

proposer une assistance au suicide «conformes aux règles établies par la confédération». On passerait ainsi d'une logique de la *liberté encadrée* à une logique de la *caution d'état*.

4.2. Deuxième variante:

Cette variante qui met, de fait, hors la loi les formes de suicide assistées et *organisées* a l'avantage d'être claire et de ne pas prévoir de procédure particulière. Elle présente cela dit d'autres difficultés. Fondamentalement, nous nous demandons quels sont les arguments spécifiques qui rendraient punissable l'aide au suicide du fait qu'elle est proposée par des organisations. Il faut que ces arguments soient à caractère non religieux et non liés à une vision particulière de la vie et de la mort, mais qu'ils soient des arguments contraignants pour un état de droit. Le fait qu'un suicide soit entrepris à l'aide d'une organisation ne saurait le rendre automatiquement moins volontaire qu'un suicide entrepris avec une aide strictement privée. Cela ne saurait pas non plus rendre son assistance plus égoïste.

Au-delà de ces considérations de principe, il faut aussi souligner le fait que l'application de la deuxième variante provoquerait des *pratiques clandestines* pratiquement incontrôlables. Il serait très difficile pour les autorités d'enquête de prouver qu'un acte suicidaire «de bilan» ait eu lieu sans aucune aide de la part d'organisation, et qu'il soit l'œuvre exclusive de proches ou d'amis. De toute façon, la preuve doit être donnée, non par les proches, mais par l'autorité qui mène l'enquête et cela rendrait l'application de cette variante pratiquement impossible. Mieux vaudrait donc prôner une alternative qui oblige les organisations à une transparence sur tous les aspects éthiquement important de cette pratique extrême et tragique: la capacité de discernement et la motivation strictement altruiste des personnes qui prêtent leur aide.

5. En conclusion

Notre attitude critique envers les deux variantes ne signifie pas que nous sommes opposés à toute forme de réglementation dans ce domaine.

Tout en laissant inchangée la version actuelle de l'article 115 CPS, nous sommes d'avis qu'il est plus judicieux de chercher une réglementation en dehors du cadre du code pénal. En effet, tout état de droit a bien d'autres moyens à disposition pour contrôler et pour surveiller une pratique fort délicate que la simple menace de sanctions pénales qui trouvent leur formulation dans le CPS.

Le phénomène dit «du tourisme de la mort» doit-il être limité non en faisant référence au statut d'étranger des candidats au suicide, mais en proposant des normes garantissant la présence d'un consentement qualifié à ce geste extrême.

L'effort déployé par le département fédéral de justice et police est, en ligne de principe, louable même si nous avons exprimé notre insatisfaction envers les deux variantes proposées. La nécessité de légiférer reste donc entière. La position de l'Académie Suisse des Sciences médicales, qui propose de «légiférer au moyen d'une loi de surveillance» nous semble à ce titre préférable et nous souhaitons l'appuyer.

Nous approuvons et nous soutenons les efforts que la confé-

dération fait pour prévenir la demande de suicide, tant en fin de vie que dans d'autres contextes biographiques de malaise. On a ici souvent évoqué la nécessité d'encourager davantage les soins palliatifs pour contrecarrer ces demandes d'aide au suicide. Cet encouragement est tout à fait bien fondé et nous ne pouvons qu'y souscrire. Mais il faut éviter de penser qu'il y a un rapport direct entre les deux phénomènes. Il faut en effet de toute manière encourager et soutenir les soins palliatifs, même si le nombre des personnes voulant recourir à un suicide assisté ne devait pas diminuer en conséquence.

S'agissant de l'encadrement de l'assistance au suicide, et de la prévention des cas qui sortiraient de ce cadre, les instruments choisis pour cette prévention doivent être adaptés à la spécificité du domaine visé. Ce n'est à notre avis le cas avec aucune des deux variantes mises en consultation.

Bericht AEM-Doktorandenfortbildung «Einführung in die Medizinethik»

Die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) führte vom 4. bis 8. Dezember 2009 an der Universitätsmedizin Göttingen in Ergänzung zu den bisherigen Doktorandenkolloquien erstmals eine Fortbildung für Doktorandinnen und Doktoranden mit dem Titel «Einführung in die Medizinethik» durch. Konzipiert war diese gut organisierte und fast kostenlose Fortbildung für junge Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler verschiedener Fachrichtungen, die sich in ihrer Dissertation mit einem medizinethischen Thema auseinandersetzen. Gemäss ihrer Ankündigung sollten die Teilnehmer die Gelegenheit erhalten, «mit renommierten Vertretern der Medizinethik ins Gespräch zu kommen, um auf diese Weise Anregungen für das eigene wissenschaftliche Arbeiten zu erhalten.»

Die Fortbildung begann am Freitagabend mit einem Festvortrag von Haim Hazan zum Thema «Morality and Memory: On the Cultural Treatment of the Seemingly Selfless», der in Kooperation mit dem German-Israeli Winter Workshop «Ethics and Culture of Biomedicine» stattfand. Der Samstag stand im Zeichen der Praxis wissenschaftlichen Arbeitens und eines ersten Blocks mit Vorträgen zu theoretischen und methodischen Ansätzen der Medizinethik. Kornelia Drost-Siemon und Susanne Raphael informierten zu Beginn kompetent und nützlich über die Möglichkeiten und Tücken der Literaturrecherche, die am Anfang jedes Forschungsprojekts steht. Aus erster Hand über die bisweilen leidvollen Erfahrungen beim Schreiben einer medizinethischen Doktorarbeit berichtete Magdalena Kar. Sie gewährte den Teilnehmenden einen Einblick in Herausforderungen, die es immer wieder zu meistern gilt. Als letzten Teil der Einführung in das wissenschaftliche Arbeiten sprach Marcus Düwell über die Anforderungen an das für eine wissenschaftliche Karriere unerlässliche Publizieren in Fachzeitschriften. Anschliessend referierte er über Vor- und Nachteile verschiedener methodischer Ansätze der Medizinethik und machte deutlich, dass diese überlegt gewählt sein müssen, um die zuvor gut definierte Forschungsfrage angemessen bearbeiten zu können. Ralf Stoecker fragte in der Folge, was Medizinethik ist und beantwortete die Frage in erhellender Weise im Lichte philosophischer Handlungstheo-

rien: Medizinische Ethik diene dazu, verantwortliches Handeln in der Medizin zu ermöglichen und zu unterstützen und «auf Vorrat» zu denken. Der Sonntag startete mit dem zweiten Block zum Thema theoretische und methodische Ansätze der Medizinethik. Silke Schicktanz erläuterte die These, dass bioethische Urteile gemischte Urteile seien, also auf normativen und deskriptiven Aussagen bauen, und sprach den letzteren im Rahmen des in Frage stehenden Verhältnisses von Medizinethik und Empirie eine grosse, aber vorsichtig zu handhabende Bedeutung zu. Claudia Wiesemann beleuchtete anhand von Fallbeispielen und moralischen Dilemmata relationale Ansätze in der Medizinethik und betonte die Wichtigkeit sozialer Beziehungen für die Moral. Oliver Rauprich erläuterte die Prinzipienethik und forderte die Teilnehmenden auf, diese in der Diskussion von Fallbeispielen anzuwenden. Den letzten Teil des Tages bestritt Friedemann Nauck, der aus praktischer palliativmedizinischer Sicht einige Anforderungen an die Medizinethik formulierte und die längst erwartete Sicht der Praxis in die Diskussion einbrachte. Zum Abschluss des informativen Tages waren die Teilnehmenden eingeladen, ihren persönlichen Eindruck der Fortbildung zu äussern, der im Ganzen sehr positiv ausfiel.

Während der beiden letzten fakultativen Tage der Fortbildung bot die Veranstalterin den Teilnehmenden die Möglichkeit, in verschiedenen Abteilungen der Universitätsmedizin Göttingen zu hospitieren. Dieses Angebot, das vor allem von Nicht-Medizinern und Nicht-Medizinerinnen dankend angenommen wurde, bot die wertvolle Gelegenheit, Einsicht in die klinische Tätigkeit zu erhalten und den Blick für diese unerlässliche Perspektive auf medizinethische Fragen zu schärfen.

Die Fortbildung bot ein passendes Forum für den wertvollen Erfahrungsaustausch und für das Knüpfen neuer Kontakte. Sie trumpfte zudem mit einer hervorragenden und zuvorkommenden Organisation und mit dem seltenen Angebot begleiteter und engagiert durchgeführter Hospitationen. Die inhaltliche Seite vermochte allerdings nicht in jeder Hinsicht zu überzeugen. Dies lag weniger an den Referenten und Referentinnen selber, als vielmehr an einer fehlenden Systematik der Referatsinhalte und ihres Zusammenhangs, die dem Titel «Einführung in die Medizinethik» – und besonders auch den Doktorandinnen und Doktoranden ohne Philosophiestudium – hätte gerecht werden können. So wurde denn auch symptomatisch fast durchgehend der philosophische Gehalt des breiten Feldes der Medizinethik in den Vordergrund gerückt, ohne ihre derzeitige Vielfalt einmal grundlegend zum Thema zu machen. Zudem ist auch gemäss einiger Rückmeldungen der Teilnehmenden die praktische Seite etwas zu kurz gekommen. Gerade diese hätte die Komplexität medizinethischer Fragen verdeutlichen können.

Insgesamt war die Fortbildung für Doktorandinnen und Doktoranden «Einführung in die Medizinethik» aber ein Gewinn, der sich für weitere Nachwuchswissenschaftler und -wissenschaftlerinnen hoffentlich wiederholen wird. Das eingangszitierte Ziel der Veranstaltung – die Möglichkeit, Gespräche mit renommierten Vertretern der Medizinethik zu führen, um Anregungen für die eigene Forschungsarbeit zu erhalten – wurde in motivierender Weise erfüllt.

Contact

Eliane Pfister, lic. phil.
Institut für Biomedizinische Ethik
Universität Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8032 Zürich

e-mail: pfister@ethik.uzh.ch

Guy Widdershoven, John McMillan, Tony Hope, Lieke van der Scheer (Eds.) (2008), *Empirical Ethics in Psychiatry*.

Oxford University Press, 265 pages
ISBN 978-0-19-929736-8

The field of psychiatric ethics has been supported by recent anthologies such as «Psychiatric Ethics» (2009) edited by Sidney Bloch and Stephen A. Green or «Ethics, Culture, and Psychiatry» (2000) edited by Ahmed Okasha et al. While these recommendable books give a comprehensive overview of ethical and culture related questions in modern psychiatry they do not capture the specific challenges of how to integrate empirical, descriptive information into normative reasoning and decision making. The anthology under review closes this gap in a very elaborative way on the one hand but it also closes a second gap concerning the current literature on empirical ethics in general. The so called field of empirical ethics and the general interest in how empirical and philosophical methods can be combined found increasing attention in the last decade. Findings of empirical ethics research and original work on the epistemological challenges in empirical ethics have been published recently. However, we still lacked a focused contribution to empirical ethics that illustrates to the practicing health care community and to the professional ethicists how empirical methods can be used, in different ways, to improve patient understanding, physician-patient relationship, medical decision making and other tasks that are strongly linked to their implicit normativity.

Altogether, the 26 authors (4 editors included) of the 15 chapters cover a wide range of different disciplines (psychiatry, philosophy, social sciences, nursing etc.). After the introduction the first three chapters complete the existing literature about the concepts and epistemology of empirical ethics. Whereas two editors (J. McMillan and T. Hope) argue from the standpoint of an analytical philosophy and present an overview of six ways in which ethics and empirical work can be combined, the other two editors (G. Widdershoven and L. van der Scheer) present a concept of empirical ethics embedded in pragmatic hermeneutics and Aristotle's idea of practical wisdom (*phronèsis*).

The second part of the book consists of 11 chapters describing empirical ethics studies about various ethical dimensions of mental health care, for example, different notions of good clinical care (Ch. 5), dissimilar definitions of mental disorder among various health professions (Ch. 6), different types of familial responsibility in caring for family members with dementia (Ch. 7), different ways of how advance directives can retain or lose their validity (Ch. 9), different physician-client relationships in treating Prader-Willi syndrome (Ch. 11), reasons women with anorexia