



DIALOG ETHIK
*Interdisziplinäres Institut für Ethik
im Gesundheitswesen*

*Tätigkeits-
bericht 2000/01*

INHALT

Tätigkeitsbericht	3
Projekte: Kurzlexikon Humandokument	5
Neues Ethikforum	6
Schwerpunktthema: Prioritätensetzung im Schweizer Gesundheitswesen	7
Dialoggruppen	8
Dialog zu ethisch kontroversen Themen	10
Zürcher Gespräche	12

Der Verein und das Institut für Dialog Ethik liegen mir besonders am Herzen! Wieso eigentlich?

Dr. sc. nat. Francesca Giuliani Kocsis
Vizepräsidentin



EDITORIAL

Mich fasziniert die Art und Weise des Arbeitens – interdisziplinär, dynamisch und intensiv. Sei es in Arbeits- und Projektgruppen, an Tagungen, in Schulungen – man spürt das grosse Engagement und erfährt eine intensive Auseinandersetzung. Eine Chance als Mitglied mitdenken und mitreden zu können, eine Chance sich als Mitglied eine differenzierte Meinung zu aktuellen Themen bilden zu können.

Mich beeindruckt die Position des Institutes. Eine unabhängige Institution im Spannungsfeld zwischen universitären und finanziell eingebundenen Institutionen. Eine Position, die Wachsamkeit und Kreativität fordert!

Mich überzeugen die Aktivitäten und deren Inhalte. Sich den Themen zu stellen, die immer wieder ausgeklammert werden, von der Gesellschaft, von Patienten und Patientinnen und von Leistungserbringern im Gesundheitswesen. Sich den Themen zu stellen, die emotional berühren. Sich den Themen zu stellen, die unseren Berufs- und Privatalltag prägen und dadurch Impulse gewinnen für einen eigenen Standpunkt, aber auch für gesellschaftsfähige Lösungen.

Unser Verein und Institut sind nun zwei Jahre alt. Die Pionierphase geht allmählich zu Ende. Angesagt sind Reflexion über Erfahrungen, Reflexion über Strukturen. Hier mit der Institutsleitung für eine definierte Zeit einzusteigen und diese Aufgabe auszuführen, lockt mich als Vizepräsidentin des Vereins sehr. So hinterleuchten wir heute unsere Struktur und Organisationsform, unterstützt durch das Institutsteam, den Vorstand und durch eine externe Beratung. Wir möchten sie vereinfachen, klären und neu definieren.

Diesen Prozess verstehen wir als Chance zur Wahrung der Dynamik und des Feuers unseres Vereins und Institutes. Diesen Prozess verstehen wir als Massnahme, um die bisherige Arbeit weiterhin qualitativ zu sichern.



TÄTIGKEITSBERICHT DES INSTITUTS

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle
Institutleiterin

So rasant wie der medizinische Fortschritt dem Bewältigungsvermögen der Menschen vorauseilt, wachsen die ethischen Dilemmasituationen, die durch das neue Können in Medizin und Pflege entstehen. Diese Vielfalt von Themen und Aufgaben widerspiegelt sich in den verschiedenen Tätigkeitsgebieten und Angeboten unseres Instituts, mit denen wir Hilfsmittel und Instrumente für die privaten und die gesellschaftlichen Entscheidungsbildungsprozesse für diese ethischen Dilemmasituationen entwickeln und anbieten. Mit dem ganzen Menschen im Blickpunkt ist es unser Anliegen, die Entscheidungskompetenz im Gesundheitswesen zu fördern, zu begleiten und zu unterstützen. Dabei bieten wir Orientierungshilfe, Verfahren zur Sicherung der Entscheidungsqualität und setzen uns für eine faire Verteilung der Leistungen und Mittel im Gesundheitswesen ein.

Orientierungshilfe

Die ethischen Dilemmasituationen in Medizin und Pflege werden oft sehr kontrovers diskutiert. Bei solchen Kontroversen wollen wir im Rahmen des Instituts sowohl den Dialog zu ethisch bedeutsamen Themen des Gesundheitswesens fördern als auch bewusst inhaltlich Stellung nehmen. Ist es uns als Institutsteam möglich, in der notwendigen Zeit einen Konsens zu finden, wird die Stellungnahme im Namen des Instituts der Öffentlichkeit präsentiert. Ist dies nicht der Fall, so treten die Institutsmitglieder mit ihrer Meinung als Privatpersonen in Erscheinung. Mit solchen inhaltlichen Stellungnahmen möchten wir ein Zeichen setzen, dass sich die Ethik auch in einer pluralistischen Gesellschaft nicht vom inhaltlichen Ringen um Werte und Normen verabschieden und aus dem demokratischen Meinungsbildungsprozess herausnehmen darf, indem sie sich allein auf den Typ der Verfahrensethik beschränkt.

Zum Zwecke der persönlichen Meinungsbildung bieten wir interdisziplinäre Arbeitsgruppen zu verschiedenen Themen an, die den Dialog zwischen unterschiedlichen Standpunkten fördern sollen.

Unser Kurzlexikon, welches wir per Internet monatlich verschicken und unsere Institutspublikationsreihe, welche im Peter Lang Verlag herausgegeben wird, finden guten Anklang. Hier wird im Mai diesen Jahres als zweiter Band mein Buch «Moderne Medizin – Chance und Bedrohung. Eine Medizinethik entlang dem Lebensbogen» erscheinen, und auf Ende Jahr ist die Herausgabe des Buches zur Entscheidungsfindung in der Neonatologie geplant.

Förderung der Entscheidungsqualität

Die Entscheidungsbildung bei nicht mehr entscheidungsfähigen Menschen gestaltet sich immer wieder als sehr schwierig, und es ist hilfreich, wenn der Patientenwille schriftlich vorliegt. Wir geben deshalb seit dem vergangenen Jahr das Human-Dokument, eine neue Art von Patientenverfügung, heraus. Dieses Projekt wird von lic. iur. Hans-Peter Sinniger geleitet und betreut. Zur Förderung der Entscheidungskompetenz in Kliniken bieten wir Begleitung und Unterstützung von sogenannten «Ethik-Foren» an. Dr. med./lic.theol. Diana Meier-Allmendinger führt neu ein Forum in der Klinik Rheinau. Daneben gibt es Foren am UniversitätsSpital Zürich, dem Kantonsspital Winterthur, dem Stadtspital Triemli, dem Spital der Stiftung Diakoniewerk Neumünster – Schweizerische Pflegerinnenschule und dem Kreisspital Männedorf. Mit dem Bezirksspital Affoltern am Albis haben wir eine andere Art interdisziplinären Arbeitens gefunden. Die Foren haben in diesem Wintersemester gemeinsam eine gut besuchte Veranstaltungsreihe, die sogenannten «Zürchergespräche über Leben – Leiden – Sterben und Tod» durchgeführt, die unser Institut koordiniert und organisiert hatte. An der Theologischen Fakultät der Hochschule Luzern hatten wir während dem Wintersemester 00/01 einen Lehrauftrag zum Thema «Frau und Medizin». Einen ständigen Lehrauftrag im Bereich Medizinethik habe ich an der medizinischen Fakultät der Universität Zürich. Neben diesen Angeboten konnten wir die beiden Intensivseminare «Einführung in die Ethik» und «Interdisziplinäre Ethik im Gesundheitswesen» erfolgreich durchführen. Darüber hinaus hielten wir Referate im In- und Ausland. Ein Höhepunkt im März diesen Jahres war die Tagung «Handeln und Entscheiden angesichts von Leid und Schmerz» in Zürich und Zurzach. Mit dieser Tagung sind wir neue Wege interdisziplinären Arbeitens gegangen, indem wir mit Künstlerinnen und Künstlern die Tagung von Anfang an gemeinsam gestaltet haben. An der Tagungsplanung beteiligt waren Dr. Gerhard Ruff, Leiter der Probstei Wislikofen, Dr. Martin Kunz, selbständiger Musiktherapeut und Psychologe und Stefan Uhlig, Kunsttherapeut am Kinderspital in Zürich. Die Tagung hat uns in der Überzeugung gestärkt, dass bei der Suche der modernen Medizin nach ihrem Sinn Kunst eine wichtige Rolle spielen kann und soll.

Faire Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Zusammen mit dem Schweizerischen Tropeninstitut an der Universität Basel, das unter der Leitung von Prof. Dr. Marcel

Tanner steht, haben wir ein nationales Forschungsgesuch beim Schweizerischen Nationalfonds, «What are the determinants of the decision-making process for resource allocation in the Swiss health care system?», eingereicht. Das Projekt wird von Dr. med. MPH, PhD Doris Schopper geleitet. Sie hat bereits einen viel beachteten Bericht zum Gesundheitswesen im Kanton Genf erarbeitet. Das Projekt ist interdisziplinär breit abgestützt. Daran beteiligt sind die Fachhochschule für soziale Arbeit beider Basel mit Prof. Dr. Ueli Mäder, das Institut für Publizistikwissenschaft und Medienforschung der Universität Zürich mit Prof. Dr. Heinz Bonfadelli, die philosophische Arbeits- und Forschungsstelle für Ethik mit Prof. Dr. Anton Leist und die Fakultät für Rechtswissenschaften der Universität Zürich mit Prof. Dr. Heinrich Honsell. An dieses Forschungsprojekt angegliedert ist ein Vorprojekt, mit dem mittels einer Expertenbefragung der Stand der Leistungs- und Mittelverteilung in den Kantonen Zürich und Basel Stadt erhoben wird. Die Expertenbefragungen hierfür haben bereits stattgefunden. Einen grossen Teil dieser Interviews hat Dr. med. vet. Kaspar Büchi durchgeführt. Obwohl die Auswertung noch nicht abgeschlossen ist, kann bereits gesagt werden, dass die Untersuchungen interessante und wichtige Daten für den Meinungsbildungsprozess der Leistungs- und Mittelverteilung bereitstellen. Mit diesem Forschungsprojekt soll ein substantieller Beitrag zum Dialog, welcher der Meinungsbildungsprozess einer fairen Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen erfordert, geleistet werden.

Internes

Aber auch vereins- und institutsintern waren wir tätig. An der letzten Jahresversammlung hat der Dirigent Howard Griffith, Leiter des Tonhallenorchesters in Zürich, ein spannendes und sehr enthusiastisches Referat zum interdisziplinären Dialog gehalten. Er hat damit den Anfang zum interdisziplinären Dialog des Instituts mit der Kunst gemacht. Dieses Jahr freuen wir uns nun auf das Referat von Prof. Dr. Werner Arber, dem Nobelpreisträger, zum Thema «Wie beeinflusst Gentechnik die biologische Evolution?». Einmal mehr konnten wir drei Institutstretriten im Haus am Rhein von Prof. Dr. iur. Max Baumann durchführen. Sie waren unter anderem dem öffentlichen Auftritt des Instituts gewidmet. Zur Zeit befinden wir uns in einem Strukturierungsprozess. Die historisch gewachsenen Strukturen sind heute überlebt und bedürfen einer Neuordnung. Eine Umfrage an einschlägigen Stellen hat ergeben, dass wir bezüglich der Qualität unserer Arbeit ein ausgesprochen hohes Ansehen geniessen. Dies zeigt sich auch daran, dass unsere Ideen von verschiedensten Seiten kopiert werden. Die Strukturbereinigung verstehen wir denn auch als Massnahmen der Qualitätssicherung unserer bisherigen Arbeit. Dieser Prozess wird professionell von der Organisationsberaterin Cornelia Schinzilar begleitet. Auf dem Hintergrund dieser Standortbestimmung sind wir daran, die Arbeitsschwerpunkte des Insti-

tuts neu festzulegen und die zukünftigen Institutsaktivitäten zu planen. Unser Institut soll weiterhin den interdisziplinären Dialog und die Meinungsbildungsprozesse zu ethischen Fragen in Medizin und Pflege fördern und unterstützen und hierfür geeignete Instrumente entwickeln. All jenen, welche sich für diesen Dialog einsetzen wollen, bieten unser Verein und Institut verschiedene Möglichkeiten des Engagements.

Finanzielles

Erfreulicherweise können wir dieses Jahr eine ausgeglichene Rechnung präsentieren, weil wir die Erträge deutlich steigern konnten. Dies obwohl die erhofften Erträge aus dem Vorprojekt zur Ressourcenallokation vorläufig ausgeblieben sind. Trotzdem können wir bis anhin nur überleben, weil ein grosser Teil der professionellen Arbeit unbezahlt geleistet wird. Eine Situation, die nur in einer Pionierphase zu akzeptieren ist, denn das Institut muss langfristig auch ohne unentgeltliche Arbeit bestehen können.

Dank

Auch im vergangenen Vereinsjahr haben sich viele Menschen für unsere Anliegen engagiert. Ihnen allen sei an dieser Stelle herzlich gedankt. Hervorheben möchte ich dabei den Einsatz von Dr. Francesca Giuliani. Eindrücklich und kompetent hat sie Restrukturierungsaufgaben an die Hand genommen.



KURZLEXIKON

Monika Joss, Soziologin MA

Das Jahr 2000 stand ganz im Zeichen des Aufbaus des Kurzlexikons. Ich erhielt noch im Vorjahr vom Vorstand den Auftrag, einen Newsletter herauszugeben, in dem über die Vereinstätigkeit berichtet werden sollte. Nachdem die Institutsleiterin und ich einen ersten Vorschlag ausgearbeitet hatten, wurde im Vorstand zusätzlich der Wunsch geäussert, auch über Entwicklungen im Bereich Ethik informiert zu werden. In seiner Endfassung wurde schliesslich das Kurzlexikon in der jetzigen Form konzipiert – ein monatlicher Report, der kurz und kompetent über je ein ethisches Thema berichten soll. Dieser Bericht wird durch einen Kommentar ergänzt. Ich bin für die faktischen Recherchen und für das Verfassen des Informationstextes verantwortlich, die Institutsleiterin für den Kommentar. Mit Maria lori, unserer Sekretärin, als Lektorin konnte die Qualität des Kurzlexikons in Laufe des Jahres auch sprachlich verbessert werden.

Von den vielen Themen, die wir letztes Jahr bearbeitet haben, waren für mich diejenigen am spannendsten, die ich direkt vor Ort und nicht wie üblich vom Schreibtisch aus recherchieren konnte. So war die Tagung zur Stammzellenforschung im Herbst 2000 der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften ein herausragendes Ereignis, an dem fast alle grossen Medien versammelt waren. Ein ganz anderes Erlebnis war das Interview mit dem Leiter eines gross angelegten Untersuchungsprojektes zu vorgeburtlichen Untersuchungen in London. Ich war die erste Person aus dem deutschsprachigen Raum, die über dieses Forschungsprojekt berichtete, entsprechend interessiert waren die Reaktionen auch aus Deutschland.

In meinem Pensum von 20% hatte ich neben der Redaktion des Kurzlexikons auch die Dokumentation zu betreuen. Diese Arbeit konnte aus Zeitmangel nur rudimentär ausgeführt werden, was bedauerlich war, denn diese vielleicht eher unscheinbare Tätigkeit ist dennoch wichtig, weil sie eine Grundlage für die Kompetenz des Instituts bildet. Der Anstellungsgrad der Dokumentationsstelle wurde deshalb im Januar 2001 auf 50% erhöht. Dies entspricht dem realen Zeitbedarf, der für die Dokumentation und das Kurzlexikon benötigt wird. In diesem Zeitrahmen ist es möglich, vermehrt auch Beiträge von institutsunabhängigen Autorinnen und Autoren einzuholen und überhaupt besser zu planen. Die Zahl der Abonnemente ist zwar höher als ursprünglich angenommen, trotzdem ist es noch so, dass das Kurzlexikon nur zu etwa 3/4 durch die Einnahmen gedeckt wird. Hier sollte eine Steigerung möglich sein.



PROJEKT HUMAN-DOKUMENT (HD)

Hans-Peter Sinniger, lic. iur.

Gute Resonanz in der Öffentlichkeit

Mit grosser Spannung bewegten wir uns auf den Stichtag 8. November zu. Es war der Tag der öffentlichen Präsentation unseres «Human-Dokumentes». Wie würden die Medien eine neue, umfassende Patientenverfügung aufnehmen? Wieviele Menschen würden eine Verfügung ausfüllen und unsere übrigen Dienstleistungen in Anspruch nehmen? – Mit Genugtuung dürfen wir festhalten, dass das Echo erstens positiv und zweitens in unerwartet breitem Ausmass ausfiel. Namentlich die Sendung in Radio DRS löste eine wahre Flut von Anrufen aus. Aber auch die wohlwollende, ausführliche Berichterstattung in der Neuen Zürcher Zeitung sowie diejenige im Tages Anzeiger trugen zu einem hohen Bekanntheitsgrad des Human-Dokuments bei. Unsere eben erst eingerichtete Hotline lief auf Hochtouren.

Die positive Aufnahme in der Öffentlichkeit ist wohl in erster Linie auf die sorgfältige Erarbeitung des Dokumentes im Kreis des Vorstandes des Vereins für interdisziplinäre Ethik zurückzuführen. Vier Ärztinnen und Ärzte dieses Gremiums haben mit beispielhaftem Engagement immer wieder neue qualitätssteigernde Anregungen eingebracht.

Statistik (Stand 15. März 2001)

- Anzahl telefonische oder schriftliche Begehren um Zustellung des HD: **1300**
- Anzahl in Spitälern oder anlässlich von Veranstaltungen aufgelegte HD: **500**
- Anzahl zur elektronischen Erfassung retournierter HD: **70**
- Einnahmen in Fr.: **3300**

Die Besonderheiten des Human-Dokumentes

Es lässt der verfügbungswilligen Person drei Optionen offen, nämlich

- keine lebensverlängernden Massnahmen unter bestimmten Umständen
- sämtliche angemessenen medizinischen Massnahmen, wenn Hoffnung auf ein Überleben besteht
- Schmerzlinderung (beliebig oder nur zwecks erträglichem Zustand)

Zusätzlich können Aussagen gemacht werden zu allfälligen speziellen Kompetenzen von Bezugspersonen, zu religiösen Bedürfnissen, zur Obduktion, zur Organentnahme, zur medizinischen Forschung usw.



NEUES ETHIKFORUM RHEINAU/SCHAFFHAUSEN

Dr. med. Diana Meier-Allmendinger

Dienstleistungen

Das Institut Dialog Ethik bietet im Zusammenhang mit dem Human-Dokument folgende Dienstleistungen an:

- Hotline rund um die Uhr; Telefonnummer. 0848 86 85 85
- Abgabe einer Plastikkarte mit wichtigsten Angaben
- Elektronische Datenerfassung
- «Automatische» Neudatierung/Aktualisierung alle zwei Jahre
- Kundennähe: Persönliche Beratung durch Fachleute des Instituts
- Permanente Kontakte zu Spitälern und Krankenheimen im Raum Zürich
- Mithilfe bei konkreter Entscheidungsfindung

PR-Massnahmen

Dank der Medienkonferenz war zunächst für breite Publizität gesorgt. Es folgten Beiträge in verschiedenen andern Tageszeitungen und Zeitschriften (zum Beispiel Kirchenbote des Kantons Zürich, Schweizer Illustrierte).

Den Spitälern wurde angeboten, im Rahmen ihrer Fortbildungsveranstaltungen über das Human-Dokument zu referieren. Einige haben davon Gebrauch gemacht. Diese willkommene Art der «Werbung» wird weiterhin praktiziert, auch in Altersheimen.

Mit dem Ärzte- und Apothekerverband sind wir ebenfalls im Gespräch. Hier käme eine Abgabe an ihre Kundinnen und Kunden in Frage.

Finanzierung

Die Finanzierung des Projektes soll über Sponsoring-Gelder erfolgen. Hauptausgaben sind die Personalkosten sowie die Aufwendungen für Drucksachen. Da das Human-Dokument das Tabu-Thema «Sterben/Tod» zum Gegenstand hat, ist es für potenzielle Sponsoren nicht einfach, ein Produkt damit in Verbindung zu bringen. Die Bemühungen um mögliche Sponsoren laufen weiter. Um die direkten Einnahmen aus dem Versand des Human-Dokuments zu verbessern, wurden die diversen Gebühren angehoben.

Seit Februar 2000 ist in der Psychiatrischen Klinik Rheinau in Zusammenarbeit mit dem Psychiatriezentrum Schaffhausen ein für beide Kliniken gemeinsames Ethikforum unter meiner Leitung eingerichtet. Die insgesamt 15 Forummitglieder stammen aus verschiedenen Bereichen wie Pflege, Seelsorge, Ärztlicher Dienst, Psychologischer Dienst, Sozialdienst, Gestaltende Therapie, Ausbildung und tragen so der gewünschten Interdisziplinarität eines Ethikforums Rechnung.

Die ersten Treffen dienten dem Einstieg und der Einführung in das Gebiet der medizinischen Ethik. Anhand von Falldarstellungen wurden spezifische Fragestellungen aufgeworfen wie «Entscheidungsfähigkeit und Autonomie bei psychischer Krankheit», «Chronisches Kranksein, Langzeithospitalisation und Autonomie». Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer beteiligen sich mit Engagement an den einzelnen Sitzungen. Die Diskussionen spiegeln Konflikte aus dem Klinikalltag und sind häufig auch kontrovers. Hier werden die Suche und der Bedarf nach Entscheidungskriterien evident, was die Teilnehmerinnen und Teilnehmer weiter beschäftigen wird.

Für das Jahr 2001 hat das Ethikforum zwei Themenschwerpunkte ausgewählt: «Sterbehilfe» und «Zwangsbehandlung». Eine interne Fortbildung zum Thema Sterbehilfe ist für September geplant.



PRIORITÄTENSETZUNG IM SCHWEIZER GESUNDHEITSWESEN

Dr. med. Doris Schopper

In den letzten fünfzig Jahren haben ein allgemein verbessertes Wirtschafts-, Sozial- und Erziehungsniveau, und gleichzeitig die Bereitstellung einer qualitativ und technologisch immer anspruchsvolleren medizinischen Versorgung dazu beigetragen, den Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung erheblich zu verbessern. Es galt bis vor kurzem als eine unumstrittene Tatsache, dass jeder Einwohner zu den Leistungen dieses Systems Zugang haben sollte. Seit einigen Jahren scheinen aber neue Finanzierungsmechanismen und Sparmassnahmen im Gesundheitswesen dazu geführt zu haben, dass gewisse Leistungen nur noch beschränkt oder zum Teil nicht mehr zugänglich sind. Das führt zu einer Diskussion über die Notwendigkeit, Leistungen im Schweizerischen Gesundheitswesen systematisch zu beschränken, also zu rationieren.

In vielen Wohlstandsgesellschaften findet diese Debatte schon seit über zehn Jahren statt und hat dazu geführt, dass anhand expliziter Kriterien ein «medizinisches Grundversorgungspaket» definiert wurde, das allen Einwohnern zugänglich sein sollte (zum Beispiel US-Bundesstaat Oregon, Niederlande, Neuseeland, Schweden, Norwegen, Israel und seit kurzem Grossbritannien). Nur wenige Länder haben darüber hinaus ein nationales Rahmenkonzept zur medizinischen Mittelzuteilung entwickelt. In der Schweiz steckt die Diskussion um Prioritätensetzung noch in den Kinderschuhen, und es gibt kein nationales Rahmenkonzept.

Seit letztem Herbst hat nun Dialog Ethik in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Tropeninstitut (STI) eine erste interdisziplinäre Studie durchgeführt, um eine bessere Entscheidungsgrundlage für den Umgang mit knappen Ressourcen im Schweizer Gesundheitswesen zu schaffen. Auf der einen Seite arbeitet Dialog Ethik an der Umsetzung des «Zürcher Manifestes» und andererseits versucht das STI aufzuzeigen, wie Erfahrungen aus der Gesundheitsplanung in Gebieten mit enormer Mittelknappheit für unsere Kantone kapitalisiert werden können. Die Studie, die voraussichtlich im Juni 2001 abgeschlossen wird, wird vergleichend für die Kantone Basel-Stadt und Zürich ausgeführt und besteht aus vier komplementären Teilen.

1. Der Kostenanstieg in der medizinischen Versorgung in den letzten zehn Jahren wird im Spital- und ambulanten Bereich untersucht. Dazu werden Daten des Bundesamts für Statistik (aufgeschlüsselt nach Kostenträger), Spitalberichte der letzten zehn Jahre für alle Spitäler der beiden Kantone, und Ausgaben der Krankenkassen seit 1990 analysiert.
2. Das Ausmass und die Art der Rationierung, Rationalisierung und Überversorgung wird in den beiden Kantonen erhoben. Dazu werden über 30 Expertengespräche mit Repräsentanten aus fünf Bereichen (medizinische Versorgung stationär, Pflege stationär, Ärzte ambulant, Pflege ambulant, Patientenorganisationen und Vertrauensärzte der Krankenkassen) geführt und systematisch analysiert.
3. Anhand von konkreten Fallbeispielen aus dem Jahr 1999 (Fall «Novoseven» am 13. Januar 1999, Publikation des Manifest für faire Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen am 16. Januar, Tarife für Spitalärzte am 29. Januar) wird der Mediendiskurs über Rationierung auf der Basis einer systematischen Inhaltsanalyse untersucht.
4. Schliesslich werden Erfahrungen in anderen Ländern, Entscheide über Rationierung im Gesundheitswesen in möglichst sachlicher und für die betroffene Gesellschaft annehmbarer Form zu fällen, zusammengefasst und auf ihre mögliche Anwendbarkeit in der Schweiz überprüft.

Die Resultate dieser Studie werden in einem Bericht publiziert, der zu einer möglichst breiten Debatte darüber führen soll, wie Entscheide über etwaige Leistungsbegrenzung getroffen werden sollten, von allen Betroffenen als ausgewogen und fair akzeptiert und gesellschaftlich umgesetzt werden können.

DIALOGGRUPPEN



Projektgruppe «Psychiatrie und Psychotherapie»

Dr. med. Diana Meier-Allmendinger

Von April 2000 bis Februar 2001 fanden fünf Treffen statt. Kreisend um das Thema Versorgungsqualität beschäftigte sich die Gruppe mit den Verteilungskriterien «Qualy/Daly» und deren spezifischen Auswirkungen auf chronisch und psychisch erkrankte Menschen. Bezüglich Psychiatrie wurde festgestellt, dass beide Instrumentarien methodische Schwierigkeiten beinhalten. Auch ist die Definition der Lebensqualität unklar und entspricht einem aus der somatischen Medizin entstandenen empirischen Konstrukt. Eine psychische Erkrankung kann damit nur schwer erfasst werden. Leider konnte eine weitere Diskussion zu dieser Thematik bisher aufgrund mangelnder Teilnehmerzahl nicht fortgeführt werden. Somit sind Fragen nach den Ziel- und Wertvorstellungen einer guten psychiatrischen Versorgung noch offen.

Zwei Sitzungen dienten der Vorbereitung der Workshops zur Tagung «Handeln und Entscheiden angesichts von Leid und Schmerz» (Zürich 15. bis 17. März 2001).

Weitere Treffen sind noch nicht geplant, jedoch besteht der Wunsch einzelner Teilnehmerinnen und Teilnehmer, sich zur Mitarbeit an konkreten Projekten erneut zu treffen.



Projektgruppe Ethische Aspekte einer fairen Leistungs- und Mittelverteilung im Gesundheitswesen

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

Die Projektgruppe setzte sich zuerst mit verschiedenen Gerechtigkeitskonzepten auseinander. Wie der Dialog rund um die Fragen einer fairen Ressourcenallokation in der Schweiz ganz allgemein zeigt, fehlen für eine fundierte Diskussion über eine faire Leistungs- und Mittelverteilung sowohl die hierfür notwendigen Daten, als auch detaillierte Analysen des Entscheidungsprozesses selbst. Auf diesem Hintergrund wurde das auf Seite 4 vorgestellte Nationalfondsprojekt mit dem Vorprojekt zur Ressourcenallokation zusammen mit dem schweizerischen Tropeninstitut lanciert. Die Gruppe setzte sich mit den entsprechenden Projektentwürfen auseinander und hat daraufhin in längeren Abständen getagt. In den kommenden Monaten wird die Arbeitsgruppe den Entstehungsprozess des Berichtes des Vorprojekts zum Nationalfondsprojekt kritisch begleiten.



Arbeitsgruppe Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen im Gesundheitswesen

Dr. med. Werner Tschan

Nach der Konstituierung der Arbeitsgruppe am 19. Juni 2000 erfolgte vorerst eine allgemeine Einarbeitung und Vertiefung in die Thematik. Vom Leiter wurde ein Reader mit Fokus- und Hintergrundtexten zusammengestellt und an alle Teilnehmer abgegeben. Die Texte werden vorbereitet und bilden die Diskussionsbasis. Die kontinuierliche Auseinandersetzung öffnet den Blick auf neue Fragestellungen und sensibilisiert alle in ihrer Wahrnehmung von Grenzverletzungen. Dabei haben die Teilnehmer Gelegenheit, eigene und persönliche Erfahrungen in der Gruppe zu diskutieren und mögliche Handlungsweisen und Strategien zu erarbeiten. Es zeigen sich unterschiedliche Defizite im Spital-, Institutions- und Praxisalltag. Eine Ärztin berichtet über sexuell gefärbte Belästigungen durch Patienten im Rahmen ihrer fachärztlichen Tätigkeit in einer Klinik, und die völlig fehlende Unterstützung durch Vorgesetzte: «Sie habe da offenbar persönliche Schwierigkeiten. Die Klinik könne nichts machen.» Solche Probleme stellen mögliche Aspekte von Grenzverletzungen und fehlendem Verantwortungsbewusstsein innerhalb des Gesundheitswesens dar.

Die Arbeitsgruppe sammelt weiter Medienberichte zur Thematik und reflektiert diese Berichte unter den Aspekten von Grenzverletzungen, Machtmissbrauch oder -anmassung. Beispiele für solche Reflexionen bieten beispielsweise obligate Impfungen für definierte Personenkreise. Weitere strukturelle Probleme stellen sich beispielsweise im Pflegebereich, wenn sexuell traumatisierte Frauen auf gemischt-geschlechtlichen Abteilungen hospitalisiert werden, wie dies in der Psychiatrie häufig geschieht. Nebst den praktischen Fragestellungen werden die zugrunde liegenden ethischen Aspekte reflektiert.

Die acht Teilnehmer – fünf Frauen, drei Männer – haben sehr verschiedene berufliche Hintergründe und bereichern damit die Diskussion ungemein. Von der Altersstruktur her besteht ebenfalls ein beträchtliches Spektrum – von der nahen Pensionierung bis zu mitten im Berufsleben stehend. Damit ergibt sich eine interdisziplinär zusammengesetzte Gruppe: Sozialarbeiterin, Krankenpflegerin, Hebamme, Ärztin (Allgemeine Medizin), homöopathischer Arzt, Psychologe am Schulpsychol. Dienst, Versicherungsfachmann (Krankenversicherung), Psychotherapeutin.

Die Gruppe hat vereinbart, sich achtmal jährlich zu einer Arbeitssitzung zu treffen. Initial stand die Teilnahme offen für alle Interessierten. Es wurde damals beschlossen, die Arbeits-

gruppe als geschlossene Gruppe zu formieren, d.h. dass nach zwei bis drei Sitzungen keine neuen Teilnehmer mehr aufgenommen werden sollen. Einerseits wegen dem entstehenden Know-how, andererseits wegen der persönlichen Auseinandersetzung mit der Thematik von Missbräuchen und Grenzverletzungen. Einzelne Teilnehmer haben sich bereit erklärt, an der Tagung «Leid und Schmerz» mitzuwirken. Es ist vorgesehen, die Gruppe in dieser Form über rund zwei Jahre zu führen.



Arbeitsgruppe Medizin und Spiritualität

Dr. theol. Heinz Rügger

Da die Arbeitsgruppe erst Anfang November 1999 ihre Arbeit aufnahm, war das Jahr 2000 ihr erstes eigentliches Arbeitsjahr. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen trafen sich insgesamt achtmal in den Räumlichkeiten des Instituts.

Anfänglich ging es darum, sich gegenseitig kennenzulernen, die verschiedenen Hintergründe und Erwartungen darzustellen und daraus eine gemeinsame Arbeitslinie zu entwickeln. Da sich die Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern sehr unterschiedlicher Disziplinen (Medizin, Psychiatrie/Psychotherapie, Theologie, Pädagogik, Handwerk/Unternehmertum) zusammensetzt und da die acht Mitglieder auch religiös-weltanschaulich sehr verschiedene Orientierungen mitbringen, (christlich, prot. + kath., buddhistisch, esoterisch, humanistisch-philosophisch), brauchte es einige Zeit und Anstrengung, um eine verständliche Sprache für das zu finden, was alle gemeinsam, aber doch auf je unterschiedliche Weise bewegte. Wir setzten bewusst immer wieder bei eigener persönlicher und professioneller Erfahrung ein; daneben lasen und besprachen wir etwas Weniges an Literatur.

Zwischen Spiritualität und Medizin (aber auch zwischen Spiritualität und Theologie!) herrschen in der Regel Berührungspunkte. Dennoch ist nicht zu bestreiten, dass die Bereiche des Religiös-Spirituellen und des Medizinisch-Therapeutischen ursprünglich (und in manchen Kulturen noch heute) eng miteinander verbunden sind. Warum das heute nicht mehr so ist und welche Anzeichen eines neuen Interesses füreinander bestehen, wurde diskutiert. Allen gemeinsam war die Überzeugung, dass das traditionelle, an rein kartesische Grundlagen orientierte Modell westlicher Schulmedizin problematisch reduktionistisch ist und in ein umfassenderes, mehrdimensionales Verständnis des Menschseins und der Phänomene Gesundheit und Krankheit eingebunden werden müsste.

Die Arbeitsgruppe widmete sich intensiv der Frage, was über das Psychosomatische hinaus mit der Dimension der Spiritualität eigentlich gemeint sei und wie sich dies zu Religion verhält. Facetten von Spiritualität wurden identifiziert und sowohl in ihrem Verbindenden als auch in ihrer Verschiedenheit erörtert.

Die Gruppe blieb über das ganze Jahr über ziemlich konstant in ihrer Zusammensetzung und erfreut sich reger Beteiligung der Mitglieder. Es ist vorgesehen, den Prozess noch bis Ende 2001 oder Anfang 2002 weiter zu führen und dann möglicherweise mit einer Fachtagung zur Thematik «Medizin und Spiritualität» abzuschliessen.



Arbeitsgruppe Medizin und Behinderung

Martin Haug, Heilpädagoge

Die Arbeitsgruppe «Medizin und Behinderung» plant die Durchführung einer Tagung für medizinisches und heilpädagogisches Fachpersonal unter dem Titel «Medizin und Behinderung» im Sommer/Herbst 2002.

Der Anlass wird sich in Referaten und Workshops mit den folgenden Themen befassen:

- Übergänge/Grenzen zwischen Behindertsein – Kranksein (fliessend oder klar?)
- Wer ist krank? (Ist ein Mensch mit geistiger Behinderung krank?)
Wer ist behindert? (Ist ein Dialysepatient behindert?)
- Ist behindertes Leben a priori mit Leiden verbunden?
- Was weiss die Medizin, was wissen Medizinerinnen und Mediziner von Behinderung, vom Leben mit einer Behinderung?
- Woran «leiden» behinderte Menschen? An der körperlichen Schädigung und/oder an den diskriminierenden gesellschaftlichen Rahmenbedingungen?
- Verhindert die Medizin die Akzeptanz eines Lebens mit einer Behinderung?
- Wo verläuft die Grenze zwischen dem medizinischen Nutzen und dem medizinischen Schaden für das Leben eines Menschen mit einer Behinderung?
- Welche medizinischen Entwicklungen stellen das Lebensrecht behinderter Menschen in Frage?
- Brauchen behinderte Menschen mehr Medizin als nichtbehinderte Menschen?

- Welche Aufgabe hat die Medizin gegenüber behinderten Menschen?
- Wie begleiten Medizinerinnen und Mediziner Eltern, denen ein behindertes Kind geboren wird?
- Interessiert sich die medizinische Forschung für Behinderung? Sind beispielsweise alte Menschen für die Forschung die interessante Zielgruppe?
- Untersuchung der Gleichung: invalid = wertlos; behindert = krank = gebrechlich = alt = Tod
- Die Medizin hilft, dass Menschen mit Behinderung keine Kinder bekommen und dass Föten mit Behinderung nicht geboren werden.
Welches Menschenbild steht hinter diesen «Dienstleistungen»?

DIALOG ZU ETHISCH KONTROVERSEN THEMEN

Wie es die Bezeichnung des Instituts ausdrückt, ist es dem Dialog verpflichtet. Das bedeutet nichts anderes als die Auseinandersetzung mit verschiedenen Meinungen, auch aus den eigenen Reihen. Kontrovers diskutiert innerhalb des Instituts haben wir die Neuregelung des Zürcher Stadtrates, welche die Beihilfe zur Selbsttötung in den Altersheimen und den Pflegeheimen der Stadt Zürich neu zulässt und damit das Verbot aus dem Jahre 1987 aufhebt.

Sterbehilfedebatte in Kranken- und Pflegeheimen: Wann ist der Wunsch auf Beihilfe zur Selbsttötung ein selbstbestimmter Entscheid?

Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle

Mit dem folgenden Artikel, der am 6. November 2001 in der Neuen Zürcher Zeitung als einer der ersten Kommentare zur neuen stadträtlichen Weisung erschienen war, hatte ich Stellung genommen.

Das hohe Gut der Menschenwürde begründet das moderne Autonomieethos und die Demokratie. Kein Mensch darf ungefragt Mittel zum Zweck von irgendwelchen Zielen gemacht werden. Menschen, welche noch nicht, nicht oder nicht mehr zur Selbstbestimmung fähig sind, sind vom Staat vor Instrumentalisierung zu schützen. Der Autonomieanspruch findet denn auch seine Grenze an den Interessen anderer Menschen. Interessenkonflikte zwischen Menschen werden in einer demokratischen Gesellschaft durch das Recht geregelt. Eine der Grundvoraussetzungen für humanes Zusammenleben im modernen Staat ist das Tötungsverbot. Trotzdem ist es dem Menschen erlaubt, sich selber zu töten. In der Schweiz ist sogar die Beihilfe zur Selbsttötung zugelassen, welche in vielen anderen Staaten verboten ist. Auf diesem Hintergrund hob der Stadtrat von Zürich nun das Verbot der Beihilfe zur Selbsttötung aus dem Jahre 1987 (vgl. NZZ vom 27. Oktober 2000) in den Altersheimen und den Pflegeheimen auf. Dieses Verbot entspreche nicht mehr dem heutigen Autonomieverständnis des modernen Menschen in einem pluralistischen Staat.

Damit ein Entscheid autonom gefällt werden kann, bedarf es bestimmter Rahmenbedingungen. Entscheide sind nicht punktuelle Ereignisse in einem zeit- und geschichtslosen Raum, sondern stehen in einem gesellschaftlichen Kontext. Sie werden zudem beeinflusst vom gesellschaftlichen Klima. Untersuchungen zeigen, dass Menschen sich dann selbst töten oder sich töten lassen wollen, wenn sie starke Schmerzen haben oder einen Autonomieverlust erleben. Bei einer guten palliativen Behandlung und Betreuung, welche den Menschen die Schmerzen nimmt und sie auf dem Weg des Sterbens begleitet, verliert sich der Tötungswunsch meist. Was sie brau-

chen, ist eine professionelle Behandlung und Betreuung. Diese benötigen Raum, Zeit und ausgebildetes Personal, das auch etwas von der Hilfe beim Sterben versteht und weiss, wie Entscheide angesichts von Leid und Schmerz zu fällen sind. Das alles kostet Geld. In der Stadt Zürich bestehen in allen drei Bereichen grosse Defizite. Mit ihren Protestkundgebungen machen das Pflegepersonal und die Assistenzärzte eindrücklich auf die Notstände aufmerksam. Weil die Zeit fehlt, müssen Patienten liegen gelassen, künstlich ernährt und zu früh ins Bett gebracht werden. Wegen Mangel an ausgebildetem Personal geschieht die Betreuung der Chronischkranken oft unprofessionell. In der Ausbildung der Mediziner fehlt die Auseinandersetzung mit Sterben und Tod genauso, wie die Schulung ihrer Kommunikations- und Urteilsbildungskompetenz. Auch heute werden angehende Mediziner kaum in der Palliativmedizin ausgebildet.

Wie soll in dieser Situation entschieden werden, ob der Tötungswunsch des Patienten im Pflegeheim wegen den bestehenden Missständen entsteht oder tatsächlich seiner Autonomie entspringt? Viele Menschen in Pflegeheimen sind teilweise dement und verwirrt. Wer soll über deren Urteilsfähigkeit entscheiden? Eine solche Entscheidung bedarf der genauen Beobachtung des Patienten. Wer ausser dem Personal, das nach Stadtrat Neukomm nicht in den Entscheid mit einbezogen werden soll, kann hierüber überhaupt eine Aussage machen? Wie wird damit umgegangen werden, dass ein Mensch an einem Tag sterben möchte und am anderen nicht mehr? Die vom Stadtrat angekündigten Schutzmassnahmen kommen erst dann zum Tragen, wenn Zweifel an der Urteilsfähigkeit eines Menschen bestehen. Nur wer fällt diesen Entscheid und nach welchen Kriterien? Die Sterbehilfeorganisationen sind wegen ihren Anwendungspraktiken in der Vergangenheit immer wieder in die Schlagzeilen gekommen. Auch zum heutigen Zeitpunkt ist ihr Handeln fraglich, so halten sie oft ihre eigenen Regeln wie die Wartefrist zwischen Entscheid und Tötung nicht ein. Wer kontrolliert diese Organisationen? Was für Auflagen müssen sie erfüllen?

Es ist auch unverständlich, warum bei der Neubeurteilung der Situation zwischen den Altersheimen und den Pflegeheimen keine Unterscheidung vorgenommen wurde. Zudem ist nicht plausibel, warum in den Pflegeheimen Beihilfe zur Selbsttötung erlaubt und in den Spitälern verboten sein soll.

Im Kontext eines Pflegenotstandes, wie er zur Zeit im Kanton Zürich besteht, ist eine optimale Behandlung und Betreuung von pflegebedürftigen Menschen nicht möglich. Wie kann unter diesen Umständen von einem selbstbestimmten Tötungswunsch gesprochen werden? Eine Gesellschaft, die seit langer Zeit den Pflegenotstand toleriert und gleichzeitig den pflegebedürftigen Menschen die Option der Selbsttötung offiziell in ihren Institutionen ermöglicht, setzt ein eindeutiges Zeichen, wie sie in Zukunft den Pflegenotstand gelöst haben möchte.

Es kann nicht geleugnet werden, dass in Ausnahmefällen bei gewissen Menschen der Selbsttötungswunsch auch unter besten Behandlungs- und Betreuungsbedingungen bestehen bleibt und nicht Ausdruck einer Depression ist. Dass der Wunsch zur Beihilfe der Selbsttötung diesen Menschen in einer pluralistischen Gesellschaft nicht abgesprochen werden kann, ist einsichtig. Aber auch ihr Wunsch hat sich an den Schutzansprüchen der Schwachen zu messen. Ob es verantwortbar sein kann, die Beihilfe zur Selbsttötung in öffentlichen Institutionen durchzuführen und damit die Tötungsoption nicht nur im privaten, sondern auch im öffentlichen Bereich zuzulassen, ist offen. Um diese Frage zu entscheiden, bedarf es eines längeren gesellschaftlichen Diskurses und nicht eines präsidialen Entscheides durch den Stadtrat.

Ich bin anderer Meinung

Hans-Peter Sinniger, lic.iur.

Wenn in unserem Strafgesetzbuch die Beihilfe zum Selbstmord – sofern sie aus nicht selbstsüchtigen Beweggründen geschieht – zulässig ist (Art. 115), so gilt das grundsätzlich für das ganze Gebiet der Schweiz beziehungsweise für alle seine Einwohnerinnen und Einwohner. In diesem Sinn wird die Sterbehilfe nur für diejenigen Heimbewohnerinnen und -bewohner gestattet, die dort zivilrechtlichen Wohnsitz haben (was beispielsweise bei Krankenhauspatientinnen und -patienten nicht der Fall ist). Die bisherige Ausnahmeregelung widersprach dem Grundprinzip der Rechtsgleichheit (Bundesverfassung Art. 8).

Gewiss sehe ich die theoretische Gefahr der Suizidhilfe in Heimen als Mittel zu Problemlösungen. Ich sehe auch die Schwierigkeiten bei der Anerkennung einer Urteilsunfähigkeit, die die Suizidhilfe verbieten würde. Der Personalmangel darf aber nicht dazu missbraucht werden, äusserst schwerwiegende Unterstellungen zu konstruieren. Heimleitungen und -mitarbeitenden traue ich zu, dass sie bei Missständen Alarm schlagen. Sie sind es auch, die für die ihnen anvertrauten Menschen Schutzmassnahmen gegen missbräuchliche Suizidhilfe treffen können; ein Schutz, der Suizid-»Willigen« ausserhalb der Heime nicht zukommt. Nur weil Mitglieder einer so genannten Freitodhilfe-Organisation schon fragwürdige Praktiken angewendet haben, darf der menschenfreundliche Aspekt der aus echtem Mit-Leid erfolgenden Suizidhilfe nicht ausser Acht gelassen werden.



ZÜRCHER GESPRÄCHE ÜBER LEBEN, LEIDEN, STERBEN UND TOD

Dr. med. Bernhard Gurtner

Die von November 2000 bis März 2001 laufende öffentliche Vortragsreihe, welche von allen Ethikforen gemeinsam getragen wurde, war lange vor dem umstrittenen Entscheid des Zürcher Stadtrates bezüglich Suizidbeihilfe in Alters- und Pflegeheimen geplant worden. Sie erhielt durch dieses Tagesgeschehen eine zusätzliche Bedeutung, galt es doch, Begriffe zu klären, Fakten darzulegen und vertretbare Lösungen für ein gutes Sterben in den Kliniken gemeinsam zu diskutieren.

Das Gespräch im UniversitätsSpital Zürich über die Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden fand nur wenige Wochen vor der Legalisierung der aktiven Sterbehilfe durch das niederländische Parlament statt. Laut einer anonymisierten Umfrage war die verlangte Meldepflicht nur von 41% der an Sterbehilfe beteiligten Ärzte erfüllt worden. Jedes Jahr sollen rund 1000 Tötungen ohne Einwilligung der (nicht befragbaren) Patienten erfolgen. Dennoch äusserten sich beide holländischen Referenten eher positiv zur Entkriminalisierung der Euthanasie in ihrem Land, die inzwischen von 90% der Bevölkerung und 88% der Ärzte befürwortet werde. Parlamentarische Vorstösse in der Schweiz (Ruffy 1994, Cavalli 2000) zielen darauf hin, aktive Sterbehilfe unter bestimmten eng umschriebenen Bedingungen ebenfalls für straffrei zu erklären.

Ganz auf der Linie einer unbeschränkten Selbstbestimmung am Lebensende lag die Meinung der zahlreichen älteren Teilnehmenden, die sich im Triemlispital von Professor Bühlmann (Kinderklinik), Frau Dr. Lüthy (IPS) und Stationsleiterin Frau R. Grunder anhand einiger Fallbeispiele über passive Sterbehilfe orientieren liessen, insbesondere über Einsatz oder Unterlassung von Reanimationen. Fast unisono lehnten die Zuhörenden eine obere Altersgrenze für lebensverlängernde Massnahmen ab, seien die Erfolgchancen noch so klein.

Autopsie wozu? – Wie können die Anliegen der Patientinnen und Patienten oder Angehörigen berücksichtigt werden? – Die Veranstaltung am Kantonsspital Winterthur orientierte über die gängige Praxis und über die kantonal geplanten Verbesserungen der Patientenrechte.

Im Spital Neumünster stand das Thema «Was unterscheidet die aktive von der zulässigen passiven Sterbehilfe? – Wie gross ist der ärztliche Handlungsspielraum?» im Mittelpunkt. Nach einigen Begriffsdefinitionen durch den theologischen Leiter Dr. H. Rügger stellte Chefarzt Dr. Frick klar, warum in einem Akutspital kein Platz für aktive Sterbehilfe sein darf, wohl aber für einen wohlüberlegten Verzicht auf nutzlose Therapien nach Rücksprache mit allen Beteiligten. Pflegeheimleiterin Frau J. Meyer äusserte sich dahingehend, dass sie den Tod bei ihren Betreuten nicht als therapeutische Niederlage, sondern als natürliches, wenn auch oft schwieriges Scheiden erlebe.

An der Schlussveranstaltung im UniversitätsSpital Zürich liess Dr. Roberto Malacrida als Leiter der Intensivstation in Lugano mit einer beruhigenden Bildmeditation durchblicken, dass auch im Bereich hochentwickelter Medizin-Technik ein würdiges Sterben ermöglicht werden kann, wenn die Räume und Herzen geöffnet werden. Seine von grosser Erfahrung getragenen Ausführungen über den Umgang mit therapeutischer Ohnmacht, bitterer Wahrheit, verängstigten Angehörigen und überfordertem Personal hinterliessen einen nachhaltigen Eindruck.

Die Veranstaltungsreihe wird voraussichtlich im nächsten Winter fortgesetzt.