

Forschung in Palliative Care:  
eine Standortbestimmung 1

Editorial 2

Forschungsplattformen Palliative Care  
in der West- und Deutschschweiz 4

Studien zu medizinischen Entschei-  
dungen am Lebensende 5

Definitive Fassung der RL «Intensiv-  
medizinische Massnahmen» 5

Expertenkommission  
«Personalisierte Medizin» 6

Umsetzung der Roadmap  
«Nachhaltiges Gesundheitssystem» 6

Charta «Zusammenarbeit der  
Gesundheitsfachleute» 7

Neuaufgabe des Leitfadens «Rechtliche  
Grundlagen im medizinischen Alltag» 7

Förderprogramm «Versorgungs-  
forschung im Gesundheitswesen» 8



Quelle: [www.pallimed.org](http://www.pallimed.org)

## Forschung in Palliative Care: eine Standortbestimmung

**Die Definition der Palliative Care durch die WHO gibt die Richtung für die Palliativforschung schon vor: «Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten und ihren Angehörigen, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.»<sup>1</sup> Um das Ziel einer verbesserten Lebensqualität in der letzten Lebensphase für Patienten und ihren Familien zu erreichen, sind neuartige Ansätze in der klinischen Forschung und in der Versorgungsforschung notwendig, die Prof. Gian Domenico Borasio, Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne, im folgenden Beitrag kurz skizziert.**

Palliative Care wird oft mit Schmerztherapie in der Sterbephase verwechselt. In der klinischen Realität macht die rein medizinische Symptomkontrolle etwa die Hälfte der Palliativbetreuung aus, und die Schmerztherapie davon etwa ein Drittel, also ein Sechstel des Ganzen.<sup>2</sup> Tatsächlich ist die Forschung über die Behandlung somatischer Schmerzen am weitesten entwickelt. Grosser Nachholbedarf besteht hingegen in der Forschung über die Behandlung internistischer Symptome, darunter vor allem der Atemnot, und neuropsychiatrischer Symptome, insbesondere des Delirs (s. Tabelle 1). Dabei hat sich die gezielte Verbindung nicht-pharmakologischer und pharmakologischer Ansätze oft bewährt.

**Tabelle 1: Symptomprävalenz bei 400 Palliativpatienten (95% onkologisch). Angaben in %; modifiziert nach Ref. 3**

|                        |    |                    |    |
|------------------------|----|--------------------|----|
| Schmerzen              | 64 | Gedrückte Stimmung | 16 |
| Anorexie               | 34 | Erbrechen          | 16 |
| Obstipation            | 32 | Mundtrockenheit    | 16 |
| Schwäche               | 32 | Husten             | 15 |
| Dyspnoe                | 31 | Dermatologische S. | 14 |
| Übelkeit               | 29 | Urologische S.     | 14 |
| Neuropsychiatrische S. | 27 | Angst              | 13 |
| Müdigkeit              | 23 | Ödeme              | 12 |
| Gewichtsverlust        | 18 | Schlafstörungen    | 12 |

2 Borasio GD, Volkenandt M. Palliativmedizin – weit mehr als nur Schmerztherapie. Zschr med Ethik 2006; 52: 215–23

3 Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. Palliat Med. 2003; 17: 310–4

1 World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2<sup>nd</sup> ed., WHO, Geneva 2002, S. 83–91



Prof. Peter Meier-Abt,  
Präsident

## Palliative Care – mehr Forschung allein genügt nicht!

Die Bedeutung von Palliative Care ist angesichts der demographisch bedingten Zunahme von chronischen Alterskrankheiten und der damit verbundenen Notwendigkeit zu neuen, integrativen medizinischen Versorgungsmodellen unbestritten. Inhaltlich schliesst Palliative Care im Wesentlichen alle Massnahmen ein, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Lebensende verschaffen. Diese Zielsetzung beinhaltet gemäss WHO nicht nur die Linderung von physischen Symptomen (z.B. Schmerzen), sondern explizit auch die psychosoziale Betreuung und spirituelle Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen. Die SAMW hat bereits 2006 medizin-ethische Richtlinien zur Palliative Care publiziert. Darin wird u.a. die Notwendigkeit einer Haltungsänderung von Patienten, Angehörigen und Betreuenden gegenüber unrealistischen Behandlungszielen

bei schweren, potentiell unheilbaren Krankheiten betont, dies unter Respektierung von Würde und Autonomie der Patienten. Empfohlen werden ausserdem die verstärkte Förderung und Finanzierung von Palliative Care, die verbesserte Verankerung in Aus- und Weiterbildung sowie die stärkere Integration in den medizinischen Alltag. Viele dieser Anliegen wurden inzwischen in die «Nationale Strategie Palliative Care» 2010–2012 und 2013–2015 aufgenommen. Palliative Care ist also «on the road».

Alle offiziellen Stellungnahmen zu Palliative Care betonen einheitlich die grosse Bedeutung einer qualitativ hochstehenden Forschung. Der nachfolgende Schwerpunktartikel des bislang einzigen Lehrstuhlinhabers für Palliativmedizin in der Schweiz verdeutlicht eindrücklich den Nutzen einer verstärkten Forschungsförderung in seinem Fachgebiet. Er zeigt, dass die Integration von Palliative Care in das Behandlungs- und Betreuungsschema von Krebspatienten nicht nur zu einer Verbesserung der Lebensqualität, sondern auch zu einer Lebensverlängerung führen kann, deren Ausmass durchaus mit erfolgreichen medikamentösen Therapien vergleichbar ist. Solche Resultate bergen ein grosses Potential für Kostenreduktionen und für einen Perspektivenwechsel in der therapeutischen Medizin. Entsprechend ist es wichtig, dass die beiden Palliative-Care-Plattformen in der Deutsch- und Westschweiz aktiv gefördert, neue Professuren für Palliativmedizin geschaffen und die Palliative Care sowohl in der Grundversorgung als auch in der speziali-

sierten Medizin stärker verankert werden. Dazu leistet auch die SAMW ihren Beitrag, indem sie sich aktuell um Finanzmittel für die Schaffung einer zweiten Professur für Palliative Care in der Schweiz bemüht.

Doch mehr Forschung allein genügt nicht. Eine effektive Palliative Care benötigt eine in der Gesellschaft breit verankerte Geisteshaltung, welche die Vergänglichkeit des irdischen Lebens als unausweichliches Schicksal akzeptiert, und die wieder vermehrt bereit ist, sich für ein «besseres Sterben» einzusetzen. Trotz zunehmendem ökonomischem Druck gilt es im richtigen Moment auf das Machbare in der Medizin zu verzichten und den Schwerpunkt auf das Pflegen anstatt auf das Heilen zu setzen. Diese Haltungsänderung bedingt auch eine psychosoziale und spirituelle Begleitung des Patienten und seiner Angehörigen, die nur in einer breiten interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen (z.B. Ärzten, Psychologen, Soziologen, Pflegenden, Sozialarbeitern, Therapeuten, Seelsorgern) tragfähig sein kann. Und hier sind insbesondere auch die «Medical Humanities» gefordert; sie können die philosophischen Grundwerte von Palliative Care definieren und die notwendigen Haltungsänderungen entscheidend mitprägen. Die Akademien der Wissenschaften Schweiz setzen sich dafür ein, dass den Medical Humanities der gebührende Platz in der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie von anderen Gesundheitsberufen eingeräumt wird.

### Psychosoziale Betreuung

«Bedenkt, den eignen Tod, den stirbt man nur – doch mit dem Tod der andern muss man leben». Diese Verse der Dichterin Mascha Kaléko zeigen, worum es bei der psychosozialen Betreuung in der Palliative Care geht: Sie umfasst den Kranken mit seinem gesamten sozialen Umfeld. Zusammen mit der spirituellen Begleitung macht sie die zweite Hälfte der Palliativbetreuung aus, und das aus guten Gründen. Erstens ist die Betreuung der Angehörigen ein dezidiertes Teil des Auftrags an die Palliative Care laut ihrer Definition (s. oben). Dies lässt sich am Beispiel der schwerwiegenden gesundheitlichen Folgen einer als qualvoll erlebten Sterbephase eines nahen Angehörigen unschwer nachvollziehen. Zweitens besteht eine direkte Korrelation zwischen dem Wohlbefinden der Angehörigen und dem der Patienten. Ein Grund hierfür könnte die Verschiebung der persönlichen Wertvorstellungen hin zum Altruismus sein, die sich bei den meisten Palliativpatienten beobachten lässt.<sup>4</sup> Das wichtige Forschungsthema der Trauer gehört ebenfalls zu diesem Bereich.

### Spirituelle Begleitung

Spätestens hier werden viele Ärzte stutzig: Was hat Spiritualität mit Medizin zu tun? Nach den vorliegenden Daten eine ganze Menge. Spirituelle Fragen, welche weit über das rein Religiöse hinausgehen, tauchen in der letzten Lebensphase, nicht überraschend, häufiger auf. Die Frage nach dem Lebenssinn wird oft gestellt, und ein Verlust des Lebenssinns ist einer der wichtigsten Gründe für den Wunsch nach Lebensverkürzung. Spirituelle und religiöse Einstellungen können Therapieentscheidungen am Lebensende massgeblich beeinflussen. Aufgabe der verschiedenen Berufsgruppen in der Palliativbetreuung ist es, Spiritualität als Ressource zu aktivieren, wenn sie für die betroffenen Menschen von Nutzen sein kann. Dies ist auch aus gesundheitsökonomischer Sicht relevant: Patienten, deren spirituellen Bedürfnisse unzureichend berücksichtigt werden, verursachen signifikant höhere Kosten in der Lebensendphase.<sup>5</sup>

4 Fegg MJ, Wasner M, Neudert C, Borasio GD. Personal values and individual quality of life in palliative care patients. *J Pain Symptom Manage* 2005; 30: 154–9

5 Balboni T, Balboni M, Paulk ME, Phelps A, Wright A, Peteet J, Block S, Lathan C, Vanderweele T, Prigerson H. Support of cancer patients' spiritual needs and associations with medical care costs at the end of life. *Cancer*. 2011; 117: 5383–91

## Versorgungsforschung

Ein wesentlicher Forschungszeitweig der Palliative Care untersucht Verfügbarkeit, Effektivität und Effizienz der vorhandenen Versorgungsangebote für das Lebensende. In der Schweiz ist dieser Forschungszeitweig aufgrund der Fragmentierung des Gesundheitssystems und der damit verbundenen ausgeprägten Heterogenität der palliativen Angebote von besonderer Bedeutung.<sup>6</sup> Die allermeisten Menschen wünschen sich einen Tod zu Hause, was in der Schweiz aber in weniger als 20% der Fälle passiert – einer der niedrigsten Werte weltweit. Dabei wurde kürzlich gezeigt, dass spezialisierte ambulante Palliative Care Teams selbst bei besonders schwer erkrankten und betreuungsaufwendigen Patienten einen Tod zu Hause in über 80% der Fälle ermöglichen können.<sup>7</sup>

## Forschung in der nicht-onkologischen Palliative Care

Weltweit sind über 90% der Patienten in Palliativeeinrichtungen Tumorkranken, obwohl nur 25% der Bevölkerung an Krebs stirbt. Die Palliativversorgung von Patienten mit unheilbaren Herz-, Lungen-, Leber- oder Nierenerkrankungen liegt zumeist noch im Argen, ebenso wie die Betreuung von Schwerkranken mit neurologischen Erkrankungen und von hochbetagten Demenzpatienten, die in Zukunft die grösste Gruppe der Sterbenden darstellen werden. Die Palliative Care auch auf diese Patientengruppen auszudehnen ist die wichtigste Aufgabe der kommenden Jahre. Sie wird ohne die entsprechende interdisziplinäre Forschung, die derzeit noch weitgehend in den Kinderschuhen steckt, nicht möglich sein.

## Ethisch-rechtliche Forschungsfragen

Hier gilt es zunächst, mit einem verbreiteten Missverständnis aufzuräumen: Palliative Care ist nicht per se «ethischer» als andere Fachdisziplinen. Natürlich tauchen am Lebensende (wie am Lebensanfang) wichtige ethisch-rechtliche Fragestellungen für die Forschung auf. Dazu gehört allerdings nicht die Frage nach der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Lebensende: Dies ist eine medizinische Frage, die sich nach den Prinzipien der wirksamkeitsbasierten Indikationsstellung lösen lässt.<sup>8</sup> Im Sinne der Leidensprävention ist das Thema Patientenverfügung für die Palliative Care von hoher Relevanz. Die Frage nach der ethischen Einordnung der palliativen Sedierung in Abgrenzung zu assistiertem Suizid oder Tötung auf Verlangen ist für die klinische Praxis zunehmend wichtig. Am wichtigsten aber erscheint in diesem Zusammenhang die Untersuchung der Determinanten der immer noch häufigen Übertherapie am Lebensende, welche sowohl ein ethisches als auch ein sehr praktisches Problem des heutigen Gesundheitssystems darstellt.

## Lebensverlängerung durch Palliative Care

Eine 2010 im New England Journal of Medicine publizierte, randomisierte Studie verglich zwei Gruppen von Patienten mit fortgeschrittenem metastasiertem Lungenkrebs.<sup>9</sup> Die erste Gruppe bekam die übliche Therapie, bei der zweiten wurde zusätzlich frühzeitig die Palliative Care in die Betreuung integriert. Das Ergebnis: Die Patienten in der Palliativgruppe hatten eine bessere Lebensqualität, eine geringere Rate an depressiven Symptomen und bekamen weniger häufig Chemotherapie am Lebensende, was gleichzeitig eine Kostenreduktion bedeutete. Diese Ergebnisse sind für sich genommen nicht sehr überraschend, denn die Verbesserung der Lebensqualität durch eine gute Palliativbetreuung ist inzwischen in Hunderten von Studien nachgewiesen worden. Was aber einen Perspektivwechsel in der modernen Medizin einleiten könnte, ist die Tatsache, dass die Patienten in der Palliativgruppe ausserdem eine signifikant längere Überlebenszeit aufwiesen. Der Unterschied betrug fast drei Monate. Ein solches Ergebnis würde bei Medikamentenstudien zur Therapie von fortgeschrittenem Lungenkrebs als wegweisender Therapieerfolg gelten und das entsprechende Medikament mit grossem Aufwand beworben werden.

## Ausblick

In der Schweiz existiert bisher nur ein Lehrstuhl für Palliativmedizin, und zwar an der Universität Lausanne. Die SAMW ist derzeit bestrebt, Mittel für die Einrichtung eines zweiten Lehrstuhls zu akquirieren. Bezeichnenderweise war das bisherige, auch international beachtete Zentrum der Schweizer Palliativforschung das (nicht-universitäre) Kantonsspital St. Gallen. Inzwischen findet aber an allen medizinischen Fakultätsstandorten der Schweiz Palliativforschung statt, wenn auch in unterschiedlichem Ausmass und oft gebunden an Einzelpersonen. Um diese Aktivitäten synergistisch zu bündeln, sind die beiden Schweizer Forschungsplattformen entstanden, die nachfolgend näher beschrieben werden. Fernziel könnte ein Schweizer Palliative Care Institut sein, in welchem Kompetenzen gebündelt, interdisziplinäre Projekte durchgeführt und langfristige Lösungsansätze für die immer drängender werdenden Probleme des Gesundheitssystems angesichts der demographischen Entwicklung entwickelt werden.

*Prof. Gian Domenico Borasio, Lausanne*



**Gian Domenico Borasio** studierte Medizin in München und war Mitbegründer des Interdisziplinären Zentrums für Palliativmedizin in München. Seit 2011 ist er Inhaber des Lehrstuhls für Palliativmedizin an der Universität Lausanne.

6 Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012. Stand und Umsetzung von Palliative Care in den Kantonen Ende 2011. Ergebnisbericht vom 8. Februar 2012. Online unter: [www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/13915/index.html?lang=de](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/13915/index.html?lang=de)

7 Vyhnalek B, Heilmeier B, Borasio GD. Ein Jahr Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung (SAPV) im städtischen Ballungsraum. MMW Fortschr Med, Originalien II/2011: 41–6

8 Sampson EL, Candy B, Jones L. Enteral tube feeding for older people with advanced dementia. Cochrane Database Syst Rev. 2009; (2): CD007209

9 Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, Dahlin CM, Blinderman CD, Jacobsen J, Pirl WF, Billings JA, Lynch TJ. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. N Engl J Med 2010; 363: 733–742

# Forschungsplattformen Palliative Care

## Deutschschweiz: aus und für die Not geboren

Nach mehreren Versuchen, die Forschung im Bereich Palliative Care «bottom-up» zusammenzuführen, wurde in Analogie zur Plateforme latine de recherche en soins palliatifs im Juni 2012 auch in der Deutschschweiz eine derartige Plattform gegründet. Neben den Initiativen des Bundes im Rahmen des NFP 67 zum Thema «Lebensende» wollte und will diese Plattform auch Forschende zusammenführen, die sehr nahe an den Betroffenen, aber teilweise sehr fern von Forschungsprojekten und -mitteln sind. Es ging und geht darum, echte «translational research» zu initiieren. Der Impuls hierzu entstand letztendlich durch die Nationale Strategie Palliative Care 2010–12.

### *Aus der Not geboren – und für die Not weiterbetrieben...*

Internationale Vergleiche muss die Schweiz scheuen. Während andere Gesellschaften mit vergleichbarer Entwicklung der Altersstruktur und Wohlstand Millionen in diesen Forschungsbereich investieren, werden die beiden Plattformen heute mit einem finanziellen Zuschuss des Bundes von CHF 10 000.– pro Jahr betrieben. Dass es sie überhaupt gibt, ist nicht selbstverständlich. Eine Expertise für Forschung in Palliative Care, die gemäss WHO diesen integralen Ansatz der Inter- und Multidisziplinarität zu ihrer Aufgabe machen soll, ist hierzulande kaum verbreitet. Als akademische Disziplin ist sie – wiederum im internationalen Vergleich – quasi inexistent. Ihre potentiell einigenden Kräfte – von der Medizin, Pflege, Sozialarbeit, Psychologie bis zur Ethik, Theologie, Ökonomie, aber wohl auch Philosophie – kann sie gar nicht ausspielen. «Too small to succeed» ...

Dass es für die beiden grossen Sprachregionen nun je eine Forschungsplattform gibt, basiert auf einer Lektion der Vergangenheit: Viele Energien verpufften bereits aus Gründen der Sprachbarriere. So suchten beide Plattformen nun teilweise getrennte, aber für nationale Belange auch klar gemeinsame Wege, um Forschende und Interessierte in diesem Bereich zusammenzuführen.

### *Palliative Care Forschung hat Zukunft*

Die Forschungsplattform Palliative Care der Deutschschweiz traf sich im Juni 2012 zum «Kickoff» im Käfigturm Bern. Vielleicht ist dies sinnbildlich. Das Thema der Forschung über das Lebensende, über das Lindern des Leidens ist noch in einem Käfigturm gefangen – die Gesellschaft scheint dieses Thema dort zu verwahren. Einige wenige aus den Bereichen des Alters, der Theologie, der Pflege, der Medizin und anderen Disziplinen, möchten bei der Befreiung dieses Themas aus dieser Verwahrung helfen. Der letzte «Schambereich» der Gesellschaft, die eigene Endlichkeit, sollte rasch mehr Menschen interessieren, wenn das Lebensende nicht in schier endloser Wiederholung eher einem Krisenmanagement – eben aus der Not geboren – ähneln soll.

Das Nachdenken und das Nachforschen über Inhalte und Ziele des Lebens am Lebensende hat sich schon seit Jahrtausenden als eine veritable Quelle für Sinnstiftung und Nachhaltigkeit herausgestellt. Forschung in der Palliative Care sollte ein Top-Thema mit Top-Priorität für die Zukunft sein, und dies mit vereinten Kräften – die es in der Schweiz durchaus gibt.

Weitere Informationen zur Forschungsplattform Deutschschweiz:  
[www.palliative-care-forschung.ch](http://www.palliative-care-forschung.ch)

*Dr. Steffen Eychmüller, Inselspital Bern*



**Steffen Eychmüller** ist Leiter der Palliativstation am Inselspital Bern und Mitglied der Steuergruppe der Forschungsplattform Palliative Care Deutschschweiz.

## Westschweiz

Im Jahr 2008 nahm eine Gruppe von Forschenden aus verschiedenen Westschweizer Palliative-Care-Institutionen an der ersten Nationalen Consensus-Tagung Palliative Care teil. Da sie das Interesse an einer interdisziplinären und institutionenübergreifenden Zusammenarbeit teilten, gründeten sie die «Plateforme romande de recherche en soins palliatifs». In einem ersten Schritt wandelte sich diese Plattform zur «Plateforme romande de recherche en soins palliatifs et fin de vie», und in einem zweiten – auf Bitte der Tessiner Kollegen – zur «Plateforme latine de recherche en soins palliatifs et fin de vie.»

Die Plattform hat vier Ziele:

- Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den Forschenden, um interdisziplinäre und multizentrische Forschungsprojekte zu entwickeln
- Verstärkung der Visibilität der Forschung auf der Ebene der Universitäten, der Fachhochschulen und der Spitäler und verbesserte Beziehungen zu diesen Institutionen
- Verbesserung der Ausbildung und der Information der Forschenden
- aktive Teilnahme an der gesellschaftlichen Debatte über das Lebensende und Information der Bevölkerung über Palliative Care und Aspekte des Lebensendes

Um diese Ziele zu erreichen und das alltägliche Funktionieren der Plattform zu ermöglichen, wurden eine Steuergruppe sowie eine Begleitgruppe mit VertreterInnen der verschiedenen interessierten Institutionen eingerichtet. Alle an der Plattform interessierten Personen wurden als Partner eingebunden. Die Steuergruppe trifft sich regelmässig; es finden aber auch Treffen mit den Partnern statt, um die Entwicklung der Plattform und die Herausforderungen für die Forschung zu diskutieren und den Forschenden die Gelegenheit zu geben, ihre Projekte im Hinblick auf eine Unterstützung oder Zusammenarbeit zu präsentieren.

Die Entwicklung der Plattform hat rasch gezeigt, dass es nötig ist, ihre Visibilität zu erhöhen. Aus diesem Grund wurde mit der Unterstützung der Stiftung Pallium und des Bundesamtes für Gesundheit eine Website aufgeschaltet und eine Koordinatorin angestellt. In der Zwischenzeit wurden zwei Forschungstage durchgeführt, 2012 zum Thema «Zusammenarbeiten, nachdenken, forschen: Interdisziplinarität in Palliative Care» und 2013 zum Thema «Palliativ Care in der Geriatrie: an den Grenzen oder im Herzen der Praxis?». In Zusammenarbeit mit verschiedenen Mitgliedern wurden Forschungsprojekte entwickelt (namentlich die Validierung der französischsprachigen Fassung des Edmonton Assessment Systems (ESAS), und einige Mitglieder der Steuerungsgruppe arbeiten an einem gemeinsamen Forschungsprojekt. Die Westschweizer Plattform arbeitet eng mit ihrem Deutschschweizer Pendant zusammen sowie – auf nationaler Ebene – mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

Weitere Informationen zur Forschungsplattform Westschweiz:  
[www.plrsp.ch](http://www.plrsp.ch)

*PD Dr. Sophie Pautex, HUG Genève*



**Sophie Pautex** ist Leitende Ärztin an der Unité de soins palliatifs communautaire des Universitätsspitals Genf und Mitglied der Steuergruppe der Plateforme latine de recherche en soins palliatifs et fin de vie.

### Medizinische Entscheidungen am Lebensende: Drei wissenschaftliche Studien mit Beteiligung der SAMW

Die Gestaltung des Lebensendes stösst zunehmend auf öffentliches Interesse. Die Stärkung der Autonomie, unter anderem durch die mit dem revidierten Kindes- und Erwachsenenschutzrecht eingeführten Instrumente der Selbstvorsorge, aber auch Diskussionen über die Sinnhaftigkeit und Nachhaltigkeit von medizinischen Behandlungen beeinflussen die Erwartungen von PatientInnen und ihren Angehörigen. Die Reflexion über Rolle und Verantwortung der Ärzteschaft in der Begleitung von PatientInnen in der letzten Lebensphase gehört zu den grundlegenden Fragen des ärztlichen Selbstverständnisses. Die SAMW hat sich in diversen medizin-ethischen Richtlinien zu schwierigen Entscheidungen am Lebensende geäußert und setzt sich seit langem für die Anerkennung und Etablierung von Palliative Care ein.

#### Studie 1: Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe

In den Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende und in der Stellungnahme «Probleme bei der Durchführung ärztlicher Suizidhilfe» hat die SAMW zudem Stellung genommen zur Mitwirkung von ÄrztInnen bei der Suizidhilfe. Die Richtlinien schliessen die Suizidhilfe durch einen Arzt zwar nicht aus, beschränken diese jedoch auf Sterbewillige am Lebensende. Diese Positionierung hat zu lebhaften Diskussionen geführt, teilweise wurde auch eine Anpassung der Richtlinien verlangt.

Vor dem Hintergrund dieser Diskussionen hat die SAMW beschlossen, eine Studie auszuschreiben, in welcher die Haltung der Ärzteschaft zur Suizidhilfe näher untersucht werden soll. Die Resultate dieser Studie, die bis Mitte 2014 vorliegen sollen, werden als Grundlage für eine zunächst intern geführte Diskussion dienen und anschliessend veröffentlicht.

2011 hat der Schweizerische Nationalfonds das Nationale Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) lanciert. Dieses soll «Handlungs- und Orientierungswissen für den Bereich der letzten Lebensphase wissenschaftlich erarbeiten und dieses Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Gesundheitswesen, in der Politik und den Berufsgruppen, die sich mit der Betreuung von Menschen am Lebensende befassen, bereitstellen». Die SAMW begrüsst das NFP 67 ausdrücklich und beteiligt sich an zwei Projekten aktiv.

#### Studie 2: Medizinische Entscheidungen am Lebensende: Häufigkeit und Trends in der Schweiz

Viele Menschen sterben heute im hohen Alter, und medizinische Entscheidungen (Behandlungsverzicht und/oder -abbruch) beeinflussen diesen Prozess. Umfassende Daten zur medizinischen Praxis wurden erstmals 2001 im Rahmen der Studie «Medical End-of-life Decisions in Six European Countries (EURELD-Studie)»

erhoben, an welcher auch die Deutschschweiz teilgenommen hatte. Die aktuelle Studie – diesmal in allen Landesteilen – ermöglicht einen Aufschluss darüber, ob und wie sich die medizinische Praxis verändert hat und ob, und gegebenenfalls wie, sich die Romandie und die Svizzera Italiana von der Deutschschweiz unterscheiden. Bereits bei der ersten Studie hat sich die SAMW als «Treuhanderin» beteiligt, und sie übernimmt diese Rolle auch in der aktuellen Studie. Die von den ÄrztInnen ausgefüllten Fragebogen werden an die SAMW gesandt und erst nach erfolgter Anonymisierung der Daten dem Studiencenter weitergeleitet.

#### Studie 3: Urteilsunfähigkeit am Lebensende und ihre Beurteilung

Die SAMW unterstützt auch ein zweites Projekt, das im Rahmen des NFP 67 durchgeführt wird, nämlich die Studie «Urteilsunfähigkeit am Lebensende und ihre Beurteilung». Das Vorhandensein oder Fehlen der Urteilsfähigkeit hat weitreichende Konsequenzen für den Einbezug eines Patienten in Behandlungsentscheidungen. Die Übersetzung von juristischen Konzepten in medizinisch-psychologische Sachverhalte und zurück ist jedoch nicht immer einfach. Ein Projekt, das dazu beitragen kann, gut begründete und klar definierte Standards zur Feststellung der Urteilsfähigkeit festzulegen, ist aus Sicht der SAMW sehr zu begrüßen. Auch bei dieser Studie wird eine Fragebogenerhebung bei der Ärzteschaft durchgeführt; die SAMW war an der Ausarbeitung des Fragebogens beteiligt.

#### Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen»: definitive Fassung liegt vor

Im November 2012 hat der Senat die Richtlinien «Grenzfragen der Intensivmedizin» zurückgezogen; diese werden nun Ende Mai durch die neuen Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen» ersetzt. Wie der Titel signalisiert, ist der Ansatz der neuen Richtlinien umfassender. Behandelt werden nicht nur Situationen, in denen Patienten bereits auf einer Intensivstation sind, sondern alle Situationen, in denen intensivmedizinische Massnahmen zum Einsatz kommen.

Unter dem Vorsitz von Prof. Reto Stocker, Zürich, hat sich die Subkommission in dreijähriger Arbeit mit den Zielen der Intensivtherapie auseinandergesetzt und die sich daraus ergebenden Vorgehensweisen für einzelne Behandlungssituationen spezifiziert. Die nun vorliegenden Richtlinien halten fest, dass das Abschätzen der Prognose zu den zentralen, aber sehr schwierigen Aufgaben in der Intensivmedizin gehört. Wichtig war der Subkommission deshalb die Beschreibung der für intensivmedizinische Indikationen relevanten Grundbegriffe «Wirkungslosigkeit», «Aussichtslosigkeit», «Lebensqualität» und

«Pflegebedürftigkeit». Dabei hat sie bewusst auf den Begriff der «Futility» verzichtet, da dieser zwar häufig verwendet wird, aber damit unterschiedliche Definitionen gemeint sein können. In einem Anhang, der auf der SAMW-Website zugänglich ist, werden die gängigen Scoringssysteme beschrieben.

Die Richtlinien räumen den Entscheidungsprozessen grosses Gewicht ein. Mit dem Inkrafttreten des neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrechts (KESR) per 1. 1. 2013 wurden die Selbstvorsorge der PatientInnen auch für Situationen der Urteilsunfähigkeit gestärkt und die Vertretung bei medizinischen Entscheidungen gesamtschweizerisch einheitlich geregelt. Die Richtlinien trennen klar zwischen der intensivmedizinischen Indikationsstellung, welche im Verantwortungsbereich des Arztes liegt, und dem Recht des Patienten bzw. der vertretungsberechtigten Person, in eine medizinisch indizierte Behandlung einzuwilligen oder diese abzulehnen.

Schliesslich äussern sich die Richtlinien zur Triage, d.h. zu den Kriterien für die Aufnahme auf die Intensivstation, die Verlegung in eine andere Abteilung oder den Verzicht auf eine Wiederaufnahme, wenn davon ausgegangen werden muss, dass der Patient von einer intensivmedizinischen Behandlung nicht mehr profitieren kann.

Im Rahmen der Vernehmlassung sind rund 60 Stellungnahmen eingetroffen; diese wurden, soweit dies der Subkommission sinnvoll erschien, in der Endfassung berücksichtigt. Dass sich der für SAMW-Richtlinien lange Ausarbeitungsprozess gelohnt hat, zeigen die überwiegend positiven Rückmeldungen. In praktisch allen Stellungnahmen wurden die Richtlinien als wertvoll für die tägliche Praxis begrüsst. Der Senat der SAMW wird die Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen» voraussichtlich am 28. Mai 2013 definitiv verabschieden.

#### Tagung «Medizin wohin? Ethische Anforderungen an die Steuerung des Gesundheitssystems» am 4. Juli 2013 in Bern

Anreize, seien sie ökonomischer oder politischer Natur, steuern, beeinflussen und verändern die Medizin. Oft werden sie bewusst eingesetzt, um bestimmte erwünschte Effekte herbeizuführen, oft wirken sie aber auch unbewusst oder in eine nicht intendierte Richtung. An der diesjährigen Tagung in der Reihe «Ökonomisierung der Medizin» sollen Anreize in der Medizin in ihrer Ambivalenz diskutiert werden: So soll zum einen gefragt werden, wie Anreize wirken; zum andern soll aber auch diskutiert werden, welche Anforderungen an Steuerungsmodelle aus ethischer Sicht gestellt werden müssen.

Das Symposium wird gemeinsam organisiert von der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

**Nichtmedizinisches für künftige Ärzte: Die Rolle von Geistes- und Sozialwissenschaften im Studium**

*Zur Ärzteausbildung haben auch Sozial- und Geisteswissenschaften etwas beizutragen. Ihr Platz im Studium ist unterschiedlich, ihre Rolle stets in Diskussion.*

C. W. Absolventen eines Studiums in Humanmedizin «verstehen gesundheitliche Probleme ganzheitlich und erfassen dabei insbesondere die physischen, psychischen, sozialen, rechtlichen, ökonomischen, kulturellen und ökologischen Faktoren und Auswirkungen». Dieses hohe Ziel der Ärzteausbildung, das neben vielen anderen im betreffenden Gesetz gesteckt ist, lässt sich mit einer rein naturwissenschaftlichen Lehre nicht erreichen. So spielen an den medizinischen Fakultäten auch andere Disziplinen eine Rolle. Die Akademien der Wissenschaften bemühen sich, diesen Beitrag der Geistes- und Sozialwissenschaften zu klären und zu verstärken. Zum zweiten Mal haben sie eine Tagung zum Austausch von Erfahrungen und Konzepten durchgeführt.

*Recht, Ethik, Ökonomie*

Die Bologna-Reform hat dem Einbau nichtmedizinischer Elemente in das Medizinstudium neue Impulse verliehen. In Lausanne beispielsweise gehören solche Kurse seit 2004 zum Pflichtprogramm der ersten vier Jahre. Das Gelernte wird geprüft. Themen sind etwa das Gesundheitssystem, die medizinische Ethik und die Rechte der Patienten (Ärzte sollen aber auch nicht aus unnötiger Angst vor Klagen allzu vorsichtig sein). Meist leiten Mediziner und Vertreter der spezifischen Disziplin die Veranstaltungen gemeinsam. Ähnlich präsentiert sich das neue Programm in Freiburg, wo nur die Bachelorstufe angeboten wird. Der Umfang bemisst sich mit 4 bis 5 Leistungspunkten (von 60) pro Jahr. Eine Besonderheit ist eine Schreibübung, in der die Erfahrungen eines Spitalpraktikums verarbeitet werden. Der Überblick ist nicht leicht zu gewinnen, da nicht alle Universitäten und Fachleute die Bereiche gleich bezeichnen, abgrenzen und zuordnen. So liegt die psychosoziale Medizin in einer Zwischen- oder Verbindungszone. Und der Begriff «Medical Humanities» kann seinerseits Unklarheiten schaffen. Unbestritten ist indessen, dass die Geistes- und Sozialwissenschaften an den Fakultäten unterschiedliches Gewicht haben und oft, nicht zuletzt im dichten Stundenplan, um ihren Platz kämpfen müssen. Selbstverständlicher scheint ihre Integration in das Studium an Fachhochschulen, wo von der beruflichen Bildung her die Ausrichtung auf Schlüsselkompetenzen besser etabliert ist. In den Pflegeberufen zum Beispiel geht es auch um konkrete «geisteswissenschaftliche» Dinge wie Kommunikation.

*Beiträge und eigener Pol*

Ihre Funktionalität ist allerdings – typischerweise – Sozial- und Geisteswissenschaftlern selber suspekt. Wo bleibt ihre Eigenständigkeit, ihre Rolle der kritischen Reflexion? Es müssten, sagte ein Teilnehmer, die Köpfe offen gehalten werden für die Frage, was ein guter Arzt sei, und für Antworten, die nicht das Wissen umfassen. Jedenfalls wurde auch für den Einbezug von Kunst, Literatur und Film in die Auseinandersetzung mit Krankheit und Gesundheit plädiert. Andere erinnerten daran, dass nicht die Humanwissenschaften als solche der Ausgangspunkt seien. Angeregt wurde ferner die Schaffung von Wahlmöglichkeiten auf Masterstufe. Generell scheinen die nichtmedizinischen, eng berufsbezogenen Themen innerhalb des Studiums oder der ganzen Aus- und Weiterbildung eher früh angesiedelt zu sein. Für die weitere Entwicklung dürfte ein Dialog mit der medizinischen Seite unabdingbar sein, wie er an der Tagung nur punktuell stattgefunden hat.

*(Erschienen in der «Neuen Zürcher Zeitung» am 30. März 2013. Mit freundlicher Genehmigung der Neuen Zürcher Zeitung)*

**Die Expertenkommission «Personalisierte Medizin» der Akademien der Wissenschaften Schweiz hat ihre Arbeit aufgenommen**

Für Ärztinnen und Ärzte ist es selbstverständlich, dass die Medizin «personalisiert» oder «individualisiert» ist. Denn sie kümmert sich seit jeher um die individuellen Gesundheitsprobleme ihrer Patientinnen und Patienten. Es sind denn auch vornehmlich Gentest-Firmen und bisweilen Pharma-Unternehmen, die mit dem Begriff der «Personalisierten Medizin» ein neues Zeitalter ankündigen. Ein Bericht von PricewaterhouseCooper zur Personalisierten Medizin hält Folgendes fest: «Die Entwicklung einer Personalisierten Medizin wird durch die Informationsgesellschaft und die biologische Forschung vorangetrieben. Als ein Bedürfnis der Konsumenten wird sie (von unten) getrieben und daher nicht aufzuhalten sein.» Namentlich aufgrund dieser schwierig kontrollierbaren Entwicklung sind mit der Personalisierten Medizin nicht nur Chancen, sondern auch Risiken verbunden. Das Schweizer Zentrum für Technologiefolge-Abschätzung TA-SWISS hat dies zum Anlass genommen, im Frühjahr 2012 eine Studie zu diesem Thema zu lancieren. Vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussionen hat die SAMW im Dezember 2012 ein Positionspapier zum Thema «Potenzial und Grenzen von Individualisierter Medizin» veröffentlicht. Zudem hat der SAMW-Vorstand im letzten Jahr beschlossen, ein Expertengremium einzusetzen, das einerseits als Informations- und Koordinationsplattform der zahlreichen Akteure in diesem Bereich und andererseits als Beratungsorgan der Politik und bei Fragen der Ausbildung von Gesundheitsfachleuten dienen könnte.

Insofern die Personalisierte Medizin nicht nur medizinische, sondern auch naturwissenschaftliche und gesellschaftliche Aspekte betrifft, wurde das Expertengremium auf der Ebene der Akademien der Wissenschaften Schweiz angesiedelt; ein Engagement in diesem Bereich ist bestens kompatibel mit den Akademien-Schwerpunkten «Gesundheitssystem im Wandel» bzw. «Gesellschaftlicher Umgang mit neuen Erkenntnissen und Technologien».

Die Expertenkommission wird von Prof. Peter Meier-Abt präsiert und hat sich Mitte April 2013 zur ersten Sitzung getroffen. Zu den Aufgaben des Gremiums gehören sowohl die kritische Begleitung der «Personalisierten Medizin» in der Schweiz auf der Basis des im Herbst 2012 veröffentlichten SAMW-Positionspapiers, als auch die Formulierung von Empfehlungen zum Einsatz der «Personalisierten Medizin» in Forschung, Klinik und Praxis sowie zur Ausbildung von Gesundheitsfachleuten in diesem Bereich. Im Sinne der Früherkennung weist die Expertenkommission auf offene Fragen hin, definiert den Forschungsbedarf und macht auf mögliche Probleme bei der Umsetzung aufmerksam. Zudem dient sie als Informations- und Koordinationsplattform der zahlreichen Akteure in diesem Bereich sowie als Beratungsorgan der Politik.

*Mitglieder der Expertenkommission*

- Prof. Peter Meier-Abt, SAMW, Basel (Vorsitz)
- Dr. Adrian Rügsegger, TA-SWISS, Bern
- Prof. Nicole Probst-Hensch, SwissTPH, Basel
- Prof. Andreas Papassotiropoulos, Universität Basel
- Prof. Samia Hurst, Universität Genf
- Prof. Karl Heinimann, Universität Basel
- Prof. Ernst Hafent, ETH Zürich
- Prof. Sabina Gallati, Inselspital Bern
- Dr. Katrin Cramer, SAMW (ex officio), Basel
- Dr. Philipp Burkard, Science et Cité, Bern
- Prof. Verena Briner, Kantonsspital Luzern
- Prof. Yvan Arsenijevic, Hôpital Ophthalmique Jules-Gonin, Lausanne

### Umsetzung der Roadmap «Nachhaltiges Gesundheitssystem»

Anfang Dezember 2012 haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz im Rahmen eines Symposiums die «Roadmap für ein nachhaltiges Gesundheitssystem» vorgestellt. Die Roadmap formuliert sieben Ziele, beschreibt die dazugehörigen Massnahmen und legt dar, in welchem Zeitraum welche Akteure des Gesundheitswesens aktiv werden müssen. Wie anlässlich des Symposiums angekündigt, haben in der Zwischenzeit mit zahlreichen Akteuren des Gesundheitswesens Treffen stattgefunden (oder sind solche vereinbart), in deren Rahmen die Roadmap präsentiert und diskutiert wurde.

Die Gesprächspartner wurden eingeladen, zu ausgewählten oder allen Punkten der Roadmap Stellung zu nehmen, und sich dabei namentlich zu äussern zu

- Konsens/Dissens
- Prioritäten/Posterrioritäten
- Was wird bereits umgesetzt?
- Wo ist man bereit, sich zu engagieren?

Sobald alle Stellungnahmen vorliegen, sollen eine Zusammenfassung erstellt und den Partnern ein Feedback gegeben werden; gegebenenfalls wird die Roadmap aufgrund der Rückmeldungen adaptiert.

### Charta «Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute»

Die SAMW setzt sich seit 1999 unter dem Titel «Zukunft Medizin Schweiz» intensiv mit den Zielen und Aufgaben der Medizin auseinander. Im Rahmen dieses Projektes veröffentlichte eine Arbeitsgruppe 2007 den Bericht «Zukünftige Berufsbilder von ÄrztInnen und Pflegenden in der ambulanten und klinischen Praxis». Fast vier Jahre nach der Veröffentlichung des Berichtes kam die damalige – um SAGW-Vertreterinnen erweiterte – Arbeitsgruppe zu einem Rückblick und Ausblick zusammen und prüfte, ob sie einen – und allenfalls welchen – Beitrag leisten kann bei der Umsetzung der damaligen Empfehlungen.

Eine der Empfehlungen von 2007, welche die Arbeitsgruppe explizit erneut aufgegriffen und kommentiert hat, ist die Ausarbeitung einer «Charta for Coordinated Care» bzw. einer «Charta Zusammenarbeit der Gesundheitsfachleute». Nachfragen bei externen Fachleuten haben bestätigt, dass eine solche Charta als sinnvoll erachtet wird und die aktuellen Bemühungen um eine Verbesserung der Patientenversorgung und der interprofessionellen Zusammenarbeit unterstützen könnte; zudem wurden die Akademien als die geeignete Institution angesehen, um ein solches Dokument auszuarbeiten.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der Akademien der Wissenschaften Schweiz eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Dr. Werner Bauer, Küsnacht (ZH), beauftragt, eine solche «Charta» auszuarbeiten; diese soll spätestens im ersten Halbjahr 2014 im Rahmen einer Tagung der Öffentlichkeit vorgestellt und anschliessend breit diffundiert werden. Die erste Sitzung der Arbeitsgruppe hat Ende April 2013 stattgefunden.

#### Mitglieder der Arbeitsgruppe

- Dr. Werner Bauer, Präsident SIWF, Küsnacht ZH (Vorsitz)
- Dr. Hermann Amstad, Generalsekretär SAMW, Basel
- Marie-Anne Becker, Hôpital Neuchâtelois, Neuchâtel
- Dr. Manuela Eicher, Haute Ecole de Santé, Fribourg
- Prof. Viola Heinzelmann, Universitäts-Frauenklinik, Basel
- Dr. Isabelle Meier, mediX Gruppenpraxis, Zürich
- Maja Mylaeus-Renggli, Spitex Verband Schweiz, Bern
- Dr. Hans Neuenschwander, Ospedale Italiano, Lugano
- Prof. Cornelia Oertle, Fachhochschule Gesundheit, Bern
- Dr. Pierre-Yves Rodondi, Spécialiste en médecine interne, Pully
- Martine Ruggli, pharmaSuisse, Liebefeld
- Prof. Astrid Schämamm, ZHAW, Winterthur
- Dr. Beat Sottas, Careum, Zürich
- Prof. Peter M. Suter, Vizepräsident SAMW, Presinge

### «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag»: 2., überarbeitete Auflage des Leitfadens für die Praxis

Der ärztliche Alltag ist von zahlreichen rechtlichen Bestimmungen begleitet. Oft ist es für eine Ärztin oder einen Arzt schwierig, einen Überblick über die relevanten Rechtsnormen zu bewahren. Hier bietet der Leitfaden «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» der SAMW und der FMH eine nützliche Hilfestellung.

Das neue Erwachsenenschutzrecht, welches das frühere Vormundschaftsrecht abgelöst hat, war der Anlass, den Leitfaden in 2. Auflage herauszugeben. Auch die neue Auflage beantwortet häufige und geläufige Fragen einfach und anwendungsorientiert; sie wurde zudem um die seit der ersten Auflage im Jahre 2008 erlassenen gesetzlichen Regelungen und die aktuelle Rechtsprechung ergänzt. Relevante Gesetzestexte und Urteile sind bis Ende 2012 nachgeführt. Der Leitfaden ist ab Mitte April 2013 auf Deutsch als Broschüre gratis lieferbar und kann auf der SAMW-Website bestellt werden. Die französische Fassung folgt voraussichtlich im Juni 2013.

### Workshop «Zertifizierung im medizinischen Kontext: Chancen und Risiken»

Es gibt Hinweise darauf, dass Zertifikate im Gesundheitswesen immer mehr an Bedeutung gewinnen. So drängt z.B. die Krebsliga darauf, dass Frauen mit Brustkrebs nur noch an zertifizierten «Brustzentren» behandelt werden. Der Leistungsauftrag des Kantons Zürich für Palliative-Care-Institutionen hält fest, dass nach 2014 eine Zertifizierung zwingend ist. Auch das Beschlussorgan «Hochspezialisierte Medizin» verlangt in gewissen Bereichen (z.B. Stroke) Zertifizierungen, damit ein Spital diese Behandlungen noch anbieten kann.

Diese Situation hat die Begleitkommission Qualitätsempfehlungen der SAMW veranlasst, am 26. April 2013 in Bern einen Workshop durchzuführen zum Thema «Zertifizierung im medizinischen Kontext: Chancen und Risiken». Der Workshop stellte den aktuellen Stand und die Perspektiven im Bereich Zertifizierung dar und zeigte an einem aktuellen Beispiel die Hintergründe, den Prozess, die Umsetzung sowie die Folgen einer Zertifizierung auf. Gleichzeitig wurde diskutiert, ob für die SAMW nach der Veröffentlichung der Empfehlungen «Zertifizierung im medizinischen Kontext» weiterer Handlungsbedarf besteht. Rund 80 Expertinnen und Experten aus der ganzen Schweiz nahmen an diesem Workshop teil.

**Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen»:  
Vergabungen der zweiten Ausschreibungsrunde**

Mit ihrem Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» möchten die Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung und die SAMW dazu beitragen, dass die Versorgungsforschung in der Schweiz etabliert und ausgebaut wird. Auf die zweite Ausschreibung des neuen Förderprogramms sind insgesamt 48 Gesuche im Umfang von über 6.3 Mio. CHF eingegangen. In einem sorgfältigen Evaluationsprozess wählte die Expertenkommission an ihrer Sitzung vom 28. Januar 2013 neun qualitativ hochstehende Gesuche aus, die aus ihrer Sicht den reglementarisch festgehaltenen Förderungskriterien des Förderprogramms am ehesten entsprechen. Der Stiftungsrat der Bangerter-Stiftung folgte den Empfehlungen der Kommission und sprach folgenden Gesuchstellern Beiträge im Gesamtwert von CHF 906 000.– zu:

**Prof. Urs Brügger, Winterthur**

ZHAW, Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie  
Projekt: «Conditional Coverage in Health Technology Assessment:  
A pattern analysis of decision making for medical procedures  
within the Swiss statutory health insurance scheme» CHF 100 000.–

**Prof. André Busato, Bern/Zürich**

Universität Bern, Institut für Sozial- und Präventivmedizin  
und Universität Zürich, Institut für Hausarztmedizin  
Projekt: «Effects of DRGs based hospital financing on Swiss  
outpatient health care» CHF 200 000.–

**Prof. Sabina de Geest, Basel**

Institut für Pflegewissenschaft, Universität Basel  
Projekt: «Building Research Initiative Group: Chronic Illness  
Management and Adherence in Transplantation (BRIGHT) Study» CHF 75 000.–

**Dr. Isabelle Peytremann-Bréveaux, Lausanne**

University of Lausanne, Institut Universitaire de Médecine  
Sociale et Préventive  
Anschubfinanzierung: «Evaluation of a pilot study assessing the  
acceptability, feasibility and effectiveness of a community-  
based chronic disease management program for COPD patients  
residing in the canton of Valais» CHF 25 000.–

**Prof. Thomas Rosemann, Zürich**

Universität Zürich, Institut für Hausarztmedizin  
Projekt: «Skillmix - Substitution of doctors by nurses» CHF 81 000.–

**Dr. Valérie Santschi, Lausanne**

CHUV, Service of Nephrology and Hypertension  
Anschubfinanzierung: «A Team-Based Care for Hypertension  
Management (TBC-Hypertension): A Pilot Randomized  
Controlled Study» CHF 25 000.–

**Prof. Philipp Schütz, Aarau**

Medizinische Universitätsklinik der Universität Basel und  
Kantonsspital Aarau  
Projekt: «The Triage Study» CHF 150 000.–

**Dr. Nicolas Senn, Lausanne**

University of Lausanne, PMU, Departement of Ambulatory  
Care and Community Medicine  
Projekt: «Assessing the state of preventive care in family  
medicine in Switzerland» CHF 100 000.–

**Prof. Rebecca Spirig**

UniversitätsSpital Zürich, Zentrum Klinische Pflegewissenschaften  
Projekt: «Delir-Path» CHF 150 000.–

**Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen»:  
Ausschreibung der dritten Förderrunde**

Nächster Einsendetermin für das Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» ist der 1. September 2013. Für das Jahr 2014 steht erneut 1 Mio CHF zur Verfügung. Die Evaluation der Gesuche wird voraussichtlich Anfang Februar 2014 abgeschlossen sein. Weitere Informationen zum Förderprogramm sind abrufbar unter [www.samw.ch/de/Versorgungsforschung](http://www.samw.ch/de/Versorgungsforschung).


**SAMW**

Schweizerische Akademie  
der Medizinischen  
Wissenschaften

**ASSM**

Académie Suisse  
des Sciences Médicales

**ASSM**

Accademia Svizzera delle  
Scienze Mediche

**SAMS**

Swiss Academy  
of Medical Sciences

Das SAMWbulletin  
erscheint 4-mal jährlich.

Auflage: 3500  
(2600 deutsch,  
900 französisch).

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

Redaktion:  
Dr. Hermann Amstad,  
lic. iur. Michelle Salathé,  
Dr. Katrin Cramer

Gestaltung:  
Howald Fosco, Basel

Druck:  
Kreis Druck AG, Basel

ISSN 1662-6028



Mitglied der  
Akademien  
der Wissenschaften  
Schweiz