

Sitzung vom 30. August 1995

2632. Anfrage(Tolerierung von Interessenkonflikten bei ärztlicher Sterbehilfe)

Die Kantonsräte Martin Ott, Bäretswil, und Daniel Vischer, Zürich, haben am 12. Juni 1995 folgende Anfrage eingereicht:

In Zürich ist der Fall des Arztes Dr. K. bekannt, der geschenkweise die 2 Mio.-Villa seiner alleinstehenden Patientin übernahm mit der Auflage, dass sie bis zu ihrem Tode dort wohnen dürfe. Der Arzt wusste ferner bereits zu Lebzeiten der Patientin, dass sie ihn im Testament als Alleinerbe eines 10 Mio.-Vermögens eingesetzt hatte. Sie starb dann in seiner Betreuung an autopsisch belegter, unbehandelter, ausgedehnter Lungenentzündung.

Als Arzt musste Dr. K. Entscheide treffen, die sich auf die Gesundheit und das Leben seiner Patientin auswirkten. Gleichzeitig hatte er aber objektives Interesse an ihrem Ableben. Solange seine Patientin weiterlebte, konnte er die Villa nicht ungehindert nutzen; zudem musste er damit rechnen, dass sie das Testament jederzeit zu seinen Ungunsten ändern könnte. Mit dem Tod der Patientin fielen beide Nachteile dahin. In den fünf Jahren seit dem Tod seiner Patientin hat Dr. K. die Villa umgebaut. Er praktiziert bis heute als Arzt in Zürich.

Folgende Institutionen wurden in diesem Fall mehr oder weniger aktiv, ohne dass das grundlegende Problem diskutiert wurde:

- Die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH). Diese hat es abgelehnt, sich zum Fall zu äussern. Dr. K. ist Mitglied der FMH.
- Die Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich. Diese hat bei ihrem Ehrenrat gegen Dr. K. geklagt. Der Ehrenrat hat den Fall ohne Untersuchung suspendiert, solange Dr. K. in einem Zivilprozess um das Vermögen seiner Patientin streitet.
- Nach einer Anzeige des Kantonsarztes führt die Bezirksanwaltschaft seit drei Jahren eine Strafuntersuchung. Die Frage des Interessenkonfliktes ist nicht Gegenstand der Untersuchung. Untersucht wird nur, ob direkte kriminelle Handlungen vorliegen, also Tatbestände, die auch ohne Interessenkonflikt geahndet werden.

Studien in Ländern mit fortgeschrittener medizinischer Versorgung zeigen, dass Ärzte bei mindestens einem Drittel aller nichttraumatischen Todesfälle Entscheide treffen, die als aktive oder passive Euthanasie qualifiziert werden müssen («The Lancet» 338:669-74, 1991, und 341:1196-9, 1993). Aus den publizierten Zahlen geht hervor, dass passive Euthanasie durch den Arzt etwa 100mal häufiger ist als ärztliche Beihilfe zur Patienten-Selbsttötung.

Im Falle eines Interessenkonfliktes bietet sich die passive Euthanasie geradezu an. Sie ist schwierig zu entdecken und in den meisten Fällen nicht beweisbar. Der Fall von Dr. K. ist einmalig, weil er besonders gut dokumentiert ist. Passive Euthanasie zum Vorteil des behandelnden Arztes kann aber sehr häufig sein und wird in der Regel nicht auffallen.

Über Euthanasie bestehen geteilte Meinungen. Für Befürworter und Gegner ist aber unbestritten, dass im Tod der Patienten kein materieller Anreiz für Arzt oder Pflegepersonal liegen darf. Der Fall Dr. K. ist im Mai 1995 am Forschungskongress dreier amerikanischer Ärzteorganisationen in San Diego zur Diskussion gekommen (Journal of Investigative Me-

dicine 43:289A, 1995). Die anwesenden Ärzte waren sich einig, dass der Interessenkonflikt als solcher nicht toleriert werden kann.

Der Fall Dr. K. kann auch fünf Jahre nach dem Tod der Patientin noch nicht beurteilt werden, weder von den Berufsorganisationen noch von den Behörden. Die Gefahr für Eigentum und Leben der Patientin in der Öffentlichkeit dauert an; die Frage ist dringlich zu behandeln.

Ich erlaube mir darum, dem Regierungsrat folgende Fragen zu stellen:

1. Ist der Regierungsrat auch der Ansicht, dass sich ein Arzt in einem schweren Interessenkonflikt befindet, wenn ihm durch den Tod seines Patienten bedeutende materielle Vorteile zukommen?
2. Teilt der Regierungsrat auch die Ansicht, dass dieser Interessenkonflikt nicht toleriert werden kann, und zwar unabhängig davon, ob ein Patient in der Behandlung des begünstigten Arztes zu Tode kommt oder überlebt?
3. Ist der Regierungsrat auch der Überzeugung, dass das Vertrauen der Patienten und der Öffentlichkeit in unser Gesundheitswesen schweren Schaden leidet, wenn solche Interessenkonflikte geduldet werden und Ärzte vom Tod ihrer Patienten profitieren?
4. Ist dem Regierungsrat bekannt, in welchem Umfang Ärzte die Vermögen ihrer Patienten geschenkweise oder durch Erbgang übernehmen? Kann der Regierungsrat die entsprechenden Zahlen bekanntmachen?
5. Welche Instanz ist nach Auffassung des Regierungsrates gehalten, solche Interessenkonflikte zu verhindern? Welche vorbeugenden Massnahmen werden getroffen? Welches sind die Sanktionen bei Verstössen?
6. Ist der Regierungsrat bereit, anhand der laufenden Überarbeitung des Patientenrechtes die gesetzlichen Voraussetzungen zum Schutze von Patienten und Öffentlichkeit zu schaffen?

Auf Antrag der Direktion des Gesundheitswesens

beschliesst der Regierungsrat:

I. Die Anfrage der Kantonsräte Martin Ott, Bäretswil, und Daniel Vischer, Zürich, wird wie folgt beantwortet:

Die Erbfähigkeit ist ein Grundprinzip des Zivilrechts. Nach Art. 539 Abs. 1 des Zivilgesetzbuchs (ZGB) ist jede Person kraft ihrer Persönlichkeit geeignet, Erbe zu sein. Die Erbfähigkeit kann als Institut des Bundesrechts von den Kantonen in keiner Weise eingeschränkt werden. Sie gilt nach Art. 539 Abs. 2 ZGB uneingeschränkt mit Ausnahme der im Gesetz selbst abschliessend aufgezählten Ausschlussgründe. Unwürdig, Erbe zu sein oder aus einer Verfügung von Todes wegen irgend etwas zu erwerben, ist nach Art. 540 ZGB:

1. wer vorsätzlich und rechtswidrig den Tod des Erblassers herbeigeführt oder herbeizuführen versucht hat;
2. wer den Erblasser vorsätzlich und rechtswidrig in einen Zustand bleibender Verfügungsunfähigkeit gebracht hat;

3. wer den Erblasser durch Arglist, Zwang oder Drohung dazu gebracht oder daran verhindert hat, eine Verfügung von Todes wegen zu errichten oder zu widerrufen;
4. wer eine Verfügung von Todes wegen vorsätzlich und rechtswidrig unter Umständen, die dem Erblasser deren Erneuerung nicht mehr ermöglichen, beseitigt oder ungültig gemacht hat.

Ist es den Kantonen aber generell verwehrt, die Erbfähigkeit Privater einzuschränken, gilt dies auch im Falle der Ärzte im Verhältnis zu den Patienten. Der Regierungsrat verfügt über keine Zahlen oder Unterlagen zur Fragestellung, in welchem Umfang Patienten zu Lebzeiten oder auf den Todesfall Vermögenswerte an Ärzte zuwenden. Hinweise, welche Rückschlüsse darüber zuliessen, dass als Erben eingesetzte Ärzte mehr als andere bedachte Personen durch die Anwartschaft in Versuchung geführt würden, die Lebenserwartung des Erblassers auf unbillige oder gar strafbare Weise ungünstig zu beeinflussen, liegen dem Regierungsrat nicht vor. Ist ein Testament ungültig oder nichtig oder leidet es an andern Mängeln, kann es beim Zivilrichter angefochten werden. Wurde mit deliktischen Mitteln auf Entstehung oder Bestand eines Testaments eingewirkt, kommen die Sanktionen des Strafgesetzes zum Zug. Ebenso, wenn auf deliktische Weise auf die Lebenserwartung des Erblassers eingewirkt wurde. Zeigt sich aufgrund der Ergebnisse eines gegen einen Arzt geführten Zivil- oder Strafverfahrens, dass seine Vertrauenswürdigkeit im Hinblick auf seine weitere Berufsausübung in Frage steht, wird die Gesundheitsdirektion ein Administrativverfahren zur Prüfung bewilligungsrechtlicher Massnahmen einleiten. Ob und inwieweit sich auch die Standesorganisation der Ärzte einschaltet, richtet sich nach dem privaten Satzungsrecht der Ärztesgesellschaft. Im Fall des Arztes Dr. K. hat die Gesundheitsdirektion seinerzeit pflichtgemäss die bei ihr erhobenen Anschuldigungen zur strafrechtlichen Abklärung an die dafür zuständigen Strafuntersuchungsbehörden weitergeleitet. Das Verfahren ist noch nicht abgeschlossen. Es ist darauf hinzuweisen, dass Dr. K. den Sachverhalt in wesentlichen Teilen anders als in der Anfrage abgehandelt darstellt.

II. Mitteilung an die Mitglieder des Kantonsrates und des Regierungsrates sowie an die Direktion des Gesundheitswesens.

Vor dem Regierungsrat
Der Staatsschreiber:
Husi