Psychiat. 1994;62:241-55; G. Wöbker/W. J. Bock: Apallisches Syndrom – vegetativer Zustand, in: A. Holderegger [Hrsg.], Das medizinisch assistierte Sterben. 2. Aufl., Freiburg i.Br./Freiburg i.Ue. 2000;267-88). Aus dem Artikel geht mit genügender Klarheit hervor, welcher medizinische Zustand gemeint war.

Prof. Dr. iur. Christian Schwarzenegger, Zürich



Offener Brief zu Klonen und Embryosplitting

Sehr geehrter Herr Professor Imthurn
Neulich veröffentlichte das «Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie» in seiner Ausgabe Nr. 1/2007, S. 6–16, einen Artikel des

umstrittenen Biologen Karl Illmensee mit dem Titel «Mammalian Cloning and its Discussion on Applications in Medicine». Gemäss Impressum ist die Schweizerische Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) nicht nur Mitherausgeberin, sondern die Zeitschrift wird gar als «offizielles Organ» der SGRM bezeichnet.

Illmensee beschreibt darin die Herstellung eines menschlichen Klons und die Implantation desselben in die Gebärmutter einer Frau. Das Experiment scheiterte. Weder chemisch noch klinisch war eine Schwangerschaft nachweisbar. Tatsache bleibt, dass er einen Menschen geklont und diesen zu implantieren versucht hatte. Unter anderem vermerkt er dazu im Artikel:

«Even though no pregnancy was established in this case, we showed and documented for the first time that human reproduction via SCNT and transfer of human cloned embryos may eventually be possible in the future for patients who have no other alternative options for procreating their own offspring.» (S. 8–9)

«Obwohl sich in diesem Fall keine Schwangerschaft etablieren konnte, zeigten und dokumentierten wir erstmals, dass menschliche Reproduktion via somatischem Zellkerntransfer (SCNT) und Übertragung eines geklonten menschlichen Embryos eventuell in der Zukunft für Patienten, die keine andere Alternative für die Zeugung ihres eigenen Nachwuchses haben, möglich ist.» (Übersetzung Unterzeichnende)

Illmensee beschreibt weiter die Technik des sogenannten Embryo-Splittings, die er an Mäusen ausführlich erprobte und die er gerne auf den Menschen anwenden würde, wie folgt:

«Since identical twins are often born independently of ART and develop to perfectly normal human beings, the birth of twins as a result of embryo splitting should not be of major concern, neither ethically nor socially speaking.» (S. 14)

«Da identische Zwillinge unabhängig von der assistierten Reproduktionstechnologie (ART) oft geboren werden und sich als perfekte normale Menschen entwickeln, sollte die Geburt von Zwillingen als Resultat des Embryosplittings keine grosse Beunruhigung auslösen, weder aus ethischer noch aus sozialer Sicht.» (Übersetzung Unterzeichnende)

Gemäss unserer Bundesverfassung (BV) sind alle Arten des Klonens verboten (Art. 119a). Dieser Tatbestand wird gemäss FMedG Art. 36 Abs. 1 mit Gefängnis bestraft. Die Produktion von Interspezies-Embryonen verstösst wohl zusätzlich gegen BV Art. 119b.

Am 8. März 2005 verabschiedeten die Vereinten Nationen eine Erklärung, in der das Klonen von Menschen geächtet wird.

Gemäss dem Nachrichtenmagazin «Spiegel» wollten die Herausgeber in der nächsten Nummer des «Journals für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie» eine Erklärung zum Artikel abgeben. Diese ist leider nicht erfolgt.

Illmensee ist kein unbeschriebenes Blatt, die deutsche Zeitung «Die Tagespost» schrieb am 23. Juni 2007 über ihn: «1939 in Lindau am Bodensee geboren, studierte Illmensee Chemie und Biologie in München, wo er 1970 promoviert wurde. 1981 veröffentlichte er, mittlerweile Professor in Genf, zusammen mit dem US-Amerikaner Peter Hoppe in der angesehenen Fachzeitschrift «Cell» einen Aufsehen erregenden Artikel. In ihm berichteten die beiden Wissenschaftler von einem Experiment, bei dem sie – als erste Forscher überhaupt – erfolgreich drei Mäuse geklont haben wollten. Wie nicht anders zu erwarten, schlug der Artikel ein wie eine Bombe und elektrisierte die ganze Branche. Doch als es schliesslich keiner einzigen Arbeitsgruppe gelang, die von Illmensee und Hoppe publizierten Ergebnisse zu reproduzieren, und zwei Mitarbeiter Illmensees ihn des Betrugs bezichtigten, setzte die Universität Genf eine Untersuchungskommission ein. Diese konnte Illmensee zwar keine Fälschung nachweisen, kam jedoch zu dem Ergebnis, das Experiment des Biologen sei «wissenschaftlich wertlos». Einer drohenden Entlassung offenbar zuvorkommend, gab Illmensee daraufhin seine Professur in Genf auf und verschwand vorerst von der Bildfläche.

1996 tauchte Illmensee in Innsbruck auf, wo er an der Universitätsklinik für Frauenheilkunde der Universität Innsbruck im Rahmen der assistierten Reproduktion die Methode der intrazytoplasmatischen Injektion (ICSI), die er sich inzwischen angeeignet hatte, einführte [...]. Anfang 2001 trat er als «wissenschaftlicher Berater» des italienischen Reproduktionsmediziners Severino Antinori auf. Als dieser im März desselben Jahres zusammen mit Panayiotis Zavos von der Universität Kentucky in Rom ankündigte, den ersten Menschen klonen zu wollen, ist auch Illmensee dabei. Während Antinori und Zavos längst wieder getrennte Wege gehen, fungiert Illmensee heute als «wissenschaftlicher Direktor» von Zavos Firma «Reprogen», die es sich zum Ziel gesetzt hat, Menschen zu klonen.»

Die Firma Reprogen hat ihren Sitz in Limassol auf Zypern und hat sich dem reproduktiven Klonen von Menschen verschrieben.

Als Mitherausgeber des «Journals für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie» und Präsident der SGRM stellen wir Ihnen daher folgende Fragen:

1. Wie konnte ein solcher Artikel ins offizielle Organ der SGRM geraten?
2. Gibt dieser Artikel die offizielle Haltung der SGRM wieder?
3. Will die SGRM demnächst für das Klonen und Embryosplitting in der Schweiz plädieren?
4. Falls nicht, wie nimmt die SGRM zu diesem Artikel Stellung, insbesondere zu den darin angeschnittenen Themen wie reproduktives Klonen, Embryosplitting und der Zeugung von Interespezies-Embryonen?

Wir erwarten eine öffentliche Stellungnahme Ihrerseits, da die SGRM respektive ihre FIVNAT-Kommission immerhin im Auftrag einzelner Kantone zu wesentlichen Teilen die Aufsicht über die Anwendung des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG Art. 12) und gemäss FMedG Art. 11 jährlich die Zahlen über die Fortpflanzungsmedizin im Auftrag des Bundesrates (Verordnung SR 431.012.1) zusammenstellt und dem Bundesamt für Statistik zur Veröffentlichung übergibt.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Bemühungen, die hoffentlich zur Klärung dieser medizinisch und gesellschaftspolitisch bedeutenden Angelegenheit beitragen und grüssen Sie freundlich

Dr. med. Urs Kayser, Präsident HLI

Dr. theol. Roland Graf, Vizepräsident HLI

*Dr. med. Nikolaus Zwicky-Aeberhard,
Präsident VKAS*

Dr. med. Peter Ryser, Aktuar VKAS

Dr. med. H.-R. Pfeifer, Präsident AGEAS

Dr. med. Daniel Beutler, Generalsekretär AGEAS

Replik

Ich beziehe mich auf den offenen Brief der Organisationen HLI, VKAS und AGEAS vom 29. Juni 2007 und äussere mich in meiner Funktion als Präsident der Schweizerischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (SGRM) zu den gestellten Fragen:

1. Die SGRM lehnt ohne jede Einschränkung jegliche Form des reproduktiven Klonens beim Menschen ab.
2. Obschon es sich beim Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (JRE) neben anderen deutschen und österreichischen Fachgesellschaften auch um das offizielle Organ der SGRM handelt, haben weder die SGRM als Gesellschaft noch eines ihrer Vorstandsmitglieder als Editor Einsitz im Editorial Board. Die SGRM hat somit keinen

direkten Einfluss auf Qualität und Auswahl der im JRE publizierten Arbeiten.

- Der Inhalt der Beiträge des JRE gibt gemäss Impressum nicht unbedingt die Meinung der Redaktion und somit auch der SGRM wieder. Dies trifft insbesondere auf die Arbeit von Illmensee im JRE 1/07 zu. Die SGRM bedauert, dass diese Publikation nicht von einem erläuternden Kommentar der Schriftleitung begleitet war, was jedoch in der Ausgabe 3/07 des JRE nachgeholt wird.

Ich hoffe damit, die Angelegenheit geklärt zu haben. Falls weitere Fragen zu Inhalt und Aktivitäten der SGRM bestehen, lade ich gerne eine Repräsentantin/einen Repräsentanten der Organisationen zu einem informierenden Gespräch ein.

Prof. Dr. B. Imthurn, Präsident SGRM, Zürich



Welche Rolle spielen die Ärzte?

Sehr geehrte Frau Kollegin Rajower

Sie überschreiben Ihren Artikel mit «Welche Rolle spielen die Ärzte?» [1]. Ich würde meine Replik betiteln «Welche Rolle hat bis vor kurzem die IV gespielt?». Ich schreibe diese am Abstimmungssonntag, 17. Juni 2007, in meinen Ferien in Frankreich. Vorausschicken muss ich noch, dass ich meine Ja-Stimme zur 5. IV-Revision abgegeben habe, weil sie die lang ersehnte Verbesserung des frühen Eingreifens der IV und der personellen Aufstockung der IV für die Eingliederungsmassnahmen der betroffenen Menschen bringt. Auch zu erwähnen ist, dass ich mich seit 40 Jahren mit der IV und deren schlechtbezahlten Berichten herumschlage.

Im ganzen Abstimmungskampf, in allen Diskussionen von Politikern und Fachleuten und jetzt auch in Ihrem Artikel habe ich nie gehört und gelesen, was hier nun gesagt sein soll:

Bis vor einiger Zeit kamen «zu frühe» Anmeldungen sowohl für Wiedereingliederungsmassnahmen wie auch für Renten von über längere Zeit arbeitsunfähigen, kranken oder verunfallten Menschen von der IV zurück mit dem Standardbrief, sie könnten sich erst nach Ablauf eines vollen Jahres der Arbeitsunfähigkeit bei der IV anmelden.

Jedenfalls war das so in den fünf Kantonen BE, ZH, AG, SG und AR, mit denen ich zu tun hatte.

Die Taggeld- und Unfallversicherungen inkl. SUVA haben diesen Modus klaglos akzeptiert. Es waren nicht die unwissenden Ärzte und Versicherten, die an der Verschleppung der Fälle schuld waren, sondern die chronisch überforderten Regionalstellen der IV. Diese hatten auch nach der 4. IV-Revision weder die personellen Ressourcen noch das Know-how für raschere Wiedereingliederungen.

Ich erlebe auch heute noch Arbeitsvermittler und Berufsberater der IV als völlig hilflos und gewisse RAD-Ärzte inkompetent, dafür aber um so arroganter.

Ein ganz grosses Fragezeichen ist natürlich auch zur Wiedereingliederung in den Betrieben zu setzen. Ich habe einige meiner Patienten erlebt, die bei Restrukturierungen eines Unternehmens einfach über die IV «entsorgt» oder frühpensioniert wurden. Aber das ist Allgemeinwissen, braucht aber ebenfalls Aufklärungsarbeit in der Wirtschaft. Es gibt nicht nur «Scheininvaliden» (Herr BR Blocher), sondern auch scheinheilige Unternehmer.

Dieses Schreiben werde ich in Kopie an Ihre obersten Chefs und an die Presse weiterleiten.

Dr. med. Markus Müller, Zürich

1 Rajower I. 5. IV-Revision: Welche Rolle spielen die Ärzte? Schweiz Ärztezeitung. 2007;87(23):1003-6.