

Briefe an die SÄZ



Suizidbeihilfe

Zum Beitrag von Jean Martin [1]

Sehr geehrter Herr Doktor Martin

Die Ärzte lieben Spezialisierungen, z.B. Medizinethiker oder Exit-Ärzte. Ich sähe es lieber, wenn sich alle Ärzte mit medizin-ethischen Fragestellungen befassen würden. Suizidale Menschen könnten sich mit ihrem Sterbewunsch an den Haus- und Familienarzt ihres Vertrauens wenden oder an ihren Psychiater statt an die Exit. Die sind am ehesten in der Lage zu beurteilen, ob es bei einem Sterbewunsch um einen Hilferuf für ein besseres Leben oder für ein gutes Sterben gehe, um eine vorübergehende Krise, eine Krankheit oder eine definitiv negative Bilanz.

Exit-Ärzte sind mir unsympathisch. Sie kennen den Sterbewilligen und seine Verhältnisse kaum und sie hinterfragen einen Sterbewunsch nicht ernsthaft. So können alternative Hilfeangebote nicht diskutiert werden. Der Sterbewillige wünscht Gift und bezahlt; alles Übrige arrangiert die Firma. Ganz besonders fragwürdig finde ich die Suizidbeihilfe bei Touristen am Tag der Einreise. Dass es einem Exit-Begleiter nicht wohl ist bei seinem Hilfeangebot, wie Sie es mitteilen, dürfte wohl eher die Ausnahme von der Regel sein.

Dass sich viele Ärzte mit dem Thema Sterbehilfe schwer tun, ist mir bekannt. Sie haben ein christliches und ein hippokratisches Erbe, haben vielleicht eigene ambivalente Gefühle zum Thema. Meiner Meinung nach muss sich ein angesprochener Arzt gar nicht raushalten – wie es der von Ihnen vorgestellte Exit-Arzt meint tun zu müssen. Zum Schluss sagt der Leidende, was er möchte und sagt der Arzt, falls es Suizidbeihilfe sein soll, ob er dazu – im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen – bereit sei.

Bei den Überlegungen darf nicht ausser Acht gelassen werden dass wir heute in einer säkularen Welt leben, in der Lebensqualität gefordert wird, in der das Leben selbstbestimmt sein soll, Suizid unter widrigen Umständen als Option gilt.

Nach wie vor offene Fragen sind die Suizidbeihilfe bei objektiv nicht schwer Kranken, bei nicht-terminalen Patienten und nach Verlust der Urteilsfähigkeit und dokumentiertem Sterbewunsch für diese Situation.

Mit freundlichen Grüssen

Dr. med. et phil. Hermann Nüesch, St. Gallen

- 1 Martin J. Suizidbeihilfe – Gedanken zur begleitenden Hilfeleistung. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(8):314.



Vorsicht mit Telefonkonsultationen

Zum Artikel «Telefontriage in der Grundversorgung» [1]

Dieser Artikel ist informativ und aktuell. 20% Fehleinschätzungen durch die Ärzte oder die MPA, in 56% der Fälle geringe Schädigung der Klientele, in 2% schwerwiegende Schädigung oder sogar Todesfall, muss uns zeigen, wie heikel und verantwortungsvoll diese Tätigkeit ist. Mit der Zeit kennt man natürlich seine Patienten, die affektiv reagieren oder Mühe zum Formulieren ihrer Symptome haben oder unter Sprachschwierigkeiten leiden. Man hat sich hier ein Urteil gebildet. Dennoch kann man sich punkto Schwere oder Dringlichkeit des Zustandsbildes – es wurde in diesem Artikel darauf hingewiesen – täuschen. Allerdings werden auch in einer Konsultation, trotz Anamnese und Status, in einem gewissen Prozentsatz Fehleinschätzungen vorkommen. Deshalb bin ich besonders skeptisch gegenüber der «Telefonmedizin» eingestellt, welche nicht von der Hausarztpraxis oder Spezialistenpraxis ausgehen. Dort werden von Ärzten und MPA Ratschläge erteilt, die ohnehin die Klientele nicht kennen. Auch die Behandlungen, welche die Apotheker via zugeschaltete Ärzte – «Telemedizin» anbieten, gehören hieher! Auch hier gibt es nach Fehleinschätzungen komplizierte juristische Nachspiele.

Im übrigen entspricht diese Art nicht der seriösen Ethik unseres Berufsstandes. Seien wir vorsichtig in den «Telefonkonsultationen» und

bestellen den Patienten lieber einmal zu viel in unsere Praxis, auch wenn er im Moment etwas befremdlich reagiert!

Dr. med. Roland Scholer, Liestal

- 1 Gehring K. Telefontriage in der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(13):22–3.



Telefon-Triage

Zum Artikel «Telefon-Triage in der Grundversorgung» [1]

Im Schweiz Med Forum 2012;12(35):679–80 habe ich auf die Gefahren der Tel. Triage hingewiesen aufgrund der Gegebenheit, dass Nicht-Ärzte Auskunft geben, dazu noch Patienten, die sie nicht kennen.

Meine Befürchtungen sind durch die Umfrage Gehrings und internationale Studien bestätigt worden: 2% der befragten Ärzte berichten von schwerwiegenden Schäden für Patienten, sogar von Todesfällen.

Jetzt möchte Dr. Gehring die Praxisorganisation verbessern um die Fehler zu vermeiden. Solange aber die Telefonberatung nicht durch den Arzt, und nur bei Menschen, die er kennt, erfolgt, wird keine Organisationsverbesserung den gewünschten Erfolg erbringen. Dazu ein (hinkender) Vergleich: Wenn sie bei einem Fahrrad, das hinten und vorn Plattfuss hat, die Klingel reparieren, wird das Velo dadurch nicht fahrtauglich.

Prof. em. Dr. med. Rolf H. Adler, Kehrsatz

- 1 Gehring K. Telefon-Triage in der Grundversorgung. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(13):22–3.



Gegenvorschlag «medizinische Grundversorgung» – ein Bumerang für die Hausärzte

Zur Eidg. Abstimmung vom 18. Mai

Über 200 000 Bürger haben die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» unterschrieben, damit es auch in Zukunft genügend Hausärzte geben soll. Die Initianten haben jedoch die Initiative zugunsten des Gegenvorschlags

Leserbriefe



Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabefeld zur Verfügung. Damit kann Ihr Leserbrief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter: www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/

zurück gezogen, weil ihnen vom Bundesrat höhere Hausarzttarife versprochen wurden. Der nun am 18. Mai allein zur Abstimmung kommende direkte Gegenvorschlag des Bundesrates zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» ist eine Mogelpackung, bei der die «medizinische Grundversorgung» und nicht – wie in der Volksinitiative vorgesehen – die Hausärzte gestärkt werden sollen. Trotz erhöhter Tarife wird das Gesamteinkommen der Hausärzte sinken, weil ein grosser Teil ihrer bisherigen Tätigkeiten von Nichtärzten (Krankenschwestern, Ernährungsberatern, Podologen usw.) übernommen werden soll. Trotzdem wird die «medizinische Grundversorgung» insgesamt teurer werden, wie die Erfahrungen der Schweizer Managed Care Hausärztenetze zeigen: unsachgemässe Behandlungen oder verzögerte Weiterweisungen führen zusammen mit dem vertraglich vereinbarten Spardruck und der damit geleisteten Billigmedizin letzten Endes zu höheren Gesamtkosten. Beim Konzept der «medizinischen Grundversorgung» handelt es sich um ein altes WHO-Modell, dass in den 1970er Jahren als kostengünstiger Basisgesundheitsdienst für Entwicklungsländer («Barfussärzte»-Modell)

propagiert wurde. Darin ist vorgesehen, dass anstelle des Hausarztes der Patient in erster Linie von billigeren Nichtärzten «behandelt» werden soll. Das nach dem Vorbild von Maos «Barfussärzten» konzipierte WHO-Modell führte in der Praxis zu einem unzureichend ausgestatteten öffentlichen Gesundheitswesen mit unmotivierten, überarbeiteten und schlechter qualifiziertem Personal sowie einem Privatsektor, der qualifizierte Leistungen nur gegen hohe Bezahlung bereitstellte. Der zentralistische Gegenvorschlag ist gefährlich und unnötig, weil die Kantone die Hausärzte in eigener Initiative fördern können.

Peter Aebersold, Zürich



Nahtoderlebnisse

Das Nahtoderlebnis hat Einzug in die SÄZ gefunden [1]. Können Nahtoderfahrungen etwas über den Zustand nach dem Tod aussagen?

Was Sterbende erleben, sind Erlebnisse von Lebenden. Der Lebende, auch wenn er dem Tode nahe ist, sieht nicht hinter den Tod, sondern er sieht lediglich, was ihm sein sterbendes Hirn zeigt, nämlich Manifestationen des lebenden Gehirns vor dem Tod. Er sieht nicht hinter den Vorhang, sondern nur das, was sich vor dem Vorhang abspielt. Und das hat nur mit dem Sterben und nichts mit dem Tod zu tun. Bedingt durch den unidirektionalen Pfeil der Zeit gibt es keine Rückmeldung von Toten. Der Tod ist durch Irreversibilität definiert, oder wie es Shakespeare ausdrückt: The undiscover'd country from whose bourn no traveler returns. Aus Nahtoderlebnissen auf den Tod zu schliessen verstösst daher gegen alle Regeln der Wissenschaft und der Kategorienlehre. Forschung über Nahtoderfahrungen lehren uns lediglich über Gehirnfunktionen in der einen Extremsituation.

Prof. Dr. med. Hanspeter E. Killer, Suhr

- 1 Kesseli B. Was kein Auge gesehen und kein Ohr gehört hat. Schweiz Ärztezeitung. 2014;95(14):600.

Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf www.saez.ch



Prof. Dr. med. Dr. h. c. Max Aebi, Senior Consultant Institut für Evaluative Forschung in der Medizin (IEFM) der Universität Bern und Präsident der SIRIS Stiftung

Qualitätskontrolle in der Chirurgie

Was bringen Register?



Prof. Dr. med. Peter Meier-Abt, Mitglied des Expertenrats Swiss Medical Board (SMB)

Mammographie-Diskussion: Stellungnahme des SMB

Diverse Publikationen decken sich mit den SMB-Empfehlungen



Andreas Faller, Geschäftsführer Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen

TARMED-Verhandlungen

Gemeinsam gegen staatliche Eingriffe