

SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

Komplexe Entscheide, schwierige Umsetzung



Reanimationsentscheide im Spital: Grundregeln sind hilfreich

INHALT

Neue SAMW-Richtlinien «Reanimation»: Komplexe Entscheide, schwierige Umsetzung	1
Editorial	2
Zwei neue CASS-Stipendiaten im Bundesparlament	3
Übergangsregelung für Biobanken bis zum Inkrafttreten des neuen Humanforschungsgesetzes	4
Palliative Care: keine neue medizinische Spezialität, sondern ein umfassender Betreuungsansatz	6
Ausführungsrecht zum Transplantationsgesetz: SAMW äussert sich kritisch	7
«Zukunft Medizin Schweiz»: Die Arbeiten sind im Gang	7
Forschung in der Grundversorgung: ein SAMW-Stipendium erleichtert HausärztInnen die Ausbildung	8

IMPRESSUM

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich.
Auflage: 3000 (2200 deutsch, 800 französisch).

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

Redaktion:
Dr. Hermann Amstad, stv. Generalsekretär
Mitarbeit:
Dr. Margrit Leuthold, Generalsekretärin
lic. iur. Michelle Salathé, wiss. Mitarbeiterin

Gestaltung: vista point, Basel
Druck: Schwabe, Muttentz

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat eine Subkommission beauftragt, sich vertieft mit dem Bereich der «Do not attempt to resuscitate (DNAR) orders» auseinanderzusetzen und hierzu medizinisch-ethische Richtlinien zu erarbeiten – eine wichtige und komplexe Aufgabe. Im folgenden Beitrag erläutert Prof. Andreas Gerber aus Biel, Leiter der Subkommission «DNAR», die Themen und Probleme, die in diesem Kontext von Relevanz sind. Ausserdem lädt er dazu ein, mit der Subkommission die Diskussion aufzunehmen und ihr Meinungsäusserungen zukommen zu lassen.

Beim REA-Entscheid geht es für einen Patienten¹ um eine zentrale, für ihn persönlich alles bedeutende Frage. Man muss unterscheiden zwischen dem komplexen Entscheidungsprozess, welcher zum DNAR-Beschluss führt, dem Beschluss selber, der Dokumentation desselben im Patientendossier und schliesslich der Art und Weise, wie der dokumentierte Beschluss in einer lebensbedrohlichen Situation umgesetzt wird. Ich erlaube mir je einen kurzen persönlichen Kommentar zu diesen vier Teilkomponenten.

Entscheidungsprozess

Der Entscheidungsprozess, welcher in einer individuellen Situation zum Beschluss «REA ja resp. nein» führt, ist derart komplex, dass sich das Behandlungsteam dessen in einer gegebenen Situation meist gar nicht bewusst ist oder ihn aus «Zeitgründen» einfach verdrängt. Jede Person des Teams ist in der Regel froh, wenn der Entscheid gefällt ist und möglichst schwarz auf weiss irgendwo im Patientendossier dokumentiert ist. Kommt es gelegentlich zu



Prof. Peter M. Suter,
Präsident

Patientenverfügungen und «Do not resuscitate orders»

Mehrere kürzlich veröffentlichte Studien bestätigen, dass nur eine Minderheit der Bevölkerung eine Patientenverfügung verfasst, mit der sie ihre Behandlungswünsche bei Unfall oder schwerer Erkrankung festhalten könnte; diese Beobachtung trifft auch für ältere Personen zu. Das Fehlen klar dokumentierter Anweisungen stellt das Pflorgeteam vor Probleme, wenn schwierige Entscheide zu fällen sind; ebenso sind die Angehörigen davon betroffen, wenn sie mit den ÄrztInnen folgen-schwere Fragen diskutieren müssen.

Die aktuelle Situation im Bereich der Patientenverfügungen erfordert aus mehreren Gründen eine vertiefte Diskussion über deren Inhalt und mögliche Verbesserungen. ÄrztInnen und Pflegende sollten viel genauer wissen, welches die Wünsche und Anliegen ihrer Patienten sind und welche Prioritäten diese in schwierigen Lebens- bzw. Krankheitsphasen haben.

In einem Land wie dem unseren, wo dem Bürger bzw. potentiellen Patienten eine grosse Autonomie kommt, reicht es nicht, medizinisch-ethische Richtlinien zu veröffentlichen oder in einem engen beruflichen Rahmen eine bestimmte Haltung festzulegen. Wie also kommt man voran bei dieser Problematik?

Zwei Elemente erscheinen mir zentral:

- eine Reflexion, die über die medizinischen Berufe hinausgeht und eine Sensibilisierung der Gesellschaft bzw. der Bevölkerung mit einschliesst;
- eine gute Ausbildung der Pflegenden und vor allem der ÄrztInnen im Bereich der Kommunikation mit dem Patienten und seinen Angehörigen.

Sich für oder gegen eine kardio-pulmonale Reanimation (im Extremfall inklusive Herzmassage) auszusprechen, bleibt so oder so eine extrem schwierige Entscheidung. Diese Art der Intervention mag in einigen Situationen vollkommen angebracht sein, in anderen hingegen als nicht gerechtfertigt erscheinen, z.B. bei einem Herzstillstand im Rahmen einer schwerwiegenden, unheilbaren Erkrankung. Zu einem umfassenden Autonomieanspruch gehört ebenso das Recht des Patienten, sowohl die Risiken einer solchen Intervention zu kennen als auch ihre Erfolgschancen.

Mein aufrichtiger Dank gilt Prof. Andreas Gerber für seine Bereitschaft, dieses heikle Thema anzugehen und im Auftrag der SAMW mit der Ausarbeitung von Richtlinien zu beginnen. Das vorliegende Bulletin ist eine erste, wichtige Etappe zum Thema Reanimation im Spital, später gefolgt von einer vertieften Reflexion und einer adäquaten Ausbildung.

einer Grundsatzdiskussion, so ersehnt sich das Team verbindliche Regeln, die es nicht gibt oder die dem «hilflosen» Team nicht bekannt sind. Aus dieser Erkenntnis heraus hat das Ethikforum unseres Spitals kürzlich beschlossen, Grundregeln für eine solche Situation zu erarbeiten. Die zu berücksichtigenden Faktoren sind: Kriterien der Reanimierbarkeit, der (mutmassliche) Wille des Patienten², der subjektive Wille des Therapeuten (man denke an den Operateur in der postoperativen Phase «seines» Patienten), grundsätzliche individual- und gesellschaftsethische Aspekte und schliesslich ökonomische Gesichtspunkte.

Eine für mich selbstverständliche und unumstössliche Grundregel ist die, dass REA-Entscheide im Wissen des betroffenen Patienten (bzw. seiner Angehörigen) und möglichst im Konsens mit dem Patienten, seinen Angehörigen und dem Betreuungsteam gefällt und getragen werden.³ In dieser Art erarbeitet, fördern solche Entscheide das Arzt-Patienten-Verhältnis und den Teamgeist innerhalb des Betreuerteams. REA-Entscheide dürfen auf keinen Fall den Eindruck erwecken, eine selbstverständliche, rein chef- oder oberärztliche Verordnung zu sein.

DNAR-Beschluss

Auch der Beschluss selber ist komplex. Zunächst sind konkrete Definitionen bezüglich REA-Status nötig. Der Alltag zeigt uns, dass der REA-Status nie als absolutes «Ja oder Nein» verstanden wird. Aus diesem Grund wünschen sich alle, dass der Entscheid, welche der einzelnen potenziell lebenserhaltenden Massnahmen nicht eingesetzt werden sollen, möglichst frühzeitig und detailliert festgelegt wird. Die Komplexität und die Individualität des so definierten DNAR-Beschlusses ist eine Herausforderung an das ganze Betreuerteam, denn auch die Umsetzung dieses Beschlusses ist eine Aufgabe des ganzen Teams.

Dokumentation

Die Dokumentation des REA-Status hat nicht nur praktische (Qualitäts-)Aspekte, sondern auch legale und (meist unbewusst) psychologische. Dabei ist die Wortwahl von Bedeutung. Diese wird individuell unterschiedlich interpretiert (vor allem von direkt Betroffenen, Ärzten und Juristen). So kann ein schriftlich festgehaltener «REA-Nein»-Entscheid den Eindruck erwecken, dass dem Patienten jegliche Therapie und damit auch Palliative Care vorenthalten werden. Missverstanden kann dieser Entscheid effektiv auch zu «therapeutischem Nihilismus» verleiten. Besonders unglücklich ist in diesem Zusammenhang der Ausdruck «therapia minima». Dieser Ausdruck ist äusserst missverständlich, ja provokativ für die Angehörigen eines Betroffenen und für Juristen. An unserer Klinik sind wir deshalb dazu übergegangen, bei Patienten am Lebensende den Begriff «maximale Komforttherapie» zu gebrauchen und schriftlich zu dokumentieren. Dieser Begriff beschreibt unseres Erachtens am besten die Erwartungen solcher Patienten an das Betreuerteam, welche zu erfüllen in der Tat ja auch unser deklariertes Ziel sein muss.

Wenn immer möglich soll der REA-Entscheid vom zuständigen Entscheidungsträger (an unserem Spital vom Oberarzt, Leitenden Arzt oder Chefarzt) unterschrieben und datiert werden. Richtigerweise findet sich im Krankendossier eine ebenfalls unterschriebene Begründung für den Entscheid.⁴ Schliesslich muss dem ganzen Betreuerteam klar sein, dass der dokumentierte REA-Status nicht absolut und nicht

1 Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit steht im ganzen Text die männliche Form stellvertretend auch für weibliche Personen.

2 Ghelli R, Gerber AU. Die Frage der Reanimation (REA): Der Patientenauftrag und Reaktionen auf dessen Erfragung. 66. Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Innere Medizin 1998.

Schwartz CE, Wheeler HB, Haammes B, et al. Early intervention in planning end-of-life care with ambulatory geriatric patients: results of a pilot trial. Arch Intern Med. 2002; 162 (14):1611-8.

definitiv ist, und dass er frühzeitig der Situation entsprechend angepasst wird. Dies gilt insbesondere auch für Langzeitpatienten. An unserer Klinik wird der REA-Status bei jedem Seitenwechsel der Pflegedokumentation neu diskutiert, aktualisiert und neu in oben erwähnter Art unterschrieben.

Umsetzung

Das Umsetzen eines dokumentierten REA-Entscheidung ist insbesondere im Gross-Spital ein fast unlösbares Problem.⁵ Eine irrtümliche Nicht-Reanimation wird sofort als «Fehler» oder als Komplikation «erkannt» und interpretiert. Es drohen (fragwürdige) juristische Konsequenzen. Demgegenüber hinterlassen der irrtümliche, den Patientenwillen missachtende Reanimationsversuch und der nicht indizierte «misslungene» Reanimationsversuch meist nur ein mulmiges, ja oft belastendes Gefühl des «Versagt-Habens». Hier sehe ich die Grundlage für eine Qualitätsverbesserung in der «Sterbekultur». Wir sollten uns häufiger bewusst werden, in welchen Situationen der Tod die natürliche Lösung der gesundheitlichen Probleme eines Patienten darstellt, und dass der Umgang mit Sterben und Tod ebenso zu unseren Aufgaben gehört, wie das Erhalten von Leben.

Prof. Andreas Gerber, Biel



Andreas U. Gerber ist ehemaliger Chefarzt der Medizinischen Klinik am Spitalzentrum Biel, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts Dialog Ethik in Zürich und Vorsitzender der SAMW-Subkommission «DNAR»

Die Subkommission «DNAR» ist an einem Austausch zu diesem Thema mit den schweizerischen Ärztinnen und Ärzten interessiert. Dieser Beitrag möchte die Diskussion mit einigen grundsätzlichen Gedanken anregen und dazu auffordern, möglichst viele individuelle Aspekte und Ideen zum Thema Reanimation einzubringen. Dabei interessieren uns nicht nur Empfehlungen im Hinblick auf die Erarbeitung von DNAR-Orders, sondern auch Ihr Vorschlag für Entscheidungskriterien für den akuten Notfall. Rückmeldungen sind erbeten an das Generalsekretariat der SAMW (m.salathe@samw.ch). Die Subkommission wird die Ergebnisse bei ihrer Arbeit berücksichtigen.

3 Vgl. Fn. 2 sowie Stolmann CJ, Gregory JJ, Dunn D, Levine JL. Evaluation of patient, physician, nurse and family attitudes toward do not resuscitate orders. Arch Intern Med. 1990; 150 (3):653-8

4 Tauber AI. Putting ethics into the medical record. Ann Intern Med. 2002; 136 (7):559-63

5 SUPPORT I. A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. The study to understand prognoses and preferences for outcomes and risks of treatments (SUPPORT). The SUPPORT Principal Investigators. Jama. 1995; 274 (20): 1591-8

Mitglieder der Subkommission DNAR

Prof. Dr. med. Andreas U. Gerber, Biel, Vorsitz
Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle, Zürich
Dr. med. Thomas M. Berger, Luzern
lic. iur. Nathalie Brunner, Neuchâtel
Dr. med. Daniel Grob, Zürich
Prof. Dr. med. Lukas Krähenbühl, Fribourg
Dr. med. Joseph Osterwalder, St. Gallen
Prof. Dr. med. Claude Regamey, Fribourg
lic. iur. Michelle Salathé, Basel
Dr. med. Martin Siegemund, Basel
Prof. Dr. med. Reto Stocker, Zürich
Prof. Dr. med. Peter Stulz, Luzern
Prof. Dr. med. Martin von Planta, Basel
Dr. med. Philipp Weiss, Basel
Dr. med. Regula Zürcher Zenklusen, Neuchâtel
Bereich Pflege: vakant

CASS

Zwei neue CASS-Stipendiaten im Bundesparlament

Das seit 2001 bestehende Programm «Wissenschaftliche Politikstipendien», vom Rat der schweizerischen wissenschaftlichen Akademien (CASS) mit Unterstützung der GEBERT RÜF STIFTUNG aufgebaut, ermöglicht jährlich zwei jungen, exzellenten WissenschaftlerInnen einen einjährigen Einsatz im Bundeshaus, wo sie die ParlamentarierInnen mit ihrem Fachwissen unterstützen. Bisher konnten sich acht StipendiatInnen in diesem aussergewöhnlichen Projekt engagieren. Mitte November sind die beiden Stipendiaten für das Jahr 2006 aus 80 BewerberInnen gewählt worden.

Frank Rutschmann ist Biologe und dissertiert an der Universität Zürich zur molekularen Altersbestimmung von Blütenpflanzen. Er hat bereits eine ganze Reihe wissenschaftlicher und populärer Artikel in seinem Fachgebiet publiziert und verfügt über breite Informatikkenntnisse. Im Botanischen Garten Zürich ist er in der Öffentlichkeitsarbeit tätig.

Ludwig Zurbriggen ist Soziologe und Politikwissenschaftler und hat seinen Dokortitel an der Universität Genf gemacht. Sein 2004 erschienenes Buch zur CVP dokumentiert seine Fähigkeit zur sachlichen, fundierten Recherche und sein grosses Interesse an der Politik. Zurbriggen hat sich im Bereich der Lehre weitergebildet. Wie sein zukünftiger Stipendiumskollege wird auch er seine hervorragenden Kenntnisse des Französischen im Parlament gut nutzen können.

Die wissenschaftlichen PolitikstipendiatInnen recherchieren und klären im Rahmen der Parlamentsdienste wissenschaftliche Fragen, die von den aktuellen politischen Dossiers aufgeworfen werden. Auch die Wissenschaft zieht Nutzen aus dem Brückenschlag: Die StipendiatInnen lernen die Arbeitsweise des Parlaments kennen und unterstützen den Dialog zwischen Politik und Wissenschaft. Der gesellschaftliche Nutzen ist offensichtlich: Das bessere Verständnis zwischen «Science et Cité» ermöglicht rasche und sinnvolle Problemlösungen.

Übergangsregelung für Biobanken bis zum Inkrafttreten des neuen Humanforschungsgesetzes

Auf Bundesebene besteht zur Zeit keine umfassende Regelung für Forschung mit biologischem Material und mit Personendaten. Dies soll sich mit dem geplanten Gesetz über die Forschung am Menschen ändern. Mit dem Inkrafttreten des neuen Humanforschungsgesetzes ist allerdings nicht vor 2010 zu rechnen. Die SAMW hat deshalb Ende Mai 2006 die neuen Richtlinien «Biobanken: Gewinnung, Aufbewahrung und Nutzung von menschlichem biologischem Material» verabschiedet; sie sind unter www.samw.ch online abrufbar.

Auf die Veröffentlichung des Richtlinienentwurfs im Mai 2005 sind über 60 Stellungnahmen eingegangen; diese zeigten das Spannungsfeld der Interessen deutlich auf. Die einen, insbesondere die Praktiker kritisierten die aus ihrer Sicht übermässige Reglementierung von Forschung und Qualitätssicherung; andere hingegen begrüsst ausdrücklich die hohe Gewichtung des Persönlichkeitsschutzes.

Die Kritik entzündete sich insbesondere an

- der Gleichbehandlung von Forschung, Qualitätssicherung, Ausbildung und Lehre;
- der Formulierung, dass die Verwaltung der Proben den anerkannten Regeln der Good Laboratory Practice (GLP) entsprechen müsse (die Formulierung war offenbar missverständlich und wurde als Pflicht zur Zertifizierung nach GLP verstanden);
- der Vorschrift, dass die Anonymisierung so früh wie möglich, in der Regel bei der Erstentnahme, erfolgen solle;
- der Forderung, dass Proben und Daten nur in Ausnahmefällen irreversibel anonymisiert werden sollen;
- der expliziten Einwilligung zu einem Forschungsprojekt als Regelfall;
- der Anforderung, bei bestehenden Biobanken die Einwilligung nachträglich einzuholen.

Die zuständige Subkommission hat die Richtlinien umfassend überarbeitet und den Kritiken Rechnung getragen, soweit dies aufgrund der geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen möglich ist.

Definition Biobanken

Im Unterschied zum Entwurf des Humanforschungsgesetzes, welches von einer engeren Definition ausgeht, ist die SAMW bei ihrer breiten Definition geblieben, hat diese aber um den Begriff «systematisch» ergänzt. Biobanken sind demnach systematisch angelegte Sammlungen von Proben menschlicher Körpersubstanzen (Blut, Urin, DNA, Gewebe, Zellen usw.) und den dazugehörigen personenbezogenen Daten.

Geltungsbereich

Wie bisher ist die Nutzung von biologischem Material zu individuell-diagnostischen, therapeutischen oder forensischen Zwecken vom Geltungsbereich der Richtlinien nicht erfasst, und bestehende eidgenössische oder kantonale Regelungen sind vorbehalten. Neu sind auch Qualitätskontrolle und -sicherung (soweit sie im Rahmen der medizinischen Praxis stattfindet) nicht mehr im Geltungsbereich der Richtlinien. Für Forschung einerseits sowie für Lehre, Aus-, Weiter- und Fortbildung andererseits gelten neu unterschiedliche Bestimmungen. Die Richtlinien enthalten neu eine Empfehlung, dass die Spitäler ihre Patienten darüber informieren, dass Gewebeproben für Lehre, Aus- und Fortbildung verwendet werden können – ausser ein Patient würde dem explizit widersprechen.

Anforderungen an Biobanken

Die Leitung einer Biobank muss sicherstellen, dass die Richtlinien eingehalten werden. Insbesondere muss sie gewährleisten, dass die Biobank über qualifiziertes Personal, geeignete Strukturen und Material verfügt, dass ein angemessenes Qualitätssicherungssystem besteht, dass die Rechte der Spender eingehalten werden und ein Reglement besteht. In der definitiven Fassung wird aufgrund diverser Einwände der Vorschlag, für mehrere Biobanken innerhalb einer Institution eine gemeinsame Leitung vorzusehen, nur noch als Empfehlung ausgesprochen. Die Subkommission berücksichtigte auch die kritischen Rückmeldungen zum Zeitpunkt, an dem die Proben kodiert werden müssen. Die frühe Kodierung wurde als nicht praktikabel erachtet. Neu wird deshalb festgehalten, dass die Kodierung so früh wie möglich, spätestens aber bei Aufnahme in die Biobank, erfolgen soll.

Schutz der Spender

Nach wie vor bildet der Schutz der Spender neben der Qualitätssicherung den Schwerpunkt der Richtlinien. Alle Forschungsprojekte, die direkt den Spender betreffen können, müssen vorgängig durch die zuständige Ethikkommission positiv beurteilt werden. Die Spender müssen der Verwendung ihrer Proben zustimmen; Voraussetzung dafür ist eine schriftliche Aufklärung. Die Richtlinien halten neu fest, dass die Aufklärung in einem angemessenen Verhältnis zur geplanten Verwendung



von Proben und Daten stehen soll. Bei der Frage der Einwilligung reichte das Spektrum der Stellungnahmen von Forderungen auf den Verzicht der Einwilligung und Einführung der Widerspruchslösung bis hin zu grundsätzlichen Bedenken dem Generalkonsent gegenüber. Für die SAMW ausschlaggebend waren die Argumente der Forschenden. Generalkonsent wird neu als Regel festgehalten; eine explizite Einwilligung hingegen ist bei Entnahme von Material für Forschung, bei Forschung mit nicht anonymisierten Proben und bei Forschung mit besonderen Risiken für den Spender erforderlich.

Bestehende Biobanken und anatomische Sammlungen

Trotz entsprechender Forderungen ist die SAMW nicht von der ursprünglichen Regelung zum Umgang mit bereits bestehenden Biobanken abgewichen. Grundsätzlich gelten für diese Biobanken die bereits geschilderten Regeln. In vielen Fällen fehlt aber eine Einwilligung des Spenders zur Weiterverwendung dieser Proben und Daten, und es besteht keine Möglichkeit, diese nachträglich einzuholen. In diesen Fällen soll – zusätzlich zur Beurteilung des Projektes durch die Ethikkommission für klinische Versuche – die eidgenössische Expertenkommission für das Berufsgeheimnis die Verwendung bewilligen. Unverändert wurden auch die Regelungen für die Verwendung von Präparaten aus menschlichem Gewebe in Sammlungen, Ausstellungen und Museen sowie die Empfehlungen an die Bundesbehörden beibehalten. Die Herstellung, Konservierung, Sammlung und Aufbereitung von Präparaten aus menschlichem Material für wissenschaftliche und didaktische Zwecke ist grundsätzlich zulässig, wobei öffentlich zugängliche Präparate anonymisiert werden müssen.

Transparente Regeln stärken das Vertrauen in die Forschung

Die SAMW ist sich bewusst, dass die neuen Richtlinien «Biobanken» ein Umdenken der Forschenden erfordern. Biobanken sind eine bedeutende Ressource für die Forschung; aus menschlichem Gewebe können neue epidemiologische, diagnostische und therapeutische Kenntnisse erworben werden, die mit bisherigen Forschungsansätzen nicht zu erzielen waren. Transparente Regeln, welche die Rechte der Spender berücksichtigen stärken längerfristig das Vertrauen in diese Forschung und die Bereitschaft der Spender, ihre Gewebeproben für die Forschung zur Verfügung zu stellen. Die SAMW wird diese Haltung auch in ihrer Stellungnahme zum Entwurf des Humanforschungsgesetzes vertreten.

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

lic. iur. Michelle Salathé, Basel, wiss. Mitarbeiterin SAMW

Mitglieder der Subkommission «Biobanken»

Prof. Dr. med. Volker Dittmann, Basel, Vorsitz
 PD Dr. med. Mario Bargetzi, Aarau
 Prof. Dr. theol. Alberto Bondolfi, Lausanne
 PD Dr. med. Bernice Elger, Genf
 Dr. med. Monica Gersbach-Forrer, Genf
 Dr. med. h.c. Hugo Kurz, Basel
 Dr. pharm. Werner Pletscher, Zürich
 lic. iur. Michelle Salathé, Basel (ex officio)
 Prof. Dr. med. Henning Schneider, Bern
 Prof. Dr. iur. Dominique Sprumont, Neuchâtel
 Dr. med. Edouard Stauffer, Bern
 Prof. Dr. med. Michel Vallotton, Genf (ex officio)



Palliative Care: keine neue medizinische Spezialität, sondern ein umfassender Betreuungsansatz

Ende Mai 2006 hat die SAMW die medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen «Palliative Care» definitiv verabschiedet. In der Vernehmlassung wurde ausdrücklich begrüsst, dass die SAMW für diesen Bereich Richtlinien ausgearbeitet hat. Die Richtlinien sind unter www.samw.ch online abrufbar.

Angesichts der demografischen Entwicklung der Bevölkerung mit einer steigenden Zahl multimorbider Menschen wird die Nachfrage nach Palliative Care in den nächsten Jahren weiter zunehmen. Die Notwendigkeit von Palliative Care und der Bedarf nach einer Förderung sind deshalb unbestritten. Trotzdem sind die Angebote im Bereich von Palliative Care kantonal nach wie vor sehr unterschiedlich.¹ Eine wesentliche Ursache dafür sind neben finanziellen Aspekten die unterschiedlichen Definitionen und Konzepte von Palliative Care. Zwar hat in den letzten Jahren eine Professionalisierung im Bereich der Palliative Care stattgefunden; das Verständnis von Palliative Care ist aber nach wie vor uneinheitlich. Dies hat sich auch in den über 30 eingegangenen Stellungnahmen zum Richtlinienentwurf «Palliative Care» gezeigt. So betonten einige Fachgesellschaften, dass Palliative Care bereits weitgehend im medizinischen Alltag integriert sei. Dieser Einwand ist aber nicht nur auf unterschiedliche Definitionen von Palliative Care und ihrer Zielgruppen zurückzuführen, sondern wohl auch auf Befürchtungen, dass die Richtlinien einer neuen

Spezialität «Palliative Care» Vorschub leisten. Bei der Überarbeitung der Richtlinien hat sich die zuständige Subkommission deshalb bemüht, das Grundverständnis von Palliative Care noch deutlicher herauszuarbeiten. Die Richtlinien halten neu fest, dass es nicht Ziel sei, eine neue medizinische Spezialität zu begründen, sondern die Anwendung von Palliative Care im medizinischen Alltag und in allen Fachbereichen zu unterstützen. Dies gilt insbesondere auch für Bereiche wie die Neonatologie, die Intensivmedizin, die Geriatrie und die Psychiatrie: Palliative Care strebt mit einem umfassenden Ansatz an, Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten während des gesamten Krankheitsverlaufes eine gute Lebensqualität zu ermöglichen.

Die Richtlinien sprechen auch Missverständnisse, Gefahren und überhöhte Erwartungen an, welchen Palliative Care ausgesetzt ist. Dies trage wesentlich zur Klärung der Möglichkeiten und Grenzen von Palliative Care bei, wurde in der Vernehmlassung mehrfach positiv bemerkt. Die Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (SGPMP) und die SAMW führen am 14. September 2006 eine gemeinsame Tagung «Palliative Care: Neue Richtlinien für die Praxis» durch, an welcher die Richtlinien vertieft diskutiert werden. Weitere Angaben zu dieser Veranstaltung finden sich unter www.samw.ch und www.palliative.ch.

Dr. Roland Kunz, Schlieren, Leiter der Subkommission «Palliative Care»

lic. iur. Michelle Salathé, Basel, wiss. Mitarbeiterin SAMW

Mitglieder der Subkommission «Palliative Care»

Dr. med. Roland Kunz, Geriatrie/Palliative Care, Schlieren (Vorsitz)
Dr. med. Urs Aemissegger, Hausarztmedizin, Winterthur
Dr. med. Eva Bergsträsser, Pädiatrie/Onkologie, Zürich
Dr. med. Christian Hess, Innere Medizin, Affoltern am Albis
Prof. Dr. med. Christoph Hürny, Geriatrie/Psycho-Onkologie, St.Gallen
Christine Kaderli, Pflege Onkologie, Nussbaumen
Dr. med. Hans Neuenschwander, Palliative Care/Onkologie, Lugano
Françoise Porchet, Pflege/Ausbildung Palliative Care, Lausanne
Susan Porchet, M.A. Musiktherapie/Ausbildung Palliative Care, Birchwil
PD Dr. med. Bara Ricou, Intensivmedizin, Genf
lic. iur. Michelle Salathé, Recht, Basel (ex officio)
Nelly Simmen, Msc, Pflege Palliative Care, Bern
Dr. theol. Plasch Spescha, Spitalseelsorge und Ethik, Bern
Prof. Dr. med. Michel B. Vallotton, Innere Medizin, Genf (ex officio)

¹ Vgl. Bestandesaufnahme der SGPMP aus dem Jahr 2002. Diese wird zurzeit aktualisiert.

Ausführungsrecht zum Transplantationsgesetz:

SAMW äussert sich kritisch

Die Transplantationsmedizin hat sich in der Schweiz während über dreissig Jahren ohne gesetzliche Grundlagen, sondern nur mit eigenen Standards und Richtlinien entwickeln können – und nie ist es zu Skandalen oder Ungerechtigkeiten gekommen. Die Praxis hat gezeigt, dass die in diesem Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre Verantwortung wahrnehmen. Das neue Transplantationsgesetz hat deshalb die bewährten langjährigen Erfahrungen in seine Grundsätze mit einbezogen. Im Gegensatz dazu zeichnen sich die dazugehörigen Verordnungen, zu denen die SAMW in diesem Frühjahr im Rahmen einer Vernehmlassung Stellung nehmen konnte, durch einen sehr hohen Regulierungs- und Detaillierungsgrad aus. Dies ist insbesondere dort problematisch, wo explizit der aktuelle medizinische Kenntnisstand widerspiegelt wird. In einem Gebiet der Medizin, wo der Wissens- und Erfahrungsstand rasant zunimmt, ist es absehbar, dass eine ganze Reihe der Bestimmungen sich in Kürze als nicht mehr zutreffend erweist und geändert werden muss.

Die SAMW ist deshalb der Meinung, dass die Verordnungen nur einen allgemeinen Rahmen geben und die zugrunde liegenden Prinzipien regeln sollten, die detaillierten medizinischen Abläufe hingegen in Richtlinien (z.B. durch die Fachgruppen von Swisstransplant) geregelt werden müssten. Damit wäre gewährleistet, dass der Geist des Gesetzes in der Praxis greift, die Detailabläufe hingegen jederzeit von den entsprechenden Fachpersonen dem neuesten Kenntnisstand angepasst werden können.

Aus Sicht der SAMW braucht es eine umfassende Überarbeitung der Verordnungstexte. Zwar könnte dies das Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes verzögern; die SAMW ist jedoch der Überzeugung, dass der ganze Bereich so wichtig und heikel ist, dass eine mögliche Verzögerung in Kauf genommen werden sollte.

«Zukunft Medizin Schweiz»: Die Arbeiten sind im Gang

Die Steuerungsgruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» hat im letzten Jahr beschlossen, aus der Palette von Aufgaben, wie sie im Bericht «Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts» beschrieben werden, vier Schwerpunkte weiter zu bearbeiten:

1. Zukünftiger Bedarf an Medizinalpersonen angesichts der demographischen Entwicklung
2. Berufsidentitäten und Berufsbilder
3. Aus- und Weiterbildung in Patientensicherheit und medizinischer Fehlerkultur
4. Rationierung

Zum Schwerpunkt 1 führt die Steuerungsgruppe am 8. Juni 2006 eine Tagung in Bern durch (siehe Kasten), bei den drei anderen setzte sie Ende 2005 drei Arbeitsgruppen ein; diese haben in der Zwischenzeit ihre Tätigkeit aufgenommen.

Die Arbeitsgruppe «Berufsidentitäten und Berufsbilder» steht unter der Leitung von Dr. Werner Bauer aus Küsnacht. An ihrer ersten Sitzung Anfang März beschäftigte sie sich mit der Frage, ob es möglicherweise eine Neudefinition der Berufsbilder bzw. eine Neuverteilung der Aufgaben brauche; die Ärzte machten heute viel, was auch andere

Berufsgruppen leisten könnten. Motivation und Moral innerhalb der Ärzteschaft seien zurzeit schlecht – eine Feststellung, die sich unter anderem im Zusammenhang mit der Ärztedemonstration vom 1. April aufdrängte.

Bereits Mitte Februar kam die Arbeitsgruppe «Aus- und Weiterbildung in Patientensicherheit und medizinischer Fehlerkultur» (unter Leitung von Prof. Arnaud Perrier aus Genf) ein erstes Mal zusammen. Der Arbeitsgruppe gehören neben anderen der Präsident und der Vizepräsident der Stiftung für Patientensicherheit an. In der Diskussion bestand Übereinstimmung, dass die Etablierung von Fehlermeldesystemen allein nichts bewirke, sondern ein tiefer greifender Kulturwandel stattfinden müsse. Teamkultur sollte bereits im Studium gefördert werden; allerdings fehlten hier nach wie vor interprofessionelle Ansätze (gemeinsame Ausbildungsmodule Ärzte/Pflege).

Bereits zweimal hat die Arbeitsgruppe «Rationierung» unter Leitung von Prof. Fred Paccaud aus Lausanne getagt. Sie hat eine ausführliche Eintretensdebatte zum Begriff der Rationierung und den damit verbundenen Bedeutungen und Erwartungen geführt, hat an der Klärung ihres Auftrages gearbeitet und eine Literaturübersicht erstellt. Bis Ende Juni dieses Jahres will die Arbeitsgruppe einen ersten Meilenstein (Problembeschreibung, Klärung der Begrifflichkeiten, Literaturübersicht) erreicht haben.

An der Tagung vom 8. Juni 2006 werden W. Bauer und F. Paccaud je einen Workshop leiten, an dem sie aus ihrer Arbeitsgruppe berichten und Rückmeldungen bzw. Vorschläge der TeilnehmerInnen entgegennehmen werden.

>Symposium

Zukünftiger Bedarf an ÄrztInnen in der Schweiz

Donnerstag, 8. Juni 2006, 8.45 Uhr – 17.00 Uhr

Bern (Weltpostverein)

Nachdem die Zahl der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz jahrzehntelang kontinuierlich zugenommen hat und gelegentlich von einer «Ärztenschwemme» die Rede war, gibt es heute Hinweise darauf, dass die Schweiz einen Ärztemangel hat bzw. auf einen solchen zusteuert.

Steuerungsmechanismen im Nachwuchsbereich sind sehr träge; Auswirkungen sind teilweise erst 15 Jahre später wirksam bzw. spürbar. Um zu verhindern, dass in 15 Jahren ein eigentlicher Notstand besteht, müssen heute die Weichen richtig gestellt werden. Ein rasches, aktives Vorgehen ist umso wichtiger, als in nächster Zeit zentrale gesundheitspolitische Entscheide (KVG-Revision, Medizinalberufegesetz) anstehen.

Die Steuerungsgruppe des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» hat dies zum Anlass genommen, am 8. Juni 2006 eine Tagung durchzuführen, an welcher der zukünftige Bedarf an ÄrztInnen in der Schweiz im Zentrum stehen und gemeinsam nach Handlungsoptionen gesucht werden soll.

Information und Anmeldung: www.samw.ch → Agenda

Forschung in der Grundversorgung: ein SAMW-Stipendium erleichtert HausärztInnen die Ausbildung

Der deutsche Politiker Matthias Wissman hat einmal gesagt: «Wenn die Volkswirtschaft kränkelt, kann man alles abschneiden – nur nicht die Blutzufuhr zum Kopf, zu Wissenschaft und Forschung.» Für ein kränkendes Gebiet ist es also nicht heilsam, Forschung und Wissenschaft zu unterbinden; vielmehr kann es sogar tödlich sein! Die Hausarztmedizin Schweiz kränkelt, wie in allen Medien zu erfahren ist. Den Forschungskopf können wir ihr allerdings nicht abschlagen – es gibt ihn noch gar nicht. Im Alltag vergesse ich oft, dass auch in der Hausarztmedizin gilt: Wenn ich entscheide, wie ich diesen Thoraxschmerz abkläre oder welche Behandlung ich einer Patientin mit Asthma vorschlage, so stammt das Wissen, das ich dazu abrufe, aus Forschungsprojekten.

Allerdings wissen wir auch, dass für viele Fragen aus der Allgemeinmedizin keine gesicherten Forschungsergebnisse vorliegen. Wir sind dann gezwungen, auf der Basis von Analogien, zusätzlich eingeholten Meinungen und Informationen sowie persönlicher Erfahrung Entscheidungen zu treffen.

«Jedes Wissen bewegt sich in einem Horizont, innerhalb dessen geforscht wird. Je beschränkter der Horizont ist, desto exakter die Forschung» (Max Müller, deutscher Philosoph). Darin liegt ein Problem: Die Hausarztmedizin hat mit ihrem Anspruch, den Patientenanliegen ganzheitlich gerecht zu werden, einen sehr weiten Horizont.

Persönliche Motivation zur Forschung in der Hausarztmedizin

Vor allem aufgrund der Diskussionen im Qualitätszirkel ab 1996 wuchs mein Interesse an diesen Fragestellungen. Wie entsteht gesichertes Wissen in unserer Disziplin? Wie können wir Unsicherheit in unseren Entscheidungen und Handlungen für uns und unsere Patientinnen reduzieren?

Ich besuchte Moderatorenkurse, belegte den Basiskurs für Forschungsmethodik in Arosa und nahm an Equip-Kongressen teil. Dabei realisierte ich, dass es in der Schweiz im Vergleich zu ähnlich entwickelten Ländern wenig Forschungsaktivitäten in der Hausarztmedizin gibt. In der Arbeitsgruppe Forschung der SGAM lernte ich Kollegen kennen, welche mutig Projekte anpackten, um Fragen zu beantworten, welche sich aus ihrer alltäglichen Praxis ergeben: Was können wir von Patienten lernen, die nicht mehr zu Kontrollterminen erscheinen? Wie tauglich ist ein neuerer Laborparameter wie CRP oder Troponin in der Hausarztpraxis? Solche und ähnliche Themen wurden auf beantwortbare Forschungsfragen kondensiert und teilweise bearbeitet; oft fehlte es dann aber an den notwendigen Ressourcen.

Umsetzung

Allein hätte ich nicht den Mut gehabt, selber ein Projekt zu starten, zu bescheiden waren auch meine methodischen Kenntnisse und Fähigkeiten. Im Ärztenetzwerk fand sich jedoch eine Handvoll interessierter Kollegen, und im Psychiater Thomas Marty dank seiner MPH-Ausbildung und seinem Engagement ein professioneller Mentor: Die Reise zu den ersten Projekten konnte beginnen. Zwischenzeitlich hatte ich zusammen mit Heinz Bhend den Kongress des EGPRN (European General Practice Research Network) in Malta besucht: Forschung unter Einsatz von elektronischen Krankengeschichten war das Hauptthema, ganz neue Perspektiven eröffnen sich hier für die Hausärzte. Die Bemühungen der FIHAMs um Anerkennung und Mittel an den Fakultäten erlebten zudem mit der Gründung des ersten Institutes in Basel einen Höhepunkt. Gegenüber der Lehre hat die Forschung jedoch an allen hausärztlichen Instanzen einen viel zu kleinen Stellenwert.

Ausblick

Zeit also, die verschiedenen Stränge zusammenzuführen: Eine Ausbildung musste her. Da kam das Projekt der SAMW-Kommission «Recherche et réalisation en médecine appliquée» (RRMA) genau richtig, welches im Zeitraum von drei Jahren Stipendien für die Ausbildung in «Forschung in der Grundversorgung» vergibt. Im Herbst 2005 erhielt ich – zusammen mit einem Unterstützungsbeitrag für ein Forschungsprojekt – als erster Hausarzt ein Stipendium zugesprochen, und in diesem Frühjahr beginne ich mit der Ausbildung. Gerne bin ich bereit, interessierten KollegInnen über meine Erfahrungen zu berichten.

Dr. Marco Zoller, Zürich



Marco Zoller ist Facharzt
für Allgemeinmedizin in
Zürich (mzoller@dplanet.ch)