



## Stellungnahme zum Dossier

«Umgang mit Sterben und Tod – medizin-ethische Richtlinien der SAMW»

Version für die öffentliche Vernehmlassung vom 23.11.2017 bis 24.2.2018

### Allgemeiner Eindruck zum Dokument

Das Dokument beinhaltet Richtlinien die sich in erster Linie an verantwortliche Ärzte in einem Behandlungsteam richten, die in anspruchsvollen, komplexen und ethisch schwierigen Situationen innerhalb des heutigen Gesundheitswesens und der Gesetzeslagen stehen. Es geht um das ureigene Berufsethos der Ärzte.

Das ganze Dokument verfolgt aus unserer Sicht zwei massgebliche Intentionen:

- 1.** Soll auf das offensichtlich entstandene Spannungsverhältnis zwischen selbstbestimmter Willensäusserungen seitens der Patienten im Hinblick auf ihr Lebensende und dessen nicht genügend Erhört- oder Ernstgenommen Werdens innerhalb der Institutionen mit diesen Richtlinien klarstellend reagiert werden. Dahinter steht die Intension, durch klare Richtlinien für ethisch komplexe Entscheidungssituationen den ärztlichen Spielraum klar abzustecken. Die strukturellen und persönlichen Mängel innerhalb der ärztlichen Profession, besonders im Zusammenhang mit Beratungsgesprächen und Sterbewünschen, werden thematisiert.
- 2.** Soll Ärzten, die sich dazu in der Lage sehen, sei es durch Verzicht von Therapien, bis hin zur Verschreibung eines tödlichen Medikamentes, der rechtliche und moralische Rücken gestärkt werden. Dies jeweils mit differenzierten Handlungsanleitungen. **In der Kernsache ebnen diese Richtlinien den Weg für die reale Möglichkeit einer ärztlichen Beratung bis hin zur rechtmässigen Verschreibung eines letalen Medikamentes im Dienste des autonomen Willens des Patienten. Dies trotz kontroverser Diskussionen innerhalb des eigenen Berufsstandes.**

Aus theologisch-seelsorglicher Sicht bietet sich von daher eine Stellungnahme an, die auf diese zwei Grundintentionen eingeht, ohne zu spezifisch ärztlichen Therapien oder deren Abbruchmöglichkeiten Stellung nehmen zu wollen.

**Zu 1.** Sehen wir den ehrlichen, engagierten und unterstützungswürdigen Versuch der Profession der Ärzteschaft, sich wieder vermehrt Zeit für Gespräche im Dienste der Menschen und ihren Nöten nehmen zu wollen. Therapieverdruss und Hilflosigkeit seitens der Patienten am Lebensende soll aktiv und professionell begegnet werden. Dies auch als Reaktion auf die inzwischen etablierten Sterbehilfeorganisationen, welche diesen Defiziten auf ihre Art und Weise begegnen und aktuell wachsenden Zuspruch erfahren.

Das ganze Dokument ist mit vielen «Soll-Forderungen» an die Ärzteschaft durchzogen und im Stile eines ermahnenden, erziehenden Charakters verfasst. Entsprechend ist auch viel Idealismus inkludiert, wo sich uns grundsätzlich die Frage stellt, inwiefern dieser an der Basis ankommt, und von wem **wie** erhört werden wird. Nichtsdestotrotz erscheint uns das Grundanliegen ein positives Gut, da es den Patienten mit seinen immer als subjektiv empfundenen Leiden und Willensäusserung neu in den Mittelpunkt stellt, die ärztliche Beziehung zu selbigen als äusserst wichtig erachtet und den Gesprächen, der Empathiefähigkeit und dem Eingehen auf die Bedürfnisse des Patienten grosse Bedeutung zuspricht.

*Vieles was hier von Ärzten neu eingefordert wird, praktiziert auch die Klinikseelsorge in ihrem professionellen Selbstverständnis, da sie dem persönlichen Patientengespräch den hauptsächlichsten Anteil ihrer Arbeit widmet und Hilfesuchenden wachsam, respektvoll und um bestmögliche Unterstützung bemüht, beisteht.*

Bei hohem ethischen Wollen muss deshalb aus unserer Sicht auch ein kritischer Blick auf den Klinikalltag gerichtet werden: Visiten dauern im Schnitt wenige Minuten. Eine persönliche Kontinuität in der Betreuung über längere Zeit ist meistens nicht gewährleistet. Personal fällt aus, hat Ferien, wechselt... Gerade bei komplexen und chronischen Verläufen mit lebensverneinenden Äusserungen, kann der geforderte hohe Standard im Wahrnehmen und Diskutieren der aktuellen und dauerhaften Bedürfnisse nicht optimal gewährleistet werden.

Palliative Care-Stationen, die über einen anderen Personalschlüssel und grosse Behandlungsteams verfügen, erfüllen diese hohen Ideale am ehesten. Die Situationen in Pflegeheimen, Psychiatrien, aber auch Akutspitalern sieht hier ganz anders aus und muss berücksichtigt werden.

Leider wird der Begleitung von Patienten und ihren Angehörigen durch ein **interprofessionelles** Team, das erwiesenermassen grossen Einfluss auf Leidensverminderung und psychisches und spirituelles Wohlbefinden und auf den Abschiedsprozess hat, **nur ein sehr marginaler Raum in den Richtlinien gewährt**. Neben der ärztlichen Aufklärung, dem empathischen Gespräch, sind es gerade auch verschiedene Interventionen nonverbaler Art, Rituale, Kunst- und Musiktherapie, religiös- spirituelle Begleitung, die unbedingt (auch im Hinblick auf die immer knapper werdenden finanziellen Ressourcen) erwähnt und gesichert werden müssen.

**Zu 2.** Im Dokument scheinen verschiedene ärztliche Interessengruppen durch. Offenbar herrscht im Hintergrund ein hart geführter Diskurs über die ureigene Profession, ihren Auftrag und ihr Ethos. Nun ist es gewissen ärztlichen Kreisen gelungen, mittels dieser Richtlinien mehr Spielraum für Ärzte einzuräumen, die sich verpflichtet fühlen, Patienten auch bei den kontrovers diskutierten Themen wie Suizidbeihilfe, Sterbefasten, dauerhafte Sedation bis in den Tod, mehr Sicherheit und Kompetenzen zu geben - sie auch aus einem moralischen Tabu heraus zu befreien. Dies im Namen einer postulierten vollständigen Autonomie des Menschen mit einem durchaus fraglichen Recht darauf, seinen Tod gänzlich selbst zu bestimmen und dafür andere Menschen in die Pflicht zu rufen. Bei aller Nachvollziehbarkeit dieser Argumentationen ist für uns aus theologischer, seelsorglicher und anthropologischer Sicht heraus hier eine kritische Rückmeldung angebracht: Menschliches Leben und seine Selbstwahrnehmung orientiert sich **immer** auch an den Reaktionen des sozialen Umfeldes. Es gibt kein „Ich“ ohne das „Du“. Gerade innerhalb schmerzlicher, leidender, verzweifelter existenzieller Erfahrungen kommt dem menschlichen Re-Agieren eine grosse Bedeutung zu. Wir beeinflussen und erschaffen durch unser Verhalten die erfahrbare Realität. Und zwar über das „Ich“ und „Du“ hinaus – auch im gesamtgesellschaftlichen Kontext.

Suizidwünsche sind immer eine gewisse Verengung der subjektiven Wahrnehmung. Es braucht dafür keine zusätzliche „Pathologisierung psychiatrischer Diagnosen“. Schweres Leiden verengt und fokussiert selbstredend auf die eigene Not, ob sich die Ursache organisch oder seelisch-geistig zeigt,

ob sie chronisch oder akut qualifiziert wird. Die Wechselwirkung zwischen beidem, Seele und Körper, ist immer gegeben und letztlich nicht trennbar. Das heisst, dass auch Menschen mit psychiatrischen Diagnosen ein Anrecht haben, sich ihren Suizid zu organisieren – und gleichwohl ein Auftrag besteht, sie davor zu beschützen.

**Die Fähigkeit, diesen Blickwinkel der Verengung wieder auf Alternativen weiten zu wollen und sich dafür einzusetzen, würden wir allgemein als grundlegenden Auftrag der tätigen Menschen im Gesundheitsbereich ansehen.** Hier mangelt es aber schnell einmal an Ressourcen, Anstrengungen, und auch an vertiefter Ausbildung im Bereich der Psychologie, der Kommunikationsfähigkeiten, der Spiritualität!

Gerade die Betreuung und Begleitung der Patienten seitens der Ärzteschaft ist meist punktuell, zeitlich stark begrenzt, teuer, und das wird sie auch bleiben. Das heisst im Umkehrschluss, dass ihnen als Profession eventuell gar nicht die Macht zugesprochen werden kann oder sollte, wie sie aus den Richtlinien unter «kontrovers diskutierte Behandlungen» heraus spricht.

Im Dokument wird auf Seite 6 im vierten Punkt angeführt, dass *«(..), wenn Präferenzen der Patientin nur noch aufgrund der Vertrautheit mit ihren bisherigen Äusserungen und Reaktionen empathisch erahnt werden können, muss vom Betreuungsteam... beachtet werden, dass dies die Gefahr der Projektion eigener Wünsche und Vorstellungen mit sich bringt. (..)».*

Die Projektion eigener Wünsche ist immer gegeben. Jede Wahrnehmung ist subjektiv. Ebenso ist es auch bei der Auslegung von Patientenverfügungen. Eine neutrale Betrachtung gibt es in diesem Sinne nicht. Dies als Argument zu nehmen, um zum Beispiel Beobachtungen und Empathiefähigkeit des Behandlungspersonals grundsätzlich in Frage zu stellen, halten wir für kontraproduktiv. Leben zeigt sich immer anders als geplant und gerade in diesem sensiblen Bereich kann Wesentliches darin liegen. Wie sich jemand fühlt, der im Koma liegt oder kognitiv nicht mehr leistungsfähig ist, ist höchst anspruchsvolle, sensitive Kommunikation. Dies darf auf keinen Fall unterdrückt oder grundsätzlich in Frage gestellt werden. Im Gegenteil, es sollte wertvoller Bestandteil bei Entscheidungen sein.

**Alle Wahrnehmung und Kommunikation ist wechselseitig selektiv.**

Aus allen Erwägungen heraus auf Seite 16 unten zu schlussfolgern, *«(...) aus diesem Grund muss jeder Behandelnde selbst entscheiden, ob für ihn diese unterstützenden (den Tod herbeizuführenden) Handlungen mit den Zielen der Medizin vereinbar sind oder nicht (...)»*, erscheint uns problematisch. Dies gibt der ärztlichen Profession eine je persönliche Selbstermächtigung, statt sich auf ihre eigene immer begrenzte Wahrnehmung und Zuständigkeit diesbezüglich zu berufen und auch sich selbst vor Fehlentscheidungen zu schützen und innerhalb ihrer Profession selbst zu beschränken.

Allein der Hinweis auf Suizidbeihilfe oder Tipps, wie man sich mit den eigenen Medikamenten leichter als mit einer Sterbehilfeorganisation aus dem Leben scheiden könnte, kann einer Absolution und Manipulation gleichkommen, welche **die letzte Hoffnung auf Sinn**, selbst im Leiden, in der sich darstellenden Situation endgültig zermalmt und sogar intellektuell ausschliesst.

Letztlich steht in dieser Logik die Patientenautonomie dem ärztlichen, persönlichen Gewissensentscheid gegenüber.

Welche Auswirkungen hat eine derartige Empfehlung auf das soziale Gefüge einer Gesellschaft, auf ein zunehmend unter ökonomischen Druck stehenden Gesundheitswesen? Ist der Anspruch, der hier an die Ärzteschaft gestellt wird, nicht zu hoch? Diese und weitere Fragen wären - unseres Erachtens - von grosser Wichtigkeit.

### **Strukturelle Hinweise**

Der Begriff „spirituell“ wird im vorliegenden SAMW - Dokument uneinheitlich benutzt und sollte überprüft werden. Einerseits wird beim identischen Sachverhalt von „existenziellem...“ (S.7), von „spirituellem...“ (S.6) oder „existentiellem und spirituellem“ Bereich (S.16) gesprochen. Im ganzen Dokument fehlt die religiöse Dimension, die am Lebensende für viele Menschen (sowohl als spirituell-religiöses Leiden, als auch als Ressource) von grosser Bedeutung ist.

**Tatjana Disteli** – Dienststellenleiterin kath. Spital- und Klinikseelsorge Zürich

**Sabine Zraggen** – Stv. Dienststellenleiterin kath. Spital- und Klinikseelsorge Zürich/ Fachbereich Psychiatrie und Leitung kath. Klinikseelsorge PUK

**Lisa Palm** – Palliative-Care Fachbeauftragte kath. Spital – und Klinikseelsorge im Kanton Zürich und Klinikseelsorgerin USZ

Zürich, 8.2.2018