

Medikalisierung – ist immer mehr immer besser? 1

Editorial 2

SAMW veröffentlicht Positionspapier «Nachhaltige Medizin» 5

Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» 6

Verleihung des Prix Média 2012 6

Ausbau des Forschungsmagazins «Horizonte» 6

Nachruf Prof. Walter Hitzig 6

Stellungnahme der ZEK zum Einsatz des Praena-Tests 7

RL «Intensivmedizinische Massnahmen» zur Vernehmlassung 7

«Ethische Unterstützung in der Medizin» neu als Broschüre 7

Neue Ehren-, Einzel- und Korrespondierende Mitglieder der SAMW 8



Bild: © Alexander Rath - Fotolia.com

Medikalisierung – ist immer mehr immer besser?

Von Medikalisierung spricht man, wenn etwa Stress am Arbeitsplatz oder Überforderung durch Kinderbetreuung zu Symptomen führen, die medizinisch behandelt werden; wenn also, statt die gesellschaftlichen Ursachen anzugehen, die Problemlösung in die Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten ausgelagert wird. Medikalisierung führt zu explodierenden Kosten im Gesundheitssystem – und sie macht Menschen zu Patienten, deren Anliegen eigentlich politisch zu lösen sind. Dr. Urs Pilgrim, Hausarzt und Rheumatologe in Muri (AG), beleuchtet das Phänomen aus der Perspektive eines praktizierenden Arztes.

Von Medikalisierung spricht man, wenn die Medizin gesellschaftliche Probleme in ihren Fokus einbezieht. Nun ist die Grenze zwischen medizinischen und gesellschaftlichen Belangen allerdings fließend, weil die Grenze zwischen krank und gesund ebenfalls unscharf ist. Beim Herzinfarkt oder bei der Lungenentzündung ist die Krankheitsdefinition einfach. Aber wenn ein Hilfsarbeiter, der am Arbeitsplatz gemobbt wird, über Müdigkeit und Unlust klagt, stellt sich die Frage, ob das Problem eher im gesellschaftlichen oder im medizinischen Bereich liegt. Je weiter der Krankheitsbegriff gefasst wird, desto mehr gesellschaftliche Probleme werden als medizinische Anliegen definiert. Das führt zu einer erheblichen Mehrbelastung unserer Sozialversicherungen. Das Thema Medikalisierung ist deshalb nicht nur für Ärzte¹, Juristen und Gesundheitspolitiker von Interesse, sondern für uns alle, die wir als Prämien- und Steuerzahler die steigenden Kosten für unser Gesundheitssystem mittragen.

Die Medikalisierung – eine Folge des medizinischen Fortschritts

Geburt, Säuglings- und Kleinkindesalter, Pubertät, Schwangerschaft, Menopause, Alter und Tod galten früher als Etappen eines normalen Lebens, um die sich die Medizin kaum oder nur beschränkt kümmerte. Das intensive Engagement der Medizin für diese Bereiche führte zu einer drastischen Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, zu mehr Lebensqualität und zu anderen eindrucksvollen Erfolgen. Medizinischen Interventionen im Bereich der Ernährung verdanken wir das Verschwinden des Jodmangelkropfs, die Eindämmung der Zahnkaries und das Abnehmen von Herz-Kreislaufkrankheiten. Zahlreiche weitere Beispiele belegen den Beitrag der Medizin zur Verbesserung der Volksgesundheit und zur Verlängerung des

¹ Personenbezogene Begriffe wie Ärzte, Patienten usw. umfassen in diesem Beitrag immer Vertreter beider Geschlechter.



Prof. Peter Meier-Abt,
Präsident

Eingebildete Krankheiten, Übersversorgung und Nachhaltige Medizin

Der Schwerpunktartikel dieses Bulletins spricht Klartext. Die Medikalisierung, also die Stigmatisierung von soziokulturellen und psychosozialen Problemen als therapie-bedürftige Krankheiten, ist in der Schweiz weit fortgeschritten, und sie trägt wesentlich zu den Gesamtkosten unseres Gesundheitssystems bei. Anstatt den Leidtragenden durch gesellschaftliche Veränderungen im individuell belastenden Lebensumfeld Erleichterung zu verschaffen, werden teure medizinische Abklärungen für real nicht existierende Krankheiten gemacht, und dadurch die letztlich begrenzten Ressourcen unseres Gesundheitssystems unnötigerweise weiter strapaziert. Dies ist bei unserem hervorragenden medizinischen Leistungsangebot nicht erstaunlich, denn die Leistungserbringer

verdienen an der Medikalisierung Geld, und die Patientinnen und Patienten erhalten die notwendige individuelle Betreuung oder zumindest die Gewissheit, dass keine ernste (psycho)somatische Gesundheitsstörung vorliegt. Diese komplementären Interessen sind gekoppelt mit einem Anreizsystem, das die Maximierung statt die Optimierung von medizinischen Leistungen fördert. Von hier aus ist es bis zur realen medizinischen Überversorgung nur noch ein kleiner Schritt.

Tatsächlich gibt es verschiedene Indikatoren, die vor allem in urbanen Regionen auf eine medizinische Überversorgung hinweisen. So ist etwa die Anzahl ambulant tätiger Ärzte in der Genferseeregion um 74% und die Zahl an Spitalbetten in der Nordwestschweiz um 77% höher als in der Zentralschweiz (je pro 1000 Einwohner), ohne dass Klagen über eine Unterversorgung in den Regionen mit geringerer Angebotsdichte vorliegen (W. Widmer, Careum Verlag Zürich 2011). Das Überangebot im Spitalbereich ist weitgehend unbestritten. Und sowohl bei der Ärztedichte als auch bei der Ausstattung mit Pflegepersonal steht die Schweiz in Europa an der Spitze. Dass das überdimensionierte medizinische Leistungsangebot auch maximal ausgelastet wird, ist eine wirtschaftliche Notwendigkeit. Damit verdrängen ökonomische Zwänge den optimalen Nutzen für die Patienten und verstärken den Mangel an Gesundheitsfachleuten. Anders ausgedrückt: Eine unrealistische Maximalme-

dizin ist nicht nachhaltig, denn sie kann nicht garantieren, dass auch zukünftige Generationen von guten medizinischen Leistungen profitieren können, um auf ihre Gesundheitsprobleme zu reagieren.

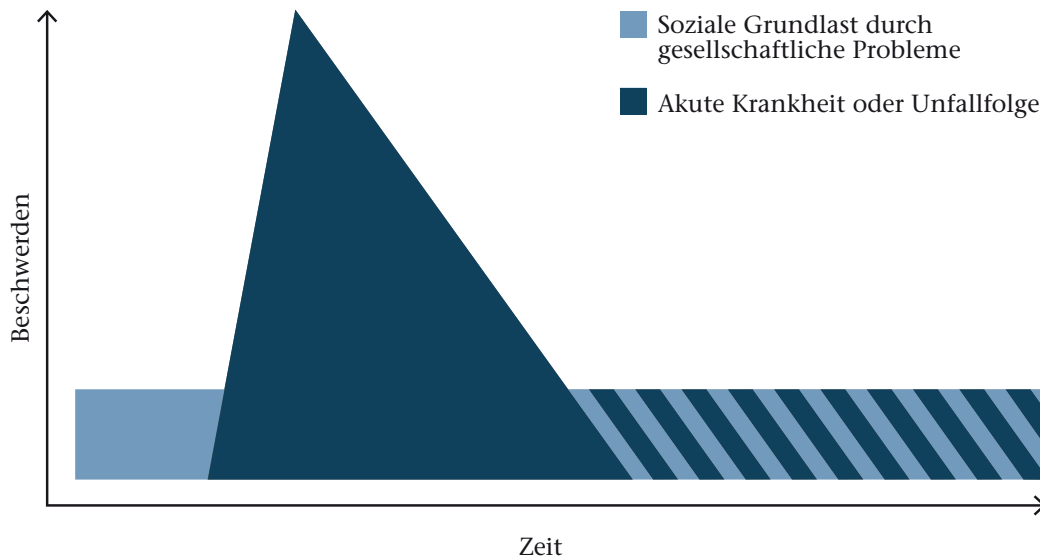
Eine nachhaltige Medizin stellt den Patientenutzen in den Vordergrund. Sie macht so viel wie notwendig, aber nicht mehr. Sie begrenzt die Fragmentierung der Medizin in immer engere Spezialdisziplinen und behält den Blick auf eine umfassende Ganzheitsmedizin. Sie gründet ihre Interventionen auf wissenschaftliche Evidenz. Wo diese fehlt, betreibt sie Versorgungs- und Wirksamkeitsforschung und stellt dadurch belastungsfähige Daten für die rationale Planung eines effizienten Gesundheitssystems zur Verfügung. In einem solchen Kontext hat eine rein ökonomisch und von Partikularinteressen einzelner Berufsgruppen getriebene Medikalisierung keinen Platz. Dies anerkennt Dr. Urs Pilgrim in seinem Artikel ausdrücklich. Er stellt damit der Hausarztmedizin ein gutes Zeugnis aus, denn es sind in der Tat die ärztlichen Grundversorger, die am häufigsten mit zur Medikalisierung prädestinierenden gesellschaftlichen und individuellen Problemen konfrontiert werden. Sie können durch eine kompetente und geschickte Wahrnehmung ihrer «Gatekeeper»-Rolle viel zur Vermeidung eines Überkonsums von nicht-indizierten medizinischen Leistungen beitragen. Dies sind wir im Sinne einer nachhaltigen Medizin unseren Nachkommen schuldig.

Lebens. Diese positiven Erfahrungen erklären, weshalb unsere Gesellschaft auch in Zukunft grosse Erfolge von der Medizin erwartet, und weshalb sie sich kaum gegen die zunehmende Medikalisierung gesellschaftlicher Probleme engagiert. Denn für viele gilt: «Don't change a winning horse»; je mehr Medizin, desto besser!

Weitere Gründe für die zunehmende Medikalisierung

Die Medikalisierung wird auch durch die Säkularisierung unserer Gesellschaft gefördert. Früher wachte die Religion als bedeutende Definitionsmacht über soziale Werte und über korrektes Verhalten. Diese Wächterfunktion wird mehr und mehr der Medizin übertragen. Für viele gesellschaftliche Fragen wendet man sich heute nicht mehr an den Pfarrer, sondern an den Arzt. Die ärztliche Sprechstunde und medizinische Informationsplattformen in Medien und Internet sind heute gefragter als die Sonntagspredigt von der Kanzel. Verwahrloste Trinker wurden noch vor 30 Jahren von Pfarrerherren zurechtgewiesen, heute werden sie als Alkoholpatienten medizinisch betreut und umsorgt. Wo früher zu stark moralisiert wurde, wird heute zu stark medikalisiert. Die Verantwortung für Süchte aller Art wird an die Medizin delegiert. Die Selbstverantwortung spielt eine untergeordnete Rolle.

Auch das biopsychosoziale Krankheitsmodell, das in Medizinalkreisen grosse Akzeptanz geniesst, fördert die Medikalisierung: Nebst biologischen und psychischen Faktoren wird auch gesellschaftlichen Belangen in Diagnostik und Therapie Beachtung geschenkt. Dabei sind vor allem im unscharfen Grenzbereich zwischen Gesellschaft und Medizin soziokulturelle oder psychosoziale Faktoren zu finden, deren Einfluss auf die Gesundheit im Einzelfall schwierig zu beurteilen ist. Denn gesellschaftliche Belastungen stören bei gewissen Betroffenen lediglich die soziale, bei anderen aber auch die psychische oder die körperliche Befindlichkeit. Der Übergang zur eigentlichen Krankheit ist fließend. Die Beurteilung wird zusätzlich dadurch erschwert, dass psychosoziale und soziokulturelle Sorgen im Allgemeinen nicht zu einer klar definierten Symptomatologie führen, sondern zu einem bunten Bouquet von schwer objektivierbaren Beschwerden: Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Antriebsschwäche, Schwindel, Ängstlichkeit, diffuse Schmerzen und andere Symptome, für die sich oft keine organischen Ursachen finden lassen.



Chronifizierung einer akuten Krankheit oder einer Unfallfolge: Die Beschwerden klingen nicht völlig ab, sondern gehen nur auf den durch die soziale Grundlast verursachten basalen Level zurück, was subjektiv als Fortdauern der Krankheit erlebt wird. Das gesellschaftliche Problem (die soziale Grundlast) wird sekundär medikalisiert.

Auch ökonomische Gründe spielen bei der Medikalisation eine Rolle. Das Schweizer Gesundheitswesen ist direkt oder indirekt für rund 500 000 Menschen Arbeitgeberin. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW weist in ihrem kürzlich verabschiedeten Positionspapier «Nachhaltige Medizin»² auf die Problematik von finanziellen Fehlanreizen auf der Anbieterseite hin. Aber auch auf der Konsumentenseite bestehen ökonomische Fehlanreize. Es fehlt der politische Wille, Personen mit gesundheitsschädigendem Verhalten angemessen an den verursachten Mehrkosten zu beteiligen. Medizinische Leistungen werden grosszügig konsumiert, um einen maximalen «Return on Investment» für einbezahlte Prämien zu erhalten. Bei gesellschaftlichen Sorgen, die nicht primär medizinische Belange betreffen, wendet man sich lieber an den Arzt, weil die medizinische Beratung versicherungsmässig gut abgedeckt ist.

Die überbordende Medikalisation

Ohne die eindrücklichen Erfolge der Medizin in Frage zu stellen, muss festgestellt werden, dass die Medikalisation in gewissen Bereichen über das Ziel hinaus schießt. Wenn der von der pharmazeutischen Industrie kräftig geförderte Jugendlichkeitswahn glauben macht, jede banale Altersveränderung müsse medizinisch behandelt werden, wenn Schulpsychologen bei 30% der Zürcher Kindergartenschüler eine Therapiebedürftigkeit wegen angeblicher Defizite diagnostizieren, wenn Wissenschaftler der Technischen Universität Dresden 38% aller Europäer zur alljährlichen Psychotherapie schicken wollen, dann stellt sich die Frage, ob die Leute nicht kränker gemacht werden als sie sind.

Die SAMW warnt in ihrem oben erwähnten Positionspapier «Nachhaltige Medizin» vor einem unbegrenzten Wachsen von Ansprüchen an die Medizin, da die finanziellen Ressourcen limitiert sind. Die Fortschrittseuphorie darf nicht vergessen machen, dass unser Leben immer durch Krankheit und Tod begrenzt bleibt. Die SAMW empfiehlt, den Nutzen medizinischer Interventionen nicht zu überschätzen und mit einem Überangebot von Leistungen keine unrealistischen Erwartungen zu wecken.

Die vom Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialversicherungsrecht der Universität Freiburg unter der Leitung von Prof. Erwin Murer gemeinsam mit der SAMW und der Schweizerischen Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften organisierten Freiburger Sozialrechtstage 2012 beleuchteten die Medikalisation aus der juristischen, medizinischen und gesellschaftlichen Perspektive. Verschiedene Autoren wiesen auf die Gefahr der überbordenden Medikalisation hin. In Medizinalkreisen ist man sich dieser Problematik noch zu wenig bewusst. Im Folgenden werden aus der Perspektive des praktizierenden Arztes beispielhaft Möglichkeiten aufgezeigt, wie im Praxisalltag eine übertriebene Medikalisation verhindert werden kann (ausführliche Vorschläge finden sich im Tagungsband der Freiburger Sozialrechtstage³).

Wider die Medikalisation in der Medizinischen Diagnostik

Es ist unbestritten, dass eine intensive Diagnostik die Früherkennung von Krankheiten fördert. Die Fülle von Befunden erfordert aber vom Arzt viel Augenmass: Funktionell Unwichtiges darf nicht überinterpretiert werden. Vor allem im Randbereich der Gauss'schen Normalverteilung besteht die Gefahr einer diagnostischen Übertretterkennung. Bei Screening-Untersuchungen von Gesunden soll der erwartete Nutzen in einem vernünftigen Verhältnis zum Aufwand stehen. Präventivuntersuchungen können sinnvoll sein, fördern aber die Medikalisation: Häufig beanspruchen dabei Gesunde medizinische Leistungen und werden medizinisch aktenkundig. Deshalb stellt sich vor allem bei Untersuchungen von geringem oder fraglichem Nutzen in Betracht limitierter Ressourcen die Frage, ob die finanziellen Mittel nicht besser anderweitig eingesetzt werden.

Ausdrücklich zu warnen ist vor medizinischen Selbstdiagnosen auf Grund von Fernsehsendungen. Nach jedem medizinischen TV-Beitrag melden sich viele verängstigte Menschen bei ihrem Arzt. Sie befürchten, an der Krankheit zu leiden, die im Fernsehen vorgestellt wurde. Medien und Internet können nützliche Informationen vermitteln – aber sie fördern die Medikalisation.

² Erhältlich unter www.samw.ch/de/Publikationen/Positionspapiere

³ Pilgrim, Urs (2012) Wider die Medikalisation im medizinischen Alltag. In Murer, Erwin (2012) Gesellschaft und Krankheit: Medikalisation im Spannungsfeld von Recht und Medizin. Tagungsband der 9. Freiburger Sozialrechtstage 2012, S. 47–84. Stämpfli Verlag, Bern.

Weil gesellschaftliche Konflikte häufig medikalisiert werden, ist es wichtig, dass der Arzt Partnerschaftsprobleme, Überforderung durch Kinder, Sorgen am Arbeitsplatz, Integrationsschwierigkeiten, Isolation und andere gesellschaftlichen Konflikte frühzeitig erkennt und nach Möglichkeit entschärft, bevor sie sich auf der medizinischen Ebene etablieren. Besondere Beachtung verdienen Krankheiten und Unfallfolgen, die nicht innert der erwarteten Zeit abklingen. Hinter unklaren Chronifizierungen verbergen sich sehr oft ungelöste soziale Probleme (siehe Grafik). Dazu ein Patientenbeispiel:

Ein 56-jähriger Werkzeugmacher klagte im April 2010 über Kopfschmerzen, Schwindel und Müdigkeit. Er brachte die Beschwerden in Zusammenhang mit einem Kopfball beim Fussballspiel. Alle Abklärungen blieben negativ. Nach einem langwierigen Verlauf trat endlich die Beschwerdefreiheit ein, nachdem der Patient seinen Arbeitsplatz gewechselt hatte. Rückblickend wurde klar: Der Kopfball erklärte die monatelangen Beschwerden und die Arbeitsabsenzen nicht. Die Chronifizierungsursache war das Mobbing am Arbeitsplatz, ein gesellschaftliches Problem, das ins phänomenologische Kleid eines Bagatelunfalls geschlüpft war.

Jeder Hausarzt kennt ähnliche Beispiele: Therapieresistente weichteilrheumatische Beschwerden, die nach der Scheidung verschwinden; chronische Kopfschmerzen und Schwindel, die nach dem Wegzug der im gleichen Haushalt lebenden Schwiegermutter abklingen; jahrelange Erschöpfungszustände, die unter einem neuen Vorgesetzten wie weggeblasen sind. Da soziale Sorgen häufig verdrängt werden, bringen die Betroffenen die Beschwerden gern in einen pseudokausalen Zusammenhang mit einer dazukommenden akuten Krankheit oder einer Unfallfolge.

Wider die Medikalisierung in der Medizinischen Therapie

Die Empfehlung der SAMW, nicht «möglichst alles zu machen», sondern «genug zu machen, aber nicht zu viel», die Beschränkung auf evidenzbasierte Behandlungen und eine Verordnungspflicht für medizinische Leistungen zielen darauf ab, die Medikalisierung einzudämmen. Der von Bundesrat und BAG ab 2013 geplante freie Zugang zu Psychologen fördert hingegen die Medikalisierung. Es ist abzusehen, dass zum Beispiel Beratungen für eine berufliche Neuorientierung und andere gesellschaftliche Anliegen dadurch ein medizinisches Etikett erhalten.

Äusserst wichtig ist das ärztliche Gespräch. Hier gilt es, Ängste abzubauen, positive Perspektiven aufzuzeigen und das Selbstvertrauen der Ratsuchenden zu fördern. Die Chronifizierung akuter Leiden kann in vielen Fällen verhindert werden, wenn früh genug wirksame Massnahmen ergriffen werden. Vor allem bei psychosozialen Belastungen darf mit ineffektiven Placebobehandlungen keine Zeit verloren gehen. Dem Hausarzt kommt dabei eine Schlüsselrolle zu, weil er das gesellschaftliche Konfliktpotenzial oft als erster erkennt, und weil er rechtzeitig die notwendigen Massnahmen einleiten kann. Es ist deshalb wichtig, dass es in der ambulanten Medizin in Zukunft nicht nur Polikliniken und Notfallstationen, sondern weiterhin auch engagierte Hausärzte gibt.

Nicht nur die Ärzte sind gefragt!

Je besser die Gesellschaft ihre Probleme löst, desto geringer ist das Risiko, dass sich die Medizin dieser Probleme annehmen muss. Auch für die Medikalisierung gilt: Die beste Therapie ist die Behandlung der Ursachen. Deshalb sind die Entscheidungsträger in Politik und Gesellschaft aufgerufen, die gesellschaftlichen Ursachen der Medikalisierung zu analysieren und einzudämmen. Ungenügende Sprachkenntnisse, tiefes Bildungsniveau, Migration, Stress am Arbeitsplatz und Arbeitslosigkeit sind Belastungen, die häufig auf die medizinischen Ebene verlagert werden. Es müssen Anreize geschaffen werden, damit Betroffene statt den Arzt den Sprachkurs besuchen, sich weiterbilden und sich aktiv um die eigene Integration bemühen.

Das Lösen von Partnerschafts- und Erziehungsproblemen darf nicht ausschliesslich an medizinische Institutionen delegiert werden. Zwar kann man Paarberatungen und Kindererziehungskurse nicht für obligatorisch erklären. Aber mit steuerlichen Anreizen könnte erreicht werden, dass die bestehenden Angebote besser genutzt werden. Für streitende Eheleute wäre elementares Basiswissen über Konfliktlösungsstrategien oft hilfreicher als Massagen und Kopfwhehtabletten.

Dr. Urs Pilgrim, Muri (AG)



Urs Pilgrim führt seit 1980 eine haus- und fachärztliche Praxis in Muri, Aargau. Nach dem Staatsexamen 1972 erhielt er am Universitätsspital Zürich seine Weiterbildung zum Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie. Nebenberuflich engagiert er sich für die Stiftung Murikultur, einer überregional bedeutenden Kulturinstitution des Kantons Aargau, und verfasst Publikationen zu standespolitischen, medizinischen und kulturellen Themen.

SAMW veröffentlicht Positionspapier «Nachhaltige Medizin»

Die heutige Medizin ist ohne Zweifel sehr erfolgreich. Allerdings ist sie damit konfrontiert, dass immer neue und höhere Anforderungen an sie gestellt werden: Die Medizin sollte sich gleichzeitig am Wohl jedes einzelnen Patienten, an der sich wandelnden Wissenschaft, an den Bedürfnissen der Gesellschaft und an den ökonomischen Rahmenbedingungen orientieren. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat diese Situation 1999 zum Anlass genommen, das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» zu lancieren.

Im Rahmen dieses Projektes veröffentlichte die SAMW 2004 den Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts». Dieses Dokument benannte wichtige Definitionen und Konzepte, bezeichnete die zentralen Werte der Medizin und hielt die Ziele der Medizin fest, dies in Anlehnung an die «Goals of Medicine», wie sie das US-amerikanische Hastings Center Mitte der 90er Jahre formuliert hat.

Nachdem das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» diese wichtige, inhaltliche Klärung geleistet hat, besteht heute die Herausforderung darin, die Werte, Ziele und Aufgaben der Medizin auch zukunftsfähig (bzw. mit einem Begriff aus der Ökologie «nachhaltig») zu gestalten.

Die SAMW hat dies zum Anlass genommen, eine Arbeitsgruppe unter Leitung von Daniel Scheidegger aus Basel mit der Ausarbeitung eines Positionspapiers «Nachhaltige Medizin» zu beauftragen. Dieser Auftrag war gleichzeitig Teil des Projektes «Nachhaltiges Gesundheitssystem», das die Akademien der Wissenschaften Schweiz Anfang 2011 lanciert haben.

Die Arbeitsgruppe hat sich in mehreren Sitzungen vertieft mit der Thematik auseinandergesetzt. Nach Sichtung der Literatur und eingehenden Diskussionen hat sie einen ersten Entwurf des Positionspapiers verfasst; diesen hat sie in einem Hearing von ausgewählten Expertinnen und Experten kommentieren lassen. Auf der Basis dieser Rückmeldungen entstand eine finalisierte Fassung, die vom SAMW-Vorstand im Oktober 2012 verabschiedet und im November veröffentlicht wurde.

Das Positionspapier sieht fünf Faktoren, die die Nachhaltigkeit der Medizin infrage stellen, und skizziert gleichzeitig zahlreiche Massnahmen, die in Richtung grösserer Nachhaltigkeit führen:

1. Der Nutzen medizinischer Interventionen ist nicht immer vorhanden, oft wird er überschätzt bzw. falsch interpretiert.

Bei bestehenden und neuen Therapien braucht es den Nachweis eines Nutzens, der sich an den Patientenbedürfnissen orientiert. Dies soll durch unabhängige Health Technology Assessments (HTA), durch eine Ausweitung von Medical Boards und durch den Ausbau von Versorgungsforschung erreicht werden. Zentral dabei ist das Triple-E-Konzept (evidence, ethics, economy), das auch juristische und soziale Aspekte wie Chancengleichheit für den Zugang zu medizinischen Leistungen berücksichtigt. Medizinische Leistungen sollen nur vergütet werden, wenn sie diesen Kriterien genügen.

2. Die Medizin weckt unrealistische Erwartungen – und ist auch mit solchen konfrontiert.

Es braucht unabhängige Guidelines, die die einvernehmliche Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient ermöglichen. Die Fachgesellschaften sind aufgefordert, eine Liste jener Interventionen zu erstellen, die unnötig und damit verzichtbar sind.

3. Die Ressourcen an Gesundheitsfachleuten sind nicht gesichert.

Anachronistische standespolitische Besitzstände von Gesundheitsfachleuten sollen abgebaut werden. Zudem braucht es einen sinnvollen Grade-Skill-Mix – durch koordinierte Aus-, Weiter- und Fortbildung der Gesundheitsfachleute und durch neue gesetzliche Rahmenbestimmungen für angepasste Tarif- und Lohnstrukturen.

4. Die finanziellen Ressourcen des Gesundheitswesens sind nicht unbegrenzt.

Um die Mittel richtig und sinnvoll einsetzen zu können, braucht es Register, Outcomeforschung und die Orientierung am Patientennutzen. Zudem ist ein gesellschaftspolitischer Diskurs notwendig, um die Frage nach der Höhe des Kostenniveaus zu beantworten.

5. Das Gesundheitswesen setzt oft falsche Anreize.

Solche Anreize entstehen z. B. durch unterschiedliche Finanzierungsschlüssel (für ambulante bzw. stationäre Versorgung, Spitex, Pflegeheime), durch Einzelleistungssysteme und durch die Verzerrung von Pauschalfinanzierungen (DRG). Erforderlich ist ein neues Finanzierungssystem, das sich an Qualität, Effizienz, Verteilungsgerechtigkeit und volkswirtschaftlichen Gesamtkosten orientiert. Zudem soll es kantonale Grenzen sprengen und den Schutz vor Übermedikalisierung ermöglichen.

Das Positionspapier richtet sich primär an Gesundheitsfachleute (Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen, Therapeutinnen und Therapeuten) und in zweiter Linie an weitere Akteure des Gesundheitssystems (z. B. Politik, Verwaltung, Versicherungen, Forschungsinstitutionen). In regelmässigen Abständen soll überprüft werden, ob die darin vorgeschlagenen Massnahmen umgesetzt wurden.

Das Positionspapier ist als Broschüre erhältlich (Bestellung an mail@samw.ch) und auf der Website der SAMW online abrufbar (www.samw.ch > Publikationen)



Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» auf der Zielgeraden

Das Gesundheitswesen der Schweiz gibt Anlass zur Sorge: Die Sicherstellung des notwendigen Personals in den Gesundheitsberufen ist schwierig. Die Verteilung der Berufsabschlüsse entspricht nicht den Bedürfnissen, die Grundversorgung ist akut bedroht. Die Kosten steigen, gleichzeitig wachsen die Ansprüche an die Leistungen. Vor diesem Hintergrund haben die Akademien der Wissenschaften Schweiz 2011 das Projekt «Nachhaltiges Gesundheitssystem» lanciert. Teil des Projektes sind zwei Studien zu den «Methoden zur Bestimmung von Nutzen bzw. Wert medizinischer Leistungen» sowie zu «Effizienz, Nutzung und Finanzierung des Schweizer Gesundheitssystems», ein «publifocus» der TA-SWISS, sowie ein Positionspapier «Nachhaltige Medizin» der SAMW. Die genannten Dokumente sind erhältlich unter www.akademien-schweiz.ch/gesundheitsystem bzw. werden am 4. Dezember im Rahmen einer Tagung am Inselespital Bern vorgestellt (weitere Informationen unter www.akademien-schweiz.ch/agenda).

Verleihung des Prix Média 2012

Am 27. September 2012 wurde im Rahmen des Kongresses ScienceComm'12 in Rapperswil der mit insgesamt 40'000 Franken dotierte «Prix Média akademien-schweiz» verliehen. Für ihre gelungene Wissensvermittlung ausgezeichnet wurden (auf dem Foto von links nach rechts) This Wachter (Technische Wissenschaften), Olivier Dessibourg (Technische Wissenschaften, nicht abgebildet), Odette Frey und Cécile Guerin (Medizin), Fleur Daugey (Naturwissenschaften), sowie An LacTruong Dinh und Sabine Bitter (Geistes- und Sozialwissenschaften). Odette Frey fragt in ihrer Radiosendung «Medizin – nur teuer oder auch nützlich?», welche Medizin wir uns angesichts steigender Gesundheitskosten leisten wollen und leisten können. Cécile Guerin beleuchtet in der Radiosendung «Maladies rares: du laboratoire au traitement», wie man die Forschung und das Interesse der pharmazeutischen Industrie für die seltenen Krankheiten anregen kann. Weitere Informationen und links zu den Beiträgen finden sich unter www.akademien-schweiz.ch/prixmedia.



Ausbau des Forschungsmagazins «Horizonte»

Das Forschungsmagazin Horizonte wird neu gemeinsam von den Akademien der Wissenschaften Schweiz und dem Schweizerischen Nationalfonds herausgegeben. Es beleuchtet viermal jährlich die Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Gesellschaft und berichtet über neue Ergebnisse und Erkenntnisse aus allen Disziplinen der Wissenschaft. Horizonte richtet sich an ein breites, an wissenschaftlichen Fragen interessiertes Publikum. Das Magazin ist kostenlos im Abonnement erhältlich oder als pdf-Dokument unter www.akademien-schweiz.ch.

«Wer soll über Wissenschaft berichten – wenn nicht Journalisten?»

Am 27. und 28. September fand im Schloss Rapperswil der Kongress ScienceComm'12 statt. Der Kongress hat sich als Marktplatz der Ideen und Akteure der Wissenschaftskommunikation etabliert und dürfte in dieser Form in Mitteleuropa einmalig sein. 194 Teilnehmerinnen und Teilnehmer reisten auf Einladung der Stiftung Science et Cité nach Rapperswil. Aus dem Angebot an 74 Präsentationen und Workshops sei nachstehend ein Vortrag herausgegriffen.

Beate Kittl, Vorstandsmitglied des Schweizer Klubs für Wissenschaftsjournalismus, gab den Input-Vortrag bei der Verleihung des «Prix Média akademien-schweiz». Unter dem Titel «Wer soll über Wissenschaft berichten – wenn nicht Journalisten?» beklagte sie, dass einer alarmierend schrumpfenden Zahl von Wissenschaftsredaktoren ein wachsendes Heer von Kommunikationsbeauftragten der Hochschulen und Forschungseinrichtungen gegenüberstehe. Dies führe dazu, dass die Kommunikatoren schleichend die Rolle der Journalisten übernehmen. Als Beispiel eines vorbildlichen Wissenschaftsjournalismus führte Beate Kittl die Beiträge an, die dieses Jahr mit dem Prix Média für Medizin ausgezeichnet wurden: «Cécile Guerin deckt in ihrem Beitrag über die brach liegende Forschung zu seltenen Krankheiten die Verbindungen und Geldflüsse zwischen öffentlicher Forschung und Pharmaindustrie auf. Und Odette Frey erfrecht sich gar zu fragen: Medizin – nur teuer oder auch nützlich? Würde es die Kommunikationsabteilung eines Universitätsspitals wagen oder für nötig befinden, diese Frage in den Raum zu stellen? Ich vermute nicht.»



NACHRUF

Zum Hinschied von Prof. Walter Hitzig, Präsident der Zentralen Ethikkommission von 1992 bis 2000

Am 9. Oktober 2012 ist Prof. Walter Hermann Hitzig im Alter von 90 Jahren nach einem reich erfüllten Leben verstorben. Die SAMW anerkennt dankbar sein grosses Engagement in ihrer Arbeit, wofür sie ihn 2000 zum Ehrenmitglied ernannt hat. Walter Hitzig hat als Kinderarzt am Zürcher Kinderspital in vorbildlicher Weise die enge Verbindung zwischen Klinik und Forschung vorgelebt, insbesondere als Hämatologe und Onkologe. Erwähnenswert sind vor allem seine bahnbrechenden Studien zu kindlichen Immundefekten, zu deren Ursache und Behandlung durch die frühe Einführung der Knochenmarkstransplantation, die ihm hohes internationales Ansehen gebracht haben. Während vieler Jahre hat sich Walter Hitzig in verschiedenen Funktionen für die SAMW eingesetzt, insbesondere als deren Vizepräsident (1988–1992) und als Präsident der Zentralen Ethikkommission von 1992 bis 2000. Sein unermüdeliches, von grossem Verantwortungsbewusstsein getriebenes Engagement als Leiter dieses wohl wichtigsten Arbeitsbereichs der SAMW verdient besondere Anerkennung. In seiner Amtszeit sind mehrere ethische Richtlinien erarbeitet und veröffentlicht worden, die von der Ärzteschaft und der Gesellschaft dankbar aufgenommen wurden, und die zum Ansehen der SAMW in der Öffentlichkeit ganz wesentlich beigetragen haben. Die bearbeiteten Problemfelder reichten von Genetischen Untersuchungen am Menschen (1993) über Organtransplantationen (1995), die Definition und Feststellung des Todes (1996) und Forschungsuntersuchungen am Menschen (1997) bis zur Xenotransplantation (2000), Themen, die mit teilweise heftigen kontroversen Diskussionen einher gegangen sind. In dieser höchst anspruchsvollen Arbeit hat sich Walter Hitzig in vorbildlicher Art mit grossem Engagement eingebracht und hat so persönlich zu deren Erfolg beigetragen. Für diese Beiträge zum Gelingen der SAMW bleiben wir Walter Hitzig dankbar.

Ewald R. Weibel, SAMW-Präsident 1997–2000

Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEK) zum Einsatz des Praena-Tests

Seit Juli 2012 ist in der Schweiz ein neuer Test zur vorgeburtlichen Diagnostik erhältlich, der sogenannte Praena-Test zum Nachweis von Trisomie 21. Die Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt, den Test nur bei Patientinnen mit einem erhöhten Risiko für Trisomie 21 durchzuführen. Für eine generelle Anwendung wurde der Test bisher nicht validiert. In den Medien wurde der Praena-Test kontrovers diskutiert; die ZEK hat deshalb Stellung zu den ethisch relevanten Aspekten genommen und Empfehlungen formuliert.

Die ZEK betont in ihrer Stellungnahme, wie wichtig es ist, dass man sich für den individuellen Entscheid über den Einsatz des Praena-Tests Zeit nimmt. Erwartungshaltungen, mit denen Frauen bzw. Paare konfrontiert sind, sollten reflektiert werden. Die Angebote der vorgeburtlichen Diagnostik können für ein Paar, das sich ein möglichst gesundes Kind wünscht, eine Erweiterung der Optionen zur Selbstbestimmung sein. Es gibt immer mehr technische Möglichkeiten zur vorgeburtlichen Diagnostik, die auf den ersten Blick risikolos erscheinen; dies birgt aber auch die Gefahr, dass werdende Mütter bzw. Eltern unreflektiert in Tests einwilligen, über deren Reichweite sie sich nicht bewusst sind. Nicht-invasive Methoden und eine hohe Wahrscheinlichkeit für ein beruhigendes Resultat erleichtern eine schnelle Einwilligung in die Durchführung der Tests, und Frauen oder Paare meinen, belastende ethische Entscheidungen gegebenenfalls später treffen zu können. Wenn dann jedoch der Fall eines hohen Risikos oder der Gewissheit einer Trisomie 21 eintritt, muss oft unter grossem Zeitdruck und emotionaler Belastung entschieden werden. Zudem kann die Entscheidungsfreiheit eingeschränkt sein, wenn die Möglichkeit, die Geburt eines Kindes mit Trisomie 21 zu verhindern, als sozialer Druck erlebt wird.

VORSTAND

Die Mitglieder von Vorstand und Zentraler Ethikkommission legen ihre Interessenbindungen offen

An der Senatssitzung vom Mai 2012 wurde angeregt, dass die Mitglieder von Vorstand und Senat ihre Interessenbindungen in geeigneter Form offen legen sollten. Der Vorstand hat dieses Anliegen aufgegriffen und signalisiert, dass er ihm grundsätzlich positiv gegenüberstehe; allerdings betrachte er den diesbezüglichen Aufwand beim Senat als zu hoch und auch nicht gerechtfertigt. Hingegen sollten die Mitglieder der Zentralen Ethikkommission ihre Interessenbindungen ebenfalls offen legen. Das entsprechende Formular enthält folgende Punkte:

In ihrer Stellungnahme empfiehlt die ZEK deshalb die Beachtung folgender Punkte:

- Die Beratung der Schwangeren im Hinblick auf die pränatale Diagnostik ist so zu gestalten, dass eine möglichst autonome Entscheidung sichergestellt ist.
- Kenntnisse zum pränatalen Screening und seiner ethischen Implikationen sind in geeigneter Weise im Rahmen der Schulbildung zu vermitteln.
- Die Unterstützung und der gesellschaftliche Einbezug von Menschen mit Trisomie 21 und ihren Familien ist zu verbessern.
- Der rechtlich gewährleistete Schutz von Menschen mit genetischen Auffälligkeiten vor Diskriminierung ist aufrechtzuerhalten bzw. zu verbessern.

Medizin-ethische Richtlinien «Intensivmedizinische Massnahmen» zur Vernehmlassung

Seit der Veröffentlichung der Richtlinien «Grenzfragen der Intensivmedizin» im Jahr 1999 haben sich die Möglichkeiten der Lebenserhaltung mit technischen und medikamentösen Mitteln stark weiterentwickelt. Entsprechend sind auch in der Bevölkerung die Erwartungen an die Erfolgsaussichten medizinischer Behandlungen bis ins höchste Lebensalter gewachsen. Die Intensivmedizin ist heute zunehmenden Spannungen ausgesetzt, die zwischen den Ansprüchen von Patienten, Angehörigen und zuweisenden Ärzten bestehen; solche Spannungen erwachsen auch aus den ethischen Fragestellungen nach der Sinnhaftigkeit bestimmter Interventionen und aus den Grenzen des Finanzierbaren, die von Politik, Versicherungen und Verwaltung diktiert werden. Zudem zeichnet sich ein Personalmangel ab, der umso stärker ins Gewicht fällt, als die Intensivmedizin zunehmend mit Aufgaben konfrontiert ist, die nicht zu ihrem primären Aufgabenbereich gehören. In diesem Spannungsfeld bedarf es klarer Grundlagen und Empfehlungen für den Einsatz intensivme-

dizinischer Massnahmen. Die Richtlinien aus dem Jahr 1999 konnten diese Entwicklungen jedoch noch nicht berücksichtigen. Daher hat die Zentrale Ethikkommission im März 2010 eine Subkommission unter dem Vorsitz von Prof. Reto Stocker (Zürich) damit beauftragt, die Richtlinien «Grenzfragen der Intensivmedizin» umfassend zu revidieren.

Der Geltungsbereich der revidierten Richtlinien umfasst alle intensivmedizinischen Massnahmen, die zur Diagnostik und Therapie von akut lebensbedrohlichen Zuständen und Krankheiten eingesetzt werden. Intensivmedizinische Massnahmen kommen zwar meist auf einer Intensivstation zur Anwendung, sie werden aber auch in der präklinischen Notfallsituation, auf der Notfallstation oder auf der Abteilung eingesetzt und sind deshalb auch ausserhalb der Intensivstation vom Geltungsbereich der Richtlinien erfasst. Der Richtlinienentwurf äussert sich zu den Zielen und zum Umfang der Intensivtherapie, und er definiert die für die Entscheidungsfindung relevanten Grundbegriffe. Schliesslich führt er aus, was dies für die Umsetzung in den einzelnen medizinischen Bereichen bedeutet. Ein besonderes Gewicht legen die Richtlinien auf die Entscheidungsprozesse auf der Intensivstation (z.B. bei Aufnahme, Verlegung und Triage). Im Anhang zu den Richtlinien werden die gebräuchlichen Scoring-systeme beschrieben sowie Empfehlungen zur Umsetzung der Richtlinien formuliert. Der Senat der SAMW wird den Richtlinienentwurf voraussichtlich am 29. November 2012 zur Vernehmlassung verabschieden. Stellungnahmen können bis Ende Februar 2013 an das SAMW-Generalsekretariat gerichtet werden.

SAMW-Empfehlungen «Ethische Unterstützung in der Medizin» neu als Broschüre

Im Mai 2012 hat der Senat der SAMW die Empfehlungen zur «Ethischen Unterstützung in der Medizin» veröffentlicht. Diese beschreiben einerseits die Strukturen und Methoden der ethischen Unterstützung und geben andererseits Hinweise zur Etablierung von Ethikstrukturen. Sie richten sich deshalb sowohl an Personen, die eine ethische Unterstützung anbieten als auch an Institutionen im stationären oder ambulanten Bereich, die ein solches Angebot aufbauen oder weiterführen wollen.

Die Empfehlungen liegen nun in Broschürenform vor und können beim Generalsekretariat der SAMW bestellt werden. Per 1.1.2013 werden alle SAMW-Richtlinien an das neue Erwachsenenschutzrecht angepasst und in einem neuen Layout gedruckt.

1. Anstellungsverhältnis, Führungsposition oder Verwaltungsratsmandat bei einem privaten oder öffentlich-rechtlichen Unternehmen
 2. Bezahlte Beratungs- oder Gutachtertätigkeit bei einem privaten Unternehmen und andere Honorare innerhalb der letzten zwei Jahre (> CHF 10 000.– pro Jahr)
 3. Finanzierung wissenschaftlicher Untersuchungen (alle Zahlungen im Rahmen eines Forschungsprojektes durch einen kommerziellen oder sonstigen Sponsor innerhalb der letzten zwei Jahre)
 4. Aktuelle Vorstandstätigkeit in einer Standesorganisation und/oder Fachgesellschaft
- Die Formulare sind auf dem SAMW-Generalsekretariat abgelegt und können auf Nachfrage eingesehen werden.

Ausführungsrecht zum Bundesgesetz über die Forschung am Menschen: Stellungnahme der SAMW

Ende August 2012 hat das Eidgenössische Departement des Innern das Anhörungsverfahren zu den Verordnungen zum Bundesgesetz über die Forschung am Menschen (HFG) eröffnet. Das Ausführungsrecht gliedert sich in drei Verordnungen, nämlich die Verordnung über klinische Versuche (HFV1), die Verordnung über nicht als klinische Versuche geltende Projekte (HFV2) und die Organisationsverordnung (OV-HFG).

In ihrer Stellungnahme verweist die SAMW auf die Kernanliegen, welchen das Ausführungsrecht genügen soll:

- international harmonisierte Bedingungen
- einheitliche und straffe administrative Abläufe
- klare Teilung der Aufgaben und Kompetenzen zwischen den Ethikkommissionen und Swissmedic
- keine zusätzliche Belastung der Forschungsbudgets infolge Inkrafttreten HFG
- flexible Anpassung an internationale Entwicklungen

Die SAMW kommt zum Schluss, dass die vorliegende Fassung des Ausführungsrechts diesen Anliegen nur teilweise Rechnung trägt. Obwohl die Regelungsdichte sehr hoch ist, ist die Abgrenzung zwischen Swissmedic, Ethikkommissionen sowie dem BAG als Koordinationsstelle nicht klar genug geregelt. Auch die Struktur des Ausführungsrechts ist aus Sicht der SAMW nicht ohne weiteres nachvollziehbar. Die Gliederung in drei Ausführungsverordnungen macht einerseits viele Querverweise erforderlich und führt andererseits zu Redundanzen, die den Text leserunfreundlich machen. Der Regelungsentwurf berücksichtigt zudem zu wenig, dass in einigen Bereichen der Medizin (z.B. Pädiatrie) Behandlungen im sog. «off label use» erfolgen müssen, obwohl sie ausgewiesener Standard sind und gemäss national und/oder international anerkannten Guidelines durchgeführt werden. Es ist wichtig, die zweckmässige und wirtschaftliche Anwendung solcher Therapien zu erforschen; dies sollte nicht durch zu enge Rahmenbedingungen erschwert werden. Insgesamt sieht die SAMW deutlichen Überarbeitungsbedarf.

SENAT

Neue Ehren-, Einzel- und Korrespondierende Mitglieder der SAMW

Der Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat an seiner Sitzung vom 29. Mai 2012 Prof. Franco Cavalli aus Bellinzona zu einem Ehrenmitglied, Prof. Dominique de Quervain aus Basel, Prof. Hans Hoppeler aus Bern, Prof. Ulrich Hübscher aus Zürich, Prof. Andreas Papassotiropoulos aus Basel, Prof. Nelly Pitteloud aus Lausanne, Prof. Felix Sennhauser aus Zürich und Prof. Amalio Telenti aus Lausanne zu Einzelmitgliedern sowie Prof. Georg Holländer in Oxford (GB) und Prof. Roland Walter in Seattle (USA) zu Korrespondierenden Mitgliedern ernannt.

Die Statuten der SAMW halten fest, dass der Senat Persönlichkeiten «aufgrund ihrer aussergewöhnlichen wissenschaftlichen Leistungen in der Medizin oder in Naturwissenschaften mit Bezug zur Medizin» zu Einzelmitgliedern berufen kann; zu Ehrenmitgliedern kann er Persönlichkeiten ernennen, «die sich um die Förderung der Wissenschaft, um das Gesundheitswesen und/oder die SAMW ausserordentlich verdient gemacht haben» und zu Korrespondierenden Mitgliedern «im Ausland lebende Gelehrte, die sich durch aussergewöhnliche wissenschaftliche Leistungen mit Bezug zur Medizin ausgezeichnet haben». Die neuen Ehren-, Einzel- und Korrespondierenden Mitglieder erhalten ihre Urkunden im Rahmen einer kleinen Feier anlässlich der Senatssitzung vom 29. November 2012.

Ehrenmitglied



Prof. Franco Cavalli

Einzelmitglieder



Prof. Dominique de Quervain



Prof. Hans Hoppeler



Prof. Ulrich Hübscher



Prof. Andreas Papassotiropoulos

Korrespondierende Mitglieder



Prof. Georg Holländer



Prof. Roland Walter



Prof. Nelly Pitteloud



Prof. Felix Sennhauser



Prof. Amalio Telenti



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. Valentin Amrhein

Mitarbeit:
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