

SAMW

 Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

 Académie Suisse
des Sciences Médicales

EDITORIAL

Ethik bei Zwangsmassnahmen: Hilfe für wen?



von Prof. Werner Stauffacher, Präsident

Es mag erstaunen, dass die SAMW Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten erlässt, welche medizinischen Zwangsmassnahmen unterworfen sind, sei es im Rahmen des Strafvollzugs, sei es im Kontext fremdenpolizeilicher Prozeduren. Ist das nötig?

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW wurde ins Leben gerufen, um Ärztinnen und Ärzten, aber auch dem Pflegepersonal und Angehörigen anderer Medizinalberufe Leitlinien für ein menschlich-ethisch korrektes Verhalten in schwierigen beruflichen Situationen zur Verfügung zu stellen. Sterben, Tod, Grenzsituationen zu Beginn und am Ende des Lebens, Transplantation, Forschung – all dies sind schwierige Situationen, wo Ausbildung, Können, berufliche und menschliche Lebenserfahrung Entscheide erleichtern, aber oft nicht genügen, um ein verhängnisvolles Abgleiten zu vermeiden. Hier leisten die breit abgestützten, medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW seit Jahrzehnten nicht nur den Akteuren, sondern auch Patientinnen und Patienten und – nicht zuletzt – den Behörden wertvolle Dienste.

Aber bei Zwangsmassnahmen? Gerade hier, sind wir versucht zu sagen. Wer je, und sei es nur für kurze Zeit, mit der medizinischen Betreuung von Personen in Zwangssituationen betraut war, wird zustimmen. In kaum einer anderen Situation wird der Betreuende

weiter auf Seite 2

SCHWERPUNKT

Ärztinnen und Ärzte im Schattenreich



Hohe Mauern werfen lange Schatten
(im Bild: Gefängnis «Schällemätteli» in Basel)

Der Erstickungstod eines Asylanten auf dem Flughafen Kloten hat im Frühjahr 1999 landesweit Wellen geschlagen. Dabei wurde auch die Rolle von Ärztinnen und Ärzten bei solchen Zwangsausschaffungen kritisch hinterfragt. Die SAMW nahm dies zum Anlass, für die medizinische Behandlung von Personen in Polizeigewahrsam oder im Strafvollzug ethische Richtlinien auszuarbeiten. Diese halten unter anderem fest, wie sich ein Arzt gegenüber Zwangsüberführungen, Disziplinarstrafen oder Hungerstreik verhalten soll. Der Senat wird die neuen Richtlinien an seiner Sitzung vom 29. November 2001 beraten und zur Vernehmlassung verabschieden.

Im folgenden Beitrag berichtet Dr. Jean Pierre Restellini aus Genf, Präsident der Subkommission «Medizinische Zwangsmassnahmen», über die schwierige Dreierbeziehung von Arzt, Häftling und Behörden: Der im Strafvollzug tätige Arzt findet sich oft unerwartet in einem «Schattenreich» wieder.

Seit über zehn Jahren habe ich die Chance und die Ehre, als einer der vom Europarat beauftragten medizinischen Experten das rund 800 Millionen Einwohner zählende «Europa der Menschenrechte» zu durchstreifen, von Portugal bis in die hinterste Ecke Sibiriens. Im Rahmen des «Komitees zur Verhinderung von Folter und inhumaner oder entwürdigender Behandlung» mit Sitz in Strassburg besteht meine Aufgabe darin, an Stätten des Freiheitsentzugs zu überprüfen, ob die Haftbedingungen den Vorschriften der Europäischen Menschenrechtskonvention entsprechen.

Als ehemaliger verantwortlicher Arzt einer medizinischen Abteilung innerhalb einer Haftanstalt bereitet es mir keine Mühe, mich mit den zahlreichen Ärzten zu unterhalten, die in Gefängnissen, Polizeiposten oder

in seinem Tun von so vielen gewichtigen, aber oft diametral entgegengesetzten Interessen und emotional betonten Motivationen – auch eigenen – bedrängt. Kaum je ist das Risiko unbewusster Selbstbeeinflussung des Handelns durch persönliche Prägung oder Meinung, des Abgleitens in die Rolle des Schiedsrichters, «zum Recht» oder in die Anteilnahme grösser als hier. Und kaum je ist das Risiko der Benachteiligung für die Betreuten grösser. Die konfliktträchtigen Situationen und die Dilemmas, denen Betreuende unter derartigen Umständen gegenüberstehen, werden im nebenstehenden Beitrag von Dr. Restellini aus reicher eigener Erfahrung treffend und lebensnah geschildert.

Zahlreiche kantonale und eidgenössische und auch für uns verbindliche europäische und internationale Bestimmungen regeln die jeweiligen Rechte und Pflichten betroffener Personen und derer, die mit Aufsicht, Betreuung und Begleitung betraut sind. Sie sind gut – verbesserungsfähig ist alles, – und die SAMW masst sich nicht an, sie zu korrigieren. Die Richtlinien, die heute zur Diskussion stehen, und die dem Senat vor der breiten Vernehmlassung ein erstes Mal vorgelegt werden, greifen – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – 11 Punkte heraus und machen auf Situationen aufmerksam, wo das Abwägen heikel und besonders schwierig ist, und geben hier Leitlinien – in jedem Fall im Einklang mit den auch ausserhalb von Zwangssituationen gültigen Grundsätzen ärztlicher und pflegerischer Betreuung, mit den begründeten Rechten und der Würde der Betroffenen und, wo immer möglich, mit den Ansprüchen der Gesellschaft: medizinisch-ethische Richtlinien für das Verhalten in Zwangssituationen als Hilfe für alle; aber doch, und vor allem, für die Betroffenen und die Medizinalpersonen, die sie betreuen. Kurz: echte Richtlinien der SAMW.

Auffangzentren für Asylbewerber arbeiten – schliesslich war auch ich mal ein Arzt im «Schattenreich»!

Im Sumpf

Ich muss aber gestehen, dass mich diese Begegnungen trotzdem oft aufgewühlt haben, denn immer habe ich zu spüren bekommen, wie schwierig sich die Dreierbeziehung zwischen Arzt, Häftling und Polizei- oder Strafvollzugsbehörde gestaltet, wie leicht sie zu groben ethischen Fehlritten führen kann.

Vom blutjungen Assistenten, der sich unversehens in einem Gefängnis mit Tausenden von Häftlingen wiederfand und von seiner Aufgabe restlos überfordert war, zum alten Kämpen, der seit einem Vierteljahrhundert in der gleichen Anstalt seinen Dienst versah und faktisch zum inoffiziellen Leiter der Anstalt avanciert war... Vom Polizeiarzt, der falsche Gesundheitszeugnisse verfasste, weil er einem enormen behördlichen Druck, bis hin zu Todesdrohungen, ausgesetzt war, und der – nach Stunden konventionellen und diplomatischen Palavers – ganz unvermittelt sich (buchstäblich) auf meiner Schulter ausweinte und mir das ganze Elend seiner Lage anvertraute, bis hin zum «Kollegen», der aktiv an Foltersitzungen teilnahm, wurde ich Zeuge des menschlichen Elends, dem sich Ärzte ausgesetzt sehen, die anfänglich oft gar nicht wussten, in welchen Sumpf sie in ihrem weissen Mantel geraten waren...

Ein grundlegendes Paradoxon

Die Ausübung des ärztlichen Berufs unter solchen Umständen ist schon an und für sich nicht unproblematisch. Selbstverständlich muss der in diesem Umfeld praktizierende Arzt die Zielsetzung und die elementaren Regeln des Freiheitsentzugs akzeptieren. Der Neuling sieht sich aber sehr schnell mit einem grundlegenden, quasi ontologischen Paradoxon konfrontiert: Falls der Freiheitsentzug gesundheitsschädigend ist, wie aus allen beim Menschen wie beim Tier durchgeführten Studien hervorzugehen scheint, sollte ich dann nicht, allein schon aufgrund des hippokratischen Prinzips, alles in meiner Macht Liegende tun, um dem kranken Häftling, meinem Patienten, so schnell wie möglich und unter allen Umständen wieder zu seiner Freiheit zu verhelfen? Geschieht dies nicht, d.h. kann ich, institutionell bedingt, dieses Ziel als Betreuer eines kranken Menschen gar nicht erreichen, sollte

ich dann meine Mitarbeit nicht verweigern?

Die Grenzen einer solchen theoretisch-doktrinären Auffassung werden schnell sichtbar. Tatsächlich lässt sich das Paradoxon, das meiner Meinung nach einer doch allzu einseitigen Sicht der Dinge entspricht, ziemlich einfach lösen. Schon für die Krankenträger von Henri Dunant, dem Gründer des IKRK, galt: Wo man es mit Kranken oder Verletzten zu tun hat, überall dort, wo Leid herrscht, darf sich der Arzt nicht in einen Mantel der Ehre hüllen und seine Hilfe unter dem Vorwand verweigern, er würde sich dann zum Komplizen einer ungerechten Sache machen.

Von den Grenzen

Wo aber liegen die Grenzen, seine Grenzen? Soll er untertänigst allen Anordnungen der Polizei oder der Leitung der Haftanstalt folgen, in der er seine Tätigkeit ausübt? Gewiss nicht. Und leider fehlt es nicht an historischen Beispielen, die uns erinnern an

- die in Nürnberg enthüllten, von Ärzten in nationalsozialistischen Konzentrationslagern verübten Gräueltaten;
- die aktive Teilnahme südamerikanischer Ärzte an der Folter von Häftlingen;
- den perversen Einsatz der Psychiatrie im ehemaligen Sowjetblock;
- die in den USA, ausserhalb jeder ethischen Norm, an Häftlingen durchgeführten Experimente.

Bisweilen gehen also Medizin und Staatsgewalt eine wahrhaft dämonische Ehe ein – nicht zuletzt im Umfeld des Strafvollzugs!

Glücklicherweise ist sich seit einigen Jahrzehnten die internationale Ärzteschaft – namentlich der Weltärztebund – bewusst geworden, welche ständigen Herausforderungen die Betreuer von inhaftierten Personen ausgesetzt sind. Es ist offensichtlich, dass die Aufgabe, kranke Häftlinge zu behandeln, vielfach in Konflikt gerät mit Fragen der Anstaltsordnung und -sicherheit. Es ist dies die Falle der doppelten Treuepflicht, der «dual loyalty» angelsächsischer Autoren!

«Strikte ethische Normen» notwendig

Völlig zu Recht hält der Ministerrat des Europarats in seiner Empfehlung Nr. 98 über ethische und organisatorische Aspekte der Krankenpflege im Strafvollzug fest:

«...die schwierige Position des im Strafvollzug praktizierenden Arztes, der sich oft mit den Erwartungen von Strafvollzugsbehörden einerseits und denjenigen der inhaftierten Menschen andererseits konfrontiert sieht, (...) verlangt von ihm die Einhaltung sehr strikter ethischer Normen.»

Nun ist sie also auf dem Tisch, die Forderung nach «strikten ethischen Normen»! Denn niemand, kein «Arzt des Schattenreichs» ist vor ethischen Fehlritten gefeit! Das gilt auch in unseren «hochzivilisierten und entwickelten», demokratisch regierten Rechtsstaaten.

Nach mehreren dringenden Ersuchen, vor allem seitens ärztlicher Kreise, hat die Zentrale Ethikkommission der SAMW beschlossen, Richtlinien zu diesem Thema auszuarbeiten, wobei sie sich weitgehend auf die vorhandenen internationalen Empfehlungen über die ärztliche Betreuung inhaftierter Personen stützte.

In Situationen, in denen die Interessen der Behörden nicht unbedingt mit denjenigen der Patienten übereinstimmen, dürfte niemand besser als die SAMW – als vollständig unpolitisches und nichtstaatliches Gremium – in der Lage sein, Verhaltensregeln für die «Ärzte des Schattenreichs» zu erlassen.

Dr. Jean-Pierre Restellini, Genf

SCHWERPUNKT

Medizinische Zwangsmassnahmen: Was sagt die EMRK?

Medizinische Zwangsmassnahmen haben den in der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verbrieften Garantien zu genügen. Insbesondere Art. 3 EMRK ist zu respektieren; dieser verbietet Folter, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe. Ein Aspekt, der mit Art. 3 EMRK geschützt werden soll, ist die Würde des Menschen. Ein Kernelement der Menschenwürde bildet die Möglichkeit, sich seinen eigenen Willen zu bilden.¹ Eine zwangsweise Verabreichung von Psychopharmaka z.B. verhindert dies jedoch.

Der Fall «Herczegfalvy»

Als Beispiel diene die vor den Strassburger Organen eingereichte Beschwerde von Herczegfalvy gegen Österreich. Dem Fall Herczegfalvy², bei dem die Kommission im Gegensatz zum Gerichtshof eine Verletzung von Art. 3 EMRK bejahte, lag folgender Sachverhalt zugrunde: Der Beschwerdeführer Herczegfalvy wurde aufgrund verschiedener Vorfälle in einer Anstalt für geistig-abnorme Rechtsbrecher untergebracht. Ein langandauernder Hungerstreik führte zu einem physischen Zusammenbruch, der eine Überführung in ein psychiatrisches Krankenhaus notwendig erscheinen liess. Der Beschwerdeführer widersetzte sich einer Zwangs-ernährung, was eine zusätzliche Zwangsbehandlung mit Beruhigungsmitteln und eine Fesselung an ein Sicherheitsbett (ein sog. Käfigbett) erforderlich machte. Auch nach Beendigung dieser mehrere Wochen dauernden Massnahme wurde der Patient mit Depotinjektionen von Neuroleptika behandelt. Ebenso wurde die durch eine Sonde erfolgende künstliche Ernährung auch dann noch fortgesetzt, als sie medizinisch nicht mehr indiziert war.

Unterschiedliche Beurteilung

Nach Ansicht der Kommission stellte die Art und Weise, in welcher die medizinische Zwangsbehandlung durchgeführt worden war, eine Verletzung von Art. 3 EMRK dar, da eine mehrere Wochen dauernde Fesselung an ein Bett, sogar während Perioden von Bewusstlosigkeit, unverhältnismässig sei.³

Der Gerichtshof ist diesen Ausführungen nicht gefolgt und erachtete eine Verletzung von Art. 3 EMRK als nicht erwiesen. Zwar bestätigte er, dass «der für in psychiatrischen Kliniken untergebrachten Patienten typische Zustand der Unterlegenheit und Hilflosigkeit eine erhöhte Wachsamkeit bei der Überprüfung der Konventionskonformität» erforderlich mache.⁴ Der Gerichtshof müsse sich demnach vergewissern, ob die medizinische Notwendigkeit der Massnahmen überzeugend dargetan werden könne. In casu sei die Verwendung der Handschellen und des Sicherheitsbettes wohl als problematisch einzustufen, der Beschwerdeführer könne jedoch nicht beweisen, dass nach den zur fraglichen Zeit allgemein anerkannten Grundsätzen der Psychiatrie keine medizinische Notwendigkeit für diese Methode vorgelegen habe.⁵

Öffentliches Interesse vs. Individualinteresse

Dieser Fall illustriert das Dilemma in welchem sich sowohl Juristen als auch Mediziner befinden. In jedem Einzelfall gilt es das öffentliche Interesse gegenüber dem Individualinteresse abzuwägen. Dieses Abwägen dürfte seine Grenze dort finden, wo der absolute Wesenskern von Art. 3 EMRK, die Menschenwürde, verletzt würde. Angewandt auf medizinische Zwangsmassnahmen heisst dies, dass sie grundsätzlich mit Art. 3 EMRK vereinbar sein müssen. Wir alle sind deshalb auch in Krisensituationen dazu verpflichtet, die Menschenwürde zu schützen, auch wenn es zugegebenermassen manchmal für alle Beteiligten einfacher wäre, zur Spritze zu greifen.

Barbara E. Ludwig

(lic. iur. Barbara E. Ludwig war während 4 Jahren Direktorin des Flughafengefängnisses in Zürich, welches über eine Abteilung Ausschaffungshaft mit 120 Betten verfügt; ab dem 1.1.2002 wird sie der Kantonspolizei Schwyz als Kommandantin vorstehen.)

1 Dies wird in verschiedenen klassischen Essays zum Thema Menschenwürde bestätigt; vgl. anstelle vieler, die Abhandlung über den Menschen aus philosophisch-theologischer Sicht von PICO DELLA MIRANDOLA, G.: De Dignitate Hominis, Bad Homburg 1968, v.a. S. 29: «Du sollst deine Natur ohne Beschränkung nach deinem freien Ermessen, dem ich dich überlassen habe, selbst bestimmen». Ebenso BERGMANN, J.M.: Das Menschenbild der Europäischen Menschenrechtskonvention, Baden-Baden 1995, S. 183 f.

2 10533/83 (Herczegfalvy c. A) 4. Oktober 1989, EuGRZ 1992, S. 583 ff., Bericht vom 1. März 1991, EuGRZ 1992, S. 585 ff., Urteil vom 24. September 1992, Serie A, Vol. 242-B, EuGRZ 1992, S. 535 ff.

3 Herczegfalvy-Fall, Bericht vom 1. März 1991, Ziff. 248, EuGRZ 1992, S. 587.

4 Herczegfalvy-Fall, Urteil vom 24. September 1992, Serie A, Vol. 242-B, Ziff. 82, EuGRZ 1992, S. 538.

5 Herczegfalvy-Fall, Urteil vom 24. September 1992, Serie A, Vol. 242-B, Ziff. 83, EuGRZ 1992, S. 538.

Stammzellen: SAMW befürwortet Forschung an «überzähligen Embryonen»

Am. Im Rahmen der weltweiten Debatte um die Gewinnung und Verwendung menschlicher Stammzellen zu Forschungszwecken hat sich Anfang September auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) mit einem Positionspapier zu Wort gemeldet (vollständig abrufbar unter www.samw.ch). Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat sich in den letzten Monaten intensiv mit der Thematik auseinandergesetzt; innerhalb der Kommission konnte allerdings nicht in allen Fragen ein Konsens erreicht werden.

Aus Sicht der SAMW ist die Forschung an adulten Stammzellen und Stammzellen aus Nabelschnurblut unproblematisch und sollte bevorzugt gefördert werden. Selbstverständlich müssten dabei die Kriterien, die allgemein für Gewebespenden gültig seien, beachtet werden: Respektierung der körperlichen Unversehrtheit des Spenders, Vorliegen einer nach Aufklärung erteilten Einwilligung, kein kommerzieller Handel. Bei Nabelschnurblutzellen besteht jedoch ein dringender Klärungsbedarf auf juristischer Ebene bezüglich der Verfügbarkeit der konservierten Zellen für den Spender bzw. die Allgemeinheit und der Verfügungsgewalt.

Auch die Gewinnung von Stammzellen aus fötalem Gewebe (nach einer Abtreibung) sieht die SAMW als ethisch vertretbar an. Zur Verwendung von fötalem Gewebe hat die SAMW bereits 1998 ethische Richtlinien erlassen. Bei der Verwendung von Stammzellen stellen sich daher keine prinzipiellen neuen Fragen.

Ebenso befürwortet die SAMW die Verwendung von sogenannten «verwaisten» bzw. «überzähligen» Embryonen aus künstlichen Befruchtungen. Obwohl solche gemäss dem

neuen (am 1. Januar 2001 in Kraft getretenen) Fortpflanzungsmedizinengesetz nicht existieren dürften, lagern eine ganze Reihe dieser Embryonen – in der Schweiz mehrheitlich im Vorkernstadium – in Reproduktionskliniken. Eine besondere Schutzwürdigkeit dieser Embryonen ist nach Ansicht der ZEK nicht gegeben, da die äusseren Voraussetzungen, dass aus ihnen eine menschliche Person entstehen kann, nicht vorhanden seien. Nach Ablauf einer bestimmten Frist würden sie ohnehin vernichtet.

Die SAMW spricht sich hingegen klar gegen die Herstellung von Embryonen zu Forschungszwecken aus. Ebenso distanziert sie sich vom sogenannten therapeutischen Klonen (Transfer eines somatischen Zellkerns in eine unbefruchtete Eizelle). Diese Techniken instrumentalisierten menschliches Leben vollständig: Der so erzeugte Embryo würde als reines Forschungsinstrument betrachtet; dies sei ethisch nicht zu verantworten.

Internationaler Erfahrungsaustausch über medizin-ethische Fragen

Leu. Prof. Michel Vallotton, Präsident der ZEK, wurde von der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages als Vertreter der schweizerischen Medizinethiker zu einem Meinungs- und Erfahrungsaustausch über verschiedene medizin-ethische Fragen eingeladen. Das Treffen der verschiedenen europäischen Delegierten fand am 19. November 2001 in Berlin statt. Die thematischen Schwerpunkte lagen bei den Stammzellen sowie bei der Transplantationsmedizin. Dass aus der Schweiz der Präsident der ZEK eingeladen wurde, kann als internationale Anerkennung der Arbeit der ZEK gewertet werden.

GENERALSEKRETARIAT

Stipendien, Forschungsbeiträge und Ott-Preis: keine Ausschüttung im Jahr 2002

Da die Stiftungsreglemente des KZS-, des Ott- und des A+D-Fonds nur erlauben, die jährlichen Erträge des Stiftungsvermögens auszuschütten, wird es aufgrund der bekannten Entwicklung der Finanzmärkte nicht möglich sein, im Jahre 2002 finanzielle Unterstützungen zu leisten. Das Gleiche gilt für den Théodor-Ott-Preis; dieser wird aus diesem Grund erst im Jahr 2003 vergeben.

Neue Mitarbeiterinnen im Generalsekretariat

Angesichts der Aufgabenfülle des SAMW-Generalsekretariates bewilligte das Bundesamt für Bildung und Wissenschaft im Frühjahr 2001 eine personelle Aufstockung. In der Zwischenzeit haben zwei neue Mitarbeiterinnen ihre Arbeit aufgenommen. Frau lic. iur. Michelle Salathé (rechts im Bild) wird als wissenschaftliche Mitarbeiterin einerseits die Generalsekretärin entlasten und andererseits juristisches Know-how in das Generalsekretariat einfließen lassen. Frau Pia Graf verstärkt das Sekretariatsteam; sie wird für die administrative Betreuung des Bereiches «Forschungsförderung» zuständig sein.



Rückblick auf das Symposium «Zukunft Medizin Schweiz» vom 30. August 2001 in Bern

Schon länger verfolge ich mit einem gewissen Unbehagen die technischen und gesellschaftlichen Entwicklungen, welche die Medizin einerseits enorm leistungsfähig gemacht, andererseits aber auch weiter von den Patienten entfernt haben. Dem SAMW-Symposium «Zukunft Medizin Schweiz» vom 30. August 2001 in Bern sah ich daher mit grossem Interesse entgegen. Als Medizinstudentin im fünften Jahr und zukünftige Ärztin wollte ich mir die Chance, an Diskussionen über das mir bevorstehende berufliche Umfeld aktiv teilzunehmen, nicht entgehen lassen.

Widersprüchliche Erwartungen an die Medizin

Die vielschichtige Problematik des Systems «Medizin» zeigt sich gemäss Prof. Johannes Bircher daran, dass jede medizinische Massnahme heute nicht mehr nur die Abwägung von Nutzen und Risiken erfordert, sondern auch die Beantwortung der Kosten- und Sinnfrage. Dies führe dazu, dass Ärztinnen und Ärzte nicht mehr nur das Wohl ihrer Patienten, sondern auch den finanziellen Aspekt einer Therapie im Auge haben müssten. Ausserdem müssten sie widersprüchlichen Erwartungen genügen, indem einerseits die Patienten hohe Fachkompetenz, Interesse am Menschen und Zeit erwarteten, während andererseits die Krankenkassen und die Spitalleitungen die Wirtschaftlichkeit der Arbeit in den Vordergrund stellten.

Während meines Studiums wurde ich auf diese Schwierigkeiten kaum vorbereitet. Nicht nur, dass in der bisherigen Ausbildung der Patientenkontakt zu kurz gekommen ist, auch mit wirtschaftlichen Fragen des ärztlichen Alltages mussten wir uns nicht auseinandersetzen. Präsentiert wurden die neuesten wissenschaftlichen Errungenschaften moderner Spitzenmedizin; eine Diskussion über die Zahlbarkeit dieser Behandlungsmethoden fand jedoch nicht statt.

Abgesehen von der schwierigen Situation, in der sich das Gesundheitssystem befindet, hat auch der Arztberuf in

den vergangenen Jahren an Prestige verloren. Immer mehr junge Männer und Frauen entscheiden sich aufgrund der starren Hierarchie und den belastenden Arbeitsbedingungen gegen eine entsprechende Ausbildung. Zudem sucht eine zunehmende Anzahl Studienabgänger nach Alternativen zum Spitalalltag.

Geeignete und ungeeignete Lösungsansätze

Am Symposium über die Zukunft der Medizin wurden diese Probleme diskutiert und interessante Lösungsansätze gefunden. Zudem wurde der Dialog zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sowie zwischen Alt und Jung gefördert. Viele der Umsetzungsvorschläge richteten sich an die neue Generation, in dem eine Umgestaltung des Studiums und der Weiterbildung zum Facharzt ins Auge gefasst wurden. Ein Weg zur Lösung der komplexen Probleme im Gesundheitswesen scheint zu sein, junge Ärztinnen und Ärzte zu fachlich und sozial kompetenten Medizinerinnen einerseits und zu Managern, Finanzexperten und Juristen andererseits auszubilden. Das kann meiner Meinung nach jedoch nicht das Ziel sein. Viel eher sollten sich Ärztinnen und Ärzte auf ihr «core-business» konzentrieren, nämlich auf die Beratung, Begleitung oder Heilung ihrer Patienten. Sollten juristische, ökonomische oder politische Fragen auftauchen, können Experten mit einbezogen werden. Eine zusätzliche Verlängerung der Ausbildungszeit sollte auch deshalb vermieden werden, damit nicht noch mehr junge Mediziner den Beruf verlassen. Wenn sich Politik, Gesellschaft und Wirtschaft einig geworden sind, was sie von der heutigen Medizin erwarten und wieviel sie dafür zu zahlen bereit sind, können klare Richtlinien ausgearbeitet werden, die in Grenzsituationen zur Anwendung kommen. Zudem muss auch bei den praktizierenden Ärzten ein Umdenken stattfinden. Dadurch erhoffe ich mir für die Zukunft eine Medizin, die auf der einen Seite ein attraktives Berufsfeld für Frauen und Männer bleibt und auf der anderen Seite den Patienten wieder in den Vordergrund stellen kann.

cand. med. Martina Broglie, Zürich

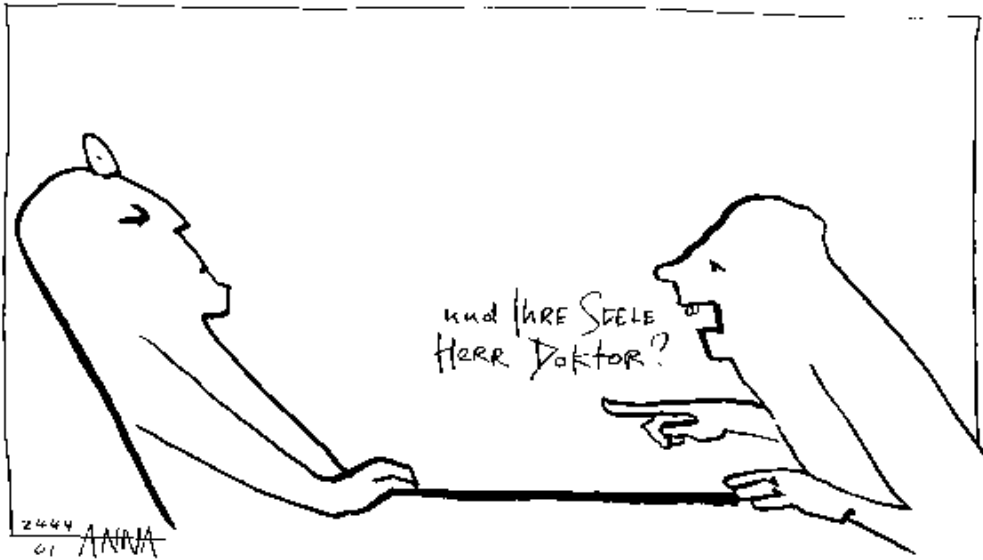
VORSTAND

www.patienten.ch ist online

Am. Nach dem Feierabend, oft unter beträchtlichem Stress, mit viel Eigeninitiative und immer im Kampf um genügend Mittel: So charakterisieren Kenner der Verhältnisse die Arbeit von mehr als 100 Schweizer Patientenorganisationen und Selbsthilfegruppen, die sich für die Rechte und Anliegen ihrer Mitglieder einsetzen. Dabei geht es um Fragen, die alles andere als leichtgewichtig sind: Umgang mit chronischen Leiden, Beratung bei Therapien, ethische Fragen bei der Forschung, Unterstützung von Angehörigen

in Krisenfällen und Kontakte zu Behörden und Spitälern. Nur wenige dieser indikationsbezogenen Organisationen haben aber die kritische Grösse erreicht, um professionell wirken zu können. Nun hat eine Träger-schaft mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, der Schweizerischen Huntington Vereinigung und der Pharma Information die virtuelle Patienten-Plattform «www.patienten.ch» vorgestellt. Damit haben die Patientenorganisationen die Möglichkeit, sich zu vernetzen; sie können sich besser organisieren und die Koordination vereinfachen. Die Plattform bietet allen interessierten Organi-

sationen die Möglichkeit, Informationen über das Internet zugänglich zu machen und diese selber zu verwalten. Sie können Newsgroups bilden, Chat-Rooms einrichten und weitere Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation nutzen. Ein spezielles Statut verbietet Werbung und gibt den Patientenorganisationen grösstmögliche Autonomie gegenüber der Trägerschaft.



Der Kommentar von ANNA zum Symposium «Zukunft Medizin Schweiz» vom 30. August 2001 in Bern.

ZUKUNFT MEDIZIN SCHWEIZ

Aus der «Neu-Orientierung der Medizin» wird «Zukunft Medizin Schweiz»

Am 30. August 2001 in Bern hat das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin», welches die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften vor etwas mehr als zwei Jahren initiiert hat, ein erstes Zwischenziel erreicht: Wie die zahlreichen Reaktionen (auch in den Medien) zeigen, ist es gelungen, eine breite medizinische Öffentlichkeit für das Thema zu sensibilisieren. Im Anschluss an das Symposium fand ausserdem eine «Folgetagung» statt, an der – neben Vertretern der SAMW und des Steuerungsausschusses – sämtliche Dekane der Medizinischen Fakultäten, der Präsident der FMH, der Vizedirektor und weitere Vertreter des BAG, der Vizedirektor des BSV, die Präsidentin des Nationalfonds, die Präsidenten der wichtigsten medizinischen Fachgesellschaften (SGIM, SGAM, SGP, SGC, SGI, SGPMP, SGPG, SGGG, SGG), der Präsident des KHM, sowie VertreterInnen der Pflege und weiterer ausgewählter Organisationen teilgenommen haben. Aus den lebhaften Diskussionen dieses Treffens lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

1. Die Initiative der SAMW, über die Probleme bzw. Inhalte der Medizin vertieft nachzudenken, wird als dringend erachtet und mehrheitlich begrüsst.
2. Die wichtigsten Akteure (Dekanate, FMH, Fachgesellschaften, BAG, Pflege) haben ihre Bereitschaft erklärt, aktiv bei diesem Prozess mitzuwirken.
3. Es wird gewünscht, dass vor der Inangriffnahme konkreter Umsetzungsprojekte zuerst grundsätzlich über die Ziele und Zuständigkeiten der Medizin nachgedacht wird bzw. diese definiert werden; dies auf der Grundlage des Hastings-Reports «The Goals of Medicine» sowie der Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung.
4. Der SAMW wird bei diesem Prozess eine Führungsrolle zugedacht.

Die SAMW ist bereit, den als «Neu-Orientierung der Medizin» angestossenen Prozess weiterzuführen. Sie hat die FMH und die Medizinischen Fakultäten eingeladen, mit ihr gemeinsam das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» zu lancieren. Am Samstag, den 1. Dezember 2001, soll in Bern eine ausserordentliche Vorstandssitzung stattfinden, an der die weiteren Schritte beraten bzw. beschlossen werden sollen.

SENAT

Senatssitzung vom 29. November 2001: Vorschau

- Gast-Referat: Dr. Martin Gebhart vom BAG wird über epidemiologische und therapeutische Aspekte von AIDS in der Schweiz und weltweit referieren.
- Budget: Aufgrund der eingebrochenen Finanzmärkte sind keine Erträge aus Fonds und Stiftungskapital zu erwarten; das zu genehmigende Budget wurde entsprechend angepasst.
- Verabschiedung des Tätigkeitsprogrammes 2002 sowie des Mehrjahresplans 2004–2007
- Verabschiedung der neuen medizinisch-ethischen Richtlinien zur «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen»

IMPRESSUM

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich. Auflage: 1600 (1200 deutsch, 400 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

Redaktionskommission:
Prof. Werner Stauffacher, Präsident
Prof. Ewald Weibel, Vizepräsident
Dr. Dieter Scholer, Quästor
Dr. Margrit Leuthold, Generalsekretärin
Dr. Hermann Amstad, stv. Generalsekretär

Gestaltung: vista point, Basel
Druck: Schwabe, Muttenz