

# Courrier au BMS



## Das Schicksal kennt keine Schuld

### Zum Artikel «Bewusstsein und Leben» von Jürg E. Lehmann [1]

Was bei der Diskussion über Sterbehilfe auffällt, ist, dass Nicht-Leidende über die Anliegen der Leidenden debattieren. Dem Leidenden geht es aber primär nicht um Bewusstsein, Ethik, Moral oder um Vorstellungen dessen, was nach dem Sterben sein wird. Der Leidende will vor allem Befreiung, wie auch immer. Schicksal ist eine persönliche, intime Angelegenheit und mit keiner Qualitätskontrolle zu erfassen. Letzten Endes hat das Schicksal entschieden, und das Schicksal kennt keine Schuld. Man erlaube mir ein Gleichnis:

Ich habe einen Albtraum und erwache. Ich realisiere, dass der Schrecken vorbei ist, und dass ich wieder frei atmen kann. Es ist mir in diesem Moment egal, wie ich aufgewacht bin, ob von selbst, mit dem Wecker oder durch die Berührung einer Hand. Ich bin einfach froh, vom Albtraum befreit zu sein. Ich bin mir des Traumes bewusst, vielleicht schäme ich mich über den Inhalt, aber keinesfalls sind Träumer oder Wecker schuldig geworden.

*Dr. med. Marc Melchert, Wallisellen*

- 1 Lehmann JE. Bewusstsein und Leben. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(9):354–7.



## Bewusstsein und Leben

Über den Beitrag von Kollege Lehmann [1] habe ich mich sehr gefreut. Es ist tatsächlich so, dass die von den Suizidhilfe-Befürwortern so hochgehaltene Selbstbestimmung ein Selbst voraussetzt, über das gerade diese Kreise wenig nachdenken. Wenn man nämlich nicht an ein Weiterleben nach dem Tod glaubt, ist das «Selbst» lediglich ein Produkt des Gehirns, eine Frage von neuronalen Verschaltungen also. Bedient sich aber umgekehrt das Selbst des Gehirns, wie z.B. der berühmte Neurowissenschaftler John Eccles dies postuliert [2], impliziert dies, dass das Selbst unabhängig vom

Gehirn lebt, auch wenn es sich in der Sinnenwelt nur über das Gehirn ausdrücken kann. Diese These konnte bis jetzt naturwissenschaftlich zwar nicht bewiesen werden, die sehr häufigen und zum Teil ungemein eindrücklichen Nahtoderlebnisse legen sie aber nahe. Bevor man deshalb über Fragen mit derart weitreichender philosophischer und spiritueller Bedeutung wie die, ob es zulässig oder gar eine ärztliche Aufgabe sei, einem Menschen beim Suizid zu helfen, diskutiert, sollte die Wissenschaft solche Berichte ernsthaft untersuchen. Ärztliche Kollegen wie z.B. Heinrich Jung-Stilling (1740–1817), Carl Gustav Jung (1875–1961), Kenneth McAll (1910–2001) oder George Ritchie (1923–2007) [3] haben in dieser Hinsicht bereits Wesentliches geleistet. Sehr erfreulich, wenn auch nur folgerichtig ist, dass das Theologische Institut der Universität Zürich im Rahmen des Nationalfonds-Forschungsprojektes «Lebensende» gegenwärtig eine Studie zum Thema «Imaginatives Erleben in Todesnähe» durchführt [4].

*Dr. med. Walter Meili, Basel*

- 1 Lehmann JE. Bewusstsein und Leben. Schweiz Ärztezeitung. 2014; 95(9):354–7.
- 2 Eccles JC. Wie das Selbst sein Gehirn steuert, Piper; 1996.
- 3 Ritchie G. Rückkehr von morgen. Larmann; 1992.
- 4 Institut für Hermeneutik und Religionsphilosophie, Hermeneutik des Vertrauens am Lebensende – Imaginatives Erleben und symbolische Kommunikation in Todesnähe. (NFP 67).



## Bewusstsein, Leben und Sterben

### Zum Beitrag von J. Lehmann [1]

Grundsätzlich müsste zuerst einmal abgeklärt werden, ob es zu den ärztlichen Aufgaben gehören kann, Beihilfe zum Suizid zu leisten. Weiter wäre es dringend notwendig, Sterbewilligen eine Anlaufstelle oder Plattform zu bieten, wo sie anonym und unbehelligt ihre für sie scheinbar ausweglose Situation darlegen können. Das Gegenüber kann aber muss kein Arzt, keine Ärztin sein. Das umso mehr als – wie im «Standpunkt» von Dr. Lehmann richtig her-

ausgestellt – «kein mitfühlender Mensch [...] seinem in existenzieller Not stehenden, todeswilligen Mitmenschen Verständnis und Hilfe versagen (wird)». Und dann stellt sich die Frage, ob dieser in existenzieller Not befindliche und hilfeschuchende Mensch sich die Frage stellen kann, ob er im Sinne des Beitrags von Dr. Lehmann «für das Problem der Lebensbeendigung wahrhaft autonom geworden» ist. Was, wenn er nicht «wahrhaft autonom geworden» ist? Wer kann und sollte das entscheiden? Zudem kann der Begriff «Erlösung» losgelöst jeglicher Theologie gesehen werden: Der unsäglich an seinem Sein leidende Mensch möchte sich einfach von diesem Seelenkrebs «erlösen».

*Dr. theol. Ebo Aebischer, Muri bei Bern*

- 1 Lehmann J. Bewusstsein und Leben. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(9):354–7.



## Aide au suicide

### A propos de l'article de Jean Martin [1]

Dans cet article, Jean Martin, ancien médecin cantonal, non seulement interprète le «ressentiment d'inconfort» de celui qui fait les assistances au suicide, mais il se sert de la sensation de son confrère pour justifier ses propres hésitations. Il aboutit même à donner à l'aide au suicide une «dimension de transgression» et la rendre «discutable, voire condamnable».

Avec une telle prise de position, il ne faut pas s'étonner que les directives anticipées, pourtant prônées actuellement partout, n'ont en réalité pas la force qu'elles devraient avoir quant au respect de la volonté du patient concernant le choix de sa mort. Malgré le nouveau droit de l'adulte, en vigueur depuis janvier 2013, la liberté du choix thérapeutique du patient n'a que peu évolué dans la réalité et ce dernier reste sous la tutelle de la médecine qui ne veut pas lâcher son pouvoir.

Quant au rôle des pouvoirs publics, la conclusion de l'auteur est en contradiction avec ce qui a été voté dans le canton de Vaud avec l'acceptation par le peuple du contre-projet du Conseil d'Etat qui a officialisé l'assistance au suicide dans les EMS reconnus d'utilité publique et les hôpitaux. Ce qui équivaut

pour nous à une première validation de cet acte.

*Dr Béatrice Deslarzes,  
Médecin conseil d'ExInternational, Vessy/GE,  
Dr Pierre Schaefer, Médecin, ancien cadre  
de la Maternité de Genève, Vessy/GE*

- 1 Martin J. Aide au suicide – à propos de l'attitude adoptée dans l'accompagnement. Bull Méd Suisses. 2014;95(8):314.



### Ärztlicher Zusatzservice

#### Zum Artikel «Käufliche Medizin» [1]

Sehr geehrter Herr Kollege Taverna  
Herzlichen Dank für die Denkanstösse in Ihrem oben genannten Artikel; ich werde das Buch lesen (müssen).

Ein ärztlicher Zusatzservice gegen zusätzliche Bezahlung ist ein interessantes Phänomen. Was mich persönlich in der täglichen Praxis aber ärgert, ist gerade das Umgekehrte: Viele Patienten erwarten von uns den speziellen Zusatzservice (Erreichbarkeit rund um die Uhr, sofortige Notfalltermine für Banalitäten, ausgedehnte Abklärungen für Bagatellbeschwerden), ohne für den entstehenden Aufwand aufkommen zu wollen. Sie erwarten eine Rolls-Royce-Medizin zum Preis eines Smart. Dass dies nicht aufgeht, übergehen Patienten und auch Politiker geflissentlich.

Wäre hier nicht eine logische Lösung: die Basisleistung zum Basispreis, und wer Mehrleistung will, soll auch mehr bezahlen? In aller Regel ist ja diese Mehrleistung medizinisch nicht relevant, d.h. betrifft Faktoren wie kürzere Wartezeit, «schönere»/kleinere Narben, «Kortisonfreiheit», schönere Aussicht aus dem Zimmer usw. In allen anderen Situationen des Lebens werden Unterschiede gemacht: Klassen bei der SBB; H&M vs. Chanel; Filet vs. Kebab; BMW vs. Smart – müssen wir nicht anerkennen, dass auch in der Medizin Zusatzleistung mit einem Zusatzaufwand verbunden ist, d.h. zusätzlich kostet? Dürfen wir für diese Zusatzleistung nicht eine Gegenleistung erwarten?

Das führt zu Ihrer abschliessenden Frage, wie wir in dieser Gesellschaft leben wollen. Sind wir die Gutmenschen, die sich edel tagtäglich

für das Wohl der Mitmenschen aufopfern – oder sollen wir der Ökonomie folgen, im Wissen, dass die Gutmenschen oft die Betrogenen sind, denn der Konsument nimmt unsere Aufopferung gerne an, ohne diese zu honorieren?

*Dr. med. Urs Bader, Zumikon*

- 1 Taverna E. Käufliche Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(9):366.



### Investoren und Therapiefreiheit

«Gruppenpraxen sind ein Megatrend – ist die Therapiefreiheit gesichert?» lautet die Titelfrage eines kürzlichen Beitrages in dieser Zeitschrift [1]. Mit der wachsenden Zahl von Gruppenpraxen wächst die Vielfalt der Investoren. Dazu gehören Krankenversicherer, Spitäler und kommerzielle Investoren. Ärzte seien in diesen Praxen angestellt und müssten sich an die Weisungen ihrer Arbeitgeber halten. Solche Abhängigkeiten liessen sich vermeiden, wenn die Ärzte selbst ihre Gruppenpraxis besitzen.

Ich bezweifle allerdings, dass einzig die Tatsache, dass eine Gruppenpraxis in ärztlichem Besitz ist, Abhängigkeiten für angestellte Ärzte ausschaltet oder gar deren Therapiefreiheit garantiert, was immer damit gemeint ist [2]. Gleichzeitig wäre dann auch zu fragen, wie sicher oder wie gefährdet die Therapiefreiheit in unseren Spitälern ist, wo Ärzte seit Generationen als Angestellte arbeiten und wo der wichtigste Investor die öffentliche Hand ist. Wir Ärzte setzen darauf, dass «ärzteeigen» als Kriterium für die Nachwuchsrekrutierung eine gewisse Bedeutung habe. Dass «ärzteeigen» aber ein Schlüsselkriterium sei für Werte wie Therapiefreiheit, Arbeitsklima oder gar Versorgungsqualität, das wäre noch zu beweisen.

*Dr. med. Christian Marti, Fehraltorf*

- 1 Zürcher H. Gruppenpraxen sind ein Megatrend – ist die Therapiefreiheit gesichert? Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(8):282.
- 2 Mir persönlich bedeutet Therapiefreiheit, dass ich Patienten im Einklang mit den allgemein anerkannten, aber auch im Einklang mit meinen persönlichen fachlichen und ethischen Massstäben betreuen kann – und dies mit möglichst wenig bürokratischem Aufwand.



### Eigene Ärzte und eigenes Pflegepersonal – jetzt erst recht!

Jetzt, wo die Masseneinwanderungsinitiative angenommen ist, sind wir besonders aufgerufen, eigene Ärzte, aber auch eigenes Pflegepersonal auszubilden. Zulassungsbedingungen zum Medizinstudium – Genf z.B. hat keine – können hier blockierend wirken und sollten neu überdacht werden. 60% der Ärzte bei uns sind Schweizer, in der Ostschweiz sogar nur 50%! Deutschland hat generell zu wenig Ärzte. Gerade aus Deutschland wandern jedes Jahr viele deutsche Ärzte und deutsches Pflegepersonal in die Schweiz ein. In ihrem Land hinterlassen sie Vakanzen. Diese werden von Ärzten und Pflegepersonal aus Nord, Ost, West und Süd ersetzt. In der «Schlussabrechnung» hat Deutschland – um bei diesem Beispiel zu bleiben – zu wenig eigene Ärzte und zu wenig eigenes Pflegepersonal, um seine Bürger zu betreuen. In der Schweiz dasselbe Bild: zu wenig Schweizer Ärzte und Schweizer Pflegepersonal. Ich möchte nicht missverstanden werden, aber wer möchte nicht am liebsten von seinen Landsleuten in seiner Sprache verstanden und betreut werden?

*Dr. med. Roland Scholer, Liestal*

### Lettres de lecteurs



Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: [www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/](http://www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/)