

SAMW
Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM
Académie Suisse
des Sciences Médicales

EDITORIAL

(Medizinische) Hochschule Schweiz?



von Prof. Werner Stauffacher, Präsident

Ende der 90er Jahre scheiterte ein Versuch, das Hochschulwesen der Schweiz mit einem eigenen Verfassungsartikel grundlegend zu reorganisieren. Jetzt kommt die Diskussion dank verschiedener Vorstösse wieder in Gang: Im Herbst 2003 reichte der scheidende Ständeratspräsident eine parlamentarische Initiative für einen Hochschulartikel in der Bundesverfassung ein. Jetzt liegen gleich drei gewichtige Diskussionsbeiträge zur Reorganisation des schweizerischen Hochschulwesens vor. Sie stammen von drei Arbeitsgruppen, die der Staatsekretär für Wissenschaft und Forschung («GWF»), der Präsident des Wissenschafts- und Technologierates («SWTR») und die Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten («CRUS») beauftragt haben. Zwei der drei Vorschläge betreffen zwar vorwiegend nur die medizinischen Fakultäten. Alle drei haben aber grundsätzliche Bedeutung für das Hochschulwesen in unserem Land, da sie auf unterschiedliche Art und Weise versuchen, föderalistische und zentralistische Anliegen in Einklang zu bringen. Für den Hochschulbereich im allgemeinen fordert «SWTR» eine eigenverantwortliche Kooperation und Koordination unter den autonomen Hochschulen, unter der Aegide, aber auch griffigen Nachhilfe eines unabhängigen «Akademischen Rates».

Im Bereich Hochschulmedizin erregte «GWF» mit dem Vorschlag eines «espace national de la médecine, tout en favorisant les coordinations ré-

weiter auf Seite 2

SCHWERPUNKT

Legalisiert die exception médicale!*

Der Vorschlag für eine Neustrukturierung der eidgenössischen Universitätsspital-Landschaft (das «Papier Kleiber») und die Frage nach der Gestaltung und Zugehörigkeit des Grundstudiums (im weitesten Sinne «Bologna-Modell») sind zwei von mehreren Vorstössen, mit denen die medizinischen Fakultäten zurzeit konfrontiert sind. Im nachfolgenden Beitrag erläutert Prof. Emilio Bossi, Dekan der Medizinischen Fakultät der Uni Bern, den Hintergrund der aktuellen Diskussionen; gleichzeitig plädiert er gegen vorschnelle Experimente sowie für die Stärkung und den Fortbestand (und nicht weniger, sondern mehr Eigenständigkeit) der medizinischen Fakultäten.



(K)eine Zukunft für die universitäre Medizin?

Die staatlichen Mittel für Bildung und Forschung sind heute derart knapp bemessen, dass höchstens ein Stillstand möglich ist. Die Universitäten versuchen verständlicherweise, alle ihre Fakultäten über die Runden zu bringen – der geldverschlingende Moloch Medizin soll domestiziert werden. Die Gesundheitskosten steigen: Die hochspezialisierte Dienstleistung, welche aufs engste an universitäre Forschung gekoppelt ist, wird ins Visier genommen. Die Strategie der Universitätsspitäler, deren Kernkompetenzen in der ärztlichen Dienstleistung, der Lehre

und der Forschung liegen, wird überwiegend durch Personen aus medizinfremden Gebieten bestimmt. Diese Inkongruenz drängt das Verständnis für Lehre und Forschung gegenüber demjenigen für die Dienstleistung in den Hintergrund; der Begriff «Universitäts»spital droht zur opportunistischen Hülle zu verkommen. Zusätzlich erschwert zuweilen die universitäre Gesetzgebung den medizinischen Fakultäten, mit den an Universitätsspitalern auftretenden Bedürfnissen Schritt zu halten (z.B. Titelfrage, Ernennungsprozedere).

* Unter exception médicale ist die Sonderstellung gemeint, welche die medizinischen Fakultäten aufgrund ihrer ausgeprägten Dienstleistungskomponente im Unterschied zu den anderen Fakultäten innerhalb der Universitäten einnehmen.

gionales» und einer Reduktion der Zahl medizinische Fakultäten durch Schaffung von 3 Medizinischen Universitätszentren an 5 Standorten aufsehen. Hier werden zwei koordinierende nationale Gremien vorgesehen, ein vorwiegend politisch zusammengesetzter, für den betrieblichen Rahmen der Hochschulen zuständiger und ein unabhängiger konsultativer Rat mit Vorschlagsrecht für Strategiefragen. Ebenfalls zur Hochschulmedizin schlägt «CRUS» vor, die inhaltliche und finanzielle Verantwortung für die gemäss Bologna-Modell zweistufige medizinische Ausbildung und Forschung den autonomen Universitäten zu übertragen und dafür die berufliche Weiterbildung dem Bund. Interuniversitäre Kollaboration, spontan und selbst reguliert, wird gross geschrieben, übergeordnetes Monitoring, abgesehen von einer «politisch legitimierten Projektsteuerung», nicht explizit erwähnt. Abgesehen von unterschiedlichem Detaillierungsgrad, überbrückbaren inhaltlichen Differenzen und der Tatsache, dass finanzielle Aspekte weitgehend ausgeklammert werden, schliessen sich die Vorschläge GWF und CRUS gegenseitig weitgehend aus: GWF legt viel Gewicht auf zentrale Mechanismen, CRUS ebenso viel auf die föderalistische Autonomie und Selbstregulation. SWTR ist diesbezüglich ausgewogener, indem der übergeordnete Rat zwar unabhängig und nicht politisch bestimmt wird, aber mit Strategieentwicklung, Qualitätssicherung, Festlegung der Finanzierungskriterien und Monitoring des Systems eindeutig «Biss» in der Richtung der Durchsetzung übergeordneter Ziele hat. Wenn dieser Biss dadurch noch mehr Nachdruck erhalte, dass dem Rat, entsprechend dem Vorschlag von Alt-Ständeratspräsident Plattner in dessen beachtenswerter Rede am Basler Dies Academicus 2003, Gelder aus einer von Bund und Kantonen geäußerten selbständigen «Hochschulkasse» zur erfolgsabhängigen Verteilung an die Hochschulen zur Verfügung gestellt würden, käme man einer grundlegenden, für Bund und Kantone vorteilhaften Reform des schweizerischen Hochschulwesens – einschliesslich der Medizin – ein gutes Stück näher. Die ersten zwei Vorschläge wurden gleichzeitig und unabhängig voneinander formuliert. Der dritte teilweise als Antwort auf die ersten zwei. Alle drei entstanden unter Mitwirkung der – zum Teil – gleichen Akteure. Jetzt sollte man ihre positiven Elemente zusammenfügen. Man hätte sich gewünscht, dass «CRUS» dies tut. Aber vielleicht ist es noch nicht zu spät dazu.

Sind nun die genannten Vorstösse geeignet, diese Spannungsfelder abzubauen? Oder braucht es drastischere Massnahmen wie die Schaffung einer Eidgenössischen Medizinischen Hochschule, die Bildung von Medical Schools, eine Umwandlung der medizinischen Fakultäten in eigenständige medizinische Hochschulen, wie dies in Österreich geschehen ist? Vielleicht. Doch muss meines Erachtens bei der organisatorischen, strukturellen und Finanzierungs-Vielfalt unserer schweizerischen medizinischen Fakultäten und Universitätsspitäler zunächst viel lokale Kleinarbeit geleistet werden. Und zwar durch die Fakultäten selbst, zusammen mit den Universitätsspitalern. Damit dies geschehen kann, müssen die medizinischen Fakultäten innerhalb der Universitäten die notwendige Autonomie erhalten. Sie müssen selbständiger auftreten, verhandeln und entscheiden können, gegenüber den Universitätsspitalern wie gegenüber anderen Fakultäten. Sie müssen die ihnen zugesprochenen Ressourcen selber verwalten und verteilen. Deshalb: legalisiert die exception médicale! Dann werden möglicherweise weniger drastische Massnahmen oder weniger massive Vorhaben notwendig sein oder sich sogar als unnötig entpuppen. Parallel zur lokalen Kleinarbeit ergeben sich aufgrund der knappen Finanzen von selbst auf Qualitätsansprüche ausgerichtete Kooperationsbestrebungen zwischen den fünf medizinischen Fakultäten und, untrennbar mit ihnen verbunden, zwischen den fünf Universitätsspitalern. Solche Bestrebungen sind zwischen Genf und Lausanne sowie zwischen Basel und Bern bereits im Gange. Erfolgversprechend sind jedoch nur Kollaborationen, die von innen heraus entstehen, nicht von oben aufgepfropfte. Das heisst wiederum, dass die medizinischen Fakultäten die für die Ausarbeitung solcher Projekte notwendige Eigenständigkeit haben müssen, um von den Universitätsspitalern als gleichwertige Partner erkannt zu werden. Deshalb noch einmal: Legalisiert die exception médicale!

Das «Papier Kleiber»

Ein grosser Teil der geschilderten Problematik wird im Papier der Arbeitsgruppe um Staatssekretär Kleiber klar erkannt (Structure et organisation de la médecine universitaire suisse: réflexions et propositions de réformes, 4 juillet 2003.) Aus dem Papier lassen sich zudem die folgenden Elemente identifizieren, welche zur Behebung der Mängel notwendig sind: Stärkung der universitären Medizin, stetige Verbesserung der Qualität, ausgewogenes Verhältnis zwischen Dienstleistung, Lehre und Forschung, vermehrte Zusammenarbeit zwischen den universitären Zentren. Diesen Massnahmen ist grundsätzlich zuzustimmen. Geht es jedoch um die «propositions de réformes», müssen Bedenken geäussert werden, namentlich gegen die Idee, an fünf Standorten nur noch drei medizinische Fakultäten zu betreiben. Weniger Medizinstudierende auszubilden dürfen wir uns nicht erlauben, denn der Ärztemangel macht sich bereits jetzt bemerkbar. Mammutfakultäten führen zu Massenunterricht, vermindern somit dessen Qualität und stehen den laufenden Studienreformen diametral entgegen. Drei Führungsstrukturen für fünf Standorte erschweren die Entscheidungswege sowie die Umsetzungsmassnahmen und verwischen die Trägerschaftsverhältnisse. Eine Clusterbildung Basel/Bern und Genf/Lausanne kompliziert ein gesamtschweizerisches Vorgehen, welches für eine echte Verbesserung von Kooperation und Koordination unabdingbar ist und bände auf Jahre hinaus Ressourcen, die besser für speditive, pragmatische Lösungen der erkannten Probleme eingesetzt würden. Unseres Erachtens hält der Kleiber-Vorschlag einem Modell von fünf autonomen, koordinierten und kooperierenden universitären Spitalzentren mit verbesserter Zusammenarbeit zwischen Fakultät und Spital nicht stand. Wohlverstanden: von innen heraus entstehende Kollaborationen zwischen den kantonalen Fakultäten und Universitätsspitalern sind notwendig. Solche Kollaborationen können sich nämlich auch über die geographisch definierten Partner im arc lémanique und im Espace Mittelland/Basel hinaus erstrecken und somit die gesamtschweizerischen Kapazitäten ausnützen.

Geht es um Massnahmen zur Eindämmung von Gesundheitskosten, so sind diese dort zu treffen, wo die Kosten entstehen: in der medizinischen Dienstleistung. Fusionen oder gar Schliessungen von Fakultäten brächten nichts: Die Patienten wären unvermindert vorhanden und müssten behandelt werden.

Grundfächer – Vorklinik – «Bologna»

Wenngleich die finanziellen Hauptprobleme der medizinischen Fakultäten gemeinsam mit denjenigen der Universitätsspitäler im klinischen Bereich liegen, die Zukunftsgestaltung der Vorklinik bereitet uns Sorgen. Die Identität der medizinischen Fakultäten ist massgeblich an sie gekoppelt und ginge bei einer Übernahme der Grundausbildung durch die Philosophisch-naturwissenschaftlichen Fakultäten oder die eidgenössischen technischen Hochschulen verloren. Als Vorteil einer solchen Übernahme (abgesehen vom eventuellen Spareffekt) könnte die Entwicklung eines globaleren Konzeptes für die biomedizinischen Wissenschaften und dadurch eine bessere Förderung des medizinischen Forschungsnachwuchses resultieren. Die Sache wird auch für die eidgenössischen technischen Hochschulen verlockend – sie lauern mehr oder weniger im Hintergrund. Nachteil: die Reformen der medizinischen Curricula streben eine Medikalisierung auch der ersten Jahre an, das heisst ein Heranführen der Studierenden an die naturwissenschaftlichen Grundfächer mittels medizinischen Fragestellungen (wobei es in keiner Weise um eine «Aufweichung» der strikt wissenschaftlichen Inhalte geht). Diese Neuerung würde verworfen, das Konzept des Spiralcurriculums (klinische Inhalte werden in das Grundstudium «heruntergeholt», Grundstudiuminhalte können jederzeit wieder ins klinische Studium «hinaufgeholt» werden) wäre bedroht. Unserer Meinung nach entspräche dies einer qualitativen Einbusse in der Ausbildung der Ärztinnen und Ärzte.

Die Rektorenkonferenz CRUS befürwortet medizinische Fakultäten mit integrierter Vorklinik. Sie will das Bologna-Modell so bald wie möglich auch in der Medizin einführen. Das Modell könnte wie folgt aussehen: Die ersten drei Studienjahre würden zu einem Bachelortitel führen (dessen berufliche Tauglichkeit jedoch, im Gegensatz zu den Zielen der Bologna-Reformer, unrealistisch wäre). Ihre Inhalte würden erweitert und entsprechend dem angestrebten Masterstudium verschieden gewichtet. Daran sollten sich diverse, zwei- bis dreijährige Masterstudien anschliessen: in Human-, Zahn- und Veterinärmedizin, in Biomedical Sciences. Der Wunsch nach weiteren Masterstudien ist zu erwarten. Bestimmt brächte das Bachelor-Curriculum Vorteile: Der Horizont des Grundstudiums würde erweitert, vermehrt könnten sich Studierende danach der Grundlagenforschung zuwenden oder später mit breiterer wissenschaftlicher Abstützung klinische Forschung betreiben. Aber: die Umsetzung des Bologna-Modelles wird bedeutende Kosten verursachen! Zudem sind unbedingt zwei Punkte zu beachten: Seine rasche Einführung fiel in die aktuell ablaufenden Reformbemühungen, was die Fakultäten überfordern und die Dozierenden, die sich für die Reform stark engagieren, demotivieren würde. Jedenfalls müssten die Resultate der Reformen praktisch eins zu eins übernommen werden. Sonst ist keine Akzeptanz zu erwarten. Und zweitens ist darauf zu achten, dass das Bachelor-Studium bei den medizinischen Fakultäten bleibt, wegen der genannten frühen Medikalisierung der Ärzteausbildung. Die Einführung des Bologna-Modelles führt unweigerlich zur Frage nach Medical Schools. Sie könnten die zuweilen hemmenden Banden Fakultät-Universität lockern. Aber: an sich würden sie an den kompetenzfremden Leitungsstrukturen der Universitätsspitäler nichts ändern und die Gefahr der Amputation der Vorklinik in sich bergen. Also: Eidgenössische Medizinische Hochschule! Wirklich? Gesamtschweizerische Koordination und Schwerpunktbildung würden erleichtert. Aber: benötigt wird vor allem eine Koordination/Konzentration im Dienstleistungsbereich. Wer hätte die Federführung? Eidgenössische Bildungs-Instanzen oder

solche des Gesundheitswesens? Kompetenzfremde Führung auf einer höheren Ebene? Die Gefahr der Vorklinik-Amputation wäre übrigens auch diesem Modell inhärent. Deshalb: setzt die finanziellen Rahmenbedingungen. Lasst aber die medizinischen Fakultäten die Kleinarbeit machen. Lasst sie die Kooperationen und Schwerpunktbildungen bestimmen, in der Klinik als gleichwertige Partner der Universitätsspitäler, in der Vorklinik mit effizienzversprechender Eigenständigkeit. Dies im Interesse einer qualitativ hochstehenden Ausbildung, einer international kompetitiven, innovativen Forschung und einer finanziell tragbaren und qualitativ verantwortbaren universitären medizinischen Dienstleistung. Eben: legalisiert die exception médicale!

Prof. Dr. Emilio Bossi, Bern

Ich bedanke mich für die Diskussionen unter den Dekanen der fünf medizinischen Fakultäten, mit dem Rektor der Berner Universität, für Überlegungen in der Berner Fakultätsleitung und mit Vertretern der Leitung des Inselspitals Bern. Ich möchte festhalten, dass dieser Artikel meine persönliche Meinung ausdrückt; er gibt auch nicht die offizielle Haltung der SAMW wieder.



Prof. Emilio Bossi ist Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern.



Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende

Referat von Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin, Leiter der Subkommission «Sterbehilfe», anlässlich der Medienkonferenz vom 5. Februar 2004 in Bern zur Präsentation der neuen Richtlinien «Betreuung von Patienten am Lebensende»

Entscheidungen am Lebensende werden nicht selten zu einer grossen Herausforderung: dies zunächst und in erster Linie für die Sterbenden selbst, darüber hinaus aber auch für deren Angehörige, die Ärztinnen und Ärzte und das gesamte Behandlungsteam.

Unterschiedliche Hoffnungen und Erwartungen der Patienten und ihrer Angehörigen, die stetig zunehmenden medizinisch-technischen Möglichkeiten, der wachsende Kostendruck im Gesundheitswesen und kontroverse politische Debatten machen es notwendig, über die Betreuung von Menschen in ihrer letzten Lebensphase klare berufs-ethische Richtlinien festzulegen, wie sie die SAMW schon seit 1976 für diesen Bereich kennt. Angesichts der angesprochenen Veränderungen hat sich die SAMW dazu entschlossen, die «Medizinisch-ethischen Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten» aus dem Jahre 1995 neu und in zwei getrennten Richtlinien zu erarbeiten. Während die Richtlinien zur «Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten» den öffentlichen Vernehmlassungsprozess bereits durchlaufen haben und demnächst in ihrer endgültigen Fassung publiziert werden, legt die SAMW nun die neuen Richtlinien zur Betreuung von Patienten am Lebensende zur Vernehmlassung vor.

Zum Entstehungsprozess der Richtlinien Die Richtlinien wurden von einer interdisziplinär zusammengesetzten Subkommission in einem andert-halb-jährigen Prozess erarbeitet. Die Pflege war durch zwei, die Ärzteschaft durch sieben Expertinnen bzw. Experten unterschiedlicher Fachdisziplinen vertreten; daneben waren die Bereiche Recht, Psychologie, Seelsorge und Ethik durch jeweils eine Fachperson präsent. Die Subkommission traf sich zu insgesamt 12 Sitzungen und konnte im Verlauf dieses Prozesses verschiedene Experten einbeziehen. Im Rahmen einer zusätzlich durchgeführten schriftlichen Vorvernehmlassung konnten Vertreterinnen und Vertreter des SBK, der FMH, Spezialisten der Palliativmedizin, des Rechts und der Allgemeinmedizin Stellung nehmen. Schliesslich wurden die Richtlinien in der Zentralen Ethikkommission, dem Senat und dem Vorstand der SAMW intensiv diskutiert und überarbeitet.

Inhaltliche Schwerpunkte der neuen Richtlinien

Das hauptsächliche Anliegen der Richtlinien besteht darin, Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen der Betreuung von Patienten am Lebensende aufzuzeigen. Dabei besteht im Sinne der palliativen Betreuung das Hauptziel aller Massnahmen in der Linderung von Leiden und der Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der Patienten sowie der Unterstützung der Angehörigen. Bei aller Klarheit hinsichtlich des

Hauptziels werden durch die Richtlinien eine Reihe schwieriger und teilweise auch umstrittener Themenbereiche geregelt. Dabei werden drei wichtige Akzente gesetzt:

1. Eine klare Abgrenzung des Geltungsbereiches: Die Rede ist von Patienten in ihrer letzten Lebensphase, nicht hingegen von allen schwer leidenden Menschen mit infauster Prognose, die womöglich noch Jahre zu leben haben.
2. Die Betonung der Selbstbestimmung des Patienten bei allen Entscheidungen am Lebensende.
3. Die starke Gewichtung einer rechtzeitig einsetzenden und umfassenden palliativen Betreuung. Palliativ heisst dabei – im Unterschied zu kurativ – lindernd, Lebensqualität erhaltend, neben körperlichen Symptomen auch psychische, geistige und soziale Aspekte einbeziehend.

Die Bestimmung des Geltungsbereiches Mit den Patienten am Lebensende sind Kranke gemeint, bei welchen der Arzt aufgrund klinischer Anzeichen (nämlich: dem Versagen der Vitalfunktionen) zur Überzeugung gekommen ist, dass der Patient innerhalb von Tagen oder einigen Wochen sterben wird. Bei aller Offenheit dieser Angabe ist zumindest klargestellt, dass nicht alle Patienten im Terminalstadium gemeint sind, denn dieser Lebensabschnitt / diese terminale Phase kann sich unter Umständen bis zu einem Jahr oder auch noch länger erstrecken. Im Kommentar wird

erläuternd hervorgehoben, dass der Eintritt eben dieser letzten Phase im Leben eines Menschen nicht selten mit ärztlichen Entscheidungen zum Behandlungsabbruch oder -verzicht einhergeht und damit letztlich stets mit gewissen Unschärfen verbunden ist.

Die Entscheidungsfindung bei nicht urteilsfähigen Patienten

Selbstverständlich gehen die Richtlinien davon aus, dass die Respektierung des Patientenwillens zentral ist für das ärztliche Handeln. – Was geschieht aber in den Fällen, in welchen sich ein Patient/eine Patientin nicht mehr zu äussern vermag? Diese schwierige, wenngleich häufig anzutreffende Situation wird in den Richtlinien wie folgt geregelt:

Ist es dem Patienten nicht mehr möglich, seinen Willen zu äussern, muss sein mutmasslicher Wille eruiert werden. Das Behandlungsteam soll daher abklären, ob eine Patientenverfügung vorliegt, eine Vertrauensperson bevollmächtigt wurde oder ob der Sterbende sich gegenüber seinen Angehörigen oder Bekannten klar geäussert hat. Patientenverfügungen sind zu befolgen, soweit sie auf die konkrete Situation zutreffen und keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass sie dem derzeitigen Willen des Patienten nicht mehr entsprechen.

Darüber hinaus ist es möglich, dass ein Patient rechtzeitig eine Vertrauensperson bestimmt, welche an ihrer Stelle die Zustimmung zu medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Massnahmen erteilen soll, falls er selbst nicht mehr dazu in der Lage ist. Wünscht eine Vertrauensperson eine Massnahme, die dem Interesse des Patienten offenkundig widerspricht, so ist die Vormundschaftsbehörde einzubeziehen. Und für den Fall, dass weder eine Verfügung vorliegt noch andere Anhaltspunkte auszumachen sind – oder auch im nicht seltenen Fall eines massiven Zeitdrucks –, gilt als Kriterium das wohlverstandene Interesse («best interest») des Patienten: Dabei geht es um die Frage, ob eine Massnahme für die Heilung, die Lebensverlängerung oder die Verbesserung des Wohlbefindens des Patienten aus medizinischer Sicht angezeigt ist.

Zur konkreten Umsetzung der palliativen Betreuung

In den Richtlinien ist zu lesen: Patienten am Lebensende haben ein Anrecht auf eine palliative Betreuung.

Was ist darunter zu verstehen? – Sie umfasst alle medizinischen Behandlungen, pflegerische Interventionen sowie die psychische, soziale und seelsorgerliche Unterstützung von Patienten und Angehörigen, soweit diese erwünscht sind. Das Ziel besteht darin, Leiden zu lindern und die bestmögliche Lebensqualität auch in der letzten Lebensphase zu erhalten. Dabei ist es enorm wichtig, dass palliativmedizinische Massnahmen erstens rechtzeitig eingesetzt werden und dass zweitens von den Institutionen auch die finanziellen und personellen Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Die Einschätzung der indirekten Sterbehilfe

In dieser Hinsicht geben die Richtlinien nicht nur klare Orientierung, sondern möchten in gewisser Hinsicht auch Aufklärung leisten in Bezug auf die vermeintlich lebensverkürzende Wirkung von schmerzlindernden Mitteln (zentral wirkender Substanzen).

Zunächst – und das ist der Grundsatz – ist der Arzt dazu verpflichtet, Schmerzen und Leiden zu lindern, auch wenn dies in einzelnen Fällen zu einer Beeinflussung der Lebensdauer führen sollte (die so genannte indirekte aktive Sterbehilfe). In besonders schwierigen Situationen (bei therapierefraktären Symptomen) kann gelegentlich auch eine palliative Sedierung notwendig werden. Dabei ist jedoch zu beachten, dass nur soweit sediert wird, wie es zur Linderung der Schmerzen nötig ist – und nicht etwa zur Entlastung des Behandlungsteams.

Schliesslich wird darauf hingewiesen, dass der lebensverkürzende Effekt palliativer Massnahmen lange Zeit überschätzt worden ist. In Wirklichkeit wirkt sich eine gute und rechtzeitig begonnene palliative Betreuung in der Regel lebensverlängernd aus. Das alles heisst natürlich nicht, dass z.B. Opiate auch mittels stark steigender Dosen zur Lebensbeendigung eingesetzt bzw. missbraucht werden können.

Die Regelung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid

Die Betonung der Patientenautonomie hat zu einer gewissen Öffnung in Bezug auf die Beurteilung der ärztlichen Beihilfe zum Suizid beigetragen: Einerseits ist die Beihilfe zum Suizid kein Teil der ärztlichen Tätigkeit, insofern der Arzt verpflichtet ist, seine

ärztlichen Kompetenzen ausschliesslich zur Heilung, Linderung und Begleitung (dem Beistehen) einzusetzen. Andererseits kann die Respektierung des Patientenwillens dazu führen, dass ein Arzt sich im Einzelfall dazu entschliesst, einem sterbenden Patienten Beihilfe zum Suizid zu leisten.

Die Verantwortung dafür obliegt dann dem einzelnen Arzt, der einige Bedingungen zu überprüfen hat, die in der heutigen Praxis offenkundig nicht immer eingehalten werden, namentlich das nahe bevorstehende Lebensende, die Frage, ob alternative Behandlungsmöglichkeiten erörtert und, soweit gewünscht, ausgeschöpft wurden und ob der Wunsch aufgrund eines freien Entscheids und nicht durch Druck von Aussen zustande kam.

Die SAMW hat sich die Festlegung der Grenzen in diesem Bereich alles andere als einfach gemacht. Zu unterschiedlich sind hier die Auffassungen darüber, wie das Geschehen bei einer Begleitung im Suizid zu bewerten ist. Einigkeit hingegen besteht darin, den eindeutig bestehenden Tendenzen zu einer «Medikalisierung des Sterbens» entgegenzutreten. Ärztinnen und Ärzte lehnen es ab, von der Gesellschaft eine neue Rolle zugeschoben zu bekommen, nämlich die Rolle als Experten für einen schnellen und selbst herbeigeführten Tod. Auch wenn es in Einzelfällen dazu kommen kann, dass sich ein Arzt/eine Ärztin dazu entschliesst, im Sinne des Respekts vor der Entscheidung eines sterbewilligen Patienten am Lebensende eine Beihilfe auszuführen, gehört diese Handlung nicht zu den Aufgaben eines Arztes, welche im Heilen, Lindern, Begleiten liegen. Die nun vorliegenden Richtlinien sollen in diesem herausfordernden Bereich klare Orientierung geben und Schranken setzen. Im Sinne des Wohlergehens der Menschen am Lebensende ist es zu wünschen, dass auch die Auseinandersetzung in Medien und Öffentlichkeit von dem Willen nach Verständigung – über alle Meinungsverschiedenheiten hinweg – geprägt sein wird.



Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Luzern

Die SAMW sagt «ja, aber» zur ZGB-Revision *Sa/Am*. Die geplante Totalrevision des Vormundschaftsrechts ist für den ärztlichen Alltag mit wesentlichen Änderungen verbunden. Die SAMW unterstützt in ihrer Stellungnahme die Stossrichtung der Vorlage und begrüsst insbesondere die Verbesserung des Rechtsschutzes urteilsunfähiger Patienten. Die SAMW befürchtet jedoch grosse Probleme bei der Umsetzung des Gesetzes in die Praxis; sie fordert deshalb eine entsprechende Überarbeitung der Revisionsvorlage. Der Entwurf des neuen Vormundschaftsrechts sieht vor, dass eine handlungsfähige Person mit einem sogenannten «Vorsorgeauftrag» bestimmen kann, wer im Falle künftiger Urteilsunfähigkeit die Zustimmung zu medizinischen Massnahmen erteilt; in einer «Patientenverfügung» kann sie festhalten, welche Behandlung sie am Lebensende wünscht oder ablehnt. Sofern kein Vorsorgeauftrag oder keine Patientenverfügung vorliegen, sollen nahe Angehörige ausdrücklich das Recht erhalten, über den Einsatz, die Weiterführung oder den Abbruch einer medizinischen Massnahme zu entscheiden. Diese Neuerungen werden den ärztlichen Alltag wesentlich verändern. Mit der Neuregelung wird es nicht mehr möglich sein, dass Ärztinnen und Ärzte auch ausserhalb einer Notfallsituation als «Geschäftsführer ohne Auftrag» nach dem mutmasslichen Willen und den objektiven Interessen einer urteilsunfähigen Person entscheiden. Damit trägt das Gesetz dem Umstand Rechnung, dass im Arzt-Patienten-Verhältnis die Autonomie des Patienten eine zentrale Rolle einnimmt. Nach Ansicht der SAMW ist es jedoch Aufgabe der Patienten, dafür zu sorgen, dass die notwendigen Informationen dem Arzt bzw. dem Spital oder Heim zugänglich sind bzw. verfügbar gemacht werden; anders lautende Vorschriften würden zu einer unzumutbaren administrativen Belastung von Ärzten, Spitälern und Heimen führen. Ein grundlegender Einwand der SAMW bezieht sich auf die neue «Rolle» des Arztes im Entscheidungsprozess. Gemäss Revisionsvorlage «entscheidet» der Vertreter des Patienten nach umfassender Information durch den Arzt. Gerade bei Entscheidungen, die eine hohe Sachkenntnis erfordern (z.B. Abschätzen der Prognose, Abwägen von Vor- und Nachteilen einer bestimmten Massnahme usw.) sind aber Patienten oder ihre Vertreter in hohem Mass von der Beratung und Empfehlung des Betreuungsteams abhängig; Behandlungsent-scheide sollten deshalb gemeinsam diskutiert und getroffen werden; die fachliche Letztverantwortung bleibt beim behandelnden Arzt. Ausdrücklich begrüsst die SAMW die Schaffung gesetzlicher Grundlagen für den Aufenthalt von urteilsunfähigen Personen in psychiatrischen Institutionen sowie in Wohn- und Pflegeeinrichtungen. In diesem Bereich besteht nach den Erkenntnissen der SAMW eine gravierende Grauzone. Die neuen Vorschriften weisen sämtlich in die richtige Richtung; es ist zu erwarten, dass ihre konsequente Umsetzung zu einer Professionalisierung der Betreuung führen wird, wie dies auch in den neuen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW zur «Behandlung und Betreuung älterer pflegebedürftiger Menschen» postuliert wird.

AG StaR legt Empfehlungen zur Zusammenarbeit Ethikkommissionen – Swissmedic vor *Am*. Die Teilnehmer des jährlichen Treffens der Ethikkommissionspräsidenten vom Januar 2003 beauftragten die AG StaR, eine «Checkliste» zur Zusammenarbeit Ethikkommissionen – Swissmedic auszuarbeiten. Eine Untergruppe unter Leitung von Prof. Bruno Truniger aus Luzern wurde mit dieser Aufgabe betraut; weitere Mitglieder von Seiten der Ethikkommissionen waren Prof. Hans Kummer, Therwil, Prof. Luc Balant, Genf, und Giovan Maria Zanini, Bellinzona, sowie von Seiten von Swissmedic Dr. Robert Kenzelmann, Bern, Dr. Isabel Scuntaro, Bern und lic. iur. Jean-Christoph Méroz, Bern; Dr. Hermann Amstad vom SAMW-Generalsekretariat fungierte als Sekretär der Gruppe. Die Aufgaben und Kompetenzen von Ethikkommissionen und Swissmedic werden im Heilmittelgesetz (HMG) und in der dazugehörigen Verordnung über klinische Versuche (VKlin) sowie im Bundesbeschluss über die Kontrolle von Transplantaten geregelt. Die Gruppe war sich von Beginn an darin einig, dass sowohl die Ethikkommissionen als auch Swissmedic auf das gleiche Ziel hin arbeiten: den Schutz der Versuchspersonen und die Sicherstellung ihrer Rechte im Rahmen von klinischen Studien. Ausgehend von den Kompetenzen und Ressourcen der beiden Partner ist es der Gruppe gelungen, in konstruktiver Atmosphäre eine tragfähige Zusammenarbeitsbasis zu formulieren. Dabei liess sie sich von folgenden Überlegungen leiten:

- Die Aufgaben der Ethikkommissionen und von Swissmedic sind grundsätzlich nicht identisch; wenn sie manchmal dennoch den gleichen Sachverhalt überprüfen, erfolgt dies in der Regel aus einem anderem Gesichtswinkel. In diesem Sinne ist die Arbeit von Swissmedic auch nicht als «Kontrolle» der Ethikkommissionen zu verstehen.
- Falls offensichtliche Doppelspurigkeiten bestanden, hat die Gruppe die entsprechende Aufgabe entweder den Ethikkommissionen oder Swissmedic zugewiesen, dies im Bemühen, die Arbeitslast der beiden Partner wenn möglich zu vermindern.
- Im Mittelpunkt einer gedeihlichen Zusammenarbeit steht die Kommunikation; ihr kommt deshalb in diesen Empfehlungen ein zentraler Stellenwert zu.

Die Gruppe arbeitete im engen Kontakt mit den Ethikkommissionen und Swissmedic. Am Treffen der Präsidenten der Ethikkommissionen vom 4. Februar 2004 wurde die definitive Fassung der Empfehlungen vorgestellt. Im Zentrum steht die gewünschte «Checkliste»; sie enthält jene Elemente, die bei der Beurteilung eines Forschungsprojektes mit Heilmitteln zu beachten sind. Diese Checkliste kann jedoch auch bei klinischen Versuchen ohne Heilmittel (bei denen Swissmedic nicht involviert ist) von Nutzen sein.

«Clinical Research Cooperations with Developing Countries» – Win-Win für Norden und Süden *Leu*. In der Schweiz engagieren sich eine ganze Reihe klinischer Forscher in der Entwicklungszusammenarbeit; zusammen mit Partnern aus dem Süden arbeiten sie an wesentlichen Gesundheitsfragen, die insbesondere die dortige lokale Bevölkerung betreffen. Am 10./11. Dezember 2003 hat die SAMW gemeinsam mit dem Schweizerischen Tropeninstitut und dem Departement für Innere Medizin des Kantonsspitals Basel einen Workshop organisiert mit dem Ziel, diese Forschung besser zu koordinieren sowie Synergien und den gegenseitigen Austausch zu fördern. Eine hochkarätige Delegation von

Forschungspartnern aus Afrika und Asien leistete der Einladung Folge und stellte zusammen mit ihren Partnern aus der Schweiz einige Projekte vor. An der Tagung herrschte Konsens darüber, dass als Schlüsselfaktoren für eine erfolgreiche, befriedigende Forschungszusammenarbeit die von der Kommission für Forschungspartnerschaften mit Entwicklungsländern (KFPE) erstellten Regeln wesentlich sind:

- von Beginn weg gemeinsam definierte und entwickelte Forschungsagenda;
- Informationsaustausch und Aufbau von Netzwerken (Nord-Süd, Süd-Süd);
- faire Aufteilung der Benefits;
- Transparenz und ein gutes Monitoring.

Mehrere Referenten aus Entwicklungsländern wiesen darauf hin, dass die Forschungszusammenarbeit mit Ländern des Nordens nicht nur einen direkten, sondern häufig auch einen indirekten Nutzen bringe, indem gute Partnerschaften weitere Gelder aus Drittländern anziehen und auch die Süd-Süd-Netzwerke verbessern helfen. In der Schlussdiskussion wurde die SAMW gebeten, eine Rolle als Koordinatorin und Förderin von solchen Forschungspartnerschaften zu übernehmen. Namens der Akademie erklärte sich der Präsident, Prof. Werner Stauffacher, bereit, in den kommenden Monaten mögliche Aktionsfelder zu prüfen, dies gemeinsam mit den Mitorganisatoren, Prof. Marcel Tanner vom Tropeninstitut und Prof. Niklaus Gyr vom Kantonsspital Basel.

ERNENNUNG

Prof. Susanne Suter neue Präsidentin des SWTR
Der Schweizerische Wissenschafts- und Technologie-Rat (SWTR) erhält eine neue Präsidentin. Der Bundesrat hat Prof. Susanne Suter auf Anfang 2004 zur Nachfolgerin von Prof. Gottfried Schatz bestimmt. Prof. Suter leitet das Kinderspital Genf und gehört dem Forschungsrat des Schweizerischen Nationalfonds an. Die SAMW gratuliert ihrem Einzelmitglied zu dieser ehrenvollen Ernennung.



Prof. Susanne Suter, Genf



Nord-Süd-Austausch am SAMW-Workshop vom 10./11. Dezember 2003 in Basel

SEMINAR

Informations- und Erfahrungsaustausch für klinische Ethikkommissionen: Tagung der SAMW
30. April 2004, 9.30 – 17.00 Uhr
Bern, Hotel Allegro, Kursaal

Die Umfrage der SAMW bei den klinischen Ethikkommissionen hat gezeigt, dass ein grosses Bedürfnis nach einem Informations- und Erfahrungsaustausch besteht. Aus diesem Grund organisiert die SAMW Ende April eine Tagung in Bern, die sich an Mitglieder von klinischen Ethikkommissionen und -foren, interessierte Ärztinnen und Ärzte sowie Spital- und Pflegeheimleitungen richtet:

Tagungsprogramm	
ab 9.15	Begrüssungskaffee
9.30	Begrüssung, Einführung. Prof. Michel Vallotton, Präsident der ZEK
9.45 – 12.00	Verschiedene Modelle der klinischen Ethikberatung • Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Dialog Ethik, Zürich • Dr. Carlo Foppa, CHUV, Lausanne • Prof. Stella Reiter-Theil, Institut für angewandte Ethik und Medizinethik (IAEME), Universität Basel
12.00	Stehlunch
13.00	Dr. Samia Hurst, Uni Genf: Consultation d'éthique clinique: Quels sont les besoins du médecin? Expériences aus Etats-Unis
14.00	Workshops
15.30	Plenumsdiskussion: Resultate aus den Workshops, weiteres Vorgehen
17.00	Ende der Tagung

Sprachen: D, F (Simultanübersetzung)
Unkostenbeitrag: Fr. 50.–
Anmeldung: auf der Website der SAMW (www.samw.ch)

Palliativmedizin und -pflege: erste Begriffsklärung durch die Subkommission

Sa. Mehrere Richtlinien der SAMW sprechen palliativmedizinische Aspekte an, ohne jedoch einen hohen Detaillierungsgrad aufzuzeigen. Die ZEK hat daher eine Subkommission eingesetzt, welche sich mit zahlreichen heiklen Fragen – vom Absetzen von Medikamenten bis hin zur Definition von notwendigen Ausbildungskriterien – auseinander setzen wird. Einen ersten Schwerpunkt hat die Subkommission angesichts der Vielzahl von bestehenden Definitionen mit einer Begriffsklärung gesetzt. «Palliative care» wird dabei in einem umfassenden Sinne verstanden. Erfasst sind Patienten in allen Lebensphasen, d.h. von den Neu- (und Früh-)geborenen bis zu den alten Menschen, alle medizinischen Spezialitäten und Pflegebereiche, sowie – «transprofessionell» – Ärzte, Pflegenden inkl. Pflegehilfen, Therapeuten, Seelsorger usw. Dabei werden auch Fachbereiche angesprochen, welche sich für «palliative care» nicht primär zuständig fühlen. Die Subkommission setzt sich wie folgt zusammen: Dr. Roland Kunz, Schlieren (Vorsitz); Dr. Urs Aemissegger, Winterthur; Dr. Eva Bergsträsser, Zürich; Dr. Christian Hess, Affoltern; Prof. Christoph Hürny, St. Gallen; Christine Kaderli, Nussbaumen; Dr. Hans Neuenschwander, Lugano; Françoise Porchet, Lausanne; Susan Porchet, Birchwil; PD Dr. Bara Ricou, Genf; lic.iur. Michelle Salathé, Basel (ex officio); Nelly Simmen, Bern; Dr. Plasch Spescha, Bern; Prof. Michel Vallotton, Genf (ex officio).



Dr. Roland Kunz, Schlieren,
Präsident der Subkommission «Palliativmedizin und -pflege»



Prof. Volker Dittmann, Basel,
Präsident der Subkommission «Biobanken»

Richtlinien «Biobanken» mit erweitertem Adressatenkreis

Sa. Die Subkommission «Biobanken», welche sich mit Fragen im Bereich der Entnahme, Verwendung und Aufbewahrung von menschlichen Organen, Geweben und Zellen befasst, hat ihre Arbeiten aufgenommen. Die Thematik geht über den klassischen Anwendungsbereich der medizinisch-ethischen Richtlinien hinaus. Die Richtlinien und Empfehlungen wenden sich deshalb nicht nur an die Ärzte, aus deren Umfeld das «Material» für die Biobanken stammt, sondern auch an Chemiker, Pharmakologen usw. Diese Ausrichtung spiegelt sich auch in der Zusammensetzung der Subkommission. Neben Vertretern der Medizin, der Ethik und der Rechtsmedizin haben auch ein Kantonsapotheker und der Leiter des anatomischen Museums Basel Einsitz in der Kommission. Namentlich gehören ihr folgende Personen an: Prof. Volker Dittmann, Basel (Vorsitz); PD Dr. Mario Bargetzi, Aarau; Prof. Alberto Bondolfi, Lausanne; Dr. Bernice Elger, Genf; Dr. Monica Gersbach-Forrer, Genf; Dr. Hugo Kurz, Basel; Dr. Werner Pletscher, Zürich; lic. iur. Michelle Salathé, Basel (ex officio); Prof. Henning Schneider, Bern; Prof. Dominique Sprumont, Neuenburg; Dr. Edouard Stauffer, Bern; Prof. Michel Vallotton, Genf (ex officio).

Behandlung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten: definitive Richtlinien liegen vor Sa. Die SAMW hat neue Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten verabschiedet. Die Richtlinien sollen das betreuende Team bei ethisch heiklen Entscheiden unterstützen; sie wurden Anfang 2004 in der Schweiz. Ärztezeitung veröffentlicht und sind auf der Website der SAMW (www.samw.ch) abrufbar. Hirnverletzungen, Krankheiten oder schwere Geburtsschäden können dazu führen, dass Menschen sehr lange oder für immer das Bewusstsein verlieren. Solche zerebral schwerst geschädigte Langzeitpatienten sind nicht mehr in der Lage, sich zum Einsatz, Verzicht oder Abbruch einer Behandlung zu äussern. Die betroffenen Patienten und Patientinnen sind deshalb extrem abhängig und verletzlich. Gleichzeitig ist das betreuende Team mit einer Vielzahl von Entscheiden hinsichtlich therapeutischer Massnahmen, palliativer Pflege usw. konfrontiert. Die nun vorliegenden Richtlinien sollen bei diesen Entscheiden Hilfestellung bieten.

Ein zentrales – in Literatur und Praxis nicht unumstrittenes – Thema ist die künstliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr. Dabei geht es zunächst um die Frage, ob die Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit in gleicher Weise als medizinische Behandlung anzusehen ist wie beispielsweise das Verabreichen von Medikamenten. Die Richtlinien gehen davon aus, dass die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr zu den Grundvoraussetzungen des Lebens gehört, die jedem Menschen zustehen. Sie dient bei chronisch Kranken primär der Stabilisierung und dem Erhalt der körperlichen Integrität und soll daher weitergeführt werden, sofern keine gegenteilige Willensäußerung des Patienten vorliegt. Höchstens bei eingetretener Sterbeprozess kann der Verzicht auf Nahrung und allenfalls auch auf Flüssigkeit selten einmal gerechtfertigt sein bzw. diskutiert werden.

In den Richtlinien wird auch das Problem der ärztlich-pflegerischen Rahmenbedingungen angesprochen. Behandlung, Betreuung und umfassende Pflege von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten sind personell sehr aufwändig und kostenintensiv, aber unabdingbar. Die Richtlinien stellen unmissverständlich klar, dass im Einzelfall nur der geäußerte oder der mutmassliche Wille des Patienten, nicht aber ökonomische Überlegungen für Behandlungsentscheide ausschlaggebend sein können.

IMPRESSUM

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich.
Auflage: 2400 (1750 deutsch, 650 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. Margrit Leuthold, Generalsekretärin
Dr. Hermann Amstad, stv. Generalsekretär
lic. iur. Michelle Salathé, wiss. Mitarbeiterin

Gestaltung: vista point, Basel
Druck: Schwabe, Muttenz