

palliative.so

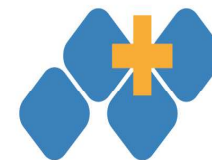
gemeinsam kompetent

Herzlich Willkommen zum Netzwerkanlass

Balsthal, 24. September 2025

Programm

- Begrüssung und Information durch palliative.so
Präsident Dr. med. Manuel Jungi
- Referat **«Selbstbestimmtes Sterben – ein gesellschaftlicher Paradigmenwechsel»**
Dr. Heinz Rüegger
freischaffender Theologe, Ethiker und Gerontologe,
freier Mitarbeiter im Institut Neumünster
(Zollikerberg) und assoziiertes Mitglied des
Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich
- Fragerunde
- Ausblick und herzliche Einladung zum Apéro im
Anschluss an den Vortrag



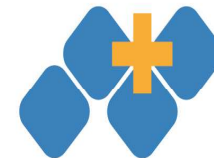
palliative.so

gemeinsam kompetent

Wir freuen uns über Ihre Rückmeldung



Einladung zum Apéro



palliative.so

gemeinsam kompetent

Selbstbestimmtes Sterben – ein gesellschaftlicher Paradigmenwechsel

Dr. Heinz Rüegger

palliative.so

Balsthal, 24. September 2025





Selbstbestimmung als zentraler Wert

- Selbstbestimmung/Autonomie gilt heute weithin als ein zentraler Wert
 - in der Ausgestaltung unseres Rechtsstaates
 - in der medizinischen Berufsethik
 - in unserer alltäglichen Lebensgestaltung
- Das gilt auch im Blick auf den Umgang mit Tod + Sterben.



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Bern, 18. September 2020

Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende

Bericht des Bundesrates
in Erfüllung des Postulates 18.3384 der
Kommission für soziale Sicherheit und
Gesundheit des Ständerats (SGK-SR)
vom 26. April 2018



- Der Bundesrat hält fest:
 - «In der Gesellschaft besteht ein **starkes Bedürfnis nach Selbstbestimmung**. Die Generation, die in den kommenden Jahren das Rentenalter erreicht, hat sich stark für diese Selbstbestimmung eingesetzt und wird diese **auch in Bezug auf das Lebensende** vermehrt einfordern.»
 - «Fachpersonen stehen in der Verantwortung, Patientinnen, Patienten und Angehörige zu befähigen, damit sie **selbstbestimmte und wohlinformierte Entscheidungen** treffen können. (...) Es entspricht einem Bedürfnis der Schweizer Bevölkerung, frühzeitig über das Lebensende zu sprechen und vorausschauend zu planen.»

Vom Schicksal zum ‚Machsals‘

- Früher war Sterben der Inbegriff fremd verfügten Schicksals.
- Die Fortschritte moderner Medizin mit ihrem Arsenal an lebensverlängernden Massnahmen ermöglichen es, in den Prozess des Sterbens einzugreifen.





Selbstbestimmtes Sterben als neues Paradigma heutigen Sterbens

- Der Sterbeprozess führt heute in zahlreiche Entscheidungssituationen (*medical end-of-life decisions*) und lässt sich selbstbestimmt gestalten. Sterben wird als ‚Machsals‘ (Odo Marquard) zu einer Herausforderung .
- Moralisierung des Sterbens durch eigenverantwortliches Entscheiden-Müssen. In vielen Fällen kann man gar nicht mehr nicht entscheiden.



- Roland Kunz, Palliativmediziner:

„Wir müssen immer mehr selbst entscheiden, was früher dem Schicksal überlassen wurde. Heute müssen wir uns bewusst entscheiden, wann wir sterben wollen, wann wir also eine Therapie nicht mehr in Anspruch nehmen oder sie abbrechen wollen. Das Sterben lassen wir nicht mehr geschehen. Für das Sterben muss man sich entscheiden.“





- In der CH (2013) sterben Patienten in 58,7 % der Fälle erst nach Entscheidungen, den Tod zuzulassen (*medical end-of-life decisions*).

(G Bosshard et al., Med Entscheidungen am Lebensende sind häufig, Swiss Medical Forum 2016; 16(42) 896-898)

- Nach Gian Domenico Borasio ist das in der CH wahrscheinlich sogar bei ca 75 % der Sterbefälle so.
(GD Borasio, Selbstbestimmt sterben, 2014)

➤ **Selbstbestimmtes Sterben ist längst zum neuen Paradigma des Sterbens im heutigen Gesundheitswesen geworden – und zwar völlig unabhängig von den Fällen assistierter Suizide!**



- **Modalitäten selbstbestimmten Sterbens:**
 - Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen (überwiegende Mehrzahl der Fälle)
 - Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (Sterbefasten)
 - assistierter Suizid (2023: 1729 Fälle = 2,4 % aller Todesfälle)
 - solitärer Suizid (2023: 995 Fälle = 1,4 % aller Todesfälle)



Entscheidungsbefugnis

- Problematik des Konzeptes des ***shared decision making*** (SDM):
 - ‚shared‘ ist nur der Prozess als Ganzes
 - die Entscheidungshoheit als solche liegt ethisch und juristisch allein beim Patienten > ***informed decision making!***
 - ÄrztInnen dürfen nur selbst entscheiden, wenn eine Intervention medizinisch nicht mehr indiziert ist (*futility-Entscheide*).




- BGE vom 03.11.06:
„Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 EMRK gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Beendigung des eigenen Lebens zu entscheiden.“
- ***Patient empowerment*** zu autonomem Entscheiden:
 - angemessene medizinische Aufklärung über kurative und palliative Behandlungswege
 - Berücksichtigung des Phänomens der Ambivalenz
 - Priorität individueller Selbstbestimmung
 - Respekt vor Kulturen kollektiver Entscheidungsfindung
 - Selbstbestimmung als Recht, nicht als Pflicht



- Daniel Callahan:

»Bei jeder schweren Erkrankung sollte auch die Frage gestellt werden, ob man *dieser* Krankheit erlaubt, fortzuschreiten und zur Todesursache zu werden. Die gegenwärtige Einstellung bei der Behandlung Schwerkranker ist normalerweise genau das Gegenteil: Jede potenziell tödliche Krankheit wird behandelt, als wäre sie heilbar und müsste man sie heilen. Anstatt zu denken, dass *dieser* Tod *jetzt* besser sein kann als ein anderer späterer Tod, ist es die moderne Art, immer den späteren, anderen Tod zu bevorzugen.«



- 
- **Stellvertreter-Entscheide** bei Urteilsunfähigkeit der Patientin nach der Kaskade von Art. 378 ZGB: durch
 1. ermächtigte **Vertrauensperson**
 2. **Beistand** mit Vertretungsrecht bei medizinischen Massnahmen
 3. **EhegattIn/eingetr. PartnerIn** bei gemeinsamem Haushalt oder wenn regelmässiger persönlicher Beistand geleistet wird
 4. **WohnpartnerIn** bei gemeinsamem Haushalt und wenn regelmässiger persönlicher Beistand geleistet wird
 5. **Nachkommen**, wenn regelmässiger persönlicher Beistand geleistet wird
 6. **Eltern**, wenn regelmässiger persönlicher Beistand geleistet wird
 7. **Geschwister**, wenn regelmässiger persönlicher Beistand geleistet wird



Was beinhaltet Selbstbestimmung?

- Offenheit, sich auf Unerwartetes (Schicksal) einzulassen und damit konstruktiv umzugehen
- Urteilsfähigkeit
- angemessene medizinische Aufklärung (inkl. palliative Optionen und Auskünfte darüber, wie man mit welcher Option allenfalls sterben kann)
- Klarheit über eigene Werte und Präferenzen
- Mut, sich selber zu entscheiden und ggf. seine Meinung wieder zu ändern



- Entscheidungsprozesse brauchen Zeit und ein offenes Gesprächsgegenüber.
- Entscheidungsprozesse bestehen aus einem Miteinander von
 - logischen Gedanken
 - verarbeiteten Informationen
 - persönlichen Werten
 - Hoffnungen und Ängsten
 - und auch aus intuitiv empfundenen Impulsen (Bauchgefühl).



- Problem: Sterben wurde durch die Entwicklung der modernen Gesellschaft **medikalisiert** und **pathologisiert**: Tod als Todfeind der Medizin, den es mit allen Mitteln zu bekämpfen gilt.
- = Pathologisierung des Sterbens
= reduktionistische Anthropologie, die die Endlichkeit ausblendet
- Korrektur durch
 - Palliativmedizin/Palliative Care
 - Hastings-Report von 1996 über die Ziele der Medizin
(„*prevention of a premature death and pursuit of a peaceful death*«)

Lancet Bericht 2022

- Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life

(The Lancet, vol. 399,
February 26, 2022,
pp. 837-884)

The Lancet Commissions

Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life

Libby Sillmore, Richard Smith, Sam H Ahmedzi, Afshan Bhaideja, Charlotte Chamberlain, Yali Cong, Brett Doble, Luckson Dulle, Robin Durie, Eric A Finkelstein, Sam Gaglani, Melanie Hodson, Bettina S Huseba, Allan Kellehear, Celia Kitzinger, Felicia Marie Knaut, Scott A Murray, Julia Newberger, Seamus O'Mahony, M R Rajagopal, Sarah Russell, Enko Sase, Katherine E Skermer, Sheldon Solomon, Ros Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death*

Executive summary

The story of dying in the 21st century is a story of paradox. While many people are overtreated in hospitals with families and communities relegated to the margins, still more remain undertreated, dying of preventable conditions and without access to basic pain relief. The unbalanced and contradictory picture of death and dying is the basis for this Commission.

How people die has changed radically over recent generations. Death comes later in life for many and dying is often prolonged. Death and dying have moved from a family and community setting to primarily the domain of health systems. Futile or potentially inappropriate treatment can continue into the last hours of life. The roles of families and communities have receded as death and dying have become unfamiliar and skills, traditions, and knowledge are lost. Death and dying have become unbalanced in high-income countries, and increasingly in low-and-middle-income countries; there is an excessive focus on clinical interventions at the end of life, to the detriment of broader inputs and contributions.

The COVID-19 pandemic has meant that death is prominent in daily media reports and health systems have been overwhelmed. People have died the ultimate medicalised deaths, often alone but for masked staff in hospitals and intensive care units, unable to communicate with family except electronically. This situation has further fuelled the fear of death, reinforcing the idea of health-care services as the custodian of death.

Climate change, the COVID-19 pandemic, environmental destruction, and attitudes to death in high-income countries have similar roots—our delusion that we are in control of, and not part of, nature. Large sums are being invested to dramatically extend life, even achieve immortality, for a small minority in a world that struggles to support its current population. Health care and individuals appear to struggle to accept the inevitability of death.

Philosophers and theologians from around the globe have recognised the value that death holds for human life. Death and life are bound together: without death there would be no life. Death allows new ideas and new ways. Death also reminds us of our fragility and sameness: we all die. Caring for the dying is a gift, as some philosophers and many carers, both lay and professional, have recognised. Much of the value of death is no longer recognised in the modern world, but

rediscovering this value can help care at the end of life and enhance living.

Treatment in the last months of life is costly and a cause of families falling into poverty in countries without universal health coverage. In high-income countries between 8% and 11·2% of annual health expenditure for the entire population is spent on the less than 1% who die in that year. Some of this high expenditure is justified, but there is evidence that patients and health professionals hope for better outcomes than are likely, meaning treatment that is intended to be curative often continues for too long.

Conversations about death and dying can be difficult. Doctors, patients, or family members may find it easier to avoid them altogether and continue treatment, leading to inappropriate treatment at the end of life. Palliative care can provide better outcomes for patients and carers at the end of life, leading to improved quality of life, often at a lower cost, but attempts to influence mainstream health-care services have had limited success and palliative care broadly remains a service-based response to this social concern.

Rebalancing death and dying will depend on changes across death systems—the many inter-related social, cultural, economic, religious, and political factors that determine how death, dying, and bereavement are understood, experienced, and managed. A reductionist, linear approach that fails to recognise the complexity of the death system will not achieve the rebalancing needed. Just as they have during the COVID-19 pandemic, the disadvantaged and powerless suffer most from the imbalance in care when dying and grieving. Income, education, gender, race, ethnicity, sexual orientation, and other factors influence how much people suffer in death systems and the capacity they possess to change them.

Radically reimagining a better system for death and dying, the Lancet Commission on the Value of Death has set out the five principles of a realistic utopia: a new vision of how death and dying could be. The five principles are: the social determinants of death, dying, and grieving are tackled; dying is understood to be a relational and spiritual process rather than simply a physiological event; networks of care lead support for people dying, caring, and grieving; conversations and stories about everyday death, dying, and grief become common; and death is recognised as having value.

Systems are constantly changing, and many programmes are underway that encourage the rebalancing

Published Online
January 31, 2022
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02314-X)

See Online/Comment
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02314-X)

See Online/ Perspectives
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)02314-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02314-X)

*Writing teams and Commissions are listed at the end of this report.

© 2022 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK


Health Alliance on Climate Change, London, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

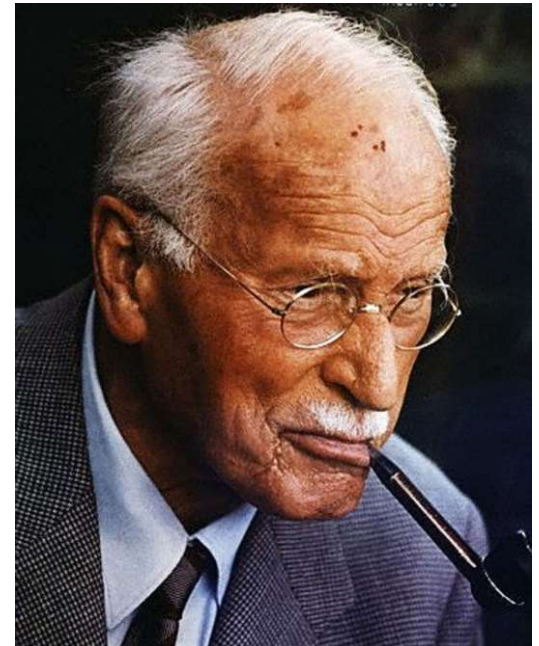


- **Zentrale Aspekte dieses Lancet Reports:**

- Sterben ist gesund, ist Teil eines gesunden Alterns.
- Sterben ist ein natürlicher Teil des Lebens.
- Tod und Sterben sind nicht nur normal, sondern wertvoll.
- Mensch sein heisst, die eigene Sterblichkeit annehmen.
- Sterben und Tod sind zu einseitig zu Aufgaben der Medizin und des Gesundheitswesens gemacht worden.
- Sie sind wieder zu verstehen als ganzheitliches (nicht nur biologisches, sondern auch psychologisches, soziales, spirituelles) Geschehen.
- Zur Begleitung des Sterbens braucht es nicht nur medizinische Fachkompetenz, sondern menschliche Beziehungen.

- 
- Wertschätzung des Todes als etwas zum Leben sinnvoll Dazugehörendes:

C.G.Jung: «Ich bin als Arzt überzeugt, dass es sozusagen hygienischer ist, im Tod ein Ziel zu erblicken, nach dem gestrebt werden sollte, und dass das Sträuben dagegen etwas Ungesundes und Abnormes ist, denn es beraubt die zweite Lebenshälfte ihres Zieles.»





- Gesamtgesellschaftliche Aufgabe: *to bring death back into life.*
- Medizin, Ärzteschaft und Pflege sollten dabei vorangehen.
- Wegleitend könnte die alte philosophische und psychologische Einsicht der *ars moriendi* sein:

«Je akzeptierter wir den Tod in das eigene Lebenskonzept einbauen, desto lebendiger vermögen wir das Leben zu leben.» (Verena Kast)





Herausforderung

- **Für Sterbende**

- Sterben lernen (Seneca), ohne suizidal zu sein
- Eigenverantwortung für das Sterben übernehmen (Freiheit – Zumutung – Überforderung?)
- Mit dem Umfeld darüber reden lernen

- **Für Ärzteschaft + Pflege**

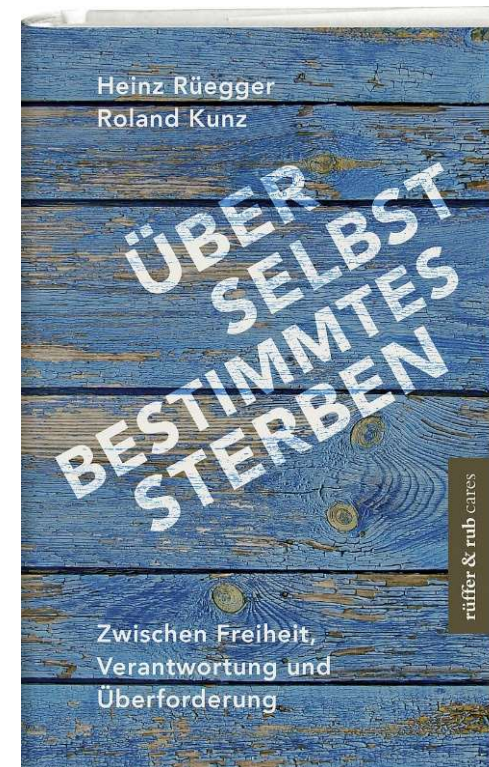
- Entpathologisierung von Sterben und Tod
- umfassende Aufklärung über Möglichkeiten des Sterbens (Patienten-Empowerment)
- Akzeptanz der von Patienten gewählten Sterbe-Modalität



- **Für An- und Zugehörige:**
 - über das Sterben reden lernen – offen sein
 - sich vertraut machen mit dem Paradigma des selbstbestimmten Sterbens
 - Betroffene im nicht-direktiven Gespräch ermutigen, sich zu entscheiden
 - den autonomen Entscheid der Betroffenen akzeptieren
 - ggf. stellvertretend im Sinne der Betroffenen entscheiden

Literaturhinweis

- Heinz Rügger / Roland Kunz
Über selbstbestimmtes Sterben.
Zwischen Freiheit, Verantwortung
und Überforderung
Zürich 2020: rüffer & rub



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Heinz Rüegger
Im Ahorn 24 | CH-8125 Zollikerberg

h.rueegger@outlook.com
www.heinz-rueegger.ch

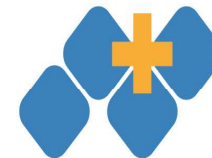


Schön, waren Sie unsere Gäste!

- Danke für Ihre Rückmeldung



- Einladung zum Apéro
- Ihre Spende ist willkommen



palliative.so

gemeinsam kompetent