

BULLETIN

Umgang mit Sterben und Tod: revidierte
medizin-ethische Richtlinien _____ 1

Editorial _____ 2

Inkraftsetzung: Überarbeitete Richtlinien
zur Feststellung des Todes _____ 4

Neue Richtlinien: Betreuung und
Behandlung von Menschen mit Demenz ____ 5

Einsatz Subkommission: Ethische
Richtlinien für die Fortpflanzungsmedizin__ 5

Forschung in Palliative Care: 12 Zusprachen
und erneute Ausschreibung _____ 6

KZS-Fonds: Zusprachen für vier Projekte ____ 7

Neurowissenschaften: Ausschreibung
Robert-Bing-Preis 2018 _____ 7

Neue Generalsekretärin _____ 8

Agenda _____ 8



Umgang mit Sterben und Tod: die revidierten medizin-ethischen Richtlinien im Fokus

Sterben und Tod sind in der öffentlichen Diskussion längst keine Tabuthemen mehr. Dagegen bereitet das Gespräch zwischen dem einzelnen, von Fragen des Lebensendes unmittelbar betroffenen Patienten und seiner Ärztin bzw. seinem Behandlungsteam nach wie vor häufig grosse Schwierigkeiten. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) hat die bisherigen medizin-ethischen Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» revidiert und rückt das Gespräch über Sterben und Tod stärker ins Zentrum. Prof. Dr. med. Christian Kind, Leiter der zuständigen Subkommission, stellt die neuen Richtlinien vor.

Über den in absehbarer Zeit bevorstehenden Tod und den Sterbeprozess zu sprechen, fällt vielen Patientinnen und Patienten schwer. Aber auch für Ärztinnen und Ärzte bedeuten diese Gespräche eine grosse Herausforderung. Sowohl gegenüber der Auseinandersetzung mit der eigenen Sterblichkeit als auch gegenüber der Konfrontation mit kurativ-therapeutischer Ohnmacht bestehen meist grosse innere Widerstände. Dem rechtzeitigen und möglichst wirksamen Einsatz von Palliative Care und der Vorbereitung von Patienten und Angehörigen auf die letzte Lebensphase ist die daraus resultierende Sprachlosigkeit allerdings abträglich.

Die Einsicht, dass bei medizinischen Fachpersonen in dieser Problematik ein Bedarf für Unterstützung in Form von medizin-ethischen Richtlinien besteht, war eines der Motive für die jetzt vorgestellte Revision der aus dem Jahr 2004 stammenden Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende». Für diese Revision gaben vor allem die folgenden Punkte Anlass:

- das Bedürfnis, medizinischen Fachpersonen Hilfestellungen für das Gespräch über Sterben und Tod zu geben,
- die Entwicklungen im Bereich der medizinischen Entscheidungsfindung, insbesondere

die Diskussionen um «Shared Decision Making» und «Advance Care Planning»,

- die Erkenntnis, dass die Betreuung der Angehörigen stärker hervorgehoben werden muss,
- die markante Zunahme gewisser medizinischer Handlungen im vergangenen Jahrzehnt, insbesondere der tiefen kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod und der Suizidhilfe¹,
- die öffentliche Diskussion um die Suizidhilfe bei Patienten, bei denen das Lebensende nicht unmittelbar bevorsteht.

Das Sterben gehört zum Menschen – und zur Medizin

Nur wenige Dokumente der SAMW stossen in der Öffentlichkeit auf grösseres Interesse als die medizin-ethischen Richtlinien, die sich mit dem Lebensende befassen. 1976 wurden erstmals Richtlinien zur Sterbehilfe veröffentlicht¹; sie umfassten acht Seiten und der Begriff «Suizidhilfe» tauchte darin nicht auf. Die Richtlinien wurden in der Zwischenzeit drei Mal (1981, 1995 und 2004) revidiert und demnächst steht eine völlig überarbeitete Fassung der Richtlinien zur Vernehmlassung. Dies macht deutlich, dass die SAMW als «lernende Organisation» die Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft wahrnimmt und darauf reagiert. Im Schwerpunkt erklärt Christian Kind, Präsident der zuständigen Subkommission, was die Gründe für die aktuelle Revision sind; auf den ersten dieser Punkte möchte ich im Folgenden speziell eingehen.

Es mag sein, dass Sterben und Tod in der öffentlichen Diskussion kein Tabuthema mehr sind; in der Medizin sind sie es leider immer noch. Obwohl heute die meisten Menschen in einem Spital oder Pflegeheim sterben, werden wir als medizinische Fachpersonen für den Umgang mit Sterbenden oder deren Angehörigen nicht vorbereitet, weder in der Ausbildung noch in der Weiterbildung. Der Beitrag von Klaus Bally aus der hausärztlichen Praxis beschreibt die daraus resultierende Verunsicherung und

Ohnmacht eindrücklich. Wir lernen zwar, wie wir den Tod feststellen können, aber nur wenige von uns haben Patientinnen und Patienten in ihren letzten Stunden begleitet.

In der Weiterbildung zum Intensivmediziner musste ich für viele technische Handlungen den Nachweis erbringen, sie in der vorgeschriebenen Anzahl durchgeführt zu haben; jedoch nie für das Gespräch über Sterben und Tod. Gerade in einem Fach, wo der Tod nicht selten ist und manchmal für einen Patienten auch eine Erlösung sein kann, ist es umso erstaunlicher, dass Themen, die in den neuen Richtlinien angesprochen werden, noch kein prioritärer Anteil der Weiterbildung sind.

Wenn einmal der Entscheid gefällt ist, jemanden sterben zu lassen, ziehen wir Ärzte uns zurück und sagen sogar zu den Pflegenden: «Ruf mich, wenn es soweit ist.» Wie wollen wir in einem solchen Moment gute Gespräche mit Angehörigen führen, wenn wir gar nicht wissen, wie der natürliche Sterbeprozess abläuft? Dabei würde es den Angehörigen in dieser schwierigen Situation helfen, etwa auf die unregelmässige Atmung mit den manchmal langen Atempausen und tiefen Seufzern vorbereitet zu sein.

Die Menschen haben zu Recht den Anspruch, dass ihnen die Medizin auch im Sterben jene Behandlung und Betreuung zukommen lässt, die in diesem Moment angezeigt ist und ihren Bedürfnissen entspricht. Die neuen Richtlinien bieten den Gesundheitsfachleuten bei dieser anspruchsvollen Aufgabe eine Hilfestellung. Gleichzeitig möchten die Richtlinien die Gesundheitsfachleute aber auch schützen vor übersteigerten Erwartungen der Gesellschaft, die sie mit ihrem Berufsethos nicht in Einklang bringen können: Die Medizin steht zwar im Dienste der Gesellschaft, sie ist aber nicht ihr Diener.



Daniel Scheidegger
Präsident SAMW

¹ Unter samw.ch/richtlinienarchiv sind die früher gültigen Richtlinien abrufbar.

SCHWERPUNKT

Im Mai 2015 betraute die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW eine Subkommission mit der Revisionsaufgabe. Deren Mitglieder bildeten ein breites Spektrum an beruflichen, kulturellen und weltanschaulichen Hintergründen ab. Alle zeichneten sich aber durch hohe Dialogbereitschaft und Konsensorientierung aus. Nur dank diesem Umstand war es möglich, Formulierungen zu finden, hinter denen schliesslich die ganze Subkommission stehen konnte. In zweieinhalbjähriger Arbeit verschaffte sich diese einen Überblick über die Thematik aufgrund von Expertenhearings und des Studiums von Ergebnissen des Nationalen Forschungsprogramms NFP 67² sowie der SAMW-Studie zur Haltung der Schweizer Ärzteschaft zur Suizidhilfe³. Parallel dazu wurden die Richtlinien von Grund auf neu konzipiert. Der Rohentwurf wurde ausgewählten Expertinnen und Experten zur Stellungnahme vorgelegt und anschliessend erneut in der Subkommission ergänzt und bereinigt.

Palliative Care als Leitgedanken

Die Richtlinien sind als Ganzes vom Leitgedanken der Palliative Care geprägt, insbesondere von der Achtung der Würde und des selbstbestimmten Willens des Patienten. Im Gegensatz zur Vorgängerversion enthalten sie deshalb auch kein spezielles Kapitel zur Palliative Care. Im Übrigen bestimmten drei Grundanliegen den Duktus des Textes:

- Die Subkommission bemühte sich um eine klare, möglichst unmissverständliche Sprache. Dies spiegelt sich schon im Titel der Richtlinien. Da «Lebensende» sich sowohl auf den letzten Lebensabschnitt als auch auf den Tod als dessen Endpunkt beziehen kann, wurde dieser Begriff konsequent vermieden. Besonderer Wert auf klare Formulierungen wurde bei Handlungen gelegt, die den Zeitpunkt des Todeintritts beeinflussen können: besteht die Absicht darin, diesen hinauszuschieben, soll er aufgrund des natürlichen Verlaufs oder als in Kauf genommene Nebenfolge einer Handlung

akzeptiert werden, oder ist das Ziel, ihn zu beschleunigen?

- Die Achtung der Selbstbestimmung der Patientin ist bis zum Tod zu wahren. Dabei sind aber auch die Rechte von Angehörigen und medizinischen Fachpersonen mit zu berücksichtigen.
- Vulnerable Patienten müssen vor medizinischen Massnahmen, die nicht ihrem aufgeklärten, freien und wohlüberlegten Willen entsprechen, geschützt werden.

¹ Gemäss einer Studie im Rahmen des NFP 67 hat die relative Häufigkeit der kontinuierlichen Sedierung bis zum Tod in der Schweiz zwischen 2001 und 2013 um das 3.7-fache zugenommen, diejenige der Suizidhilfe um den gleichen Faktor (Bosshard G. et al. JAMA Intern Med 2016;176:555).

² www.nfp67.ch/de/projekte

³ Die Studie, der Schlussbericht und weitere Dokumente sind verfügbar unter: samw.ch > Ethik > Lebensende > Ärztliche Suizidhilfe

Wichtigste Neuerung ist die Erweiterung des Geltungsbereichs. Neu umfasst dieser nicht nur Patientinnen, bei denen der Sterbeprozess bereits eingesetzt hat, sondern auch solche, die an einer wahrscheinlich tödlich verlaufenden Krankheit leiden, sowie Patienten, die den Wunsch nach medizinischer Hilfe zur Beendigung ihres Lebens äussern. Damit sollen einerseits das frühzeitige Gespräch über Sterben und Tod und der mit kurativen Ansätzen überlappende Einsatz von Palliative Care gefördert werden. Andererseits wird der bisher nicht von SAMW-Richtlinien erfasste Bereich der Suizidhilfe bei Patientinnen, deren Todeseintritt noch nicht absehbar ist, ebenfalls geregelt.

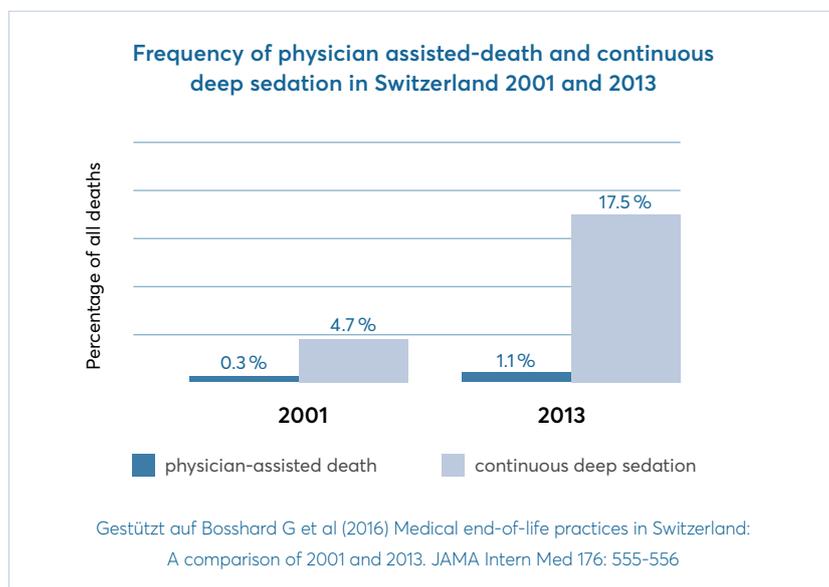
Da Wertvorstellungen und Haltungen im Umgang mit Sterben und Tod in der Schweizer Bevölkerung und auch unter medizinischen Fachpersonen sehr vielfältig sind, beschränken sich die Richtlinien nicht auf einfache Handlungsanweisungen, sondern versuchen Hilfe bei der eigenverantwortlichen Erarbeitung ethischer Bewertungen zu geben. Deswegen enthalten sie auch grundsätzliche Überlegungen zu relevanten Themen, insbesondere auch zu den Zielen der Medizin. Für Entscheide über Behandlung und Betreuung wird Wert auf gemeinsame Entscheidungsfindung und Vorausplanung gelegt. Die Situation der Angehörigen und die ihnen zu bietende Unterstützung haben hohen Stellenwert.

Suizidhilfe und andere kontrovers diskutierte Handlungen

Die Bewertung von Handlungen, die möglicherweise oder sicher den Eintritt des Todes beschleunigen, wird neu gestaltet. Zwischen Handlungen, die den allgemein anerkannten Zielen der Medizin entsprechen und deshalb zum Aufgabebereich aller medizinischen Fachpersonen gehören, und Handlungen, die das moralische Tötungsverbot übertreten und im Schweizer Strafgesetz verboten sind, ist neu von einer Kategorie «kontrovers diskutierter Handlungen» die Rede. Diese enthält in erster Linie die Suizidhilfe, aber auch gewisse Formen der Unterstützung des freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit. Solche Handlungen können von medizinischen Fachpersonen durchgeführt werden, wenn diese im Einzelfall zur persönlichen Überzeugung gekommen sind, dass sie damit zum Wohl des Patienten handeln. Keinesfalls können Fachpersonen zu kontrovers diskutierten Handlungen verpflichtet werden.

Kriterium für die Zulässigkeit der Suizidhilfe im Einzelfall ist unerträgliches Leiden. Leiden ist grundsätzlich subjektiv und entzieht sich der objektiven Erfassung. Es kann jedoch bis zu einem gewissen Grad intersubjektiv nachvollzogen werden aufgrund der Einfühlung in die Schilderung der Patientin verbunden mit der Beurteilung der zum Leiden führenden Umstände. Nicht jedes Leiden kann ärztliche Suizidhilfe begründen, sondern nur Leiden, dem medizinisch fassbare Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen zugrunde liegen.

Nur wenn sich eine Ärztin aufgrund der Vorgeschichte und wiederholter Gespräche davon überzeugt hat, dass ihr Patient in diesem Sinne unerträglich leidet, darf sie Suizidhilfe leisten, sofern folgende weiteren Bedingungen erfüllt sind:



Aus der Hausarztpraxis

«Hoffentlich praktizieren Sie noch möglichst lange – Sie kennen mich so gut. Ich wünsche mir, dass Sie mich begleiten, wenn ich eines Tages sterbe.» Solche Sätze hören meine hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen und ich selber immer wieder. So ehrlich und wertschätzend solche Bemerkungen sind, so schwierig wird das Sprechen über schwere Krankheit, Sterben und Tod, wenn sich eine ernste Erkrankung eingestellt hat. In seinem 1984 erschienen Buch «Diktate über Sterben und Tod» schreibt Peter Noll, selbst schwer erkrankt: «Das Gespräch zwischen einem, der weiss, dass seine Zeit bald abläuft und einem, der noch eine unbestimmte Zeit vor sich hat, ist sehr schwierig. Das Gespräch bricht nicht mit dem Tod ab, sondern schon vorher ...». Auch 2016 schreibt die unter einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung leidende Cory Taylor in ihrem Buch «Dying. A Memoir» noch: «In den Krankenhäusern sprechen wir nicht über den Tod, dort sprechen wir über Behandlungen».

Was Peter Noll 1984 und Cary Taylor 2016 zum Ausdruck bringen, spielt sich auch in unserem hausärztlichen Alltag ab. Unsere Patienten schreiben zwar in ihren Patientenverfügungen, dass sie sich ein Leben in Abhängigkeit kaum vorstellen können und dass sie in einer solchen Situation lebensverlängernde Massnahmen ablehnen. Tatsächlich sind sie aber froh, wenn wir uns noch nicht über lebensverlängernde Massnahmen unterhalten, sondern über potenziell wirksame Behandlungen. Und wir Ärzte sind ebenfalls erleichtert, wenn wir über Behandlungen sprechen können statt über Abhängigkeit, Sterben und Tod. Wenn es dann doch zur sogenannten End-of-Life-Situation kommt, überrascht diese alle Beteiligten und Gespräche mit unseren Patienten sind aufgrund einer Bewusstseinsstrübung häufig kaum mehr möglich.

In den letzten Jahren begegnen wir in unseren hausärztlichen Praxen aber auch zunehmend Menschen, die in einer frühen Phase ihrer Erkrankung klar einen Wunsch nach baldiger Beendigung ihres Lebens mit ärztlicher Unterstützung zum Ausdruck bringen. Verständlicherweise reagieren viele Ärzte verunsichert, wenn Sterbe- und Suizidwünsche oder das Ansinnen eines freiwilligen Verzichts auf Nahrung und Flüssigkeit an sie herangetragen werden. Die SAMW-Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» bieten hierzu eine Unterstützung: Gesundheitsfachpersonen erhalten Orientierungshilfen, wie sie basierend auf einer Reflexion der eigenen Haltung schwer kranke Menschen an ihrem Lebensende beraten und begleiten können – dies unter Einbezug der Angehörigen und insbesondere auch für die schwierigen Situationen, in denen ein rascher Tod mit ärztlicher Unterstützung herbeigesehnt wird.

Klaus Bally,
Hausarzt, Mitglied der Zentralen
Ethikkommission (ZEK)

- andere medizinische und nichtmedizinische Optionen zur Leidenslinderung waren erfolglos oder wurden vom Patienten als nicht zumutbar abgelehnt,
- die Urteilsfähigkeit wurde sorgfältig abgeklärt, bei häufig die Urteilsfähigkeit beeinträchtigenden Zuständen (z.B. psychische Krankheit, Demenz) durch einen entsprechenden Facharzt,
- der Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft,
- diese Voraussetzungen wurden von einer unabhängigen Drittperson überprüft.

Die tiefe, kontinuierliche Sedierung zur Leidenslinderung bei nicht anders behandelbaren Symptomen ist ein wichtiges Instrument der Palliativen Medizin, birgt aber auch erhebliches Missbrauchspotential. Es ist darauf zu achten, dass nur das Leiden der Patientin Anlass zur Sedierung sein darf und nicht dasjenige von Angehörigen oder Betreuenden. Sowohl Dosierung wie Anwendungsdauer der Sedierung müssen sich kontinuierlich an den aufgrund der Überwachungsparameter erschliessbaren Symptomen orientieren. Dafür muss genügend geschultes Personal zur Verfügung stehen. Für Leiden ohne körperlich fassbare Grundlage – etwa Erregungszustände oder Angst – darf eine vorübergehende tiefe Sedierung nur eingesetzt werden,

wenn nichtmedizinische Möglichkeiten nicht zum Ziel geführt haben. Eine permanente tiefe Sedierung bis zum Tod ist nur bei Patienten erlaubt, bei denen der Sterbeprozess bereits begonnen hat. Andernfalls wird das Sterben durch die Sedierung eingeleitet und beschleunigt, was einer Tötung gleichkommt.

Hauptanliegen bleibt das Patientenwohl

Die neuen Richtlinien fallen in eine Zeit rascher Entwicklungen und heftiger Kontroversen darüber, was von Ärztinnen und anderen medizinischen Fachpersonen im Umgang mit Sterben und Tod erwartet werden soll. Die Revision strebt eine Vermittlung zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Wertvorstellungen an und versucht, alle Beteiligten – Patienten, Angehörige und medizinische Fachpersonen – vor einer Missachtung der ihrer Rolle angemessenen Selbstbestimmung zu schützen. Das Hauptanliegen eines am Patientenwohl orientierten Umgangs mit Sterben und Tod darf weder zu einer Überforderung der Angehörigen noch zu einer Gefährdung des professionellen Selbstverständnisses der medizinischen Fachpersonen führen. Damit dies langfristig gelingen kann, ist eine vertiefte gesellschaftliche Diskussion darüber notwendig, welche Ziele von der Medizin in Zukunft verfolgt und welche Aufgaben ihr zugewiesen werden sollen. Bevor von

der Medizin neue Aufgaben übernommen werden, ist zu prüfen, ob ihr damit nicht die Lösung von Problemen übertragen wird, die eigentlich Aufgabe anderer gesellschaftlicher Kräfte wären. Es ist zu hoffen, dass der Vernehmlassungsprozess dieser Richtlinien und die begleitenden Reaktionen in den Medien konstruktiv zu dieser Diskussion beitragen.

Der Richtlinienentwurf wurde am 16. November 2017 durch den Senat der SAMW verabschiedet und steht anschliessend zur Vernehmlassung. Die definitive Fassung der Richtlinien soll im Juni 2018 veröffentlicht werden.



Prof. Dr. med. Christian Kind
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
ehemaliger ZEK-Präsident

ETHIK

Inkraftsetzung: Überarbeitete Richtlinien zur Feststellung des Todes

Seit dem 1. Juli 2007 regelt das Bundesgesetz über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen (TxG) die rechtlichen Voraussetzungen für Organtransplantationen. Zur Feststellung des Todes verweist die Verordnung zum TxG auf die Richtlinien «Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen und Vorbereitung der Organentnahme» der SAMW. Diese treten am 15. November 2017 mit dem revidierten TxG in Kraft.

Die revidierten Richtlinien lösen die bisherigen Richtlinien aus dem Jahr 2011 ab. Als wesentliche Neuerung enthalten die Richtlinien Hilfestellungen für involvierte Fachpersonen in Form von Flowcharts, die den komplexen Entscheidungsprozess im Vorfeld einer Organentnahme illustrieren. Eine «Negativliste» zählt zudem die vorbereitenden medizinischen Massnahmen auf, die vor dem Tod nicht durchgeführt werden dürfen, wenn der Patient deren Durchführung nicht selbst zugestimmt hat. In einem weiteren Anhang sind die klinischen Voraussetzungen umschrieben, die erfüllt sein müssen, bevor die Feststellung des Todes als Prozess eingeleitet werden darf; dies trägt zu mehr Sicherheit im Prozess bei.

Angestossen durch Rückmeldungen aus der Vernehmlassung hat die SAMW die Wartezeit bis zur formellen Feststellung des Todes beim anhaltenden Kreislaufstillstand von 10 auf 5 Minuten reduziert. Dies ist aus folgenden Gründen gerechtfertigt:

1. Die Schweiz ist eines der wenigen Länder, in denen der Kreislaufstillstand nicht nur durch Ertasten des fehlenden Pulses, sondern mittels Echokardiographie (Ultraschall des Herzens) diagnostiziert werden muss. Durch diese Untersuchung besteht Sicherheit, dass kein Blutfluss mehr vorhanden ist, der das Gehirn mit Sauerstoff versorgt. Wenn das Gehirn während drei Minuten keinen Sauerstoff erhält, führt dies zu irreversiblen Schäden.
2. Nach der Wartezeit muss zudem eine formelle Hirntoddiagnostik gemäss Richtlinien erfolgen. Auch hier gehört die Schweiz im internationalen Vergleich zu den Ausnahmen, indem sie ein solches Prozedere vorgibt.
3. Die Richtlinien halten fest, wer eine solche Hirntoddiagnostik durchführen darf; die entsprechenden Anforderungen sind sehr hoch.

Diese drei Punkte stellen sicher, dass der Tod nach Kreislaufstillstand auch künftig nach allen Regeln der Kunst festgestellt wird. Die überarbeiteten Richtlinien unterstützen die Betreuungsteams dabei, die geltenden rechtlichen Bestimmungen umzusetzen und mit den vielfältigen ethischen Fragen besser umzugehen. Das Ziel bleibt, dass im jeweiligen Kontext für alle Beteiligten der respektvolle Umgang mit dem Sterbenden bzw. dem Leichnam stets gewährleistet ist.

Die Richtlinien stehen auf der SAMW-Website in deutsch, französisch, englisch und italienisch zur Verfügung. Dort können sie auch als gedruckte Broschüre (d/f) bestellt werden: samw.ch/richtlinien

Neue Richtlinien: Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz

Von Juni bis August 2017 hat die SAMW die neuen medizin-ethischen Richtlinien zur Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz zur Vernehmlassung gestellt. Die Richtlinien sollen künftig eine praxisbezogene Orientierungshilfe zu ethischen Fragen und Konfliktsituationen in der Betreuung und Behandlung von Menschen mit Demenz bieten. Das Thema bewegt: über 80 Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen haben Stellung genommen.

Die Subkommission unter dem Vorsitz von PD Dr. Georg Bosshard, Zürich, hat die teilweise sehr ausführlichen Rückmeldungen diskutiert und nach Möglichkeit in den Richtlinienentwurf integriert resp. entsprechende Modifikationen vorgenommen. Insgesamt waren die Rückmeldungen sehr positiv. Hervorgehoben wurden insbesondere Ausgewogenheit, hohe Praxisrelevanz und gute Verständlichkeit des Richtlinienentwurfes. Mehrfach hervorgehoben wurde, dass langfristig genügend strukturelle und personelle Ressourcen vorhanden sein sollten, damit die Richtlinien überhaupt umgesetzt werden können; dies ist als Aufforderung an die Praxis zu verstehen.

Einsatz Subkommission: Ethische Richtlinien für die Fortpflanzungsmedizin

Mit dem revidierten Fortpflanzungsmedizingesetz wird in der Schweiz die Anwendung der Präimplantationsdiagnostik möglich. Eine Subkommission der SAMW arbeitet medizin-ethische Richtlinien für die Praxis aus.

Seit kurzem ist die Präimplantationsdiagnostik in der Schweiz unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Am 1. September 2017 traten das revidierte Fortpflanzungsmedizingesetz und die Ausführungsverordnung in Kraft. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hatte sich für die Gesetzesrevision eingesetzt und diese begleitet.

Bei der Umsetzung des revidierten Gesetzes treten praktische und ethische Fragen auf, etwa zum Aneuploidie-Screening oder zur Frage, welche Embryonen aufbewahrt werden dürfen. Die ZEK hat deshalb eine Subkommission eingesetzt, die solche Fragen aufnimmt und medizin-ethische Richtlinien erarbeitet. Die Richtlinien sollen Unklarheiten und Interpretationsspielräume des Gesetzes diskutieren und eine einheitliche Umsetzung in der Praxis fördern. Vorgesehen sind u. a. Empfehlungen zur Anwendung der Beurteilungskriterien, zur Reduktion von Mehrlingsschwangerschaften oder zum Umgang mit Überschussinformationen. Grosses Gewicht kommt auch den Überlegungen zur Etablierung einer guten Praxis der Indikationsstellung, der Beratungstätigkeit und der gemeinsamen Entscheidungsfällung (Shared Decision Making) zu.

Die Subkommission steht unter dem Vorsitz von PD Dr. med. Sibil Tschudin, Leitende Ärztin Psychosomatik an der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel. Zu den Mitgliedern gehören neben Ärztinnen und Ärzten aus den Bereichen Reproduktionsmedizin, Geburtshilfe, Neonatologie und Genetik auch eine Hebamme und eine Patientenvertretung sowie Fachpersonen aus den Bereichen Recht, Heilpädagogik und Ethik.

Vereinzelt wurde kritisiert, dass der Text zu «medizinlastig» sei und zu sehr einen pathologisierenden statt einen verstehenden Ansatz vertrete. In diesem Zusammenhang gilt es darauf hinzuweisen, dass die SAMW-Richtlinien sich in erster Linie an medizinische Fachpersonen wenden, und dass eine Ergänzung der Richtlinien für nicht-medizinische Berufe unter Federführung der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie vorgesehen ist.

Von den in den Richtlinien behandelten Themen im einzelnen waren es nicht unerwartet die «Zwangsmassnahmen» und die «Fürsorgerische Unterbringung» (FU), die beschäftigen und zu zahlreichen Rückmeldungen in der Vernehmlassung führten.

Eine besondere Herausforderung für die Subkommission bestand darin, dass die Stellungnahmen zur FU ausgesprochen widersprüchlich waren. Die definitive Version der Richtlinien enthält gegenüber dem Vernehmlassungsentwurf Präzisierungen, damit auch die kontrovers diskutierten Stellen einen klaren Orientierungsrahmen für die Praxis bieten.

Die Veröffentlichung (d/e/f/i) erfolgt Ende Januar 2018 auf der SAMW-Website, wo auch gedruckte Exemplare (d/f) bestellt werden können: samw.ch/richtlinien

Zusammensetzung der Subkommission

- PD Dr. med. Sibil Tschudin, Basel, Vorsitz, Gynäkologie/Psychosomatik
- lic. theol., Dipl.-Biol. Sibylle Ackermann, SAMW, Bern, Ethik
- PD Dr. med. Deborah Bartholdi, Bern, Genetik
- Susanne Brauer, PhD, Zürich, ZEK-Vizepräsidentin, Ethik
- Prof. Dr. iur. Andrea Büchler, Zürich, Recht
- Prof. Dr. med. Christian De Geyter, Basel (Vertretung SGRM), Reproduktionsmedizin
- Dr. rer. nat. Nicole Gusset, Heimberg, Patientenvertretung
- Prof. Dr. iur. Christina Fountoulakis, Freiburg, Recht
- Dr. phil. Elisabeth Kurth, Basel, Hebamme
- PD Dr. med. Riccardo Pfister, Genf, Neonatologie
- Dr. phil. Daniela Ritzenthaler, Bern, Ethik/ Heilpädagogik
- Prof. Dr. med. Daniel Surbek, Bern, (Vertretung SGGG), Geburtshilfe
- Prof. Dr. med. Michael von Wolff, Bern, Reproduktionsmedizin
- Dr. med. Nicolas Vulliemoz, Lausanne, Reproduktionsmedizin
- PD Dr. med. Dorothea Wunder, Lausanne, Reproduktionsmedizin



PD Dr. med. Sibil Tschudin, Basel, Vorsitz

Forschung in Palliative Care: 12 Zusprachen und erneute Ausschreibung

Die SAMW fördert gemeinsam mit der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung und der Stanley Thomas Johnson Stiftung die Forschung in Palliative Care; dafür stehen jährlich Fördergelder von 1 Million Franken zur Verfügung. 2017 wurden zwölf Zusprachen in der Höhe von insgesamt CHF 922'715.– gutgeheissen. Zudem stehen Fördergelder für eine zusätzliche Ausschreibung bereit.

Die SAMW-Expertenkommission hat 2017 nach einem sorgfältigen Evaluationsverfahren zehn Projekte (von neun Gesuchstellern) und zwei Stipendien zur Förderung ausgewählt; diese wurden anschliessend von beiden Stiftungsräten bestätigt:

Dr. Mathieu Bernard,

Service de Soins Palliatifs et de Support, CHUV, Lausanne

Impact of a gratitude-based intervention on patients and caregivers in a palliative care context: a pilot study

CHF 120'000.–

Dr. Philippe Carruzzo,

Service de Soins Palliatifs et de Support, CHUV, Lausanne

Stipendium

Dr. Nathalie Dieudonné-Rahm,

Service de médecine palliative, HUG, Genf

INDEX – Intranasal Dexmedetomidine for procedural pain management in elderly adults in palliative care

CHF 25'000.–

Dr. Sandra Eckstein,

Palliative Care, Universitätsspital Basel

A Personalized Approach to Foster Dignity by a Palliative Consultation Service in Swiss Acute Hospital Care: A Pilot Randomized Controlled Trial

CHF 50'000.–

Prof. André Fringer,

Institut für angewandte Pflegewissenschaft, FHS St. Gallen

Activity of Daily Living Support in End of Life care:

The impact of the education-based intervention program «AdKinPal» for palliative care nurses

CHF 127'378.–

Prof. André Fringer,

Institut für angewandte Pflegewissenschaft, FHS St. Gallen

Development of an educational program for relatives of patients with refractory cachexia: An explorative sequential mixed methods study with a focus on alleviation of challenges concerning nutrition, weight and quality of life

CHF 70'000.–

Prof. Andrea Koppitz,

Departement Gesundheit, ZHAW Winterthur

Does the POS-DemA improve dementia care in Swiss nursing homes?

CHF 120'000.–

Andrea Loizeau,

MSc, Center for Gerontology, Universität Zürich

Stipendium

Prof. Pascal Singy,

Service de Psychiatrie de Liaison, CHUV, Lausanne

Compétence/sensibilité transculturelle dans la communication clinique en soins palliatifs spécialisés

CHF 88'171.–

PD Dr. Florian Strasser,

Onkologie & Palliativmedizin, Kantonsspital St. Gallen

Patient-needs-based multi-professional delivery of Palliative Interventions by oncologists' and oncology nurses: a randomized Phase II trial

CHF 80'000.–

Dr. Tenzin Wangmo,

Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel

Palliative care at home: A multiperspective study on the complex needs of ALS family caregivers

CHF 100'000.–

Dr. Karin Zimmermann,

Paediatric Palliative Care, Universität Basel

Specialised Paediatric Palliative Care: Assessing family, healthcare professionals and health system outcomes in a multi-site context of various care settings (SPhAERA)

CHF 50'000.–

Die zusätzliche Ausschreibung des Programms «Forschung in Palliative Care» findet im Frühling 2018 mit Eingabetermin 1. Juni 2018 statt.

Alle bisher unterstützten Projekte sind in der Synopsis auf der SAMW-Website publiziert: samw.ch/palliative-care

KZS-Fonds: Zusprachen für vier Projekte

Auf Vorschlag der Zentralen Ethikkommission (ZEK) hat die diesjährige Ausschreibung des Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds erneut zu einem vorgegebenen Thema stattgefunden, nämlich: «Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beziehung Patienten – Health Professionals».

Bis zur Frist vom 31. Mai 2017 wurden 28 Gesuche eingereicht. In einem sorgfältigen Evaluationsprozess hat die zuständige Kommission vier Projekte zur Förderung ausgewählt:

Dr. Céline Bourquin Sachse,

Service de psychiatrie de liaison, CHUV, Lausanne

How Internet-informed patients transform the role of physicians, the clinical encounter, and the practice of medicine

CHF 75'210.–

Dr. Julia Dratva,

Departement Gesundheit, ZHAW, Winterthur

Digitale Elternratgeber – Nutzung und Einfluss auf die Arzt-Eltern-Interaktion in der pädiatrischen Vorsorge

CHF 57'774.–

Marcello Ienca,

Departement Gesundheitswissenschaften und Technologie, ETH Zürich

Digitalizing Elderly Care in Switzerland: Opportunities and Challenges

CHF 60'000.–

Dr. Stuart McLennan,

Institut für Bio- und Medizinethik, Universität Basel

Physician Rating Websites in Switzerland

CHF 73'325.–

Neurowissenschaften: Ausschreibung Robert-Bing-Preis 2018

Die SAMW schreibt den Robert-Bing-Preis für junge Forschende in Neurowissenschaften aus. Der Preis wird aus dem Vermächtnis des Basler Neurologen Robert Bing (1878-1956) finanziert. Er soll gemäss Testamentbestimmungen hervorragende Arbeiten im Bereich der Erkennung, Behandlung oder Heilung von Nervenkrankheiten honorieren.

Dem Wunsch des Stifters entsprechend kommen als Preisträger/innen primär jüngere (bis 45-jährige) Schweizer Forschende in Frage. Der Robert-Bing-Preis wird in der Regel alle zwei Jahre mit einer Preissumme von CHF 50'000.– ausgeschrieben.

Die nächste Ausschreibung des KZS-Fonds folgt im Frühjahr 2018 und wird entweder wieder einen thematischen Rahmen vorgeben oder eine gezielte Nachwuchsförderung im Bereich Medizinethik bezwecken.

Informationen zu allen Förderprogrammen und bevorstehenden Ausschreibungen finden Sie online: samw.ch/foerderung

Nächster Eingabetermin ist der 1. März 2018.

Weitere Informationen und den Link zur Online-Registrierung für Bewerbungen finden Sie unter: samw.ch/bing-preis

Neue Generalsekretärin: Valérie Clerc hat die Nachfolge von Hermann Amstad übernommen

Bereits an seiner Sitzung vom 28. Juni 2017 hat der SAMW-Vorstand Valérie Clerc zur künftigen Generalsekretärin der SAMW gewählt. Im November findet nun die Stabsübergabe durch Hermann Amstad statt, der die SAMW nach 18 Jahren Mitarbeit per Ende November verlässt.

Valérie Clerc hat die Arbeit bei der SAMW am 1. November 2017 aufgenommen und wird während der ersten Wochen von ihrem Vorgänger Hermann Amstad unterstützt. Sie war zuletzt Geschäftsführerin der 2015 neu gegründeten Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK) beim Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation. Von 2008 bis 2014 hatte Valérie Clerc bei der damaligen Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) gearbeitet, ab 2013 in der Position der Generalsekretärin, bevor die SUK 2015 in die SHK überging.

Als eine ihrer vielfältigen Aufgaben bei der SHK betreute Valérie Clerc das Sekretariat des Ständigen Ausschusses für Fragen der Hochschulmedizin. Sie ist somit bestens vertraut mit Themen und Herausforderungen der Hochschul- und Gesundheitspolitik. Sie ist zudem perfekt zweisprachig (f/d), verheiratet und Mutter zweier Kinder. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit mit Valérie Clerc, die in Schnittstellenprojekten bereits Berührungspunkte zur SAMW hatte, und wünschen ihr in dieser neuen Position viel Erfolg und Zufriedenheit.

Weitere Informationen zur neuen Generalsekretärin der SAMW finden Sie in der Medienmitteilung vom 4. Juli 2017: samw.ch/medien



Valérie Clerc,
Generalsekretärin

AGENDA

Donnerstag, 30. November 2017, Kursaal Bern Interprofessionalität im Gesundheitswesen: Welche Bildung für welche Praxis?

Die SAMW führt das 2. Symposium zur Interprofessionalität im Gesundheitswesen durch. Dieses Jahr stehen folgende Fragestellungen im Zentrum: Welche Bildungsinitiativen national und international versprechen Wirkung? Auf welche Bildungsformen sollen wir künftig setzen und welche Best-Practice-Beispiele finden wir heute in der Schweiz? Zu diesen Themen referieren Fachleute aus dem In- und Ausland. In Gruppendiskussionen haben die Teilnehmenden Gelegenheit, Fragen zu klären und sich über eigene Erfahrungen auszutauschen. Am Symposium werden ausserdem die diesjährigen SAMW-Awards «Interprofessionalität» verliehen. Anmeldeschluss ist am 15. November 2017.

Den Link zur Anmeldung und das Programm finden Sie unter: samw.ch/agenda

SAMW ASSM

Das SAMW Bulletin erscheint 4-mal jährlich.

Auflage:

3400 (2500 deutsch, 900 französisch).

Herausgeberin:

Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Haus der Akademien
Laupenstrasse 7, CH-3001 Bern
Tel. +41 31 306 92 70
mail@samw.ch
www.samw.ch

Redaktion:

lic. phil. Franziska Egli

Gestaltung:

KARGO Kommunikation GmbH, Bern

Druck:

Kreis Druck AG, Basel
ISSN 1662-6028

Mitglied der

 akademien der
wissenschaften schweiz