

Briefe an die SÄZ

Alternativen aufzeigen ist Aufgabe von Haus- und Spezialärzten

Lieber Herr Kollege Borasio

Durch ihre Antwort [1] an Frau Dr. Schafroth [2] bin ich als Kollege, der konsiliarisch für EXIT tätig ist, direkt angesprochen. Unter dem reisserischen Titel «Sorgfaltskriterien nicht erfüllt» sprechen Sie mir in ihrem Artikel die Kompetenz für diese Tätigkeit ab, weil ich keine psychiatrische oder palliativmedizinische Ausbildung habe. Ich könnte deshalb die Urteilsfähigkeit der Patienten nicht fachgerecht beurteilen und ihnen eine umfassende Beratung nicht bieten.

Ich nehme ungern zur Kenntnis, dass die freie Medizin immer mehr in spezialisierte Gärtchen aufgeteilt wird. Heute braucht der Allgemeinarzt ja bald schon ein Zusatzdiplom um ein EKG lesen und abrechnen zu dürfen. So wie die Kardiologen dies nur für sich beanspruchen – so tun dies nun offenbar auch Palliativmediziner. Sie wollen die «Schmutzkonzurrenz» aus ihrem Gebiet entfernen, und massen sich an, bestimmen zu dürfen, wer Beurteilung von Freitodbegleitungen durchführen dürfe. Sie fordern für solche Beurteilungen ein Diplom in Psychiatrie oder Palliativmedizin. Als nun pensionierter Arzt bin ich nach 35 Jahren Allgemeinmedizin in der Lage beurteilen zu können, ob jemand urteilsfähig ist. Falls ich einmal Zweifel haben sollte, ziehe ich immer einen Kollegen mit oben erwähntem Diplom hinzu. Was die Beratung über Alternativen betrifft, nehme ich für mich in Anspruch, dass ich die Patienten sehr ausführlich berate – beraten muss, da ich fast nur auf Patienten treffe, die von den Kollegen eben nicht beraten werden. Sie werden von ihren Onkologen und z.T. auch von Hausärzten nicht begleitet, sondern gestossen. Gestossen in unnötige Therapien, die sie nur halbherzig wollen, um dann in Situationen zu enden, die sie nicht wollten. Dann rufen sie uns um Hilfe, weil ihnen ihre Ärzte nicht zuhören und sie nicht ernst nehmen. Und mit Verlaub, die palliativen Institutionen sind noch nicht so grosszügig vorhanden wie der Sand am Meer. Wo vorhanden, leisten sie gute Arbeit und machen uns in der Tat manchmal überflüssig. Die Finanzierung solcher Aufenthalte ist aber noch nicht geregelt und für Otto Normalverbraucher nicht erschwinglich. In andern Institutionen wie APH, geriatriische Abteilungen/Demenzstationen sind die guten Beispiele leider auch nicht so zahlreich, dass sich jedermann freut, seine letzten Tage dort verbringen zu dürfen.

Sie gehen offenbar davon aus, dass sich jeder gegen einen Freitod entscheiden würde, wenn er nur richtig beraten würde.

Es ist nicht so, dass 90 000 Mitglieder von EXIT keine Ahnung haben von palliativer Medizin. Sie setzen sich manchmal schon jahrelang mit Szenarien für ihr Lebensende auseinander. Wenn sie sich für eine FTB und gegen ein Leben in einer Institution entscheiden, dann weil die Mediziner die Leute nicht begleiten, sondern «verwalten». Und auch weil sie beim Ableben ihrer Angehörigen/Freunde eher negative Erlebnisse hatten, durch die Art, wie unsere Medizin immer noch sehr häufig mit schwerstkranken Menschen umgeht.

Die Freitodbegleiterinnen und -begleiter müssen nicht medizinisch geschult sein, um Alternativen aufzeigen zu können. Aus eigener Erfahrung kann ich bestätigen, dass es sich bei diesen Personen um berufs- und lebenserfahrene Persönlichkeiten handelt. Viele kommen aus medizinischen, psychologischen und sozialen Berufen und sind Menschen zwischen 60 und 80 Jahren. Sie haben also einen reichen Fundus von verschiedensten Kompetenzen und Erfahrungen. Informationen über palliative Pflegemöglichkeiten werden regelmässig bei Fortbildungen thematisiert.

Es ist andererseits die Aufgabe von Hausärzten/Spezialärzten, die ihre Patienten *empathisch begleiten und ihnen zuhören* sollten, ihnen Alternativen aufzuzeigen. Denn alle FT-Willigen waren zuerst einmal bei einem Hausarzt/Onkologen, bevor wir Konsiliarärzte gerufen werden. Uns vorzuwerfen, wir würden Alternativen nicht kompetent genug aufzeigen, richtet sich an die falsche Adresse! Wenn wir als letztes Glied in der Kette, nachdem der Patient nach etlichen Therapien und unter der grossen Last seiner Leiden schon seinen Entschluss gefasst hat, in einem letzten Anlauf scheitern, dem Patienten einen palliativen Weg schmackhaft zu machen, dürfen Sie das wohl nicht uns anlasten.

Wenn trotz guter körperlicher und geistiger Fürsorge noch vereinzelt mündige und autonome Menschen beschliessen sollten, dass sie den Leidensweg nicht bis zuletzt gehen wollen, sollten wir sie da unterstützen dürfen, auch ohne Diplom in Psychiatrie oder Palliativmedizin.

Dr. med. Peter Hirzel, Altdorf

- 1 Borasio GD. Sorgfaltskriterien nicht erfüllt, Schweiz Ärztezeitung 2015;96(47):1736.
- 2 Schafroth M. Überflüssiger Vorschlag zu unnötiger Gesetzgebung, Schweiz Ärztezeitung 2015;96(47):1734.

Abwegige Ansprüche an Sterbewillige

Prof. Dr. med. Gian D. Borasio, seines Zeichens Palliativmediziner, fordert in seiner Replik [1] auf einen Beitrag von Dr. med. Marion Schafroth [2] sinngemäss eine umfassende oder hochspezifische, kompetente medizinische Beratung für alle Sterbewilligen. Er bestreitet die diesbezügliche Kompetenz von beratenden Ärzten im Bereich der EXIT-Aktivitäten.

Wenn ich es richtig verstehe, wird hier von Sterbewilligen erwartet und ihnen im Ernst zugemutet, dass sie in einer, jedenfalls für sie selbst, absolut terminalen Phase von allen irgendwie in Frage kommenden «zuständigen» und «kompetenten» Fachärzten spezifisch auf ihre Sterbeberechtigung hin begutachtet werden sollten. Das heisst: von Geriatern, Neurologen, Neuro-Psychologen, Psychiatern, überhaupt allen möglichen Spezialärzten. Und natürlich allem vorab oder zumindest in letzter Instanz von Palliativmedizinern. Bei polymorbiden Fällen (und das sind sehr viele) würden sich auf diese Weise gelegentlich wohl zweistellige Begutachtungen aufdrängen, die sich vermutlich gegenseitig so komplex widersprechen, dass sie sich aufheben und eine Begleitung faktisch unmöglich machen.

Schon das Auflisten aller Kompetenzen, die in einem solchen Denkmodell gefordert wären, zeigt, wie unrealistisch und grausam ein solches Prozedere, eine solche Zumutung und allseitige Belastung wäre. Dazu kommt, dass, wenn Sterbewillige von Palliativmedizinern begutachtet würden, sie vermutlich sehr oft den berühmten Riegel vorgeschoben bekämen, das heisst, die Sterbehilfe würde ihnen mit hoher Wahrscheinlichkeit verweigert zugunsten der palliativen Alternative. Zumal viele Sterbewillige eine palliative Therapie ihrerseits verweigern.

Prof. Borasio scheint zu übersehen, dass die meisten heutigen Sterbewilligen bereits eine wahre, oft jahre- oder gar jahrzehntelange medizinische Odyssee bei allen möglichen Spezialisten hinter sich haben und nicht selten auch schon Erfahrungen aus der palliativen Medizin und Pflege mit sich bringen: Sie haben die Medizin als Option zur Lebenshilfe in aller Regel längst hinter sich, was ja gerade bewirkt, dass sie nun ihren Sterbewunsch vorbringen.

Einen wirklich und glaubhaft, nachweisbar lebensmüden schwer leidenden Menschen auf weitere potentiell unzählige ärztliche Beurteilungshürden zu verweisen zeigt für mich ein schweres Missverständnis der menschlichen und medizinischen Situation

auf. Ich könnte persönlich ein solches Gesetz oder Vorgehen nicht als ärztlich-ethisch und verantwortbar empfinden.

Dr. med. Niklaus Gaschen, Bern

- 1 Borasio GD. Sorgfaltskriterien nicht erfüllt, Schweiz Ärztezeitung 2015;96(47):1736.
- 2 Schafroth M. Überflüssiger Vorschlag zu unnötiger Gesetzgebung, Schweiz Ärztezeitung 2015;96(47):1734.

Liebevolle und einfühlsame Menschen

Zum Beitrag von Gian Domenico Borasio [1]
Sehr geehrter Herr Kollege Borasio

Ihre Replik auf die Stellungnahme von Frau Dr. Schafroth in der SÄZ betrifft mich, Ihre Aussagen machen mich wütend. Ich habe Sie an mehreren Kongressen gehört, ich habe Ihre Bücher gelesen und habe Ihre Kompetenz, Ihre Wortgewandtheit und Ihren Humor bewundert, aber Ihr tendenziöser Brief hat mich masslos enttäuscht. In meiner über 30 Jahre dauernden Tätigkeit als Intensivmediziner und Anästhesist habe ich die grausame Seite der Medizin erlebt und leider auch praktiziert – das ist mit einer der Gründe, die mich bewegen haben, als Konsiliararzt für Exit zu arbeiten.

Ihre fundamentalistische Einstellung und die Verurteilung *ex cathedra* der Aktivitäten von Exit haben einen arroganten Touch. Sind Palliativmediziner die einzigen Inhaber der Wahrheit, wenn es um Sterben und Tod geht? Namhafte Theologen und Philosophen befassen sich mit dem Thema, und mehrere unter ihnen befürworten den assistierten Suizid [2]. Ihren gesetzgeberischen Willen und regulatorischen Eifer verstehe ich zwar, teile ihn aber nicht. Wie andere denke ich, dass die aktuelle rechtliche Lage genügt.

Die Freitodbegleiter/innen und Konsiliarärzte von Exit sind keine Gerontologen oder Palliativmediziner, sie haben verschiedene berufliche Hintergründe (insbesondere in den Pflegeberufen, auch in der Palliativpflege), vor allem sind es Menschen – einfühlsam und liebend, genau wie Sie es für sich beanspruchen, und wie Sie, Herr Prof. Borasio, wollen wir Mitarbeiter von Exit das Beste für die Menschen, die wir betreuen. Wir fragen die Sterbewilligen immer und eindringlich, ob sie Alternativen zum Suizid sehen, und wir informieren sie immer über die Möglichkeit der palliativmedizinischen Begleitung. In letzter Instanz ist für uns die Autonomie des Patienten entscheidend. Der Sterbewillige muss urteilsfähig sein, und der Sterbewille muss wohlervogen, konstant und nicht durch Drittpersonen beeinflusst sein. Palliativmedizin

und assistierter Suizid sind komplementär und schliessen sich nicht gegenseitig aus. Manchmal ist der assistierte Freitod die letzte therapeutische Massnahme, die man dem Patienten bieten kann. Das tue ich nach bestem Wissen und Gewissen, und dafür setze ich mich ein.

In den zahlreichen Teams für Palliativmedizin, an denen Sie teilgenommen haben, hatte es und hat es Mitarbeiter (wie in jedem palliativmedizinischen oder Spiritual Care Team), die nicht das von Ihnen gewünschte Niveau aufweisen (sie sind keine Psychiater, Palliativmediziner oder Gerontologen). Diese «weniger wertvollen» Teammitglieder (weil sie keine Akademiker sind), werden wegen ihrer menschlichen Qualitäten geschätzt, und aus diesen Gründen sind sie in den Teams akzeptiert und aufgenommen.

Im Film *Wit* von Mike Nichols, den Sie sicher kennen, sind die einzigen Personen, welche die Protagonistin Vivian Bearing als Menschen behandeln, die Pflegefachfrau Susan Monahan und ihre ehemalige Professorin Evelyn Ashford – Professorin für Englische Literatur, nicht für Palliativmedizin oder Gerontologie. Wir, die Freitodbegleiter/innen und die Konsiliarärzte von Exit, sind im realen Leben diese liebevollen, Verständnis entgegenbringenden Menschen, genau wie die Personen in diesem Film – genau wie Sie, Herr Prof. Borasio, es in Ihrem klinischen Alltag auch sind.

Freundliche Grüsse

Dr. med. Giorgio Loderer, Oberwil bei Büren

- 1 Borasio GD Sorgfaltskriterien nicht erfüllt. Schweiz Ärztezeitung, 2015;96(47):1736.
- 2 Sutter B, Kaufmann P, Wehrle H (eds.) Der organisierte Tod. Sterbehilfe und Selbstbestimmung am Lebensende – Pro und Contra. H. Zürich: Orell Füssli; 2014.

Replik auf die drei vorangegangenen Briefe

Es ist schon erstaunlich, welche emotionalen Reaktionen ein harmloser Vorschlag zur *einmaligen* fachkundigen Beratung (nicht Begutachtung) von Suizidwilligen auslöst. Dabei sind zwei Hauptargumentationsstränge zu erkennen:

- Die humanistische Einstellung von Exit, die sich in ihren vielfältigen Aktivitäten auch zur Förderung der Palliativpflege ausdrückt, sei per se schon ein Garant optimaler und umfassender Beratung und Begleitung, gerade weil so viele Menschen schlechte Erfahrungen mit der Schulmedizin gemacht hätten.
- Exits Konsiliarärzte, gleich welchen fachlichen Hintergrunds, hätten aufgrund ih-

rer Entscheidung, endlich etwas gegen das inhumane Medizinsystem zu tun und Menschen zu ihrem «Freitod» (ein in seiner Heroisierungstendenz nicht unproblematischer Begriff) zu verhelfen, ipso facto die notwendigen Fachkompetenzen, um auch hochkomplexe Konstellationen am Lebensende (hinsichtlich z.B. Urteilsfähigkeit, psychosozialer Dynamiken oder Palliativversorgung) einzuschätzen und zu behandeln.

Beides tönt gut – stimmt aber leider nicht. Die Betreuung und Begleitung von suizidwilligen Menschen ist eine grosse fachliche Herausforderung, die multiple Kompetenzen erfordert. Der Hausarzt (oder auch Exit-Konsiliararzt) sollte diese Kompetenzen, die nicht nur im medizinischen Bereich liegen, koordinieren und je nach den Besonderheiten des Einzelfalls im Sinne des Patienten einsetzen. Dabei ist die Entscheidung des Patienten immer zu respektieren – auch im Wissen darum, dass es sich bei dieser Entscheidung um ein teilweise fragiles, fluktuierendes, vielschichtiges Konstrukt handeln kann. Der Patient hat Anrecht auf beides: Selbstbestimmung und Fürsorge.

Was Exit in dieser Diskussion zeigt, ist eine ausgeprägte Form des sogenannten perisuzidalen Omnikompetenzsyndroms. Das kann aber keine Organisation, Fachdisziplin oder Profession für sich beanspruchen. Hochlautere Motive sind für eine gute Begleitung am Lebensende – die auch die Option der Suizidhilfe umfassen können muss – notwendig, aber nicht hinreichend. Es braucht auch, wie überall in der Medizin, die Fachkompetenz.

Etwas wunder nimmt es, wenn Kollegen in einem so sensiblen Bereich, der die Möglichkeit einer irreversiblen Entscheidung einschliesst, die Notwendigkeit spezifischer Fachkompetenzen verneinen – wo dies doch im Rest der Medizin eine Selbstverständlichkeit ist. Der Ansatz am Lebensende braucht sowohl Interdisziplinarität als auch Multiprofessionalität, damit der Patient im Mittelpunkt bleibt.

In einem Punkt ist allen Kollegen allerdings uneingeschränkt zuzustimmen: Viele Menschen wenden sich an Exit nach einer jahrelangen Odyssee in der Schulmedizin, bei der sie zwar multiple Behandlungen erlebt haben, aber selten einen Arzt, der das tut, was Ärzte zuerst und vor allem können sollten: zuhören. Die Medizin der Zukunft, das ist auch meine tiefe Überzeugung, wird eine hörende sein, oder sie wird nicht mehr sein.

*Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio,
Lausanne*

Denken verpflichtet

Wir ... sind zum Denken verpflichtet, wir denken nicht in Videoclips oder Bildblasen. Die Matrix des Denkens sind Worte, Sätze, und diese formulieren Gedanken, unsere freien Gedanken definieren uns als Individuum und nicht als vegetierendes Wesen.

Wir ... sind freie Menschen, frei sein heisst nicht versklavt zu sein – dafür haben Generationen seit dem Zeitalter der Aufklärung gekämpft!

Versklavung jedoch beginnt, wenn die Gedankenfreiheit gebeugt wird. Oft ist dafür nur das erste Zeichen ein unmerkliches Beginnen mit verbalen Injurien. Wenn diese unreflektiert Eingang in unsere ureigenen Gedankenwelten finden, beginnt schleichend die Entfremdung zu uns selbst. Geistige Freiheit ist immer die Grundlage für körperliche Freiheit – sowohl politisch als auch religiös motiviert: dafür stehen wir, wir ... die Worte, Gedanken analytisch reflektieren und emotional zulassen können, damit Denken unzensuriert gelebt werden kann, nicht manipulierbar für beschädigende und terroristische Handlungen.

Denn das ist die Aufgabe des Denkens, damit geistige Versklavung, aus der die körperliche Beschädigung folgt, uns nicht zu einer amorphen Masse werden lässt.

Nur durch Gedankenfreiheit, nicht durch Gewalt, können wir die Welt vor körperlichem/geistigem Missbrauch schützen.

Gewalt ist immer das Produkt von Gedankenzwang bzw. Ideologien, Freiheit des Geistes verhindert jene Unfreiheiten in der Welt, die zu Gewalt-Ideologien führen.

*Dr. med. Harriet Keller-Wossidlo
für ASEM/UMEM*

Simple Rechnung

Zum Thema Bortezomib-Verschwendung [1, 2]

Der Onkologe Dr. med. Zeno Schneider macht darauf aufmerksam, dass Bortezomib (Velcade®) nur als 1-mg- oder 3,5-mg-Ampulle zu Fr. 642.95 bzw. 1831.85 geliefert wird. Da die übliche Dosis bei Multiplem Myelom von 1,3 mg/m² oft Mengen zwischen 2 mg und 3 mg erfordere, müssten jeweils 3 Ampullen geöffnet und bis zu 0,9 ml oder bei Verwendung der 3,5-mg-Ampulle sogar bis zu 1,4 ml verworfen werden. Er fordert für dieses teure Medikament Ampullen von 0,5 mg, zumal eine Therapie mehrere Gaben derselben Dosis erfordere.

Andy Marthaler von Janssen-Cilag AG, Zug, erwidert, eine kleinere Verkaufseinheit hätte eine grössere Messunsicherheit zur Folge.

Eine geradezu peinlich simple Rechnung nach Adam Riese ergibt indessen, dass, sollte sich Janssen-Cilag dazu entschliessen, zusätzlich Ampullen von 1,5 mg anzubieten, jeder Mensch bis zum 125 kg schweren 2-Meter-Mann mit maximal 2 Ampullen und verworfenen Mengen <0,5 mg behandelt werden könnte.

Dr. med. Daniel Bracher, Gümligen

- 1 Schneider Z. Kosten durch Überschuss; Schweiz Ärztzeitung. 2015;96(48):1757–8.
- 2 Marthaler A. Stellungnahme zum Leserbrief zum Thema Bortezomib-Verschwendung; Schweiz Ärztzeitung. 2015;96(48):1758.

Nachtodliche Ereignisse

Zum Leserbrief «Fragwürdiger Dogmatismus» [1]

Sehr geehrter Herr Professor Huber

In Ihrem Brief beschreiben Sie den Fall einer schwer kranken Patientin, die ihren Arzt bitet, sie mit Hilfe einer todbringenden Substanz sterben zu lassen, was der anthroposophisch orientierte Arzt im Wissen um seine Verantwortung zurückweisen muss. Sie Ihrerseits verurteilen dieses Verhalten als Dogmatismus. Selbstverständlich ist ihre Erklärung, dass nachtodliche Ereignisse in der «wissenschaftlichen medizinischen Argumentation» keinen Platz finden, absolut gültig – aber sie gilt nur diesseits, das heisst, bis zum Moment des Todes. Woher jedoch nimmt diese Wissenschaft die Sicherheit, dass, was sie nicht beweisen kann, auch nicht sein kann?

Umfangreich und mit Ernst wird gedacht und geschrieben über Sterbehilfe und Bedingungen ärztlichen Handelns. Was früher einer göttlichen Instanz zugestanden wurde, möchte selbstbestimmt und vom Staat mit-geregelt werden. Eine Ahnung oder ein Wissen davon, was die Menschenseele durchmacht auf ihrem Weg vom Todesaugenblick bis zum nächsten Erdenleben, ist im allgemeinen Bewusstsein der Gegenwart kaum oder nicht vorhanden, doch kann sie erfahren werden durch die anthroposophische Geisteswissenschaft Rudolf Steiners.

Sterbewillige leidende Menschen und ihre Angehörigen unterstützend zu begleiten bis zur ihnen bestimmten Todesstunde kann vom Arzt Mut erfordern und ein grosses Mass an feinstem Taktgefühl, an richtigem Mit-Leiden und Mit-Tragen und verdient Achtung auch von jenen Kollegen, die seine Überzeugung nicht teilen.

Dr. med. Rosmarie Oettli, Bern

- 1 Huber C. Fragwürdiger Dogmatismus. Schweiz Ärztzeitung. 2015;96(45):1645.