Courrier au BMS

Suizidwunsch lässt zwischenmenschlichen Bezug erkennen

Brief zu: Ducor P, Kiefer B. Grundsatz der Autonomie: ein letztes Sakrament? Schweiz Ärzteztg. 2018;99(28–29):910–2.

Nach dem Richtlinienentwurf der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) «Umgang mit Sterben und Tod» soll der Beihilfe zum Suizid, unabhängig von Krankheit oder nahe bevorstehendem Lebensende, der Status einer möglichen ärztlichen Tätigkeit zugesprochen und damit ins Standesrecht aufgenommen werden. Das Kriterium der Todesnähe fällt weg. Der Geltungsbereich wird ausgeweitet, auch auf Kinder und Jugendliche, geistig und schwer mehrfachbehinderte Menschen und gesunde alte Menschen. Das allein schon ist doch ein Grund, diesen Richtlinienentwurf abzulehnen. Kinder und Jugendliche, geistig und mehrfachbehinderte Menschen sind besonders vulnerabel und bedürfen unserer Fürsorge und unseres Schutzes ihrer Interessen in besonderem Masse. Sie sind leicht beeinflussbar durch Stimmungen, durch Peers, durch die Medienwelt usw. Hier braucht es eine klare Haltung für das Leben, das diese Menschen noch vor sich haben, mit allen Höhen und Tiefen. Es geht immer darum, einen Weg zu finden, die anstehenden Probleme zu überwinden, oder aber, wenn dies auch nicht immer möglich ist, trotz der Probleme Lebensfreude leben zu können.

Alte Menschen stehen in einer Gesellschaft, in der im Rahmen eines ökonomistischen Zeitgeists Menschen immer mehr nach ihren Leistungen und ihrem Nutzen bewertet werden, oft unter dem Druck, eine Belastung für die anderen darzustellen. Wenn die SAMW als ein Eingangskriterium für die Beihilfe zum Suizid fordert, dass der Suizidwunsch ohne äusseren Druck entstanden sein soll, stellt sich die Frage: Was heisst denn ohne Druck? In einer Gesellschaft, in der alten Menschen medial immer wieder vor Augen geführt wird, dass sie zu teuer sind, oder dass sie nur noch etwas gelten, wenn sie jung, kräftig und voller Tatendrang sind, wie steht es da mit dem Druck? Wenn sich ein Patient gedrängt fühlt, seinen Angehörigen und der Allgemeinheit nicht weiter zur Last zu fallen. Wenn Angehörige, die sich überfordert und auch alleine fühlen, den Pflegebedürftigen unbewusst subtil zu dieser «Lösung» drängen. Solche Fälle gibt es bereits. Kann hier noch von einem Entscheid ohne äusseren Druck gesprochen werden? Ist ein gesellschaftlihes Klima, das stark auf die Kosten fokussiert, welche ein kranker Mensch verursacht, nicht schon Druck genug?

Jeder Psychiater weiss, dass der Suizidwunsch einen zwischenmenschlichen Bezug erkennen lässt. Wenn ein Wunsch nach assistiertem Suizid geäussert wird, wollen die Menschen erst einmal entgegengenommen werden und menschliche Zuwendung erfahren. Der Wunsch nach assistiertem Suizid ist ein Hilferuf. Die grosse Mehrzahl der suizidalen Patienten ist nach adäquater Hilfeleistung froh, dass sie weiterleben können. In der adäquaten Behandlung geht es vor allem darum, durch ein gutes, tragfähiges, verbindliches Arzt-Patient-Verhältnis die Einengung in der zwischenmenschlichen Beziehung zu durchbrechen und gemeinsam Lösungen für die anstehenden Probleme zu entwickeln. Das ist unsere Aufgabe.

Dr. med. Johannes Irsiegler, Gräslikon

Leistungssperren

Brief zu: Salathé M. Umgang mit Leistungssperren: Erfahrungsberichte gesucht! Schweiz Ärzteztg. 2018;99(35):1138–9.

Im Heft 35 vom 29.8.2018 erscheint ein Artikel zum Umgang mit Leistungssperren. Man muss sich fragen, warum es überhaupt dazu kommt und warum immer die Leistungserbringer (Spitäler und Ärzte) an den Pranger gestellt werden. Warum müssen wir Leistungserbringer uns dafür rechtfertigen, dass Leistungen nicht erbracht werden? In der Schweiz besteht ein Krankenkassenobligatorium, d.h., jeder ist per Gesetz verpflichtet, einer Krankenkasse anzugehören und die Beiträge dafür zu entrichten. Zahlt er seine Beiträge nicht, bekommt er eine Leistungssperre. Warum dürfen Krankenkassen einfach die Kostenübernahme verweigern? Warum verlangt niemand, dass die zuständige Krankenkasse in Vorleistung geht und sich das Geld später wieder von ihrem Kunden zurückverlangt? Wenn es sich um sozial Schwache handelt, dann könnte auch der Kanton oder die Gemeinde in Vorleistung gehen. Würde dieser Weg beschritten, so gäbe es keine Gründe für schwarze Listen. Kein Spital und keine Arztpraxis müsste einen Patien-ten/-in ablehnen. Als niedergelassener Arzt habe ich, wie viele andere Kollegen/-innen, jede Woche damit zu tun, dass Patienten ihre Rechnungen nicht zahlen und wir den beschwerlichen und oft aussichtslosen Weg der Betreibung gehen müssen. Es entstehen uns allen daraus Kosten, die später keiner bezahlt. Warum setzt der Staat das Obligatorium nicht durch?

Dr. med. Gottfried Kirchgessner, Luzern

Echter menschlicher Beistand statt Beihilfe zum Suizid

Gemäss den am 6. Juni 2018 veröffentlichten Richtlinien der SAMW «Umgang mit Sterben und Tod» sollen Ärzte neu Beihilfe zum Suizid bei nicht tödlichen Krankheiten leisten können.

Wenn ein Mensch nach Beihilfe zum Suizid fragt, liegt meist eine Notsituation vor, die nach menschlichem Beistand verlangt. Die ist zutiefst unsere ärztliche Aufgabe. Wenn wir diesem Leben, das in Not ist, nicht helfend zur Seite stehen, lassen wir den Menschen im Stich. Wir wissen, dass der Lebenswille dem menschlichen Leben inhärent ist. Dies findet in der Garantenstellung des Arztes seinen Ausdruck. Der Mensch möchte leben, und zwar gut.

Wir Ärzte wenden uns doch nicht vom Leben ab und lassen uns dies auch nicht aufdrängen. Im übrigen wissen wir aus unserer ärztlich-menschlichen Erfahrung, dass die Überwindung einer solchen Krisensituation eine Reifung des Betroffenen darstellt.

Dr. med. Birgitt Grimm, Ilanz

Das Leiden und die SAMW-Richtlinien

Unerträglich sind sie mir, die neuen SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod. Mit der Einführung des «unerträglichen Leids» im Kontext vom assistierten Suizid steht ein bemerkenswerter Begriff vor uns. Die SAMW weitet den Anwendungsbereich auf nahezu alle Menschen jeder Altersgruppe aus, wenn sie in der Erkrankung, Störung oder Behinderung das Kriterium des «unerträglichen Leids» erfüllen und als urteilsfähig begutachtet wurden. Doch wer definiert eigentlich

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/publier/remettre-un-courrier-des-lecteurs-remettre/

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

«unerträgliches Leid»? Schon sind Befürworter der neuen «Leid»-Idee unterwegs und wollen der Schwammigkeit des Begriffs Abhilfe verschaffen. Definitionskriterien sollen her, ein Score, der uns dann sagen soll, ab welchem «cut off» der Lebensfaden zu kappen ist? Der Begriff wird dadurch nicht annehmbarer und der Vorgang nicht zumutbarer.
Leid ist in unserer ärztlichen Tätigkeit eine Lebenswahrheit, der wir uns fast täglich zu stellen haben. Das Lindern und in glücklichen Fällen Abwenden von Leid ist eine unserer Kernaufgaben. Die Verknüpfung des Leidens mit dem Begriff «unerträglich» ist eine fatale Kombination. Man könnte fast meinen, dass «unerträgliches Leiden» ein strategischer Begriff ist, der uns weg vom Mitgefühl, hin zu einem falschen ausweglosen Mitleid geleitet?
Noch nie aber hat die Beseitigung von Leidenden das Leid auf unserer Welt vermindert.

Dr. med. Ursula Knirsch, Zürich

Alte Ärzte ausgebeutet

Beginnen wir mit den Fakten: Dass es zu wenig Allgemeinärzte gibt, ist unbestritten. Ebenso, dass ein erheblicher Teil vor der Pensionierung steht. Ergo müssten wir dankbar sein für jeden Arzt, der ganz oder teilweise nach der Pensionierung weiterarbeitet. Von Seiten der Gesundheitsdirektion und der Ärztegesellschaft Zürich ist dem nicht so. Man beruft sich auf einen Gesetzesartikel, wonach ein Arzt, unabhängig vom Alter, solange Notfalldienst leisten muss, wie er praktiziert. Also Notfalldienst, bis man in der Praxis zusammenbricht. In welcher geistigen Umnachtung hat man so etwas entworfen?
Seit zwei Jahren, meiner offiziellen Pensionierung, arbeite ich Teilzeit und führe «nur» noch Gespräche. Eine Infrastruktur, die für den Notfalldienst unabdingbar ist, habe ich nicht mehr. Ich könne mich ja dispensieren lassen. Das habe ich inzwischen auch getan. Aber jetzt kommt es faustdick. Wer keinen Dienst mehr leisten kann oder will, bezahlt eine Ersatzabgabe von 5000 Franken pro Jahr. Da werden wir also bestraft, dass wir noch weiterarbeiten. Sämtliche Patienten, mit denen ich gesprochen habe, können nur den Kopf schütteln. Die Zahnärzte, die ebenfalls in den neuen Notfalldienst integriert sind, bezahlen 300 Franken!
Ist das der Dank, dass ich über 30 Jahre Notfalldienst geleistet habe? Notabene Tag und Nacht, nicht wie heute. Ist das der Dank, dass einige Ärzte über die Pensionierung hinaus arbeiten? Ich könnte mir gut vorstellen, dass sich ein Arzt bei der Pensionierung zweimal überlegt, ob er sich das antut, noch weiterzuarbeiten. Damit ginge der Schuss aber massiv nach hinten los! So ist es schwer, Gedanken an einen zivilen Ungehorsam zu verscheuchen.
Übrigens: Von Thomas Heiniger habe ich nie eine Antwort bekommen. Ich fordere die Befreiung der Ersatzabgabe ab 60 Jahren.

Dr. med. Martin Jost, Meilen

La santé est inaliénable

Le temps est inaliénable. Ce bien n'est ni transférable, ni marchandable. Son ontologie le rend inconciliable avec le marché.
Le Droit humain est inaliénable, ni marchandable, ni négociable. Dès 1789, il se place au-dessus du marché, les deux sont inconciliables.
La santé est inaliénable. Elle appartient à la vie. Son écriture est milliardaire et la science la nomme ADN. La santé existe avant la science et sans elle. *Elle n'est le produit ni du médecin* ou de sa médecine, ni de l'humanité, ni de l'industrie, ni du système de santé ou de son marché.
L'être vivant ne peut vendre son ADN. Il ne peut porter au marché ni ses organes vitaux, ni sa vie, ni sa santé. Ils sont exclus du principe vente/achat: *le marché de la santé n'existe pas*.
Qui dit marché, dit marketing. Le terme «marché de la santé» en fait partie: il est sans base scientifique. Car nous savons que le substantif dominant se réfère au principe de l'aliénabilité, tandis que le deuxième, *santé, incarne le principe de l'inaliénabilité*.
La médecine est la réponse humaine à la *conditio biologica* dont font partie la maladie et la mort, et elle est au service de l'humanité. Elle cesse d'être médecine dès qu'elle abandonne le principe de l'inaliénabilité et monnaie la santé. Celui qui transforme la santé, partie intégrante de la condition humaine, en une source de profit, viole la dignité humaine.
La hiérarchie quasi programmatique que les acteurs expriment en utilisant le terme «marché de la santé» place le marché au-dessus de la médecine, l'économiste au-dessus du médecin et l'économie au-dessus de l'humanité. Les forces politico-économiques et sociales dominantes veulent imposer le «marché de la santé», elles cherchent à monnayer la santé, à aliéner la médecine au marché, à la rendre «achetable». Avec son appel «Gemeinsam an der IFAS» [1], la «Salon du marché de la santé», la FMH y adhère en se définissant comme un «acteur sur le marché de la santé».
Aucun problème important du système de «santé» (y inclus la question des coûts) ne pourra être résolu tant que les principaux responsables viseront le «marché de la santé», c'est-à-dire tant qu'ils s'octroieront un pouvoir qu'en réalité ils ne possèdent pas pour promettre à leurs clients «l'approvisionnement en santé» prodigué par les prestataires. Car qui dit marché, dit système de vente/achat personnifié par le couple vendeur/acheteur. En adhérant ainsi au «marché de la santé», la FMH transforme ses membres en «marchands de la santé».
Cet état de fait pose au médecin la question de savoir *combien de victimes dues à l'amiante auraient pu être évitées* si, dans l'intérêt de leur santé, le corps médical avait réussi en 1980 à faire interdire l'amiante. Une décennie plus tard, le législateur réalisa cette intervention majeure sur le marché. Elle s'avéra nécessaire après l'échec du marché économique en général et du «marché de la santé» en particulier pour maîtriser l'épidémie anthropogène de l'amiante. Et seule la Cour européenne des Droits de l'homme fut en mesure d'obliger la Suisse à adapter la péremption aux conditions biologiques. L'analogie avec l'épidémie tabagique est parlante: celle-ci est lucrative pour l'industrie du tabac et ses marchés, mais aussi lucrative pour le «marché de la santé» et ses «vendeurs». Ensemble, ils boostent le produit intérieur brut (PIB), l'indicateur de la prospérité. Endiguer l'épidémie tabagique réduirait le nombre de ses victimes, mais nuirait au marché, au PIB, ainsi qu'au «marché de la santé». Quant aux victimes, le «marché de la santé» et ses partisans sont un obstacle majeur dans la lutte contre les épidémies anthropogènes.
Le *«marché de la santé» a son précédent*: *le marché des indulgences* pratiqué par l'Eglise à la fin du Moyen-Âge. Cette escroquerie florissait tant que les marchands des indulgences trouvaient des «gens assez simples pour les croire» [2]. À l'instar du temps, des Droits humains, la santé n'est pas monnayable; le corps médical et la société doivent comprendre qu'aucune prestation produite par une médecine de plus en plus performante ne sera inscrite dans l'ADN: les prestations représentent des soins, de la réparation, mais pas la santé.
À la revendication d'abolir la marchandisation des humains s'ajoute maintenant celle d'abolir la marchandisation de leur santé.

Dr Roland Niedermann, Genève

1 «Gemeinsam an der IFAS 2018». BMS. 2018;99(25):824.
2 En analogie au «Discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes», J.-J. Rousseau 1755.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html

«Délit de solidarité», désobéissance civile

Imaginez un instant…
Un demandeur d'asile en détresse se confie à vous. Vous l'aidez dans l'imbroglio administratif et l'accompagnez même à l'audition au Secrétariat d'Etat aux migrations à Berne. Après la décision de renvoi, vous lui procurez encore où dormir pendant quelques nuits et vous l'invitez à votre table; bravo.
Un pasteur neuchâtelois a été appréhendé en plein culte dominical et condamné le 15 août (1000 + 250 francs de frais de justice). «Délit de solidarité», une sentence tout à fait légale (art. 116 de la Loi sur les Etrangers qui préconise même une peine de privation de liberté en cas de récidive). Dans les pays qui nous entourent il y est prévu d'être clément dans des situations humanitaires et d'aide en cas de détresse.
Que penser aussi de cette députée tessinoise, condamnée à 10 000 francs pour avoir sauvé de l'enfer de Côme des très jeunes Syriens?
Notre loi est inique, le jugement disproportionné, mettant les motifs humanitaires au même niveau que ceux qui enrichissent des passeurs et autres profiteurs du malheur des autres. On ne tient pas compte de la légitimité d'une loi.
L'assistance à une personne en danger est un des principes fondateurs de l'humanité, de l'Evangile et de l'Etat de droit; elle est ancrée dans des conventions universelles et européennes des droits humains et des enfants. Je suis heureux que la législation suisse reconnaisse encore ces «instances supérieures». C'est une des raisons qui me feront voter non le 25 novembre (le droit suisse au lieu des juges étrangers).
Pourquoi cette lettre dans le *Bulletin des médecins suisses*? Les médecins sont – comme les pasteurs – confrontés à des situations de détresse; parfois, après notre retraite, nous embrassons un bénévolat dans le domaine social. N'avons-nous pas le devoir moral (le Code pénal suisse à l'art. 128 prévoit jusqu'à 3 ans de prison pour non-assistance à une personne en danger) d'oser la désobéissance civile quand la ligne rouge est franchie, quand la «justice» fait fi de la dignité humaine?

Dr Paul Schneider, Sainte-Croix

Sujet d'actualité en ligne

www.bullmed.ch/fr/tour-dhorizon

Marcel Marti, lic. phil. hist., Responsable politique et communication / Directeur adjoint de l'ASMAC

«Plus de médecine et moins de bureaucratie!» – constructif et concret

Moins de bureaucratie pour plus de temps au chevet du malade.

Interview de Martine Favero, médecin-assistante à la clinique de gynécologie de l'Hôpital cantonal de Winterthour, membre du comité du Forum des Jeunes de la SSGO, membre du comité de l'ENTOG

«Elargir son horizon est toujours bénéfique»

Pourquoi cela vaut la peine de profiter des possibilités d'acquérir de l'expérience à l'étranger lorsque l'on est médecin-assistant.

Published under the copyright license "Attribution – Non-Commercial – NoDerivatives 4.0". No commercial reuse without permission. See: http://emh.ch/en/services/permissions.html