

Jahresbericht
Rapport annuel
Rapporto annuale
Annual report

2001



SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

ETH-Bibliothek



EM000004595258

**Jahresbericht
Rapport annuel
Rapporto annuale
Annual report**

2001

P 514665 : 2001



Herausgeberin

Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel
www.samw.ch

Gestaltung

vista point, Basel

Druck

Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

Auflage

1700 Ex.

© SAMW/ASSM 2002

Tätigkeitsbericht

Rapport d'activités

Bericht des Präsidenten

Rapport du Président

9

Gremien

Organes

Senat und Vorstand <i>Sénat et Conseil d'administration</i>	19
Nominationskommission <i>Commission de nomination</i>	23

Forschungsförderung

Promotion de la recherche

Expertenkommission des interuniversitären MD-PhD-Programms <i>Commission d'experts du programme interuniversitaire MD-PhD</i>	24
Begutachtungskommission für Zuwendungen <i>Commission d'évaluation pour subsides</i>	29
Kommission «Forschung und Entwicklung in angewandter Medizin» <i>Commission «Recherche et réalisation en médecine appliquée» (RRMA)</i>	31
Forschungskommission für den Schweizerischen Nationalfonds <i>Commission de recherche pour le Fonds National Suisse</i>	34
Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien <i>Fondation Suisse de bourses biomédicales</i>	35
Jubiläumstiftung der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt <i>Fondation du Centenaire de la Société suisse d'Assurances générales sur la vie humaine</i>	41
Begutachtungskommission für den Robert Bing-Preis <i>Commission d'évaluation pour le Prix Robert Bing</i>	44
Begutachtungskommission für den Théodore Ott-Fonds und den A+D-Fonds <i>Commission d'évaluation pour le Fonds Théodore Ott et le Fonds A+D</i>	45
Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds <i>Fonds Käthe Zingg-Schwichtenberg</i>	47

Beratung und Dienstleistungen

Conseil et prestations

Zentrale Ethikkommission (ZEK) <i>Commission Centrale d'Ethique (CCE)</i>	49
Überregionale Ethikkommission für Klinische Forschung (UREK) <i>Commission d'Ethique Suprarégionale pour la recherche clinique (CES)</i>	52
Kommission «Wissenschaftliche Integrität in der Medizin und Biomedizin» <i>Commission «Intégrité scientifique en médecine et biomédecine» (CIS)</i>	55
Arbeitsgruppe StaR <i>Groupe de travail StaR</i>	56
Ethik-Kommission für Tierversuche <i>Commission d'éthique pour l'expérimentation animale</i>	59
Dokumentationsdienst (DOKDI) <i>Service documentaire (DOKDI)</i>	60
Kommission der biomedizinischen Bibliotheken <i>Commission des bibliothèques biomédicales</i>	63
Kommission Weiterbildung zum Laborleiter <i>Commission de formation postgraduée pour chefs de laboratoires</i>	65
Fluor- und Jodkommission <i>Commission fluor et iode</i>	67

Jahresrechnungen und Budget

Comptes annuels et budget

Bericht zur Jahresrechnung 2001 <i>Rapport concernant le compte annuel 2001</i>	70
Jahresrechnungen 2001 <i>Comptes annuels 2001</i>	74
Budget 2002 <i>Budget 2002</i>	90

Donatoren

Donateurs

91

Meinungsäußerungen und Stellungnahmen der SAMW zu Handen Eidgenössischer Instanzen

Manifestations d'opinion et prises de position de l'ASSM à l'attention des autorités fédérales

92

Publikationen und Mitteilungen der SAMW 2001

Publications et communiqués de l'ASSM en 2001

93

Kaleidoskop

Kaléidoscope

Megatrends in Medicine

Vortrag von Prof. Patrick Aebischer, EPFL, Lausanne, anlässlich des Symposiums CASS «The Rise and Fall of Megatrends in Science» vom 30. November/1. Dezember 2000 in Bern

97

Sterbehilfe: die nächsten Schritte

Artikel von Dr. Margrit Leuthold, Generalsekretärin SAMW, Basel, in der Schweizerischen Ärztezeitung 2001;82(21):1093-1095

103

«...dass sich der Kreis des Lebens in Ruhe schliesst» – Neu-Orientierung der Medizin aus der Sicht des ärztlichen Ethos

Referat von Dr. Urs Strebler, Chefarzt Medizin Kreisspital Männedorf, anlässlich der Klausurtagung «Neu-Orientierung der Medizin» am 20. Januar 2001 in Biel

108

Médecine et système de santé: des frères siamois?

Discours du Dr Ignazio Cassis, MPH, Médecin cantonal, Bellinzona, lors du Symposium «La médecine en Suisse demain» le 30 août 2001 à Berne

118

Die Zukunft der Medizin in der Schweiz

Artikel von Prof. Peter Suter, Vizepräsident SAMW, Genf, und Dr. Hermann Amstad, stv. Generalsekretär SAMW, Basel, in der Schweizerischen Ärztezeitung 2001;82(23):1206-1208

124

Ethikkommissionen zwischen Anspruch und Wirklichkeit – Rückblick auf neun Jahre «Überregionale Ethikkommission» (UREK) der SAMW

Artikel von Prof. Bruno Truniger, Luzern; Dr. André Spahr, Sion; Dr. Werner Pletscher, Zürich; Dr. Hermann Amstad, Basel, in der Schweizerischen Ärztezeitung 2001;82(45):2398-2403

127

Cellules souches embryonnaires: agir sans tout permettre

Editorial du Prof. Werner Stauffacher, Président ASSM, et du Dr Margrit Leuthold, Secrétaire générale ASSM, Bâle, Position de la Commission Centrale d’Éthique dans le Bulletin des médecins suisse 2002;83(05):85-88

138

Tätigkeitsbericht
Rapport d'activités

Bericht des Präsidenten



W. Stauffacher

Sie heilt nicht, sie lehrt nicht, sie forscht nicht...

Zurück an den Anfang des Jahres 2001. Präsident seit einem Monat. Besorgte Frage eines Freundes – Arzt: «Was tut eigentlich die Akademie der Medizinischen Wissenschaften – sie heilt nicht, sie lehrt nicht, sie forscht nicht...?». Ihre Aufgabe leitet sich von dem ab, was sie ist: 1943 von den medizinischen Fakultäten und der FMH gegründet, explizit in der Absicht, ein Praktizierenden, Lehrenden und Forschenden gemeinsames Organ zu schaffen; ein Organ, das die Interessen der Medizinischen Wissenschaft vertritt, der sie alle verpflichtet sind. Das ist sie bis heute geblieben. Deshalb rekrutieren sich ihre Akteure – mit Ausnahme des neuerdings professionell besetzten Generalsekretariats – auch nach wie vor ausschliesslich im Milizsystem – in der Praxis, der Lehre und der Forschung.

Die Interessen der Medizinischen Wissenschaft vertreten? Zu Beginn im wahren Sinne des Wortes, denn der Nationalfonds existierte noch nicht, und Forschungsförderung hing von Zufall, Gönnern und Mäzenen ab. Die erste Aufgabe der Akademie bestand denn auch in der Förderung der Forschung und des wissenschaftlichen Nachwuchses.

Später wurde der Begriff der «Vertretung der Interessen der medizinischen Wissenschaft» inhaltlich in zwei wichtigen Richtungen erweitert: Hilfe an die Akteure in Forschung und Praxis mit der Schaffung des DOKDI zur Informationsbeschaffung – vor dem Zeitalter des ubiquitären PC, der Zentralen Ethikkommission (ZEK) als Hilfe für Forscher und Praktizierende in Grenzbereichen der Medizin, die noch nicht durch Gesetze und Standesordnung geregelt sind, und – erst vor kurzem – der Kommission für wissenschaftliche Integrität in der Medizin und Biomedizin (CIS) als unbürokratische, aber kompetente Anlaufstelle bei vermutetem wissenschaftlichem Fehlverhalten.

Die zweite Richtung entsprang dem Bewusstsein, dass die Wissenschaft nur gedeihen kann, wenn sie von der Gesellschaft, der sie dient, auch verstanden und getragen wird. Und hier drückt der Schuh der Ambivalenz immer wieder: Hoffnungen auf, Wünsche nach und Dankbarkeit für Verbesserungen und Erfolge in der Prävention, Diagnose und Behandlung von Krankheiten auf der einen, aber Ängste vor den dazu nötigen wissenschaftlichen Entwicklungen (Gentechnologie, Stammzellforschung usw.) auf der anderen Seite, verbunden mit dem Vorwurf der Anmassung und des Machbarkeitswahns. Die SAMW tritt deshalb immer häufiger – direkt oder über die ZEK – mit grundsätzlichen Stellungnahmen zu gesellschaftlich relevanten, die Medizin oder die Forschung betreffenden Fragen an die Öffentlichkeit – oft in Verbindung mit Fach-Symposien zum gleichen Thema und be-

teilt sich an der öffentlichen Debatte zu diesen Fragen. Die bisher grundlegendste und langfristig zu betreuende Aufgabe in diesem Bereich ist das vor zwei Jahren begonnene Projekt «Neu-Orientierung der Medizin», das am Ende des Berichtsjahres unter der neuen Bezeichnung «Zukunft Medizin Schweiz» einen neuen Abschnitt seiner Entwicklung begann.

Eine weitere Phase der Entwicklung begann für die SAMW 1982 mit der institutionellen Anerkennung im Rahmen des Forschungsgesetzes – zusammen mit den anderen drei wissenschaftlichen Akademien – und der resultierenden finanziellen Sicherstellung. Damit wurde sie, besonders im Bereich ihrer Beziehung und Wechselwirkung mit der Gesellschaft, zu einem direkten Ansprechpartner der Bundesbehörden bei der Vorbereitung medizin- und gesundheitsrelevanter Gesetzgebung und übernahm auch formal Mitverantwortung für das, was die Medizin und die biomedizinische Forschung in der Schweiz tun und sind.

Die «Vertretung der Interessen der Medizinischen Wissenschaft» als Aufgabe der SAMW hat sich demnach im Verlauf der Jahre gewandelt: die direkte Forschungsförderung im Tätigkeitsbereich «Medizinische Wissenschaft und Praxis» ist gegenüber den Aktivitäten im Bereich «Medizin und Gesellschaft» d.h. der Wahrung der Interessen von Medizin und Wissenschaft durch ethisches Engagement, Information und durch die Mitwirkung an der wissenschaftspolitischen Diskussion als Basis aktiver Verständnis- und Vertrauensbildung in einer demokratischen Gesellschaft, in den Hintergrund getreten. Das spiegelt sich auch im Jahresbericht und im Mehrjahresplan 2004-2007 wider, der 2002 fällig ist.

Engagement in der Öffentlichkeit

Die SAMW ist im Berichtsjahr mit drei wichtigen Diskussionsbeiträgen an die Öffentlichkeit getreten: Zunächst mit dem Projekt «Zukunft Medizin Schweiz», nachdem am gleichnamigen Symposium von Ende August von einer breiten medizinischen Öffentlichkeit der klare Wunsch bekundet worden war, dass die Diskussionen über Inhalte und Ziele der Medizin in der Schweiz umsetzungsorientiert und gemeinsam mit den betroffenen Akteuren unter der Ägide der SAMW weiterzuführen sei.

Die zwei anderen Beiträge hatten ihren Ursprung in der ZEK: Ein ausführliches Positionspapier zur Frage der Forschung mit Stammzellen, begleitet von einer Mitteilung an die Medien, leuchtete die Hintergründe des ethischen Dilemmas in dieser Frage aus, befürwortete die Forschung mit menschlichen Stammzellen aus überzähligen Embryonen der In-vitro-Fertilisation, lehnte aber das therapeutische Klonieren beim heutigen Stand des Wissens ab.

Der dritte Diskussionsbeitrag stellt eine logische Folge des Symposiums «Sterbehilfe: Hilfe beim oder zum Sterben?» vom Herbst 2000 dar und erfolgte als Reaktion auf einen parlamentarischen Vorstoss, der die aktive Sterbehilfe unter bestimmten Voraussetzungen von Strafe hätte befreien wollen.

In einer an die mit der Frage befassten Mitglieder des Bundesparlaments gerichteten Stellungnahme – ebenfalls begleitet von einer Medienmitteilung – bekräftigte die SAMW ihre ablehnende Haltung gegenüber jeder Form aktiver Sterbehilfe und setzte sich gleichzeitig für eine aktivere Förderung der Palliativmedizin ein.

Mit diesen Äusserungen zu medizinisch-wissenschaftlich und politisch aktuellen Themen, die auch in der Öffentlichkeit kontrovers diskutiert werden, bekräftigt die SAMW ihr Engagement im Dienste der Öffentlichkeit und den Willen, sich in wichtigen Debatten aufgrund faktisch und nach ethischen Gesichtspunkten ausgeleuchteter und begründeter Argumente aktiv, unabhängig und autonom zu positionieren.

Medizin und Gesellschaft

Zukunft Medizin Schweiz – vormals Neu-Orientierung der Medizin

Das 1999 auf Initiative von Prof. Johannes Bircher unter dem Präsidium von Prof. Ewald Weibel aus der Taufe gehobene und von einem Steuerungsausschuss unter der Leitung von Prof. Bircher geführte Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» erlebte nach zwei Klausurtagungen (August 2000 und Januar 2001), die einer Situationsanalyse dienten, mit dem Symposium «Zukunft Medizin Schweiz» im August des Berichtsjahres seinen ersten Höhepunkt.

Es ging einerseits darum, einer breiten Öffentlichkeit Angehöriger aller Medizinalberufe, aber auch Vertreterinnen und Vertretern von Patientenorganisationen, Ökonomie, Ethik, Recht und Politik die kritischen Aussagen der Teilnehmenden der zwei Workshops und das Ergebnis der vom GfS-Forschungsinstitut in Bern im Auftrag der SAMW durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung zu präsentieren und andererseits um einen ersten Versuch, die Möglichkeiten einer konkreten Umsetzung einiger zentraler Kritiken in verändertes Verhalten in Podiumsdiskussionen gemeinsam zu erörtern.

Eine «Folgeveranstaltung» am folgenden Morgen vereinigte dann die verantwortlichen Exponenten aller am Vortag vertretenen Berufsgruppen, Organisationen und der Bundesverwaltung und hatte die Diskussion von Vorgehensweisen für eine solche Umsetzung zum Ziel.

Die grundsätzlichen Forderungen der zwei Klausurtagungen, die den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von Angehörigen des Steuerungsausschusses erläutert wurden, lauteten wie folgt:

- Eine für die Schweiz demokratisch legitimierte Diskussion der Ziele der Medizin ist notwendig.
- Grössere Beachtung für das «Empowerment» von Bürgerinnen und Bürgern, Patientinnen und Patienten unter den Stichworten von Selbstverantwortung und Information.

- Die medizinischen Entscheidungsgrundlagen sind zu verbessern – sowohl im naturwissenschaftlichen wie auch im sozial- und geisteswissenschaftlichen Bereich.
- Die Transparenz und Nachvollziehbarkeit medizinischer Entscheidungen in Grenzsituationen ist zu verbessern; entsprechende Methoden sind zu erarbeiten.
- Die wirtschaftlichen Anreize im Gesundheitswesen unterstützen in vielen Bereichen die Qualität der Medizin nicht und sind entsprechend anzupassen.
- Das lebenslange Lernen ist in allen Medizinalberufen zu vertiefen und zu intensivieren.

In den drei Podiumsdiskussionen am Nachmittag wurden vom Steuerungsausschuss formulierte konkrete Umsetzungsvorschläge zu folgenden übergeordneten Themen unter der kompetenten Leitung von vorbereiteten professionellen Moderatorinnen und Moderatoren erörtert:

- Empowerment und Motivation von Gesunden und Kranken
- Entscheidungsgrundlagen in Grenzsituationen der Medizin
- Neues Rollenverständnis und Zusammenarbeit in den Medizinalberufen.

Obwohl die drei Gruppen teilweise detaillierte Ideen für die Umsetzung präsentierten, ging der generelle Tenor der Schlussfolgerungen der Teilnehmenden dahin, dass der Moment für konkrete Umsetzungen nicht gekommen sei, solange die grundlegende Diskussion über die Ziele der Medizin nicht auch auf breiterer Basis geführt worden ist. Mit anderen Worten: dem Steuerungsausschuss wurde gute und sorgfältige Arbeit attestiert, aber «die Basis» wünschte an der Grundsatzdiskussion über die Ziele der Medizin beteiligt zu sein, bevor sie Umsetzungen diskutiert.

Der Tenor an der Folgeveranstaltung vom 31. August war identisch: die Grundsatzdiskussion muss zwar notwendigerweise in einem beschränkten Kreis geführt werden, sie muss aber periodisch an die Basis getragen und dort legitimiert werden. Erst dann können Umsetzungsvorschläge mit Aussicht auf Erfolg präsentiert und diskutiert werden.

Dieser Gedanke wurde vom Vorstand anlässlich seiner Klausur im September aufgenommen. Das Projekt wird ab 2002 aufgrund einer am Ende des Berichtsjahres von SAMW, FMH und den Dekanen der fünf Medizinischen Fakultäten unterzeichneten Vereinbarung unter der Leitung eines 3-köpfigen Vorstandsausschusses (SAMW, Fakultäten, FMH) von einer Expertengruppe von 9 Mitgliedern weitergeführt, welcher Prof. Johannes Bircher als Initiator des Projektes angehört und die von Prof. Dieter Bürgin, Einzelmitglied der SAMW und Mitglied des bisherigen Steuerungsausschusses, präsidiert wird. Neu lautet die offizielle Bezeichnung des Projektes «Zukunft Medizin Schweiz» – «La médecine en Suisse demain».

Palliativmedizin

Im Anschluss an das Symposium «Sterbehilfe: Hilfe beim oder zum Sterben?» und angesichts der politischen Diskussionen im Berichtsjahr hat die SAMW beschlossen, sich aktiv für die Verbreitung der Palliativmedizin in der Schweiz zu engagieren und Forschungsprojekte über die Art und die Motivation von Entscheidungen am Lebensende und über den Einfluss palliativmedizinischer Betreuung auf den Sterbenswunsch schwerst leidender Patientinnen und Patienten zu unterstützen.

In enger Zusammenarbeit mit der Schweizerischen Gesellschaft für Palliativmedizin und -pflege wurden im Berichtsjahr kurz- und mittelfristige Ziele gesetzt, die diesem Zweck dienen sollen. Kurzfristig beteiligt sich die SAMW an der Finanzierung von Veranstaltungen und wissenschaftlichen Symposien, setzte einen Preis für innovative Leistungen im wissenschaftlichen und klinischen Bereich aus, der im Frühjahr 2002 erstmals vergeben wird und finanziert kurze Weiterbildungsaufenthalte für entsprechend qualifizierte junge Fachleute aus Medizin, Pflege und Psychologie an renommierten ausländischen Institutionen. Im Bereich der Verbesserung der praktischen Implementierung der Palliativmedizin in der Schweiz beteiligt sich die Akademie aktiv an einem am Ende des Berichtsjahres geschaffenen «Palliative Care Council» der Grundversorger.

Im Rahmen der kurzfristigen Massnahmen zur Forschungsförderung hat die SAMW es übernommen, für eine EU-Studie, an der die Schweiz beteiligt ist, als neutrale Anlaufstelle für den Rücklauf von Fragebogen von Ärztinnen und Ärzten zu dienen und die Anonymisierung der Fragebogen sicherzustellen. Mittelfristig ist die Initiierung von Forschungsprojekten zu ethischen Fragen und die Förderung eines qualifizierten wissenschaftlichen Nachwuchses in der Palliativmedizin vorgesehen.

Zentrale Ethikkommission ZEK

Die Tätigkeit der ZEK wurde einerseits durch die Aktualität geprägt, indem – wie erwähnt – die Diskussionen um die Gewinnung, die allfällige Einfuhr und wissenschaftliche Verwendung von Stammzellen und die Parlamentsdebatte zur Frage der aktiven Sterbehilfe nicht nur Gelegenheit zur öffentlichen Darlegung der Standpunkte und Argumente der SAMW boten, sondern eine solche geradezu verlangten. Andererseits befasste sich die Kommission weiterhin mit der Revision bestehender und der Formulierung neuer medizinisch-ethischer Richtlinien.

So wurden die neuen Richtlinien für die Medizin in Zwangssituationen, mit der die SAMW Neuland betritt, am 29. November vom Senat zur Vernehmlassung freigegeben. Im Stadium der Vorbereitung befinden sich neue Richtlinien zur Frage von Zwangsbehandlungen, besonders in der Psychiatrie, während die Revision derjenigen für die «Feststellung des Todes im Hin-

blick auf die Transplantation» und zur «Transplantation fötaler menschlicher Gewebe» praktisch abgeschlossen ist. Neu in Revision befinden sich die Richtlinien «für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten» (voraussichtlich Aufteilung in zwei RL) und «der Ältere Mensch im Heim».

Weiteres Neuland betrat die ZEK mit ersten Arbeiten zur Frage der Haltung zu und der Vermeidung von Interessenkonflikten zwischen Ärztinnen und Ärzten und der Industrie in allen Bereichen der ärztlichen Tätigkeit, inkl. Weiter- und Fortbildung. Ein von der SAMW am 1. November durchgeführter Informationsworkshop zu diesem Thema stiess – nicht unerwartet – auf reges Interesse. Zwei Arbeitsgruppen werden die verschiedenen Aspekte dieser Problematik im Hinblick auf den Erlass entsprechender Richtlinien durch die SAMW bearbeiten.

«Nach-UREK»: Zusammenarbeit SAMW – kantonale Ethikkommissionen – IKS/Heilmittelinstitut

Nach dem Wegfall der UREK, deren Auflösung der Senat anlässlich der Junisitzung bestätigt hat, bemüht sich die SAMW gemeinsam mit den Bundesbehörden (BAG, Heilmittelinstitut) und den kantonalen Ethikkommissionen im Rahmen der informellen gemeinsamen «Arbeitsgruppe für die Standardisierung von Richtlinien und Formularen von Ethikkommissionen sowie Registrierung von Studien und Probanden» (AG Star) um eine Vereinheitlichung und Vereinfachung des Verkehrs zwischen Gesuchstellern, lokalen Ethikkommissionen und Bundesbehörden (Antragstellung, Berichts- und Meldewesen, Administration). Entsprechend ihrer Bezeichnung engagiert sich die Kommission im Interesse sowohl der Probandinnen und Probanden als auch der Qualität klinischer Studien auch für die Schaffung von Probandenregistern.

Die Mitwirkung der SAMW an diesen Arbeiten dient der Etablierung und Konsolidierung des neuen Zusammenwirkens zwischen den Ethikkommissionen und dem Heilmittelinstitut in einem Verhältnis gegenseitigen Respekts und Vertrauens und ist demnach naturgemäss zeitlich limitiert.

Mitwirkung in eidgenössischen Gremien

Es ist ein erfreulicher Ausdruck des Ansehens, das die SAMW und ihre Tätigkeit geniessen, dass immer wieder Mitglieder als Delegierte oder ad personam in Gremien berufen werden, die Aufgaben von nationaler Bedeutung wahrnehmen. So wirkte Prof. Ewald Weibel – wie bereits im Vorjahr – als Mitglied ad personam in der vorbereitenden Kommission für das Bundesgesetz über die Forschung am Menschen mit, und Frau Dr. Margrit Leuthold wurde in die im Berichtsjahr geschaffene Nationale Ethikkommission für

den Humanbereich (NEK) berufen, wo noch weitere Mitglieder der ZEK der SAMW dazu beitragen, dass die zwei Kommissionen komplementär und nicht nebeneinander arbeiten.

Stellungnahmen zu Gesetzesvorlagen

Die enge Zusammenarbeit mit Bundesbehörden im Bereich der Vorbereitung gesetzgeberischer Neuerungen wurde im Berichtsjahr fortgesetzt, wenn auch der Anfall zu beurteilender Gesetzes- und Verordnungstexte geringer war als im Vorjahr.

Das gewichtigste Geschäft stellten dabei die umfangreichen Verordnungen zum neuen Heilmittelgesetz dar, die zu Beginn des Jahres wegen der für die Jahresmitte vorgesehenen Inkraftsetzung des Gesetzes unter enormem Zeitdruck beurteilt werden mussten. Einmal mehr konnte die SAMW dabei auf die hervorragende Milizarbeit ihrer fachkompetenten Einzelmitglieder zählen. Die ausführliche kritische Stellungnahme der SAMW betraf vor allem Schwachpunkte im Bereich der Verordnungen zu den klinischen Versuchen. Erfreulicherweise wurden diese bei der Überarbeitung der Vorlage durch die zuständigen Bundesbehörden – die bekanntlich eine Verschiebung der Inkraftsetzung des Heilmittelgesetzes auf Anfang 2002 erforderlich machte – mehrheitlich berücksichtigt.

Medizinische Wissenschaft und Praxis

Nachwuchsförderung

Bei der unter dem Patronat der SAMW stehenden Schweizerischen Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien, die neu von Prof. Harald Reuter präsiert wird, ist der beim Nationalfonds und anderen Stiftungen feststellbare Rückgang der Gesuche um teilweise über 10 % bisher nicht eingetreten; allerdings sind wegen kleiner Zahlen grössere prozentuale Schwankungen üblich und feine Trends deshalb nicht leicht erkennbar. Der Frauenanteil bei den Gesuchseingängen ist mit über 33 % beachtlich, bei den Zusprachen mit 29 % niedriger, aber noch immer erfreulich. Bei einem Durchschnittsalter der Stipendiatinnen und Stipendiaten von 34 Jahren lässt die Tatsache, dass der Anteil von Erststipendien wiederum 40 % beträgt, einmal mehr darauf schliessen, dass es an unseren Kliniken noch immer an einer systematischen Karriereplanung fehlt.

Beim MD-PhD-Programm, bei dem die SAMW sowohl als Betreuerin des Sekretariats, mit dem Präsidium der Expertenkommission (neu Prof. Peter Meier-Abt) und durch den Beitrag eines Stipendiums beteiligt ist, erhielten 7 von 10 Bewerberinnen und Bewerbern ein 3-jähriges Stipendium. Erfreulicherweise stammten 3 der 7 erfolgreichen Bewerbungen von Frauen. Noch

immer wartet das Programm auf die erste Bewerbung um ein Stipendium für ein geisteswissenschaftliches Zweitstudium. Erste Gespräche zur Klärung der Ursache dieses Umstandes deuten auf die völlig unterschiedlichen Strukturen der Weiterbildung zwischen Medizin und Geisteswissenschaften als «Schuldige». Es wird wichtig sein, das Programm auch für die Geisteswissenschaften für die offenbar seltenen, dann aber wichtigen Fälle, wo Bedarf dafür besteht, weiterhin anzubieten.

Forschungsförderung

In seiner Funktion als Begutachtungskommission für Forschungsgesuche aus dem ausser-universitären Bereich und für Gesuche um Unterstützung von Symposien und Workshops hat der Vorstand von 28 Gesuchen 25 zumindest teilweise oder in der Form von beschränkten Defizitgarantien bewilligen können. Als Forschungskommission des Nationalfonds hat der Vorstand jährlich 4-5 Forschungsprojekte ausser-universitärer Institutionen im Hinblick auf ihre Realisierbarkeit zu begutachten und 2-3 Stipendiengesuche angehender Forscherinnen und Forscher, die nicht an einer Schweizer medizinischen Fakultät promoviert haben.

Aus dem Théodore Ott-Fonds wurden von der zuständigen Fachkommission 4 von 11 vorgelegten Projekten jüngerer Grundlagenforscher aus dem Bereich der Neurowissenschaften teilweise bewilligt.

Der A+D-Fonds wurde im Berichtsjahr wiederum ausgeschrieben. Von den 6 eingegangenen Gesuchen wurde nur eines einhellig positiv beurteilt und demnach unterstützt. Es wurde beschlossen, bei künftigen Ausschreibungen vermehrt Pilotstudien mit kleineren Beträgen zu berücksichtigen und so die beschränkten Mittel des Fonds sinnvoller auszunützen.

Die Kommission RRMA für Praxisforschung hat im Berichtsjahr erstmals Erfahrungen mit Projekten gemacht, deren Thematik sie selbst ausgeschrieben hat. Das Interesse war gross, eine Beurteilung des tatsächlichen Erfolges wird erst in den kommenden Jahren möglich sein.

Das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM), zu dessen Gründungsmitgliedern die SAMW zählt, und in dessen Stiftungsrat sie vertreten ist, wurde auch im Berichtsjahr von der SAMW finanziell unterstützt. Es hat sich erfreulich entwickelt und wird heute von Fachgesellschaften, FMH und Bundesbehörden zur Lösung verschiedenster Aufgaben beigezogen. Da diese Leistungen honoriert werden und dank der Organisation einer anspruchsvollen jährlichen Fortbildungstagung hat sich die finanzielle Situation des Kollegiums so entwickelt, dass die SAMW angesichts ihrer eigenen finanziellen Lage und trotz ihrem diesbezüglichen Engagement im Mehrjahresplan für das kommende Jahr die Zusage einer Defizitgarantie in der Höhe der bisherigen Unterstützung erwägt.

Senat

Der Senat tagte am 12. Juni und am 29. November des Berichtsjahres in Bern. Während die Novembersitzung vornehmlich der Erledigung administrativer Geschäfte und der Berichterstattung diente, wurde die Junisitzung neben den Wahlen der Ehren-, Einzel- und korrespondierenden Mitglieder von den abschliessenden Entscheiden zu DOKDI (Auflösung des Kuratoriums) und UREK (Bestätigung des Auflösungsentscheides) geprägt. Beide Entscheide setzten einen Schlusspunkt unter wichtige und erfolgreiche Aktivitäten der SAMW, die anderweitig gewürdigt worden sind.

Im Bereich der medizinisch-ethischen Richtlinien wurden anlässlich der Juni-Sitzung die von der zuständigen Subkommission der ZEK unter der Leitung von Frau Dr. U. Steiner-König erarbeiteten «Empfehlungen zur Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung» genehmigt, welche die zunächst in Kraft bleibenden medizinisch-ethischen Richtlinien zur Sterilisation ergänzen. An der Novembersitzung wurden die neuen medizinisch-ethischen Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen in erster Lesung genehmigt und zur Vernehmlassung freigegeben. Gleichzeitig wurden diejenigen über die ärztlich assistierte Fortpflanzung formell zurückgezogen, da sie nicht nur durch die neue Gesetzgebung überflüssig wurden, sondern dieser in Teilen widersprechen.

Zu Ehrenmitgliedern ernannte der Senat Prof. Giorgio Nosedà und Prof. Bruno Truniger. Professor Nosedà wurde für seine enormen Verdienste um die Krebsforschung in der Schweiz und für seinen Einsatz zugunsten der SAMW als langjähriges Vorstandsmitglied geehrt und Professor Truniger für seinen jahrelangen unermüdlichen und erfolgreichen Einsatz als Präsident der UREK.

In Anerkennung ihrer herausragenden wissenschaftlichen Leistungen wurden Prof. Dieter Bürgin, Prof. Paul Kleihues, Prof. Urs A. Meyer, Frau Prof. Isabel Roditi, Prof. Martin Schwab und Prof. Jean-Dominique Vassalli zu Einzelmitgliedern ernannt und Prof. Max Birnstiel, Wien, zum korrespondierenden Mitglied.

CASS

Der CASS-Rat, dem von Seiten der SAMW ausser dem Präsidenten und der Generalsekretärin die Herren Proff. Giorgio Nosedà und Ewald Weibel angehören, sowie, nach dem Rücktritt von Prof. Adriano Aguzzi, neu Frau Prof. Käthi Geering, Lausanne, befasste sich an einer zweitägigen Klausur im März des Berichtsjahres und an seiner séance de réflexion im September ausführlich mit den Horizonten der Forschung bis 2010. Die Ergebnisse dieser Arbeiten, die sowohl die voraussichtliche allgemeine Orientierung der Forschung bis zum Ende des jetzigen Jahrzehnts als auch konkrete Schwer-

punkte der Arbeit der einzelnen Akademien für diesen Zeitraum betreffen, sollen 2002 in einer umfassenden Schrift veröffentlicht werden.

Das CASS-Präsidium, das aus den Präsidenten und Generalsekretärinnen und Generalsekretären der vier Akademien besteht, war intensiv damit beschäftigt, zuhauenden der Bundesbehörden die Haltung der Akademien zu Fragen der schweizerischen Hochschul-, Forschungs- und Bildungspolitik zu formulieren.

Dies geschah zunächst in einer ausführlichen Stellungnahme zu den Perspektiven «Durch Bildung und Fortschritt die Zukunft gestalten» von Staatssekretär Charles Kleiber, Direktor GWF, wo Inhalte der Aktivitäten und die Strukturen des schweizerischen Bildungs-, Forschungs- und Technologiebereiches (BFT) zur Diskussion standen. Hier bestanden die Akademien einerseits darauf, dass Strukturen für Hochschulen (inkl. Fachhochschulen) nur diskutiert werden können, wenn deren Aktivitäten auch inhaltlich umschrieben sind und andererseits darauf, dass im Bereich der Leitungsstrukturen klarer zwischen strategischer und operativer Ebene unterschieden wird, wobei der letzteren tatsächlich die operative Autonomie zugestanden werden muss.

Die zweite Stellungnahme richtete sich an die für den Entwurf eines neuen Hochschulartikels in der Bundesverfassung zuständigen Mitglieder des Bundesrates. Sie befasste sich einerseits mit der rechtlichen Problematik einer Arbeitsteilung bzw. gemeinsamem Vorgehen von Bund und Kantonen im Hochschulbereich und andererseits – wie die erste Stellungnahme – mit den für den BFT-Bereich Schweiz vorzusehenden Führungsstrukturen.

Diese Arbeiten sind zeitaufwendig und angesichts der naturgemäss teilweise stark divergierenden Orientierungen der vier Akademien oft schwierig. Sie sind aber wichtig und nötig, wenn dafür gesorgt werden soll, dass die Anliegen der Wissenschaft nicht ausschliesslich über deren Spitzen, d.h. die Universitäten und den Wissenschafts- und Technologierat, sondern auch von der Basis her vorgetragen und gehört werden.

Dank

Die Vielfalt, der Umfang und die Aktualität der Tätigkeiten der SAMW sind eindrücklich. Sie können nur erbracht werden, weil eine grosse Zahl freiwilliger Mitglieder, Präsidentinnen und Präsidenten von Kommissionen dazu bereit sind, im Milizsystem nicht nur Ideen einzubringen und hart zu arbeiten, sondern auch Verantwortung zu tragen und sich zu exponieren. Das gleiche gilt für die Mitglieder des Vorstandes. Ihnen allen, wie auch den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Generalsekretariats gebührt hierfür der herzlichste Dank der SAMW und ihres Präsidenten. Wenn es der SAMW gelingt, diese Motivation und Freude wachzuhalten, brauchen wir um ihre Zukunft nicht zu fürchten.

Werner Stauffacher

Gremien

Senat und Vorstand

Ehrenmitglieder

- Prof. Alfred Pletscher, Basel
- Sir Gordon Wolstenholme, Guernsey, UK
- Prof. Hans Schultz, Thun
- Prof. Ernst Lüscher, Muri-Bern
- Prof. Bernard Courvoisier, Genf
- Prof. Jean Lindenmann, Zürich
- Prof. Hans R. Marti, Aarau
- Prof. Konrad Akert, Zürich
- Prof. Max Anliker, Zürich
- Prof. Jean Fabre, Genf
- Prof. Christian Brückner, Basel
- Prof. Hans Fey, Bern
- Prof. Henri Isliker, Lausanne
- Prof. Verena Meyer, Zürich
- Prof. Werner Arber, Basel
- Prof. Walter Hitzig, Zürich
- Prof. Alex F. Müller, Genf
- Prof. Jean Posternak, Genf
- Prof. Giorgio Nosedà, Mendrisio
ab 12.6.2001
- Prof. Bruno Truniger, Luzern
ab 12.6.2001

Einzelmitglieder

- Prof. Rudolf Froesch, Zürich
- Prof. Ewald R. Weibel, Bern
- Prof. Heidi Diggelmann, Epalinges
- Prof. Bernhard Hirt, Epalinges
- Prof. Bernard F. Mach, Genf
- Prof. Harald Reuter, Bern
- Prof. Michel R. Cuénod, Prilly-Lausanne
- Prof. Max Burger, Basel
- Prof. Lelio Orci, Genf
- Prof. Charles Weissmann, London, UK
- Prof. Patrick Aebischer, Lausanne
- Prof. Michel P. Glauser, Lausanne
- Prof. Rolf Zinkernagel, Zürich
- Prof. Marco Baggiolini, Bern
- Prof. Jean Jacques Dreifuss, Genf
- Prof. Fritz Melchers, Basel
- Prof. Francis Waldvogel, Genf
- Prof. Thomas Zeltner, Bern
- Prof. Adriano Aguzzi, Zürich
- Prof. Peter Meier-Abt, Zürich
- Prof. Bernard Rossier, Lausanne
- Prof. Gottfried Schatz, Basel
- Prof. Susanne Suter, Genf
- Prof. Dieter Bürgin, Basel
ab 12.6.2001
- Prof. Paul Kleihues, Lyon, F
ab 12.6.2001
- Prof. Urs Albert Meyer, Basel
ab 12.6.2001
- Prof. Isabel Roditi, Bern
ab 12.6.2001
- Prof. Martin E. Schwab, Zürich
ab 12.6.2001
- Prof. Jean-Dominique Vassalli, Genf
ab 12.6.2001

Korrespondierende Mitglieder

- Prof. Paul R. Lichtlen, Centilino TI, CH
- Prof. Emanuel Suter, McLean, VA, USA
- Prof. Rudi Schmid, Kentfield, CA, USA
- Prof. Guido Majno, Worcester, MA, USA
- Prof. George Hug, Cincinnati, OH, USA
- Prof. Ernst Jung, Heidelberg, D
- Prof. J. Caspar A. Rüegg, Heidelberg, D
- Prof. Peter Bärtsch, Heidelberg, D
- Prof. Willy Burgdorfer, Hamilton, MA, USA
- Prof. Markus Gastpar, Essen, D
- Prof. Max L. Birnstiel, Wien, A
ab 12.6.2001

Vorstand

- Prof. Werner Stauffacher, Basel
Präsident
- Prof. Ewald R. Weibel, Bern
Vizepräsident
- Prof. Peter M. Suter, Genf
Vizepräsident
- Dr. Dieter Scholer, Bottmingen
Quästor (ohne Amtszeitbeschränkung)
- Dr. Hans Heinrich Brunner, Bern
Präsident FMH (ohne Amtszeitbeschränkung)
- Prof. Renato Galeazzi, St. Gallen
- Prof. Thomas Hardmeier, Winterthur
- Prof. Claudio Marone, Bellinzona
- Prof. Hanns Möhler, Zürich
- Prof. Claude Regamey, Fribourg

Vertreter der Fakultäten, Gesellschaften und Institutionen

Vertreter der medizinischen Fakultäten

Basel	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Hansjakob Müller • Prof. Daniel Scheidegger • Prof. Andreas Steck • Prof. Jürg Steiger 	Lausanne	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Peter Burckhardt • Prof. Thierry Deonna • Prof. Pierre de Grandi • Prof. François de Ribaupierre
Bern	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Wilhelm Felder • Prof. Robert Friis • Prof. Andreas Hirt • Prof. Henning Schneider 	Zürich	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Christian Bauer • Prof. Peter Grob • Prof. Dieter Hauri • Prof. Urs Stauffer
Genf	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. J.-Claude Chevrolet • Prof. Beat Imhof • Prof. Andrea Mombelli • Prof. Josiane Seydoux 		

Vertreter der veterinärmedizinischen Fakultäten

Bern	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Armin E. Friess • Prof. Günter Scholtysik
Zürich	<ul style="list-style-type: none"> • Prof. Hanspeter Naegeli • PD Dr. Mark Suter

Vertreter der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Fribourg

- Prof. Günter Rager
- Prof. Wolfram Schultz

Vertreter der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Claude Aubert, Genf • Dr. Therese Augsburg, Zürich • Dr. Hans Heinrich Brunner, Bern • Dr. Eduard Eicher, Basel bis 12.6.2001 • Dr. Yves Guisan, Château-d'Oex ab 12.6.2001 	<ul style="list-style-type: none"> • Dr. Ludwig-Theodor Heuss, Basel • Dr. Hanswerner Iff, Egerkingen • Dr. Ursula Steiner-König, Lyss • Dr. Susanne Stöhr, Basel • Dr. Alexander von Wyttenbach, Bellinzona bis 12.6.2001
---	---

Vertreter der Spezialistengesellschaften

- **Dr. Werner Bauer, Küsnacht**
Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin
- **Prof. Michael Heberer, Basel**
Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie
- **Prof. Rolf Steiner, Chur**
Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- **PD Dr. Christian Kind, St. Gallen**
Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie
- **Prof. Rudolf Probst, Basel**
Schweiz. Gesellschaft für Oto-Rhino-Laryngologie
- **Prof. Hans-U. Fisch, Bern**
Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie
- **Dr. Suzanne Braga, Bern**
Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Genetik

Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft

- **Prof. Carlo Marinello, Basel**

Vertreter des Bundesamtes für Veterinärwesen

- **Prof. Ueli Kihm, Bern**

Vertreter des Schweizerischen Apothekerverbandes

- **Prof. Eric Doelker, Genf**

Vertreter der Schweiz. Akademie der Naturwissenschaften (SANW)

- **Prof. Peter Baccini, Bern**
- **PD Dr. Martine Jotterand, Lausanne**
bis 12.6.2001
- **Prof. Beat Keller, Zürich**
ab 12.6.2001

Vertreter der Gesellschaft Schweizerischer Tierärzte

- **Prof. Maja Suter, Bern**

Vertreter der Schweiz. Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften (SAGW)

- **Prof. Rainer Schweizer, Bern**
- **Prof. Roland Ris, Bern**

Vertreter der Union Schweiz. Gesellschaften für Experimentelle Biologie

- **Prof. Denis Monard, Basel**
- **Prof. Brigitte Kaissling, Zürich**

Vertreter der Schweiz. Akademie der Technischen Wissenschaften (SATW)

- **Prof. Hans Leuenberger, Basel**
- **Dr. Claudia Reinke, Basel**

Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit

- **Prof. Thomas Zeltner, Bern**

Nominationskommission (NOK)

Die 10. Sitzung der NOK fand am 23. März 2001 in Bern statt, erstmals in der – nach der Erneuerungswahl vom Mai 2000 – neuen personellen Zusammensetzung. Nach eingehender Diskussion wurde eine Namensliste von Persönlichkeiten erstellt, die dem Vorstand der SAMW zur Genehmigung des Wahlvorschlags an den Senat unterbreitet wurde. An der 128. Senatssitzung vom 12. Juni 2001 wurden in geheimer Wahl folgende Ernennungen vorgenommen:

Ehrenmitglieder

Prof. Giorgio Nosedà, Mendrisio
Prof. Bruno Truniger, Luzern

Einzelmitglieder

Prof. Dieter Bürgin, Basel
Prof. Paul Kleihues, Zürich
Prof. Urs A. Meyer, Basel
Prof. Isabel Roditi, Bern
Prof. Martin Schwab, Zürich
Prof. Jean-Dominique Vassalli, Genève

Korrespondierendes Mitglied

Prof. Max Birnstiel, Wien

Eingangs der Sitzung überreichte der Präsident den im Mai 2000 ernannten, jedoch an der Teilnahme im November verhinderten Ehrenmitgliedern Prof. Alex F. Müller, Genève, und Prof. Jean Posternak, Genève, die Urkunden, die mit Dank an den Senat und einem brillanten Exposé von Prof. Müller entgegengenommen wurden. Leider musste sich der zum Einzelmitglied berufene Prof. Adriano Aguzzi, Zürich, für die Sitzung entschuldigen.

Mit Ausnahme des verhinderten Prof. Kleihues konnte der Präsident alle im laufenden Jahr Geehrten anlässlich der 129. Sitzung vom 29. November 2001 dem Senat vorstellen. Sie bedankten sich mit persönlichen Worten, die mit warmem Applaus quittiert wurden.

Max Hess

Mitglieder der Nominationskommission

- | | |
|---|---|
| • Prof. Max W. Hess, Bern, Vorsitz | • Prof. Jean Jacques Dreifuss, Genf |
| • Prof. Marco Baggiolini, Bern und Bellinzona | • Prof. W. Stauffacher, Präsident SAMW, Basel |
| • Prof. Max Burger, Basel | • Dr. Ursula Steiner-König, Lyss |

Forschungsförderung

Expertenkommission des interuniversitären MD-PhD-Programms

Mit Beginn des Berichtsjahres ist Herr Prof. Werner Stauffacher als Präsident der Expertenkommission zurückgetreten. Als einer der Gründerväter hat Herr Stauffacher das schweizerische MD-PhD-Programm nicht nur initiiert, sondern in der Folge während Jahren aktiv mitgestaltet und mit dem 1. Graduiertenkolleg 2000 zu einem ersten Höhepunkt geführt. Einschliesslich des Berichtsjahres konnten insgesamt 77 Stipendiatinnen (16) und Stipendiaten (61) von den Pionierarbeiten von Herrn Stauffacher und seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter profitieren. Als Vertreter der Nachfolgegeneration danken wir Herrn Stauffacher für seine Leistungen und seine Überzeugungskraft im Dienste der Nachwuchsförderung in der biomedizinischen und klinischen Forschung. Wir sind dankbar, dass Herr Stauffacher als Präsident der SAMW und als Vertreter der Roche Research Foundation weiterhin in der Expertenkommission zur Verfügung steht und über das bestmögliche Weiterschreiten des Programmes wachen wird.

Das eigentliche Ziel des MD-PhD-Programmes soll die Nachwuchsförderung in der Klinischen Forschung sein. Letztere leidet an erkannten Defiziten, die im Jahre 2001 auch im Schweizerischen Nationalfonds (Workshopbericht «Die Klinische Forschung in der Schweiz», Schweiz. Nationalfonds, 6. September 2001) und im Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierat (SWTR Schrift 3/2002; www.swtr.ch/swtr_ger/_klinischeforschung) diskutiert wurden. Ein stets wiederkehrendes Thema ist der Mangel an fundiert ausgebildeten Nachwuchsforscherinnen und -forschern. Hier schliesst das MD-PhD-Programm eine wichtige Lücke sofern es gelingt, das Programm weiter auszubauen und auf die spezifischen Bedürfnisse der Klinischen Forschung abzustimmen. Diese Ausrichtung auf die Klinische (vor allem auch Patienten-orientierte) Forschung ist nach Meinung der Expertenkommission noch nicht an allen Fakultäten optimal. Es soll deshalb in naher Zukunft nach Möglichkeiten und Wegen für eine gesamtschweizerische Harmonisierung des MD-PhD-Programmes gesucht werden. Dabei soll uns vor allem auch die Meinung von D. Nathan und H. Varmus (National Institute of Health, USA) als Leitsatz dienen: «We simply cannot deliver the enormous promise of the genetics revolution without close attention to careers in clinical research» (Nature Medicine 6, 1201-1204, 2000).

Ausschreibung/Evaluation

Bis zum Stichdatum reichten die Verantwortlichen der Dekanate dem Generalsekretariat der SAMW die Dossiers von 10 Kandidatinnen (3) und Kandidaten (7) ein, die sich wie folgt auf die fünf Universitäten verteilen:

- Basel 2
- Bern 1
- Genf 3
- Lausanne 2
- Zürich 2

Für das Jahr 2001 standen 7 Stipendien naturwissenschaftlicher Orientierung und 1 Beitrag für die Geisteswissenschaften zur Verfügung. Da sich keine Kandidatin oder kein Kandidat für die geisteswissenschaftliche Richtung meldete, konnte dieses Stipendium erneut nicht in die Evaluation einbezogen werden.

Folgenden 7 Kandidatinnen (3) und Kandidaten (4) wurde aufgrund der Evaluation der eingereichten Dokumente und der persönlichen Vorstellung je ein 3-jähriges Stipendium zugesprochen, für dessen Finanzierung sie den am Programm beteiligten Stiftungen gemäss nachfolgender Liste zugeteilt wurden:

Bifrare Yoeng-Delphine, Bern
Schweiz. Nationalfonds

Golshayan Déla, Lausanne
Schweiz. Nationalfonds

Herzig Tobias, Basel, Schweiz
Schweiz. Nationalfonds

Ogier Roch, Genève
Stiftung Dr. Max Cloëtta

Peyer Anne-Kathrin, Basel
Roche Research Foundation

Soldini Davide, Zürich
Schweiz. Nationalfonds

Tu Quoc Patrick, Genève
Fondation Louis Jeantet

Stiftungsverbund

Entgegen der Ankündigung im Vorjahr hat die Helmut Horten-Stiftung verdankenswerterweise erneut die Übernahme eines Stipendiums im Jahre 2002 zugesagt. Sie hat ihre Unterstützung unter anderem an die Bedingung geknüpft, dass es sich in erster Linie um biomedizinische Forschung handelt und die Stipendiatin oder der Stipendiat anschliessend in der Klinischen Forschung tätig sein soll. Diese Auflage entspricht dem eigentlichen Zweck des MD-PhD-Programmes. Ihre Umsetzung soll in Zukunft durch eine gezieltere Kandidatinnen/Kandidatenauswahl und eine bessere Vereinheitlichung der Ausbildungsprogramme an den verschiedenen Universitäten/Fakultäten unterstützt werden.

Leider sieht sich der Robert Wenner-Fonds der Schweizerischen Krebsliga ab 2001 nicht mehr in der Lage, sich weiterhin am MD-PhD-Programm zu beteiligen. Er hat seit 1995 drei Stipendien in der Krebsforschung finanziert, wofür wir dem Robert Wenner-Fonds und seinem Vertreter im Expertengremium (Prof. Walter Weber) herzlich danken. Als Ersatz wurde ein Gesuch an die Oncosuisse um die Übernahme eines MD-PhD-Stipendiums pro Jahr gerichtet. Eine Antwort stand bis Ende des Berichtsjahres noch aus.

Die Stiftung Dr. Max Cloëtta wird in Zukunft nur noch ein Stipendium pro 3 Jahre (anstatt wie bis anhin alle 2 Jahre) ausrichten.

Am Ende des Berichtsjahres gilt folgender Stand der Zugehörigkeit und der Beteiligung der Stiftungen am Schweizerischen MD-PhD-Programm:

1. Jährlich ein oder mehrere Stipendien à 3 Jahre

(dauernd 3 laufende Stipendien):

- Schweiz. Nationalfonds 4
- Roche Research Foundation 1
- SAMW 1–2

2. Alle drei Jahre ein Stipendium à 3 Jahre:

- Fondation Louis Jeantet 1 (zuletzt 2001)
- Fondation Maurice E. Müller 1 (zuletzt 1999)
- Helmut Horten-Stiftung 1 (nächstmal 2002)
- Stiftung Dr. Max Cloëtta 1 (zuletzt 2001)

3. Fachbezogene Stipendien nach Bedarf:

- Fondation Suisse de recherche sur les maladies musculaires

Damit sollten für das Jahr 2002 erneut 8 (evtl. 9) Stipendien zur Verfügung stehen. Um dieses Stipendiovolumen zu halten, wären bei gleich bleibenden Beiträgen der aktuellen Stiftungsträger für das Jahr 2003 zumindest zwei neue Verbundmitglieder anzuwerben.

MD-PhD Graduiertenkolleg 2002

Basierend auf dem Erfolg des 1. MD-PhD-Graduiertenkollegs vom März 2000 wurden die Vorbereitungen für das 2. Graduiertenkolleg im März 2002 vorangetrieben. Das Programm soll erneut eine optimale Mischung von Referaten und Posterpräsentationen der Stipendiatinnen und Stipendiaten, prominenten Gastvorträgen und Workshops enthalten. Zudem soll genügend Zeit für persönliche Gespräche der Nachwuchsforscherinnen und -forscher mit etablierten Repräsentantinnen und Repräsentanten der biomedizinischen Forschung aus nationalen Forschungsgremien, Universitäten, Kliniken und Industrie zur Verfügung stehen. Die Fakultätsverantwortlichen werden als Vorsitzende für die einzelnen Sessionen eingeladen. Das Graduiertenkolleg soll wiederum auf dem Leuenberg bei Hölstein, Baselland, stattfinden.

Treffen der Fakultätsverantwortlichen

Im Juni 2001 trafen sich die Fakultätsverantwortlichen zu einer Diskussion über aktuelle Probleme des MD-PhD-Programmes. Es herrschte allgemeiner Konsens darüber, dass das Programm einem wichtigen Bedürfnis entspricht und unbedingt weitergeführt werden muss. Man war sich auch einig, dass das MD-PhD-Programm in erster Linie klinische Forscherinnen und Forscher hervorbringen und keine Konkurrenz zu den reinen Naturwissenschaften darstellen soll. Um die spezifischen Bedürfnisse der Klinischen Forschung besser abzudecken, wäre allerdings eine stärkere Harmonisierung der Ausbildungsverfahren zwischen den verschiedenen Fakultäten dringend notwendig. Weitere Verbesserungsmöglichkeiten werden in der möglichst frühzeitigen Orientierung der Studentinnen und Studenten, einer vermehrten Vergabe von Stipendien geistes-, sozial-, wirtschafts- und/oder rechtswissenschaftlicher Orientierung und einer erhöhten Mobilität der Stipendiatinnen und Stipendiaten (Angebot von Optionsfächern an einzelnen Fakultäten) gesehen. Es wird beschlossen, vor allem die Möglichkeiten zu einer gesamtschweizerischen Harmonisierung des MD-PhD-Programmes abzuklären. Als Grundlage klären die Fakultätsverantwortlichen vorerst ab, wie viele der Absolventinnen und Absolventen tatsächlich in der Klinischen Forschung tätig sind und/oder feste Absichten haben, in die Patienten-orientierte Klinische Forschung zurückzukehren. Die Frage der gesamtschweizerischen Harmonisierung des MD-PhD-Programmes wird erneut anlässlich des Graduiertenkollegs 2002 diskutiert werden.

Personelles

Der Rücktritt von Herrn Prof. Werner Stauffacher als Präsident der Expertenkommission wurde bereits einleitend erwähnt. Seine geleisteten Dienste seien nochmals herzlichst verdankt.

Infolge einer Umstrukturierung der Hochschulkonferenz hat auch Herr Jean-Michel Barras, Bern, seinen Rücktritt aus der Expertenkommission bekannt gegeben. Die Kommission dankt ihm herzlich für seine Arbeit im Dienste des MD-PhD-Programmes und wünscht ihm für die weitere Zukunft alles Gute.

Auch Herr Prof. Paul Müller, Solothurn (CEPREM) gab 2001 seinen Rücktritt aus der Expertenkommission bekannt. Herr Müller ist ebenfalls ein Mann der ersten Stunde und hat das Förderprogramm von Beginn an mitgestaltet. Dafür gebührt ihm unser aufrichtiger Dank verbunden mit den besten Wünschen für die weitere Zukunft.

Schliesslich gilt es allen Mitgliedern der Expertenkommission und den durch sie vertretenen Stiftungen, den Fakultätsvertreterinnen und -vertretern, den Vertretern des Sekretariates des Nationalfonds (Drs. Winkler und Steiner) und vor allem auch den zuständigen Mitgliedern des Generalsekretariates der SAMW (insbesondere Frau Dr. Margrit Leuthold) für ihre stets

hervorragende Arbeit herzlich zu danken. Ihr Einsatz und ihre Arbeit auf allen Stufen ist uns «Newcomers» Verpflichtung für eine zielstrebige Weiterentwicklung des schweizerischen MD-PhD-Programmes.

Dem Programm und dem neuen Präsidenten der Expertenkommission gelten die besten Wünsche für einen fulminanten Start ins neue Jahrtausend und für langewährenden Erfolg.

Peter J. Meier-Abt

Mitglieder der Expertenkommission

- **Prof. Peter Meier-Abt, Zürich**
Schweiz. Nationalfonds,
Präsident
- **Prof. Max M. Burger, Basel**
Helmut Horten Stiftung und
Stiftung Dr. Max Cloëtta
- **Dr. Margrit Leuthold, Basel**
SAMW
- **Prof. Alex Mauron, Genève**
Fondation Louis Jeantet
- **Prof. Denis Monard, Basel**
Fondation Suisse de recherche
sur les maladies musculaires
- **Prof. Christoph Moroni, Basel**
Schweiz. Nationalfonds, bis 31.12.2001
- **Prof. Paul Müller, Solothurn**
CEPREM, bis 31.12.2001
- **Prof. Werner Stauffacher, Basel**
Roche Research Foundation,
Präsident SAMW
- **Prof. Walter Weber, Bern**
Robert Wenner-Fonds, Schweiz. Krebsliga
bis 31.12.2001
- **Prof. Ewald R. Weibel, Bern**
Maurice E. Müller Stiftung
- **Jean-Michel Barras, Bern**
Kontaktperson Schweiz. Hochschulkonferenz
(beratend), bis 31.12.2001
- **Dr. Emil Steiner, Bern**
Kontaktperson Schweiz. Nationalfonds
(beratend), ab 1.1.2002
- **Dr. Ueli Winkler, Bern**
Kontaktperson Schweiz. Nationalfonds
(beratend), bis 31.12.2001
- **Aysim Yilmaz, Bern**
Kontaktperson Schweiz. Nationalfonds
(beratend), ab 1.1.2002

Begutachungskommission für Zuwendungen

Seit dem Jahr 2000 fungiert der Vorstand als Begutachungskommission für Forschungsgesuche aus dem nicht-universitären Bereich und für Gesuche um Publikations- und Symposiumsbeiträge, die aus Mitteln der SAMW finanziert werden. Zwischen Vorstandssitzungen eintreffende Gesuche werden auf dem Zirkulationsweg behandelt und die getroffenen Entscheide an der nächsten Sitzung ratifiziert. Anlässlich der Vorstandssitzungen (16.2., 30.4., 18.9. und 12.11.2001) wurden im Berichtsjahr insgesamt 28 Gesuche bearbeitet, wovon der Grossteil auf dem Korrespondenzweg behandelt worden war. Folgenden 25 Gesuchen wurde – meist teilweise – entsprochen:

Bewilligte Gesuche

Prof. Beat A. Imhof, Genf Defizitgarantie für Workshop «New Therapeutic Targets in Vascular Biology» vom 11./12.2.2001 in Genf	CHF 2'000.–
Prof. Giorgio Nosedà, Lugano Unterstützungsbeitrag an International Course «From Genetic Diagnosis to Gene Therapy» in Lugano	CHF 5'000.–
Dr. Richard Müller, Basel Defizitgarantie für internationales, wissenschaftliches Symposium «From Science to Action – 100 years later: Alcohol policies revisited» in Bern	CHF 3'000.–
Mathias Wenger, Zürich (IBO Swiss Team) Unterstützungsbeitrag für die Schweizer Teilnahme an der Internationalen Biologieolympiade 2001 in Brüssel	CHF 1'000.–
Prof. Heidi Diggelmann, Lausanne Defizitgarantie für den «13th Workshop on Retroviral Pathogenesis» vom 26.-29.10.2001 in Lugano	CHF 3'000.–
Dr. Denis Bron, Obererlinsbach Beitrag an Publikationskosten des Ratgebers zum Thema «Muskeldystrophie Duchenne»	CHF 3'000.–
Markus Schott, Basel Druckkostenbeitrag für die Publikation der Dissertation zum Thema «Patientenauswahl und Organallokation»	CHF 3'000.–
Prof. Alberto Bondolfi, Zürich Beitrag an Publikationskosten des Buches «Ethisch denken und moralisch handeln in der Medizin»	CHF 3'000.–
Dr. Marisa Jaconi, Genf Defizitgarantie an «2nd Geneva Biology of Aging Symposium: Heart Aging, Cardiac Failure and Cell Therapy» vom 27.-29.9.2001 in Genf	CHF 3'000.–
Prof. Alex Mauron, Genf Beitrag an Symposium «Comment enseigner les Medical Humanities?» vom 6./7.7.2001 in Lugano	CHF 4'000.–
Dr. Elisabeth Zemp, Basel Defizitgarantie für die Tagung «Frauengesundheit – Männergesundheit» vom 15.-17.11.2001 in Basel	CHF 3'000.–

Dr. Martina Herrmann, Basel	CHF 1'000.–
Beitrag an Posterpräsentation und Teilnahme an der 31. Jahrestagung der «Society for Neuroscience» vom 10.-15.11.2001 in San Diego, USA	
Prof. Denis Monard, Basel	CHF 5'000.–
Defizitgarantie für Workshop «Organizing the Brain: Genes, Neurons and Circuits» vom 23.-28.9.2001 in Ascona	
Dr. Matthias Hediger, Boston, USA	CHF 3'000.–
Defizitbeitrag für «2nd International PharmaConference „Where Science Meets Industry“: Membrane Transporters: From Identification to Drug Discovery» vom 5.-10.8.2001 in Interlaken	
Dr. Walter Schächli, Andelfingen	CHF 2'500.–
Beitrag für die Teilnahme an der «2. Internationalen Konferenz: Palliative Care für Kinder» vom 11.-13.10.2001 in Minsk, Weissrussland	
Prof. Anton Leist, Zürich	CHF 3'000.–
Defizitgarantie für die Tagung des Ethik-Zentrums «Embryonenforschung und Embryonenschutz» vom 27./28.9.2001 in Zürich	
Dr. Nicolas Demaurex, Genf	CHF 3'000.–
Defizitgarantie für «First International Meeting on Proton Channels» vom 13.-15.9.2001 in Villars	
Dr. Steffen Eychmüller, Lausanne	CHF 3'765.–
Unterstützungsbeitrag an Intensivseminar/Retraite «End-of-life-Care» der Schweizerischen Gesellschaft für Palliativmedizin und -pflege SGPM vom 6./7.9.2001 in Sigriswil	
dipl.nat. Thomas Oertle, Zürich	CHF 1'000.–
Beitrag für die Teilnahme am «Annual Meeting of Society for Neuroscience» vom 10.-15.11.2001 in San Diego, USA	
Dr. Marcus Kuntze, Basel	CHF 5'000.–
Defizitgarantie für die Publikation der Referate an der Tagung «Die opiatgestützte Behandlung» vom 2.11.2001 in Basel	
Prof. Alexander Kiss, Basel	CHF 2'000.–
Unterstützungsbeitrag für die Tagung «Euthanasie – der sanfte Tod?» vom 3.12.2001 im Stadtkino in Basel	
Dr. René Flammer, Wittenbach	CHF 5'000.–
Beitrag an die Publikationskosten für die Neuauflage des Buches «Giftpilze – Pilzgifte»	
Ian Needham, Pflegewissenschaftler MNSc, Wil	CHF 20'000.–
Beitrag an kontrollierte Pilotstudie «Intervention zur Reduktion von Patientenaggressionen und deren Folgen in der Akutpsychiatrie»	
Mathias Wenger, Zürich (IBO Swiss Team)	CHF 2'000.–
Unterstützungsbeitrag für die Schweizer Teilnahme an der Internationalen Biologieolympiade 2002 in Jurmala, Lettland	
PD Dr. Johannes Mathis, Bern	CHF 3'000.–
Defizitgarantie für Workshop «Facets on Wakefulness and Sleepiness: Causes Consequences and Assessment» vom 3.-8.3.2002 in Monte Verità, Ascona	

Werner Stauffacher

Mitglieder der Begutchtungskommission für Zuwendungen

Die Begutchtungskommission für Zuwendungen ist identisch mit dem Vorstand der SAMW.

Commission «Recherche et réalisation en médecine appliquée» (RRMA)

En 2001, la Commission RRMA a eu deux séances. Le Sénat de l'Académie a élu la Dresse Daniela Stefanutti comme membre de la Commission lors de sa séance d'automne. Elle occupera la place devenue vacante en raison du départ précipité du Dr C. Godard.

Trois projets ont pu être terminés:

1. RRMA 2/95 «Kontinuierliche Qualitätsentwicklung durch Qualitätskränzli in der medizinischen Grundversorgung» (B. Kuenzi)

Cette étude, qui comprenait 12 cercles de qualité incluant 79 médecins, avec un groupe-contrôle de 22 médecins hors cercle, a montré que pour des patients diabétiques, l'autonomie du patient, la qualité des soins et même certains résultats biologiques peuvent être améliorés par le moyen de la formation par des cercles de qualité. Cette étude a été faite en collaboration étroite avec le projet européen EuroPEP.

2. RRMA 2/97 «Clinical quality management in rheumatoid arthritis» (Th. Langenegger, G. Stucki)

Il s'agit d'une large étude de suivi des patients atteints de polyarthrite rhumatoïde entreprise par les centres universitaires de rhumatologie avec des médecins praticiens en rhumatologie. La Commission RRMA a soutenu le départ de cette étude, qui est actuellement financée par des fonds privés. Les résultats fournissent des données intéressantes et de haute qualité scientifique sur le suivi d'une maladie chronique et ses critères de qualité et ont déjà été publiés à plusieurs reprises.

3. RRMA 7/98 «Basinus trial: a primary health care study in the Northwest of Switzerland (Basler Sinusitisstudie)» (H. Bucher)

Fruit d'une collaboration entre des médecins praticiens et une polyclinique de médecine, cette étude randomisée et comparée s'est adressée à l'effet d'un antibiotique prescrit lors de sinusites. Dans l'ensemble, l'antibiotique n'a eu aucun effet sur le bien-être des patients étant donné des effets secondaires relativement fréquents. Le fait qu'une complication infectieuse grave soit arrivée dans le groupe placebo pose cependant un problème au praticien dans la décision de quand prescrire un antibiotique.

La Commission a reçu 6 nouveaux projets, dont 4 ont pu être entièrement ou partiellement acceptés, quelques fois après des modifications:

1. RRMA 3/01 «*Management medizinwissenschaftlicher Informationen in der Praxis: Bedürfnisse, Probleme, Lösungsvorschläge*» (M. Peltenburg)

L'objectif de cette étude est d'identifier les besoins et les problèmes rencontrés par les médecins praticiens quant à leur gestion des informations médicales à disposition par des nouveaux moyens informatiques. La Commission a accepté ce projet étant donné son actualité et à cause de la méthodologie d'investigation de type qualitatif.

2. RRMA 5/01 «*Der Einfluss moderner Medien auf die Arzt-Patient-Kooperation: Health Literacy und Empowerment in der Allgemeinpraxis*» (T. Abel)

C'est un projet commun entre la FIAM, la Société Médicale Zurichoise et l'Institut de Médecine Sociale et Préventive de Berne. Il a pour but de définir l'influence des nouveaux media dans la relation médecin-malade. Dans une première partie, l'attitude des médecins praticiens concernant les nouveaux moyens informatiques devrait être examinée. Dans ce sens, cette étude est complémentaire à celle susmentionnée. Dans une deuxième phase de ce projet (qui ne sera pas soutenue par la Commission RRMA), une enquête auprès de la population concernant les moyens d'informations médicales va être entreprise. Ce projet sera soutenu en partie, à condition que d'autres fonds puissent être trouvés.

3. RRMA 6/01 «*Forschungsfragen und Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit bei ÄrztInnen in einem Ärztenetzwerk*» (T. Marty)

Cette étude, proposée par la Zürcher Ärztgemeinschaft Z-med, devrait étudier les besoins de recherche prioritaires ressentis au niveau du cabinet médical ainsi que la question si les médecins sont intéressés de participer à de telles recherches. Il s'agit également d'une enquête qualitative qui entre tout à fait dans les objectifs de la Commission RRMA.

4. RRMA 8/01 «*Wann wollen Sie wieder kommen?*» (A. Wick)

Ce projet, présenté par un groupe de 7 praticiens du canton de Berne, s'adresse à la question de la nécessité d'un nouveau rendez-vous telle qu'elle est ressentie par le médecin et le patient. Cette étude s'adresse donc à l'activité du médecin au cabinet, sujet inconnu et souvent tabou!

Un projet a reçu un soutien complémentaire: RRMA 3/00 «IMPROVE» (B. Künzi). Ce complément a été décidé lors de sa soumission déjà.

En 2001, la Commission a également décidé de solliciter des travaux thématiques dans le cadre de ses objectifs, comme ceci a été prévu dans la définition de ses missions.

A la demande du Collège de Médecine de Premier Recours, la Commission, par l'entremise de son président, a mis au concours public par annonce dans le Bulletin des médecins suisses, une étude sur la satisfaction des médecins praticiens en Suisse. De telles études ont été menées dans d'autres pays et également dans certains cantons suisses. Trois propositions ont été soumises à la Commission. Elle a finalement décidé de soutenir le projet soumis par P. Bovier, C. Goehring, B. Künzi et M. Gallacchi-Bouvier, RRMA 4/01 «Health and well-being of the Swiss primary care physicians». Ce choix a été motivé par l'expérience des auteurs dans ce domaine, l'excellence du projet et le fait de la participation de médecins praticiens.

De plus, la Commission a décidé d'ouvrir un concours de descriptions narratives sur le thème «Un jour de garde pour les urgences / Ein Tag Notfalldienst» tel qu'il est vécu par les médecins praticiens (RRMA 7/01). Ce concours va être lancé dès l'année 2002 et les meilleurs textes seront publiés dans le Bulletin des médecins suisses. Une prime de Fr. 500.- est prévue par texte publié.

Hans Stalder

Subsides alloués en 2001

B. Künzi RRMA 3/00	CHF 11'300.-	Notfalldienst RRMA 7/01	CHF 5'000.-
M. Peltenburg RRMA 3/01	CHF 20'400.-	A. Wick RRMA 8/01	CHF 5'000.-
Th. Abel (sous réserve) RRMA 5/01	CHF 25'000.-	P. Bovier RRMA 4/01	CHF 65'400.-
T. Marty RRMA 6/01	CHF 15'000.-		Total CHF 147'100.-

Membres de la Commission RRMA

- **Prof. Hans Stalder, Genève**
Président
- **Dr Martine Gallacchi-Bouvier, Melide**
Secrétaire
- **Dr Hermann Amstad, Bâle**
ex officio
- **Dr Markus Gassner, Grabs**
- **PD Dr Claude Godard, Monthey**
jusqu'au 30.9.2001
- **Prof. Niklaus Gyr, Bâle**
- **Dr Giorgio Mombelli, Locarno**
- **Dr Dieter Scholer, Bottmingen**
ex officio
- **Prof. Werner Stauffacher, Bâle**
ex officio
- **Dr Daniela Stefanutti, La Chaux-de-Fonds**
à partir du 1.10.2001
- **PD Dr Johann Steurer, Zurich**
- **Dr Urban Wirz, Subingen**

Forschungskommission für den Schweizerischen Nationalfonds

Die Kommission erhielt ein Stipendiengesuch und ein Gesuch um 6-monatige Verlängerung sowie 13 Forschungsgesuche. Das Gesuch um Verlängerung wurde von der Kommission abgelehnt.

Dr. Karin Steinke, Liestal

Forschungsaufenthalt für 12 Monate am MD Anderson
Cancer Center in Houston/Texas, USA

CHF 60'400.-

Für das Jahr 2001 stand für Stipendien ein SNF-Kredit von insgesamt CHF 290'000.- zur Verfügung. Den von der SAMW nicht gebrauchten Kredit setzte die Fachstelle Stipendien des SNF wie in Vorjahren zugunsten von Stipendiaten anderer SNF-Kommissionen ein.

Die hauptsächliche Arbeit der Kommission bestand wiederum in der Vorbeurteilung von insgesamt 2 Stipendiums- und 13 Forschungsgesuchen zuhanden des Forschungsrates des Nationalfonds.

Werner Stauffacher

Mitglieder der Forschungskommission für den Schweizerischen Nationalfonds

Die Aufgaben der Forschungskommission der SAMW werden von den Vorstandsmitgliedern der SAMW wahrgenommen.

Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien

Allgemeines

Die «Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien» (SSMBS) ist eine selbständige Stiftung nach Art. 80 ZGB. Sie wurde 1942 mit Sitz in Basel gegründet und steht unter dem Patronat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Sie bezweckt die Förderung der Ausbildung junger Akademikerinnen und Akademiker in ihrer Entwicklung zu selbständiger Forschungs- und Lehrtätigkeit auf medizinisch-biologischem Gebiet. Gemäss einer Vereinbarung mit dem Schweizerischen Nationalfonds (SNF) vergibt die SSMBS Stipendien für Auslandsaufenthalte an fortgeschrittene Forscherinnen und Forscher auf den Gebieten der experimentellen und klinischen Medizin sowie der Biologie als medizinischer Grundlagenwissenschaft. Für die Zusprache von Stipendien gelten weitgehend die Qualitätsanforderungen und Bedingungen des SNF, von dem auch der grössere Teil der dazu verwendeten finanziellen Mittel stammt. Die Beiträge von zusätzlichen Donatoren bilden einen wesentlichen Bestandteil des finanziellen Rahmens der SSMBS. Ihnen und dem SNF sei an dieser Stelle ausdrücklich für die grosszügigen Unterstützungen gedankt.

Einleitung

Der Geschäftsverlauf im Berichtsjahr war, mit Ausnahme des Wechsels im Präsidium (siehe Personelles), durch nur wenige Besonderheiten geprägt. Für Aufenthalte in den USA wurden die Stipendien erstmals in US-Dollars ausgerichtet, wodurch die Schwankungen im Währungskurs nicht von den StipendiatInnen getragen werden mussten. Allerdings zeigte sich, dass es, insbesondere wegen den hohen Lebenshaltungskosten an der Westküste der USA, für dortige StipendiatInnen zu finanziellen Engpässen gekommen ist. Die Frage einer Erhöhung der Stipendienansätze in diesem Bereich wird mit dem SNF diskutiert. Die Zahl der durch die Stiftung behandelten Anträge war im Berichtsjahr etwas geringer als in den Vorjahren. Diese Entwicklung muss weiterhin beobachtet werden. Eine zunehmende Sorge betrifft die Rückkehr der StipendiatInnen in die Schweiz nach dem Auslandsaufenthalt. Die oftmals unklaren Zukunftsaussichten in der Schweiz veranlassen einige von ihnen, ihre Karriere im Ausland fortzusetzen. In Zusammenarbeit mit dem SNF wird es notwendig sein, hierzu mehr über Zahlen und Beweggründe zu erfahren.

Statistik

Wie im vergangenen Jahr sind in einer Tabelle die Zahlen des Berichtsjahrs im Vergleich zu den Vorjahreszahlen aufgeführt. Als erfreulich ist die weitere Zunahme von Frauen (absolut und prozentual) unter den AntragstellerInnen zu vermerken. Von ihnen wurden 11 der 32 Anträge gestellt. Wie bereits im Vorjahr lag die Ablehnungsquote bei Frauen leider höher (4/11) als bei Männern (4/21). Dies ist ausserordentlich bedauerlich. Möglicherweise ist eine relativ späte Entscheidung für eine wissenschaftliche Karriere bei den Frauen mit ein Grund für dieses Ergebnis. Vermutlich spielen dabei familiäre Situationen eine Rolle. Es wird weitere Überlegungen brauchen, wie dieser Situation begegnet werden kann. Eine sorgfältige Karriereplanung mit Partnern und Vorgesetzten ist sicherlich eine wichtige Voraussetzung.

Von den 24 bewilligten Anträgen waren 15 Verlängerungsgesuche von StipendiatInnen, die vorher bereits mit einem Anfängerstipendium des SNF, einem Stipendium der Stiftung oder einem solchen von dritter Seite im Ausland weilten. Der grösste Teil von den StipendiatInnen, die bei der SSMBS ein Erstgesuch eingereicht hatten, erhielt, zum Teil aus finanziellen Gründen, zunächst ein 12-monatiges Stipendium zugesprochen. Dies mit der Möglichkeit, eventuell ein Verlängerungsgesuch einzugeben. Diese Gesuche wurden nach den gleichen strengen Gesichtspunkten beurteilt wie die Erstgesuche. Nur in ganz wenigen Fällen von herausragenden KandidatInnen konnte von vornherein ein 24-monatiges Stipendium zugesprochen werden. Insgesamt wurden in diesem Jahr 292 Stipendienmonate bewilligt (im Vorjahr 286).

Die Altersverteilung bei AntragstellerInnen und erfolgreichen StipendiatInnen war im Berichtsjahr etwa gleich wie im Vorjahr. Wie bereits in früheren Jahresberichten zum Ausdruck gebracht wurde, sollte eine Karriereplanung, vor allem bei wissenschaftlich ambitionierten, praktisch tätigen Medizinern so früh wie möglich erfolgen. Die Sorge um zukünftige Berufsaussichten lässt manches wissenschaftliche Interesse verkümmern oder erst spät, manchmal zu spät, in den Vordergrund treten. Hier sind die Vorgesetzten gefordert, die bei einer Karriereplanung einen entscheidenden Anteil haben.

	Anzahl		Prozent	
	2001	(2000)	2001	(2000)
KandidatInnen	32	(36)	100	(100)
davon Frauen	11	(8)	34	(22)
davon verheiratet	19	(20)	59	(56)
davon mit Kindern	12	(13)	38	(36)
durchschn. Alter (Jahre)	34	(34)		
Mediziner (davon 3 MD/PhD)	24	(19)	75	(53)
Zahnärzte	0	(2)	0	(6)
Veterinärmediziner	1	(3)	3	(8)
Naturwissenschaftler	7	(12)	22	(33)
Herkunftsuniversität				
Basel	5	(6)		
Bern	11	(10)		
Fribourg	0	(1)		
Genève	2	(7)		
Lausanne	5	(1)		
Neuchâtel	0	(0)		
Zürich (+ETH)	8+1	(10+1)		
Ausland	0	(0)		
StipendiatInnen	24	(23)	100	(100)
davon Frauen	7	(3)	29	(13)
davon verheiratet	14	(14)	58	(61)
davon mit Kindern	10	(9)	42	(39)
durchschn. Alter (Jahre)	34	(35)		
Mediziner (davon 3 MD/PhD)	17	(13)	71	(57)
Veterinärmediziner	0	(1)	0	(4)
Zahnärzte	0	(0)	0	(0)
Naturwissenschaftler	7	(9)	29	(39)
Herkunftsuniversität				
Basel	4	(6)		
Bern	9	(6)		
Fribourg	0	(0)		
Genève	2	(4)		
Lausanne	3	(1)		
Neuchâtel	0	(0)		
Zürich (+ETH)	6+0	(6)		
Ausland	0	(0)		
Destination USA+Can.	18	(18)		(78)
Australien	1	(1)		(4)
EU (DE, GB)	5	(4)		(18)

Personelles

Im Berichtsjahr kam es zu erheblichen Veränderungen im Vorstand der SSMBS. Prof. Werner Stauffacher, der mehrjährige, hoch verdienstvolle Präsident der SSMBS, gab dieses Amt Anfang Mai an Prof. Harald Reuter, Bern, ab. Er übernahm als Nachfolger von Prof. Ewald Weibel das Präsidium der SAMW. Im Vorstand wurde allgemein das enorme Wissen von Werner Stauffacher – nicht nur im klinischen Bereich, aus dem er kommt, sondern auch in medizinisch-theoretischen und biologischen Bereichen – bewundert und geschätzt. Seine Sitzungsvorbereitungen waren vorbildlich und der Umgang mit Gesuchstellern und Stipendiaten von menschlicher Sorgfalt getragen. Seine ruhige, überlegene Sitzungsführung bewirkte ein Klima des Vertrauens bei allen Teilnehmern. Die SSMBS ist froh, dass sie in dem neuen Präsidenten der SAMW einen erfahrenen und gewogenen «Patron» hat.

Weitere Veränderungen betreffen Vorstand und Stiftungsrat der SSMBS. Als Nachfolger von Prof. Othmar Gratzl, Basel, wurde Herr Prof. Dr. med. Werner Zimmerli, Chefarzt der Medizinischen Universitätsklinik Liestal, in diese Ämter gewählt. Für den ausgeschiedenen Vertreter der Schweizerischen Gesellschaft für Tiermedizin, Herrn Prof. Peter Rüschi, Bern, trat neu PD Dr. med. vet. Mark Suter, Zürich, die Nachfolge an. Der grosse Dank gilt den ausgeschiedenen, z.T. langjährigen Kollegen. Unseren neuen Mitgliedern wünsche ich Freude und Engagement in ihrer Funktion. Den übrigen Mitgliedern des Vorstands danke ich für ihre kenntnisreiche, treue Mitarbeit an dieser für unseren Nachwuchs bedeutungsvollen Tätigkeit. Trotz ihrer grossen zeitlichen Belastung im Berufsleben üben sie die Arbeit in unserer Stiftung mit äusserster Sorgfalt aus. Ein besonderer Dank gilt auch unserem Quästor, Herrn Dr. Josef Brunner, der mit Akribie, Sorgfalt und Speditivität die Auszahlung der Stipendien vornimmt und über unsere Finanzen wacht.

Sekretariat, Sitzungen

Mit dem Ausscheiden von Prof. Stauffacher verliess auch die langjährige Sekretärin, Frau Vreni Erath, die SSMBS. Ihre hingebungsvolle Tätigkeit für unsere Stiftung sei nachdrücklich verdankt. Ihr neuer Ruhestand möge ihr Freude und Zufriedenheit bringen. Als Nachfolgerin von Frau Erath konnte Frau Franziska Marti gewonnen werden, die aus ihrer früheren Tätigkeit im Nationalfonds bereits grosse Erfahrung im Stipendienwesen mitbringt. Die neue Anschrift des SSMBS-Sekretariats lautet:

Frau Franziska Marti c/o Prof. Harald Reuter, Pharmakologisches Institut der Universität Bern, Friedbühlstrasse 49, CH-3010 Bern (Fax: ++41 031 632 49 92; e-mail: fmarti@pki.unibe.ch; reuter@pki.unibe.ch).

Als Eingabetermine für Gesuche zu den Vorstandssitzungen im März, Juni und November gelten neu: 15. Dezember des Vorjahrs (für März-sitzung), 1. April (für Junisitzung) und 1. September (für Novembersitzung).

Finanzielles

Die in der Einleitung bereits erwähnte Umstellung der Stipendienzusprachen in US\$ hat auch gewisse Probleme in der Buchhaltung mit sich gebracht, da der Umrechnungskurs für den Franken für bestimmte Zeitabschnitte vom SNF vorgegeben war, der Dollarkurs bei der Auszahlung aber schwankte. Die Differenz von vorgegebenem Kurs und Tageskurs musste aus dem vom Nationalfonds zugesprochenen Betrag (1 Million Franken) ausgeglichen werden.

Gemäss den Angaben unseres Rechnungsführers präsentiert sich die finanzielle Situation per Ende 2001 wie folgt:

Bei einem Ertrag von CHF 1'402'808.80 und einem Aufwand von CHF 1'408'854.34 schliesst die Rechnung mit einem Ausgabenüberschuss von CHF 6'000 ab, der durch den Ertragsüberschuss vom letzten Jahr in Höhe von 7'603.05 kompensiert wird.

Das Stiftungsvermögen beläuft sich neu Ende 2001 auf CHF 339'906.31. Es setzt sich zusammen aus dem Stiftungsfonds von CHF 125'000 und dem Betriebsfonds von CHF 214'906.31 (einschliesslich dem Ausgabenüberschuss von 2001 über CHF 5'683.34). Dieser Ausgabenüberschuss wird jedoch durch den Einnahmenüberschuss des Vorjahres von CHF 7'603.05 kompensiert. Rechnung und Bilanz werden bis zur Sitzung des Stiftungsrates im März geprüft sein.

Der Schweizerische Nationalfonds hat der Stiftung seinen Beitrag für das Jahr 2002 (unverändert CHF 1 Million) bereits zugesprochen. Wir bedanken uns herzlich dafür.

Harald Reuter

Mitglieder von Stiftungsrat (SR) und Vorstand (V)

- **Prof. H.R. Baumgartner, Basel**
F. Hoffmann-La Roche AG, SR
- **Prof. Ch. Beglinger, Basel**
FMH, V+SR
- **Prof. J. Ph. Bonjour, Genf**
SNF, V+SR
- **Frau PD Dr. phil. nat. R. Chiquet-Ehrismann, Basel**
Novartis AG, V+SR
- **Prof. E.R. Froesch, Zürich**
SNF, SR
- **Prof. O. Gratzl, Basel**
SAMW, bis 31.3.2001, V+SR
- **Dr. sc. nat. M. Hosang, Basel**
F. Hoffmann-La Roche AG, V+SR,
Schatzmeister
- **Prof. A. Kléber, Bern**
SAMW, V+SR
- **Prof. A. Matter, Basel**
Novartis AG, SR
- **Prof. A. Pécoud, Lausanne**
FMH, V+SR
- **Prof. L. Perrin, Genf**
SAMW, V+SR
- **Prof. H. Reuter, Bern**
SAMW, V+SR, Präsident ab 1.6.2001
- **Prof. P. Rüschi, Bern**
SGT, bis 31.5.2001, V+SR
- **Dr. med. J. Schädelin, Basel**
Novartis AG, SR
- **Prof. P. Sonderegger, Zürich**
SAMW, V+SR
- **Prof. Th. Staehelin, Basel**
Novartis AG, bis 31.3.2001, V+SR
- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
SNF, V+SR, Präsident bis 31.5.2001
- **PD Dr. med. vet. Mark Suter, Zürich**
SGT, ab 1.6.2001, V+SR
- **Prof. W. Zimmerli, Liestal**
SAMW, ab 1.4.2001, V+SR

Jubiläumstiftung der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt für Volksgesundheit und medizinische Forschung

An seiner ordentlichen Sitzung vom 6. Juni 2001 stimmte der Stiftungsrat dem Bericht des Präsidenten vom 5. Februar 2001 über die Tätigkeit der Jubiläumstiftung sowie über deren Kapitalanlagen zu; er genehmigte die Jahresrechnung 2000 und erteilte dem Quästor Entlastung.

Zur Behandlung kamen 23 Beitragsgesuche, denen in 11 Fällen wie folgt entsprochen wurde:

<p>1. Dr. Isabel Gerber, Projektleiterin, Prof. Dr. Theo Wallimann ETH, Institut für Zellbiologie, Zürich. In dem Projekt «Effect of creatine supplementation on bone properties in vivo and in vitro» soll ein Weg zur Prävention der Osteoporose gefunden werden. Die Gesamtkosten sind mit CHF 290'584.– budgetiert. Ein Teilbetrag wird gewünscht. Der Stiftungsrat bewilligt einen Teilbetrag von CHF 20'000.–.</p>	CHF 20'000.–
<p>2. PD Dr. Marcus Groettrup Kantonsspital St. Gallen, Laborforschungsabteilung, St. Gallen. Damit das Projekt «Identification of prostate carcinoma antigens by SEREX analysis and development of a PSA/PLGA anti prostate carcinoma vaccine» durchgeführt werden kann, müssen Apparate und Verbrauchsmaterial von CHF 80'000.– finanziert werden. Ein Teilbetrag wird gewünscht. Der Stiftungsrat bewilligt einen Teilbetrag von CHF 40'000.–.</p>	CHF 40'000.–
<p>3. Prof. Jean-Paul Giacobino, Dr Frédéric Preitner Département de Biochimie Médicale, Centre Médical Universitaire, Université de Genève, Faculté de Médecine, Genève. Die Mittel zur Deckung des Salärs von Dr. Preitner, Mitarbeiter an dem Projekt «Adipose plasticity and obesity treatment: How to make fat burn fat?» sowie der Chemikalien und des Verbrauchsmaterials müssen noch aufgebracht werden. Es fehlen CHF 15'000.– für Verbrauchsmaterial sowie CHF 40'637.– zur Ausrichtung des Salärs. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 15'000.– für das Verbrauchsmaterial.</p>	CHF 15'000.–
<p>4. Stiftung Zürcher Sprachheilschule, Unterägeri Im Zusammenhang mit dem Umbau muss auch die Turnhalle mit neuen Turn- bzw. Therapiegeräten ausgestattet werden. Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 10'000.–.</p>	CHF 10'000.–
<p>5. Dr. Cornelia Reimann Universität de Lausanne, Laboratoire de Biologie Microbienne, Bâtiment de Biologie, Lausanne. Das für die Arbeiten am Projekt «Unterbrechung der bakteriellen Zell-Zell-Kommunikation: Ein neuer Weg zur Bekämpfung von Pseudomas aeruginosa?» benötigte Verbrauchsmaterial muss noch finanziert werden. Der Betrag von CHF 15'000.– wird gewünscht. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 15'000.– für das Verbrauchsmaterial.</p>	CHF 15'000.–
<p>6. PD Dr. David Leppert Neurologische Universitätsklinik und Departement Forschung, Abt. Neurobiologie, Kantonsspital Basel. Die Finanzierung der molekularbiologischen Reagenzien, die zur Durchführung des Projektes «Expression Profiling of Matrix Metalloproteinases (MMP) and their Regulators in Multiple Sclerosis: Defining Therapeutic and Diagnostic Targets» notwendig sind, ist noch nicht gesichert. Es werden CHF 22'500.– benötigt; jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 22'500.– für das Verbrauchsmaterial.</p>	CHF 22'500.–

7. Rainer Gosert, PhD	CHF 25'000.–
Institut for Medical Microbiology, Department of Virology, Basel. Damit der Gesuchsteller die Arbeiten am Projekt «Pathogenese verschiedener Hepatitis Viren und daraus abgeleitete virale Multiplikationsstrategien» zu Ende führen kann, müssen die finanziellen Mittel für Chemikalien und Verbrauchsmaterial noch bereitgestellt werden. Es werden CHF 25'000.– benötigt; auch ein Teilbetrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 25'000.– für das Verbrauchsmaterial.	
8. Prof. George A. P. Holländer	CHF 40'640.–
Paedriatische Immunologie, Forschungs-Departement, Kantonsspital Basel, Basel. Die Materialkosten, die beim Projekt «Gene Expression Profiling During Early Thymic Development» anfallen, müssen aufgebracht werden. Es werden CHF 40'640.– benötigt. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 40'640.– für das Verbrauchsmaterial.	
9. Dr. Françoise Assimacopoulos-Jeannet, Dr. Patrick Muzzin	CHF 25'000.–
Faculté de Médecine, Département de Biochimie Médicale, Centre Médical Universitaire, Genève. Die Kosten für das im Projekt «Is uncoupling protein 2(UCP2) the link between fatty acid excess and impaired glucose-induced insulin secretion?» benötigte Verbrauchsmaterial sind noch nicht gedeckt. Es werden CHF 25'000.– benötigt. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 25'000.– für das Verbrauchsmaterial.	
10. Dr. Marius Keel, Dr. Luc Härter	CHF 40'000.–
UniversitätsSpital Zürich, Departement Chirurgie, Klinik für Unfallchirurgie, Zürich. Die Sachmittel im Wert von ca. CHF 75'000.–, die während der nächsten 10 Jahre für die Arbeiten an dem Projekt «Die Rolle der Apoptose immunkompetenter Zellen während der systemischen Entzündungsreaktion» benötigt werden, müssen finanziert werden. Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt einen Teilbetrag von CHF 40'000.– für das Verbrauchsmaterial.	
11. Heim-ATELIER «LINDE», Tentlingen, und Freiburgische Stiftung für Erwachsene geistig Behinderte und cerebral Gelähmte	CHF 10'000.–
Der Therapieraum im Neubau des Behindertenheimes «La Colombière», Misery, mit 28 Betten muss noch eingerichtet werden. Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 10'000.– für ein Wasserbett.	
Damit hat der Stiftungsrat in 11 Fällen einen Betrag von total	CHF 263'140.–
zugesprochen.	

Der Betrag von CHF 15'000.–, welcher Herrn Prof. Jean-Paul Giacobino / Dr. Frédéric Preitner, Université de Genève, Faculté de Médecine, Département de Biochimie Médicale, Genève, zugesprochen wurde, konnte nicht überwiesen werden, da wir auf unser Schreiben vom 11.06.2001 noch keine Antwort erhielten.

Stiftungsvermögen am 31.12.2000	CHF 1'272'355.90
Ausbezahlte Beiträge	CHF 248'140.00
Zinsertrag auf Guthaben bei der Rentenanstalt/Swiss Life	CHF 46'772.70
Stiftungsvermögen am 31.12.2001	CHF 1'070'988.60

Andres F. Leuenberger

Mitglieder des Stiftungsrats

- **Dr. Andres Leuenberger, Basel**
Präsident
- **Prof. Andreas Steck, Basel**
Vizepräsident
- **Jean-Jacques Cevey, Montreux**
Quästor
- **lic.iur. Hans Peter Conrad, Zürich**
- **Prof. Viktor Meyer, Zürich**
- **Dr. Vincenzo Tatti, Bellinzona**
- **Dr. Manfred Zobl, Rüschlikon**

Begutachtungskommission für den Robert Bing-Preis

Der Robert Bing-Preis wird alle zwei Jahre vergeben. Im Berichtsjahr ist der Preis 2002 mit Einsendetermin 31.März 2002 ausgeschrieben worden.

Werner Stauffacher

Begutachtungskommission für den Théodore Ott-Fonds und den A+D-Fonds

Die Kommission trat am 29. März 2001 zu ihrer 5. Sitzung zusammen. Sie behandelte einerseits Forschungs- und Stipendengesuche aus dem weiteren Gebiet der Neurologie und andererseits Gesuche, die an den «A+D-Fonds» gerichtet waren, der spezifisch Forschungsarbeiten in Zusammenhang mit der Alzheimerschen Krankheit und der Depression gewidmet ist.

Forschungsförderung durch den Théodore Ott-Fonds

Laut Stifterwillen sollen aus dem Fonds kliniknahe Arbeiten und solche jüngerer Forscher unterstützt werden. Die Vermögenssituation des Fonds und die im Berichtsjahr angesichts der Lage an den internationalen Finanzmärkten niedrigeren Erträge erlaubten die Bereitstellung von maximal CHF 200'000 für die Vergabung. Auf die reglementarische Ausschreibung hin gingen mit 11 Gesuchen vergleichsweise weniger Anträge ein. Die gesamte Gesuchssumme belief sich auf CHF 700'000. Nach sorgfältiger Auswahl wurden 4 Gesuche mit insgesamt CHF 192'000 unterstützt. Ein hervorragend qualifiziertes Gesuch wurde anerkennend «approved but not funded», da das Kriterium «jüngerer Forscher» nicht erfüllt war.

Dr. Thomas Berger Institut für Physiologie, Bern, für Projekt «Cortical Plasticity: Dendritic currents and associative processes»	CHF 44'000.–
Dr. Christophe Mas Departement Morphologie, Universität Genf, für Projekt «Mutation analysis of the gap junction protein Connexin 36 in juvenile myoclonic epilepsy»	CHF 50'000.–
Dr. Philippe Bijlenga Departement Pharmakologie, Universität Genf, für Projekt «Effet neuroprotecteur induit par l'inhibition des canaux voltage – dépendants de type T»	CHF 48'000.–
Dr. Daniel Suter / Prof. Joachim Weis Pathologisches Institut, Universität Bern, für Projekt «Gene therapy of Duchenne muscular dystrophy using U7 small nuclear RNAs»	CHF 50'000.–

Forschungsförderung durch den A+D-Fonds

Von 5 eingereichten Projekten erfüllte nur eines die geforderten sehr hohen Qualitätsansprüche. Ihm wurde die gesamte verfügbare Summe zugesprochen.

Dr. Maurizio Molinari

Istituto di Ricerca in Biomedicina, Bellinzona, für Projekt «The folding of beta-amyloid precursor protein (APP) and beta-secretase, two proteins associated with Alzheimers's disease»

CHF 100'000.–

Angesichts der bescheidenen verfügbaren Mittel soll die weiterhin zweijährliche Ausschreibung des A+D-Fonds künftig ausdrücklich auf kleinere Pilotstudien ausgerichtet werden.

Théodore Ott-Preis 2002

Der Preis wird alle 5 Jahre ausgeschrieben. Es handelt sich um einen Preis, mit dem ein etablierter Forscher für seine ausserordentlichen Leistungen in der neurologischen Grundlagenforschung ausgezeichnet wird. Die Ausschreibung erfolgte im Herbst des Berichtsjahres mit einer Deadline am 31. März 2002.

Werner Stauffacher

Mitglieder der Begutachtungskommission für den Robert Bing-Fonds, den Théodore Ott-Fonds und den A+D-Fonds

- Prof. Werner Stauffacher, Basel
Präsident
- Dr. Margrit Leuthold, Basel
Generalsekretärin
- Dr. Dieter Scholer, Bottmingen
Quästor, ex officio
- Prof. Daniel Bertrand, Genf
- Prof. Hans-Ulrich Fisch, Bern
- Prof. Adriano Fontana, Zumikon
- Prof. Othmar Gratzl, Basel
- Prof. Theodor Landis, Genf
- Prof. Hans-Rudolf Lüscher, Bern
- Prof. Pierre Magistretti, Lausanne
- Prof. Hanns Möhler, Zürich
- Prof. Eric Rouiller, Fribourg
- Prof. Armin Schnider, Genf
- Prof. Martin Schwab, Zürich

Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds (KZS-Fonds)

Das 1996 vom Senat verabschiedete Reglement des Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds sieht die Unterstützung medizinisch-ethischer und wissenschaftlicher Projekte mit hoher Innovationskraft vor, für die noch keine etablierten Förderungsstrukturen bestehen. In diesem Sinne wird gemäss früheren Beschlüssen das Graduiertenkolleg des MD/PhD-Programms unterstützt, und zudem wird – im Rahmen des gleichen Programms – jährlich ein Stipendium für ein dreijähriges Zweitstudium für MedizinerInnen im Bereich der Ethik bzw. der Geistes-, Rechts- oder Wirtschaftswissenschaften bereitgestellt.

Das nächste Graduiertenkolleg des MD/PhD-Programms ist für März 2002 geplant. Das Stipendium für ein geisteswissenschaftliches Zweitstudium wurde bisher nicht beansprucht. Es zeigt sich, dass die Organisation eines derartigen Studiums angesichts völlig unterschiedlicher Strukturen und Inhalte schwieriger ist, als erwartet. Es werden Gespräche zwischen den Verantwortlichen des MD/PhD-Programms und Fakultätsvertretern geisteswissenschaftlicher Disziplinen vorgesehen.

Anlässlich ihrer Sitzung vom 29. März 2001 hatte die Kommission 10 Gesuche mit einer Antragssumme von insgesamt knapp CHF 790'000 zu behandeln. Angesichts der schwachen Erträge der Wertschriften wurde der für Vergabungen verfügbare Zinsertrag von CHF 150'000 auf Kosten des ebenfalls teilweise verfügbaren Kapitals auf maximal CHF 250'000 aufgestockt. Nach sorgfältiger Evaluation der Projekte wurden von den 10 eingegangenen Anträgen 5 zumindest teilweise bewilligt.

Prof. Christoph Rehmann-Sutter Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Basel. Beitrag an Projekt «Disclosure Dilemmas. 'Truth' and Ethics in Genetic Counselling»	CHF 22'000.–
Dr. Romain Lazor Departement Pneumologie, HUG Genf. Beitrag an Projekt «'Orphan' pulmonary diseases (CH registry and information database)»	CHF 50'000.–
Dr. Jean-Claude Fauchère Klinik für Neonatologie, UniversitätsSpital Zürich. Beitrag an Projekt «Medical and economical outcomes of perinatal care in very premature infants»	CHF 50'000.–
PD Dr. Heiner Bucher Institut für klinische Epidemiologie, Kantonsspital Basel. Beitrag an Projekt «The Bayes Library Project: A database of critically appraised information providing the means for informed diagnostic decisions»	CHF 50'000.–
Dr. Markus Zimmermann-Acklin Institut für Sozialethik, Universität Luzern. Beitrag für Projekt «Grundlagen der Bioethik in pluralistischer Gesellschaft. Begriffe, Methoden und Ansätze – überprüft am Beispiel der Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen»	CHF 50'000.–

Werner Stauffacher

Mitglieder der Begutachtungskommission für den Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds

- **Prof. Werner Stauffacher, Basel**
Präsident
- **Dr. Margrit Leuthold, Basel**
Generalsekretärin, ex officio
- **Prof. Alex Mauron, Genf**
- **Prof. Peter Meier-Abt, Zürich**
- **Prof. Werner Ringli, Nidau**
- **Dr. Dieter Scholer, Bottmingen**
Quästor, ex officio
- **Prof. Peter M. Suter, Genf**
Vizepräsident, ex officio
- **Prof. Ewald R. Weibel, Bern**
Vizepräsident, ex officio

Beratung und Dienstleistungen

Commission Centrale d'Ethique (CCE)

L'année 2001 a été particulièrement active pour la CCE. Elle s'est réunie à six reprises dont une séance extraordinaire consacrée à l'examen du texte final de la sous-commission pour les directives médico-éthiques pour les médecins exerçant une activité auprès de personnes détenues présidée par le Dr J.-P. Restellini de Genève. Ce texte élaboré après 16 séances de travail, comprenant l'audition de personnes représentantes de milieux impliqués, a été soumis au Sénat lors de sa séance plénière du 29 novembre et accepté avec félicitations pour le travail accompli et le résultat obtenu. Il sera publié pour être soumis au processus de consultation au tout début de l'an 2002. Il s'agit des premières directives de l'Académie dans ce domaine particulièrement délicat. La sous-commission chargée de réviser les directives médico-éthiques sur l'accompagnement des personnes en fin de vie ou souffrant de lésions cérébrales sévères s'est réunie 7 fois sous la présidence du Prof. H. Stähelin de Bâle. Il avait été décidé dans cette révision de se limiter à la population de patients souffrant de lésions cérébrales sévères. Par la suite une autre sous-commission sera créée pour réviser ces mêmes directives, mais en se consacrant exclusivement aux patients mourants. Un groupe de travail s'est réuni une fois pour délimiter le champ de ces directives avant de constituer une sous-commission. La sous-commission occupée depuis l'année précédente à réviser les directives médico-éthiques pour le diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes a poursuivi ses travaux sous la présidence du Prof. A. Mauron de Genève au cours de quatre séances aboutissant à un texte qui a été soumis à la CCE lors de sa dernière séance de l'année. Il est prévu qu'il soit soumis à la première séance plénière du Sénat de l'an 2002. Après la décision prise de réviser les recommandations pour les personnes âgées dans les homes datant de 1990 et actuellement dépassées, une sous-commission a été créée avec la mission d'élargir le champ en se pré-occupant des personnes âgées dépendantes, qu'elles soient dans des homes médicalisés, à domicile ou dans les hôpitaux. Elle s'est réunie une première fois en hiver sous la présidence du Prof. A. Stuck de Berne. Le Président de la CCE et la Secrétaire générale ou l'une ou l'autre membre du secrétariat ont participé à pratiquement toutes les séances de ces sous-commissions. Qu'elles trouvent ici notre reconnaissance pour la tenue de protocoles souvent très techniques et complexes avec une grande compétence. De même nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux présidents des sous-commissions pour le travail accompli au cours et en dehors des réunions ainsi qu'aux Proff. W. Stauffacher et E. Weibel pour leur intérêt soutenu pour les travaux de la CCE.

La CCE a initié un symposium sur «Ärztenschaft und Industrie – une liaison dangereuse» au cours de plusieurs séances de préparation. Ce symposium suivi par une nombreuse assistance a eu lieu au siège de l'Académie à Bâle, le 1er novembre 2001.

Le Secrétariat général a rédigé avec le concours de membres de la CCE des prises de position de l'Académie sur l'euthanasie et sur la recherche sur les cellules souches à l'intention des parlementaires.

Le Président de la CCE et la Secrétaire générale, la Dr M. Leuthold, ou son adjoint, le Dr H. Amstad, ont participé, en plus des cinq réunions du Conseil d'administration de l'Académie et des deux séances plénières du Sénat, à toute une série de réunions: une réunion de deux jours de «brain-storming» du Conseil d'administration pour préparer des plans de travail d'avenir et notamment sur le projet «La médecine en Suisse demain» dont il est question ailleurs dans le rapport de l'Académie; deux réunions avec des représentants de l'Office fédéral de la santé et de l'OICM pour harmoniser le travail des commissions d'éthique examinant des projets de recherche sur l'être humain et préparer une réunion plénière des présidents de ces commissions qui, à nouveau, a eu beaucoup de succès et permit un échange nourri d'opinions; le symposium sur «Human genome» organisé conjointement avec le BATS (Biosicherheitsforschung und Abschätzung von Technikfolgen des Schwerpunktprogrammes Biotechnologie des Schweizerischen Nationalfonds) à Bâle; une audition à Berne par l'Office fédéral de la Santé au sujet de la loi en préparation sur la recherche sur l'être humain; à des réunions du Comité de la Société suisse d'éthique biomédicale et au cours de formation organisé à Lausanne à l'intention de membres de commissions de recherche sur l'être humain. Le Président de la CCE a élaboré des objectifs de l'enseignement de l'éthique aux étudiants en médecine qui ont été acceptés sans changement par le Groupe de travail «Définition des objectifs d'apprentissage des études de médecine» de la Commission interfacultés médicales suisse (CIMS) présidée par le Prof. H. Bürgi. Ce catalogue d'objectifs peut être consulté sur le site Internet www.iawf.unibe.ch/slo. Enfin il a participé sur invitation au Bundestag à Berlin à une audition publique d'une journée avec six autres représentants de Commissions d'éthique du Royaume-Uni, de France, de Tchéquie, du Danemark, de Pologne et de Hollande devant la Commission «Recht und Ethik der modernen Medizin» du Parlement de la République Fédérale. Le débat portait sur la composition, la nomination et le mode de fonctionnement de ces diverses Commissions d'Éthique. Au total près de 50 journées ont été consacrées à ces activités sans compter les jours de préparation, d'analyse et d'étude de la littérature qu'elles requièrent.

Parmi les projets de la CCE il est prévu de créer une sous-commission chargée d'édicter des directives médico-éthiques sur l'hospitalisation et le traitement de patients psychiatriques lorsque leur état ne leur permet pas de donner leur consentement, ainsi qu'une autre examinant l'aspect médico-éthique du prélèvement d'organes, de tissus ou de cellules sur des patients décédés.

Le Président de la CCE avec l'aide du Secrétariat général a répondu à une enquête de la Commission Européenne sur les directives, débats publics et régulations des divers pays concernant la xénotransplantation, les banques biologiques (biobanks) et les cellules souches. Suite à cette enquête, les premiers résultats concernant les cellules souches viennent de paraître sous les titres: «Survey on opinions from National Ethics Committees or similar bodies, public debates and national legislation in relation to human embryonic stem cell research and use» et «Stem cell research at european level» European Commission Research Directorate General, novembre 2001. Ces deux gros documents peuvent être obtenus à l'adresse suivante: stephanie.caro@cec.eu.int.

Le Président de la CCE a tenu des conférences sur l'organisation et les activités de la CCE en particulier et de l'éthique biomédicale en général en Suisse au Forum International de Genève, à la Société Médicale de Genève, ainsi qu'à la Société Académique de Genève.

Michel B. Vallotton

Membres de la Commission Centrale d'Éthique

- | | |
|---|---|
| • Prof. Michel B. Vallotton, Genève
Président | • Prof. A. Mauron, Genève |
| • Mme Nicole Andreoli, Genève | • Dr Jean-Pierre Restellini, med. et lic. iur., Genève |
| • Dr Claude Aubert, Genève | • Prof. Rudolf Ritz, Binningen |
| • Prof. Volker Dittmann, Bâle | • Dr Brigitte Santos-Eggimann, Lausanne |
| • Prof. Johannes Fischer, Zurich | • Prof. Henning Schneider, Berne |
| • Prof. Guido Jenny, Berne | • Prof. Werner Stauffacher, Bâle
Président de l'ASSM, ex officio |
| • Prof. Annemarie Kesselring, Bâle | • Dr Ursula Steiner-König, Lyss |
| • PD Dr Christian Kind, St-Gall | • Dr Urs Strebler, Männedorf |
| • Dr Cornelia Klauser, Agno | • Prof. Ewald R. Weibel, Berne
Vice-Président de l'ASSM, hôte permanent |
| • Dr Margrit Leuthold, Bâle
Secrétaire générale, ex officio | |
| • Prof. Roberto Malacrida, Lugano | |

Überregionale Ethikkommission für Klinische Forschung (UREK)

Anfang April des Jahres 2001 tagte die «Überregionale Ethikkommission für Klinische Forschung» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften zum letzten Mal. Der politische Entscheid der Sanitätsdirektoren und der IKS, künftig nur noch kantonale Ethikkommissionen (EKs) für klinische Forschung zu anerkennen – nicht zuletzt eine Folge der VanTx-Affäre – hat das Schicksal der UREK besiegelt. Zeit für einen Nachruf!

Die Projektvorhaben

In den neun Jahren ihres Bestehens hat sie im Dienste der Öffentlichkeit, der Bundesbehörden, des Nationalfonds, der Pharmaindustrie, des Gesundheitswesens 126 Projektvorhaben beurteilt. Zur Hauptsache handelte es sich um klinische Studien mit Medikamenten (51 %, überwiegend Phase IV) oder Medizinprodukten (6,5 %), in 14 % um Epidemiologie und in einer Minderzahl um nichtmedikamentöse Therapien, Genetik, die Qualität medizinischer Betreuung, Pathophysiologie, Komplementärmedizin etc. Mit 80 % überwogen multizentrische Studien (davon 68 % Schweiz-Lichtenstein, 27 Europa, 5 weltweit). – Die nicht-klinischen Projekte umfassten Befragungsstudien, Analysen von Krankengeschichten und Labordaten und pflegewissenschaftliche Untersuchungen.

Die Beurteilung

26 % der Vorhaben wurden primär gutgeheissen, 9 % primär abgelehnt und in 5 % wurde aus verschiedenen Gründen auf eine Beurteilung verzichtet. In 60 % war eine Überarbeitung erforderlich. Von den überarbeiteten Studien wurden 89 % gutgeheissen. In 10 % wurden die Projektvorhaben von Seiten der Studienverantwortlichen vor oder nach dem Entscheid der UREK zurückgezogen, abgebrochen oder zurückgestellt.

An der Spitze der Gründe für Ablehnung oder Überarbeitung einer Studie standen Zweifel am Studiendesign, ungenügende Patienten/Probanden-Information, ungenügend dokumentierte oder fehlende Versicherung, andere fehlende Unterlagen, unvollständige Information über und Massnahmen bei Nebenwirkungen, Abbruchkriterien und spezielle ethische Bedenken.

Die Dauer der Beurteilung

Sie lag mit im Mittel 83 Tagen weit über der Idealforderung von 30 Tagen. Das war zum Teil bedingt durch die 2-monatliche Sitzungskadenz (bis 1999) der UREK, vor allem aber durch die Tatsache, dass 41 % der Projekte überarbeitet und ergänzt werden mussten, ehe sie beurteilt werden konnten. Allein dieser erste Schritt brachte den betroffenen Projekten im Mittel eine Verzögerung von 41 Tagen. Weitere Überarbeitungen, meist mit erheblichem Zeitaufwand verbunden, rückten die Beurteilungsdauer immer weiter über den Idealzustand hinaus!

Der Studienverlauf

Wenig erfreulich gestaltete sich der follow-up der gutgeheissenen Projektvorhaben: In Bezug auf 76 Studien fehlte zu Beginn dieser Analyse jegliche Information. Eine Nachfrage ergab, dass 12/97 gutgeheissenen Projekten nie bei der IKS notifiziert oder nie gestartet wurden. Von 52 abgeschlossenen Studien lagen lediglich 30 Abschlussberichte vor, und 19 Studien führten zu 1-5 mehrheitlich wertvollen Publikationen in renommierten Zeitschriften.

Die Aufarbeitung der Tätigkeit der UREK hat eine Reihe von Erkenntnissen gebracht – unter anderen, dass der Erfüllung ihrer Hauptaufgabe (Beurteilung multizentrischer Forschungsvorhaben) bis zuletzt die Notwendigkeit der Beurteilung durch lokale EKs und damit die Notwendigkeit, bei einer Mehrzahl von EKs anzuklopfen, im Wege stand.

Zum andern, dass die speditive Abwicklung der Geschäfte einer EK mindestens monatliche Sitzungstermine erfordert. Wo dies nicht möglich oder bei geringer Beanspruchung nicht sinnvoll ist, müssen Sitzungen spätestens 2 Wochen nach Eintreffen der Unterlagen zu einem Projektvorhaben angesetzt werden können.

Unter den generelleren Problemen bereiten die nicht selten diametral entgegengesetzten Entscheide verschiedener EKs zum selben Projekt Sorgen, die wohl am sichersten durch die Vermeidung von Mehrfachbeurteilungen zu eliminieren sind. Schliesslich bedarf der follow-up von der Gutheissung eines Projekts bis zu dessen definitivem Abschluss noch erheblicher Anstrengungen von Seiten der EKs wie der Studienverantwortlichen.

Eine detaillierte Analyse der Arbeit der UREK und der sich daraus ergebenden Erkenntnisse und Folgerungen wurde in der Schweizerischen Ärztezeitung publiziert (Truniger B. et al., Ethikkommissionen zwischen Anspruch und Wirklichkeit. SÄZ 2001;45:2398-403) und ist auf Seite 127 in diesem Jahresbericht wiedergegeben.

Bruno Truniger

Mitglieder der Überregionalen Ethikkommission für Klinische Forschung (UREK) bis zur Auflösung per Ende Mai 2001

- Prof. Bruno Truniger, Luzern
Präsident
- Dr. Werner Pletscher, Zürich
Vizepräsident
- Dr. Hermann Amstad, Basel
Sekretär
- Prof. Antoine de Torrenté,
La Chaux-de-Fonds
- Prof. Paul Frick, Zürich
- Prof. Noël Genton, Lausanne
- Dr. Agnes Glaus, St. Gallen
- Dr. Madeline Kummer-Vago, Therwil
- Prof. Bernhard Lauterburg, Bern
- Dr. Margrit Leuthold, Basel
ex officio
- Prof. Dominique Manai-Wehrli, Genf
- Prof. Anne-Catherine Martenet, Zürich
- Prof. Reto Obrist, Sion
- Catherine Panchaud, Puidoux
- Prof. Walter Reinhart, Chur
- Dr. Ingrid Reubi, Münchenbuchsee
- Prof. Rudolf Ritz, Binningen
- Dr. Brigitte Santos-Eggimann, Lausanne
- Prof. Christian Sauter, Zürich
- Prof. Hans-Peter Schreiber, Basel
ständiger Gast
- Dr. André Spahr, Sion
- Prof. Dominique Sprumont, Posieux
- Prof. Werner Stauffacher, Basel
Präsident SAMW, ex officio
- Prof. Michel Vallotton, Genf
Präsident ZEK, ständiger Gast
- Prof. Brigitte Woggon, Zürich
- Pater Dr. Albert Ziegler, Zürich

Kommission «Wissenschaftliche Integrität in der medizinischen und biomedizinischen Forschung» (CIS)

Die seit dem August 2000 tätige Kommission hat im Jahr 2001 ihre Arbeiten abgeschlossen und legt nun die «Richtlinien der SAMW für wissenschaftliche Integrität in der medizinischen und biomedizinischen Forschung und für das Verfahren bei Fällen von Unlauterkeit» vor. Die Richtlinien regeln das Verhalten von Forschenden und Gutachtern in öffentlich-rechtlichen Institutionen der Schweiz, in deren Bereich medizinische und biomedizinische Forschung durchgeführt wird. Sie gelten ferner für das Verhalten von Forschenden im öffentlichen Bereich und in der Privatwirtschaft, soweit sie als Autoren in der Öffentlichkeit und als Gesuchsteller gegenüber öffentlich-rechtlichen Geldgebern auftreten. Nebst den Standards für wissenschaftliche Integrität in der medizinischen und biomedizinischen Forschung, die insbesondere jungen Forschenden zugute kommen sollen, beinhalten die Richtlinien ausführliche Bestimmungen zum Verfahren bei Fällen von Unlauterkeit.

Die Kommission hat sich insgesamt dreimal in Bern getroffen, nämlich am 22.3., 11.6. und 8.11.2001. Ein grosser Teil der redaktionellen Bearbeitung der Richtlinien wurde von Prof. André Blum und Prof. Christian Brückner übernommen, sodass die Arbeit in der Kommission rasch voranschreiten konnte. Es ist vorgesehen, die Richtlinien dem Senat anlässlich der Sitzung im Mai 2002 zur Verabschiedung zu unterbreiten.

Michel Cuénod

Mitglieder der Kommission

- | | |
|---|---|
| • Prof. Michel R. Cuénod, Lausanne
Präsident | • Prof. Christian Hess, Bern |
| • Prof. André Blum, Lausanne | • Prof. Andreas Schaffner, Zürich |
| • Prof. Christian Brückner, Basel | • Prof. Peter M. Suter, Genf |
| • Prof. Max M. Burger, Basel | • Prof. Ewald R. Weibel, Bern
ständiger Gast |
| • Prof. Käthi Geering, Lausanne | |

Groupe de travail StaR (Standardisation des directives et formulaires de travail et Registration centrale de projets)

Lors de la première session des présidents des commissions d'éthique organisée en automne 1999 par l'Académie Suisse des Sciences Médicales, chacun s'accordait à reconnaître que la diversité des directives et des formulaires utilisés par les commissions d'éthique induisait une certaine confusion chez les investigateurs, qu'elle compliquait la collaboration entre les différentes commissions d'éthique et rendait impossible la saisie centralisée des projets. Au vu de cette situation, l'ASSM a émis la proposition d'élaborer avec l'ensemble des milieux concernés un projet de standardisation des directives et des formulaires, ainsi que d'étudier la possibilité de créer un registre des recherches impliquant des êtres humains et un registre des sujets de recherche. A cette fin, il a été créé en mai 2000 un groupe de travail (GT) réunissant des représentants de l'ASSM, de l'OICM, de l'OFSP, des commissions d'éthique de la recherche et des pharmaciens cantonaux: le groupe de travail StaR.

Ce groupe de travail a été placé sous la direction du Prof. Dr iur Dominiq Sprumont, en qualité de représentant de l'OICM. Son secrétariat est assumé par l'ASSM en la personne de son secrétaire général adjoint, le Dr Hermann Amstad. Il bénéficie d'un soutien direct de l'ensemble des partenaires, en particulier de l'OICM qui a mis, notamment, ses locaux et son service de traduction à disposition.

En janvier 2001, le GT StaR a transmis à l'ASSM, à l'OICM et à l'OFSP deux modèles de formulaires à l'usage des chercheurs et des commissions d'éthique de la recherche. Il s'agit, premièrement, du «Formulaire pour la demande d'évaluation d'un projet de recherche biomédicale» et, deuxièmement, du «Formulaire d'avis d'un comité d'éthique de la recherche». Ces formulaires sont destinés à faciliter la tâche des investigateurs et des commissions d'éthique de la recherche (CER) en permettant d'harmoniser les pratiques en la matière dans toute la Suisse. Ces formulaires ont été acceptés conjointement par l'ASSM, l'OICM et l'OFSP. Ils ont été communiqués en mai 2001 aux présidents de l'ensemble des CER et placés sur le site Internet des trois institutions partenaires du GT StaR. Un nombre croissant de CER en font aujourd'hui usage. Le GT StaR a toutefois constaté que, lors de la notification des études à l'OICM, le formulaire d'avis du CER n'est souvent pas accompagné du formulaire de demande d'évaluation. Cela pose problème dans la mesure où le formulaire d'avis renvoie expressément au formulaire de demande en vue d'identifier la documentation fournie par l'investigateur. A défaut du formulaire de demande d'évaluation, il plane une incertitude sur l'étendue et la nature des documents qui ont effectivement été évalués par le CER. Le GT StaR a rendu les CER et l'industrie pharmaceutique attentifs sur cette question. Suite à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur les produits thérapeutiques, le GT StaR a mis à jour les formulaires en renforçant leur coordination avec les formulaires utilisés par Swissmedic et l'OFSP.

Dès le 1er janvier 2002, l'administration et les CER devraient utiliser les mêmes formulaires de base pour la soumission d'un projet de recherche, avec un simple complément pour les demandes adressées à Swissmedic et l'OFSP. En pratique, l'investigateur remplira un seul formulaire de base pour soumettre son projet au CER compétent. Ce dernier répondra avec le formulaire d'avis. Le promoteur transmettra ensuite son dossier à Swissmedic en se fondant sur le même formulaire de base que l'investigateur, auquel il joindra le formulaire d'avis du CER et un formulaire ad hoc portant principalement sur le ou les médicaments testés. Cette procédure devrait alléger la charge administrative tout en garantissant une meilleure traçabilité des dossiers.

Le GT StaR a également étudié l'opportunité de créer un registre des sujets de recherche. Il a du reste reçu un mandat exprès de la CDS pour établir un rapport en la matière. Le GT StaR s'est en premier lieu inquiété de définir les objectifs principaux qui justifient la création d'un tel registre, à savoir la protection des sujets de recherche, la protection des futurs patients, la protection des chercheurs et des promoteurs, ainsi que la protection des intérêts de police de la santé. Se fondant sur trois modèles de registres existants, il a ensuite émis des propositions en vue de créer un registre des sujets de recherche.

Quant au choix d'un modèle approprié, le groupe de travail StaR a opté pour un registre qui soit subordonné aux autorités sanitaires et qui constitue en même temps un élément du processus de contrôle et d'évaluation de la recherche impliquant des êtres humains. Un tel registre peut être tenu par les autorités sanitaires elles-mêmes; il serait aussi concevable d'en confier la tâche à une commission d'éthique (moyennant rémunération) ou à une institution privée (moyennant un contrat de prestations).

Pour la Suisse, il convient de viser la création d'un registre unique recouvrant l'ensemble des sujets de recherche. On prévoira en toute première priorité un ajustement des données aux registres de pays voisins. Des travaux préliminaires dans ce sens ont déjà été effectués, notamment en rapport avec la conception d'un «Registre transfrontalier des sujets de recherche» pour le territoire sous mandat de la Conférence franco-helvético-allemande du Haut-Rhin. Il y est recommandé que les Etats membres créent des registres nationaux des sujets de recherche dont la structure doit se rapprocher autant que possible du registre existant en France; il s'agirait en outre de créer des bases légales permettant l'échange de données au-delà des frontières nationales. Au cas où cela ne serait pas possible dans un premier temps de créer un registre unique pour toute la Suisse, il faudra veiller d'ores et déjà à ce que les registres cantonaux soient compatibles entre eux et qu'il existe la possibilité de créer un registre unique pour plusieurs cantons, voire sur le long terme, pour l'ensemble de la Suisse.

Il incombera à l'investigateur de vérifier, par une transmission continue des données au registre des sujets de recherche, qu'un sujet ne participe pas simultanément à deux études. Les organes de surveillance (autorités sanitaires ou commissions d'éthique) vérifient sporadiquement, lors d'inspections,

que les entrées ont été effectuées correctement. Un comportement incorrect (p. ex. non-inscription de sujets ou admission de sujets «engagés» ailleurs) est passible de sanctions.

Enfin, le GT StaR a été sollicité par la Société suisse de l'industrie chimique afin d'évaluer les procédures de recrutement des sujets de recherche par voie d'annonce. Le groupe de travail a ainsi pu émettre des propositions à ce sujet à l'intention de Swissmedic et de la SSIC. Il a également été invité à étudier la problématique de la responsabilité civile dans le cadre de la recherche et des assurances RC. Il existe en effet une disparité dans la pratique des CER, disparité qui peut parfois poser problème dans le cadre d'essais multicentriques. Le GT StaR a ainsi prévu de transmettre un questionnaire en la matière à tous les CER au début 2002. Cela devrait lui permettre d'apprécier la situation sur une base plus concrète. Cette question devrait occuper le GT StaR dans le courant 2002.

Dominique Sprumont

Membres du groupe de travail StaR

- | | |
|---|--|
| • Prof. Dominique Sprumont, Posieux
Président | • Dr Verena Schwander, Berne
OFSP |
| • Dr Hermann Amstad, Bâle
ASSM | • Prof. Gilbert Thiel, Bâle
CEC |
| • Dr Vito Grimaudo, Berne
OICM | • Prof. Bruno Truniger, Lucerne
ASSM |
| • lic. iur. Niklaus Herzog, Zurich
Secrétaire CEC | • Dr Theo Weber, Berne
OFSP |
| • Dr Werner Pletscher, Zurich
pharmacien cantonal | • Giovan Maria Zanini, Mendrisio
pharmacien cantonal |
| • Dr Bernhard Scherz, Berne
OICM | |

Ethik-Kommission für Tierversuche

Die neu zusammengesetzte Ethik-Kommission mit nun 15 Mitgliedern hat sich mit ihrem neuen Präsidenten A. Steiger, Bern, den neu gewählten 6 Mitgliedern Frau C. Aus der Au, Zürich, B. Baertschi, Genf, A. Bondolfi, Zürich/Lausanne, K. Bürki, Zürich, Frau E. Hummler, Lausanne und B. Stadler, Bern sowie dem neuen Protokollführer H.U. Bertschinger, Pfäffikon, zu 6 Sitzungen getroffen. Schwerpunkte der Arbeit bildeten die Ausarbeitung eines Textes zum Thema «Menschengene» und eines Beurteilungsschemas für Tierversuche. Im Positionspapier «Menschliche Gene oder Menschengene?» werden die Verwendung der Begriffe in der Umgangssprache, ihr Bezug zum Weltbild sowie der naturwissenschaftliche Hintergrund beleuchtet und wird eine ethische Bewertung vorgenommen (publiziert in der NZZ vom 30.6.2001, weitere Publikation folgt). Das «Prozessfluss-Diagramm für die Planung und Durchführung von Tierversuchen» soll anhand von verschiedenen, klaren Beurteilungskriterien die sorgfältige, systematische Güterabwägung bei der Planung und Durchführung sowie nach Abschluss von Tierversuchen durch die verschiedenen, bei Tierversuchen beteiligten Personen und Stellen erleichtern. Die Vorlage soll künftig zur Erprobung im Internet der SAMW/SANW zugänglich gemacht werden. Ein Zusatz für die ethische Güterabwägung bei Tierversuchen als Vorlage für die Selbstprüfung der Verantwortlichen für Tierversuche steht in Ausarbeitung. Die Kommission nahm auch Stellung zum Vernehmlassungsentwurf der Revision des Tierschutzgesetzes im Bereich der Tierversuche. Künftige Arbeiten der Kommission werden namentlich die ethische Güterabwägung bei Tierversuchen und die Überarbeitung der letztmals 1995 angepassten «Ethischen Grundsätze und Richtlinien für wissenschaftliche Tierversuche» der SAMW/SANW (www.samw.ch und www.sanw.ch) bilden.

Andreas Steiger

Mitglieder der Ethik-Kommission für Tierversuche

- **Prof. Andreas Steiger, Bern**
Präsident
- **Prof. Eugen van der Zypen, Bern**
Vizepräsident ab 1.1.2001
- **Christina Aus der Au, Zürich**
ab 1.1.2001
- **Prof. Bernard Baertschi, Genf**
ab 1.1.2001
- **Prof. Hans-Ulrich Bertschinger, Pfäffikon**
- **Prof. Alberto Bondolfi, Zürich**
ab 1.1.2001
- **Prof. Kurt Bürki, Zürich**
ab 1.1.2001
- **Prof. Heinz Durrer, Basel**
- **Prof. Marie-Claude Hepp-Reymond, Zürich**
- **Prof. Edith Hummler, Lausanne**
ab 1.1.2001
- **Dr. Margrit Leuthold, Basel**
- **Dr. Bernhard Matter, Basel**
- **Dr. Klaus-Peter Rippe, Zürich**
- **Dr. Hans Sigg, Zürich**
- **Prof. Beda M. Stadler, Bern**
ab 1.1.2001

DOKDI: Schlussbericht

Ausgangslage

Die zur Schliessung des DOKDI führenden Gründe sind im Jahresbericht 2000 detailliert dargestellt worden.

Der Senat der Akademie hat an seiner Sitzung vom Juni 2001 von der definitiven Schliessung des DOKDI Kenntnis genommen und dem Antrag, das Kuratorium DOKDI per 30. Juni 2001 aufzulösen und den formellen Abschlussbericht im Rahmen des Jahresberichtes der SAMW 2001 entgegenzunehmen, zugestimmt.

Übersicht über die im Jahre 2001 erfolgten, abschliessenden Aktivitäten

Die Schliessung des DOKDI wurde gemäss dem vom SAMW-Vorstand akzeptierten Konzept durchgeführt und orientierte sich an den folgenden Zielsetzungen:

- Faire Behandlung verdienter, langjähriger Mitarbeiter
- Abschluss der Aktivitäten ohne negative Auswirkung auf das Ansehen der SAMW
- Wahrung der Kunden-Interessen durch möglichst reibungslosen Transfer der Projekte an andere kompetente Institutionen

Der von diesen Zielsetzungen abgeleitete Aktionsplan umfasste die folgenden Elemente:

- Sozialplan für 4 Mitarbeiter + Outplacement-Unterstützung
- Phasing out der Projekte; Transfer an kompetente Institutionen soweit möglich
- Verkauf und Übergabe der Infrastruktur
- Erwarteter Abschluss aller Aktivitäten: Ende 1. Quartal 2001. Dank dem hohen Einsatz der bis zuletzt aktiven DOKDI-Equipe unter der Leitung von Jürg Wehrli und der Unterstützung durch externe Berater (E. Hauser, H. Huber und W. Zinkl) konnte diese komplexe Phase professionell angegangen und auf Ende April 2001 abgeschlossen werden.

Lösung personeller Probleme

Vier langjährige Angestellte, die dem DOKDI bis zuletzt die Treue hielten, wurden in der Suche nach einer neuen Einsatzmöglichkeit durch ein Outplacement-Programm unterstützt; dank dieser Unterstützung und viel Eigeninitiative konnten befriedigende Lösungen gefunden werden.

Abschluss oder Transfer von Projekt-Aktivitäten

Für gewisse der bisher vom DOKDI betreuten Projekte konnten geeignete Transfermöglichkeiten identifiziert und damit den Kunden eine reibungslose Weiterführung angeboten werden; andere Projekte mussten aufgrund fehlender Alternativen sistiert werden. In einem einzigen Fall musste der DOKDI die Zahlung einer Abfindungssumme für eine nicht mehr mögliche Dienstleistung akzeptieren.

Projekt	beendet	transferiert an	Kommentar
ONLORD	–	Universitäts-Spital Bibliothek Bern	Rückvergütung von CHF 48'000.– an SAMW in 2002
Angewandte EBM etc	x	–	Transfer an Horten-Zentrum versucht, aber nicht realisierbar
SMP	–	A.Vafiadis	–
OVID	–	Universität Zürich Irchel	–
LIMOS	x	–	Direkt-Entschädigung von CHF 50'000.– an AO Intl.
Cochrane Library	–	Huber AG, Bern	–
NLM: MEDLARS Center Funktion	x	–	–
NLM: Thema DB Lizenz, Weiterführung	–	Dialog / Data Star Bern	–
Data Star Lizenz, Vertrag mit Dialog	–	Mediscope	–
Dialog / DataStar als Nutzer	–	A.Vafiadis	–
Kurswesen für Dritte	x	–	–
Recherchierdienst	–	A. Vafiadis	–

Aufgabe der Infrastruktur

Das Problem der Infrastruktur liess sich durch gezielte Verhandlungen mit verschiedenen Institutionen befriedigend lösen und ermöglichte eine Teil-Rückerstattung früherer Investitionen:

Kategorie	Übergabe / Verkauf an	Vergütung an DOKDI
Büroräume	Schweizerische Krebsliga	Übernahme des Mietvertrages
Mobiliar	Schweizerische Krebsliga	CHF 37'000.–
Server	Huber AG, Bern	CHF 30'000.–
Firewall and Router	Schweizerische Krebsliga	CHF 4'040.–
Varia	Huber AG, Bern	CHF 4'360.–
		Total Erlös CHF 75'400.–

Schluss-Abrechnung des DOKDI / Jahresrechnung 2001

Die von der Firma Huwiler Treuhand AG, Ostermundigen, erstellte letzte Jahresrechnung des DOKDI (mit Datum vom 31.8.2001) ist im Kapitel «Jahresrechnungen und Budget» dieses Jahresberichtes detailliert dargestellt.

Dispositionen betreffend Verwendung des DOKDI-Kapitals

Aufgrund einer konstruktiven Besprechung zwischen DOKDI/SAMW und dem Bundesamt für Bildung und Wissenschaft (BBW) konnte im November 2001 eine für die SAMW günstige Regelung erzielt werden. Die von der SAMW über Jahre investierten Anstrengungen im Aufbau, Betrieb und der möglichst reibungslosen Schliessung des DOKDI wurden vom BBW anerkannt und führten dazu, dass das Restkapital des DOKDI der SAMW zur freien Verwendung zur Verfügung gestellt wird. Die SAMW ist für diese entgegenkommende Haltung sehr dankbar und hat an der Vorstandssitzung vom 4. Februar 2002 entschieden, die Summe von CHF 326'000.– zur Aufstockung des SAMW-Eigenkapitals einzusetzen.

Schlussbemerkung

Dank vereinten Kräften konnte die komplexe Schliessungsphase des DOKDI ohne grössere Friktionen und negative Schlagzeilen abgeschlossen werden. Der Dank des letzten Präsidenten des DOKDI-Kuratoriums geht an alle in der Durchführung eines geordneten Rückzuges Involvierten: an die letzten Mitarbeiter des DOKDI, die Mitglieder des Kuratoriums, den Vorstand der SAMW, besonders Herrn Prof. Ewald Weibel, die externen Berater und nicht zuletzt die Herren Haefliger und Perler vom Bundesamt für Bildung und Wissenschaft.

Dieter Scholer

Mitglieder Kuratorium DOKDI

• **Dr. Dieter Scholer, Bottmingen**
Präsident

• **Dr. Margrit Leuthold, Basel**

• **Prof. Werner Ringli, Nidau**

• **Prof. Werner Stauffacher, Basel**

• **Dr. Jürg von Below, Bern**

• **Dr. Ueli Winkler, Bern**

Kommission der biomedizinischen Bibliotheken

Im Berichtsjahr 2001 hat sich die Kommission wiederum nur zu einer Sitzung zusammenfinden können, am 5. Oktober. Während der übrigen Zeit hielten regere Diskussionen per E-Mail den Kontakt zwischen den Mitgliedern aufrecht.

Swiss Medical and Academic Consortia

Das Konsortium der biomedizinischen Bibliotheken konnte mit dem Abschluss des Vertrages zur Nutzung der elektronischen Zeitschriften des Verlages Lippincott Williams & Wilkins einen weiteren Erfolg verbuchen. In einer ersten Phase ab Juli 2001 stehen all diejenigen Zeitschriften in elektronischem Format zur Verfügung, die auch in gedruckter Version in den beteiligten Institutionen verfügbar sind. Für die elektronischen Zeitschriften des Verlages Blackwell Science besteht weiterhin Zugriff auf das gesamte Verlagsangebot.

ONLORD

Nach der Auflösung des DOKDI hatten sich die Medizinische Fakultät und die Bibliothek des Inselspitals Bern bereit gefunden, den Artikelbestell- und -lieferdienst ONLORD befristet auf zwei Jahre zu übernehmen.

Trotz der anfänglich grossen zusätzlichen Belastungen hat sich das Team gut in die neuen Aufgaben eingearbeitet und ist bestrebt, in Zukunft Optimierungen und Erleichterungen zu erarbeiten.

Die Auflage der Medizinischen Fakultät lautet ganz klar, dass das ONLORD-Projekt ab dem Jahr 2003 selbsttragend werden muss. Die Grundvoraussetzung, dies zu erreichen, ist die Entwicklung eines Workflow-Systems und eine Neuentwicklung des Interbibliothekarischen Leihverkehrs, bei dem die vorhandenen elektronischen Daten direkt verarbeitet und weitergeleitet werden können.

Schweizerischer Zeitschriftengesamtkatalog VZ

Die Schweizerische Landesbibliothek hatte die Firma TRIALOG mit einer Studie zur Neuausrichtung und Zukunft des ZV beauftragt. Die Kommission der biomedizinischen Bibliotheken war durch zwei Mitglieder an den Workshops vertreten.

EAHIL Köln 2002

Die Kommission der biomedizinischen Bibliotheken wird sich mit einem Beitrag zur Finanzierung eines herausragenden Referenten an der Tagung der European Association for Health Information and Libraries Association EAHIL engagieren.

Alexander A. Borbély

Mitglieder der Kommission der biomedizinischen Bibliotheken

- **Prof. Alexander A. Borbély, Zürich**
Präsident
- **Isabelle De Kaenel, Lausanne**
- **Silvia Domeisen, Zürich**
bis 31.10.2001
- **Jean-Daniel Enggist, Bern**
ab 1.4.2001
- **Yvonne Finke, Basel**
- **Dr. Ariane Hausammann, Bern,**
bis 31.12.2001
- **Blanche Kiszio, Bern**
- **Monika Mosberger, Bern**
- **Jürg Schenker, Bern**
ab 1.1.2002
- **Anna Schlosser, Zürich**
ab 1.11.2001
- **Muriel Serodino, Genf**
- **Dagmar Uebelhard, Bern**
- **Dr. Peter Wolf, Basel**
- **Ingeborg Zimmermann, Zürich**
- **Dr. Manfred Zimmermann, Bern**
bis 31.3.2001

Kommission Weiterbildung zum Laborleiter

Die Kommission hat im Jahre 2001 fünfmal getagt und zwischen den Sitzungen mit Hilfe der elektronischen Medien intensiv korrespondiert. Zudem nahmen Mitglieder der Kommission als Experten an den Schlussprüfungen der Laborspezialisten teil.

In erster Priorität wurde das Reglement und Weiterbildungsprogramm zum Spezialisten für labormedizinische Analytik FAMH revidiert. Eine wesentliche Neuerung ist die (Wieder-)Einführung einer monodisziplinären Weiterbildung in hämatologischer Analytik. Für diejenigen Kandidaten dieses Weiterbildungsganges, welche Ärzte sind und sich – zusätzlich zur jetzt gültigen FMH-Weiterbildung in Hämatologie – auch zu Spezialisten in Laboranalytik FAMH dieses Fachgebiets weiterbilden wollen, wird ausnahmsweise berücksichtigt, dass Titelträger der aktuellen Version der FMH-Weiterbildung in Hämatologie bei der Spezialarztweiterbildung schon obligat breite Kenntnisse und Fertigkeiten in spezieller Laboranalytik sowie in angewandter Pathophysiologie erworben haben. Unter definierten Bedingungen kann in diesen Fällen die Weiterbildungsdauer gekürzt werden.

Das Reglement wurde vom Vorstand der SAMW am 16. Februar 2001 genehmigt und trat am 1. März 2001 in Kraft. Eine französische Übersetzung des Weiterbildungsreglementes wurde im Laufe des Jahres erstellt. Der Lernzielkatalog für die einzelnen Labordisziplinen ist anspruchsvoll, die Weiterbildungsstellen scheinen aber beschränkt. Eine Bedarfsabklärung ist im Gange, um besonders die Fachgesellschaften, aber auch Fakultäten und Behörden an Ihre Weiterbildungsaufgabe und Schaffung bezahlter Weiterbildungsstellen zu erinnern.

Als zweites grösseres Unterfangen wurde ein Fortbildungsreglement erarbeitet, um die mit der Titelverleihung verbundene Pflicht zur Fortbildung zu spezifizieren. Die Kommission ist dem Vorstand und dem Generalsekretariat der SAMW für die Unterstützung und die konstruktiven Anregungen sehr dankbar. Das Fortbildungsreglement wird dem Vorstand der SAMW Anfang 2002 zur Genehmigung vorgelegt.

Th. Hardmeier erstellte eine Historie der Kommission zuhanden des Vorstands der SAMW. Bei der Diskussion in der Kommission wurde hervorgehoben, dass die Fachgesellschaften und die SAMW zu Eingaben an die eidgenössischen Behörden ermuntert werden sollen, damit der Beruf des Spezialisten für labormedizinische Analytik FAMH auch im Gesetz als Medizinberuf anerkannt wird, dies auch um eine Kongruenz mit der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV 29.9.1995, Art 42) zu erreichen.

Auf Anfrage des BSV war zudem eine Zuordnung einzelner Analysen zu bestimmten Fachgebieten zu klären.

Die Kommission entschied (einmal zustimmend und einmal ablehnend) über zwei Rekurse, die die Ablehnung der Verleihung des Titels Spezialist für medizinisch-genetische Analytik FAMH gemäss Übergangsbestimmungen betrafen.

Dank gebührt allen Kommissionsmitgliedern für ihre intensive Mitarbeit.

Claude Bachmann

Mitglieder der Kommission Weiterbildung zum Laborleiter

- **Prof. Claude Bachmann, Lausanne**
Präsident, SGKC
- **Prof. Jacques Bille, Lausanne**
SGM
- **Christian Curty, Bern-Liebefeld**
SAV
- **Prof. Thomas Hardmeier, Winterthur**
SAMW
- **Prof. Andreas Huber, Aarau**
Sekretär, FMH
- **PD Dr. Martine Jotterand, Lausanne**
SGMG
- **Prof. Walter Riesen, St. Gallen**
SGAI
- **Dr. Hans Peter Siegrist, Kirchlintach**
FAMH
- **Prof. André Tichelli, Basel**
SGH

Fluor- und Jodkommission

Die Kommission tagte am 28. Februar 2001 in Bern und beriet über den Stand der Kariesprophylaxe und der Jodsupplementierung. Sie nahm Stellung zur Anfrage von Dr. Heinemann (BAG), warum das Pökelsalz nicht auch jodiert sei. Die Abklärung ergab, dass dies eine Umstellung der Jodierung von Jodid auf Jodat bedingen würde, da Jodid mit dem im Pökelsalz vorhandenen Nitrit unverträglich ist. Zwar wird Jodat in vielen Ländern zur Jodierung des Salzes verwendet und es wäre gemäss Artikel 10 der Nährwertverordnung auch in der Schweiz zulässig. Die Toxikologie (vor allem die Genotoxizität) des Jodats ist jedoch gemessen an heutigen Standards ungenügend untersucht. Zudem würde die Jodierung des Pökelsalzes pro Person und Tag maximal 33 mg Jod zusätzlich zuführen. Eine Umstellung auf Jodat schien deshalb im Moment nicht tunlich. Nachdem in den 90iger Jahren von abnehmender Jodversorgung gewarnt wurde, zeigte eine grosse Studie von M. Zimmermann in 30 Schulen und in 30 Frauenkliniken, dass die Urinjodkonzentration in der ganzen Schweiz sowohl bei Schulkindern wie auch bei schwangeren Frauen genügend ist. Die Erhöhung des Jodgehaltes des Salzes von 15 auf 20 mg/kg hat sich also erwartungsgemäss ausgewirkt; auf eine weitere Erhöhung kann im Moment verzichtet werden. In der Zeitschrift «Natürlich» erschien ein Artikel («Jod...und Du kannst verblöden»), der vor jodiertem Salz mit haarsträubenden Argumenten warnte. Da die Zeitschrift von gewissen Krankenkassen den Mitgliedern gratis zugeschickt wird, wirbelte der Artikel ziemlich Staub auf. Die Kommission nahm dazu Stellung, unter anderem auch in einem Artikel in der NZZ.

Bezüglich Kariesprophylaxe mittels Fluorid wird an den bisherigen Empfehlungen festgehalten. Insbesondere scheint eine Erhöhung des Fluoridgehaltes von Kinderzahnpasten (wie in der BRD kürzlich beschlossen) nicht opportun. Dagegen wurde beschlossen, das fluoridierte Salz auch in 25-kg-Säcken zu propagieren, damit mittels Gemeinschaftsküchen möglichst ein hoher Anteil der Bevölkerung, insbesondere auch ältere Personen, vom Fluorid profitiert (bisher waren nur Haushaltpackungen fluoridiert).

Die Kommission dankte Prof. T. Marthaler für seine langjährige Tätigkeit als Präsident der Kommission; sie gab gleichzeitig ihrer Genugtuung Ausdruck, dass Herr Marthaler noch in der Kommission verbleiben wird.

Hans Bürgi

Mitglieder der Fluor- und Jodkommission

- **Dr. Hans Bürgi, Solothurn**
Präsident ab 1.3.2001
- **Prof. Albert Burger, Genf**
bis 28.2.2001
- **Dr. Philippe de Crousaz, Lausanne**
bis 28.2.2001
- **Prof. Jürg Lieberherr, Schweizerhalle**
- **Prof. Adrian Lussi, Bern**
bis 28.2.2001
- **PD Dr. Jürg Lüthy, Bern**
BAG ab 1.3.2001
- **Prof. Thomas M. Marthaler, Zürich**
Präsident bis 28.2.2001
- **Dr. Giorgio Menghini, Zürich**
- **Prof. Jürg Meyer, Basel**
ab 1.3.2001
- **Pierre Studer, Bern**
BAG bis 28.2.2001
- **Dr. Paul Vogt, Basel**
- **Dr. Michael Zimmermann, Rüslikon**

Jahresrechnungen und Budget

Bericht zur Jahresrechnung 2001

Jahresrechnungen 2001

Schweizerische Akademie der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW)

Dokumentationsdienst der Schweizerischen Akademie
der Medizinischen Wissenschaften (DOKDI)

Robert Bing-Fonds

Théodore Ott-Fonds

Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds

A+D-Fonds

Budget 2002

Die Publikation der Jahresrechnungen 2001 erfolgt vorbehältlich
der Genehmigung durch den Senat.

Bericht zur Jahresrechnung 2001 der SAMW

Ausgangslage und Rahmenbedingungen

Das Budget 2001 wurde vom Senat am 28. November 2000 akzeptiert, in Kenntnis der folgenden Fakten und Annahmen:

- Unterstützung der SAMW durch einen Bundesbeitrag von CHF 1'529'000.– (unverändert gegenüber 2000)
- Notwendige Aufwendungen in Zusammenhang mit der Schliessung des DOKDI (Sozialplan, Abschluss von Auftragsarbeiten, Honorar für Berater) in der Höhe von ca. CHF 200'000.–
- Einsatz der durch die DOKDI-Schliessung frei werdenden Budgetmittel von CHF 250'000.– zugunsten gezielter Projektaktivitäten in den Gebieten:
 - ZEK (Umfrage Sterbehilfe, Recherchen zu kritischen Themen der Biomedizin): CHF 100'000.–
 - RRMA: CHF 50'000.–
 - Generalsekretariat (Personalaufstockung): CHF 100'000.–

Der vom Senat akzeptierte Budgetrahmen betrug CHF 2,67 Mio., inklusive die der Forschungskommission zufließende Unterstützung des SNF.

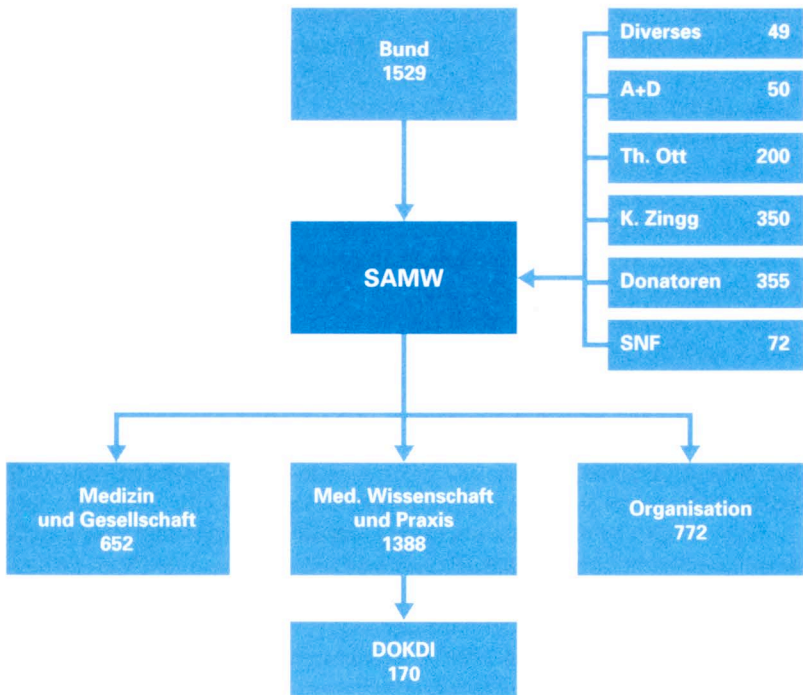
Personelle und Operationelle Veränderungen im Jahre 2001

Die Ausgaben des Berichtsjahres 2001 waren bedingt durch reguläre Projektaktivitäten sowie die Umsetzung von zwei personellen und operationellen Zielsetzungen:

- Verstärkung des Generalsekretariates durch die Anstellung eine Juristin, Frau lic. iur. Michelle Salathé (50 %), und einer Sekretärin, Frau Pia Graf (50 %)
- Abschluss aller Aktivitäten und Schliessung des DOKDI

Erfolgsrechnung 2001 – Allgemeine Bemerkungen

Die der SAMW im Jahre 2001 zur Verfügung stehenden Geldquellen sind aus der folgenden Darstellung (Beträge in Tausend Schweizerfranken) ersichtlich. Diese Finanzmittel alimentieren die Ausgaben in den Bereichen Medizin und Gesellschaft, Medizinische Wissenschaft und Praxis (inklusive DOKDI) und Organisation und Infrastruktur.



Die detaillierten Projektaufwendungen sind in der Tabelle Erfolgsrechnung 2001 transparent dargestellt, und zwar im Quervergleich zu den Vorjahreszahlen. Zu berücksichtigen ist für das Jahr 2001 die Tatsache, dass Rückstellungen im Bereich Medizinische Wissenschaft und Praxis (MD/PhD-Programm und EBM) in der Höhe von CHF 250'000 aufgrund spezifischer Direktiven des BBW aufgelöst werden mussten.

Im Überblick ergibt sich das folgende Bild:

- Gesamt-Aufwendungen von CHF 2'812'000 (bei Einbezug der spezifischen aus Rückstellungen mobilisierten CHF 250'000), aufgeteilt auf die definierten Projektgruppen
 - Medizin und Gesellschaft (23 %)
 - Medizinische Wissenschaften und Praxis/Ausbildung (50 %)
 - Organisation und Infrastruktur / Personalkosten (27 %).

Die Aufwendungen im Bereich Medizin und Gesellschaft wurden im Vergleich zum Budget um ca. CHF 100'000 überschritten, und zwar zu Gunsten des Projektes «Neu-Orientierung der Medizin» (GfS-Befragungsstudie).

Die Aufwendungen in den Bereichen Medizinische Wissenschaft und Praxis (dank Auflösung der Rückstellungen) sowie Organisation und Infrastruktur sind praktisch budgetkonform.

- Gesamt-Ertrag von CHF 2'556'000, davon
 - CHF 1'529'000.– Bundesbeitrag
 - CHF 355'000.– Donatorenbeiträge
 - CHF 72'000.– Schweizerischer Nationalfonds
 - CHF 600'000.– Beiträge der Fonds/Stiftungen
 - CHF 31'900.– Kapitalzins-ertrag und Kursgewinne auf Wertschriften
- Abschluss der Jahresrechnung mit einem Aufwandüberschuss von CHF 6'000.–.

Auswirkungen der Schliessung des DOKDI

Die für die Schliessung des DOKDI budgetierten Folgekosten von CHF 200'000.– konnten auf CHF 158'000.– begrenzt werden.

Wie in der DOKDI-Jahresrechnung detailliert dargestellt, schloss die letzte Jahresrechnung des DOKDI am 31.8.2001 mit einem leichten Ertragsüberschuss von CHF 22'300.– und einem Restkapital von CHF 325'800.–. Dieses Restkapital des DOKDI wird der SAMW – aufgrund eines entgegenkommenden Entscheides des BBW – zugestanden (siehe Bilanz). Durch Vorstandsbeschluss vom 4. Februar 2002 wurde die gesamte Summe dem SAMW-Stiftungskapital zugeschlagen.

Finanzielle Lage der Stiftungen und der SAMW Ende Dezember 2001

Die im Jahresbericht veröffentlichten Bilanzen und Erfolgsrechnungen der Stiftungen und der SAMW im engeren Sinne geben Einblick in Detailzahlen; eine Übersicht über die wichtigsten finanziellen Daten findet sich in der nachstehenden Tabelle:

	Nettovermögen am 31.12.2001	Erträge 2001	Beitrag an SAMW
A+D-Fonds	342'953.–	5'700.–	50'000.–
Robert Bing-Fonds	1'124'024.–	16'800.–	–
Théodore Ott-Fonds	3'099'756.–	80'500.–	200'000.–
Käthe Zingg-	5'119'402.–	113'400.–	350'000.–
Schwichtenberg-Fonds			
Subtotal	9'686'135.–	216'400.–	600'000.–
SAMW	848'338.–	31'900.–	31'900.–
Gesamt-Total	10'534'473.–	248'300.–	631'900.–

Das Nettovermögen hat im Vergleich zum Vorjahr von CHF 11,966 Mio. auf CHF 10,534 Mio. abgenommen. Diese Abnahme resultiert aus marktbedingten Wertschriftenverlusten und sehr geringen Zinserträgen.

Schlussbemerkung

Die das Jahr 2001 kennzeichnende Schwäche der Aktienmärkte stellte die SAMW vor erhebliche Schwierigkeiten, da die Zinserträge aus dem Nettovermögen der Stiftungen – neben dem Bundesbeitrag und den Sponsorenbeiträgen – eine wesentliche Finanzierungsquelle darstellen. Im Jahre 2001 konnte die Knappheit der Erträge einerseits durch die Auflösung spezifischer Rückstellungen, andererseits durch erfreulich hohe Sponsorenbeiträge kompensiert werden.

Auf operationeller Ebene hat der stellvertretende Generalsekretär, Dr. Hermann Amstad, alles daran gesetzt, die interne Buchhaltung (in Zusammenarbeit mit der Treuhandfirma BDO Visura) und den Zahlungsverkehr mit der Bank Sarasin zu verfeinern, um eine optimale Bewirtschaftung der finanziellen Mittel sicherzustellen. Gleichzeitig wurde die Anlagestrategie überprüft und eine performance-abhängige Kostenabrechnung mit der Bank Sarasin vereinbart.

Die vorliegende Jahresrechnung wurde von PricewaterhouseCoopers überprüft, und wird dem Senat im Mai 2002 zur Genehmigung unterbreitet, verbunden mit dem besten Dank für die ausgezeichnete Mitarbeit des Generalsekretariates (Dres. Hermann Amstad und Margrit Leuthold) und die produktive Zusammenarbeit mit dem SAMW-Vorstand und dem Bundesamt für Bildung und Wissenschaft.

Dieter Scholer

SAMW

Bilanz per 31. Dezember 2001 und Vorjahr*

Aktiven	2000	2001
Flüssige Mittel		
Kassa	319.40	161.75
Postcheck	110'398.05	111'727.70
Bank Sarasin Einlagekonto	156'260.79	23'303.77
Bank Sarasin DOKDI-Konten	–	5'599.22
Subtotal	266'978.24	140'792.44
Debitoren		
Bing-Fonds	15'000.00	0.00
Verrechnungssteuer	308.00	8'459.45
Ausl. Quellensteuer	687.70	0.00
Sponsorenbeitrag	45'000.00	0.00
CASS-Symposium	40'160.00	0.00
Diverses	543.65	0.00
Forderung «Schadenfall»	1.00	1.00
Subtotal	101'700.35	8'460.45
Transitorische Aktiven	49'993.70	73'117.15
Anlagen		
Apparate, Mobilien und Bücher	3.00	3.00
Wertschriften-Depot bei Bank Sarasin	660'000.00	893'610.00
Subtotal	660'003.00	893'613.00
Total	1'078'675.29	1'115'983.04

* Die im Jahresbericht des Vorjahres enthaltenen Vermögen der Fonds sind separat aufgeführt

Passiven	2000	2001
Kurzfristiges Fremdkapital		
Diverse Kreditoren	203'820.15	163'384.70
Ott-Fonds	20'000.00	0.00
Subtotal	223'820.15	163'384.70
Transitorische Passiven	78'919.85	104'260.25
Rückstellungen		
MD-PhD-Programm	150'000.00	0.00
EBM	100'000.00	0.00
Subtotal	250'000.00	0.00
Stiftungskapital		
Stiftungskapital per 1.1.	470'000.00	470'000.00
Einlage DOKDI-Kapital		328'464.57
		798'464.57
Kumulierte Erfolge	84'889.45	55'935.29
Aufwandüberschuss	- 28'954.16	- 6'061.77
Subtotal	525'935.29	848'338.09
Total	1'078'675.29	1'115'983.04

SAMW Betriebsrechnung 2001 und Vorjahr

Aufwand	2000	2001
1. Medizin und Gesellschaft		
1.1 ZEK	49'519.85	116'890.10
1.2 UREK	12'988.40	5'014.25
1.3 Ethikkommission Tierversuche	2'200.00	2'512.00
1.4 Symposien SAMW	67'218.05	0.00
Neu-Orientierung	68'157.15	281'835.55
CASS	1'738.20	0.00
1.5 Öffentlichkeitsarbeit	109'122.63	103'223.95
1.6 CASS Beitrag	72'165.00	90'705.00
1.7 Neudruck Ethische Richtlinien	0.00	51'898.00
Subtotal	383'109.28	652'078.85
2. Medizinische Wissenschaft und Praxis		
2.1 MD/PhD-Programm	220'969.60	201'489.70
Auflösung Rückstellung		<u>- 150'000.00</u>
		51'489.70
2.2 SSMBS Infrastruktur	19'968.00	17'280.00
2.3 Forschungskommission SNF	130'881.50	72'611.00
2.4 Begutachtungskommission	84'933.95	159'591.25
2.5 Ott-Fonds	230'542.00	192'657.20
2.6 Bing-Preis	154'609.85	0.00
2.7 KZS-Fonds	132'641.70	288'001.50
Auflösung Rückstellung EBM		<u>- 50'000.00</u>
		238'001.50
2.8 A+D-Fonds	0.00	50'000.00
2.9 RRMA	106'130.10	198'310.55
Auflösung Rückstellung EBM		<u>- 50'000.00</u>
		148'310.55
2.10 Kollegium Hausarztmedizin	50'000.00	50'000.00
2.11 DOKDI	430'395.40	158'177.66
2.12 Klaesi-Preis	30'584.40	0.00
Subtotal	1'591'656.50	1'138'118.86

3. SAMW Organisation

3.1–3.3 Personalkosten	487'769.30	570'741.40
3.4 Sekretariatskosten		
Einrichtungen	13'453.08	46'313.96
Büromaterial	47'990.50	26'607.70
Porti	18'369.60	21'331.70
Telefon/Fax	8'377.95	9'153.95
Literatur	5'939.40	3'051.80
Miete	6'000.00	6'000.00
Div. Aufwand	14'575.55	12'489.80
3.5 Präsidialsekretariat	16'000.00	0.00
3.6 Quästorat		
Buchführung/Revision	43'755.30	18'053.70
Bankspesen	11'908.40	94.35
3.7 Vorstand	16'891.35	15'821.20
3.8 Senat	18'726.15	18'892.70
3.9 Weitere Kommissionen	17'733.45	23'653.55
Subtotal	727'490.03	772'205.81
<u>Total</u>	<u>2'702'255.81</u>	<u>2'562'403.52</u>

Ertrag	2000	2001
Bundesbeitrag	1'529'200.00	1'529'200.00
Andere		
Donatoren	120'000.00	355'000.00
Nationalfonds	130'850.00	72'580.00
Beitrag SNF Adm. Kosten	3'000.00	0.00
Beiträge diverse Fonds	865'953.75	600'000.00
Ertrag UREK Sponsoren	11'300.00	0.00
Ertrag Broschüren	1'458.00	695.00
Kapitalzinsertrag	377.65	13'670.25
Kursgewinne auf Wertschriften	1'850.00	18'200.00
Wertkorrektur Wertschr.	- 19'950.00	- 51'000.00
Ott Verpflichtung Vorjahr	- 40'000.00	0.00
Teilauflösung Rückstellung	50'000.00	0.00
Diverse Erträge	12'807.25	8'896.50
SAMW-Symposium	6'455.00	9'100.00
Total	2'673'301.65	2'556'341.75
Aufwandüberschuss	28'954.16	6'061.77
	2'702'255.81	2'562'403.52

DOKDI**Bilanz per 31. August 2001 und Vorjahr**

Aktiven	2000	2001
Flüssige Mittel		
Kassa	1'603.60	0.00
Bank Sarasin Einlagekonto	174'633.21	0.00
Bank Sarasin Spezialkonto EBM	3'052.45	3'054.90
Bank Sarasin \$-Konto	1'205.65	1'205.65
Bank Sarasin Euro-Konto	483.80	1'950.07
Subtotal	180'978.71	6'210.62
Debitoren		
Diverse Forderungen	149'957.55	0.00
./. Delkredere	- 7'500.00	0.00
Forderungen SAMW	2'410.50	0.00
Verrechnungssteuer	3'556.60	3'695.15
Subtotal	148'424.65	3'695.15
Transitorische Aktiven	0.00	48'110.60
Anlagen		
Apparate, Mobilien und Bücher	1.00	0.00
Wertschriften-Depot bei Bank Sarasin	310'425.00	284'610.00
Subtotal	310'426.00	284'610.00
Total	639'829.36	342'626.37
Passiven		
Kurzfristiges Fremdkapital	336'223.65	1'981.44
Transitorische Passiven	0.00	14'768.20
Eigenkapital per 1.1.	745'245.00	303'605.71
Aufwand/Ertragsüberschuss	- 441'639.29	22'271.02
Subtotal	303'605.71	325'876.73*
Total	639'829.36	342'626.37

* Transfer in Stiftungskapital SAMW per 31.12.2001

DOKDI Betriebsrechnung 2001 und Vorjahr

Aufwand	2000	2001
Löhne + Sozialvers.	959'213.05	101'123.25
Abfindungen	159'500.00	0.00
Übriger Personalaufwand (inkl. Outplacement)	52'777.20	907.00
Raumkosten	85'393.40	23'721.05
Buchhaltung	13'249.50	10'223.85
Apparate, Büromaterial, Einrichtung	12'864.01	6'948.80
Informatik Eigengebrauch	6'026.37	19'060.75
Sachversicherungen	1'492.90	- 855.20
Literatur	2'367.76	83.70
Reisen, Kongresse, Weiterbildung	2'061.20	0.00
Werbung/PR/Demos	3'153.14	5'123.30
Dienstleistungen Artikelkopien	192'782.92	14'608.60
Dienstleistungen Software	2'433.07	0.00
Dienstleistungen Trainings	3'599.40	0.00
Dienstleistungen übrige	75'036.15	1'137.60
Bankspesen	4'097.61	330.10
Telefone/Fax	8'814.45	1'681.45
Frankaturen	9'009.20	935.50
Telekommunikationen	21'027.20	2'301.20
Datenbanken Tape Licenses NLM	13'767.60	0.00
Datenbanken DOKDI-Dialog Corp.	127'870.26	8'345.35
Datenbanken Library	26'008.90	0.00
Diverses	2'285.75	133.00
EBM	6'220.00	0.00
Kursdifferenzen	16'231.40	122.93
Rechtsberatung	56'490.65	15'108.90
Ertragsüberschuss	-	22'271.02
	1'863'773.09	233'312.15

Ertrag	2000	2001
Beitrag SAMW	400'000.00	150'000.00
EDI-Recherchen	73'067.13	0.00
Recherchen andere	88'496.30	11'783.60
Datenbanken Dritte-NLM via Dialog	53'742.92	8'824.90
Datenbanken Library	30'880.00	10'000.00
Datenbanken Swiss Medical Package	4'130.00	3'985.85
Dienstleistungen Artikelkopien	323'022.14	75'764.45
Dienstleistungen Software	36'554.31	2'000.00
Dienstleistungen Trainings	18'032.46	0.00
Dienstleistungen Telekom SKL	66'931.70	0.00
Dienstleistungen übrige	319'198.44	4'554.50
Zinsertrag	113.70	579.75
Diverser Ertrag	3'024.70	1'555.65
Teilauflösung Delkredere	4'940.00	7'500.00
Veräusserung Anlagevermögen	0.00	75'422.05
Verluste aus Forderungen	0.00	- 26'847.60
WB Wertschriften	0.00	- 25'815.00
Entschädigung AO	0.00	- 65'996.00
Aufwandüberschuss	441'639.29	-
	1'863'773.09	233'312.15

Robert Bing-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2001 und Vorjahr

Aktiven	2000	2001
Flüssige Mittel		
Bank Sarasin Einlagekonto	9'012.71	4'949.81
Bank Sarasin Euro-Konto	671.25	655.40
Subtotal	9'683.96	5'605.21
Debitoren		
Verrechnungssteuer	47.50	5'932.75
Ausländische Quellensteuer	303.55	303.55
Subtotal	351.05	6'236.30
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin, Basel	1'209'000.00	1'116'720.00
Total	1'219'035.01	1'128'561.51

Passiven

Fremdkapital		
Kreditoren	15'000.00	4'537.60
Eigenkapital		
Stiftungskapital	413'657.88	413'657.88
Ertragsüberschuss 1.1.	960'159.03	790'377.13
Aufwandüberschuss	- 169'781.90	- 80'011.10
Subtotal	1'204'035.01	1'124'023.91
Total	1'219'035.01	1'128'561.51

Robert Bing-Fonds Betriebsrechnung 2001 und Vorjahr

Aufwand	2000	2001
Beiträge SAMW	159'596.90	0.00
Spesen für Preisverleihungen	1'811.55	0.00
Kapitalaufwand	8'695.60	4'537.60
Kursverlust	0.00	17.95
	170'104.05	4'555.55

Ertrag

Zinserträge	232.95	24.45
Wertschriftenertrag	125.00	16'800.00
Kursdifferenzen	- 35.80	0.00
WB Wertschriften	0.00	- 92'280.00
Aufwandüberschuss	169'781.90	80'011.10
	170'104.05	4'555.55

Theodore Ott-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2001 und Vorjahr

Aktiven	2000	2001
Flüssige Mittel		
Bank Sarasin Kontokorrent	10'570.31	9'013.50
Bank Sarasin Dollar-Konto	794.75	625.55
Bank Sarasin Euro-Konto	6'271.85	675.65
Bank Sarasin Yen-Konto		78.56
Subtotal	17'636.91	10'393.26
Debitoren		
SAMW	20'000.00	26'146.75
Verrechnungssteuer	3'902.35	- 529.65
Ausländische Quellensteuer	918.65	918.65
Subtotal	24'821.00	26'535.75
Transitorische Aktiven	58'789.00	48'279.00
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin, Basel	3'252'680.50	3'052'937.20
Total	3'353'927.41	3'138'145.21
Passiven		
Fremdkapital		
Kreditoren	0.00	38'389.00
Eigenkapital		
Stiftungskapital	3'406'703.11	3'406'703.11
Ertrags/Aufwandüberschuss 1.1.	161'064.00	- 52'775.70
Aufwandüberschuss	- 213'839.70	- 254'171.20
Subtotal	3'353'927.41	3'099'756.21
Total	3'353'927.41	3'138'145.21

Théodore Ott-Fonds Betriebsrechnung 2001 und Vorjahr

Aufwand	2000	2001
Stipendien/Beiträge	230'000.00	200'000.00
Verwaltungskosten	17'151.50	0.00
Kapitalaufwand	24'716.10	13'035.90
	271'867.60	213'035.90

Ertrag

Zinserträge	271.40	835.65
Wertschriftenertrag	101'686.95	79'649.25
Gewinn/Verlust Verkauf Wertschriften	47'628.15	- 5'273.80
WB Wertschriften	- 51'306.15	- 116'687.76
Periodenfremder Aufwand	- 40'000.00	0.00
Kursdifferenzen	- 252.45	341.36
Aufwandüberschuss	213'839.70	254'171.20
	271'867.60	213'035.90

Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2001 und Vorjahr

Aktiven	2000	2001
Bank Sarasin Kontokorrent	241'054.76	14'353.72
Bank Sarasin Dollar-Konto	13'936.30	28'532.35
Bank Sarasin Euro-Konto	18'416.00	151'625.80
Bank Sarasin Yen-Konto	0.00	235.70
Subtotal	273'407.06	194'747.57
Debitoren		
Verrechnungssteuer	58'371.25	52'331.45
Ausländische Quellensteuer	617.00	617.00
Subtotal	58'988.25	52'948.45
Transitorische Aktiven	59'097.00	52'910.00
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin, Basel	5'213'882.50	4'838'997.00
Total	5'605'374.81	5'139'603.02

Passiven

Fremdkapital		
Kreditoren	0.00	20'200.30
Eigenkapital		
Stiftungskapital	4'471'545.90	4'471'545.90
Ertragsüberschuss 1.1.	1'440'337.24	1'133'828.91
Aufwandüberschuss	- 306'508.33	- 485'972.09
Subtotal	5'605'374.81	5'119'402.72
Total	5'605'374.81	5'139'603.02

Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds Betriebsrechnung 2001 und Vorjahr

Aufwand	2000	2001
Beitrag SAMW	318'066.55	350'000.00
Verwaltungskosten	42'446.15	24'316.65
	360'512.70	374'316.65

Ertrag

Zinserträge	154'813.97	131'220.20
Kursgewinne auf Wertschriften	74'404.65	- 17'824.35
WB Wertschriften	- 105'214.25	- 228'051.29
Periodenfremder Aufwand	- 70'000.00	0.00
a.o. Ertrag	0.00	3'000.00
Aufwandüberschuss	306'508.33	485'972.09
	360'512.70	374'316.65

A+D-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2001 und Vorjahr

Aktiven	2000	2001
Flüssige Mittel		
Bank Sarasin Kontokorrent	7'526.25	2'665.00
Debitoren		
Verrechnungssteuer	15.55	2'027.90
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin, Basel	413'075.00	339'669.00
Total	420'616.80	344'361.90
Passiven		
Fremdkapital		
Kreditoren	0.00	1'408.85
Eigenkapital		
Stiftungskapital	450'000.00	450'000.00
Aufwandüberschuss 1.1.	– 26'763.30	– 29'383.20
Aufwandüberschuss	– 2'619.90	– 77'663.75
Subtotal	420'616.80	342'953.05
Total	420'616.80	344'361.90

A+D-Fonds Betriebsrechnung 2001 und Vorjahr

Aufwand	2000	2001
Beiträge SAMW	0.00	50'000.00
Kapitalaufwand	2'642.00	1'408.85
	2'642.00	51'408.85

Ertrag

Zinserträge	22.10	5'751.10
WB Wertschriften	0.00	- 32'006.00
Aufwandüberschuss	2'619.90	77'663.75
	2'642.00	51'408.85

**Budget 2002 (Verteilplan), strukturiert gemäss
Projektaufwand und Finanzierungsquellen (in CHF 1000.-)**

	Ausgaben	Ertrag	
	Total	Bund	Andere
1. Medizin und Gesellschaft			
1.1. ZEK	55	55	0
1.2. Weitere Kommissionen	20	20	0
1.3. Symposien	40	30	10
1.4. Zukunft Medizin Schweiz	75	0	75
1.5. Öffentlichkeitsarbeit	100	50	50
1.6. Palliativmedizin	50	50	0
1.7. CASS	100	100	0
1.8. Entwicklungsländer	50	0	50
1. Subtotal	490	305	185
2. Med. Wissenschaft/Praxis			
2.1. MD/PhD Programme	250	150	100
Kollegien	20	0	20
2.2. SSMBS-Infrastruktur	10	10	0
2.3. Forschungskomm. SNF	150	0	150
2.4. Begutachungskomm.	100	40	10
2.5. Ott-Preis	50	0	50
2.6. A+D	50	0	50
2.7. Bing-Preis	50	0	50
2.8. RRMA	150	50	35
2.9. KZS-Forschungsbeiträge	0	0	0
2.10. Kollegium Hausarztmedizin	0	0	0
2.11. Weitere Kommissionen	20	20	0
2. Subtotal	850	270	465
3. SAMW Organisation			
3.1.– 3.3. Personalkosten	600	600	0
3.4. Sekretariatskosten	100	100	0
3.5. Quästorat	35	35	0
3.6. Vorstand	20	20	0
3.7. Senat	20	20	0
3. Subtotal	775	775	0
Total	2115	1350	650
Defizit			115

Donatoren

F. Hoffmann-La Roche & Co. AG, Basel

Interpharma, Basel

PricewaterhouseCoopers AG, Basel

Silva-Casa-Stiftung, Bern

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Meinungsäusserungen und Stellungnahmen der SAMW zu Handen Eidgenössischer Instanzen

Dem Eidgenössischen Departement des Innern wurden im Berichtsjahr aufgrund von akademie-internen Meinungsumfragen und Expertengutachten von Fachgesellschaften Stellungnahmen und Meinungsäusserungen zu folgenden Vorlagen unterbreitet:

1. Verordnungen zum Heilmittelgesetz
2. Mitarbeit in der Expertengruppe zur Erarbeitung eines Bundesgesetzes über Forschungsuntersuchungen am Menschen

Publikationen und Mitteilungen der SAMW 2000

Broschüre

Commission Centrale d’Ethique CCE – Zentrale Ethikkommission ZEK – Central Ethical Committee CEC

Artikel

Dr. Hermann Amstad: Neu-Orientierung der Medizin. Editorial

Schweiz. Ärztezeitung 2001; 82: Nr. 4, 99

Prof. Johannes Fischer: Weshalb hat die Medizin Probleme? Normative Faktoren, Ziele, Zielkonflikte.

Schweiz. Ärztezeitung 2001; 82: Nr. 4, 114-119

Dr. Jean Martin: L’évolution de la médecine et les droits des personnes et de la société. La question d’une solidarité civique dans l’usage des ressources.

Bull. des médecins suisse 2001; 82: Nr. 4, 120-124

Prof. Michel Vallotton, Prof. Bruno Truniger: Erklärung von Helsinki überarbeitet – Gewinn oder Verlust? Editorial

Schweiz Med Forum 2001; 1: Nr. 6

SAMW: Medizin und Industrie: eine «gefährliche Liebschaft»?

Vision 1/2001, März 2001

Dr. Hermann Amstad: Medizin und Ethik.

Informationsschrift Koordinierter Sanitätsdienst 3/01

Dr. Margrit Leuthold: UREK stellt ihre Tätigkeit ein / La CES disparaît

Schweiz. Ärztezeitung / Bull. des médecins suisses 2001; 82: Nr. 17, 817

SAMW: Die Zukunft der Medizin in der Schweiz.

Vision 2/2001, Juni 2001

Dr. Hermann Amstad: Sterbehilfe: eine Auslegeordnung. Rückblick auf das SAMW-Symposium 2000.

Schweiz. Ärztezeitung 2001; 82: Nr. 21, 1087-90

Dr. Margrit Leuthold: Sterbehilfe: die nächsten Schritte.

Schweiz. Ärztezeitung 2001; 82: Nr. 21, 1093-1095

Prof. Werner Stauffacher: Weder Winkelried noch Don Quijote / Ni Winkelried, ni Don Quichotte. Editorial

Schweiz. Ärztezeitung / Bull. des médecins suisses 2001; 82: Nr. 23, 1175-76

Prof. Hans Stalder: Vom Einrennen offener Türen / Enfoncer des portes ouvertes. Editorial

Schweiz. Ärztezeitung / Bull. des médecins suisses 2001; 82: Nr. 37, 1947-48

Dr. Hermann Amstad: Der Schutz des Patienten im Zentrum.

Schweiz. Ärztezeitung 2001; 82: Nr. 37, 1975-76

SAMW: Frauen in der Wissenschaft – das Beispiel Medizin

Vision 3/2001, September 2001

Prof. Werner Stauffacher: MELS-Studie – Medizinische Entscheidungen am Lebensende in der Schweiz: Erste Fragebogen werden verschickt / Etude «Décisions médicales en fin de vie en Suisse»: Diffusion des premiers questionnaires. Editorial

Schweiz. Ärztezeitung / Bull. des médecins suisses 2001; 82: Nr. 40, 2133

SAMW: Speaker’s service – eine neue Dienstleistung der SAMW.

Vision 4/2001, Dezember 2001

Bulletins

Nr. 1, Februar 2001: Conflict of interest

Nr. 2, Mai 2001: Zukunft Medizin Schweiz / La médecine en Suisse demain

Nr. 3, August 2001: Frauen in der Wissenschaft – das Beispiel Medizin / Femmes et sciences – à l'exemple de la médecine

Nr. 4, November 2001: Medizinische Zwangsmassnahmen / Mesures de contrainte médicales

Medienmitteilungen

27.2.2001 **Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung: Empfehlungen statt neuer Richtlinien / Stérilisation de personnes mentalement déficientes: des recommandations au lieu de nouvelles directives**

11.4.2001 **Aktive Sterbehilfe: SAMW für Moratorium**

18.6.2001 **«CASS-Stipendien»: Politik und Wissenschaft rücken näher / «Bourses CASS»: la politique et la science se rapprochent**

20.6.2001 **Neue Ehren-, Einzel- und korrespondierende Mitglieder der SAMW**

16.8.2001 **Patienten treten gemeinsam im Internet auf / Des patients se présentent ensemble sur internet**

28.8.2001 **Stammzellen: SAMW befürwortet Forschung an «überzähligen Embryonen» / Cellules souches: l'ASSM favorable à l'utilisation scientifique des «embryons surnuméraires»**

30.8.2001 **Die Medizin der Zukunft mit «Kopf, Herz und Hand» / La médecine et son avenir: «avec la tête, le coeur et la main»**

1.10.2001 **Die SAMW bekräftigt ihr Nein zu aktiver Sterbehilfe / L'ASSM renforce son opposition à l'euthanasie active**

29.11.2001 **SAMW: «therapeutisches Klonieren» beim heutigen Wissensstand verantwortungslos / ASSM: le «clonage thérapeutique» est irresponsable à l'état actuel**

Richtlinien

Empfehlungen zur Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung / Recommandations concernant la stérilisation de personnes mentalement déficientes

Directives concernant l'exercice de la médecine auprès de personnes détenues / Richtlinien zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen

Kaleidoskop
Kaléidoscope

Megatrends in Medicine

Prof. Patrick Aebischer, Swiss Federal Institute of Technology (EPFL), Lausanne

The maxim says: «Predictions are difficult, especially about the future». With this word of caution, allow me to share my thoughts on «Megatrends in Medicine». It is my opinion that the future of medicine will be influenced by the following four facts:

1. People are living longer and will continue to do so at least in developed societies. Thus medicine needs to address the problem of aging.
2. Pharmaceuticals have become the therapies of preference and will continue so to be. Each of the new technologies driving drug development forward automatically becomes a proto-megatrend. The «omic» technologies, be they genomic, transcriptomic or proteomic, support this observation.
3. Substitutive medicine will morph from reliance upon first generation organo-metallic implants to new biologically driven forms of replacement, restoration, regeneration and even rejuvenation.
4. All of this will cost a lot more in the future, with countries doubling their real spending on healthcare as a percentage of growth national product (GNP) during the first half of the 21st century. Welcome therefore, to the health care economy!

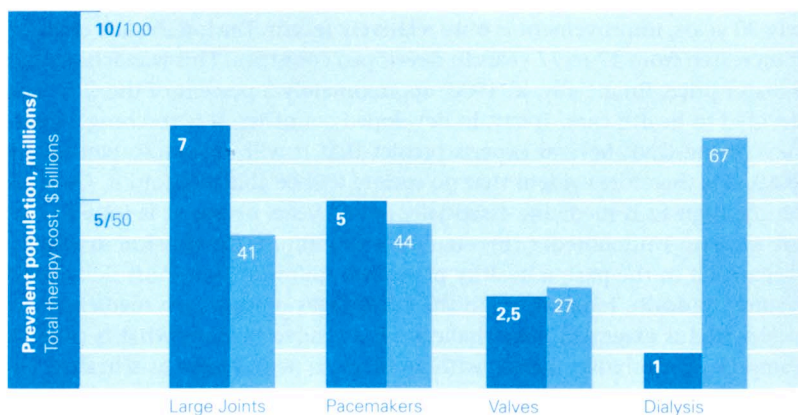
Having been trained as an MD, I am very sensitive to the effects of demography on sustainable development. An aging population will raise major problems in the future. If life expectancy in Imperial Rome was approximately 30 years, improvement is only relatively recent. During the last century, it increased from 47 to 77 years in developed countries. This was achieved at a major price, financially. In 1900, approximately 2 percent of the GNP was devoted to health care. Today, in developed countries, it is reaching 15 percent of the GNP. Several experts predict that it will exceed 30 percent by 2050. It is therefore evident that no society will be able to afford it. Until recently, high tech medicine essentially added years to life. It is time to add life to years. Undoubtedly, this challenge will impact the classical morbidity scenario. If in the past, a healthy phase was followed by a short sick period leading to death, today through the advantages of high tech medicine, the sick period is extended. Our challenge is to move towards what is called a compressed morbidity model, with an increase period lived as a healthy individual. The ongoing biotechnology revolution will have to incorporate this new axiom when developing its novel therapeutic approaches. A major challenge for healthcare sustainability is to incorporate and quantify the notion of «quality of life» in the evaluation of the emerging technologies.

As the purpose of this conference is to reflect upon medical megatrends, let me suggest what they are. Personally, I see two; substitutive, and molecular medicine.

Substitutive medicine

Substitutive medicine, (also known as «replacement medicine»), already has an enormous impact on clinical medicine. The development of artificial organs in the fifties has been one of the most successful stories of modern medicine. Today, there are more than one million patients in developed countries relying on artificial kidney technology for their survival. Approximately one million patients rely each year on heart-lung machines for open-heart surgery. Large joint replacement is improving the quality of life of more than 8 million living recipients. More than 10 million living patients are presently benefiting from pacemakers, heart valves and stents. Whereas the cost-benefit ratio is very favorable for large joint replacement, it is less obvious for other procedures such as dialysis (Figure 1). The estimated cost of maintenance dialysis therapy during the first decade of the new millennium, exceeds one trillion dollars. Faced with such unaffordable costs, society must create more efficient procedures based on improved replacement prostheses. Presently, these second-generation implantable, artificial organs are being manufactured in numerous laboratories around the world. The general trend is to build an intelligent device with feedback control including telemetry technology. The implantable defibrillator is a good example of this new trend. Today, the performance of implantable defibrillators exceeds that of anti-arythmic drugs.

Patient populations and associated costs of maintenance organ replacement



A second trend characterizing substitutive medicine is its evolution from organo-metallic implants to biologically driven prostheses. This new development often called «repair medicine» or «man-made man», finds its roots in the recent advances of modern cellular and molecular biology. Three different concepts of increasing complexity emerge; ie. cellular medicine, tissue engineering, and ex-vivo organogenesis. Cellular medicine is already a clinical reality with blood transfusion or bone marrow grafting. Experimental procedures such as fetal mesencephalic cell transplantation are presently being developed to treat Parkinson or Huntington disease. Cardiac injection of isolated myoblasts is currently under investigation for the treatment of heart failure. A second step consists of the in-vitro development of tissue from living elements grown on organized scaffolds; a technology known as «tissue engineering». This approach has already reached the clinic. For example, artificial skin constructs consisting of layered keratinocytes, grown in vitro on bioresorbable scaffolds, has been shown to improve the healing of chronic ulcers. Artificial skin constructs also constitute the first tissue-engineering devices approved by the FDA. The same principle is being applied to the development of cartilage or bone substitutes, engineered corneae and lenses, or encapsulated insulin-secreting cells for the treatment of diabetes. Large sums are being invested in these emerging technologies driven by very significant clinical and commercial prospects.

However, tissue procurement represents a major limitation for such emerging technologies. Both cell transplantation and tissue engineering will rely on emerging stem cell technology. A better understanding of the cell differentiation process is a prerequisite for the use of stem cells. Their source will also constitute an issue of debate. Cells derived from therapeutic cloning may prevent the immunology issue, but will raise major ethical and economical concerns that will most probably prevent large-scale application. Adult derived stem cells may provide a solution to the ethical issue, however, they have as yet to demonstrate their full potential. With the exception of the economically unaffordable autologous derived cells, the immunological issue will remain a significant obstacle. Today, human-derived embryonic stem cells genetically modified to decrease their immunogenicity, seem to constitute the most promising and acceptable solution, both from an ethical and economical point of view. Access to a universal multipotent stem cell that can be reliably differentiated in specific cell or tissue types, seems to constitute a reachable goal in the not so distant future. In the meantime, progenitor cell technology has already shown its potential in humans. For example, Modex Therapeutics, a biotechnology start-up, has shown that autologous epidermal equivalents derived from hair follicles containing keratinocyte progenitors, provide an alternative to skin grafts for hard to heal chronic ulcers.

The most complex repair medicine technology is undoubtedly ex-vivo organogenesis. Although some laboratories are working on the in vitro generation of organs, the vascularisation issue is likely to present a major technological hurdle. Harvesting organs from transgenic animals designed to dampen their immunogenicity towards humans, appears as a promising solution for biologically-derived organ replacement. Beyond the difficult immunology problem of transplanting xenogeneic organs, the biosafety issue, especially the fear of xenosis, will significantly slow down the application of organ xenotransplantation.

Molecular medicine

The ongoing biotechnology revolution will most probably bring about major changes in the way medicine is practiced in future decades. In 2001, high throughput sequencing technology led to the sequencing of the human genome. The current bioinformatic effort of various biotechnology companies or academic networks to identify single nucleotide polymorphisms (SNP), will lead to molecular diagnostics of monogenic or polygenic diseases. Society will have to debate the ethical issues relative to molecular diagnostics swiftly, to avoid any misuse of information. On the positive side, individualized genetic information will promote the development of preventive medicine; a cost-effective approach so long as there are screened individuals willing to follow its prescription. A predisposition-screening may lead to targeted monitoring and therapeutical prevention through a change of life style, controlled nutrition, or the administration of «preventive» drugs. A molecular understanding of diseases may also help the development of customized prescription on the basis of a patient's genetic screen, an emerging discipline named pharmacogenomics. It is, however, far from being established that such an approach will be cost-effective. At best, it may decrease the cost of developing new drugs for large sub-groups of patients. From this point of view, the Alzheimer's disease example is very illustrative. Indeed, pharmacogenetic does reveal different disease pathways according to the apolipoprotein allele.

Pharmacogenetics of Alzheimer's disease

	Apo E2/3	Apo E4
acetylcholinesterase inhibitor ¹	80% improved	60% worse
'vasodilator' ²	no change	significantly improved
	'neuron function'	'vascular function'

1 tracin from Warner Lampert
 2 S12024 from Servier

For the pharmaceutical industry, the «omic» revolution is likely to lead to rational drug design. Economics will, however, favor drugs targeted at quality of life for largely healthy individuals. Viagra is only the precursor of convenience drugs. Drugs aimed at treating obesity, memory loss or anxiety, are also likely to become the main focus of interest of the pharmaceutical industry because of their enormous marketing potential. The «Holy Grail» will become the drugs, which promote tissue regeneration or even rejuvenation; a concept that does appear more realistic as our understanding of the aging process is unraveled. However, society must address the orphan disease issue as it cannot be favored by the present economics of drug development.

The biotechnology revolution has already brought several human recombinant proteins to the therapeutic arsenal. Recombinant insulin, erythropoietin, granulocyte colony stimulating factor (GCSF), interferon- α , interferon- β or factor VIII, presently ameliorate the quality of life for millions of patients. It is quite likely that the ongoing proteomic effort will lead to the identification of novel proteins, capable of alleviating numerous illnesses. Improvement in delivery techniques will also significantly facilitate their application. The day on which therapeutic proteins will be administered orally, may not be so distant.

Finally, gene therapy, which is defined as the introduction of nucleic acids into cells to stop or slow down the progression of a disease, represents a very promising therapeutic approach. In principal, this technology is able to fix the causal effect of a disease. This extraordinary appealing feature explains the infatuation of both clinicians, and molecular biologists alike. Recent improvements in vector design have brought gene therapy closer to clinical reality. The group of Alain Fisher from the Hôpital Necker in Paris has recently reported the first gene therapy success for the treatment of severe combined immunodeficiency. In coming years, major efforts will be devoted to further improve the technology. These include the development of vectors able to specifically transfect subpopulations of cells, regulatable systems allowing dosing of the transgene expression, and stealth vectors escaping recognition by the host immunity system. The road may be long for gene therapy to fulfill its potential, but it will undoubtedly become a major therapeutic tool in coming decades, as its potentiality represents a causal approach to the treatment of disease.

Beyond substitutive and molecular medicine

Other emerging technologies are already benefiting medicine. They include functional imaging technologies based upon the combination of advanced physics and information technology. Telemetry monitoring of physiological parameters is also the result of advancement in information technology. Minimally invasive surgery is the result of a combined development of both microtechnology and optics. Efforts in nanotechnology research are also likely to bring revolutionary medical concepts, difficult to imagine today. What is most striking, is that these technologies are the result of novel trans-disciplinary efforts. We can predict that the future of medicine will rely more and more upon the input of basic scientists and engineers. None of the biotechnology revolution that we are presently observing could have been realized without their input. This strong reliance on technology will affect the way in which future medical doctors will be trained.

Last but not least, several of these emerging technologies raise ethical questions that society must address prior to their large-scale application. As Philip Noguchi, the director of cellular and gene therapies at the FDA once said about the future of medicine, «What can be imagined, will be done». Let's make sure that it will be done with humility and compassion for our patients.

Sterbehilfe: die nächsten Schritte

Dr. Margrit Leuthold, Generalsekretärin SAMW

Mit dem Symposium zum Thema «Sterbehilfe» vom Oktober 2000 verfolgte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) zwei Ziele: Einerseits wollte sie damit einen Beitrag leisten zur öffentlichen Debatte über die Frage des Sterbens, die erst im Entstehen begriffen und dringend notwendig ist; andererseits sollte das Symposium auch dazu dienen, die eigene Position zu überprüfen und allfälligen Handlungsbedarf festzustellen. Dieses letztgenannte Anliegen stand im Zentrum des zweiten Tages des Symposiums, welcher ca. 40 der Akademie nahe stehende TeilnehmerInnen versammelte. Einleitend referierte Prof. Gerrit Kimsma, Arzt und Ethiker aus Amsterdam, über die Regelung der Sterbehilfe in den Niederlanden. Anschliessend diskutierten und definierten die Anwesenden die möglichen/wünschbaren kurz- und mittelfristigen Aufgaben der Akademie im Bereich «Sterbehilfe».

Die Situation in den Niederlanden

Die Debatte im niederländischen Parlament über die gesetzliche Regelung der aktiven Sterbehilfe, welche im Spätherbst 2000 in ganz Europa je nach Standpunkt mit Erstaunen, Bewunderung oder Entsetzen verfolgt wurde, blickt auf eine fast dreissigjährige Entwicklung zurück. Diese Entwicklung war geprägt von einzelnen, wichtigen Gerichtsentscheiden: 1973 hielt ein Gericht fest, dass es keine Pflicht gibt, ein Leben unter allen Umständen zu verlängern; 1984 urteilte der Oberste Gerichtshof, dass der ärztlich assistierte Suizid in gewissen Fällen zulässig sei, und 1994 stellte derselbe Gerichtshof fest, dass auch ein schweres psychisches Leiden ein akzeptabler Grund sein könne, ein Leben zu beenden.

In den Niederlanden wird von einer Strafverfolgung bei ärztlich assistiertem Tod (dieser Begriff umfasst sowohl die direkte aktive Sterbehilfe als auch den ärztlich assistierten Suizid) abgesehen, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind:

- Der Wunsch des Patienten muss unbeeinflusst, andauernd und konstant sein.
- Das Leiden muss unheilbar, ohne Hoffnung auf Besserung und langdauernd sein.
- Die Meinung eines zweiten Arztes muss eingeholt werden.
- Es muss ein umfassender detaillierter Bericht erstellt werden.
- Es ist gesetzlich vorgeschrieben, dass jeder unnatürliche Todesfall gemeldet werden muss.

Die niederländischen Definitionen vermeiden die Terminologie von aktiver und passiver, direkter und indirekter Sterbehilfe, weil diese eher als verwirrend denn als klärend empfunden wird. Unterschieden wird zwischen:

- Euthanasia: the ending of someone's life at his or her request
- PAS: physician assisted suicide
- NTD: non treatment death
- APS: death in the course of alleviating pain and suffering
- LAWER: life ending action without a specific request

Das niederländische Modell entstand langsam, Schritt für Schritt, und ist das Resultat einer engen Zusammenarbeit von Juristen und Mediziner. In der öffentlichen Diskussion konnte so eine Polemik vermieden werden. Die Unterstützung dieses Modells in der Bevölkerung, aber auch bei der Ärzteschaft und dem Pflegepersonal, ist dementsprechend gross (rund 90 %).

Seit 1998 sind «Regionale Euthanasie-Evaluations-Komitees» für die Beurteilung der Sterbehilfe-Fälle zuständig; in diesen sind auch Ärzte vertreten. Im ersten Jahr hatten diese 2216 Fälle von Sterbehilfe zu beurteilen; nur einer davon musste an die Strafverfolgungsbehörde weitergeleitet werden. Die Patienten starben in 60 % der Fälle zu Hause; bei 85 % war der Hausarzt involviert. Prof. Kimsma betonte, dass in den Niederlanden für den Umgang mit Sterbenden ein hohes Mass an Fachkompetenzen in den Bereichen Palliativmedizin, Kommunikation und Ethik verlangt wird, und dass die Weiterbildungsangebote entsprechend ausgebaut wurden und werden.

Prof. Kimsma verschwieg die Schwachstellen der aktuellen Lösung nicht: Die Beurteilung des Leidens ist schwierig; oft ist die Beschreibung ungenügend, und mögliche Alternativen werden nicht in Erwägung gezogen. Zudem kommt dem Sterbewunsch des Patienten grosse Bedeutung zu; es ist manchmal schwierig zu bestimmen, ob dieser wirklich unbeeinflusst und konstant ist, und ob der Patient seinen Wunsch bei vollem Bewusstsein äussert. Ebenso ist unklar, wann der beste Zeitpunkt für das Einholen einer Zweitmeinung ist und wie deren Unabhängigkeit sichergestellt werden kann. Prof. Kimsma gab zusammenfassend seiner Überzeugung Ausdruck, dass nicht nur die Hilfe beim Sterben, sondern auch die Hilfe zum Sterben dem ärztlichen Ethos entspricht.

Erwartungen an die SAMW

Im Anschluss an das Referat von Prof. Gerrit Kimsma zogen sich die Teilnehmer und Teilnehmerinnen zu zwei getrennten Workshops zurück. Unter dem Oberthema «Handlungsbedarf für die SAMW?» befasste sich die eine Gruppe mit den Erfahrungen einer liberalen Praxis in anderen Ländern und den möglichen Konsequenzen einer Liberalisierung für Ärzteschaft, Pflege und Patienten in der Schweiz; die andere Gruppe hatte den Auftrag, Forschungsprojekte zur Erarbeitung von Entscheidungsgrundlagen zu skizzieren sowie einen Massnahmenkatalog zur Förderung der Palliativmedizin

und -pflege aufzustellen. Die Tatsache, dass beide Gruppen nach anderthalb Stunden Diskussion ähnliche Resultate präsentierten, löste im ersten Moment eine gewisse Verblüffung aus, wurde dann aber von den SAMW-Verantwortlichen als Zeichen dafür genommen, dass die verschiedenen Bereiche einerseits nicht klar voneinander abzugrenzen sind, und dass andererseits die vorgeschlagenen Massnahmen naheliegend und realistisch sind.

Datengrundlagen

Wer immer im Laufe des Symposiums Zahlen zur Sterbehilfe zitieren wollte, musste auf ausländisches Datenmaterial zurückgreifen. In der Schweiz gibt es noch keine Studien, welche – neben der eigentlichen Todesursache – auch die Art und Weise und den Ort des Sterbens erfassen. Ebenso gibt es keine Angaben darüber, was die Ärzteschaft und das Pflegepersonal von der Sterbehilfe denken, und nur unvollständige Angaben über die diesbezügliche Einstellung der Bevölkerung. Konkret wurden folgende Fragestellungen genannt, die bearbeitet werden könnten: Häufigkeit verschiedener Praktiken der Sterbehilfe/Sterbebegleitung/Palliativtherapie? Gibt es neben den bekannten, in der Schweiz erlaubten Praktiken der Ärzteschaft auch zusätzliches, bisher nicht thematisiertes Handeln gegenüber todkranken Patienten? Der «Beihilfe zum Suizid», welche in der Schweiz nicht strafbar ist, sollte besondere Beachtung geschenkt werden (auch wenn sie von den SAMW-Richtlinien nicht als ärztliches Handeln bezeichnet wird), und zwar in Form sowohl von retrospektiven als auch prospektiven Studien. In Zürich sind am Institut für Rechtsmedizin und am Institut für Sozial- und Präventivmedizin Studien geplant, welche die beschriebenen Lücken schliessen sollen. Es ist zu prüfen, ob dadurch die SAMW auf das Lancieren eigener Projekte verzichten und stattdessen diese anlaufenden Studien unterstützen soll.

Palliativmedizin

Es besteht Einigkeit darüber, dass palliativ-medizinische Massnahmen, richtig eingesetzt, die Lebensqualität Schwerstkranker und Sterbender ausserordentlich erhöhen. Sie verändern deshalb auch den Wunsch nach Sterbehilfe. Die Palliativmedizin und deren Möglichkeiten sind in der Schweiz jedoch zu wenig bekannt. Das Angebot ist minimal und geprägt durch die persönliche Initiative weniger Einzelpersonen; an offizieller Unterstützung und Förderung mangelt es hingegen erheblich. In öffentlichen Spitälern existieren nur gerade drei Stationen, dazu eine Station in einer Privatklinik. Ausserdem gibt es vier Hospize und zwei Konsiliardienste. Da es Anzeichen gibt, dass in einem solchen von Palliativpflege geprägten Umfeld Sterbewünsche Schwerstkranker seltener auftreten, sind die Propagierung und Förderung der Palliativmedizin eine der Hauptforderungen der beiden Gruppen. Die SAMW sollte sich – zusammen mit anderen Organisationen – dafür einsetzen, dass

jedem Menschen am Ende seines Lebens der Zugang zu palliativer Pflege ermöglicht wird. Dazu gehören eine massive Ausweitung des Angebotes sowie – als Vorbedingung – entsprechende Aus- und Weiterbildungsangebote. Die SAMW sollte ausserdem darauf hinwirken, dass in der Ärzteschaft dem Konzept «Verbesserung der Lebensqualität vor Lebensverlängerung» mehr Gewicht zukommt.

Aus-, Weiter- und Fortbildung

Wie die Erfahrungen in den Niederlanden zeigen, verlangt der Umgang mit Sterbenden neben Kompetenzen im Bereich Palliativmedizin auch ein hohes Mass an ethischer und kommunikativer Kompetenz. In beiden Hinsichten stellten die Anwesenden beträchtliche Defizite in der ärztlichen Praxis fest. Es ist daher in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung darauf zu achten, dass diese Kompetenzen geschult werden. Für die Curricula sind dementsprechend neue Konzepte zu entwickeln.

Die Haltung und das Handeln vis-à-vis von Sterbenden und dem Sterben sind zentrale Aspekte des Arztseins; das Bewusstsein dafür zu fördern und auf die Aufnahme solcher Inhalte in die Curricula hinzuwirken, sahen die TeilnehmerInnen als wichtige Aufgabe der SAMW an. Die SAMW könnte zudem ihr Netzwerk nutzen, um den Fachgesellschaften geeignete ExpertInnen für Fortbildungsveranstaltungen zu vermitteln.

Richtlinien

Seit über dreissig Jahren erarbeitet die SAMW Richtlinien oder Empfehlungen zu Bereichen, die von der Öffentlichkeit oder der Ärzteschaft als heikel angesehen werden. Sie besitzen zwar keine Gesetzeskraft, sie geniessen aber hohe moralische Anerkennung. Es wird erwartet, dass die SAMW ihre medizinisch-ethischen Richtlinien «Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten», welche letztmals im Jahre 1995 überarbeitet wurden, kritisch überprüft und neue Erkenntnisse mit berücksichtigt. Ebenso, dass sie für den Bereich «Palliativmedizin» die Erarbeitung von Empfehlungen ins Auge fasst, um so auf die Bedeutung dieser Disziplin hinzuweisen.

Erste Schritte sind eingeleitet

Das Thema «Sterbehilfe» bleibt in der nächsten Zeit auf der politischen Agenda. So wird das Parlament in naher Zukunft die Antwort des Bundesrates auf den «Bericht Sterbehilfe» diskutieren; ebenso wird es sich mit einem entsprechenden Vorstoss von Nationalrat Franco Cavalli befassen müssen.

Die SAMW wird versuchen, sich in der anstehenden Debatte weiterhin Gehör zu verschaffen. Bereits hat sie auch begonnen, die ihr im Rahmen des Symposiums «Sterbehilfe» zugedachten Aufgaben anzugehen: Eine Subkommission der Zentralen Ethikkommission hat den Auftrag erhalten, die Richtlinien zur Sterbehilfe zu überarbeiten; das Generalsekretariat hat erste Kontakte mit der Schweiz. Gesellschaft für Palliativmedizin geknüpft; und Mitte Februar hat der Vorstand beschlossen, die Studie «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries» (in der Schweiz durchgeführt durch das ISPM Zürich) nicht nur ideell, sondern auch mit einem namhaften finanziellen Beitrag zu unterstützen.

«...dass sich der Kreis des Lebens in Ruhe schliesst»

Neu-Orientierung der Medizin aus der Sicht des ärztlichen Ethos

Dr. Urs Strebler, Männedorf

Beim Thema Neu-Orientierung der Medizin geht es grundsätzlich um die Ausrichtung der ganzen Medizin, von der die Biotechnologie nur ein Teil ausmacht. Viele Ärzte, Forscher und Laien identifizieren sich fast ausschliesslich mit der naturwissenschaftlichen Seite der Medizin, weil diese die moderne Heilkunde auf eine rationale Basis gestellt und nicht nur einen riesigen Aufschwung sondern auch Ruhm, Ansehen und Geld gebracht hat. Eine derart materialistische Sicht vernachlässigt aber wesentliche Bereiche des menschlichen Wesens, die der Medizin im Rahmen von Lebenskrisen wie Krankheit und Sterben begegnen. Eine Neu-Orientierung der Medizin sollte sich deshalb nicht in erster Linie auf Lebensverlängerung und Konsummaximierung ausrichten, sondern darauf, dass Patienten auch ihre Sinnfragen beantworten können. Im Rückblick ist für den Menschen ein «gelungenes Leben» bedeutungsvoller als ein langes oder schmerzfreies Leben.

Bei der Vorbereitung meines Referates, das diesem Artikel zu Grunde liegt und den Titel «Neu-Orientierung der Medizin aus der Sicht des ärztlichen Ethos» trug, habe ich festgestellt, wie viel anspruchsvoller die Bewältigung dieses Themas ist als etwa die Zusammenstellung eines Textes über eine Krankheit, wo man sich auf Fakten abstützen kann. Die wissenschaftliche Fundierung hat den schützenden Vorteil, dass man Fehlaussagen vermeiden kann, zumindest solange, als man das System als solches nicht in Frage stellt. Dabei besteht aber die Gefahr, dass Fantasie und Gefühle zu kurz kommen, zwei Eigenschaften, die bei der Betreuung von Patienten um so wichtiger sind, je weniger gut heilbar eine Krankheit ist.

Vom «gelungenen Leben»

Ich beginne mit einer persönlichen und sicher unvollständigen Definition des Begriffs «ärztliches Ethos». Ich verstehe darunter eine Berufsauffassung, die zum Ziel hat, dem Menschen zu einem gelungenen Leben zu verhelfen. Dieses «gelungene Leben» ist weder durch seine Länge, noch durch den Gesundheitszustand oder eine Krankheit, noch viel weniger durch Reichtum oder Intelligenz definiert, sondern viel eher durch die Lebensqualität, wobei zu beachten ist, dass eine gültige Aussage darüber erst vom Ende her möglich ist, weil wir erst dann voll einschätzen können, was uns im Leben wirklich glücklich gemacht hat; und dazu kann durchaus auch eine Krankheits-erfahrung beigetragen haben.

Herodot erzählt im ersten Buch seiner «Historien» (I 30-32) die Geschichte von Solon, der – nachdem er den Athenern ihre Gesetze gegeben hatte – für 10 Jahre ausser Landes ging und auf seiner Reise auch König Kroisos in Sardes besuchte. Dieser zeigte ihm alle seine sprichwörtlichen Schätze und fragte ihn, wen er für den glücklichsten Menschen auf Erden halte, in der sicheren Annahme, dass er ihn selbst nennen würde. Solon sprach diese Eigenschaft aber Tellos von Athen zu, der in einer blühenden Stadt geboren wurde, Kinder und Grosskinder heranwachsen sah und einen ruhigen Tod erlitt. Als zweitglücklichste nannte Solon die Brüder Kleobis und Biton, die jung, aber ehrenvoll starben. Als Kroisos Solon fragte, ob er selbst denn wenigstens der drittglücklichste sei, antwortete Solon, dass Kroisos jetzt wohl reich und mächtig sei, dass er die Frage aber erst beantworten könne, wenn er wisse, dass Kroisos sein Leben auch glücklich beendet habe.

An diese Weisheit von Solon werde ich als Arzt bei der Konfrontation mit Krankheit, Sterben und Tod oft erinnert. Wo es uns verwehrt ist, die Krankheit zu heilen oder das Leben zu verlängern, bleibt uns die ebenso anspruchsvolle und nicht weniger dankbare Aufgabe, den Kranken im Sterben zu begleiten, eine wichtiger Teil und kein Versagen der ärztlichen Kunst; denn der Tod ist nicht ein Feind der Medizin, sondern er gehört zum Leben und schliesst es ab. Das bedeutet nicht, dass wir uns auf den Tod freuen müssen, und die Medizin ihn nicht dort verhindern oder hinauszögern soll, wo es möglich und im Interesse des Patienten wünschenswert ist.

Bis vor 50 Jahren waren die Fortschritte der Medizin relativ bescheiden, und die zur Verfügung stehenden Mittel konnten ohne langes Überlegen und Abwägen zum Wohle der Kranken eingesetzt werden. Sie wurden auch allgemein begrüsst und akzeptiert. Mit zunehmendem Fortschritt, der primär einer Technisierung der Medizin entsprach, mit dem Aufkommen der Intensivstationen und der Transplantationsmedizin stellte sich aber die neue Frage, ob alles, was machbar auch sinnvoll ist, den Patienten zum Glück verhilft und angewandt werden soll. Die Gründung und das Wachstum einer Sterbehilfe-Organisation wie EXIT muss uns anspornen, eine Antwort auf die obige Frage zu suchen und daraus Konsequenzen für die Weiterentwicklung unseres Faches abzuleiten.

Während Solon und zahlreiche vorchristliche Philosophen von der allgemein akzeptierten Tatsache ausgingen, dass das Leben zeitlich begrenzt ist, und der Tod nicht ein sinnloses Ende, sondern den Abschluss des Lebens darstellt, hat die christliche Kultur diesem Denken die Dimensionen der «Akzeptanz des Leidens» und des «Leben im Jenseits» hinzugefügt. Krankheiten wurden teilweise zwar als Strafe, teilweise aber auch als Bewährung aufgefasst, und das Erdulden des Leidens versprach Belohnung im Jenseits. Diese Auffassung stand zeitweilig auch dem medizinischen Fortschritt im Wege, der für das jenseitige Glück des Gläubigen gar nicht notwendig war. Allerdings gab die Religion den Menschen auch Rückhalt, und die Kirchen kümmerten sich um viele soziale Belange, die heute zu einseitig der Medizin zugeordnet werden. Über lange Zeit hatten der Seelsorger und die Krankenpflege beim Sterbenden den Vorrang vor dem Arzt.

Spital- statt Kirchtürme

Nachdem allerdings der Glaube an einen christlichen Gott in unserer pluralistischen Gesellschaft abnahm, und wir in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts den Kirchen moderne Spitaltürme gegenüberstellten, in die Geburt, Krankheit, Sterben und Tod verlagert wurden, erstaunt es nicht, dass die Medizin Aufgaben aufgebürdet erhielt und auch übernommen hat, denen sie nicht gewachsen ist. Sie verhielt sich nicht nur als Seismograph der Gesellschaft, der die veränderten Anschauungen registrierte und in sein System aufnahm, sondern sie wurde zunehmend auch zum Schrittmacher und Vorreiter im Kampf für ein Leben um jeden Preis. Dabei kann sich die Medizin nicht einfach darauf berufen, dass ihr all die an sie gestellten Ansprüche und Aufgaben zugefallen sind, sondern sie ist mitverantwortlich für diese belastende «Machtfülle», gibt sie doch noch immer vor, dass es nur eine Frage von Forschung, Technik, Geld und Zeit ist, bis alle Krankheiten geheilt oder behandelt werden können. Die moderne Medizinwissenschaft hat die Tendenz, alle Störungen des Lebens als Krankheiten zu bezeichnen. Die Gesundheitsdefinition der WHO ist ein erschütternd naiver Ausdruck dieses Allmächtigkeitswahns («Health is the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity», Ottawa-Charta 1988). Unsere moderne, medial vermittelte und vermarktete Medizin ist mitschuldig an der falschen Erwartungshaltung der Menschen, dass für jedes Übel ein Kraut gewachsen sei oder hergestellt werden könne. Diese unerfüllbaren Ansprüche überfordern die Medizin nicht nur, sondern verunmöglichen ihr auch die Orientierung und erschweren die offenkundige Einsicht, dass das Leben einen Anfang und ein Ende hat, und dass sie den Menschen nur dann besser helfen kann, wenn sie beide Enden des Lebens als gegeben annimmt.

Während Geburt, Krankheit, Sterben und Tod früher als natürliche Ereignisse aufgefasst wurden, werden sie heute zunehmend problematisiert und medikalisiert. Als Beispiele seien zur Geburt die Reproduktionsmedizin, die Pränataldiagnostik, die Genetik und die Neonatologie erwähnt. Im weiteren Leben sind der Medizin zwar die Heilung zahlreicher Infekte, die Insulintherapie des Diabetes, sehr erfolgreiche «sanitär-installateurische» Massnahmen bei Herzkreislaufkrankheiten und weitere technisch aufwändige Therapiemodalitäten wie die Organtransplantation gelungen, die es erlauben, den Tod hinauszuzögern oder in Zukunft vielleicht sogar die Lebensdauer zu verdoppeln. Aber dieser Erfolg ist oft nur quantitativer Art, und es werden letztlich nur die Todesursachen verschoben. Konkret führen diese Fortschritte auch zu einer Zunahme von Krebsleiden, Demenz- und anderen degenerativen Krankheiten. Die Forschung hat sich bis heute die Frage nach dem Sinn des Lebens und ihres eigenen Fortschritts nicht gestellt, da die

Antwort sie auch mit ihrer Begrenztheit konfrontieren würde. Und die Gesellschaft scheut den Dialog darüber, weil dieser Dialog die Frage nach der Endlichkeit des Lebens und dem Sinn von Krankheit, Leiden, Sterben und Tod aufwirft.

Von der modernen Medizin werden Unversehrtheit, ewige Jugend und Unsterblichkeit erwartet, wie sie uns Mode und Reklame täglich vorzeigen. Nicht nur Kranksein, sondern allein schon das Alter hat einen negativen Aspekt. Als Beispiele sei auf die zunehmende Inanspruchnahme der ästhetischen Chirurgie und auf die Potenzpille Viagra verwiesen.

Mit dem zunehmenden Verlust der religiösen Bindung werden auch mögliche Antworten auf Sinn-, Identitäts- und Existenzfragen erschwert. Identitätsmuster oder ein allgemeingültiges Menschenbild sind verloren gegangen. An ihre Stelle sind wechselnde Identitäten und Selbstverständnisse der Menschen getreten, die grosse Unsicherheiten auslösen können und den modernen Menschen vor die Aufgabe stellen, sich seine eigene Welt stets neu und autonom zu schaffen. Da eine Krankheit die bisherige Orientierung durcheinanderbringen kann, werden wir Ärzte je länger desto öfter auch mit der Aufgabe konfrontiert, kranke Menschen in ihrer Verwirrtheit und Suche nach Sinn, Orientierung und Halt zu begleiten. Dazu wären Fähigkeiten und ein vertieftes Grundwissen nötig. Diese Eigenschaften werden aber weder in der Ausbildung noch in der Forschung genügend berücksichtigt. Die synthetische Sichtweise wird zugunsten der analytischen vernachlässigt. Das explosionsartige Anwachsen des biomedizinischen Wissens wurde nämlich nur dank einer immer grösseren Spezialisierung möglich. Dies birgt die Gefahr in sich, dass niemand mehr den Gesamtüberblick haben kann und haben will, da er nicht nur sehr anstrengend ist und eine Beschäftigung auch mit Grenzwissenschaften erfordert, sondern da er möglicherweise auch Konsequenzen nach sich zieht, die den Sinn einer weiteren Spezialisierung in Frage stellen könnten. Die Spezialisierung birgt auch Gefahren, die Tom Lehrer in einem seiner Songs am Beispiel der Weltraumforschung in den 70er Jahren treffend zum Ausdruck brachte: «Once the rockets are up, who cares where they come down? That's not my department, says Wernher von Braun.» Diese «Not-my-department-Haltung» ist unwissenschaftlich und unverantwortlich. Die Folgen von Forschungsvorhaben wie Xenotransplantation oder Genetik müssen vorher bedacht werden. Wir brauchen in der Medizin eine nachhaltige Neu-Orientierung, deren Ziel es ist, auch den langfristigen Überblick zu behalten und darum auf unüberschaubare Handlungen mit unberechenbaren Konsequenzen zum Schutze der Menschheit zu verzichten. Der alte Grundsatz vom «Primum nil nocere» sollte auch hier beachtet werden.

Hin zu einer «neuen Medizin»

Wie können wir aber zu einer neuen Medizin kommen? Ich möchte meine Vorschläge zur Neu-Orientierung in vier Punkte gliedern: 1. Aus- und Weiterbildung, 2. Forschung, 3. Praxis und 4. Bemerkungen zu den Zieldefinitionen des Hastings-Center-Reports.

1. Ausbildung und Weiterbildung

Um ethisch verantwortlich handelnde Ärztinnen und Ärzte auszubilden, brauchen wir eine neue Form der Auswahl und Schulung, die soziale Kompetenz und Kommunikationsfähigkeit miteinschliesst. Die Maturität allein ist weder Garant für diese Fähigkeiten noch für Intelligenz im weiteren Sinne oder für geordnetes Wissen. Die Ziele der Medizin sind auch die Ziele der Pflege, die viel näher beim Patienten steht, beschränkte Aufstiegschancen und im Gegensatz zu den Ärzten Personalmangel hat. Wir sollten uns ernsthaft Gedanken über eine gemeinsame, initiale Ausbildung machen, welche das gegenseitige Verständnis bei der späteren Zusammenarbeit fördert. Während des Medizinstudiums sollte zudem neben Fachwissen vermehrt Gewicht auf soziale Kompetenzen und Humanwissenschaften gelegt werden. Am Ende der Ausbildung kann heute nicht mehr der Arzt stehen, der fähig ist, selbständig eine Praxis zu führen, sondern ein Mensch, der ein ärztliches Grundwissen besitzt und bereit ist, sich auf dem von ihm gewählten Fachgebiet medizinisch weiterzubilden.

Wie in der Aus- ist auch in der Weiterbildung auf ein ausgewogenes Verhältnis von Allgemein- und Spezialwissen zu achten. Wenn wir schon die Spezialisierung nicht verhindern können, müssen wir als Gegengewicht die Interdisziplinarität fördern, um die oben erwähnte «Not-my-department-Haltung» zu verhindern. In diesem Zusammenhang muss natürlich auch die Frage erlaubt sein, inwieweit die künftige Ausbildung überhaupt noch an einem hochspezialisierten Universitätsspital stattfinden kann und soll.

2. Forschung

Die heutige Forschung ist im Bezug auf die grössten Probleme der Menschheit orientierungslos. Sie forscht dort, wo es für sie am interessantesten, letztlich am «einfachsten» und bei den heute gewaltigen Kosten, welche zum grossen Teil von der Industrie getragen werden, finanziell am attraktivsten ist. Es ist einfacher, am Licht zu suchen und zu glänzen als im Dunkeln, wo die Verhältnisse schwieriger sind, aber vielleicht die bedeutsameren Probleme liegen.

Die kartesianische Trennung von Körper und Seele hat der Medizin grosse Fortschritte gebracht und die moderne, mechanistisch-technologisch ausgerichtete Forschung begünstigt. Sie stösst aber zunehmend an Grenzen, weil es ihr trotz eindrucklicher Verlängerung des Lebens nicht gelingt, den Menschen glücklicher zu machen. Zahlreiche Ansprüche der Menschen, wie die Frage nach dem Sinn von Leben, Krankheit, Sterben und Tod, versucht die aktuelle Forschung gar nicht erst zu befriedigen bzw. zu beantworten.

Die Forschung muss sich vom Gängelband der Industrie und von den einfachen, weil mit genügend Aufwand fast sicher lösbaren Fragestellungen befreien und ihre Verantwortung wahrnehmen, allen Menschen zu dienen und nicht nur einer privilegierten Minderheit. Weltweit viel wichtiger als ein neues Kreislaufmittel, eine neue Operationstechnik oder die Xenotransplantation sind die Probleme der Makro-Gerechtigkeit, die Hebung des Wohlstandes in den Drittwelt-Ländern, das Erforschen der Zusammenhänge von sozioökonomischen und kulturellen Bedingungen und Gesundheit mit dem Ziel, Lösungen für alle Menschen zu finden. Es ist eine Frage von Gerechtigkeit und Solidarität, sich auch wissenschaftlich der grossen Zahl von Weltbürgern anzunehmen, die leiden und sterben, weil ihnen eine minimale Ausbildung, sauberes Wasser, Nahrung, aber auch die einfachsten Medikamente fehlen, da sie unbezahlbar sind. Die Forschung muss prioritär nach Lösungen für diese weltweiten psychosozialen Probleme suchen. In den USA ereignen sich jährlich fast dreimal so viele Morde wie Sarkom-Fälle, in deren Erforschung aber die grösseren Mittel investiert werden.

3. Praxis

In einer neu-orientierten Medizin müssen Hierarchien abgebaut werden: Der moderne Arzt informiert und orientiert seine Patienten und berücksichtigt ihre Ansichten und Meinungen. Das bedeutet nicht, dass er ihnen eine ungewichtete Auswahl von Möglichkeiten aufzählt und sie wählen lässt oder alle ihre Wünsche in die Tat umsetzt, sondern es geht darum, sie ernst zu nehmen, ihre Argumente anzuhören, und so gemeinsam zu einem Entscheid zu gelangen. Der Abbau von Hierarchien beginnt mit Äusserlichkeiten: Das Arztpult darf keine trennende Schranke darstellen, die Stühle sollten gleich gross sein, und im Spital muss sich der Arzt auf die gleiche Ebene wie der Patient begeben, indem er sich auf einem Stuhl ans Bett setzt oder das Gespräch an einem Tisch führt.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Pflege sollte von gegenseitigem Respekt geprägt sein. Wir müssen erkennen, dass in der modernen Medizin einer allein wenig erreichen kann und auf die Hilfe von Mitarbeiterinnen und Spezialisten angewiesen ist. Ohne interdisziplinäre Zusammenarbeit gerade mit der Pflege erreichen wir Ärzte unsere Ziele nicht. Eine gemeinsame Grundausbildung würde das Verständnis für die eigenen Grenzen und die Fähigkeiten des andern fördern. Selbstverständlich steht im Spital bei konse-

quenter Verfolgung des Teamwork-Gedankens auch die Frage der Honorarverteilung bei zusatzversicherten Patienten zur Diskussion. Ich denke etwa an akute Pflegenotfälle, bei deren Behandlung der Pflege eine zumindest gleich grosse Bedeutung zukommt wie dem Arzt.

Hierarchien gibt es auch im Verhältnis zwischen Universitätsspital und peripherem Spital, wo die Gefahr besteht, dass im Zentrumsspital die Ansicht entsteht, dass es Kraft seiner Grösse auch besser ist. Es ist natürlich falsch, mit quantitativen Vorzügen qualitativ zu argumentieren. Wenn man bedenkt, dass die meisten Chefärztinnen und Chefarzte über lange Zeit als Oberärzte an einem grossen Spital tätig waren und dessen Qualität massgeblich beeinflusst haben, ist nicht einzusehen, weshalb sie als Chefärzte eines peripheren Spitals plötzlich unfähiger sein sollen. Was sich ändert, ist das Umfeld. Während an einem Universitätsspital quasi letztinstanzlich entschieden wird, rund um die Uhr Spezialisten aus allen Fachrichtungen zur Verfügung stehen, und sich die Frage der Weiterweisung nicht stellt, sind die Ärzte am peripheren Spital viel stärker auf sich selber gestellt. Aus fachlichen und technischen Gründen, aber auch wegen der geringeren personellen Ressourcen müssen sie Patienten ans Zentrum verlegen, das ja auch dafür bestimmt und ausgestattet ist.

Analoge Probleme prägen die Zusammenarbeit von Spital und Hausärzten. Den Spitalärzten wird oft Überheblichkeit vorgeworfen, die daraus resultieren kann, dass am Spital die «Schwächen» der Hausärzte gesehen werden, die ja im Falle eines Infektes nicht Patientinnen einweisen, die erfolgreich behandelt wurden, sondern diejenigen mit Komplikationen. In einem gegenseitigen Vertrauensverhältnis darf es aber nicht soweit kommen, dass Grundversorger ihre unklaren Fälle aus Furcht vor Kritik auf verschiedene Spitäler «verteilen», sondern sie müssen die Gewissheit haben, von den Ärztinnen und Ärzten des lokalen Spitals verstanden und in ihren Bemühungen ernst genommen zu werden.

Wieweit die Bedenken der Grundversorger berechtigt sind, dass Spitäler Patienten zu oft ambulant nachbehandeln, und wieweit dies ein Hierarchieproblem darstellt, ist schwer zu beurteilen. Sicher muss diese Frage aber in regelmässigen Aussprachen thematisiert werden.

Ohne Zweifel gibt es neben vielen guten auch *schlechte Ärzte, die entweder ungenügend ausgebildet, unsicher und überheblich sind*, oder den angemessenen Umgang mit den Patienten nicht finden, was zu Arztwechseln führt und das Verhältnis zwischen Arzt und Spital belasten kann. Weder in unserem Ausbildungs- noch Weiterbildungssystem gibt es die Möglichkeit, ungeeignete Kandidaten davon abzuhalten, das Studium zu beginnen, weiterzuführen und abzuschliessen, an einem Spital zu arbeiten und später eine Praxis zu eröffnen. Die einzige Selektion erfolgt in den Prüfungen an den Universitäten, wo vor allem Fachwissen getestet wird. Eine Qualifikation während des Wahlstudienjahres, wo wir Spitalärzte nicht nur das schulische Wissen, sondern auch die menschlichen Qualitäten der Kandidaten beurteilen können, ist heute weder erforderlich noch von den Fakultäten erwünscht. Ausführliche Qualifikationsgespräche während der Weiterbildung

sind im Kanton Zürich im Rahmen des Lohn-Stufen-Anstiegs erforderlich. In der Pflege werden sie seit langem geführt. Die FMH aber gibt sich in ihrem Evaluationsprotokoll mit einer sehr summarischen Beurteilung zufrieden. Auch für die Fortbildung genügt der Nachweis der Teilnahme an einem Kongress, wobei nicht feststellbar ist, ob der Kandidat die Lehrveranstaltungen besuchte, sich mehrheitlich in der Industrieausstellung aufhielt oder zur Entspannung die Kongress-Stadt besichtigte.

So wie eine selektionierende Qualifikation während der Aus- und Weiterbildung dringlich nötig ist, brauchen auch die Standesorganisationen mehr Mut im *Kampf gegen die schwarzen Schafe*, deren Namen meist bekannt sind. Wie es keine Argumente gegen den Entzug des Führerscheins bei einem gefährlichen Autofahrer gibt, dürfen auch wir es nicht zulassen, dass fachlich oder charakterlich unfähige Ärzte Patienten behandeln und damit gefährden.

Ein weiteres Anliegen, das der *gleichwertigen Entschädigung von technischen und kommunikativen Leistungen*, sollte mit der neuen Tarifvereinbarung (TarMed) verwirklicht werden, die aber von denjenigen Ärzten angefochten wird, die zu den Verlierern des Tarifumbaus gehören und dabei natürlich vergessen, dass sie über Jahre vom gegenwärtigen System auf Kosten ihrer Kollegen profitiert haben.

Ein weiteres Konfliktfeld stellt die *Zusammenarbeit von Ärzteschaft und Industrie* dar. Sowohl die pharma-gesponserte und oft auf Präparate ausgegerichtete Fortbildung wie auch die finanzielle Transparenz sind zu überdenken. Als Beispiele möchte ich die Beraterhonorare von Opinion-Leadern erwähnen, deren Objektivität im Bezug auf die Produkte der zahlenden Industrie angezweifelt werden darf, aber auch die direkte Abgabe von Medikamenten durch Ärzte (Selbstdispensation) nennen, die gern als unproblematisch und altruistisch dargestellt wird. In beiden Fällen geht es aber um viel Geld.

Ein weiteres, wichtiges Problem stellt die Entwicklung einer *Kultur im Umgang mit Fehlern* dar. Wahrscheinlich ist dazu auch ein neues Haftpflichtrecht nötig. Heute erfolgen Zahlungen nur beim Nachweis eines Verschuldens des Arztes, was diesem das Eingeständnis eines Fehlers erschwert, weil er mit strafrechtlichen Sanktionen zu rechnen hat. Die oft angestrebten aussergerichtlichen Vergleiche zeigen die Notwendigkeit einer Neuregelung auf. Ein bekannter Ausweg wäre die Errichtung eines Versicherungs-Pools, der aus einem einmaligen Beitrag (von 1 bis 2 Franken) pro Behandlungsfall gespiesen wird und aus dem alle Haftpflichtansprüche gedeckt werden, bei denen ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Behandlung und Schadensereignis besteht (verschuldensunabhängige Patientenversicherung). Ausgenommen sind grob-fahrlässige Handlungen. Massgeblich für die Auslösung der Leistung ist der erlittene Schaden des Patienten und nicht der Fehler des Arztes.

Bei der Auswahl des *universitären Lehrkörpers* sind Charaktereigenschaften und Kommunikationsvermögen gleich zu gewichten wie Publikationen und Forschungsaktivitäten. Da es ja nicht nur darum geht, eine wissen-

schaftlich herausragende Persönlichkeit als Ordinarius und Direktor zu wählen, sondern dieser auch die Klinik führen, Mitarbeiter fördern, ein anregendes Arbeitsklima schaffen und die Studierenden gut unterrichten muss, sollte bei der Wahl, sowie im späteren Verlauf eine Mitbeurteilung durch Studierende, Patienten und Mitarbeiter angestrebt werden, nicht zuletzt, weil sich auch die Universitätskliniken im Konkurrenzalltag bewegen und bewähren müssen (ob ein einzelner Mensch überhaupt alle geforderten Eigenschaften besitzen kann, ist eine andere Frage). Das seit Jahrzehnten kaum veränderte Habilitationsverfahren ist zu überdenken, fehlt doch dem klinisch tätigen Arzt die im Labor verbrachte Zeit bei der Betreuung seiner Patienten. Auch wir Chefärzte sollten mit einer Probezeit gewählt und von den Vorgesetzten und Mitarbeitern regelmässig beurteilt werden. Auf Lebenszeiten gesicherte Pfründen sind nicht nur überholt, sondern sie gefährden die Qualität der Medizin, weil die Gefahr besteht, dass wir bequem werden und uns «auf unseren Lorbeeren ausruhen».

4. Neu-Orientierung im Hinblick auf die Ziele der Medizin

Als Ziele der Medizin werden im Hastings Report die Prävention, die Heilung von Krankheiten, die Palliativmedizin und der gute Tod genannt (The Goals of Medicine – Setting new Priorities. Supplement, Hastings Center Report November-December 1996).

Es genügt beispielsweise in der Tabak-Prävention aber nicht, den einzelnen Raucher auf die Gefahren des Zigarettenkonsums aufmerksam zu machen, sondern wir müssen auch öffentlich Stellung gegen die Tabakwerbung beziehen. Da wir als Ärzte direkt mit den Folgen von Gesundheitsrisiken im weitesten Sinne konfrontiert sind, sollten wir uns aus dieser Erfahrung von Leid und Tod heraus sowohl als Individuen als auch als Berufsstand gegen alles wehren, was Leben gefährdet: gegen ungenügende Tempolimiten, Landminen oder Kriege, aber auch gegen soziale Ungerechtigkeiten und Benachteiligungen. Den Beruf als Ärztin oder Arzt ernst nehmen bedeutet auch, sich im Interesse des Lebens und der Schwächeren konsequent zu exponieren und politisch zu äussern.

Wir sollten vermehrt berücksichtigen, dass der Körper eine grosse Fähigkeit zur Selbstheilung hat. Es sind auch Bedingungen bekannt, welche diese Fähigkeit fördern oder hemmen, wie etwa das familiäre oder berufliche Umfeld, das vermehrt in die ärztliche Beurteilung einbezogen werden muss. Viele Gesundheitsstörungen (dazu gehören die meisten banalen Infekte) bedürfen auch keiner spezifischen Therapie. Zahlreiche Medikamente und der Grossteil der Laborkontrollen sind hier entweder Ausdruck von Unwissen und Unsicherheit, Beweise unserer Unfähigkeit, die Patienten sachlich zu informieren und zu überzeugen, oder sie werden – trotz gegenteiliger Behauptungen – aus finanziellen Gründen verordnet. Medikamente und Zusatzuntersuchungen sind häufig nicht nur teuer und unnötig, sondern sie bieten dem Patienten oft eine bloss Schein-Sicherheit, wo ein einfühlsames Ge-

spräch heilsamer wäre. Allerdings fördert das heutige Finanzierungssystem dieses Verhalten der Ärzte und der Patienten im doppelten Sinne: Der Arzt verdient einerseits pro Leistung und andererseits werden apparativ-technische Zusatzuntersuchungen von den Versicherern kommentarlos übernommen, während etwa eine delegierte Psychotherapie immer ausführlich begründet werden muss. Ein saluto-genetischer Ansatz fehlt vollständig.

Die Palliativmedizin und die Pflege, besonders in den Heimen, bedürfen der Aufwertung. In diesem Sektor hat die moderne Medizin, verglichen mit den enormen technischen Fortschritten auf anderen Gebieten, wenig geleistet. Bis vor kurzem haben sich weder Forschung noch Politik gross darum gekümmert. Die Bewilligung eines neuen, kostspieligen Untersuchungsgerätes ist auch heute noch einfacher als die Aufstockung von ausgewiesenen Stellen in einem Chronisch-Krankenheim. Der Aufwand für die Behandlung eines Transplantatempfängers ist um ein Mehrfaches grösser als der ärztliche Einsatz für die Betreuung der Hinterbliebenen des toten Spenders. Die Menschlichkeit droht der Technik zu unterliegen. Die Würde auch der kranken und alten Menschen müssen wir in Form von Respekt und Zuwendung zeigen, und unser schlechtes Gewissen für mangelnde Wertschätzung nicht durch eine Therapie um jeden Preis und eine Ablehnung von Altersgrenzen beruhigen.

Der Tod gehört wie die Geburt zum Leben. Er ist nur äusserst selten Folge einer Fehlbehandlung. Wir Ärzte sind nicht schuld, dass die Menschen sterblich sind, und auch die modernste Medizin wird diese Tatsache nicht ändern können. Der Tod ist nicht unser Feind, sondern es gehört sogar zu den ärztlichen Pflichten, ihn zuzulassen und bei schwerkranken Patienten beispielsweise auf die Behandlung von Komplikationen zu verzichten, auch wenn uns die Mittel dazu zur Verfügung stehen. Ich denke etwa an die antibiotische Behandlung eines Infektes bei einer Patientin mit einer terminalen Krankheit. Diese Problematik des Behandlungsverzichts muss mit der Patientin natürlich schon bei Diagnosestellung besprochen und im Krankheitsverlauf wiederholt aufgegriffen werden.

Die Begleitung im Sterben ist eine ärztliche Aufgabe, die wir zwar nicht allein bewältigen können, die wir aber auch nicht einfach an die Pflege, die Seelsorge, die Komplementärmedizin, an Gruppen für Begleitung von Schwerkranken und an Sterbehilfeorganisationen delegieren dürfen. Es gehört zu unseren vornehmsten Pflichten, den Menschen auch im Sterben so zu helfen, dass sich der Kreis des Lebens in Ruhe schliesst. Ein gelungenes Leben umfasst neben der Geburt auch ein gutes Sterben und einen guten Tod.

Médecine et système de santé: des frères siamois?

Dr. Ignazio Cassis, MPH, Médecin cantonal, Bellinzona

J'ai étudié la médecine, je voulais devenir médecin. Un vrai médecin, pareil à ceux que l'on voit à la télévision, qui sauvent des vies, qui ont du temps pour leurs patients: de vrais patients! Il y a vingt ans. J'ai quitté le Sud pour plonger dans la culture médicale alémanique de l'Université de Zurich. A vrai dire, je ne comprenais pas grand chose au début: la chimie organique et la physique mécanique, mariées avec le züri-tüütsch, donnaient vie à un phénomène plutôt effervescent.

Peu à peu j'ai pris confiance en la matière, et j'ai passé six ans penché sur la physiologie, la biochimie, l'histopathologie, et tout l'éventail des sciences naturelles. La sélection aux examens était dure, et les politiciens se trompent s'ils pensent que les médecins n'ont pas appris très jeunes la notion de «concurrence». Concurrence non pas au sens étymologique latin de «courir avec» mais bien au sens très moderne de «courir contre»! Il s'agissait bel et bien d'une course d'obstacles où il fallait arriver en tête.

Les ambivalences

J'ai rencontré mes premiers patients lors de la troisième année d'étude: le contact était initialement un peu froid, ce qui pouvait peut-être s'expliquer par le fait que nous nous étions auparavant occupés seulement d'organismes sans vie. Toutefois, depuis des siècles, les leçons d'anatomie sur les cadavres représentaient la base conceptuelle de toute formation de médecin. L'impact avec la mort symbolise ainsi le début vers un chemin professionnel, dont le but est de lutter contre la mort. J'ai retrouvé plus tard cette ambivalence, quand j'ai étudié à fond les maladies pour ... promouvoir, maintenir, et rétablir la santé.

Le frère siamois

En effet le diplôme de médecin m'a consacré «*professionnel de la santé*» et m'a ouvert la porte du «*système de santé*». Personne ne m'a dit, au cours de mes études et de ma formation postgraduée clinique, que j'avais un frère siamois. Un frère étrange, méconnu, mais qui – comme tout frère siamois – m'influencait fortement. J'ai eu une réaction de rejet: *six ans d'études, six ans d'activité clinique post-diplôme, une vie consacrée à la médecine et j'ai encore quelqu'un à qui rendre compte de mes actions. C'était trop!*

Les visages du frère

Le premier visage de mon frère siamois était celui de la direction de l'hôpital: lutter pour un dictaphone, pour un repas pendant le service de garde, pour un lit où trouver un peu de repos. Le *management* de l'hôpital, dans sa langue inhabituelle, parlait de: «ressources limitées» ... et nous n'ait ces prestations, arguant de la pression des coûts. Cela était difficile à comprendre quand l'on prenait conscience de tous les gaspillages quotidiens du monde administratif et clinique.

Le deuxième visage de mon frère siamois portait le nom de «caisse maladie»: à cette époque les assureurs se dédiaient encore à la maladie, avant de découvrir – grâce au nom «santésuisse» – la salutogénèse. Perçus par nous médecins comme des bureaucrates maladroits, ils s'introduisaient dans nos relations médecin-malade, qui cessaient ainsi d'être une affaire privée. Ce troisième terme, le tiers payant, changeait le rôle du médecin et la place du malade!

Un visage ultérieur du frère siamois portait le nom d'administration sanitaire, «le Canton» en langage commun. Une véritable surprise! Pourquoi donc le Canton devait-il se mêler de médecine? Etant donné que le diplôme fédéral donnait accès à l'exercice de la profession sur le territoire de toute la Confédération, le rôle du Canton était bien énigmatique.

Pas après pas, j'ai ainsi découvert – avec des milliers d'autres médecins – que nous tous avons un frère siamois, dont nous ignorions l'existence. La médecine n'était donc pas seulement un art au service de la lutte contre la souffrance des malades, mais elle s'insérait dans un dispositif de plus en plus puissant, perçu d'ailleurs comme un «*big brother*» plutôt qu'un frère siamois.

L'état social

Cette expérience est répétée chaque année en Suisse par des centaines de médecins. Tôt ou tard ils découvrent que la médecine n'est plus cette activité secrète enfermée dans un confessionnal où le patient est pénitent et le médecin confesseur. Cette dynamique relationnelle, proche du monde religieux, qui pendant des siècles a caractérisé le rôle du médecin et la place du patient, est entrée en crise au moment même où le citoyen a socialisé son rapport avec la maladie. La mise en commun des ressources individuelles pour faire face à la souffrance témoigne du début de l'Etat social au XIX^{ème} siècle. L'entrée de l'administration sanitaire (Etat, partis politiques, assureurs) dans la relation médecin-malade accompagne la sortie de celle-ci du confessionnal: c'est la naissance du système de santé, du frère siamois.

Depuis le XIX^{ème} siècle, la lecture que la médecine fait de la souffrance humaine bénéficie de plus d'un vocabulaire toujours plus riche, qui catégorise toutes les formes de souffrance en classes de maladies. De la normopathie idiopatique au trouble somatoforme, la médecine invente une nouvelle

sémiologie et, à trop se fixer sur la maladie et son objectivation, la plupart des médecins finissent par en oublier le malade. Un malade et un médecin qui, à vouloir tous deux médicaliser la vie, entrent en crise. Leur rencontre se transforme en confrontation: le patient se rend chez le médecin avec sa souffrance (*illness*) et sort de la consultation avec un diagnostic de maladie (*disease*) qui dépendra de l'interprétation culturelle et scientifique du médecin. Si les deux paradigmes se joignent, la relation jouira d'un agréable climat, autrement naîtra un conflit plus ou moins ouvert.

La médecine change

La socialisation du rapport avec la maladie (et toutes ses conséquences en terme de sécurité sociale) et la nouvelle sémiologie, qui expriment la croyance en la toute puissance de la technologie médicale, sont les éléments primordiaux de notre système de santé. Dans ce nouveau système, dont les dispositifs sont réglés par les équilibres politiques, la médecine change. Le rôle du médecin change: du philosophe au prêtre, du prêtre au spécialiste, du spécialiste au consultant et – peut-être dans le futur – du consultant au steward. Mais la place du patient change, elle aussi: le patient perd sa patience et devient usager, citoyen, assuré et, pour finir, client.

Son rôle de client change définitivement le paradigme dans lequel la médecine est pratiquée: on passe de l'humanitaire au social, pour arriver au paradigme économique: la médecine vue en tant qu'activité à valeur commerciale, le médecin comme fournisseur de prestations, le malade comme client.

Le XXI^{ème} siècle

Ceci ne doit guère surprendre et s'inscrit dans les «megatrends» de ce début de XXI^{ème} siècle où les valeurs sans conteste les plus partagées sont l'argent, la longévité, et l'hédonisme. Comme ces valeurs pilotent nos sociétés, la médecine s'adapte, et il en est de même pour le système de santé.

Mais revenons donc à la découverte du frère siamois, c'est-à-dire à la découverte du système de santé par le médecin. J'ai vécu cette mise en évidence de manière bouleversante à l'époque du Sida, vers la fin de années '80. Cette épidémie apparue sans préavis nous a montré combien notre médecine – même sortie du confessionnal mais toujours axée sur l'individu – était incapable de faire face. Médecins et système de santé n'étaient initialement pas préparés: les premiers étant trop axés sur l'individu, le deuxième manquant de compétence. Il a fallu réhabiliter et développer une tradition ancienne de la médecine, à savoir une forte interaction avec la société environnante.

La médecine sociale

Il a fallu redécouvrir la médecine sociale, une médecine qui considère les communautés humaines comme une source de connaissance et un lieu d'application pour l'ensemble de ses activités.

Mais voilà qu'un problème se pose: la médecine sociale appartient-elle à la médecine ou au système de santé? Sans vouloir ouvrir une parenthèse épistémologique, je dirais simplement qu'à mon avis elle n'appartient ni à l'un, ni à l'autre. La médecine sociale intègre en effet des éléments de la médecine individuelle et des éléments du dispositif organisationnel du système de santé. Ses connaissances médicales sont alimentées non seulement par les sciences biomédicales et les sciences cliniques, mais aussi par les sciences communautaires de la santé, consacrées à l'observation des maladies dans la société, à leurs facteurs de risque, et à leurs conséquences individuelles et sociales.

Les découvertes

La découverte de cette nouvelle entité dont j'avais entendu parler de manière superficielle à l'université a tellement alimenté ma curiosité que j'ai pris la décision de quitter la peau de médecin clinicien pour entrer dans celle d'administrateur de santé. Une nouvelle aventure, toute aussi riche et troublante que celle vécue dans la médecine clinique.

Mon voyage dans cet univers, remarqué par hasard, m'a à ce point fasciné qu'il m'a conduit à abandonner ma blouse blanche et ses symboles. Ce voyage m'a mis en contact avec des gens de toutes les professions: économistes, juristes, politologues, sociologues, anthropologues, géographes, statisticiens, etc.

J'ai même découvert une espèce assez particulière: les politiciens. Particulière parce que j'ai compris qu'ils ont une position très difficile: théoriquement ils ont un grand pouvoir sur le système de santé (souvent peu connu), mais sont en pratique plutôt impuissants. En effet ils sont piégés par l'inertie du système, la résistance naturelle à tout changement, parfois même la ligne idéologique qui a permis leur élection et – pour finir – par l'obsession d'une recherche de consensus (introuvable?) typique de la culture politique suisse. De plus, leurs objectifs peuvent être différents de ceux que nécessite une politique de santé à long terme ...

La complexité suisse

A cette maladie endogène du monde politique s'ajoute la complexité sans équivalent de nos systèmes de santé: 27 systèmes (26 pour les Cantons et 1 pour la Confédération) coexistent sur un territoire qui compte environ 7 millions d'habitants! La seule connexion entre ces 27 systèmes – bien que compréhensible du point de vue historique – représente en elle-même un véritable défi, auquel s'ajoute la difficulté du rapport entre système de santé et médecine. La fragmentation en 27 systèmes de santé apparaît aujourd'hui comme intrinsèquement inutile, car tous les systèmes des pays industrialisés souffrent des mêmes problèmes: contrôle des coûts, humanisation, responsabilisation individuelle, accès aux soins, qualité, surconsommation, manque d'«empowerment» et d'approche «salutogénétique».

La politique de la santé

Le projet de *Politique nationale de la santé* – supporté depuis 1999 de manière paritaire par les Cantons et la Confédération – s'inscrit justement dans une trajectoire vers une coordination plus efficace des systèmes de santé. Son succès dépendra de sa capacité de dialoguer avec la médecine et de dépasser les limites politiques des Cantons.

Mais voilà que l'on arrive à la question cruciale: les frères siamois – c'est-à-dire la médecine et le système de santé – se parlent-ils? Savent-ils qu'ils sont frères siamois? Ma réponse n'est hélas pas très positive: médecine et système de santé se parlent peu et souvent mal. Dans plusieurs Cantons, les relations entre corps médical (pour la médecine) et administration sanitaire (pour le système de santé) sont froides voire congelées. J'observe souvent le même phénomène entre la Fédération des médecins suisses et certains Offices de la Confédération (ex. OFAS). La méfiance qui entoure ces relations est liée à plusieurs facteurs: préjugés, jalousies, guerres ancestrales de pouvoir et manque de respect. Mais l'un des facteurs qui jouent à mon avis un rôle central est la méconnaissance réciproque. Les médecins connaissent peu les valeurs et le langage du monde administratif et politique, et vice versa. Les premiers rêvent d'un monde sans fonctionnaires et d'une médecine qui retourne vers le confessionnal, mais financée par la collectivité. Les deuxièmes rêvent d'une médecine sans médecins!

Comme l'a affirmé le Conseiller national Yves Guisan, commentant ces nouvelles orientations de la médecine, «une véritable politique sanitaire est absente». Je constate de plus que des législatures d'une durée limitée à quatre ans représentent une entrave au développement de politiques sanitaires de grande envergure, surtout en l'absence de crises sociales majeures. Mais, contrairement à ce que plusieurs pensent, je ne crois pas que notre système de santé en est à son dernier tour de vis et que le «Titanic va bientôt couler».

L'absence d'une véritable politique sanitaire est – j'en suis persuadé – une lacune à combler au niveau fédéral: une telle politique devrait nécessairement simplifier la situation nationale et rayer cette énigme suisse d'une politique structurelle cantonale et d'une politique financière fédérale (ex. LAMal), qui absorbe d'énormes énergies sans véritable avantage. La présence de conflits entre médecine et système de santé est le reflet d'intérêts divergents et d'un équilibre certainement précaire, mais toutefois encore acceptable pour la population.

La maîtrise des coûts

Je reste cependant optimiste, convaincu que les modifications nécessaires apportées aux différentes lois sociales (LAMal, LAI etc.) seront en mesure de corriger les incitatifs pervers de l'actuel système, un système dans lequel personne n'a véritablement intérêt à contrôler les coûts. Les patients se plaignent des primes mais courent chez le médecin pour le moindre «pépin», les médecins gardent le pouvoir de ceux qui *de facto* traitent les patients, les caisses gèrent volontiers davantage d'argent, les hôpitaux doivent être high-tech pour survivre, l'industrie pharmaceutique est intouchable et investit des milliards en marketing, les administrations publiques n'ont ni les ressources ni – parfois – les compétences, et le monde politique veut ... être réélu.

Seule une action collective et consensuelle pourrait faire avancer le navire. Ceci nécessite toutefois une définition commune des valeurs de notre société, un respect réciproque entre partenaires, une répartition claire des responsabilités, et en définitive une simplification organisationnelle du système. Ce processus d'amélioration aurait des répercussions très favorables sur la médecine, qui doit impérativement retrouver un visage humain, malgré – et à cause – du paradigme économique.

Ceci ne se fait pas du jour au lendemain. La démarche entreprise par l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) est – à mes yeux – en mesure de contribuer de manière substantielle à la réflexion nécessaire pour accompagner le processus de reconnaissance mutuelle des frères siamois.

Die Zukunft der Medizin in der Schweiz

*Prof. Peter Suter, Vizepräsident SAMW,
Dr. Hermann Amstad, stv. Generalsekretär SAMW*

Die Diagnose des obersten Schweizer Arztes anlässlich einer ersten Klausurtagung des Projektes «Neu-Orientierung der Medizin» war eindeutig. Aus Sicht von Dr. Hans Heinrich Brunner, Präsident der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH, ist die ärztliche Tätigkeit zu einer Leistung mit Marktwert geworden. Nicht mehr PatientInnen kämen zum Arzt, sondern KundInnen. Diese verlangten neben technischem Wissen zunehmend «existentielles Wissen» als Orientierungshilfe. Weil die traditionelle Medizin diesem Bedürfnis häufig nicht entsprechen könne, hinterlasse sie ein Vakuum, das von Heilsbringern aller Art gefüllt werde. Weitere, wesentliche Megatrends in der heutigen Medizin ortet Hans Heinrich Brunner in der Steuerung des menschlichen Organismus und seiner Reproduktion, in der Organtransplantation als Basis ewigen Lebens, in der Medikalisierung aller Lebensbereiche sowie in der Verknappung der Ressourcen bzw. der Ökonomisierung der Medizin.

Es waren ähnliche Überlegungen, die im Frühjahr 1999 Prof. Johannes Bircher veranlassten, dem Vorstand der SAMW die Schaffung eines «Think Tank» vorzuschlagen, der sich intensiv mit der Entwicklung der Medizin auseinandersetzen sollte. Nach intensiver Diskussion beschloss der Vorstand der SAMW im Sommer 1999 die Lancierung des Projektes «Neu-Orientierung der Medizin» und beauftragte einen Steuerungsausschuss unter der Leitung von Prof. Bircher mit der weiteren Planung. Zwei Klausurtagungen im August 2000 und im Januar 2001 dienten dazu, in einem ersten Schritt die Situation der Medizin in der Schweiz zu analysieren, das heisst:

- jene Bereiche zu identifizieren, in denen die Orientierung der gegenwärtigen Medizin als problematisch erlebt wird;
- die Mechanismen zu verstehen, welche zu Schwierigkeiten geführt haben;
- Wege zu skizzieren, auf denen eine Neu-Orientierung erreicht werden könnte.

Die Resultate der Klausurtagungen

Die Teilnehmenden an den beiden Klausurtagungen – rund 60 Persönlichkeiten aus Medizin, Gesundheitswesen, Pflege sowie medizinexternen Organisationen und Institutionen – waren sich einig, dass die Schweizer Medizin einen hohen Standard aufweist, dass aber in der Zielsetzung, Organisation

und Umsetzung zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten existierten. Eine Analyse der Problemfelder der Medizin ergab sechs Kernbereiche, in denen Verbesserungen erwünscht sind. Im «Executive Summary der beiden Klauertagungen» werden sie wie folgt aufgelistet:

Ziele der Medizin angesichts von Pluralität und Interessenkonflikten

Die gleichzeitige Orientierung der Medizin am Wohl jedes einzelnen Patienten/ jeder einzelnen Patientin, an der sich wandelnden Wissenschaft, an den Bedürfnissen der Gesellschaft und an den ökonomischen Randbedingungen schafft Konflikte, die angegangen werden müssen. Die daraus resultierenden Spannungsfelder sind in einem für die Allgemeinheit transparenten Diskurs zu bearbeiten.

Empowerment

Stärker als bisher sollten Patientinnen und die Patienten situationsgerecht und partnerschaftlich in Entscheidungsprozesse einbezogen werden. Der Zugang zu qualifizierten Informationen («Wissen») über Gesundheit und Krankheit ist sicherzustellen. Gleichzeitig ist der Selbstverantwortung der Bürgerinnen und Bürger für ihre Gesundheit und bei der Behandlung von Krankheiten vermehrt Rechnung zu tragen.

Entscheidungsgrundlagen

In vielen Bereichen der Medizin sind die wissenschaftlichen Grundlagen unvollständig; ihre Erforschung ist dringend. Neue Erkenntnisse (z.B. Informatik, Genetik, Nanotechnik) sind mit kritischer Offenheit zu prüfen und zugänglich zu machen. Die Erarbeitung adäquater medizinischer Massnahmen darf sich aber nicht allein auf naturwissenschaftliche Argumente stützen, sondern muss auch sozial- und geisteswissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigen.

Grenzen der Medizin

Die Medizin stösst an biologische Grenzen (z.B. extreme Frühgeburten; hohes Alter), an die Grenze zwischen Machbarem und Sinnvollem (z.B. Intensivmedizin), an ethische Grenzen (z.B. Forschung) und an ökonomische Grenzen. Diese Grenzen zu akzeptieren ist gleichbedeutend damit, die Begrenztheit des Lebens zu akzeptieren. Entscheidungen, die angesichts dieser Grenzen getroffen werden müssen, sollten transparent und nachvollziehbar gestaltet werden.

Anreize

Das Gesundheitssystem beeinflusst die Medizin unter anderem durch das Schaffen von Anreizen. Diese sind so zu gestalten, dass qualitativ wertvolle und nachhaltige Leistungen in der Medizin sowie gesundheitsförderndes und präventives Verhalten des Bürgers und der Bürgerin belohnt werden.

Lebenslanges Lernen

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung aller Medizinalpersonen sollte den neuen Erkenntnissen und den sich verändernden Anforderungen an die Medizinalberufe kontinuierlich angepasst werden. Besonderes Gewicht sollte der kommunikativen Kompetenz, der Fähigkeit zum Umgang mit Konflikten, dem Gender-Aspekt, der Fähigkeit zum Umgang mit Fehlern, dem interdisziplinären Arbeiten und der Stärkung der Selbstverantwortung (Empowerment) beigemessen werden. Die bereits eingeleiteten Reformen des Medizinstudiums gehen in die richtige Richtung und verdienen Unterstützung.

Die oben skizzierten Kernbereiche dienen als Ausgangspunkt für einen Blick in die Zukunft und zur Erarbeitung eines Aktionsrahmens für die SAMW. Dabei kristallisierten sich vier Massnahmenbereiche heraus: Kommunikation mit dem gesellschaftlichen Umfeld; Initiieren einer Zieldiskussion innerhalb der Medizin; Erarbeitung neuer Richtlinien in dafür geeigneten Bereichen; Identifizierung und Anregung von Forschungsschwerpunkten.

Die weiteren Schritte

Am 30. August 2001 macht das Projekt mit dem Symposium «Zukunft Medizin Schweiz» den Schritt an die Öffentlichkeit. Im Zentrum der Tagung stehen die Resultate und Schlussfolgerungen der Klausurtagungen sowie Vorschläge zur praktischen Umsetzung. Ebenfalls präsentiert werden die Ergebnisse einer grossen repräsentativen Bevölkerungsbefragung, mit der die Meinung des Durchschnittschweizers/ der Durchschnittschweizerin zur Situation der Medizin erfasst wird. Der Einbettung des Projektes in den nationalen und internationalen Kontext gilt ein weiteres Referat, und Bundesrätin Ruth Dreifuss wird am Ende des Morgens von ihren Erwartungen an die Medizin sprechen: als Gesundheitsministerin, als Bürgerin, als potentielle Patientin. Der Nachmittag dient der vertiefenden Diskussion.

Ziel des Symposiums im Kursaal Bern ist einerseits die Sensibilisierung einer breiten medizinischen Öffentlichkeit; diese soll die Möglichkeit erhalten, die bisherigen Resultate kennenzulernen und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen zu bewerten. Andererseits soll die Basis gelegt werden für eine gemeinsame Plattform derjenigen Personen, Institutionen und Organisationen, denen die Neu-Orientierung der Medizin ein Anliegen ist. Die SAMW fühlt sich verpflichtet, ihre Erfahrung und ihre Ressourcen einzusetzen, um die Zukunft der Medizin mitzugestalten.

Ethikkommissionen zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Rückblick auf neun Jahre «Überregionale Ethikkommission» (UREK) der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften

*Prof. Bruno Truniger, Dr. André Spahr, Dr. Werner Pletscher
und Dr. Hermann Amstad*

Anfang April dieses Jahres tagte die «Überregionale Ethikkommission für Klinische Forschung» der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften im Wildt'schen Haus in Basel zum letzten Mal. 1992 von der SAMW eingesetzt, hatte sie den vorrangigen Auftrag, die ethische Beurteilung von multizentrischen Forschungsuntersuchungen an Probanden und Patienten und ebenso von Einzelprojekten zu übernehmen, sofern dafür keine lokalen Ethikkommissionen zur Verfügung standen. In den neun Jahren ihres Bestehens hat die UREK im Dienste der Öffentlichkeit, der Bundesbehörden, des Nationalfonds, der Pharmaindustrie, des Gesundheitswesens usw. neben grossen Multizenterstudien auch Studien aus den verschiedensten Bereichen der konventionell- und komplementärmedizinischen, pflege- und sozialwissenschaftlichen Forschung beurteilt.

In den Jahren seit 1992 haben in der Schweiz zahlreiche Ethikkommissionen ihre Arbeit aufgenommen. Im Juli 2000 publizierte die IKS eine aktualisierte Liste von 32 anerkannten Ethikkommissionen, auf der grundsätzlich nur noch kantonale EKs figurierten. Dieser politische Entscheid, der das Schicksal der UREK besiegelte, basierte auf Stellungnahmen der kantonalen Gesundheitsbehörden und war nicht zuletzt eine Folge der VanTx-Affäre.

Neben den jährlichen Berichten der UREK und einer ausführlichen Analyse der ehemaligen EK des Departements Innere Medizin Basel existieren unseres Wissens keine allgemein zugänglichen Analysen und Informationen über Aufgaben und Wirken der Ethikkommissionen der Schweiz. Aus diesem Grunde hält es die SAMW für angebracht, rückblickend Tätigkeit und Erfahrungen der UREK aufgrund der bei ihr archivierten Dossiers zu analysieren und zu kommentieren. Die Autoren sind sich dabei bewusst, dass jede EK ihren spezifischen Aufgabenkreis und ihr eigenes Profil hat, dass aber bestimmte Aspekte, offene Fragen und Schwächen vielen EK gemeinsam sein dürften. Sie hoffen, damit einen Beitrag zu leisten an die Lösung anstehender Probleme.

Statistische Analyse

Die UREK hat in den vergangenen 9 Jahren 126 Projektvorhaben behandelt. Das ist wenig im Vergleich zu den EK der grossen universitären Zentren, die gleich viel oder mehr in einem einzigen Jahr bearbeiten. Die der UREK vorgelegten Projekte umfassten ein breites Spektrum von Studien, sowohl in Bezug auf Veranlasser und Sponsoren, wie auf Umfang, Gegenstand und Thema.

Veranlasser und Sponsoren¹

Unter den *Veranlassern* spielte die Pharmaindustrie mit 60 % aller Projekte die bedeutendste Rolle, gefolgt von universitären Instituten (14 %), Spitälern (12 %), anderen Organisationen (11 %) und dem Bundesamt für Gesundheit (3 %). Ähnlich lag die Verteilung der *Sponsoren*: Pharmaindustrie 65 %, BAG 5 %, Private 4 % und andere Organisationen 18 %. 8 % der Projekte wurden der UREK vom Schweizerischen Nationafonds vorgelegt.

Gegenstand/Thema und Umfang der Studien

In Tabelle 1 sind in abnehmender Reihenfolge die 10 häufigsten Gegenstände bzw. Themen der beurteilten Projektvorhaben aufgelistet.

Nach der Anzahl der jeweils beteiligten Studienzentren handelte es sich in 80 % um multizentrische (davon 68 % auf Schweiz-Liechtenstein, 27 % auf Europa beschränkt, 5 % weltweit) und in 17 % um monozentrische Studien. In 3 % blieb die Frage retrospektiv unklar.

Tabelle 1

Gegenstand / Thema der Studien	%
Medikamente	51,0
Epidemiologie	14,0
Medizinprodukte	6,5
Nicht medikamentöse Therapie	5,5
Qualität	3,5
Genetik	3,5
Komplementärmedizin	3,0
Pathophysiologie	3,0
Andere *	10,0

* Compliance, Untersuchungsmethoden, soziologische und sozialmedizinische Themen usw.

Charakteristik der Studien

In 104/126 Studien handelte es sich um rein klinische Studien (d.h. «Forschung am Menschen auf dem Gebiete der Medizin», bei 10 um rein nicht klinische Projekte.

12 Studien umfassten sowohl klinische wie nicht klinische Fragestellungen. Unter den 116 klinischen Studien waren 94 interventionell², 22 observationell³. Die nicht klinischen Projekte (22/126) umfassten Befragungsstudien, Krankengeschichtenanalysen, Analyse von Labordaten und pflegewissenschaftliche Untersuchungen.

Bei den 68 *Medikamentenstudien* handelte es sich 42mal um Phase IV (62 %), 22mal um Phase III (32 %) und 4mal um Phase I-II (6 %). Hier besteht ein klarer Unterschied zu den Ethikkommissionen universitärer Zentren, in denen Phase IV-Studien mit ~10 % gegenüber den Phasen I-III in Minderzahl sind.

Eng damit verbunden sind die Charakteristika des Studiendesigns: 48 von den 68 Medikamentenstudien beinhalteten eine Randomisierung (71 %); 24 waren doppelt verblindet (35 %), 48 kontrolliert (71 %) [davon 16 (33 %) gegen Placebo, 26 (54 %) gegen Vergleichsmedikamente, 5 (10 %) gegen «keine Therapie», 3 (6 %) gegen eine andere Therapieform].

Die Entscheide der UREK

Die UREK fällte ihre Entscheide (Tabelle 2) im Konsens der anwesenden Mitglieder. Erstaunlich ist die hohe Zahl unvollständiger, der Zusatzinformation oder Korrektur bedürftiger Unterlagen.

Ebenso erstaunlich ist wohl auch die geringe Zahl primär oder sekundär, d.h. nach einer ersten Überarbeitung abgewiesener Projektvorhaben. Dennoch liegt ihre Zahl deutlich höher als in der Analyse der EK des Departements Innere Medizin in Basel. Es besteht der (unbewiesene) Eindruck, dass der Unterschied durch den weit grösseren Anteil der von der UREK zu beurteilenden Phase IV-Studien bedingt sein dürfte, deren Qualität teilweise offensichtlich minderwertig war.

1 Studienveranlasser: Urheber des Studienprotokolls, Studienverantwortlicher (Institution); Sponsor: finanziell und materiell die Studie unterstützende Instanz.

2 interventionell: Studienziel ist das Resultat eines Eingriffs (medikamentös oder nicht medikamentös).

3 observationell: Studienziel ist die Beobachtung über Zeit ohne Eingriff.

Tabelle 2

Entscheidung der UREK	Anzahl	%
Zusatzinformationen nötig (vor Erstbeurteilung)	52 / 126	41
primär akzeptiert	33 / 126	26
primär abgelehnt	11 / 126	9
keine Beurteilung*	6 / 126	5
Überarbeitung erforderlich (Auflagen)	76 / 126	60
• sekundär akzeptiert	68 / 76	89
• sekundär abgelehnt	2 / 76	3
• partiell abgelehnt	3 / 76	4
• pendent	3 / 76	4
Rückzug (vor oder nach Entscheidung)	12 / 126	10
Studienabbruch / Rückstellung	3 / 126	2

* UREK «nicht zuständig», «andere EK zuständig», «keine retrospektive Beurteilung»

Gründe für Auflagen und Ablehnung

Eine Vielzahl von Gründen, oft gleich in Mehrzahl auftretend, führte zu Auflagen im Sinne einer Revision des Vorhabens oder der Unterlagen, in einer Minderzahl zur Ablehnung des Projektvorhabens. In Tabelle 3 sind die 10 häufigsten Beanstandungen nach der Thematik zusammengestellt. Darüber hinaus traten die folgenden Beanstandungen in abnehmender Häufigkeit auf: fehlende Curricula der Studienverantwortlichen und Prüfer; unklare oder zweifelhafte Ein- und/oder Ausschlusskriterien; Zweifel am Datenschutz; ungenügender Erkenntnisgewinn der Studie; unklares oder zweifelhaftes Studienziel; ungenügende biometrische Angaben; unklare Verantwortlichkeiten; Vertretbarkeit der geplanten Intervention; Instruktion der Prüfer; Angaben zur Toxizität; Fragen der Remuneration; Hausarztinformation; bereits angelaufene Studien; Nicht-Zuständigkeit der UREK usw.

Tabelle 3

Gründe für Ergänzung der Unterlagen, Revision oder Ablehnung der Studie	Anzahl
Studiendesign	50
Patienteninformation	41
Versicherung	29
Unvollständige Unterlagen	19
Mehrsprachige Patienteninformation	18
Nebenwirkungen: Listen, Massnahmen, Abbruchkriterien	17
Allgemein ethische Bedenken	16
Einverständniserklärung	15
Wissenschaftliche Qualität	13
Kostenverteilung (Sponsor, Kassen, Patienten, Probanden)	12

Der zeitliche Ablauf der Beurteilung

In Tabelle 4 sind Verzögerungen, die sich in den einzelnen Schritten von der ersten Eingabe bis zur Eröffnung des Entscheides der UREK ergaben, aufgeführt. Da die Kollektive in den einzelnen Schritten nicht dieselben sind und nach der definitiven Einreichung mit jedem Schritt kleiner werden, addieren sich die mittleren Verzögerungen nicht zur mittleren gesamten Beurteilungsdauer.

Tabelle 4

Zeitlicher Ablauf der Beurteilung	Tage (Mittelwert)	N
1. Erstvorlage bis definitive Eingabe	41	45
2. Definitive Eingabe bis 1. EK-Sitzung	28	121
3. Erste Sitzung bis Entscheideröffnung	10	119
4. Entscheideröffnung bis Resubmission bzw. Beantwortung / Rückzug	36	59
5. Resubmission bis letzte Entscheideröffnung	29	54
Erstvorlage bis Abschlussentscheid	83	114

Nach dem Entscheid der UREK

Zu Beginn der vorliegenden Analyse zeigte sich, dass in einer Mehrzahl der Fälle jegliche Angabe zum Verlauf der gutgeheissenen Studien fehlte. Ein Rundschreiben an die Projektverantwortlichen von 76 Studien brachte einen Rücklauf von 63 %. Zum Zeitpunkt des Abschlusses dieses Rückblicks sind indessen noch immer Informationen über den Verlauf von 28 Studien ausstehend.

Von 97 gutgeheissenen Projekten wurden 12 nie bei der IKS notifiziert oder nie gestartet; 15 Studien wurden zurückgezogen oder abgebrochen, 18 laufen zum Zeitpunkt der Analyse noch. Zu den 70 abgeschlossenen oder noch laufenden Studien sind bis zum April 2001 39 *Amendments* (Änderungen des Studienprotokolls) und 20 *Zwischenberichte* (Studienstand; unerwartete, nachteilige Nebenwirkungen) eingegangen.

Von den 52 abgeschlossenen Studien liegen 30 *Abschlussberichte* vor. 18 von 52 abgeschlossenen Studien führten je zu 1-5, mehrheitlich wertvollen *Publikationen* in renommierten Zeitschriften.

Diskussion

Die Aufarbeitung der Tätigkeit der UREK in den vergangenen 9 Jahre hat eine Reihe von Erkenntnissen gebracht und Fragen aufgeworfen – in Bezug auf die eigene Arbeit wie auf die Arbeit von Ethikkommissionen generell. Im folgenden wird im Lichte der eigenen Erfahrung und aktueller Fragen in aller Kürze auf eine Auswahl «wunder Punkte» eingegangen.

Zunächst ist festzuhalten, dass die UREK neben ihren fachlichen Aufgaben wesentliche ideelle Funktionen wahrgenommen hat, sei es als «Geburts-helferin» bei der Schaffung verschiedener kantonaler EKs oder mit der Beratung bzw. der Übernahme der Beurteilung ungewöhnlicher, fachlich oder politisch kritischer Projektvorhaben von andern Ethikkommissionen. Dazu gehört auch die Beurteilung grosser nationaler Projektvorhaben.

Noch ehe nationale EKs geschaffen wurden, hat die UREK mit ihren aus allen Regionen rekrutierten Mitgliedern und ihren breit abgestützten Entscheiden das Beispiel einer gesamtschweizerischen, von lokalen wirtschaftlichen oder politischen Interessen und Verflechtungen unabhängigen Ethikkommission gegeben. Die dabei gesammelten Erfahrungen ehemaliger Mitglieder kommen heute verschiedenen grossen kantonalen oder nationalen Ethikkommissionen und Arbeitsgruppen zugute.

Hierarchie der Ethikkommissionen?

Ihre ursprüngliche Hauptaufgabe – die ethische Beurteilung von *multizentrischen* Forschungsuntersuchungen – hat die UREK nicht im geplanten Ausmass erfüllen können. Das Ziel war, die durch die Vielzahl von Ethikkommissionen in der Schweiz bedingte multiple Submission multizentrischer Projektvorhaben durch eine überregionale EK zu vereinfachen. Dem stand die auch international vertretene Meinung entgegen, dass *lokale* Ethikkommissionen das letzte Wort über die Durchführung einer Studie in ihrem Einflussbereich haben sollten. Das verunmöglichte die Schaffung einer eigentlichen Hierarchie der EKs. Der Vorschlag einer «freiwilligen Hierarchie» im Sinne einer Anerkennung einer Erstbeurteilung durch eine für diese Aufgabe anerkannte Ethikkommission hat bei den Kantonen nur unvollständige und bei den lokalen EK wenig Unterstützung gefunden. Tatsache ist, dass auch heute noch multizentrische Studien ein Anklopfen an eine Mehrzahl von EK-Türen bedingen. Es bleibt zu hoffen, dass die im neuen Heilmittelgesetz vorgesehene Regelung greifen wird, wonach der Entscheid einer erstbeurteilenden EK grundsätzlich von den lokalen EKs übernommen und lediglich noch in Bezug auf die lokalen Voraussetzungen beurteilt wird. Dass dieser Weg kaum alle anstehenden Probleme auf Anhieb lösen wird, hat das Beispiel England bereits gezeigt.

Die Sitzungsfrequenz der EKs

Dass die überregionale Ethikkommission auch von den potentiellen Gestellern, insbesondere der Pharmaindustrie, nicht vermehrt für multizentrische Studien eingesetzt wurde, liegt nicht nur an den Tücken ihres Umfelds, sondern retrospektiv zum Teil auch an ihren eigenen «Spielregeln». Ihre bis 1999 geltende 2monatige Sitzungskadenz hat automatisch zu einer Verzögerung des Beurteilungsablaufs geführt und damit die Einhaltung der maximal 30tägigen Bearbeitungszeit einer unkomplizierten Submission erschwert. Die zügige Abwicklung der Geschäfte einer EK erfordert mindestens monatliche Sitzungstermine. Wo dies nicht möglich oder angesichts der geringen Beanspruchung nicht sinnvoll ist, müsste sichergestellt werden, dass Sitzungen spätestens 2 Wochen nach Eintreffen der Unterlagen zu einem Projektvorhaben angesetzt werden können. Diese Forderung ist bei den grossen, vorwiegend universitären Ethikkommissionen längst erfüllt. Kleinere Ethikkommissionen scheinen damit noch Mühe zu haben.

Entscheide von Ethikkommissionen

Ziel der Arbeit der Ethikkommissionen ist nicht in erster Linie die Gutheissung oder Ablehnung eines Projektvorhabens, sondern – wenn immer möglich – seine Optimierung bis zur ethischen Unbedenklichkeit. «Dem Schutz der Würde, der Rechte, der Sicherheit und des Wohlergehens aller eigentlichen oder potentiellen Teilnehmer an Forschungsprojekten verpflichtet», sind Ethikkommissionen weder bedingungslose Supporter noch Verhinderer wissenschaftlicher Forschung am Menschen. Zu den Aufgaben einer EK gehört auch die Bereitschaft, Studien aus den verschiedensten Sektoren (Schulmedizin, Komplementärmedizin, Pflegewissenschaft, Sozialmedizin und Sozialwissenschaft usw.) zu beurteilen.

Dass sich die verschiedenen Ethikkommissionen in ihren Entscheiden unterschiedlicher Terminologie bedienen, hat wiederholt zu Diskussionen Anlass gegeben, ist aber wohl von geringerer Tragweite, als die Tatsache, dass die Entscheide verschiedener Ethikkommissionen oft nicht nur in Nuancen, sondern gelegentlich diametral von einander abweichen: was die eine EK mehr oder weniger kommentarlos gutheisst, wird von andern in Bausch und Bogen abgelehnt. Derartige Diskrepanzen schaden der Glaubwürdigkeit und Bewertung der Arbeit der Ethikkommissionen. Wie weit die im neuen Heilmittelgesetz vorgesehene Neuregelung der ethischen Beurteilung multizentrischer Studien mit der multiplen Beurteilung, den daraus resultierenden Kosten und Verzögerungen auch die manifesten Diskrepanzen zu eliminieren vermag, bleibt abzuwarten.

Die Entscheide der EKs sind nicht das Ergebnis eines Schnellverfahrens, sondern das Resultat vertiefter Diskussion. Es kommt nicht von ungefähr, dass massgebliche Reglemente und Kommentare verlangen, dass diese Entscheide wenn immer möglich auf der Basis eines Konsens (und nur im Ausnahmefall durch Abstimmung) zustande kommen sollten. Diese Zielsetzung bedingt Zeit und eine sorgfältige Auswahl der Mitglieder einer EK, nicht nur nach Geschlecht, Alter, Fachkenntnis, Betätigung auf medizinischem, nicht-medizinischem, wissenschaftlichem, ethischem, juristischem oder sozialem Gebiet usw., sondern auch nach ihrer Konsensfähigkeit und ihrem Vermögen, zuzuhören und den eigenen «bias» als solchen zu erkennen.

Verzögerungen, Revision und Ablehnung

Auch wenn Zweifel am Studiendesign zahlenmässig die Gründe für Revision oder Ablehnung anführen, kommt den Schwächen, Fehlern, Auslassungen, sprachlichen Unzulänglichkeiten und Verständnisproblemen der Patientinformationen und Einverständniserklärung für die EK grösste Bedeutung zu. Es ist nicht zu verkennen, dass kaum je eine einzelne Schwachstelle allein zu Revisionen oder gar Ablehnung führt. Vielmehr geht es oft um eine Vielzahl von Einwänden, die gelegentlich zu eigentlichen Mängellisten führen.

Die Analyse der Tätigkeit der UREK zeigt, dass (selbst bei einer 2-monatigen Sitzungskadenz!) die Überarbeitung durch die Studienverantwortlichen mehr Zeit beansprucht als die Beurteilung durch die Ethikkommission. Auch wird klar, dass die von allen nationalen und internationalen Richtlinien für EK geforderte Bearbeitungszeit von «höchstens 30 Tagen» im Idealfall eingehalten werden kann, dass aber dieser Idealfall – einwandfreie Submission, einwandfreie Unterlagen und ein einwandfreies Projektvorhaben – Seltenheitswert hat.

Follow-up: Zwischenberichte und Amendments

In Übereinstimmung mit allen internationalen Richtlinien hält das Reglement der IKS fest, dass der Prüfer die EK regelmässig, jedoch mindestens einmal pro Jahr über den Verlauf des Versuchs zu informieren hat. Diese Forderung erfährt im Alltag von Seiten der Studienverantwortlichen (und der Ethikkommissionen?) mehrheitlich ungenügende Beachtung, wie das andernorts schon festgestellt wurde. Es bleibt Aufgabe der Ethikkommissionen, auf der geltenden Regelung zu insistieren.

IKS-Reglement und Verordnung des Bundesrats über klinische Versuche mit Heilmitteln definieren in Übereinstimmung mit internationalen Reglementen die Pflicht und Kompetenz der EK, im Falle von neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen, bei Auftreten schwerer unerwünschter Ereignisse oder bei Änderungen des Versuchsplans die laufende Studie zu unterbrechen oder das Projektvorhaben neu zu beurteilen.

Die 39 Amendments und 20 Zwischenberichte, die zu den abgeschlossenen und noch laufenden Studien eingegangen sind, dokumentieren einerseits, dass die Forderung den Studienverantwortlichen bekannt ist. Es ist indessen unverkennbar, dass die eingegangenen Meldungen fast ausschliesslich grosse, multizentrische Studien betreffen. In den anderen Bereichen ist ein klarer Nachholbedarf gegeben.

Verschiedene Beobachtungen legen den Verdacht nahe, dass die Ethikkommissionen auf Zwischenberichte und «adverse events» ungleich reagieren. Ein Beispiel: Die Studienverantwortlichen melden im Rahmen eines Zwischenberichtes das Auftreten eines schweren epileptiformen Krampfanfalls bei einem Jugendlichen unter einem Studienmedikament, das bei parenteraler Verabreichung anerkannterweise Krampfanfälle auslösen kann. Eine EK verlangt – anscheinend als einzige von über 100 beteiligten Kommissionen! – die Aufnahme einer bekannten Epilepsie unter die Ausschlusskriterien und ein entsprechendes Amendment der Studie. Wer irrt?

Abschlussbericht und Publikation

Das Reglement der IKS nennt «die Erstellung eines vollständigen Abschlussberichtes über den Versuch» (mit allen erforderlichen Details) unter den Verantwortlichkeiten des Sponsors.

Nicht nur die 28 bis heute nachrichtenlosen Studien, sondern auch die trotz Rückfrage ausbleibenden 22 Abschlussberichte von 52 abgeschlossenen Studien lassen erkennen, dass diese Forderung bestenfalls suboptimal befolgt wird – als ob mit Abschluss der Probanden- resp. Patientenrekrutierung alle Verpflichtungen gegenüber IKS, EK, den Patienten und Probanden und der Öffentlichkeit erfüllt wären.

«Der eigentliche erfolgreiche Abschluss einer Studie ist die *Publikation*» – oder zumindest die öffentliche Zugänglichmachung der Resultate. Als Hauptargument für diese Forderung gilt allgemein neben dem Qualitätsbeweis die Elimination des sogenannten «Publikationsbias», welcher Evidence-based Medicine in einem unbekanntem Ausmass verfälscht. Mindestens ebenso wichtig ist für die Ethikkommission der Umstand, dass die Beteiligung an einer klinischen Studie für Probanden und Patienten in den meisten Fällen Unannehmlichkeiten, Einschränkungen oder gar Risiken bedeutet, und dass ihre Bereitschaft mit dem Hinweis auf (mögliche) persönliche Vorteile, wissenschaftliche Erkenntnisse und Vorteile für künftige betroffene Patienten gewonnen wird. Wird eine klinische Studie nicht publiziert, so wird dieser moralische «Vertrag» von seiten der Studienverantwortlichen nicht erfüllt.

Allerdings: Auch wenn eine Publikation in einer Peer-review-Fachzeitschrift der abgelaufenen Studie Qualität attestiert, hilft dieses retrospektive Urteil wenig bei der Beurteilung eines Projektvorhabens. Die Ethikkommission muss in der Lage sein, als *Peer-reviewer* die ihr vorgelegten Projekte auch auf ihre wissenschaftliche Qualität zu prüfen – eine schwierige und verantwortungsvolle Aufgabe, wie die Zwischenfälle der vergangenen Monate zeigen.

In der vorliegenden Analyse führten 19 von den 52 abgeschlossenen Studien zu mehrheitlich ausgezeichneten und gewichtigen Publikationen in renommierten Zeitschriften.

Dennoch bleiben Zweifel am wissenschaftlichen Wert eines Teils der beurteilten Studien – und damit auch eine Bestätigung des Eindrucks, dass einer Mehrzahl der Phase-IV-Studien bis anhin mehr Marketing- als wissenschaftliches Interesse zukommt. Die Neuregelung der Studienabgrenzung durch die IKS dürfte die Qualität der eigentlichen Phase-IV-Studien verbessern. Für diejenigen «anderer Formen besonderer Heilmittelanwendungen», die im allgemeinen schwächsten aller Studien, sollte indessen nicht auf eine Beurteilung der ethischen Vertretbarkeit verzichtet werden.

Verantwortung und Verantwortlichkeit der Ethikkommissionen

Die Verantwortung der Ethikkommissionen ist durch die letzten Zwischenfälle im Rahmen klinischer Studien in den USA ins Rampenlicht geraten. EKS geniessen nicht länger die ungeteilte Sympathie der Patienten und Probanden, die sie beschützen und jene der Forscher, denen sie «den Rücken stärken» sollten. EKS teilen mit den klinischen Forschern die Verantwortung für das, was in den klinischen Studien geschieht. Als Angeklagte figurieren neuerdings in Schadenfällen nicht mehr nur die Studienverantwortlichen, sondern auch die Ethikkommissionen, und nicht nur die Ethikkommissionen, sondern jedes einzelne Mitglied der betroffenen EK. «Überarbeitete», «überforderte» und «personell unterdotierte EKS» sind im Ernstfall wohl nicht die besten Argumente.

Verdankung

Wir danken Frau H. Thomann vom Generalsekretariat der SAMW für ihre unverzichtbare Hilfe bei der Aufarbeitung der Projektvorhaben und dem ganzen Generalsekretariat für die jahrelange, wertvolle Unterstützung der Arbeiten der UREK.

Die folgenden Personen aus den verschiedensten Berufen haben der UREK als Freiwillige ihre Arbeitskraft, ihre Erfahrung und ihre Zeit gewidmet. Die SAMW ist ihnen dafür zu herzlichem Dank verpflichtet:

Theodor Abelin, Hermann Amstad, Ruth Baumann-Hölzle, Bernard Courvoisier, Pierre Dayer, Antoine de Torrenté, Henri Dufour, François Ferrero, Paul Frick, Justus Gelzer, Noël Genton, Max Giger, Agnes Glaus, Fritz Gnirss, Patrice Guex, Esther Hager, Walter Hitzig, Georg Hossli, Silvia Käppeli, Madeline Kummer, Bernhard Lauterburg, Margrit Leuthold, Dominique Manaï-Wehrli, Marina Mandofia, Anne-Catherine Martenet, Georg Martz, Alfredo Morabia, Alex F. Muller, Reto Obrist, Catherine Panchaud, Alfred Pletscher (Vorsitz 1992-96), Werner Pletscher, Walter Reinhard, Ingrid Reubi, Rudolf Ritz, Mario Rossetti, Bernard Rüedi, Brigitte Santos-Eggimann, Christian Sauter, Hansjürg Schaer, Daniel Scheidegger, Martin Schmid, Hans-Peter Schreiber, Gertrud Siegenthaler, André Spahr, Dominique Sprumont, Werner Stauffacher (Präsident SAMW), Günther Stratenwerth, Hugo Studer, Bruno Truniger (Vorsitz 1996-2001), Michel Vallotton, Ewald R. Weibel (Präsident SAMW), Brigitte Woggon, Albert Ziegler.

Cellules souches embryonnaires: agir sans tout permettre

Prof. Werner Stauffacher, Président ASSM

Dr Margrit Leuthold, Secrétaire générale ASSM

Il y a quelques années encore, seuls quelques initiés pouvaient se faire une idée sur les cellules souches embryonnaires humaines. En 1998 toutefois, avec la possibilité de cultiver ces cellules souches, cette situation changea très rapidement. Depuis, il ne se passe presque plus une journée sans que les médias n'abordent ce sujet: les nouvelles découvertes scientifiques parfois spectaculaires, les aspects éthiques, les espoirs et les craintes sont désormais aussi discutés dans les médias suisses. Egalement du côté politique, les choses ont bougé depuis la décision du Fonds National en septembre 2001, d'autoriser l'importation de cellules souches embryonnaires humaines à des fins de recherche. Ainsi, une «petite loi» réglementant la recherche sur les embryons humains et devant la loi actuellement en projet sur «la recherche sur l'être humain» sera soumise à consultation dès le début de l'été prochain.

Après d'intenses discussions et de nombreuses auditions d'experts, la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM a rédigé une prise de position. L'ASSM se déclare favorable à l'utilisation d'«embryons surnuméraires constitués lors de la fécondation in vitro», mais s'oppose fermement à la production d'embryons à des fins de recherche. De même, au stade actuel des connaissances scientifiques, elle exprime de vives réserves quant au «clonage thérapeutique».

Sa position favorable à la recherche sur les «embryons surnuméraires» repose avant tout sur le potentiel énorme de ces cellules. En effet, celles-ci permettraient, dans un avenir plus ou moins proche, de développer de nouvelles thérapies pour le traitement de maladies chroniques actuellement encore incurables. On ne peut toutefois pas encore évaluer dans quelle mesure ces espoirs pourront se réaliser, la recherche étant toujours à ses débuts; il faudra sans doute encore des années pour que les connaissances de base aboutissent au développement de thérapies efficaces.

Afin de ne pas compromettre la crédibilité de la recherche aux yeux de la société, l'ASSM met en garde contre des promesses de guérison utopiques. De plus, elle met tout en œuvre pour engager un dialogue ouvert et loyal sur les chances, mais aussi sur les risques et le dilemme éthique. Sa prise de position y contribuera de façon constructive.

Le prélèvement et l'usage des cellules souches humaines pour la recherche scientifique

Position de la Commission Centrale d'Éthique de l'ASSM

Les technologies de pointe qui de nos jours caractérisent la recherche médicale ne peuvent guère être développées et appliquées que dans les pays riches et, en conséquence, ne sont à la disposition que d'une fraction infime de l'humanité. La médecine reproductive, la transplantation et récemment l'usage scientifique de cellules souches à des fins thérapeutiques font, entre autres, partie de ces technologies médicales de pointe. Parallèlement, plus de 2,5 milliards d'êtres humains n'ont pas accès à une eau potable propre, ce qui génère de graves problèmes de santé et une mortalité élevée.

Ce décalage entre l'incapacité de satisfaire les besoins élémentaires de l'ensemble de la population mondiale et l'évolution onéreuse des technologies médicales n'est guère discuté alors que les questions d'éthique soulevées par les nouvelles possibilités techniques éveillent l'attention des masses. Si cependant, tel qu'il émerge des débats sur la recherche effectuée sur les cellules souches embryonnaires, l'on argumente avec le respect humain, l'on ne saurait ignorer que ledit respect revient de droit à la totalité de l'humanité. Pour certains membres de la Commission centrale d'éthique, la grande inégalité régnant dans la répartition globale des ressources médicales est un motif suffisant pour remettre fondamentalement en cause la légitimation éthique de l'usage scientifique des cellules souches.

De la nécessité d'éclaircissements éthiques

Les cellules souches sont porteuses de grands espoirs quant à de nouvelles thérapies susceptibles à l'avenir de traiter avec succès de nombreuses maladies actuellement incurables. Leur recherche scientifique recèle par exemple l'espoir de pouvoir remplacer les cellules cérébrales détruites par les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, de la thérapie de la sclérose en plaques, du renouvellement des cellules du myocarde détruites après infarctus, de celui des cellules osseuses en cas d'ostéoporose et vraisemblablement de la constitution d'organes complets pour la transplantation. On n'est actuellement guère en mesure d'évaluer ce qui appartient au domaine de l'utopie ou, au contraire, sera réalisable à l'avenir.

Sur le plan de l'éthique, les problèmes soulevés par la recherche sur les cellules souches embryonnaires est un domaine inexploré. Il s'agit ici de questions fondamentales sur la perception qualitative de la vie humaine et de sa défense. Étant donné la portée de ces questions et du fait des incertitudes quant à l'évaluation des nouvelles possibilités techniques, l'on ne peut que recommander une avance prudente et d'éviter les jugements prématurés. Et étant donné qu'il s'agit en plus de questions touchant l'ensemble de la société, un débat approfondi et largement ouvert au public s'impose. Néanmoins, l'ASSM et sa Commission centrale d'éthique (CCE) ne souhaitent ni anticiper ni éviter ce débat. S'appuyant sur les réflexions ci-après qui sont fondées sur l'éthique médicale, elles n'ont pas encore pris de position définitive. Leur objectif est cependant d'ouvrir le dialogue indispensable sur le sujet.

Les différentes catégories de cellules souches et les questions d'éthique relatives à leur prélèvement

Si l'on se base sur le mode de production, on distingue quatre catégories fondamentales de cellules souches:

- A. les cellules souches prélevées sur des organes ou des tissus adultes,
- B. les cellules souches provenant du sang de cordon ombilical,
- C. les cellules souches provenant de fœtus issus d'I.V.G.
- D. les cellules souches embryonnaires:
 - 1. provenant des «embryons surnuméraires» constitués lors de la fécondation in vitro dans le cadre du traitement de la stérilité
 - 2. provenant d'embryons produits à des fins scientifiques
 - par fécondation in vitro (interdite par la convention européenne de bioéthique)
 - par «clonage thérapeutique», c'est-à-dire par le transfert d'une cellule somatique dans un ovule infécondé (interdit en Suisse et dans de nombreux pays européens).

Chacunes de ces modes de prélèvement soulève des questions d'éthique spécifiques devant être discutées séparément. D'une part, elles recèlent la possibilité, dans un avenir proche ou lointain, de thérapies nouvelles susceptibles de soulager de nombreux maux; de l'autre, elles soulèvent la question fondamentale du respect et de la défense de la vie humaine.

A. Cellules souches adultes

Les cellules adultes – en particulier hématopoïétiques – sont déjà utilisées depuis longtemps et avec succès à des fins thérapeutiques.

La CCE est d'avis que, sur le plan de l'éthique, rien ne s'oppose au prélèvement et à l'usage de cellules adultes pour autant que les règles, également essentielles pour le don des tissus, soient respectées, à savoir

- le respect de l'intégrité corporelle du donneur;
- le consentement libre et éclairé de ce dernier;
- pas d'utilisation commerciale.

Les derniers résultats de la recherche scientifique démontrent que les cellules souches adultes recèlent un potentiel de différenciation et une plasticité nettement supérieure qu'admis jusqu'alors. Cependant, on ignore encore à ce jour dans quelle mesure il s'agit d'une transdifférenciation ou d'une différenciation définitive au sens d'une récupération de la faculté de pluripotentialité. Un autre facteur – important pour les experts – serait que le succès de la recherche sur les cellules adultes dépend de manière déterminante de la recherche sur les cellules souches embryonnaires. Vu sous cet aspect scientifique, le fait de limiter la recherche aux cellules adultes ne s'avérerait pas judicieuse.

Sur le plan de l'éthique, beaucoup d'éléments parlent en faveur de l'usage scientifique des cellules adultes et le fait que cette voie ne conduira pas avec certitude au but envisagé ne devrait pas s'opposer, de l'avis de l'ASSM, à la promouvoir dans toute la mesure possible.

B. Cellules souches provenant du sang du cordon ombilical

Les cellules souches provenant du sang du cordon ombilical sont classifiées dans la catégorie des cellules souches adultes, ceci bien que, selon les dernières constatations, on y relève également des tissus fœtaux. Du point de vue de l'ASSM, cette méthode ne soulève pas de problèmes éthiques dans la mesure où les conditions formulées pour les cellules souches adultes sont respectées. On n'oubliera cependant pas que, tant sur le plan de l'éthique que sur le plan juridique, des questions déterminantes restent ouvertes aussi bien pour le prélèvement que pour l'utilisation de ces cellules. L'un de ces problèmes réside dans la conservation en banque du sang issu du cordon ombilical. On dispose, d'une part, de la possibilité d'un entreposage privé – à titre exclusif pour les besoins personnels et moyennant contribution financière – et, de l'autre, de la mise en place de banques du sang publiques à la disposition de tous. Les femmes resp. les parents devraient être informés de ces deux possibilités.

Un autre problème soulevant des questions tant éthiques que juridiques est la question de la «propriété». À qui appartient le cordon ombilical et à qui revient le pouvoir de disposition? Ce point devra encore être défini.

C. Cellules souches provenant de fœtus issus d'I.V.G.

Les questions d'éthique soulevées par l'utilisation de cellules souches provenant de fœtus avortés sont étroitement liées à celles soulevées par l'interruption volontaire de grossesse débattues depuis longtemps déjà. La décision de procéder à une I.V.G. est généralement précédée d'un profond conflit personnel dramatique pour la femme concernée. L'usage du fœtus pour le prélèvement de cellules souches peut avoir pour conséquence que cette dernière soit à nouveau confrontée au destin physique du fœtus avorté. Toutefois ce problème surgissait déjà lors du prélèvement et de l'usage médical de tissus fœtaux. Dans ses directives médico-éthiques, l'ASSM exige le consentement écrit de la femme. Néanmoins, ce n'est qu'après sa décision définitive en faveur d'une interruption de grossesse qu'il est autorisé de lui demander son consentement en vue d'un éventuel usage scientifique et thérapeutique du tissu fœtal. Ces conditions doivent également être respectées pour le prélèvement et l'utilisation de cellules souches provenant de fœtus issus d'I.V.G.

La majorité des membres de la CCE considère le prélèvement et l'utilisation de cellules souches provenant de fœtus avortés comme admissible sur le plan de l'éthique du fait que, d'une part, il n'y a pas lieu dans ce cas particulier de prendre en considération le respect du caractère humain et que, de l'autre, le traitement espéré de la maladie est considéré comme un objectif éthique valable. Une minorité des membres de la CCE rejette la recherche sur les cellules souches issues de fœtus avortés. Ceux-ci s'opposent à la recherche sur les cellules souches embryonnaires et foetales en raison de considérations fondamentales exprimées en introduction.

D. Cellules souches embryonnaires

Les embryons sont porteurs des caractéristiques pouvant donner naissance à un être humain et, pour cette raison, constituent une entité étroitement connexe aux discussions sur le prélèvement de cellules souches.

1. Cellules souches provenant des embryons «surnuméraires» constitués par fécondation in vitro dans le cadre du traitement de la stérilité

Selon la législation sur la médecine reproductive, les embryons surnuméraires ne devraient en fait pas exister. En réalité et pour différentes raisons, des embryons «surnuméraires» ou «orphelins» sont constitués lors de la fécondation in vitro. Ceux-ci sont conservés sans projet d'implantation* défini.

La question à éclaircir sur le plan de l'éthique est celle de savoir si les embryons surnuméraires peuvent être utilisés pour le prélèvement de cellules souches. La Commission centrale d'éthique de l'ASSM dans sa majorité est d'avis que cela devrait être sérieusement envisagé. L'argument suivant plaide en faveur du prélèvement: le respect particulier dû à la vie humaine est fondé sur le fait qu'il s'agit de l'existence d'un être humain ou d'une existence de laquelle un être humain va naître ou le pourrait. Au stade des pre-

mières divisions cellulaires de l'embryon, alors que la gémellité est encore possible, il ne s'agit pas encore d'un être humain ou d'une personne. Dans le cas des embryons dits surnuméraires, les conditions externes font défaut pour pouvoir devenir une personne. À terme, ils n'ont aucune chance de survie. Du point de vue de l'éthique, en considérant cet état de fait et compte tenu de l'objectif visé du développement de thérapies nouvelles permettant le traitement de maladies jusqu'alors incurables, on peut assumer la mise des embryons à disposition de la recherche médicale. La commission est consciente du risque d'abus existant. La mise à disposition des embryons surnuméraires devrait être soumise à des réserves sévères. Elle devrait être dépendante du consentement éclairé de la femme et de l'homme qui en sont l'origine. Et l'on devrait s'assurer que des embryons ne sont pas produits in vitro pour le seul usage scientifique.

Par ailleurs, il va de soi que tant sur le plan de l'éthique que sur celui de l'intérêt scientifique, le projet devra être soumis aux autorisations d'une instance compétente.

Une minorité se déclare en faveur d'une interdiction générale de l'usage scientifique des embryons surnuméraires. Elle considère qu'une telle recherche froisse les intuitions fondamentales que nous attachons à la vie humaine et exclut son instrumentalisation quel qu'en soit le but.

Les opinions sur l'usage scientifique des embryons surnuméraires divergent quant à savoir si cet usage tombe sous une interdiction générale de l'instrumentalisation de la vie humaine en tant que telle ou parce qu'il touche la vie d'un être humain resp. d'une source possible de vie humaine. Dans le premier cas, l'usage scientifique des embryons surnuméraires devrait être interdit, ceci quels qu'en soient les objectifs thérapeutiques et les buts élevés recherchés. Dans le second cas, l'usage scientifique des embryons surnuméraires pour lesquels il n'existe pas de projet d'implantation défini devrait être possible.

Selon le point de vue de certains membres de la commission, le seul fait de l'existence des embryons surnuméraires soulève des questions d'éthique critiques liées à la pratique de la fécondation in vitro.

2. Cellules souches provenant d'embryons produits à usage scientifique par

- *fécondation in vitro* (interdiction par la convention bioéthique européenne)
- *transfert d'une cellule somatique dans un ovule infécondé (clonage dit thérapeutique)* (interdit en Suisse et dans de nombreux pays européens).

Comme précisé ci-dessus, la vie humaine ne bénéficie pas d'un statut particulier en tant que telle mais parce qu'elle est l'existence d'une personne resp. la vie dans un organisme source d'un être humain ou pouvant le devenir. La vie humaine doit donc être défendue par la volonté de l'homme dont c'est l'existence ou qui en résulte. Ceci en est l'intuition maîtresse: nous percevons dans l'embryon humain la personne qui y réside et, selon cette perception, cette personne doit vivre. Et c'est là que se dresse la barrière entendant empêcher la production d'embryons resp. de cellules totipotentes à l'usage

de la science, ceci parce que nous produisons ainsi et détournons de son but ce qui devrait conduire à une existence humaine. Cela est valable tant pour la fécondation *in vitro* à usage scientifique que pour le clonage. Les embryons en surnombre qui, du fait des circonstances, n'ont aucune chance de devenir des personnes et dont la seule perspective est d'être détruits doivent être considérés différemment.

Fécondation in vitro

La production d'embryons par fécondation *in vitro* à l'usage exclusif de la science est rejetée unanimement pour les motifs précisés ci-dessus.

Clonage thérapeutique

La majorité des membres de la commission exprime de vives réserves quant au prélèvement et à l'usage de cellules embryonnaires souches produites par «clonage thérapeutique». Certains membres considèrent néanmoins cette pratique comme acceptable sur le plan de l'éthique. Une partie de la commission n'a pas encore pris de position définitive.

Les réserves formulées se fondent en premier lieu sur le fait que ce qui est produit par clonage ne bénéficie pas encore d'un statut défini. La cellule résultant de la fusion d'un ovule et d'une cellule somatique n'est pas un embryon dans l'acception conventionnelle. Il s'agit d'une «construction» artificielle réunissant le cytoplasme d'un oocyte avec le noyau d'une cellule somatique. La question à éclaircir est si sur le plan de l'éthique elle peut être assimilée à un embryon. Dans l'affirmative, les mêmes réserves pourront être présentées contre le clonage thérapeutique que contre la production par fécondation *in vitro* à usage scientifique. Tant que cette question demeurera sans réponse, le clonage thérapeutique ne devrait pas être autorisé.

Une autre réserve est formulée du fait qu'à longue échéance l'autorisation du clonage thérapeutique ouvrirait la voie au clonage reproductif (*slippery slope*). De l'avis de certains membres de la commission, ceci pourrait, après la fécondation *in vitro*, être la prochaine étape en direction d'un accaparement toujours accru de la vie naissante.

Une dernière réserve enfin concerne le fait que dans l'application de la technique du clonage thérapeutique les ovules fécondés par stimulation hormonale doivent être prélevés chirurgiquement de la femme. On peut y voir le danger d'une instrumentalisation de la femme devant pour cela se mettre à disposition.

Importation de cellules embryonnaires étrangères

L'importation de cellules souches à usage scientifique en provenance de pays autorisant légalement le prélèvement d'embryons surnuméraires appelle des éclaircissements urgents. Il est nécessaire d'émettre des réserves contre de telles importations aussi longtemps que la Suisse considérera une telle production comme douteuse sur le plan éthique et qu'elle sera légalement inter-

dite. Ou bien, le prélèvement de cellules souches à usage scientifique doit être rejeté; leur importation et leur utilisation doivent alors rester interdites. Ou alors, on est susceptible de l'assumer et les lois fédérales doivent être modifiées en conséquence.

Remarques finales

En Suisse, la discussion relative à la légitimité de la recherche sur les cellules souches n'en est qu'à ses débuts. De plus, les résultats récents des recherches sont publiés quotidiennement. Il est possible que les découvertes futures placent certains des arguments susmentionnés sous un jour nouveau. Une prise de position définitive serait de ce fait prématurée.

La législation en vigueur en Suisse règle la production et l'utilisation des cellules souches d'une façon fort restrictive. Ces dispositions légales devront être réexaminées et, le cas échéant, révisées quant à leur légitimité au vu de l'opinion publique et également quant à leur fongibilité morale (importation de produits dont la production est interdite en Suisse) de même que quant aux conséquences prévisibles (tourisme médical). Par ailleurs, la discussion concernant l'importation de cellules souches embryonnaires soulève des problèmes éthiques touchant particulièrement la communauté scientifique:

Il existe, d'une part, des différences nationales dans l'approche éthique et juridique de la question alors que, d'autre part, la recherche scientifique est par sa nature même internationale et transfrontalière. Du fait de ces contradictions, les chercheurs sont enfermés dans un difficile dilemme qui devrait également être intégré dans les réflexions touchant l'éthique.

La présente prise de position de l'ASSM est basée sur le stade actuel des connaissances. L'ASSM espère ainsi aider le public à se former une opinion et considère le présent document comme un premier pas dans ce sens.

* En Suisse, seuls les embryons «surnuméraires» au stade germinal, c'est-à-dire avant la fusion des cellules mâles et femelles, peuvent être congelés.