

VEREINIGUNG KATHOLISCHER ÄRZTE DER SCHWEIZ
ASSOCIATION DE MEDECINS CATHOLIQUES SUISSES
ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI SVIZZERI

3662 Seftigen, 26.02.08

Membre de la Fédération européenne (FEAMC) et internationale (FIAMC)
d'associations de médecins catholiques

Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften
(SAMW)
Generalsekretariat
Petersplatz 13
4051 Basel

Vernehmlassung:

Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung.

Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen (SAMW)

Sehr geehrte Damen und Herren,

Der vorliegende Entwurf der SAMW ist im Hinblick auf die Komplexität der Problematik im Sinne der Hilfestellung für die Behandlungs- und Betreuungsteams grundsätzlich zu begrüssen. Wichtig erscheint uns auch, dass der Sachverhalt im Lichte der unverlierbaren Menschenwürde und der angemessenen medizinischen Versorgung zur Optimierung der Lebensqualität Behinderter betrachtet wird. Sehr unterstützen möchten wir auch die Feststellung, dass eine eingeschränkte Autonomiefähigkeit den Anspruch auf Respektierung von Würde und Selbstbestimmung nicht aufhebt. Dies erscheint heute umso wichtiger, als gerade im Zusammenhang mit PID, PND und konsekutiven Abtreibungen Behinderte in unserer Gesellschaft diskriminiert werden.

Die umfangreichen Empfehlungen gehen auf viele Details ein, was einerseits zeigt, dass hier Kommissionsmitglieder beteiligt waren, die ausgedehnte Erfahrungen im Umgang mit Behinderten aufweisen. Andererseits werden viele Aspekte in (allzu) detaillierter Art angesprochen, die gerade aufgrund der Variabilität und des unterschiedlichen Ausmasses von Behinderungen in solchen ethischen Richtlinien nicht definitiv abgehandelt werden können.

Im Einzelnen ergeben sich für uns folgende kritische Anmerkungen zum Entwurf:

Ad 2.6

Angemessene Behandlung und Betreuung:

Der Vermeidung von Diskriminierung im Zugang zu medizinischen Leistungen sowie den am Schluss des Abschnittes erwähnten Kriterien der Angemessenheit kann nur zugestimmt werden. Sätze wie „Die unkritische Anwendung einer standardisierten Maximaltherapie ist zu unterlassen“, und: „Ebenso wenig sollen einem Patienten Eingriffe mit dem Ziel der Annäherung an die Norm aufgedrängt werden“, sind in ihrer Aussage allerdings zu wenig konklusiv. Denn einerseits gelten diese Grundsätze in der Medizin für alle Patienten, Behinderte selbstverständlich inbegriffen. Andererseits kann darauf verwiesen werden, dass beispielsweise eine operative Korrektur eines Herzfehlers sehr wohl eine Annäherung an die (physiologische) Norm anstrebt, aber gerade im Hinblick auf Prognose und Lebensqualität indiziert sein kann.

Ad 2.7

Persönliche, kontinuierliche Betreuung und interdisziplinäre Zusammenarbeit:

Die gegenseitige Information und Koordination aller Involvierten erscheint derart selbstverständlich und dem Wohl und den Interessen des Patienten dienend, dass der Nebensatz: „...sofern der Patient damit einverstanden ist.“ unverständlich erscheint. Er könnte ersatzlos gestrichen werden.

Ad 4.1

Urteilsfähige Patienten:

Bei minderjährigen oder entmündigten Patienten sollte nicht nur im Fall der Ablehnung, sondern auch bei Zustimmung zu einer Behandlung geprüft werden, ob nicht etwa Interessen oder Druckversuche von Angehörigen eine Rolle spielen. Abgesehen davon dürften sich aber solche Abklärungen über die Rolle des freien Willens sehr schwierig und heikel gestalten. Unseres Erachtens müsste eine Ablehnung sogar dann akzeptiert werden, wenn davon auszugehen ist, dass Ängste vor dem Eingriff oder dessen Folgen teilweise oder vordergründig eine Rolle spielen. Denn Angst muss nicht irrationaler Natur sein, sondern kann auf nachvollziehbaren Gründen beruhen. Sonst besteht die Gefahr, dass über dem Kopf eines urteilsfähigen Patienten entschieden wird.

Ad 4.2.

Nicht urteilsfähige Patienten:

Hier stellt sich eine Frage nach dem begrifflichen Verständnis des „wohlverstandenen Interesses“. Zur Klarstellung könnte z.B. auf die Richtlinien der SAMW „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ verwiesen werden.

Ad 5.7

Sterben und Tod:

Mit Verweis auf die Richtlinien der SAMW „Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende“ wird implizit auch auf die umstrittene Regelung unter der Rubrik „4.1 Beihilfe zum Suizid“ Bezug genommen. Aus unserer Sicht kann die Beihilfe zum Suizid aber keinesfalls „Teil der ärztlichen Tätigkeit“ sein, „weil sie den Zielen der Medizin widerspricht“. Dies wird auch von der SAMW in den angesprochenen Richtlinien in diesem Sinne festgehalten. Es sprechen jedoch noch viele andere ethische Gründe gegen die Suizidbeihilfe an sich, wovon wir demnächst in einer Publikation ausführlich eingehen werden. Im vorliegenden Zusammenhang sei ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass gerade bei Behinderten die Grauzone zwischen Beihilfe zum Suizid und der Tötung auf Verlangen besonders ausgeprägt sein kann! Überdies verwischt sich im Rahmen der liberalen Behandlung der Suizidbeihilfe in der Schweiz die Grenze zur absolut verbotenen Tötung auf Verlangen schon heute¹. Der blosse Hinweis auf die früheren Richtlinien ist daher unbefriedigend, und es wären zweifellos zusätzliche ethische Überlegungen zum Lebensschutz bei Hilfsbedürftigen angezeigt.

Ad 9

Sexualität

Die in diesem Kapitel geführte Diskussion über Risiken und Konsequenzen sexueller Aktivität, Antikonzeption und Sterilisation bei Behinderten sind eine Folge der seit den 60er Jahren des letzten Jahrhunderts verabsolutierten Abkoppelung der Sexualität von der Fortpflanzung. Die fragwürdigen Folgen zeigen sich im Umfeld von Behinderten besonders drastisch. Dies führt die SAMW offenbar dazu, erneut die Möglichkeit von Sterilisationen in Betracht zu ziehen. Dabei wird auf das Bundesgesetz über Voraussetzungen und Verfahren bei Sterilisationen vom 17.12. 2004 verwiesen.

Allerdings ist festzuhalten, dass laut Art. 7.1 die Sterilisation über 16 jähriger, dauerhaft Urteilsunfähiger im Grundsatz nach wie vor ausgeschlossen ist.

Die Kriterien für die ausnahmsweise Zulässigkeit in Absatz 2 lauten dagegen:

- a) Vornahme nach den gesamten Umständen im Interesse der betroffenen Person.
- b) Keine andere Verhütungsmethoden anwendbar oder freiwillige Sterilisation des urteilsfähigen Partners nicht möglich.
- c) mit der Zeugung und der Geburt eines Kindes zu rechnen ist.
- d) nach der Geburt die Trennung vom Kind unvermeidlich wäre, weil die Elternverantwortung nicht wahrgenommen werden kann, oder wenn die Schwangerschaft die Gesundheit der betroffenen Frau erheblich gefährden Würde.

¹ Zu diesem Thema auch R. Baumann-Hölzle in: SAEZ 2007, 88 (35): 1446-51

- e) keine Aussicht besteht, dass die betroffene Person je die Urteilsfähigkeit erlangt.
- f) die Operationsmethode mit der grössten Aussicht auf Refertilisierungsfähigkeit gewählt wird.
- g) die Vormundschaftliche Aufsichtsbehörde nach Artikel 8 zugestimmt hat.

Alle diese Kriterien müssen offensichtlich kumulativ erfüllt sein.

Damit ist eine Sterilisation eines Urteilsunfähigen faktisch schon sehr stark eingeschränkt, wenn diesen gesetzlichen Vorgaben wirklich Folge geleistet wird. Wir stimmen der Aussage zu, dass eine Umsetzung aus medizinischer Sicht mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden ist. Dies beginnt allerdings schon bei der Beurteilung der Urteilsfähigkeit, die auch im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung fraglich bleiben und von den Wünschen und Projektionen der Angehörigen mit beeinflusst sein kann. Die grosse Schwierigkeit solcher gutachtlichen Beurteilungen zeigt sich aus vertrauensärztlicher Sicht schon in der Umsetzung des Sozialversicherungsrechts im Falle von Suiziden und Suizidversuchen, wo nur bei vollständigem Verlust der Urteilsfähigkeit die UVG-Versicherung zuständig ist, und den dadurch provozierten gerichtlichen Streitfällen. Im Grunde werden Problemstellungen medikalisiert, die auch den Experten vor nur sehr schwer (oder überhaupt nicht) beantwortbare Fragen stellt.

Dies ist umso bedeutsamer, als eine Sterilisation einen schweren Eingriff in die körperliche Integrität darstellt. Aus ethisch-moralischer Sicht sollte daher bei Urteilsunfähigen von einer Sterilisation grundsätzlich abgesehen werden, wobei die strengen gesetzlichen Ausnahmegestimmungen eine solche Haltung indirekt stützen. Dasselbe gilt unseres Erachtens auch in Fällen, wo die Urteilsfähigkeit nicht eindeutig feststeht. Denn eine Sterilisation ohne informed consent ist faktisch eine aufgezwungene Massnahme, und wir stehen erneut am Anfang einer gefährlichen Entwicklung, die die Menschenrechte zunehmend einschränkt. In diesem Zusammenhang sei auch auf die belastete Geschichte der Sterilisationen geistig Behinderter in der Schweiz – vor allem in der ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts – hingewiesen. Hier ist die Vergangenheitsbewältigung noch immer nicht abgeschlossen.

Die Richtlinien weisen zu Recht auf die erhöhte Anfälligkeit sterilisierter Behinderter auf sexuellen Missbrauch hin. Sie sind aber auch noch anderen Gefahren sexueller Kontakte wie Geschlechtskrankheiten ausgesetzt, vor denen die Sterilisation nicht schützen kann.

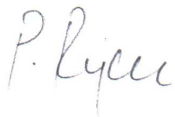
Wenn unter Rubrik 9.3 im Rahmen sexueller Selbstbestimmung die Freiheit zur Elternschaft auch bei fehlender Fähigkeit zur Übernahme der elterlichen Verantwortung, eingeräumt wird, dann stellt dies im Hinblick auf die gesetzlichen Ausnahmegestimmungen (Art. 7 Abs 1 Bst d) einen weiteren Grund dar, bei ur-

teilsunfähigen oder fraglich kompetenten Patienten auf Sterilisationen zu verzichten.

Ad 11

Forschung

In diesem Abschnitt wird die Forschung an urteilsunfähigen Kindern und Erwachsenen im Grundsatz bejaht. Wir möchten hier auf die Diskussionen bei der Vernehmlassung des Humanforschungsgesetzes hinweisen, insbesondere auch auf die von verschiedener Seite geäusserten Bedenken gegen die Zulässigkeit von Forschungen an Urteilsunfähigen^{2,3}. Unseres Erachtens ist die Gefahr der Instrumentalisierung geistig Inkompetenter in diesem Bereiche gross. Gerade an solchen Beispielen zeigt sich, wie ernst es uns mit der Respektierung von Menschenwürde wirklich ist. Von Seiten der SAMW sollten jedenfalls die definitiven Regelungen des in diesem Sommer im Parlament behandelten HFG abgewartet und die Problematik auch aus ethischer Sicht erneut einer vertieften Analyse unterworfen werden.



Für den Vorstand der VKAS
Dr. med. Peter Ryser-Düblin
Aktuar
Hausmatt 27
3662 Seftigen

Tf. 033 345 70 34
pryser@freesurf.ch

² Bericht über die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens; EDI, Februar 2007

³ K. Seelmann „Wie weit reicht die Minimalsolidarität?“, NZZ vom 30.1.08; Nr. 24; S.19