

1 | 12

Geisteswissenschaften im  
Medizinstudium: ein Plädoyer für  
flexibles Denken 1

Editorial 2

PSA-Test nicht geeignet zur Früh-  
erkennung des Prostatakarzinoms 4

Das elektronische Patientendossier  
ist schwer durchsetzbar 5

Forschungsförderung 5

Die ZEK präzisiert die Verantwortlich-  
keiten der Ärzte im Strafvollzug 6

Die ZEK nimmt Stellung zur Durchfüh-  
rung von ärztlicher Suizidhilfe 6

Neuer Leiter Öffentlichkeitsarbeit 6



Phrenology diagram. From People's Cyclopaedia of Universal Knowledge (1883). <http://en.wikipedia.org>

## Geisteswissenschaften im Medizinstudium: ein Plädoyer für flexibles Denken

**Literatur und visuelle Künste, Human- und Sozialwissenschaften wieder in die Ausbildung von Medizinern einzubeziehen: diese Strömung nahm unter dem Begriff «Medical Humanities» in den 1960er Jahren in den USA ihren Anfang und beginnt seit rund zehn Jahren, in Europa Fuss zu fassen. An der Universität Genf werden angehende Ärzte und Ärztinnen auch von Dozenten unterrichtet, die in den Fächern Philosophie, Literatur oder Geschichte zuhause sind. Der folgende Beitrag stammt von Micheline Louis-Courvoisier, die das Genfer Programm seit 2001 entwickelt hat.**

Die Diskussionen um den Einbezug der Humanwissenschaften in die Medizin spiegeln ein breiteres Unbehagen wider, das einerseits mit den in der Gesellschaft vorhandenen Vorstellungen von der Medizin zu tun hat: viele befürchten, dass sich eine übertechnisierte Medizin immer weiter vom Menschen entfernt. Andererseits werden die Humanwissenschaften oft als akademische Insel empfunden, die den aktuellen Problemen der Gegenwart enthoben ist. Ein weitverbreitetes Klischee behauptet die Unvereinbarkeit der beiden Kulturen: wer mit dem naturwissenschaftlichen Gen geboren wurde, nehme die Welt durch die quantitative Brille wahr, während Geisteswissenschaftler Geschichten erzählen. Die einen produzieren Tabellen und Diagramme, die anderen setzen eine geschraubte Prosa in die Welt.

Aber gibt es nicht Medizinstudenten, die vielleicht zwar in voruniversitären Tagen auf Naturwissenschaften geübt wurden, aber trotzdem eine grosse geistige Offenheit und Neugier besitzen? Und haben sich nicht manche von ihnen erlaubt, vor ihrem Medizinstudium ein anderes Fach zu studieren? In meiner zehnjährigen Unterrichtstätigkeit konnte ich mich von der Neugier zahlreicher Studierender überzeugen, die sich auf die Geisteswissenschaften oder andere nicht-medizinische Disziplinen richtete. Ich denke, es ist vornehmliche Aufgabe der Universität, diese Neugierde zu kultivieren. Eine Möglichkeit dafür bietet eben der Unterricht in Medical Humanities. Vielfalt in der Ausbildung ist oft ein wirksames Antidot gegen Dogmatismus.



Prof. Peter Meier-Abt,  
Präsident

## Der gemeinsame Sinn aller Wissenschaften ist die Suche nach der Wahrheit

Die naturwissenschaftlich und technisch orientierte Medizin hat im 19. und 20. Jahrhundert zweifellos zu enormen Fortschritten in der Prävention, Diagnose und Therapie von Krankheiten geführt. Dieser Erfolg fusst weitgehend im frühen und mittleren 19. Jahrhundert, wo entschlossene Persönlichkeiten sich konsequent bemühten, die medizinische Wissenschaft auf «gesicherten Fakten» (Francois Magendie, 1783–1855) und «sur l'étude de la médecine expérimentale» (Claude Bernard, 1813–1878) aufzubauen. Vorbilder waren die bereits etablierten experimentellen Wissenschaften Physik, Chemie und Biologie, die um 1800 derart rasche Fortschritte machten, dass sie auch Goethe in den «Wahlverwandtschaften» zu dem Seufzer veranlassten: «Wir aber müssen jetzt alle fünf Jahre umlernen, wenn wir nicht ganz aus der Mode kommen wollen». Und mit der Zeit wurde die Medizin praktisch selbst zur Naturwissenschaft. Sie vernachlässigte ihre jahrhundertalte humanistische Tradition und löste sich von der Philosophie, die «seit der Antike Bestandteil der medizinischen Ausbildung war» (Peter Stulz,

SAEZ 2010; 91: 1625). Dieser naturalistische Ansatz der Krankheitsforschung war und ist bis heute zweifellos erfolgreich, denn wann immer die Life Sciences in den letzten zwei Jahrhunderten wichtige neue Entdeckungen gemacht hatten, so führte dies meist zu unmittelbaren Fortschritten im pathophysiologischen Krankheitsverständnis und/oder zur Entwicklung von neuen Therapien.

Doch die Medaille hat auch eine Kehrseite. Je mehr molekular- und zellbiologische Details zur Pathogenese von Krankheiten erarbeitet wurden, desto deutlicher zeigte sich der Mangel der «Eindimensionalität» eines rein biologisch-molekulargenetischen Krankheitsverständnisses. Dieser Mangel wurde und wird von den praktisch tätigen Ärztinnen und Ärzten besonders stark empfunden. «Gelernt haben wir Gene, Proteine, Zellen, Organe und Techniken, doch gekommen sind Menschen» (modifiziert nach Gerhard Kocher, 2006). Und «der Mensch ist eben grundsätzlich mehr, als er selbst von sich wissen kann» (Karl Jaspers, 1883–1969). Das heisst, weder die Kenntnis von Art und Funktion biologischer Bausteine, noch detaillierteste Analysen hochkomplexer systembiologischer und pathophysiologischer Wechselwirkungen vermögen letztlich dem Menschen als Person in seiner Krankheit gerecht zu werden. Grenzfragen der modernen Medizin und Biologie können ohne Einbindung von Sozial- und Geisteswissenschaften nicht menschengerecht und gesellschaftsfähig bewältigt werden. Solche Grenzfragen betreffen zum Beispiel die Definitionen von Tod in der Transplantationsmedizin oder von Lebensbeginn in der Reproduktionsmedizin, sowie die raschen Fortschritte in der Genomforschung bis hin zur möglichem Schaffung von künstlichem Leben.

Die Notwendigkeit einer Rückbesinnung auf eine menschengerechte Ganzheitsmedizin hat mittlerweile zu humanwissenschaftlichen Initiativen auf verschiedenen Stufen der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung geführt. Im Schwerpunktartikel dieses Bulletins wird das Angebot der Universität Genf in «Medical Humanities» für Medizinstudenten beschrieben. Eine breitere Analyse der «Medical Humanities an den Schweizer Hochschulen» wird von den Akademien der Wissenschaften Schweiz in Kürze publiziert und an einem Workshop am 16. März 2012 in Bern vorgestellt werden. Wertvolle Initiativen gibt es auch im postgradualen Bereich, wie zum Beispiel den berufsbegleitenden Certificate of Advanced Studies «Philosophie und Medizin» an der Universität Luzern, oder die klinisch praktizierte «Menschenmedizin» am Spital Affoltern ZH («Modell Affoltern»). Viele weitere Beispiele liessen sich aufzählen. Und sie sind offensichtlich erfolgreich, und zwar nicht gegen, sondern zusammen mit der naturwissenschaftlichen Medizin. Das Genfer Modell zeigt, dass die MedizinstudentInnen das zusätzliche Angebot an «Medical Humanities» schätzen, und dass sich Natur-, Medizin- und Geisteswissenschaften in ihrer Suche nach der Wahrheit auch im 21. Jahrhundert gegenseitig befruchten können. Die naturwissenschaftliche Medizin wird auch in Zukunft weitere grosse Erfolge feiern; die «Medical Humanities» aber bieten Gewähr, dass diese Fortschritte am einzelnen Patienten und im öffentlichen Gesundheitswesen menschengerecht angewendet werden. Auch das wusste schon Goethe, als er Faust, der als historische Figur ein Zeitgenosse von Paracelsus war, deklamieren liess: «Und wenn Natur dich unterweist, dann geht die Seelenkraft dir auf».

Mit der Debatte um die Medical Humanities befassen sich vor allem die Zeitschriften *Journal of medical humanities* (USA) und *Journal of medical ethics, Medical Humanities* (GB). Die Vielfalt der Artikel in diesen Fachzeitschriften verdeutlicht die Bandbreite der Absichten und Ziele der Medical Humanities<sup>1</sup>; die Artikel untersuchen Fragen bezüglich der einzubeziehenden Disziplinen<sup>2</sup>, des fachlichen Hintergrundes der Ausbilder (Mediziner oder Nicht-Mediziner?)<sup>3</sup>, des Ausbildungsmodus (freiwillig oder obligatorisch?)<sup>4</sup> oder der Auswirkungen eines solchen Programmes auf die medizinische Praxis.

### Lehre durch Mediziner oder Historiker?

Der fachliche Hintergrund der eingesetzten Lehrpersonen ist von nicht zu unterschätzender Tragweite. Grundsätzlich bieten sich zwei Optionen an: Die Lehre durch Mediziner, die sich für eines oder mehrere der aussermedizinischen Gebiete interessieren, oder durch Lehrkräfte, die einer anderen akademischen Kultur entstammen. Die erste Variante bietet den Vorteil, dass sie bezüg-

lich Problembewusstsein, Denkweise und Vokabular eine grosse Vertrautheit zwischen Lehrenden und Studierenden gewährleistet, weil beide derselben Fakultätskultur angehören.

Trotzdem haben wir uns an der Universität Genf für die zweite Variante entschieden. Wir setzen Lehrpersonen ein, die ein Doktorat aus den Fächern Philosophie, Literatur oder Geschichte besitzen. Diese Entscheidung ist insofern mit einem Risiko behaftet, als Humanwissenschaftlern, insbesondere Historikern<sup>5</sup>, oft vorgeworfen worden ist, sie seien nicht in der Lage, sich auf ihr jeweiliges Zielpublikum einzustellen. Es erschien uns aber wichtig, die Studierenden mit einer anderen Form des Diskurses und mit einer anderen Weltsicht zu konfrontieren. Alle obligatorischen Seminare werden sowohl von einem klinischen Experten als auch von einem Geisteswissenschaftler gemeinsam entwickelt und gemeinsam gehalten. Diese Lösung ist zwar zeitaufwändig, führt aber zu einem wahrhaft interdisziplinären Seminar.

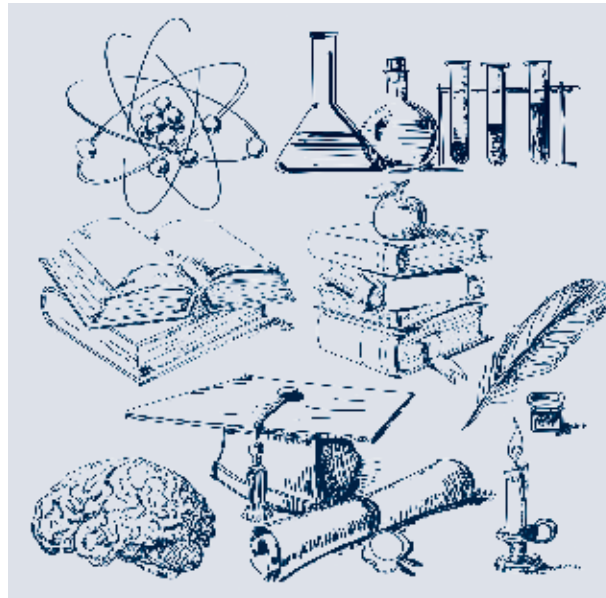
Angesichts des bereits überfrachteten Unterrichtsprogramms der angehenden Mediziner ist die Frage nach der Relevanz einer solchen obligatorischen Lehrveranstaltung berechtigt. Ist es wirklich nötig, dass die Studierenden neben dem biomedizinischen Wissen Kenntnisse anhäufen, die sie in der Praxis nicht unmittelbar anwenden können? In unseren obligatorischen Seminaren behandeln wir Themen wie die Konsultation, die Diagnose, das Arztgeheimnis, Arzt und sterbender Mensch, oder Frustration in der ärztlichen Tätigkeit. Die Humanwissenschaften dienen hier gleichsam als Kontrastmittel, das uns die Grenzen der heutigen medizinischen Praxis deutlicher erkennen lässt. Es geht weniger um die eigentlichen Inhalte der Humanwissenschaften als um die Sichtbarmachung von Strukturen medizinischen Denkens und Handelns, die Studierende oft als natürlicherweise gegeben empfinden, die jedoch durch kulturelle, ökonomische und soziale Einflüsse und Zwänge geprägt sind. Die Geisteswissenschaften dienen also als «optisches Hilfsmittel zur Betrachtung der Gegenwart»<sup>6</sup>. Wie es der 1966 verstorbene Geschichtsphilosoph Siegfried Kracauer formulierte: «Gewiss lehrt uns die Kenntnis dessen, was früher geschah, nichts darüber, was uns künftig erwartet, aber sie erlaubt uns doch, das aktuelle Welttheater aus einer gewissen Distanz heraus zu betrachten»<sup>7</sup>.

### Literarische Auseinandersetzung mit der Praxis

Zusätzlich zu den obligatorischen Seminaren bieten wir Lehrveranstaltungen im weiter gefassten Rahmen der obligatorischen Wahlfächer an. In ihrem zweiten und dritten Ausbildungsjahr müssen die Studierenden je einen Kurs pro Semester aus rund fünfzig möglichen Lehrveranstaltungen auswählen, die von der Molekularbiologie über die Humanmedizin, Anatomie, Infektionskrankheiten oder Transplantation eben bis hin zu den Geisteswissenschaften reichen. Auf längere Sicht hoffen wir, dass die Medizinstudenten auch in die Programme anderer Fakultäten aufgenommen werden können. Unsere eigenen Lehrveranstaltungen stehen bereits Studierenden anderer Fakultäten offen.

Die Studierenden selber wissen offenbar zu schätzen, dass sie in unseren Programmen die Möglichkeit erhalten, ihr künftiges praktisches Wirken zu reflektieren, sich mit dessen philosophischen Grundlagen zu beschäftigen, die historische Tradition der Wissenschaft und der medizinischen Praxis verstehen zu lernen oder sich mit der künftigen Praxis durch eigenes literarisches Schaffen auseinanderzusetzen.

Natürlich sind die konkreten Auswirkungen einer Beschäftigung mit den Geisteswissenschaften auf die Medizinstudenten schwer zu untersuchen. Wie sollten wir zunehmende geistige Flexibilität oder verbessertes interpretatorisches Geschick quantifizieren? Wenn das Ziel darin bestünde, die Ärzte «menschlicher» zu machen, wie sollten wir das beziffern? Mit geisteswissenschaftlichen Methoden untersucht man die Komplexität der medizinischen Praxis eben meist auf der Ebene der Sprache. Nach den Worten der Schriftstellerin Danièle Sallenave, Mitglied der Académie française: «Die Sprache (...) dient in erster Linie dem Denken»<sup>8</sup>. Wir hoffen, dass die Vermehrung der gedanklichen Perspektiven und die Erlernung diverser Formen des Diskurses dazu beitragen werden, das kritische Urteil der Studierenden zu schärfen, ihre Fähigkeit zuzuhören zu verbessern, und ihr Urteils- und Reaktionsvermögen zu schulen.



© raven - Fotolia.com

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften und die medizinischen Fakultäten der Schweiz fördern die Bewegung, die den Human- und Sozialwissenschaften in der Ausbildung der Medizinstudenten einen Platz einräumen will. Sie unterstützen damit das Bestreben, den Dialog zwischen zwei Kulturformen zu erneuern, die sich keineswegs feindlich gegenüber stehen, sondern die sich letztlich in dem Ziel vereinen, die Komplexität des Krankheitsgeschehens zu ergründen und besser auf die Nöte der Patienten zu reagieren.

*Prof. Micheline Louis-Courvoisier, Genf*



**Micheline Louis-Courvoisier** ist Historikerin und Professorin an der Medizinischen Fakultät der Universität Genf (Institut für Biomedizinische Ethik).

- 1 Edgar A, Pattison S (2006) Need humanities be so useless? Justifying the place and role of humanities as a critical resource for performance and practice. *J Med Ethics; Med Humanities*, 32: 92–98.
- 2 Evans M (2002) Reflection on the humanities in medical education. *Med Educ*, 36: 508–513.
- 3 Shafer A (2009) Medical humanities: demarcations, dilemmas and delights. *J of Med Humanit*, 35: 3–4.
- 4 Bleakley A, Marshall R, Brömer R (2006) Toward an esthetic medicine: developing a core medical humanities undergraduate curriculum. *J of Med Ethics; Med Humanities*, 27: 197–213.
- 5 Hunter KH (1996) Narrative, literature and the clinical exercise of practical reason. *J of Med and Philos*, 21: 303–320.
- 6 Zemon Davis N (2004) *L'histoire tout feu tout flamme; entretiens avec Denis Crouzet*. Paris, Albin Michel, p. 93.
- 7 Kracauer S (2006) *L'histoire des avant-dernières choses*. Paris, Stock, p. 57.
- 8 Sallenave D (1997) *A quoi sert la littérature?* Paris, Textuel, p. 47.



### **Die «Medical Humanities» beschäftigen auch die Akademien der Wissenschaften Schweiz**

Unter dem Titel «Intimität und Intrusion» haben die Akademien der Wissenschaften drei Workshops durchgeführt, die den Dialog zwischen Kultur- und Sozialwissenschaftlern sowie Medizinerinnen anregen sollten. Die Workshops beschäftigten sich fachübergreifend mit der Wahrung der Intimsphäre im Kontext von Erkrankung. In allen drei Workshops zeichnete sich ab, dass vielen Ärzten und Pflegenden ein naturwissenschaftlicher Referenzrahmen nicht genügt, wenn sie die Leiden ihrer Patienten interpretieren und behandeln. Ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit bezieht auch soziale und kulturelle Faktoren mit ein. Die Workshops wurden von der Kulturwissenschaftlerin Sibylle Obrecht begleitet und in einem Bericht aufgearbeitet. Die Zusammenarbeit von Medizinerinnen und Geisteswissenschaftlern unter dem Stichwort «Medical Humanities» ist und bleibt eine hochkomplexe Akrobatik, so eine der Schlussfolgerungen im publizierten Bericht zu den Veranstaltungen. Sie läuft der heute geforderten Hochspezialisierung entgegen, aber relativiert den eigenen Standpunkt und ermöglicht dadurch eine dringend benötigte Erweiterung des Horizontes.

Der Bericht zu den Workshops ist auf der Webseite der Akademien der Wissenschaften Schweiz abrufbar: [www.akademien-schweiz.ch/publikationen](http://www.akademien-schweiz.ch/publikationen)

Einen weiteren Schwerpunkt des Projektes bildet die Analyse des Angebots im Bereich der Medical Humanities an Schweizer Hochschulen. Die Integration humanwissenschaftlicher Aspekte in die Ausbildung an den medizinischen Fakultäten und den Fachhochschulen Gesundheit ist seit der Bologna-Reform im Gang. Im Jahr 2011 hat die SAMW eine Bestandesaufnahme zum Angebot von Medical Humanities in der Ausbildung von Medizinstudierenden und Fachpersonen im Gesundheitswesen durchgeführt. Die Ergebnisse der Umfrage werden veröffentlicht und an einer Expertentagung am 16. März 2012 vorgestellt.

Das Programm des Workshops zu den Medical Humanities finden Sie auf folgender Webseite: [www.akademien-schweiz.ch/agenda](http://www.akademien-schweiz.ch/agenda)

## **VORSTAND**

### **Swiss Medical Board: PSA-Test nicht geeignet zur Früherkennung des Prostatakarzinoms**

Die Messung des prostataspezifischen Antigens (PSA-Test) wird meist im Hinblick auf die Früherkennung eines Prostatakarzinoms durchgeführt, der häufigsten Krebserkrankung bei Männern. Bei symptomlosen Männern ohne Risikofaktoren taugt der PSA-Wert aber nicht als Indikator für Prostatakrebs, wie das Swiss Medical Board in einem Bericht darlegt. Es wird deshalb empfohlen, auf die Bestimmung des PSA-Wertes zu verzichten, wenn keine Symptome vorliegen.

Rund 5700 Männer erkranken jährlich in der Schweiz an Prostatakrebs. Wird dieser rechtzeitig erkannt, erhöht dies die Chancen auf eine erfolgreiche Behandlung. Zur Früherkennung stützte man sich dabei unter anderem auf die Bestimmung des prostataspezifischen Antigens im Blut. Das Swiss Medical Board, das unter anderem von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften getragen wird, hat nun untersucht, ob diese Methode eine zuverlässige Früherkennung bei symptomlosen, familiär nicht vorbelasteten Männern erlaubt. Gestützt auf die wissenschaftliche Literatur und die Meinung von Fachspezialisten kommt das Medical Board zum Schluss, dass die Bestimmung des PSA-Wertes in diesen Fällen nicht hilfreich und nicht angezeigt ist. Wird eine Messung des PSA-Wertes dennoch gewünscht, soll der behandelnde Arzt umfassend über die Unzuverlässigkeit des Tests sowie die Konsequenzen aufklären. Das Medical Board empfiehlt zudem, dass die Grundversicherung die Kosten für den Test in diesen Fällen nicht übernehmen soll.

Die Empfehlungen des Swiss Medical Board basieren auf der Erkenntnis, dass der PSA-Wert zwar die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass ein Prostatakarzinom diagnostiziert wird, gleichzeitig jedoch die Bestimmung des PSA-Wertes bei Männern ohne Risikofaktoren unpräzise ist. Auch die gesunde Prostata bildet PSA, und erhöhte Werte können sich ebenso aus anderen Gründen ergeben, z.B. bei einer Prostatentzündung oder nach der Einnahme von gewissen Medikamenten. Andererseits kann mit dem PSA-Test nicht unterschieden werden zwischen behandlungsbedürftigen Karzinomen und solchen, die keiner Behandlung bedürfen. Häufig verläuft diese Prostataerkrankung bei älteren Patienten sehr langsam und unbemerkt und hat kaum Einfluss auf Lebensqualität und Lebenserwartung. Die Erhebung des PSA-Wertes löst vielfach Folgeuntersuchungen und chirurgische Eingriffe aus; nicht selten kommt es dabei zu Nebenwirkungen und Komplikationen wie dauerhafte Inkontinenz, Impotenz und Beeinträchtigungen der Darmfunktion. Männer, deren PSA-Wert erhoben wurde, unterziehen sich zudem häufiger unnötigen chirurgischen Eingriffen. All diese Faktoren tragen dazu bei, dass das Kosten-Nutzen-Verhältnis des PSA-Tests sich insgesamt als negativ erweist.

**Das elektronische Patientendossier ist schwer durchsetzbar**

Im September 2011 hat der Bundesrat einen Gesetzes-Entwurf zur «Strategie eHealth Schweiz» verabschiedet. eHealth bezeichnet den Einsatz der elektronischen Datenverarbeitung im Gesundheitssystem. Das neue Bundesgesetz trägt der Tatsache Rechnung, dass für die moderne Patientenbetreuung oft mehrere Fachpersonen zuständig sind und Patientendaten entsprechend an mehreren Stellen unabhängig voneinander erhoben und archiviert werden. Die freie Arztwahl begünstigt ebenfalls die Entstehung von Informations-

inseln und damit die Wahrscheinlichkeit von mehrfach durchgeführten Diagnosen und Therapien. Als Folge davon können die Qualität des Behandlungsprozesses leiden und unnötige Kosten entstehen.

Als Ziele der Einführung des Patientendossiers nennt der Bundesrat die Verbesserung der Behandlung, die Erhöhung der Patientensicherheit und die Steigerung der Effizienz im Gesundheitssystem. Die Akademien unterstützen grundsätzlich den Gesetzesentwurf. Ohne staatliche Intervention würde sich die flächendeckende Einführung des Patientendossiers nur langsam realisieren lassen. Gründe dafür

sind die Unvereinbarkeit verschiedener elektronischer Systeme, die grossen Investitionskosten und der für Ärzte und Ärztinnen oft nicht unmittelbar eintretende Nutzen.

Eine rasche, flächendeckende Einführung des Patientendossiers wird erschwert durch die vorgesehene Freiwilligkeit der Massnahmen sowohl für Patienten als auch für Ärzte. Namentlich der fehlende finanzielle Anreiz für die Ärzte zur Deckung des administrativen Aufwands wird die Umsetzung massiv verzögern. Das hochgesteckte Ziel, innert 5 Jahren eine kritische Masse von Nutzern zu erreichen scheint deshalb nicht erreichbar.

**FORSCHUNGSFÖRDERUNG**

**Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds für medizinische Ethik und innovative Projekte (KZS)**

Die SAMW stellt aus dem Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds Mittel zur Verfügung für die Förderung von Forschungsprojekten auf dem Gebiet der medizinischen Ethik, sowie für Startbeihilfen bei neuartigen wissenschaftlichen Projekten, für welche noch keine etablierten anderweitigen Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Für das Jahr 2012 werden aus diesem Fonds CHF 250 000.– ausgeschüttet.

Bewerbungen um Forschungsbeiträge sollen in deutscher, französischer oder englischer Sprache eingereicht werden. Pro Gesuch werden maximal CHF 60 000.– zugesprochen. Gesuchsformulare können über die Homepage der SAMW heruntergeladen werden ([www.samw.ch/de/Forschung](http://www.samw.ch/de/Forschung)).

Einsendetermin für Gesuche ist der 31. März 2012.

**Robert-Bing-Preis 2012**

Die SAMW schreibt für 2012 den Robert-Bing-Preis für junge Forschende in Neurowissenschaften aus.

Der Preis wird aus dem Vermächtnis des Basler Neurologen Robert Bing (1878–1956) gemäss den Testamentsbestimmungen des Stifters zugesprochen an «Autoren hervorragender Arbeiten, welche Erkennung, Behandlung und Heilung der Nervenkrankheiten gefördert haben», um sie zu weiterer Forschung zu ermutigen.

Dem Wunsch des Stifters entsprechend werden als Preisträger jüngere (bis 45jährige) Schweizer Forscher bevorzugt. Der Robert-Bing-Preis wird in der Regel alle zwei Jahre mit einer Preissumme von CHF 50 000.– ausgeschrieben. Eingabetermin ist der 31. August 2012. Weitere Informationen sind abrufbar unter [www.samw.ch/de/Forschung](http://www.samw.ch/de/Forschung).

**Theodore-Ott-Preis 2012**

Die SAMW schreibt für 2012 den Théodore-Ott-Preis für ein Lebenswerk in Neurowissenschaften aus.

Der Preis wird aufgrund der letztwilligen Verfügung des Arztes Théodore Ott (1909–1991), Professor für Neurologie in Lausanne, an Forscher und Forscherinnen in der Schweiz verliehen, welche eine besonders bemerkenswerte Leistung im Bereich der Grundlagenforschung in den Neurowissenschaften vollbracht haben. Der Prix Théodore Ott wird in der Regel alle fünf Jahren mit einer Preissumme von CHF 50 000.– ausgeschrieben. Eingabetermin ist der 31. August 2012.

**Wechsel in der Geschäftsführung der Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO)**

Auf gemeinsame Initiative des Schweizerischen Nationalfonds und der SAMW wurde 2009 die «Swiss Clinical Trial Organisation» (SCTO) gegründet. Sie ist die Dachorganisation für klinische Forschung in der Schweiz; zu ihren Hauptaufgaben gehört die Koordination der sechs «Clinical Trial Units» an den Universitätsspitalern und am Kantonsspital St. Gallen. Die erste Geschäftsführerin der SCTO, Dr. Claudia Weiss, hat per Ende Oktober 2011 ihren Rücktritt erklärt, um sich einer neuen beruflichen Herausforderung zu stellen.

Als neue Geschäftsführerin hat der SCTO-Vorstand Annette Magnin aus Winterthur gewählt. Die ausgebildete Apothekerin hat jahrelang in verantwortlicher Position bei einer Clinical Research Organisation gearbeitet; sie war zuständig für die Betreuung klinischer Studien und für die Ausbildung von Prüfärzten. Ausserdem ist sie in verschiedenen fachlichen und standespolitischen Gremien engagiert. Annette Magnin ist verheiratet und Mutter einer 11-jährigen Tochter. Sie hat die neue Stelle Mitte Januar 2012 angetreten.



**Förderprogramm zur Versorgungsforschung im Gesundheitswesen**

Die Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung (Bangerter-Stiftung) und die SAMW schreiben das Förderprogramm «Versorgungsforschung im Gesundheitswesen» aus. Die Versorgungsforschung bildet die Brücke zwischen biomedizinischer und klinischer Forschung einerseits und medizinischen Interventionen unter Alltagsbedingungen andererseits.

Die Initiative will qualitativ hochstehende Forschungsprojekte im Bereich der Versorgungsforschung im breitesten Sinne ermöglichen, den wissenschaftlichen Nachwuchs in diesem Bereich fördern, und mittel- bis langfristig zu einem nachhaltigen Ausbau der Forschungs-kompetenzen und -infrastrukturen im Bereich Versorgungsforschung in der Schweiz führen. Für das Jahr 2012 stehen 1 Mio CHF zur Verfügung. Es gibt zwei Einsendetermine pro Jahr; der erste ist der 1. März 2012. Weitere Informationen zum Förderprogramm sind abrufbar unter [www.samw.ch/de/Forschung](http://www.samw.ch/de/Forschung).

### Die ZEK präzisiert die Verantwortlichkeiten der Ärzte und Pflegenden im Strafvollzug

Die medizinische Betreuung eines Häftlings im Hungerstreik und die Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an Zwangsausschaffungen haben 2010 zu medialem Aufsehen geführt und auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften beschäftigt. Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) hat dies zum Anlass genommen, die seit 2002 bestehenden medizin-ethischen Richtlinien «Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen» auf ihre Aktualität und Praktikabilität hin zu überprüfen. Sie ist zum Schluss gekommen, dass die auf der Basis weltweit akzeptierter internationaler Dokumente erstellten Richtlinien nach wie vor Bestand haben, im Straf- und Massnahmenvollzug jedoch teilweise unvollständig umgesetzt werden. Aus diesem Grund hat die ZEK in einem Positionspapier entsprechende Empfehlungen formuliert und zugleich in einem Anhang zu den bestehenden Richtlinien Hinweise zu deren Umsetzung ausgearbeitet.

Das Positionspapier «Staatliche Autorität und Medizinisches Ethos» betont, dass inhaftierte Patienten in Bezug auf die medizinische Versorgung dieselben Rechte haben wie Personen in Freiheit. In der Praxis wird aber zu wenig berücksichtigt, dass inhaftierte Personen eine spezifische Betreuung benötigen, weil sie eine höhere Prävalenz von Infektionskrankheiten, Suchtkrankheiten und psychischen Leiden aufweisen. Zudem fehlt es in vielen Gefängnissen an fachlich qualifiziertem Personal, und das Aufsichtspersonal muss medizinische Aufgaben wie z.B. die Medikamentenabgabe übernehmen. Teilweise wird aus finanziellen Erwägungen auf das Verschreiben von Medikamenten (z.B. zur Behandlung der Hepatitis C) oder auf wirksame Präventionsmassnahmen verzichtet. Die Gefahr, dass Ärzte in ihrer medizinischen Entscheidungskompetenz beeinflusst werden, ist grösser, wenn sie direkt von den Strafvollzugs- oder Justizbehörden angestellt sind. Das Positionspapier fordert deshalb, dass die fachliche Unabhängigkeit der in der Gefängnismedizin tätigen Ärzte gewährleistet sein muss. Und es betont, dass die Aufgaben und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure bei allen Massnahmen und Entscheidungen, welche die Gesundheit von inhaftierten Personen betreffen, klar definiert sein müssen.

In den Hinweisen zur praktischen Umsetzung der Richtlinien hat die ZEK ausserdem die Aufgaben von Ärzten und Pflegefachpersonen im Strafvollzug konkretisiert. Die ZEK äussert sich zu heiklen Bereichen, z.B. zur Durchführung von Zwangsbehandlungen, zum Vorgehen beim Hungerstreik oder zu den Pflichten des Arztes bei der Ausschaffung. Sie positioniert sich insbesondere auch in Bezug auf die Grenzen der ärztlichen Tätigkeit im Zusammenhang mit Ausschaffungen. Unter Umständen, die eine medizinische Beurteilung und Behandlung beeinträchtigen oder ausschliessen, hat der Arzt die moralische und rechtliche Verpflichtung, die Begleitung der Ausschaffung zu verweigern.

### Die ZEK nimmt Stellung zur Durchführung von ärztlicher Suizidhilfe

Anfragen an die ZEK haben gezeigt, dass in Einzelfällen eine nicht vertretbare Praxis der ärztlichen Suizidhilfe besteht, und zwar teilweise mit, teils aber auch ohne Beteiligung einer Sterbehilfeorganisation. Die ZEK hat dies zum Anlass genommen, in einer Stellungnahme auf die in den massgebenden Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende aufgeführten Kriterien hinzuweisen und die Voraussetzungen für deren Einhaltung zu präzisieren. Die ZEK hält fest, dass ein Suizidwunsch in mehrmaligen, persönlichen Gesprächen abzuklären ist. Der begutachtende Arzt muss über das notwendige psychiatrische Fachwissen verfügen, wenn er die Urteilsfähigkeit bei psychisch kranken Patienten beurteilt. Zudem darf der Arzt, der das Natrium-Pentobarbital verschreibt, nicht alleine die Urteilsfähigkeit beurteilen. Die ZEK verlangt zudem, dass eine allfällige Befangenheit des begutachtenden oder des verschreibenden Arztes zu thematisieren ist. Dieser muss offen legen, wenn er regelmässig Gutachten im Hinblick auf Suizidhilfe ausstellt oder Natrium-Pentobarbital verschreibt.

Die ZEK betont einmal mehr, dass in diesem heiklen Bereich eine gesamtgesellschaftliche Diskussion über die Grenzen der Suizidhilfe unerlässlich ist, und die zunehmende Etablierung der Suizidhilfe in der Verantwortung der Gesellschaft als Ganzer liegt und nicht an die Ärzteschaft delegiert werden darf.

## GENERALSEKRETARIAT



Valentin Amrhein

### Neuer Leiter Öffentlichkeitsarbeit

Seit Anfang 2012 ist PD Dr. Valentin Amrhein Leiter des Ressorts Öffentlichkeitsarbeit bei den Akademien der Wissenschaften Schweiz (60%) und bei der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (20%). Zu seinen Aufgaben gehören die Redaktion der Newsletter, der Jahresberichte und der Webseiten, und die Überarbeitung der Kommunikationsstrategie.

Valentin Amrhein war in den letzten Jahren Wissenschaftsjournalist in Basel, sowie Editor der Fachzeitschrift «Animal Behaviour». Im Nebenberuf ist er Dozent für Verhaltensbiologie, Ornithologie und Statistik an der Universität Basel, und Leiter einer Forschungsstation in der Petite Camargue Alsacienne nördlich von Basel.



### 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:  
vista point, Basel

Druck:  
Kreis Druck AG, Basel

ISSN 1662-6028



Mitglied der Akademien der Wissenschaften Schweiz