



### Ärztliche Suizidbeihilfe und Ehrfurcht vor dem Leben

Nicht nur als alter Arzt, Psychiater und Psychotherapeut, sondern auch einfach als alter Mensch habe ich die – von einem eindrucklichen konkreten Fall ausgehenden – Überlegungen der Kollegen Ebner [1], Baumann-Hölzle [2], Bosshard [3], Küchenhoff/Hell [4] zum Thema der ärztlichen Suizidbeihilfe mit grossem Interesse und zunächst vorwiegend mit Zustimmung, dann aber auch mit wachsendem Unbehagen und schliesslich sogar mit so etwas wie untergründigem Entsetzen gelesen.

Ganz einig gehe ich insbesondere mit der entschiedenen Ablehnung jeder Sterbehilfe in psychiatrischen Institutionen (Küchenhoff/Hell, Bosshard). Spätestens bei einem (abschreckend gemeinten) Satz wie «Bedenkt man die Finanzierungsprobleme im Pflegebereich einerseits und die demographische Entwicklung andererseits, so stellt sich die Frage, ob nicht eines Tages die Suizidbeihilfe gesamtgesellschaftlich als einfache und kostengünstige Problemlösung für schwierige Pflegesituationen angesehen wird» (Baumann-Hölzle, S. 2427) wurde mir indessen klar, welche zentrale Dimension in der ganzen, sonst so differenzierten ethischen, medizinischen, sozial- und institutionspolitischen Diskussion meines Erachtens fehlt: Letztlich versuchen alle Votanten von unterschiedlichen sachlichen Perspektiven her eine Art von Nutzen- und Kostenabwägung. Ausgespart bleibt jedoch die Frage, ob solch rationales Abwägen angesichts von Existenzialien wie Sinn und Wert von Schmerz und Krankheit, Sterben und Tod überhaupt zulässig sei, und wenn ja, wem sie denn zustände, und mit welcher Begründung. Kurz: was mir in den erwähnten Überlegungen fehlt und die besagte Reaktion auslöste, ist eine Grundhaltung, die wohl am ehesten – etwa nach Albert Schweitzer – als «Ehrfurcht vor dem Leben» und all dem, was darin rational nicht einfach «in den Griff zu bekommen» ist, umschrieben werden könnte.

Diese zugegebenermassen vage Umschreibung lässt sich im vorliegenden Kontext wie folgt präzisieren: Die Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben tönt uns noch vom «Dritten Reich» her fatal in den Ohren. Sie hat, wie man weiss, zur Tötung von über hunderttausend Psychatriepatienten geführt. Heute genau wie zur Zeit des Nationalsozialismus aber darf sich meines Erachtens niemand – kein einzelner und auch keine noch

so (schein-)«kompetente» Ethikkommission – das Recht anmassen, darüber zu bestimmen, welches Leben wert oder unwert ist, gelebt zu werden.

Auch was ein «ernsthafter Suizidwunsch» ist, vermag kein Mensch – nicht einmal der Betroffene selber – je gültig zu beurteilen. Jeder Erfahrene weiss, wie ambivalent und wandelbar ein Sterbewunsch oft selbst noch in verzweifeltsten Situationen ist. Fast immer geht es (wie wohl auch im Fallbeispiel von Dr. Ebner) tiefer vor allem darum, als leidender Mensch voll ernst genommen und entsprechend betreut zu werden. Wo dies der Fall ist, können selbst qualvolle Leiden zum Tod (wie ich selber gerade an zwei Fällen aus meiner näheren Umgebung erlebt habe) noch zur tiefen persönlichen wie familiären Bereicherung werden. Ebenso werden gereifte frühere Suizidanten später nicht selten zur Stütze für Menschen in Not.

Alzheimer-Patienten insbesondere stehen zunehmend in Gefahr, heute als «lebensunwert» disqualifiziert und morgen vielleicht, wie oben suggeriert, billig «entsorgt» zu werden. Wie wenn Abbau und Einengung nicht genau so zum Leben gehören würden wie Aufbau und Entfaltung! Dazu weiss jeder, der sogenannten «Demente» wirklich kennt, dass auch sie, trotz all ihrer Einbussen, noch liebenswerte und jedenfalls weit differenziertere und feinfühligere Menschen bleiben, als Aussenstehende je ahnen.

Auch das viel diskutierte Dilemma persönliche Autonomie vs. soziale Abhängigkeit ist aus solcher Sicht ein Scheinproblem. Denn zutiefst abhängig von anderen Menschen – selbst auf der Höhe des Lebens zumindest von der Achtung und Zuneigung anderer – ist jeder Mensch vom ersten bis zum letzten Lebenstag. Was der Mensch heute ist, ist er, evolutionär betrachtet, primär dank seiner ausserordentlichen Fähigkeit zur Kommunikation und Kollaboration, d. h. zur gegenseitigen Abhängigkeit. «Ehrfurcht vor dem Leben» würde hier somit bedeuten, diese Tatsache gerade auch in den Kontext von Krankheit und Tod noch voll zu integrieren.

Verantwortung für die Hinterbliebenen: Zutiefst verzerrt bzw. übersehen wird im Licht eines über-rissenen Autonomiebegriffs ebenfalls die Tatsache, dass kein Selbstmord, und sei er noch so «verständlich», je Sache des Betroffenen allein ist. Ebenfalls traumatisch betroffen – und genau besehen manchmal über Generationen – sind immer auch die Angehörigen. Darüber hinaus wirkt jeder Suizid auch in der weiteren Umgebung – der Gruppe, der Klasse oder Institution, und letztlich in der Gesellschaft als Ganzer – als destruktives, weil resignatives und lebensvernei-

nendes Beispiel. Dieser Verantwortung für das Ganze auch im vorliegenden Zusammenhang stets eingedenk zu bleiben, wäre deshalb ein weiterer Aspekt der gemeinten Ehrfurcht vor dem Leben.

Dass all diese, und manche weiteren möglichen Aussagen zum Thema keine «objektiven Befunde», sondern «nichts als» persönliche Sichtweisen von einem bestimmten, von manchen vermutlich als veraltet empfundenen Welt- und Menschenverständnis aus darstellen, ist mir durchaus bewusst. Ich bin indes der Auffassung, dass etwas anderes hier grundsätzlich gar nicht möglich ist, und glaube auch, dass es gerade heute besonders nötig sei, solche «alten Weisheiten» wieder neu zur Sprache zu bringen.

*Prof. em. Dr Luc Ciompi, Belmont-sur-Lausanne*

- 1 Ebner G. Ethik im Gesundheitswesen – Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbaren körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2421-4.
- 2 Baumann-Hölzle R. Der Tod als Freund. Suizidwunsch bei einer psychiatrisch erkrankten Patientin. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2425-8.
- 3 Bosshard G. Schutz der Institution vorrangig. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2429.
- 4 Küchenhoff B, Hell D. Stellungnahme zum Fall einer psychisch Kranken mit einer unheilbar körperlichen Krankheit mit Sterbewunsch. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(46):2430.



#### **Zur Frage: Was Psychosomatik eigentlich sei und wohin sie gehöre?**

Kollege Schild [1] formuliert einen alten Traum des Nestors der deutschsprachigen Psychosomatik: Eigentlich müsste sie in dem Moment, in dem sie auftaucht, auch schon wieder verschwinden, weil sie in jedes Fach gehört. Auch von Uexküll hat allerdings einsehen müssen, dass diese Haltung nicht dazu führt, dass psychosomatisches Denken schlagartig verbreitet würde – auch die Etablierung psychosomatischer Lehrstühle an deutschen Universitäten hat nicht schlicht dazu geführt, dass nun psychosomatisches Denken Einzug gehalten hätte in Curricula und Facharztprüfungen. Anscheinend braucht das Pflänzlein doch noch Gärtner, die sich spezifisch um sein Wohlergehen kümmern – eben Kolleginnen und Kollegen, die sich in besonderer Art und Weise mit dem Wesen der Psychosomatik in ihrem eigenen Arbeitsfeld auseinandersetzen. Vielleicht wird dann ja einmal aus dem

schwächlichen Blümlein ein robustes Unkraut, um dessen Verbreitung sich niemand mehr Sorgen machen muss, aber davon sind wir weit (weiter denn je?) entfernt. Die Argumentation des Kollegen hat allerdings eine ganz praktische Seite: Ihm ist zuzustimmen, dass psychosomatisches Denken in jedes klinische Fach gehört; von daher ist es völlig unsinnig, wenn manche psychiatrischen Fachkolleginnen und -kollegen behaupten, Psychosomatik sei genuin ihre Sache! Eben nicht, sondern es ist Sache jedes Faches, sich Rechenschaft darüber zu geben, wo in einem Fach die wesentlichen Elemente psychosomatischen Denkens zum Tragen kommen. Wenn überhaupt eine «Disziplin» die Psychosomatik vereinnahmen könnte, dann wohl die Hausarztmedizin, die selber schon die Grenzen der FMH-Fachrichtungen überschreitet: In der Grundversorgung sind sicher am ehesten ganz basale Denkansätze der Psychosomatik dringend gefordert: zirkuläre Modelle anstelle einfacher Ursache-Wirkung-Ketten, zur Bedeutung der subjektiven Perspektive auf die momentane Befindlichkeit usw.

*Prof. Wolf Langewitz, Basel, Vizepräsident APPM*

*Dr. med. Pierre Loeb, Präsident APPM*

- 1 Schild R. Zur Frage: Was Psychosomatik eigentlich sei und wohin sie gehöre? Schweiz Ärztezeitung 2003;84(50):2688-90.



#### **Praktische Erfahrungen mit der Einführung des TARMED**

Seit 1. Mai 2003 ist der TARMED im ambulanten Praxisbereich für Unfallversicherungen gültig. Die lange Schwangerschaft und die terminliche Sturzgeburt des Tarifwerks haben wahrscheinlich in manch anderer Praxis ebenfalls für Unruhe gesorgt. Die Krankenhäuser konnten sich eine Einführungsfrist auf den 1. Januar 2004 sichern, trotz oder vielleicht gerade wegen der eigenen EDV-Abteilungen. Wir würden gerne die Gelegenheit ergreifen, aus unserer chirurgischen Doppelpraxis zu berichten.

Mitte April 2003, beunruhigt durch die noch nicht erfolgte Auslieferung des Softwareupdates, welches die Verrechnung nach TARMED ermöglichen sollte, wandten wir uns an unseren Lieferanten. Freundlich und kompetent wurde uns mitgeteilt, dass Praxen mit hohem Anteil an UVG-Patienten bei der Auslieferung der Updates vorgezogen würden und wir in etwa zwei bis drei

Monaten an der Reihe wären. Nachdem wir unseren Lieferanten aufgeklärt hatten, dass unser UVG-Versichertenanteil etwa 50% beträgt, wurden wir in der Tat innert 10 Tagen mit dem Update beglückt. Ein weiterer glücklicher Umstand ergab sich aus der Tatsache, dass der 1. Mai heuer auf einen Donnerstag fiel. An diesem Tag konnten wir nun ungestört die neue Software installieren, alle Rechnungen nach SUVA-Tarif per 30. April 2003 abschliessen und am Freitag, dem 2. Mai, frohen Mutes mit dem TARMED starten.

Beim ersten Abrechnungsversuch (wir erstellen die Rechnungen monatlich) monierte das Abrechnungsprogramm jedoch falsche EAN-Nummern bei beiden Chirurgen, obwohl diese im System korrekt eingetragen waren. Nachdem einer unserer Praxiscomputer einen Nachmittag lang der Softwarefirma zur Fernwartung zur Verfügung gestellt werden musste, erfuhren wir vom Programmierer, dass ein Systemupdate erfolgen muss, da die Schnittstelle zu unserer Abrechnungsfirma nicht funktionstüchtig ist. Das neue Update erhielten wir bereits zwei Wochen später. Leider schlug auch der nächste Abrechnungsversuch fehl, diesmal anscheinend aufgrund einer nicht existierenden ESR-Nummer im Bankenverkehr. Obwohl wir an und für sich unsere Rechnungen über die bereits erwähnte Abrechnungsfirma stellen, mussten wir bei unserer Bank ein fiktives ESR-Konto einrichten. Ehrenhalber sei gesagt, dass die Softwarefirma und die Bank sich hier vorbildlich direkt verständigt hatten, sodass nach einer knappen Woche dieses Problem behoben war.

In freudiger Erwartung wollten wir nun die Früchte unserer Arbeit ernten. Leider wurden wir beim nächsten Abrechnungsversuch wiederum mit einer Fehlermeldung beglückt. Diesmal dauerte die Fernwartung zwei halbe Tage und kostete etliche Nerven aller Beteiligten. Das Resultat war die Mitteilung, dass bei der Erfassung der Patienten (im Gegensatz zum alten SUVA-Tarif) beim Unfalldatum nicht mehr «bekannt» eingetragen werden darf, sondern ein korrektes Datum.

Als Glückstreffer erwies sich nun die Tatsache, dass eine unserer Praxisassistentinnen wegen Schwangerschaft nicht röntgen kann, so dass sie sich etwas vermehrt der Erueierung und korrekter Eintragung der entsprechenden Daten widmen konnte.

Mit den mittlerweile angestauten Rechnungen unternahmen wir den nächsten, wenn auch nur halboptimistischen Versuch und wurden auch nicht enttäuscht. Wiederum eine (mittlerweile in unserer Praxis sprichwörtliche) EAN-Fehlermeldung, die diesmal den Programmierer der

Softwarefirma lediglich zwei Tage Suche kostete. Nicht nur die Chirurgen, auch die Krankenkasse sind durch eine EAN-Nummer definiert und diese muss ins System eingetragen werden, wurde uns beschieden. Auf elektronischem Weg sei dies nicht machbar, man lasse uns aber gerne eine Liste zukommen, damit wir die entsprechenden Einträge erledigen können. Der Kreis schliesst sich nun mit dem Beginn des vorhergehenden Abschnittes.

Mittlerweile haben auch wir eingesehen, dass der TARMED absolut kostenneutral eingeführt werden kann. Die Ärzte werden keine Rechnungen stellen können, die dadurch gesparten Millionen und Milliarden werden in EDV-Unternehmen, Beratungsfirmen, TARMED-Kursveranstalter und vor allem Troubleshooter fliessen. Und dass die Ärzte mit den halbierten Einnahmen überleben können, bestätigt einmal mehr die Tatsache, dass sie viel zu viel verdienen: Blut, Schweiss und neuerdings auch Tränen.

*Dr. med. M. Borsky, Pfäffikon*



### **Lieber im Stundenlohn oder doch für Gottes Lohn?**

Fallpauschalen hätten sich in andern Ländern immerhin bewährt, meint Herr Urs P. Gasche in seinem Leserbrief [1]. Herr Gasche spezifiziert nicht näher, woher er seine Erkenntnis bezieht, doch sehen wir nach. Ein Berufskollege der Fachrichtung Gynäkologie, der seit vielen Jahren in der Hansestadt Hamburg tätig ist, schilderte mir kürzlich in einem Gespräch, wie sich sein Berufsalltag verändert habe. Die letzten zwei bis drei Wochen eines jeden Quartals sieht er sich gezwungen, seine Praxis zu schliessen und Ferien zu machen. Er hat zu diesem Zeitpunkt jeweils das Globalbudget aufgebraucht. Nun wäre er durchaus Humanist genug, um seine Patientinnen in der restlichen Zeit, was die von ihm selbst erbrachten Leistungen betrifft, ohne Kostenfolge zu versorgen, doch hätte das für ihn Kostenfolgen. Jede das Globalbudget überschreitende praxisextern veranlasste Untersuchung wird direkt dem Verursacher belastet.

Um es mit seinen Worten zu sagen: Für Gotteslohn zu arbeiten wäre noch das eine, aber für geleistete Arbeit Strafe zu zahlen? So treffen wir uns auf unseren Fahrrädern im Brixental.

Nur hat dies wiederum mehr als anekdotischen Stellenwert. Es ist gut bekannt, dass in unserem nördlichen Nachbarland, viele Praxen, nachdem sie ihre Budgets aufgebraucht haben, geschlos-

sen haben. Dass dies enorme Kostenfolgen hat, leuchtet unmittelbar ein, wenn man weiss, dass die gleiche Leistung vom Spitalambulatorium ungleich teurer erbracht wird.

Natürlich hat es auch einen Impact auf Morbidität und Mortalität, wenn die Grundversorgung zeitweise nicht gewährleistet werden kann. Und ganz offensichtlich sind in Deutschland die Kosten trotz Seehofer-Reform weiter aus dem Ruder gelaufen, was nun zu weiteren drastischen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen Anlass gibt. Und interessanterweise schauen unsere deutschen Berufskollegen und die mit dem Gesundheitswesen befassten Politiker immer ein bisschen neidisch Richtung Schweiz, um zu gucken, was man zur Verbesserung der Lage tun könnte.

In Frankreich hat man jetzt gemerkt, dass man die homöopathischen Medikamente ohne Nachteile für die medizinische Grundversorgung aus dem Leistungskatalog streichen kann.

Nun schreibt Herr Gasche weiter, ich würde offenbar TARMED einem Honorarsystem wie Stundenansätze, die bei Anwälten üblich sind, vorziehen. Hätte er – und das würde ich von einem seriösen Publizisten erwarten – mit mir darüber gesprochen, hätte ich ihm dann darlegen können, dass ich ein entschiedener Gegner des TARMED war und bin, diesen auch abgelehnt habe und im Vorfeld der Abstimmung TARMED als illusionäres System für Grundversorger gebrandmarkt hatte [2]. Leider sind heute viele Experten – und ich meine damit nicht nur Journalisten, sondern auch Politiker – in Vorurteilen gefangen und ideologisch verbrämt. Es passt dann ins Weltbild, mündige Bürger des Kantons Graubünden als offenbar durch hinterlistige Ärzte verführbare Manipuliermasse darzustellen, die sich einfach unnötigerweise allzu oft Hüftgelenkprothesen implantieren liessen, wo hingegen die Walliser solchem Ärztegebaren gegenüber entweder resistent seien oder sich durch Nichtexposition gegenüber Ärzten vor deren Zugriff auf ihre Hüftgelenke schützten. Vor wenigen Tagen hat mir einer meiner Patienten einen Fax geschickt, er hätte nun einfach genug von den Schmerzen und der Funktionseinschränkung im Alltag, die seine fortgeschrittene Coxarthrose mit sich bringt. Ich möchte betonen, dass ich ihm daraufhin einen Termin zur Besprechung des weiteren Vorgehens offeriert habe, den er dankbar angenommen hat.

Das Bild, das Herr Gasche von uns Ärzten hat, ist das von lauter Numismatikern, deren patientenleitendes Interesse in erster Linie ein pekuniäres ist. Tatsache ist, dass die schweizerische Bevölkerung grossmehrheitlich ein ganz anderes Arzt-

bild hat. Vielleicht müsste sich Herr Gasche einmal überlegen, ob er nicht Bürger und Ärzte dieses Landes beleidigt mit seiner Geringschätzung individueller Kompetenzen beider Seiten in der Arzt-Patient-Beziehung. In meiner nun über zwanzigjährigen Berufserfahrung bin ich überwiegend Patienten begegnet, die durchaus in der Lage sind, medizinische Entscheidungen mitzutragen.

Und zum Schluss noch dies: Ein Honorarsystem im Stundenlohn mit Ansätzen wie sie bei Anwälten üblich sind, würde eine eigentliche Kostenexplosion des Gesundheitswesens bewirken. Und dazu muss man keine höhere Mathematik bemühen.

*Dr. med. Daniel Schlossberg, Zürich*

- 1 Gasche UP. Lieber im Stundenlohn. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(39):2015.
- 2 Schlossberg D. TARMED – die Illusion für Grundversorger und alle, die es noch werden wollen. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(9):451.



### Deutschkurse für Migranten

Reisende und Migranten sind nicht dasselbe: Reisende planen einen kurzen, Migranten hingegen einen längeren Aufenthalt im Ausland. Entsprechend sind die medizinischen Bedürfnisse verschieden.

Für Migranten ist die Integration eine soziale Notwendigkeit. Gemäss der klassischen scholastischen Philosophie sind die Sprachfähigkeit und das Leben in einer Gemeinschaft («ens sociale») beispielhafte «Proprien» eines Menschen, das heisst: wesentliche Eigenschaften. Dies bedeutet, dass die Kenntnis der Sprache am Wohnort die logische Voraussetzung für eine Integration ist. Das Wort Integration ist allerdings für viele Migranten ein Reizwort, weil sie oft unter Integration die Aufgabe ihrer Identität verstehen. Dies soll aber weder von uns noch von Migranten so verstanden werden. Ohne die individuellen wichtigen Eigenheiten (Akzidenzien), Charakteristiken, ist eine medizinische Versorgung undenkbar. – Je farbiger eine Gesellschaft, desto lebendiger!

Veterinärmedizin (Fremdanamnese und Beobachtungen) gilt für die Humanmedizin generell als nicht sonderlich erstrebenswert. Die nicht verbale Verständigung reduziert die Diagnostik und Therapie. Übersetzungsdienste durch den Gatten, die Arbeitskollegen oder Kinder sind langfristig unbefriedigend. Kranke Menschen

ohne eigene Kenntnisse der Sprache am Wohnort haben somit einen wichtigen Risikofaktor für viele Krankheiten. Dies gilt insbesondere für Frauen. Ihre Sprachkenntnisse sind auch für die körperliche und geistige Entwicklung ihrer Kinder wesentlich.

Deshalb so ein ganz kleiner, praktischer Vorschlag: Wer immer in die Sprechstunde kommt, in Begleitung eines Dolmetschers, weil er selbst nicht sagen kann, seit wann, wo und wie etwas schmerzt oder ihn beunruhigt, bekommt zu seinen Pillen, Spritzen (evtl. Rezepten für Medikamente) immer noch ein ganz spezielles Rezept: «Deutschkurse für Fremdsprachige».

Dieses Rezept ist konkret nur regional sinnvoll (Gemeinde, Bezirk). Leider muss man heute noch oft dieses regionale Rezept (wer macht *hier* was, wo, wann, wie?) auf der Gemeinde oder im Kanton selbst erfragen. Man kann aber das Rezept an die Kollegen regional weitergeben, welche an einer verbesserten Qualität der Medizin interessiert sind.

Die Angebote sind oft sehr vielgestaltig: Deutsch für Analphabeten, für Sprachdiplome; intensiv, nur im Sommer oder am Samstag; Hausfrauenkurse mit und ohne Kinderbetreuung; spezielle Kurse für «Restaurant und Küche» oder für Baufachleute usw. Es gibt somit praktisch keine Ausrede, die Sprache nicht lernen zu können!

*Dr. med. Markus Gassner-Bachmann, Grabs*



#### **Zum gegenwärtigen Zeitpunkt**

Mir ist das Editorial in der SÄZ 51/52 wohltuend aufgefallen [1]. Ich bin nämlich ein solcher Abweichler, der nicht erleichtert ist, dass durch die (fast?) schon sowjetische Zustimmung anlässlich der Abstimmung zur Ergreifung des Referendums gegen die anstehende KVG-Revision in der Ärztekammer die KVG-Revision beerdigt wird. Ich befürchte, dass die betroffenen, federführenden Politiker uns dies nicht vergessen werden. Politiker sind ja gerade Menschen, die viel Anerkennung brauchen und hier wurden sie öffentlich vorgeführt ...

Ich leide darunter, dass «wir» (kann man das denn noch überhaupt sagen angesichts der vielen Unterschiede der Interessen?) Ärzte und Ärztinnen nicht mit positiven Vorschlägen oder proaktivem Verhalten und Initiativen aufwarten, sondern unsere innige Lust im Nein-Sagen finden. In Diskussionen mit Ärztekammerdelegierten stellte ich eine grosse Erleichterung fest, «dass nun endlich etwas getan werde ...». Ist dies wirklich so, wir sagen ja nur Nein?!

Und gerade deshalb finde ich es schön, dass Sie wahrnehmen, dass es anders Gesinnte und neue Ideen gibt.

*Rudolf Huber, St. Margrethen*

1 Trutmann M. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(51/52):2703.