

Schnittstelle sind sowohl wir Spital- wie auch Sie als niedergelassene Ärzte besonders gefordert, gemeinsam für eine attraktive, an den beruflichen Erfordernissen ausgerichtete Ausbildung und für einen bestmöglichen Übergang in ein attraktives Praxisarbeitsumfeld zu sorgen.

In diesem Sinne sehen wir die Kombination aus Notfallpraxis und Notfallstation als Beispiel und Modell eines Weges der Zusammenarbeit zwischen Spital und niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen an, in dem beide Seiten eng kooperieren, um die ambulante Patientenversorgung auf höchstem Niveau und

gleichzeitig die persönliche Flexibilität langfristig sicherzustellen. Die Intention Ihres Schreibens, sehr geehrter Herr Kollege Schnyder, spricht uns insofern direkt aus der Seele.

Prof. Dr. J. Leuppi, CA / PD Dr. Th. Dieterle, LA med. Universitätsklinik / Dr. N. Geigy, LA Notfall, Kantonsspital Baselland, Liestal

Ungenügende Fachkompetenz

(Antwort auf den Artikel «Abschied von meiner Schwester» von Dr. med. Eva Kaiser-Pfirtmann in der Synapse Nr. 6/15)

Sprechen wir von Suizidhilfe am Lebensende, oder geht es um Suizidhilfe an Menschen, die eine Krankheit nicht mehr ertragen wollen oder die einfach alt und «lebensmüde» sind? Da bestehen doch wesentliche Unterschiede. Beim geschilderten Fall von Kollegin Kaiser-Pfirtmann geht es eindeutig um Suizidhilfe am Lebensende. Diese ist von der Akademie der Medizinischen Wissenschaften standesrechtlich akzeptiert.

Gleichwohl wirft der geschilderte Fall für mich Fragen auf: Die Kollegin schreibt, ihre Schwester habe nicht am Tumor «verrecken» wollen, und das Wissen, dass sie das dank «Lifecircle» nicht brauche, habe ihr die Kraft gegeben, das Leben noch auszukosten. Ich stelle immer wieder fest, wie bei den Menschen noch Vorurteile bzw. Schreckensbilder von früher herumgeistern, «an Schläuchen am Sterben gehindert zu werden», unerträglichem Leiden ausgesetzt zu sein etc., wie wenn es die Palliativmedizin inkl. terminale Sedation nicht gäbe! Wichtig scheint mir eine gute Aufklärung darüber und ein Ausfüllen einer Patientenverfügung.

Die Kollegin outet sich als gläubig. Das bin ich auch, doch ich sehe die Sache mit dem «Gott-ins-Handwerk-Pfuschen» anders: Wenn wir unseren Beruf lege artis ausüben, sieht es oft so aus, als könnten wir Leben verlängern. Vom religiösen Standpunkt aus ist das freilich nur so, wenn Gott sein «Ja» dazu gibt. Andernfalls gäbe es genug Möglichkeiten, dass die beste Behandlung miss-

lingt! Wenn wir aber Pentobarbital in letaler Dosis verabreichen, müsste Gott schon ein Wunder tun, um den Betroffenen nicht sterben zu lassen. Das geschieht selten.

Suizidhilfe bedeutet heute aber, wie eingangs erwähnt, längst nicht mehr nur ein Eingreifen, wenige Tage bevor der Patient ohnehin sterben würde. Sie hat unübersehbar die Tendenz, ihre Indikation auszuweiten.

Und da wird es echt problematisch:

- Jeder begleitete Suizid sendet ein soziales Signal aus. Leidtragende sind nicht die Menschen, die selbstbewusst ihr «Selbstbestimmungsrecht» einfordern, sondern jene, die eben gerade dieses Selbstbewusstsein nicht haben. Ein gutaussehender und gebildeter Mann Anfang 40, der zu mir in Therapie kam, hatte eine schwierige Kindheit. Es waren nicht Schläge oder ausgesprochene verbale Entwertungen, die er ertragen musste, aber ein Klima von wenig Gefühl und Verständnis für ihn, er musste den Eindruck bekommen, dass seine kindliche Lebendigkeit stört. Im Laufe der Therapiestunden haben wir herausgearbeitet, dass eine Art Glaubenssatz «Am besten, ich wäre gar nicht da!» ihn leitet. Wie das auf dem Tisch lag, sagte er nachdenklich: «Die aktuelle Diskussion um Exit und so macht mir Angst. Ich denke, wenn ich mal alt bin und nichts mehr leisten kann, wird von mir erwartet, dass ich mir das Leben nehme.»

- Angenommen, ein Mensch mit einer ähnlichen inneren Struktur – und solche gibt es viele! – käme mit einem Suizidwunsch zum Exit-Konsiliararzt, z.B. zu einem pensionierten Ophthalmologen. Das habe ich kürzlich so gelesen in der Ärztezeitung. Der Kollege verteidigte seine Kompetenz, den Suizidwunsch zu evaluieren. Ich gebe zu, dass ich als Psychiater herzlich wenig von Ophthalmologie verstehe. Ich möchte aber, mit Verlaub, einem Ophthalmologen auch nicht zutrauen, dass er viel von Psychiatrie/Psychotherapie versteht. Muss er das? Wenn er für Exit arbeitet schon! Ein Suizidwunsch ist psychodynamisch hoch komplex. Um hier nicht in die Falle der Gegenübertragung bzw. Kollusion zu treten, braucht es nicht nur viel psychotherapeutische Erfahrung, sondern auch eine gute Kenntnis des Patienten. Wie soll das ein Nicht-Psychiater in einer oder zwei Sitzungen schaffen? Der bekannte Palliativmediziner G. D. Borasio fordert zu Recht, dass ein Exit-Konsiliararzt eine psychiatrische und/oder palliativmedizinische Ausbildung haben muss, und es nimmt ihn schon «etwas wunder, wenn Kollegen in einem so sensiblen Bereich, der die Möglichkeit einer irreversiblen Entscheidung einschliesst, die Notwendigkeit spezifischer Fachkompetenzen verneinen – wo dies doch im Rest der Medizin eine Selbstverständlichkeit ist.» Dem kann ich nur beipflichten.

Dr. med. Walter Meili, FA Psychiatrie/ Psychotherapie, Basel