

Neue und nachhaltige Strukturen für die universitäre Medizin in der Schweiz 1

Editorial 2

SAMW zeichnet vier Schweizer Neurowissenschaftler aus 5

RL «Zwangsmassnahmen in der Medizin» 5

Medizin für Gesunde? 6

Workshop «Sponsoring von Lehrstühlen: Chancen und Risiken» 6

Akademien fordern ein nachhaltiges Gesundheitssystem 7

Revidierte Fassung der RL «Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie» 8

Personalisierte Medizin: die SAMW warnt vor Fehlentwicklungen 8



Bild: © <http://dailyphotostream.blogspot.com>

## Neue und nachhaltige Strukturen für die universitäre Medizin in der Schweiz

**Durch die Entwicklungen im Bildungs- und Gesundheitswesen sieht sich die universitäre Medizin mit einer Vielzahl von Herausforderungen konfrontiert. Dies bietet Chancen für eine Neukonzeption von nachhaltigen Strukturen. Prof. Klaus W. Grätz, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich, und Dr. Christian Schirlo, Stabsleiter des Dekanats, diskutieren im folgenden Beitrag Strukturmodelle der universitären Medizin. Nötig sei eine inhaltliche Integration von Forschung, Lehre und Patientenversorgung in den Universitäten, die sich auch strukturell abbilden muss. In die Überlegungen sollte die nationale Koordination der Standorte der universitären Medizin einbezogen werden.**

In der Botschaft zur Einführung des neuen Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe hielt der Bundesrat im Jahr 2004 fest: «In den letzten Jahren ist der Kostendruck in den Trägerkantonen mit medizinischen Fakultäten bzw. Universitätsspitalern so gross geworden, dass die Fragen betreffend die Finanzierung und die Angemessenheit der Strukturen des Verbundes medizinische Fakultät-Universitätsspital und entsprechender Entscheidungskompetenzen unumgänglich geworden sind.»<sup>1</sup>

Diese Feststellung hat auch heute nichts von ihrer Aktualität eingebüsst. Im Gegenteil: Im Rahmen der rasanten Weiterentwicklung im Gesundheits- und Bildungswesen in der Schweiz sind eine Vielzahl von neuen Rahmenbedingungen und Herausforderungen für die universitäre Medizin entstanden. Exemplarisch und bei Weitem nicht abschliessend seien hier die folgenden Veränderungen genannt:

- die von der CRUS im Gefolge der Unterzeichnung der Bologna-Deklaration durch die Schweiz beschlossene Implementierung der Bologna-Reform auch für alle medizinischen Studiengänge;

<sup>1</sup> Botschaft zum Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG) vom 3. Dezember 2004. [www.admin.ch/ch/d/ff/2005/173.pdf](http://www.admin.ch/ch/d/ff/2005/173.pdf)



Prof. Peter Meier-Abt,  
Präsident

## Universitäre Medizin – quo vadis?

«Structure follows function(s)» ist ein vielfach bewährtes Prinzip für effiziente Organisationsstrukturen komplexer Institutionen. Und zu Letzteren gehören zweifellos auch die Universitätsspitäler bzw. die medizinischen Fakultäten. Sie müssen breitgefächerte Dienstleistungen von der Grundversorgung bis hin zur hochspezialisierten Spitzenmedizin sicherstellen, sind auf allen diesen Stufen der Aus- und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses verpflichtet und müssen hochqualifizierte translationale («from bench to bedside and vice versa») und klinische Forschung betreiben. Die Vielzahl dieser komplexen Aufgaben macht ihre Einbindung in eine möglichst einheitliche und effiziente Organisationsstruktur schwierig. Der ökonomische Druck auf der Dienstleistungsseite konkurriert mit den kostenintensiven und auf möglichst grosse Freiheit pochenden Ansprüchen der Forschung auf der universitären Seite. Dieses Spannungsfeld zwischen den beiden eigenständigen Trägerinstitutionen Universitäts-

spital und Universität hat sich durch die neuen Entwicklungen in den Gesundheitssystemen (z.B. Einführung der SwissDRGs) und Bildungssystemen (z.B. gestiegene Qualitätsansprüche an die klinische Forschung) in den letzten Jahren eher weiter verstärkt. Die sich daraus häufig ergebenden polarisierenden Diskussionen oder Pattsituationen (z.B. bei Berufungen) hemmen den Fortschritt der akademischen Medizin in der Schweiz und frustrieren die Mitarbeitenden.

Zwar muss anerkannt werden, dass in den letzten zehn Jahren wichtige Fortschritte in der Professionalisierung der universitären Spitalstrukturen erreicht wurden. Es wurden übergeordnete und fachübergreifende Departemente (oder Zentren) für translationale und klinische Forschung geschaffen, mit professionalisierten «Clinical Trial Units» an den Universitätsspitalern und an forschungsaktiven Kantonsspitalern, und es wurden Spitalnetzwerke für klinische Forschung eingerichtet (z.B. im Tessin). Auf Dienstleistungsseite wurden teilweise «Kompetenzzentren» geschaffen oder sollen neu aufgebaut werden, die komplementäre Fachgebiete der hochspezialisierten Medizin besser untereinander vernetzen (z.B. Comprehensive Cancer Centers). Und schliesslich gibt es auch erste Ansätze zur Einführung des Prinzips «Dual Leadership» an einzelnen Universitätsspitalern: die Führung einer forschungsaktiven Spezialklinik oder Fachdisziplin wird auf zwei Professuren aufgeteilt, deren eine mehr dienstleistungsorientiert und die andere mehr forschungsorientiert ist. Diese Struktur-

massnahmen haben zumindest in Teilbereichen unbestreitbare Erfolge erzielt. Sie haben aber auch das Bewusstsein dafür geschärft, dass es grundlegenderer Strukturreformen bedarf, wenn das Spannungsfeld zwischen den Trägerinstitutionen für die Patientenversorgung einerseits (Universitätsspital) und für die Lehre und Forschung andererseits (Universität) abgebaut und die universitäre Medizin in der Schweiz auch in Zukunft nachhaltig und erfolgreich weiterentwickelt werden soll.

Unser Schwerpunkttitel zeigt mögliche Lösungswege für eine nachhaltigere und effizientere Koordination von Patientenversorgung, Lehre und Forschung in der universitären Medizin auf. Dabei wird aus Sicht des aktuellen Präsidenten des «Collèges des Doyens» ein «in die Universität eingebettetes Integrationsmodell» bevorzugt. Dies erscheint tatsächlich als ein vielversprechender Weg, auch wenn er nicht für alle medizinischen Fakultäten der Schweiz gleich gut geeignet sein mag. Doch wie immer die lokalen Strukturmodelle auch ausdifferenziert werden, es bleibt unabdingbar, dass die universitäre Medizin in der Schweiz eng mit den Universitäten verknüpft und die entsprechenden Führungsstrukturen vereinheitlicht werden. Die SAMW erachtet es als wichtig, dass die Diskussionen weitergeführt und geeignete Massnahmen eingeleitet werden. Dazu ist es wichtig, auch die Meinungen der zuständigen Spitaldirektionen zu erfahren, was für die nächste Ausgabe des Bulletins angestrebt wird.

- die Akademisierung und Neugestaltung von Gesundheitsfachberufen mit der Aufnahme von Studiengängen auf Fachhochschul- oder Universitätsebene;
- das Inkrafttreten des neuen Eidgenössischen Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetzes;
- der im bestehenden Versorgungssystem der Schweiz sich abzeichnende Mangel an in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten und der Mangel an Gesundheitsfachleuten;
- die Einführung der SwissDRG (Swiss Diagnosis Related Groups) für stationäre, akutsomatische Spitalleistungen und die Konsequenzen für die Aus-, Weiter- und Fortbildung in der universitären Medizin;
- die interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin zur nationalen Koordination und Konzentration;
- die Verselbständigung der Universitätsspitäler.

Im Folgenden werden Charakteristika einer universitären Medizin aufgezeigt, die den genannten Entwicklungen und Herausforderungen flexibel und auf einer wissenschaftlichen Grundlage begegnen und sich dadurch nachhaltig weiterentwickeln kann.

### Universität und medizinische Fakultät als Kristallisationspunkt für die universitäre Medizin

Die universitäre Medizin umfasst drei wesentliche Aufgaben, die Klasen et al.<sup>2</sup> wie folgt zusammenfassen: «Specialised patient care, education and training, and biomedical research and development.» Hieraus folgern wir, dass der Ausgangspunkt der universitären Medizin die medizinische Fakultät sein muss. Sie verbindet die Universitäten mit den Universitätsspitalern und koordiniert die universitäre Medizin. Dabei sind die engen Verbindungen von Universitäten und Universitätsspitalern essentiell für den biomedizinischen Fortschritt und ihrem Wesen nach bidirektional ausgerichtet, «from bench to bedside and back».

2 E.C. Klasen, S.M. Davies, S. Uzan, L.J. Gunning-Schepers: Academic Health Centres in research-intensive settings in Europe. Briefing Paper No. 1, League of European Research Universities, February 2011.

Hinsichtlich der Anbindung an die Universität ist zudem hervorzuheben, dass die Medizin an der Schnittstelle von Bildungs- und Gesundheitspolitik liegt und daher ein organisatorisch separat zu betrachtender Teil der Universität ist. Die enge Beziehung zwischen den im folgenden Abschnitt diskutierten Strukturmodellen der universitären Medizin und der Universität ist für eine nachhaltige Innovation von immenser Bedeutung; nur so können Schnittstellen zwischen biomedizinischen Wissenschaften, klinischer Medizin, Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften sowie Ingenieurwissenschaften gepflegt und ausgebaut werden und die unterschiedlichen Wissenschaftsfelder voneinander profitieren.

### **Integration von Lehre, Forschung und Patientenversorgung – Abbildung in der Struktur der universitären Medizin**

Wie bereits ausgeführt, setzt eine erfolgreiche und nachhaltige universitäre Medizin die inhaltliche Verbindung von Lehre, Forschung und Patientenversorgung voraus.<sup>3</sup> Hier muss nun die Frage gestellt werden, welches Strukturmodell in idealer Weise die Verbindung zwischen den Trägerinstitutionen für Lehre, Forschung und Patientenversorgung und gleichzeitig die Verbindung der Trägerinstitute zu externen Partnern abbildet.

Zunächst sollen die wesentlichen Partner der medizinischen Fakultäten betrachtet werden. Hier sind die Universitätsleitung und die anderen Fakultäten der Universität zu nennen, ebenso die kantonalen Bildungs-, Erziehungs- und Gesundheitsdirektionen, die universitären Spitäler, weitere Spitäler, die eine wesentliche Rolle als Partnerspital, Lehrspital oder affiliertes Spital einnehmen, sowie Stiftungen, andere Forschungseinrichtungen oder die Industrie.

Autenrieth charakterisiert in seinen Ausführungen zur «Souveränität – oder Einbindung der Hochschulmedizin» die Beziehung der medizinischen Fakultäten zur Universität und zu den Universitätsspitalern wie folgt<sup>4</sup>: In aller Regel verfügt die Universitätsleitung kaum über «medizin-spezifisches Know-how», trägt aber die Gesamtverantwortung für die fakultätsübergreifende Struktur-, Entwicklungs- und Finanzplanung und die Qualitätssicherung für alle akademischen Aufgaben in Lehre und Forschung. Hinsichtlich der Beziehung zu den Universitätsspitalern konstatiert Autenrieth, dass häufig das Wissen um die Bedeutung der medizinischen Fakultät bei den Mitarbeitenden der Spitäler nicht oder zu wenig gegeben ist.

Von zunehmender Bedeutung für die medizinischen Fakultäten sind aber auch die ausseruniversitären Partner. Exemplarisch seien hier einige strategische Bereiche genannt, wie etwa der Zugang zu Patienten für klinische Studien, Forschungsverbünde mit ausseruniversitären Forschungsinstitutionen oder die Bereitstellung von klinischen Ausbildungskapazitäten, insbesondere auch für den Bereich der ambulanten Medizin.

Nach der Darstellung der zu berücksichtigenden Schnittstellen soll nun auf Strukturfragen eingegangen werden. In erster Linie sind hier ein Kooperationsmodell, ein Integrationsmodell und Mischformen dieser beiden Modelle zu diskutieren. Eine Übersichtsarbeit von Barrett<sup>5</sup> stellt fünf verschiedene Organisationsmodelle anhand von Beispielen von US-amerikanischen «Academic Health Centers» vor. Diese Modelle lassen sich auf einem Kontinuum anordnen. Der eine Pol des Kontinuums wird charakterisiert durch ein Modell einer vollumfänglichen Integration von Universität bzw. Fakultät, von «Teaching Hospital» und von Patientenversorgung unter der Leitung eines CEO und eines «Governing board» für alle Bereiche. Den anderen Pol des Kontinuums stellt ein sogenanntes Affiliationsmodell dar, in dem die genannten Bereiche jeweils separat geführt und verwaltet werden. Eine funktionelle Integration der akademischen Aufgaben und der Versorgungsaufgaben ist grundsätzlich auch in diesem Affiliationsmodell oder Kooperationsmodell möglich.

Interessanterweise zeigt Barrett auch am Beispiel der University of Florida und deren Academic Health Center auf, dass im Verlaufe der Entwicklung der universitären Medizin innerhalb der letzten sechs bis sieben Dekaden durchaus auch dynamische Wechsel in der Ausprägung des Integrationsmodells beobachtbar sind; diese Befunde lassen sich wahrscheinlich auch auf die Entwicklungen der universitären Medizin in Europa übertragen. Als ein aktuelles Beispiel ist hier die geänderte Gesetzgebung im deutschen Bundesland Baden-Württemberg anzuführen, wobei hier auch qualitative Verschlechterungen zu beobachten sind, wie Bitter-Suermann in seinem Beitrag am Expertenforum zur Hochschulmedizinreform in Baden-Württemberg aufzeigt.<sup>6</sup> Eine Übersichtsarbeit von Ovseiko et al.<sup>7</sup> beleuchtet die Entstehung der «Academic Health Science Centers» in England, die im Wesentlichen durch eine Regierungsinitiative zur Förderung der medizinischen Innovation und Qualitätsentwicklung in der Patientenversorgung ausgelöst wurde. Auch hier finden sich verschiedene Ausprägungen von Modellen, von der lockeren Kooperation von Fakultät und Klinik als «unlinked partners model of medical school – clinical enterprise» bis hin zu einem «joint leadership and management organizational model», das am Imperial College London als einer der grössten europäischen «Medical Schools» eingeführt wurde.

Aus dem Gesagten geht hervor, dass es wahrscheinlich das einzige und richtige Strukturmodell der universitären Medizin nicht gibt, sondern dass vielmehr die lokalen und auch nationalen Rahmenbedingungen sowie die verschiedenen Finanzierungsströme im Modell berücksichtigt werden müssen. Möglicherweise bildet dabei die Integration von medizinischer Fakultät und von universitären Spitalern ein zukunftsfähiges Modell für die Schweiz, bei der eine rechtlich selbstständige universitäre Medizin unter Belassung der notwendigen akademischen und für die Patientenversorgung nötigen Freiheiten in die Universität eingebunden wird.

3 G. Krausch: Einige Gedanken zu den geplanten rechtlichen Rahmenbedingungen universitärer Medizin im neuen LHG Baden-Württemberg. Expertenforum zur Hochschulmedizinreform in Baden-Württemberg, Deutsche Hochschulmedizin e.V., 14. Januar 2011.

4 I. Autenrieth: Souveränität – oder Einbindung der Hochschulmedizin. Ordentlicher Medizinischer Fakultätentag 2009, Leipzig, 11.–12. Juni 2009.

5 D.J. Barrett: The Evolving Organizational Structure of Academic Health Centers: The Case of the University of Florida. *Academic Medicine* 83: 804–808, September 2008.

6 D. Bitter-Suermann: Die Perspektiven der Medizinischen Fakultät: Zentral, dezentral oder eine klare Zuständigkeitsverteilung. Expertenforum zur Hochschulmedizinreform in Baden-Württemberg, Deutsche Hochschulmedizin e.V., 14. Januar 2011.

7 P.V. Ovseiko, S.M. Davies, and A.M. Buchan: Organizational Models of Emerging Academic Health Science Centers in England. *Academic Medicine* 85: 1282–1289, August 2010.

## Führungsstruktur und Verantwortlichkeiten

Eng verbunden mit einem Strukturmodell der universitären Medizin ist die Konzeption der Führungsstruktur. Wietecha et al. unterscheiden zwei grundsätzliche Führungs- und Verwaltungsformen: ein «single fiduciary, one executive leader»-Modell und ein «multiple fiduciary, multiple executive leaders»-Modell.<sup>8</sup> Beide Modelle sind an verschiedenen Standorten der universitären Medizin in den USA umgesetzt. Gleichwohl kommen die Autoren zum Schluss, dass der Erfolg der universitären Medizin nicht ausschliesslich von der Führungs- und Verwaltungsform, sondern von einigen weiteren kritischen Faktoren abhängt. Hier sind die Selektion und Aus- und Weiterbildung von Kaderpersonen sowie die Zugänglichkeit von Daten zur Leistung der einzelnen Institutionen zu nennen.

Geht man von dem in die Universität eingebetteten Integrationsmodell für die universitäre Medizin aus, scheint eine klare, einheitliche Führungsstruktur mit einem kleinen Leitungsgremium und eindeutig zugewiesenen Verantwortlichkeiten wesentlich zu sein. Hier ist ein gemeinsamer Vorstand zu diskutieren, geführt von einem «Medical Professional» und beispielsweise bestehend aus der Dekanin oder dem Dekan, der ärztlichen Direktorin bzw. dem Direktor und der Verwaltungsdirektorin bzw. dem -direktor. Ein Aufsichtsrat oder Verwaltungsrat kann hierbei auch die kantonalen Behörden integrieren. Eine der vorrangigsten Aufgaben in diesem Führungsgremium wird die strategische Balancierung von Interessen der akademischen Seite und der Patientenversorgung sein. Dabei sollte nicht ausser Acht gelassen werden, dass auch die akademische und klinische Kompetenz der Kadermitarbeitenden in der universitären Medizin ein entscheidender Faktor ist. Hierzu stellen Milner et al. exemplarisch einen Kompetenzentwicklungsrahmen für Mitarbeitende vor.<sup>9</sup>

## Finanzielle Aspekte der universitären Medizin

Wie auch immer das Strukturmodell zur universitären Medizin künftig konzipiert sein wird: Festzustellen ist, dass die universitäre Medizin besonderer Mittelzuweisungen für Forschung, Lehre und Dienstleistung bedarf, und dass diese Mittel durch die universitäre Medizin selbst verwaltet werden müssen. Dabei ist auch darauf hinzuweisen, dass die universitäre Medizin durch Versorgung und Innovation an ihrem jeweiligen Standort eine deutliche Wertschöpfung generiert.

Die universitäre Medizin muss ihrerseits eine leistungsorientierte Mittelzuweisung sicherstellen. Herausforderungen stellen dabei die Festlegung eines Grund- oder Sockelbetrages sowie die Definition der qualitativen und quantitativen Leistungskriterien für klinische Innovation, Forschung und Lehre dar. Weiterhin braucht es einen strategischen Pool für die flexible Finanzierung von Innovationsvorhaben. Gerade auch für das diskutierte Integrationsmodell in der Universität ist eine leistungsorientierte Mittelvergabe für die vorklinischen und klinisch-theoretischen Institutionen zu klären. Letztlich bedarf es eines strategischen Entscheids, in welcher Form die Bereiche Forschung, Lehre und Versorgung balanciert und kooperativ zu fördern sind.

## Zusammenfassung und Perspektive

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die inhaltliche Integration von Forschung, Lehre und Patientenversorgung eine essenzielle Grundlage für eine erfolgreiche und nachhaltige universitäre Medizin darstellt. Die Literatur zur universitären Medizin zeigt, dass Strukturmodelle erfolgreich umgesetzt wurden, die eine solche inhaltliche Integration strategisch und strukturell abbilden, auch wenn die Modelle in Abhängigkeit von lokalen und nationalen Rahmenbedingungen durchaus variieren. Solche Strukturmodelle können durch das Zusammenführen von Institutionen wie einer medizinischen Fakultät und universitären Spitälern ein hervorragendes Umfeld für exzellente Lehre, innovative Spitzenforschung und eine qualitativ herausragende Patientenversorgung bereitstellen.

Die hier ausgeführten Überlegungen können zunächst für jeden medizinischen Hochschulstandort separat diskutiert werden. Letztlich ist aber eine nationale Betrachtung der universitären Medizin unabdingbar – insbesondere angesichts der geringen Einwohnerzahl und der wenigen Standorte der universitären Medizin in einem Land wie der Schweiz. Dies bedeutet, dass eine nationale Koordination der Standorte der universitären Medizin aus inhaltlichen und Ressourcen-technischen Überlegungen notwendig ist und sicher in absehbarer Zeit noch deutlich wichtiger werden wird.

*Prof. Klaus W. Grätz und Dr. Christian Schirlo, Zürich*



**Klaus W. Grätz** ist seit 2008 Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich und seit Anfang 2011 Präsident des Collège des Doyens der Schweiz; er ist als promovierter Human- und Zahnmediziner Direktor der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Universitätsspital Zürich und zudem Leiter des Medizinbereiches Neuro-Kopf.



**Christian Schirlo** ist seit 2010 Stabsleiter des Dekanats der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich; er ist promovierter Humanmediziner und arbeitete nach Abschluss eines Postgraduiertenstudiums zum Master of Medical Education als Projektleiter Studienreform und anschliessend als Leiter im Studiendekanat in Zürich.

<sup>8</sup> M. Wietecha, S.H. Lipstein, and M.T. Rabkin: Governance of the Academic Health Center: Striking the Balance Between Service and Scholarship. *Academic Medicine* 84: 170–176, February 2009.

<sup>9</sup> R.J. Milner, M.E. Gusic, and L.E. Thorndyke: Perspective: Toward a Competency Framework for Faculty. *Academic Medicine* 86: 1204–1210, October 2011.

**SAMW zeichnet vier Schweizer Neurowissenschaftler aus**

Die SAMW vergibt alle zwei Jahre den Robert-Bing-Preis an jüngere Forschende für herausragende Leistungen und alle fünf Jahre den Théodore-Ott-Preis für ein Lebenswerk in neurowissenschaftlicher Forschung. Die Vergabe der beiden Preise fiel in diesem Jahr zusammen.

Für den Théodore-Ott-Preis sind bis zum Bewerbungsschluss sieben, für den Robert-Bing-Preis zehn Bewerbungen eingegangen. Die Begutachtungskommission hat an ihrer Sitzung vom 31. Oktober 2012 folgende Preisträger 2012 bestimmt: Prof. Andreas Papassotiropoulos und Prof. Michael Sinnreich, beide aus Basel, werden mit dem Bing-Preis ausgezeichnet; Prof. Adriano Aguzzi aus Zürich und Prof. Pica Caroni aus Basel werden mit dem Ott-Preis ausgezeichnet.

Die vier Preisträger wurden durch den SAMW-Senat an seiner Sitzung vom 29. November 2012 bestätigt. Beider Preise sind mit je CHF 60 000.– dotiert und damit die höchsten Auszeichnungen für Hirnforschung der Schweiz.

Die Verleihung des Robert-Bing-Preises 2012 fand im Rahmen der Jahrestagung der Swiss Society of Neurosciences am 2. Februar 2013 in Genf statt.

Der Théodore-Ott-Preis 2012 wird im Rahmen des «2<sup>nd</sup> Congress of the Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies (SFCNS)» am 5. bis 7. Juni 2013 in Montreux vergeben.

**Robert-Bing-Preis 2012:**



Prof. **Andreas Papassotiropoulos**, Abteilung für molekulare Psychiatrie, Universität Basel



Prof. **Michael Sinnreich**, Extraordinarius für Neurologie, Department Biomedizin, Universitätsspital Basel

**Théodore-Ott-Preis 2012:**



Prof. **Adriano Aguzzi**, Institut für Neuropathologie, Universitätsspital Zürich



Prof. **Pica Caroni**, Professor für Neurobiologie, Friedrich Miescher Institute for Biomedical Research, Universität Basel

**Ausschreibung des Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds (KZS) für medizinische Ethik**

Die SAMW stellt aus dem Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds Mittel zur Verfügung für die Förderung von Forschungsprojekten auf dem Gebiet der Bioethik und der Medizinethik (inkl. klinischer Ethik).

Für das Jahr 2013 werden aus diesem Fonds CHF 250 000.– ausgeschüttet.

Bewerbungen um Forschungsbeiträge können in deutscher, französischer oder englischer Sprache eingereicht werden. Pro Gesuch werden maximal CHF 60 000.– zugesprochen. Gesuchsformulare können über die Homepage der SAMW heruntergeladen werden ([www.samw.ch/de/KZS](http://www.samw.ch/de/KZS)).

Einsendetermin für Gesuche ist der 31. März 2013.

**ZENTRALE ETHIKKOMMISSION**

**Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin»: Rückzug und Auftrag an Subkommission**

Der Senat der SAMW hat Ende November 2012 die Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin» zurückgezogen; sie sind nicht mehr kompatibel mit dem revidierten Erwachsenenschutzrecht, das am 1. Januar 2013 in Kraft getreten ist. Dieses enthält einige wichtige Neuerungen; so werden insbesondere die ärztlichen Zuständigkeiten und das Verfahren der fürsorglichen Unterbringung näher umschrieben. Neu werden die medizinischen Massnahmen bei Patientinnen und Patienten mit einer psychischen Störung und dabei namentlich auch die Behandlung ohne Zustimmung auf Bundesebene geregelt. Trotzdem besteht für die Praxis «Übersetzungsbedarf», und die Ausarbeitung von Richtlinien zur Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte, Pflegenden und weiteren Fachpersonen in diesem heiklen Bereich ist aus Sicht der Zentralen Ethikkommission (ZEK)

sinnvoll. Sie hat aus diesem Grund eine Subkommission unter dem Vorsitz von Prof. Paul Hoff beauftragt, neue Richtlinien zu diesem Thema auszuarbeiten. Diese sollen folgende Themen abdecken:

- ethische und rechtliche Voraussetzungen für Zwangsmassnahmen in verschiedenen Bereichen der Medizin (Psychiatrie, Geriatrie, Notfall- und Intensivmedizin usw.);
- Rolle und Verantwortlichkeiten von Ärztinnen und Ärzten, Pflegefachpersonen und weiteren Fachpersonen;
- Rolle der Inhaber der elterlichen Sorge bzw. des Beistandes bei minderjährigen oder verbeiständeten Personen;
- Entscheidungsprozesse, Dokumentations- und Sorgfaltspflichten bei der Durchführung von Zwangsmassnahmen und Nachbetreuung von Patientinnen und Patienten;
- Prävention von Zwangsmassnahmen.

Die Subkommission nimmt ihre Arbeit im Frühjahr 2013 auf.

**Zusammensetzung der Subkommission**

Prof. Dr. med. Dr. phil. **Paul Hoff**, Zürich (Vorsitz), Psychiatrie (Foto)

Prof. Dr. iur. **Marco Borghi**, Comano, Recht / Pro mente sana

**Andreas Bolliger**, Zürich, Langzeitpflege

Dr. med. **Monique Gauthey**, Genf, Kinder- und Jugendpsychiatrie

Dr. med. **Daniel Grob**, Zürich, Geriatrie

Prof. Dr. med. **Christian Kind**, St. Gallen (Präs. ZEK), Pädiatrie

PD Dr. med. **Tanja Krones**, Zürich, Ethik

**Sophie Ley**, Sion, Psychiatriepflege / Pflegeentwicklung

lic. iur. **Michelle Salathé**, MAE, Basel (SAMW), Recht

**Christoph Schmid**, MAS Spiritual Care, Bern, Theologie / CURAVIVA

**Bianca Schaffert-Witlivet**, MSN, Schlieren, Pflege Geriatrie

PD Dr. med. **Hans Wolff**, Genf, Gefängnismedizin





**Medizin für Gesunde? Bericht der Arbeitsgruppe «Human Enhancement»**

Unter dem Stichwort «Human Enhancement» werden medizinische Interventionen diskutiert, die sich nicht auf die Therapie von Krankheiten, sondern auf eine Verbesserung nichtpathologischer Merkmale richten. Dabei werden zahlreiche ethische und gesellschaftliche Fragen aufgeworfen. Eine Arbeitsgruppe der Akademien der Wissenschaften hat sich in Koordination mit dem Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung (TA-SWISS) sowie der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) der Thematik zugewandt. Der Fokus lag dabei auf dem Teilbereich des Neuroenhancements, der aufgrund seiner Aktualität und seiner Relevanz für die öffentliche Gesundheit ausgewählt wurde. Zudem hat sich die Arbeitsgruppe besonders der Rolle der Medizin gewidmet. Sie hat hierzu die Studie «Die Bedeutung des Neuroenhancements für praktizierende Ärzte und Ärztinnen im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie im Bereich der Hausarztmedizin» in Auftrag gegeben, die erstmals entsprechende empirische Daten für den Schweizer Kontext bereitstellt. Zentrale Einsichten der durchgeführten Analysen umfassen folgende Aspekte:

- Human Enhancement findet statt, auch mittels Medikamenten, die von Ärzten ohne krankheitsbezogene Indikation verschrieben werden. Enhancement ist zugleich eine Antwort auf die Erwartungen und Anforderungen unserer heutigen Gesellschaft.
- Die Frage nach der moralischen Zulässigkeit kann nicht mit einer Grenzziehung zwischen Enhancement und Therapie bzw. Prävention beantwortet werden. Zum einen ist eine solche klare Trennung nicht möglich; zum anderen müssen in eine ethische Bewertung Argumente jenseits einer simplen Kategorisierung einfließen.
- Was als Verbesserung erachtet wird, ist zum einen abhängig vom jeweiligen soziokulturellen Kontext. Auf der anderen Seite verweist die Frage nach der Wünschbarkeit von Enhancement immer zugleich auf unsere Vorstellungen von einem gelungenen gesellschaftlichen Zusammenleben.
- Innerhalb der Ärzteschaft besteht mit Blick auf Neuroenhancement ein gewisses Mass an Unsicherheit und Ambivalenz, zugleich vertritt aber zumindest ein Teil der Ärzte ein subjektives Krankheitsverständnis und eine pragmatische Einstellung gegenüber der Verschreibung von Enhancementprodukten.
- Eine weiterführende Debatte ist dringend geboten. Diese könnte ein kritisches Bewusstsein für mögliche Verzerrungen von Prioritäten im Gesundheitswesen fördern, wie sie zum Beispiel durch marktorientierte Medikalisierungsstrategien entstehen.

**Workshop «Sponsoring von Lehrstühlen: Chancen und Risiken»**

Privat finanzierte Lehrstühle geraten in der Öffentlichkeit zum Teil in die Kritik. Die Geldgeber würden Forschung und Lehre beeinflussen und so die Unabhängigkeit der Wissenschaft tangieren, wird moniert. Stimmen diese Vermutungen? Wo liegen die Chancen und Risiken wirklich? Zur Klärung dieser Fragen haben die Akademien Ende Oktober 2012 zu einem Workshop eingeladen. Rund 30 Personen – Vertreter aus Hochschulverwaltungen und kantonalen Erziehungsdirektionen, Forscher und Geldgeber, Mitglieder der Kommission «Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie» und Medienvertreter – haben daran teilgenommen. Im Zentrum der Diskussionen stand die Frage, ob die Unabhängigkeit der Forschung durch gestiftete Lehrstühle in Gefahr sei. Mehrere Votanten zeigten auf, dass es weniger um eine äussere Beeinflussung des einzelnen Forschers gehe, als um die Forschungsagenda. Da der Stifter das Forschungsgebiet fördert, das seinen Interessen entspricht, und die Hochschule mit eigenen Mitteln für Infrastruktur usw. nachzieht, entstehen Verschiebungen von Schwerpunkten, was die Unabhängigkeit der Forschung tangiert.

Heute ist in den Naturwissenschaften und der Medizin Forschung auf exzellentem Niveau so teuer, dass die Finanzierung durch die öffentliche Hand oft nicht ausreicht. Die Diskussionsrunde war sich einig, dass Drittmittel und gestiftete Gelder nötig sind, jedoch die Rahmenbedingungen so zu gestalten sind, dass die ethisch zu fordernden Standards eingehalten werden. Folgende Qualitätsstandards wurden diskutiert:

- vertragliche Regelungen zwischen Stifter und Hochschulen;
- Sicherstellung Lehr- und Forschungsfreiheit (konkret: keine Einflussnahme auf Berufungsverfahren, kein Anspruch auf Gegenleistung usw.);
- Transparenz über die Verträge zwischen Stifter und Hochschule;
- Vermeidung ethisch heikler Beziehungen zwischen Stifter und Stiftungsobjekt;
- Gleichbehandlung aller Lehrstühle (privat finanzierte Lehrstühle tragen keinen speziellen Namen, Berufungsverfahren und Verträge für Professur folgen üblichen Regeln usw.);
- professionelles Stifterkonzept zur Betreuung der Stifter;
- mehrere Geldgeber pro Projekt, gestiftetes Volumen deckt auch Infrastruktur ab;
- Stiftungsprofessur passt sich in die Forschungsstrategie der Hochschule ein.

Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmenden sprach sich dafür aus, aktiv zu werden und Empfehlungen bzw. Regeln zur Best Practice zu erarbeiten. Es wurde begrüsst, dass die Akademien Hand bieten, zusammen mit anderen Akteuren entsprechende Schritte einzuleiten. Viele Votanten zeigten sich überzeugt, dass Regeln nicht nur der Wahrung der Forschungsfreiheit dienen, sondern auch den Hochschulen, den Stiftern und den Forschern zugute kommen.

**Die Akademien der Wissenschaften fordern ein nachhaltiges Gesundheitssystem**

Die Akademien der Wissenschaften Schweiz sehen das Gesundheitssystem in der Krise: Die Medizin leistet zwar immer mehr, aber gleichzeitig sind die neuen Behandlungsmethoden immer teurer. Als Folge haben sich die Prämien für die Grundversicherung in den letzten zehn Jahren etwa um die Hälfte erhöht. Viele Beitragszahler stossen schon heute an ihre finanziellen Grenzen. Wie halten wir das Gesundheitswesen finanzierbar und sichern gleichzeitig die hohe Qualität der Medizin? An einer Tagung in Bern legten die Akademien der Wissenschaften Schweiz neue Studien vor und präsentierten eine Roadmap für ein nachhaltiges Gesundheitssystem.

Es ist weithin unbestritten, dass im Gesundheitssystem Reformen notwendig sind. Vor diesem Hintergrund haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz Anfang 2011 das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» lanciert. Im Frühjahr wurde eine Studie veröffentlicht, die die Methoden zur Nutzenbestimmung in der Medizin untersuchte. Kürzlich publizierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in einem Positionspapier jene Faktoren, die die Nachhaltigkeit der Medizin infrage stellen. Und das Zentrum für Technologiefolgen-Abschätzung TA-SWISS führte einen «publifocus» durch, bei dem ausgewählte Bürgerinnen und Bürger Kosten und Nutzen medizinischer Behandlungen diskutierten.

**AGENDA**

**Communicating Medical Error (COME)**

Konferenz, 18.–22. März 2013, Monte Verità, Ascona  
 COME fördert akademische Diskussionen zum Thema «Kommunikation und Medizinfehler» und zielt darauf hinaus, eine interdisziplinäre und internationale Forschungsagenda zu verabschieden.

**Medizin wohin? Ethische Anforderungen an die Steuerung des Gesundheitssystems**

Symposium, 4. Juli 2013, Hotel Ador, Laupenstrasse 15, Bern  
 Das diesjährige Symposium der Veranstaltungsreihe «Ökonomisierung der Medizin» widmet sich den Anreizen in der Medizin. Anreize, seien sie ökonomischer oder politischer Natur, steuern, beeinflussen und verändern die Medizin. An der Tagung soll aufgezeigt werden, wie Anreize im Gesundheitssystem wirken und welche Auswirkungen sie insbesondere auch auf das professionelle Ethos haben. Dabei soll diskutiert werden, welche Anforderungen an Steuerungsmodelle aus ethischer Sicht gestellt werden müssen. Die Tagung wird wiederum gemeinsam von der Nationalen Ethikkommission NEK-CNE und der Zentralen Ethikkommission der SAMW (ZEK) organisiert.

**2<sup>nd</sup> GRF One Health Summit 2013**

Kongress, 17.–20. November 2013, Kongresszentrum Davos  
 One Health – One Planet – One Future, Risks and Opportunities  
 Further information: <http://onehealth.grforum.org/>

Im Auftrag der Akademien der Wissenschaften hat jetzt ein Team um Prof. Luca Crivelli von der Università della Svizzera italiana untersucht, ob die gegenwärtige Qualität des Gesundheitswesens auch mit geringerem Aufwand erreichbar wäre. Die Studie benennt folgende drei Hauptursachen für die oft mangelnde Effizienz des Gesundheitswesens: Die Leistungserbringer, also die Ärzte und Spitäler, handeln nur selten koordiniert und tauschen kaum Informationen über ihre Patienten aus, was zu Doppelspurigkeiten führt. Darüber hinaus spielt im Gesundheitssystem die sogenannte «angebotsinduzierte Nachfrage» eine wichtige Rolle: Anbieter können die Leistungsmenge ausdehnen, auch wenn diese Leistungen kaum Zusatznutzen bringen. Und weil nicht der Einzelne sondern die Allgemeinheit die Kosten für medizinische Leistungen trägt, neigen die Versicherten dazu, zu viele und unnötige Leistungen zu verlangen. Allein diese drei Faktoren schaffen Ineffizienzen, deren Kosten die Autoren mit sechs bis sieben Milliarden Franken pro Jahr angeben. Das entspricht etwa 9,5% bis 11% der gesamten Gesundheitskosten der Schweiz.

Auf der Basis dieser Teilprojekte haben die Akademien eine «Roadmap» für ein nachhaltiges Gesundheitssystem ausgearbeitet und an der Tagung in Bern vorgestellt. Die Roadmap formuliert sieben Ziele, beschreibt die dazugehörigen Massnahmen und legt dar, in welchem Zeitraum welche Akteure des Gesundheitswesens aktiv werden müssen. Die Akademien fordern unter anderem, die bisherige kantonale Steuerung des Gesundheitssystems durch eine regionale, national koordinierte Steuerung zu ersetzen. Revisionsbedarf sehen die Akademien beim Krankenversicherungsgesetz: Nötig wären ein einheitlicher Finanzierungsschlüssel für ambulante und stationäre Behandlungen, einkommensabhängige Franchisen und für Pflegenden und Physiotherapeutinnen die direkte Abrechnung mit der Grundversicherung. Weitere Vorschläge der Roadmap betreffen die rasche Einführung eines elektronischen Patientendossiers zur Vermeidung von Doppelspurigkeiten sowie die Schaffung der gesetzlichen und finanziellen Voraussetzungen zur Einführung von «Health Technology Assessment» (HTA).

Die Roadmap betont zudem, dass die Nachhaltigkeit des Gesundheitssystems durch den Mangel an Gesundheitsfachleuten bedroht ist. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung der Bevölkerung benötigen allein die Alters- und Pflegeheime bis 2020 mindestens 15 000 zusätzliche Angestellte. Die Akademien fordern deshalb, die Anzahl der Ausbildungsplätze für Ärztinnen, Ärzte und andere Gesundheitsfachleute markant zu erhöhen und die Ausbildungen besser an den Bedarf der Patienten anzupassen. Zudem braucht es neue Modelle der Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsfachleuten, bei der auch die nichtärztlichen Fachleute entsprechend ihren Kernkompetenzen zum Einsatz kommen. Die Akademien werden die Roadmap Gesundheitspolitikern, den Ärzte- und Spitalvertretern sowie weiteren Akteuren des Gesundheitssystems zustellen und mit diesen das Gespräch suchen. Laut Roadmap sollten spätestens 2017 die letzten der vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt sein.





**Die Jahresberichte der Kommissionen sind online**

Aktuell sind neben zahlreichen Arbeitsgruppen auch zwölf ständige Kommissionen für die SAMW aktiv, angefangen von der «Begleitkommission Qualitätsempfehlungen» bis zur «Zentralen Ethikkommission». Die Kommissionen veröffentlichen jährlich einen Jahresbericht, in dem sie über ihre Aktivitäten Rechenschaft ablegen. Der Jahresbericht enthält zudem den Auftrag der Kommission sowie die aktuelle Zusammensetzung. Die Jahresberichte sind auf der SAMW-Website abrufbar unter [Portrait → Kommissionen](#).

**Revidierte Fassung der Richtlinien  
«Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie»**

Die SAMW veröffentlichte 2002 erstmals «Empfehlungen zur Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie». Diese wurden 2005 teilrevidiert und in «Richtlinien» umbenannt. Ausserdem setzte die SAMW eine «Beratende Kommission» unter Leitung von Prof. Walter Reinhart, Chur, ein; diese begleitete seither die praktische Anwendung und Interpretation der Richtlinien.

Wie aus den Jahresberichten der Kommission ersichtlich ist, waren es immer wieder ähnliche Themen, die die Kommission beschäftigten, und die bisher offensichtlich unklar oder ungenügend geregelt waren, so u.a. das Monosponsoring, der Passus «Anfrage für Credits eingereicht» auf Programmen, das «Ghost Writing» oder der Einsitz in «Advisory Boards». Dies hat die Kommission veranlasst, beim SAMW-Vorstand die Überarbeitung der Richtlinien zu beantragen. Insofern sich die Richtlinien prinzipiell bewährt haben, hat die Kommission darauf verzichtet, eine Neufassung der Richtlinien zu erstellen. Ganz neu ist nur das Kapitel III (Expertentätigkeit). In den anderen Kapiteln hat die Kommission versucht, offensichtliche Lücken zu schliessen und Präzisierungen anzubringen.

Der Entwurf der revidierten Richtlinien wurde sämtlichen Fachgesellschaften und kantonalen Ärztesellschaften zur Stellungnahme zugestellt. Im Rahmen der Vernehmlassung sind über 40 Rückmeldungen eingetroffen; die Mehrzahl davon äusserte sich positiv zur vorgesehenen Revision.

Der SAMW-Senat hat die finalisierte Fassung der Richtlinien Ende November 2012 definitiv verabschiedet; sie sind am 1. Februar 2013 in Kraft getreten.



**Personalisierte Medizin: die SAMW warnt vor Fehlentwicklungen**

Die SAMW zeigt in ihrem neuen Positionspapier das grosse Potential der individualisierten Medizin auf, warnt aber gleichzeitig vor möglichen Fehlentwicklungen. Um die Ergebnisse der neuen Techniken richtig einordnen zu können, müssen Ärztinnen und Ärzte über ausreichende Kenntnisse in den Bereichen Epidemiologie, Medizinische Genetik sowie Medizinische Statistik verfügen. Eine stärkere Berücksichtigung dieser Fächer in der medizinischen Ausbildung sowie spezifische Weiter- und Fortbildungsangebote sind unabdingbar. Solche ärztlichen Qualifikationen sollen transparent an die Patienten kommuniziert werden, damit sie die geeigneten Ärztinnen und Ärzte auswählen können. Besonders problematisch sieht die SAMW die Entwicklung bei Gentests aus dem Internet. Dort liefern Firmen oft Voraussagen über die Gesundheit, die den Nutzer nicht nur verunsichern können, sondern häufig auch falsch sind: Weil das Zusammenspiel zwischen Genen äusserst komplex ist und ausserdem stark von Umweltfaktoren beeinflusst wird, kann der Ausbruch einer Krankheit meist nicht seriös aufgrund von Gentests vorausgesagt werden. Eine gründliche Familienanamnese durch den Arzt ist hier oft aussagekräftiger. Gerade solche unseriösen Internetangebote bergen die Gefahr, dass die individualisierte Medizin in ihrer Gesamtheit diskreditiert wird.

Auch bei der Entwicklung neuer Medikamente steht der individuelle Patient immer mehr im Vordergrund. Die SAMW warnt davon, dass Patente auf Diagnosemethoden die therapeutische Freiheit des behandelnden Arztes zur Auswahl der entsprechenden Behandlung beeinträchtigen könnten. Da der potenzielle wirtschaftliche Nutzen von individualisierter Medizin sehr hoch ist, fordert die SAMW grösstmögliche Transparenz: Experten, politische Vertreter, Anbieter oder Initianten von öffentlichen Diskussionsplattformen und Internet-basierten Foren – sie alle müssen ihr persönliches Interesse begründen und eventuelle wirtschaftliche Verflechtungen deklarieren.

Die individualisierte Medizin ist eine grossartige Chance, um im Sinne der Patientinnen und Patienten Risikoabklärung, Therapie und Nachsorge zu verbessern. Durch wissenschaftlich fundierte Kenntnisse und evidenzbasiertes, seriöses Handeln kann es gelingen, das Maximum aus dieser Chance herauszuholen und mögliche Fehlentwicklungen zu vermeiden.

Das Positionspapier richtet sich an Gesundheitsfachleute (Ärztinnen/Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeuten/-innen), an Bildungsinstitutionen und an die interessierte Öffentlichkeit. Es ist auf der SAMW-Website abrufbar und kann als Broschüre bei der SAMW bestellt werden.



**SAMW**  
Schweizerische Akademie  
der Medizinischen  
Wissenschaften

**ASSM**  
Académie Suisse  
des Sciences Médicales

**ASSM**  
Accademia Svizzera delle  
Scienze Mediche

**SAMS**  
Swiss Academy  
of Medical Sciences

Das SAMWbulletin  
erscheint 4-mal jährlich.

Auflage: 3500  
(2600 deutsch,  
900 französisch).

Herausgeberin:  
Schweizerische Akademie  
der Medizinischen  
Wissenschaften SAMW  
Petersplatz 13  
CH-4051 Basel  
Tel. 061 269 90 30  
Fax 061 269 90 39  
mail@samw.ch  
www.samw.ch

Redaktion:  
Dr. Valentin Amrhein

Mitarbeit:  
Dr. Hermann Amstad,  
lic. iur. Michelle Salathé,  
Dr. Katrin Cramer

Gestaltung:  
Howald Fosco, Basel

Druck:  
Kreis Druck AG, Basel

ISSN 1662-6028

**a<sup>+</sup>**  
Mitglied der  
Akademien  
der Wissenschaften  
Schweiz