



Inhalt AMCH 1/2016

Editorial	1
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: NEIN zum revidierten Fortpflanzungsmedizingesetz (zur Referendumsabstimmung vom 5. Juni 2016)	2
Otto Jungo: Leserbrief zur PID	3
Peter Ryser-Düblin: Gesundheit, Heil und Heilung	4
Bernard N. Schumacher et Pierre-Yves Meyer : Démence et autonomie	18
Bernard N. Schumacher und Pierre-Yves Meyer : Demenz, Entscheidungsautonomie und Autonomie des Selbst (Übersetzung aus dem Französischen von Otto Jungo)	28
Enrica Maspoli-Postizzi: Riassunto dell'attività die medici cattolici, sezione della Svizzera italiana	36
Rahel Gürber: Bericht der Präsidentin für den Zeitraum 14.3.2015 bis 12.3.2016	37
Nikolaus Zwicky-Aeberhard: Protokoll der Mitgliederversammlung In Uznach vom 12.3.2016	40
Letzte Seite	43

Editorial

Unmittelbar im Anschluss an das Editorial folgen einige Bemerkungen zum erfolgreich durchgeführten Referendum gegen das revidierte Fortpflanzungsmedizingesetz, über das am 5. Juni 2016 abgestimmt wird. Ein prägnanter Leserbrief von Otto Jungo befasst sich speziell mit der PID und der „Zellhaufentheorie“ von Bundesrat Berset.

Diesem Heft liegt der Flyer der **Kommission für Bioethik der Schweizer Bischofskonferenz bei mit dem Titel: Ein klärender Blick auf die Präimplantationsdiagnostik/PID.**

In seiner Arbeit **Gesundheit, Heil und Heilung** geht Peter Ryser auf die Beziehung zwischen Gesundheit, Heil und Heilung ein unter unterwirft die oft vernommene Rede von Ganzheitlichkeit, ganzheitlicher Behandlung einer gesunden Kritik. Aufschlussreich sind die sprachgeschichtlichen Überlegungen und die Begriffsbestimmungen zu Heil und Heilung. Der Autor wendet sich gegen den Genzentrismus. Spiritual Care wird als ein zu begrüssender Versuch, den Patienten ganzheitlicher, heilsbezogen zu versorgen, gutgeheissen. Dabei wird auf Unsicherheiten, was genau unter Spiritualität zu verstehen sei, hingewiesen. Die Wandlung des Menschenbildes durch das Christentum – der Kranke ist ein Anruf Gottes zum Handeln aus Barmherzigkeit – bewirkte die Errichtung von Krankenhäusern und Angebote für Notleidende. Jesus Christus wurde nun als Arzt, *Christus medicus*, bezeichnet. Die Christus-Medicus-Tradition ist dann nach der Aufklärung abgeklungen. Der Autor beachtet die medizinisch unbegreiflich lange Nahrungslosigkeit des hl. Bruder Klaus, der jahrzehntelang vom täglichen Empfang der hl. Hostie lebte. In der vom Materialismus geprägten Jetztzeit soll, so Ryser, der hier Manfred Lütz zitiert, das Heil durch Heilung im Diesseits erreicht werden, religiöse Vorstellungen von Heil und Unsterblichkeit sind durch eine hohe Wertschätzung von Gesundheit ersetzt worden. Gesundheit als Ersatzreligion.

Der folgende Beitrag über **Demenz und Autonomie** von Bernhard N. Schumacher und Pierre-Yves Meyer (Universität Freiburg) liegt in der französischen Originalfassung und in der deutschen Übersetzung durch Otto Jungo vor. Seit der Publikation des *Belmont Report* (1978) und der *Principles of Biomedical Ethics* von Tom Beauchamp ist der „Respekt der Autonomie“ zum Rang eines vorherrschenden Prinzips der ärztlichen Ethik aufgestiegen. Die Autoren hinterfragen diese Ausschliesslichkeit, ohne die Wichtigkeit der Entscheidungsautonomie herabzusetzen. Die Bedeutung der Fürsorge wird diskutiert. Es handelt sich um einen sehr wichtigen Beitrag in der heute hochaktuellen Diskussion um einen oft verabsolutierten Autonomiebegriff.

Es folgen der Jahresbericht der Sezione della Svizzera italiana von Enrica Maspoli-Postizzi, der die gewohnt reichhaltige Aktivität der Sezione erahnen lässt, der Bericht unserer Präsidentin Rahel Gürber und das Protokoll der Mitgliederversammlung und Jahrestagung in Uznach vom 12.3.2016.

Schliesslich, wie immer, die „Letzte Seite“ mit wichtigen Terminen.

Mit guten Wünschen

Rahel Gürber, Präsidentin

Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Past Präsident

NEIN zum revidierten Fortpflanzungsmedizingesetz rFMedG

(zur Referendumsabstimmung vom 5. Juni 2016)

Am 14. Juni 2015 hat das Schweizervolk den geänderten Verfassungsartikel 119 angenommen, wodurch die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik PID ermöglicht wurde. Damit wäre das rFMedG sofort in Kraft getreten, wenn nicht das Referendum ergriffen worden wäre. Dieses kam mit über 50'000 Unterschriften zustande. Am 5. Juni 2016 soll nun über das Gesetz abgestimmt werden. Dieses ist im vorliegenden Wortlaut abzulehnen. Es ermöglicht die in ihrem Wesen als eugenisch zu bezeichnende genetische Präimplantationsdiagnostik, geht aber noch weiter und erlaubt z.B. das Preimplantation Genetic Screening (Aneuploidiescreening), eine Sonderform der PID, zur Erfassung der Trisomie-21 und anderer Chromosomen-Besonderheiten. Gross ist die Gefahr, dass die PID später zum „Social Sexing“ und zur Herstellung von Retter-Babys angewendet werden wird. Die Diskussion um die PID und deren Anwendungsmöglichkeiten ist schon im Vorfeld zur Verfassungsabstimmung vom Juni 2015 geführt worden und ist seither dieselbe geblieben. **Die Kommission für Bioethik der Schweizer Bischofskonferenz** hat 2015 einen inhaltlich umfassenden Flyer zur Thematik herausgegeben unter dem Titel **Ein klärender Blick auf die Präimplantationsdiagnostik/PID** und uns davon freundlicherweise eine genügende Anzahl Exemplare als Beilage zur vorliegenden Frühlingsausgabe der Acta zur Verfügung gestellt.

Weitere Quellen:

- Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG), Änderung vom 12. Dezember 2014
- Acta Medica Catholica Helvetica 1/2015: Seiten 1 und 9
- Gürber R., Zwicky-Aeberhard N.: Die Reproduktionsmedizin in der Schweiz, SÄZ 2015;96(23):827-828
- Lippmann-Rieder S., Gürber R.: Zeitgemässe Fortpflanzungsmedizin – eine ethische Debatte, SÄZ 2015;96(19):680-681
- **Maio G.: Mittelpunkt Mensch, Ethik in der Medizin – ein Lehrbuch** (Schattauer ISBN 978-3-7945-2448-8), Seiten 231-239

Zitate aus der Enzyklika **Laudato si** von Papst Franziskus zum Lebensschutz:

- Wie gross sind die Wunden, die unserer Gesellschaft durch die Aussonderung und das „Wegwerfen“ der Schwächsten und Wehrlosesten – des ungeborenen Lebens wie der Alten und Kranken – geschlagen werden! Wir alle sind Leidtragende davon.
- Da alles in Beziehung steht, ist die Verteidigung der Natur auch nicht mit der Rechtfertigung der Abtreibung vereinbar.
- Man vergisst, dass der unveräusserliche Wert eines Menschen jenseits seiner Entwicklungsstufe liegt.

Leserbrief zur PID

Die PID (Präimplantationsdiagnostik) ist eine Technik zur Auswahl von Embryonen. Diese entstehen durch die Vereinigung von Ei- und Samenzelle im Reagensglas, wo sie sich entwickeln können. Beim 8-Zellstadium (um den 3. -5. Tag) werden 1-2 Zellen entnommen und mittels PID untersucht. Gesunde Embryonen werden der Mutter eingepflanzt, die andern vernichtet oder für wissenschaftliche Forschung eingefroren.

Ein Embryo ist ein wachsender Mensch, nicht nur ein Zellhaufen, wie in unverständlicher Weise unser Bundesrat Berset behauptet hat.

Ein Embryo verfügt über eine individuelle genetische Ausstattung. Ihre Zellen bilden eine organische Einheit; sie kommunizieren miteinander und teilen sich schon sehr früh ihre Aufgaben zu. Dieses komplexe System ist umgeben von einer schützenden Hülle (Prof. Rager).

Mit den erwähnten Untersuchungen kann, wie dies in verschiedenen Ländern schon passiert ist, alles Mögliche untersucht werden: Geschlecht, Down-Syndrom, Haarfarbe: das sogenannte Abgleiten auf eine schiefe Ebene.

Wenn dieses unethische Vorgehen im Ausland Gang und Gäbe ist, müssen wir Herrn Berset damit nicht folgen.

Also: PID – NEIN

Otto Jungo

GESUNDHEIT, HEIL UND HEILUNG

Die Beziehung zwischen Gesundheit, Heil und Heilung hat mich als Mediziner immer stark beschäftigt. In der Medizin ist heute oft die Rede von Ganzheitlichkeit, ganzheitlicher Behandlung. Das setzt im Grunde allumfassende, eben ganzheitliche Sicht des Menschen voraus, die aber kaum je, wenn überhaupt, gegeben sein dürfte. Hier klingen denn auch schon Heilserwartungen an, die in die Medizin projiziert werden, der Traum vom perfekten Menschen und der leidfreien Gesellschaft. Schon aus diesem Grunde sollte man dem Begriff der Ganzheitlichkeit mit einer guten Portion Skepsis begegnen. Dies werde ich im Folgenden noch eingehender zu begründen versuchen.

Neben sprachgeschichtlichen und begrifflichen Überlegungen werde ich vor allem kirchen- und medizingeschichtliche Aspekte behandeln, und am Schluss die heutige Medizin und ihre Ansprüche in den Blick nehmen. Im Laufe dieser Ausführungen werden auch recht kritische Bemerkungen zur modernen Medizin fallen. Dass sie aber auch durch viele segensreiche Fortschritte charakterisiert ist, von denen wir alle profitieren, ist keine Frage, aber es gibt auch einige Schattenwürfe.

Zwischen Heil und Heilen besteht schon auf den ersten Blick in der Lautgebung, phonetisch, eine Übereinstimmung. In diesem Zusammenhang sind auch Begriffe wie Heilkunde, Heilmittel sowie heilsam, heilbar oder gar Unheil zu erwähnen. Heil hat einmal eine besonders starke Bedeutung im christlichen Glauben, im Rahmen der Erlösungshoffnung und des Reiches Gottes. Andererseits muss man leider auch feststellen, dass Heil als Gruss und politische Kampfformel im Nationalsozialismus aufs Schwerste missbraucht worden ist, zu erinnern ist an „Heil Hitler“ oder „Sieg Heil“. Heiliges ist eben auch sehr anfällig und empfindlich und kann leicht verunehrt, entweiht oder geschändet werden. Man denke an Blasphemien, Ehrfurchtslosigkeit aller Art in den Medien.

Zuerst einige

Sprachgeschichtliche Überlegungen zu Heil und Heilung

Das Adjektiv „heil“ kommt in allen germanischen Sprachen vor, in der Bedeutung von ganz, unversehrt, gesund. Im Englischen zum Beispiel „whole“ (ganz) oder dann auch holy (heilig).

Im Mittel- und Althochdeutschen stand Heil vor allem für Glück, glücklicher Zufall, Gesundheit, Heilung, Rettung, Beistand.

Erst unter dem Einfluss des Christentums nahm „Heil“ auch die Bedeutung von „Erlösung von den Sünden und Gewährung ewiger Seligkeit“ an¹. Im Althochdeutschen ist übrigens noch zwischen heilan (im Sinne von aktiv heilen, gesund machen) und heilen (im Sinne von gesund werden) unterschieden worden. Von „heilan“ leitet sich auch der Begriff Heiland (der Heilende!) für Jesus Christus ab.

Im 19. Jahrhundert wurde unter „Heilung“ neben der Befreiung von körperlichen Leiden auch die Erlösung von Sünden verstanden². Hier zeigt sich eine Überschneidung zweier sehr unterschiedlicher Bedeutungen. Aber auch im Altgriechischen gibt es eine Entsprechung von Heilen und Heil. Das Verb „sozo“ bezeichnet konkretes Heilen, und das zugehörige Substantiv „soteria“ bedeutet den Zustand des Heils. Das führt zum theologischen Begriff der Soteriologie, Erlösungslehre, und Jesus Christus wird im Griechischen auch als Soter (=Erlöser) bezeichnet.

Um in den Betrachtungen über Heil und Heilung und ihrer Beziehung zur Gesundheit weiter zu kommen, müssen wir in einem weiteren Schritt versuchen, diese Begriffe genauer zu fassen. Und wir werden so auf wesentliche Unterschiede stossen.

Das Heil des Menschen ist mehr als Wohlergehen, Gesundheit und Glück im Diesseits. Es verweist auf das Jenseits und den dreieinigen Gott. Es überschreitet, transzendiert den Menschen. Heil setzt eine befreiende und erlösende Wirkung Gottes voraus, die Erlösung durch Jesus Christus am Kreuz ist hier wesentlich, der gläubige Christ kann gerettet und erlöst werden, dies alles gehört zum Heil. Es ist die Verwiesenheit und Einbezug in die unvergängliche Lebensfülle Gottes.

Einer der grössten Theologen des Mittelalters, Thomas von Aquin (1225-1274) hat einen Bezug zwischen der menschliche Heilssehnsucht im irdischen Leben und dem ewigen Heil hergestellt, Auch unvollkommenes Glück des irdischen Lebens oder Leiden kann für den Christen als anfanghafte Vorwegnahme des ewigen Heils betrachtet werden. Die sogenannte „inchoatio“³. Ein sehr schöner und tröstlicher Gedanke.

In der Medizin wird Heilung häufig etwa als Wiederherstellung der Gesundheit unter Erreichen des Ausgangszustandes (restitutio ad integrum)

¹ Duden, Herkunftswörterbuch

² Grimms Wörterbuch 1877

³ E. Schockenhoff in: Lexikon für Bioethik, Bd 2

definiert. Bleibt ein organischer oder funktioneller Restschaden bestehen, spricht man von Defektheilung. Das ist eine pragmatische Sichtweise. Die Bestimmung von Heilung ist aber um Einiges komplexer.

In der psychosomatisch fundierten Medizin geht man weiter und versteht unter Heilung das Wohlergehen des ganzen Menschen an Leib und Seele, eine so genannte *restitutio ad integritatem* wie sie das Mittelalter noch gekannt hat. Man spricht dann auch gerne von Ganzheitlichkeit, ganzheitlicher Medizin. Es ist ein Versuch, hier Gesundheit, Heilung und heil einander anzunähern. Es wird verkannt, dass der Mensch über sich selbst hinaus auf seinen Schöpfer verweist. Die christlich-spirituelle Dimension fehlt.

Es muss an dieser Stelle aber auch auf die erheblichen Schwierigkeiten verwiesen werden, welche bei der inhaltlichen Bestimmung von Heilung in der heutigen Medizin auftauchen. Die moderne Medizin hat mit ihren Fortschritten viel erreicht, aber wir stehen vor dem Paradox, dass trotz der Anhäufung von immensem Wissen in gewissen Situationen Begriffe wie Heilung mit erheblicher Unsicherheit behaftet sein können.

Im Grunde liegt es daran, dass der westlichen Medizin ein eindeutiges und einheitliches theoretisches Fundament fehlt. Vor Zeiten war die christliche Religion fester Grund und Rückhalt, wozu sie heute leider nicht mehr in der Lage ist (Säkularisierung). Die Medizin stellt sich heute als Wissenschafts- und Technikbetrieb dar, der gerne mit neuen Errungenschaften auftrumpft und auch immer wieder den endgültigen Sieg über Krankheit und Leiden verkündet, verbunden mit einem fast tyrannischen Imperativ der Machbarkeit und unterstützt von entsprechendem medialem Getöse.

Dabei werden bestehende Unsicherheiten und Kontroversen verdeckt. So etwa bei der Frage: Was ist menschliches Leben, wann beginnt und endet es? Man erinnere sich nur an die Diskussionen um die Präimplantationsdiagnostik (ist der Embryo Zellhaufen oder Person?) und die Hirntoddebatte. Bei genauerem Hinsehen fehlt ein einheitliches Menschenbild, bzw. es wechselt je nach Anwendungsgebiet der Medizin.

So verweist man immer wieder gerne auf die Einheit von Körper und Seele, auf deren intensive Verbindung. Andererseits werden wieder scharfe Trennungen vollzogen wie in der Hirntoddiagnostik, wo der Mensch als tot erklärt wird, auch wenn Kreislauf und viele Organfunktionen noch erhalten sind. Noch extremer ist der Dualismus zwischen Seele und Körper etwa, wenn man meint, dass bei Transsexuellen Anpas-

sungsoperationen an den primären und sekundären Geschlechtsmerkmalen indiziert seien, wenn diese Menschen eine Geschlechtsveränderung wünschen. Man hat den Eindruck, dass das Menschenbild der Problemstellung in der Medizin nach Belieben angepasst werden könne. Das ist natürlich höchst unbefriedigend, abgesehen davon, dass man sich offenbar nicht mehr um die Wahrheitserkenntnis bemüht.

Daran ändert sich nichts, wenn versucht wird, die komplexen Ursachen und Bedingungen von Heilung genauer zu umschreiben. So wird etwa auf die multidimensionale Wirklichkeit von Heilung verwiesen, mit einer physiologischen Stufe (Bewältigung von Funktionsverlusten); einer psychosozialen Stufe (Beziehung zur Umwelt, Gesellschaft); und gar einer metaphysischen Stufe (Integrierung in ein Sinn-System)⁴. Im Einzelfall ist trotz dieser wohlmeinenden und wohlmeinenden Worte noch lange nicht klar, ob und wann Heilung als solche eingetreten oder im Gange ist.

Die fehlende einheitliche Fundierung der Medizin hat auch zur Folge, dass Schwierigkeiten bei der Definition von Krankheit/Gesundheit auftreten. Der Medizingeschichtler K. E. Rothschiuh hat in umfangreichen Studien über 30 verschiedene Konzepte der Medizin nachgewiesen, welche im Laufe der Geschichte eine wesentliche Rolle spielten. Dies geht von der antiken Humoralpathologie (Säftelehre) über Signaturenlehre (Lehre von den Zeichen in der Natur) bis zur modernen naturwissenschaftlich geprägten Medizin⁵. Dementsprechend wechselte jeweils auch das Verständnis von Krankheit und Gesundheit, mit entsprechenden Auswirkungen auf den Heilungsbegriff.

Auch der heutige Medizinbetrieb wird durch verschiedene parallel existierende Konzepte und theoretische Grundlagen geprägt.

An erster Stelle ist die naturwissenschaftlich fundierte Medizin zu nennen, sie verlangt objektive Befunde und handelt organzentriert. Besonders ausgeprägt ist dieses Konzept zum Beispiel in der Unfallmedizin. Es stehen körperlich orientierte, objektiv feststellbare und lokalisierbare Veränderungen im Vordergrund. Allenfalls unfallbedingte psychische oder seelische Störungen sind im unfallmedizinischen Konzept ein Problem. Vor allem dann, wenn es zu keinen erheblichen Schädelhirnverletzungen gekommen ist. Auch im Falle von chronischen Schmerzen entstehen Interpretationsprobleme, wenn zu entscheiden ist, ob Unfallfolgen oder andere Ursachen im Sinne einer Krankheit zu Grunde liegen. In

⁴ F. J. Illhardt, Lexikon der Bioethik, Bd. 2

⁵ K. E. Rothschiuh, Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart, 1978

diesem Kontext ergeben sich oft auch grosse Schwierigkeiten, wenn zu entscheiden ist, ob eine Heilung oder Defektheilung nach Unfällen eingetreten ist. Mit dieser Frage beschäftigen sich in der Schweiz viele Versicherungsmediziner, Gutachter und Gerichte. Dazu werden viele Ressourcen eingesetzt. Grund hierfür ist das zugrunde gelegte duale Menschenbild mit strenger Unterscheidung zwischen Psyche und Soma, Seele und Körper.

Dagegen möchte das bio-psycho-soziale Modell neben körperlichen Störungen auch die psychischen und sozialen Aspekte des Patienten einbeziehen. Hier herrschen wiederum andere Vorstellungen von Krankheit, Gesundheit und Heilung.

Dies gilt auch für das sogenannte Risikofaktoren-Konzept der somatischen Medizin. Risikofaktoren wie erhöhter Blutdruck oder Hypercholesterinämie (hoher Cholesteringehalt im Blut) sind keine eigentlichen Gesundheitsstörungen. Es handelt sich um Mess- und Laborwerte, welche bei Korrektur durch Blutdruckmittel oder cholesterinsenkenden Massnahmen das Risiko von Herz-Kreislaufkrankungen senken (aber auch nicht ganz ausschalten können). Das Verständnis von Heilung wird in diesen Bereichen bereits schwierig.

Noch deutlicher stellt sich die Problematik bei der medizinischen Genetik dar. Man versucht ja zunehmend, Ursachen von Gesundheitsstörungen in genetischen Mutationen oder genetischen Varianten zu entdecken. Der sogenannte Genzentrismus. Wobei in den allermeisten Fällen nur von einem allfälligen Risiko oder einer Wahrscheinlichkeit, später eventuell zu erkranken gesprochen werden kann. Auch hier ist der Heilungsbegriff kaum anwendbar.

Deutlich verschieden ist auch die Grundlegung alternativ- oder komplementärmedizinischer Massnahmen (Homöopathie, chinesische Medizin, Neuraltherapie, anthroposophische Medizin). Dementsprechend gibt es in diesen Fachbereichen auch sehr unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheitsstörungen und deren Heilung.

In diesem Zusammenhang ist auf die neue Tendenz der Spiritual Care zu verweisen, welche unter anderem in der palliativmedizinischen Betreuung von Tumorkranken und fortschreitenden neurologischen Störungen praktiziert wird. Es handelt sich hier um einen begrüßenden Versuch, den Patienten ganzheitlicher, heilsbezogener zu versorgen, eben mit

Einbezug seiner spirituellen und religiösen Bedürfnisse. Allerdings bestehen auch hier Unsicherheiten, was genau unter Spiritualität zu verstehen sei. Oft wird von einem sehr offenen, Religions- und konfessionsunabhängigen Begriff von Spiritualität ausgegangen. Spiritualität wäre demnach genau das, was der Patient darunter versteht. Prof Mathwig von der Universität Bern hat dies eine Pippi-Langstrumpf-Spiritualität genannt; nach dem Motto: ich mach mir meine Welt, wie sie mir gefällt.⁶ Dem liegt ein unverbindlicher Glaube an Verschiedenes ohne Verpflichtungscharakter zugrunde. Damit zeigt sich, dass hier wahrscheinlich noch viele Vermittlungsbemühungen zwischen echter Seelsorge und der aufgekommenen Spiritual Care vonnöten sind.

Und dann gibt es heute medizinische Massnahmen, wo man sich praktisch vollständig vom Heilungsbegriff verabschiedet hat. Da kommt die wunscherfüllende Medizin oder Dienstleistungsmedizin zu Zuge. Dazu zählt einmal das sogenannte Enhancement, darunter werden medizinische Interventionen verstanden, die sich nicht mehr mit der Behandlung einer Krankheit beschäftigen, sondern mit der Optimierung von normalen menschlicher Eigenschaften und Merkmalen. So etwa mit der kosmetischen Chirurgie, dem so genannten Anti-Ageing, wo man versucht, physiologische altersbedingte Veränderungen zu überdecken, und der Medikalisierung von Verhaltensbesonderheiten, Kinder, die medikamentös fit gemacht werden sollen (Ritalin). Bei der Ausmusterung und Tötung von Embryonen mit unerwünschten Eigenschaften verschärft sich die Problematik noch. Denn im Rahmen der Präimplantationsdiagnose erfolgt keine Therapie, sondern bloss die Selektion angeblich gesunder und die Elimination genetisch als minderwertig erachteter Embryonen. Besonders zu erwähnen sind auch Abtreibungen im Rahmen der Fristenregelung, die Tötung Ungeborener, sofern keine schwierige Abwägung in Falle lebensgefährdender Erkrankungen bei der Mutter vorliegt. Hier und bei der aktiven Sterbehilfe und Suizidbeihilfe wird der Heilungsbegriff in sein Gegenteil verkehrt. Nicht Leiden wird gelindert oder geheilt, sondern unerwünschte Individuen oder Leidende werden beseitigt. Heilkunde wird zur Unheilkunde.

Als erstes Fazit ergibt sich somit: Wenn also derart gravierende begriffliche Unschärfen bezüglich medizinischer Heilung nachweisbar sind, oder Heilung selber in ihr Gegenteil verkehrt wird empfiehlt sich schon

⁶ SEK bulletin 2/2013

aus dieser Sicht eine grössere Vorsicht, medizinische Massnahmen mit Heil in Verbindung zu bringen, bzw. es verbietet sich sogar.

Vom Dekan der Theologischen Universität Luzern wurde im Jahre 2003 festgehalten, dass es Heilung ohne Heil gar nicht geben könne⁷. Wenn dem so ist, dann müssen wir uns aber die Frage stellen, wie in einer säkularisierten Zeit der Zusammenhang von Heil und Heilung verstanden werden kann.

Um einer Antwort näher zu kommen, sollen im nächsten Abschnitt auf kirchen- und medizingeschichtliche Aspekte von Heil und Heilung eingegangen werden.

Zu beginnen ist mit dem Auftreten und Wirken Jesu Christi vor 2000 Jahren. Die Evangelien berichten von seinen Wunder-Heilungen. Es zeigt sich einmal ein Zusammenhang zwischen Heilung und Sündenvergebung, so zum Beispiel bei der Heilung des Gelähmten, der auf einer Tragbahre vor Jesus gebracht wurde. Erst folgte die Sündenvergebung, dann die Aufforderung: Steh auf, nimm Deine Tragbahre und geh nach Hause (Mt 9,2-6), was der Betroffene dann auch ausführte. Eindrücklich ist auch die Antwort Jesu auf die Frage von Johannes dem Täufer: „Bist Du der, der da kommen soll, oder müssen wir auf einen anderen warten. Jesu Antwort: Geht und berichtet, was ihr hört und seht: Blinde sehen wieder, und Lahme gehen, Aussätzige werden rein, und Taube hören, Tote stehen auf, und den Armen wird das Evangelium verkündet. Selig ist, wer an mir keinen Anstoss nimmt (Mt 11, 3-4). Hier werden die Wunderheilungen mit dem Heil, dem Kommen des Reiches Gottes eng verknüpft.

Daraus ergibt sich, dass bei Jesus Christus Heil und Heilung sehr eng verbunden sind. Es ist eine Botschaft des Heils und der Heilung.

In den Evangelien erscheint der Begriff Arzt zwar selten und wenn dann auf Christus bezogen als Allegorie. Jesus sagt von sich selber: Nicht die Gesunden brauchen den Arzt, sondern die Kranken. Ich bin gekommen, um die Sünder zu rufen, nicht die Gerechten (Mk 2,17)

In der Medizingeschichte wird nicht selten das Bild eines Christentums konstruiert, das jedes Leiden als göttliche Strafe einer persönlichen Schuld deklariert. Die Kirche wäre dann allein für die Heilung zuständig und damit auch ein Hemmschuh für die wissenschaftliche Medizin. Dabei wird missachtet, dass Krankheit zwar durch Erbsünde aufgetreten, aber

⁷ NZZ 17.4.2003

nicht immer als Folge einer individuellen Schuld zu betrachten ist. Diese vorwiegend alttestamentliche Auffassung ist von Jesus Christus radikal erneuert worden. Es geht um die Heilung des Blindgeborenen im Johannesevangelium: „Unterwegs sah Jesus einen Mann, der seit seiner Geburt blind war. Da fragten ihn seine Jünger: Rabbi, wer hat gesündigt, so dass er blind geboren wurde? Jesus antwortete: weder er noch seine Eltern haben gesündigt, sondern das Wirken Gottes soll an ihm offenbar werden (Joh 9, 1-5).

Das ist wichtige Aussage Jesu, die zu einem grundlegenden Umdenken im Krankheitsverständnis geführt hat⁸:

-nicht jede Krankheit ist durch persönliche Schuld verursacht, sie kann den Menschen auch unabhängig von seinem Verhalten treffen.

- Mitmenschen sollen dem Kranken mit Barmherzigkeit und Solidarität begegnen. Seine Hilfsbedürftigkeit soll erkannt werden.

Heilungswunder Jesu Christi sind Zeichen göttlichen Erbarmens gewesen. Gott lässt die Krankheit zu. Er will den Menschen dadurch auch vor der Sünde bewahren. Krankheit kann Gnadenerweis, oder auch Bewährungsprobe sein.

Damit ist Freisein von Krankheit oder Gesundheit ist nicht oberster Wert.

Der Kranke ist ein Anruf Gottes zum Handeln aus Barmherzigkeit. Seit dem Frühchristentum werden Caritas und Nächstenliebe zentrale Begriffe in der Krankenbehandlung. Der Dienst am Kranken und ärztliches Handeln erfolgten im Rahmen der Nachfolge Christi. Im Hilfsbedürftigen Gottes Ebenbild zu erkennen wurde wichtig, als imago dei, zur Auferstehung und Unsterblichkeit berufen. Auch der heilige Gregor von Nyssa - er lebte im 4. Jahrhundert - leitete davon die Verpflichtung zur Krankenhilfe ab. Es zeigt sich somit eine Wandlung des Menschenbildes durch das Christentum. Ärztliches Handeln war damit stark religiös geprägt und wurde quasi zum Gottesdienst.

Unterstützt wird diese Haltung sicher auch durch das Gleichnis des barmherzigen Samariters (Lk 10, 25ff).

Das neue Verständnis von Krankheit und Leiden wurde von den christlichen Gemeinden zunehmend in die Tat umgesetzt, im Sinne einer sozial ausgerichteten Medizin, mit der Errichtung von Krankenhäusern, Asylen und Angeboten für die Notleidenden. Christliche Ärzte waren nun auch gehalten, chronisch Kranke und Sterbende zu betreuen, im Gegensatz

⁸ Siehe auch E. Pavesi in Medizin und Ideologie 3-4/2010

etwa zu den antiken heidnischen Kollegen in Griechenland und Rom. Diese Entwicklung fand in der Gründung einer grossen Krankenanstalt in Caesarea (Basilius der Grosse, um 370) in Kappadokien einen ersten Höhepunkt. Vergleichbare Einrichtungen hat es in der vorchristlichen Antike trotz der teilweise gut entwickelten Medizin nicht gegeben⁹.

Angesichts dieser Vorgeschichte mag es auch nicht weiter verwundern, wenn nun Jesus Christus als Arzt, *Christus medicus*, bezeichnet wurde. Dieses Thema entwickelte sich zu einem sehr wirkmächtigen Leitbild. Der Begriff taucht erstmals bei Ignatius von Antiochien (35-107 n. Chr.) auf. „Einen Arzt gibt es Jesus Christus unseren Herrn“. Auch der hochgebildete Kirchenvater Tertullian (160-220 n. Chr.) sprach von *Christus medicator*, also von Christus dem Heiler. Ambrosius von Mailand (339-397 n. Chr.), Kirchenlehrer, bezeichnete Christus als *magnus medicus*, als grossen Arzt. Auch Augustinus schreibt: Christus ist unser Arzt, Arzt und Retter, allmächtiger Arzt, höchster Arzt. Hier zeigt sich wiederum die ganz enge Verbindung zwischen Heil und Heilung.

Im ausgehenden Mittelalter finden sich verschiedene bildliche Darstellungen, welche Jesus als den *Christus medicus* zeigen. Ein Holzschnitt aus dem Jahre 1510 ist mit folgender Legende versehen: „Der Doktor Jesus, unser Meister, trägt und betrachtet das Glas zur Harnschau“¹⁰. Nun war die Harnschau oder Uroskopie zu dieser Zeit ein verbreitetes diagnostisches Mittel. Man hat versucht, aus der optischen Beschaffenheit des Urins Krankheiten zu erkennen. Das Harnglas war praktisch ein Symbol und Erkennungszeichen für den mittelalterlichen Arzt. Mit dieser bildhaften Zuschreibung wollte man also Wirkung Jesu als Arzt unterstreichen.

Bei Paracelsus, dem rebellischen Renaissance-Arzt aus Einsiedeln (1493-1541) und Kritiker der damaligen Schulmedizin kommt das Leitbild „*Christus Medicus*“ als christliches Fundament seiner Medizin noch sehr stark zum Ausdruck. Christus ist beim ihm der eigentliche Grund der Heilkunde. Göttliches Wollen und Handeln spielen bei Paracelsus eine wichtige Rolle. Medizingeschichtlich wird dies unter dem Begriff *Iatrotheologie* vermerkt.

So schreibt er: „Und Er ist doch selbst der Arzt. Also will er haben, dass wir die Krankheit vertreiben durch Arznei, so nun sein göttlicher Wille also ist ...“ Der Arzt soll seinen Grund und sein Ziel suchen „bei dem ältesten Arzt, bei *Christus medicus*“. Denn: „Der Arzt ist nicht aus sich selbst,

⁹ E. Pavesi in *Medizin und Ideologie* 3-4/2010

¹⁰ Zitate nach K. E. Rothschild 1978 und G. Roth, *ACTA* 1/2007

sondern aus Gottes Barmherzigkeit“. So konnte er auch die Notwendigkeit der Nächstenliebe bei der ärztlichen Tätigkeit wie folgt unterstreichen: „Der höchste Sinn der Arznei ist die Liebe.“ Ein grosser Gedanke, der es verdiente, heute wieder vermehrt zur Geltung gebracht zu werden. Allerdings begegnet man solchen Worten in der heutigen säkularisierten, agnostischen Gesellschaft meist mit Verständnislosigkeit.

Ein später Vertreter der Iatrotheologie ist Michael Alberti (1682-1757), Er erachtete die Theologie als oberste für die Medizin massgebliche Disziplin. Von ihm stammen auch zeitlose pastoralmedizinische Anweisungen: Von Gott hängen Kraft und Wirksamkeit ärztlichen Tuns ab. Der Arzt darf keine Sterbehilfe leisten, keine Experimente am Krankenbett machen, im Umgang mit dem Kranken soll er Taktgefühl beweisen, und mit prognostischen Mitteilungen vorsichtig sein. Der Arzt kann, im Gegensatz zu Jesus Christus, ohne medizinische Hilfsmittel keine unmittelbare Heilung zustandebringen¹¹.

Die Christus-Medicus-Tradition ist dann in der Neuzeit und vor allem nach der Aufklärung abgeklungen. Dazu beigetragen hat auch die naturwissenschaftliche und materialistische Grundlegung der Medizin im 19. Jahrhundert. Den Ärzten fehlte es nun oft an der nötigen Demut im Dienst am Kranken gefehlt (Machtmissbrauch) wie der weitere Verlauf der Medizingeschichte zeigt.

Nur vereinzelt taucht der Topos noch auf, zuletzt noch Ende des 20. und Anfang des 21. Jahrhunderts durch den Psychiater Balthasar Staehelin: in seinem Werk „Der psychosomatische Christus“ und dem Prinzip der Christustherapie im Sinne einer Kontemplationsmethode: Eine Behandlungsmodalität, die leider keine weite Verbreitung erfahren hat.

Ich möchte noch auf einen weiteren Aspekt zurückkommen, der die enge Beziehung zwischen Heil, Heilung und Gesundheit belegt. Es ist die Metaphernbildung im religiösen Bereich. Man hat zur bildhaften Beschreibung von sakramentalen Handlungen und Glaubensinhalten medizinische Begriffe verwendet, so genannte Metaphern. Der Kirchengeschichtler A. von Harnack hat das Christentum aus diesem Grunde eine medizinische Religion genannt.

¹¹ K. E. Rothschuh, 1978

Schon beim Kirchenvater Tertullian ist die Taufe *acqua medicinalis*, der heilige Cyprian von Karthago (200-258n. Chr.) sah die Busse als „*vera medicina*“ an¹²

Betreffend Eucharistie schreibt Ignatius von Antiochien in seinem Brief an die Epheser von einem „Heilmittel zur Unsterblichkeit, ein Gegengift, ein Antidot, dass wir nicht sterben, sondern leben in Jesus Christus immerdar“.

Zur Heilungskraft der Eucharistie gibt es aus der Tradition viele Zeugnisse.¹³ Der Kirchenlehrer Ambrosius verweist auf Christus, der Heil und Heilung für uns bedeutet, um uns vor dem Verderben zu bewahren. Er schreibt: „Gott sandte sein Wort, das Wort ist Fleisch geworden, um den Menschen zu heilen, damit er nicht zugrunde gehe. Und dieses Wort ist Medizin, nicht etwa Strafe“.

Thomas von Aquin verweist in einem wunderschönen Hymnus *Lauda Sion* - der Fronleichnamssequenz - allerdings auch auf unterschiedliche Wirkungen der Eucharistie, die abhängig sind von der Disposition zum Empfang der Hostie. „*Sumunt boni, sumunt mali, sorte tamen inaequali vitae vel interitus*“ „Gute kommen, Böse kommen; doch nicht jedem will es frommen, Leben bringt's und Todesbann.“

Thomas von Kempen (15. Jahrhundert) schreibt in seinem weit verbreiteten Buch von der Nachfolge Christi: von der Arznei des Heiles: „Ohne ... Deine Gegenwart kann ich nicht leben. Deshalb muss ich häufiger zu Dir kommen und Dich als Arznei des Heiles empfangen, damit ich nicht etwa auf dem Wege ermatte, wenn ich die himmlische Nahrung entbehre“.

Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang auch die erstaunlichen und rein medizinisch unbegreiflich langen Fastenzeiten, bzw. Nahrungslosigkeit des heiligen Bruder Klaus, der jahrzehntelang vom täglichen Empfang der Hostie lebte. Dasselbe trifft auch bei Therese von Konnersreuth (gestorben 1962) zu, deren Nahrungslosigkeit akribisch überprüft worden ist.

Dies verweist auch auf den Umstand, dass die heilende Wirkung der Eucharistie, erwirkt durch die Realpräsenz Christi, weit über allfällige medizinische Störungen hinausweist. Im Sinne einer echten Ganzheitlichkeit und Heilswirkung. Daran werden wir auch erinnert, wenn die Gemeinde vor dem Kommunionempfang um eine Gesundheit im weitesten Sinne bittet: „Herr ich bin nicht würdig, dass du eingehst unter mein Dach, aber sprich nur ein Wort, so wird meine Seele gesund“.

¹² G. Roth, ACTA 1/2007

¹³ J. Stöhr, Theologisches 7-8/2005

Gemeint ist hier eine Gesundheit, die von der modernen Medizin allein niemals erreicht werden kann, eine umfassende Heilungs- und Heilsperspektive, welche auch als *restitutio ad integritatem* bezeichnet wurde, so etwa bei Hildegard von Bingen (1098-1179). Dies klingt auch noch bei Paracelsus an, der dies mit „Gesunde und Gänze“ umschrieb¹⁴

Wir haben auch gesehen, dass die Medizin im Frühchristentum und Mittelalter bis in die frühe Neuzeit stark von christlichen Glauben geprägt war, Ärztliche Tätigkeit wurde mit der Nächstenliebe, der Nachfolge Christi verbunden. Heute sieht die Situation etwas anders aus.

So wollen wir nun die moderne Medizin im Kontext Gesundheit und Heil unter die Lupe nehmen.

Gesundheit wird heute sehr hoch gewichtet, und oft auch als höchster Wert betrachtet. Der Arzt und Schriftsteller Arthur Schnitzler zählte Gesundheit sogar zu den absoluten Gütern des Daseins¹⁵. Nun ist ja verständlich, dass wir an und für sich den berechtigten Wunsch hegen dürfen, unsere Arbeit und Engagements möglichst unbehindert und beschwerdefrei absolvieren zu können. Daher ist Gesundheit bzw. Beschwerdefreiheit oder -freiheit auch ein Gut für den Menschen.

Es zeigt sich aber erstens, dass die Meinungen auch über das Verständnis von Gesundheit weit auseinander gehen. Eine eindeutige Definition von Gesundheit hat es wahrscheinlich nie gegeben. Die Auffassungen reichen von funktionellen und statistischen Aspekten über soziologische Definitionsversuche bis zur Fähigkeit, persönlich als wichtig erachtete Ziele realisieren zu können. Die wahrscheinlich praktischste und realitätsgetreueste lautet wohl: Gesund ist ein Mensch, der mit oder ohne Krankheiten einigermaßen glücklich leben kann. Der christliche Glaube lehrt, dass es im irdischen Leben keine vollkommene Gesundheit, kein vollkommenes Heil geben kann, und verweist auf das ewige Heil. Auch Krankheit kann heilsam sein, Gesundheit aber verderblich: *infirmitas salubris, sanitas perniciosa*. Der grosse Theologe Romano Guardini hat auf den spirituellen Wert der Krankheit hingewiesen. Demgegenüber lässt heute ein weit verbreiteter Materialismus eine positive Deutung von Krankheit kaum mehr zu.

Zweitens werden Gesundheit und entsprechende Ansprüche heute gerne verabsolutiert. Man möchte darunter nicht nur ein Freisein von Krank-

¹⁴ H. Schipperges in Lexikon für Theologie und Kirche, Bd 4, Heilung, Heilungen

¹⁵ K. Bergdolt in: Gesundheitskonzepte im Wandel, 2008

heit verstehen, sondern einiges mehr, wie uns die WHO-Definition von Gesundheit aus dem Jahre 1946 zeigt. „Gesundheit als Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Nach dieser Definition ist praktisch kein Mensch gesund! Von diesem realitätsfremden Idealzustand leiten sich allerdings zwei weitere Gedankengänge ab, indem man nun ein Recht auf Gesundheit postuliert, was schon aus einfachen medizinischen Überlegungen gar nicht garantiert werden kann. Gemeint ist offenbar ein Recht auf angemessene ärztliche Behandlung, wogegen nichts einzuwenden ist. Aber Gesundheit kann nicht mehr als Geschenk aufgefasst werden. Gesundheit ist machbar, ein abzusichernder Besitz, und jeder hat dazu einen Beitrag zu leisten. Wer dem nicht Folge leistet, hat mit Schuldzuweisungen zu rechnen. Und zum Zweiten wird Krankheit nun zu einem Übel, zu etwas Schlechtem oder gar Bösem deklariert, mit der Gefahr dass der Kranke als Mensch zweiter Klasse angesehen wird. Gesundheit wird gar zu einer Norm, die über Sein oder Nichtsein menschlichen Lebens entscheidet. Man beachte in diesem Zusammenhang auch die Argumentationen zur Pränatal- und Präimplantationsdiagnostik.

Man sieht, dass die Gesundheitsauffassung der WHO offenbar von einem falschen Menschenbild ausgeht. Medizinische Fortschritte, aber mehr noch voreilige Verheissungen unterstützen aber diese Tendenzen, so etwa die angeblichen Heilungsaussichten durch embryonale Stammzellforschung – man spricht gar von einer Ethik des Heilens, wobei bis heute nennenswerte Erfolge ausgeblieben sind. Dies im Gegensatz zur Anwendung adulter Stammzellen. Ich denke auch an die euphorischen Verheissungen nach der Entschlüsselung des menschlichen Genoms, als im Jahre 2000 ein völlig abgehobener, verklärt wirkender Forscher im Fernsehen behauptete, nun könne man praktisch alle Krankheiten heilen, inklusive Krebs und Alzheimer. Die Pressereaktionen nach der ersten invitro Fertilisierung 1978 (Test Tube Baby), schwärmten vom 8. Schöpfungstag.

Diese Hinweise zeigen, dass Gesundheit und Heilung wieder in die Nähe von religiösen Begrifflichkeiten geraten sind. Ärzte wurden oder werden als Halbgötter in Weiss bezeichnet und man kennt Fitnesspápste. In einer Fachzeitschrift wurde kürzlich gar von der „apostolischen Funktion“ der Ärzte geschrieben. Der deutsche Psychiater Manfred Lütz spricht von einer Gesundheitsreligion, die den Glauben an Gott abgelöst hat¹⁶.

¹⁶ M. Lütz in Tagespost vom 7.7.05 und Kathnet vom 5.1.15

Er vergleicht die heutigen Grosskliniken mit Kathedralen und wo früher Marienkapellen an Wegkreuzen standen, fänden sich heute Fitnessstudios. Seine Ausführungen sind bewusst akzentuiert und satirisch gefärbt, aus meiner Sicht kann schon von einem Religionsersatz gesprochen werden.

Das Heil soll durch Heilung im Diesseits erreicht werden, d.h. ein möglichst langes leidfreies Leben. Gesundheit wird zur säkularen Heilserwartung. Religiöse Vorstellungen von Heil und Unsterblichkeit sind durch eine hohe Wertschätzung von Gesundheit ersetzt worden, der Mensch möchte sich seine Unsterblichkeit selbst schaffen und sicherstellen. Nicht Gott, sondern das Genom ist die alles kontrollierende Realität, das göttliche Lebensprinzip und die Seele werden ausgeblendet. Fitness, Leistungsfähigkeit, Schmerzfreiheit spielen eine wichtige Rolle, und man will noch eine grössere Gesundheit erreichen, indem man normale Eigenschaften des Menschen verbessern möchte. Vom Enhancement, der Optimierung des Menschen, haben wir bereits gesprochen. Es ist kein Zufall, dass Schönheitsoperationen in heutiger Zeit einen Boom erleben, Man spricht lieber vom Design, von der Körperoberfläche als vom Sein, der Frage, warum der Mensch existiert, woher er kommt, und wohin er geht.

Wie wir in den vorangehenden Ausführungen gesehen haben, liegen Welten zwischen diesem säkularisierten Heilsbegriff und dem Heil, das vom christlichen Glauben verheissen wird.

Wir sollten den quasireligiösen Gesundheitsbegriff auf jeden Fall kritisch hinterfragen und aus all den angeführten Gründen ist es heute notwendig medizinisch vermittelte Heilung und Zuwendung niemals mit Heil im religiösen Sinne zu vermischen. Beides sollte heute strikt getrennt werden, damit Gesundheit nicht zu einem Religionsersatz wird. Heilkunde sollte nicht zu einer säkularen Heilslehre werden, wie das heute teilweise bereits der Fall ist.

P. Ryser-Düblin, Januar 2016



Bernard N. Schumacher et Pierre-Yves Meyer
Université de Fribourg

Depuis la publication du *Rapport Belmont* (1978) et des *Principles of Biomedical Ethics* de Tom Beauchamp et James Childress (1979), le « respect de l'autonomie » a été élevé au rang de principe majeur de l'éthique médicale¹. Toutefois, ce principe ne saurait s'appliquer indifféremment à toutes les situations. Le cas des personnes âgées atteintes de démence en est la preuve : est-il bien raisonnable, en effet, de chercher à respecter l'autonomie de personnes ne mesurant pas les conséquences de leurs actes, inconscientes des risques, et incapables de retenir les informations pertinentes pour leurs décisions ? Dans ces cas particuliers, la solution généralement adoptée par l'éthique médicale consiste à mettre entre parenthèses le principe d'autonomie, devenu inapplicable, au profit du principe ancestral de bienfaisance. Cette attitude relève de ce qu'il est devenu coutume d'appeler un « paternalisme faible »². Contrairement au paternalisme fort, de type hippocratique, qui fait primer de manière générale la bienfaisance sur le respect de l'autonomie, le paternalisme faible fait primer la bienfaisance sur le respect de l'autonomie uniquement lorsque la personne concernée manifeste une incapacité décisionnelle.

Une telle proposition soulève cependant un certain nombre de problèmes, comme l'ont souligné les psychologues Tom Kitwood et Steven Sabat à la lumière de leur expérience clinique³. Faire l'économie du principe d'autonomie dans les relations à la personne âgée démente justifie des attitudes qui confinent parfois à la maltraitance. Le cas fictif de Margaret, qui synthétise des abus réels observés par Kitwood chez divers patients, suffit à s'en convaincre⁴.

A l'approche de ses 80 ans, Margaret multiplie les oublis. Elle a de la peine à se remémorer le nom de ses petits-enfants. Elle revient du magasin avec de la nourriture pour chat, alors que celui-ci est mort depuis plusieurs années. Elle manifeste des signes d'anxiété inexplicables. Son mari Brian s'irrite de ces comportements. Un jour, comme Margaret s'enfuit subitement de la maison, il décide de l'enfermer à clé à chaque fois qu'il s'absentera. L'attitude de Brian évolue lorsque le diagnostic de la maladie

¹ On peut dire sans exagération, avec Robert Veatch, que les années 70-80 ont vu un véritable « triomphe de l'autonomie » en éthique médicale. Voir Robert M. Veatch, « Autonomy's Temporary Triumph », *The Hastings Center Report*, 1984, vol. 14, n°5, pp. 38-42. Paul R. Wolpe, « The Triumph of Autonomy in American Bioethics : A Sociological View », Raymond DeVries, Janardan Subedi (éds.), *Bioethics and Society : Constructing the Ethical Enterprise*, New Jersey, Prentice Hall, 1988, pp. 38-59.

² Voir Tom L. Beauchamp, James F. Childress, *Les Principes de l'éthique biomédicale*, trad. Martine Fisbach, Paris, Les Belles Lettres, 2008, p. 263 [*Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 2009, 6^{ème} éd, p. 209 : « soft paternalism »]. Gerald Dworkin, *The Theory and Practice of Autonomy*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, pp. 121-129.

³ Voir Tom Kitwood, *Dementia Reconsidered. The Person Comes First*, Maidenhead, Open University Press, 1997. Steven Sabat, *The Experience of Alzheimer's Disease : Life Through a Tangled Veil*, Oxford, Blackwell Publishers, 2001. Steven Sabat, « Mind, Meaning, and Personhood in Dementia : The Effects of Positioning », Julian C. Hughes, Stephen J. Louw, Steven R. Sabat (éds.), *Dementia : Mind, Meaning and the Person*, Oxford, Oxford University Press, 2006, pp. 287-302.

⁴ Voir Tom Kitwood, *Dementia Reconsidered*, pp. 38-40.

d'Alzheimer est posé : comprenant que sa femme est incapable de prendre des décisions seule, il se charge de toutes les tâches ménagères, de la cuisine, des courses. Quand elle se promène autour de lui lorsqu'il est occupé à ses tâches, il la ramène au salon. Quand elle a des difficultés à s'endormir, il l'emmène chez le médecin qui lui administre des somnifères. Avec le temps, Margaret devient de plus en plus anxieuse et pleure souvent. Prétextant une balade en voiture, Brian l'emmène un jour en maison de retraite. Margaret s'adapte mal à son nouvel environnement, refuse de rester au lit la nuit, frappe un résident. On l'emmène alors dans une institution spécialisée, où elle reçoit une lourde médication. Elle passe le plus clair de son temps au lit. Les visites de Brian s'espacent : comme Margaret ne le reconnaît pas, il considère ses visites comme inutiles. Margaret n'a bientôt plus d'appétit et est alimentée artificiellement. Un matin elle décède dans son lit.

Ce récit présente de nombreuses violations de l'autonomie de Margaret : traitement médicamenteux administré sans son consentement, enfermement, privation de ses activités quotidiennes, placement en institution non consenti. Ces attitudes ne contribuent pas seulement à son désespoir et à son anxiété, mais accentuent également ses déficiences, puisqu'elles la mettent dans une position de passivité et lui empêchent d'entretenir ses facultés. Manifestement, l'autonomie de Margaret pourrait, et devrait, être davantage respectée.

Seulement – et c'est là toute la difficulté qui nous préoccupe – Margaret ne répond plus à un moment donné de son histoire aux conditions minimales exigées par le cercle des personnes autonomes. L'éthique médicale contemporaine (ou plutôt sa frange « principliste » issue du *Rapport Belmont*⁵) conçoit l'autonomie du sujet comme la capacité à agir, pour reprendre les mots des éthiciens Beauchamp et Childress, « intentionnellement, avec compréhension, et sans influences extérieures exerçant un contrôle sur leur action »⁶. Cette conception de l'autonomie est exigeante en termes cognitifs. Elle requiert que l'agent soit à même de saisir toutes les données nécessaires à une prise de décision adéquate. Le test développé par Appelbaum et Grisso permettant d'évaluer la capacité à consentir à un traitement, qui fait référence en la matière, divise ces exigences en quatre aspects : i) la capacité à *comprendre* les informations pertinentes ; ii) la capacité à *apprécier* ces informations en les appliquant à sa situation concrète ; iii) la capacité à *raisonner* à propos des choix de traitements ; iv) la capacité à *exprimer* son choix⁷. Il est clair que Margaret, assez tôt dans l'évolution de sa maladie, serait considérée comme incapable d'autonomie à l'aune de ces critères. Sa maladie est l'une des conditions les plus handicapantes pour la réussite de ces tests cognitifs⁸. Mais

⁵ The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, *The Belmont Report : Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*, Bethesda, US Government Printing Office, 1978.

⁶ Tom Beauchamp et James Childress, *Les Principes de l'éthique biomédicale*, p. 94 [*Principles of Biomedical Ethics*, p. 101 : « We analyze autonomous action in terms of normal choosers who act (1) intentionally, (2) with understanding, and (3) without controlling influences that determine their action. »].

⁷ Voir Paul S. Appelbaum et Thomas Grisso, *Assessing Competence to Treatment : A Guide for Physicians and Other Health Professionals*, Oxford, Oxford University Press, 1988. Ce test s'intitule le MacArthur Competence Assessment Tool – Treatment (MacCAT-T).

⁸ Une étude a montré que 54% en moyenne des personnes atteintes d'Alzheimer échouent aux différents tests. C'est plus que pour les personnes atteintes de Parkinson (42%), de schizophrénie (52%) ou de dépression (24%). Voir Laura L. Sessums, Hanna Zembruska, Jeffrey L. Jackson, « Does this patient have medical decision-making capacity ? », *Journal of the American Medical Association*, 2011, vol. 306, n°4, pp. 420-427.

peut-on vraiment affirmer que les personnes comme Margaret, n'étant plus en mesure de remplir les quatre critères, sont incapables d'autonomie ? Ne trouve-t-on pas à la base d'une telle affirmation d'incapacité une certaine représentation de l'autonomie ? Celle-ci n'est-elle pas réductrice ? Si cela était le cas, comment s'est opéré un tel transfert de signification ces dernières décennies ? Et au profit de qui ? De la personne en situation de profonde vulnérabilité ? Des bien-portants ?

La tension qui nous interpelle se pose donc en ces termes : d'un côté, nous sommes convaincus que le principe d'autonomie doit avoir une portée quasi-universelle, pour ne pas laisser pour compte des personnes comme Margaret ; d'un autre côté, nous avons tendance à concevoir l'autonomie de manière sélective. La prétention universelle du principe pratique se voit en quelque sorte contredite par l'entreprise théorique de discrimination entre personnes autonomes et non-autonomes.

1. Les sources du concept d'autonomie décisionnelle

Le concept d'autonomie prédominant dans l'éthique médicale principlaliste, que nous baptisons *autonomie décisionnelle*, a été construit en vue de répondre à des exigences bien précises en lien avec un contexte historique particulier. L'insistance actuelle de ce concept sur le caractère cognitif et indépendant du processus décisionnel peut donc s'expliquer en grande partie par des raisons historiques. Nous souhaitons ici présenter deux motifs déterminants de cette orientation : la définition dans le *Rapport Belmont* des principes fondamentaux de l'éthique médicale en référence au problème de l'expérimentation sur des sujets humains, et la tournure libérale imprimée à l'éthique médicale par Tom Beauchamp et James Childress.

1.1. Le Rapport Belmont et la recherche scientifique comme cas-type de l'éthique médicale

Il n'est pas inutile de rappeler que le dispositif principlaliste a été établi sous l'impulsion d'une préoccupation majeure : instituer le consentement éclairé du sujet comme une étape obligatoire précédant son intégration à une expérience médicale. Ce sont en effet les scandales touchant la recherche médicale aux Etats-Unis (dont celui, décisif, de Tuskegee), qui ont conduit à la constitution de la Commission nationale américaine dont les délibérations (de 1974 à 1978) ont abouti au *Rapport Belmont*. Si le rapport n'est certes pas le premier texte officiel à insister sur le consentement éclairé, il se caractérise néanmoins par le rapprochement qu'il fait entre consentement éclairé et autonomie. Le terme d'autonomie est par exemple absent du Code de Nuremberg de 1947, qui met pourtant à l'honneur le consentement éclairé en le plaçant à la première de ses dix règles.

L'option prise par le *Rapport Belmont* de fonder les règles de la recherche médicale sur des principes généraux (le consentement éclairé sur l'*autonomie*, l'évaluation des risques et des avantages sur la *bienfaisance*, la sélection équitable des sujets sur la *justice*) est d'une importance significative dans la constitution de l'éthique médicale principlaliste. En effet, ce niveau de généralité a permis l'extension des principes hors de leur domaine d'application originel. Autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice ont opéré, dès les *Principles of Biomedical Ethics*, comme les principes régissant l'ensemble de l'éthique médicale. Ainsi, alors que le principe d'autonomie fondait le consentement éclairé à l'expérimentation, il fonde désormais, entre autres, le consentement éclairé au traitement.

Cette extension des principes du *Rapport Belmont* explique très bien la priorité accordée à l'autonomie décisionnelle. Dans le cadre de la recherche médicale, en effet, l'autonomie ne peut se penser que comme autonomie décisionnelle : il est primordial que le sujet prenne sa décision de manière indépendante, sur la base de toutes les informations pertinentes (risques de l'expérimentation, objectifs de la recherche, procédés utilisés). Dans le cadre thérapeutique, en revanche, ceci est nettement moins clair : le type d'autonomie qui est à préserver est tout aussi bien la capacité à effectuer des actes seuls, comme marcher (« l'autonomie exécutionnelle »⁹), ou à mener une vie conforme à ses valeurs, comme dans le cas des personnes atteintes d'Alzheimer. Mais comme c'est le contexte de la recherche médicale qui a servi de paradigme au cadre thérapeutique, le concept d'autonomie qui a prévalu est celui d'autonomie décisionnelle. On a ainsi insisté, de manière sans doute excessive¹⁰, sur la divergence possible de représentations morales entre soignant et patient¹¹, sur le pluralisme des sociétés contemporaines dans le contexte postmoderne où un socle moral commun semblait faire défaut.

« Dans une société pluraliste, précise l'éthicien américain Jonsen, où un large consensus quant au contenu de la moralité semblait absent, un principe d'autonomie, considéré comme l'unique ou le premier principe moral, permettait de résoudre bien des difficultés : il suffisait que chacun respecte les souhaits et les choix de tous les autres, sans avoir à émettre de jugement sur d'autres fondements moraux. »¹²

Ces diverses raisons demandaient de garantir au patient un processus décisionnel indépendant tout en exigeant de sa part de solides facultés cognitives.

1.2. L'orientation libérale des *Principles of Biomedical Ethics*

L'extension des principes du *Rapport Belmont* hors de leur domaine d'application originel est pour beaucoup dans la prégnance du concept d'autonomie décisionnelle. Mais une autre différence entre le *Rapport Belmont* et les *Principles of Biomedical Ethics* joue un rôle tout aussi important : la modification, anodine en apparence, de la liste des principes chez Beauchamp et Childress. Par cette modification, ces auteurs confèrent à la bioéthique une orientation résolument libérale. Celle-ci n'est pas totalement absente du *Belmont*, mais elle s'accroît nettement dans les *Principles of Biomedical Ethics*.

Un malentendu doit tout d'abord être levé à propos des rapports entre le *Belmont* et les *Principles*. On imagine parfois que les *Principles* se sont inspirés du *Belmont*. Cette erreur a été favorisée par la similarité des approches principialistes, ainsi que par

⁹ Nous empruntons les concepts d'autonomie « exécutionnelle » et d'autonomie « décisionnelle » à Fabrice Gzil, *La maladie d'Alzheimer : problèmes philosophiques*, Paris, Presses Universitaires de France, 2009, p. 163.

¹⁰ Voir Daniel Callahan, « Autonomy : A Moral Good, Not a Moral Obsession », *The Hastings Center Report*, 1984, vol 14, n°5, pp. 40-42.

¹¹ Voir Robert M. Veatch, « Medical Ethics : Professional or Universal ? », *The Harvard Theological Review*, 1972, vol. 56, n°4, pp. 531-559.

¹² Albert R. Jonsen, *The Birth of Bioethics*, Oxford, Oxford University Press, 1988, p. 335 : « In a pluralistic society, where broad agreement on the content of morality seemed to be fading, a principle of autonomy, as the sole or primary moral principle, solved many a conundrum : one merely respects the wishes and choices of every person without passing judgment on further moral grounds. »

la quasi-identité entre les trois principes du *Belmont* et les quatre principes de Beauchamp et Childress. En réalité, et même s'ils se sont influencés mutuellement, les deux projets ont été initiés de manière indépendante. Lorsqu'en décembre 1976 Tom Beauchamp intègre la Commission nationale, plusieurs mois après les délibérations de la *Belmont House*, lui et Childress avaient déjà rédigé une grande partie des *Principles of Biomedical Ethics*. Beauchamp, à qui a été confiée une responsabilité importante dans l'élaboration du *Belmont*, était tiraillé entre son travail personnel avec Childress et son travail plus consensuel avec les membres de la Commission. D'un bout à l'autre, il a été conscient de la différence d'orientation qui séparait les deux projets. Malgré la ressemblance des groupes de principes, il reconnaît en 2005 leur divergence fondamentale :

« L'intitulé des principes apparaissant dans le *Rapport Belmont* présentent des similitudes notables à certains de ceux que Childress et moi-même utilisons et continuons d'utiliser, mais les deux groupes de principes sont loin de défendre [...] une conception identique. De fait, les deux dispositifs sont incompatibles entre eux. » Et plus loin : « Nous avons développé des conceptions morales substantiellement différentes et aucune des deux approches ne repose sur les fondements de l'autre. »¹³

<i>Rapport Belmont</i>	<i>Principles of Biomedical Ethics</i>
Respect de la personne (respect de l'autonomie + protection des personnes non-autonomes)	Respect de l'autonomie
Bienfaisance	Bienfaisance
	Non-malfaisance
Justice	Justice

De quelle nature est cette incompatibilité ? Examinons la liste des principes. Le *Rapport Belmont* met en avant 3 principes : la bienfaisance, la justice et le respect de la personne qui est à comprendre comme le respect de l'autonomie et la protection de la personne non-autonome. Les *Principles* reprennent les notions de bienfaisance et de justice, et ajoutent le principe de non-malfaisance, tout en substituant le « respect de l'autonomie » au « respect de la personne ». Comment expliquer cette substitution ? Quelles en sont les conséquences ?

Beauchamp se méfie du « respect de la personne », qui a le défaut selon lui de faire un amalgame maladroit entre le respect du choix autonome d'une part, et la protection des personnes non-autonomes d'autre part. On peut comprendre cette méfiance. Il est étonnant de retrouver réunies sous le « respect de la personne » deux exigences *a priori* opposées.

¹³ Tom L. Beauchamp, « The Origins and Evolution of the Belmont Report », James F. Childress, Eric Meslin, Harold Shapiro (éds.), *Belmont Revisited : Ethical Principles for Research with Human Subjects*, Washington D.C., Georgetown University Press, 2005, pp. 12-25, pp. 15-16 : « The names of the principles articulated in the *Belmont Report* bear notable similarities to some of the names Childress and I were using and continued to use, but the two schemas of principles are far from constituting a uniform [...] conception. Indeed, the two frameworks are not consistent. » « [...] we developed substantially different moral visions and [...] neither approach was erected on the foundations of the other. »

Le respect de l'autonomie implique une *tolérance* : il s'agit de ne pas faire obstacle aux choix d'une personne capable de discernement. Au nom du respect de l'autonomie (étendu à toute la sphère de l'éthique médicale), on permettra par exemple à une personne de refuser un traitement qu'elle juge inutile, contraire à ses projets ou à ses convictions.

La protection des personnes non-autonomes implique au contraire une *interdiction* : il s'agit d'empêcher des personnes incapables de discernement de faire des choix dangereux pour elles. Au nom de la protection des personnes non-autonomes (étendue à toute la sphère de l'éthique médicale), on empêchera par exemple une personne atteinte d'Alzheimer de disposer librement de sa fortune ou d'effectuer ses déplacements seule.

C'est sans doute cette opposition que Beauchamp a en tête lorsqu'il affirme que le premier principe du *Belmont* « semblait mélanger deux principes indépendants l'un de l'autre »¹⁴. On comprend dès lors que lui et Childress aient voulu clarifier ce premier principe et le réduire au simple « respect de l'autonomie ».

Il semble qu'une autre raison facilitait cette substitution : la clause de protection des personnes non-autonomes était déjà incluse, aux yeux de Beauchamp et Childress, dans le principe de bienfaisance/non-malfaisance. Pour ces auteurs, c'est au nom de la bienfaisance/non-malfaisance qu'on empêche une personne incapable de discernement d'agir à sa guise. En intégrant une clause de protection des personnes non-autonomes au premier principe, le *Belmont* apparaissait redondant. Ainsi, pour Beauchamp et Childress, réduire le « respect de la personne » au « respect de l'autonomie » était une manière élégante de clarifier le premier principe tout en supprimant une clause superflue.

La substitution opérée par Beauchamp et Childress est quoiqu'il en soit lourde de conséquences. L'une d'elles a été parfaitement mise en évidence par l'éthicienne Karen Lebacqz, membre de la Commission du *Belmont* : en réduisant le « respect de la personne » au « respect de l'autonomie », Beauchamp et Childress ne prennent plus en compte le respect des personnes non-autonomes. Celles-ci peuvent certes être protégées au nom du principe de bienfaisance/non-malfaisance, mais elles n'ont plus droit au respect. « Ce glissement dans le vocabulaire suggère que les personnes non-autonomes ne méritent pas le respect. [...] le respect dû aux personnes non-autonomes est perdu¹⁵. » Ce point pose naturellement un certain nombre de problèmes. Il signifie qu'une personne comme Margaret, à partir d'un certain stade de sa maladie, peut être traitée de manière irrespectueuse à condition que son bien-être soit maximisé et sa souffrance minimisée. Cela pourrait justifier par exemple l'administration d'une lourde médication à Margaret, destinée à la préserver de ses souffrances en la maintenant sans cesse dans un état de somnolence.

Mais la conséquence qui nous intéresse ici au premier chef est le poids particulier que cette substitution accorde à l'autonomie décisionnelle. Le « respect de la personne », notion plus riche que le respect de l'autonomie, aurait pu donner lieu à une interprétation plus large des devoirs des proches et des professionnels envers les

¹⁴ *Ibid.*, p. 15 : « It seemed to blend to independent principles ».

¹⁵ Karen Lebacqz, « We Sure Are Older But Are We Wiser ? », James F. Childress, Eric Meslin, Harold Shapiro (éds.), *Belmont Revisited : Ethical Principles for Research with Human Subjects*, Washington D.C., Georgetown University Press, 2005, pp. 99-110, p. 100 : « [...] the shift in language suggests that nonautonomous persons are not deserving of respect. [...] the respect due to nonautonomous persons is lost. »

personnes vulnérables. En revanche, mettre l'accent uniquement sur le « respect de l'autonomie » de la personne capable de discernement contribue à placer l'éthique médicale sur un terrain bien particulier. La préoccupation presque exclusive de cette éthique consistera à répondre à la question de savoir à quelles conditions une personne est habilitée à mener sa vie conformément à ses désirs – question qui, appliquée au domaine médical, pourra se résumer ainsi : à quelles conditions une personne peut-elle décider de son traitement/de sa participation à une recherche/d'actes d'une importance décisive pour sa vie ?

Une fois posée, cette question qui devient *la* question de l'éthique médicale principlialiste reçoit chez Beauchamp et Childress à quelques nuances près la réponse qu'y avait déjà donnée John Stuart Mill dans *De la liberté*. Comme l'individu capable de discernement et disposant des informations nécessaires est la personne la mieux placée pour apprécier ses propres intérêts, rien ne justifie qu'une autorité extérieure interfère dans ses choix : « Il ne peut être légitimement contraint d'agir ou de s'abstenir sous prétexte qu'il est meilleur pour lui d'agir ainsi, sous prétexte que cela le rendrait heureux, ou que, dans l'opinion des autres, agir ainsi serait sage ou même juste¹⁶. » Autrement dit, toute personne « dont les facultés ont atteint leur maturité »¹⁷ et dûment renseignée doit pouvoir faire usage de sa liberté, à condition de ne pas faire obstacle à celle des autres. Les *Principles of Biomedical Ethics* constituent une longue variation sur ce thème, entre la mise en évidence du principe d'autonomie et des conditions permettant un consentement éclairé, et la mise entre parenthèses de ce principe au profit du principe de bienfaisance/non-malfaisance dans le cas des personnes incapables de décision.

2. Autonomie décisionnelle et autonomie du Soi

Maintenant qu'ont été mis en évidence le concept d'autonomie décisionnelle et ses sources historiques, nous souhaiterions proposer un concept alternatif permettant de répondre aux exigences du contexte gérontologique. Le cas de Margaret a montré qu'un autre type d'autonomie est en jeu dans les rapports des professionnels et des proches aux personnes âgées atteintes de démence. C'est ce concept que semble avoir en tête l'éthicien Warren Reich quand il affirme que l'autonomie qui doit avant tout être respectée dans le cadre thérapeutique « s'intéresse moins au Soi désireux d'agir librement en dépit d'éventuels adversaires mettant en danger sa liberté, qu'au Soi dont la quête de sens est menacée et ainsi dont le contrôle sur sa propre destinée est mise en péril »¹⁸. Afin d'insister sur l'importance du Soi dans ce type d'autonomie, nous la baptisons *autonomie du Soi*. En quoi se distingue-t-elle de l'autonomie décisionnelle ?

Rappelons que l'autonomie décisionnelle est la capacité habituellement supposée par l'éthique médicale principlialiste et mesurée par les tests cognitifs. Une personne est dotée d'autonomie décisionnelle relativement à une action si elle est

¹⁶ John S. Mill, *De la liberté*, trad. Gilbert Boss, Zurich, Grand Midi, 1987, pp. 17-18 [*On Liberty*, Harmondsworth, Penguin, [1859], 1979, pp. 71-72 : « He cannot rightfully be compelled to do or forbear because it will be better for him to do so, because it will make him happier, because, in the opinions of others, to do so would be wise, or even right. »].

¹⁷ *Ibid.*, p. 18 [« In the maturity of their faculties », p. 72].

¹⁸ Warren T. Reich, « Speaking of Suffering : A Moral Account of Compassion », *Soundings*, 1989, vol. 72, n°1, pp. 83-108, p. 87 : « [I]s less concerned with the self that wants to act freely in the face of potential opponents to freedom, and more concerned with the self whose meaning is now so threatened that its larger quest in life is being jeopardized and thus whose control over its own destiny is being imperilled. ».

capable d'effectuer avec succès, sur la base des informations à sa disposition, le processus décisionnel menant à cette action¹⁹. Elle est par exemple capable d'accomplir de manière sensée la procédure du consentement éclairé pour une opération chirurgicale, ou de délibérer de manière satisfaisante sur les conséquences d'un investissement financier. C'est de cette capacité que sont privées Margaret et plus de la moitié des personnes atteintes d'Alzheimer lorsqu'il s'agit de consentir à un traitement médical.

L'autonomie du Soi est un concept plus modéré que l'autonomie décisionnelle. Il est plus modéré dans la mesure où la possession de l'autonomie décisionnelle implique toujours la possession de l'autonomie du Soi, alors que l'autonomie du Soi n'implique pas toujours la possession de l'autonomie décisionnelle. Margaret possède par exemple, dans la plupart des stades de sa maladie, l'autonomie du Soi, alors qu'elle est dépourvue de l'autonomie décisionnelle. Que faut-il entendre par autonomie du Soi ?

Cette notion que nous avançons doit beaucoup au concept d'autonomie défendu par la philosophe canadienne Agnieszka Jaworska dans sa réflexion portant sur la maladie d'Alzheimer. Jaworska définit l'autonomie comme la capacité à valoriser, c'est-à-dire à nourrir des valeurs et des convictions au sens large, lesquelles sont constitutives du Soi. « La capacité d'autonomie est d'abord et avant tout la capacité d'épouser des valeurs et des convictions, dont la concrétisation en actes peut parfois échapper en partie au pouvoir de l'agent²⁰. » Une personne manifeste l'autonomie du Soi quand elle témoigne par exemple, de manière plus ou moins directe, d'une prédilection pour certaines activités, de principes moraux, ou d'une conception de la vie. Il est probable que Margaret, jusque dans les stades très avancés de sa maladie, était capable de valoriser certaines activités, comme se promener, faire la cuisine ou voir ses petits-enfants. Elle avait peut-être également des convictions quant au lieu le plus approprié pour vivre sa vieillesse. La thèse de Jaworska est que c'est cette capacité à valoriser, et non pas la capacité à prendre une décision de manière indépendante, qui est déterminante pour affirmer la possession de l'autonomie. Dès lors, « la question centrale pour un soignant soucieux de respecter au mieux un patient atteint d'Alzheimer n'est plus 'Ce patient peut-il raisonner parfaitement et parvenir à une décision rationnelle ?' ou 'Comprend-il ce qui est le mieux pour sa vie prise comme un tout ?', mais bien 'Ce patient est-il encore capable de valoriser ?' »²¹. Respecter l'autonomie d'une personne âgée démente consiste donc à l'aider à accomplir des actes qui s'accordent avec son identité. Comme le résume le philosophe américain George Agich, « [certaines] actions, qui pourraient être considérées comme n'étant pas libres selon la conception

¹⁹ Il faut souligner que l'autonomie décisionnelle se définit toujours relativement à la complexité de l'action considérée. On peut posséder l'autonomie décisionnelle pour le choix de ses activités quotidiennes alors qu'on est privé d'autonomie décisionnelle pour le choix de son traitement médical.

²⁰ Agnieszka Jaworska, « Respecting the Margins of Agency : Alzheimer's Patients and the Capacity to Value », *Philosophy and Public Affairs*, 1999, vol. 28, n°2, pp. 105-138, p. 126 : « The capacity for autonomy is first and foremost the capacity to espouse values and convictions, whose translation into action may not always be fully within the agent's mastery. »

²¹ *Ibid.*, p. 109 : « The central question for a caretaker attempting to best respect an Alzheimer's patient becomes not, "Can this patient reason thoroughly and come to a rational decision ?" or "Does he grasp what's best for his life as a whole ?" but "Does this patient still value ?" »

traditionnelle de l'autonomie, sont cependant véritablement autonomes dans la mesure où elles sont cohérentes avec l'identité de la personne »²².

L'avantage de cette définition de l'autonomie, moins exigeante, est qu'elle permet de mieux comprendre ce que signifie le respect de l'autonomie appliqué aux personnes âgées démentes. On pourrait objecter à cette approche qu'elle fait bon marché de l'autonomie et la réduit à la simple faculté de désirer. Mais cette objection est écartée par la distinction faite par Jaworska entre valeur (*value*) et simple désir (*mere desire*)²³. La valeur reçoit l'assentiment du sujet ; celui-ci juge qu'il est bon de valoriser ce qu'il valorise²⁴. En revanche, le sujet peut ressentir un désir tout en souhaitant l'éliminer. On peut à la fois être pris d'un fort désir de manger et vouloir que ce désir cesse. La valeur, bien que susceptible d'évoluer au cours d'une vie, présente une stabilité bien supérieure au désir et est constitutive du caractère. Cette définition de la valeur évite par ailleurs toute connotation excessivement intellectualiste ou ascétique : il est possible de valoriser des plaisirs simples, comme l'écoute de la musique, le jardinage ou des activités artistiques²⁵.

Alors que l'autonomie décisionnelle signifie essentiellement une *indépendance* du sujet, l'autonomie du Soi est entièrement compatible avec un contexte de dépendance. Comme dans le cas de Margaret, il est tout à fait possible de disposer de l'autonomie du Soi malgré une incapacité à prendre une décision de manière indépendante. Pour que l'autonomie du Soi découle sur une décision effective, il est alors indispensable que l'entourage assiste la personne dans sa prise de décision. D'une part, des efforts sont exigés dans l'identification des valeurs de la personne. Ceci passe par une écoute attentive et des entretiens prolongés. Les valeurs profondes de la personne étant parfois recouvertes par ses réactions spontanées, il s'agit de distinguer parmi des manifestations souvent contradictoires l'authentique du superficiel, comme on parviendrait à la pièce centrale d'une « poupée russe ».

« A l'extérieur, précise le philosophe Brendan McCormack, se présentent la 'personne manifeste' et ses comportements, actions et interactions constatables. Cependant, ce Soi extérieur est à bien des égards une image superficielle, et dans le cas de la personne atteinte de démence, ce Soi est déterminé par des émotions et des croyances dissimulées qui n'apparaissent pas au grand jour. Pour découvrir ces émotions et ces croyances, nous devons 'creuser' et mettre au jour la 'pièce centrale de la poupée russe', c'est-à-dire la 'personne authentique' »²⁶.

²² George Agich, « Autonomy as a Problem in Clinical Ethics », in Thomas Nys, Yvonne Denier et Toon Vandeveldt (éds.), *Autonomy & Paternalism : Reflections on the Theory and Practice of Health Care*, Leuven, Peeters, 2007, pp. 71-91, p. 77 : « Such actions might be taken to be not free on the traditional view of autonomy, but they are truly autonomous to the extent that they are consistent with one's identity. »

²³ Voir Agnieszka Jaworska, « Respecting the Margins of Agency », p. 116.

²⁴ La notion de valeur chez Jaworska se rapproche de la volition de second ordre chez Harry Frankfurt, « Freedom of the Will and the Concept of a Person », *The Journal of Philosophy*, 1971, vol. 68, n°1, pp. 5-20. Pour les rapports entre les deux notions, voir Agnieszka Jaworska, « Respecting the Margins of Agency », note 15, p. 115.

²⁵ Voir Agnieszka Jaworska, « Respecting the Margins of Agency », p. 120.

²⁶ Brendan McCormack, « The Person of the Voice : Narrative Identities in Informed Consent », *Nursing Philosophy*, 2002, vol. 3, n°2, pp. 114-119, pp. 116-117 : « On the outside there is the « obvious person » and overt behaviours, actions and interactions. However, this outer self is in many ways a superficial picture and in the case of a person with dementia it is constrained by hidden emotions and beliefs that

La connaissance de la dimension narrative du vécu du patient joue à cet égard un rôle essentiel²⁷. D'autre part, la mise en œuvre de la décision requiert également une assistance : une personne atteinte d'Alzheimer peut oublier l'action décidée, ou se bloquer devant une circonstance particulière, et il est dès lors du devoir de l'entourage de pousser la personne à réaliser l'action résolue.

Le concept d'autonomie du Soi permet donc de dépasser l'opposition entre autonomie et dépendance. L'assistance d'autrui n'est pas seulement compatible avec l'autonomie du Soi chez les personnes âgées démentes : elle est même la condition de sa préservation. De plus, mettre en avant l'autonomie du Soi permet de résoudre le problème du respect de l'autonomie de personnes déclarées non-autonomes (du point de vue de l'autonomie *décisionnelle*), puisque celles-ci, sauf dans des cas extrêmes²⁸, sont encore dotées de l'autonomie du Soi.



may not be overtly presented. In order to find out what these beliefs and emotions are, we must « chip away » in order to expose them, i.e. the inner doll or the « authentic person ».

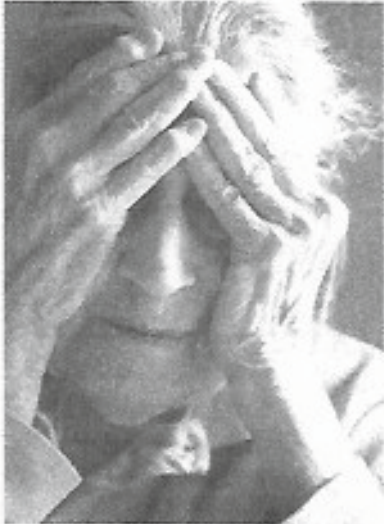
²⁷ Voir *ibid.* et Rita Charron, « Narrative Contributions to Medical Ethics », Edwin R. DuBose, Ronald P. Hamel et Laurence J. O'Connell (éds.), *A Matter of Principles ? Ferment in U.S. Bioethics*, Valley Forge, Trinity Press International, 1994, pp. 260-283.

²⁸ Une personne privée de l'exercice de l'autonomie décisionnelle et de l'autonomie du Soi, par exemple en cas de handicap mental très sévère ou de démence très profonde, perd-elle du même coup droit au respect ? Ceci n'est pas une conséquence de notre approche, qui ne porte que sur le respect de l'autonomie. La personne n'exerçant plus de manière irréversible l'autonomie ne perd pas son statut de personne et sa dignité ontologique. L'exercice de l'autonomie et la dignité ne sont pas des termes tautologiques, comme le soutiennent certains pour qui ceux qui n'exercent plus l'autonomie décisionnelle seraient dépourvus de dignité. L'exercice concret de l'autonomie permet l'épanouissement de la personne, mais n'est pas une condition de sa dignité ontologique. Voir Bernard N. Schumacher, « La dignité du 'vieux vieux' », *Nova et Vetera*, 2012, vol. 87, n° 3, pp. 333-357.

Demenz, Entscheidungsautonomie und Autonomie des Selbst

Bernard N. Schumacher und Pierre-Yves Meyer
Universität Freiburg (Schweiz)

Dieser Artikel aus den ACTA Medica Catholica (Belgica) erscheint hier mit dem Einverständnis der Autoren und der belg. Zeitschrift



Seit der Publikation des *Belmont Report* (1978) und der *Principles of biomedical Ethics* von Tom Beauchamp und James Childress (1979) ist der „Respekt der Autonomie“ zum Rang eines vorherrschenden Prinzips der ärztlichen Ethik aufgestiegen. Jedoch sollte dieses Prinzip nicht ohne Ausnahme in allen Situationen angewandt werden. Der Fall alter Personen mit Demenz liefert den Beweis: ist es wirklich vernünftig, die Autonomie von Personen zu respektieren ohne die Konsequenzen ihrer Tätigkeit zu berücksichtigen, ohne Kenntnis ihrer Tätigkeiten, unbewusst der Risiken und die unfähig sind die wichtigen Informationen für ihre Entscheidungen zu beurteilen? In diesen speziellen Fällen besteht für die medizinische Ethik die allgemein anerkannte Lösung: das Prinzip „Autonomie“ in Klammer zu setzen, da unanwendbar geworden und dass von Vorteil das

anzenstrale Prinzip von Fürsorge angewendet wird. Diese Einstellung ist die eines „schwachen Paternalismus“, wie es üblich geworden ihn zu nennen. Im Gegensatz zum starken Paternalismus nach Hippokrates, der allgemein die Fürsorge über den Respekt der Autonomie stellt, stellt dieser schwache Paternalismus die Fürsorge über den Respekt der Autonomie nur, wenn die entsprechende Person eine Entscheidungsunfähigkeit aufweist.

Ein solcher Vorschlag ruft eine gewisse Anzahl von Problemen hervor, wie dies die Psychologen Tom Kitwood und Steven Sabat auf Grund ihrer klinischen Erfahrung betonen. Die Reduktion des Prinzips Autonomie in den Beziehungen dementer alter Personen kann zur Folge haben, dass bestimmte Haltungen manchmal an Misshandlungen grenzen. Der fiktive Fall von Margaret, welcher den durch Kitwood beobachteten realen Missbrauch bei verschiedenen Patienten dokumentiert, genügt um sich davon zu überzeugen.

Um die 80er Jahre stellen sich bei Margaret eine immer stärker werdende Vergesslichkeit ein, sie hat Mühe sich an die Namen ihrer Grosskinder zu erinnern. Sie kommt aus dem Laden mit Hundefutter, während ihr Hund seit mehreren Jahren tot ist. Sie weist Symptome unerklärlicher Ängstlichkeit auf. Ihr Ehemann Brian regt sich darüber auf. Eines Tages als Margaret plötzlich das Haus verlassen hat, entscheidet er sich, sie einzuschliessen, wenn er ausgehen muss.. Die Haltung von Brian ändert sich, nachdem die Diagnose Alzheimer gestellt wurde: Im Bewusstsein, dass seine Frau unfähig ist, allein zu entscheiden, übernimmt er alle Tätigkeiten in Haushalt, Küche, Kommissionen... Wenn sie um ihn herumgeht, während er seine Arbeit ausführt, führt er sie ins Wohnzimmer. Wenn sie an Schlaflosigkeit leidet, führt er sie zum Arzt, der ihr Schlafmittel verordnet. Mit der Zeit wird Margaret immer ängstlicher, sie weint oft. Mit dem Vorwand eines Ausfluges mit seinem Auto führt er sie eines Tages in ein Altersheim. Margaret fügt sich schlecht in ihre neue Umgebung ein, will nachts nicht im Bett bleiben, schlägt eine Heimbewohnerin. Man verlegt sie darauf in eine spezialisierte Institution, wo sie schwere Medikamente erhält. Sie

verbringt die grösste Zeit im Bett. Besuche von Brian werden immer seltener: da Margaret ihn nicht mehr erkennt, findet er seine Besuche unnütz. Margaret hat bald keinen Appetit mehr, wird künstlich ernährt. Eines Morgens stirbt sie in ihrem Bett.

Diese Erzählung zeigt mehrfache Verletzungen der Autonomie von Margaret: Medikamente ohne Einwilligung, Einsperren, Entzug ihrer täglichen Tätigkeit, Verlegung in ein Heim ohne Einwilligung. Dieses Verhalten führt nicht nur zu ihrer Hoffnungslosigkeit und ihrer Ängstlichkeit, sondern vergrössert ihre Fehlleistungen, da sie zu einer Passivität führen kann und verhindert ihre Fähigkeiten auszuüben. Wirklich, die Autonomie von Margaret könnte und sollte vermehrt respektiert werden.

Nur, hier ist das ganze Problem, welches uns beschäftigt. Margaret entspricht ab einem gewissen Moment ihrer Geschichte nicht mehr den minimalen Bedingungen des Kreises der autonomen Personen. Die heutige medizinische Ethik (oder eher ihrer prinzipalistischen Variante aus dem Belmont-Bericht) versteht Autonomie der Person als Fähigkeit intentional zu handeln nach den Worten der Ethiker Beauchamp und Childress und zwar mit Verstehen und ohne äusseren Einfluss. Diese Auffassung der Autonomie ist anspruchsvoll bezüglich dem Erkenntnisvermögen. Sie verlangt, dass der Beurteiler fähig ist, alle nötigen Elemente zu vereinen um zu einer adäquaten Entscheidung zu kommen. Der durch Appelbaum und Grisso entwickelte Test, der als Referenz in dieser Materie angesehen wird, erlaubt die Fähigkeit zur Einwilligung einer Behandlung, zu beurteilen. Dieser Test teilt die Erfordernisse in vier Aspekte:

- i) die Fähigkeit wichtige Informationen zu *verstehen*,
- ii) die Fähigkeit Informationen in Zusammenhang mit der konkreten Situation zu *beurteilen*,
- iii) die Fähigkeit über die Wahl der Behandlung zu *überlegen*,
- iv) die Fähigkeit diese Wahl auch *auszudrücken*.

Es ist klar, dass Margaret angesichts dieser Kriterien sehr früh im Verlaufe ihrer Krankheit als unfähig beurteilt würde. Ihre Krankheit ist eine der meist handikapierenden Bedingungen für das Gelingen des kognitiven Tests.

Aber kann man wirklich behaupten, dass Personen wie Margaret, die nicht die vier Kriterien erfüllen, wirklich unfähig zur Autonomie sind? Aber kann man wirklich behaupten, dass Personen wie, Margaret, welche die vier Kriterien nicht erfüllen, unfähig zu Autonomie sind? Beinhaltet eine solche Behauptung der Unfähigkeit der Autonomie nicht ein gewisses Verständnis vom Konzept der Autonomie? Ist diese nicht herabmindernd, reduzierend? Wenn dies der Fall wäre, wie ist ein solcher Bedeutungswandel über die letzten Dezennien erfolgt? Und zu wessen Vorteil? Der Personen in einer tief verwundbaren Situation? Der Gesunden?

Die Spannung, welche wir verspüren zeigt sich in folgenden Ausdrücken: einerseits sind wir überzeugt, dass das Prinzip Autonomie eine quasi-universale Geltung haben soll; um eine Person wie Margaret nicht im Regen stehen zu lassen, haben wir andererseits die Tendenz eine Art selektive Autonomie anzunehmen. Der universelle Anspruch eines praktischen Prinzips sieht sich irgendwie im Widerspruch zur Theorie von Diskrimination zwischen autonomen und nicht-autonomen.

1. Die Quellen einer Entscheidungsautonomie

Das vorherrschende Autonomie-Konzept in der prinzipalistischen Medizin-Ethik, welche wir *dezisionelle Autonomie*, *Entscheidungsautonomie* nennen, wurde geschaffen hinsichtlich auf die

sehr präzisen Anforderungen angesichts eines historischen Kontextes. Die aktuelle Dringlichkeit dieses Konzeptes betreff den kognitiven Charakter und unabhängig des Entscheidungsprozesses kann somit durch geschichtliche Gründe erklärt werden. Wir möchten hier zwei entscheidende Motive dieser Orientierung darlegen:

Die Definition der Grundprinzipien im Belmont-Bericht der Medizin-Ethik unter Bezugnahme auf das Problem der Experimente am Menschen und die liberale Wendung durch Tom Beauchamp und James Childress.

1.1. Der Belmont-Bericht und die wissenschaftliche Forschung als typischer Fall der medizinischen Ethik

Es ist nicht unnütz zu erwähnen, dass das prinzipialistische Dispositiv unter dem Druck wesentlicher Bedenken entstanden ist: eine aufgeklärte Einwilligung der Person als eine obligatorische Etappe vor der Aufnahme in ein medizinischen Experiment. Es sind wirklich die Skandale, welche die medizinische Forschung in den Vereinigten Staaten betreffen (u.a. jene entscheidenden von Tuskegee), welcher zur Einsetzung einer nationalen amerikanischen Kommission geführt hat, deren Beratungen (von 1974-1978) zum Belmont-Bericht führten. Wenn dieser Bericht nicht der erste offizielle Text ist um auf die aufgeklärte Einwilligung hinzuweisen, so charakterisiert er sich doch durch die Annäherung von aufgeklärter Einwilligung und Autonomie. Der Ausdruck Autonomie existiert nicht im Nürnberg Codex von 1947, welche doch die aufgeklärte Einwilligung an die Spitze der 10 Regeln setzt.

Die vom Belmont-Bericht gewählte Lösung, Regeln für die medizinische Forschung über allgemeine Prinzipien (aufgeklärte Einwilligung über *Autonomie*, Beurteilung der Risiken und Vorteile über *Fürsorge*“, die ausgewogene Selektion der Person über die *Gerechtigkeit* zu setzen) sind von wesentlicher Wichtigkeit in der Verfassung der medizinischen prinzipialistischen Ethik. Wirklich, dieses Niveau von Allgemeinheit erlaubte die Ausweitung der Prinzipien ausserhalb ihres ursprünglichen Anwendungsbereiches. Autonomie, Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit bewirkten seit Erscheinen von *Principles of Biomedical Ethics* einen Einfluss auf die *Gesamtheit* der medizinischen Ethik. Da das Prinzip Autonomie die aufgeklärte Einwilligung zur Forschung begründete, begründet es, unter andern, auch die aufgeklärte Einwilligung zur Therapie.

Diese Ausweitung der Prinzipien des Belmont-Berichts erklärt sehr gut die Priorität der Entscheidungsautonomie. Im Rahmen medizinischer Untersuchungen kann Autonomie nur als Entscheidungsautonomie verstanden werden: es ist wesentlich, dass die Person ihre Entscheidung in unabhängiger Weise, auf Grund aller wichtigen Informationen (Risiken der Versuche, Thema der Tests, benützte Methoden) trifft. Im therapeutischen Sektor jedoch, ist dies deutlich weniger klar: die Art der Autonomie, die es zu beachten gilt, ist ebenso die Fähigkeit einzelne Akte allein, wie Gehen (ausführende Autonomie) oder ein Leben entsprechend von Wertvorstellungen zu führen, wie im Fall von Personen mit Alzheimer.

Aber, da im Kontext der ärztlichen Forschung, welche als Paradigma für den therapeutischen Bereich dient, das bevorzugte Konzept von Autonomie, das der Entscheidungsautonomie ist, hat man insistiert, sicher in etwas exzessiver Art, und hat auf die mögliche Divergenz von moralischen Vorstellungen zwischen Therapeut und Patient hingewiesen, auf den Pluralismus der heutigen Gesellschaften im postmodernen Kontext, wo ein gemeinsames moralisches Fundament zu fehlen scheint.

„In einer pluralistischen Gesellschaft, präzisiert der amerikanische Ethiker Jonson: wo ein breiter Konsens über den Inhalt der Moral zu fehlen scheint, würde ein Autonomie-Prinzip als alleiniges und erstes moralisches Prinzip erlauben, viele Schwierigkeiten zu lösen: es würde genügen, dass jedermann die Wünsche und Vorlieben aller andern respektierten, ohne ein Urteil über andere moralische Grundlagen abzugeben“.

Diese verschiedenen Gründe verlangten für den Patienten nach einem unabhängigen Entscheidungsprozess und von Seiten des Patienten solide kognitive Fähigkeiten.

1.2. Die liberale Orientierung der *Principles of Biomedical Ethics*

Die Ausweitung der Prinzipien im Belmont-Bericht ausserhalb der ursprünglichen Anwendung ist die Hauptursache der Entwicklung des Konzeptes „Entscheidungsautonomie“.

Jedoch spielt ein anderer ebenso grosser Unterschied zwischen dem Belmont-Bericht und den *Principles of Biomedical Ethics* eine grosse Rolle: die anscheinend harmlose Veränderung der Liste der Prinzipien bei Beauchamp und Childress. Durch diese Änderung verleihen die Autoren der Bioethik eine ausgesprochen liberale Orientierung. Diese fehlt zwar nicht ganz bei Belmont, aber sie nimmt ein deutliches Ausmass in den *Principles of Biomedical Ethics* an.

Ein Missverständnis zwischen Belmont und den *Principles* muss zuerst beseitigt werden betreff der Bezeichnungen. Man stellt sich manchmal vor, dass die *Principles* von Belmont inspiriert worden seien. Dieser Irrtum wurde begünstigt durch die Ähnlichkeiten des prinzipialistischen Zugangs, wie auch durch die Quasi-Identität zwischen den 3 Prinzipien von Belmont und die 4 von Beauchamp und Childress. In Wirklichkeit, und trotz der gegenseitigen Beeinflussung, wurden die beiden unabhängig voneinander entworfen. Als im Dezember 1976 Tom Beauchamp zur nationalen Kommission stösst, dies mehrere Monate nach der Beratung des Belmont House, hatten er und Childress schon einen grossen Teil der *Principles* verfasst. Beauchamp, dem eine wichtige Verantwortung in der Ausarbeitung des Belmont-Berichtes übertragen wurde, war hin- und-her gerissen, zu seiner persönlichen Arbeit mit Childress einerseits und seiner Arbeit in Übereinstimmung mit den Mitgliedern der Kommission andererseits. Wie auch immer, er war sich bewusst der verschiedenartigen Orientierung der beiden Projekte. Trotz der Ähnlichkeit der einzelnen Gruppen der Prinzipien, erkennt er 2005 ihre fundamentale Verschiedenheit:

„Die Betitelung der Prinzipien beim Belmont-Bericht zeigen ziemliche Ähnlichkeit mit denen, welche Childress und ich benützten und weiter benützen werden, aber beide Gruppen von Prinzipien sind weit davon entfernt, eine identische Konzeption zu verteidigen. Wirklich, die beiden Anlagen sind untereinander inkompatibel“.

Und weiter: “Wir haben Konzepte entwickelt, welche moralisch wesentlich voneinander verschieden sind und keiner der beiden Zugänge beruht auf den Grundlagen der andern“.

<i>Belmont Bericht</i>	<i>Principles of Biomedical Ethics</i>
Respekt der Person (Respekt der Autonomie und Schutz der nicht-autonomen Personen)	Respekt der Autonomie
Fürsorge	Fürsorge
	Schadensvermeidung
Gerechtigkeit	Gerechtigkeit

Von welcher Natur ist nun diese Inkompatibilität? Untersuchen wir die Liste der Prinzipien. Der Belmont-Bericht schlägt 3 Prinzipien vor: Fürsorge, Gerechtigkeit und Respekt der Person (welch letzteres zu verstehen ist als Respekt der Autonomie und Schutz der nicht-autonomen Person).

Principles übernimmt die Begriffe Fürsorge und Gerechtigkeit und fügt das Prinzip Schadensvermeidung hinzu und ersetzt „Respekt der Person“ mit „Respekt der Autonomie.“ Wie ist dieser Ersatz zu erklären? Welches sind die Konsequenzen?

Beauchamp misstraut dem „Respekt der Person“, welche nach ihm den Nachteil hat, ein ungeschicktes Amalgam zwischen Respekt der autonomen Wahl einerseits und dem Schutz der nicht mehr autonomen Personen andererseits zu sein. Man kann dieses Misstrauen verstehen. Es ist erstaunlich hier unter „Respekt der Person“ zwei Forderungen –*a priori* – gegensätzliche, vereint zu finden.

Der Respekt der Autonomie impliziert zuerst *Toleranz*: es handelt sich darum, kein Hindernis für die Wünsche einer entscheidungsfähigen Person zu schaffen. Mit Respekt der Autonomie (darunter die ganze Palette der medizinischen Ethik) kann man zum Beispiel einer Person erlauben, eine Behandlung, welche sie als unnützlich betrachtet, zu verweigern, das ihrem Projekt oder ihren Überzeugungen konträr ist.

Der Schutz der nicht-autonomen Personen beinhaltet hingegen ein Verbot: es handelt sich darum, diese Personen zu hindern gefährliche Entscheidungen für sich selbst zu treffen. Im Namen des Schutzes dieser Personen (ausgeweitet auf die ganze Palette der medizinischen Ethik) wird man zum Beispiel eine Person mit Alzheimer hindern, frei über ihr Vermögen zu verfügen oder allein auszugehen.

Es ist ohne Zweifel dieser Widerstand, den Beauchamp im Sinn hat, wenn er behauptet, dass das erste Prinzip von Belmont „zwei voneinander unabhängige Prinzipien vermische“. Man versteht danach, dass er und Childress das erste Prinzip klären wollten um es auf einfachen „Respekt der Autonomie“ zu reduzieren.

Es scheint, dass ein anderer Grund diesen Ersatz erleichtert hat, die Klausel „Schutz der nicht-autonomen Personen“ war in den Augen von Beauchamp und Childress schon im Prinzip Fürsorge und Schadensvermeidung enthalten. Für diese Autoren geht es im Namen von Fürsorge und Schadensvermeidung darum, dass man eine entscheidungsunfähige Person hindert, nach ihrem Gutdünken zu handeln. Indem man den „Schutz der entscheidungsunfähigen Person“ dem ersten Prinzip integriert, schien Belmont überflüssig. Für Beauchamp und Childress „Schutz der Person“ auf Respekt der Autonomie zu reduzieren war eine elegante Art das erste Prinzip zu klären indem man eine überflüssige Klausel aufhebt.

Diese Aufhebung durch Beauchamp und Childress ist, wie auch immer, reich an Konsequenzen. Eine davon zeigte sich durch die Ethikerin Karen Labacqz, Mitglied der Belmont-Kommission: Durch diese Herabsetzung des „Respekts der Person“ zum „Respekt der Autonomie“ berücksichtigen Beauchamp und Childress den Respekt der nicht-autonomen Personen nicht mehr. Diese können auf Grund von Fürsorge und Schadensvermeidung Schutz erfahren, aber sie haben nicht mehr Recht auf Respekt. „Dieses Verschieben im Vokabular lässt vermuten, dass nicht-autonome Personen keinen Respekt mehr verdienen, ... der Respekt der nicht-autonomen

Personen ist verloren.“ Dieser Punkt bringt eine gewisse Zahl von Problemen mit sich. Es bedeutet, dass eine Person wie Margaret ab einem gewissen Stadium der Krankheit mit einer Art ohne Respekt behandelt werden kann, unter der Bedingung, dass ihre Gesundheit sich gebessert habe und ihr Leiden vermindert. Dies könnte die Verordnung schwerer Medikamente an Margaret berechtigen, die dazu bestimmt sind, sie von ihrem Leiden zu befreien, indem man sie in einem Zustand von Somnolenz hält.

Aber die Konsequenzen, die uns hier besonders interessieren sind das besondere Gewicht, welches diese Veränderung der Entscheidungsautonomie beimisst.

Der „Respekt der Person“, ein Term reicher als die Autonomie, könnte Raum geben zu einer breiteren Interpretation der Pflichten der Angehörigen und der Berufsleute gegenüber verletzlichen Personen. Jedoch, den Akzent ausschliesslich auf den „Respekt der Autonomie“ der entscheidungsfähigen Person zu setzen, trägt dazu bei die medizinische Ethik auf einen sehr speziellen Boden zu platzieren. Die fast ausschliessliche Hauptbeschäftigung dieser Ethik besteht darin auf die Frage zu antworten, zu welchen Bedingungen eine Person geeignet ist, ihr Leben gemäss ihrer Wünsche zu führen, eine Frage, die - auf den medizinischen Bereich angewandt- folgendermassen zusammengefasst werden könnte: zu welchen Bedingungen kann eine Person über ihre Behandlung und ihre Teilnahme an einem Forschungsobjekt entscheiden, Tätigkeiten von entscheidender Bedeutung für ihr Leben?

Einmal diese Frage gestellt, welche zu der Frage der prinzipalistischen medizinischen Ethik wird, erhält bei Beauchamp und Childress einigermaßen die Antwort, welche schon John Stuart Mill in *Über die Freiheit* gegeben hat. Da die entscheidungsfähige Person über die notwendigen Informationen verfügt, ist sie am besten situiert um ihre eigenen Interessen zu werten, es ist nicht berechtigt, dass eine aussenstehende Autorität sich in ihre Wahl einmischt: „sie kann nicht gesetzlich gezwungen werden zu handeln oder nicht zu handeln unter dem Vorwand, es sei besser für sie so zu handeln, unter dem Vorwand dies mache sie glücklicher, oder dass in den Augen der andern so zu handeln gescheit wäre oder gar richtig“ (John S. Mill). Anders gesagt. Jede Person, „deren Fähigkeiten ihre Reife erreicht haben“ und die entsprechend orientiert ist, soll über ihre Freiheit verfügen, unter der Bedingung kein Hindernis für jene der andern zu sein. *Die Principles of Biomedic Ethics* liefern eine breite Variation über dieses Thema, zwischen Klärung des Autonomieprinzips und den Bedingungen, welche eine aufgeklärte Einwilligung erlauben und dem „in Klammer Setzen“ dieses Prinzips zugunsten des Prinzips Fürsorge/Schadensvermeidung im Falle der entscheidungsunfähigen Personen.

2. Entscheidungsautonomie und Autonomie des Selbst

Nachdem das Konzept der Entscheidungsautonomie und seine historischen Wurzeln geklärt sind, möchten wir ein alternatives Konzept vorschlagen, das erlauben soll auf die Anforderungen des gerontologischen Bereiches zu antworten. Der Fall Margaret hat gezeigt, dass ein anderer Typ von Autonomie in den Beziehungen der Berufsleute und den Angehörigen der alten dementen Personen im Spiel ist. Dieses Konzept schien der Ethiker Warren Reich im Kopfe zu haben, als er behauptete, dass die Autonomie, welche insbesondere im Bereiche der Therapie respektiert werden solle „sich weniger um das Selbst, das frei handeln möchte interessiert ist, ... als dem Selbst, dessen Verlangen nach Sinn und so die Kontrolle über die eigene Bestimmung gefährdet ist“. Schliesslich um auf die Bedeutung des Selbst in dieser Art von Autonomie zu insistieren, welche wir als Autonomie des Selbst bezeichnen.

Erinnern wir uns, dass die Entscheidungsautonomie die Fähigkeit, ist welche üblicherweise die prinzipalistische Ärzteethik vorschlägt, und welche durch Messungen der kognitiven Fähigkeiten beurteilt wird. Eine Person besitzt, betreff einer Tätigkeit, eine Entscheidungsautonomie und ist fähig auf Grund der ihr zu Verfügung stehenden Informationen den Entscheidungsprozess mit Erfolg zu Ende zu führen. Sie ist zum Beispiel fähig sinnvoll den Prozess der aufgeklärten Einwilligung für eine chirurgische Operation zu führen oder sinnvoll über die Konsequenzen einer finanziellen Investition zu überlegen. Dieser Fähigkeiten ist Margaret beraubt und dies mehr als die Hälfte der Personen mit Alzheimer, wenn es sich darum handelt, einer medizinischen Behandlung zuzustimmen.

Die Autonomie des Selbst ist ein moderateres Konzept als die Entscheidungsautonomie. Sie ist moderater in dem Masse als der Besitz der Entscheidungsautonomie immer den Besitz der Autonomie des Selbst mitbedingt, während die Autonomie des Selbst nicht immer den Besitz der Entscheidungsautonomie bedingt. Margaret besitzt zum Beispiel in den meisten Stadien ihrer Krankheit eine Autonomie des Selbst, während sie keine Entscheidungsautonomie besitzt. Was versteht man unter Autonomie des Selbst?

Dieser Begriff, den wir vorschlagen hat viel mit dem Autonomiekonzept der kanadischen Philosophin Agnieszka Jaworska zu tun in ihren Überlegungen über die Alzheimerkrankheit. Jaworska definiert die Autonomie als die Fähigkeit zu werten, das heisst Werte und Überzeugungen, die Bausteine des Selbst sind, im weitesten Sinne zu benutzen. Die Fähigkeiten der Autonomie sind zuerst und vor allem eine Fähigkeit Werte und Überzeugungen sich anzueignen, deren aktive Umsetzung manchmal teils dem Vermögen des Tätigen entgegen kann. Eine Person manifestiert ihre Autonomie des Selbst, wenn sie zum Beispiel weniger oder mehr direkt eine Vorliebe für gewisse Tätigkeiten, moralische Prinzipien oder ihre Auffassung über das Leben zeigt. Es ist wahrscheinlich, dass Margaret in den sehr fortgeschrittenen Stadien ihrer Krankheit fähig war, gewisse Tätigkeiten zu werten wie Herumgehen, Küchenarbeit verrichten und ihre Grosskinder zu sehen.

Sie hatte vielleicht auch Überzeugungen betreff den geeigneten Ort ihren Lebensabend zu verbringen. Die These von Jaworska besteht darin, dass diese Fähigkeit zu werten, und nicht die Fähigkeit eine unabhängige Entscheidung zu treffen, entscheidend ist zur Bejahung des Besitzes von Autonomie.

Daher, „die zentrale Frage für einen Pflegenden, der bestrebt ist einen Alzheimerpatienten so gut wie möglich zu respektieren, ist nicht mehr: kann dieser Patient richtig überlegen und eine rationale Entscheidung fällen? Oder, versteht er, was das Beste ist für sein Leben als Ganzes? sondern: kann dieser Patient noch Werte beurteilen? Respektieren der Autonomie einer alten dementen Person besteht also darin, ihr zu helfen, Tätigkeiten, die ihrer Identität entsprechen zu realisieren. So das Résumé des amerikanischen Philosophen George Agich:

„gewisse Tätigkeiten, die nach der traditionellen Auffassung der Autonomie nicht unabhängig betrachtet werden sollten, sind in dem Masse wirklich autonom, als sie kohärent mit der Identität der Person sind“.

Der Vorteil dieser weniger anspruchsvollen Autonomie-Definition ist, dass sie erlaubt besser zu verstehen, was der Respekt der Autonomie im Bezug auf alte demente Personen bedeutet. Man könnte diesem Ansatz vorwerfen dass er die Autonomie für billig verkauft und sie zu einer einfachen Fähigkeit zu wünschen degradiert. Aber dieser Einwand wird durch den Unterschied

zwischen Werte (*value*) und einfachem Begehren (*mere desire*) von Jaworska entkräftigt. Der Wert besitzt das Einverständnis der Person; diese urteilt, ob es gut ist zu werten, was sie wertet. Dagegen kann die Person ein Begehren verspüren und dasselbe gleichzeitig eliminieren wollen. Man kann gleichzeitig einen starken Wunsch zu essen verspüren und wollen, dass dieser Wunsch aufhöre. Das Wertgefühl, das während des Lebens wohl wachsen kann, zeigt eine höhere Stabilität gegenüber dem Begehren und ist dem Charakter grundlegend eigen.

Diese Definition der Werte verhindert andererseits jede ausserordentliche oder intellektualistische Vermengung: es ist möglich einfache Begehren zu werten, wie Hören von Musik, Gartenarbeit oder artistische Tätigkeit.

Da nun die Entscheidungsautonomie wesentlich eine Unabhängigkeit der Person bedeutet, so ist die Autonomie des Selbst ganz kompatibel mit einem Kontext von Abhängigkeit. Wie im Fall von Margaret ist es völlig möglich über eine Autonomie des Selbst zu verfügen und trotz einer Unfähigkeit unabhängig eine Entscheidung zu treffen. Damit die Autonomie des Selbst zu einer Entscheidung gelangt, ist es unumgänglich, dass die Umgebung diese Person sie in ihrem Entscheidungsvorgang unterstützt. Einerseits sind Anstrengungen nötig in der Identifikation der Wertvorstellungen der Person. Dies geschieht durch ein aufmerksames Anhören und ausgedehnte Besprechungen. Die wesentlichen Werte der Person zeigen sich gelegentlich durch spontane Reaktionen; es handelt sich bei den oft widersprüchlichen Äusserungen das Authentische vom Oberflächlichen zu unterscheiden, wie man zum zentralen Stück einer „russischen Puppe“ komme.

„Äusserlich, präzisiert der Philosoph Brendan McCormack, zeigt sich die sich manifestierende Person in ihren feststellbaren Aktionen und Interaktionen. Jedoch, dieses äussere Selbst ist in mehreren Bereichen eine oberflächliche Manifestierung und im Fall der an Demenz leidenden Person ist dieses Selbst bestimmt durch Emotionen und verkappte Glaubenselemente, welche nicht ans Licht kommen. Um diese Emotionen und diese Glaubensäusserungen zu entdecken, müssen wir bohren und das zentrale Stück der russischen Puppe“ aufdecken, das heisst die authentische Person“.

Die Kenntnis des Lebenslaufes der erzählten Geschichte des Patienten spielt in dieser Beziehung eine wesentliche Rolle. Andererseits verlangt die Bewerkstelligung der Entscheidung auch Hilfe: Eine Person mit Alzheimer kann den gefassten Entschluss vergessen, oder ist blockiert angesichts eines speziellen Umstandes und es ist seitdem die Aufgabe der Umgebung diese Person zur Realisierung der beschlossenen Tat zu unterstützen.

Das Konzept Autonomie des Selbst erlaubt somit die Opposition zwischen Autonomie und Abhängigkeit zu überschreiten. Die Hilfe anderer ist nicht nur kompatibel mit der Autonomie des Selbst bei alten dementen Personen: sie ist sogar die Bedingung ihrer Erhaltung. Daneben, indem man die Autonomie des Selbst herausstellt, kann man das Problem des Respektes der Autonomie von nicht-autonomen Personen (in der Sicht Entscheidungsautonomie) lösen, da diese, mit Ausnahme extremer Fälle, noch über die Autonomie des Selbst verfügen.

Übersetzung Otto Jungo

Für Referenzen und weitere Angaben siehe den französischen Text

Riassunto dell'attività dei medici cattolici, sezione della Svizzera italiana

Il nostro precedente ritiro, svoltosi il 17 gennaio 2015 era partito su un approfondimento che doveva riguardare il Sinodo dedicato alla famiglia e il messaggio che Papa Francesco aveva inviato in occasione della giornata mondiale del malato, prevista l'11 febbraio che porta il titolo significativo di "Sapientia cordis: io ero gli occhi per il cieco, ero i piedi per lo zoppo" dedicato al servizio ed alla solidarietà.

A qualche giorno dallo sconvolgente attacco di Parigi a Charly Hebdo e al negozio Kasher, avevamo proposto a don André Marie di aiutarci a capire ciò che era successo a Parigi. Il terrorismo infatti, che anche dopo di allora ha continuato a mietere vittime innocenti e a seminare terrore appunto, mette in discussione le radici della nostra cristianità, interroga la nostra visione politica, ci riporta alla base stessa dei nostri ideali, ci porta ad interrogarci sulla famiglia, sulla solidarietà sulla nostra coerenza nei riguardi degli insegnamenti del Vangelo. Lo spezzettamento della nostra società, l'individualismo, l'edonismo, il narcisismo del nostro modo di vivere ci allontanano da questi ideali e ce li fanno dimenticare. Più volte nei nostri incontri ci siamo soffermati proprio su questi valori per approfondire e verificare la nostra coerenza. Così ha preso senso anche la riflessione sulla votazione del 14 giugno 2015 e la consecutiva preparazione di un referendum contro la modifica della costituzione riguardo alla diagnosi reimpianto. Questa coerenza ci porta a riflettere sulla portata della malattia, del dolore, dell'handicap come ci hanno invitato a fare con Medicina e Persona tramite le conferenze pubbliche a cui siamo stati invitati, quella del 20 aprile con don Tullio e la dottoressa Marta Scorsetti e quella del 21 maggio con la testimonianza di don Jerry McCarthy. Ai due incontri hanno presenziato on molti, il che depone in favore dell'interesse alla discussione e al recupero dei valori di cui parlavo.

Il 23 maggio il nostro gruppo, un po' sparuto a dire il vero perché la data coincideva con un week-end lungo, si è trovato al Bigorio per approfondire la tematica delle carceri con due persone che hanno molta esperienza in questo ambito, fra Michele Ravetta, Cappellano delle Carceri e il Dr. Damiano Castelli, medico responsabile in questo contesto. I loro resoconti ci hanno aiutato a capire come sono organizzate le prigioni e l'importanza che un sostegno spirituale o di fede può avere nella vita del carcerato.

Il 17-18 ottobre ci siamo trovati con il Vescovo sempre al Bigorio. Abbiamo dovuto rinunciare alla meta prevista, quella del monastero di Bose, per problemi tecnici. Monsignor Valerio ha preferito un ambiente più raccolto per addentrarci con noi nel grande capitolo della misericordia dato che poco dopo si darebbe aperto l'anno santo a lei dedicato. Attraverso delle letture bibliche e dei Vangeli e grazie alla sua profonda conoscenza della lingua ebraica e dei Padri della Chiesa, Monsignor Valerio ha sviscerato il significato profondo del concetto di misericordia. Ma al di là del lato formativo-culturale le due giornate ci hanno permesso di passare dei momenti di condivisione, di preghiera e di raccoglimento.

Il 7 novembre siamo stati invitati al tradizionale incontro con gli amici di Kismaros presso il liceo diocesano di Lucino.

L'ultimo incontro dell'anno è stato quello del 28 novembre all'istituto elvetico dove un folto pubblico ha assistito alla giornata dal titolo "Radunati dalla Misericordia" alla quale hanno preso parte soprattutto i vari movimenti presenti sul territorio.

Dr.Maspoli-Postizzi Enrica

**VEREINIGUNG KATHOLISCHER AERZTE DER SCHWEIZ
ASSOCIATION DE MEDECINS CATHOLIQUES SUISSES
ASSOCIAZIONE MEDICI CATTOLICI SVIZZERI**

Uznach, 12.03.2016

BERICHT DER PRÄSIDENTIN

Für den Zeitraum vom 14.03.2015 bis 12.03.2016

Der vorliegende Bericht unserer Vereinstätigkeit beginnt mit der Mitgliederversammlung vom 14. März 2015 in der Universität Freiburg. Die letztjährige Tagung widmete sich dem Thema Medizin und Spiritualität. Die Referenten Herr Dr.med.Roland Moser und P. Dr.med.Ioannes Chandon, OSB, Kloster Disentis referierten kompetent zum Thema. Eine Zusammenfassung des Referates von Herrn Dr.med.Roland Moser – Macht und Machbarkeit in der Medizin- wurde in den Acta Medica Catholica Helvetica (AMCH) Herbst 2015 abgedruckt. Im Berichtsjahr konnten 2 Nummern der AMCH herausgegeben werden. Der Vorstand ist in der Berichtszeit zu 3 Sitzungen zusammengekommen, am 20.06.2015, 17.10.2015 und am 23.01.2016. Untenstehend sind die wichtigsten Themenbereiche zusammengefasst:

BIOETHIK UND GESUNDHEITSPOLITIK

Referendum gegen das Fortpflanzungsmedizingesetz FMedG

Am 14.Juni 2015 hat das Schweizer Stimmvolk der Verfassungsänderung Art. 119 Abs. 2c zugestimmt. Die Präimplantationsdiagnostik PID ist dadurch grundsätzlich in der Schweiz erlaubt. Das neue Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) ist für viele Stimmbürgerinnen und Stimmbürger zu weitreichend. Insbesondere das Chromosomenscreening wird von vielen abgelehnt. Das überparteiliche Komitee „NEIN zu diesem Fortpflanzungsmedizingesetz“ und weitere Komitees haben erfolgreich das Referendum gegen das neue Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) ergriffen und fristgerecht Ende 2015 rund 60000 Unterschriften bei der Bundeskanzlei eingereicht. Die bevorstehende Abstimmungskampagne soll eine vertiefte ethische Debatte und die Ausarbeitung eines Fortpflanzungsmedizingesetzes in engen Grenzen ermöglichen. Der Vorstand der VKAS unterstützt das Referendum und das überparteiliche Komitee „ NEIN zu diesem Fortpflanzungsmedizingesetz“ in der Abstimmungskampagne. Weitere Informationen sind unter www.fmedg-nein.ch einzusehen.

Zwangsmassnahmen in der Medizin- Teilnahme der VKAS an der Vernehmlassung

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW hat 2015 die Richtlinien zu Zwangsmassnahmen in der Medizin überarbeitet. Ausschlaggebend war das neue Kindes- und Erwachsenenschutzrechtes (KESR), das 2013 in Kraft getreten ist. Das KESR gewichtet die Autonomie und den Rechtsschutz urteilsunfähiger Personen verstärkt.

Ein Eid für heutige Aerztinnen und Aerzte

Vorschlag einer interdisziplinär zusammengesetzten Arbeitsgruppe, publiziert in der Schweizerischen Aerztezeitung SAEZ 2015;96(25):930- 934

Der Vorstand der VKAS wird die Diskussion nun weiter verfolgen und sieht keine Veranlassung für einen „neuen Eid“ für Aerztinnen und Aerzte.

Manifest für eine freie, verantwortungsvolle und menschliche Medizin

Im Januar 2016 haben sich der Präsident der Hippokratischen Gesellschaft HGS Dr.med.R.Klesse, Vorstandsmitglieder der HGS und der VKAS zu einem Gespräch getroffen. Inhalt des Gespräches waren die sich zunehmend abzeichnenden Veränderungen in der Medizin. Die HGS hat ein Papier mit dem Titel- Manifest für eine freie, verantwortungsvolle und menschliche Medizin verfasst. Das Manifest soll dazu beitragen die Bevölkerung aufzuklären wie sich unser Gesundheitswesen zunehmend von seinen Grundwerten wegbewegt und durch politische Programme umgestaltet werden soll. Das Manifest kann von jeder Bürgerin und jedem Bürger unterzeichnet werden. Das Manifest ist unter www.Manifest-Medizin.ch abrufbar.

„MARSCH FÜR S`LÄBE“

Der seit 2010 im September überkonfessionelle „Marsch für s`Läbe“ fand auch 2015 in Zürich statt. Viele engagierte Personen traten erneut und mutig für das Leben und den Schutz des Ungeborenen ein. Das Rahmenprogramm mit persönlichen Zeugnissen, weiteren Personen aus Gesellschaft, Politik und Kirche und Musikbeiträgen war wiederum inspirierend und ermutigend.

Der Marsch für s`Läbe wird 2016 voraussichtlich erstmals in Bern am 17.September 2016 stattfinden. Der Vorstand der VKAS setzt sich für die Weiterführung des Marsch für s`Läbä in Zürich ein. Aus Sicherheitsgründen sieht der Vorstand der VKAS von einer Teilnahme in Bern ab (offensive linksautonome „ Berner Szene“).

FEAMC/ FIAMC

FEAMC 2 Bürositzungen 2015

Dr.med.Ermanno Pavesi und Dr.med.Niklaus Waldis haben als Vertreter der VKAS an der Bürositzung der FEAMC im April 2015 in Paris teilgenommen. Die Hauptthemen waren die Palliative Care- Weiterbildung und medizinische Entwicklungen am Lebensende (terminale Sedation, Flüssigkeitszufuhr, pflegerische Massnahmen).

Vom 02.10.- 04.10.2015 fand die 2. Bürositzung im Kloster Magdenau, Flawil in der Schweiz statt. Die Tagung befasste sich mit dem Thema- the end of life in Europa- und gab durch die Referate der Kollegen einen guten Ueberblick über die aktuelle Situation in den europäischen Ländern. Auch das Rahmenprogramm, von Ermanno und Niklaus organisiert, war von vielen freundschaftlichen Kontakten und kulturellen Highlights geprägt.

**FEAMC KONGRESS IN PORTO/ PORTUGAL 2016, SEPTEMBER 29.09.2016-
OKTOBER 02.10.2016**

THEMA: PERSON- GESELLSCHAFT- STAAT

Der Kongress wird sich insbesondere mit der Rolle des Arztes in Hinblick auf die ökonomischen und politischen Herausforderungen in Europa befassen.

DANK

Ich möchte allen Kolleginnen und Kollegen der VKAS danken. Besonders danken möchte ich auch wiederum meinen Kolleginnen und Kollegen des Vorstandes für die kollegiale und engagierte Zusammenarbeit. Meinen herzlichen Dank aussprechen möchte ich auch dieses Jahr H.H. Dr.theol. Roland Graf, unserem bioethischen Konsiliarius und Msgr. Domherrn, lic.theol. Christoph Casetti, unserem geistlichen Begleiter, der uns seit vielen Jahren mit grossem Einsatz und Inspiration zur Seite steht.

Dr.med.Rahel Gürber, Präsidentin

rahelguerber@bluewin.ch

3626 Hünibach, 15. März 2016

Protokoll der Mitgliederversammlung vom 12.3.2016 in Uznach

Präsidentin: Rahel Gürber

für das Protokoll: Nikolaus Zwicky-Aeberhard

Geistlicher Berater: Domherr Msgr. Christoph Casetti

Referent am Nachmittag: Prof. Dr. med. Günter Rager, Ordinarius em. für Anatomie und Embryologie der Universität Fribourg

Anwesende: Casetti Christoph, Gappmaier Bernhard, Gürber Rahel, Hradocky Andrej, Jungo Otto, Kvet Gabriela, Leupi Kathrin, Lingenhölle Josef, Klesse Raimund, aMarca Luca, Pavesi Ermanno, Reitstätter Tina, Rellstab Heinz, Schmid Paul, Wick Hanspeter, Zglinski Zofia, Zwicky-Aeberhard Nikolaus. Als Kassier: Hess Paul.

Entschuldigte: WB Msgr. Alain de Raemy, Barras Tatjana, Biedermann Barbara, Brunner Jean, Bonnemain Joseph, Ehmann Rudolf, Ganslmayer Martin, Grüniger Adelheid, Häfeli-Bleuer Beatrice, Hiestand Martin, Hüsser Jean-Paul, Kayser Urs, Lipp Peter, Moser Roland, Renner Helmut, Ryser-Düblin Peter, Waldis Niklaus

Traktanden:

1. Begrüssung durch die Präsidentin mit besonderer Erwähnung der Kollegen Hradocky (Slowakei) und Gappmaier (Österreich) und Kollegin Reitstätter (Österreich). Gemeinsames „Gebet des Arztes“.
2. Kirchliche Aktualitäten, Jahresrückblick (C. Casetti). Weltkirche: Am 24. Mai 2015 veröffentlichte Papst Franziskus die Enzyklika „Laudato si“ über die Sorge für das gemeinsame Haus. Folgende Denkanstösse können darin gesehen werden: Vor allem die Armen tragen die Folgen der Umweltzerstörung. Die Ursache vieler Übel der Umweltzerstörung ist der Verlust an Verantwortungsgefühl. Im Umgang mit der Umwelt braucht es immer den Blick auf Gott. Der Mensch wird der Umwelt nur dann gerecht, wenn er sich als Mitarbeiter Gottes versteht. Ein guter Umgang mit der Umwelt und der Natur setzt ein entsprechendes Menschenbild voraus. Den Regierungen kommt eine besondere Verantwortung zu. Der Mensch selber hat eine Natur, die er beachten muss. Wir müssen uns entschieden in den Dienst des Gemeinwohls stellen. Wir stehen vor einer erzieherischen Herausforderung. Kirche in der Schweiz: Am 7. Februar 2015 wird Christoph Graf zum neuen Kommandanten der Schweizergarde ernannt. Am 5. März 2015 heisst es im Communiqué der 307. Ordentlichen Versammlung der SBK: „Aus aktuellem Anlass besprachen die Bischöfe die Frage der Segnung gleichgeschlechtlicher Paare. Sie erinnern daran, dass diese nicht möglich ist und dass es nicht in ihrer Kompetenz liegt, Lehre und

Disziplin der Kirche zu ändern.“ Über 1200 Jugendliche aus der ganzen Schweiz nahmen vom 1.-3.5.2015 am Schweizer Weltjugendtag in Fribourg teil unter dem Motto: „Selig, die ein reines Herz haben, denn sie werden Gott schauen (Mt 5.8)“. Die SBK bedauerte den Ausgang der Volksabstimmung über eine Liberalisierung der Fortpflanzungsmedizin (im wesentlichen Einführung der PID) vom 14. Juni 2015. Am 22. Juni 2015 ernannte Papst Franziskus den Chorherrn Jean Scaracella CRSM zum neuen Abt der Territorialabtei von St. Maurice d’Agaune. An der 309. Ordentlichen Versammlung der SBK befasste sich diese mit dem anwachsenden Flüchtlingsstrom: überfüllte Flüchtlingslager, unwürdige hygienische Verhältnisse, Tod Tausender auf dem Weg nach Europa: Flüchtlingshilfe ist Christenpflicht. Im September 2015 wird bekannt, dass S.E. Mons.Thomas Gullickson zum neuen Apostolischen Nuntius der Schweiz ernannt worden ist. Im Oktober 2015 hat die Staatsanwaltschaft von Chur eine Einstellungsverfügung betr. Anzeige von „Pinks Cross“ und weiteren Personen gegen Bischof Vitus Huonder erlassen. Im November 2015 Hirtenschreiben der Schweizer Bischöfe zu „Das Miteinander von Priestern, Diakonen und LaienseelsorgerInnen in der Feier der Eucharistie“, von dem sich dann die Bischöfe von St. Gallen und Basel wieder distanzieren. Am 11. Dezember 2015 Abschluss einer Zusammenarbeitsvereinbarung zwischen SBK und RKZ. Am 12. Dezember 2015 hat Papst Franziskus den aus Bonstetten ZH stammenden Priester Thomas Widmer zum neuen Kaplan der Schweizergarde ernannt.

3. Das Protokoll der Mitgliederversammlung vom 14.3.2015 in Fribourg wird einstimmig genehmigt.
4. Der Bericht der Präsidentin, der in den Acta 1/2016 abgedruckt wird, wird einstimmig genehmigt.
5. Der Rapporto della Sezione Svizzero-Italiana von Dr. Enrica Maspoli-Postizzi (abwesend) wird von Luca a Marca, der unserer Präsidentin Blumen überreicht, kommentiert. Der Bericht wird in den Acta 1/2016 abgedruckt.
6. Neuigkeiten FEAMC/FIAMC: Ermanno Pavesi präzisiert und berichtet: Die FIAMC ist eine vom Vatikan anerkannte Ärzteorganisation. Normalerweise kann nur eine Ärztesgesellschaft pro Nation Mitglied der FIAMC sein. Als zusätzliche Organisation hat in Frankreich „Amour et Vérité“ einen Beobachterstatus. Termine gemäss „Letzte Seite“; der nächste FIAMC-Kongress dürfte in Krakau oder in Argentinien stattfinden.
7. Kasse und Décharge-Erteilung: Der neue Kassier, Paul Hess, präsentiert die Rechnung und beglückwünscht Otto Jungo zu seinen erfolgreichen Bemühungen, die Ausgaben für die Drucklegung der Acta im vergangenen Jahr deutlich zu reduzieren. Der Rechnungsabschluss wird gutgeheissen.
8. Homepage: Unser Mitglied Katarzyna Leupi hat sich im vergangenen Jahr der Homepage kompetent angenommen und sie à jour gebracht. Ihr grosser Einsatz dafür wird ausdrücklich verdankt. Sie ist bereit, die Homepage weiter zu betreuen und erwartet relevante Meldungen und Beiträge dazu.
9. Neue Mitglieder: Tina Reitstätter aus Österreich wird als ordentlichen Mitglied, unser Kassier Paul Hess als ausserordentliches Mitglied mit Akklamation in die VKAS aufgenommen
10. Mitteilungen. Nachdem das Referendum gegen das rFMedG mit gegen 60'000 Unterschriften zustande gekommen ist, wird am 5. Juni 2016 darüber abgestimmt. Zwicky hat am 7. März 2016 eine Weiterbildungsveranstaltung zur vertieften Argumentation in Bern besucht mit Referaten von Dr. theol. Roland Graf, Prof. Dr. med. Urs Scherrer, Leiter der Forschungsgruppe Kardiologie des Inselspitals und Dr. sc. Nat. Antoine Suarez. Gerade Prof.

Scherrer hat aufgrund seiner Forschungen auf zahlreiche Gefahren der IVF aufmerksam gemacht und kam zum ernüchternden Schluss: „Die Fortpflanzungsmediziner haben keine Ahnung von dem was sie machen“. Ein weiteres Thema war die Abwahl des Präsidenten der NEK, Otfried Höffe, bekannt als eher „konservativ“. Er wurde ersetzt durch die als „liberal“ geltende Privatrechtsprofessorin Andrea Büchler. Schliesslich wurde auf die „Salzburger Erklärung“ hingewiesen, eine theologische Wegweisung der Internationalen Konferenz Bekennender Gemeinschaften. Diese Erklärung wurde von Dozent Pfarrer Dr. Werner Neuer entworfen unter Mitarbeit namhafter Theologen, wie WB Dr. Andreas Laun aus Salzburg. Wortlaut und Info über Google mit dem Stichwort „Salzburger Erklärung“. Die VKAS wird als Organisation die Salzburger Erklärung mitunterzeichnen, es wird empfohlen, dass auch Einzelpersonen unterzeichnen.

11. Termine: „Marsch fürs Läbe“ am Samstag, 17. September 2016, voraussichtlich (erstmal) in Bern. Falls die Veranstalter an Bern festhalten, wird die VKAS gemäss Vorstandsbeschluss vom 23. Januar 2016 offiziell nicht dabei sein, da die Sicherheitssituation für Teilnehmer als sehr problematisch eingeschätzt wird. Es ist aber selbstverständlich, dass die Veranstaltung, wo immer sie stattfindet, im Gebet eines jeden begleitet werden soll. 2017 soll unsere Jahrestagung wiederum im März stattfinden, Ort und genaues Datum sind aber noch nicht bekannt. Übrige Termine gemäss „Letzte Seite“.
12. Varia: keine Meldungen

für das Protokoll:

Nikolaus Zwicky-Aeberhard

Letzte Seite

Vorschau

29. Sept. – 2. Oktober 2016: FEAMC-Kongress in Porto. Thema: Person – Gesellschaft – Staat. Info: drniwa@bluewin.ch, ermannopavesi.ch

10. – 13. November 2016: Kongress der AFCMA (Asian Federation of Catholic Medical Associations) in Kyoto. Info: www.fiamc.org, ermannopavesi.ch, secretarygeneral@fiamc.org

12. November 2016: Gemeinsame Tagung IANFP / IGNFP in Zürich. Info: drniwa@bluewin.ch, rahelguerber@bluewin.ch

21. Januar 2017: Ritiro spirituale e Assemblea generale della Sezione della Svizzera italiana, voraussichtlich in Cademario. Info : maspolipostizzi@bluewin.ch

März 2017 : Jahrestagung und Mitgliederversammlung VKAS. Tagungsort und Datum noch nicht festgelegt. Info: rahelguerber@bluewin.ch

27.-29. Oktober 2017: Gemeinsame Tagung mit AGEAS und weiteren Ärztegesellschaften in Salzburg. Info: rahelguerber@bluewin.ch

Unsere HOMEPAGE, betreut von Katarzyna Leupi-Skibinski: www.medcath.ch

IMPRESSUM:

Rahel Gürber rahelguerber@bluewin.ch

Otto Jungo jungotto@kleinschoenberg.ch

Nikolaus Zwicky-Aeberhard nikolauszwicky@bluewin.ch

DRUCK: Druckerei Franz Kälin AG, CH-8840 Einsiedeln, www.druckerei-kaelin.ch





