

**SAMW**

Schweizerische Akademie  
der Medizinischen  
Wissenschaften

**ASSM**

Académie Suisse  
des Sciences Médicales

**ASSM**

Accademia Svizzera delle  
Scienze Mediche

**SAMS**

Swiss Academy  
of Medical Sciences

## Genderspezifische Nachwuchsförderung in der Medizin: eine «Roadmap»



In Zukunft stehen die Ärztinnen im Vordergrund.

Seit einiger Zeit spricht man von einer «Feminisierung» der Medizin: Mehr Frauen als Männer studieren Medizin, und der Frauenanteil an der Gesamtzahl berufstätiger ÄrztInnen ist von 1% im Jahr 1960 auf heute 32% gestiegen. Die Frauen verteilen sich aber ganz unterschiedlich auf die verschiedenen Fachdisziplinen, und sie erreichen offensichtlich nach wie vor seltener Leitungspositionen in einer Klinik oder Universität. Im folgenden Artikel analysieren Prof. Dr. med. Anita Riecher, lic. phil. Anne von Gunten und Prof. Dr. med. Regine Landmann von der Universität Basel Hintergründe und Folgen dieser Entwicklung und skizzieren eine «Roadmap» zur genderspezifischen Nachwuchsförderung.

1868 immatrikulierte sich die erste Schweizerin, Marie Vögtlin, in Zürich für ein Medizinstudium. Nur wenige Jahre zuvor hatte sich Europas erste Frau in Paris für Medizin eingeschrieben. Marie Vögtlin schrieb später: «Die Schwierigkeiten und Vorurtheile, die mir in den Weg treten würden, kannte ich, aber ich war bereit, ihnen zu begegnen, indem die

ganze Zahl derselben verschwand vor dem unwiderstehlichen Drang nach Wissenschaft, der in mir lebte.» Und sie hatte tatsächlich einen schweren Weg vor sich. Die Weiterbildung an einer Klinik wurde ihr zunächst verwehrt, schliesslich gelang es ihr aber doch, in Zürich eine Frauenarztpraxis zu eröffnen.

weiter auf Seite 2

INHALT

Genderspezifische Nachwuchsförderung in der Medizin: eine «Roadmap»	1
Editorial	2
Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung und als Mittel der Kommunikation	6
Die Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» als wichtige Hilfe für die Praxis	7
Empfehlungen zur Verwendung von Leichen und Leichenteilen in der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung	7
Nanomedizin im interdisziplinären Dialog	7
Neue Einzelmitglieder der SAMW	8

IMPRESSUM

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich.  
Auflage: 3000 (2200 deutsch, 800 französisch).

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

Redaktion:  
Dr. Hermann Amstad, Generalsekretär  
Mitarbeit:  
lic. iur. Michelle Salathé, stv. Generalsekretärin  
Dr. Katrin Kuehnle, wiss. Mitarbeiterin

Gestaltung: vista point, Basel  
Druck: Schwabe, Muttenz

ISSN 1662-6028

Die SAMW ist Mitglied der Akademien der Wissenschaften Schweiz



Prof. Peter M. Suter,  
Präsident

### Frauenförderung zur Therapie des Ärztemangels?

Obwohl die Zahl der Medizinstudentinnen seit vielen Jahren zunimmt und schon länger jene der Medizinstudenten übersteigt, verharrt die Zahl der Ärztinnen in leitenden Positionen, aber auch ihr Anteil bei den niedergelassenen Medizinerinnen seit Jahrzehnten auf einem tiefen Niveau. Wir verlieren heute immer noch zu viele Frauen, deren Bildung, Erfahrung und Kompetenzen absolut ideal in ein modernes Gesundheitssystem passen würden. Von allen Seiten ertönen Klagen über den Mangel an qualifizierten Kaderpersonen im Spital sowie an Nachwuchs in den Arztpraxen, und zu selten denken wir an das verlorene Potential der Ärztinnen. Erstaunlich, sind doch die gesuchten Eigenschaften – Begabung zu Menschenführung, Kommunikation, Einfühlung und Patientenkontakt – typische Fähigkeiten, die bei Frauen häufiger sind.

In der vorliegenden Ausgabe des Bulletins der SAMW machen Anita Riecher, Anne von Gunten und Regine Landmann Vorschläge, wie die Situation zu verbessern wäre. Einer dieser Ansätze zur Karriereförderung von Kaderärztinnen ist die funktionelle Aufteilung von grossen klinischen Professuren in klinische und Forschungs- bzw. Lehrprofessuren. Dieses System, auch «Dual Leadership» genannt, scheint ein guter Weg, um erstens stark belastende Funktionen breiter abzustützen und damit effizienter zu machen, um zweitens besonders die akademischen Aspekte zu betonen und sichtbar erscheinen zu lassen, und um drittens neue Karrierewege zu schaffen, die besonders, aber nicht nur, für Frauen attraktiv sind. Voraussetzungen zu einem solchen erfolgreichen Strukturwandel sind ausserdem die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit, kombinierte Beschäftigungsmodelle in Klinik und Forschung sowie flexible Karriereoptionen.

Weitere Massnahmen können das Interesse der Ärztinnen für Kaderfunktionen und lebenslange berufliche Herausforderungen unterstützen. Zu den wichtigsten gehören sicherlich die Integration von familiären Entwicklungsplänen in die berufliche Karrierestrategie sowie ganz allgemein eine bessere Familienförderungskultur, d.h. bessere Möglichkeiten zur Kinderbetreuung, berufliche Unterstützung des Lebenspartners usw.

Besteht angesichts der wenig sichtbaren Erfolge Grund zum Pessimismus? Es gibt auch Zeichen, die optimistisch stimmen. So sind die Ideen der jungen Generation von Ärztinnen und Ärzten betreffend «work/life-balance», Hierarchie und Verantwortungsteilung in unserem Gesundheitssystem wahrscheinlich ganz gut geeignet, tatkräftig zur Entwicklung eines zwar anderen, aber alles in allem ebenso effizienten Systems beizusteuern. Dies wird eine verbesserte Rollenverteilung mit sich bringen – nicht nur zwischen Frauen und Männern, sondern auch zwischen ÄrztInnen und anderen Medizinalberufen. Wir sollten jedoch nicht noch einige Jahre und ein paar hundert Kolleginnen auf diesem Weg verlieren – unterstützen wir ihre beruflichen Karrieren mit besseren Mitteln schon heute!

### «Feminisierung der Medizin»?

Inzwischen liegt der Anteil der weiblichen Medizinstudenten in der Schweiz höher als jener der männlichen (s. Abb. 1): Von 1980 bis 2006 nahm er von 30% auf 57% zu, bei gleich bleibender Gesamtzahl an Medizinstudenten. Bezüglich der Anzahl berufstätiger Ärztinnen liegen Zahlen seit 1960 vor: Hier zeigt sich bei einer gleichzeitig starken Zunahme der Gesamtzahl berufstätiger Ärzte eine Steigerung des Frauenanteils von 1% im Jahre 1960 auf 32% im Jahre 2007 (Abb. 2).

Zum Teil wird die Angst geäussert, durch die «Feminisierung» werde die Medizin an Status, Macht und Einkommen verlieren. Tatsächlich wurde in verschiedenen Ländern gezeigt, dass der Frauenanteil eines Berufsstandes mit Status und Einkommen umgekehrt korreliert. Allerdings wurde die Kausalität des Zusammenhangs bisher nicht richtig untersucht: Ziehen sich Männer aus Berufen zurück, wenn diese weniger gut bezahlt werden (Einkommensverluste der Ärzte) oder werden Berufe weniger gut bezahlt, nachdem sie einen höheren Frauenanteil haben?

Die «Feminisierung der Medizin» ist jedoch nicht für alle Fächer gleichermassen feststellbar. Zwar ist inzwischen (2007) der Anteil der Schweizer Pädiaterinnen auf 47% gestiegen (41% in einer Praxis, 52% im Spital), der Anteil der Chirurgeninnen ist jedoch nach wie vor mit 9% sehr niedrig (2007: 5% in einer Praxis, 14% im Spital).

Auch tritt diese «Feminisierung» nicht auf allen Karrierestufen ein. Leitende Positionen und universitäre Positionen werden nach wie vor hauptsächlich an Männer vergeben. So sind etwa an den Basler Universitätsspitalern im Jahre 2008 55% der Assistenzärzte weiblich, aber nur 38% der Oberärzte und 17% der Leitenden Ärzte. Ende 2007 waren an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel weiblich: 16% aller Privatdozenten, 14% aller Titular- und Assistenzprofessoren, 10% aller Extraordinariate und 6% (2 von 35) aller Ordinariate. Aktuell (10/08) gibt es nur noch ein von einer Frau besetztes Ordinariat. Im Vergleich dazu liegt der Frauenanteil derzeit bei den Professuren der gesamten Basler Universität bei 15%.

Ähnlich sieht die Verteilung in anderen Ländern aus. In Deutschland etwa waren im Jahre 2006 63% aller Medizin-Studienanfänger weiblich und 40% aller berufstätigen Ärzte, aber nur 11 bzw. 12% aller Leitenden Ärzte und Professoren. Warum gibt es diesen «Glass-Ceiling»-Effekt?

### Karrierewünsche und -pläne von MedizinstudienabgängerInnen

Verschiedene Untersuchungen, unter anderem von Buddeberg-Fischer et al. aus der Schweiz, zeigen, dass es bei Medizinstudenten zwar keine Geschlechtsunterschiede bezüglich Karrierewünsche gibt, dass sich aber schon kurz vor Studienabschluss die Vorstellungen über die berufliche Laufbahn deutlich unterscheiden. Zwar wünscht sich die Mehrzahl aller Studienabgänger – Männer wie Frauen – eine gute Vereinbarkeit des Berufes mit der Familie; während Frauen jedoch die Familie priorisieren, lassen sich Männer dadurch in ihrer Karriereplanung weniger behindern. Frauen geben signifikant häufiger an, Wert auf eine kurze Ausbildungsdauer und auf die Überschaubarkeit des Fachgebiets zu legen.

Während für Männer bei der Wahl des Fachgebietes die Möglichkeit der Forschungstätigkeit, hohes Einkommen und hohes Ansehen sowie eine technisch-apparative Tä-

Abb. 1. Anzahl Studierende der Humanmedizin 1980 – 2006

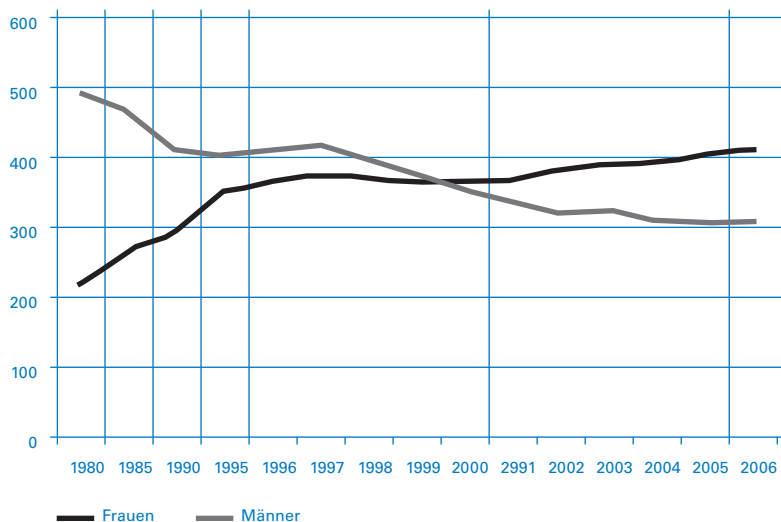
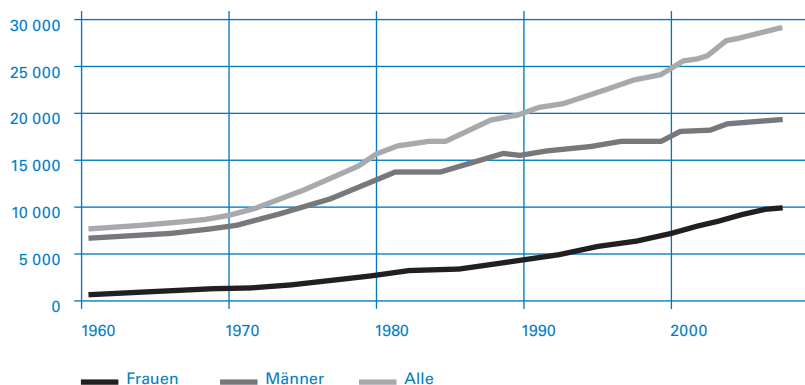


Abb. 2. Anzahl berufstätige Ärztinnen und Ärzte 1960 – 2007



tigkeit wichtig sind, legen Frauen signifikant mehr Wert auf intensiven Patientenkontakt, auf die Vereinbarkeit mit der Familie und signifikant weniger Wert auf berufliche Aufstiegsmöglichkeiten. Auch zeigen die männlichen Studienabgänger ein signifikant höheres Selbstwertgefühl als die weiblichen und beschreiben sich als handlungsorientierter, während die weiblichen Studienabgängerinnen sich eher als gefühlorientiert beschreiben. Entsprechend wählen die angehenden Ärztinnen dann auch Fachgebiete, in denen beziehungsorientierte Aspekte der ärztlichen Tätigkeit eine grössere Rolle spielen, während angehende Ärzte eher handlungsorientierte Disziplinen bevorzugen.

**Traditionelles Geschlechtsrollenverhalten und Geschlechtsrollenzuschreibung**

Eines der Karrierehindernisse für Frauen scheinen also die Wünsche bzw. die Planungen der Frauen selbst zu sein bzw. ihr traditionelles Geschlechtsrollenverhalten. Frauen definieren sich immer noch als hauptsächlich zuständig für Kinder, Familie und Haushalt, während Männer ihre Karriere an die erste Stelle setzen. Hier handelt es sich offensichtlich um tief verankerte Denk- und Verhaltensmuster mit vielfältigen, nicht zuletzt auch gesellschaftlichen Wurzeln. Noch immer gilt Karriereorientiertheit als männlich, das heisst, sie wertet einen Mann auf, während Frauen bei karriereorientiertem Verhalten eher ambivalent bis kritisch betrachtet werden.

Nicht nur die Frauen selbst, sondern auch ihr Umfeld und nicht zuletzt ihre (potentiellen) Vorgesetzten schreiben Frauen oft andere Rollen zu als Männern. So zeigen soziologische Untersuchungen, dass es in unserer Gesellschaft nach wie vor gewisse Bilder von und Erwartungen an Frauen gibt, sogenannte Stereotype. Danach werden Frauen als eher abhängig, anlehnungsbedürftig, emotional verständnisvoll, sanft, warmherzig, fürsorglich, gesprächig und expressiv gesehen, Männer dagegen als eher unabhängig, dominant, selbstsicher, ehrgeizig, zielstrebig, rational, willensstark, überlegen und «instrumentell» orientiert. Männern werden also genau diese Eigenschaften zugeschrieben, die allgemein auch von Führungspersönlichkeiten erwartet werden. Frauen kommen dadurch beruflich teilweise in eine Double-Bind-Situation: Verhalten sie sich entsprechend dem weiblichen Stereotyp, werden sie als schwach und führungsunfähig abgewertet, verhalten sie sich entsprechend dem männlichen Stereotyp, so werden sie als hart und unweiblich kritisiert, was ihnen nicht nur bezüglich ihrer Karriere zum Nachteil ausgelegt werden kann.

**«Kosten» der Karriere**

Frauen mussten bisher tatsächlich auch mit hohen persönlichen «Kosten» rechnen, wenn sie eine Karriere anstrebten. So zeigte eine Schweizer Untersuchung von 2001, dass 50% aller weiblichen Angehörigen der Professorenschaft und des oberen Mittelbaus an Medizinischen Fakultäten unverheiratet waren, während dies bei Männern nur 10% waren. 25% der Frauen, dagegen nur 10% der entsprechenden Männer, lebten allein. Die meisten Frauen hatten keine Kinder oder höchstens eines.

**Die Folgen**

Die berufliche Karriere von Frauen läuft häufig nicht ohne Unterbrechungen durch Schwangerschaft und Kinderbetreuung und mit längeren Zeiten in Teilzeitstellen. Auch wenn Mütter wieder voll arbeiten, sind sie häufig durch die gleichzeitige Verantwortung für Kinder, Familie, Haushalt usw. deutlich stärker mehrfach-belastet als Väter. Im Jahr 2001 z.B. haben in der Bundesrepublik Deutschland, wo auch Männer bezahlte Erziehungszeiten bekommen können, nur 9 Ärzte von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht, im Vergleich zu 950 Ärztinnen. Frauen in der Familienphase sind aufgrund der oben genannten Problematik zum Teil nicht so flexibel einsetzbar wie Männer und auch nicht «150prozentig», wie das an unseren Universitäten immer noch erforderlich ist, wenn man neben der Klinik auch noch forschen und sich habilitieren will. Hinzu kommt, dass sie – wie Untersuchungen zeigen – tatsächlich mehr Zeit mit Patientenbetreuung verbringen als ihre männlichen Kollegen.

**Strukturelle Karrierehemmnisse**

Sowohl für Frauen als auch für Männer in der Familienphase, d.h. (angehende) Mütter und Väter, gibt es auch starke strukturelle Hindernisse, wenn sie Karriere mit Familie vereinbaren wollen. Allen voran sind dies fehlende Teilzeitstellen, sowohl für Frauen als auch für Männer, und zwar auf allen hierarchischen Ebenen in Klinik und Forschung. Gefragt wären flexible Kinderbetreuungsmöglichkeiten sowie eine frühe Beratung über die praktischen Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Kind(ern) und Karriere. Nicht zuletzt fehlen diesbezüglich auch Rollenvorbilder.

Als strukturelles Hindernis wirkt möglicherweise auch die Untervertretung von Frauen in Gremien. So sind unter anderem Forschungsgremien, die über Drittmittelvergaben entscheiden, überwiegend mit Männern besetzt. Welchen Einfluss diese Geschlechterzusammensetzung auf die Beurteilung von Anträgen und Publikationen hat, ist noch nicht untersucht worden. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass Frauen signifikant besser und mehr publizieren müssen, um gute Einschätzungen und Stipendien zu erhalten (Nature, 1997).

### Bisherige Frauenförderung – eine kritische Würdigung

An Schweizer Universitäten und auch an Medizinischen Fakultäten gibt es zahlreiche Initiativen zur Frauenförderung und zur Gleichstellung der Geschlechter.

So wurde 2006 das Chancengleichheitsanliegen als Merkmal in die Qualitätssicherungsrichtlinien der Schweizerischen Universitätskonferenz aufgenommen und eine Konferenz der Gleichstellungsbeauftragten an Schweizer Universitäten etabliert. Der Schweizerische Nationalfonds hat die Umsetzung der Gleichstellung der Geschlechter nicht nur als eine zentrale Aufgabe definiert, sondern auch eine Studie zur Überprüfung der konkreten Umsetzung in Auftrag gegeben. Er hat verschiedene Förderprogramme speziell für Frauen aufgelegt, etwa das Marie-Heim-Vögtlin-Programm, und er hat bei Förderprogrammen die Altersgrenzen für Frauen aufgehoben. Insbesondere betont der Nationalfonds die Bedeutung der Vereinbarkeit von wissenschaftlicher Karriere bzw. Beruf und Familie für Frauen und Männer und regt Modelle wie Möglichkeit zu Heimarbeit, Teilzeitstellen auf allen Hierarchiestufen, flexible Arbeitszeiten, Job-Sharing usw. an.

In der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften stieg der Frauenanteil im Senat zwischen 1988 und 2008 von 0% auf 16% (Abb. 3).

An verschiedenen Medizinischen Fakultäten existieren Mentoring-Programme für Assistierende ebenso wie Teilzeitarbeitsprojekte. Auch während des Studiums wird zum Teil schon für die Thematik sensibilisiert.

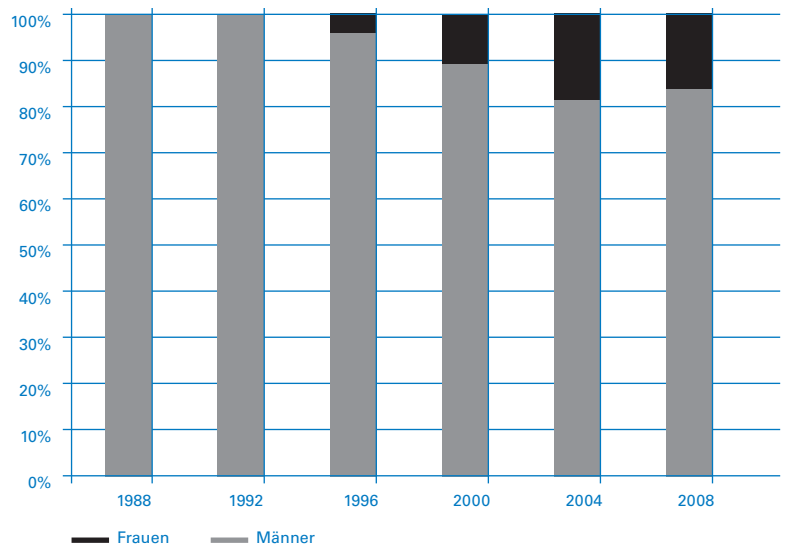
### Die Förderung von Frauen auf dem Weg zur Chefärztin oder Professorin am Beispiel der Universitätskliniken Basel

Die Gleichstellungskommission der Medizinischen Fakultät der Universität Basel verfolgt auf drei Ebenen Massnahmen zur Förderung von Frauen bezüglich ihrer medizinischen und akademischen Karriere:

I) Seit 2004 läuft an den Universitätskliniken Basel ein 'one-to-one' Mentoringprogramm für Nachwuchsmedizinerinnen, die eine Professur oder Chefärztinnen-Funktion anstreben. Inzwischen durchliefen 65 Mentees, wovon 29 Oberärztinnen, das Programm, 9 unter ihnen habilitierten. Die Ergebnisse der 1. Runde sind in der Schweiz. Ärztezeitung publiziert (2006; No 44: 1901ff). Sowohl MentorInnen als auch Mentees sprachen sich positiv zur Wirkung des Mentoring aus. Die Mentees konnten karriere- und fachspezifisch unterstützt werden.

II) Die Gleichstellungskommission arbeitet darauf hin, durch Flexibilisierung der Anstellungsverhältnisse auf Oberarzt-Stufe eine Erhöhung des Frauenanteils auf Kaderpositionen an den Universitätskliniken zu erreichen. Diese Qualifikationsstufe hat sich für Frauen als heikle Phase herausgestellt, in der sie sich, falls sie Kinder haben, häufig gegen eine weiterführende Karriere

Abb. 3. Männer- und Frauenanteil im SAMW-Senat



entscheiden, weil sie zur Zeit der Kleinkinderbetreuung kein Vollzeit-Pensum im Spital schaffen. Dabei soll von den institutionellen Voraussetzungen im Spital mit der Forderung nach einer optimalen Patientenbetreuung ausgegangen werden. Einzellösungen sind nicht erstrebenswert. Betroffene Nachwuchskräfte sollen keine «Einzelkämpferinnen» bleiben und im Interesse der Spitäler darf nicht wiederholt Energie für das Aushandeln von «Sonderlösungen» verloren gehen.

III) Informationsveranstaltungen für Studierende: Wiederholt wurde – finanziert durch das Bundesprogramm Chancengleichheit – eine Vorlesung zum Thema «Karriereplanung für Frauen im Medizinstudium» angeboten. Seit 2004 ist diese Veranstaltung abgelöst durch einen Laufbahnworkshop, an welchem sich Studierende im 6. Jahr über die genderspezifischen Herausforderungen einer Medizinkarriere und über Fragen zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie aktiv informieren können. Insbesondere stehen den Studierenden «Rollenmodelle» aus verschiedenen Fachbereichen für Fragen zur Verfügung.

### Anregungen zur genderspezifischen Nachwuchsförderung

Massnahmen sollten früh einsetzen, und sie dürfen nicht nur die strukturellen Hindernisse beinhalten, sondern auch einen breiten Diskurs aller anderen oben genannten potentiellen Einflussfaktoren.

Folgende Massnahmen sollten initiiert oder ausgebaut werden:

1. **Frühe Informationsveranstaltungen zu genderspezifischen Problemen** in der Medizinerkarriere sind wichtig. Viele MedizinerInnen nehmen Ungleichheiten im Berufsleben erst wahr, wenn sie sich auf Kaderstellen bewerben und hier an die «gläserne Decke» stossen. Eine frühe Auseinandersetzung mit der Thematik erlaubt eine zielgerichtete, bewusste Planung der eigenen Karriere unter Berücksichtigung der persönlichen Wünsche.

2. Um die Vereinbarkeit von Familie und Karriere zu verbessern, sollten **Teilzeitstellen für Männer und Frauen auf allen Hierarchieebenen** angeboten und die Arbeitszeiten flexibilisiert werden. Neben Mutterschafts- sollte auch Vaterschaftsurlaub unterstützt werden mit Förderung eines frühzeitigen Wiedereinstiegs. Auch die Flexi-

bilität des Arbeitsplatzes mit teilweiser Erledigung von schriftlichen Arbeiten zu Hause sollte bei jungen Müttern und Vätern kein Tabuthema sein.

3. In Universitäts- und grösseren Spitälern sollten **institutionseigene Kinderkrippen** und Angebote für Kindergartenkinder und Schüler zur «Nachschulzeit»-Betreuung geschaffen werden. Öffnungszeiten sollten sich nach den Arbeitsabläufen in Spitälern richten. Wochenweise Arbeit oder unvorhersehbare Verlängerungen der Arbeitszeit durch Notfälle müssten institutionell aufgefangen werden können.

4. **Altersgrenzen** bei der Vergabe von Stipendien, bei Habilitationen, Berufungen usw. **sollten hinterfragt werden** – nicht nur für Mütter, sondern auch für Väter.

5. **Gleichstellungskommissionen** werden in naher Zukunft für die Weiterentwicklung von genderspezifischen Nachwuchsförderungsprogrammen und institutionellen Umstrukturierungen wichtig bleiben. In solchen Gremien sollten VertreterInnen der obersten Hierarchiestufen Einsitz haben, damit die Entscheidungen und Aktivitäten Gewicht erhalten.

Massnahmen im Zusammenhang mit Gleichstellungsanliegen sollten nicht über einen längeren Zeitraum an eine bestimmte Person, sondern **breit an verschiedene VertreterInnen der Fakultät und der Spitäler delegiert werden**. Gleichstellungsanliegen sollten von Personen vertreten werden, welche fachlich anerkannt sind und sich nur «nebenamtlich» für Gleichstellungsanliegen einsetzen. Hierfür bieten sich Rotationsverfahren an. Diese lassen die Öffentlichkeit Gleichstellungsanliegen immer wieder mit anderen, möglichst etablierten MedizinerInnen in Verbindung bringen und verhindern, dass die fachliche Kompetenz des jeweiligen Kommissionsmitglieds von Gleichstellungsanliegen «überlagert» wird.

6. Parallel zu den Aktivitäten in speziellen Gremien sollten wichtige **Vorgaben zur gendergerechten Nachwuchsförderung** in Leitlinien, Statuten usw. **verbindlich verankert** werden. So kann Geschlechterparität in wichtigen Ausschüssen wie Habilitations- und Berufungskommissionen reglementarisch festgelegt werden.

7. In den Medizinischen Fakultäten sollte über die **funktionelle Aufteilung grosser klinischer Professuren in klinische und Forschungs- bzw. Lehrprofessuren** diskutiert werden. Während Klinik-Leitung im Dienstleistungs- und klinischen Forschungsbereich liegen würde, könnten Lehre und biomedizinische Forschungspositionen als rein universitäre Funktionen besetzt und als eigenständige Professuren vergeben werden. Solche Massnahmen würden einerseits die Qualifizierung entsprechender Führungspersonen zielgerichteter ermöglichen und andererseits jungen MedizinerInnen, die wegen ihrer Familie nicht eine strukturelle Professur nach altem Muster anstreben, den Weg zu einer Professur öffnen.

8. **Strukturierte Mentoringprogramme** sollten professionell und institutionalisiert in die Abläufe von Fakultät und Spital eingebunden werden, mit langfristigem Follow-up der Absolventen. Zur Verbesserung des Angebots können europäische Netzwerke für Mentoring in der Medizin und deren Richtlinien benutzt werden ([www.eument-net.eu](http://www.eument-net.eu)). Selbstverständlich sollten längerfristig

diese Angebote für beide Geschlechter, unter Berücksichtigung der jeweiligen Rahmenbedingungen, angeboten werden.

Die Förderung von Frauen auf dem Weg zur Professorin oder Chefarztin lässt sich mit vielen Argumenten begründen. Insbesondere entsprechen die Geschlechterverhältnisse auf Ebene der Professuren nicht dem in der Schweiz demokratisch und verfassungsmässig festgelegten Grundsatz der Gleichstellung. Neben ethischen bzw. demokratischen Argumenten greifen aber auch ökonomische Überlegungen: Der Schweiz gehen wichtige human resources verloren, wenn das vorhandene Potential unter den Nachwuchswissenschaftlerinnen nicht für die Konkurrenzfähigkeit der Schweiz im europäischen und interkontinentalen Kontext genutzt wird. Auch werden wir dem sich abzeichnenden Ärztemangel nur begegnen können, wenn wir mehr Anreize für Frauen schaffen, in der Medizin tätig zu bleiben. Schliesslich könnte die Medizin auch inhaltlich von einer stärkeren Einflussnahme der Frauen profitieren, wenn diese tatsächlich bestimmte Aspekte, wie Intensivierung des Patientenkontakts, stärker einbrächten.

Die Herausforderungen der gendergerechten Nachwuchsförderung liegen gleichermaßen auf struktureller und psychosozialer Ebene – entsprechende Massnahmen müssen parallel auf beiden Ebenen ansetzen, da sie in enger Wechselbeziehung stehen. Konkrete institutionelle Umstrukturierungen sollten von Sensibilisierungsmassnahmen begleitet werden. Sensibilisierte Führungspersonen sind eher bereit, konkrete Massnahmen zu ergreifen, als vorgesetzte Personen, welche sich der speziellen Herausforderungen im Hinblick auf eine gendergerechte Nachwuchsförderung nicht bewusst sind. Ähnliche Zusammenhänge gelten für die zu fördernden Nachwuchskräfte selbst.

*Prof. Anita Riecher, lic. phil. Anne von Gunten,  
Prof. Regine Landmann, Basel*

**Anita Riecher** ist Ordinaria für Psychiatrie und Psychotherapie an der Universität Basel und Chefarztin der Psychiatrischen Poliklinik des Universitätsspitals Basel. Sie ist Präsidentin der interdisziplinären gesellschaft für die psychische gesundheit von frauen und genderfragen (gpgf) und der Section of Women's Mental Health der European Psychiatric Association (EPA).



**Anne von Gunten** ist Forschungsassistentin und Doktorandin an der Pädagogischen Hochschule Bern; ausserdem ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin und Koordinatorin des Mentoring-Programmes FRAME PLUS am Departement für Lehre und Forschung der Universitätskliniken Basel.



**Regine Landmann** ist Titularprofessorin für Experimentelle Medizin, leitet die Forschungsgruppe Infektionsbiologie am Departement Biomedizin des Universitätsspitals Basel und ist Präsidentin der Gleichstellungskommission der Medizinischen Fakultät.



# Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung und als Mittel der Kommunikation

lic. theol. Peter Lack, Präsident der Subkommission «Patientenverfügung», Basel

lic. iur. Michelle Salathé, stv. Generalsekretärin SAMW, Basel

In verschiedenen medizinisch-ethischen Richtlinien hat die SAMW in den vergangenen Jahren die Patientenverfügung als Instrument der Selbstbestimmung von Patientinnen und Patienten bekräftigt. Mit einer Patientenverfügung kann eine urteilsfähige Person im Voraus festlegen, welchen medizinischen Massnahmen sie im Fall der Urteilsunfähigkeit zustimmen möchte und welchen nicht. Mit den nun im Entwurf vorliegenden Richtlinien hat sich eine Subkommission<sup>1</sup> der ZEK unter der Leitung von lic. theol. Peter Lack, Basel, eingehend mit dem Thema «Patientenverfügung» auseinandergesetzt. Die Richtlinien zeigen auf, welche Inhalte eine Patientenverfügung haben kann und was beim Erstellen und in der Umsetzung zu beachten ist.

Neben den Chancen der Patientenverfügung (als Instrument der Selbstbestimmung und Mittel zur Unterstützung der Entscheidungsfindung) thematisieren die Richtlinien auch deren Grenzen. So ist die Autonomie des Einzelnen zwar hoch zu veranschlagen, gleichzeitig ist jedoch zu bedenken, dass Menschen soziale Wesen sind. Familie und Freunde, aber auch ÄrztInnen, Pflegendе und weitere Betreuungspersonen sind von den Entscheidungen eines Patienten spätestens dann betroffen, wenn sie eine Patientenverfügung umsetzen. Die Richtlinien schlagen deshalb vor, Angehörige und allenfalls den Hausarzt bereits beim Erstellen einer Patientenverfügung einzubeziehen.

Andererseits verlangt das Verfassen einer Patientenverfügung nach persönlicher Auseinandersetzung mit Krankheit, Unfall, Sterben und Tod. In gesunden Lebensphasen ist es nicht einfach, sich in die Situation einer schweren Krankheit oder des Sterbens zu versetzen und sich im Voraus vorzustellen, welchen medizinischen Massnahmen man in Grenzsituationen zustimmen würde und welchen nicht. Die Richtlinien empfehlen deshalb die Beratung beim Erstellen von Patientenverfügungen. Im Rahmen dieser Beratung kann über mögliche Verläufe einer Krankheit und therapeutische Handlungsoptionen informiert werden. Die Richtlinien regen zudem an, dass die Verfassenden in der Patientenverfügung zusätzlich zu den Aussagen über spezifische Behandlungssituationen und -massnahmen ihre individuellen Werte und Wünsche, Ängste und Erwartungen und Hoffnungen (d.h. die persönliche «Werthaltung») umschreiben. Diese Hinweise können als Orientierung dienen in Situationen, in welchen nicht absehbar ist, ob eine medizinische Behandlung erfolgreich ist oder falls sich der Verfügende nicht explizit zu bestimmten medizinischen Massnahmen geäussert hat.



Wieviel Behandlung am Lebensende?

Schliesslich äussern sich die Richtlinien auch zu jenen Fällen, in welchen das Behandlungs- und Betreuungsteam oder die Angehörigen sich nicht sicher sind, ob die Patientenverfügung noch dem mutmasslichen Willen des Patienten entspricht. Die Richtlinien halten fest, in welchen Situationen die Möglichkeit einer nachträglichen Willensänderung geprüft werden sollte. Sie fordern aber auch, dass ein Abweichen von der Patientenverfügung im Patientendossier festgehalten und begründet werden muss.

<sup>1</sup> Der Subkommission gehören folgende Personen an:

lic. theol. Peter Lack, Basel (Vorsitz); Dr. phil. Susanne Brauer, PhD, Zürich; Dr. med. Martin Conzelmann, Basel; Dr. med. Andreas Gerber, Bern; Prof. Dr. med. Bruno Gravier, Lausanne; Dr. iur. Jürg Müller, Basel; Prof. Dr. med. Claude Regamey, Präsident ZEK, Fribourg; Prof. Dr. med. Bara Ricou, Genève; Monique Sailer, Pflege, cand. NMS, Brünisried; lic. iur. Michelle Salathé (MAE), stv. Generalsekretärin SAMW, Basel; Dr. med. Urban Wirz, Subingen

### **Die Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» als wichtige Hilfe für die Praxis**

Der Entwurf der medizinisch-ethischen Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» ist in der Vernehmlassung auf reges Interesse gestossen; knapp 50 Stellungnahmen sind eingetroffen. Die grosse Mehrheit davon begrüsst die neuen Richtlinien ausdrücklich als wichtige Entscheidungshilfe für die Praxis. Gestützt auf die Anregungen und Kommentare der Vernehmlassung hat die Subkommission unter Leitung von Prof. Andreas U. Gerber, Burgdorf, den Text nochmals überarbeitet. Sie hat insbesondere mit einer klareren Gliederung der beiden zentralen Kapitel dem in vielen Stellungnahmen geäusserten Einwand Rechnung getragen, dass die Richtlinien zu stark auf Institutionen fokussieren.

Die Richtlinien beschreiben nun im ersten der beiden Hauptkapitel die prospektive Entscheidungsfindung bezüglich des Einleitens oder Unterlassens von Reanimationsmassnahmen bei einem allfälligen Herzkreislaufstillstand. Diese Ausführungen gelten nicht nur für Institutionen. Sinngemäss sind sie auf die Hausarztpraxis übertragbar. Es ist ein wesentliches Ziel dieser Richtlinien, dass zukünftig nicht nur frühzeitig in allen Institutionen, sondern möglichst schon in der präklinischen Situation, z.B. im Rahmen einer Patientenverfügung, besprochen und dokumentiert wird, ob bei einem allfälligen Herzkreislaufstillstand Reanimationsmassnahmen eingeleitet werden sollen oder nicht.

Das zweite Hauptkapitel widmet sich dem Vorgehen in der Situation eines akuten Herzkreislaufstillstands und ist primär auf die Situation ausgerichtet, in welcher ein Herzkreislaufstillstand ausserhalb einer Institution eintritt, wo in der Regel wenig resp. überhaupt keine Information über den Patienten vorliegt.

Der Senat wird die Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» voraussichtlich am 27. November 2008 verabschieden. Die Richtlinien können ab Ende November von der Website der SAMW ([www.samw.ch](http://www.samw.ch)) heruntergeladen oder beim Generalsekretariat der SAMW, Petersplatz 13, 4051 Basel, bestellt werden.

### **Empfehlungen zur Verwendung von Leichen und Leichenteilen in der Forschung sowie der Aus- und Weiterbildung**

Nicht nur in Fachkreisen, sondern auch in der Öffentlichkeit haben Medienberichte für Beunruhigung und Empörung gesorgt, wonach weltweit ein schwunghafter Handel mit Leichenteilen zweifelhafter Herkunft erfolge. Auch in der Schweiz wurde ein Fall bekannt, bei dem aus den USA 40 tiefgefrorene Füsse für Operationsübungen importiert worden waren.

Aufgrund einer konkreten Anfrage zum korrekten Vorgehen insbesondere bei der Kooperation von Universitätsinstituten mit Partnern aus der Industrie hat sich die SAMW entschlossen, eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Prof. Volker Dittmann aus Basel zu beauftragen, Empfehlungen für den Umgang mit Leichen und Leichenteilen in der medizinischen Forschung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung zu erarbeiten. Ziel der Empfehlungen ist nicht eine zwingende Normierung des Verhaltens; vielmehr sollen sie die Akteure in diesem Bereich in die Lage versetzen, ihr Handeln so zu gestalten, dass weder aus ethischer noch aus rechtlicher Sicht Einwände bestehen. Nachdem im Sommer eine erste Fassung allen schweizerischen Instituten für Anatomie, Pathologie und Rechtsmedizin zur Stellungnahme zugestellt wurde, wird der Senat der SAMW die definitive Fassung der Empfehlungen an seiner Sitzung vom 27. November 2008 verabschieden; diese werden als Anhang den Richtlinien «Biobanken» beigelegt.

---

## AKADEMIEN-SCHWEIZ

### **Nanomedizin im interdisziplinären Dialog**

Unter dem Titel «Nanotechnology in Medicine – The Potential of Combined Medical and ELSI Research» führten die akademien-schweiz am 13. Oktober 2008 in Bern einen ganztägigen Workshop durch. Das transdisciplinarity-net lud 23 Experten und Expertinnen aus der medizinischen und der geistes- und sozialwissenschaftlichen Forschung im Bereich Nanomedizin ein, über gegenseitige Erwartungen und Vorurteile zu diskutieren. Im Hinblick auf das Nationale Forschungsprogramm 64 zu Chancen und Risiken von Nanomaterialien wurden zudem erste Ideen für gemeinsame Projekte diskutiert. Solche Projekte untersuchen neue medizinische Möglichkeiten nicht nur in ihrer Wirkung auf die menschliche Gesundheit, sondern nehmen auch ethische, gesellschaftliche und rechtliche Auswirkungen in den Blick. Als GastreferentInnen trugen Prof. Alfred Nordmann (TU Darmstadt) und Prof. Sylvia Nagl (University College London) ihre diesbezüglichen Forschungserfahrungen vor.

In den Referaten und den über den ganzen Tag intensiv geführten Diskussionen wurden die Hindernisse aufgezeigt, mit welchen fachübergreifende Projekte nicht nur im Bereich der Nanomedizin zu kämpfen haben: Einer-

seits fehlen Anreize für Forschende (Förder- und Karrieremöglichkeiten), andererseits fehlen auch Beispiele, welche am konkreten Fall aufzeigen, worin der Vorteil der aufwendigen interdisziplinären Forschung besteht. Gute Chancen auf eine fruchtbare Zusammenarbeit haben Projekte, in welchen technische, physiologische, psychologische, ökonomische und ethische Dimensionen der Nanomedizin parallel zueinander untersucht werden. Als weniger zielführend beurteilten die Teilnehmenden Projekte, in welchen die moralischen Aspekte der Nanomedizin an die Forschenden der Geistes- und Sozialwissenschaften delegiert werden, oder Projekte, die über mögliche zukünftige Anwendungen spekulieren, statt zu fragen, welchen Einfluss diese Visionen auf unseren aktuellen Umgang mit der Nanomedizin haben. Prof. Peter Suter, Präsident der SAMW, fasste abschliessend die wichtigsten Aspekte der Diskussion zusammen und leitete Aufgaben ab, die sich daraus für die akademien-schweiz ergeben können; diese haben erst kürzlich ihre «Thesen zur Nanotechnologie – Herausforderungen einer interdisziplinären Nanotechnologie und eines proaktiven Dialogs» veröffentlicht.

**Neue Einzelmitglieder der SAMW**

Der Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat an seiner Sitzung vom 20. Mai 2008 Prof. Sabina De Geest aus Basel, Prof. Felix Frey aus Bern, Prof. Olivier Guillod aus Neuchâtel, Prof. Heini Murer aus Zürich, Prof. Jürg Schifferli aus Basel sowie Prof. Alexandra Trkola aus Zürich zu Einzelmitgliedern der Akademie ernannt. Die Statuten der SAMW halten fest, dass der Senat Persönlichkeiten «aufgrund ihrer aussergewöhnlichen wissenschaftlichen Leistungen in der Medizin oder in Naturwissenschaften mit Bezug zur Medizin» zu Einzelmitgliedern berufen kann. Die neuen Einzelmitglieder erhalten ihre Urkunden im Rahmen einer Feier anlässlich der Senatssitzung vom 27. November 2008 in Basel.



**Prof. Dr. phil., RN, FAAN, FRCN Sabina De Geest**

«Der Senat der SAMW beruft Sabina De Geest zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung ihrer ausgezeichneten wissenschaftlichen Leistungen im Bereich der Psychologie und Verhaltens-Forschung, besonders bei chronisch kranken Menschen. Sabina De Geest ist Ordinaria an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel und Vorsteherin des Instituts für Pflegewissenschaften; sie ist zudem Adjunct Professor an der Catholic University of Leuven in Belgien sowie an mehreren Universitäten in den USA. Sabina De Geest hat ausserdem entscheidend zur Anerkennung der akademischen Pflichten und Rechte der Pflegewissenschaften in der Schweiz beigetragen. Ihre Ideen sind auch mitverantwortlich für ein Umdenken in der Rollenverteilung und für eine effizientere Zusammenarbeit der verschiedenen Medizinalberufe in unserem Gesundheitssystem».



**Prof. Dr. med. Felix Frey**

«Der Senat der SAMW beruft Felix Frey zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung seines langjährigen, intensiven Einsatzes für die medizinische Forschung und seiner persönlichen Leistungen als Wissenschaftler und als Ordinarius für Nephrologie, als Forschungsrat im Nationalfonds und als Vizerektor Forschung der Universität Bern. Als starke und mutige Persönlichkeit hat er einiges zur strukturellen und organisatorischen Entwicklung seines Faches Innere Medizin und des Inselspitals beigetragen. Felix Frey setzt sich zudem für die Vermittlung einer klaren wissenschaftlichen Basis im Medizinstudium und der Weiterbildung ein».



**Prof. Dr. iur. Olivier Guillod**

«Le Sénat nomme Olivier Guillod en reconnaissance de ses activités scientifiques et d'enseignant, dans un secteur qui est essentiel pour la médecine. Olivier Guillod, Professeur ordinaire et Directeur de l'Institut du droit de la santé à l'Université de Neuchâtel, a donné à ce domaine et son activité une reconnaissance internationale. Il est particulièrement reconnu pour ses travaux touchant les aspects éthiques, et il est membre de la Commission Nationale d'Ethique depuis sa création en 2001. Notre Académie a bénéficié de ses compétences dans plusieurs groupes de travail et également dans sa Commission Centrale d'Ethique».



**Prof. Dr. phil. Heini Murer**

«Der Senat der SAMW beruft Heini Murer zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung seiner herausragenden wissenschaftlichen Leistungen im Bereich der Nierenphysiologie. Heini Murer hat wesentliche Forschungsarbeiten zum Verständnis der Transportmechanismen von Protonen und Phosphaten in den Nierentubuli veröffentlicht; diese Erkenntnisse haben zu einem besseren Verständnis des Kalzium-Phosphat-Stoffwechsels und der damit assoziierten Krankheiten beigetragen. Für diese wissenschaftlichen Aktivitäten sind ihm höchste internationale Auszeichnungen der Amerikanischen Nephrologie-Gesellschaft und der Internationalen Gesellschaft für Nephrologie zugesprochen worden. Heini Murer ist für wichtige akademische Entwicklungen in unserem Land mitverantwortlich, welche er als Direktor des Instituts für Physiologie und dann als Vizerektor Forschung der Universität Zürich sowie als Präsident der Division Biologie und Medizin des Schweizerischen Nationalfonds eingeleitet hat».



**Prof. Dr. med. Jürg Schifferli**

«Der Senat der SAMW beruft Jürg Schifferli zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung seiner hochstehenden Leistungen auf dem Gebiet der Immun-Nephrologie. Die wissenschaftliche Anerkennung von Jürg Schifferli basiert auf bahnbrechenden Arbeiten über Hypokomplementämie und die Rolle der Immunkomplex-Elimination durch Komplement sowie auf molekularpathologische Studien, die unter anderem zu einem Ph.D. in London geführt haben. Jürg Schifferli hat seine erfolgreiche akademische und klinische Karriere je zur Hälfte in Genf und dann in Basel absolviert. Als eine glückliche Folge davon nimmt er in vielen hoch stehenden nationalen, aber auch internationalen wissenschaftlichen Gremien, z.B. im Nationalfonds, eine Koordinations- und Vermittlerrolle zwischen der Deutschschweiz und der Romandie wahr. Seine Kompetenz und sein Ansehen als klinischer Forscher hat er mit Erfolg zur Entwicklung dieses Gebietes eingesetzt».



**Prof. Dr. rer. nat. tech. Alexandra Trkola**

«Der Senat der SAMW beruft Alexandra Trkola zum Einzelmitglied der Akademie in Würdigung ihrer hoch stehenden wissenschaftlichen Leistungen auf dem Gebiet der HIV- und AIDS-Forschung. Alexandra Trkola ist Ordinaria für Medizinische Virologie an der Universität Zürich. Sie hat grundlegende Erkenntnisse zur Pathophysiologie und Therapie der HIV-Infektion erarbeitet. Sie hat insbesondere neue Antikörper charakterisiert, welche die Vermehrung des Virus bei akut infizierten Personen hemmen, und damit einen wichtigen Fortschritt zur erfolgreichen Immunotherapie der HIV-Infektion erzielt. Alexandra Trkola zeigt mit ihren wissenschaftlichen Aktivitäten, wie wichtig die Naturwissenschaften sowie eine translationelle Forschung für neue und wirksame Therapien in der klinischen Medizin sind».