

Briefe an die SÄZ

Neue Richtlinien der SAMW zur Sterbehilfe

In ihrer Stellungnahme betreffend vorgeschlagener Revision der SAMW-Richtlinien für Sterbehilfe [1] kritisiert die FMH [2] das Kriterium des unerträglichen Leidens und das Fehlen des Kriteriums der tödlichen Krankheit.

Ich habe Mühe mit der Forderung der FMH, dass Sterbehilfe nur bei einer tödlichen Krankheit zulässig sein soll. Sie diskriminiert Personen mit Sterbewunsch, die nicht an einer solchen Krankheit leiden. So gibt es viele Krankheiten, die zwar massives Leiden verursachen, aber weder zum Tode führen, noch ausreichend palliativmedizinisch behandelt werden können. Zudem ist der Begriff «tödliche Krankheit» mit einer noch viel grösseren Unschärfe verbunden als «unerträgliches Leiden» und wird uns behandelnde Ärzte bei der Betreuung von Patienten mit Sterbewunsch mit einer sehr grossen Rechtsunsicherheit belasten. Ist zum Beispiel Diabetes eine tödliche Krankheit? Oder Parkinson? Alzheimer? Morbide Adipositas? Oder wie entscheiden bei Polymorbidität? Ein so schlecht definiertes und diskriminierendes Kriterium hat die SAMW aus gutem Grund nicht aufgenommen.

Ebenso kritisiert wird das Kriterium des unerträglichen Leidens: Es sei unbestimmt und mit grosser Unsicherheit behaftet, weil es von der Einschätzung des Patienten abhängt. Es zeigt sich exemplarisch, dass es bei dieser Diskussion auch um die Deutungshoheit der Frage geht, wie viel Leiden zumutbar ist und wer diese Frage beantworten darf. Dabei geht es neben der Ethik auch um Macht und Geld. Aber wer könnte besser beurteilen, ob das Leiden noch erträglich ist, als die leidende Person selber? Ist Leiden mehr subjektiv oder objektiv? Die Ärzteschaft ist bemüht um eine patientenzentrierte Medizin. Es sollte hier keine Ausnahme gemacht werden. Zudem kann das Ausmass des Leidens mit empathischem Einfühlungsvermögen ärztlicherseits durchaus recht gut abgeschätzt und allenfalls nachvollzogen werden.

2011 sprachen sich im Kanton Zürich 84,5% gegen ein Verbot der Sterbehilfe aus. Eine einseitig paternalistische Haltung, wie sie neben konservativen kirchlichen Kreisen nun auch die FMH vertritt, lässt sich nach meinem Empfinden weder demokratisch noch ethisch rechtfertigen. Patienten sollten durch uns Ärzte nicht verwaltet, sondern begleitet werden.

Ich schätze es sehr, dass die SAMW bei der Ausarbeitung ihrer Richtlinien für Sterbehilfe

differenzierte Kriterien formuliert, die uns behandelnden Ärzten ethische Sicherheit geben bei der Begleitung von Schwerkranken mit Sterbewunsch. Sie sind vernünftig, juristisch durchdacht, ausgewogen, ethisch und demokratisch gut abgestützt und sie entsprechen der jahrzentelangen bewährten Praxis in der Schweiz. Auch dass die Angehörigen in den Prozess der Freitodbegleitung einbezogen werden müssen ist für mich eine obligate Voraussetzung, und ich begrüsse es, dass dies die SAMW nun auch in ihren Richtlinien festhalten will.

Nun hoffe ich, dass sich die Ärztekammer nicht gegen ihre eigene Ethikorganisation und das Selbstbestimmungsrecht unserer Patienten wendet und die Richtlinien der SAMW in der vorgeschlagenen Form übernimmt.

Dr. med. Res Kielholz,
Facharzt für Allgemeinmedizin, Uster

- 1 Link zu den Vorschlägen der SAMW: www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html (Seite 18)
- 2 Link zur Stellungnahme der FMH: www.fmh.ch/files/pdf20/samw_vernehmlassung_sterben_tod_FMH_Stellungnahme_ZV.pdf

Es gibt auch gewichtige ethische Gründe für Social Freezing

Brief zu: Martin J. Wahrung der Autonomie – zu welchen Bedingungen? Schweiz. Ärztezeitung. 2018;99(8):254.

In diesem Artikel wird zu Recht auf die ethische Verantwortung der Reproduktionsmedizin aufmerksam gemacht. Gerade die Fortpflanzungsmedizin in der Schweiz unterwirft sich dabei sehr hohen Anforderungen. Dazu gehört eine höchstmögliche Transparenz unserer Tätigkeit. Gewährleistet wird dies dadurch, dass alle Schweizer Kinderwunschzentren seit 25 Jahren – anfangs auf freiwilliger Basis, ab 2001 mit dem Inkrafttreten des Fortpflanzungsmedizingesetzes gesetzlich geregelt – dem Bundesamt für Statistik zuhanden der kantonalen Überwachungsbehörden und der Schweizer Öffentlichkeit jeden Behandlungszyklus detailliert rapportieren. Es gibt wohl kein Medizingebiet in der Schweiz, das sich so offen in die Karten schauen lässt.

Trotzdem besteht in der Schweiz und im gesamten deutschsprachigen Raum eine grosse Skepsis gegenüber der Fortpflanzungsmedizin. Dies hat zumindest teilweise historische Gründe, verursacht durch die Nazi-Gräueltaten, die eugenisch motivierte Säuberungen

zum Ziel hatten. Allerdings liegen diese Verbrechen nun mehr als sieben Jahrzehnte zurück. Dass neue reproduktionsmedizinische Methoden bei uns weiterhin kritischer als in anderen Gegenden betrachtet werden, hat auch mit der Berichterstattung in den Medien zu tun, die auf Aufmerksamkeit und Quoten angewiesen sind. Das hat zur Folge, dass neue reproduktionsmedizinische Methoden zuerst einmal über Klicks und Reichweite generierende Missbräuche und Auswüchse kommuniziert und wahrgenommen werden.

Ein Beispiel dafür ist die Eizellspende, die keineswegs neu ist und in den meisten europäischen Ländern vielfach seit Jahrzehnten praktiziert wird, in der Schweiz aber weiterhin verboten ist. Über diese fortpflanzungsmedizinische Methode wurde in den Schweizer Medien wiederholt berichtet, wenn über 60-jährige Frauen nach einer Eizellspendenbehandlung aus östlichen Ländern – allenfalls noch mit höheren Mehrlingen – in die Schweiz zurückkehrten. Ohne Zweifel ist eine solche gesundheitsgefährdende Behandlung abzulehnen. Der grosse und nur wenig kommunizierte Nutzen der Eizellspendenbehandlung ist aber, dass sie vielen Frauen den Kinderwunsch erfüllen kann, die wegen einer tumorbedingten Chemotherapie oder wegen einer konstitutionell bedingten vorzeitigen Menopause schon in den 30ern keine Eizellen und somit auch keine eigenen Kinder mehr haben können. Die Zulassung der Eizellspende unter genau definierten Umständen in der Schweiz wäre darum auch aus medizinisch-ethischer Sicht für viele betroffene Frauen und Paare ein Segen.

Dasselbe Schicksal ereilt nun auch das seit wenigen Jahren mögliche Social Freezing – die Kryokonservierung von Eizellen zur Überwindung der altersbedingten Fertilitätsabnahme. Das Social Freezing wurde bei uns bekannt als Life-Style-Las-QVegas-Methode oder als Karrierehelfer bei Apple und Facebook. Dabei übernehmen beim Social Freezing im Unterschied zur Eizellspende diejenigen Frauen die Belastung der hormonellen Stimu-

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabeformular zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/

lation und der operativen Eizellgewinnung, die selber später von diesen Eizellen profitieren. Sie delegieren diese Bürde also nicht an andere Frauen – wie bei der Eizellspende. Zudem sind beim Social Freezing Schwangerschaftsrisiken wie beispielsweise die Präeklampsie – im Unterschied zur Eizellspende – nicht erhöht. Auch wenn nicht für alle Zukunft auszuschliessen, hat an unserem Kinderwunschzentrum bisher noch keine Frau aus Karrieregründen ein Social Freezing durchführen lassen. Die verständliche Motivation dieser Frauen um 35, sich für ein Social Freezing bei uns zu entscheiden, war ausnahmslos, sich die Chancen auf Erfüllung des Kinderwunsches zu erhalten, nachdem eine langjährige Beziehung in die Brüche gegangen war. Es gibt also durchaus nachvollziehbare und gewichtige ethische Gründe, die für das Social Freezing sprechen und bedacht werden sollten.

*Prof. Dr. med. Bruno Imthurn,
Klinikdirektor und Leiter des Kinderwunschzentrums, UniversitätsSpital Zürich*

Revidiertes Genfer Gelöbnis begrüssenswert – es braucht auch einen neuen Sozialvertrag

Brief zu: Wiesing U, Parsa-Parsi R. Der Weltärztebund hat das Genfer Gelöbnis revidiert. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(8):247–9.

In ihrem Artikel zum revidierten Genfer Gelöbnis erläutern die Autoren die Beweggründe für die vorgenommenen Änderungen. Es ist sehr zu begrüßen, dass die Deklaration des Weltärztebundes aktiv auf Aktualität in einem sich verändernden Umfeld überprüft und entsprechend überarbeitet wird. So findet erstmals der Respekt der Selbstbestimmung eines Patienten Eingang in das Gelöbnis. Und es wurde nach einer Formulierung gesucht, welche das Spannungsfeld zwischen mangelnden Ressourcen und Überversorgung aufgreift: «Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.» Damit wollte man «einer unangemessenen Ökonomisierung entgegenwirken» [1]. Für die Ärztinnen und Ärzte der entwickelten Länder mag diese Formulierung ungenügend sein, um die Herausforderungen an den Arztberuf in einem Umfeld erheblicher und dennoch sich limitierenden Ressourcen explizit zu machen. Wir sollten uns bewusst machen, dass wir Teil eines impliziten Sozialvertrages sind [2]: Die Gesellschaft gibt uns ihr volles Vertrauen, dass wir Ärztinnen und Ärzte stets das für den Patienten notwendige und Beste tun und dazu unser Fachwissen auf dem neuesten Stand halten. Das sogenannte Ver-

trauensprinzip ist ein klarer Ausdruck dieses Sozialvertrages: Alles, was wir als richtig und notwendig erachten, wird durch die Sozialversicherungen vergütet – so ist es Tradition und im KVG verankert. Nun hat Letzteres auch die Wirtschaftlichkeit als Kriterium der Vergütung eingeführt, womit wir zunehmend in ein Spannungsfeld geraten. Als Ärztinnen und Ärzte halten wir unseren Anspruch auf Autonomie, Schutz unserer Entscheidungen und angemessene Vergütung aufrecht, während die Gesellschaft mehr und mehr den Imperativ von Mitverantwortung für Folgekosten, Qualitätskontrolle und Versorgungssicherheit einfordert. Als Profession tun wir gut daran, diese gesellschaftliche Entwicklung ernst zu nehmen, den impliziten Sozialvertrag explizit zu machen und uns auch hier um eine Neuformulierung zu bemühen. Wir stehen sonst in der Gefahr, das uns entgegengebrachte Vertrauen zu verlieren und künftig noch mehr unsere Entscheidungen rechtfertigen zu müssen – was zu noch mehr administrativem Aufwand führen würde. So sollten wir uns nicht so schwertun mit klinischen Standards als Best Practice [3], weil wir den Autonomieverlust fürchten, sondern uns proaktiv für die «gute medizinische Praxis» engagieren, wie es im Genfer Gelöbnis formuliert ist. Die Gesellschaft muss erkennen können, dass wir Ärztinnen und Ärzte uns auch um ihre ökonomischen Sorgen kümmern und hierin glaubwürdig auftreten. Wird es uns gelingen, einen neuen Sozialvertrag zu formulieren, auf dessen Basis wir unseren Beruf ausüben und der mithilft, das Vertrauensverhältnis aufrechtzuerhalten?

Dr. med. Stefan Grunder, Gümmenen

- 1 Wiesing U, Parsa-Parsi R. Der Weltärztebund hat das Genfer Gelöbnis revidiert. Schweiz Ärztezeitung. 2018;99(8):247–9.
- 2 Wynia KM. The Short History and Tenuous Future of Medical Professionalism – the erosion of medicine's social contract. Perspectives in Biology and Medicine. 2008;51(4):565–78.
- 3 Taitz JM, Lee TH, Sequist TD. A framework for engaging physicians in quality and safety. BMJ Qual Saf. 2012;21:722–8.

Debiasing ist nicht genug

Brief zu: Kovic M. Werkzeuge gegen kognitive Verzerrungen im klinischen Alltag. Schweiz Ärztezeitung 2018;99(6):185–7.

Im klinischen Alltag und insbesondere in der medizinischen Diagnostik sollte Denken systematisch und algorithmisch ablaufen. Tatsächlich folgt es aber meist Heuristiken und einfachen Faustregeln, weil dies weniger anstrengend ist. Eine absolut menschliche Tendenz, die jedoch oftmals zu Fehlern führt. Es ist daher wichtig, diese kognitiven Verzer-

rungen zu reflektieren und zu vermindern (debiasing).

Kognitive Verzerrungen sind allerdings nur einer von vielen Faktoren, die Entscheidungsfehlern im klinischen Alltag zugrunde liegen. So spielen oft sozialpsychologische Aspekte eine wichtige Rolle. Beispielsweise tritt bei Entscheidungen in hoch kohäsiven Gruppen die Neigung zum sog. Gruppendenken auf: Um Harmonie und Konsens innerhalb der Gruppe zu bewahren, werden abweichende Positionen unterdrückt – was zu schwerwiegenden Fehlentscheidungen führen kann. Ein noch wichtigerer Faktor sind jedoch ungünstige Rahmenbedingungen in der Klinik oder Abteilung. Diese könnten verändert werden, ohne dass wichtige organisationsbezogene Ziele tangiert würden. So herrscht in manchen Abteilungen unnötig viel Stress, etwa wenn Ärzte durch zu viele nicht ärztliche Aufgaben überlastet werden oder abteilungsintern oder -extern unangemessener Zeitdruck erzeugt wird. Es ist aber bekannt, dass Stress zu sog. Notfallreaktionen des kognitiven Systems führt: Statt gründlich nachzudenken, wendet man dann bewährte, aber womöglich unpassende Routinen an und bekommt einen «Tunnelblick» – was leicht zu Fehlern führt. Oder: Die Arbeitszeit beträgt meist zehn oder – faktisch – noch mehr Stunden pro Tag. Jedoch nimmt der Grenznutzen der Arbeit nach einigen Stunden wegen Ermüdung stark ab, während die Fehlerrate überproportional ansteigt; zudem geht eine zu lange Arbeitszeit sowohl quantitativ als auch qualitativ auf Kosten der nachfolgenden Erholungszeit, was dann mittel- und langfristig die Leistungsfähigkeit herabsetzt und somit wiederum die Fehlerquote erhöht.

Klinische und besonders diagnostische Arbeit ist zum grössten Teil kognitive Arbeit und der Mensch keine Maschine. Debiasing ist daher wichtig. Noch wichtiger ist jedoch, dass organisationale Rahmenbedingungen geschaffen werden, die dieser Art der Arbeit angemessen sind – und nicht solche beibehalten werden, deren leistungshemmende Wirkungen längst bekannt sind. Dadurch liesse sich die Fehlerquote viel stärker senken als durch debiasing allein. Und hiervon würden vor allem die Patienten profitieren.

Dr. med. Michael Marquardt, D-Essen

Sternenflüstern

Das Buch *Sternenflüstern* von Ryan Ellis [1] ist mit grosser geistiger Autorität geschrieben. Es ist ein Buch, das für jeden Arzt sehr hilfreich sein kann, weil klare ethische Grundwerte ableitbar und völlig undogmatisch sind. Alle grossen Lebensthemen von der Geburt bis

zum Tod werden thematisiert: Leere, Krisen, Krankheiten, Suizid, Liebe, Beziehungen, Geld, Mangel, Tod etc.

Der Autor hat Kontakt mit einem ehemaligen Sohn von ihm, der auf einer hohen lichtvollen Ebene existiert. Das Buch macht auch evident, wie wichtig und hilfreich die Beschäftigung mit der geistigen Welt für unsere Entwicklung ist. Weil ich schon verschiedene geistige Phänomene, die ohne höhere Physik nicht verstanden werden könnten, erlebt habe, weiss ich auch, dass es stimmt was er schreibt. Quantenphysiker und Astrophysiker kom-

men der Geistigkeit des Universums immer näher. Greg Matloff, ehemaliger Direktor des *Institute of Technology* in New York, kommt durch astrophysische Beobachtungen auf die Idee, dass Sterne Bewusstsein haben könnten (ich habe es erlebt). Forscher konnten mit Hilfe von Daten des Chandra-Observatoriums das Nullpunkt-Feld so bildlich darstellen, dass man das Weltall als vernetztes System sieht, das an Nervenzellen erinnert. Das kann als Gehirn des Schöpfers gesehen werden, als tragendes Gefäss des Universums, mit dem wir uns mit unseren Gedanken und Gefühlen,

mit unserem Gehirn in Resonanz befinden, daher auch Mitschöpfer sind. Das ist die Meinung von verschiedenen Physikern. Ich will damit sagen, dass man sich auf dem Boden der Naturwissenschaft bewegt und sich mit der Geisteswissenschaft vermählt.

Dr. med. Hedi Meierhans, Maseltrangen

1 Ryan Ellis. *Sternenflüstern*. Grafing: Aquamarin Verlag; 2016. ISBN Nr. 978-3-89427-775-8.

Aktuelles Thema auf unserer Website –

www.saez.ch/de/tour-dhorizon



Plädoyer für datenbasierte Entscheidungen in der Gesundheitspolitik

Umfrage bei IT-Betrieben zum Tarifeingriff 2018 von Bundesrat Berset.



Kostenexplosion? Nutzenexplosion!

It's the Nutzen, stupid – den steigenden Gesundheitskosten steht ein riesengrosser Nutzen gegenüber.