

Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift
Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
Band: 75 (2004)
Heft: 1

Artikel: Was uns beschäftigen wird : der medizinische Fortschritt : "Wir sind nicht darauf vorbereitet, zu sagen: jetzt möchte ich gehen"
Autor: Rizzi, Elisabeth / Rüegger, Heinz / Giger, Marc-André
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-804366>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

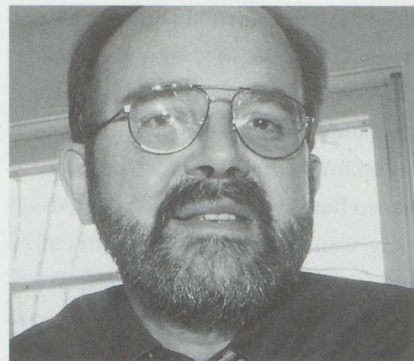
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 06.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Was uns beschäftigen wird: der medizinische Fortschritt

«Wir sind nicht darauf vorbereitet, zu sagen: jetzt möchte ich gehen»



Heinz Rüegger

Foto: eri

■ Elisabeth Rizzi

Was ist für Sie persönlich Sterben in Würde?

Die heutige Medizin erlaubt beinahe unendlich, einen Menschen am Leben zu erhalten. Hat Würde da noch Platz?

Welchen Stellenwert hat heute die Würde des Patienten bei den Ärzten?

Wird der Ethik denn während der Ausbildung genügend Beachtung geschenkt?

Wäre es die Aufgabe des Gesetzgebers, Regelungen vorzusehen, für den Fall, dass Patienten nicht zurechnungsfähig sind und keine Patientenverfügung vorhanden ist?

■ Heinz Rüegger

Mein Ziel ist es nicht, würdevoll zu sterben. Die Frage suggeriert, dass man auch würdelos sterben könnte. Das finde ich problematisch. Denn Würde ist ein normativer Anspruch, der unabhängig von den äusseren Bedingungen bei jedem Menschen vorhanden sein sollte. Als Ethiker interessiert mich deshalb nicht das eigene Ableben, sondern die Frage, wie mich die Betreuenden würdevoll behandeln können.

Würde zu bewahren und zu respektieren ist durchaus möglich. Allerdings besteht die Gefahr einer zunehmenden technisch-medizinischen Verfremdung des Sterbens. Gerade in diesem sterilen Umfeld ist es darum wichtig, dass die begleitenden Profis in Spitälern und Heimen um die Grenzen der Technik wissen und ein positives Verhältnis zum Sterbenden entwickeln. Damit meine ich: Behandlungsunterlassung muss erlaubt sein. Nur so können Patientenrecht und Patientenautonomie gewahrt werden.

Offiziell ist sie klar und unbestritten. Sie gilt als oberster Wert in allen Leitbildern. Der Patient hat das Recht, lebensverlängernde Massnahmen abzulehnen. Bloss ist das Würdeverständnis in unserer Gesellschaft generell problematisch diffus geworden. Und im palliativen Bereich beobachte ich in der Schweiz noch grossen Nachholbedarf.

Hierzulande wird Ethik in der medizinischen Ausbildung so gut wie gar nicht thematisiert. Das ist ein riesiges Defizit. Immerhin werden derzeit an verschiedenen medizinischen Fakultäten die Grundsteine für eine minimale Ethikausbildung gelegt. Bei Pflegenden geniesst Ethik einen höheren Stellenwert. Aber oft verhindert die straffe Hierarchie in den Institutionen, dass Pflegepersonal ethische Überlegungen mit Ärzten bespricht.

Ich glaube, es gibt drei Ebenen, die man getrennt betrachten sollte. Erstens die Suizidbeihilfe: Hier wird diskutiert, ob der Gesetzgeber Richtlinien erlassen sollte für das "wer, wann und wo". Dies könnte massgeblich zur Entpolemisierung des Themas beitragen. Dann sollte der Gesetzgeber sich zweitens auch zur passiven Sterbehilfe im engeren Sinn äussern, also zum Behandlungsverzicht und zum Behandlungsabbruch. Das Strafgesetz schweigt sich darüber aus und macht die passive Sterbehilfe zur legalen Grauzone. Drittens schliesslich wäre es wünschenswert, dass das medizinische Personal selbst auch sensibel und verantwortungsbewusst mit dem Problem des Sterbens umgeht und einen Verfahrenskodex erarbeiten würde, unabhängig davon, was gesetzlich geregelt ist.



Marc-André Giger

Foto: eri

■ Marc-André Giger

Im Zusammenhang mit Sterben ist die Würde dann gewährt, wenn der Mensch am Ende seines Lebens frei entscheiden kann, wie sein Leben enden soll. Diese Entscheidungen haben Rücksicht zu nehmen auf die unmittelbare Umgebung der Mitmenschen. Auch die Umwelt hat die Wünsche des sterbenden Menschen ernst zu nehmen. Beispielsweise soll der Patient bestimmen können, wann lebensverlängernde Massnahmen beendet werden sollen, oder wo das Leben enden soll.

Sofern die Entscheidungsfreiheit und Äusserungen des Betroffenen möglichst vollständig beachtet werden, ist dies gerade auch dank der modernen Medizin möglich.

Die Medizin ist ein Abbild der Wünsche unserer Bevölkerung. Die Aufnahme von Ethikern in wichtige Kommissionen, die Bildung von medizinischen ethischen Kommissionen und die Bemühungen der schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, der Einbau des Ethikunterrichtes in die Ausbildung des Medizinalpersonals – das sind Anzeichen für den hohen Stellenwert in der Medizin.

Ich glaube nicht, dass ethisches Verhalten der Ärzte eine Neuentdeckung ist. Im Gegenteil macht der medizinische Fortschritt ethisches Verhalten schwieriger. Wie gesagt glaube ich, dass der Ethik in der Ausbildung und Praxis heutzutage mehr Beachtung geschenkt wird.

In diesem Zusammenhang sind Angehörige und medizinisches Personal, die den Patienten schon jahrelang gekannt haben, äusserst wertvoll. So können sie einen Weg finden, der nach ihrer Kenntnis jenem Weg möglichst nahe kommen wird, welcher der Patient für sich vorgesehen hat. Gesetzliche Regelungen können hilfreich sein, um das Verhalten des medizinischen Personals auf eine rechtliche Basis abzustützen.

■ Die moderne Medizin kann immer mehr Menschen in einem dahinvegetierenden Dämmerzustand am Leben erhalten. Sind sich die Mediziner dieses Problems genug bewusst?

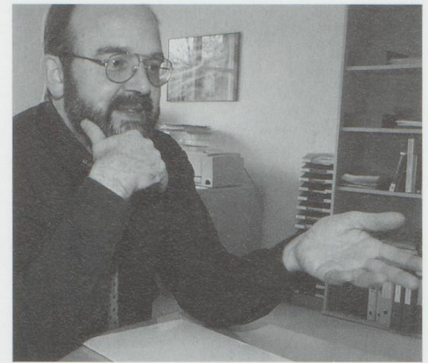
Rüegger: Tatsächlich ist die bisher gültige Maxime nach dem «Leben wenn immer möglich zu erhalten» infrage gestellt. Heute kann man Menschen, die nie mehr gesund werden, fast beliebig lang am Leben erhalten.

Der hypokratische Eid kann sich daher auch richtiggehend lebensfeindlich auswirken. Es ist deshalb eine neue «Qualifizierung» des Lebens nötig. Die Medizin steht heute oft vor der Frage, ob sie jemanden nicht besser sterben lassen sollte, ob ein Ende gar aktiv herbeigeführt werden kann.

Allerdings ist Lebensqualität nie objektiv messbar. Darum wird es auch immer wichtiger, dass Ärzte und Pflegende wissen, wie sie den mutmasslichen Patientenwillen herausfinden können und wie sie mit diesem umgehen sollen. Heute sind diesbezügliche transparente und nachvollziehbare Verfahrensprozesse ethischer Urteilsbildung leider noch eine Seltenheit.

Giger: Das medizinische Personal ist sich dieses Problems sicherlich bewusst. Genauso sind es auch ältere, noch gesunde, oder kranke Menschen. Die Lösung dieses Konfliktes ist sehr schwierig, sie kann nur gelingen, wenn die Betreuenden und Ärzte jedes Mal spezifisch auf die Sorgen und Wünsche des betroffenen Menschen eingehen und darauf die pflegerische und medizinische Betreuung abstützen.

«Wir sind nicht darauf vorbereitet, zu sagen: jetzt möchte ich gehen»



Der medizinische Fortschritt wirkt sich nicht nur auf die Lebensqualität, sondern auch auf die Kosten aus. Muss sich der Gesetzgeber langfristig Gedanken machen, ob Leistungen ab einem gewissen Kostenniveau gar nicht mehr zugelassen werden?

Kommen wir dann bald an den Punkt, an dem diejenigen ihr Leben verlängern können, die es sich leisten können?

Kann und soll man denn nicht die Zweiklassenmedizin verhindern?

Wie gelingt denn der Medizin der Spagat zwischen dem technisch Machbaren und dem von den Kosten her Vertretbaren?

Und wie soll der Arzt mit dem Spannungsfeld von Kosten, Würde, Lebensverlängerung und Tod umgehen?

Vorerst ist das eine Frage der Politik. Man muss sich fragen, wie viele Prozent der vorhandenen materiellen Ressourcen wir überhaupt ins Gesundheitssystem investieren wollen. Tatsache ist, dass dieser Betrag immer limitiert bleiben wird. Das schliesst Grenzen dessen, was finanziert wird, nicht grundsätzlich aus. Und das ist auch nicht a priori verwerflich. Wichtig finde ich, dass der Entscheid einer allfälligen Leistungsrationierung nicht dem Arzt am Patientenbett überlassen, sondern politisch geregelt wird. Wenn also demokratisch eine Rationalisierung beschlossen wird, dann muss der Leistungskatalog der Grundversicherung offen und transparent überarbeitet werden.

Faktisch leben Wohlhabende schon heute länger als Ärmere. Für mich wird es ethisch fragwürdig, wenn die grundlegende medizinische Versorgung nicht mehr für alle zugänglich und bezahlbar wäre: also wenn Dialysetherapien nicht mehr für alle verfügbar wären oder wenn ab einer gewissen Alterslimite bestimmte Behandlungen nicht mehr durchgeführt würden.

Grundsätzlich soll allen Einwohnern die notwendige Behandlung offen stehen – unabhängig von ihrer finanziellen Situation. Hier soll es keine Zweiklassenmedizin geben. Das schliesst aber nicht aus, dass gewisse prophylaktische oder therapeutische Spezialangebote, die z.B. nicht lebensnotwendig sind, aber die Lebensqualität erhöhen können, den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen überlassen bleiben. Solche Unterschiede sind nicht grundsätzlich als unethisch zu beurteilen. Hier ist Zweiklassenmedizin kein Skandal. Das Ganze ist nur eine Frage des korrekten Meinungsbildungsprozesses. Aber vielleicht sollte man auch einmal fragen: Wollen wir denn überhaupt alle so unendlich alt werden, wie es uns die Medizin ermöglicht? Wollen wir damit Gefahr laufen, mit immer mehr z.B. chronischen Krankheiten leben zu müssen, die der Behandlung bedürfen? Unser Problem ist, dass wir gar nicht darauf vorbereitet sind zu sagen: «Jetzt ist es genug, jetzt möchte ich gehen.»

Im Moment stellt sich die Frage in der Schweiz so noch kaum. Anders ist es in Deutschland, wo Globalbudgets zu Situationen führen, in denen Institutionen Ende Jahr gewisse Behandlungen aus Kostengründen nicht mehr durchführen können. Das darf nicht sein. Deshalb muss der Spagat politisch behandelt werden.

Ärzte sollen den Patientenwillen ernst nehmen und nicht von sich aus unnötige Therapien vorschlagen. Generell könnte schon eine bessere Koordination in der Behandlungskette Kosten senken, etwa durch das Vermeiden von Doppelspurigkeiten.

Der Theologe Heinz Rüegger ist Leiter der Stabsstelle Theologie der Stiftung Diakoniewerk Neumünster und freier wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zürcher Institut Dialog Ethik.



Die Bevölkerung und ihre politischen Vertreter in den Parlamenten machen sich längst Gedanken darüber, wie weit der Anteil der Kosten an der Volkswirtschaft für das Gesundheitswesen überhaupt noch erhöht werden kann. Gegenwärtig steht aber ganz im Vordergrund, wie die vorhandenen Ressourcen besser genutzt werden. Die Finanzierung selbst darf nicht immer unsozialer werden. Dies ist durch die Verschiebung der Finanzierung von den sozialeren Steuern der Kantone zu Lasten der Krankenversicherungsprämienzahler erfolgt. Wir versuchen, diese Entwicklung durch KVG-Revisionen stoppen zu können.

Dieses Problem ist erkannt. Lösungen sind gefunden, oder werden erarbeitet, damit auch z.B. Krebspatienten mit ganz speziellen Erkrankungen, wenn nötig mit Medikamenten behandelt werden können, die nicht in der Spezialitätenliste enthalten oder in der Schweiz nicht registriert sind. Es gibt zusätzlich Weisungen vom BSV, um solche Entschädigungslücken zu decken. Behandlungen im Ausland werden, sofern sie notfallmässig erfolgen, durch die soziale Krankenversicherung gedeckt.

Durch das Versicherungsobligatorium bieten die Krankenversicherer für alle Einwohner in der Grundversicherung einen umfassenden Schutz. Dieser gewährt den Zugang zu qualitativ hochstehender medizinischer Versorgung in jedem Bereich. Wer mehr will, kann sich durch Zusatzversicherungen auch noch weitere Wünsche abdecken lassen. Erkrankte, die notwendige Behandlungen wegen ungenügender Versicherungsdeckung nicht erhalten haben, sind mir nicht bekannt. Es ist aber möglich, dass Wartezeiten für Wahleingriffe je nach Versicherungsstatus unterschiedlich lang sein können.

Dieser Weg muss von der ganzen Bevölkerung in einem langfristigen politischen Entscheidungsprozess immer wieder gesucht und gewählt werden. Die Medizin braucht Leitplanken um sich in diesem Spannungsfeld zurechtzufinden.

Ich glaube, dass diese Verantwortung von den Ärzten eben nur dann getragen werden kann, wenn sie in einem gemeinsamen Prozess, wenn möglich mit dem Sterbenden oder den Angehörigen erfolgt.

Marc-André Giger ist Direktor des Verbandes der Schweizer Krankenversicherer santésuisse.

■ *Treibt nicht letztlich der medizinische Fortschritt selbst die Kosten in die Höhe?*

Rüegger: Doch, das ist die Kehrseite des Fortschrittes. Und nicht nur die Kostenlawine, die aus dieser Spirale resultiert. Ebenso ist auch die grosse Angst eine Kehrseite – die Angst am Schluss des am Lebensende in einer Situation zu sein, in die man sich nie hineingewünscht hat. So hat der medizinische Fortschritt nicht nur Heil erzeugt, sondern auch neue Horrorvorstellungen.

Giger: Der medizinische Fortschritt treibt die Gesundheitskosten nicht immer weiter in die Höhe. Der Fortschritt kann auch zur Verminderung von Kosten beitragen. Ein bekanntes Beispiel ist der Aufwand für Nierenkranke, welche regelmässig an einer Blutreinigungsmaschine behandelt werden müssen. Die Peritorialdialyse (Auswaschen der durch die Niere nicht mehr beseitigten Abbaustoffe durch wiederholte Spülungen in der Bauchhöhle) ist eine ebenbürtige Alternative zur Hämodialyse. Diese neuere Technologie ist gegenüber der Hämodialyse eine deutlich kostengünstigere Alternative, die erst noch zu Hause statt im Spital durchgeführt werden kann. Gleichzeitig mit der rasanten Verbesserung von Therapien steigen auch die Erkenntnisse über eine gesunde Lebensweise. Diese Erkenntnisse werden vielfach zu wenig ernst genommen. Dabei ist die effizienteste Art, Krankheitskosten zu vermeiden, ein gesundes Leben zu führen. Jeder kann bereits heute dazu beitragen und so einen wesentlichen Beitrag leisten, um die Kostenlawine zu verlangsamen oder sogar aufzuhalten. ■