

# Courrier au BMS

## Stellungnahme der AGEAS zu den SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod»

Es ist Aufgabe und Berufung des Arztes, menschliches Leben zu schützen, Gesundheit zu fördern und Leiden zu lindern. Die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» widersprechen diesem Grundsatz und dürfen in der vorgelegten Form nicht in die Standesordnung der FMH aufgenommen werden. Dieser Meinung ist die Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Ärztinnen und Ärzte der Schweiz (AGEAS) mit ihren rund 330 Mitgliedern unter anderem aus folgenden Gründen: Ein Suizidwunsch ist ein Ausdruck des Zweifels am eigenen Leben und Leiden und verlangt in erster Linie nach menschlichem/ärztlichem Beistand, nach einer tragfähigen Beziehung und Hilfe zum hoffnungsvollen Weiterleben. Wird eine Situation geschaffen, in der ein suizidaler Patient sein zumeist stark eingegengtes Denken öffnen kann, ist oft auch wieder Lebenswille spürbar. Diese innere Wandlung wird unterstützt von einer kategorisch lebensbejahenden ärztlichen Grundhaltung, auf die gerade die vulnerabelsten unserer Patienten – hochbetagte, gebrechliche, psychisch labile oder chronisch kranke Menschen – angewiesen sind. Ein Arzt, der im Hinterkopf an Suizidhilfe denkt, wird bewusst oder unbewusst eine ambivalente Grundhaltung einnehmen. Er läuft zudem Gefahr, sich der subtilen gesellschaftlichen Forderung nach Produktivität, Jugendlichkeit, Gesundheit und Wirtschaftlichkeit nicht genügend bewusst zu werden, die Patienten unter einen unausgesprochenen und schwer wiegenden Druck setzen kann angesichts der gebotenen Möglichkeit, das Leben vorzeitig zu beenden. Von einer Entscheidung zum Suizid, die wie in den SAMW-Richtlinien gefordert «ohne äusseren Druck» entstanden sein soll, kann in vielen Fällen nicht die Rede sein. Die Gefahr, dass die standesethisch legitimierte Suizidhilfe in Zukunft von Kostenträgern und Politikern implizit als kostengünstige Massnahme in sogenannten ausweglosen Situationen gefördert wird, lässt einen erschauern. Der Spardruck macht vor einschneidenden Rationierungen nicht halt, wie am Beispiel der Begrenzung der ärztlichen Gesprächszeit ersichtlich ist.

Als besonders schwer wiegende Fehlentwicklung betrachten wir die Legitimierung der Suizidhilfe bei Patienten ohne terminale Grunderkrankung. Der Begriff des «unerträglichen Leidens» ist gänzlich ungeeignet für die Verwendung in einer Richtlinie, die medizini-

schen Fachpersonen Orientierung in einer schwierigen Situation bieten soll. Weder ist die Unerträglichkeit des Leidens in irgendeiner Form objektivierbar, noch gibt es verlässliche Aussagen zu ihrer Konstanz in Abhängigkeit der Zeit. Wir haben den Eindruck, dass diese Ausweitung der standesrechtlich legitimierte Suizidhilfe, die hier ganz klar als Ziel einer Interessengruppe zu Tage tritt, nicht die Meinung der breiten Basis der Schweizer Ärzteschaft widerspiegelt. In Anbetracht der weitreichenden Folgen, die eine solch drastische Änderung unserer standesethischen Vorgaben hätte, ersuchen wir die Ärztekammer der FMH dringend, die neuen SAMW-Richtlinien nicht in die Standesordnung aufzunehmen.

*Arbeitsgemeinschaft Evangelischer Ärztinnen und Ärzte der Schweiz (AGEAS);  
Dr. med. Rebekka Russenberger,  
Bubikon (Präsidentin); Dr. med. Barbara Weiss,  
Lyss (Vorstandsmitglied)*

## Zu den neuen SAMW-Richtlinien zu Sterben und Tod

Die laufende Diskussion zum Einschluss der Beihilfe zum Suizid in die ärztliche Tätigkeit kann zwar als deren Erweiterung, nicht aber als Verpflichtung angesehen werden. Insofern bleibt dieser Tätigkeitsaspekt unverbindlich und irrelevant. Aus der Sicht meiner Art des Praktizierens ist die Beihilfe zum Suizid nicht mit dem Leben vereinbar. Suizid ist Homizid, und es ist mir keine Gesellschaft bekannt, die nicht Menschen mit homizider Tätigkeit durch das Leben getragen hätte. Zu den Tragenden gehören besonders die Frauen. Besonders Männer sind ignorant. Dieses implizite Paradox ist jedem zumindest unterbewusst. Für Menschen mit spirituellem Hintergrund scheinen die Zusammenhänge offensichtlicher, deshalb wird es wohl auch kaum gelingen, dass alle einander verstehen können. Wie viel von meiner Lebenszeit ich zur Förderung des Lebens oder zur Verwirklichung des Todes verwen- de, steht in meiner freien Entscheidung, entsprechend dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten auf die Wahl seiner Art zu sterben. Spannend wird es dort, wo Gegensätze sich begegnen und man Lösungen braucht. Die Erfahrung zeigt mir: Das Leben macht erfinderisch, ist unentwegt kreativ und einfallreich. Ich habe immer Lösungen gefunden, und zu den guten gehören die zahlreichen Fälle von passiver Sterbehilfe. Aus Erfahrung kann ich auch sa-

gen, dass im Schatten des Todes die Lichter verlöschen. Der Intellekt verführt oft die Herzenskräfte und verfährt sich im materiellen Denken. Ich will nicht töten, nicht weil ich nicht könnte, sondern weil ich nicht will. Wer will, findet Wege, wer nicht will, findet Gründe. Auch dies erachte ich als freie Wahl. Nach einem Suizid die Überlebenden zu betreuen gehört zu meinen ärztlichen Lebensaufgaben. Mich aktiv in den Suizid zu verwickeln erachte ich weder als Teil meiner ärztlichen noch als meiner menschlichen Tätigkeit. Die Zukunft der Weltentwicklung wird nicht stattfinden durch Todesprozesse. Das geistreiche Entflechten von Konflikten bezieht die Inspirationen aus dem Leben.

*Dr. med. Björn Rigganbach,  
Allgemeinmedizin, Neuchâtel*

## Altersfreitod oder vernachlässigte Fürsorge

### Gewaltsame Suizide nehmen ab

Ich danke Hans Kurt für seine Kritik an den neuen SAMW-Richtlinien zum assistierten Suizid. An einer Stelle gibt er allerdings unnötigerweise den Befürwortern einer liberalen Regelung Argumente in die Hand, die seine Bedenken relativieren. So schreibt er: «Der Vergleich der Suizidraten mit der Anzahl assistierter Suizide zeigt, dass die Suizidrate [er meint die gewaltsamen Suizide, Anm. Verf.] nach 2008 abnimmt, hingegen die Anzahl der assistierten Suizide [...] zunimmt.» Das lege nahe, so schliesst er daraus, dass «eine wachsende Gruppe älterer Menschen, die sonst Suizid begehen würden, die Möglichkeit eines assistierten Suizids in Anspruch nehmen». Wenn dem so wäre, würde das heissen, assistierte Suizide wären zu begrüssen, da sie gewaltsame Suizide verhindern. Dieses Argument hört man denn auch regelmässig von EXIT-Vertretern und anderen Promotoren des assistierten Suizids.

Ein Blick in die Statistik zeigt aber etwas ganz anderes. Laut Erhebungen des Bundesamtes für Statistik nimmt die Anzahl der gewaltsamen Suizide schon seit Mitte der 1980er Jahre kontinuierlich ab – wohl eine Frucht der Suizidpräventionsmassnahmen. Seit 2003 gehen auch die assistierten Suizide in die Statistik ein, sind aber als solche gekennzeichnet. Sie nahmen seit 2003 kontinuierlich, seit 2010 fast exponentiell zu. Seit diesem Jahr nimmt die Gesamtzahl der Suizide erstmals seit 1985 wieder zu.

Mit andern Worten: Die assistierten Suizide ersetzen nicht gewaltsame Suizide, vielmehr addieren sie sich zu ihnen und übersteigen seit 2015 sogar deren Zahl. Damit bestätigt sich ein in der Suizidforschung längst bekanntes Phänomen: je einfacher verfügbar ein Suizidmittel, desto mehr Suizide. Die SAMW fördert mit ihren Richtlinien die Suizide. Hätten wir Ärzte nicht andere Aufgaben?

*Dr. med. Walter Meili,  
Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Basel*

### Sistierung der Zusammenarbeit mit der SAMW

Brief zu: Kind C. Umgang mit Sterben und Tod.  
Schweiz Ärztezg, 2018;99(24):790–2.

Die neue Richtlinie der SAMW zum «Umgang mit Sterben und Tod» ist von der Ärztekammer unbedingt zurückzuweisen. Ausserdem ist unter den gegebenen Umständen eine Zusammenarbeit der ärztlichen Standesorganisation FMH mit der SAMW für die Schweizer Ärzte nicht mehr zumutbar. Es kann doch nicht sein, dass die SAMW die Ärzteschaft benutzt und mit diesen Richtlinien den Bundesrat umgeht, der sich 2011 gegen ein umfassendes Aufsichtsgesetz ausgesprochen und festgehalten hat, dass die Aufgabe des Staates in erster Linie der Schutz des Lebens vor Angriffen Dritter sei.

In den neuen «Medizin-ethischen Richtlinien» wird Beihilfe zum Suizid als mögliche ärztliche Handlung beschrieben; es wird darin unter 6.2.1 ausgesagt: «Bleibt nach sorgfältiger Information und Abklärung ein selbstbestimmter Wunsch nach Suizidhilfe bestehen, kann ein Arzt aufgrund eines persönlich verantworteten Entscheides Suizidhilfe leisten.» Dieses Ansinnen ist eine Ungeheuerlichkeit und hat weder mit Medizin noch mit Ethik irgendetwas zu tun.

Arzt-Sein hat immer die Aufgabe, Leben zu schützen und Leben zu erhalten, dem kranken oder sterbenden Menschen Linderung zu verschaffen und mitmenschlichen Beistand zu leisten. Wenn der Arzt einem Todeswunsch

eines Patienten nicht mehr mit menschlicher Zuwendung, Ermutigung und den angemessenen medizinisch-therapeutischen Massnahmen entgegentritt, sondern stattdessen darüber nachdenkt, ob die Voraussetzungen für einen assistierten Suizid gegeben seien, so ist das menschliche Kälte und Distanziertheit dem Patienten gegenüber. Der Patient wird das so interpretieren, dass sein Arzt ihn aufgegeben hat. Wie soll er da noch Vertrauen zu seinem Arzt haben können?

In jeder ärztlichen Tätigkeit, und nicht nur in der psychiatrisch-psychotherapeutischen, ist es immer die Pflicht und dankbare Aufgabe, einem Patienten mit Todeswunsch wieder Mut zum Leben zu geben.

Der Schutz der Unversehrtheit der Person und des menschlichen Lebens ist ein zentrales unveräusserliches Recht, welches vom Staat jedem Menschen garantiert wird. Beihilfe zum Suizid oder sogenannte «Suizidhilfe» ist unmenschlich und unethisch und widerspricht klar dem Hippokratischen Eid. Deshalb kann dies nie Teil des ärztlichen Berufes sein.

*Dr. med. Jürg Aeschlimann,  
9630 Wattwil*

### «Der Arztberuf ist ein Beziehungsberuf ...»

Brief zu: Barben J. Quo vadis bezahlbare Medizin?  
Schweiz Ärztezg, 2018;99(39):1332–5.

Der oben genannte Artikel bringt vieles auf den Punkt. Gratulation!

Die Schweiz ist und bleibt ein teures Land – in jeder Hinsicht. Dort, wo das Lohnniveau hoch ist, dort kann und soll auch nicht im Sozialbereich gespart werden. Aus dieser Sichtweise wird schon klar, dass die Schweiz nie eine billige Spitzenmedizin betreiben kann. Wie im Artikel gezeigt, schwimmt die Schweiz bezüglich der Gesundheitsausgaben im Verhältnis zum Bruttoinlandprodukt mit den umliegenden Ländern mit. Also sollte auch die Politik kapieren, dass sie das Gesundheitswesen nicht teuer reden soll. Es ist im Durchschnitt mit den andern vergleichbaren Ländern!

Die genannten Umwälzungen der Kosten im ambulanten medizinischen Bereich (der Staat zog sich aus der Mitfinanzierung zurück) haben vor allem die Prämienhöhungen verursacht. Die Sündenböcke für diese Erhöhungen wurden aber immer in der Medizin gesucht ... Eine Ökonomisierung der Medizin ist nur bedingt möglich, weil es nicht um Waren geht, sondern um Menschen. Maschinen kann man reparieren, den Menschen kann man «nur» heilen. Eine Maschine kann man ersetzen, den Menschen sollte man unterstützen. Eine Maschine kann man ausrangieren, den Menschen sollte man begleiten und umsorgen. – Der Mensch ist doch einfach zu kostbar, um ihn einfach auf die Kosten zu reduzieren.

Dort wo die Ökonomie wirklich noch funktionieren sollte, dort wird nicht hingeschaut. Was wollen eigentlich die Krankenkassen? Wieviel kosten uns diese? Wieso ist es möglich, im Fernsehen zu den besten Sendezeiten Krankenkassen-Werbung zu sehen? Was bringt uns das in der Medizin, dem Menschen? Geht es ihnen wirklich um die kranken Menschen oder doch nur um die Zahlen? Was bedeutet denn ein Gewinn bei den Krankenkassen? Gibt es den wirklich nicht? Wo verschwindet dieses Geld?

So komme ich wieder zum Anfang: «Der Arztberuf ist ein Beziehungsberuf ...» Er lässt sich nicht einfach ökonomisieren und kontrollieren. Er ist individuell, vergänglich, unfassbar.

*Dr. med. Andreas Würmli,  
Praxispädiater, Altstätten*

### Zu den ausgezeichneten Zuschriften über die «Vorschriften für ältere Ärzte»

Einige Bemerkungen eines uralten früheren Hausarztes:

1. Das Prinzip des «Gesunden Menschenverstandes» fehlt immer mehr.
2. Erinnerung und Erfahrung verjähren nicht.
3. Fremde Erfahrung ist nicht gefragt.

*Dr. med. Rolf Diethelm, Altdorf  
(vor Jahrzehnten Mitglied des ZV der FMH)*