

SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

INHALT

Zukünftiger Bedarf an ÄrztInnen: Mangel an ÄrztInnen und Überfluss an Fragen	1
Editorial	2
Umgang mit urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten	4
Aus der AG StaR wird die AG KoBeK	6
«Zukunft Medizin Schweiz»: die Steuerungsgruppe bezeichnet vier Schwerpunkte	6
MD-PhD-Programm: Harmonisierung der Studiengänge	6
Zulassung von Sterbehilfe- organisationen in Akutspitälern: eine Umfrage der SAMW	7
Neue Richtlinien zu «Palliative Care»	7
Neue Ehren- und Einzelmitglieder der SAMW	8

IMPRESSUM

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich.
Auflage: 2850 (2100 deutsch, 750 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, stv. Generalsekretär
Mitarbeit:
Dr. Margrit Leuthold, Generalsekretärin
lic. iur. Michelle Salathé, wiss. Mitarbeiterin

Gestaltung: vista point, Basel
Druck: Schwabe, Muttenz

Mangel an ÄrztInnen und Überfluss an Fragen



Steht das Personalrestaurant des Inselspitals bald leer?

Gegen Ende des 20. Jahrhunderts nahm die Zahl der ÄrztInnen in der Schweiz kontinuierlich zu. Die Beobachtung, dass die unaufhaltsam steigenden, regional aber sehr unterschiedlichen Gesundheitskosten stark mit der Ärztedichte korrelieren, führte dazu, dass in der Schweiz von einer «Ärzteplethora» gesprochen wurde und in der Folge Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium und eine Zulassungsbeschränkung für neue Leistungserbringer eingeführt wurden. Heute gibt es Hinweise darauf, dass die Schweiz einen Ärztemangel hat bzw. auf einen solchen zusteuert. Im folgenden Beitrag stellt PD Dr. Ludwig T. Heuss, Mitglied des FMH-Zentralvorstandes und des SAMW-Senates, die Diskussion um die Ärztezahlen in einen grösseren Zusammenhang: Nicht nur quantitative, sondern auch qualitative Aspekte gelte es zu beachten.

Die Diskussion über die drohende Über- oder Unterversorgung mit ÄrztInnen nimmt in der Schweiz seit Jahrzehnten einen zyklischen Verlauf. Wurde der Ärztliche Centralverein im Mai 1900 noch davor gewarnt, dass die «Zahl der wirklich notwendigen Spezialisten» in manchen Städten schon grösser sei «als sie dem Bedürfnis entspricht», so rief der Bundesrat in den 60er Jahren eine Kommission ins Leben, die sich der Nachwuchsförderung aka-

demischer Berufe und insbesondere der ärztlichen Profession zu widmen hatte, um eine «drohende medizinische Mangelversorgung» abzuwenden.¹ In den 80er Jahren wurde bei Maturanden Abschreckungspropaganda gegen das Medizinstudium praktiziert, da die Hörsäle zu überquellen drohten, und der Numerus clausus wurde eingeführt – und bereits hat wieder das Wort vom drohenden Ärztemangel Hochkonjunktur.



Prof. Peter M. Suter,
Präsident

Where have all the young girls gone?¹

Weiblicher Nachwuchs an den Universitäten

Im Laufe des letzten Jahrzehnts hat sich der Prozentsatz an Professorinnen an den Schweizer Universitäten verdoppelt – aber im Moment stagniert ihr Anteil bei unter 15%.

Zahlreiche Ansätze haben mitgeholfen, weibliche Karrieren zu begünstigen: die Schaffung von Krippenplätzen, die Vergabe von spezifischen Stipendien, die Anwendung von gesetzlichen und reglementarischen Vorzugsregelungen. Allerdings haben alle diese Ansätze bisher nicht zu befriedigenden Resultaten geführt. Wir sollten diese Situation nicht akzeptieren, sondern die Anstrengungen verdoppeln!

Allerdings gibt es weder Wunder noch neue Heilmittel. Die Anzahl der Kandidatinnen, welche gut ausgebildet und für eine Professorenstelle geeignet sind, ist heute noch zu klein. Das erste Ziel muss sein, dies zu ändern, und zwar durch eine besondere Unterstützung der entscheidenden Phase von Karrierebeginn und Familiengründung².

Ausserdem braucht es eine Sensibilisierungs- und Motivationskampagne für wissenschaftliche Berufe und die Dozentinnenkarriere; diese muss bereits in den Mittelschulen beginnen, lange vor dem Eintritt in die Universität. Und diese Motivierung muss während des Studiums und der Assistenzzeit weitergeführt werden. Wichtig ist auch die Rolle der «weiblichen Modelle»; diese sollen unsere Studentinnen und Assistentinnen dazu bewegen, sich durchzubeissen und sich für eine akademische Karriere zu engagieren.

In der Medizin manifestiert sich die «Fahnenflucht» junger Frauen im Laufe der verschiedenen Karriereschritte sowohl im Spital als auch an den Fakultäten. Wir können uns jedoch nicht länger erlauben, diese Kräfte, welche doch 50% der Bevölkerung und 50% der ausgebildeten Ärzte ausmachen, zu verlieren; sie sind für die klinischen und wissenschaftlichen Aufgaben heute und morgen unersetzlich.

Tatsächlich ist es heute schwierig, Assistenzarztstellen in Spitälern zu besetzen und Nachfolger für Landarztpraxen zu finden. Gleichzeitig bekräftigen aber Bund und Kantone ihre bisherige Politik des Numerus clausus und erlassen Niederlassungsbeschränkungen. Was gilt nun? Verbirgt sich hinter der neuerlichen Schwankung des Pendels nur irrelevante Aufgeregtheit, berufsständisches Muskelspiel, gesundheitspolitische Fehlplanung oder ein wirklicher Notstand? So banal die Frage erscheint, so schwierig ist es, sie zu beantworten; gerade vor den Entwicklungen der Vergangenheit lässt die heutige Situation mehr Fragen offen, als dass sie Hand zu Antworten bietet.

Drei kommunizierende Gefässe

Seit Jahrzehnten besteht die intuitive – aber irrtümliche – Vorstellung, dass zwischen Studentenzahlen, Assistenzarztstellen in den Spitälern und ärztlicher Versorgungsdichte so etwas wie ein Fließgleichgewicht bestehe. In der Regel absolvieren Studienabgänger nach dem medizinischen Staatsexamen eine Weiterbildung als Assistenzarzt in einem Spital und machen sich anschliessend selbständig; allerdings wurden und werden die drei Gefässe nie koordiniert reguliert, sondern folg(t)en jeweils eigenen Regeln.

Nach dem Zweiten Weltkrieg sahen sich vor allem die Vereinigten Staaten – bereits damals führend im Bereich des medizinischen Fortschritts – konfrontiert mit einem wachsenden medizinischen Bedarf: Eine Generation heimkehrender, verwundeter Soldaten erwartete von der Nation Fürsorge und Dank. Das Land erklärte die Steigerung der Ärztezahlen zu einer innenpolitischen Priorität. Auch in den europäischen Staaten hatten die Förderung der Bildung und die Erweiterung des Gesundheitswesens Vorrang auf der politischen Agenda. So wurden hierzulande in den 60er und 70er Jahren

Für den Bedarf der Spitäler war die einheimische Studentenzahl schon seit langem viel zu klein.

nicht nur Universitäten erneuert und erweitert, sondern auch eine Vielzahl kleinerer Regional- und Landspitäler verdanken der Aufbruchstimmung jener Jahre ihre Blüte. Sozialprestige und Einkommenserwartungen taten das Ihre dazu, so dass schon ein Jahrzehnt später die Hörsäle überquollen und die Studierenden auf den Treppen und Fensterbänken Platz nehmen mussten. In den meisten europäischen Staaten mussten Zugangsbeschränkungen eingeführt werden (in der Schweiz 1996), wobei die Universitäten die Anzahl der Studierenden aufgrund feuerpolizeilicher Auflagen, der Verfügbarkeit von Mikroskopen im Vorklinikum und der Zumutbarkeit für die Patienten im klinischen Unterricht festlegten. Durchschnittlich 760 frisch diplomierte Ärztinnen und Ärzte verliessen so seither jährlich die Schweizer Universitäten.

Andererseits sog im zweiten Gefäss, nämlich dem der Assistenzarztstellen, die gewünschte wachsende Leistungsfähigkeit der Spitäler auch steigende Studentenzahlen problemlos auf. Alle Diplomierten fanden und finden eine Anstellung in einem Spital, ja schon in den 80er Jahren konnten längst nicht mehr alle Assistenzarztpositionen allein mit einheimischem Nachwuchs besetzt werden. Mit anderen Worten: für den Bedarf der Spitäler war die einheimische Studentenzahl schon seit langem viel zu klein. Die Änderung der arbeitsrechtlichen Situation der Assistenzärzte hat in den vergangenen Jahren diese

1 Andrews NC. The other physician-scientist problem: Where have all the young girls gone? *Nature Med* 2002; 8: 439–41

2 Draznin J. The «mommy tenure track». *Acad Med* 2004; 79: 289–90.

Situation noch verschärft und lässt heute manche von einem Notstand sprechen. Schätzungsweise 1400 Stellen müssen jährlich neu besetzt werden. Ohne die steigende Anzahl ausländischer Kolleginnen und Kollegen (in einzelnen Kliniken bis zu zwei Dritteln der Belegschaft) liessen sich viele Spitäler nicht mehr betreiben.

Eine Besonderheit ist auch hier zu vermerken: Die kürzliche Revision des Freizügigkeitsgesetzes hat das unhaltbar gewordene historische Privileg abgeschafft, wonach bereits das Staatsexamen zur selbständigen ärztlichen Tätigkeit ausreicht. Mit dem – de facto schon früher bestehenden – Obligatorium der Weiterbildung in einem Spital erhielten die Assistenzarztstellen nun de iure eine Zwitterposition zwischen obligatorischer Weiterbildung für die ÄrztInnen und der Bewirtschaftung von Dienstleistung für das Spital. Während in den USA der Staat offizielle Weiterbildungsstellen an einzelnen Institutionen finanziell fördert (und damit Einfluss auf die Anzahl der künftigen Spezialisten eines Gebietes nimmt), ist bei uns die Finanzierung ausschliesslich Aufgabe der Institution. Die Anzahl der Fachärzte wird bei uns von der Anzahl der Assistenzarztpositionen in einzelnen Fachgebieten (die praktisch alle als Weiterbildungsstellen anerkannt sind) und damit in erster Linie vom aktuellen Leistungsaufwand einer Institution definiert und nicht – ja, wonach sollte die Anzahl der ÄrztInnen einer Gesellschaft eigentlich definiert werden? Die Antwort liegt im eigentlichen Schlüsselwort dieser Problematik: nach dem Bedarf.

Wie lässt sich der Bedarf definieren?

Wie aber definiert man den Bedarf? Wir haben gesehen, dass die Grösse von Hörsälen und die Anzahl von Studenten, die sich um ein Krankbett drängen, schlechte Parameter sind, um die Bedürfnisse der Bevölkerung zu definieren. Auch die unersättliche Nachfrage der Spitäler nach jungen ÄrztInnen in subalternen Hierarchiestufen zur Überwindung der alltäglichen Arbeitslast kann kein Massstab sein, zumal die weiterhin mangelnde Attraktivität diese Stellen eindeutig als Durchgangspositionen definiert.

Nein, die Zielgrösse des Bedarfs müsste sich nach dem dritten Gefäss richten, nach dem Arbeitsaufkommen der ÄrztInnen, die in Klinik oder Praxis eine Stelle mit zumindest langfristiger Perspektive gefunden haben. Gerade hier hat in den vergangenen Jahrzehnten ein deutlicher Ausbau stattgefunden. Rückblickend ist dies auch nicht verwunderlich, da steigende Studentenzahlen und eine Vermehrung von Weiterbildungsstellen natürlich zu einer Zunahme an ausgebildeten FachärztInnen geführt haben. Im Kontext des Ausbaus der medizinischen Versorgung der Bevölkerung war dies in den vergangenen Jahrzehnten auch erwünscht. Zwischen 1940 und 2000 nahm die Gesamtzahl der berufstätigen ÄrztInnen in der Schweiz exponentiell zu, nämlich von 4700 auf 27 000. Verbunden mit einem beispiellosen wirtschaftlichen Aufschwung war diese in allen Industrienationen mehr oder weniger parallel verlaufende Entwicklung auch verkraftbar. Ja, sie verleitete sogar dazu, den Bedarf an Ärzten ganz einfach mit dem Wachstum des BIP zu korrelieren und daraus Projektionen für die Zukunft abzuleiten.² Wenn sich die Zukunft an solche Berechnungen hält, gehen wir tatsächlich einem deutlichen Ärztemangel entgegen. Doch die Beschreibung einer Korrelation zwischen wachsendem Wohlstand und vermehrter Anspruchnahme medizinischer Leistungen sagt für sich noch nichts über den Bedarf aus, ja, eine solche Rechnung müsste

gegenüber Ländern der Dritten Welt geradezu als zynisch bezeichnet werden.

Was definiert nun den wirklichen Bedarf: Sind es die Ansprüche der Bevölkerung? Sind es die Möglichkeiten des medizinischen Fortschritts? Ist es die Finanzierungs-bereitschaft der Gesellschaft?

Ungeklärte Fragen

Hinter jeder dieser Fragen verstecken sich Sichtweisen und Vorstellungen, welche die unterschiedlichsten Antworten zulassen, Sichtweisen, die auch den grundsätzlichen gesellschaftlichen und politischen Klärungsbedarf dieser Frage unterstreichen.

Wenn man die Bedürfnisse der Bevölkerung extrapoliert, so werden diese auch in den kommenden Jahren weiter steigen. In unserem Land besteht allgemein der Anspruch auf eine hohe und umfassende Gesundheitsversorgung. Die für die einzelnen Versicherten spürbar steigenden Krankenkassenprämien erhöhen, so scheint es, eher die Konsummentalität im Krankheitsfall. Insgesamt wird der Solidaritätsbegriff der Krankenversicherung vor allem als Anspruch auf eine gleiche optimale Behandlung gewertet. Die grossen demographischen Tendenzen (mit einer Zunahme des Anteils älterer Personen) und eine weitere, rasche Angleichung der Lebensverhältnisse zwischen

Wenn man die Bedürfnisse der Bevölkerung extrapoliert, so werden diese auch in den kommenden Jahren steigen.

Stadt und Land erlauben die Aussage, dass – ausgehend von den heutigen Verhaltensmustern – der Bedarf nach ärztlicher Leistung weiter steigen und damit ein Mangel an ÄrztInnen manifest werden wird.³ Dies zusätzlich, wenn aufgrund der absehbaren Feminisierung des Arztberufes ein grösserer Teil der Kolleginnen (vielleicht ja auch der Kollegen) in Zukunft zumindest Teile ihres Berufslebens nur mehr Teilzeit arbeiten wird.⁴

Doch können wir die heutigen Versorgungsformen tatsächlich als Massgabe für die Zukunft werten? Gemessen an den Entwicklungen der Vergangenheit gehen wir tatsächlich einem Mangel an Hausärzten entgegen.⁵ Doch auch hier gilt: Was ist das richtige Verhältnis? 1:500, 1:1000, 1:1500, 1:2000? In den 80er Jahren kam in den USA die Vorstellung auf, 50% Grundversorgern sollten 50% Spezialisten gegenüber stehen, doch auch diese Zielvorgabe bleibt letztlich arbiträr. Ist der Umstand, dass für eine Praxis kein Nachfolger gefunden werden kann, immer gleichbedeutend mit einem Mangel an ÄrztInnen? Welche Dichte an Allgemeinärzten ist für eine Bevölkerung angemessen, und welche Entfernung bis zu einer nächsten Arztpraxis darf für einen Patienten als zumutbar gelten, bevor von einem Versorgungsnotstand gesprochen werden darf? Wenn wir hier Vergleichszahlen von anderen Staaten zu Rate ziehen, hat die Schweiz immer noch eine komfortable Position. Wirkliche Versorgungsengpässe sind definiert durch überlange Wartezeiten für Arzttermine (ab wann ist eine Zeitspanne überlang?) und steigende Morbidität aufgrund einer verspäteten Therapieeinleitung. Gibt es hierzu Hinweise bei uns? Gibt es einen Notstand im britischen NHS mit seinen Einschränkungen und Wartelisten? Die durchschnittliche Lebenserwartung im Vereinigten Königreich unterscheidet sich nicht wesentlich von derjenigen in der Schweiz. Rechtfertigt dies tatsächlich einen höheren Bedarf von drei Prozent des BIP?

Der berechtigte Einwand wird kommen: Es geht um die Lebensqualität! Das stimmt, aber damit kehrt alles zurück zur zentralen Frage: Wie gross ist die langfristige Zahlungsbereitschaft unserer Gesellschaft? Die gesamte gesundheitspolitische Diskussion scheitert seit Jahren an der Aufgabe, die wachsende Finanzierungskrise zu meistern. Sämtliche in der aktuellen politischen Diskussion stehenden Massnahmen haben das Ziel, das Volumen medizinischer Leistungen und damit in letzter Konsequenz die Zahl der Leistungserbringer zu reduzieren: die Niederlassungsbeschränkung, die Propagierung von Managed-Care-Modellen, die Aufhebung des Kontrahierungszwangs oder eine künftige Substitution ärztlicher Grundversorgung durch Nurse practitioners. In allen westlichen Sozialstaaten schlägt die Politik den Weg ein, die wachsende Begehrlichkeit der Bevölkerung durch eine Verknappung des Leistungsvolumens zu disziplinieren. Die Ärztezahl ist hierzu Mittel zum Zweck. Wer mag vor solchen Implikationen mit Überzeugung von einem drohenden Ärztemangel sprechen?

Wir haben in der Schweiz, wie in den meisten europäischen Staaten auch, erhebliche Verteilungsprobleme insbesondere zwischen Universität, Klinik und freier Praxis. Eine Koordination der «drei Gefässe» wäre dringend nötig. Gezielte Anreize oder in zweiter Linie der Markt werden regionale oder fachliche Disparitäten klären.

Von viel grösserer Bedeutung sind jedoch Aspekte der allgemeinen Entwicklung des Berufsbildes. Es sind nicht die Arbeit oder die Verantwortung, vor der junge ÄrztInnen zurückschrecken, sondern die Perspektivenlosigkeit.

Wie gross der künftige Bedarf an ÄrztInnen in der Schweiz ist, bleibt ein grosses Fragezeichen. Dies sollte

zumindest Anstoss dazu sein, endlich auch unserem Land zentrale Fragen der Versorgungsforschung voran zu treiben.



PD Dr. Ludwig T. Heuss, MBA, Basel

Ludwig T. Heuss ist Oberarzt an der Abteilung für Gastroenterologie des Universitätsspitals Basel und Mitglied des FMH-Zentralvorstands; er leitet das Ressort «Daten, Demographie und Qualität» (DDQ) der FMH.

- 1 Bericht der eidgenössischen Kommission für Nachwuchsfragen auf dem Gebiet der Geisteswissenschaften und der medizinischen Berufe vom 1.5.1963, EDMZ, Bern.
- 2 Cooper RA, Getzen TE, McKee HJ and Laud P. Economic and demographic trends signal an impending physician shortage. Health Aff 2002; 21(1):140–54.
- 3 Steinmann L und Telsler H. Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft. Plaut Economics 2005
- 4 Heuss L. T. and Haenggeli C. Open access to part-time specialist training – the Swiss experience.. Swiss Med Wkly. 2003;133(17–18):263–6.
- 5 Monnier M. Médecins de premier recours: pénurie ou pléthore? PrimaryCare 2004; 4: 755–9.



Umgang mit urteilsunfähigen

Die SAMW veröffentlicht medizinisch-ethische Grundsätze

Die in den letzten Jahren publizierten medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW enthalten unterschiedliche Bestimmungen zum Umgang mit Patientenrechten. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) hat deshalb im Mai 2004 eine Arbeitsgruppe beauftragt, diesbezüglich einen einheitlichen Textbaustein für die zukünftigen Richtlinien zu erarbeiten. Die Arbeitsgruppe «Patientenrechte» ist bei ihrer Vereinheitlichung in erster Linie von den bundesrechtlichen Vorgaben und Entscheidungsspielräumen ausgegangen; sie hat sich weiter an der europäischen Biomedizin-Konvention sowie an den allgemeinen Prinzipien der Medizinethik orientiert. Im Herbst 2005 hat die Arbeitsgruppe ihren Vorschlag für «Medizinisch-ethische Grundsätze zum Recht von Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung» vorgelegt; diese werden vom Senat der SAMW an seiner Sitzung vom 24. November 2005 verabschiedet. Nachstehend sind die zentralen Inhalte dieser Grundsätze wiedergegeben.

Die Bedeutung von Surrogaten

Die medizinische Behandlung und Betreuung von urteilsfähigen Patienten ist nur rechtmässig beim Vorliegen einer wirksamen Einwilligung. Bei medizinischen Eingriffen an Personen, die selbst zu einer Einwilligung unfähig sind, müssen an die Stelle dieser Einwilligung notgedrungen Surrogate treten: Dazu zählen eine Entscheidung der Vormundschaftsbehörde, eine schriftlich abgefasste früher gegebene Einwilligung («Patientenverfügung»), eine Einwilligung durch gesetzliche Vertreter oder vom Patienten eingesetzte Vertreter oder eine mutmassliche Einwilligung.



Patientinnen und Patienten

Handelt es sich um Personen, die auch zu keinem früheren Zeitpunkt urteilsfähig waren (originäre Urteilsunfähigkeit), so bleiben von vornherein all diejenigen Surrogate ausser Betracht, die an eine solche frühere Fähigkeit anknüpfen, d.h. ein vom Patienten eingesetzter Vertreter oder eine Patientenverfügung. Es verbleiben dann nur die gesetzliche Vertretung und die (sonstigen) Instrumente des Vormundschaftsrechts. Der gesetzliche Vertreter ist in jedem Fall an das objektive, d.h. medizinisch definierte Wohl des Vertretenen gebunden. In allen anderen Fällen, also wenn der Urteilsunfähigkeit eine Phase der Urteilsfähigkeit vorausgegangen ist (erworbene Urteilsunfähigkeit), kommen prinzipiell alle genannten Surrogate in Frage. Dann aber stellt sich dringend die Frage nach ihrer Hierarchie im Konfliktfall. Hierbei dürfte das für das Vormundschaftsrecht geltende Subsidiaritätsprinzip dazu führen, dass Entscheidungen der Vormundschaftsbehörde erst dann zum Tragen kommen, wenn andere Surrogate versagen oder ein Interessen- oder Meinungskonflikt vorliegt. Die Praxis zeigt zudem, dass das Erfordernis, bei urteilsunfähigen Patienten primär an die Vormundschaftsbehörde zu gelangen, nicht praktikabel ist, weil relevante medizinische Entscheidungen häufig unter einem gewissen Zeitdruck stehen. Die personellen Ressourcen der Vormundschaftsbehörden gestatten es diesen oft auch nicht, die Funktion der Vertretung vollumfänglich zu übernehmen, sodass die behandelnden Medizinalpersonen die informelle Anweisung erhalten, gemäss dem mutmasslichen Willen des Patienten zu handeln.

Patientenverfügung

Besonders umstritten ist die Bedeutung der Patientenverfügung. Für die einen gilt sie als verbindliche Willensäusserung des Patienten, für die anderen ist sie (lediglich) ein gewichtiges Indiz bei der Ermittlung des mutmasslichen Willens.

Die Arbeitsgruppe hat sich der Auffassung angeschlossen, dass die Patientenverfügung ein gewichtiges Indiz bei der Ermittlung des mutmasslichen Willens ist: Patientenverfügungen sind Vorausverfügungen für eine kaum voraussehbare existentielle Situation und können deshalb weder rechtlich noch ethisch mit einer jetzt-für-jetzt-Erklärung des urteilsfähigen Patienten verglichen werden. An frühere Einwilligungen dürfen deshalb zumindest keine geringeren Anforderungen gestellt werden als an gegenwärtige. Eine Einwilligung ist grundsätzlich nur bei hinreichender Aufklärung wirksam; eine Patientenverfügung erfüllt diese Voraussetzung jedoch häufig nicht (oft ist die Patientenverfügung ohne jede Aufklärung erfolgt; selbst bei vorgängiger Aufklärung entspricht diese durch Zeitablauf häufig nicht mehr dem gegenwärtigen Stand und sogar wenn sie diesem Stand noch entsprechen sollte, war doch früher das genaue Krankheitsbild mit den konkreten Chancen und Risiken bestimmter Eingriffe nicht vorauszusehen), d.h. der Patient kann sich bei der Abfassung der Patientenverfügung nicht mit einer aktuellen Situation, den Entscheidungsoptionen und -alternativen auseinandersetzen.

Vom Patienten eingesetzter Vertreter

Die Entscheidung eines vom Patienten eingesetzten Vertreters gleicht in ihrer Bedeutung der Patientenverfügung. Sie ist ein (starkes) Indiz bei der Suche nach dem mutmasslichen gegenwärtigen Willen des Patienten, aber eine ausschliessliche Verbindlichkeit kann auch ihr aus den bei der Patientenverfügung genannten Gründen nicht zukommen. Gegenüber der gesetzlichen Vertretung zeichnet sie sich aber immerhin dadurch aus, dass sie Ausfluss der Selbstbestimmung des Patienten ist. Bei erworbener Urteilsunfähigkeit des Patienten und einer Kollision des (im Zustand der Urteilsfähigkeit) vom Patienten eingesetzten Vertreters mit einem (später eingesetzten) gesetzlichen Vertreter dürfte deshalb die vom Patienten eingesetzte Vertretung grundsätzlich vorgehen (Grundgedanke des Subsidiaritätsprinzips). Der vom Patienten eingesetzte Vertreter ist bei der Einwilligung in Eingriffe ebenso wie der gesetzliche Vertreter an das Wohl des Vertretenen gebunden, kann also auch nur in indizierte Eingriffe einwilligen. Er darf aber, wenn er vom Vertretenen entsprechend beauftragt ist, indizierte und aus medizinischer Sicht notwendige Eingriffe verweigern (in diesem Konfliktfall kann dann das medizinische Personal an die Vormundschaftsbehörde gelangen).

Mutmassliche Einwilligung

Die mutmassliche Einwilligung gewinnt aus all diesen Gründen zentrale Bedeutung – insbesondere, wenn die Patientenverfügung als (gewichtiges) Indiz im Rahmen einer mutmasslichen Einwilligung betrachtet wird, der gewillkürte Vertreter jedenfalls bei der Zustimmung zu Eingriffen an das Wohl des Patienten gebunden ist und das vormundschaftsrechtliche Instrumentarium nur subsidiär gilt.

Bei der mutmasslichen Einwilligung muss nun aber entschieden werden, wer primär befugt ist, den mutmasslichen Willen festzustellen, auf wessen Mutmassung es also ankommt. Da diese Feststellung immer auch die Vertrautheit mit sehr individuellen Wünschen und zugleich die Kenntnis objektiver «Wohl»-Komponenten erfordert, schlägt die Arbeitsgruppe vor, hier eine Konsensualentscheidung von Angehörigen und behandelnden Medizinalpersonen zu bevorzugen.

Damit wird das Prinzip der Selbstbestimmung nicht etwa eingeschränkt, sondern bei urteilsunfähigen Patienten überhaupt erst – annäherungsweise – durchsetzbar. Die wechselseitige Kontrolle zweier Gruppen, die sich um die Definition des mutmasslichen Willens des Patienten kümmern, kann die Durchsetzung dieses mutmasslichen Willens am besten gewährleisten.



*Prof. Dr. iur. Kurt Seelmann, Basel
Leiter der Arbeitsgruppe «Patientenrechte»*

Aus der AG StaR wird die AG KoBeK

Bei der Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, gesellschaftlich akzeptierten klinischen Forschung spielen verschiedene Akteure eine wichtige Rolle: einerseits die Ethikkommissionen für klinische Versuche, von denen es in der Schweiz über zwanzig gibt, und andererseits staatliche Behörden wie Swissmedic, das BAG oder die kantonalen Aufsichtsinstanzen (z.B. KantonsapothekerInnen). Die nationale und die internationale Gesetzgebung grenzen allerdings die Aufgaben bzw. Kompetenzen der verschiedenen Akteure nicht immer genau ab. Angesichts der damit verbundenen Unklarheiten und Reibungsflächen haben die beteiligten Institutionen beschlossen, eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur Harmonisierung, Koordination und Unterstützung der Aktivitäten im Bereich der klinischen Forschung zu schaffen. Diese interdisziplinäre Arbeitsgruppe mit dem Namen «Koordination der Beurteilung klinischer Versuche» («KoBeK») ersetzt die informelle Arbeitsgruppe StaR und steht unter dem Patronat der SAMW, welche in der Person von Prof. Dominique Sprumont vom Institut de droit de la santé in Neuenburg auch den Präsidenten stellt.

Die AG KoBeK unterstützt die Akteure im Vollzug des Heilmittelgesetzes bei der Erfüllung ihrer Aufgabe, indem sie

- Interpretationshilfen für ethische und gesetzliche Vorschriften bereitstellt;
- Empfehlungen und Stellungnahmen abgibt zu wichtigen Fragen, welche die Tätigkeit der Akteure im Vollzug des HMG betreffen;
- für die inhaltliche Gestaltung der von SAMW und SGBE gemeinsam organisierten Aus- und Fortbildungskurse für Mitglieder von Ethikkommissionen besorgt ist;
- eine Plattform bietet für den gegenseitigen Informations- und Erfahrungsaustausch der im Bereich «Überwachung von klinischen Versuchen» aktiven Partner (Ethikkommissionen, Swissmedic, BAG, kantonale Behörden).

Die AG trifft sich 5 bis 6 Mal jährlich in Bern. Sie arbeitet praxisorientiert und befasst sich in der Regel nicht mit «Grundsatzfragen». Dies bedeutet, dass die AG nicht «Richtlinien» erarbeitet, sondern Interpretationshilfen oder Empfehlungen; zu spezifischen, praxisrelevanten Fragen kann sie auch Stellungnahmen abgeben. Die AG KoBeK hat Mitte Jahr ihre Tätigkeit aufgenommen. Im Moment ist sie daran, Empfehlungen zu klinischen Versuchen in Notfallsituationen und mit Urteilsunfähigen auszuarbeiten.

«Zukunft Medizin Schweiz»: die Steuerungsgruppe bezeichnet vier Schwerpunkte

Die ExpertInnengruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» hat mit der Verabschiedung des Berichtes «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» ihren Auftrag erfüllt, Definitionen wichtiger Begriffe auszuarbeiten sowie Werte, Ziele und Aufgaben der Medizin für die Schweiz vorzulegen. Damit waren Phase I («Vorbereitung») und Phase II («Konkretisierung») des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» abgeschlossen.

Das «Forum» von Mitte Dezember 2004 in Bern bezeichnete den Beginn der Phase III («Umsetzung»). Von Beginn weg war klar, dass diese Phase am anspruchsvollsten sein würde. Im konkreten Fall kam erschwerend hinzu, dass

mit Beginn der Phase III die Steuerungsgruppe aufgrund von Wechseln in den delegierenden Organisationen praktisch vollständig erneuert wurde. Der Steuerungsgruppe gehören heute folgende Persönlichkeiten an: Prof. Peter Suter, Präsident SAMW, Genf; Dr. Jacques de Haller, Präsident FMH, Genf; Prof. Martin Täuber, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern; Barbara Gassmann, Vizepräsidentin SBK-ASI, Bern. Diese Steuerungsgruppe hat sich in der Zwischenzeit zu mehreren Sitzungen getroffen und über den Fortgang des Projektes diskutiert. Sie einigte sich darauf, vier Bereiche, die im Bericht als zentral bezeichnet werden, als Schwerpunkte weiter zu bearbeiten:

1. Zukünftiger Bedarf an Medizinalpersonen angesichts der demographischen Entwicklung
2. Berufsidentitäten und Berufsbilder
3. Aus- und Weiterbildung in Patientensicherheit und medizinischer Fehlerkultur
4. Rationierung

Mit Ausnahme des Schwerpunktes 1 (Zukünftiger Bedarf an Medizinalpersonen), wo als nächster Schritt im Juni 2006 ein Symposium stattfinden soll, wird bei allen Schwerpunkten möglichst rasch eine Arbeitsgruppe eingesetzt. In jede dieser Arbeitsgruppen wird je ein Mitglied der Steuerungsgruppe Einsitz nehmen, allerdings ohne Leitungsfunktion. Die Arbeitsgruppen haben in einer ersten Phase den Auftrag, anhand der vorhandenen Unterlagen ihr Aufgabenfeld zu beschreiben, zu analysieren und einzugrenzen, um dann in einem zweiten Schritt an die Lösung dieser Aufgaben zu gehen.

MD-PhD-Programm: Harmonisierung der Studiengänge

Alle fünf Medizinischen Fakultäten der Schweiz bieten jungen, forschungsinteressierten MedizinerInnen ein MD-PhD-Programm an, mit dem diese ein natur- oder geisteswissenschaftliches Zweitstudium absolvieren können. Bis jetzt hat jede Fakultät das Programm anhand eines eigenen, internen Reglements durchgeführt. Um allen AbsolventInnen des Programmes die gleichen Rahmenbedingungen zu ermöglichen, schien eine Harmonisierung der Ausbildungsgänge an allen Universitäten sinnvoll. Während einem fast zwei Jahre dauernden, von der SAMW initiierten Prozess haben die involvierten Institutionen nun gemeinsame, verbindliche Standards erarbeitet und diese vor kurzem genehmigt.

Neu gelten für alle Medizinischen Fakultäten die folgenden Vorgaben:

- Eine Information über das MD-PhD-Programm erfolgt bereits zu Beginn des Medizinstudiums.
- Die naturwissenschaftliche Grundausbildung muss noch vor Studienabschluss absolviert werden.
- Die dreijährige Promotionsarbeit muss in der Regel unmittelbar nach Abschluss des Medizinstudiums aufgenommen werden.
- Die Promotion führt in der Regel zum Titel eines Dr. in Naturwissenschaften (PhD), der von der lokalen Naturwissenschaftlichen Fakultät verliehen wird.
- Die gemeinsamen Standards sind Bologna-kompatibel.



ZENTRALE ETHIKKOMMISSION

Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in Akutspitälern: eine Umfrage der SAMW

Patientinnen und Patienten mit Wunsch nach Suizidbeihilfe finden sich – durchaus nachvollziehbar – relativ oft in Institutionen der Langzeitpflege, insbesondere in Alters- und Pflegeheimen, aber auch – allerdings viel seltener – in Akutspitälern. Dabei stellen sich rasch ethische Fragen im Umgang mit solchen Wünschen.

Einige Kantone bzw. Gemeinden in der Schweiz, so z.B. die Stadt Zürich und der Kanton Neuenburg, haben Regelungen erlassen, wonach Sterbehilfeorganisationen der Zugang in Alters- und Pflegeheime erlaubt ist; diese Regelungen führten zu breiten und kontroversen Diskussionen. Bezüglich der Zulassung von Sterbehilfeorganisationen in Akutspitälern ist bislang weder bekannt, ob es bereits kantonale Regelungen gibt, noch hat eine grundsätzliche Diskussion stattgefunden.

Die SAMW fragte deshalb im Frühjahr dieses Jahres alle Kantone an, ob das Zutrittsrecht von Sterbehilfeorgani-

sationen zu Akutspitälern in irgendeiner Form geregelt sei. Es hat sich gezeigt, dass in den meisten Kantonen bis heute weder gesetzliche Regelungen noch kantonale Weisungen bestehen. Offiziell zugelassen sind Sterbehilfeorganisationen heute einzig im Kanton Waadt, aufgrund einer provisorischen Weisung.

Da die Problematik dennoch überall und jederzeit aktuell werden kann, scheint es angezeigt, dass sich nicht nur Institutionen der Langzeitpflege, sondern auch Akutspitäler explizit äussern, wie sie sich zur Beihilfe zum Suizid stellen und wie innerhalb ihrer Institutionen der Zutritt von Sterbehilfeorganisationen geregelt ist.

Margrit Leuthold, Generalsekretärin SAMW

Die vollständige Fassung dieses Textes wird in der Neuen Zürcher Zeitung veröffentlicht; sie ist auch auf der Website der SAMW (www.samw.ch) online abrufbar.

Neue Richtlinien «Palliative Care»: umfassende Betreuung von Menschen mit unheilbaren, akut lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten

Die Förderung und Unterstützung von Palliative Care steht schon seit längerem auf der politischen Agenda. Insbesondere im Zusammenhang mit der Diskussion über ärztliche Suizidbeihilfe oder aktive Sterbehilfe wurde der Ausbau palliativer Angebote gefordert. Dennoch ist der Stellenwert von Palliative Care noch immer umstritten und ihre Verankerung auf nationalem und kantonalem Niveau ungenügend. Dazu trägt auch das

unterschiedliche Verständnis von Palliative Care bei. Die SAMW hat deshalb eine Subkommission der ZEK mit der Ausarbeitung von Richtlinien zu diesem Thema beauftragt. Der Senat hat Ende November eine erste Fassung zur Vernehmlassung verabschiedet.

Die Richtlinien sind unter www.samw.ch online abrufbar oder können beim SAMW-Generalsekretariat bestellt werden. Die Vernehmlassungsfrist läuft bis Ende Februar 2006; Stellungnahmen sind erbeten an das Generalsekretariat SAMW, Petersplatz 13, 4051 Basel.

Neue Ehren- und Einzelmitglieder der SAMW

Der Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat an seiner Sitzung vom 24. Mai 2005 Dr. Werner Bauer aus Küsnacht (ZH) zum Ehrenmitglied sowie Prof. Denis Duboule aus Genf, Prof. Petra Hüppi aus Genf, Prof. Karl-Heinz Krause aus Genf und Prof. Daniel Scheidegger aus Basel 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; zu Ehrenmitgliedern kann er Persönlichkeiten ernennen, «die sich um die Förderung der Wissenschaft, um das Gesundheitswesen und/oder die SAMW ausserordentlich verdient gemacht haben». Die neuen Ehren- und Einzelmitglieder erhalten ihre Urkunden im Rahmen einer kleinen Feier anlässlich der Senatssitzung vom 24. November 2005.



Werner Bauer, Dr. med.

«Der Senat ernennt Werner Bauer zu seinem Ehrenmitglied in Anerkennung seines grossen Einsatzes als Gründungspräsident beim Aufbau des Kollegiums für Hausarztmedizin zu einer anerkannten Institution der Grundversorger, seines Engagements für die Förderung der Qualitätskontrolle durch die Einführung von Standards für die Ultraschalldiagnostik in der Praxis, seines Einsatzes für die Übernahme der Internationalen Ethik-Charta für Ärztinnen und Ärzte durch die Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin sowie seines grossen Engagements für das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» der SAMW.»



Denis Duboule, Professeur Dr phil.

«Le Sénat nomme Denis Duboule au titre de membre individuel en reconnaissance de ses mérites scientifiques comme chercheur de pointe dans le domaine de la morphogénèse des mammifères; il a effectué un travail de pionnier dans le domaine du développement des extrémités, des effets néfastes des toxiques et de la pathologie embryonnaire.»



Petra Hüppi, Professeur Dr méd.

«Le Sénat nomme Petra Hüppi au titre de membre individuel en reconnaissance de ses travaux fondamentaux en néonatalogie concernant la maturation du cerveau humain, des possibilités de l'application de la résonance magnétique nucléaire au développement du système nerveux central et de sa recherche novatrice combinant son activité clinique (chez des nourissons à risque) à cette technique non invasive.»



Karl-Heinz Krause, Professeur Dr méd.

«Le Sénat nomme Karl-Heinz Krause au titre de membre individuel en reconnaissance de l'importance de ses contributions scientifiques concernant l'activation des granulocytes et des signaux intracellulaires lors de l'inflammation, et de sa vision concernant leur rôle éventuel dans les processus de vieillissement; de ses travaux sur les cellules souches et de son engagement pour la vulgarisation de cette recherche fondamentale dans le cadre éthique préconisé par l'ASSM.»



Daniel Scheidegger, Prof. Dr. med.

«Der Senat beruft Daniel Scheidegger zu seinem Einzelmitglied aufgrund seiner hohen fachlichen Anerkennung sowohl in der Klinik als Intensivmediziner und Anästhesiologe wie auch in der biomedizinischen Grundlagenforschung im Bereich der Immunologie sowie seiner mutigen Pionierarbeit in der Schweiz beim Aufbau einer auf hohen ethischen Standards basierenden Kultur im Umgang mit Fehlern in der Medizin, insbesondere im operativen Bereich.»