

ANFRAGE von Martin Ott (Grüne, Bäretswil) und Daniel Vischer (Grüne, Zürich)

betreffend Tolerierung von Interessenkonflikten bei ärztlicher Sterbehilfe

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 ihres 10 Mio.-Vermögens eingesetzt hatte. Sie starb dann in seiner Betreuung an autoptisch 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 würde ändern können. 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 nicht-traumatischen 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 Medicine 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 Patienten und 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 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 Schutz von Patienten und Öffentlichkeit zu schaffen?

Martin Ott

Daniel Vischer