



# Bioethica Forum

No. 48 März / mars 2006

## EDITORIAL

### Das Ende der Moral?

Ist der Mensch des Menschen Wolf – fragt Roberto Malacrida in seinem Essay, den er nach drei Jahren erfolgreicher SGBE-Präsidentschaft mit seinen vielen Initiativen in den Bereichen Bioethik und Medical Humanities an uns richtet. Er erinnert dabei an die Grenzen normativer Ethikkonzepte mit ihren scharfen Unterscheidungen zwischen richtig und falsch, auch an die Schattenseiten im Menschen, unterlässt es aber nicht, gleichzeitig an die Bedeutung menschlicher Grundgesten wie der „tenerezza“ und echter Überzeugungen zu erinnern. Es ist sicher kein Zufall, dass Johannes Fischer in einer Stellungnahme zum Beitrag „Das Politische der Ethik“ aus dem letzten Bioethica Forum in ähnlicher Weise auf die Grenzen der Moral verweist und zu einer Entmoralisierung des medizinethischen Diskurses aufruft.

Gerne ergreife ich die Gelegenheit, mich für die Wahl zum Präsidenten der SGBE zu bedanken. Es ist mir ein Anliegen, die Fäden der bisherigen Arbeit aufzunehmen und an den vielen Initiativen anzuknüpfen, die neben Roberto Malacrida auch dessen Vorgänger Christoph Rehmann-Sutter, Urs Strebel und der Gründungspräsident Alberto Bondolfi ins Leben gerufen haben.

Zwei Ideen möchte ich hervorheben: Wichtig ist mir zum einen, die SGBE als *interdisziplinäre Fachgesellschaft* zu profilieren: Schön wäre es, wenn Fachleute aus der Medizin, Pflege, Rechtswissenschaft, Biologie, den Geistes- und Sozialwissenschaften, die sich mit Fragen der biomedizinischen oder Gesundheitsethik befassen, den Eindruck erhielten, als Nicht-Mitglieder etwas zu verpassen. In Zeiten der Kommerzialisierung, Verrechtlichung und Politisierung der (Bio)Ethik kann eine Fachgesellschaft Orte des Nachdenkens, der Vernetzung und des Austauschs bieten, die nicht unmittelbar zweckgebunden sind. Ein zweites Anliegen ist mir, mit den *Publikationen* den Auftritt der SGBE nach Aussen zu pflegen: Bioethica Forum, Folia bioethica und Homepage eröffnen geeignete Plattformen zur Vernetzung, Verständigung und Darstellung unterschiedlicher Positionen. Die vorliegende Ausgabe mit einem Beitrag zur klinischen Rationierung, einer Rezension zur Demenzethik, einem Tagungsbericht und dem Hinweis auf die SGBE-Sommerschule 2006 zum Thema „Medizin, Ethik und Behinderung“ stehen für dieses Anliegen. Ein weiteres Beispiel ist das SGBE-Jahresthema „Forschung am Menschen“, das im nächsten Bioethica Forum im Zentrum stehen wird.

Immer wieder hat Roberto Malacrida auf die wichtige Öffnung einer zu eng verstandenen Moral hin zu den „Humanities“ – Film, Literatur, Architektur und Kunst – hingewiesen. Er selbst wird als Past-Präsident zusammen mit dem Vorstand weiterhin dafür sorgen, dass dies bei der SGBE nicht in Vergessenheit gerät, gerne möchte ich auch meinen Beitrag dazu leisten.

**Markus Zimmermann-Acklin**, Präsident der SGBE

## Contenu / Inhalt

Editorial	1
Qualche considerazione attorno ad alcuni temi che coinvolgono una società di etica	2
Zentrale Themen einer nationalen Ethikgesellschaft – ein Diskussionsbeitrag	3
Le raisonnement clinique : pourquoi il faut y penser	5
Debatte: Medizinethik und Moral	8
Tagungsbericht: Rationierung im Gesundheitswesen	10
Rezension: Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz	13
Sommerschule 2006 der SGBE	15
Agenda, Impressum	16

## Qualche considerazione attorno ad alcuni temi che coinvolgono una società nazionale di etica

*Roberto Malacrida, past-president SSEB/SGBE*

### Homo homini lupus?

L'idea che l'etica possa regolare il comportamento umano è stata contestata in epoca moderna a partire da Hume e oggi sembra esistere una mancata conoscenza della differenza tra il bene e il male che si potrebbe migliorare con l'educazione, la formazione, il diffondersi di una cultura etica e il dare ascolto ad autorità morali riconosciute: ma forse tali "terapie" sono fuorvianti perché i delinquenti conoscono per lo più le differenze tra bene e male e alcuni studi di psicologia ci hanno dimostrato che l'educazione morale è sovente senza effetto pratico. A tal proposito, la riflessione sulla "banalità del male" di Hannah Arendt – banale non è il male, ma l'immagine sbiadita di chi lo ha compiuto – si ricollega in un certo senso alla sua non redimibilità, a un certo "vuoto etico".

Se l'educazione etica non fosse sufficiente per migliorare la situazione, occorrerà allora incentivare meccanismi di sorveglianza e di dissuasione per evitare che "l'occasione faccia l'uomo ladro?" Per il moralista la Rochefoucauld "mentre il nostro spirito tende a una meta, il cuore insensibilmente lo trascina verso un'altra", ma allora ha forse ragione Vico sulla dimensione affettiva e passionale degli uomini dove la "tenerezza" dovrebbe poter raccogliere una sorta d'immagine alternativa, un polo positivo e oppositivo alla "barbarie". Forse in tal modo sarebbe così possibile conciliare la concretezza soggettiva e l'ordine oggettivo che sembrano divisi nella riflessione etica attuale.

### Vérité et politique

Harold Pinter scrisse nel 1958 che "Il n'y a pas de distinctions tranchées entre ce qui est réel et ce qui est irréel, entre ce qui est vrai et ce qui est faux. Une chose n'est pas nécessairement vraie ou fautive; elle peut être à la fois vraie ou fautive, mais en tant que citoyen, écris Pinter lo scorso 7 dicembre in occasione del suo discorso a Stoccolma per l'attribuzione del premio Nobel, je dois demander qu'est-ce qui est vrai et qu'est-ce qui est faux. La plus part du temps vous tombez sur la vérité par hasard, dans le noir, en entrant en collision avec elle (...), mais la réelle vérité, c'est qu'il n'y a jamais en art dramatique, une et une seule vérité à découvrir. Il n'y a en beaucoup. Ces vérités se défient l'une l'autre, se dérobent l'une

à l'autre, se reflètent, s'ignorent, se narguent, sont aveugles l'une à l'autre. (...) La majorité des hommes politiques, à en croire les éléments dont nous disposons, ne s'intéressent pas à la vérité, mais au pouvoir et au maintien de ce pouvoir. (...) Où est donc passée notre sensibilité morale? En avons-nous eu une? Que signifient ces mots? Renvoient-ils à un terme très rarement employé ces temps-ci – la conscience? Pinter termina il suo discorso con il seguente imperativo morale: « en tant que citoyens, la réelle vérité de nos vies et de nos sociétés est une obligation cruciale qui nous incombe à tous. Si une telle détermination ne s'incarne pas dans notre vision politique, nous n'avons aucun espoir de restaurer ce que nous sommes si près de perdre – notre dignité d'homme »

### Amoralità della società ed etica

L'affermazione che abbiamo bisogno di un'etica, di principi e di valori morali risuona continuamente dai pulpiti della politica, dei media, della finanza ed è forse il segno che la nostra epoca non è così morale come sembra ma è solo l'apparato giuridico-legale che organizza e disciplina la nostra vita sociale a fornire l'apparenza esteriore di una moralità che non ha radici nel profondo, che ha solo imparato ad indossare la maschera della moralità? Un segno in tal senso potrebbe essere il proliferare delle leggi, sempre più minuziose ed invadenti, come ad esempio l'avamprogetto delle ordinanze concernenti la legge sui trapianti. E se è vero che sembrano venire sempre più a mancare valori condivisi, anche le convinzioni etiche profonde si attenueranno, perché i valori hanno la loro giustificazione non in un processo di validazione razionale, ma nell'intima convinzione dell'individuo e della società che li sa far propri. "Senza valori radicati nell'interiorità dei soggetti non vi può essere un'autentica aspirazione etica perché i valori non sono costruibili artificialmente e razionalmente, ma emergono dal percorso storico di una civiltà e si spengono con il suo declino" (Franco Zambelloni). La situazione attuale si è fatta ancora più complessa perché non sembra essersi realizzato quello che gli illuministi concepivano come il "reale perfezionamento dell'uomo" dato dal progresso verso il trionfo della ragione (Ralph Darendorf scrive che "il trionfo della ragione è la sconfitta della morale"), cioè che il mondo di pace e di giustizia sarebbe stato realizzato non soltanto con il progresso scientifico, tecnologico, politico ed economico, ma occorreva un'evoluzione parallela della specie in senso morale. Henri Bergson dichiarava già nel 1932 che, in una civiltà che andava indirizzandosi verso il trionfo tecnologico, diventava indispensabile "un supplement d'âme".

### **Etica clinica e responsabilità**

L'insegnamento dei "4 principi della bioetica" agli studenti di medicina e ai medici messo in pratica da ormai qualche anno ha permesso di lasciare ai curanti la *responsabilità* di stabilire una "gerarchia secondo la quale ordinare i principi stessi, quando essi fossero in conflitto fra loro, esaminando i *fatti* (prognosi e le opzioni terapeutiche; le persone coinvolte e le loro relazioni; i livelli d'urgenza e le persone implicate nella decisione), i *valori, le opzioni e i principi* (opzioni possibili, articolazioni delle opzioni con i principi, rispetto di ogni principio), *la formulazione dei valori* (priorità conferita all'ammalato, sviluppo degli interessi principali del paziente, prevenzione di torti o danni, considerazione dei bisogni di altre persone nella società). Tale insegnamento deve comunque sottolineare le difficoltà che possono sorgere rispetto alla priorità attribuibile ai diversi principi, in particolare fra quello dell'autonomia e quello della beneficenza, rendendo sempre trasparenti eventuali opposti "schieramenti ideologici-religiosi-economici-caratteriali", considerando soprattutto la *vulnerabilità* e i *desideri* di una persona spaventata, aggredita da una patologia grave, dalla coscienza di essere talora in pericolo di vita e da una invasività tecnologica sempre meno limitabile. Al di là del beneficio e dell'efficacia del trattamento, il processo decisionale deve valutare altri fattori ben più complessi come la cosiddetta *qualità della vita futura e la dignità* che ad essa si dovrà garantire e pure la considerazione di un'equa ripartizione delle risorse che nell'epoca della globalizzazione sono un'esigenza che valica i confini del proprio stato e della propria tradizione culturale. I rischi dell'etica clinica devono confrontarsi con il concetto di *responsabilità*, per evitare che nelle nostre istituzioni sanitarie sempre più burocratizzate esso sia pervertito dalla sua forma genuina in forme corrotte: occorre rendere dialettiche tutte le forme che apparentemente dovrebbero aumentare la responsabilità personale del curante, come il monitoraggio dei costi, le linee-guida terapeutiche, ma che possono involontariamente portare a decisioni che non rispettano i veri bisogni e i profondi desideri del paziente competente e, soprattutto, non competente nel poterli chiaramente esprimere.

### **Einige Überlegungen zu den Aufgaben und Möglichkeiten einer nationalen Ethikgesellschaft**

*Roberto Malacrida, Past-Präsident der SGBE*

#### **Homo homini lupus?**

Die Idee, die Ethik könne tatsächlich Einfluss auf das menschliche Handeln ausüben, wurde in der Neuzeit spätestens seit David Hume heftig bestritten. Heute scheint sich ein mangelndes Bewusstsein für den Unterschied zwischen Gut und Böse zu zeigen, dem durch die Erziehung und eine sich an ethischen Prinzipien orientierende Ausbildung, zudem durch Vorbilder und moralische Autoritäten entgegengewirkt werden kann. Vielleicht aber sind solche "Maßnahmen" lebensfremd, denn Übeltäter kennen sehr wohl den Unterschied zwischen Gut und Böse, zudem zeigen Studien aus dem Umfeld der Psychologie, dass die moralische Erziehung oft keinen Niederschlag im praktischen Handeln findet. In diesem Zusammenhang verweisen die Überlegungen Hannah Arendts über die "Banalität des Bösen" – banal ist nicht das Böse, sondern sein verblasstes Abbild in den Augen des Täters – in einem gewissen Sinne auf die stete Präsenz des Bösen und auf ein "ethisches Vakuum". Wenn die ethische Erziehung also nicht in ausreichendem Maße zu einer Verbesserung der Situation beiträgt, scheinen Mechanismen der Überwachung und Ermahnung nötig zu sein, will man der sprichwörtlichen Realität "Gelegenheit macht Diebe" entgegentreten. "Während sein Verstand nach diesem Ziel strebt, führt ihn sein Herz unmerklich nach jenem", so La Rochefoucauld über das menschliche Streben. Der Blick Vicos auf die affektive und leidenschaftliche Dimension des Menschen hilft hier weiter: Seines Erachtens stellt die "tenderzza", die Zärtlichkeit, einen positiven Gegenpol und eine Art Gegenentwurf zur "barbarie", der Barbarei, dar. Vielleicht bietet ein solcher Ansatz eine Lösungsmöglichkeit, um die auch in der aktuellen ethischen Debatte gegensätzlichen Pole von objektivem Anspruch und subjektiver Konkretheit miteinander zu versöhnen.

#### **Wahrheit, Politik und Menschenwürde**

Harold Pinter schrieb 1958: „Es gibt keine messerscharfen Unterscheidungen zwischen dem was wirklich und unwirklich ist, zwischen dem Wahren und Falschen. Eine Sache ist nicht notwendigerweise wahr oder falsch; sie kann gleichzeitig wahr und falsch sein.“ (...) „aber als Bürger“, so Pinter am 7. Dezember vergangenen Jahres bei seiner Rede anlässlich der Nobelpreisverleihung in Stockholm, „muss ich mir Rechenschaft darüber ablegen, was wahr und was falsch ist.“

Meistens ergibt sich die Wahrheit zufällig, im Dunkeln, bei Zusammenstößen mit ihr. (...) Die Mehrheit der Politikerinnen und Politiker, wenn wir realistisch bleiben, interessieren sich nicht für die Wahrheit, sondern für die Macht und die Bewahrung der Macht. (...) Wo ist also unser Gespür für die Moral geblieben? Haben wir es verloren?“ Pinter beendete seine Ansprache mit einem moralischen Imperativ: „Als Bürger ist die Suche nach der echten Wahrheit unseres Lebens und unserer Gesellschaften eine zentrale Pflicht, die uns allen auferlegt ist. Wenn sich diese Bestimmung nicht in unseren politischen Visionen manifestiert, bleibt uns keine Hoffnung darauf, das zu retten, was wir soeben zu verlieren drohen – unsere Würde als Menschen.“

### Unmoralische Gesellschaft und Ethik

Der Ruf nach ethischen Grundsätzen und moralischen Werten aus den Reihen der Politik, der Medien, der Finanzwelt wird lauter. Man könnte darin ein Indiz dafür sehen, dass unsere Epoche nicht so moralisch ist, wie sie zu sein vorgibt. Haben wir nur gelernt, eine Maske der Moralität zur Schau zu tragen und ist es etwa nur der gesetzgebende Apparat, der unser soziales Leben organisiert und diszipliniert, um nach Aussen eine Moralität vorzugeben, die in Wahrheit keine tieferen Wurzeln hat? In diese Richtung könnte auch das Zunehmen immer kleinlicherer und aufdringlicherer Gesetze gedeutet werden. Wenn es wahr ist, dass gemeinschaftliche Werte immer mehr verloren gehen, so drohen auch die tiefen ethischen Überzeugungen geschwächt zu werden, denn die Werte beziehen ihre Rechtfertigung nicht aus einem Prozess rationaler Begründungen, sondern aus der innersten Überzeugung des Individuums und der Gesellschaft, die sie sich zu eigen macht. „Ohne eine subjektive Verinnerlichung der Werte, kann es kein authentisches Bemühen um eine Ethik geben, denn die Werte sind keine künstlichen und verstandesmäßigen Konstrukte, sondern sie entstammen dem geschichtlichen Lauf einer Zivilisation und verschwinden genauso auch wieder mit ihr“ (Franco Zambelloni). Die gegenwärtige Lage gestaltet sich noch komplexer, da noch nicht realisiert wird, was die Aufklärer als die "wahre Vervollkommnung des Menschen" bezeichnet haben, nämlich den Aufstieg zum Triumph der technischen Rationalität. Ralph Dahrendorf bemerkte: "Der Triumph der Rationalität ist die Niederlage der Moral". Das bedeutet: eine Welt in Frieden und Gerechtigkeit kann nicht nur mit dem wissenschaftlichen, technologischen, politischen und ökonomischen Fortschritt errichtet werden, sondern bedarf auch einer parallelen Evolution der Spezies in moralischer Hinsicht. Henri Bergson machte schon 1932 deutlich, dass in einer Gesellschaft, die sich

dem technologischen Triumph verschrieben hat, "un supplément d'âme" unabdingbar sei.

### Klinische Ethik und Verantwortung

Die Vermittlung der vier klassischen Prinzipien der Bioethik in der Ausbildung der Medizinstudenten und Ärzte, wie sie seit einigen Jahren praktiziert wird, überlässt den Entscheidungsträgern die Verantwortung: Geraten die Prinzipien in Konflikt miteinander, geht es um das Aufstellen einer Hierarchie der Güter, unter Berücksichtigung *der Fakten* (Prognose und therapeutische Optionen, beteiligte Personen und ihre Beziehungen, die Dringlichkeitsebenen und die Entscheidungsträger im konkreten Fall), *der Werte*, *der Optionen* und *der Prinzipien* (mögliche Optionen, Formulierung der Optionen mit ihren Prinzipien, Respektierung jedes Prinzips), *der Formulierung der Werte* (die dem Kranken eingeräumte Priorität, Beachtung der vorrangigen Interessen des Patienten, Vermeiden von Unrecht und Schaden, Berücksichtigung der Bedürfnisse anderer Personen innerhalb der Gesellschaft). Die Vermittlung dieser Ethik darf die Schwierigkeiten nicht unberücksichtigt lassen, die der Wettstreit der Prinzipien mit ihren je eigenen Prioritäten mit sich bringt, insbesondere den Konflikt zwischen dem Autonomie- und Fürsorgeprinzip, und das unter möglichst transparenter Offenlegung möglicher ideologisch-, religiös- oder wirtschaftsmotivierter Interessen und persönlicher Präferenzen. Dabei müssen besonders die Verletzlichkeit und die Wünsche der von einer schwerkranken Person berücksichtigt werden, das Wissen um die mögliche Bedrohung des eigenen Lebens und die Konfrontation mit einer zusehends weiterentwickelten und invasiveren Technologie. Jenseits des Nutzens und der Wirksamkeit der Behandlung muss der Entscheidungsprozess andere noch komplexere Faktoren in Betracht ziehen, wie etwa die zu erwartende *Lebensqualität und Würde*, die ebenso gewährleistet sein muss, oder die gerechte Verteilung der Ressourcen – im Zeitalter der Globalisierung ein Diktat jenseits von Staats- und Kulturgrenzen. Den Fallstricken der klinischen Ethik muss das Konzept der *Verantwortung* gegenüberstehen, will man in den Einrichtungen unseres Gesundheitswesens mit ihrer zunehmenden Bürokratisierung eine Perversion der Ethik verhindern. Umstände, die offensichtlich die Bedeutung der persönlichen Verantwortung des Entscheidungsträgers hervorheben und kritisch zu beachten sind, sind die strikte Offenlegung der Kosten, die Einhaltung generalisierender Leitlinien (welche stillschweigend zu Entscheidungen führen können, ohne dabei die wahren Bedürfnisse und Wünsche des entscheidungsfähigen Patienten zu respektieren) und nicht zuletzt die Entscheidungsfindung bei nicht entscheidungsfähigen Patienten.

Curzütt

## Le rationnement clinique: pourquoi il faut y penser

*Dr Samia Hurst, Institut d'éthique biomédicale, Faculté de Médecine de l'Université de Genève\**

Les opinions exprimées ici sont celles de l'auteure et pas nécessairement celles de la Faculté de Médecine de Genève.

Le titre de cette contribution peut être perçu comme provocateur. Alors qu'il semble clair pour tous que la limitation du gaspillage, la rationalisation, de notre système de santé doit être une priorité, la question de savoir s'il est justifié de refuser une intervention bénéfique en raison d'un coût élevé est controversée. (1) Notre système de santé est-il donc en crise ? Se pourrait-il que dans un futur proche, on dise « non » à une personne âgée ou à un malade en fin de vie, parce que nous aurions décidé que les soigner revient trop cher ?

A l'heure où tous songent à contrôler l'augmentation des coûts de la santé, trois stratégies émergent. La première est de traquer les frais réellement inutiles. Pour autant que l'on puisse les identifier sans équivoque, il n'y a pas de problème. Des exemples viennent à l'esprit tels que les antibiotiques pour les maladies virales, mais aussi, lorsqu'elle existe, la part des frais administratifs qui n'améliore pas les soins aux malades.

La deuxième stratégie consiste à payer tous les soins, mais pour certains seulement. C'est la voie suivie par les Etats-Unis, qui comptent 40 millions de personnes sans assurance, tout en dépensant 15% du revenu national pour la santé. Nous nous engagerions dans cette voie en excluant de facto certains groupes de la couverture d'assurance ou de l'accès aux soins. Mettre une limite d'âge pour envisager une intervention, ou décider qu'il faut avoir les moyens de payer pour être soigné, relève de ce type de stratégie. C'est une perte d'équité pour le système, qui n'implique pas seulement le sacrifice d'une valeur éthique importante mais aussi un risque accru pour chacun d'entre nous. En effet, l'équité et la solidarité, qui fondent les systèmes de santé européens, « servent » à quelque chose. Elles sont le signe d'une société qui se soucie

de tous ses membres, y compris les plus vulnérables. Nous reconnaissons un droit à chacun d'avoir accès à des soins de santé. Le « meilleur niveau de santé atteignable » est d'ailleurs reconnu comme un droit fondamental par l'OMS. (2) La santé est un pré requis indispensable pour que chacun ait des chances équitables d'avoir une vie bonne. (3) Mais en plus, la solidarité et l'équité de notre système de santé, nous offrent à tous davantage de sécurité. Seule, je suis à la merci d'une maladie soudaine et chère à traiter. Avec mes concitoyens, ce risque est amorti car partagé. Nous ne savons pas qui va tomber malade, ni qui sera appauvri par la maladie : nous risquons donc tous de devenir un jour victimes d'un système de santé qui désavantagerait les malades ou les pauvres. Ce risque n'est pas purement hypothétique. Une étude récemment publiée dans le très sérieux journal *Health Affairs* révèle que les frais médicaux sont en cause dans la moitié des faillites enregistrées aux Etats-Unis, et que 75.7% de ces personnes étaient assurées initialement. (4) Un système qui tolère que l'on laisse de côté les pauvres et les personnes malades devient vite inutile pour ceux-là même qui viennent à en avoir besoin, quelle que soit leur situation de départ. En bref, dans toute stratégie de médecine à plusieurs vitesses, nous risquons un jour de nous retrouver en dernière classe.

La troisième stratégie consiste à couvrir un catalogue de prestation identique pour tout le monde, mais à ne pas tout prendre en charge. Elle consiste à mettre une limite, certes, mais une limite qui conserve l'équité du système en cela qu'elle est la même pour tous.

Est-il défendable de placer une telle limite ? Il semblerait bien que oui. A titre d'illustration, imaginons que vous vous écroulez sur un trottoir, victime d'un infarctus. L'ambulance qui va arriver vous est clairement utile. Mais que se passe-t-il si elle secoure déjà une autre victime ? Dans ce cas, il est clairement bon pour vous qu'une deuxième ambulance existe. Par rapport à une seule ambulance, une deuxième diminue votre risque de rester sans secours. Et une troisième ? De même. Le risque que trois ambulances soient simultanément occupées n'est pourtant toujours pas nul. La quatrième ambulance diminue encore votre risque, et ainsi de suite. Pour parvenir au risque zéro de rester sans secours, il faudrait un nombre infini d'ambulances. Or personne ne prétendrait que c'est un but à atteindre. En fait, ce que cet exemple montre, c'est que le nombre d'ambulances dont

\* Email: samia.hurst@medecine.unige.ch

une ville choisit de se doter constitue nécessairement une limite aux soins que l'on va rendre disponibles. La vraie question n'est pas de savoir si une limite doit être posée, mais de savoir quelle limite poser, et surtout comment.

Que se passe-t-il dans la pratique ? Nous avons récemment exploré cette question à l'aide d'un questionnaire, envoyé à un échantillon de médecins de premier recours Norvégiens, Italiens, Suisses et Britanniques. (5) La majorité (83%-92.1%) rapporte ne parfois pas être en mesure d'employer un service qu'il juge pourtant nécessaire pour son patient. Un peu plus de la moitié (56.3%) rapporte avoir personnellement pris dans les 6 derniers mois, et en raison des coûts, la décision de ne pas employer une intervention qui aurait été dans le meilleur intérêt d'un patient. Ceci est rapporté dans les quatre pays étudiés, avec des taux allant de 43.3% des médecins (Grande Bretagne) à 64.7% (Suisse). Les interventions en question sont le plus souvent celles pour lesquelles il existe une alternative (imagerie par résonance magnétique, médicaments) ou celles qui ne posent pas une question de vie ou de mort dans l'immédiat (dépistage). Les stratégies rapportées pour éviter une intervention chère incluent la substitution par une intervention moins coûteuse en gardant la plus chère comme deuxième ligne, l'explication des enjeux au patient, ou l'attente pour le cas où l'intervention chère s'avérerait finalement superflue. La définition d'une limite « raisonnable » semble donc faire partie de la pratique clinique, et être reconnue par les médecins. Questionnés sur leur degré d'acceptation, la plupart donnaient une réponse intermédiaire : ni complètement d'accord, ni entièrement en désaccord (médiane de 10 sur une échelle de 3-15). Pourquoi les Suisses, dotés du système de santé le plus riche des quatre, rapportent-ils davantage de rationnement ? Il ne semble pas qu'ils soient plus sensibles à cette pratique, si l'on en croit un taux d'acceptation similaire à celui des autres pays. Notre pays, par contre, laisse une plus grande marge de manœuvre aux praticiens, qui sont par contre sous une pression croissante de limiter les coûts de la santé. Il fait sens que, là où la pratique médicale est réglementée de manière très restrictives, les médecins prennent tout simplement moins souvent personnellement ce genre de décision. Une plus grande autonomie clinique, par contre, localisera ces décisions dans les mains des praticiens si elle est accompagnée d'une pression à contrôler les coûts.

Savoir s'il est bon que cette limite soit posée ainsi est une autre histoire. D'une part, les médecins se trouvent au chevet des malades, et sont donc en mesure de tenir compte des particularités individuelles de chacun lors de ces décisions. Ils sont également en mesure d'en discuter et de trouver des alternatives, et il semble que les médecins américains se prêtent dans les faits à cet exercice. (6) Par contre, leur formation ne les prépare en général pas à cela. Cela pourrait expliquer qu'ils ne semblent que rarement évoquer des considérations générales de justice et d'équité dans leurs décisions d'allocation de ressources. (6) Notre étude a également montré une variabilité dans la prise de décision. Ceci pourrait être un point positif si elle reflète une adaptation aux patients individuels, mais elle pourrait aussi être le reflet d'un certain degré d'arbitraire.

Il semble donc que si poser une limite paraît inévitable, en théorie comme en pratique, comment poser cette limite reste une question difficile. En effet, il est facile d'être d'accord sur la nécessité de s'abstenir de ce qui « n'est pas raisonnable ». Le problème, c'est que nous n'avons pas tous la même conception de ce qui est « raisonnable ». Pour compliquer davantage, nous avons la tendance fâcheuse mais compréhensible de changer d'avis selon que nous sommes à tour de rôle le malade qui nécessite des soins, ou l'assuré qui paye la facture. Si encore il y avait un « mètre universel » pour déterminer quels soins sont raisonnables, nous pourrions nous y référer pour fixer notre limite, mais ce genre de critère n'existe pas. Malheureusement, ou heureusement pour qui défend l'idée que les personnes concernées doivent avoir leur mot à dire, nous sommes donc obligés pour adopter une « limite raisonnable », de nous mettre d'accord. La limite la mieux défendable est celle qui peut être considérée comme la meilleure par toutes les personnes concernées, alors qu'elles savent qu'elles sont toutes à risque d'être défavorisées par les failles du système.

Mettre en pratique une telle définition est difficile, mais des expériences intéressantes existent. Une équipe américaine a mis au point un jeu de société permettant à un groupe de décider ensemble de la composition de leur couverture d'assurance de base, en se confrontant à des scénarios de maladie pour pouvoir « corriger le tir », le cas échéant, avant de finaliser le paquet. (7) Une autre option consiste à faire

en sorte que le risque soit invariablement minime pour la personne à laquelle on dit « non ». Proposer un générique plutôt qu'un médicament breveté peut être une source d'inconfort. A ce titre, il s'agit bien d'une limite, mais ce n'est pas une question de vie ou de mort. Refuser un traitement de maintien en vie est une question toute différente. On n'imagine guère cette mesure acceptée par des personnes qui risqueraient de se trouver elles-mêmes dans la situation envisagée.

Il faut se rendre compte qu'une mesure comme la substitution générique, qui supprime un avantage modeste pour une économie modeste, peut avoir un effet économique réel. Le refus d'un traitement de maintien en vie, souvent cher, peut ressembler à une économie importante à première vue, mais la relative rareté des cas dilue cette économie quand on considère l'ensemble des coûts de la santé. Quand il y a des millions de bouts de chandelles, c'est bien ceux-ci qu'il faut économiser.

Ainsi donc se pourrait-il que dans un futur proche, on dise « non » à une personne âgée ou à un malade en fin de vie, parce que nous aurions décidé que les soigner revient trop cher ? Il est important que la question ne soit pas posée ainsi. Il ne doit pas s'agir de remettre en question le « droit » aux soins de telle ou telle personne. Une telle discrimination est indéfendable et risquerait à terme de faire de chacun d'entre nous une victime potentielle. Se pourrait-il par contre que nous disions « non » à quelqu'un qui réclame une intervention jugée non raisonnable par une décision collective ? C'est possible. Quel est l'essentiel qui doit être accessible à chacun ? Certainement pas absolument tout, mais sans doute beaucoup. Il faut penser au rationnement clinique, car l'alternative est de le pratiquer sans réfléchir. Dès lors qu'il s'agit de payer collectivement pour quelque chose qui nous touche de très près, la limite la mieux défendable est celle que nous acceptons collectivement comme raisonnable et juste.

## Références

1. Asch DA, Ubel PA. Rationing by any other name. *N Engl J Med* 1997;336(23):1668-71.
2. WHO. Constitution of the World Health Organization. In; 1946.
3. Daniels N. *Just Health Care*: Cambridge University Press; 1985.
4. Himmelstein DU, Warren E, Thorne D, Woolhandler S. MarketWatch: Illness And Injury As Contributors To Bankruptcy. *Health Aff (Millwood)* 2005.
5. Hurst SA, Forde R, Pegoraro R, Perrier A, Reiter-Theil S, Slowther A, et al. An Exploration of the Interaction of Rationing at the Provider and System-wide Levels. Poster, 2004 annual meeting of the Society for General and Internal Medicine; 2004.
6. Hurst SA, Hull SC, DuVal G, Danis M. Physicians' responses to resource constraints. *Arch Intern Med* 2005;165(6):639-44.
7. Goold SD, Green SA, Biddle AK, Benavides E, Danis M. Will insured citizens give up benefit coverage to include the uninsured? *J Gen Intern Med* 2004;19(8):868-74.

### **SGBE-Arbeitsgruppe «Grundlagen der biomedizinischen Ethik»**

#### **Groupe de travail de la SSEB «Fondements de l'éthique biomédicale»**

Das nächste Treffen findet am  
**16. Juni 2006, 15.15–18.00 Uhr**  
in Zürich statt.

Ort: **Centrum 66**, Hirschengraben 66, 8001 Zürich, Dachraum (5. Etage). Das Centrum 66 befindet sich etwa 5 Gehminuten vom Hauptbahnhof Zürich entfernt, Richtung Central/Seilergraben.

#### **Thema: Forschung am Menschen**

Textgrundlage: Vorentwurf des Bundesgesetzes über die Forschung am Menschen (HFG) vom 1.2.2006

Nähere Auskünfte bei:  
Markus Zimmermann-Acklin  
(markus.zimmermann@unilu.ch)

## Medizinethik und Moral

*Prof. Johannes Fischer, Institut für Sozialethik,  
Universität Zürich*

In seinem Beitrag „Das Politische der Ethik“ in *Bioethica Forum* No. 47 setzt Christoph Rehmann-Sutter sich kritisch mit Rüdiger Bittners Essay „Verwüstung durch Moral“ auseinander. Bittner legt darin nahe, dass die Moral ihren Ursprung in dem Bedürfnis hat, über andere zu richten. In der Tat erscheint diese These überzogen, und zu Recht weist Rehmann-Sutter in seiner Kritik auf den Unterschied zwischen den Wörtern der Moralsprache und den Sprechakten hin, mit denen diese Wörter verwendet werden. Man kann moralische Wörter im Sinne des Richtens über andere verwenden, aber man kann sie auch anders verwenden. Entscheidend ist für Rehmann-Sutter die Struktur der Adressierung beim Gebrauch der Sprache der Moral. Von deren Berücksichtigung hängt ab, ob moralische Feststellungen die Tendenz zur Gewaltsamkeit haben oder nicht. Betrachtet man die Heftigkeit, mit der gerade im Bereich der Medizinethik so manche Auseinandersetzungen geführt werden, dann verdient dieser Punkt in der Tat einige Aufmerksamkeit.

Freilich kann man Bittners Essay eine *particula veri* nicht absprechen, trotz der Einwände, die Rehmann-Sutter gegen Bittner geltend macht. Man muss sich hierzu eine gewisse Unschärfe im Gebrauch des Wortes ‚Moral‘ vergegenwärtigen. Diesbezüglich lässt sich zwischen einer weiten und einer engen Bedeutung unterscheiden. In der weiten Bedeutung bezeichnet das Wort ‚Moral‘ alles, womit Ethik es zu tun hat. „In einem allgemeinen Verständnis lässt sich Ethik ... als *philosophische Reflexion auf Moral* verstehen.“<sup>1</sup> Hiernach wäre auch die aristotelische Ethik Reflexion auf Moral. In der engen Bedeutung besteht demgegenüber Moral in Überzeugungen und Urteilen in Bezug darauf, welche Handlungen oder Verhaltensweisen gut oder schlecht, richtig oder falsch sind im Sinne ihrer Billigung oder Missbilligung.<sup>2</sup> Das Urteil, dass Tierquälerei moralisch schlecht ist, ist hiernach gleichbedeutend mit der Feststellung, dass sie Missbilligung verdient. Versteht man den Begriff der Moral in dieser engen Bedeutung, dann lässt sich die aristotelische Ethik schwerlich als Moralreflexion begreifen. Wenn eingangs der Nikomachischen Ethik festgestellt wird, dass alles Handeln und Wählen nach einem Gut strebt, weshalb ‚gut‘ bestimmt

werden könne als dasjenige, wonach alles strebt, dann meinen die Wörter ‚Gut‘ und ‚gut‘ hier ersichtlich etwas anderes als „moralisch gut“. Das bedeutet, dass der Bereich dessen, womit Ethik es in ihrer Geschichte zu tun gehabt hat, offensichtlich sehr viel weiter ist als der Bereich der Moral in dieser engen Bedeutung. Es kennzeichnet die Ethik der Moderne, dass hier das enge Verständnis von Moral zu einer gewissen Dominanz gelangt ist. Nach den verheerenden Erfahrungen der Religionskriege und dem Wegfall der legitimierenden Funktion religiöser Weltbilder hat sich die Gesellschaft der Moderne einerseits als *moral community* und andererseits als Rechtsgemeinschaft etabliert, die sich die Ordnung ihres Zusammenlebens selber gibt, indem sie sich darüber verständigt, welche Handlungen als moralisch gut oder schlecht gelten sollen und rechtlich zulässig oder unter Sanktion zu stellen sind.

Die Frage ist, an welchen Kriterien sie sich dabei orientiert. Sind dies nur *innermoralische* Kriterien im Sinne des engen Verständnisses der Moral, etwa nach dem Modell, dass die moralische Bewertung einer Handlung als gut oder schlecht ihre Geltung aus einer übergeordneten moralischen Regel und diese ihre Geltung aus einem übergeordneten moralischen Prinzip bezieht? Ganz offensichtlich ist dies nicht der Fall. Es lassen sich leicht Beispiele dafür beibringen, dass wir Handlungen deshalb für moralisch schlecht halten, weil sie wichtige *Güter* verletzen, die wir geschützt sehen möchten, und zwar Güter im aristotelischen Sinne. Freiheit, Leben oder Gesundheit sind solche Güter. Mit der Berufung auf derartige Güter verlassen wir aber den Diskurs über Moral im engen Sinne und treten in einen anderen Diskurs ein, in dem es nicht um Billigung oder Missbilligung geht, sondern um die Frage, welche Güter uns wichtig sein und wofür wir folglich Sorge tragen müssen. Das ist ersichtlich eine andere Frage. Folgt man den Unterscheidungen der ethischen Tradition, dann gibt es neben der Orientierung an Gütern mindestens zwei weitere Orientierungen im Handeln, die nicht unter den engen Begriff der Moral fallen, nämlich Tugenden wie z. B. Barmherzigkeit und (vormoralische) Pflichten wie z. B. jene, in denen Eltern sich gegenüber ihren Kindern fühlen. Gewiss kann man sagen, dass, wer barmherzig handelt, in einem moralischen Sinne gut handelt. Aber er tut, was er tut, nicht deshalb, weil es moralisch gut ist und die Billigung irgendeiner Instanz genießt, sondern aus Barmherzigkeit. Ähnliches gilt für Eltern, die sich um ihres Kindes willen und nicht, weil eine moralische Norm ihnen dies vorschreibt, verpflichtet fühlen, für ihr Kind zu sorgen.

Es lässt sich nun gerade für die Medizinethik zeigen, dass sich die eigentlichen Probleme nicht auf der mora-

<sup>1</sup> M. Düwell u. a. (Hg.) *Handbuch Ethik*, 2002, 2.

<sup>2</sup> D. Birnbacher, *Analytische Einführung in die Ethik*, 2003, 13.

lischen Ebene (im engen Sinne), sondern auf der vormoralischen Ebene stellen. In der Stammzelledebatte ging es einerseits um ein Gut, nämlich das Wohl künftiger Patientinnen und Patienten, denen vielleicht mit neuen Therapien geholfen werden kann. Andererseits berief man sich auf die Menschenwürde des Embryos, die bestimmte Pflichten impliziert für den Umgang mit Embryonen. Die Menschenwürde wurde dabei als etwas aufgefasst, das nicht erst durch die *moral community* verliehen und zuerkannt wird, sondern das deren Verständigung über das moralisch Richtige und Falsche als Kriterium vorgegeben ist. Folglich haben auch die Pflichten, zu denen die Menschenwürde des Embryos verbindet, vormoralischen Status. Schliesslich berief man sich in der Stammzelledebatte auch auf Tugenden, die dem Embryo geschuldet sind, so etwa auf die Haltung des Respekts.<sup>3</sup> Mit alledem bewegte man sich auf einer vormoralischen Ebene. Der Streit ging um diese Orientierungen und um die Abwägung zwischen ihnen. Wie die embryonale Stammzellforschung *moralisch* zu bewerten ist, ob sie richtig oder verwerflich, zu billigen oder zu missbilligen ist, das ist davon abhängig, zu welchen Urteilen man auf dieser vormoralischen Ebene gelangt.

Ähnliches lässt sich für andere medizinethische Fragen zeigen. Folgt man Kennern der niederländischen Debatte über die aktive Sterbehilfe<sup>4</sup>, dann spielt darin eine Tugend eine wichtige Rolle, nämlich die Tugend der Barmherzigkeit. Ihr steht die Pflicht entgegen, einen Menschen nicht aktiv zu töten. In der deutschen Diskussion wird von vielen Beteiligten diese Pflicht höher bewertet.

Man kann diese Überlegung für die Medizin insgesamt verallgemeinern. Sie hat es mit etwas zu tun, das eine ethische Herausforderung darstellt, nämlich mit der Abhängigkeit und Angewiesenheit des kranken Menschen. Eine ethische Herausforderung ist dies unter allen drei Aspekten, Gütern, Tugenden und Pflichten: Um welche Güter müssen wir um seinetwillen besorgt sein? Welche Tugenden bzw. Haltungen sollten wir ihm entgegenbringen? In welchen Pflichten stehen wir ihm gegenüber? So zu fragen ist etwas anderes als zu fragen, welche Handlungen am Krankenbett moralisch gut oder schlecht, richtig oder falsch, legitim oder verwerflich sind im Sinne der Billigung oder Missbilligung einer *moral community*.

Hier liegt die *particula veri* von Bittners Essay „Verwüstung durch Moral“. Er macht darauf aufmerksam, dass die Fokussierung auf Moral (im engen Sinn) von den eigentlichen Fragen ablenken kann. Gerade Ethikkommissionen können in der Gefahr stehen, dass sie ihre primäre Aufgabe in Urteilen über die moralische Legitimität oder Illegitimität bestimmter Handlungen sehen, statt darin zu klären, worum wir uns im Interesse des kranken, des sterbenden oder auch des suizidgefährdeten Menschen kümmern müssen. Es werden dann Diskurse über Billigung oder Missbilligung, Legitimität oder Verwerflichkeit geführt. Debatten wie die über die aktive Sterbehilfe oder die Suizidbeihilfe liefern dafür reichliches Anschauungsmaterial. Demgegenüber gilt es, den medizinethischen Diskurs zu entmoralisieren. Man kann für die Möglichkeit der ärztlichen Suizidbeihilfe im Einzelfall eintreten aufgrund eines (vormoralischen) Verständnisses der möglichen Situationen, um die es hier geht, ohne dass man dazu das Urteil aufstellen muss, dass die ärztliche Suizidbeihilfe moralisch legitim ist.

Gewiss braucht es auch den Moraldiskurs. In ihm verständigen wir uns als *moral community* darüber, welche Handlungen unter uns geachtet und welche geächtet werden sollen. Er setzt unverzichtbare Orientierungsmarken für die Gestaltung unseres Zusammenlebens. In dieser Hinsicht ist Rehmann-Sutters Kritik an Bittner voll und ganz zuzustimmen. Fraglich ist jedoch, ob es tatsächlich erst der moralische Standpunkt im Sinne der „Perspektive eines unbestimmten Dritten“ ist, der eine „Gemeinschaft der Nichtgleichgültigkeit“ schafft. Denn das wäre lediglich die Nichtgleichgültigkeit der moralisch Anprangernden<sup>5</sup> und Empörten. Von dieser Art der Nichtgleichgültigkeit sind die Gazetten voll. Braucht es nicht vorgängig eine andere Art der Nichtgleichgültigkeit, die sich aus der Sensibilität für zu schützende Güter, zu wahrende Tugenden und geschuldete Pflichten speist? Kurt Tucholsky hat gegen Ende seines Lebens in der ihm eigenen Schärfe der Selbstdiagnose als eigenen Mangel notiert, dass der Antrieb zu seinen politischen Texten aus der moralischen Empörung über die Täter, aber weit weniger aus dem Mitgefühl mit den Opfern resultierte. Das kann wie in seinem Fall konstruktiv sein. Doch in einer Zeit, die dahin tendiert, alles zu einer Frage der Moral zu machen, wird man hier eher gegenzusteuern geneigt sein.

<sup>3</sup> G. Maio, Welchen Respekt schulden wir dem Embryo? Die embryonale Stammzellforschung in medizinethischer Perspektive, Deutsche Medizinische Wochenschrift 127 (2002), 160-163.

<sup>4</sup> Ich beziehe mich auf eine mündliche Auskunft von Marcus Düwell/Utrecht.

<sup>5</sup> C. Rehmann-Sutter, aaO. 14.

## Rationierung im Gesundheitswesen

### Sozialwissenschaftliche, medizinische, rechtliche und ethische Aspekte

Interdisziplinäres Symposium an der Universität und am Kantonsspital Luzern, 2./3. Dezember 2005

*Wolfgang Bürgstein, Ökonom und Theologe, Generalsekretär von Justitia et Pax, Stabskommission der Schweizer Bischofskonferenz in sozial- und wirtschaftsethischen Fragen.*

Seit Jahren steigen die Gesundheitskosten. Nicht nur die privaten Haushalte haben über Prämien und Selbstbehalte stetig höhere Kosten zu tragen, ein immer grösserer Teil dessen, was in der gesamten Volkswirtschaft während eines Jahres erwirtschaftet wird, stammt aus dem Gesundheitswesen. Diese Ausgaben gehen zu Lasten anderer Bereiche wie beispielsweise der Bildung, dem Umweltschutz und der allgemeinen Forschung. Ein Ende dieser Entwicklung ist nicht abzusehen, der medizinische Fortschritt und der demographische Wandel werden den Kostenanstieg weiter befördern. Vor diesem Hintergrund hat das Luzerner Symposium die Frage der Rationierung im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt gestellt. Einige mir wichtig erscheinende Gedanken möchte ich nachfolgend gerne wiedergeben, ohne Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Diskussion um Rationierung steht in einem grösseren, vor allem soziologisch und gesellschaftspolitisch interessanten Kontext. Seit dem Ende des Ost-West-Dualismus und der damit einhergehenden Krise allgemeiner gesellschaftlicher Orientierung wurde die Rolle des Staates immer mehr in Frage gestellt. Der Ruf: „Weniger Staat, mehr Freiheit!“ hat seit einiger Zeit auch die gesundheitspolitische Reformdiskussion erreicht. Ist damit der Streit um die Zukunft des Gesundheitswesens, um seine Ausgestaltung und Finanzierung, nur ein „Neben(-kriegs-)schauplatz“ der viel grundlegenden Auseinandersetzung, wie wir Solidarität und Eigenverantwortung in unserer Gesellschaft neu bestimmen sollen, geworden? Keineswegs, wie in dem Beitrag von Hans-Ulrich Kneubühler/Kurt Imhof deutlich wurde. Die allgemeine gesellschaftliche Orientierungskrise fördert geradezu den „inneren Widerspruch“ unseres Gesundheitswesens zutage, nämlich die postulierte Gleichheit aller einerseits und die dafür immer mehr fehlenden Mittel andererseits. Gleichzeitig aber wird deutlich, wie sehr die Erfahrung von Knappheit im Gesundheitswesen unmittelbar zusammenhängt mit der

grundlegenden Diskussion um unser (neoliberales) Gesellschaftsmodell. Dies geht inzwischen schon soweit, dass Krankheit als etwas verstanden wird, das tendenziell das Gemeinwohl gefährdet. Deshalb auch der Ruf nach mehr Eigenverantwortung, weil die „Pflicht zur Gesundheit“ als Dienst am Gemeinwohl verstanden wird. Das „Recht auf Krankheit“ verliert dabei an Bedeutung.

### Rationierung als Lösung des Problems?

Die aktuellen Standpunkte in der Rationierungsdiskussion wurden von Markus Zimmermann-Acklin vorgestellt. Er unterscheidet zunächst vier Grundmodelle, die als mögliche Antworten auf das eingangs beschriebene Finanzierungsproblem vorgetragen werden: Rationalisierung, Mittelserhöhung, Rationierung und Marktlösung. Unabhängig von der ethischen Gerechtigkeitsproblematik dürfte eine Marktlösung zu einer Ausweitung des Gesundheitsmarktes führen. Zumindest theoretisch müssten - aufgrund des Wettbewerbs - Rationalisierungspotentiale realisiert werden. Ob dann schlussendlich volkswirtschaftlich weniger Mittel in den Gesundheitsbereich fliessen, ist allerdings fraglich. Das Beispiel USA legt einen anderen Schluss nahe. Grundsätzlich aber ist die Mittelserhöhung mit Opportunitätskosten verbunden, die in anderen Bereichen (Bildung, Umwelt,...) zu relativen Einschränkungen führen. Ebenso ist bei einem bereits bestehenden hohen Standard im Gesundheitswesen davon auszugehen, dass Grenzkosten der Gesundheitsförderung in den Bereichen Bildung und Umwelt niedriger sein dürften. Vor allem die Verbesserung der Gesundheit der am schlechtesten Gestellten dürfte nach M. Zimmermann-Acklin in diesen Bereich am ehesten zu erreichen sein. In seinen Schlussfolgerungen macht er deutlich, dass zur Rationierung keine Alternativen bestehen. Unter ethischen Gesichtspunkten ist die explizite der impliziten Rationierung vorzuziehen. Eine explizite Rationierung ist gerechter, weil sie alle davon Betroffenen gleich behandelt, konsistenter in der Umsetzung und transparenter, weil die Kriterien öffentlich zugänglich sind. Notwendig sind dabei aber klare ethische und politische Legitimationen der Rationierungsentscheidungen. Die Frage seines Beitrags „Rationierung als Lösung des Problems?“ muss folglich so beantwortet werden: An einer Rationierung der solidarisch finanzierten Gesundheitsleistungen werden wir (leider) nicht vorbeikommen. Umso wichtiger aber ist eine offene Auseinandersetzung darüber, die ethische und ökonomische Aspekte mit im Blick hat.

Im Anschluss an einige grundlegende Beiträge wurde aus Sicht verschiedener Disziplinen zur Frage Stellung genommen, ob die Rationierung eine geeignete Antwort

auf die Kostenentwicklung darstelle. Der Gesundheitsökonom Friedrich Breyer kritisierte die Gleichsetzung von Rationierung und Vorenthaltung. Wenn etwas vorenthalten wird, setzt dies einen Anspruch darauf voraus. Diesen Anspruch sieht F. Breyer nicht gegeben. Er versteht Rationierung schlicht als „Zuteilung kollektiv finanzierter Güter“, und diese Zuteilung ist immer schon begrenzt. An dem grundlegenden Finanzierungsproblem ändert sich dadurch aber nichts.

Die weiteren Beiträge von Seiten der Pharmaindustrie, der Politik und von Ärzte- und Pflegeseite haben dann gezeigt, wie schwierig es ist, sich diesem Begriff der Rationierung und dem dahinter stehenden Sachverhalt zu nähern. Thomas B. Cueni von der Pharmaseite lehnt Rationierung ab, weil er die Gefahr einer Zweiklassenmedizin, eine Kollision mit den Präferenzen der Versicherten und eine forschungs- und fortschrittsfeindliche Entwicklung befürchtet. Ein sorgfältiger Umgang mit begrenzten Ressourcen erfordert aus seiner Sicht keine Rationierung im Sinne eines Marschhalts bei notwendigen und effektiven Therapien, sondern eine Stärkung des Prinzips Eigenverantwortung auf Seiten der Versicherten. „In diesem Sinne ist der ‚aufgeklärte‘ Patient eine bessere Alternative zur impliziten (schleichenden) wie expliziten (politischen) Rationierung.“

Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang auch die Thesen des Sozialversicherungsrechtlers Thomas Gächter. Er sieht mit Blick auf unsere Verfassung den Staat in der Pflicht, ein Gesundheitssystem mit einer (solidarischen) Krankenversicherung einzurichten und zu fördern. Minimalansprüche haben sich dabei am medizinischen Standard zu orientieren, sie sind nicht völlig frei gestaltbar. Deshalb, so sein Schluss, ist das schweizerische Rechtssystem im Grundsatz „rationierungsfeindlich“, besonders implizite Einschränkungen seien in jeder Hinsicht problematisch. Eine Lösung unseres Problems sieht er in Richtung eines gewandelten Medizin- und Krankheitsverständnisses.

Von der Pflegeseite wurde vor allem auf ethisch höchst problematische Seiten von Rationierung hingewiesen. Frau Stéphanie Mörkofer-Zwez, Präsidentin Spitex Schweiz, sieht Rationierung deshalb als so lange unzulässig an, wie noch andere Verbesserungsmöglichkeiten gegeben sind (Vermeidung überflüssiger Leistungen – nach Schätzungen bis zu 30%, Förderung eines besseren Kosten-Nutzen-Verhältnisses, Festlegung normierter Standardbedarfe und Vereinheitlichung von Finanzierungsströmen v.a. im Spitalbereich).

Von ärztlicher Seite wurde betont, dass die eigentliche Aufgabe des Arztes, nämlich in der Nähe zum Patienten individuelle medizinisch-therapeutische Massnahmen zu ergreifen, nicht selten in den Hintergrund gerät. Oft-

mals sind es vor allem administrative Aufgaben und das Erheben von Daten, die als Grundlage zur Festlegung von Standardvorgaben dienen sollen, die dies geradezu verhindern. Die ärztliche Kompetenz, der Respekt und das Einfühlungsvermögen in die je individuelle Situation der PatientInnen muss aber nach Peter Stulz, Chefarzt im Kantonsspital Luzern, die Basis sein für verantwortliche Entscheidungen und nicht standardisierte Vorgaben, die den Handlungsspielraum des Arztes einschränken. Das Vertrauen der PatientInnen würde dadurch zerstört.

Am zweiten Tag der Veranstaltung wurde die bisherige Fragestellung konkretisiert auf die Aspekte Eigenverantwortung, Kosten-Effektivität und Altersrationierung. Ich gehe im Folgenden besonders auf die Beiträge zur Eigenverantwortung ein.

### **Mehr Eigenverantwortung?**

Ruth Humbel-Näf, Nationalrätin und Regionalleiterin von santésuisse, stellte in ihrem Beitrag auf die Frage ab: Rationierung oder Stärkung der Eigenverantwortung? Offensichtlich versteht sie Eigenverantwortung als Alternative zur Rationierung. Die Rückbesinnung auf die Eigenverantwortung stellt ihres Erachtens nicht das Solidaritätsprinzip des KVG in Frage, sondern festigt es vielmehr in seiner Substanz, und dies sei keine Rationierung. Ihre Vorschläge zur Stärkung der Eigenverantwortung der Versicherten sind rein monetär: finanzielle Entlastung für Behandlung im Netzwerk, Erhöhung von Prämien und Selbstbehalt bei Wahlfreiheit und differenzierte Kostenbeteiligung der Versicherten je nach Behandlung. Unabhängig von der Frage, ob diese Vorschläge und weitere hinsichtlich Leistungserbringer und Versicherer ausreichen, um den zukünftig zu erwartenden Kostensteigerungen hinreichend zu begegnen, ist festzuhalten, dass Eigenverantwortung im Sinne R. Humbel-Näfs eine höhere Kostenbeteiligung der Versicherten meint. Das bedeutet aber auch, dass Gesundheit trotz möglicher Maximalbelastungsgrenzen immer mehr eine Frage des Geldes wird.

Gemäss der Definition von Rationierung nach M. Zimmermann-Acklin, wonach Rationierung neben dem Vorenthalten notwendiger oder nützlicher Leistungen auch die Einschränkung des Zugangs zu denselben Leistungen meint, ist die Forderung nach mehr Eigenverantwortung der Versicherten im Sinne einer (ausschliesslich) höheren Kostenbelastung auch eine Form von Rationierung. Vor allem eine differenzierte Kostenbeteiligung der Versicherten bei Behandlungen dürfte finanziell Schwächere deutlich benachteiligen. Zwar wird explizit keine Einschränkung des solidarisch finan-

zierten Leistungsumfangs vorgenommen, aber faktisch wird der Zugang zu bestimmten Leistungen für die unteren Gesellschaftsgruppen erschwert.

Anfragen aus ethischer Sicht zur Forderung nach mehr Eigenverantwortung von R. Humbel-Näf wurden vom Luzerner Ethiker Hans J. Münk vorgetragen. Er verwies zunächst darauf, dass Verantwortung als wenigstens vier-stelliger Relationsbegriff zu verstehen ist: *Jemand trägt Verantwortung für etwas gegenüber jemandem in Bezug auf* normative Standards. Daraus ergeben sich verschiedene Fragen. Zunächst ist zu fragen, wer Verantwortung tragen soll. Da das Gesundheitswesen ein überaus komplexes Gebilde darstellt, sind Verantwortungsträger auf (mindestens, Anm. d. Verf.) zwei Ebenen zu suchen: auf der Ebene der individuellen Sorge um die Gesundheit und auf der Ebene überindividueller Entscheidungen. Verantwortung für die Gesundheit drängt die Fragen auf, ob und wie ermittelt werden kann, wie viel Eigenverantwortung es im Einzelfall braucht, und wer dazu mehr oder weniger befähigt ist. Der Hinweis auf die Gesundheit als „höchstes Gut“ ist in diesem Zusammenhang irreführend, weil immer wieder Entscheidungen auch gegen die Gesundheit getroffen werden (müssen). Verantwortung gegenüber jemandem ist zu klären in Bezug auf sich selbst, signifikanten Gemeinschaften des Nahbereichs (Familie vor allem) und einer grösseren Solidargemeinschaft. Und schliesslich ist bei der Rede von der Eigenverantwortung auch zu beantworten, welches die normativen Standards sind, auf die Bezug genommen werden soll.

In der an diese beiden Beiträge anschliessenden Diskussion wurde deutlich, wie wenig konkret und weitgehend ungeklärt die Forderung nach mehr Eigenverantwortung letztlich ist. So wurde die Frage gestellt, nach welchen Kriterien ein Verhalten, das die Versicherungsgemeinschaft tendenziell belastet (gefährliche Sportarten, ungesunde Lebensweise etc.), bestimmt werden soll. Warum soll ein Raucher mehr bezahlen und jemand mit Übergewicht nicht? Wie kann und soll man zwischen unterschiedlichen Veranlagungen zu Übergewicht unterscheiden? Wie soll man einzelne Sportarten auf ihre Gefährlichkeit und/oder Gesundheitsförderlichkeit hin gewichten? Nach bisherigem Stand der Dinge dürften sich kaum lösbare Fragen und auch Widersprüche ergeben.

Letztlich erweist sich die Forderung nach mehr Eigenverantwortung doch nur als Forderung nach höherer Zahlung durch die Versicherten. Die Forderung nach mehr Eigenverantwortung entsprechend der vierstelligen Relation, wie sie von Münk vorgetragen wurde, müsste weit mehr Aspekte umfassen: Klare Kriterien, gemäss denen entschieden wird, wer mehr bezahlen

muss, letztlich auch der Begriff Gesundheit, Voraussetzungen zur Übernahme von Eigenverantwortung (empowerment, Anm. d. Verf.), Grenzen der Eigenverantwortung, berufliche und gesellschaftliche Faktoren, individuelle Faktoren (insbesondere bei Fragen der Lebens- und Arbeitsweise) etc. Unter dem Gerechtigkeitsaspekt muss dann noch Antwort gegeben werden auf die Frage, in welcher Weise die am meisten Benachteiligten in unserer Gesellschaft von Vorschlägen zu mehr Eigenverantwortung betroffen sind.

Ohne auf die beiden anderen Konkretionen Kosten-Effektivität und Altersrationierung einzugehen, möchte ich abschliessend zur gesamten Veranstaltung noch eine kurze Bemerkung machen. Es hat sich gezeigt, dass der Begriff der Rationierung auch in Fach- und Politikerkreisen mit deutlichen Ängsten und auch Missverständnissen verbunden ist. Trotz bereits bestehender, meist impliziter Rationierung wird Rationierung als etwas gewertet, dass es unbedingt zu vermeiden gilt. In gewissem Sinne scheut man den Blick auf die Realitäten, die individuelle Wahrnehmung des Problems ist recht unterschiedlich. Möglicherweise ist der weiterführenden Diskussion mehr gedient, wenn man einen weniger mit Ängsten befrachteten Begriff verwendet. In den Diskussionen der Veranstaltung war es der Begriff der „Zuteilung“, der m.E. weniger polarisierte. Für eine grössere Akzeptanz in einer breiteren Öffentlichkeit ist dies sicherlich ein wichtiger Aspekt.

Insgesamt war die Veranstaltung ein wichtiger Beitrag zu einem aktuellen und kontrovers diskutierten Thema. Stimmen die eingangs gemachten Bemerkungen zur weiteren Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, dann wird das Thema weitere Brisanz erfahren. Einfache Antworten und Forderungen wie die zu mehr Eigenverantwortung dienen eher einer politischen Absicht, sie lassen aber meist viele Fragen unbeantwortet. In diesem Sinne war die Veranstaltung ein überaus konstruktiver und erfreulicherweise auch interdisziplinär breit angelegter Beitrag zu einer Versachlichung der Diskussion in der Schweiz. Den Veranstaltern gebührt dafür Lob und Dank.

Geplant ist die Publikation der um einige zusätzliche Beiträge erweiterten Symposiumsunterlagen durch Hans Halter und Markus Zimmermann-Acklin unter dem Titel „Rationierung im Gesundheitswesen“. Sie wird im Schweizerischen Ärzteverlag emh, Basel 2006, als dritter Band in der Reihe „Gesundheitsökonomie“ erscheinen.

**Verena Wetzstein:**

## **Diagnose Alzheimer. Grundlagen einer Ethik der Demenz**

**Campus Verlag, Frankfurt am Main 2005.**

*Tatjana Weidmann-Hügler, dipl.biochem., M.A. \**

Zur Zeit ist die Literatur zum Thema Ethik und Demenz im deutschsprachigen Raum noch relativ dünn gesät. Umso mehr war ich auf den Beitrag der Freiburger Theologin Verena Wetzstein gespannt. Angesichts der demographischen Entwicklung in den westlichen Ländern und angesichts der Tatsache, dass deren Gesundheitssysteme viel zu wenig für die gesundheitliche und pflegerische Versorgung von an Demenz erkrankten Menschen gewappnet sind, war ich interessiert zu lesen, wie Verena Wetzstein dieses facettenreiche Thema angehen und welche Ansätze sie in ihrem Buch zum Umgang mit dieser Problematik präsentieren würde.

Verena Wetzstein ist Studienleiterin an der Katholischen Akademie Freiburg und wissenschaftliche Redakteurin der "Zeitschrift für medizinische Ethik". Das vorliegende Buch ist ihre geringfügig überarbeitete und um aktuelle Literatur ergänzte Dissertation, mit der sie 2004 an der Theologischen Fakultät der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg im Breisgau promoviert hat und für die sie mit dem Bernhard-Welte-Preis der gleichen Fakultät ausgezeichnet wurde.

Neben der Einführung und dem abschliessenden Ausblick ist das Buch in drei Hauptkapitel unterteilt. In Kapitel 2, *Ad fontes: Das medizinische Demenz-Konzept*, wird das gegenwärtige gesellschaftliche Demenz-Konzept ausgeleuchtet, dem gemäss der Autorin ein medizinisch-naturwissenschaftliches Konzept zugrunde liegt. Dieses 70 Seiten umfassende Kapitel ist in etliche Unterkapitel aufgliedert. Als erstes gibt Wetzstein einen kurzen geschichtlichen Abriss über das Konzept und Verständnis der (Alzheimer-) Demenz. Es folgt eine ausführliche Darstellung der Definitions- und Diagnosekriterien, so wie sie im *Diagnostic and Statistical Manual (DSM)* der *American Psychiatric Association (APA)* und in der *International Classi-*

*fication of Diseases (ICD)* der Weltgesundheitsorganisation WHO zur Klassifizierung einer Demenz verwendet werden. Im Weiteren werden Leserinnen und Lesern Informationen zum Stand der Forschung, zu Ätiologie und Pathogenese, zur Diagnostik, zu Symptomatik und Verlauf und schliesslich zu möglichen Therapien der Alzheimer-Demenz vermittelt.

Obwohl dieses Kapitel einen guten Einstieg in das Thema Alzheimer-Demenz gibt – dies nicht zuletzt dank einer Fülle von interessanten Literaturangaben – nimmt das Kapitel im Vergleich zu Kapitel 4, wo der Leserin eine neue Sicht auf die Demenz-Problematik und ein integrativer Umgang mit dementen Menschen versprochen wird, bezüglich Umfang und Bedeutung zu viel Raum ein. Vor allem einige Wiederholungen und das Darstellen von – aus meiner Sicht – nicht allzu schwer verständlichen naturwissenschaftlichen Sachverhalten und Zusammenhängen in einer unnötig komplizierten Sprache erschwerte an manchen Stellen das Lesen.

Eine Kernaussage dieses Kapitels ist, dass das in unserer Gesellschaft gegenwärtig vorherrschende Demenz-Konzept durch die Medizin, welche mit einer immanenten reduktionistischen Sichtweise behaftet ist, dominiert wird. Dabei vernachlässigt die Autorin jedoch die Komplexität von Einstellungen, Werthaltungen und professionellen Perspektiven in Bezug auf die Demenz-Problematik. Dies wird beispielsweise darin deutlich, dass Verena Wetzstein Geschichte und Erfahrungen aus Pflege und Pflegeforschung in diesem Bereich kaum diskutiert.

Das zweite Hauptkapitel *Kernpunkte des Konzeptes: Implikationen und Konsequenzen* (Kapitel 3) umfasst 79 Seiten. Es widmet sich in vielschichtiger Art und Weise den strukturellen Kernmerkmalen, die bei der Untersuchung des in Kapitel 2 postulierten, vorherrschenden und durch die Medizin dominierten Demenz-Konzeptes identifiziert wurden. Kernmerkmale und gleichzeitig Kritikpunkte sind gemäss Wetzstein die "Pathologisierung" der Demenz, das Vorherrschen des "kognitiven Paradigmas" und die "Vernachlässigung der zweiten Hälfte des Demenz-Prozesses."

Im Abschnitt zur Pathologisierung sagt Wetzstein, dass der Krankheitsbegriff und die Konzeption einer Krankheit an naturwissenschaftliche Grundlagen, gesellschaftliche Wertungen und die subjektive Selbstzuschreibung gebunden sind. Im Folgenden analysiert sie diese drei "Eckpunkte des Krankheitsbegriffs" und fächert diese Begriffe weiter aus.

\* Tatjana Weidmann ist Doktorandin an der Arbeitsstelle für Ethik in den Biowissenschaften, Universität Basel und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin für das Institut Dialog Ethik in Zürich.

Neben wenigen positiven Aspekten, erkennt die Autorin in der Pathologisierung der Alzheimer-Demenz eine ganze Reihe möglicher negativer Auswirkungen. Sie warnt vor der Gefahr stigmatisierender Konsequenzen und einer Entpersonalisierung dementer Menschen.

Wenn Verena Wetzstein schliesslich eine Umkehrung der Pathologisierung der Alzheimer-Demenz als Möglichkeit sieht, indem sie sagt, dass der gesellschaftliche "Umwertungsprozess, der aus der Verkalkung im Alter eine Krankheit werden liess, unter bestimmten Bedingungen auch wieder umgekehrt werden könnte", wartet der Leser an dieser Stelle vergeblich auf einen Vorschlag der Autorin, wie diese Bedingungen oder allenfalls eine eigene, alternative Konzeption der Demenz konkret aussehen könnten.

Einmal mehr wird in diesem Kapitel auch die Medizin kritisiert, indem Wetzstein darauf hinweist, dass "nicht zu vergessen [ist], dass die moderne Medizin, der auch die Demenz-Forschung verhaftet ist, Krankheiten auf organische Störungen und Fehlfunktionen reduziert. Sie folgt damit einer allgemeinen naturwissenschaftlichen Vorgehensweise, die Phänomene in jeweils zu erforschende und zu erklärende Einzelstücke zerlegt, und der dabei oftmals der Blick auf das Ganze und den betroffenen Patienten als Person abhanden kommt". In dieser Stärke ist Wetzsteins Kritik nicht berechtigt, zumal naturwissenschaftliche Methoden in einem ersten Schritt zwar ein komplexes Problem in seinen Einzelteilen zu analysieren versuchen, das Ziel weiterer Schritte in der Regel aber darin besteht, das übergeordnete Ganze zu verstehen.

Der Abschnitt *Kognitives Paradigma* ist geprägt von der klassischen philosophischen Auseinandersetzung um den Personenbegriff. Wetzstein stellt einige streng reduktionistische, allen voran diejenige des Philosophen Peter Singer, und einige graduell reduktionistische Positionen vor, die bestimmte kognitive Fähigkeiten an den moralischen Status einer Person knüpfen. Anschliessend zeigt die Autorin die inhumanen Implikationen solcher Konzeptionen – wie beispielsweise der Relativierung des Lebensschutzes dementer Menschen – auf, die grösstenteils aus der analogen Diskussion im Kontext von geistigen Behinderungen bereits bekannt sein dürften.

Wetzsteins letzter Kritikpunkt *Vernachlässigung der zweiten Hälfte des Demenz-Prozesses* und damit einhergehende negative Konsequenzen für schwer demente Menschen knüpft an das in der Ge-

sellschaft vorherrschende medizinische Konzept der Demenz an. Dadurch, dass sich die Medizin bis anhin – mangels kausaler Therapien – auf die Diagnostik und die Krankheit verlangsamende Therapien fokussierte, wurde die zweite Hälfte der Demenz in der gesellschaftlichen Wahrnehmung in den Hintergrund gedrängt.

Das letzte Hauptkapitel (Kapitel 4), *Integrative Demenz-Ethik: Grundlagen eines Modells*, ist knapp 34 Seiten lang. Hier entwirft Verena Wetzstein auf der Grundlage ihrer Kritik am derzeitigen Demenz-Konzept ein eigenes Modell, das sich an den Prinzipien einer "integrativen Demenz-Ethik" orientiert. Grundlage dieser Ethik der Demenz ist, "dass allen Menschen die Gesamtheit ihres Lebens über die gleiche Würde zukommt" und dass "der moralische Status des Menschen an nichts anderes als an das Kriterium des Menschseins an sich gebunden ist". Bestandteil einer integrativen Ethik der Demenz ist zudem die Achtung vor der Körperlichkeit des Menschen. Schliesslich muss sich ein solches Modell darum bemühen, die subjektive Perspektive dementer Menschen aufzunehmen.

Insgesamt präsentiert Verena Wetzstein ein Buch, das einen guten und vielschichtigen Einstieg in das Thema Ethik und Demenz ermöglicht. Sie bringt eine ganze Reihe von kontroversen Aspekten in die Diskussion ein, welchen wir uns als Gesellschaft zu stellen haben werden. Dennoch wird die Autorin dem Anspruch auf dem Klappentext, ein alternatives Modell einer Demenz-Ethik zu entwickeln, zu wenig gerecht. Überdies versäumt sie die Notwendigkeit eines solchen Modells zu begründen, denn ein Schutz dementer Menschen könnte beispielsweise durch die Respektierung der Menschenwürde und der Menschenrechte ebenso erreicht werden. Obwohl die Autorin versucht ihr Modell einer integrativen Demenz-Ethik in drei konkreten Problemfeldern auszuleuchten, wird diese teilweise doch recht theoretische Abhandlung einer gesamtgesellschaftlich zunehmend wichtiger werdenden Problematik auf diesem Gebiet praktisch Tätigen, Angehörigen und Betroffenen nur ansatzweise Hilfe für den zu bewältigenden Alltag bieten können.

<b>5. Sommerschule für biomedizinische Ethik</b>	<b>5e Ecole d'Eté d'Éthique Biomédicale</b>
<b>Medizin, Ethik und Behinderung</b>	<b>Médecine, éthique et handicap</b>

**Castelgrande, Bellinzona (TI)  
7. – 10.9.2006**

#### FRANCAIS

Destinée aux membres de comités d'éthique et aux praticiens, doctorants et chercheurs en médecine, soins infirmiers, philosophie, droit, sociologie, théologie et bioéthique, l'Ecole d'Eté de la SSEB offre la possibilité d'approfondir une thématique de bioéthique dans un dialogue dépassant les frontières professionnelles et disciplinaires.

Elle offre un climat de travail agréable où les participants peuvent travailler avec des intervenants couvrant une large diversité d'expertise, tant lors de cours et de discussions structurées que lors d'échanges informels. Les cours seront donnés en allemand et en français.

#### ENGLISH

Intended for members of ethics committees, as well as practitioners, graduate students, and researchers in the areas of medicine, nursing, philosophy, law, sociology, theology, and bioethics, the SSEB Summer School gives participants a unique opportunity to address an area of bioethical questioning in a focused dialogue across disciplinary boundaries.

By offering a pleasant learning environment, it facilitates participants' work with expert speakers from a range of disciplinary backgrounds during courses, structured discussions, and for informal exchange.

Courses will be held in German and French.

#### DEUTSCH

Ziel der Sommerschule ist, Mitgliedern von Ethikkommissionen sowie Praktikern, Studierenden und Forschenden aus diversen Fach- und Tätigkeitsbereichen (Medizin und Pflege, Philosophie, Recht, Soziologie, Theologie, Bioethik) die Gelegenheit zu bieten, sich in einem interdisziplinären Rahmen mit bioethischen Fragestellungen vertraut zu machen.

Die Sommerschule ermöglicht den Teilnehmerinnen und Teilnehmern, sich miteinander auszutauschen und Einblick in Methoden und Lösungsansätze anderer Disziplinen zu gewinnen. Vorgesehen ist die aktive Teilnahme von ausgewiesenen Experten aus verschiedenen Fachbereichen als Grundlage für einen kompetenten und offenen Dialog.

Kurssprachen sind Deutsch und Französisch.

#### ITALIANO

La scuola si propone di offrire ai membri di comitati etici, a professionisti, studenti e ricercatori di varie discipline (medicina, cure infermieristiche, filosofia, diritto, sociologia, teologia e etica) l'opportunità di familiarizzarsi con temi di bioetica in un contesto interdisciplinare.

La scuola estiva è un'occasione di scambio oltre i limiti del proprio campo professionale e permette di conoscere le metodologie e il linguaggio di discipline parallele. I relatori, che provengono da ambiti diversi, parteciperanno attivamente a discussioni e scambi formali e informali con i partecipanti. La logistica del corso è mirata a ottimizzare tali scambi privilegiati tra partecipanti ed esperti.

I corsi saranno tenuti in tedesco e francese.

#### Information/Informazioni:

Dr. med. Valdo Pezzoli, [v.pezzoli@bluewin.ch](mailto:v.pezzoli@bluewin.ch)

ou

<http://www.bioethics.ch>

## Agenda

### **31. März 2006, Bern (Kursaal):**

#### **Symposium „Forschung am Menschen. Der Gesetzesentwurf in der Diskussion“**

Der Bundesrat hat den Entwurf des Bundesgesetzes über Forschung am Menschen Anfang Februar 2006 veröffentlicht; dieser ist nun Gegenstand einer breiten Vernehmlassung. Das von der SAMW gemeinsam mit SNF, SWTR, Swissmedic, BAG und IDS organisierte Symposium bringt Fachleute aus den Bereichen Medizin, Recht, Wissenschaftspolitik und Ethik aus dem In- und Ausland zusammen; gemeinsam mit den übrigen TeilnehmerInnen dieser Tagung werden sie prüfen, inwieweit der Gesetzesentwurf den Anforderungen an ein solches Gesetz Rechnung trägt und wo allenfalls Änderungs- bzw. Ergänzungsbedarf besteht.

Information und Anmeldung: [www.samw.ch](http://www.samw.ch) → Agenda

### **16. Juni 2006, 15.15 Uhr, Zürich (Centrum 66, Hirschengraben 66)**

#### **Treffen der SBBE-Arbeitsgruppe „Grundlagen der biomedizinischen Ethik“ zum Thema „Forschung am Menschen“**

Auskunft: Markus Zimmermann-Acklin ([markus.zimmermann@unilu.ch](mailto:markus.zimmermann@unilu.ch))

### **7.-10. September 2006, Bellinzona (Castelgrande):**

#### **5. Sommerschule der SGBE für biomedizinische Ethik zum Thema „Medizin, Ethik und Behinderung“**

Auskunft: Valdo Pezzoli ([v.pezzoli@bluewin.ch](mailto:v.pezzoli@bluewin.ch)) oder [www.bioethics.ch](http://www.bioethics.ch)

Schwerpunktthema der **Ausgabe 49 von Bioethica Forum** ist „**Forschung am Menschen**“. Beiträge zu diesem Thema sind sehr erwünscht und zu richten an Hermann Amstad ([h.amstad@samw.ch](mailto:h.amstad@samw.ch)).

Le thème principal du **numéro 49 de Bioethica Forum** sera la „**recherche impliquant des êtres humains**“. Vous êtes invités à contribuer des articles; veuillez les envoyer à Samia Hurst ([samia.hurst@medecine.unige.ch](mailto:samia.hurst@medecine.unige.ch)).

## Impressum

### **Bioethica Forum** wird herausgegeben von der **Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE-SSEB**

Redaktionskommission: Markus Zimmermann-Acklin (verantwortlich), Hermann Amstad

Bioethica Forum No. 49 erscheint im Juni 2006; Redaktionsschluss: 15. Mai 2006.

Sekretariat SGBE/SSEB, REHAB Basel, Postfach, 4025 Basel  
Tel. ++41 (0)61 325 00 53 / 325 01 10, Fax ++41 (0)61 325 01 21  
E-Mail : [info@bioethics.ch](mailto:info@bioethics.ch)  
[www.bioethics.ch](http://www.bioethics.ch)