



## Schwerpunktthema: Palliative Care und Geriatrie

- 1 «Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben»
- 4 Interview mit Dr. med. Marta Mazzoli, Chefärztin Hospiz im Park
- 7 Ambivalente Erfahrungen geriatrischer Kliniken mit der Covid-Pandemie
- 9 Im Labyrinth der Patientenverfügungen – ein Blick nach vorn
- 10 Leserbrief
- 12 Sterbehilfe – vom Tod her gedacht
- 13 Entscheidung am Lebensende – Entscheidung für ein Lebensende?
- 13 Schlagwörter: Wie aus Pyramiden Urnen werden
- 15 uniham-bb: Wichtige Termine 2021
- 15 VHBB: Reorganisation

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Die Synapse finden Sie  
auch unter:  
[www.synapse-online.ch](http://www.synapse-online.ch)

Leitartikel

## «Es geht nicht darum, dem Leben mehr Tage zu geben, sondern den Tagen mehr Leben»



Bernhard Stricker

Palliative Care stand in den letzten Jahren medial etwas im Schatten der stark expandierenden Sterbehilfeorganisationen (wie Exit und Dignitas), die in der Öffentlichkeit sehr viel präsenter waren, nicht zuletzt auch wegen Prominenten, die diese Form des Sterbens wählten. Die weit weniger spektakuläre Form des Sterbens mit Palliativmedizin bedeutet nun aber keineswegs, dass sie weniger wirksam oder human wäre – ganz im Gegenteil. Davon handelt diese Synapse. Und von den Möglichkeiten der Geriatrie.

### Die Wurzeln von Palliative Care

Die Palliative-Care-Bewegung geht auf die Engländerin Cicely Saunders zurück (von

der das Zitat im Titel stammt), als diese 1967 das St. Christopher's Hospice in London gründete, wo unheilbar kranke und sterbende Menschen nicht nur eine spezialisierte ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung, sondern auch emotionale, spirituelle und soziale Unterstützung erhielten. Cicely Saunders wurde zur Begründerin der modernen Hospizbewegung. Sie selber starb 2005 mit 87 Jahren im St. Christopher's Hospice.

In der Schweiz durchbrach Elisabeth Kübler-Ross in den 1970er-Jahren mit ihren Büchern und Vortragsreisen zum Thema Sterben und Sterbeforschung («Interviews mit Sterbenden») ein Tabu, indem sie das Sterben und unheilbare Krankheiten zum Gegenstand öffentlicher Diskussionen machte. Die ersten konkreten Schritte zum Aufbau und zur Organisation von Palliative-Care-Einrichtungen in der Schweiz erfolgten in der Westschweiz, vor allem in Genf (zuerst an der Ecole du Bon Secours, dann am Centre des Soins Continus). 1988 wurde dann die «Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung SGPMP» gegründet, die sich heute **palliative.ch** nennt.

Waren es vor der Jahrtausendwende vor allem private Initiativen und Projekte, die Palliative Care propagierten, kamen da-

nach auch Politik und Behörden dem Thema näher, und zwar erstmals innerhalb des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik», einer gemeinsamen Plattform von Bund und Kantonen, woraus die «Nationale Strategie Palliative Care» entstand.

### Zunehmender Bedarf

Der Bedarf an Palliative Care wird in den kommenden Jahren deutlich zunehmen. Die aktuelle Altersstruktur der Schweizer Bevölkerung führt langfristig zu einer Überalterung der Gesellschaft: Gemäss einem «mittleren» Szenario des Bundesamts für Statistik (BFS) steigt der Anteil der 65-Jährigen und Älteren an der Bevölkerung von 17 Prozent (2010) auf 28 Prozent (im Jahr 2060) an. Die demografische Entwicklung geht zudem mit einer Zunahme von alten, pflegedürftigen und multimorbiden Menschen einher.

Die ambulante Palliative-Care-Versorgung wurde zwar in vielen Regionen der Schweiz während der letzten Jahre auf- und ausgebaut, doch gibt es grosse regionale Unterschiede in der Abdeckung der verschiedenen Angebote. Die meisten Dienste klagen über knappe finanzielle und zu wenig personelle Ressourcen.

Die Empfehlung der «European Association of Palliative Care (EAPC)», dass pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner mindestens ein mobiler Palliativdienst mit mindestens vier bis fünf vollzeitbeschäftigten Fachpersonen in einem interprofessionellen Team aus Medizin und Pflege bestehen und während 24 Stunden verfügbar sein sollte, ist in dieser Form in der Schweiz bislang noch nicht flächendeckend umgesetzt worden. Die Schweiz ist damit auch noch weit von den in der nationalen Strategie verankerten Versorgungsziele und -aufgaben der mobilen Palliative-Care-Dienste entfernt.

Gemäss Schätzungen von Bund und Kantonen würde bereits heute für zwei Drittel aller Todesfälle eine Palliative-Care-Versorgung benötigt. Aktuell haben insbesondere Menschen, die nicht an einer Krebserkrankung leiden, keinen ausreichenden Zugang zu Palliative Care. Nur zwölf Prozent der im Spital verstorbenen Menschen erhielten im Jahr 2018 Leistungen der palliativmedizinischen Komplexbehandlung oder der spezialisierten Palliative Care. Den Hauptgrund für diese Versorgungslücke sieht «palliative.ch» in der Unterfinanzierung der Palliative Care.

### **Parlament will Palliative Care besser finanzieren**

Diese Erkenntnis ist inzwischen auch in der Politik angekommen, wie ein aktueller Beschluss des nationalen Parlaments belegt. Nach dem Ständerat ist sich auch der Nationalrat einig, dass die Palliativversorgung schweizweit gefördert werden muss. Er stimmte deshalb am 17. Juni 2021 der Motion «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care» zu, die die gesetzlichen Grundlagen für Palliative

Care schaffen will, «damit eine bedarfs-gerechte Behandlung und Betreuung aller Menschen am Lebensende schweizweit gewährleistet ist». Initiatorin der Motion ist die Hausärztin Dr. med. Marina Carobio-Guscetti (Ständerätin SP/TI).

Die Allianz palliativ.ch stellt nun im Hinblick auf die Umsetzung der Motion einige Forderungen. So will sie unter anderem Palliative Care im KVG verankern. Auch psychosoziale, spirituelle und funktionale Leistungen sollen von der obligatorischen Krankenkasse getragen werden. Ausserdem soll eine Beratungs- und Koordinationspauschale für das Case Management von Palliative-Care-Patienten geschaffen werden.

### **NFP: Das Sterben in der Schweiz besser verstehen**

Um das Sterben in der Schweiz besser verstehen zu können, hatte der Bundesrat im Jahr 2010 beschlossen, das Nationale Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) zu lancieren, das verschiedene Aspekte des Sterbens in der Schweiz untersuchte und das 2017 mit einem «Synthesebericht» abgeschlossen wurde.

Fazit: Palliative Care hat grosses Potenzial und soll in der Schweiz stärker etabliert werden. Die Bevölkerung soll dafür sensibilisiert und Pflegefachkräfte, Ärztinnen und Ärzte sowie weitere Fachpersonen besser aus- und weitergebildet werden. Ausserdem müsse der Zugang zu Palliative Care für Menschen, die zu Hause sterben wollen, über die Schaffung mobiler Teams verbessert werden. Ebenso sei es wichtig, dass sie auch Sterbenden zur Verfügung steht, die nicht an Krebs erkrankt sind.

In einem Zusatzbericht («Weissbuch») kommt das NFP 67 zu folgendem Schluss: «Palliative Care und die geriatrische

Medizin sind in der Schweiz zwar gut entwickelt, aber weitere Fortschritte müssen erzielt werden, um die Synergien zwischen beiden Disziplinen zu verbessern, damit Bedürfnisse schneller identifiziert und nicht nur Krebserkrankte, sondern auch ältere Menschen mit chronischer Multimorbidität davon profitieren können. Die interprofessionelle Aus- und Weiterbildung muss gestärkt werden, um es den verschiedenen Akteuren zu ermöglichen, zum Wohle der Betroffenen noch effizienter zusammenzuarbeiten. Eine gute Koordination, vorausgesetzt, sie ermöglicht eine gewisse Versorgungskontinuität, kann unnötige Spitaleinweisungen vermeiden sowie Gesundheitskosten und Übertherapie eindämmen helfen. Die entscheidende Rolle der Hausärzteschaft als «Gatekeeper» sowie die wichtige Funktion der palliativen Home-Care-Teams müssen durch ein angemessenes Tarifsysteem aufgewertet werden. Mit dem heutigen System werden technische Arbeitsvorgänge bevorzugt – zum Nachteil der Zeit, die mit Patientinnen und Patienten verbracht wird.»

Wer die relevanten Dokumente und Studien zum Thema Palliative Care in der Schweiz in den letzten Jahren und Jahrzehnten liest, entdeckt einen gemeinsamen roten Faden: Die Dringlichkeit und Notwendigkeit der Enttabuisierung des Themas Sterben und Tod und das offene Sprechen darüber – vor allem zwischen Ärzten und Patienten.

Auch dazu will diese Synapse einen Beitrag leisten.

*Bernhard Stricker, Redaktor Synapse*

#### **Impressum**

**Anschrift der Redaktion**  
Redaktion Synapse  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
E-Mail: synapse@emh.ch

#### **Mitglieder der Redaktion**

Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH  
Dr. med. Burkhard Gierer, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH  
Dr. med. Karin Hirschi-Schiegg  
Dr. med. Christiane Leupold-Gross, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH  
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH  
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern  
Ruedi Bienz, ehemaliger Geschäftsführer EMH

**Verantwortlicher Fortbildungskalender**  
Dr. med. Julian Mettler,  
E-Mail: julian.mettler@hin.ch  
www.fortbildungskalender-synapse.ch

**Verlag**  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz  
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56  
E-Mail: verlag@emh.ch  
www.emh.ch

© 2021 by EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel. Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, elektronische Wiedergabe und Übersetzung, auch auszugsweise, nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages gestattet.

printed in  
switzerland

**Layout, Satz und Litho**  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Muttenz

**Druck**  
Vogt-Schild Druck AG, Derendingen

**Erscheinungsweise**  
erscheint sechsmal jährlich

**Abonnementskosten**  
Jahresabonnement CHF 50.–

**Inserate**  
Markus Will, Leiter Sales  
Tel. +41 (0)61 467 85 97  
markus.will@emh.ch

«Synapse» im Internet: [www.synapse-online.ch](http://www.synapse-online.ch)

**Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe:**  
15. November 2021



**Ärztgesellschaft  
Baselland**  
Sekretariat der Ärztesgesellschaft Baselland  
Hofackerstrasse 40A, CH-4132 Muttenz  
Tel. 061 465 50 50, E-Mail: aeg-bl@hin.ch  
www.aerzte-bl.ch



**Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel**  
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald  
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel  
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16  
E-Mail: [info@medges.ch](mailto:info@medges.ch)

# «Ziel der Palliativmedizin ist nicht immer die Behandlung der Beschwerden, sondern diesen Beschwerden einen sicheren Raum zu geben»



Marta Mazzoli

## Synapse: Wie definieren Sie Palliative Care?

Dr. med. Marta Mazzoli: Bei der Definition von Palliative Care bin ich extrem streng. Die Definition, an der ich mich – neben der Definition in den Nationalen Leitlinien Palliative Care Schweiz – orientiere, ist diejenige der WHO: «Palliativmedizin ist die aktive, ganzheitliche Behandlung von Patienten, mit einer progredienten, weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf kurative Behandlung anspricht, und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychologischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt.»

Das heisst für mich: Palliative Care ist weder End-of-Life-Care, bzw. nicht nur End-of-Life-Care, noch Tender-Loving-Care. Palliative Care soll schon von der Diagnose einer unheilbaren Erkrankung an infrage kommen und mit dem Patienten und der Patientin und der Familie angesprochen werden. In diesem Zusammenhang haben die palliativen konsiliarischen Dienste in den Spitälern und die palliative Sprechstunde eine prioritäre Rolle, indem sie frühzeitig die Möglichkeit anbieten, den Patienten und die

Familie kennenzulernen, wenn die krankheitsorientierten Behandlungen noch aktiv sind. Wichtig ist, dass Palliative Care ein Teil der Behandlung – und das Palliativteam ein Teil des behandelnden Teams ist.

## Wie nehmen Sie heute das Verhältnis zwischen Palliative Care- und Sterbehilfe-Organisationen wahr? Als Partner oder Konkurrenten?

Der Bundesrat hat am 29. Juni 2011 entschieden, die organisierte Suizidhilfe nicht zu verbieten oder im Gesetz ausdrücklich zu regeln, sondern Palliative Care und Suizidprävention zu fördern. Ziel ist es, die Selbstbestimmung des Einzelnen in der letzten Lebensphase zu stärken. Indem Palliative Care Leiden lindert und unheilbar kranken Menschen ein stabiles Betreuungsnetz bietet, trägt sie in bedeutendem Masse dazu bei, die Selbstbestimmung in der letzten Lebensphase zu stärken.

Ich sehe die Sterbehilfeorganisationen nicht als Konkurrenten für die Palliative Care. Die Sterbehilfeorganisationen bieten im Gegenteil eine wichtige Möglichkeit, die für gewisse Patienten infrage kommen kann und wofür viele Menschen, sogar von anderen Ländern, in die Schweiz kommen möchten. Ich denke, dass eine wichtige Aufgabe der Palliative Care die Unterstützung der Patientinnen und Patienten und der Familie bei der Entscheidungsfindung ist. Dazu gehört auf jeden Fall die Entscheidung zur Freitodbegleitung. Obwohl der begleitete Freitod im Hospiz nicht möglich ist, respektiert das Hospizteam, dass es Menschen gibt, für die der Freitod nach reiflicher Überlegung eine Option ist. Patientinnen und Patienten können Vertreter von Sterbehilfeorganisationen im Hospiz für ein Gespräch empfangen, wenn dies für die Klärung ihrer Anliegen wichtig ist. Die Hospizärzte sind in diesem Fall offen für einen Kontakt mit den Vertretern der Sterbehilfeorganisationen.

## Kann Ihrer Meinung und Erfahrung nach Beihilfe zum Suizid unter Umständen (bei unheilbarer und schmerzvoller

## Krankheit) mit dem ärztlichen Ethos vereinbar sein?

Ich finde es schön, wenn die Rahmenbedingungen klar sind, vor allem die Umstände, die Sie erwähnt haben, müssen klar sein. Ausserdem muss die Patientin oder der Patient nicht nur urteilsfähig, sondern auch gut informiert sein, was er oder sie für Alternativen in der Palliative Care hätte. Die Rolle der Familie muss auch klar sein, am besten sollte die Familie in den Entscheidungsfindungsprozess involviert werden. Die Freitodbegleitung führt für die verbliebene Familie zu weiteren wichtigen Entscheidungen und Konsequenzen, die angesprochen werden müssen. Zum Beispiel bei Fragen wie: Wo soll die Freitodbegleitung stattfinden? Sind die Angehörigen dabei? Benötigen die Angehörigen vor und vor allem danach professionelle Unterstützung?

## Welchen Stellenwert hat Palliative Care heute in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte? Gibt es genügend Lehrstühle für PC?

Ich finde, dass wir in den letzten Jahren schon vieles erreicht haben. Palliative Care hat immer mehr Platz im Medizinstudium gefunden. Seit mehreren Jahren gibt es sogar im ersten Jahr des Medizinstudiums eine Vorlesung zum Thema Palliative Care. Zudem werden interprofessionelle Weiterbildungen für Ärzte etabliert und weiterentwickelt. Seit 2016 haben wir einen Schwerpunkt in Palliative Care. Zudem wurden seit 2011 mehrere Lehrstühle für Palliative Care etabliert. Für die weitere Verankerung der Palliative Care in der Schweiz sind diese Lehrstühle sehr wichtig. Das ist viel mehr als andere Länder zur Verfügung haben. Es gibt aber trotzdem noch Luft nach oben.

## Wo liegen die Grenzen der Palliativmedizin?

Das ist eine ganz gute Frage, vielen Dank! Ich finde, diese Frage gehört zu der noch wichtigeren Frage «Wo liegen die Grenzen der Medizin?» und vielleicht auch «Wo liegen unsere eigenen Grenzen?» Wenn wir später bei diesem Interview die Indikationen zur spezialisierten Palliativmedizin erwähnen, werden wir sofort

verstehen, dass viele Beschwerden nicht lösbar oder behandelbar sind. Diese schwierigen Beschwerden betreffen nicht unbedingt die körperlichen Beschwerden wie Schmerzen, Atemnot oder Übelkeit, sondern mehr das psychosoziale oder spirituelle Leiden der Patienten. Rückenschmerzen kann man in der Regel erfolgreich behandeln, im Gegensatz zu familiären Konflikten oder dem psychischen Leiden beim Autonomieverlust. Es wäre nicht realistisch, zu sagen, dass die Palliativmedizin alle diese Beschwerden erfolgreich behandeln kann. Ziel der Palliativmedizin ist nicht immer die Behandlung der Beschwerden, sondern diesen Beschwerden einen sicheren Raum zu geben, wo man darüber sprechen und sich damit auseinandersetzen darf.

### **Kann Palliativ-Medizin in jedem Fall Schmerzen verhindern?**

Nein! Die Komplexität und die Herausforderung der Palliativmedizin ist, dass wir es oft mit multidimensionalen Beschwerden zu tun haben. Das klassische Beispiel ist der Begriff der «Total Pain». Schmerz hat nicht nur eine körperliche, sondern auch eine psychische, soziale und spirituelle Dimension. Deswegen ist in der Palliativmedizin ein multiprofessionelles Team entscheidend. Manchmal erfolgt die erfolgreichere Behandlung der Schmerzen in der Palliative Care nicht durch das Opioid (oder nicht nur), sondern durch die Begleitung durch die Psychologin, den Seelsorger oder die Musiktherapie.

### **Kann man sich als Patient Ihrer Meinung und Erfahrung nach aufs Sterben vorbereiten?**

Wie definieren wir einen Patienten? Patient ist ein medizinischer Begriff, mit dem ein Mensch bezeichnet wird, der ärztlich behandelt wird. Ich denke, wenn wir warten, bis wir selber zum schwerkranken Patienten werden, könnte es zu spät sein, um uns auf unser Sterben vorzubereiten. Ich glaube, wir sollten das Leben geniessen und versuchen, unsere Resilienz zu stärken. Ausserdem würde ich auch sagen, dass wir offener über das Thema Sterben und Tod miteinander sprechen sollten. Dabei könnte sicher das Ausfüllen einer Patientenverfügung oder Advance Care Planning dienen.

### **Das Hospiz im Park ist eine Klinik mit öffentlichem Auftrag für Palliative Care. Was heisst das konkret? Worin besteht der öffentliche Auftrag?**

Es stimmt, das Hospiz hat von den Kantonen Basel-Landschaft und Basel-Stadt

einen Leistungsauftrag für Palliative Care erhalten. Das heisst konkret, dass wir bis zu zehn Patienten mit der entsprechenden Indikation für spezialisierte Palliative Care aufnehmen und betreuen dürfen. Die Indikationen basieren auf dem biopsychosozialen Medizinmodell. Auch hier kann man sehen, wie die Indikationen der Komplexität der spezialisierten Palliative Care entsprechen. Bei den Indikationen legen wir speziellen Wert auf die multidisziplinäre Zusammenarbeit mit den Zuweisern (Hausärzte oder Spitalärzte).

Die stationäre Abteilung ist sicher aktuell unser Kerngeschäft. Daneben bieten wir auch palliative Sprechstunden und Hausbesuche an. Das Ambulatorium ist uns sehr wichtig, da die Patienten dadurch die Möglichkeit haben, uns früh im Verlauf der Krankheit kennenzulernen (Early Palliative Care). Ein anderes wichtiges Angebot im ambulanten Setting ist die Infostelle Baselland, wo Hausärzte, Pflegefachpersonen, Angehörige und Betroffene uns anrufen und sich erkundigen können, welche Versorgungsmöglichkeiten bezüglich Palliative Care im Kanton Basel-Landschaft bestehen. Das von Frau Dr. h.c. Vreni Grether gegründete Hospiz im Park feiert dieses Jahr übrigens sein 25-jähriges Jubiläum.

### **Sie haben als Onkologin und Palliativmedizinerin in Italien und der Schweiz gearbeitet. Wie unterscheiden sich die beiden Länder bezüglich (Förderung von) Palliative Care?**

Die Palliative Care in Italien ist gut entwickelt. Vor allem bei den mobilen palliativen Teams, die für die häusliche Betreuung der Palliativpatienten zuständig sind, ist der Unterschied extrem. In Italien gehört die palliative Betreuung zu Hause zum Hospizaufenthalt, was für die Patienten und die Kontinuität der Betreuung sehr hilfreich ist. Das heisst: In der Regel ist das gleiche Team, das im Hospiz stationär arbeitet, für die Patienten zu Hause zuständig. Das hat sicher auch mit dem kulturellen Hintergrund meines Heimatlandes zu tun. Die italienische Familie ist kulturell geprägt dazu bereit, die Angehörigen zu Hause zu betreuen. Wenn es nicht möglich ist, dass die Angehörigen rund um die Uhr die Betreuung übernehmen können, wird oft eine Betreuerin angestellt, die beim Patienten übernachten kann. Ich glaube, das wäre in der Schweiz vor allem finanziell nicht tragbar.

### **Wie hat die Corona-Pandemie die Palliativmedizin (bzw. Ihre Arbeit im Hospiz im Park) verändert?**

Die grösste Herausforderung war während des Lockdowns, als überall Besuchsverbot galt, ein menschwürdiges Lebensende bei den Palliativpatienten zu gewährleisten, vor allem mit liebevoller Pflege und im Beisein der Familie, und gleichzeitig die Schutzmassnahmen zu respektieren. Das war hart und schmerzhaft! Trotzdem bin ich der Meinung, dass die Corona-Pandemie auch positive Auswirkungen hatte. Die Pandemie hat gewisse Themen, die zur Palliative Care gehören, näher an die Menschen gebracht. Zum Beispiel sind Überlegungen und Gespräche zur Patientenverfügung, Advance Care Planning oder Notfallplanung plötzlich nötig und dringend geworden. Ich hoffe, dass diese Kultur bleiben wird.

### **Sie sind seit dem 1. Januar 2021 neue Chefärztin im Hospiz im Park. Welche (Zwischen-) Bilanz ziehen Sie nach einem halben Jahr?**

Ich bin so erleichtert, dass wir seit wenigen Monaten fast wie vor der Pandemie arbeiten dürfen. Das ist wirklich das Wichtigste. Ausserdem arbeiten wir alle daran, dass wir uns als Team finden können. Ich glaube, gemeinsame Ziele aufbauen zu können, war meine erste Aufgabe. Wo wollen wir hin? Welches sind unsere Werte und Wünsche als Team? Wie wollen wir uns positionieren? Parallel dazu wird der Stiftungsrat mit dem Managementteam die strategische Weiterentwicklung des Hospiz im Park proaktiv weiterbearbeiten.

### **Eine persönliche Frage zum Schluss: Wie wünschen Sie sich Ihr eigenes Lebensende?**

Eigentlich wünsche ich mir vor allem, dass ich bei meinem Lebensende ein Vorbild für meinen Sohn sein werde. Ich bin davon überzeugt, dass meine Aufgaben als Mutter nur erfüllt sind, wenn ich meinem Sohn gezeigt habe, wie man sterben soll. Ich wünsche mir, dass ich nicht allein sterben muss und dass ich liebevoll begleitet werde. Ich hoffe, dass ich und meine Familie loslassen dürfen. Was ich meinem Team oft sage ist, dass jeder sterben soll oder darf, wie er gelebt hat.

*Die Fragen stellte Bernhard Stricker, Redaktor Synapse*

**Dr. med. Marta Mazzoli** ist Chefärztin im Hospiz im Park, Klinik für Palliative Care in Arlesheim

# Ambivalente Erfahrungen geriatrischer Kliniken mit der Covid-Pandemie

Wie hat sich die Covid-Pandemie auf die Betreuung und Behandlung von betagten Menschen in geriatrischen Kliniken in Basel ausgewirkt? Dr. med. Tobias Meyer (Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER) und Dr. med. Bernard Flückiger (Adullam-Spital) ziehen in dieser Synapse eine Zwischenbilanz.

## Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER: Gemeinschaft trotz Masken und Distanz

Als im März 2020 die Corona-Pandemie die Schweiz erreichte, stand die Universitäre Altersmedizin FELIX PLATTER mit rund 300 stationären Betten in den Bereichen Akutmedizin, geschützter Alterspsychiatrie und Rehabilitation plötzlich im Fokus des Geschehens. Inzwischen hat sich dieser Fokus dank der wirksamen Impfung verändert. Die Erfahrungen jedoch hallen bei den Mitarbeitenden nach. Dass diese nicht nur negativ wahrgenommen werden, zeigen die Eindrücke in folgendem Beitrag.

Dr. med. Yves Meier, Oberarzt der Covid-Kohorte, in der teilweise bis zu 60 Patienten gleichzeitig behandelt wurden, beeindruckten vor allem die zahlreichen «Gesichter» der Covid-19-Erkrankung. Nach oft symptomarmem Beginn und anschliessend stabiler Phase von 4 bis 7 Tagen seien die unterschiedlichsten Krankheitsverläufe möglich. Neben weiterer Genesung trotz biblischem Alters kämen beispielsweise Fälle von «stiller Hypoxämie» vor, was heisse: SpO<sub>2</sub>-Sättigungen von lediglich 60% bei ansprechbaren Patienten. Auch Superinfekte machen die medizinische Fallführung herausfordernd. Dies und die Betreuung der verunsicherten Patienten und ihrer Angehörigen beschreibt Meier als «emotional zehrend». Als hilfreich bezeichnet er die Arbeit im Team und die zunehmende klinische Erfahrung, welche den heutigen Behandlungsstandard definiert. Dieser besteht aus dem präventiven Einsatz von Gerinnungshemmern und Dexamethason, der Substitution von Flüssigkeit und Behandlung von Elektrolytstörungen (Hypernatriämie, Hypokaliämie), dem frühzeitigen Sampling von Kulturen und Einsatz von Breitbandantibiotika bei drohendem Superinfekt sowie der laborchemischen Überwachung (alle 2 Tage Elektrolyte, CRP, proCT, regelmässige D-Dimere).

Die positive Teamarbeit wird auch von Susie Holzemer, Pflegeexpertin der geschützten Alterspsychiatrie, hervorgehoben. Einige ihrer Kolleginnen hätten die Arbeit auf der Covid-Kohorte gefürchtet. Durch die Solidarität untereinander habe der Einsatzplan aber stets erfüllt werden können. Drohende Engpässe in der Pflege wurden mit Hilfe von Physio- oder Ergotherapeuten überbrückt, die Mitarbeitenden der Seelsorge unterstützten die

Teams mit «in sich kehrenden Momenten». Erschwerend im Stationsablauf war und bleiben die vorgeschriebenen Isolationen von «nicht ansprachefähigen» Patienten. Diese einzuhalten bedurfte zusätzlicher baulicher Massnahmen (Einbau von unsichtbaren Türen). Das Verlassen des Zimmers ist für die Patienten in den Mini-Kohorten eine «kleine Freiheit». Das sehr stark belastende Besuchsverbot wurde durch Ausnahmeregelungen erträglich gestaltet. Dazu gehörten Palliativsituationen und der drohende Verlust der Beziehung von dementen Patienten zu ihren nahen Angehörigen.

Neuere Kommunikationsmittel wie Video-Telefonie nutzte plötzlich nicht nur die Pflege, auch die Therapiedienste wechselten teilweise auf Tele-Therapie. Eva von Felten, Co-Leiterin Therapien, äussert, dass vor allem der funktionelle Verlust der Selbstständigkeit durch die Isolation gross sei. Geeignete Patienten würden daher via Tablet instruiert. In Isolation jedoch seien Therapien wie Mobilisation oder Lagerung «intensiver und körperlich anstrengend». Die Schutzkleidung behindere die Kommunikation und Beweglichkeit erheblich. Die Vorbereitung der Therapie sei viel präziser, das Zimmer könne im Schutzanzug schliesslich nicht verlassen werden. Ausdruck notwendiger Kreativität in der Situation seien zum Beispiel alternative Hilfsmittel wie Mineralflaschen als Hanteln. Trotz oder gerade wegen der Improvisation in der Krise seien die oft einsamen und verängstigten Patienten sehr reдеbedürftig und dankbar für Therapie gewesen.

Die Kommunikation zu Patienten und Mitarbeitenden war für das Sicherheitsgefühl zentral. Um eine aktive, rasche, konsistente, einfach verständliche Information an alle Zielgruppen der Belegschaft sicher-



zustellen, führte Sindy Schmiegel, Leiterin Marketing und Kommunikation, kurzerhand eine neue Mitarbeitenden-App (Beekeeper) ein. Das Intranet, Plakate, Briefe, Broschüren und Q&As halfen, die sich laufend ändernde Situation kommunikativ zu begleiten. Um in der allgemeinen «Infodemie» nicht unterzugehen, wurde «menschlich und eher zum Herzen als zum Hirn» kommuniziert. Der wichtigste Kanal für Information an die Belegschaft bleibt die direkte organisatorische Linie innerhalb der Berufsgruppen. Urs Werner, Verantwortlicher Human-Resources-Projekte, skizziert eine lange Liste von Herausforderungen, welche mit der Pandemie auf seine Abteilung einprasselte: unzählige neue Formulare, Merkblätter, Passierscheine, Atteste, daneben die Klärung arbeitsrechtlicher Fragen, die Organisation von Ersatzpersonal, Hotelbetten, Kinderbetreuungen und vieles mehr. Neben den administrativen Aufgaben waren Personalbetreuung, Rekrutierung und Forderungen der Personalverbände zu meistern. Schlussendlich half das HR administrativ bei den über 3300 durchgeführten PCR-Abstrichen beim Personal.



Tobias Meyer

Dr. med. Tobias Buser, Personalarzt, berichtet von einem sieben Mal höheren Zeiteinsatz seinerseits seit Beginn der Pandemie. Nicht nur das Durchführen

der Impfung oder die Testung aller Mitarbeitenden, sondern auch das Erheben von Information, das Controlling und die Meldungen dieser Resultate an Behörden fordern den personell kleinen Dienst stark heraus. Die Mitarbeitenden sind aufgrund der Pandemie viel intensiver als mögliche Vektoren zur Verbreitung der Infektion in den Fokus geraten. Dasselbe gilt auch für den Reinigungsdienst, dem Anita Lamprecht vorsteht. Sie listet als zusätzliche Aufwände deshalb die Schaffung spezieller «Isolationsteams für die Covid-Kohorte» auf. Tägliches Briefing, neue Schulungen, mehrfacher Wechsel von Reinigungsmitteln aufgrund der allgemeinen Materialknappheit (Masken, Handschuhe, Desinfektionsmittel) und die Kompensation

von Ausfällen sind weitere Punkte, die dieser unverzichtbare Dienst geleistet hat und weiterhin leistet. Noch viele betroffene Abteilungen liessen sich in derselben Art anfügen. Fazit der Erfahrungen aus der UAFP: Die Covid-Pandemie hat uns viel Kummer und Arbeit beschert. Aber Covid hat uns gezeigt, was wir als Team zu leisten imstande sind. Das macht Mut für die Zukunft, und dafür sind wir sogar ein wenig dankbar.

Verantwortlich: Dr. med. Tobias Meyer

**Dr. med. Tobias Meyer**, Leitender Arzt akute Altersmedizin, Leitung Covid-Krisenstab UAFP

## Adullam-Spital: Belastende Situationen für alle

**Die Covid-Pandemie bleibt den befragten Fachpersonen im Adullam-Spital Basel (bezüglich des Umgangs mit Patientinnen und Patienten) als eine sehr herausfordernde sowie auch belastende Zeit in Erinnerung. Nachfolgend ziehen ausgewählte Personen aus verschiedenen Berufsgruppen eine subjektive Zwischenbilanz.**



### Johannes Thut, Seelsorger:

«Bei meinen Besuchen auf der Covid-Station bin ich auf Menschen in grosser Angst und Verunsicherung gestossen. Dieses Virus konnte nicht eingeordnet werden. Was macht es mit mir? Diese Frage trieb die Menschen um. Als Seelsorger baute ich Brücken zwischen den Menschen und versuchte, existenziellste Nöte abzubauen. In der Erinnerung bleibt mir ein Mann haften, der aufgrund seiner Atemnot sehr unruhig war. Aus früheren Begegnungen wusste ich, dass Religion ihm wenig bedeutete. In der Situation der Atemnot traf ich ihn an. Ich ergriff seine Hand. Der Patient war sehr froh um den Halt. Aus der Situation heraus sprach ich ein Gebet: Er wurde zusehends ruhiger. Menschen mit vielen Fragezeichen und Skepsis punkto Religion waren froh um ein Gebet und Zuspruch.»

### Elena Wilke, Pflegefachfrau und stellvertretende Stationsleiterin:

«Der Fokus in der Corona-Krise lag ganz klar darauf, so viele Leben wie nur möglich zu retten. Generell wurde in vielen Spitälern eine massive Aufrüstung von Beatmungsgeräten, Intensivkapazitäten und Krankenhausbetten betrieben. Das war meiner Meinung auch alles richtig gehandhabt worden. Doch bei alldem sind jene aus dem Blickfeld geraten, bei denen das Überleben keine Option mehr darstellt. Beim Kampf um das Retten von Leben hat man ein Stück weit die sterbenden Menschen und deren Begleitung vergessen. Ich erhoffe mir ein politisches Signal, dass man durch die Pandemie und die Tatsache, dass durch sie so viele soziale Bindungen zerschellt sind, die Bedeutung einer ganzheitlichen Pflege und Versorgung endlich erkannt hat. Nicht nur funktionierende rettungsmedizinische Ketten sind von Bedeutung, sondern auch zum Beispiel Palliative Care. Wir benötigen grundlegend finanzielle Unterstützung im Gesundheitswesen, um handlungsfähige Netzwerke aus Mediznern, Pflegepersonal und Hausärzten aufzubauen. Menschen haben ein Recht darauf, nicht einsam, sondern würdevoll zu sterben.»

### Julian Biggel, Oberarzt:

«Vor allem die zweite Welle kam äusserst schnell und intensiv, sodass alle Disziplinen an der Belastungsgrenze arbeiten mussten. Dass es sich bei Covid

nicht «nur» um eine einfache Grippe welle handelte, bekamen wir deutlich zu spüren. Aussergewöhnliche Symptome wie etwa ein nicht beherrschbares Kältegefühl, aber auch akute, teils schwerste Atemnot, welche häufig um ca. eine Woche zeitversetzt auftrat, waren charakteristisch. Neben der leider nur beschränkten medikamentös-therapeutischen Optionen (vor allem Dexamethason sowie prophylaktische Heparinisierung) nahm eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit eine wichtige Rolle ein. Wesentlich war auch eine gute Einführung der Assistenzärzte sowie eine Kader- und assistenzärztliche Doppelbesetzung an Wochenenden, um dem Mehraufwand Rechnung zu tragen. Auch ein enger fachlicher Austausch mit den umliegenden Spitälern trug zur Verbesserung der Behandlung massgeblich bei.»

### Angela Möck, Physiotherapie:

«Grosse Betroffenheit empfand ich, als ich Patienten und Patientinnen so stark erschöpft erlebt habe, die bei mir kurz zuvor noch in ambulanter physiotherapeutischer Behandlung waren. Mitzuerleben, dass sie ohne die nächsten Angehörigen isoliert waren und sterben mussten, ging mir sehr nahe. Mangelndes Wissen über das Krankheitsbild und über Möglichkeiten zur Verbesserung des Zustands verunsicherten mich. Das Arbeiten mit Schutzkleidung, besonders die Mund-Nasen-Masken, war neu und stellte ein zusätzliches Hindernis dar.



Bernard Flückiger

Verantwortliche Mitarbeitende der anderen Dienste auf der Covid-Station konnten wegen des verdeckten Gesichts nur mit Mühe erkannt werden, was die Zusammenarbeit erschwerte.»

**Gerolamo Carpentieri, Hygieneverantwortlicher:**

«Bereits Ende Februar des letzten Jahres beriefen wir einen interdisziplinären

Krisenstab ein zur koordinierten Umsetzung des innerbetrieblichen Pandemiekonzepts. Neben der Beschaffung und geordneten Verteilung des Schutzmaterials war eine korrekte Umsetzung der Hygiene- bzw. Schutzmassnahmen massgebend. Insbesondere die Häufigkeit und Intensität der Reinigung und Desinfektion aller Räumlichkeiten wurden erhöht. Über die der Pandemiesituation immer wieder angepassten Schutzmassnahmen des Krisenstabs wurden alle potenziell betroffenen Kreise wie Mitarbeitende, aber auch Patienten und deren Angehörige, laufend über die gängigen Kanäle (Intranet, Website, aber je nachdem auch brieflich und persönlich) informiert.»

**Martin Birrer, Direktor:**

«Dass wir anderthalb Jahre nach Ausbruch der Pandemie potente Impfstoffe zur Verfügung haben, ist eine enorme Errungenschaft. Bereits über 80% der Hochbetagten und auch sehr viele Mitarbeitende haben sich erfreulicherweise

impfen lassen. Als die Ansteckungen im März 2020 stark anstiegen, war rasches Handeln zentral. Die sofortige Einrichtung einer Corona-Station im Adullam-Spital erwies sich als goldrichtig. Nur so konnten bereits infizierte Betagte medizinisch und pflegerisch adäquat versorgt und die grosse Mehrheit vor einer Ansteckung wirksam geschützt werden.

Für die Bewältigung dieser Krise war eine aktive und ehrliche Kommunikation zentral. Gefahren nicht verharmlosen und Ängste ansprechen, aber auch Einsatz und Solidarität einfordern: Letztlich geht es um Authentizität und konsequentes Handeln, ohne die Menschlichkeit im Umgang miteinander zu vergessen. Das nehmen wir gerne auch in normalere Zeiten mit.»

*Verantwortlich: Dr. med. Bernard Flückiger*

**Dr. med. Bernard Flückiger** ist  
Chefarzt des Adullam-Spitals in Basel

Patientenverfügung

## Im Labyrinth der Patientenverfügungen – ein Blick nach vorn

Die Patientenverfügung in der Schweiz, wie sie uns heute in weiterentwickelter Form und in verschiedenartigster und zahlreicher Variation vorliegt, geht auf die Gründung von «EXIT A.D.M.D. (Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité) Suisse romande» in Genf und «EXIT (Deutsche Schweiz) Vereinigung für humanes Sterben» in Zürich im Jahr 1982 zurück. Mit der aus den USA mitgebrachten Idee der Patientenverfügung gab es damit erstmalig eine Abwehrmöglichkeit gegen das für viele Menschen bedrohliche Szenario von «zu vielen Schläuchen am Lebensende». Für die EXIT-Organisationen bedeutete sie ein Kampfinstrument gegen die Medizin und ihre Behandlungsmöglichkeiten. Die im Zivilgesetzbuch geregelte Patientenverfügung (Art.370-373 ZGB) unterliegt einer vergleichsweise geringen Formstrenge und ist mithin leicht zu errichten. So muss diese lediglich schriftlich abgefasst (nicht zwingend handschriftlich), datiert und von der verfügenden Person eigenhändig unterzeichnet sein. Im Zeitpunkt der Errichtung der Patientenverfügung muss die verfügende Person jedoch urteilsfähig sein, d.h.

sich in der Lage befinden, die Tragweite ihrer Anordnungen zu verstehen und so weit wie möglich abzuschätzen, welche Folgen diese in einem bestimmten Krankheitszustand hätten. Die Patientenverfügung, angelegt für den Zustand der Urteilsunfähigkeit des Betroffenen, setzt aber die Patientenaufklärung im Sinne eines «informed consent» nicht voraus, im Unterschied zur Einwilligung in unmittelbare medizinische Massnahmen. Galt die Patientenverfügung zu Beginn als Abwehrmöglichkeit von Behandlungsmassnahmen im Zustand der Urteilsunfähigkeit, beinhaltet sie heute immer mehr auch Formulierungen zu Wünschen von Massnahmen, z.B. im palliativen Bereich. Der heutige Anspruch an eine Patientenverfügung umfasst im Wesentlichen drei Punkte: Sie soll Klärungsinstrument sein, das der verfügenden Person erlaubt, die eigenen Prioritäten bei einer schweren Erkrankung zu reflektieren; sie soll Kommunikationsinstrument sein, das die Führung emotional schwieriger Gespräche unterstützt und sie soll Entscheidungsinstrument für Situationen der Urteilsunfähigkeit sein. Sie muss Qualitätskriterien erfüllen, die rechtlich vorgegeben sind.

**Rechtlich und ethisch handlungsweisend**

Die Patientenverfügung ist seit dem am 1.1.2013 in Kraft gesetzten, neuen Erwachsenenschutzrecht auf Bundesebene geregelt und festgeschrieben (Art. 370–373 ZGB). Im Gegensatz zur rechtlichen Grundlage finden sich im ZGB allerdings keine Angaben zu einer ethischen Verbindlichkeit einer Patientenverfügung, diese ist jedoch durch Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) gestützt und wurde durch die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) bestärkt. Eine Patientenverfügung ist rechtlich und ethisch handlungsweisend, d.h. die Ärztin bzw. der Arzt entnimmt aus der Patientenverfügung, in welcher Situation welche medizinische Massnahme zu unterlassen sind. Es empfiehlt sich daher eine aktive und regelmässige Aktualisierung einer Patientenverfügung, damit der geschriebene Wille einer PatientIn dem tatsächlichen Willen in einer aktuellen Entscheidungssituation entspricht oder zumindest möglichst nahe ist. Eine nationale Übersichts-Dokumentation aus dem Jahr 2013, erstellt von Dr.



Christiane Leupold-Gross

Heinz Rüeegg am Institut Neumünster in Zürich, im Auftrag von Curaviva (Verband Heime und Institutionen Schweiz), stellt 37 (!) solcher Patientenverfügungen unterschiedlicher Anbieter vor. Und das ohne Anspruch auf Vollständigkeit – ein wahres Labyrinth!

Aktuell laufen auf verschiedenen Ebenen Bemühungen um eine Straffung und Verbesserung des Angebots von Patientenverfügungen. Als Ärztin in der Praxis ist es naheliegend, dass mich besonders die Entwicklung der Patientenverfügung der FMH, die es in einer Kurz- und einer Lang-

version gibt und die bei vielen unter uns als mittlerweile ungeeignet gilt, interessiert. Wie Frau Dr. iur. Caroline Hartmann von der Abteilung Rechtsdienst der FMH, Projektleiterin und Mitglied der Arbeitsgruppe «Revision Patientenverfügung FMH», im Gespräch mir gegenüber erläuterte, ist die FMH in ihrer Vorarbeit bereits weit fortgeschritten und zuversichtlich, im Herbst 2021 die neue Variante, weiterhin in Kurz- und Langversion, in die Vernehmlassung bringen zu können.

#### **Beratungspflicht oder -empfehlung?**

Auch wenn es zu früh ist, bereits heute über Inhalte und Formulierungen der neuen FMH-Patientenverfügung berichten zu wollen, wird es spannend sein, dass die Arbeitsgruppe der FMH in ihrem Vorschlag keine Beratungspflicht im Sinne eines Obligatoriums für die Errichtung einer Patientenverfügung vorsieht, wenn auch eine Beratung durch eine Fachperson dringlichst empfiehlt.

Eine Beratungspflicht scheint ein Kern- und Knackpunkt zu sein, an dem sich kommende Vorschläge zur Patientenverfügung unterscheiden werden: So sieht offenbar das BAG, für dessen Neuauflage der Patientenverfügung neu eine Zusammenarbeit mit der SAMW besteht, in sei-

nem Rahmenkonzept eine solche Beratungspflicht vor. Auch die Stiftung Dialog Ethik in Zürich empfiehlt eine Beratung für die Erstellung einer Patientenverfügung, v.a. bei Verfügenden in einer Krankheitsituation. Sie sieht eine solche nicht etwa als Entmündigung, sondern elementar als Basis für die Formulierungen in Bezug auf Selbstbestimmung und Autonomie. Wird die Beratung durch die behandelnde Ärztin bzw. behandelnden Arzt durchgeführt, unterstützt der Erstellungsprozess die Arzt-Patienten-Beziehung, wie mir Frau Patrizia Kalbermatten, Leiterin Fachbereich Patientenverfügung und Arzt-Patient-Dialog, bestätigte. Allerdings kann es keine Beratungspflicht geben, solange diese nicht gesetzlich festgelegt ist, und dies ist bisher nicht der Fall. Es wird sehr interessant sein, die Entwicklungen rund um die Patientenverfügungen in der Schweiz zu beobachten. Die Redaktion der SYNAPSE plant, dieses Thema im Frühjahr 2022 in der Publikumsausgabe mit einem Übersichtsartikel und dem Schwerpunkt auf die neue FMH-Patientenverfügung nochmals ausführlich aufzunehmen.

*Dr. med. Christiane Leupold-Gross,  
Mitglied Redaktion Synapse*

#### Leserbriefe

### **Zu Synapse 4/2021: «Deckel drauf» – zum Dritten**

In der Synapse vom August dieses Jahres fanden sich zwei Artikel, zwei Perspektiven zum Thema «Deckel drauf». Ich möchte dazu eine dritte Perspektive hinzufügen. Nämlich den Hinweis auf den ganz wichtigen Artikel zur Baumolschen Kostenkrankheit in der Ärztezeitung vom 27.6.2018, SAeZ 2018.9(2627): 874–77. Darin wird beschrieben, wieso ökonomisch gesetzmässig die Kosten aller Produkte und Dienstleistungen steigen müssen, die nicht in Stückzahl, in Quantität hergestellt

werden, hergestellt werden können, sondern wo die menschliche Präsenz unabdingbar ist, von Kunst bis Gesundheitswesen. Und dass unsere Volkswirtschaften die Kosten auch problemlos tragen können. Dass es «nur» darauf ankommt, sie gerecht und tragbar zu verteilen auf die wirtschaftlich unterschiedlich starken Individuen und auf die Allgemeinheit. Natürlich kommen zu diesem basalen Aspekt die hinlänglich bekannten Aspekte von der Alterung unserer Gesellschaft und

vom Unterschied zwischen Kostenanstieg im Gesundheitswesen und Kostenanstieg bei den Prämien hinzu. Also wir sollten uns nicht ins Bockshorn jagen lassen und gegen die Interessen der Kranken und der sie Betreuenden einen starren und unmenschlichen «Deckel drauf» applizieren. Suchen wir stattdessen Wege zur gerechten Verteilung! Herzlich!

*Dr. med. Hans Ueli Gerber, Hausarzt im  
Ruhestand und Patient*

### **Zu Synapse 4/2021: «Globalbudget»**

Liebe Frau Gilli,  
Ihrem sehr berechtigten Artikel über das Globalbudget sind drei Zitate von Ärztinnen in Deutschland angefügt. Aber die gleichen Probleme bestehen mittels der Rechnungsstellerstatistik auch in der Schweiz, nur verdeckter: Als ich vor mehr als 12 Jahren in einem Kalenderjahr – das spielt ja absurderweise eine Rolle für die Statistik - gleich drei aufwändige Palliativpatienten betreute (eine ALS-Patientin, die nur mehr mit den gefilmten Augenbewegungen auf dem PC schreiben konnte, bis zum Tod im APH; einen alten Down-

Syndrom-Patient bis zu seinem Tod an einer Aspirationspneumonie in einer primär agogisch orientierten Einrichtung, so dass ich einen Teil der professionellen Pflegeversorgung selbst übernehmen musste, und die psychotische Dekompensation einer alten Patientin zuhause zunächst ohne Spitex-Hilfe), bekam ich prompt ein Jahr später eine Mahnung der *santé-suisse*. Meine schriftliche Darstellung der drei Fälle hatte gar keine Relevanz; «Schauen Sie, dass die Zahlen im nächsten Jahr wieder stimmen», war die lakonische Antwort.

Die Neurologin Kathi Schweigert vom USB hat mich am Tag nach dem Tod der ALS-Patientin angerufen und gebeten, die hausärztliche Betreuung für den nächsten ALS-Patienten zu übernehmen. Ich musste ihr sagen, dass ich das nicht leisten kann, nicht nur aus Zeit- und Kraftgründen, sondern wegen der Gefahr der Regressforderung durch die Versicherer. So sieht die Wirklichkeit aus, auch in der Schweiz.

*Wilburg Keller Roth*



# Sterbehilfe – vom Tod her gedacht



Paul Bernhard Rothen

Der Prozess des Sterbens lässt sich wissenschaftlich erforschen und beschreiben. Wohin er aber führt, das entzieht sich einem allgemein überprüfbareren Wissen. Denn «die Toten loben dich nicht», sagt der alttestamentliche Psalm. Niemand kann eine Kommunikation mit den Toten aufbauen, die sich wiederholen, standardisieren und für alle empirisch zugänglich machen lässt. Man kann mit guten Gründen bezweifeln, dass die Toten weiterleben. Man kann aber mit ebenso guten Gründen glauben, dass dies der Fall ist. Weder das eine oder das andere lässt sich demonstrieren und beweisen. Viele Menschen entwickeln sehr bestimmte Vorstellungen, was im Tod sein wird. Doch kein Vernünftiger wird den Anspruch erheben, er wisse es, und jeder, der etwas anderes denke, sei ein Dummkopf. Wohin der Prozess des Sterbens führt ist kein Gegenstand des Wissens. Es ist eine Frage des Glaubens, also der Religion, oder juristisch präziser gesagt: Eine Frage der Konfession. Ein Mensch kann nur bekennen, an wen oder an was er glaubt, wenn er etwas sagen will über das Ende des Sterbens, den Tod.

## Konfessionell geregelte Sterbehilfe

Deshalb ist es für einen Pfarrer ein Privileg, dass er Menschen auf ihre Konfession ansprechen und sie mit dieser Legitimation durch den Prozess des Sterbens begleiten kann. Er darf das tun im Hinblick auf das Ziel, zu dem er sich aktenkundig bekannt hat. Ein Beispiel: Ein Sterbender, zu dem ich gerufen wurde, versuchte sich qualvoll verständlich zu machen – bis ich realisierte, dass er das Sterbesakrament von mir haben wollte. Ich wandte mich an die Heimleitung, die mich hatte rufen lassen. Diese blätterte durch die Akten und bestätigte: Ja, der Mann sei katholisch. Er sei zwar immer gern in den evangelischen Gottesdienst gegangen. Aber nun war offenbar etwas Elementareres gefragt. Wir riefen einen

katholischen Priester, damit dieser dem Mann geben konnte, wonach er seiner Konfession gemäss verlangte.

Auf viele Arten habe ich erlebt, wie Menschen während ihres Sterbens zurückgeworfen wurden in ihre evangelische Konfession, die ihnen vielleicht während Jahrzehnten gleichgültig gewesen war. Das Unservater, der Psalm 23 oder alte Trotz- und Vertrauenslieder erwiesen sich als tragend und tröstend: «Mit unsrer Macht ist nichts getan, wir sind gar bald verloren.» Diese einfache Formulierung hat oft besonders Männer erschüttert. Die Möglichkeit, dem Schöpfer für gute Tage zu danken und für Unrecht, das man längst Verstorbenen angetan hatte, um seine Vergebung zu bitten, war ein Segen. Vor allem aber war es hilfreich, wenn die Sterbenden tatsächlich Adieu sagen konnten: Wenn sie ihre Nächsten nicht einem blinden Schicksal überlassen, sondern Gott anbefehlen und noch einmal seine Gnade für sie erbitten konnten. Das alles konnte dazu beitragen, dass ein Friede, der höher ist als die Vernunft, sich in die Kämpfe des nahenden Todes legte. «Wenn ich einmal soll scheiden, so scheide nicht von mir. Wenn mir am allerbängsten wird um das Herze sein, so reiss mich aus den Ängsten, kraft deiner Angst und Pein!» So haben es viele Generationen am Karfreitag gesungen, und haben sich damit vorbereitet auf den Tag, der auch ihnen Kummer und Angst bereiten würde. Und viele sind dann tatsächlich dieser ihrer Konfession gemäss ins Unbekannte, in den Tod geleitet worden.

## Sterbehilfe ohne ein offenes Bekenntnis?

Deshalb müssen sich die sogenannten Sterbehilfeorganisationen eindringlich fragen lassen: Woher schöpfen sie die Zuversicht, dass sie den Sterbenden tatsächlich helfen? Was alle gemeinsam beobachten können, ist der Prozess des Sterbens. Den kann ein Medikament friedlich gestalten. Doch was sagt das über den Zustand nach dem Sterben? Das Sein oder das Nichtsein im Tod? «Schlafen, schlafen...», wollte Shakespeares Hamlet, «und vielleicht auch träumen...» Und schreckte deshalb davor zurück, sich selber zu töten. «Das ist's: Was in dem Schlaf für Träume kommen mögen»: Wer weiss das?

## Flucht vor der Verantwortung

Jeder hat seinen Glauben, lautet die harmlose Formulierung, die Respekt signalisieren

will und das nur tun kann um den Preis, dass ein jeder einer letzten Einsamkeit preisgegeben wird. Jeder muss für sich selber zu seinem privaten Religionsstifter werden.

Das aber zeugt nicht nur von Unglauben, sondern auch von Unvernunft, oder besser gesagt: Von der Flucht vor der Verantwortung, Wichtiges zu Ende zu denken. Denn die Wenigsten massen sich wirklich an, dass sie informiert seien über das, was auf den Prozess des Sterbens folgt. Bei ruhiger Vernunft ist allen klar, dass sie Ahnungen, Vorstellungen, Ängste, Wünsche, Hoffnungen haben, aber nichts wissen.

Der grosse Lehrer der östlichen Völker, Prinz Gothama, der Buddha, hat seinen Schülern versichert, dass er nach langem Suchen erleuchtet worden sei und die Kette des Leidens durchschaut habe und ihnen nun sagen könne: Nach dem Tod warte eine neue Geburt. Und wer dem Leiden in diesem Leben ausweiche, müsse dann bei der Wiedergeburt umso grösseres Leid erdulden. Christus wiederum hat in seiner Bergpredigt die Leidenden seliggesprochen und hat seine Jünger gewarnt: Nicht diejenigen kommen in das Himmelreich, die zu ihm «Herr! Herr!» sagen, sondern diejenigen, die den Willen seines Vaters tun. Aus diesen Vorgaben hat Mohammed seine massiven Drohreden über das höllische Feuer geschöpft.

So haben unterschiedliche Menschen unterschiedliche Religionen gestiftet. Sie haben dabei sehr Unterschiedliches gesagt über den Zustand nach dem Sterben. Es ist unvernünftig, wenn jeder für sich persönlich einen ähnlich hohen Anspruch erhebt. Vernünftiger ist es, die Ansprüche der Religionsstifter kritisch zu überprüfen. Die Religionsfreiheit überträgt jedem die persönliche Verantwortung, das zu tun, solange er dazu urteilsfähig ist. Das braucht Zeit. Doch jede Konfessionsgemeinschaft bietet dazu Mittel und Möglichkeiten. Jeder kann sich klarmachen, welcher Konfession er angehören – und mit welchen Erwartungen und welchen Gesten und Worten er deshalb in den Tod begleitet werden möchte.

*Dr. theol. Paul Bernhard Rothen*

**Dr. theol. Paul Bernhard Rothen** war Pfarrer in Zweisimmen, am Basler Münster und in Hundwil AR

# Entscheidung am Lebensende – Entscheidung für ein Lebensende?

Wolfgang von Schirach, deutscher Jurist, Strafrechtler, Schriftsteller und Dramatiker, stammt aus einer historisch betrachteten Familie, u.a. mit NS-Vergangenheit, was ihm persönlich eine bedeutende Belastung war, wie aus verschiedenen Quellen hervorgeht. Seine Bücher mit Titeln wie «Schuld» aus dem Jahr 2009, «Die Würde ist antastbar» von 2014 oder «Trotzdem» von 2020 versprechen differenzierte und lohnende Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen und gesellschaftspolitischen Themen. Sein Theaterstück «TERROR» von 2015 wurde von der Theaterzeitschrift «Die Deutsche Bühne» als «Anstiftung zu einem moralischen Diskurs» gewertet, eine positive Aufforderung an die Gesellschaft. Mit «GOTT», welches im September 2020 in Düsseldorf und Berlin uraufgeführt wurde, nimmt Schirach Bezug auf das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe vom 26. Februar 2020, nach seinen Worten ein «Jahrhunderturteil». Das Gericht erklärte den Paragraphen 217 des StGB für nichtig, welcher die Hilfe zum Suizid strafbar machte, und anerkannte im Kern das «Recht auf selbstbestimmtes Sterben» als Teil des Persönlichkeitsrechts. Ausdrücklich ist

dieses Recht nicht auf schwere oder unheilbare Krankheiten beschränkt. Die Schweiz hatte das Thema Sterbehilfe bekanntlich schon länger liberaler als z.B. Deutschland gehandhabt, was u.a. zum Sterbehilfe-Tourismus in unserem Land geführt hatte.

Das Theaterstück ist als Gerichtsverhandlung aufgesetzt, in der ein sterbewilliger, körperlich gesunder Senior auf das oben beschriebene Recht des selbstbestimmten Sterbens durch ein Medikament pocht, welches ihm seine Ärztin abgeben müsste. Verschiedene Protagonisten, u.a. der Senior selbst, sein Anwalt, sein Hausarzt, ein Kirchenvertreter, sprechen ihre Plädoyers und verhandeln im Prozess. Ein abschliessendes Urteil bietet das Stück nicht an – hier wird das Publikum miteinbezogen.

Das Theaterstück empfiehlt sich für jeden als höchstpersönliche Anregung zu einem gesellschaftlich relevanten Thema,

insbesondere aber auch für uns in unserer Rolle als Mediziner: Auch wenn es die rechtliche Grundlage gibt, einem Leben auf Verlangen straffrei ein selbstbestimmtes, medizinisch unterstütztes Ende zu setzen, ist es im Falle eines organisch gesunden Menschen für mich moralisch richtig, für mich ethisch vertretbar und für mich in der Konsequenz erträglich, ein tödliches Medikament zu verordnen? Meine persönliche Grundsatzantwort auf diese Fragen bleibt nach Ansehen der zugleich beklemmenden und fesselnden TV-Premiere im November 2020 unabgeschlossen – und ist Gegenstand von fortgesetztem, spannendem Austausch mit Kollegen und Freunden.

*Dr. med. Christiane Leupold-Gross,  
Mitglied Redaktion Synapse*

## Ferdinand von Schirach «Gott». Ein Theaterstück.

Als Buch im Verlag Luchterhand, ISBN 978-3-630-87629-0, oder als DVD und über Streamingdienste

Trailer: [www.youtube.com/watch?v=ECIkufTwif8](https://www.youtube.com/watch?v=ECIkufTwif8) (Uraufführung Düsseldorfer Schauspielhaus 9'2020)

## Schlagwörter Alter

# Schlagwörter: Wie aus Pyramiden Urnen werden

Nicht nur medizinische Berufe befassen sich mit dem Phänomen «Alter», auch Statistiker finden hier ein reiches Betätigungsfeld. Sie erstellen Kurven, unter anderem in Form von «Alterspyramiden». Dazu teilt man die Bevölkerung eines Landes in Altersgruppen ein und trägt die Männer links und Frauen rechts auf. So erhält man eine mehr oder weniger symmetrische Darstellung. Diese sieht je nach der Wirtschaftslage, Mentalität und Politik eines Landes anders aus: Ist die Sterblichkeit in allen Altersklassen etwa gleich hoch, ergibt sich das Bild einer «Pyramide», sterben die meisten erst in hö-

herem Alter und beträgt die Kinderzahl pro Frau im Mittel 2,1, präsentiert sich die Kurve in «Bienenstockform» (diese gilt als ideal), sinkt die Geburtenrate aber unter 2,1 spricht man von einer «Urnenform», bei der die Basis schmaler ist als der obere Teil. Und ehe wir uns versehen, sind wir vom Pharaonengrab bei der Urnenbeisetzung angelangt!

Nun traue ich es den Statistikern zu, dass sie die Namen dieser Kurvenformen ohne jegliche Hintergedanken gewählt haben, einfach in der Absicht, zu beschreiben. Fast ebenso sicher ist, dass Politiker, Versicherer und die dazugehören-

den Medienschaffenden sich gerne des emotionalen Potentials dieser Bezeichnungen bedienen und es für ihre Zwecke einzusetzen wissen. Man kann mit Schlagwörtern wie «Urnenform» oder «Bevölkerungsexplosion» alles Mögliche plausibel machen: Etwa eine Politik der gross angelegten Einwanderung jüngerer Bevölkerungsschichten (ohne Berücksichtigung von Faktoren wie kulturellem oder religiösem Hintergrund), oder im schlimmeren Fall eine gewollte Reduktion der Bevölkerung (meist durch Kriege, von denen ja bekanntlich keiner «nötig» wäre; wobei die moderne Technologie



Karin Hirschi

auch noch andere mögliche Schreckensszenarien ins Blickfeld rücken lässt). Eng verbunden mit dem Schlagwort der «Urnenform» ist das der «Überalterung». «Wir haben in der Schweiz einen verhältnismässig hohen Anteil älterer Menschen» – so könnte man die Altersverteilung respektvoll und sachlich beschreiben. Der Begriff «Überalterung» dagegen verlässt die Sachlichkeit und

wertet. Er sagt: «Es hat zu viele Alte!» Woher nimmt sich irgendjemand das Recht, ein solches Urteil zu fällen? Und was macht man, wenn man selber einmal «alt» wird und in der «Urnenform» der Statistiker nach oben rückt? Gehört man dann zu den «Überalterten»? Auch wenn es nichts verändern wird an möglichen späteren Altersbeschwerden, würde ich es in 20 Jahren dennoch vorziehen, nicht zu den «Überalterten», sondern zu den «Betagten» oder zu den «Senioren» gerechnet zu werden – und hoffentlich auch noch zu den «Rentnern»!

Letzteres ist gar nicht selbstverständlich, denn auch Versicherungen und Pensionskassen können «überaltern», dann nämlich, wenn sie 70% Rentner und nur noch 30% Aktive haben. Dies lässt erahnen, wo das Unwort «Überalterung» wahrscheinlich seinen Ursprung nahm: beim lieben Geld. Nun haben wir tatsächlich ein Problem, wenn eine verhältnismässig geringe Zahl Erwerbstätiger eine grössere Zahl von Rentenbezügern mitfinanzieren muss. Patentrezepte dürfte es da keine geben. Ein neuer «Babyboom» (um auch noch ein englisches

Schlagwort zu nennen) ist eher nicht in Sicht, und wenn, käme er wohl zu spät. Irgenwann wird eine Querfinanzierung der Altersversorgung nicht mehr zu umgehen sein: woanders sparen und das so gewonnene Geld in Kassen fliessen lassen, die auch Menschen im «Golden Age» noch ein würdevolles Leben ermöglichen. Es gibt da durchaus Lösungsmöglichkeiten, ohne dass man politisch etwas an der «Urnenform» ändern müsste! Denn wer in die Alterszusammensetzung einer Bevölkerung eingreifen will, beschwört immer eine Katastrophe herauf, egal, ob es der ägyptische Pharao war, der alle neugeborenen Knaben der Israeliten töten liess, oder ob es die Vernichtung «unwerten Lebens» unter den Nationalsozialisten war – oder moderne Neuaufgaben davon.

Irgendwie werden wir die Probleme im Rentenwesen lösen können und müssen. Etwas ist sicher: Schlagwörter wie «Überalterung» sind uns dabei keine Hilfe!

*Dr. med. Karin Hirschi,  
Mitglied der Redaktion Synapse*



## Wichtige Termine 2021

### Dienstagmorgen-Fortbildungen im KSBL Liestal, Aula Feldsäge, 7.45 – 8.30 Uhr

Aufgrund der aktuellen Pandemiesituation finden die Veranstaltungen eventuell online statt. Aktuelle Informationen zu den Veranstaltungen finden Sie jeweils zeitnah auf unserer Homepage: [hausarzt.medizin.unibas.ch](http://hausarzt.medizin.unibas.ch)

**07. Dezember 2021**, Arzneimittelinteraktionen – Top-ten-Liste für die Hausarztpraxis  
Frau Prof. Dr. med. Anne Leuppi-Taegtmeyer, USB/KSBL Liestal

### 2. hausarztupdate Basel

Donnerstag, 4. November 2021, Hotel Odelya in Basel



## VHB B – News

## Reorganisation der VHBB

Basel/Laufen, September 2021

Im Zuge der Pandemie musste festgestellt werden, dass die Vertretung der Hausärztinnen und Hausärzte Basel-Stadt in dieser turbulenten Zeit nicht optimal organisiert war. Dies war einerseits für die der Hausärztinnen und Hausärzte BS selber als auch für die Medizinische Gesellschaft Basel (MedGes) von Nachteil, da hausärztliche Belange nur unzureichend berücksichtigt werden konnten.

Auf Initiative von Mitgliedern der MedGes meldeten sich einige engagierte Baselstädter Hausärztinnen und Hausärzte, die bei einer ersten Sitzung zusammen mit dem VHBB-Vorstand über verschiedene Änderungen in der VHBB-Organisationsstruktur diskutierten, u. a.:

- Es soll neu je eine Sektion BS und BL geben, die auf kantonaler Ebene jeweils selbstständig agieren.
- Co-Präsidium wie Gesamtvorstand der VHBB sollen sich paritätisch aus Vertreterinnen und Vertretern BS und BL zusammensetzen.
- Die Sitzungsfrequenz des VHBB-Gesamtvorstandes soll zugunsten der Sektionsarbeit reduziert werden; an diesen Sitzungen sollen vorwiegend nationale und regionale Themen behandelt werden.
- Fortbildungen sollen weiterhin gemeinsam abgehalten werden.
- Ziel wäre auch, mehr Mitglieder für die VHBB und für Hausärzte Schweiz (MFE) zu gewinnen, um somit den Austausch mit der Hausärzteschaft verbessern und deren Interessen besser vertreten zu können.

Langfristig soll die VHBB so aufgestellt werden, dass Aufgaben und Lasten auf mehrere Schultern verteilt werden können, um ein standespolitisches Engagement für die Basler und Baselbieter Hausärzteschaft auch bei geringeren zeitlichen Ressourcen zu ermöglichen.

In der Zwischenzeit hat sich eine Arbeitsgruppe «VHBB-Sektion BS» formiert, interimistisch haben sich Martina Hafner und Anette Heierle dazu bereit erklärt, die Gruppe zu leiten. Ziel ist es nun primär die nötigen Strukturen und Gefässe zu schaffen, um als Vertretung der VHBB in Basel-Stadt funktionieren zu können. Diese Strukturen sollten dann anlässlich der nächsten GV der VHBB 2022 verabschiedet werden können.

Weitere Kolleginnen und Kollegen sind für diese Arbeitsgruppe oder auch später für projektbezogene Arbeiten jederzeit herzlich willkommen (Kontakt: [sekretariat@vhbb.ch](mailto:sekretariat@vhbb.ch)). Selbstverständlich freut sich auch der VHBB-Vorstand über weitere standespolitisch interessierte Hausärztinnen und Hausärzte, nicht zuletzt hinsichtlich einer allfälligen künftigen «Sektion BL».

Für die Arbeitsgruppe VHBB-Sektion BS:  
Dr. med. Philipp Zinsser

Für den Vorstand VHBB:  
Dr. med. Christoph Hollenstein