

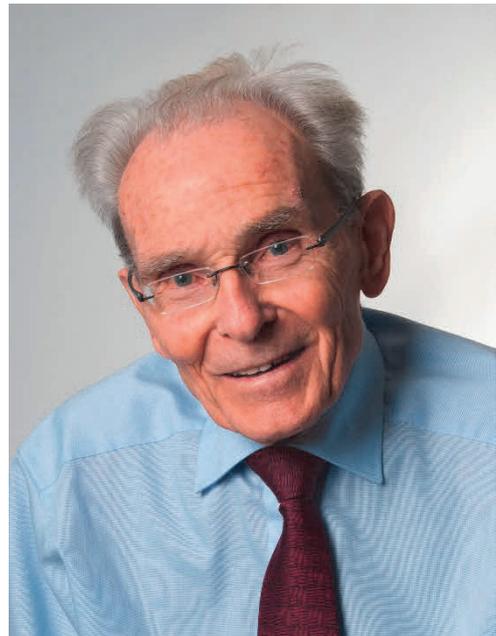


Inhalt AMCH 1/2017

In Memoriam Dr. med. Theophil Wyss, Altdorf	1
Editorial und Spendenaufruf	5
Peter Ryser-Düblin: Ärztliches Handeln am Lebensende – von der palliativen Pflege bis zur Organtransplantation nach Euthanasie	7
Bernard Ars: Techno-wissenschaftlicher Totalitarismus; Vortrag am Kongress der FEAMC, Porto, 29.9.-2.10.2016	17
Ermanno Pavesi: Assistenza sanitaria e opere di misericordia, Sarajevo, settembre 2016	25
Ermanno Pavesi: Assistance sanitaire et œuvres de miséricorde, Sarajevo, septembre 2016	30
Rahel Gürber: Bericht der Präsidentin an der Jahresversammlung, Uznach, 4.3.2017	34
Peter Ryser-Düblin: Protokoll der Jahresversammlung, Uznach, 4.3.2017	38
Luca a Marca: Rapporto sulla Riunione dei medici cattolici svizzeri a Uznach, 4.3.2017	41
Luca a Marca: Deutsche Fassung des obigen Rapporto sulla Riunione a Uznach 2017	41
Luca a Marca: Ritiro annuale della Sezione Svizzera Italiana dei Medici cattolici svizzeri al Monastero Ss Francesco e Chiara, Cademario, 21 gennaio 2017	42
Luca a Marca: Verbale dell'Assemblea ordinaria annuale del 21 gennaio 2017 della Sezione Svizzera Italiana dei medici cattolici svizzeri	42
Letzte Seite	44

In Memoriam Dr. med. Theophil Wyss, Altdorf

Am 2. März 2017 verstarb Dr. med. Theophil Wyss kurz nach seinem 90. Geburtstag in Altdorf. Er hat seinen Beruf bis ins vorgerückte Alter von 84 Jahren stets als Dienst am Nächsten ausgeübt. Die Trauerfamilie hat für die „Uerner Zeitung“ und das „Uerner Wochenblatt“ die folgende Würdigung verfasst und auch für die „Acta Medica Catholica Helvetica“ freundlicherweise zur Verfügung gestellt. Dafür bedanken wir uns herzlich. Im Abschiedsgottesdienst vom 9. März in der Pfarrkirche St. Martin in Altdorf wurde ein vom Verstorbenen selbst verfasster Lebenslauf aus dem Jahre 2008 verlesen, ergänzt durch Erfahrenes und Erlebtes seiner Ehefrau Anita und seiner Tochter Myriam. Ich werde noch auf einige für Theophil charakteristische Zitate aus seinem Curriculum hinweisen und von meinen Begegnungen mit ihm berichten.



Nikolaus Zwicky-Aeberhard

Würdigung Dr. med. Theophil Wyss-Küng

Theophil Wyss-Küng's Leben war geprägt von seinem tiefen Glauben an Jesus Christus und seiner Passion, anderen Menschen zu helfen.

Deshalb war es folgerichtig, dass der in Zürich am 8. Februar 1927 geborene erste Sohn von Theophil Wyss-Keller, Professor für Ingenieurwesen, sich nach dem Gymnasium am Rämibühl dem Medizinstudium in Zürich zuwandte. Schon damals waren seine Passion die Naturwissenschaften, weshalb er noch weitere Vorlesungen in Physik und Chemie besuchte.

Nach dem Studienabschluss 1952 zog es ihn in die fremde Welt, er arbeitete als Schiffsarzt auf einem Hochseefrachtschiff, und bereiste damit ganz Südamerika. Danach machte er in der Schweiz Weiterbildungen und Praxisvertretungen.

Ende 1954 engagierte sich der tiefgläubige Katholik nicht in einer klassischen Arztkarriere, sondern begann als Arzt und Operateur in einem Lepra Spital in Kerala in Südindien zu arbeiten. Hier zeigte sich schon seine grosse wohltätige Ader und seine Offenheit für fremde Kulturen. So hat er beispielsweise die lokale Sprache Malayalam gelernt.

1956 heiratete Phil die schöne Annemarie Oser, welche im Geschäft von Theophils Onkel arbeitete. Kurz nach der Hochzeit brach das junge Paar nach Indien auf, wo Annemarie ihn bei seiner Arbeit unterstützte. Schon damals war bei ausgedehnten Reisen in Indien der 2 CV ihr treuer Begleiter. Im März 1957 mussten sie von einem Tag auf den andern Kerala verlassen, weil die Kommunisten die Regierungswahlen gewannen und ihre Sicherheit im Missionsspital gefährdet war.

Zurück in der Schweiz, eröffnete Theophil im Kanton Uri eine Allgemeinpraxis, nicht zuletzt, weil der Ruf seiner geliebten Berge ihn erreichte.

Doch seine grosse christliche Hilfsbereitschaft veranlasste den jungen Arzt, nach zwei Jahren mit seiner Ehefrau wieder nach Südindien zu reisen, nun in eine andere Region, nach Kumbakonam. Seine neue Wirkungsstätte war das Saint Heart Lepra Missionsspital, das schon bei seiner Ankunft über 600 stationäre Leprakranke zählte, und mehrere Tausend ambulante Patienten. In den folgenden zehn Jahren führte er ein Leben wie Zugvögel: im Sommer als Hausarzt in Altdorf, im Winter unentgeltlich als «Lepradoktor» in Südindien, wo er vor allem chirurgische Eingriffe zur Wiederherstellung von verstümmelten Nasen und Händen ausführte.



Theophil war zeitlebens ein innovativer Kopf, der stets das Neue erkundigte. So hat er für Leprakranke beispielsweise eine einfache Operationsmethode zur Nasenkorrektur entwickelt und angewandt. Damit konnten die Aussätzigen sich wieder in ihr gewohntes Umfeld integrieren und waren nicht mehr stigmatisiert.

1960 kam Myriam auf die Welt. Sie ist heute als Dermatologin und Allergologin mit eigener Praxis in Meilen am Zürichsee tätig.

1971 engagierte sich Theophil als IKRK-Delegierter in Vietnam. Dabei war er tief betroffen vom Leid der Zivilbevölkerung, welcher der Krieg arg zusetzte.

Anschliessend war die Praxis in Altdorf seine alleinige Wirkungsstätte, wo ihn seine Ehefrau tatkräftig unterstützte. Ein schweres Schicksal traf Phil im 1981, als seine Annemarie unerwartet an akuter Hepatitis starb.

Seine zweite Ehe mit Anita Küng beendete sein dreijähriges Wittwer Dasein. Anita hat 4 Söhne geboren: Pascal, Andreas, Thomas und Cyrill, welche nach Studium oder Lehre unterschiedlichen Berufen nachgehen. Neben der Familie war Anita als gelernte Kranken- und Operationsschwester in der Praxis als Arztgehilfin und rechte Hand in unermüdlichem Einsatz.

Theophils Passion waren die Urner Berge. Er war ein regional bekannter Laufsportler und Bergläufer. Fast täglich machte er seine Bergwanderungen, die er auch mit abgelegenen Hausbesuchen kombinierte. Einer seiner Lieblingsstrecken war der Aufstieg zu den Eggbergen, wo sein Freund Hermann Arnold mit seiner Frau Rosmarie "uf Egg" ihn gerne bewirteten.

Eine grosse Leidenschaft hatte Theophil bis ins hohe Alter für die Naturwissenschaften: Astronomie, Physik, Chemie und Elektronik faszinierten ihn, auch die modernen Suchmöglichkeiten mit dem Internet.

Zusammen mit Anita praktizierte Phil bis ins hohe Alter von 84 Jahren. Immer setzte er sich voll für seine Patienten ein. "Sie sollen die Praxis glücklicher verlassen als wie sie gekommen sind", pflegte er zu sagen.

Theophil war immer ein tiefgläubiger, bescheidener Mensch, der viel Schalk, aber nie böse Worte oder Gedanken hatte. So pilgerte er bis vor wenigen Jahren bei jedem Wetter zur Muttergottes Kapelle ins Riedertal.

In den letzten Jahren machten Anita und Theophil unzählige Pilger- und Kulturreisen, primär in Europa. Zwei Tage vor seinem Tod planten sie zum 100-jährigen Jubiläum nach Fatima zu reisen.

Glücklicherweise blieb Phil lebenslang von Krankheiten verschont, die ihn an das Bett gefesselt oder seinen wachen Geist beeinträchtigt hätten. So konnte er wenige Wochen nach seinem 90. Geburtstag überraschend plötzlich in die bessere Welt übertreten. Womit ein Leben im Dienste der Benachteiligten und der Kranken seinen Ausklang fand. Wir haben einen wunderbaren selbstlosen Menschen verloren. Wir vermissen ihn sehr.

27.3.2017/ Die Trauerfamilie

Zitate aus dem Curriculum 2008

- „In tiefer Demut bitte ich alle um Verzeihung, die ich je beleidigt oder denen ich Unrecht getan habe, wie auch ich allen verzeihe, die mich je verletzt oder geschädigt haben.“
- „1952 schloss ich das Arztstudium ab und wurde als Dr. med. auf die Menschheit losgelassen.“

- „Ich gab mir immer Mühe, ein rechtes katholisches Leben zu führen. Täglich besuchte ich mit Anita die heilige Messe mit Eucharistie. Und täglich pflegte ich mit Anita das Rosenkranzgebet“.
- Trotz meiner Unwürdigkeit sterbe ich ruhig und in tiefem Vertrauen auf die unendliche Barmherzigkeit unseres Herrn JESUS CHRISTUS. Trotz meiner Fehler schenkt er mir und allen das ewige Leben, *car c'est son métier*“.

Persönliche Begegnungen mit Theophil Wyss

1966 durfte ich Theophil nach Indien begleiten, wo er mich im Lepraspital in Kumbakonam in Diagnose und Behandlung von Leprakranken einführte. Ich war fasziniert von seiner rekonstruktiv-chirurgischen Tätigkeit mit einfachsten Mitteln. Ich weise auf zwei seiner Publikationen hin: „New Method of Nose Reconstruction“ in: *Leprosy Review 1966* und „Partial Sublimis Transfer, Suggestion for new type of Leprosy Hand Surgery“ in: *Leprosy Review 1967*. Tief beeindruckt war ich von seinem geduldigen und gütigen Umgang mit den zum Teil stark invalidisierten Aussätzigen.

Ein grosses Anliegen des Verstorbenen war der Schutz des ungeborenen Lebens. Engagiert hat er in den Acta zwei wertvolle Beiträge publiziert: „Gott, der Herr sagt: du sollst nicht töten – der Mensch sagt: du darfst bis zum 3. Monat töten“ in den Acta 1/2010 und „Ein Albtraum – 11'000 Mal im Jahr; das Schweizervolk, ein Auslaufmodell?“ in den Acta 1/2013. In diesem Artikel führt er u.a. aus: „Es muss eine Versicherung für Notlageschwangerschaften geschaffen werden. Ein Baby, das zu einer falschen Zeit kommt, kann tatsächlich zu einer Notlage führen. In einem solchen Fall muss die Versicherung grosszügig finanziell sponsern und ein spezieller Versicherungsjurist muss den ungeborenen Schweizerbürger beschützen und verteidigen.“ Als Ausdruck seiner Sorge um die Ungeborenen hat Theophil regelmässig mit seiner Gattin Anita am „Marsch fürs Läbe“ teilgenommen.

In Theophil Wyss verliert die Schweizer Ärzteschaft einen vorbildlichen, fachkompetenten und sehr liebenswürdigen Kollegen.

Nikolaus Zwicky-Aeberhard

Editorial und Spendenaufruf

„In den Sechzigerjahren pendelte ich hin und her zwischen dem Kanton Uri und Südindien. Ein Leben wie Zug-Vögel. Im Sommer Arzt in Altdorf, im Winter im Saint Heart Lepraspital in Kumbakonam. Ich gab mir Mühe, durch geeignete Operationen die verstümmelten Nasen, Hände und Ohren der Aussätzigen zu flicken.“ So stellt sich der am 2. März 2017 kurz nach seinem 90. Geburtstag verstorbene **Theophil Wyss** in einem selbst verfassten Curriculum vor. Mehr über diesen sich stets am Wohl des Nächsten orientierenden Kollegen erfahren Sie im Nekrolog am Anfang dieses Heftes.

Am Samstag, 25. März 2017 luden das Bischöfliche Ordinariat des Bistums Chur und Human Life International (HLI) Schweiz zum *Tag des Lebens* nach Zürich (Pfarrei St. Anton) ein. Der gemeinsame Nenner der gehaltenen, engagierten Referate (Referentin und Referenten: *Sr. Elisabeth Müggler, lic.iur et theol Niklaus Herzog, Dr. med. Peter Ryser-Düblin und Alex Schadenberg*) war ein Plädoyer für Palliative Medizin und Pflege und gegen die Euthanasie, insbesondere gegen den assistierten Suizid. Die Referate können bei HLI-Schweiz bezogen werden: www.human-life.ch bzw. office@human-life.ch Unser Vorstandsmitglied **Peter Ryser Düblin** hat uns sein umfassendes Referat *Ärztliches Handeln am Lebensende – von der palliativen Pflege bis zur Organtransplantation nach Euthanasie* zur Publikation in diesem Heft zur Verfügung gestellt.

Vom 29.9. bis 2.10.2016 fand in Porto der XIII. FEAMC-Kongress in Porto statt. Wir veröffentlichen hier den Vortrag von **Dr. Bernard Ars**, Präsident der „Société Médicale Belge de Saint-Luc“ mit dem Titel *Techno-wissenschaftlicher Totalitarismus*. Der Autor entlarvt den Transhumanismus als materialistische Ideologie. Dieser löse die Einheit zwischen Körper und Seele auf, setze auf die Technologien, um zur Unsterblichkeit zu gelangen, verspreche den Tod des Todes der Unmenschlichkeit dank genetischer Manipulationen und dem Einbau von Robotern.

In seiner Eigenschaft als Generalsekretär der FIAMC hat unser Vorstandsmitglied **Ermanno Pavesi** bei einem Treffen in Sarajevo im September 2016 ein Referat gehalten zu *Assistenza samitaria e opere di misericordia*. Er weist nach, wie die Krankenpflege durch das Christentum entscheidende Impulse erfahren hat: Einsetzung von Diakonen (Apg 6,1-6), erste stationäre Pflegeeinrichtungen durch den Hl. Basilius den Grossen, Entwicklung der Klostermedizin seit dem Hl. Benedikt (Regula Benedicti Kapitel XXXVI), Ordensgründungen mit spezifischer Ausrichtung auf die Krankenpflege – Johannes von Gott, Camillo de Lellis und andere. Zu erwähnen sind auch Ärzte wie Friedrich Joseph Haass, Giuseppe Moscati und weitere. Heute repräsentiert die katholische Kirche die grösste Pflegeorganisation weltweit mit Tausenden Institutionen, vom grossen Spital bis zum kleinen Ambulatorium, stets mit dem Auftrag, den Armen besondere Beachtung zu schenken. Der Vortrag liegt im italienischen Original vor, sowie als französische Übersetzung durch Otto Jungo und Niklaus Waldis.

Die folgenden Beiträge von **Rahel Gürber, Peter Ryser-Düblin und Luca a Marca** betreffen die Jahresversammlung 2017 in Uznach und Berichte der *Sezione della Svizzera Italiana dei Medici Cattolici Svizzeri*.

Schliesslich wie gewohnt die **Letzte Seite** mit wichtigen Terminen.

Und jetzt noch ein grosses Anliegen: Vor allem die Herausgabe, d.h der Druck und der Versand der *Acta Medica Catholica Helvetica* gehen nicht spurlos an unserer Kasse vorbei. Die regulären Mitgliederbeiträge reichen

nicht mehr aus für die Kostendeckung. Wir bitten daher alle, auch die Nichtmitglieder, die die *Acta* erhalten, nach Möglichkeit mit Spenden zur Rettung unseres Publikationsorgans beizutragen. Für jede Spende danken wir ganz herzlich. Zudem freuen wir uns, wenn Sie unsere *Acta* mit Leserbriefen, Originalarbeiten oder Abstracts bereichern.

Mit guten Wünschen

Rahel Gürber, Präsidentin

Nikolaus Zwicky-Aeberhard, Past Präsident

Ärztliches Handeln am Lebensende – von der palliativen Pflege bis zur Organtransplantation nach Euthanasie

P. Ryser-Düblin, März 2017

Einleitung:

Wenn heute über ärztliches Handeln am Lebensende Stellung genommen werden soll, dann beginnen die Probleme bereits bei der Terminologie. Sprachliche Manipulationen und gezielte Umdefinitionen werden bewusst gepflegt. Eine Durchsicht von Publikationen zum Thema zeigt einmal die Unschärfe des Begriffes «Sterbehilfe». Jeder versteht etwas Anderes darunter. So bleibt oft ungeklärt, ob eine Hilfe beim Sterben, im Sinne der echten Sterbebegleitung oder eine Hilfe zum Sterben mit aktiven Massnahmen am Lebensende gemeint ist. Die Schweizerische Akademie für Medizinische Wissenschaften – SAMW -sprach 2010 von organisierter Sterbehilfe - gemeint war jedoch die Suizidbeihilfe. Mit Sterbehilfe werden praktisch alle denkbaren ärztlichen Handlungen am Lebensende umschrieben wie: lindernde Behandlung, persönlicher Beistand, Suizidbeihilfe, Entscheide über Weiterführung oder Absetzen von Behandlungen, terminale Sedierung, Absetzen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Neu wird auch der Oberbegriff Entscheidungen am Lebensende, «end-of-life decisions» propagiert. Umdeutungen hat die ursprünglich als menschlicher Beistand gemeinte Sterbebegleitung erfahren, welche nun auch von Organisationen wie Exit und Dignitas für ihre Tötungshilfe in Anspruch genommen wird. Verbreitet ist auch der Begriff «Freitod» für den assistierten Suizid. Dies soll den Eindruck einer freien Wahl vorschützen. Solche Schönfärbereien entsprechen einer allgemeinen Tendenz in der schweizerischen Suizidhilfedebatte. Bioethische Differenzen äussern sich nicht selten als Kampf um Begriffe. Zu weiteren Unklarheiten führt auch die offizielle Definition der passiven Sterbehilfe: Verzicht oder Abbruch von lebenserhaltenden Massnahmen. In der Schweiz wird auch der Entzug von Flüssigkeit und Nahrung dazu gerechnet, wobei wir zu bedenken haben, dass auch ein gesunder Mensch unter diesen Bedingungen nach einiger Zeit stirbt. Damit ist man bereits im Umfeld von Euthanasie bzw. aktiven Tötungen. Ebenso zeigt die Umschreibung der indirekt aktiven Sterbehilfe – der Einsatz von Mitteln zur Leidenslinderung, welche als

Nebenwirkung die Überlebensdauer herabsetzen können- zumindest einen sprachlichen Übergang zur aktiven Lebensbeendigung. Damit werden ethisch-moralisch sehr unterschiedlich zu beurteilende Handlungsweisen am Ende des Lebens nicht mehr oder zu wenig differenziert, was eine unerwünschte Austauschbarkeit unterstellt.

Sprachpolitische Strategien im Dienste der Liberalisierung sind also: Umdeutungen, beschönigende Ausdrücke (Euphemismen), neutrale Oberbegriffe (Entscheidungen am Lebensende).

Wichtige Faktoren für die bestehenden Unsicherheiten/Kontroversen sind neben den erwähnten Sprachmanipulationen auch die Bewertung medizinischer Massnahmen, welche je nach Absicht des Handelnden ein unterschiedliches moralisches Gewicht bekommen. Hinzu treten Unsicherheiten in Grundsatzfragen bei in der Ärzteschaft und Ethikkommissionen. So sind die Kriterien der Urteilsfähigkeit eines Suizidwilligen umstritten¹. Und die Nationale Ethikkommission möchte Patienten mit psychische Krankheiten von der Suizidhilfe ausschliessen, verweist aber dennoch auf mögliche Ausnahmen.²

Letztlich spielen auch das Verständnis von Menschenwürde und andere ethische Hintergründe eine wichtige Rolle.

Ärztliche Suizidbeihilfe

Die aktuelle Haltung der Schweizer Ärzteschaft zur ärztlichen Suizidhilfe wurde vor 2 Jahren in einer umfangreicheren Studie untersucht³.

Die Rücklaufquote der verschickten Fragebogen betrug allerdings nur 27%. Es lagen somit lediglich Antworten von 4,2% aller Ärzte vor. Studien zeigen, dass bei mangelhaften Rücklaufquoten der Anteil von Befürwortern der aktiven Lebensbeendigung überschätzt wird⁴.

Immerhin: Gut drei Viertel aller Antwortenden fanden ärztliche Suizidhilfe grundsätzlich vertretbar, ein Fünftel lehnten diese grundsätzlich ab. Eine potenzielle Bereitschaft zur Suizidhilfe bekundeten 43%. Jedoch lange nicht alle dieser Ärzte (29%) wollten auch konkret aktiv werden. Dies lässt auch eine erhebliche Zwiespältigkeit dem ärztlich assistierten Suizid gegenüber vermuten. Eine wichtige Rolle scheint die Religionszugehörigkeit zu spielen, indem 72% der Katholiken und 69% der Protestanten eine Beteiligung an der Suizidhilfe ablehnten, während bei Nichtreligiösen dies nur in 33% der Fall war.

¹ Schweizerische Ärztezeitung 2014, 95, 1897

² SAMW Stellungnahme Nr. 9, 2005

³ Swiss Med Wkly. 2015;145:w14142; Studie im Auftrag der SAMW, Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe 2014

⁴ Soz Präventiv Med 51 (2006) 24–33

Rund 60% der Befragten befürworteten gar Suizidhilfe bei Minderjährigen und im Falle chronischer progredienter Schmerzen, fast 50% bejahten dies bei Polymorbiden alten Menschen, und um die 30% bei Dementen und schwer psychisch Erkrankten. Ein Fünftel bejahte Suizidhilfe gar bei gesunden Hochbetagten (Lebensmüdigkeit). Diese Befunde sind durchaus beunruhigend. Es muss uns allerdings nicht allzu sehr erstaunen, wenn wir die Stellungnahmen wichtiger Akteure im Gesundheitswesen berücksichtigen. So verwies die SAMW bezüglich Suizidbeihilfe auf die Gewissensentscheidung des Arztes, meinte aber zudem, dass Beihilfe zum Suizid in gewissen Situationen auch zur ärztlichen Tätigkeit gehören könne.⁵ Auch die Nationale Ethikkommission diskutiert zumindest eine Ausweitung auf Kinder und Jugendliche. Auch wurde die Suizidhilfe schon als mögliche ärztliche Tätigkeit diskutiert⁶ oder deren Einschränkung aufs Lebensende angezweifelt.⁷

Entscheidungen am Lebensende

Über verschiedene Praktiken am Lebensende in der Schweiz gibt eine weitere aktuelle Untersuchung Auskunft. Es wird eine Trendanalyse präsentiert, wobei ärztliche Entscheidungen am Lebensende - end-of-life decisions – in den Jahren 2001 und 2013 verglichen werden⁸. Die untersuchten Handlungen am Lebensende umfassten dabei ein breites Spektrum: Verzicht oder Absetzen einer lebensverlängernden Behandlung, Symptomtherapie mit Medikamentendosen, die zu einem beschleunigten Todeseintritt führen können, teilweise beabsichtigt, und der sogenannte ärztlich unterstützte Tod, ein Begriff, der sich im englischen Sprachraum als physician-assisted death etabliert hat. Darunter wird assistierter Suizid und aktive Sterbehilfe, die Tötung mit oder ohne Verlangen verstanden. Folgende Ergebnisse verdienen eine grössere Aufmerksamkeit: Eine deutliche Zunahme war beim Verzicht auf lebensverlängernde Behandlungen von 28,7% auf 35,2% zu verzeichnen. Dabei geschah dies 2013 in 43% der Fälle mit der gezielten Absicht der Lebensverkürzung. Damit handelt es sich nicht mehr um sogenannt passive oder indirekt aktive Sterbehilfe laut gängigen Definitionen, sondern um aktive willentliche Beschleunigung des Todes, um Tötungen. Im selben Zeitraum hat sich der ärztlich unterstützte Tod mehr als verdoppelt, vor allem wegen der Zunahme der Suizidbeihilfe. Aber 2013 war in 11 Fällen eine Tötung auf

⁵ SAEZ 2002, 48

⁶ Bioethica Forum 2007, 54, 9-13

⁷ FMH-Präsident an Podiumsveranstaltung am 27.11.12

⁸ JAMA 2016, 176, 555-556; Swiss Med Wkly 2016, 146, w14307e

Verlangen erfolgt! Bei 25 Patienten wurde der Tod sogar ohne ausdrückliches Verlangen beschleunigt! Beide Methoden sind in der Schweiz illegal. Von den Autoren wird etwas hilflos vermerkt, dass diese Fakten schwierig zu interpretieren seien. Eine statistisch signifikante Zunahme sei nicht feststellbar. Insgesamt handelt es sich aber um eine beunruhigende Entwicklung, welche eine weitere Ausbreitung der Kultur des Todes zeigt.

Die Zunahme der terminalen Sedierung von 4,7% auf 17,5% ist ein zusätzlicher auffälliger Befund dieser Untersuchung. Die letztgenannte Quote ist sogar höher als diejenigen in Holland und Belgien.

Es sollen hier einige Bemerkungen zur Sedierung oder Sedation am Lebensende folgen, weil dadurch die moralische Problematik ärztlicher Handlungen bei schwer Kranken und Sterbenden beispielhaft diskutiert werden kann.

Terminale Sedierungen

Bei den Sedierungen am Lebensende unterscheidet man in der Regel zwischen palliativer und terminaler Sedation. Im Falle der palliativen Sedation handelt es sich um eine zeitlich begrenzte Massnahme, bis die eingeleiteten Behandlungen bestehender Symptome bessere Wirkung entfalten. Ziel ist also die Überbrückung bis zum Wirkungseintritt der parallel eingeleiteten Therapie. Bei der terminalen Sedation wird der sterbende Patient in einen schlafähnlichen Zustand versetzt, welcher bis zum Tod andauert. Von Palliativmedizinern wird oft betont, dass der Tod zwar «Ankunftsort», aber nicht beabsichtigtes Ziel sei⁹. Dies setzt jedoch voraus, dass die Prognose eines Schwerkranken verlässlich eingeschätzt bzw. Sterbende als solche erkannt werden können. Allgemein wird die Sedierung am Lebensende im Rahmen der Palliativmedizin als etabliert und erprobt empfohlen, so von der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin¹⁰. Auch in der Schweiz sind entsprechende Empfehlungen ausgearbeitet worden.

Die Methode bleibt dennoch umstritten, denn es wird eine heikle Grauzone zur aktiven Sterbehilfe erreicht. Dies legt auch die dargelegte Entwicklung in der Schweiz nahe, indem die Todesbeschleunigung durch Ärzte zunehmend akzeptiert wird. In Holland zeigte eine Umfrage bei Ärzten, die kontinuierliche tiefe Sedation am Lebensende praktizierten, dass 64% dies mit teilweiser oder eindeutiger Absicht zur Todesbeschleunigung ausführten.¹¹ Eine andere Untersuchung belegt erhebliche Unsicherheiten und Ambivalenzen bezüglich

⁹ Schweiz Med Forum 2005, 5, 241-245

¹⁰ Palliative Medicine 2009, 23, 581-593

¹¹ Ann Intern Med 2004, 178-185

Absichtserklärungen bei der terminalen Sedation, und die Autoren erhoben den Vorwurf einer slow euthanasia, einer langsamen aktiven Tötung¹². Entscheidend ist wiederum die Absicht von Arzt und Behandlungsteam. Diese Nähe zur Tötung mit oder ohne Verlangen hat auch dazu geführt, dass man lieber nur noch von palliativer oder kontinuierlicher tiefer Sedation spricht, was aber am grundsätzlichen Problem nichts ändert. Es stellt sich die Frage, ob die terminale Sedation anhand bisheriger Erfahrungen effektiv lebensverkürzend wirkt.

Während einzelne Autoren behaupten, dass bei dieser Methode keine Todesbeschleunigung eingetreten sei¹³, kann ein solches Risiko nicht ausgeschlossen werden, wenn volle Symptomkontrolle erreicht werden soll¹⁴. Untersuchungen in Holland legen nahe, dass geschätzte Lebensverkürzungen einige Tage bis Wochen oder gar über einen Monat betragen können.^{15,16} Die unterschiedlichen Ergebnisse mögen auch mit der Methodik zusammenhängen. Denn nicht selten werden zusammen mit der terminalen Sedierung auch Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eingestellt. Dies war nach neuen Untersuchungen in Belgien in rund 62% der Fälle der Fall¹⁷. Dies kann medizinisch zwar in der allerletzten Sterbephase naheliegend sein, doch ist bei längerer Sedierungsdauer die negative Wirkung auf das Überleben offensichtlich.

Einige Kritiker weisen zudem darauf hin, dass die terminale Sedation eine vorhersehbare Schädigung lebenswichtiger Zentren an der Hirnbasis bewirke und damit als ärztlich unterstützter Tod, oder aktive Sterbehilfe einzuschätzen sei. Eine klare Abgrenzung zur palliativen, zeitlich limitierten Sedation wird daher gefordert¹⁸.

Befürworter der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod verweisen dagegen auf die katholische Moralthologie, beziehungsweise die Lehre von der Doppelwirkung. Dasselbe Argument begegnet auch zur Begründung der indirekt aktiven Sterbehilfe¹⁹.

Nach der Lehre der Katholischen Kirche sind folgende Voraussetzungen zu fordern:²⁰

¹² Bioethics 2008, 22, 388-396

¹³ Annals of Oncology 2009, 20, 1163-1169

¹⁴ Support Care Cancer 2001, 9, 403-407

¹⁵ Arch Intern Med 2006, 166, 749-753

¹⁶ BMJ 2008, 336, 810-813

¹⁷ PLOS ONE, DOI:10.1371/journal.pone.0158188, 2016

¹⁸ American Journal of Palliative & Hospice Medicine 2010, 27, 205-214

¹⁹ Schweiz Med Forum 2005, 5, 193-198

²⁰ Nach J. Piegsa: Der Mensch, das moralische Lebewesen, Band 1 1996

1. Der Wille des Handelnden muss auf die gute Wirkung ausgerichtet sein.
2. Die gute Wirkung muss zeitlich zuerst erfolgen.
3. Ein proportional gewichtiger Grund muss für diese Handlung vorliegen.
4. Die gute wie auch die böse Wirkung müssen miteinander verbunden sein.

Für die zeitlich begrenzte palliative Sedierung zur Linderung schwerer Symptome erscheinen diese Voraussetzung gegeben. Bei der kontinuierlichen Verabreichung von Medikamenten, die den Patienten bis zu seinem Tod in ein tiefes Koma versetzen, ist dies mehr als fraglich. Denn die Absicht der Handelnden ist oft ambivalent oder zielt gar auf die direkte Lebensverkürzung. Zudem ist mit einer wahrscheinlichen direkten Schädigung der Hirnbasis durch diese Massnahme zu rechnen, so dass die terminale Sedierung die Todesbeschleunigung als Hauptwirkung zur Folge haben kann.

(Nur als Nebenbemerkung sei festgehalten, dass auch die Suizidbeihilfe gemäss Lehre der Doppelwirkung absolut verwerflich ist. Offenbar nimmt man nur dann gerne Bezug auf die Lehre der Katholischen Kirche, wenn sie den aktuellen liberalen Tendenzen der Bioethik zu dienen scheint.)

Rolle der Palliativmedizin

Um den in der Schweiz zunehmenden assistierten Suiziden und den aktiven Lebensbeendigungen zu begegnen, scheint ein konsequentes Angebot von palliativmedizinischen Einrichtungen der richtige Weg zu sein. Sowohl HLI Schweiz als auch die VKAS haben sich regelmässig in diesem Sinne geäussert. Nun ist es offensichtlich, dass Palliative care bei schwer und terminal Kranken ausgezeichnete Dienste leisten kann. Viele Untersuchungen zeigen auch, dass mit diesen Zuwendungen das Verlangen nach Suizidbeihilfe oder aktive Sterbehilfe reduziert werden kann.

Allerdings geben führende Palliativmediziner durchaus ausweichende Antworten, wenn sie nach der Legitimität der Suizidbeihilfe befragt werden oder sie weisen darauf hin, dass sich Palliative Care und Suizidhilfe nicht widersprechen sondern sich gar ergänzen könnten²¹. Es wird auch auf gemeinsame Werte wie Leidensminderung verwiesen²². Stellungnahmen der Schweizer Fachgesellschaft für Palliative Care lassen zumindest auf eine Billigung der Suizidhilfe schliessen.²³ Einzelne Vertreter haben schon an der Erstellung von Gesetzesvorschlägen zur Regelung der Suizidhilfe mitgewirkt.

²¹ SAEZ 2012, 93, 669-670; NZZ vom 11.4.2011, Seite 11, S. Dierickx, JAMA Intern Med 2015, 1703-1706

²² S. A. Hurst, Palliative Medicine 2006, 20, 107-112

²³ L. J. Masterstvedt, Palliative Medicine 2003, 17, 387-392

Aufschlussreich ist eine Umfrage unter Mitgliedern der Schweizerischen Gesellschaft für Palliativmedizin aus dem Jahre 2002.

Denn 44% befürworteten ärztlich assistierten Suizid, 31% direkte aktive Sterbehilfe generell, 25% dasselbe für psychiatrische Patienten und schliesslich 10% lebensbeendende Aktionen ohne Verlangen des Patienten. Erfahrungen mit ärztlich assistiertem Suizid hatten 8%, mit lebensbeendenden Aktionen ohne ausdrückliches Verlangen 4%, und mit direkter aktiver Sterbehilfe 3%. Damit ergibt sich ein klarer Widerspruch zu Stellungnahmen der Europäischen Gesellschaft für Palliativmedizin, welche bekräftigen, dass solche Aktivitäten auszuschliessen sind²⁴. Wir sehen: Die Kultur des Todes beginnt sich auch schon in der Palliativmedizin auszubreiten.

Organentnahmen nach Euthanasie oder Suizidbeihilfe

Ein relativ neues Phänomen stellen Organspenden nach Euthanasie und Suizidbeihilfe dar. Immerhin ist dies in Belgien und Holland seit 2005 über 40 mal praktiziert worden. In Belgien sind bisher auf diese Weise vor allem Lungen, in Holland auch andere Organe transplantiert worden. Aus Publikationen ist bekannt, dass psychische Leiden, neuromuskuläre Störungen und in einem Fall auch chronische Schmerzen Grund für die aktive Tötung waren. Organentnahmen nach Euthanasie oder Suizidbeihilfe entsprechen so genannten DCD, also donations after cardiac death, bzw. Organentnahmen nach Herzkreislaufstillstand. Je nachdem, in welcher Situation der Herzstillstand erfolgt, gab es bisher 4 Maastricht-Kategorien. Neu wird nun für die Organentnahme nach Euthanasie gar eine Kategorie V vorgeschlagen²⁵ (**Folie 17** mit kurzen Kommentar). Konkret wird nach Gabe des Tötungsmittels der Herzkreislaufstillstand abgewartet, um nach einer weiteren Wartezeit (5 min in Holland und Belgien) zur Organentnahme zu schreiten. In der Regel erfolgt die Tötung des Patienten in einem Raum neben dem Operationsaal, um eine rasche Organentnahme zu gewährleisten.

Es wird bekräftigt, dass Euthanasie und Organentnahmeprozess streng voneinander zu trennen seien, was wohl einer Wunschvorstellung entspricht. Als Vorteile solcher Organbeschaffungen wird u. a. auf die Reduzierung des Organmangels der Transplantationsmedizin, ein schneller Tod und daher gute Organqualität verwiesen. Der Mensch wird hier praktisch nur noch als Organlieferant wahrgenommen und dementsprechend instrumentalisiert. Euphemistische Beschwichtigungen wie Respektierung der Autonomie, reiner

²⁴ Palliative Medicine 2015, 1-13

²⁵ P. Evrard, Transplantation Proceedings 2014, 46, 3138

Akt von Nächstenliebe (pure act of altruism) in der Erfüllung des letzten Wunsches ändern daran nichts Grundsätzliches.

Ein Bioethiker der Universität Basel propagiert nun auch die Organspende nach Suizidbeihilfe in der Schweiz. Er meint, dass in diesem Zusammenhang wertvolle Ressourcen für die Transplantationsmedizin verschwendet würden und rechnet vor, dass schon bei 50% Spendewilligen der Organmangel stark reduziert wenn nicht gar behoben werden könnte. Er plädiert auch für eine Abkürzung der in der Schweiz geltenden Wartezeit nach Herzstillstand von 10 min. In diesem Zusammenhang ist bereits eine Diskussion unter Bioethikern im Gange, welche in diesen Fällen die Organentnahme durch Euthanasie beschleunigen möchten, denn warum sollte bei Patienten, die ohnehin sterben wollen, der Tötungsmechanismus nicht optimiert werden, in dem einfach eine Narkose mit Organentnahme erfolgt? Die organ donation euthanasia! Wir sehen an dieser Entwicklung die abschüssige Bahn, auf die man bereits geraten ist.

Zusammenfassende Beurteilung: In Debatten über ärztliche Entscheidungen und Handlungen am Lebensende ist immer wieder von bevorstehenden Dambrüchen die Rede, auch als Argument der schiefen Ebene (slippery slope) bezeichnet. Oft wird dabei übersehen, dass schleichende Liberalisierungen schon im vollen Gange sind.

In der Schweiz hat die Straffreistellung der Beihilfe zum Suizid nach Art. 115 des Strafgesetzbuches zur Gründung diverser privater Sterbehilfeorganisationen geführt. Die SAMW hat ärztliche Suizidbeihilfe anfänglich konsequent abgelehnt, da dies nicht zum ärztlichen Auftrag gehöre. 2004 wurde dies zwar erneut bestätigt, die Suizidhilfe jedoch dem Gewissensentscheid des Arztes überlassen. Kurz danach erlaubte das Lausanner Universitätsspital Sterbehilfeorganisationen den Zutritt, was zu einer erneuten Erklärung der SAMW im Jahre 2006 führte, indem man nun meinte, eine Suizidbeihilfe könne nicht vom Aufenthaltsort abhängig gemacht werden. Entsprechend öffneten später auch einzelne Alters- und Pflegeheime ihre Pforten für die organisierte Suizidhilfe.

Eine ähnlich logische Abfolge lässt sich auch anhand der Verabsolutierung der Autonomie und Selbstbestimmung ablesen. Dieses Prinzip erschwert schon von sich aus eine Einschränkung der Suizidbeihilfe auf bestimmte Bevölkerungsgruppen. So war diese «Dienstleistung» ursprünglich fast ausschliesslich für Sterbenskranke vorgesehen. Dann folgten chronische körperliche Leiden, psychische Krankheiten, aber auch psychischer Stress und

Lebensmüdigkeit. Exit propagiert seit einiger Zeit schon die Freigabe des Alterssuizids. Das öffentliche Angebot der organisierten Suizidhilfe hat dem Selbstmord Anschein von Normalität und weitgehender Akzeptanz verliehen. Diese Entwicklungen entsprechen einem sogenannten logischen Slippery slope²⁶. Zu beachten ist auch, dass in Deutschland und vor allem im angelsächsischen Sprachraum ärztliche Suizidbeihilfe und Tötung auf Verlangen (Euthanasie) ethisch-moralisch praktisch gleichgestellt werden (physician-assisted death). Bei der Suizidhilfe existieren schon rein praktische Übergänge zur Tötung auf Verlangen, indem apparative Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden, wobei schwerst Behinderte die tödliche Infusion mit Knopfdruck auslösen können²⁷. Hierzu gehört auch der «Neuenburger Fall» im Jahre 2009, wobei eine Exit-Ärztin die Infusion mit dem tödlichen Mittel selber bediente, da die gelähmte Patientin dies nicht mehr selber vermochte. Vom zuständigen Gericht ist die Medizinerin jedoch freigesprochen worden, obwohl hier eine vom Gesetz verbotene Handlung vorlag²⁸.

Welche Faktoren sind dafür verantwortlich, dass es so weit kommen konnte? Sicher spielen die Säkularisierung und ein verbreiteter Glaubensverlust eine Rolle. In diesem Umfeld ist das Gewicht einer rein nutzenorientierten utilitaristischen und situativen Ethik grösser geworden. Der Utilitarismus kennt keinen wesentlichen moralischen Unterschied zwischen Tun und Unterlassen, was sich auch auf die Akzeptanz der aktiven Sterbehilfe auswirkt. Die Situationsethik dagegen kennt keine absoluten Grundsätze, indem sie die Rechtfertigung von Handlungen von der konkreten Situation und dem kulturellen Kontext abhängig macht.

Die heutige Medizin ist immer noch einem ausgeprägten Machbarkeitsdenken verhaftet. Dies kommt gesellschaftlichen Bemühungen, Schicksal und Unverfügbares abzuschaffen, entgegen. Sterben und Tod werden als etwas Planbares aufgefasst. Auch wenn es sich abzeichnet, dass das Lebensende nahe ist, und das Leiden seinen Lauf nimmt, muss immer noch etwas «gemacht» werden, und sei es die Beihilfe zum gewünschten Suizid oder die direkte Beseitigung des Leidenden. Zwar sind der menschliche Beistand und die fürsorgliche Palliativmedizin ausserordentlich positiv zu bewerten, das ist keine Frage. Doch kann die Fürsorge selber auch einen totalitären Charakter annehmen, etwa wenn der assistierte Suizid als fürsorglicher Grenzfall

²⁶ Zeitschrift für Med Ethik 2008, 115-134

²⁷ Int J Legal Med 2003, 196-108

²⁸ Swiss-Info 28.12.2010

bezeichnet wird²⁹, oder wenn sich die Palliativmedizin selber -wie wir gesehen haben – aktiven Tötungen zuwendet.

In unserer Gesellschaft verdunsten zunehmend grundsätzliche Normen des Zusammenlebens, im Sinne der substanziellen Sittlichkeit. Dazu gehört auch das Tötungsverbot Unschuldiger. Eine konsequente Ablehnung solcher Entwicklungen kommt heute praktisch nur noch vom Lehramt der katholischen Kirche. Schon das Vatikanum II bezeichnet unter anderem Euthanasie, die aktive Lebensbeendigung, inklusive Selbstmord als Zersetzung der menschlichen Kultur³⁰. Vor allem in seiner Enzyklika *Evangelium Vitae* hat sich der heilige Johannes Paul II eingehend mit Suizidbeihilfe, sowie Tötung auf und ohne Verlangen (Euthanasie) beschäftigt und sie als verwerfliche schwere Vergehen bezeichnet³¹. In *Evangelium vitae* wird Selbstmordbeihilfe nicht grundsätzlich von aktiven Tötungen unterschieden.

Die einseitige und zwanghafte Ausrichtung an Idealen der Selbstbestimmung und angeblicher Freiheit muss korrigiert werden. Der Mensch wird gegen Ende seines Lebens oft schicksalhaft abhängig und ist auf echte Fürsorge, mitmenschliche Nähe und Zuwendung angewiesen. Dazu gehört auch die konsequente moralische Unterscheidung zwischen Tötung auf Verlangen bzw. Suizidbeihilfe und dem Sterbenlassen in medizinisch aussichtsloser Lage und das gemeinsame Warten auf den Tod.

P. Ryser-Düblin März 2017

²⁹ Zeitschrift für Medizinische Ethik 2009, 55, 243

³⁰ Pastoralkonstitution *Gaudium et Spes* Nr 27

³¹ S. auch Vortrag von P.C. Düren in Aigen 2002; Gibt es ein Recht auf selbstbestimmten Tod?

Bernard Ars (Belgien)

Vortrag am XIII. Kongress der FEAMC in Porto, 29.9. – 2.10.2016

Techno-wissenschaftlicher Totalitarismus

Geht es um wissenschaftliche Entdeckungen, um technologische Entwicklungen und ihre ökonomischen Produkte, dann dominieren die technischen Wissenschaften wirklich die Kultur unserer westlichen Gesellschaft.

Dazu, die aktuelle Welt befindet sich nicht in einer Krise, wie wir zu oft hören. Sie ist in Wandlung; geopolitisch: die Welt ist nicht mehr auf Europa zentriert; ökonomisch: Globalisation oder Mundialisation; ökologisch; Mutation, Wandlung. Es ist unmöglich ein Projekt unendlichen Wachstums in einer endlichen Welt zu entfalten;

-numerische, informatische Revolution;

-genetische Revolution: mit seinen direkten Aktionsmöglichkeiten auf die Mechanismen des Lebens;

-sozio-philosophische Revolution: der uns umgebende Relativismus und der allgegenwärtig-Hyper-Individualismus.

Das kulturelle Terrain ist bereit für einen techno-wissenschaftlichen Totalitarismus, der zu einer transhumanen Ideologie führt, deren Charakter in der anthropologischen Ruptur besteht, die er provoziert.

Aber, was heisst denn „Transhumanismus“?

Mein Vortrag umfasst 3 Teile:

-der erste versucht diese heterogene Bewegung zu definieren,

-der zweite streicht 6 Charakteristika heraus,

-der dritte entwickelt drei zu diskutierende Ideen, (welche den katholischen Glauben in Frage stellen).

Erster Teil:

Definition: Der Transhumanismus ist eine kulturelle und philosophische, rationale Bewegung, welche behauptet, es sei möglich und wünschbar, fundamental die menschliche Kondition durch Wissenschaft und Technologie zu vermehren; anders gesagt, die aktuellen menschlichen Fähigkeiten zu verbessern, und zwar physische, psychische, intellektuelle, kognitive und emotionelle. Der heutige Zustand sei ein transitioneller Zustand eines evolutiven Prozesses; ebenso sei das „Humane“ von seinem Körper zu befreien und diesen mittels Robotern zu hybridisieren, zu kreuzen.

Der „robotisierte“ Mensch, genetisch verändert, der „homme augmenté“, der „Transhumane“,

ist also die Aktualisation des Mythos von Ikarus, und sein Ausgang ist programmiert, ein mörderischer Crash.

Der einzige Unterschied besteht darin, dass in Zukunft wir alle betroffen sind.

Der Transhumanismus ist im Wesentlichen eine **Art über die Zukunft zu denken**, die sich auf die **Vorgabe** gründet, dass die menschliche Rasse in ihrer aktuellen Form nicht das Ende unserer Entwicklung darstellt, sondern eine vergleichsmässig sehr primitive. Die Bezeichnung „transhumanistisch“ gleicht einem Nebelschweif von Personen und Ideen, in dem seriöse Argumentation und Phantasien einander sehr nahe stehen.

Es handelt sich um eine utopische Geschichte, zusammengesetzt aus realen Praktiken und Spekulationen, basierend auf existierende Technologien, die sehr zweideutig sind, wo Science-fiction und wissenschaftliche Experimente zu einer Technoprophezie fusionieren mit dem Ziel, unsterblich zu werden, das heisst das Leben unendlich zu verlängern und eine neue transhumane Rasse herbeizaubern zu können.

Das transhumanistische Projekt wird gedopt durch den exponentiellen Fortschritt der Kenntnisse in den vier folgenden Bereichen: Nanotechnologie, Informatik, Molekularbiologie und Neurowissenschaft.

Der Kern des transhumanistischen Phantasmas ist Begrenzung der Vernunft auf den blossen Rationalismus und somit die Ablehnung jeder Idee von Transzendenz.

Die grosse Mehrheit der Transhumanisten erweisen sich als Agnostiker oder Atheisten, Laien und Freidenker

Die Utopie besteht nicht in der Einbildung einer perfekten Welt, sondern in der Transformierung unserer **Auffassung** des Lebens und der „*Conditio humana*“; sie will uns von der aktuellen Bedingung, Situation, überzeugen; also sie besteht in unserer **ideologischen Bekehrung**.

Wenn es auch stimmt, dass eine grosse Anzahl ihrer Anhänger aus Forschern, Erfindern und Unternehmern besteht, so steht der Transhumanismus doch ganz im Bereiche der Beeinflussung der **Ideen**, nicht der Forschung und der wissenschaftlich-technischen Entwicklung. Da der Transhumanismus als Förderer von Fortschritt der Entfaltung und des individuellen Wohlbefindens anerkannt ist, nehmen ihre Verteidiger Bezug auf schon existierende Technologien oder setzen ihre Hoffnung auf Programme wissenschaftlicher Untersuchungen, **getragen** durch Universitäten oder in den USA durch die NASA (Weltraumforschung), die DASA (militärische Forschung), und **finanziert** mit Milliarden von Dollars, durch die GAFA (Google, Amazon, Facebook und Apple), mit selbstverständlich einem Rückfluss des investierten Geldes durch Konsum und Ausweitung des Konsumerismus.

Der Terminus „*homme augmenté*“, gesteigerter Mensch, bezieht sich auf das Resultat.

Die Steigerung des Menschlichen ist gewollt und nimmt die Form der Hybridisierung an.

Der Terminus „*hybrid*“ bezieht sich auf das Mittel.

Der Terminus „Transhumanismus“ frägt den Philosophen: sind die Veränderungen, die den Menschen im Innersten betreffen, befreiend oder entfremdend ?

Transhumanismus und Posthumanismus: ist es die gleiche Ideologie ? **Nein.**

Doch sie existieren beide. Der Posthumanismus, techno-wissenschaftlich, sagt das Entstehen künstlicher übermenschlicher und nicht-menschlicher Wesenheiten voraus, die fähig seien der Spezies „*hom*“ zu folgen und in autonomer Weise ihre eigene Evolution zu verfolgen.

Die Idee „*posthuman*“ ist entstanden im Kielwasser der Kybernetik, der Informatik, der Robotik und der künstlichen Intelligenz. Die Anwendung des Terminus „*posthuman*“ als quasi Synonym von „*transhuman*“ akzentuiert die Möglichkeit einer dauernden Verbesserung des Menschen, die dazu führt, ihn an einem Punkt zu bringen, der nicht mehr als „*human*“ wahrnehmbar wäre. Eine eher klassische Anwendung des Begriffes „*Posthumanismus*“ besteht darin, unter diesem Begriff ein Ensemble von Kritiken an traditionelle und moderne Humanismen, die auf dem Konzept des menschlichen Wesens beruhen und diesem einen ganz speziellen Platz im Kosmos zuweisen. Die Posthumanismen laden ein: jegliche Form von Diskriminierung anzuzeigen – und - die moralische und politische Gemeinschaft auszuweiten auf andere Lebewesen, die auch den gleichen Respekt verdienen.

Zweiter Teil. Sechs Merkmale:

1. Der Transhumanismus denunziert die Spezifität des Humanen.

Er relativiert den exklusiven Wert des menschlichen Wesens als Glied einer biologischen Spezies. Die biologische Form des menschlichen Wesens soll nicht sakralisiert werden. Nach den Transhumanisten ist diese Form nicht unabänderlich und hat kein Recht auf Respekt und Würde. Was den Menschen von den andern Lebewesen trennt ist keine absolute Verschiedenheit, sondern eine Frage von Grad (von Komplexität und Eigenschaften). Der Transhumanismus behauptet, dass alle Wesen, die mit Sensibilität, eventuell mit Bewusstsein

begabt sind, - Praehumane, Nicht-Humane (Tiere) oder Post-Humane -, Anrecht auf einen moralischen Status, Wohlfühlen und Entfaltung haben.

2. Der Transhumanismus bestätigt den Begriff „Person“ in seinem juristischen Sinne. Dieser Begriff ist definiert durch das Vorhandensein gewisser Characteristica: wie Sensibilität, Fähigkeit zu überlegen und zu wählen, das Gewissen... : durch die Betonung des Begriffes „Person“ prangert er auch die Beurteilung der Werte und die Diskrimination bezüglich Differenz von Rasse, Volk, Sexualität und Geschlecht an. Eine der Kritiken von Seiten der Transhumanisten an den modernen Humanismus ist, dass nur die Figur des weissen Mannes privilegiert wird.

3. Im Zentrum der transhumanistischen Werte befindet sich die **Autonomie** der Person: Autonomie der Eltern, prokreative Wahlmöglichkeiten, Autonomie den Körper zu verändern, denn die Person ist nicht zwingend an eine spezielle und unabänderliche (oder kontingente) Form gebunden.

4. Der Transhumanismus ist ein **Materialismus**, welcher laufend den Entwicklungen der technischen Wissenschaften, ihren Instrumenten und operationellen Konzepten sich anpasst.

5. Die traditionellen Humanismen, inbegriffen der moderne laizistische Humanismus, **sehen den Fortschritt**, zuerst oder ausschliesslich auf der Ebene des sozialen und institutionellen Wandels und der symbolischen Organisation (Erziehung, Moral, Recht, Kultur, Politik), **ohne biophysischen Wandel des Menschen**.

Der Humanismus hat nicht den Ehrgeiz, die menschliche Natur im Grunde in ihren Grenzen zu verändern. **Der Transhumanismus hingegen ist, a priori, ohne Grenzen**.

Er ist charakterisiert durch einen Willen zum wirksamen Kampf gegen die Endlichkeit und gegen den Tod. Er sieht den **Fortschritt** in einer **Veränderung** des Menschen.

6. Die spekulative und darstellende Referenz der Humanismen, ob religiös oder nicht, ist die Geschichte.

Die Geschichte bezeichnet die Veränderung der Organismen und der Beziehungen zwischen den Menschen, wie auch die Veränderungen des Milieus, betrifft aber nicht die biophysische Natur des Menschen.

Die spekulative sichtbare Empfehlung des Transhumanismus ist die Evolution.

Der Mensch ist in ewiger Evolution. Die Zukunft des Menschen hängt nicht mehr von seiner Vergangenheit ab. Es ist möglich, gezielte eingzugreifen um die Evolution zu steuern.

Zwei Beispiele: Es ist gegenwärtig möglich eine andere menschliche DNA herzustellen, 4 andere Buchstaben einzusetzen um zu einem „homo novus“ zu bekommen. Andererseits ist es auch möglich das menschliche Gehirn mit einem Computer zu verbinden. Dieser würde die Zukunft dieser „Transhumanen“ dirigieren. Dies ist die künstliche Intelligenz.

Dritter Teil:

Drei Ideen sind zu diskutieren: Der **Eugenismus**, die **Bioethik** und der **Status des Todes**.

Der Eugenismus: Nach dem „Dictionnaire Robert“ wird Eugenismus definiert als die Wissenschaft, die Untersuchungen anstellt und welche die Mittel bewerkstelligt um die menschliche Spezies zu verbessern.

Nach den Transhumanisten hatte der Rassen-Eugenismus keine wissenschaftliche Basis. Er verneinte die Gleichheit der Personen; respektierte die Autonomie der Eltern nicht. Es handelte sich um einen Staats-Eugenismus.

Der heutige Eugenismus jedoch bestätigt:

1. die individuelle und elterliche Freiheit,
2. die **Gleichheit der Personen** und
3. die fundamentale Sorge, die zufällige Ungleichheit zu korrigieren

Bis jetzt sorgt die ausgleichende Justiz für eine ausgleichende Korrektur der sozialen Lotterie der Ungleichheiten, inbegriffen des Kampfes gegen Diskriminierung von

Geschlecht, Volk, Rasse, Religion ... ohne Möglichkeit auf die Ungleichheiten einzuwirken, die bedingt sind durch die „natürliche Lotterie“: Gesundheit, verschiedene Gaben ...

Die Genetik sollte zunehmend die Möglichkeit schaffen die natürlichen Ungleichheiten selber zu korrigieren, sei es durch Prävention (negativer Eugenismus), sei es durch Therapie auf der Basis von Genen (dies ist der positive Eugenismus).

Es handelt sich in Zukunft darum, von der Verteilung sozialer Hilfsmittel zur Verteilung natürlicher Hilfsmittel zu gelangen: zu den Genen.

Die Frage stellt sich: kann man, soll man eingreifen im Namen der Justiz und der Chancengleichheit in einer natürlichen Lotterie?

Was stellt sich der genetischen Intervention mit dem Ziel einer Chancengleichheit entgegen ?

Es sollten Handicap und Krankheiten zuvor behandelt werden und eine Verbesserung der Gleichheit der Individuen erreicht und verbessert werden auch nach anderen genetischen Aspekten, wie: Gedächtnis, Stimmung, Laune, Intelligenz. Und nachher ?

Die Transhumanisten antworten mit **Vorurteilen**.

Erstes Vorurteil: es ist dasjenige der **unüberwindbaren Fatalität**. Man kann soziale Strukturen ändern. Aber es ist nicht erlaubt direkt angeborene Ungleichheiten zu korrigieren. Nun, jetzt ist dies möglich durch Gen-Therapie ! Also braucht es eine konzeptuelle Revolution!

Warum? Denn, sagte Buchanan, man geht „von der Notwendigkeit der Verteilung der Güter an diejenigen Personen, deren Identitäten schon vor der Verteilung genetisch determiniert ist, aus zu einer Verteilung von Genen, welche teilweise die Identität der Personen bestimmt“.

Zweites Vorurteil: dasjenige der **menschlichen Natur, geheiligt nach Gottes Bild**, unveränderlich wie eine Wesenheit. Die Unwandelbarkeit und Universalität der menschlichen Natur sind ein Grundstein des Rechtes. Die verschiedenen Interpretationen der menschlichen Natur hat ethico-politische Theorien der Justiz und ihre Kritiker inspiriert zu einer zu-egoistischen liberalen und einer zu-altruistischen sozialistischen Opposition. Es ist also nötig von Grund aus diese Theorie der Justiz zu überdenken und den Möglichkeiten der Genetik sich zu nähern. Also, es braucht eine ideologische Bekehrung.

Drittes Vorurteil: dasjenige des Unterschieds „zwischen „natürlich“ und „künstlich“: Was man „natürlich“ nennt, ist in Wirklichkeit das Resultat von traditionellen, uns vertrauten Techniken, welche uns zu einer zweiten Natur geworden sind.

Viertes Vorurteil: dasjenige des Unterschiedes **zwischen „Therapie“ und „Verbesserung“** Für die Transhumanisten existiert eine unsichere Basis, um aus moralischer Sicht entscheiden zu können, was man machen soll und was nicht.

Übrigens, sie verweist auf andere problematische Begriffe wie „normal“ oder „natürlich“.

Denken wir an: Körperwuchs, physische Kraft, Sehschärfe, Gedächtnis, Empathie.

Dazu: diese Begriffe wandeln sich je nach Epoche und Gesellschaft.

Nichtsdestotrotz: Es ist vielleicht hier, dass das Gewissen ein höchstes Entscheidungsvermögen nötig hat.

Gegenwärtig existieren drei Kategorien medizinischer Technologie, die auf den menschlichen Körper einwirken:

- diejenige, die den menschlichen Körper reparieren, die Pathologien heilen, also eine Therapie darstellen.
- solche, die versuchen zu verbessern, zu vermehren.
- solche, die in sehr radikaler Weise verändern.

Die Grenzen zwischen diesen Kategorien sind durchlässig, sind porös.

Stellen wir uns die Durchlässigkeit zwischen „**Therapie**“ und „**Verbesserung**“ am Beispiel des mit Robotern bestückten Skelettes vor. Es handelt sich um ein System, das man dem Körper einer Person wie ein Kleid anzieht und das von einem Computer gesteuert wird, der mit gewissen Hirnzentren verbunden ist; das Gehirn sendet Signale an den Computer, der

seinerseits die Bewegungen dieses Skelettes befiehlt. Dieses besitzt viele Sensoren, welche die wesentlichen Informationen bezüglich Gleichgewicht und der Ausführung der Bewegung sammelt. Diese Informationen werden dem Computer übermittelt. Ein solches System erlaubt es der handikapierten Person zu gehen oder den Arbeitern bei Handhabung und Transport schwerer Gegenstände zu helfen. Diese Technologie ist für die Menschheit nützlich. Aber dieses robotierte Exoskelett kann auch für das Vergnügen gewünscht sein, um die Leistung der Benutzer zu verzehnfachen oder um Schaden anzurichten. Gewisse nicht handikapierte Menschen, als unvollkommen taxiert, könnten durch robotisierte Prothesen, mit dem Gehirn verbunden, nach dem Willen ihrer Lüste, ein neues Wesen herstellen. Dies ist keine Science-fiction. Die Experimente mit Schaltungen und Schnittstellen einer Gehirn-Maschine sind real und sehr wichtig.

Andere Möglichkeiten:

-warum nicht den Empfang von Ultraschall in die Implantate aufnehmen?

-warum nicht den Empfang von Infra-Rot in die Implantate aufnehmen?

-warum nicht unsere alternden Zellen re-programmieren? Das Altern ist eine zelluläre Deprogrammierung.

Illustrieren wir hier die Durchlässigkeit zwischen

„**Verbesserung**“ und „**Transformierung**“ am Beispiel des „body hacking“, der Piraterie des Körpers. Es handelt sich darum, gewollt, seinen eigenen Körper zu verändern, insbesondere indem ihm künstliche Teile hinzugefügt werden mit dem Zweck das natürliche Verhalten zu verändern; also seinen Körper von Grund auf zu verändern, die Formen zu verändern und ihm neue perzeptive Fähigkeiten zu verleihen. Hier sehen wir gut den Unterschied zwischen:

- einer reparierenden Chirurgie, welche die Einheit des menschlichen Körpers respektiert, als

Dienst am Wohl der Person,

- und Techniken, die in ausschliesslich radikaler Weise das menschliche Wesen verändern

„en cyborg“, (Cyborg, Film 1989).

Cyborg bezeichnet ein Mischwesen aus lebendigen Wesen und Maschine. Cybernetische Organismen entstünden einfach, weil es möglich ist oder um einem Phantasma zu genügen.

„Ich verändere mich, also bin ich“.

Die Body-Hacker definieren sich als den aktiven Teil des Transhumanismus.

Erinnern wir uns kurz, dass parallel zu dieser Bewegung, die sich durch technologische

Massnahmen in Richtung eines „homme transformé“ entwickelt, eine symmetrische

Bewegung existiert, die aus technischen Massnahmen, ausgehend von Maschinen, versucht

immer mehr Characteristica, die dem Menschen zugeschrieben werden, sich anzueignen.

Der heutige Transhumanismus ist eine Art „Transmaschinismus“. Es ist das Paradoxon

unsrer Zeit, die vom Überschreiten des Humanen zu einem Zustand träumt, wo der Mensch

eine Maschine würde und die nicht verhindern könne zu wollen, dass diese Maschinen in

Zukunft zum Abbild dessen würde, was er heute ist.

-Die Bioethik: In den USA lieben es die Transhumanisten sich zu sorgen über die Schwierigkeiten der armen Studenten ein Stipendium zu erhalten, das ihm den Zugang zur Behandlung einer Kräftigung des menschlichen Gehirns ermöglichen soll. Dies ist sehr abgefeimt ! Zuerst banalisieren sie die technologische „Verbesserung“, Vermehrung des Menschen. Dann, debattieren sie über Diskriminierung und die Zugangsmöglichkeit, bringen transhumanistische Träume ins Kapitel „Forderungen“ ein, was die bioethische Diskussion verschwinden lässt. Zusätzlich erlaubte es den Transhumanisten ihr demokratisches Patent zu erlangen. Wenn dieses demokratisch annehmbar ist, dies ist der Fall, da nicht diskriminatorisch, nicht elitär, gehört es zur Domäne der individuellen Optionen und steigt aus der ethischen und sozialen Debatte aus. Erinnern wir uns, dass bei den wissenschaftlich-technischen Untersuchungen zum menschlichen Wesen es gegenwärtig besonders drei ethische Zugänge gibt:

- der **liberale** Zugang, dessen Prinzip im Kern heisst: nicht-schaden;
- der **bio-konservative** Zugang, für ihn gilt „das natürlich Gegebene“ als synonym mit „gut“; welches aber durch die Masslosigkeit des Menschen bedroht ist.
- der **transhumane** Zugang, der den Beitritt zu einem Programm technowissenschaftlicher Veränderung des menschlichen Wesens vorschlägt. Dies ist der Humanismus der Aufklärung, (l'„humanisme des lumières“) mit zusätzlichen Technologien. Was hier im der Tat im Spiele ist, ist die Natur und die menschliche Wesenheit (la condition humaine), sowie unsere Haltung ihnen gegenüber.

Der „Humanismus der Aufklärung ist eine Ideenart, welche mittels Wissenschaft und Technik die menschliche Rasse punkto mentalen und körperlichen Fähigkeiten verbessern will, und den Tod als unnützlich und unerwünschbar betrachtet.

Aber im Gegensatz zu dieser Philosophie der Aufklärung, welche die ganze Menschheit im Blickfeld hat, denkt der Transhumanismus ausdrücklich an das Individuum. Es liegt hier damit ein Verlust an Zusammengehörigkeitsgefühl zwischen den Individuen vor.

Für die **Bio-Konservatoren** muss ihre Haltung gegenüber der Natur und dem Menschsein (conditio humana) eine dankbare und demütige Annahme einer **Gabe** bedeuten, eine Haltung von Empfang der glücklichen und unglücklichen Situationen des Lebens, die das Leben mit sich bringt. Sie kann kein Wille der Beherrschung, von Kontrolle und Veränderung sein. Zu glauben, dass unsere Talente und unser Vermögen ganz von uns abhängen, heisst schlecht unsern Platz in der Schöpfung zu verstehen, unsere Rolle mit der von Gott zu verwechseln. Für die **Transhumanisten** ist der Wille zur Beherrschung nicht in sich schlecht: man kann kontrollieren wollen für ein gutes Ziel.

Die Resultate der technischen Beherrschung können in uneigennütziger Weise benützt werden. Hingegen sind Annahme, Unterwürfigkeit, Demut nicht notwendigerweise gut in sich. Jede Technik, seit Beginn der Menschheit, kann als Verbesserung und Vermehrung der menschlichen Fähigkeiten gesehen werden. In diesem letzten Zugang liegt auch die Verneinung des Humanen; **es handelt sich nicht mehr um zu wissen, wie das Menschliche gefördert werde, sondern zu wissen, ob man mit dem Menschlichen weiterfahren soll oder nicht ?**

Nun also, übergehen wir die drei prinzipiellen Gruppen bezüglich Humanität, das heisst: den Körper mit seiner Sexualität, die uns noch zugemessene Zeit und den unabänderlichen Tod.

Nach den Transhumanisten suchen die Biokonservatoren das Fortschreiten der Technik in der Evolution und der menschlichen Geschichte zu bremsen mittels oppositioneller Termini wie: natürlich/künstlich; normal/anormal; therapeutisch/verbessernd; extern/intern ...

Ist die Bioethik, wie sie zur Zeit aufgefasst und praktiziert wird, nicht überholt ?

Als christliche Humanisten, müssen wir, gleich einem Kinde, das seine Muskeln wachsen spürt, lernt die Schwachen nicht zu schlagen uns ebenso bemühen, auf eine kindische Allmacht zu verzichten, wenn wir an der Natur des Menschen werkeln. Wenn wir auch für den technisch-wissenschaftlichen Fortschritt sind, dies mit Weisheit und Besonnenheit, im Dienste des Menschseins, nicht Technik-anbetend, nicht technophob: müssen wir nicht handeln um einfach kulturell, solidarisch, moralisch und spirituell Übermenschen zu werden ? Haben wir nicht den Menschen zu begleiten zu dem was er ist: ein Wesen aus Geist und Seele, das offen ist für eine innerliche Erfahrung, konfrontiert mit dem Rätsel, leiden zu müssen und zu sterben, einen Sinn in seiner Geschichte sucht, im Grunde ganz gebrechlich ist und voll Durst nach Projekten und Symbolen ? Ist der Mensch nicht eine dynamische Realität, welche sich selber konstruiert, sich erarbeitet, sich verändert, aber mit Grenzen, die er sich anerkennt ? Es ist dies, was ihn auszeichnet vom Tier.

4. Der Status des Todes. Die A-Mortalität ist die Verlängerung, die unendliche Ausdehnung des Lebens, angestrebt durch den wissenschaftlich-technischen Fortschritt und

insbesondere die Zellular-biologie; ohne dass dieser Terminus, der Tod, zum Verschwinden gebracht wurde.

Nicht-sterblich zu werden ist eine der Techno-prophetien der Transhumanismus. Die A-Mortalität appelliert an das Gegenteil des Todes, die Geburt, die Natalität, die Geburtenzahl. Das menschliche Geschlecht, das altert und „nicht mehr stirbt“ sieht keine Reproduktion mehr vor sich und lässt keinen Platz mehr zu seiner Erneuerung. Die A-Mortalität verursacht auch eine Veränderung unserer Solidarität zwischen den Generationen.

Die A-Mortalität kennt auch als Wirkung einen Unsinn des Projektes des Sich-Realisierens. Wenn das, was ich bin und das was ich tue, nicht mehr von mir, sondern von einer Programmierung abhängt, was hat dies für einen Wert ?

Sich selber ganz zu realisieren kann nur in einem Netz von Beziehungen erfolgen, was eine Unvorsehbarkeit, eine Disponibilität, eine Unentgeltlichkeit voraussetzt. Und was das programmierte Kind betrifft, es wird nie so sein, wie man es gewollt hatte. Und was denken von einem schlecht programmierten oder schlecht konzipierten Kind ?

Welcher Platz ist dem Mitgefühl beizumessen in einer leistungsorientierten Welt, nicht nur in ökonomischer Hinsicht, sondern auch bezüglich Entwicklung des Ich, des Selbst, seiner Fähigkeiten, der Sorge, der Pflege um die Schwächsten ?

Wenn alles kontrollierbar ist, jede Schwäche, jede Verwundbarkeit als Irrtum wahrgenommen würde, ein Versagen, oder im besten Fall ein fehlerhaftes Funktionieren, für welches das Individuum verantwortlich gemacht würde, was ist die Folge ? Und welche schreckliche „Depression“, offeriert diese A-Mortalität dem menschlichen Geschlecht.

Wirklich, diese Technologie produziert „depressive Gefühle“. Ohne ins Detail zu gehen, denken wir an das Beispiel von Pistorius.

(Pistorius: der südafrikanische Sprinter, dem durch eine Missbildung die Fibulae und ein Teil der lateralen Fussteile fehlten).

Die A-Mortalität verändert den Status des Todes, vom Schicksal zu einer Niederlage wird.

„Haben wir den Tod nötig um lebendig zu sein“ ? fragen die Transhumanisten. In diesem Fall **ist der Tod weder ein Schicksal, das anzunehmen ist, noch eine Prüfung, die zu überwinden ist, noch eine Illusion, die zu durchstehen ist, aber ein Irrtum, der zu korrigieren ist.** Die Sackgasse über die natürliche Realität des Todes ignorieren oder ihn aus dem Lebensbereich, wo er sich befindet, austreiben, bedeutet in Realität dem Menschen des wichtigsten Moments seiner Existenz zu berauben; diesen kostbarsten Augenblick von allen, wo wir durch die Annahme unserer Sterblichkeit mit Kraft unsere menschliche Wesenheit hervorheben.

„Der Mensch ist weder Engel, noch Tier, sagte Pascal, und wer Engel machen will, macht Dummheiten“. Ein **Übermensch** werden zu wollen, dies glauben zu machen er könne den Tod entlassen, entäussert den Menschen seines Menschseins.

Erlebt die gegenwärtige Gesellschaft nicht das wirkliche Drama der „Dehumanisierung des Todes“, die zunehmend durch die Kollektivierung, seine Medikalisierung und seine Ausschaltung durch die Transhumanisten und seine Banalisierung durch die audio-visuellen Techniken entsteht ?

Indem wir die Zerbrechlichkeit verdrängen wollen, eliminieren wir zerbrechliche Personen. Das menschliche Wesen ist „zerbrechlich“ und verwundbar, verletzt durch seine Zerbrechlichkeit. Aber dank, oder wegen seiner Zerbrechlichkeit, ist er porös, durchlöchert wie ein Schwamm, und er kann eine positive Erfahrung erleben, in Gegenseitigkeit sich zugänglich für den andern zu erweisen.

Ausser dem Umstand, dass der Transhumanismus eine Illusion des Humanismus ist, da er sich neben das stellt, was die Humanität des Menschen ausmacht, sollen die Christen sich durch ihn fragen lassen, und zwar aus einem direkt spirituellen, ja theologischen Grunde: ist die Privilegierung des Heils durch die Technologie rechters ?

Im Grunde ist der Transhumanismus eine materialistische Ideologie, welche durch die alleinige Kraft des Menschen die wesentliche Frage des Menschlichen (oder des Menschen) löst; seine ontologische Zerbrechlichkeit; seine Inkarnation, seine Transformation, seinen Tod, sein Heil.

Das Christentum löst diese Fragen so: es betrachtet den Menschen als Empfänger seines Lebens von Gott, als Körper durch den heiligen Geist bewohnt, gerettet durch die Gnade und berufen ins Mysterium der Auferstehung des Fleisches.

Der Transhumanismus seinerseits löst die Einheit zwischen Körper und Seele; setzt auf die Technologien um zur Unsterblichkeit zu gelangen, basiert die Umwandlung des Menschen ausschliesslich auf seine Intelligenz, ohne Rückgriff auf göttliches Handeln.

Der Transhumanismus verspricht den Tod des Todes und den Tod der Unmenschlichkeit dank seiner genetischen Manipulationen und den Einbau von Robotern. Was ist zu tun, angesichts dieser ideologischen Herausforderung ?

Da nun gegenüber der Kultur des Todes eine Kultur des Lebens besteht; entwickeln wir gegenüber der Kultur des Transhumanen, des Nicht-Humanen, eine Kultur des Humanen des Lebens, eine des Noch-mehr-Humanen, das heisst, eine anthropologische Vision des leibhaftigen Menschen, wo die Zerbrechlichkeit ihren Platz und ihren Nachhall findet:

- eine Spiritualität, die zu einem wahrhaft innerlichen Leben einlädt;
- eine Ethik, welche die Tugenden aufwertet; sowie
- eine kulturelle Erziehung, welche das qualitative Wachstum des Menschen und der Gesellschaft begünstigt.

Zum Schluss sagen wir mit Bertrand Vergely, dass unsere Welt von der Logik des Menschen ohne Grenzen beherrscht wird, vom Mensch-Gott (kann man dies so sagen?).

Diese Logik wird so gut durch politico-mediale Lobbies orchestriert, dass es undenkbar ist, dass sie morgen aufhört.

Bertrand Vergely ist französischer Philosoph und Theologe. Er unterrichtet in Sciences Po, Paris und am Institut für orthodoxe Theologie Saint Serge und ...

Übersetzung: Otto Jungo und Niklaus Waldis



Assistenza sanitaria e opere di misericordia
Ermanno Pavesi, Segretario generale FIAMC
Sarajevo, settembre 2016

La storia dell'assistenza sanitaria è così strettamente legata alla storia del Cristianesimo che può essere distinta in tre fasi: prima del Cristianesimo, la fase cristiana, e, attualmente, una trasformazione dovuta all'allontanamento della società occidentale dal Cristianesimo.

1. Concezioni antiche

Nella nostra area culturale sono note soprattutto le concezioni mediche dell'antica Grecia e del Vecchio Testamento. Nell'antica Grecia la malattia era spesso considerata come la conseguenza di un'infrazione delle leggi di natura. L'episodio biblico di Giobbe mostra come la mentalità corrente considerava le sofferenze come punizione per trasgressioni contro la legge di Dio. Non ostante le differenze, tutte e due le visioni consideravano la malattia come la necessaria conseguenza dell'infrazione di una legge, o di natura o dettata da Dio. La sofferenza sarebbe stata la conseguenza di una colpa individuale.

2. L'apporto del cristianesimo

È straordinario come il messaggio di alcuni passi dei Vangeli abbiano provocato un cambiamento radicale della concezione delle cause della malattia, della considerazione dell'infermo, dell'assistenza agli infermi e dell'etica sanitaria.

Si deve tener conto che il termine infermo è usato molto spesso come sinonimo di ammalato, in alcune lingue, però, può indicare – corrispondentemente all'etimologia latina di “infermo”, cioè non fermo, instabile – debolezza e, più in generale, diverse forme di fragilità umana.

Cause della malattia: l'episodio dell'uomo cieco dalla nascita, descritto nel Vangelo secondo Giovanni, mostra il superamento della vecchia concezione della malattia, cioè una malattia sarebbe la conseguenza di una colpa, una grave malattia di una grave colpa, e, cercando di individuarne la causa, si trattava di trovare il “colpevole”:

«E passando, vide un uomo cieco fin dalla nascita. E i suoi discepoli gli domandarono: “Maestro, chi ha peccato lui o i suoi genitori, per essere nato cieco?” Rispose Gesù: “Né lui, né i suoi genitori hanno peccato, ma è così, perché si manifestino le opere d'Iddio”» (Gv 9,1-3).

San Giovanni Paolo II ricorda: “*Se è vero che la sofferenza ha un senso come punizione, quando è legata alla colpa, non è vero, invece, che ogni sofferenza sia conseguenza della colpa ed abbia carattere di punizione*»¹.

Atteggiamento nei confronti del sofferente: La parabola del buon Samaritano insegna che si devono aiutare tutte le persone che soffrono, non solo quelle alle quali siamo particolarmente legati.

¹ Giovanni Paolo II, Lettera Apostolica *Salvifici doloris*, 11 febbraio 1984, N. 11.

Assistenza agli infermi: Nella parabola del buon Samaritano (Lc 10, 25-37) c'è una figura che rimane in ombra, l'oste. L'aiuto si deve concretizzare anche in un'assistenza pratica e professionale. Si deve ricordare che dalla radice latina di ospite e ospitare derivano diversi termini delle lingue moderne, come oste, osteria, ostello, hotel ma anche ospizio e ospedale. Vedere nell'ospitalità dell'oste una prefigurazione dell'ospedale non è una forzatura, se si tiene conto che in Francia alcuni ospedali sono ancora chiamati "Hotel Dieu".

Ethos professionale: La figura del buon Samaritano presenta diversi aspetti. Da una parte può rappresentare il modello per chi assiste gli infermi, e in molti paesi i volontari della sanità sono chiamati Samaritani. Dall'altra vi sono immagini sacre che rappresentano il buon Samaritano come Gesù che si prende cura del malcapitato e lo affida all'oste. Una frase può caratterizzare l'ethos dei sanitari cristiani: «*Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno*». C'è l'invito a chi assiste gli infermi a fare tutto il possibile, anche più di quello pattuito all'inizio, perché l'impegno sarà retribuito successivamente. E il buon Samaritano annuncia il suo ritorno, quasi "una seconda venuta".

Tutti quelli che lavorano nella sanità hanno un contratto con un'amministrazione sanitaria, con una mutua ecc., che prevede una certa retribuzione per determinate prestazioni. Per l'etica cristiana gli infermi da assistere sono affidati direttamente da Gesù, con l'invito a fare di più di quanto umanamente pattuito, per la particolare dignità del paziente e perché tutto quello che si fa in più avrà un altro tipo di retribuzione: «*Perché io ho avuto fame e mi avete dato da mangiare; ho avuto sete e mi avete dato da bere; ero forestiero e mi avete ospitato, nudo e mi avete vestito, malato e mi avete visitato, incarcerato e siete venuti a trovarmi*» (Mt, 25, 35-36).

Nascita della diaconia

Questi principi sono messi in pratica già nelle prime comunità cristiane e ben presto si rende necessario creare un servizio particolare, la diaconia, come scrive il papa emerito Benedetto XVI nell'Enciclica *Deus caritas est*:

«Gli Apostoli, ai quali erano affidati innanzitutto la "preghiera" (Eucaristia e Liturgia) e il "servizio della Parola", si sentirono eccessivamente appesantiti dal "servizio delle mense"; decisero pertanto di riservare a sé il ministero principale e di creare per l'altro compito, pur necessario nella Chiesa, un consesso di sette persone. Anche questo gruppo però non doveva svolgere un servizio semplicemente tecnico di distribuzione: dovevano essere uomini "pieni di Spirito e di saggezza" (cfr. At 6, 1-6). Ciò significa che il servizio sociale che dovevano effettuare era assolutamente concreto, ma al contempo era senz'altro anche un servizio spirituale; il loro perciò era un vero ufficio spirituale, che realizzava un compito essenziale della Chiesa, quello dell'amore ben ordinato del prossimo. Con la formazione di questo consesso dei Sette, la "diaconia" — il servizio dell'amore del prossimo esercitato comunitariamente e in modo ordinato — era ormai instaurata nella struttura fondamentale della Chiesa stessa»².

² Benedetto XVI, Lettera enciclica *Deus caritas est*, 25 dicembre 2005, N. 21.

Benedetto XVI descrive la diaconia come «*servizio dell'amore del prossimo esercitato comunitariamente e in modo ordinato*». La solidarietà umana non è una prerogativa del Cristianesimo, ma con il Cristianesimo le opere di misericordia corporale vengono esercitate in modo comunitario, ordinato e organizzato. E lo sviluppo di questa organizzazione è stata strettamente legata alla storia della Chiesa.

Nascita dell'ospedale

Con la crescita delle comunità cristiane anche l'assistenza diventa più complessa, ma solo «*più tardi, — affermava il venerabile Pio XII (1939-1958) — quando la Chiesa poté svilupparsi e ordinarsi liberamente, sorsero anche i primi nosocomi*»³. Dopo l'editto di Costantino del 313 d.C. è stato possibile organizzare l'assistenza sanitaria non solo come diaconia a livello di comunità locale, ma a costituire quella che si potrebbe chiamare una *caritas* diocesana sotto la responsabilità diretta del vescovo. San Basilio il Grande, vescovo di Cesarea in Cappadocia (329 o 330-379), oggi Kayseri nell'Anatolia orientale, ha fondato un complesso per l'assistenza e la cura, chiamato Basiliano o Basiliade, che «*era quasi una seconda città, autosufficiente ed autonoma, e comprendeva tutti i gradi dell'assistenza ospedaliera: la prevenzione, la cura e l'assistenza sociale*»⁴. Proprio per la completezza dell'offerta di assistenza il Basiliano viene considerato il primo ospedale nella storia dell'umanità⁵. L'ospedale può essere considerato un'invenzione del Cristianesimo.

Nei secoli successivi questi ospedali avevano spesso due tipologie: lo *xenodochion*, spesso posto fuori città sulle vie principali, per l'assistenza a stranieri, pellegrini, viandanti e commercianti, e la cosiddetta *Domus dei*, un luogo per infermi spesso inserito nel complesso della cattedrale, per così dire il vescovo accoglieva gli infermi sotto il proprio tetto. Gli infermi non venivano più esclusi dalla società, ma accolti nella casa di Dio.

Sviluppi dell'assistenza sanitaria

Non è possibile descrivere nel dettaglio la storia dei rapporti tra Cristianesimo e assistenza sanitaria, bastino alcuni cenni:

- Il capitolo XXXVI della regola di san Benedetto (480 circa-547) sull'assistenza agli infermi è all'origine dello sviluppo della medicina monastica, che per secoli ha rappresentato la forma più differenziata di assistenza sanitaria;
- Concili hanno preso importanti decisioni in campo sanitario, per esempio il Concilio V di Orleans (549), in Francia, prescriveva che ciascun vescovo provvedesse di cibo e di vesti i lebbrosi della propria diocesi con il denaro della propria chiesa⁶;

³ Pio XII, *Discorso al personale ospedaliero di Roma*, Mercoledì, 21 maggio 1952.

http://w2.vatican.va/content/pius-xii/it/speeches/1952/documents/hf_p-xii_spe_19520521_personale-ospedaliero.html.

⁴ Maria Luisa Di Pietro, Elio Sgreccia, *Il contributo della Chiesa all'etica medica*, in *Storia della medicina e storia dell'etica medica verso il terzo millennio*, a cura di Elio Sgreccia, Rubbettino, Soveria Mannelli (Catanzaro) 2000, pp. 173-174.

⁵ Cfr. Andrew T. Crispin, *From Monastery to Hospital. Christian Monasticism & the Transformation of Health Care in late Antiquity*, The University of Michigan Press, s.l. 2005, in particolare le pp. 103-120.

⁶ Cfr. Michel Mollat, *Les premiers hôpitaux (VI^e-XI^e Siècles)*, in *Histoire des Hôpitaux en France*, sous la direction de Jean Imbert, Privat, Tolosa 1982, pp. 13-32 (p.17).

- Un monaco benedettino, Costantino Africano (1020 circa-1087), con le sue traduzioni in latino di testi di medicina arabi ha migliorato il livello scientifico della scuola di medicina di Salerno che può essere considerata il prototipo delle facoltà universitarie di medicina.
- Nel Medio Evo, oltre agli ordini ospedalieri, che assistevano malati di ogni tipo, sono nati ordini religiosi per affrontare emergenze sanitarie particolari, come i Lazzaristi per i malati di peste e i canonici regolari di Sant'Antonio per le epidemie di ergotismo.
- Nell'epoca della Controriforma c'è stato un fiorire di iniziative, grandi e piccole, con la fondazione di ospedali, ospizi, case di cura di ogni genere. Per non parlare dei grandi ordini religiosi fondati da san Giovanni di Dio (1495-1590), i Fatebenefratelli, e da san Camillo de Lellis (1550-1614), i Camilliani.

La chiesa cattolica: la più grande organizzazione sanitaria a livello mondiale

Se papa Francesco paragona talvolta la Chiesa a un ospedale da campo, si deve dire ricordare che attualmente la Chiesa cattolica rappresenta la più grande organizzazione sanitaria a livello mondiale con decine di migliaia di istituzioni, dai grandi ospedali ai piccoli ambulatori. E questa assistenza è soprattutto a favore dei più bisognosi. Dati precisi riguardano le associazioni sanitarie cattoliche in India riunite nel CHAI Catholic Health Associations of India), che assistono ogni anno più di 20 milioni di persone, contano 1.000 suore-medico, 25.000 suore-infermiere, 10.000 suore con funzione di paramedico e circa 40.000 tra suore, sacerdoti, assistenti sociali. L'84% delle attività si svolgono dove l'assistenza sanitaria è carente. Queste associazioni gestiscono, tra l'altro, ospedali con 50.000 letti, 82 centri di cure terminali e palliative, 103 centri per disturbi mentali, 52 lebbrosari e 123 centri per l'HIV.

3. L'epoca moderna e la crisi dei valori

I principi del cristianesimo, che per due millenni hanno ispirato l'assistenza sanitaria, non sono più indiscussi e assistiamo a una sorta d'involuzione. Il progressivo allontanamento dal Cristianesimo della società moderna ha avuto ripercussioni anche sull'assistenza sanitaria. Nell'enciclica *Laudato si'* papa Francesco critica il paradigma tecnocratico, il relativismo e la cultura dello scarto. I progressi tecnici hanno influenzato la formazione e il lavoro delle professioni sanitarie mentre la dimensione personale e il rapporto diretto con il paziente passano in secondo piano, il relativismo ha compromesso l'etica, e la cultura dello scarto diventa l'inevitabile conseguenza, quando l'interesse individuale del più forte si può imporre sui diritti dei più deboli.

Le associazioni di sanitari cattolici cercano di contrastare queste tendenze sostenendo la necessità di completare una seria preparazione professionale con la formazione spirituale ed etica, e con un esercizio della professione ispirato alla misericordia e all'assistenza dei più bisognosi e dei più deboli.

4. Professione medica e pratica delle virtù

Questo richiede anche la pratica delle virtù. Medici e infermieri beatificati, o in corso di beatificazione, hanno esercitato queste virtù in grado eroico, e si sono santificati con la loro attività professionale, come il "dottore dei poveri" san Giuseppe Moscati (1880-1927),

canonizzato nel 1987. Si può ricordare anche un medico probabilmente meno noto, il servo di Dio Friedrich Joseph Haass (1780-1853), un medico tedesco che a Mosca era diventato ricco e famoso come medico della nobiltà e dell'alta borghesia, ma che curava gratuitamente malati poveri. Nominato nel 1828 membro della commissione di controllo delle carceri, si è dedicato progressivamente solo a questa attività, impegnandosi per il miglioramento delle condizioni delle prigionie e dei carcerati in cammino verso la Siberia, ha speso tutto il suo patrimonio per la costruzione di ospedali e ha vissuto fino alla morte in due camere di un ospizio che aveva fatto costruire per i senzatetto. Si devono ricordare anche le sei religiose, appartenenti alla Congregazione delle Suore delle Poverelle, morte di Ebola tra l'aprile e il maggio del 1995: dopo lo scoppio dell'epidemia, pur consapevoli dell'altissimo rischio di contagio con una infezione con esito allora inesorabilmente letale, hanno continuato a curare gli ammalati nell'ospedale di Kikwit, in Congo, rimanendo contagiate loro stesse.

Dr. med. Ermanno Pavesi
Oberdorfstr. 11
9524 Zuzwil SG
ermanno@pavesi.ch



L'histoire de l'assistance sanitaire est étroitement liée à l'histoire du christianisme, laquelle peut être subdivisée en trois phases: au début du christianisme la phase chrétienne, et actuellement une transformation due à l'éloignement de la société occidentale du christianisme.

1. Conceptions antiques

Dans notre espace culturel sont connues surtout les conceptions médicales de l'ancienne Grèce et du Vieux Testament. Dans la Grèce antique la maladie est souvent considérée comme la conséquence à une infraction aux lois de la nature. L'épisode de Hiob dans la bible montre comme la mentalité courante considérait la souffrance comme punition aux infractions contre la loi de Dieu. Néanmoins les différences, toutes et deux les conceptions ont considéré la maladie comme la conséquence nécessaire à l'infraction à une loi, loi de la nature ou de Dieu. La souffrance aurait été la conséquence à un péché individuel.

2. La contribution du christianisme

Il est extraordinaire comme le message de quelques passages de l'Évangile a provoqué un changement radical de la conception de la maladie, de la considération de l'infirme, de l'assistance aux infirmes et de l'éthique sanitaire.

Nous devons tenir compte que le terme infirme est utilisé souvent comme synonyme de malade; dans quelques langues pourtant il peut indiquer, correspondant à l'étymologie latine du terme infirme, c.à.d. pas stable, instable - faiblesse et, plus généralement diverses formes de fragilité humaine.

Cause de la maladie: l'épisode de l'homme né aveugle, décrit dans l'Évangile de Jean montre mieux que la vieille conception de la maladie donc serait la conséquence d'une faute, c.à.d. une maladie grave d'une grave faute et en cherchant d'identifier la cause on trouverait le „coupable“.

„Jésus vit, en passant, un aveugle de naissance. “Maître, lui demandèrent ses disciples, est-ce que cet homme a péché, ou ses parents, pour qu'il soit né aveugle ? „ Jésus répondit: „Ni lui, ni ses parents n'ont péché. Mais c'est afin que les oeuvres de Dieu soient manifestées en lui (Jn,9, 1-3).

Johann Paul II nous rappelle: *„S'il est vrai que la souffrance a un sens comme une punition lorsqu'elle est liée à la faute, il n'est pas vrai au contraire que toute souffrance soit une conséquence de la faute et ait un caractère de punition“.* (Jean Paul II. Lettre apostolique *Salvifici doloris*).

Attitude envers les souffrants: La parabole du bon Samaritain nous apprend que nous devons aider toutes les personnes qui souffrent, pas seulement celles auxquelles nous sommes spécialement liés.

Assistance aux infirmes: Dans la parabole du bon Samaritain (Lc 10,25-37) il existe une figure qui reste dans l'ombre, l'hôte. L'aide doit se concrétiser aussi dans une assistance pratique et professionnelle. Il faut se rappeler que de la racine latine du mot hôte dérivent différents termes des langues modernes, comme hôtel, mais aussi hospice et hôpital, etc.

Voir dans hospitalité de l'hôte une préfiguration d'hôpital, ce n'est pas exagéré si en France le nom de quelques hôpitaux est encore celui de Hôtel Dieu.

Ethique professionnelle: la figure du bon Samaritain présente divers aspects. D'un côté il peut représenter le modèle par lequel les infirmes sont aidés; et dans beaucoup de pays les volontaires sanitaires s'appellent Samaritains. Et ailleurs existent des images qui représentent le bon Samaritain dans la personne de Jésus, qui s'occupe d'un malheureux et l'adresse à l'hôte. Une phrase peut caractériser l'ethos des Samaritains chrétiens: „*Prends soin de lui, et ce que tu pourrais dépenser en plus, c'est moi qui te le rembourserai à mon retour (Lc, 10, 34-35)*. Ceci invite ceux qui aident les infirmes, de faire le possible, encore de plus de ce qui avait été convenu au début, puisque les dépenses seront rétribuées ensuite. Et le bon Samaritain annonce son retour, quasi „*une deuxième arrivée*“.

Tous ceux qui travaillent dans le sanitaire ont un contrat avec une administration sanitaire ou une mutualité qui prévoit une certaine rétribution pour les prestations spécifiques avec une caisse-maladie etc. Par l'éthique chrétienne les infirmes à assister sont rétribués directement par Jésus, avec l'invitation à faire plus de ce qui est humainement convenu pour la dignité spécifique du patient et puisque tout ce qu'on fait de plus recevra un autre genre de rétribution: „*Comme j'ai eu faim, et vous m'avez donné à manger; j'ai eu soif et vous m'avez donné à boire; j'étais étranger et vous m'avez recueilli, nu et vous m'avez vêtu, malade et vous m'avez visité: j'étais en prison et vous êtes venus à moi (Mt, 25, 35-36)*“.

Naissance de la diaconie

Ces principes ont été mis en pratique déjà dans les premières communautés chrétiennes et bientôt il fut nécessaire de créer un service particulier, *la Diaconia*, comme écrit le pape émérite Benoit XVI dans l'encyclique „*Deus caritas est*“.

„*Les Apôtres auxquels étaient avant tout confié „la prière“ (Eucharistie et Liturgie), et le „service de la parole“ se sentirent pris de manière excessive par le „service des tables“; ils décidèrent donc de se réserver le ministère principal et de créer pour l'autre tâche, tout aussi nécessaire dans l'Eglise, un groupe de sept personnes. Cependant même ce groupe ne devait pas accomplir un service simplement technique de distribution: ce devait être des hommes „rempli d'Esprit Saint et de sagesse“ (Cf. At 6, 1-6). Cela signifie que le service social qu'ils devaient effectuer était tout à fait concret, mais en même temps c'était aussi sans aucun doute un service spirituel; c'était d'autre part pour eux un véritable ministère spirituel, qui réalisait une tâche essentielle de l'Eglise, celle de l'amour bien ordonné du prochain. Avec la formation de ce groupe des Sept, la „Diaconia“ – le service de l'amour du prochain, exercé d'une manière communautaire et ordonnée – était désormais instaurée dans la structure fondamentale de l'Eglise elle-même (Benoit XVI décembre 2005.N.21)*“.

Benoit XVI décrivait la Diaconie comme „*le service de l'amour du prochain, exercé d'une manière communautaire et ordonnée*“. La solidarité humaine n'est pas une prérogative du Christianisme, mais avec le Christianisme les oeuvres de miséricorde corporelle se passent de manière communautaire, organisée et ordonnée. Et le développement de cette organisation est étroitement lié à l'histoire de l'Eglise.

Naissance de l'hôpital

Avec la croissance des communautés chrétiennes aussi l'assistance fournie est devenu plus complexe, mais seulement „*plus tard*“ signalait le vénérable Pie XII (1939-1958) – *quand l'Eglise pouvait se développer et fonctionner libéralement, on a fondé aussi les premiers hôpitaux*“ (3). Depuis l'Edicte de Constantin du 313 p.c. il était possible d'organiser

l'assistance sanitaire, non seulement comme diaconie au niveau local, mais de la constituer de sorte qu'on pouvait l'appeler une *caritas* diocésaine sous la responsabilité directe de l'évêque. Saint Basile le Grand, évêque de Césarée en Cappadoce (330-379), aujourd'hui Kayseri en Anatolie orientale, a fondé un complexe pour l'assistance et la cure, nommé la Basiliade, qui „était quasi une cité secondaire, autosuffisante et autonome, et comprenait tous les degrés d'une assistance hospitalière: la prévention, la cure et l'assistance sociale“(4). Spécialement pour l'intégralité de l'offre de l'assistance la Basiliade est considérée comme le premier hôpital dans l'histoire de l'humanité. L'hôpital peut être considéré comme une invention du Christianisme (5).

Les siècles suivants ces hôpitaux avaient souvent deux caractères: le *xenodochion*, souvent localisé hors cité, sur les voies principales, pour l'assistance aux étrangers, les pèlerins, les voyageurs et les commerçants, et autrement la soi-disante *Domus dei*, un endroit pour les infirmes, souvent inséré au complexe de la cathédrale, où pour ainsi-dire, l'évêque recevait des infirmes sous son propre toit. Les infirmes n'étaient plus exclus de la société, mais reçus dans la maison de Dieu.

Progrès de l'assistance sanitaire

Il est impossible de décrire en détail l'histoire des rapports entre Christianisme et assistance sanitaire, il suffira de quelques détails:

le chapitre XXXVI de la règle de St.Benoit (480 env.-547) sur l'assistance aux infirmes est à l'origine du progrès de la médecine monastique, qui pendant des siècles a représenté la forme la plus différenciée de l'assistance sanitaire;

des Conciles ont pris d'importantes décisions dans le champ sanitaire, par exemple le Concile d'Orléans (549) en France, prescrivait que chaque évêque prévoyait de la nourriture et des vêtements pour les lépreux de la dite diocèse avec l'argent de cette église(6);

Un moine bénédictin, Constantin l'Africain (1020 env.-1087), avec ses traductions en latin des tests de médecine arabe a amélioré le niveau scientifique de l'Ecole de médecine de Salerno; ceci peut être considéré le prototype de la faculté universitaire de médecine;

Au moyen-âge, sauf d'autres ordres hospitaliers qui aidaient des malades de tout genre, sont nés des ordres particuliers, comme les Lazaristes pour les malades de la peste et les Chanoines réguliers de Saint-Antoine-en-Viennois pour les épidémies de l'ergotisme.

A l'époque de la Contre-réforme il-y-a eu un épanouissement d'initiatives, grandes et petites, avec la fondation d'hôpitaux, d'hospices, maisons de cure de formes diverses. Pour ne parler pas des grands ordres religieux fondés de saint Jean de Dieu (1495-1590) et de saint Camillo de Lellis (1550-1590), l'ordre des Clercs réguliers ministres des infirmes, les Camilliens.

L'église catholique: la plus grande organisation sanitaire au niveau mondial

Si le pape François compare l'Eglise à un hôpital de campagne; il faut se rappeler qu'actuellement l'Eglise catholique représente la plus grande organisation sanitaire au niveau mondial avec de dizaines de milliers d'institutions, de grands hôpitaux aux petits ambulatoires. Et cette assistance est surtout au profit des plus indigents. Des dates précises concernent par exemple les associations sanitaires catholiques aux Indes, (réunis dans les CHAI Catholic Health Associations of India) qui assistent chaque année plus de 20 millions de personnes, entre eux 1000 soeurs-médecins, 25'000 soeurs-infirmières, 10'000 soeurs avec une fonction paramédicale et environ 40'000 entre soeurs, prêtres et assistants-sociaux. Le 84% de l'activité se trouve là où l'assistance sanitaire est déficiente. Les associations dirigent

entre autre des hôpitaux avec 50'000 lits, 82 centres de cure terminale ou palliative, 103 centres pour des troubles mentaux, 52 léproseries, 123 centres pour le HIV.

L'époque moderne et la crise des valeurs

Les principes du christianisme qui pendant 2000 ans ont inspiré l'assistance sanitaire ne sont plus indiscutables et nous assistons à une sorte d'involution. L'éloignement progressif du christianisme de la société moderne a subi des répercussions aussi envers l'assistance sanitaire.

Dans l'encyclique „*Laudato si*“ le pape François critiquait le paradigme technocratique, le relativisme et la culture du déchet. Les progrès techniques ont influencé la formation et le travail des professionnels sanitaires au niveau de la dimension personnelle; le rapport direct avec le patient passe au second plan; le relativisme a compromis l'éthique et la culture du déchet est devenue la conséquence inévitable, quand l'intérêt individuel du plus fort peut s'imposer aux droits du plus faible.

Les associations de sanitaires catholiques cherchent à contraster ces tendances en soutenant la nécessité de compléter une série de préparation professionnelle par une formation spirituelle et éthique et avec un exercice de la profession inspiré de miséricorde et l'assistance des pauvres et des plus faibles.

4. Profession médicale et pratique des vertus

Ceci demande aussi la pratique de la vertu. Des médecins et des infirmières béatifiés, ou en voie de béatification, ont exercé ces vertus dans un degré héroïque, et se sont sanctifiés parmi leur activité professionnelle, comme le „docteur des pauvres“ saint Giuseppe Moscati (1880-1927), canonisé en 1987. Rappelons aussi un médecin moins connu, le serviteur de Dieu Friedrich Joseph Haass (1780-1853), un médecin allemand devenu riche à Moscou et connu comme médecin de la noblesse et de la haute bourgeoisie, mais qui traitait gratuitement les malades pauvres. Nommé 1828 membre de la commission de contrôle des prisons, il s'est engagé progressivement à cette activité, s'est imposé toujours plus pour l'amélioration des conditions dans les prisons et des prisonniers en voie vers la Sibérie, il a dépensé tout son patrimoine pour la construction d'hôpitaux et a vécu jusqu'à sa mort dans deux chambres d'un hospice qu'il avait fait construire pour les sans-abri. Nous devons rappeler aussi les six religieuses de la congrégation des „pauvres Soeurs“, mortes d'Ebola entre avril et mai 1995: après l'éruption de l'épidémie elles ont continué à soigner les malades de l'hôpital de Kikwit, au Congo, et elles se sont infectées elles-mêmes.

Dr.med. Ermanno Pavesi
Oberdorfstr. 11
9524 Zuzwil SG
ermanno@pavesi.ch

traduction de l'italien: Otto Jungo

Références voir le texte italien

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

Uznach, 04.03.2017

BERICHT DER PRÄSIDENTIN

Für den Zeitraum vom 12.03.2016 bis 04.03.2017

Der vorliegende Bericht unserer Vereinstätigkeit beginnt mit der Mitgliederversammlung vom 12. März 2016 in der Benediktinerabtei St.Othmarsberg in Uznach. Die letztjährige Tagung widmete sich dem Thema- warum braucht die Medizin eine Anthropologie? Der Referent Herr Prof. Dr.med.h.c.Günther Rager erläuterte die Thematik kompetent. Das Referat von Herrn Dr.med.Günther Rager wurde in den Acta Medica Catholica Helvetica (AMCH) Herbst 2016 abgedruckt und ist auch auf unserer homepage www.medcath.ch einsehbar. Im Berichtsjahr konnten 2 Nummern der AMCH herausgegeben werden. Der Vorstand ist in der Berichtszeit zu 3 Sitzungen zusammengekommen, am 18.06.2016, 22.10.2016 und am 28.01.2017. Untenstehend sind die wichtigsten Themenbereiche zusammengefasst:

BIOETHIK UND GESUNDHEITSPOLITIK

REFERENDUM „NEIN ZU DIESEM ADOPTIONSRECHT“

Die Aenderung des Schweizerischen Zivilgesetzbuches in Sachen Adoptionsrecht wurde in der Sommersession 2016 vom Parlament gutgeheissen. Das Referendum NEIN zu diesem Adoptionsrecht für gleichgeschlechtliche Paare wurde ergriffen. Div. Organisationen, darunter auch der Vorstand der VKAS hat dieses Referendum unterstützt. Das Referendum ist leider mangels ausreichender Unterschriften gescheitert.

VERNEHMLASSUNGEN

Dr.med.Peter Ryser, Vorstandsmitglied und Aktuar der VKAS hat für HLI die Stellungnahmen verfasst. Der Vorstand der VKAS hat den Vernehmlassungstexten von HLI zugestimmt und konnte sich freundlicherweise an den Vernehmlassungstexten beteiligen. Die Dokumente zu den Vernehmlassungen sind auf unserer homepage www.medcath.ch aufgeschaltet.

a) Fortpflanzungsmedizinverordnung FMedV

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 überparteiliche Komitee „NEIN zu diesem Fortpflanzungsmedizingesetz“ und weitere Komitees haben das Referendum gegen das neue Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) ergriffen. Das Referendum wurde vom Schweizer Stimmvolk am 05.06.2016 zu unserem Bedauern abgelehnt.

Das Bundesamt des Inneren BDI hat einen Entwurf des Ausführungsrechtes (FMedV) zur fakultativen Vernehmlassung vorgelegt. In unserem Vernehmlassungsschreiben wurde insbesondere auf die bisher fehlende transparente Kontrolle der Reproduktionsmedizin und auf die Abschwächung der Aufsicht über die reproduktionsmedizinischen Verfahren hingewiesen.

b) Revision Transplantationsverordnung

Die Transplantationsverordnung ist zur Zeit in Revision. Das Parlament hat im Juni 2015 Änderungen des Transplantationsgesetzes beschlossen. Diese Änderungen werden im Verordnungsrecht umgesetzt.

Das Transplantationsgesetz (TxG) regelt die Organspende nach dem Tod eines Menschen wie auch die Lebendspende von Organen und Blutstammzellen.

Die Verordnung zum Transplantationsgesetz verweist zur Feststellung des Todes auf die entsprechenden Richtlinien der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften SAMW (s.unten).

Bei der Revision der Transplantationsverordnung geht es insbesondere um Klärungen zu den vorbereitenden Massnahmen vor und nach dem Tod und u.a. um die Nachsorge von LebendspenderInnen.

c) Revision SAMW- Richtlinien „ Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen“

Die revidierte Fassung des Transplantationsgesetzes zog eine Ueberarbeitung der SAMW- Richtlinien nach sich.

Das Gesetz stützt sich in der Frage des Todeskriteriums auf die neurologische Definition des Todes, wonach der Mensch tot ist, wenn sämtliche Funktionen seines Hirns, einschliesslich des Hirnstammes, irreversibel ausgefallen sind.

Die Richtlinien der SAMW von 2011 betreffend der Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen halten in der Präambel fest, dass der Mensch tot ist, wenn sämtliche Funktionen seines Hirns, einschliesslich des Hirnstammes, irreversibel ausgefallen sind.

In der aktuell revidierten Fassung der SAMW zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen wird in der Präambel festgehalten, dass das Transplantationssgesetz als Kriterium für den Tod eines Menschen den irreversiblen Ausfall der Funktionen seines Hirns einschliesslich des Hirnstammes festhält.

In dieser Formulierung wird einerseits der Hinweis auf den Ausfall sämtlicher Funktionen des Hirns weggelassen und andererseits ist klar festzuhalten, dass nicht der Gesetzgeber der Medizin die Definition des Todes vorgibt, sondern der Gesetzgeber anerkennt und übernimmt die neurologische Definition des Todes.

Zudem sind in der revidierten Fassung der SAMW festzuhalten, dass vorbereitende Massnahmen für eine Transplantation wie das Setzen einer arteriellen Kanüle zur Verabreichung der Kühlflüssigkeit und die Durchführung einer mechanischen Reanimation vor dem Tod generell nicht durchgeführt werden dürfen (vgl. Negativliste Richtlinienanhang H)

Im Rahmen der Ueberlegungen und Diskussionen zur Revision der SAMW-Richtlinien zur Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen haben wir uns erneut eingehend mit dem Hirntodkonzept auseinandergesetzt. Zum Hirntodkonzept gibt es divergente Ansichten und wird auch weiterhin in Wissenschaftskreisen kontrovers diskutiert. Die VKAS wird sich auch zukünftig mit diesem Thema befassen. Eine eigene Stellungnahme der VKAS zum Hirntodkonzept wäre zu begrüssen.

„MARSCH FÜR S`LÄBE“

Der Marsch für s`Läbe fand am 17. September 2016 erstmals in Bern statt. Aus Sicherheitsgründen hat der Vorstand der VKAS von einer Teilnahme in Bern abgesehen (wg. offensiver linksautonomer „Berner Szene“). Die Zielsetzungen und Bestrebungen zum uneingeschränkten Schutz des Lebens vom Marsch für`s Läbe werden weiterhin vom Vorstand der VKAS unterstützt.

FEAMC/ FIAMC

FEAMC 2 Bürositzungen am 02.04.2016 in Cambridge und am 29.09.2016 in Porto. Dr.med.Ermanno Pavesi und Dr.med.Niklaus Waldis haben als Vertreter der VKAS an den Bürositzungen der FEAMC teilgenommen. Schwerpunkt der Sitzung in Cambridge war die Vorbereitung des FEAMC- Kongresses in Porto. Wahl von Dr.med.Niklaus Waldis zum Kassier der FEAMC in Porto. Dr.med. E. Pavesi hat als Delegierter der FEAMC im September 2016 in Sarajevo am Treffen der Kommission Caritas in Veritate des Rates der europ. Bischofskonferenzen CCEE teilgenommen und einen Vortrag mit dem Titel Medizin und Barmherzigkeit gehalten. Vom 10.-13. November 2016 fand der Kongress der Asiatischen kathol. Aerztereinigung in Kyoto (Japan) mit dem Thema „ was müssen wir für die kleinsten unserer Brüder tun“? statt. Dr.med.E. Pavesi war als Vertreter der FEAMC in Kyoto.

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

THEMA: PERSON- GESELLSCHAFT- STAAT

Der Kongress hatte sich insbesondere mit der Rolle des Arztes in Hinblick auf die ökonomischen und politischen Herausforderungen in Europa befasst. Schwerpunkt waren die medizinischen und ethischen Herausforderungen der Migration in Europa. Viele ärztliche KollegInnen der FEAMC engagieren sich mit grossem persönlichen Einsatz in den betroffenen Ländern für MigrantInnen und Menschen „ am Rande der Gesellschaft“. Dr.med.Ermanno Pavesi hat ein Referat zum Thema „la personne du malade et la personne du médecin“ gehalten.

TREFFEN MIT VERTRETERIN VON MEDICI CHRISTI

Frau Dr.med.Andrea Kunia war am 28.01.2017 Gast in der Vorstandssitzung der VKAS in Zürich. Kollegin Dr.Kunia ist Mitglied der Aerztervereinigung Medici Christi, die 2012/ 2013 auf Initiative von Nicolas Buttet, Gründer der Bruderschaft Eucharistein, St. Maurice gegründet wurde. Die Aerztervereinigung Medici Christi zählt junge AerztInnen und MedizinstudentInnen vorwiegend in der franz. Schweiz zu ihren Mitgliedern. Es findet jährlich ein Treffen in Fribourg statt mit Schwerpunktthemen zur Ethik in der Medizin. Ein weiterer Austausch mit Medici Christi ist wünschenswert.

DACH Kongress (Deutschland-Oestereich-Schweiz) in Salzburg 27.10.- 29.10.2017

Thema: Beziehungsweise – Interaktionen im medizinischen Alltag

Organisatoren:

Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner ACM Deutschland,

Arbeitsgemeinschaft Christlicher Aerzte ARCHAE Oestereich,

Vereinigung kathol. Aerzte der Schweiz VKAS

Arbeitsgemeinschaft Evang. Aerztinnen u. Aerzte der Schweiz AGEAS

s. Flyer homepage www.medcath.ch

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. Ganz herzlich danken möchte ich auch Msgr. Domherrn, lic.theol. Christoph Casetti, unserem geistlichen Begleiter, der uns seit vielen Jahren mit grossem Einsatz und Inspiration zur Seite steht und dieses Jahr unser Referent zum Thema Medizin und Hoffnung ist. Unser herzlicher Dank gebührt auch Herrn Abt Emmanuel Rutz OSB und der Gemeinschaft der Benediktiner der Abtei St. Othmarsberg in Uznach. Bereits unzählige Jahre durften wir die Gastfreundschaft der Gemeinschaft in Anspruch nehmen.

Dr.med.Rahel Gürber, Präsidentin

rahelguerber@bluewin.ch



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

Membre de la Fédération européenne (FEAMC) et internationale (FIAMC)
d'associations de médecins catholiques

3662 Seftigen, 27.3.17

Protokoll der Mitgliederversammlung vom 4.3.17 in Uznach

Präsidentin: Rahel Gürber

Für das Protokoll: Peter Ryser-Düblin

Geistlicher Berater: Domherr Msgr. Christoph Casetti

Anwesende:

A Marca Luca, Berthold Piroshka, Bättig Josef, Casetti Christoph, Gürber Rahel, Hess Paul, Hiestand Martin, Horn Felix, Hüsser Jean-Paul, Kuhn Felix, Kvet Gabi, Pavesi Ermanno, Ryser-Düblin Peter, Schmid Paul, Schmidt Adrian, Schmidt Elisabeth, Waldis Niklaus, Walshe M. B., Wick Hanspeter, Zglinski Zofie, Zwicky-Aeberhard Nikolaus.

Gäste: Dr. med. A. Hradocky und M. Hradocka aus der Slowakei

Entschuldigt:

Biedermann Barbara, Brunner Jean, Pater Joannes Chattepadhay, Clinsy Jas, Ehmann Rudolf, Gappmaier Bernhard, Grüniger Adelheid, Haefeli-Bleuer Beatrice, Jungo Otto, Klesse Raimund, Lingenhoele Josef, Pazera Andrej, Pingitore Raffaella, Reitstätter Tina, Rellstab Heinz

1. Begrüssung durch die Präsidentin und gemeinsames „Gebet des Arztes“

2. Kirchliche Aktualitäten, Jahresrückblick (C. Casetti)

Weltkirche: Nachsynodales Schreiben von Papst Franziskus, *Amoris laetitia*, hat kontroverse Interpretationen ausgelöst. Die Auslegungskontroverse reicht bis in höchste kirchliche Kreise hinein. Das Dokument kann zwar im Sinne der überlieferten Lehre gelesen werden, doch scheint eine neue seelsorgliche Praxis möglich.

Im Jahre 2016 erfolgten Papstreisen nach Mexiko, auf die Insel Lesbos (Begegnung mit Flüchtlingen), Armenien, Polen (31. Weltjugendtag in Krakau), Georgien und Aserbaidschan. Der Papst brachte den Kampf gegen die Ehe zur Sprache und verurteilte die Gender-Ideologie. Der Besuch in Schweden diente dem gemeinsamen lutherisch-katholischen Gedenken der Reformation.

Kirche in der Schweiz: In der Volksabstimmung vom 5.6.16 wurde die Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes angenommen. Die Bischöfe bedauern dies, namentlich die weit gefasste Zulassung zur Präimplantationsdiagnostik.

An einer Medienkonferenz hat Bischof Felix Gmür mit deutlichen Worten gegen die Suizidbeihilfe Stellung genommen.

Bei der Schweizer Bischofskonferenz (SBK) wurde der Bereich «Marketing und Kommunikation» neu eingerichtet.

Ein Treffen der SBK mit dem Rat des Schweizerischen Evangelischen Kirchenbundes fand im September im Kloster Fischingen statt, wobei die Bedeutung einer internationalen Studie für die Ökumene diskutiert wurde.

Im Zusammenhang mit dem Dokument der Glaubenskongregation «Ad Resurgendum cum Christo» gab Bischof Charles Morerod Auskunft über den Sinn der christlichen Bestattung.

Auf Einladung der SBK fand am 5. Dezember in der Basilika von Valeria in Sitten eine Gebets- und Bussfeier für die Opfer sexueller Übergriffe im kirchlichen Umfeld statt. Sie folgten damit einem Wunsch von Papst Franziskus.

Die SBK hat eine Fachstelle für Palliative Care mit Schwerpunkt Spiritual Care eingerichtet.

Bistum Chur: Auf den 1.1.17 ernannte Papst Franziskus Thomas Widmer zum neuen Kaplan der Schweizer Garde. Der Hirtenbrief des Diözesanbischofs zur Fastenzeit war dem Jahr der Barmherzigkeit gewidmet. Bischof Vitus Huonder begleitete im April 2016 die interdiözesane Lourdeswallfahrt. Die Diözesane Wallfahrt zur Pforte der Barmherzigkeit der Kathedrale in Chur fand am 28.8.16 statt. Ein Auswertungsbericht betreffend einer Umfrage für ein allfälliges Bistum Zürich ergab kein eindeutiges Resultat.

Bischof Vitus veröffentlichte am 10. Dezember ein Wort zum «Humanen Sterben aus der Sicht des Glaubens und anfangs Februar 2017 einen Kommentar zu Amoris laetitia.

Gesprächsstoff bildet derzeit auch die Nachfolge von Bischof Vitus, der im April 2017 75 Jahre alt wird und dem Papst daher die Demission anzubieten hat.

3. Das Protokoll der Mitgliederversammlung vom 12.3.16 in Uznach wird einstimmig angenommen, mit Verdankung an den Verfasser Nikolaus Zwicky-Aeberhard.

4. Jahresbericht der Präsidentin

Rahel Gürber erwähnte unter anderem wichtige Vernehmlassungen, an denen sich die VKAS beteiligt hat: Verordnung zum Fortpflanzungsmedizingesetz, Verordnung zum Transplantationsgesetz und die neuen Richtlinien der SAMW betreffend Feststellung des Todes vor Organtransplantation. Die VKAS wird sich auch weiterhin dem schwierigen Thema des Hirntodkonzeptes widmen. Marsch fürs Läbe hat in Bern stattgefunden.

Der Bericht wird in den ACTA publiziert.

Er wurde einstimmig angenommen.

5. Rapporto della Sezione Svizzera-Italiana dell'AMCS

Wurde von der Präsidentin Enirca Maspoli-Postizzi verfasst und von Luca A Marca in deutscher Übersetzung vorgetragen. Unter anderem wird auch negative Tendenz in unseren Spitälern zur terminalen Sedation erwähnt. Die Kollegin Tiziana Unternährer wird 2018 Nachfolgerin der jetzigen Präsidentin.

Der Bericht wird auch in den ACTA publiziert.

6. Neuigkeiten FEAMC/FIAMC

FIAMC (E. Pavesi) erwähnt neue Mitglieder in Bangladesh, und Aktivitäten in Kambodscha. Der FIAMC-Kongress wird vom 30.5- bis 3.6.18 in Zagreb stattfinden. In Rom wird eine Tagung über Organhandel mit einem chinesischen Vertreter abgehalten.

FEAMC (N. Waldis) Eine Audienz beim Papst ist geplant, wobei ihm

Themen vorgeschlagen werden, zu denen er sich während der Audienz äussern könnte.

Vorgesehen ist ein Kongress mit jungen Medizinern.

Vom 10.- 12.2.16 fand Bürositzung in Lourdes statt.

A. Hradocky berichtet noch über Aktualitäten aus der Slowakei, erwähnt eine Tagung im November 16 über die integrale Entwicklung des Lebens, anwesend waren die Kurien-Kardinäle Turkson und Parolin. Themen waren unter anderem seltene Krankheiten und vernachlässigte Leiden in der 3. Welt.

7. Kassenbericht

Unser Kassier stellt den detaillierten Kassenbericht vor.

Es resultiert ein Verlust von Fr. 2060.95. Den grössten Posten der Ausgaben stellen Druck und Versand der ACTA dar. Wir diskutieren noch das Online-Schalten unseres Periodikums, womit Einsparungen bei Druck- und Versandkosten möglich wären. Die Versammlung wäre grundsätzlich damit einverstanden. Wir werden aber im Vorstand noch über das konkrete Vorgehen beraten.

Der Decharge-Empfehlung der Revisoren wird zugestimmt.

8. Neuaufnahme:

Maria B. Walshe stellt sich der Versammlung vor, sie erklärt ihren Werdegang als Internistin.

Die Aufnahme erfolgt durch Akklamation der Versammlung.

9. Mitteilungen

Josef Bättig erwähnt den 600-Jährigen Geburtstag von Bruder Klaus (1417)

Die Imitatio Christi (Thomas von Kempen) wurde 1427 erstmals publiziert.

Rosenkranz wurde erst 1452 nördlich der Alpen bekannt.

Bruder Klaus kannte das Gebet zu den fünf Wunden Christi, auch General Guisan hat dieses Gebet offenbar regelmässig gepflegt

10. Termine

Tag des Lebens im Bistum Chur (Pfarrei St. Anton in Zürich) 25.3.17

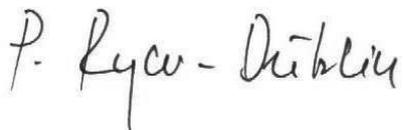
Kongress mit AGEAS in Salzburg: 27.10.-29.10.17

Mitgliederversammlung VKAS in Uznach 10.3.18

FIAMC-Kongress in Zagreb 30.5.-3.6.18

11. Varia

Keine Beiträge



Dr. med. P. Ryser-Düblin

Aktuar VKAS

Hausmatt 27

3662 Seftigen

033 345 70 34

ryser.peter@gmail.com

Rapporto sulla Riunione dei medici cattolici svizzeri a Uznach (SG) 4 marzo 2017

Accolti nella moderna Abbazia benedettina St.Otmarsberg 8730 Uznach dalla Presidente Rahel Gürber e da un caffè con “Gipfeli”, una trentina di colleghi e colleghe si sono trovati alle 09.30 per l'assemblea annuale, la Santa Messa, il pranzo in comune e la lezione dell'assistente spirituale mons.Christoph Casetti sul tema “Medicina e speranza”. Presenti anche due ospiti dalla Cecoslovacchia e un rappresentante dell'Associazione di lavoro medici evangelici svizzeri. Durante l'assemblea, iniziata con una preghiera, oltre all'ascolto delle varie relazioni, si accettarono i conti e l'adesione della collega internista Maria Walshe-Ristig di Zurigo.

La maggior perdita d'esercizio 2016 di 2060.95, dovuta soprattutto alla stampa e spedizione della rivista Acta medica catholica, ha indotto il Comitato a proporre un invio elettronico piuttosto che cartaceo. La maggioranza dei presenti ha accettato l'idea ma non si può eliminare del tutto la forma cartacea per cui se ne discuterà un'altra volta. Fra le date dei vari appuntamenti europei, è importante quello della FIAMC a Zagabria dal 30.5. al 3.6.17 a cui sarebbe bene che qualcuno dalla Svizzera italiana partecipasse. (Ermanno Pavesi può consigliare <ermanno@pavesi.ch>) Si fissò pure la prossima assemblea annuale che si terrà il 10 marzo 2018 ancora a Uznach.

Al termine dell'assemblea ci fu la S.Messa nella moderna chiesa rotonda, decorata dalla Via crucis originale, opera di Fra Roberto del Bigorio.

Dopo un pranzo copioso e conviviale, Mons Casetti sviluppò a lungo molti aspetti della Speranza nei diversi stadi della vita, dall'infanzia fino all'età avanzata e allo stadio della malattia inguaribile. Il testo completo verrà pubblicato negli “Acta”.

Seguì poi una discussione colla presentazione di alcuni casi tratti dalle cure palliative.

La giornata si concluse dopo le 16.30

Luca a Marca

Deutsche Fassung des Rapporto 2016 della Sezione svizz-italiana Medici cattolici

für die Generalversammlung vom 4 März 2017 in Uznach SG

Die Praesidentin Enrica Maspoli-Postizzi erwähnt die Tätigkeit des letzten Jahres: im Januar haben wir in Cademario, unter der Leitung von Don André Jerumanis, den Inhalt der Enzyklika “Laudato sii” etwas besser kennen gelernt und versucht, uns daran zu orientieren. Im Juni wurde uns seitens eines italienischen Aerzte-Ehepaars ein Buch vorgestellt: “Die Sanitätsberufe, als Ort der Wiederbelebung der humanitären Gesinnung”. Dies für die jungen Generation.

Der vorgesehene Besuch an das aerztliche Zentrum in Kismaros (Ungarn) wurde aus organisatorischen Gründen auf Mai 2017 (Auffahrt) verschoben. Hingegen haben uns Dr.Gabor und Schwester Marti selber im Herbst besucht.

Die Nachfolgerin 2017 für die Präsidenz, Kollegin Tiziana Unternäher, möchte erst 2018 eintreten und darum bleibt Enrica Maspoli noch ein Jahr am Platze.

Der Kassier Gabriele Dall'Acqua hat eine ausgeglichene Jahresrechnung vorgelegt: die zahlenden Mitglieder 2016 waren 44.

Der Protokollführer der diesjährigen Jahresversammlung 21.01. fügt hinzu: in Cademario hat uns der Seelsorger Jerumanis diesmal die Wichtigkeit der christlichen Bezeugung im beruflichen Alltag, als Rechenschaft-Ablegen der erhaltenen Hoffnung im Jenseits.

Nicht zu unterschätzen die negative Tendenz der “halb-aktiven Euthanasie” bei unheilbaren Patienten in unseren Spitälern (sogenannte “.definitive Sedation”)

Die nächste Tagung, wahrscheinlich wieder in Cademario, wird am Samstag, den 20. Januar 2018 stattfinden.

SEZIONE della SVIZZERA ITALIANA dei MEDICI CATTOLICI SVIZZERI
Ritiro annuale del 21 gennaio 2017 al Monastero Ss Francesco e Chiara
6936 Cademario

Alla Giornata di Ritiro nel Monastero delle Sorelle povere di Santa Chiara, in cui Don André Marie Jerumanis ci ha magistralmente spiegato ed approfondito il tema della Testimonianza cristiana, hanno partecipato: la Presidente Enrica Maspoli-Postizzi, il cassiere Gabriele Dall'Acqua con la moglie, i colleghi Alberio Lorenzo, Anastasi Cristina, Bolognini Gian Franco, Casanova Gianni, Clericetti Nicola e moglie, Colucci Giuseppe, a Marca Luca e moglie, Passega Eliana, Taminelli Fausto e moglie, Tanzi Franco, Unternäher Tiziana.

I membri scusati son stati, Bianchi Enrica, Bihl Florian e Loranda, Castelli Damiano, Cattaneo Fabio, Cereda Walter, Denti Franco, Foglia Ezio e Guenda, Mazzi Rodolfo, Meoli Andrea, Pingitore Raffaella, Antonia Asioli farmacista

Un breve riassunto del tema: Cristo è venuto per render testimonianza alla verità.
Noi, battezzati, colla Cresima riceviamo pure il compito di testimoniare, *rendendo ragione della speranza ricevuta.*

Questa è l'evangelizzazione, da non confondere col proselitismo. La prima è una proposta libera, il secondo è un'imposizione forzata.

La testimonianza evangelizzatrice è centrata soprattutto sulla disposizione a donare, a servire, e per far questo bisogna liberarsi il più possibile dalle schiavitù e le dipendenze che ci attraggono (denaro, prestigio, passioni) per raggiungere una libertà "radicale" di dono di sé.

Verbale dell'Assemblea ordinaria annuale del 21 gennaio 2017 ore 15.45

Presenti: Enrica Maspoli-Postizzi, Gabriele Dall'Acqua, Cristina Anastasi, Gian Franco Bolognini, Nicola Clericetti, Fausto Taminelli, Tiziana Unternäher e L. a Marca.

1. La Presidente Enrica dà il benvenuto, segnala gli scusati e presenta l'ordine del giorno.

2. Il verbale dell'assemblea 16 gennaio 2016, redatto da Rodolfo Mazzi, vien letto e approvato.

3. Relazione della Presidente per il 2016: dopo il Ritiro del gennaio con Don André sul tema "Laudato sii", ci fu l'11 giugno una conferenza dei coniugi Antonio e Antonella Del Puente, organizzata da F. Tanzi, di testimonianza sull'impronta all'approccio con il malato. Segnalato il loro libro "Le professioni sanitarie, luogo di ripresa dell'umano". Non si andò a Kismaros per motivi di calendario e lo si farà quest'anno in maggio. (25-28). Il collega Gabor e Suor Marti son venuti da noi in autunno e hanno rinnovato l'invito.

La candidata alla prossima presidenza Tiziana Unternäher ha chiesto di non procedere quest'anno alla sua nomina e Enrica è disposta a fare un anno in più.

Accettazione e applauso per la Relazione presidenziale.

4. Relazione finanziaria di Gabriele Dall'Acqua che distribuisce il CONSUNTIVO 2016 : alle **entrate** 44 tasse sociali (6'370.-) e contributi per l'Ungheria (1'150.-). alle **uscite**: sostegno al Dr Gabor (4'200.-) a Padre Maurizio Camerun (1'000.-) agli amici di Haute Rive (100.-) a Don Jerumanis (500.-), partecipazione all'assemblea svizzera di Uznach (208.-), rimborso tassa centrale (2'050.-) spese bancarie e postali (142.45) Diminuzione capitale di 680.30 a 5'304.90. Nel 2017 sarà ripreso il contributo agli amici di E. Corecco e a Padre Maurizio.

Conti approvati con ringraziamento a Gabriele.

5. Contatti con l'Associazione M.C. svizzeri. Luca ha partecipato all'assemblea annuale di Uznach il 12 marzo ed è disponibile anche per il 2017. Auspica che la relazione di Don André venga pubblicata sulla rivista *Acta medica catholica helvetica* che tutti riceviamo.

6. Sostegno a Kismaros. Come finora, anche nel 2017.

7. Visita a Kismaros : **25.05-28.05.2017** Franco Tanzi e suo figlio prevedono un gruppo di 14-15 persone con aereo dalla Malpensa (ca. 300.-) e una visita guidata di Budapest. Iscrivere per tempo.

8. Entrata nuova Presidente: vista la richiesta di rinvio della nomina di Tiziana Unternäher, la Presidente Enrica è disposta a rimanere ancora un anno. Accolta con applauso. Prossimo ritiro ancora a **Cademario**, possibilmente con Don André Jerumanis il **20 gennaio 2018**

9. Eventuali : attenzione alla tendenza di utilizzare negli ospedali la formula “ _ sedazione definitiva” per porre fine arbitrariamente alla vita.

22.01.2017

Luca a Marca, visto dalla Presidente e Cassiere

Letzte Seite

Vorschau

16. September 2017: *Marsch fürs Läbe (Ort noch nicht festgelegt), Info: www.human-life.ch*

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

11 . oder 18. November 2017: *Gemeinsame Tagung IANFP / IGNEP in Zürich. Info: drniwa@bluewin.ch*

10. März 2018: *Jahrestagung und Mitgliederversammlung VKAS in der Benediktinerabtei, Uznach. 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

