

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

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

VERNEHMLASSUNG
Schweizerische Akademie der
Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13
4051 Basel

3662 Seftigen und 3626 Hünibach, 28.2.2006

Vernehmlassung zu den vorgeschlagenen Richtlinien der SAMW zu „Palliative Care“

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren

Wir erlauben uns, im Rahmen der Vernehmlassung zu den neuen Richtlinien der SAMW wie folgt Stellung zu nehmen:

Einleitung

Die vorliegenden Richtlinien und Empfehlungen sind grundsätzlich zu begrüßen, da sich die palliativ-medizinische Betreuung in der Schweiz (und weltweit) noch in Entwicklung befindet. Es wird auch überzeugend dargestellt, dass palliative Betreuung mehr als reine Symptomlinderung beinhaltet.

Nachwirkungen der SAMW-Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende

Wie ein Damoklesschwert lastet die grundsätzliche Zulassung des assistierten Suizids über den neuen, jetzt zur Diskussion stehenden Richtlinien zu „Palliative Care“. Zwar mag es zutreffen, dass es eine überhöhte Erwartung an Palliative Care wäre, in allen Situationen den Wunsch nach assistiertem Suizid oder aktiver Sterbehilfe ausschalten zu können (siehe Absatz 11.1 der neuen Richtlinien). Da aber die Türe zum assistierten Suizid in den Richtlinien zur Betreuung am Lebensende geöffnet worden ist, besteht die grosse Gefahr, dass unter Berufung auf das Autonomieprinzip die Anwendung der Euthanasie (dazu gehört eben auch der assistierte Suizid) trotz kompetent angewandter Palliative Care zunehmen wird. Es ist auch zu befürchten, dass mit der Etablierung des assistierten Suizids die Weiterentwicklung von Palliative Care gebremst wird, besonders angesichts der heutigen Tendenzen der Rationierung in der Medizin. Wir möchten es aber nicht unterlassen, auf die zumindest von der Ausdruckweise her interessante Entwicklung des Autonomiebegriffs in den neuen Richtlinien hinzuweisen.

Während in den Richtlinien zur Betreuung am Lebensende ohne weiteren Bezug das Recht auf Selbstbestimmung (Autonomie) verlangt wird, wird in den neuen Richtlinien die Autonomie mit der Würde in Zusammenhang gebracht (siehe Absatz II.1: „im Einzelnen heisst dies, Palliative Care achtet auf die Würde und Autonomie des Patienten und steift seine Prioritäten in den Mittelpunkt“). Aus dem Zitat geht allerdings nicht hervor, ob damit die Autonomie der Würde untergeordnet wird (auch in der französischen Fassung der Richtlinien könnte ein solcher Schluss nicht sicher gezogen werden) oder ob die Autonomie einen selbstständigen Wert darstellen soll. Unseres Erachtens muss die Autonomie, die nicht absolut sein kann, in die Würde des Menschen eingebunden bleiben. Bei dieser Betrachtungsweise verliert der assistierte Suizid seine Berechtigung. Denn „jeder Erfahrene weiss, wie ambivalent und wandelbar ein Sterbewunsch oft selbst noch in verzweifeltsten Situationen ist. Fast immer geht es tiefer vor allem darum, als leidender Mensch voll ernst genommen und betreut zu werden“ (1)

Kommentare zu den einzelnen Abschnitten

- ad II.1 Mit der Ausdehnung von Palliative Care (PC) auf chronisch fortschreitende Krankheiten generell steift sich die Frage einer zu starken Ausweitung des Konzepts. Realistischer wäre wohl die konsequentere Implementierung bei unheilbaren, in absehbarer Zeit letal verlaufenden Erkrankungen und am Lebensende, wobei zuzugeben ist, dass bei den meisten schwereren Leiden PC-Elemente irgend einmal in Betracht gezogen werden können/müssen. Im gleichen Abschnitt wird darauf hingewiesen, dass PC das Leben und seine Endlichkeit respektiere. Dies erachten wir als sehr wichtig, denn durch diesen Respekt kann dem „acharnement thérapeutique“ entgegen gewirkt werden. Treffend ist auch die Formulierung: „Wenn wir nämlich ständig nur den Verlust der Selbstständigkeit und Unabhängigkeit beklagen, verbauen wir uns dadurch die Sicht auf andere Aspekte des Lebens und jegliches Vorwärtsschauen“ (2). Immer noch im gleichen Abschnitt (Definition) wird auf die Ermöglichung rehabilitativer und lebenserhaltender Massnahmen hingewiesen, „wenn die vom Patienten gewünscht werden und sinnvoll sind“. Es erscheint uns nicht sinnvoll, „rehabilitativ“ und „lebenserhaltend“ im gleichen Satz zu erwähnen. Während die Aussage für die Rehabilitation zutrifft, kann sie so nicht für die Lebenserhaltung gelten. Zur Gewährung lebenserhaltender Massnahmen sind wir
- ad II.3 Für die ersten 3 Zeilen dieses Abschnittes ist das Thema im Kommentar in der SÄZ 2005; 86; Seite 2651 zutreffender formuliert: „Kurative Behandlung und PC dürfen nicht unabhängig voneinander zum Einsatz kommen, sondern sollen ein harmonisches Ganzes bilden. Die so genannte symptomatische Behandlung ist sowohl zum Bereich der kurativen Medizin als auch zur PC zu zählen“.
- ad II.4.1 Wir freuen uns über die Formulierung „Die Würde ist mit dem Menschsein gegeben, ist also unabhängig von der Bewusstseinslage eines Menschen“. Ob jedoch Würde (welche inhaerent ist) verletzbar sei, bezweifeln wir. Hingegen ist der Mensch, der Inhaber der Würde ist, verletzbar.
- ad II.4.3 Problematisch ist heute kaum ein ungenügendes Offenlegen palliativer Grenzen, sondern die immer noch mangelhafte Ausschöpfung dieser Ansätze.
- ad II.5 Hier sollte die wünschbare Zusammensetzung des Betreuungsteams definiert werden, denn Entscheidungen zu fällen, die „von allen Beteiligten mitgetragen werden“ können, ist eine höchst verantwortungsvolle Aufgabe. Bei den Faktoren, die beim Patienten einen Entscheid beeinflussen können, ist zu berücksichtigen, dass emotionelle Krisen eine Einengung der Wahrnehmung bedingen können.
- ad II.6.1.1 beim ersten Punkt in der Aufzählung Neonatologie sollte der Nachsatz „Vorläufige lebenserhaltende Massnahmen können hilfreich sein“ weggelassen

werden. Die Notwendigkeit lebenserhaltender Massnahmen für die Zeit der Entscheidungsfindung ist im ersten Satz enthalten. Zum zweiten Punkt in der Aufzählung: Falls hier auf ökonomische Folgen angespielt wird, sollten solche Überlegungen zwar nicht ignoriert, jedoch niemals als Entscheidungskriterien in den Vordergrund gerückt werden.

ad II.6.3 Zentrale Aussage: „Damit sich Krebskranke nicht aus unrealistischer Hoffnung einer aussichtslosen Therapie mit belastenden Nebenwirkungen unterziehen, ist die angemessene Information über die Vor- und Nachteile einer Tumor reduzierenden Therapie von grosser Bedeutung“. Gerade die vertrauensärztliche Erfahrung mit Kostengut- sprachegehesuchen nicht leistungspflichtiger Chemotherapeutica zeigt, dass heute sehr oft gegen diesen Grundsatz verstossen wird, bzw. dass in hoffnungslos progredienten Situa- tionen der Trost in der (kostenintensiven) Chemotherapie gesucht wird! Palliative Ziel- setzungen der onkologischen Behandlungen sind zwar allgemein anerkannt, diese wer- den aber gerade von Fachkollegen zu oft eingesetzt.

ad II.7.1. Der Begriff „gutes Sterben“ ist missverständlich, weil dem Euthanasiegedan- ken zu nahe stehend.

ad II.7.2. Es ist gut, dass hier der ominöse, von Holland stammende Begriff der termina- len Sedation nicht vorkommt. Dementsprechend wird festgehalten: „Eine Sedierung am Lebensende darf nicht zur Lebensverkürzung eingesetzt werden“. Angesichts der erdrü- ckenden Verantwortung bei dieser Therapieform ist das Einholen von second opinions für Indikation und individuelle Durchführung der Sedation wünschenswert.

ad Fussnote 14 und Empfehlung Nr.3, Finanzierung von PC: Massgebend ist der Um- stand, dass heute zuwenig stationäre PC-Einrichtungen existieren. Für die wenigen Ab- teilungen sind mit den Kostenträgern bereits Tagespauschalen ausgehandelt worden. Dagegen trifft zu, dass dies für ambulante Modelle nicht gilt. Immerhin müsste beachtet werden, dass für die Betreuung von chronisch kranken Patienten durch den behandel- den Arzt und Spitex-Organisationen grundsätzliche Leistungspflicht besteht. Konkret müsse überlegt werden, ob ambulante Betreuungsmodelle nicht auf speziellen Spitex- Leistungen basiert werden sollten. Denn es ist zu bedenken, dass für einige Akteu- re/Fachpersonen im Rahmen von PC (Kunst-, Musiktherapeuten und Seelsorger! -siehe Fussnote 6) die Sozialversicherungen nicht leistungspflichtig sind.

Fazit: Palliative Care fördern, weiterentwickeln, in Lehre und Forschung integrieren. Assistierten Suizid und andere Euthanasieformen überflüssig machen. Palliative Care (lat. Pallium =Mantel) soll eine Schutzfunktion vor sich ausbreitenden Sterbehilfeorganisationen entfalten können.

Wir danken Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit und verbleiben mit freundlichen Grüssen

Für die Vereinigung katholischer Ärzte der Schweiz:

Dr. med. P. Ryser-Düblin*)
Hausmatt 27
3662 Seftigen
pryser@freesurf.ch

Dr. med. N. Zwicky-Aeberhard, Präsident
Hünibachstrasse 56
3626 Hünibach
nzwicky@bluewin.ch

*) Vertrauensarzt bei einer grösseren Krankenkasse

Literaturnachweis:

- . Ciompi Luc: Ärztliche Suizidbeihilfe und Ehrfurcht vor dem Leben, Leserbrief in SÄZ 2004, Nr.3, Seiten 81/82
- . Porchet-Munro Susan, Stolba Verena, Waldmann Eva: Den letzten Mantel mache ich selbst - über Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care, Schwabe 2005, Seite 117