

'09

Jahresbericht
Rapport annuel
Rapporto annuale
Annual report



SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

'09

**Jahresbericht
Rapport annuel
Rapporto annuale
Annual report**

Herausgeberin

Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel
T + 41 61 269 9030
mail@samw.ch
www.samw.ch

Abbildungen / Bildnachweis

Photographien zur Verfügung gestellt von
Prof. Ewald Weibel, Bern,
ehem. SAMW-Präsident (1997 – 2000)

Titelbild: FotoGrafikZentrum Inselspital Bern

Gestaltung

vista point, Basel

Druck

Schwabe AG, Basel/Muttenz

Auflage

1900 Ex.

ISSN 1016-1562

© SAMW/ASSM 2010



Die SAMW ist Mitglied der Akademien
der Wissenschaften Schweiz

L'ASSM est membre des
Académies suisses des sciences

Die Akademien der Wissenschaften Schweiz vernetzen die Wissenschaften regional, national und international. Sie engagieren sich insbesondere in den Bereichen Früherkennung und Ethik und setzen sich ein für den Dialog zwischen Wissenschaft und Gesellschaft. www.akademien-schweiz.ch

Les Académies suisses des sciences mettent les sciences en réseau à l'échelon régional, national et international. Elles s'engagent principalement pour la reconnaissance précoce, l'éthique et le dialogue entre science et société. www.academies-suisses.ch

Tätigkeitsbericht

Rapport d'activités

Rapport du Président	9
Bericht des Präsidenten	11
Die SAMW im Jahre 2009 <i>L'ASSM en 2009</i>	13
Gremien Organes	
Senat und Vorstand <i>Sénat et Comité de direction</i>	16
Nominationskommission <i>Commission de nomination</i>	21
Medizinische Wissenschaft und Praxis Science et pratique médicales	
Expertenkommission des Nationalen MD-PhD-Programms <i>Commission d'experts du programme national MD-PhD</i>	23
Vergabungen aus dem SAMW-Fonds <i>Allocations des fonds de l'ASSM</i>	25
Kommission «Forschung und Entwicklung in angewandter Medizin» <i>Commission «Recherche et réalisation en médecine appliquée» (RRMA)</i>	27
Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien (SSMBS) <i>Fondation Suisse pour les Bourses en Médecine et Biologie (FSBMB)</i>	29
Jubiläumsstiftung der Schweizerischen Lebensversicherungs- und Rentenanstalt für Volksgesundheit und medizinische Forschung	32
Begutachtungskommission für den Robert-Bing-Preis <i>Commission d'évaluation pour le Prix Robert Bing</i>	34
Begutachtungskommission für den T.-Ott-Fonds und den A+D-Fonds <i>Commission d'évaluation pour le Fonds T. Ott et le Fonds A+D</i>	35
Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds <i>Fonds Käthe-Zingg-Schwichtenberg</i>	37

Medizin und Gesellschaft

Médecine et Société

Zentrale Ethikkommission (ZEK)	39
<i>Commission Centrale d'Éthique (CCE)</i>	44

Arbeitsgruppe «Wissenschaftliche Integrität der akademien-schweiz»	
<i>Groupe de travail «Intégrité scientifique des académies-suisse»</i>	48

Beratende Kommission für die Umsetzung der Richtlinien «Zusammenarbeit Ärzteschaft–Industrie»	
<i>Commission consultative pour la mise en pratique des directives «Collaboration corps médical–industrie»</i>	50

Ethik-Kommission für Tierversuche	
<i>Commission d'éthique pour l'expérimentation animale</i>	53

Kommission der Biomedizinischen Bibliotheken	
<i>Commission des bibliothèques biomédicales</i>	54

Kommission Weiterbildung zum Laborleiter	
<i>Commission de formation postgraduée pour chefs de laboratoires</i>	56

Fluor- und Jodkommission	
<i>Commission fluor et iode</i>	57

Medienpreis «Prix Média»	
<i>Prix médiatique «Prix Média»</i>	59

Jahresrechnungen und Budget

Comptes annuels et budget

Bericht zur Jahresrechnung 2009	
<i>Rapport concernant le compte annuel 2009</i>	62

Jahresrechnungen 2009	
<i>Comptes annuels 2009</i>	70

Budget 2010	
<i>Budget 2010</i>	92

Donatoren	
<i>Donateurs</i>	94

Stellungnahmen zuhanden Eidgenössischer Instanzen	
<i>Prises de position à l'attention des autorités fédérales</i>	94

Publikationen und Mitteilungen	
<i>Publications et communiqués</i>	95

Kaleidoskop

Kaléidoscope

Wie Kleider auf der Haut

Kommentar von Dr. med. Bruno Kissling, Bern, zur Medienmitteilung der SAMW vom 3. Juni 2009

«SAMW fordert mehr Gewicht für die Wissenschaft als Medizin»

99

Collaboration médecins – industrie: un mal nécessaire?

Article de Dr iur. Odile Pelet, Lausanne, paru dans Jusletter 17, août 2009, et dans «Conflits d'intérêts dans le système de santé: 15^e Journée de droit de la santé», Neuchâtel, 2009, p. 173–204

102

Medizin in Zeiten knapper Ressourcen

Referat von Prof. Otfried Höffe, Präsident der Nationalen Ethikkommission (NEK), anlässlich der Preisfeier für die Aufnahme neuer Mitglieder in den SAMW-Senat am 26. November 2009 in Basel

117

Quelques réflexions sociologiques sur l'évolution de la profession médicale

Article du Dr Magdalena Rosende, Bureau de l'égalité, Université de Lausanne, dans le bulletin de l'ASSH 2/2009

126

Die Sozialwissenschaften und die Medizin: Eine ergiebige Zusammenarbeit

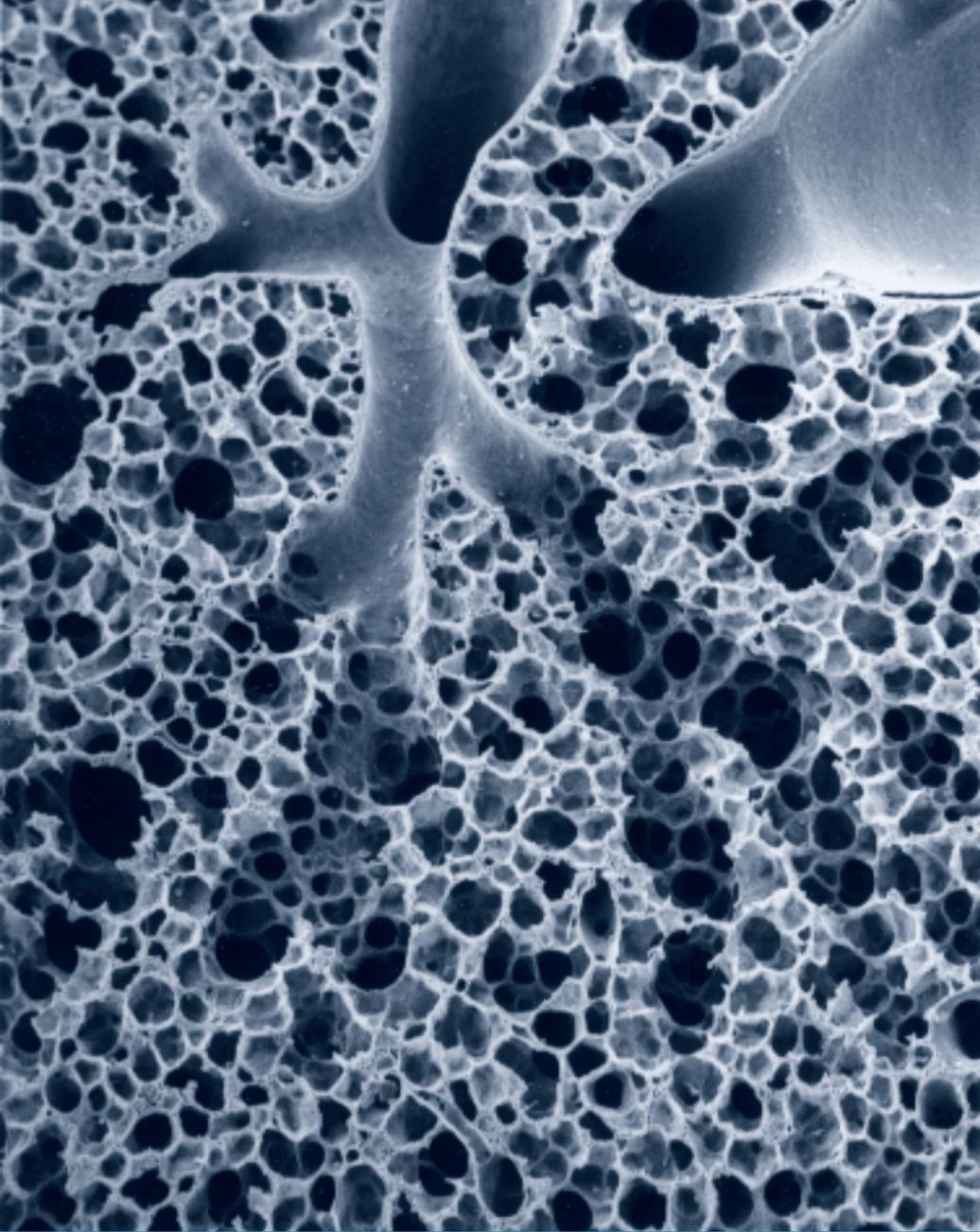
Artikel von Dr. Julie Page und Prof. Peter C. Meyer, Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, im SAGW-Bulletin 2/2009

129

Welche Erwartungen hat die Medizin an die Geistes- und Sozialwissenschaften?

Artikel von Prof. Dr. Joachim Küchenhoff, Chefarzt Kantonale Psychiatrische Klinik, Liestal, im SAGW-Bulletin 2/2009

131



Tätigkeitsbericht
Rapport d'activités

Rapport du Président



Peter M. Suter

Depuis quelques années, notre Académie s'efforce de sensibiliser les acteurs du système de santé, la population et les politiciens au manque de relève de plus en plus évident dans les professions médicales. L'ASSM a poursuivi ses réflexions à ce sujet au courant de l'année passée. Et c'est avec satisfaction qu'elle constate d'ores et déjà une nette évolution dans la perception de ce problème par l'opinion publique. Il n'est plus seulement question d'un problème de répartition entre milieu urbain et mi-

lieu rural ou d'un moyen de réduire les coûts, mais d'une réalité inquiétante qu'il s'agit de prendre au sérieux.

Le déficit s'accroît rapidement; selon les statistiques de la FMH, en 2009, 45% de tous les postes d'assistants dans les hôpitaux suisses étaient occupés par des médecins étrangers – 72% au Tessin et 47% en Suisse alémanique. Parmi les disciplines les plus touchées, on compte la psychiatrie (64% de tous les médecins assistants viennent d'autres pays), l'orthopédie (59%) et la gynécologie (54%). Fort heureusement, les facultés de médecine ont réagi à ce phénomène en augmentant le nombre de places d'études; le canton et l'université de Fribourg ont fait preuve de courage en élargissant leur offre à une troisième année d'études – donc au bachelor – et, au Tessin, la création d'un master en médecine est déjà en cours. Nous sommes tout à fait conscients que ce n'est pas en augmentant ainsi le nombre de nouveaux médecins suisses diplômés qu'il sera possible de compenser le recrutement de plusieurs centaines de médecins étrangers par an. Cependant, il nous semble important que notre pays participe autant que possible aux efforts déployés pour pourvoir les postes actuellement vacants dans les cabinets médicaux et les hôpitaux.

Dans un domaine voisin, notre Académie s'est également concentrée sur la recherche et la définition de nouveaux profils pour le système de santé de demain. A cet égard, la motivation et la formation pré- et postgraduée des futurs médecins de premier recours représentent certainement une priorité. Il s'agit là – aussi bien pour notre pays que pour les autres pays européens – d'un thème sensible aux facettes multiples. Dans le cadre d'un forum, organisé par l'ASSM et le Conseil suisse de la science et de la technologie, les principaux éléments à considérer ont été récapitulés. Parmi eux, on compte notamment les contenus des formations pré- et postgraduées et les conditions financières de l'exercice de la profession, mais également les critères d'admission aux études, la nécessité de proposer des bons modèles dans les phases de formation pré- et postgraduée ainsi que des nouvelles offres pour l'exercice de la profession et, plus en amont, l'information précoce et la motivation des lycéens. A tout cela s'ajoutent les souhaits et les attentes

des actuels étudiants et des médecins en formation postgraduée ainsi que les exigences de la population, dont il faut tenir compte de nos jours. Afin de permettre notamment aux femmes médecins d'exercer leur activité pendant une durée prolongée, des emplois à temps partiel et des modes d'activité plus flexibles doivent être proposés.

2009 a ouvert des horizons nouveaux et prometteurs aux thèmes abordés ci-dessus. Les Académies suisses des sciences ont élaboré et présenté dans un livre blanc des thèses relatives à l'évolution à long terme des systèmes de formation. Ce livre blanc précise que ce n'est pas uniquement dans le système de la santé, mais également dans de nombreux autres domaines que la dépendance aux académies et cadres étrangers a tendance à s'intensifier de plus en plus. Tout en reconnaissant la qualité du système dual de formation et de la formation professionnelle, il ne faut pas oublier que notre système ne fonctionne que grâce au recrutement de 30 000 personnes par an, venant d'autres pays et ayant une formation majoritairement tertiaire. On est alors en droit de se demander de quelle façon le système de formation devra être structuré à l'avenir, pour disposer dans 20 ans des femmes et hommes hautement qualifiés et motivés dont ont besoin notre société et notre économie. Le livre blanc avec ses thèses relatives à «Une éducation pour la Suisse du futur», publié par les Académies suisses des sciences, a eu un écho retentissant dans les médias et les milieux politiques – une bonne raison de poursuivre mais également d'affiner ce projet en 2010.

Par ailleurs, l'ASSM a confirmé en 2009 son traditionnel soutien à la «Médecine comme science» en publiant une prise de position, dans laquelle elle souligne que le lien entre la pratique médicale et ses bases scientifiques est indispensable non seulement à la formation des médecins, mais également à l'activité clinique en relation avec la recherche ainsi qu'au traitement des patients fondé sur les preuves. Avec ce document, l'ASSM espère inciter à la réflexion au sujet des bases essentielles, mais également sensibiliser aux déficits existants. Elle y fait des propositions pour améliorer la prise en charge médicale des patients grâce à un soutien engagé de la recherche clinique; mais, pour atteindre ce but, des modifications structurelles dans les directions des cliniques académiques sont également discutées.

Ces prochaines années, l'ASSM continuera à se pencher sur les thèmes brièvement évoqués ci-dessus, tout en accordant une attention particulière à la discussion sur la nouvelle loi relative à la recherche sur l'être humain; et pour cela nous comptons sur votre soutien. Notre pays a besoin de garde-fous efficaces pour ses activités de recherche, afin que celles-ci permettent une pratique pertinente et optimale de la médecine, pour jeunes et moins jeunes, au nord comme au sud.

Bericht des Präsidenten



Peter M. Suter

Seit einigen Jahren bemüht sich unsere Akademie, die Partner im Gesundheitswesen, die Bevölkerung und die Politik für den immer deutlich werdenden Nachwuchsmangel in den Medizinalberufen zu sensibilisieren. Wie die nachstehende Aufstellung der Aktivitäten der SAMW zeigt, wurde diese Thematik auch im vergangenen Jahr weiter bearbeitet. Erfreulicherweise zeichnet sich nun auch ein markanter Wandel in der öffentlichen Wahrnehmung dieser Problematik ab: Es ist nicht mehr nur von einem

«Verteilungsproblem» zwischen Stadt und Land oder von einem Mittel zur Kostenbremse die Rede, sondern von einem schmerzhaften und ernst zu nehmenden Zustand.

Das Defizit vergrössert sich rasch – 2009 waren nach den Statistiken der FMH 45 % aller Assistentenstellen in Schweizer Spitälern von ausländischen Ärzten besetzt – im Tessin waren es 72 %, in der Deutschschweiz 47 %. Besonders betroffen sind Fächer wie Psychiatrie (64 % aller Assistenzärzte kommen aus anderen Ländern), Orthopädie (59 %) und Gynäkologie (54 %). Zum Glück haben die Medizinischen Fakultäten darauf mit einer signifikanten Erhöhung der Studienplätze reagiert, der Kanton und die Universität Freiburg haben Mut gezeigt und die Einführung eines dritten Studienjahres in der Medizin und damit des Bachelors beschlossen, und im Tessin gehen die Planungsarbeiten zur Schaffung eines Masters in Medizin voran. Dass die dadurch bewirkte erhöhte Zahl der neu diplomierten Schweizer Ärzte bei weitem nicht ausreicht, die Rekrutierung von jährlich mehreren hundert Medizinern aus dem Ausland zu kompensieren, wissen wir natürlich. Es scheint uns aber wichtig, dass unser Land das Seine dazu beiträgt, möglichst viele der heute offenen Stellen in den Arztpraxen wie auch in den Spitälern zu besetzen.

In einem verwandten Gebiet wurden die Anstrengungen unserer Akademie ebenfalls weitergeführt, nämlich bei der Suche nach und Definierung von geeigneten neuen Berufsprofilen für das Gesundheitssystem von morgen. Dies betrifft sicher zuerst die Motivierung, Aus- und Weiterbildung der Grundversorger der Zukunft. Nicht nur bei uns ist dies ein sensibles und facettenreiches Thema, sondern in allen europäischen Ländern. Zusammen mit dem Schweizerischen Wissenschafts- und Technologie-Rat hat die SAMW in einer Tagung die Elemente zusammengetragen, welche zu berücksichtigen sind. Es hat sich gezeigt, dass nicht nur die Inhalte von Aus- und Weiterbildung sowie die finanziellen Bedingungen der Berufsausübung wichtig sind, sondern auch eine frühzeitige Information und Motivierung von Gymnasiasten, relevante Eintrittskriterien für das Studium, gute Rollen-Modelle in Aus- und Weiterbildungsphasen sowie das Angebot von neuen Praxis- und

Arbeitsformen. Zudem sind die Wünsche und Vorstellungen der heutigen StudentInnen und der ÄrztInnen in Weiterbildung sowie die Ansprüche der Bevölkerung stärker zu berücksichtigen. Nicht nur Teilzeitaktivitäten, auch flexiblere Beschäftigungsmodi im allgemeinen müssen für jede Karrierephase möglich sein, um besonders Ärztinnen für eine längere Berufsausübung zu gewinnen.

Das Jahr 2009 hat zum obigen Thema eine interessante Horizonterweiterung gebracht. Die Akademien der Wissenschaften Schweiz haben in einem Weissbuch Thesen zur längerfristigen Entwicklung des Bildungssystems erarbeitet und vorgestellt. Dieses Weissbuch hielt fest, dass nicht nur im Gesundheitssystem, sondern auch in vielen anderen Bereichen eine immer stärker werdende Abhängigkeit von ausländischen Kadern und Akademikern festzustellen ist. Bei aller Anerkennung der Qualität des dualen Bildungssystems und der praktischen Berufslehre darf nicht übersehen werden, dass unser System nur dank der Rekrutierung von jährlich 30 000 Personen mit einer vorwiegend tertiären Bildung aus anderen Ländern funktioniert. Die Frage muss deshalb erlaubt sein, wie das Bildungssystem in Zukunft ausgestattet sein muss, damit die von der Gesellschaft und der Wirtschaft in 20 Jahren benötigten hochqualifizierten und hochmotivierten Frauen und Männer zur Verfügung stehen. Das Weissbuch und die Thesen zur «Zukunft Bildung Schweiz» der Akademien der Wissenschaften hat ein enormes Echo in den Medien und der Politik ausgelöst – ein guter Grund, dieses Projekt im Jahr 2010 nicht nur weiterzuführen, sondern auch zu verbessern.

Ausserdem hat die SAMW im letzten Jahr ihre traditionelle Unterstützung der «Medizin als Wissenschaft» durch die Publikation eines Positionspapiers betont. Darin wird festgehalten, dass die Verbindung zwischen medizinischer Praxis und der wissenschaftlichen Basis für die Ausbildung zum Arzt, aber auch für die klinische Arbeit und ihren Bezug zur Forschung und der Evidenz-basierten Behandlung des Patienten unverzichtbar ist. Das Dokument möchte Anstoss sein zur Besinnung auf wesentliche Grundlagen, soll aber auch für bestehende Defizite sensibilisieren. Es werden Vorschläge gemacht zur Verbesserung der medizinischen Betreuung der Patienten durch eine engagierte Unterstützung der klinischen Forschung; zur Erreichung dieses Zieles werden aber auch strukturelle Veränderungen in der Leitung von akademischen Kliniken diskutiert.

Diese hier kurz erwähnten, im Jahre 2009 vertieft bearbeiteten Themen werden die SAMW auch in den nächsten Jahren beschäftigen. Dabei wollen wir im besonderen der Diskussion um das neue Gesetz zur Forschung am Menschen eine intensive Begleitung widmen, und wir zählen auf Ihre Unterstützung. Unser Land braucht gute Leitplanken für die Forschung, damit diese weiterhin zu einer sinnvollen, optimalen Medizin für Jung und Alt, in Nord und Süd, beitragen kann.

Die SAMW im Jahre 2009

Januar

- Treffen der Repräsentanten von Institutionen im Bereich «Klinische Versuche» in Bern (Hauptthema: Ausbildung von Prüfarzten und EK-Mitgliedern)
- Prof. Christian Kind, St. Gallen, neuer Präsident der Zentralen Ethikkommission
- Einsetzung einer Subkommission «Klinische Ethikberatung»
- Prof. Suter neuer Präsident der Akademien der Wissenschaften Schweiz

Februar

- Séance de réflexion: «Präimplantationsdiagnostik»

März

- Auflösung AG KoBeK
- SAMW mit neuem Webauftritt

April

- Unterstützung von Forschungsprojekten im Bereich der Medizinischen Grundversorgung in der Gesamthöhe von Fr. 95 000.–

Mai

- Wahl von Prof. Max Burger, Basel, zum Ehrenmitglied; Prof. Anne-Françoise Allaz, Genf, Prof. Nikola Biller-Andorno, Zürich, Prof. Jean-Pierre Montani, Fribourg, Prof. Pascal Nicod, Lausanne, Prof. Jürg Tschopp, Lausanne, zu Einzelmitgliedern der SAMW
- Definitive Verabschiedung der Richtlinien «Patientenverfügungen»
- Definitive Verabschiedung der Empfehlungen «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität»
- «Tage der Genforschung»
- Stellungnahme der Ethikkommission für Tierversuche zu Interspezies-Mischwesen
- Expertendialog zur Umsetzung der Richtlinien «Biobanken»

Juni

- Tagung «Ökonomisierung der Medizin? – Die Einführung der DRGs an Schweizer Spitalern als ethische Herausforderung» organisiert zusammen mit der Nationalen Ethikkommission (NEK)
- Tagung «Zum Wandel der Berufe im Gesundheitswesen: Aussensichten und Innensichten» aus dem Projekt «Zukunft Medizin Schweiz», organisiert zusammen mit SAGW unter Akademien-Schweiz
- ALLEA –Treffen zum Thema «Wissenschaftliche Integrität»
- Positionspapier «Medizin als Wissenschaft»

Juli

- Personelle Wechsel im SAMW-Generalsekretariat

August

- Checkliste betreffend Vergabe von Credits für Fortbildungsveranstaltungen durch medizinische Fachgesellschaften

September

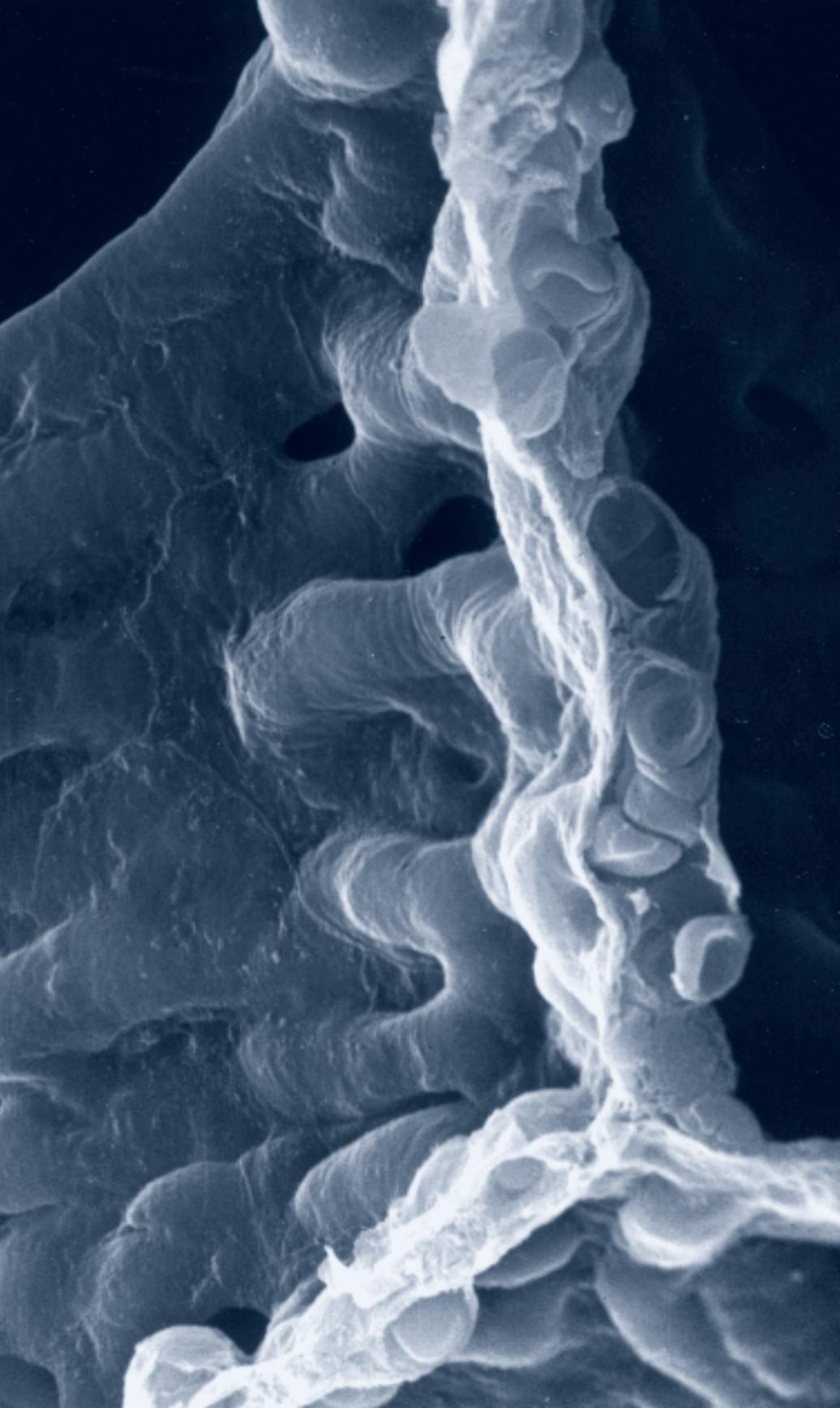
- Treffen des Vorstands mit politischen, administrativen und ärztlichen Vertretern des Gesundheitswesens der Kantone Wallis und Waadt im Rahmen seiner Klausursitzung in Glion s/Montreux
- Gründung der Swiss Clinical Trial Organisation
- Sitzung der Arbeitsgruppe «Leitlinien Politikberatung»
- Veröffentlichung «Zukunft Bildung Schweiz» durch die Akademien der Wissenschaften Schweiz
- Workshop «Medical Humanities» zum Thema «Psychiatrie»
- Veröffentlichung des Leitfadens «Forschung am Menschen»

Oktober

- «Wie sieht die medizinische Grundversorgung von morgen aus?», Tagung des SWTR mit SAMW und KfHM

November

- Unterstützung von Forschungsprojekten im Bereich Medizinische Grundversorgung in der Gesamthöhe von Fr. 105 000.–
- Verabschiedung eines neuen Leitbildes
- Tagung «Wie es Euch gefällt? Placebointerventionen im ärztlichen Alltag»
- 5. Prix-Média-Preisverleihung an Véronique Gaillard, Genf
- Robert-Bing-Preis 2010 an Matthew Larkum und Thomas Nyffeler
- Verabschiedung der revidierten Statuten



Gremien

Senat und Vorstand

Ehrenmitglieder

Prof. Bernard Courvoisier, Genf

† 13. 10. 2009

Prof. Jean Lindenmann, Zürich

Prof. Hans R. Marti, Aarau

† 29. 1. 2009

Prof. Konrad Akert, Zürich

Prof. Christian Brückner, Basel

Prof. Hans Fey, Bern

Prof. Verena Meyer, Zürich

Prof. Werner Arber, Basel

Prof. Walter Hitzig, Zürich

Prof. Giorgio Nosedà, Mendrisio

Prof. Bruno Truniger, Luzern

Prof. Jean Starobinski, Genf

Prof. Werner Straub, Frauenkappelen

Prof. Johannes Bircher, Meikirch

Prof. Rudolf Ritz, Basel

Prof. Emilio Bossi, Bern

Prof. Fritz Bühler, Basel

Prof. Heidi Diggelmann, Lausanne

Prof. Werner Ringli, Bern

Prof. Günter Stratenwerth, Basel

Prof. Ewald R. Weibel, Bern

Dr. Werner Bauer, Küsnacht

Prof. Jean-Charles Cerottini, Epalinges

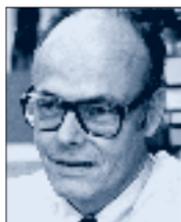
Prof. Werner Stauffacher, Basel

Prof. Michel Vallotton, Genf

Prof. Max M. Burger, Basel

ab 19. 5. 2009

Neue Ehren- und Einzelmitglieder



Prof. Max M. Burger
Basel



Prof. Nikola Biller-Andomo
Zürich



Prof. Pascal Nicod
Lausanne



Prof. Anne-Françoise Allaz
Genf



Prof. Jean-Pierre Montani
Fribourg



Prof. Jürg Tschopp
Lausanne

Einzelmitglieder

Prof. Rudolf Froesch, Zürich	Prof. Christian Gerber, Zürich
Prof. Ewald R. Weibel, Bern	Prof. Pierre Magistretti, Lausanne
Prof. Heidi Diggelmann, Epalinges	Prof. Ueli Schibler, Genf
Prof. Bernhard Hirt, Epalinges	Prof. Marcel Tanner, Basel
Prof. Bernard F. Mach, Genf	Prof. Ursula Ackermann-Lieblich, Basel
Prof. Harald Reuter, Bern	Prof. Silvia Arber, Basel
Prof. Michel R. Cuénod, Prilly-Lausanne	Prof. Sebastiano Martinoli, Lugano
Prof. Max Burger, Basel	Prof. Ulrich Sigwart, Genf
Prof. Lelio Orci, Genf	Prof. Martin Täuber, Bern
Prof. Charles Weissmann, Palm Beach, USA	Prof. Denis Duboule, Genf
Prof. Patrick Aebischer, Lausanne	Prof. Petra Hüppi, Genf
Prof. Michel P. Glauser, Lausanne	Prof. Karl-Heinz Krause, Genf
Prof. Rolf Zinkernagel, Zürich	Prof. Daniel Scheidegger, Basel
Prof. Marco Baggiolini, Lugano	Prof. Charles Bader, Genf
Prof. Jean Jacques Dreifuss, Genf	Prof. Matthias Egger, Bern
Prof. Fritz Melchers, Basel	Prof. Susan Gasser, Basel
Prof. Francis Waldvogel, Genf	Prof. Ruedi Lüthy, Muntelier und Harare
Prof. Thomas Zeltner, Bern	Prof. Alex Matter, Basel
Prof. Adriano Aguzzi, Zürich	Prof. Thierry Carrel, Bern
Prof. Peter Meier-Abt, Zürich	Prof. Pierre-Alain Clavien, Zürich
Prof. Bernard Rossier, Lausanne	Prof. Hedwig Kaiser, Basel
Prof. Gottfried Schatz, Basel	Prof. Christian Kind, St. Gallen
Prof. Susanne Suter, Genf	Prof. Walter Wahli, Lausanne
Prof. Dieter Bürgin, Basel	Prof. Sabina de Geest, Basel
Prof. Paul Kleihues, Zürich	Prof. Felix Frey, Bern
Prof. Urs Albert Meyer, Basel	Prof. Olivier Guillod, Neuchâtel
Prof. Isabel Roditi, Bern	Prof. Heini Murer, Zürich
Prof. Martin E. Schwab, Zürich	Prof. Jürg Schifferli, Basel
Prof. Jean-Dominique Vassalli, Genf	Prof. Alexandra Trkola, Zürich
Prof. Felix Harder, Basel	Prof. Anne-Françoise Allaz, Genf ab 19. 5. 2009
Prof. Hans-Rudolf Lüscher, Bern	Prof. Nikola Biller-Andorno, Zürich ab 19. 5. 2009
Prof. Alex Mauron, Genf	Prof. Jean-Pierre Montani, Fribourg ab 19. 5. 2009
Prof. Catherine Nissen-Druet, Basel	Prof. Pascal Nicod, Lausanne ab 19. 5. 2009
Prof. Claire-Anne Siegrist-Julliard, Genf	Prof. Jürg Tschopp, Lausanne ab 19. 5. 2009
Prof. Claes Wollheim, Genf	
Prof. Kurt Wüthrich, Wallisellen	
Dr. Suzanne Braga, Bern	
Prof. Reinhold Ganz, Bern	
Prof. Andreas U. Gerber, Burgdorf	

Korrespondierende Mitglieder

Prof. Emanuel Suter, McLean, VA, 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
Prof. Walter Birchmeier, Berlin, D
Prof. Ulrich Tröhler, Freiburg i.Br., D
Prof. Adam Wanner, Miami, FL, USA
Prof. Benno M. Nigg, Calgary, CA
Prof. Hans Thoenen, Martinsried, D

Vorstand

Prof. Peter M. Suter, Genf
Präsident
Prof. Peter Meier-Abt, Basel
Vizepräsident
Prof. Walter Reinhart, Chur
Vizepräsident
Dr. Dieter Scholer, Bottmingen
Quästor
Dr. Jacques de Haller, Bern
Präsident FMH
Prof. Christian Kind, St. Gallen
Präsident ZEK

Prof. Claude Regamey, Fribourg
bis 27.4.2009
Dr. Ignazio Cassis, Montagnola
bis 30.6.2009
Prof. Stephanie Clarke, Lausanne
Prof. Annemarie Kesselring, Bern
Prof. Urs Metzger, Zürich
Prof. Kathrin Mühlemann, Bern
Prof. Fred Paccaud, Lausanne

Generalsekretariat

Dr. Hermann Amstad
Generalsekretär
lic. iur. Michelle Salathé
Stv. Generalsekretärin
Dr. Katrin Kuehne
wissenschaftliche Mitarbeiterin
Helen Thomann
administrative Mitarbeiterin
bis 30.6.2009

Dominique Nickel
administrative Mitarbeiterin
Manuela Hug
administrative Mitarbeiterin
ab 1.8.2009

Vertreter der Fakultäten, Gesellschaften und Institutionen

Vertreter der Medizinischen Fakultäten

Basel	Prof. Alois Gratwohl Prof. Stella Reiter-Theil Prof. Urs Beat Schaad Prof. Klaus Schmeck	Genf	Prof. Philippe Chastonay Prof. Andrea Mombelli Prof. Armin Schnider
Bern	Prof. Luca Borradori ab 19. 5. 2009 Prof. Werner Strik Prof. Andreas Stuck	Lausanne	Prof. Angelika Bischof Delaloye bis 11. 8. 2009 Prof. Manuel A. Pascual Prof. François de Ribaupierre
		Zürich	Prof. Felix Sennhauser Prof. Giatgen A. Spinas Prof. Walter Weder

Vertreter der veterinärmedizinischen Fakultäten

Bern	Prof. Dirk Dobbelaere
Zürich	Prof. Hanspeter Naegeli Prof. Mark Suter

Vertreter der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Fribourg

Prof. Jean-Luc Dreyer

Vertreter der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH)

Dr. François Ansermet, Lausanne	Dr. Daniel Herren, Zürich ab 26. 11. 2009
Dr. Pierre-François Cuénoud, Sion	Dr. Ludwig-Theodor Heuss, Zollikerberg bis 26. 11. 2009
Dr. Jacques de Haller, Bern	Dr. Franco Muggli, Vezia bis 19. 5. 2009
Dr. Monique Gauthey, Genf ab 26. 11. 2009	Dr. Christin Romann, Zürich ab 26. 11. 2009
Dr. Yves Guisan, Château-d'Oex bis 19. 5. 2009	Dr. Susanna Stöhr, Basel bis 26. 11. 2009
Dr. Patrick Haemmerle, Fribourg	

Vertreter der Spezialistengesellschaften

Prof. Verena Briner, Luzern

Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. Michael Heberer, Basel

Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie

Prof. Rolf Steiner, Chur

Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie
und Geburtshilfe, bis 20.10.2009

PD Dr. Thomas Berger, Luzern

Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie

Prof. Rudolf Probst, Zürich

Schweiz. Gesellschaft
für Oto-Rhino-Laryngologie

Prof. Hans-U. Fisch, Bern

Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie

Dr. Suzanne Braga, Bern

Schweiz. Gesellschaft für Medizinische
Genetik, bis 19.5.2009

Prof. Peter Miny, Basel

Schweiz. Gesellschaft für Medizinische
Genetik, ab 19.5.2009

Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft

Prof. Carlo Marinello, Basel

Vertreter des Bundesamtes für Veterinärwesen

Dr. Hans Wyss, Bern

Vertreter des Schweizerischen Apothekerverbandes

Prof. Eric Doelker, Genf

Vertreter der Schweiz. Akademie der Naturwissenschaften (ScNAT)

Prof. Denis Monard, Basel

Vertreter der Gesellschaft Schweizerischer Tierärzte

Prof. Maja Suter, Bern

Vertreter der Schweiz. Akademie der Geistes- und Sozialwissen- schaften (SAGW)

Dr. Erwin Koller, Uster

Vertreter der Union Schweiz. Gesellschaften für Experimentelle Biologie

Prof. Michael Hengartner, Zürich

Prof. Hans Uwe Simon, Bern

Vertreter der Schweiz. Akademie der Technischen Wissenschaften (SATW)

Dr. Michel Roulet, Neuenburg

bis 31.3.2009

Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit

Prof. Thomas Zeltner, Bern

bis 31.12.2009

lic. iur. Pascal Strupler, Bern

ab 1.1.2010

Nominationskommission (NOK)

Auftrag

Die NOK schlägt dem Vorstand der SAMW Persönlichkeiten vor, die sich auf Grund ihrer aussergewöhnlichen wissenschaftlichen Leistungen in der Medizin, in den Naturwissenschaften mit Bezug auf Medizin oder in der klinischen Forschung, in der Förderung des Gesundheitswesens, in der hervorragenden Lehre oder bei ausserordentlichen Leistungen bei der SAMW verdient gemacht haben.

Aktivitäten 2009

Die Mitglieder der NOK, des Vorstandes und des Senats der SAMW, die Dekane der medizinischen, naturwissenschaftlichen und veterinär-medizinischen Fakultäten wurden Anfang des Jahres 2009 gebeten, Kandidaten als Ehren- oder Einzelmitglieder, eventuell als korrespondierende Mitglieder vorzuschlagen. An der Sitzung der NOK vom 7. April 2009 wurde eine Liste von Persönlichkeiten aufgestellt, die dem Vorstand der SAMW unterbreitet wurde. Folgende Ehren- und Einzelmitglieder wurden dann vom Senat an der 144. Sitzung vom 19. Mai 2009 in Bern in geheimer Wahl bestätigt:

Als Ehrenmitglied:

Prof. Max Burger, Basel

Als Einzelmitglieder:

Prof. Anne-Françoise Allaz, Genf

Prof. Nicola Biller-Andorno, Zürich

Prof. Jean-Pierre Montani, Fribourg

Prof. Pascal Nicod, Lausanne

Prof. Jürg Tschopp, Lausanne

Die neuen Mitglieder wurden im Anschluss an die 145. Senatssitzung vom 26. November 2009 im Wildt'schen Haus in Basel festlich aufgenommen. Prof. Peter Suter überreichte ihnen ihre persönliche Urkunde und den goldenen Pin der SAMW als Zeichen der Zugehörigkeit zur Akademie. Den Festvortrag hielt Prof. Otfried Höffe, der neue Präsident der Nationalen Ethikkommission, zum Thema «Medizin in Zeiten knapper Ressourcen»; die Feier wurde von musikalischen Einlagen umrahmt.

Bei dieser Gelegenheit möchte der Vorsitzende allen Mitglieder der Kommission für ihren Einsatz und ihre Mithilfe herzlich danken.

Claude Regamey

Mitglieder der Nominationskommission

Prof. Claude Regamey, Villars-sur-Glâne
Präsident

Dr. Hermann Amstad, Basel

Dr. Werner Bauer, Küssnacht

Prof. Francesco Cavalli, Bellinzona

Prof. Stephanie Clarke, Lausanne

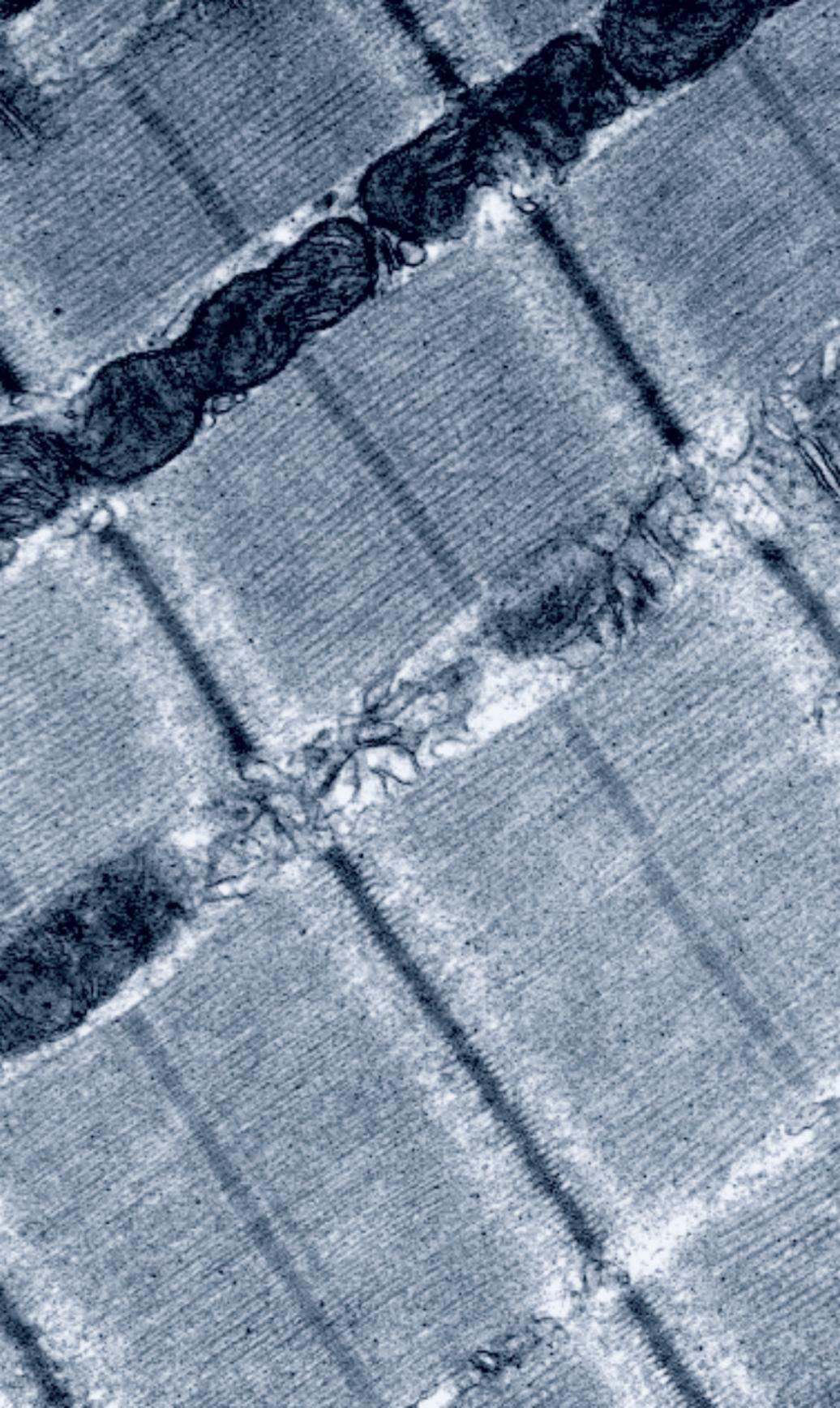
Prof. Susan Gasser, Basel

Prof. Heini Murer, Zürich

Prof. Bernard C. Rossier, Lausanne

Prof. Jürg Schifferli, Basel

Prof. Peter M. Suter, Genf



Medizinische Wissenschaft und Praxis

Expertenkommission des Nationalen MD-PhD-Programms

Auftrag

Das Ziel des schweizerischen MD-PhD-Programms ist die Nachwuchsförderung in der medizinischen und speziell der klinischen Forschung, unter Einbezug des Bereiches Public Health (Epidemiologie, Biostatistik) sowie neu auch der Ethik. Die klinische Forschung beinhaltet grundsätzlich grundlagen-, krankheits- und patientenorientierte Forschung. So hilft das MD-PhD-Programm, die Lücke zwischen naturwissenschaftlicher Grundlagenforschung und patientenorientierter klinischer Forschung im breitesten Sinne zu schliessen. Ausgebildete MD-PhDs sollen insbesondere fähig sein, interdisziplinäre und transfakultäre Forschungsprojekte durchzuführen und zu leiten. Neben der notwendigen Fokussierung auf konkrete Forschungsziele sollen sie die fachliche Breite in medizinischen Disziplinen bewahren und sich so in besonderem Ausmasse für zukünftige Kaderpositionen in der akademischen Medizin, den Spitälern und der forschenden Industrie qualifizieren.

Ausschreibung/Evaluation

Die Verantwortlichen der lokalen MD-PhD-Programme reichten die Dossiers von 16 Kandidatinnen (5) und Kandidaten (11) ein. Vierzehn Gesuche betreffen die biomedizinische beziehungsweise klinische Forschung. Erstmals wurden zwei Gesuche aus dem Bereich der Ethik eingereicht, weshalb die Expertenkommission (ad hoc) durch Johannes Fischer, Professor für theologische Ethik vom Institut für Sozialethik der Universität Zürich ergänzt wurde.

Für das Jahr 2009 standen maximal 13 Stipendien zur Verfügung: SNF 4 (+3); SAMW 1; Swiss Foundation for Excellence and Talent in Biomedical Research (ehem. Roche Research Foundation) 1; Stiftung Prof. Dr. Max Cloëtta 1; fachbezogene von OncoSuisse 2 und von Fondation Suisse de Recherches sur les Maladies Musculaires 1. Die Qualität der Vortragenden sowie der Projekte veranlasste die Kommission, beim SNF weitere 2 Stipendien zu beantragen. Diesem Antrag (Mullis) wurde entsprochen, daher SNF: 4 (+2) Stipendien. Das Stipendium der Fondation Suisse de Recherches sur les Maladies Musculaires konnte aufgrund fehlender Projekte in diesem Fach nicht vergeben werden.

Folgenden 12 Kandidatinnen (7) und Kandidaten (5) wurde aufgrund der Evaluation, der eingereichten Dokumente und der persönlichen Vorstellung ein Stipendium zugesprochen, für dessen Finanzierung sie den am Programm beteiligten Stiftungen gemäss nachfolgender Liste zugeteilt wurden:

Cerciello Ferdinando, ZH

SNF

Drifte Geneviève, GE

SNF

Ecsedi Matyas, BS

Oncosuisse

Faller Nicolas, LS

SNF

Fiechter Michael, ZH

Roche

Gubser Patrick, BS

Cloëtta

Markkanen Enni, ZH

SNF

Meier-Abt Fabienne, BS

SNF

Mueller Yannick, GE

SNF

Özdemir Berna, BE

Oncosuisse

Piguet Camille, GE

SNF

Streuli-Fürst Jürg, ZH (Ethik)

SAMW

Die nationale Expertenkommission dankt allen Institutionen und Stiftungen, die das MD-PhD-Programm aktiv unterstützen und damit einen entscheidenden Beitrag zur Nachwuchsförderung in grundlagen-, krankheits- und patientenorientierter medizinischer Forschung in der Schweiz leisten.

Ausblick 2010

Vom 14. bis zum 16. März 2010 wird das sechste «Scientific Meeting» des Nationalen Programms in Thun stattfinden.

Primus Mullis

Mitglieder der Expertenkommission

Prof. Primus-Eugen Mullis, Bern

Präsident

Prof. Marco Baggiolini, Lugano

Stiftung Dr. Max Cloëtta

Prof. Henri Bounameaux, Genf

Fondation Louis-Jeantet

Prof. Charlotte Braun-Fahländer, Basel

SSPH+

Prof. Max M. Burger, Basel

Stiftung Dr. Max Cloëtta, bis 19. 5. 2009

Dr. Katrin Kuehnle, Basel

SAMW, ex officio

Prof. Denis Monard, Basel

Fondation Suisse de recherche sur les maladies musculaires

Prof. Reto Obrist, Bern

OncoSuisse

Prof. Jürg Schifferli, Basel

SNF

Prof. Giatgen A. Spinas, Zürich

Velux-Stiftung

Dr. Andreas Wallnöfer, Basel

Swiss Foundation for Excellence and Talent in Biomedical Research (Roche) ab 19. 5. 2009

Prof. Werner Zimmerli, Liestal

Roche Research Foundation, bis 19. 5. 2009

Dr. Christoph Meier, Bern

SNF, ex officio

Vergabungen aus dem SAMW-Fonds

Auftrag

Die SAMW unterstützt Veranstaltungen und Projekte durch die Übernahme von Patronaten und Trägerschaften oder durch finanzielle Beiträge. Finanzhilfen werden als nicht rückzahlbare Geldleistungen, Defizitgarantien oder Sachleistungen (z. B. Mithilfe bei der Tagungsorganisation) ausgerichtet.

- Die Übernahme von Patronaten erfolgt ideell, eventuell verbunden mit finanziellen Beiträgen (Defizitgarantie)
- Die Übernahme von Trägerschaften beinhaltet stets auch eine finanzielle Unterstützung und inhaltliche Einflussnahme durch die SAMW

Kriterien

- Thematischer Bezug zu Aktivitäten der SAMW
- Einhaltung der Richtlinien «Zusammenarbeit Ärzteschaft – Industrie»
- Einmaligkeit, d. h. keine jährlich wiederkehrenden Veranstaltungen
- Nachvollziehbares Budget
- Verhältnismässigkeit der Veranstaltungsgebühr, d. h. keine Gewinnorientierung

Aktivitäten 2009

Im Berichtsjahr sind 41 Gesuche im Umfang von Fr. 255 935.– eingegangen. Der Begutachtungskommission (BK) stand eine Summe von Fr. 100 000.– zur Verfügung. 27 Gesuchen konnte – meist teilweise – entsprochen werden.

Patrizia Kündig, Basel Beitrag an Veranstaltung «Swiss Medical Student Convention»	Fr. 2 000.–
David Moser, Oberhasli Beitrag an Veranstaltung «20-jähriges Jubiläum der Schweizerischen Huntington-Vereinigung (SHV)»	Fr. 2 050.–
Dr. Noëlle Junod Perron, Genf Beitrag an Forschungsprojekt «Validation d'un logiciel de simulation de consultation médicale pour évaluer les compétences transculturelles des étudiants en médecine»	Fr. 5 000.–
Prof. Walter Reinhart, Chur Beitrag an Veranstaltung «European Society for Clinical Hemorheology and Microcirculation» in Pontresina	Fr. 3 000.–
Dr. Angelika Kren, Bern Beitrag an Forschungsprojekt «Tage der Genforschung»	Fr. 3 000.–
Prof. Béatrice Desvergne, Lausanne Beitrag an Veranstaltung «Conférence EMBO 2009 sur les récepteurs nucléaires»	Fr. 2 000.–
Beate Schappach, Bern Beitrag an Veranstaltung «Krank geschrieben. Rhetoriken im Diskursfeld von Literatur, Geschlecht und Medizin» in Basel	Fr. 4 000.–
Prof. Maja Suter, Bern Beitrag an Veranstaltung «International Pemphigus Meeting 2009» in Bern	Fr. 3 000.–
Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Fribourg Beitrag an Veranstaltung: Symposium 20 Jahre SGBE «Die Zukunft der Bioethik»	Fr. 5 000.–

lic. theol. Settimio Monteverde, Basel Beitrag an Veranstaltung «Pflegeethik und ärztliche Ethik in der Endphase des Lebens: Gemeinsame Fragen – unterschiedliche Antworten?»	Fr. 1 200.–
PD Dr. Barbara Biedermann, Bruderholz Beitrag an Forschungsprojekt «Spitalnetzwerk für Klinische Forschung»	Fr. 10 000.–
Prof. Adrian Holderegger, Fribourg Beitrag an Publikation «Bioethik in theologischer Perspektive»	Fr. 2 000.–
Elsbeth Wandeler, Bern Beitrag an Publikation «Historische Aufarbeitung des Pflegeberufes der letzten 100 Jahre»	Fr. 5 000.–
PD Dr. Florian Strasser, St. Gallen Beitrag an Veranstaltung «Palliative Care» in Basel	Fr. 5 000.–
Dr. Raphaël Hammer, Genf Beitrag an Publikation «Expériences ordinaires de la médecine – Confiances, croyances et critiques profanes»	Fr. 2 000.–
Dr. Daniel Frey, Zürich Beitrag an Publikation «Kinderleukämie und Kernkraftwerk – (K)Ein Grund zur Sorge?»	Fr. 4 000.–
Laurence Feldmeyer, Zürich Beitrag an Veranstaltung «Immunology – an update on hot topics?»	Fr. 2 000.–
PD Dr. Silvia Käppeli, Zürich Beitrag (Fr. 3 000.–) und Defizitgarantie (Fr. 2 000.–) an Veranstaltung «20 Jahre Pflegewissenschaft in der Praxis»	Fr. 5 000.–
PD Dr. Fabienne Picard, Genf Beitrag an Publikation «DVD sur l'épilepsie»	Fr. 1 000.–
lic. theol. Settimio Monteverde, Basel Beitrag an Publikation «Handbuch Pflegeethik»	Fr. 4 000.–
Dr. Markus Christen, Zürich Beitrag an Publikation «Praxisordner für die ethischen Richtlinien der SAMW»	Fr. 4 000.–
Dr. Margot Michel, Jona Beitrag an Publikation «Rechte von Kindern in medizinischen Heilbehandlungen»	Fr. 3 000.–
Prof. Alexander Kiss, Basel Beitrag an Veranstaltung «Medical Humanities für Medizinstudenten»	Fr. 1 500.–
Prof. Bernice Elger, Genf Beitrag an Publikation «Le paternalisme médical»	Fr. 2 500.–
Ferenc Biederman, Bischofszell Beitrag an Forschungsprojekt: Umfrage «Cognitive Enhancement»	Fr. 3 000.–
Saadet Türkmen, Bern Beitrag an Forschungsprojekt «Invalidität im Migrationkontext am Beispiel der Türkischen Migranten – eine medizinethnologische Studie»	Fr. 3 000.–
Dr. Riccardo Bonfranchi, Uster Beitrag an Publikation «Ethische Handlungsfelder der Heilpädagogik. Probleme der Integration und des Ausschlusses von Menschen mit geistigen Behinderungen»	Fr. 1 000.–

Für Vergabungen bis Fr. 5 000.– ist der Präsident zuständig; für höhere Beträge braucht es einen Vorstandsbeschluss.

Katrin Kuehnle

Mitglieder der Begutachtungskommission für Zuwendungen

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

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

Mission

Evaluer, puis soutenir des projets de recherche effectués à l'initiative de praticiens et réalisés au cabinet médical. Somme totale à attribuer: Fr. 200 000.– par année. Evaluer, puis soutenir financièrement des médecins praticiens désireux d'acquérir des bases méthodologiques en recherche clinique, en leur allouant une bourse unique de Fr. 30 000.–.

Activités 2009

La commission RRMA s'est réunie à 2 reprises, les 28 avril et 4 novembre 2009. Elle a examiné un total de 12 projets dont 6 ont fait l'objet d'un financement. Sur l'ensemble de l'année, le total de demandes a été de Fr. 487 290.– et la commission a octroyé la somme de Fr. 199 950.–.

«Verbessert ein farbcodierter Blutdruckpass die Hypertonieeinstellung bei Patienten in der Hausarztpraxis? Eine randomisierte kontrollierte Studie»

Fr. 35 000.–

Claudia Steurer-Stey, Zürich

Les auteurs souhaitent tester une méthode pour améliorer la compliance des patients hypertendus sous traitement médicamenteux: les valeurs de TA (automesure à domicile) sont reportées sur une carte dans des zones de couleur rouge, jaune ou verte en fonction de leur danger. Le groupe ainsi traité sera comparé à un groupe avec traitement habituel.

«Optimierung der gesundheitlichen Versorgung von Armut betroffenen Patienten im Netzwerk Hausarzt-Sozialberatung»

Fr. 50 000.–

Marco Zoller, Zürich

Les médecins de premier recours se trouvent souvent en présence de personnes pauvres. Par des focus groupes organisés dans la région de Zurich et en Suisse Romande et dans le cadre d'un travail en commun avec Caritas Zurich, les auteurs de cette étude souhaitent, entre autres, trouver les moyens de mieux identifier cette population et mettre en évidence les liaisons entre le soutien médical et social.

«Weiterbildungsqualität bei zukünftigen Hausärztinnen (AnwärterInnen FMH Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Pädiatrie) an stationären chirurgischen und internistischen Weiterbildungsstellen der Kantone Bern und Zürich aus der Sicht des Assistenzarztes»

Fr. 9 950.–

Miriam Schöni, Zürich

L'auteur propose de faire une enquête auprès d'assistants en formation postgraduée de généralistes qui effectuent des stages dans des services de médecine et chirurgie de Berne et Zurich. Le résultat devrait permettre de juger de l'adéquation, c'est-à-dire de l'utilité pour la pratique future, de la formation postgraduée dispensée dans ces établissements hospitaliers.

«A Team approach in diabetes care-does the chronic care model work in routine care for diabetes patients in primary care? The Chronic Care for diabetes study (CARAT), a cluster randomized controlled trial»

Fr. 60 000.–

Thomas Rosemann, Anja Frei, Zürich

Les auteurs projettent de réaliser une grande étude, prospective et contrôlée, comparant l'évolution du diabète de type II chez des patients suivis a) dans un système de «managed care, chronic care model», dans lequel ils sont mis au bénéfice de collaborations multidisciplinaires (infirmières, diététiciennes etc.) ou b) dans un système habituel avec médecin traitant.

«Measuring Deprivation in Primary Care (DiPCar); a Cross Sectional Psychometric Survey in Switzerland» Fr. 25 000.–

Patrick Bodenmann, Lausanne

Les auteurs souhaitent suivre une population de patients précarisés et développer un score de pauvreté, qui pourrait par la suite être comparé à des échelles de santé tels que le «Global Health Score»

«Gesuch um Stipendium für Doktoratstudium Dr. scient.med (Medizinische Wissenschaft) an der privaten Universität im Fürstentum Liechtenstein 2009 bis 2011» Fr. 20 000.–

Vladimir Sibalic, St-Gallen

La commission accorde au Dr V. Sibalic une bourse d'étude («profil 2») pour terminer une formation en méthodologie de recherche dans une université privée du Lichtenstein. Le Dr Sibalic est intéressé de développer un programme de recherche en cabinet médical sur le thème hypertension et sensibilité au sel.

Perspective 2010

Poursuivre son travail au service du développement de la recherche au cabinet du praticien et en médecine générale.

Bref commentaire

Le nombre de projets soumis à la commission est toujours en augmentation, pour une somme totale à disposition qui reste inchangée, d'où une concurrence toujours plus grande entre les auteurs des projets.

Une évaluation de l'activité de la commission sur l'ensemble des dix dernières années sera réalisée durant l'année 2010.

Alain Pécoud

Membres de la Commission RRMA

Prof. Alain Pécoud, Lausanne

Président

Dr Hermann Amstad, Bâle

ex officio, jusqu'au 19.5.2009

Dr Klaus Bally, Bâle

Prof. André Busato, Berne

depuis 19.5.2009

Dr Markus Peter Gnädinger, Steinach

Dr Catherine Goehring, Biasca

Dr Dagmar Haller, Genève

depuis 19.5.2009

Dr Beat Knechtle, St-Gall

Dr Katrin Kuehnle, Bâle

ex officio, depuis 19.5.2009

Prof. Thomas Rosemann, Zurich

Dr Daniela Stefanutti, La Chaux-de-Fonds

jusqu'au 19.5.2009

Prof. Peter M. Suter, Genève

ex officio

Prof. Jean-Marie Tschopp, Crans-Montana

Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien (SSMBS)

Auftrag

Ziel der SSMBS ist es, jungen Akademikerinnen und Akademikern einen Forschungsaufenthalt auf medizinisch-biologischem Gebiet im Ausland zu ermöglichen, der die Grundlage für eine spätere Karriere als eigenständige Forscherin resp. Forscher in der Schweiz bilden soll. In enger Zusammenarbeit 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. Die Stiftung wird alimentiert durch jährliche Beiträge des SNF, von Novartis, Hoffmann-La-Roche und der Gesellschaft Schweizer Tierärztinnen und Tierärzte (GST).

Aktivitäten 2009

An zwei Sitzungen des Stiftungsrates wurden 34 (im Vorjahr 41) Forschungsgesuche begutachtet. Von den 24 bewilligten Anträgen waren 5 Verlängerungsgesuche, die nach den gleich strengen Kriterien beurteilt wurden wie die Erstgesuche. Nachdem der SNF auch für 2009 einen höheren Beitrag gesprochen hat, konnten vermehrt 24-monatige Stipendien gewährt werden, so dass in diesem Jahr insgesamt 383 Stipendienmonate bewilligt wurden (im Vorjahr 348). Die Qualitätsansprüche blieben jedoch gleich hoch, was sich in der im Vergleich zu anderen Förderungsinstrumenten hohen Ablehnungsquote von >30% für neu eingereichte Gesuche widerspiegelt. Vorgängig einer Gesuchseinreichung werden die Qualifikationen der Kandidaten jeweils präsidialiter geprüft. Damit kann den Gesuchstellern oft der Aufwand für die Ausarbeitung eines Gesuches ohne realistische Erfolgsaussichten erspart werden und die Anzahl der von den ehrenamtlich tätigen Stiftungsratsmitgliedern zu begutachtenden Projekte in einem bewältigbaren Rahmen gehalten werden.

Die USA sind nach wie vor der meist gefragte Forschungsplatz, gefolgt von verschiedenen europäischen Ländern. Die meisten Stipendiaten haben ein Medizinstudium absolviert und haben klinische Erfahrung.

In Zusammenarbeit mit dem SNF und einem externen Institut wurde eine Evaluation der Personalförderung durch Stipendien der SSMBS in Angriff genommen.

Personelles

Auf Mitte 2009 ist Prof. Werner Zimmerli aus dem Stiftungsrat zurückgetreten und auf Ende 2009 Prof. Christian Lüscher. Ihnen danke ich für ihren langjährigen Einsatz für die Stiftung. Neu im Stiftungsrat sind vertreten Prof. Christian Gerber und Dr. Katrin Kuehnle als Delegierte der SAMW sowie Prof. Olaf Blanke und Prof. Michael Stumm (Delegierter von Hoffmann-La Roche).

Finanzielles

2009 wurden total brutto Fr. 2 396 000.– an Unterstützung zugesprochen. Netto, d. h. nach Abzug von Rückzahlungen, Gesuchrückzügen und Währungsschwankungen sind es Fr. 1 935 000.–. Die Stipendien für die USA und Kanada werden in der jeweiligen Landeswährung zugesichert, was die Stipendiaten vor Wechselkursschwankungen schützt. Das Stiftungsvermögen von Fr. 334 000.– Ende 2009 besteht aus dem Stiftungsfonds von Fr 125 000.– und dem Betriebsfonds von Fr. 209 000.–. Die flüssigen Mittel belaufen sich auf Fr. 1 944 000.– und setzen sich aus Bankguthaben von Fr. 942 000.– und Obligationen von Fr 500 000.– bei der BLKB sowie Fr. 502 000.– bei PostFinance zusammen. Der SNF wird auch 2010 einen Beitrag von Fr. 1,5 Mio. sprechen.

Ausblick 2010

Auch 2010 wird es zwei Eingabetermine für Gesuche geben, nämlich den 1. März und den 1. September. Alle neuen Gesuche müssen nun elektronisch eingereicht werden.

Mit Interesse werden die Resultate der Evaluation der Personalförderung erwartet, die der Stiftungsrat in seiner künftigen Vergabepolitik sicher berücksichtigen wird.

Kurzkommentar

Ich danke den Mitgliedern des Stiftungsrates, die ihre Gutachtertätigkeit unentgeltlich und mit grosser Sorgfalt ausüben, für ihre engagierte Mitarbeit in der für unseren Nachwuchs wichtigen Stiftung. Spezieller Dank gebührt der Sekretärin unserer Stiftung, Frau Franziska Marti, und dem Quästor, Herrn Béat-Gustave Bridel. Beide haben auch in diesem Jahr hervorragende Arbeit geleistet. Last but not least danke ich den Stiftern und dem SNF. Ohne ihre grosszügige finanzielle Unterstützung könnten die Ziele der Stiftung nicht erreicht werden.

Bernhard Lauterburg

Statistik

	Anzahl	Prozent
Stipendiengesuche	34	100 %
davon von Frauen	11	32 %
davon von Verheirateten	7	21 %
davon mit Kindern	7	21 %
durchschn. Alter (Jahre)	34,5	
Mediziner	28	82 %
Naturwissenschaftler	5	15 %
Zahnärzte	0	0 %
Veterinärmediziner	1	3 %

Bewilligte Stipendien	24	100 %
davon an Frauen	7	29 %
davon an Verheiratete	5	21 %
davon mit Kindern	5	21 %
durchschn. Alter (Jahre)	33,5	
Mediziner	20	83 %
Naturwissenschaftler	4	17 %
Zahnärzte	0	0 %
Veterinärmediziner	0	0 %
Destinationen		
USA + Kanada	15	62 %
Australien	3	13 %
China	0	0 %
EU (D,F,GB)	6	25 %

Herkunftsuniversität	Eingegangene Gesuche	Gewährte Stipendien
Basel	3	3
Bern	13	8
Fribourg	1	1
Genève	3	2
Lausanne (+EPFL)	4 + 1	4 + 1
Neuchâtel	0	0
Zürich (+ETHZ)	7 + 0	4 + 0
Ausland	2	1

Mitglieder des Stiftungsrates

Prof. Bernhard H. Lauterburg, Bern

SAMW, Präsident

Prof. Mark Suter, Zürich

GST, Vizpräsident

Prof. Jürg H. Beer, Baden

SNF

Prof. Christoph Beglinger, Basel

FMH

Prof. Olaf Blanke, Lausanne

SNF

Prof. Ruth Chiquet-Ehrismann, Basel

Novartis AG

Prof. Christian Gerber, Zürich

SAMW, ab 19. 5. 2009

Dr. Francesco Hofmann, Basel

Novartis AG

Dr. Eduard Holdener, Basel

F. Hoffmann-La Roche AG

Prof. Reto Krapf, Basel

SNF

Dr. Katrin Kuehnle, Basel

SAMW, ab 19. 5. 2009

Prof. Christian Lüscher, Genf

SAMW

Prof. Pierre Magistretti, Lausanne

SNF

Prof. Adrian Ochsenbein, Bern

FMH

Prof. Stephan Rohr, Bern

SAMW

Prof. Beat Schwaller, Fribourg

SAMW

Dr. Barbara Stolz, Basel

Novartis AG

Prof. Michael Stumm, Basel

F. Hoffmann-La Roche AG

Sekretariat: Franziska Marti, Bern
Quästor: Béat-Gustave Bridel, Luzern

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

Auftrag

Ausrichtung von Unterstützungsbeiträgen für medizinische Forschungsprojekte.

Aktivitäten 2009

Anlässlich der Stiftungsratssitzung vom 24. April 2009 wurden 17 Forschungsprojekte ausgewählt und mit total Fr. 322 600.– unterstützt.

Christophe Montessuit Université de Genève, Fondation pour Recherches Médicales, Cardiologie Materialkosten für das Projekt «Impact of the Metabolic Syndrome on Glucose Transport Regulation In Cardiac Myocytes»	Fr. 20 000.–
Sabine Steffens, PhD Université de Genève, Fondation pour Recherches Médicales, Cardiologie Verbrauchsmaterialien und Mäuse für das vom SNF unterstützte Projekt «Die Rolle des Endocannabinoidsystems in der Pathogenese der Atherosklerose»	Fr. 20 000.–
Prof. Dr. Burkhard Ludewig, für Dr. Elke Scandella, PhD Kantonsspital St. Gallen, Research Department Materialkosten, Mäuse und Tierhaltung für das Projekt «Role of T cell zone stromal cells in immune homeostasis»	Fr. 20 000.–
Dr. Rajesh Jayachandran Biozentrum, Universität Basel Verbrauchsmaterial und Tierhaltung für das 3-jährige Projekt «Analyse der Funktion naiver T-Zellen in der Immunantwort gegenüber Infektionen»	Fr. 20 000.–
Dr. Christian Korff Chef-de-Clinique FMH Neuropédiatrie, Hôpital des Enfants, Genève Materialkosten für das 3-jährige Projekt «Status epilepticus beim Kind und SCN1A-Gen»	Fr. 20 000.–
PD Dr. Christina Albrecht Institut für Biochemie und Molekulare Medizin, Universität Bern Verbrauchsmaterial für das Projekt «The role of ABCA1 in the human placenta: physiological relevance and implication in diseases of pregnancy»	Fr. 20 000.–
Prof. Dr. Jürg Schifferli und PhD Corinne Lochmatter Innere Medizin, Labor Immunonephrologie, Universitätsspital Basel Materialkosten für das vom SNF unterstützte Projekt «Schistosoma mansoni TOR protein: a target for vaccination?»	Fr. 20 000.–
Anna Pfenniger, MD Université de Genève, Fondation pour Recherches Médicales, Cardiologie Materialkosten für das «Die Rolle der Connexine in der Atherosklerose»	Fr. 25 000.–
Suzana Atanasoski, PhD, Assistant Professor Medical Faculty of the University of Basel, Department of Biomedicine Materialkosten für das Projekt «Neuronale Stammzellen während der Entwicklung und in Regenerationsprozessen: Bedeutung und Relevanz des Forschungsprojektes»	Fr. 20 000.–
Stiftung für Menschen mit einer Behinderung im Fricktal, MBF Stein Einrichtung der beiden Sanitätszimmer	Fr. 7 600.–

Prof. Dr. Zhong Xiao Yan Prenatal Medicine and Gyn. Oncology, University of Basel Materialkosten für das Projekt «Development of an up to 40-plex assay for simultaneous mutational analysis of breast cancer-linked genes in breast cancer cell lines using innovative high-throughput MALDITOF MS»	Fr. 20 000.–
Otaf Servizi medico-riabilitativi, Asilo e scuola speciale, Case con occupazione, Centro diurno, Laboratori, Foyers, Sorengo Einrichtung von 5 Krankenzimmern und einer Arztpraxis	Fr. 20 000.–
Prof. Dr. Markus A. Rüegg Biozentrum der Universität Basel Materialkosten für das Projekt «The role of mTORC signaling for the homeostasis of normal and diseased muscle».	Fr. 20 000.–
Prof. Dr. Andrew Hemphill Institut für Parasitologie, Universität Bern Materialkosten zur Weiterführung des 3-jährigen Projektes «Identification and characterization of novel compounds for the treatment of human alveolar echinococcosis (AE) caused by the larval stage of the fox tapeworm Echinococcus multilocularis»	Fr. 20 000.–
Dr. Theda Heinks-Maldonado Abteilungsleiterin, Neuropsychologie, Inselspital Bern Durchführung der Messungen der kognitiven Einschränkungen für das Projekt «Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter»	Fr. 10 000.–
Dr. Gabriela M. Kuster Pfister Department of Biomedicine, Myocardial Research, Universitätsspital Basel Material- und Tierhaltungskosten für das 2. Jahr für das vom SNF unterstützte 3-jährige Projekt «Role of Reactive Oxygen Species in the Regulation of β 1 Integrin Expression and Function in Cardiomyocytes»	Fr. 10 000.–
PD Dr. Ulf Landmesser Translationale Forschung, Klinik für Kardiologie, UniversitätsSpital Zürich Verbrauchsmaterialien für das Projekt «Optimisation of in vivo repair capacity of autologous progenitor and stem cells derived from patients with chronic heart failure by modulation of redox-sensitive and NO-dependent pathways»	Fr. 20 000.–

Ausblick 2010

Stiftungsvermögen am 31. 12. 2008	Fr. 1 153 770.25
Ausbezahlte Beiträge	Fr. 322 600.00
Zinsertrag auf das Guthaben bei der Rentenanstalt/Swiss Life	Fr. 20 913.60
Zuweisung der Stifterin am 31. 12. 2009	Fr. 300 000.00
Stiftungsvermögen am 31. 12. 2009	Fr. 1 152 083.85

Rolf Dörig

Mitglieder des Stiftungsrats

Dr. Rolf Dörig, Zürich
Präsident

Prof. Andreas J. Steck, Bottmingen
SAMW, Vizepräsident

lic. iur. Hans-Peter Conrad, Zürich

Prof. Paul Embrechts, Oberrohrdorf
lic. iur. Beat Hubacher, Lieli-Oberwil

Prof. Viktor E. Meyer, Zürich
SAMW

PD Dr. Giorgio Mombelli, Locarno
SAMW

Begutachtungskommission für den Robert-Bing-Preis

Kurzkommentar

Der Robert-Bing-Preis wird alle zwei Jahre vergeben, das nächste Mal am 13. März 2010 anlässlich der Jahrestagung der Swiss Society for Neuroscience in Lausanne.

Mitglieder der Begutachtungskommission für den Robert-Bing-Preis

Prof. Peter M. Suter, Genf

Präsident

Dr. Dieter W. Scholer, Bottmingen

Quästor, ex officio

Prof. Stephanie Clarke, Lausanne

Dr. Katrin Kuehnle, Basel

wissensch. Mitarbeiterin, ex officio

Prof. Adrian Merlo, Bern

Prof. Hanns Möhler, Zürich

ab 20. 5. 2008

Prof. Roger Nitsch, Zürich

Prof. Margitta Seeck, Genf

Prof. Esther Stoeckli, Zürich

Prof. Werner Strik, Bern

Begutachtungskommission für den Théodore-Ott- und den Alzheimer- und Depressions-Fonds

Auftrag

Aufgrund der letztwilligen Verfügung des Arztes Théodore Ott (1909 – 1991), Professor für Neurologie in Lausanne, vergibt die Begutachtungskommission für den Théodore-Ott-Fonds finanzielle Beiträge an junge Forschende (bis 45-jährig) ausgerichtet für hervorragende Projekte im Bereich der neurologischen Grundlagenforschung.

Zusätzlich vergibt die Kommission alle zwei Jahre Projektgelder für Forschung auf dem Gebiet der Alzheimer Krankheit und der Depression aus einem der SAMW 1997 vermachten Nachlass.

Aktivitäten 2009

Aufgrund der schlechten Börsenlage konnten 2009 keine Gelder aus dem Théodore-Ott-Fonds ausgeschüttet werden.

Der Alzheimer- und Depressionsfonds wurde 2009 zum letzten Mal ausgeschrieben. Die Kommission traf sich am 19. November zur Evaluationssitzung. Auf die Ausschreibung sind 18 Gesuche eingegangen. Die gesamte Gesuchssumme belief sich auf Fr. 1 021 904.–. Nach sorgfältiger Auswahl wurden 5 Projekte mit Fr. 120 000.– unterstützt.

Irene Knuesel Institut für Pharmakologie und Toxikologie, Universität Zürich «Immunomodulation of Reelin-mediated Signaling and its Impact on the Etiology of Sporadic Alzheimer's Disease»	Fr. 40 000.–
Anna Maria Calella Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich «Role of the Prion Protein in Alzheimer's Disease»	Fr. 20 000.–
Patrik Vuilleumier Département Neurosciences, CMU, Genève «Exploration and prediction of mood fluctuations in bipolar affective disorders using longitudinal assessment with functional brain imaging»	Fr. 20 000.–
Simone Homemann Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich «Understanding the molecular mechanisms of Alzheimer's disease for the development of novel diagnostic and therapeutic strategies»	Fr. 20 000.–
Edith Holsboer-Trachsler Abt. für Depressionsforschung, Psych. Universitätsklinik Basel «Biomarkers and treatment guidance in depression: Endophenotyping from cells, to systems, to behaviour»	Fr. 20 000.–

Ausblick 2010

Leider lässt die schlechte Börsenlage auch 2010 keine Auszahlungen aus dem Théodore-Ott-Fonds zu.

Peter M. Suter

Mitglieder der Begutachtungskommission für den Théodore-Ott- und den Alzheimer- und Depressions-Fonds

Prof. Peter M. Suter, Genf

Präsident

Dr. Dieter W. Scholer, Bottmingen

Quästor, ex officio

Dr. Katrin Kuehne, Basel

wissensch. Mitarbeiterin, ex officio

Prof. Adrian Merlo, Bern

Prof. Hanns Möhler, Zürich

Prof. Roger Nitsch, Zürich

Prof. Margitta Seeck, Genf

Prof. Esther Stoeckli, Zürich

Prof. Werner Strik, Bern

Mitglieder des Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds

Prof. Peter M. Suter, Genf

Präsident

Prof. Peter Meier-Abt, Basel

Vizepräsident

Prof. Matthias Egger, Bern

Prof. Bernice Elger, Genf

Prof. Andreas U. Gerber, Burgdorf

Dr. Katrin Kuehne, Basel

ex officio

Prof. Jacques Philippe, Genf

Prof. Christoph Rehmann-Sutter, Basel

Dr. Dieter W. Scholer, Bottmingen

Quästor, ex officio

Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds (KZS-Fonds)

Auftrag

Das 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.

Aktivitäten 2009

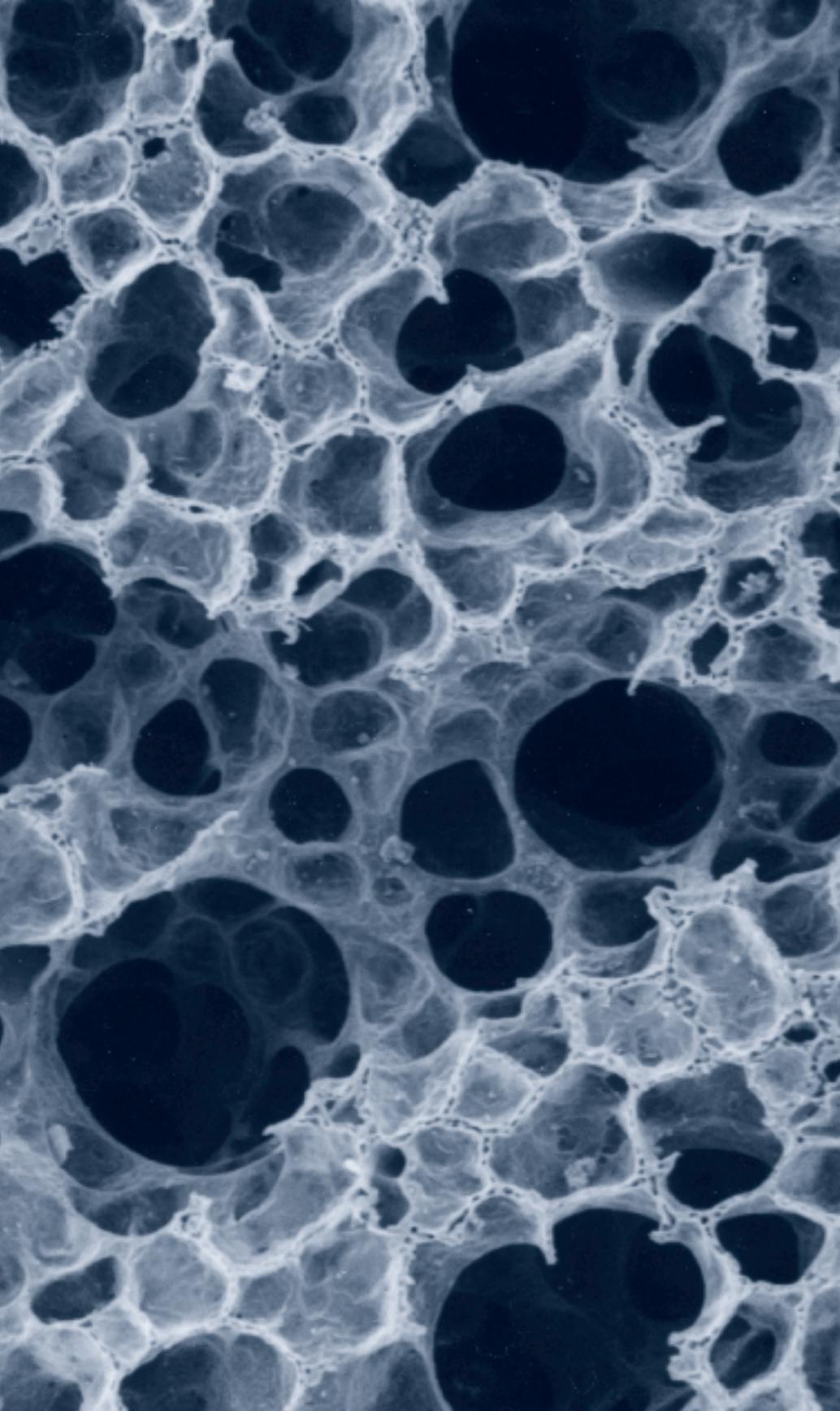
An der Kommissionssitzung vom 11. Mai 2009 wurden insgesamt 19 Gesuche im Umfang von Fr 1 676 877.– präsentiert. Beiträge in der Gesamthöhe von Fr. 230 000.– wurden für folgende Projekte gewährt:

Dr. Rouven Porz Ethikstelle, Inselspital Bern Zur Erweiterung der Methodikkompetenzen im Bereich der Klinischen Ethikberatung in der Schweiz	Fr. 20 000.–
Dr. Felix Fluri Universitätsspital Basel Nanotechnology in acute stroke: The role of C60 alpha-D-mannosyl-fullerol in neuroprotection after acute brain ischemia	Fr. 30 000.–
Prof. Gabriela Stoppe Psychiatrische Universitätsklinik Basel Ethik und Demenz: Empirische Untersuchung zur hausärztlichen Entscheidungsfindung bei schwerwiegenden somatischen Erkrankungen und komorbider Demenz	Fr. 30 000.–
Prof. Martino Mona Universität Bern Autonomie und Einwilligung im Medizinstrafrecht	Fr. 20 000.–
Dr. Verina Wild Universität Zürich Ethische Aspekte der Rekonstruktion des Hymens (Studienphase II)	Fr. 20 000.–
Dr. Markus Weber Kantonsspital St.Gallen Einstellungen und Wünsche von Patienten mit Amyotropher Lateralsklerose und ihrer Angehörigen zu lebensverlängernden Massnahmen, zur Problematik des ärztlich unterstützten Suizids und zu Spiritualität und Religiosität	Fr. 60 000.–
Prof. Maja Steinlin Inselspital Bern Schädel-Hirn-Trauma im Kindes- und Jugendalter	Fr. 20 000.–
Dr. Frauke Förger Inselspital Bern Natürliche Krankheitsremission rheumatischer Erkrankungen in der Schwangerschaft: Einfluss der gammadelta T Zellen	Fr. 20 000.–

Ausblick 2010

Die nächste Ausschreibung erfolgt im Januar 2010.

Peter M. Suter



Medizin und Gesellschaft

Zentrale Ethikkommission (ZEK)

Auftrag

a) Stellungnahme zu medizin-ethischen Fragen von gesellschaftlicher Relevanz

Die ZEK fördert die Diskussion über ethische Fragen in der Gesellschaft und äussert sich zu medizin-ethischen Fragen von gesellschaftlicher Relevanz. Sie beantwortet Anfragen medizin-ethischer Art, die von öffentlichen oder privaten Institutionen oder von Einzelpersonen an die SAMW herangetragen werden.

b) Ausarbeitung von medizin-ethischen Richtlinien und Empfehlungen

Die ZEK antizipiert und diskutiert ethische Probleme in der Medizin. Sie formuliert medizin-ethische Richtlinien und Empfehlungen als Hilfestellung für die Praxis, Forschung und Ausbildung der in der Medizin Tätigen. Sie hält sich auf dem Laufenden darüber, wie die verschiedenen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW angewendet werden. Sie fördert den Informationsaustausch und die Kontakte zwischen den Personen und Gruppen, an welche sich die Richtlinien und Empfehlungen richten.

c) Austausch mit anderen Organisationen im Bereich der Ethik

Die ZEK pflegt und entwickelt die Beziehungen und den Meinungs austausch mit weiteren Akteuren im Bereich der Ethik im Gesundheitswesen auf nationaler oder internationaler Ebene.

Aktivitäten 2009

Medizinisch-ethische Richtlinien

Die definitive Fassung der Richtlinie «Patientenverfügung» (Vorsitz der zuständigen Subkommission: lic. theol. Peter Lack) wurde am 25.5.2009 vom Senat verabschiedet, nachdem sie aufgrund der rund 80 – überwiegend positiven – Stellungnahmen des öffentlichen Vernehmlassungsverfahrens überarbeitet worden war. Erstmals wurde, auf vielseitigen Wunsch, eine Kurzfassung einer medizinisch-ethischen Richtlinie der SAMW erstellt, sowie eine Liste mit Musterfragen als Hilfsmittel zur Werteklä rung des Patienten.

Die Subkommission «Ethikstrukturen» (Vorsitz: Prof. Samia Hurst) hat sich konstituiert und in bisher fünf Sitzungen die Grundzüge der künftigen Richtlinien erarbeitet. Ziel der Richtlinien ist es, Rahmenbedingungen, Möglichkeiten und Grenzen einer breiten Palette möglicher Strukturen zur Unterstützung der ethischen Reflexion in medizinischen Einrichtungen aufzuzeigen.

Aufgrund von Problemen in der praktischen Anwendung des Transplantationsgesetzes wurde eine Subkommission (Vorsitz: Prof. Jürg Steiger und lic. theol. Settimio Monteverde) zur Revision der Richtlinie «Feststellung des Todes mit Bezug auf die Organtransplantation» eingesetzt, die im zweiten Quartal 2009 ihre Arbeit aufgenommen hat.

Ebenfalls eine Revision nötig hat die seit 1999 bestehende Richtlinie «Grenzfragen der Intensivmedizin». Eine entsprechende Subkommission (Vorsitz: Prof. Reto Stocker) wurde eingesetzt und wird 2010 ihre Arbeit aufnehmen. Der Wunsch nach einer Revision der Richtlinie «Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen» wurde zurückgestellt und stattdessen einige notwendig gewordene redaktionelle Hinweise und Ergänzungen in Fussnoten angebracht. Eine eigentliche Revision wird für diese und verschiedene andere Richtlinien ohnehin notwendig werden, wenn das revidierte Erwachsenenschutzgesetz in Kraft tritt.

Für die Richtlinie Biobanken wurde von einer Arbeitsgruppe ein Musterreglement mit Einwilligungsförmular und Patienteninformation erarbeitet.

Tagungen

Am 10. Juni wurde gemeinsam mit der Nationalen Ethikkommission eine öffentliche, gantztägige Veranstaltung zum Thema «Ökonomisierung der Medizin? Die Einführung der DRGs an Schweizer Spitälern als ethische Herausforderung» in Bern durchgeführt. Der ausgezeichnete Tagungsbesuch und die zahlreichen positiven Echos haben die ZEK motiviert das Thema weiterzuverfolgen und gemeinsam mit der NEK 2010 eine Folgeveranstaltung zu planen.

Am 12. November fand am Bethesda-Spital in Basel eine Tagung zum Thema «Pflegeethik und ärztliche Ethik in der Endphase des Lebens: Gemeinsame Fragen – unterschiedliche Antworten?» statt, die vom Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und –männer SBK gemeinsam mit der SAMW und der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik SGBE organisiert wurde. Die Tagung war Ausdruck des Wunsches, das Zusammengehen der verschiedenen medizinischen Professionen bei der Erarbeitung und Verbreitung ethischer Standpunkte zu fördern. Ein weiterer Schritt in diese Richtung ist die Gewährung des Gastrechts für ein Mitglied der ZEK in der Ethikkommission des SBK.

Internationale Aktivitäten

Der Präsident hat als Vorstandsmitglied der EACME (European Association of Centers of Medical Ethics) an deren Jahreskongress in Venedig teilgenommen.

Andere Aktivitäten

Auf Anfrage des Bundesamtes für Justiz hat sich die ZEK mit dem Thema der Verweigerung von medizinischen Leistungen aus Gewissensgründen befasst. Nach Anhörung zweier Experten, einer Anfrage bei der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und beim Schweizerischen Hebammenverband und nach zweimaliger Diskussion in der Kommission kam man zum Schluss, dass in der Schweiz zur Zeit kein Handlungsbedarf bestehe. Punktuell auftretende Probleme können in der Regel individuell nach bewährten Grundsätzen gelöst werden. Insbesondere dürfen medizinische Leistungen aus Gewissensgründen nur verweigert werden, wenn folgende Bedingungen erfüllt sind: Es liegt keine Notfallsituation vor, der Patient wird sofort über die Haltung der behandelnden Person informiert, es wird ihm angeboten, sich anderweitig behandeln zu lassen und es werden ihm die dafür notwendigen Angaben zur Verfügung gestellt. Der Präsident hat diese Haltung der ZEK am 9. September an einer Fachtagung der Bioethikkommission der Schweizer Bischofskonferenz in Solothurn vertreten.

Die Ende Oktober vom Bund vorgelegten Änderungsvorschläge im Schweizerischen Strafgesetzbuch betreffend die organisierte Sterbehilfe wurden von einer Arbeitsgruppe analysiert und eine Stellungnahme den Mitgliedern der ZEK und des Vorstands zur Bereinigung vorgelegt. Die Anfangs 2010 veröffentlichte Stellungnahme lehnt die bundesrätlichen Vorschläge ab, da sie eine eigentliche Institutionalisierung der Suizidbeihilfe als ärztliche Tätigkeit beinhalten und als Konsequenz eine starke Zunahme des Drucks auf medizinische Institutionen, die Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumen zuzulassen, resultieren würde. Generell hält die SAMW eine Regelung der organisierten Suizidbeihilfe im Strafgesetz für ungünstig und schlägt stattdessen eine Aufsichtsgesetzgebung vor.

Im Sommer 2007 hatte die SAMW das Institut für Biomedizinische Ethik der Universität Zürich beauftragt, mit einer Studie zu evaluieren, wie bekannt die Richtlinien der SAMW sind und ob sie von den Vertretern der jeweiligen Zielgruppe als hilfreich empfunden werden. Die Evaluation der ausgewählten Richtlinien erfolgte mittels eines Fragebogens, welcher an insgesamt 1933 Ärzte und Pflegende versandt wurde. Der Rücklauf betrug 43%. Die Resultate der Studie wurden Anfang 2010 publiziert (Pfister E., Biller-Andorno N. The reception and implementation of several medicalethical guidelines of the Swiss Academy of Medical Sciences in medical and nursing practice, *Swiss Medical Weekly*, 2010; 140: 160–167)

Die aus dem Jahr 1991 stammenden Statuten der ZEK wurden überarbeitet und den veränderten Gegebenheiten angepasst. Bevor eine Verabschiedung durch den Senat möglich wird, muss noch mit der FMH (eine der Gründungsorganisationen der SAMW) die Frage ihrer Vertretung in der ZEK abgeprochen werden. Insgesamt hat sich gezeigt, dass die wesentlichen Inhalte der Statuten unverändert gelassen werden konnten, da sich die Rolle und Funktionsweise dieser wichtigen Kommission nach wie vor zu bewähren scheint.

Ausblick 2010

Die Arbeit an der neuen Richtlinie «Ethikstrukturen» und die Revision der RL «Feststellung des Todes» und «Intensivmedizin» binden so viele Ressourcen, dass für 2010 bisher keine weitere Subkommission geplant ist.

Die Thematik «Ökonomisierung der Medizin» wird mit der Planung einer gemeinsamen Tagung mit der NEK zum Thema «Spannungsfeld zwischen medizinischer Grundversorgung und wunscherfüllender Medizin» im Juni weiterverfolgt.

Angeregt durch eine Anfrage betreffend die Einführung eines Neugeborenencreenings für Cystische Fibrose hat die ZEK beschlossen, in der zweiten Jahreshälfte eine Tagung zum Thema ethische Implikationen des Neugeborenencreenings zu organisieren.

Die ZEK wird 2010 die Entwicklung im Bereich der Massnahmen am Lebensende weiter aktiv mitverfolgen, ebenso die Diskussion um die Regelung der Forschung am Menschen, die mit der Abstimmung über den Verfassungsartikel und die nachfolgende Diskussion des Gesetzesentwurfs in ein kritisches Stadium kommt.

Personelles

2009 ist nach achtjähriger Amtszeit Prof. Annemarie Kesselring aus der ZEK zurückgetreten. Als Vertreterin der Pflege hat sie diesen Blickwinkel kompetent in der ZEK vertreten. Als ihren Nachfolger hat der Schweizerische Berufsverband der Pflegefachfrauen und -männer (SBK) lic. theol. Settimio Monteverde aus Basel in die ZEK delegiert. Neu in der ZEK ist ausserdem Prof. Dominique Sprumont, der die Nachfolge des per Ende 2008 zurückgetretenen Prof. Christoph Müller übernimmt und die rechtliche Perspektive vertritt.

Kurzkomentar

In einer Zeit zunehmender ärztlicher Deprofessionalisierung hat die ZEK eine Schlüsselrolle in der Wahrung medizinischer Eigenständigkeit, indem sie ethische Positionen aus der Innenperspektive der am Krankenbett Tätigen erarbeitet und diese nach Innen und Aussen vertritt.

Allen Mitgliedern der ZEK und der Subkommissionen möchte ich für ihren hohen Einsatz und die von Anfang an äusserst wohlwollende Zusammenarbeit mit dem neuen Präsidenten ganz herzlich danken. Mein besonderer Dank geht an Michelle Salathé, deren strukturierende, koordinierende und moderierende Hintergrundarbeit die vielfältigen und komplexen Aktivitäten zu einem sinnvollen Ganzen zusammenfügt.

Christian Kind

**Mitglieder der Zentrale Ethikkommission
Membres de la Commission Centrale d'Éthique**

Prof. Christian Kind, St.Gallen Präsident	Dr. Roland Kunz, Affoltern a. Albis
Dr. Markus Zimmermann-Acklin, Luzern Vizepräsident	lic. theol. Settimio Monteverde, Basel seit 19. 5. 2009
Dr. Hermann Amstad, Basel Generalsekretär, ex officio	Dr. Valdo Pezzoli, Lugano
Prof. Nikola Biller-Andorno, Zürich	Dr. Fritz Ramseier, Königsfelden
Dr. Thomas Bischoff, Lausanne	Prof. Bara Ricou, Genf
PD Dr. Georg Bosshard, Winterthur	lic. iur. Michelle Salathé, Basel stv. Generalsekretärin, ex officio
Dr. Nicole Bürki, Liestal	Prof. Dominique Sprumont, Neuenburg seit 19. 5. 2009
Dr. Max Giger, Winterthur	Dr. Susanna Stöhr, Basel
Prof. Bruno Gravier, Prilly	Prof. Peter M. Suter, Genf Präsident SAMW, ex officio
Dr. MHA Daniel Grob, Zürich	Prof. John-Paul Vader, Lausanne
Dr. Samia Hurst, Genf	Marianne Wälti-Bolliger, Tramelan
Prof. Annemarie Kesselring, Bern bis 19. 5. 2009	Dr. Philipp Weiss, Basel

**Anzahl bestellter Richtlinien 2009
Nombres de directives commandées en 2009:**

Patientenverfügung / <i>Directives anticipées</i>	5600
Reanimationsentscheidungen / <i>Décisions de réanimation</i>	2900
Lebendspende von soliden Organen / <i>Don d'organes solides par des personnes vivantes</i>	500
Medizinische Behandlung und Betreuung von Menschen mit Behinderung / <i>Traitement médical et prise en charge des personnes en situation de handicap</i>	1400
Palliative Care / <i>Soins palliatifs</i>	2800
Biobanken / <i>Biobanques</i>	170
Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung / <i>Droit des patientes et patients à l'autodétermination</i>	1000
Feststellung des Todes mit Bezug auf Organtransplantationen / <i>Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes</i>	280
Zwangsmassnahmen in der Medizin / <i>Mesures de contrainte en médecine</i>	420
Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende / <i>Prise en charge des patientes et patients en fin de vie</i>	1400
Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen / <i>Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance</i>	1700
Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten / <i>Traitement et prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée</i>	240
Ausübung der ärztlichen Tätigkeit bei inhaftierten Personen / <i>Exercice de la médecine auprès de personnes détenues</i>	250
Grenzfragen der Intensivmedizin / <i>Problèmes éthiques aux soins intensifs</i>	90
Somatische Gentherapie am Menschen / <i>Thérapie génique somatique appliquée à l'être humain</i>	90

Commission Centrale d'Éthique (CCE)

Mandat

a) Elaboration d'avis concernant des questions médico-éthiques d'actualité pour notre société

La CCE encourage la discussion de problèmes éthiques et s'exprime sur des questions d'actualité pour notre société. Elle répond à des demandes d'ordre médico-éthique soumises par des institutions ou des personnes publiques ou privées à l'ASSM.

b) Elaboration de directives et recommandations médico-éthiques

La CCE anticipe et discute les problèmes éthiques en médecine. Elle rédige des directives et recommandations médico-éthiques destinées à soutenir la pratique médicale, la recherche et la formation des professionnels de la santé. Elle est attentive à la manière dont les différentes directives et recommandations de l'ASSM sont appliquées. Elle encourage l'échange d'informations et les contacts entre les destinataires (personnes ou groupes) de ses directives et recommandations.

c) Echange avec d'autres organisations du domaine de l'éthique

La CCE entretient et développe ses relations et échanges avec les autres intervenants du domaine de l'éthique dans le système de la santé, sur le plan national et international.

Activités 2009

Directives médico-éthiques

La version définitive des directives concernant les «Directives anticipées» (Président de la sous-commission: lic. théol. Peter Lack) a été approuvée par le Sénat le 25.5.2009 après avoir été remaniée sur la base des 80 prises de position – majoritairement positives – parvenues au secrétariat général pendant la période de consultation. Pour la première fois, une version abrégée d'une directive médico-éthique de l'ASSM a été rédigée, de même qu'une liste de questions types permettant de définir plus justement l'échelle des valeurs du patient.

La sous-commission «Structures de soutien à la réflexion éthique» (Présidente: Prof. Samia Hurst) a été constituée et les bases des futures directives ont été posées. Le but de ces directives est de décrire les conditions cadres, les possibilités et les limites d'un large éventail de possibles structures de soutien à la réflexion éthique dans les institutions médicales.

L'application pratique de la Loi sur la transplantation a mis à jour un certain nombre de problèmes; de ce fait, l'ASSM a introduit une sous-commission (présidée par le Prof. Jürg Steiger et lic. théol. Settimio Monteverde) chargée de la révision des directives «Diagnostic de la mort dans le contexte de la transplantation d'organes» qui a débuté ses activités au courant du deuxième semestre 2009.

Les directives «Problèmes éthiques aux soins intensifs» datant de 1999 doivent également être actualisées. Une sous-commission (présidée par Prof. Reto Stocker) a été instaurée; elle commencera son travail en 2010.

La demande de révision des directives «Traitement et prise en charge des personnes âgées en situation de dépendance» a été ajournée; toutefois, le texte a été complété par des indications et des ajouts devenus nécessaires dans les notes en bas de page. Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur la protection des adultes, la révision de ces directives (ainsi que d'autres directives) sera indispensable.

Un nouveau groupe de travail a rédigé un règlement type avec un formulaire de consentement et une brochure d'information des patients pour les directives «Biobanques».

Colloques

Le 10 juin 2009, l'ASSM organisait, en collaboration avec la Commission Nationale d'Éthique CNE, une manifestation publique sur le thème de l'«Economicisation de la médecine? L'introduction des DRG dans les hôpitaux suisses, un défi éthique», à Berne. La fréquentation assidue et les nombreux échos positifs ont encouragé la CCE à planifier avec la CNE un nouveau symposium sur ce sujet en 2010.

Le 12 novembre dernier a eu lieu un forum sur le thème «Éthique des soins et éthique médicale en fin de vie: des réponses différentes aux mêmes questions?», organisé par l'Association Suisse des Infirmières et infirmiers ASI, l'ASSM et la Société Suisse d'éthique biomédicale SSEB. La volonté d'encourager les différentes professions médicales à se réunir pour élaborer et diffuser des avis éthiques est clairement ressortie de ce forum. Un autre pas dans cette direction vient d'être franchi: un membre de la CCE est invité à siéger dans la commission d'éthique de l'ASI.

Activités internationales

En tant que membre du comité de direction de l'EACME (European Association of Centers of Medical Ethics), le Président a participé à leur congrès annuel à Venise.

Autres activités

Sur demande de l'Office Fédéral de la Justice, la CCE s'est penchée sur la question du refus d'un professionnel de la santé de fournir des prestations médicales pour motif de conscience. Après avoir auditionné deux experts, recherché les avis de la Société suisse de gynécologie et obstétrique et de l'Association suisse des sages-femmes et discuté deux fois de la question au sein de la commission, il a été décidé de n'entreprendre aucune démarche pour le moment. En règle générale, les problèmes susceptibles de survenir ponctuellement peuvent être résolus selon les principes déjà éprouvés. Des traitements médicaux ne peuvent être refusés pour motif de conscience que lorsque les conditions suivantes sont remplies: Le patient n'est pas en situation d'urgence et est immédiatement informé du refus de la personne soignante; celle-ci lui propose d'autres alternatives et lui donne toutes les indications nécessaires. Le Président a défendu cette position de la CCE le 9 septembre à un congrès de la Commission bioéthique de la Conférence des Evêques Suisses à Soleure.

Les propositions de modifications du Code pénal suisse concernant l'assistance organisée au suicide, présentées fin octobre par la Confédération, ont été analysées par un groupe de travail qui a ensuite soumis une prise de position à ce sujet aux membres de la CCE et du comité de direction. La prise de position, publiée début 2010, rejette les propositions de la Confédération, car elles sous-entendent une institutionnalisation de l'assistance au suicide en tant qu'activité médicale; de ce fait, les institutions médicales seraient de plus en plus incitées à accepter que les organisations d'assistance au suicide exercent dans leurs locaux. En principe, l'ASSM considère la réglementation de l'assistance organisée au suicide dans le Code pénal comme inopportune; elle suggère d'élaborer plutôt une loi de surveillance.

En été 2007, l'ASSM a chargé l'Institut d'éthique biomédicale de l'Université de Zurich de procéder à une étude dans le but d'évaluer le degré de notoriété des directives et la façon dont les représentants du public ciblé jugent leur utilité. L'évaluation des directives choisies a été réalisée sur la base d'un questionnaire qui a été adressé à 1933 médecins et soignants. Le taux de réponse s'élevait à 43%. Les résultats de l'étude ont été publiés début 2010 (Pfister E., Biller-Andorno N. The reception and implementation of several medical-ethical guidelines of the Swiss Academy of Medical Sciences in medical and nursing practice, *Swiss Medical Weekly*, 2010; 140: 160–167).

Les statuts de la CCE, datant de 1991, ont été révisés et actualisés. Avant l'approbation par le Sénat, il reste à discuter avec la FMH (l'une des organisations fondatrices de l'ASSM) la question de sa représentation au sein de la CCE. Dans l'ensemble, les principaux contenus des statuts restent inchangés, car le rôle et le mode de fonctionnement de la CCE semblent toujours faire leurs preuves.

Perspective 2010

Les nouvelles directives «Structures de soutien à la réflexion éthique» et la révision des directives «Diagnostic de la mort» et «Médecine intensive» requièrent tant de ressources qu'aucune autre sous-commission n'est prévue pour 2010.

L'ASSM donnera suite au thème de l'«Economicisation de la médecine» en organisant en juin avec la CNE un nouveau symposium intitulé «La médecine pour qui? La prise en charge médicale entre les besoins des patients et les promesses de la «médecine du désir».

Par ailleurs, suite à une demande concernant l'introduction du screening pour la fibrose kystique, la CCE a décidé d'organiser un forum sur le thème des implications éthiques du screening.

En 2010, la CCE continuera à suivre activement l'évolution des questions touchant à la fin de vie tout comme les débats autour de la réglementation de la recherche sur l'être humain qui, avec la votation de l'article constitutionnel et la discussion du projet de loi, arrivent à un stade critique.

Mutations personnelles

Après un mandat de huit années, Prof. Annemarie Kesselring se retire de la CCE. En tant que représentante des professions de soins, elle a su défendre leur point de vue avec compétence. L'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI) a désigné comme son successeur lic.théol. Settimio Monteverde de Bâle. Prof. Dominique Sprumont, qui succède au Prof. Christoph Müller qui s'était retiré fin 2008, défend la perspective juridique au sein de la CCE.

Commentaire

En élaborant des bases éthiques pour les professionnels au chevet du malade et en les défendant aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur, à cette époque de déprofessionnalisation croissante des professions médicales, la CCE détient un rôle clé dans la préservation de l'autonomie des médecins.

Je tiens à remercier de tout coeur tous les membres de la CCE et des sous-commissions pour leur engagement exceptionnel et la collaboration agréable. Ma reconnaissance va particulièrement à Michelle Salathé qui, grâce à un travail de fond structuré et coordonné, parvient à articuler les activités nombreuses et complexes de la CCE en un tout cohérent.

Christian Kind

Wissenschaftliche Integrität der akademien-schweiz

Auftrag

- Sensibilisierung der Zielgruppen für das Thema «wissenschaftliche Integrität»
- Unterstützung der Implementierung von Richtlinien zur wissenschaftlichen Integrität in Forschungsinstitutionen und Institutionen der Forschungsförderung
- Unterstützung der Integration des Themas «wissenschaftliche Integrität» in die Aus- und Weiterbildung von Forschenden
- Aufbau einer Integritätsschutzorganisation der akademien-schweiz
- Stellungnahme zu grundsätzlichen Fragen der wissenschaftlichen Integrität
- Vernetzung auf nationaler und internationaler Ebene

Aktivitäten 2009

Nationale Aktivitäten

Im Anschluss an eine Tagung der All European Academies (ALLEA) «Strengthening Scientific Integrity: Towards an European Code of Conduct? The role of the European National Academies» hat die Kommission einen nationalen Anlass zum Informations- und Erfahrungsaustausch der in der Schweiz zuständigen Institutionen und Personen im Bereich wissenschaftliche Integrität durchgeführt.

Die Geschäftsstelle hat die seit 1999 bisher erfolgten Anfragen betreffend wissenschaftliches Fehlverhalten systematisiert. Die für diesen Zweck erarbeitete Statistik soll als Modell für die Einführung einer gesamtschweizerischen Statistik dienen (vgl. Aktivitäten 2010).

Internationale Aktivitäten

Der Präsident der Kommission und die Geschäftsführerin haben an der Entstehung des europäischen «European Code of Conduct» mitgewirkt, welcher von ALLEA herausgegeben wird; ebenso haben sie in einer Unterarbeitsgruppe der European Science Foundation (ESF) mitgearbeitet, welche Forschungsschwerpunkte betreffend wissenschaftliche Integrität definiert.

Der Präsident ist Mitglied des European Network of Research Integrity Offices (ENRIO): Dieses dient dem europäischen Erfahrungsaustausch und hat 2009 eine Stellungnahme zum Plagiarismus ausgearbeitet.

Der Präsident hat zudem sowohl im In- als auch im Ausland über wissenschaftliche Integrität referiert und an Round-Table-Diskussionen teilgenommen.

Ausblick 2010

Nationale Aktivitäten

Um einen Überblick über die Anzahl der Fälle von wissenschaftlichem Fehlverhalten zu erhalten, soll mit den Verantwortlichen an den Universitäten und Eidg. Technischen Hochschulen die Einführung einer gesamtschweizerischen Statistik diskutiert werden.

Weitere Schwerpunkte auf nationaler Ebene stellen die Analyse und Implementierung geeigneter Präventionsmassnahmen zur Vermeidung von wissenschaftlichem Fehlverhalten sowie das Erarbeiten eines Manuals zu den Regeln betreffs Autorschaft in den verschiedenen Wissenschaftsbereichen dar.

Internationale Aktivitäten

Der Austausch mit internationalen Organisationen, die sich mit wissenschaftlicher Integrität befassen und die Mitwirkung in europäischen Arbeitsgruppen wird weitergeführt. Das nächste ENRIO-Treffen vom April 2010 wird vom Präsidenten in Bern organisiert. Ein Höhepunkt wird sicher die Mitwirkung an der 2. Weltkonferenz in Singapur sein, welche 2010 stattfindet.

Kurzkommentar

Es ist festzuhalten, dass es sich bei dieser Kommission um eine gemeinsame Institution aller vier Akademien handelt, bei der die SAMW den Lead hat.

Die wesentlichen zu bearbeitenden Themen zur wissenschaftlichen Integrität kristallisieren sich zunehmend heraus, wobei die internationale Zusammenarbeit eine Aufteilung der Themen auf verschiedene Instanzen ermöglicht.

Die Anfragen an die Geschäftsstelle nehmen ab, was wahrscheinlich auf die zunehmende Regulierung in diesem Bereich durch die Universitäten zurückzuführen ist. Dies spricht erfreulicherweise für das angestrebte zunehmende Bewusstsein über wissenschaftliche Integrität.

Emilio Bossi

Kommission der wissenschaftlichen Integrität der akademien-schweiz

Prof. Emilio Bossi, Bolligen
SAMW, Präsident

Dr. Erwin Koller, Uster
SAGW

Dipl. Ing. Ulrich Lattmann, Starrkirch
SATW

Prof. Peter Meier-Abt, Basel
SAMW

Prof. Heinz Müller-Schärer, Fribourg
SCNAT

lic. iur. Michelle Salathé, Basel
SAMW, Geschäftsführerin

Prof. Christian Brückner, Basel
Integritätsbeauftragter
der akademien-schweiz

Beratende Kommission für die Umsetzung der Richtlinien «Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie»

Mitte 2007 nahm die Beratende Kommission zur Umsetzung der Richtlinien «Zusammenarbeit Ärzteschaft-Industrie» ihre Tätigkeit auf; eingesetzt wurde sie im Mai 2007 vom Senat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW). Wie in ihrem Reglement vorgesehen, veröffentlichte sie nach einem Jahr ihren ersten Tätigkeitsbericht (SÄZ 2008; 89: 1490–1492). Wenn der vorliegende, zweite Bericht erst nach 1½ Jahren erscheint, ist dies der Anpassung an den kalendarischen Rhythmus geschuldet.

Die Beratende Kommission hat von August 2008 bis Dezember 2009 fünf Sitzungen durchgeführt. In deren Rahmen hat sie Anfragen beantwortet, von sich aus «Fälle» bzw. Themen aufgegriffen, mit VertreterInnen von Fachgesellschaften und Pharmafirmen Gespräche geführt und Umsetzungshilfen erarbeitet.

Organisation von Fortbildungsveranstaltungen

Eine wiederholt diskutierte Frage betraf jene, wer für die Organisation eines Fortbildungsanlasses verantwortlich ist bzw. sein muss. Die Kommission bekräftigte ihren Standpunkt, dass von Pharmafirmen verantwortete Anlässe nicht als Fortbildung anzuerkennen sind. Hingegen nahm sie zur Kenntnis, dass bei neuen Vermittlungsformen wie z. B. e-Learning häufig eine Firma (in der Regel aus dem IT-Bereich) verantwortlich zeichnet. Sofern das entsprechende Angebot im Auftrag einer Fachgesellschaft erstellt wurde, ist gegen dessen Anerkennung als Fortbildung nichts einzuwenden. Beim neuartigen Fortbildungsangebot eines Verlages verneinte hingegen die Kommission die «Kreditwürdigkeit»; die Abstützung beschränkte sich hier auf einzelne Experten bzw. auf Umfrageergebnisse.

«Zur Anerkennung eingereicht bei ...»

Aufgrund der Tatsache, dass einige Fachgesellschaften bei der Anerkennung von Fortbildungsanlässen zurückhaltender geworden waren, gingen einige Pharmafirmen dazu über, auf den Programmen ihrer Anlässe den Vermerk anzubringen «Zur Anerkennung eingereicht bei den Fachgesellschaften X, Y und Z», um so den Eindruck zu erwecken, die Veranstaltung entspreche den Richtlinien. Trotz Intervention der Kommission sowohl bei den betreffenden Firmen als auch bei den jeweils erwähnten Fachgesellschaften ist diese Praxis leider immer noch zu beobachten.

Monosponsoring

Das Thema «Monosponsoring» beschäftigte die Kommission auch in dieser Berichtsperiode. Die Kommission anerkennt durchaus, dass Monosponsoring – aus nachvollziehbaren Gründen – sowohl für die Firmen attraktiver als auch für die Organisatoren eines Fortbildungsanlasses unkomplizierter ist. Sie hat aber auch hier mehrfach bekräftigt, dass gerade das Monosponsoring die notwendige fachliche Unabhängigkeit eines Anlasses in Frage stellt und deshalb zu vermeiden ist.

Hilfe bei der Umsetzung der Richtlinien

Die Kommission ist sich bewusst, dass die Umsetzung der Richtlinien nicht immer ganz einfach ist, vor allem weil sie häufig die Änderung einer eingespielten Praxis bedingt. Einer ihrer Aufträge lautet denn auch explizit, Hilfestellung zu bieten bei der Umsetzung der Richtlinien. In der Berichtsperiode hat sie dies gleich mehrfach getan. Einerseits wurden (häufig auch via SAMW-Generalsekretariat) über 20 telefonische bzw. E-Mail-Anfragen beantwortet; rund die Hälfte davon stammte allerdings von Firmen.

Daneben veröffentlichte die Kommission eine «Checkliste», mit der schnell und unkompliziert überprüft werden kann, ob ein bestimmter Anlass die Richtlinien einhält (SÄZ 2009; 90:1282–1283), einen Mustervertrag für eine Sponsoringvereinbarung zwischen Pharmafirmen und den Organisatoren eines Fortbildungsanlasses sowie ein Folienset, in dem die Richtlinien vorgestellt und mit Beispielen verdeutlicht werden. Mustervertrag und Folienset sind auf der Website der SAMW abrufbar.

Steter Tropfen

Noch zu Beginn des Jahres 2009 hatte die Kommission den Eindruck, die Verbreitung bzw. die Akzeptanz der Richtlinien sei bescheiden. Immer wieder wurde sie auf ähnliche Verstösse aufmerksam gemacht, und immer wieder verschickte sie ähnliche Schreiben. Vor diesem Hintergrund beschloss die Kommission, im zweiten Halbjahr im Sinne einer Sensibilisierungskampagne in der Schweizerischen Ärztezeitung eine Artikelserie zu starten, die darstellen sollte, wo die Interaktionen der Ärzteschaft mit der Industrie allenfalls negative Wirkungen zeigen können und wie in anderen Ländern auf diese Situation reagiert wird.

Ende Jahr dann ein Lichtblick: Nachdem die SGIM als grösste Fachgesellschaft jahrelang Anlässe von Pharmafirmen als Fortbildung anerkannt hat, teilte sie nun mit, dass sie ab 2010 solchen Anlässen keine Credits mehr erteilen werde. Für die Kommission ist dies ein erfreulicher Hinweis, dass ihre Arbeit Früchte zu tragen beginnt – und dass eines Tages der Moment kommen könnte, wo ihre Tätigkeit nicht mehr gebraucht wird. Bis dahin sieht es die Beratende Kommission weiterhin als ihre Aufgabe an, die Ärzteschaft bei der Gestaltung ihrer «gelegentlich heiklen Beziehung zur Industrie» zu unterstützen und zu beraten.

Walter Reinhart

Mitglieder der Beratenden Kommission

Prof. Walter Reinhart, Chur
Präsident

Dr. Gilbert Abetel, Orbe

Prof. Anne-Françoise Allaz, Genève

Dr. Hermann Amstad, Basel
ex officio

Prof. Jérôme Biollaz, Lausanne

Dr. iur. Dieter Grauer, Zürich

Prof. Thomas F. Lüscher, Zürich

Dr. Christian Marti, Winterthur

Dr. Alain François Michaud, Nyon

Dr. iur. Jürg Müller, Basel

Prof. Reto Obrist, Sierre

lic. iur. Valérie Rothhardt, Bern

Dr. Urs Strebel, Männedorf

Dr. Markus Trutmann, Biel

Mitglieder der Ethik-Kommission für Tierversuche

Prof. Marianne Geiser Kamber, Bern
Präsidentin

PD Dr. Christina Aus der Au, Basel

Prof. Bernard Baertschi, Genf

PD Dr. Andreas Brenner, Basel

Prof. Kurt Bürki, Zürich

Dr. med. vet. Andreas Gutzwiller, Posieux

Dr. Bernhard Heiniger, Langenthal

Prof. Edith Hummler, Lausanne

Prof. Stephan Jakob, Bern

Dr. Katrin Kuehnle, Basel

Prof. Beatrice Lanzrein, Bern

PD Dr. Birgit Ledermann, Münchenstein

PD Dr. Beat M. Riederer, Lausanne

lic. iur. Markus Tinner, Zürich

Dr. Thierry Wannier, Fribourg

Ethik-Kommission für Tierversuche

Auftrag

Die Kommission ist ein Beratungsorgan der Akademien der Wissenschaften Schweiz. Ihre Aufgaben stützen sich auf die «Ethischen Grundsätze und Richtlinien für wissenschaftliche Tierversuche», welche sie periodisch überprüft. Sie kann grundsätzliche Themen aufgreifen und Stellungnahmen dazu ausarbeiten. Im Weiteren prüft die Kommission gesetzliche Erlasse im Bereich Tierversuche und äussert sich im gleichen Sinne zu internationalen Regelungen betreffend wissenschaftliche Tierversuche.

Aktivitäten 2009

Die Kommission traf sich zu 4 ordentlichen Sitzungen. Referate von lic. iur. M. Tinner und Prof. T. Wannier lieferten weitere Grundlagen für die Arbeit zum Thema Würdebegriff. Eine aus Kommissionsmitgliedern bestehende Arbeitsgruppe traf sich in einer ausserordentlichen Sitzung zur Ausarbeitung eines ersten Konzepts einer Stellungnahme.

Die Kommission äusserte sich in einer Stellungnahme zur Verordnung über das elektronische Informationssystem zur Verwaltung der Tierversuche (VerTi-V) und die Verordnung des BVET über die Versuchstierhaltungen und die Erzeugung gentechnisch veränderter Tiere sowie über das Verfahren bei Tierversuchen.

Die Stellungnahme «Interspezies-Mischwesen: Aspekte des Tierschutzes» wurde in 3 Sprachen (d, e, f) übersetzt und auf der Internetseite der SAMW publiziert. Mit der zusätzlichen Publikation in den Zeitschriften ALTEX (englisch) und ALTEXethik (deutsch) steht die Stellungnahme einer breiten Leserschaft zur Verfügung.

Die Ethikkommission für Tierversuche präsentiert sich auf einer neuen Webseite. Sie ist auf der Internetseite der SAMW unter dem Themenmenu Ethik / Tierethik zu finden. Nebst der auf dieser Seite aufgeführten Zusammensetzung der Kommission, den verschiedenen Richtlinien und Stellungnahmen ist der Briefkasten und das Login fürs Intranet eingerichtet worden.

Ende 2009 ist ein Mitglied (Dr. B. Heiniger) aus der Kommission ausgeschieden.

Ausblick 2009

2010 soll vornehmlich die Stellungnahme zum Thema Würdebegriff ausgearbeitet und verabschiedet werden. Des Weiteren sollen die Ethischen Richtlinien an die neue Tierschutzgesetzgebung angepasst werden.

Marianne Geiser Kamber

Kommission der Biomedizinischen Bibliotheken

Auftrag

Die Kommission der Biomedizinischen Bibliotheken wurde Ende der siebziger Jahre als «Arbeitsgruppe für biomedizinische Literaturversorgung» vom Eid. Department des Innern unter der Schirmherrschaft der SAMW eingesetzt. Ihre Aufgabe war es, Vorschläge zur Verbesserung der Literaturversorgung im biomedizinischen Bereich zu unterbreiten. Die Kommission erarbeitete und betreute damals ein auf EDV automatisiertes Verzeichnis aller biomedizinischen Zeitschriften, die in schweizerischen Bibliotheken vorhanden sind. Nach Abschluss dieser Arbeit hat die SAMW die Arbeitsgruppe Mitte der achtziger Jahre ohne Beteiligung des EDI weitergeführt. Die seitdem «Kommission der Biomedizinischen Bibliotheken» genannte Arbeitsgruppe widmete sich in den darauffolgenden Jahren vor allem der Evaluation und Verbreitung der neuen bibliothekarischen Techniken. Ausserdem wurde das Netzwerk dazu genutzt, Konsortialverträge mit den Verlagen abzuschliessen. In den letzten Jahren beteiligte sich die Kommission an Themen wie der «Open Archive Initiative», der kooperativen Print-Archivierung und der Dokumenten-Dienstleistung. Die Kommission ist Mitglied der European Association for Health Information and Libraries EAHIL und entsendet eine Vertretung in den EAHIL Council.

Aktivitäten 2009

Die Kommission traf sich 2009 zu drei ordentlichen Sitzungen.

Erwerbungscoordination

Mit der technischen Entwicklung im Bereich der Informationsmittel hat sich für die Kommission die Möglichkeit der Konsortiumsbindung eröffnet. Unter der Bezeichnung SMAC (Swiss Medical Academic Consortium) werden seit 2003 Produkte wie elektronische Zeitschriften und Datenbanken zu relativ günstigen Bedingungen gemeinsam erworben.

Seit September 2008 läuft ein gemeinsames Probeabonnement der Datenbank EMBASE (Elsevier). Diese liefert Nachweise der internationalen Literatur mit Schwerpunkt Europa aus der gesamten Humanmedizin und ihren Randgebieten. EMBASE ist besonders hilfreich im Bereich «Evidence-based Medicine» und auch für das Schreiben systematischer Reviews. Sie ist damit eine wichtige Ergänzung zu anderen Datenbanken wie Medline. Der Vertrag mit Elsevier wurde deshalb im September 2009 für ein Jahr verlängert.

Kooperative Print-Archivierung

Die Kommission koordiniert die im Rahmen von Sparbemühungen sich aufdrängenden Abbestellungen von Zeitschriftenabonnements untereinander in der Weise, dass von jeder Zeitschrift mindestens eine Print-Ausgabe bestehen bleibt. Die Kommission erarbeitet derzeit Lösungsvorschläge, wie man die Bestände am besten auf die fünf Fachbibliotheken aufteilt.

Zugang zu wissenschaftlichen Fachzeitschriften an nicht-universitären Spitälern

Die «Open Access»-Bewegung mit dem Ziel der freien Verfügbarkeit wissenschaftlicher Informationen hat in den letzten Jahren auch in der biomedizinischen Forschung einige Erfolge verzeichnen können. Dennoch ist der Grossteil der aktuellen medizinischen Literatur den Lizenz-Zahlenden vorbehalten, was vor allem ÄrztInnen an nicht-universitären Spitälern und niedergelassenen ÄrztInnen den Zugang zu spezifischen Fachjournalen erschwert. Die Kommission hat Anfang 2009 angeregt, dieses Thema aufzugreifen; sie hat dazu im September 2009 eine erste Umfrage an 15 nicht-universitären Spitälern in der Schweiz durchgeführt. Diese hat gezeigt, dass Zugang zu wissenschaftlicher Literatur an vielen Spitälern nicht ausreichend vorhanden ist und massgeblich davon abhängt, wieviel die Spitäler bereit sind, für Lizenzen auszugeben. Alle angefragten Spitäler haben ihr Interesse an einer nationalen Lösung angemeldet.

Ausblick 2010

Für Anfang 2010 ist ein Workshop zum Thema «Erleichterter Zugang zu medizinischer Fachliteratur» geplant. Vertretungen von Spitalbibliotheken, Spitalnetzwerken, Verlagen, FMH und des Bundes sollen an diesem Workshop die aktuelle Situation in der Schweiz analysieren und mögliche Lösungsansätze diskutieren.

Peter J. Meier-Abt

Mitglieder der Kommission der biomedizinischen Bibliotheken

Prof. Peter Meier-Abt, Basel

Präsident

Isabelle De Kaenel, Lausanne

Jean-Daniel Enggist, Bern

Yvonne Finke, Basel

Martin Gränicher, Bern

Dr. Katrin Kuehnle

ex officio

Tamara Morcillo, Genève

Dr. Daniela Omlin, Basel

bis 31. 7. 2009

Jürg Schenker, Bern

Anna Schlosser, Zürich

Mirko von Elstermann, Basel

ab 1. 8. 2009

Weiterbildung zum Laborleiter

Auftrag

- Erarbeitung und periodische Überprüfung des Weiterbildungsprogramms
- Rekursinstanz bei Beschwerden gegen Entscheide des Fachausschusses
- FAMH
- Überwachung der Abschlussprüfungen

Aktivitäten 2009

Die Kommission hat sich auch im Berichtsjahr Gedanken über die Revision des Weiterbildungsprogramms gemacht. Es fanden diverse Besprechungen zusammen mit dem Expertenkomitee der FAMH, dem ausführenden Organ des Weiterbildungsprogramms, statt. Es gelang indessen bislang nicht einen tragfähigen Konsens für eine Aenderung des Weiterbildungsreglements zu finden. Probleme sind dabei die gegenwärtigen Strukturänderungen innerhalb der medizinischen Laboratorien und ihre möglichen Auswirkungen auf die Bedürfnisse und die Anforderungen an künftige Laborspezialisten.

Ausblick 2010

Es ist geplant, ein neues Weiterbildungsreglement während des Jahres 2010 fertigzustellen und in die Vernehmlassung zu geben. Dieses Reglement wird eine Weiterbildungsdauer von mindestens 4 Jahren vorsehen. Fragen stellen sich bezüglich der Mono- und der Multidisziplinarität. Der Erwerb von FAMH Titeln für FMH Titelträger in Hämatologie und Immunologie und möglicherweise auch Infektiologie soll auch weiterhin mit einem vertretbaren Zeitaufwand ermöglicht werden.

Walter F. Riesen

Mitglieder der Kommission Weiterbildung zum Laborleiter

Prof. Walter F. Riesen, St. Gallen

Präsident, SGAI

Prof. Jacques Bille, Lausanne

SGM

Dr. Willi Conrad, Luzern

FAMH

Dr. Pierre Hutter, Sion

SGMG

Prof. Kathrin Mühlemann, Bern

SAMW

Dr. Andreas Schmid, Bern

SAV

Prof. Walter Wuillemin, Luzern

SGH

Prof. Arnold Von Eckardstein, Zürich

SGKC

Fluor and Iodine Commission

Mission

Initially founded to accompany the developments in connection with the usage of iodized salt in Switzerland, the commission nowadays engages in scientific and technical questions concerning iodine and fluoride intake, monitors intake of these nutrients and concerns itself with political issues in this field.

Activities 2009

M Zimmermann traveled to Lisbon on September 4–9, 2009 to participate in an iodine nutrition symposium as part of the annual meeting of the European Thyroid Association (ETA). Leaders of iodized salt programs from all over Europe attend and M Zimmermann presented a lecture on the Swiss iodized salt program and its coordination by the SAMW committee.

Working with Urs Stalder of the BAG, M Zimmermann and H Bürgi have helped develop an information brochure to increase the Swiss public awareness on iodine deficiency entitled: «Jod ein wichtiger Mineralstoff für Kinder und Jugendliche».

M Zimmermann and H Bürgi are supervising a national study «Monitoring Iodine Nutrition in Schoolchildren and Pregnant Women in Switzerland». The study has been done from February–October, 2009, and is paid for the BAG and the ETH Zürich. Its aim is to monitor the Swiss iodized salt program for the control of iodine status in Switzerland. The specific aims are:

1. to monitor the iodine content of Swiss salt by measuring salt iodine concentration at the retail and household level
2. to monitor iodine nutrition of Swiss primary school children and pregnant women by measuring urinary iodine concentration
3. to assess thyroid function in pregnant women by measuring thyroid hormone concentration
4. to monitor the newborn TSH screening data compiled at Department of Endocrinology, University Children's Hospital for the last 5 years and compare to the previous years

Data of this study are currently being analysed and the conclusions will be available in early 2010.

The 2009 annual meeting of the committee took place on Feb 24 at the ETH Zürich.

Outlook 2010

The 2010 annual meeting of the committee will take place on March 2, 2010 at the ETH Zürich.

Conclusions from the national study «Monitoring Iodine Nutrition in Schoolchildren and Pregnant Women in Switzerland» will be made available in early 2010.

The information brochure to increase the Swiss public awareness on iodine deficiency entitled: «Jod ein wichtiger Mineralstoff für Kinder und Jugendliche» will be published by the BAG and widely distributed.

Comment

The recent decline in the use of iodized salt by Swiss food industries is a concern and the committee is carefully monitoring the situation to ensure adequate iodine intakes in the Swiss population.

Michael Zimmermann

Members of the Fluor and Iodine Commission

Prof. Michael Bruce Zimmermann, Zürich
President

Prof. Ursula Ackermann-Lieblich, Basel

Prof. Hans Bürgi, Solothurn

dipl. oec. Esther Camenzind-Frey, Bern
bis 30. 6. 2009

Prof. Hans Gerber, Bern
ab 1. 7. 2009

Direktor Dr. Jürg Lieberherr, Schweizerhalle

Prof. Thomas M. Marthaler, Zürich

Prof. Christoph A. Meier, Zürich

Dr. Giorgio Menghini, Zürich

Prof. Jürg Meyer, Riehen

Dr. Katharina Quack Lötscher, Zürich

Barbara Rose, Bern
ab 1. 7. 2009

Dr. Anne Witschi, Basel
bis 30. 6. 2009

Prof. Thomas Zeltner, Bern
ex officio

Membres du jury du prix médiatique

Prof. Stephanie Clarke, Lausanne
Présidente

Olivier Dessibourg, Lausanne

Michele Ferrario, Lugano

Prof. Renato L. Galeazzi, St-Gall

Dr Katrin Kuehnle, Bâle

Dr Hans Stefan Rüfenacht, Bâle

Stefan Stöcklin, Bâle

Prix médiatique «Prix Média»

Mission

Les Académies suisses des sciences considèrent qu'il est de leur devoir de promouvoir le dialogue entre la science et la société. Elles sont soutenues dans cette tâche par des journalistes et des chercheurs qui traitent des sujets complexes pour les rendre accessibles au grand public. Avec le nouveau «Prix Média» décerné dans les disciplines de la médecine (par l'ASSM), des sciences naturelles (par la SCNAT) et des sciences humaines et sociales (par l'ASSH), les Académies suisses des sciences aimeraient honorer et encourager leur travail. Le «Prix Média» de médecine (qui s'élève à Fr. 10 000.–) remplace le «Prix Excellence». Le jury du «Prix Média» de médecine, composé de scientifiques et de journalistes, propose le thème annuel, évalue les candidatures et élit le/les lauréats.

Activités 2009

En 2009, le jury a choisi le thème de «La médecine comme science» pour le «Prix Média». Après un examen minutieux des différentes candidatures et d'intenses discussions, la commission a décidé à l'unanimité d'attribuer le «Prix Média» 2009 à l'émission «Malvoyants: lueurs d'espoir» de la série 36.9° de la Télévision Suisse Romande TSR. Selon le jury, il s'agit d'une émission vivante et intéressante, au contenu convaincant; en outre, ses auteurs ont su à merveille tirer profit du médium utilisé. Cette émission aborde le sujet selon divers points de vue et expose de manière intelligible les récents développements de la médecine ophtalmologique. En même temps, les vécus des patients illustrent parfaitement les explications des experts (suisses et étrangers). Le jury a décidé de décerner le prix à l'émission en tant que telle (et donc à tous les intervenants) et non pas à une seule personne. Madame Françoise Ducret, journaliste et productrice éditoriale a participé à la cérémonie de remise du «Prix Média» en tant que représentante de l'équipe de 36.9°.

Perspective 2010

En mars 2010, le «Prix Média» sera remis au concours par les Académies suisses des sciences. En 2010, le «Prix Média» sera également décerné par l'Académie Suisse des Sciences Techniques (SATW).

Stephanie Clarke



Jahresrechnungen und Budget

Bericht zur Jahresrechnung 2009

Jahresrechnungen 2009

Schweizerische Akademie der Medizinischen
Wissenschaften (SAMW)

Robert-Bing-Fonds

Théodore-Ott-Fonds

Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds

A+D-Fonds

Helmut-Hartweg-Fonds

Gesamt-Jahresrechnung von SAMW inkl. Fonds

Budget 2010

Die Publikation der Jahresrechnungen 2009 erfolgt vorbehältlich der Genehmigung durch den Senat.

Bericht zur Jahresrechnung 2009 der SAMW

Rahmenbedingungen für die Budgetierung

Das Budget 2009 der SAMW in der Höhe von Fr. 2 500 000.– wurde im November 2008 vom Senat genehmigt auf Basis der folgenden, erwarteten Finanzierungen:

- Bundesbeitrag von Fr. 1 633 000.–
- Drittmittel (Donatoren, inkl. Velux-Stiftung) von Fr. 120 000.–
- Mittel aus dem Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds von Fr. 477 000.–
- Nationalfondsbeitrag von Fr. 250 000.– zur Finanzierung des National Collaborative Centers im ersten Halbjahr 2009.

Das Budget 2009 wurde anschliessend an den Senatsbeschluss noch um Fr. 93 000.– erhöht aufgrund der vom Vorstand am 27.4.2009 beschlossenen Auflösung des A+D Fonds.

Zielsetzungen

Im Bereich Medizin und Gesellschaft wurden die festgelegten Projektzielsetzungen – in Übereinstimmung mit der mit dem SBF abgeschlossenen Leistungsvereinbarung – unterstützt, nämlich:

- Medizin und Wissenschaftsethik, inkl. Unterstützung der ZEK, Palliativmedizin und der Stiftung für Patientensicherheit
- Projekt «Zukunft Medizin Schweiz»
- Öffentlichkeitsarbeit, inkl. Jahresberichte, Bulletin, Medienmitteilungen, Broschüren und Verleihung des Prix Média
- Wissenschaftspolitisches Engagement
- Vernetzungsaufgaben, u.a. TA Swiss, Koordination der ethischen Kommissionen, Kooperation mit Entwicklungsländern.

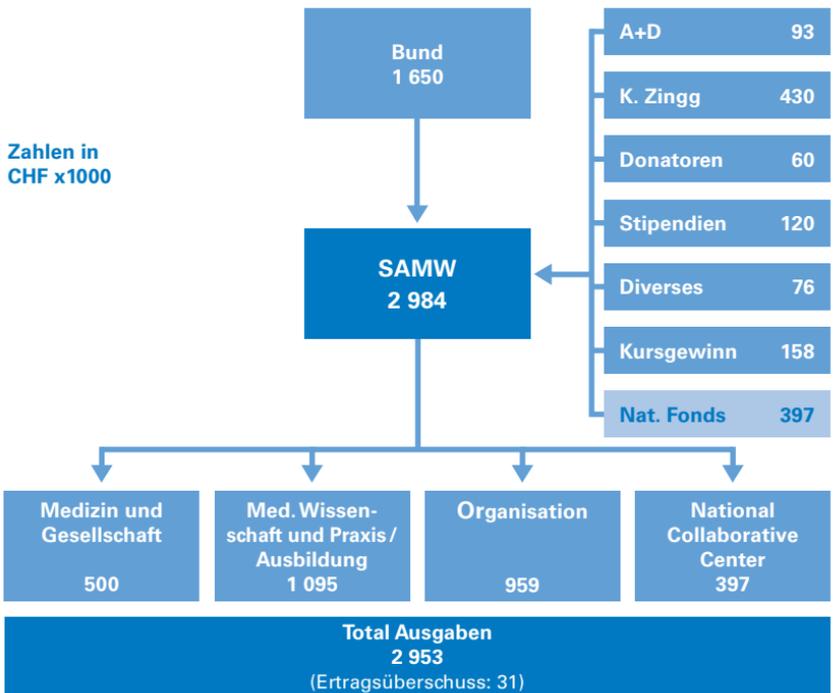
Im Bereich Medizinische Wissenschaften/Praxis/Ausbildung wurden die vorbestehenden Zielsetzungen im Gebiet Förderung klinischer Forschung und Nachwuchsförderung weiterverfolgt, zu Gunsten folgender Leistungsbereiche:

- Recherche et Réalisation en Médecine Appliquée (RRMA)/Forschung im Bereich der Grundversorgung
- Forschungsprojekte/Zuwendungen der Begutachtungskommission und des Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds
- Nachwuchsförderung via MD-PhD-Stipendien und Übernahme der Infrastrukturkosten der Schweizerischen Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien (SSMBS).

Der im 2008 initiierte Aufbau des National Collaborative Centers (NCC), einer via Nationalfondsmittel finanzierten Koordinationsstelle zur Stärkung der Klinischen Forschung, wurde im 2009 vorwärtsgetrieben, gemäss den mit dem SNF festgelegten Zielsetzungen. Im Gegensatz zur ursprünglichen Planung (und Budgetierung) war das NCC nicht nur für die ersten 6 Monate, sondern während des ganzen Jahres für diese Tätigkeiten federführend, da der Transfer zur definitiven Organisationsform (Swiss Clinical Trial Organisation, SCTO) erst auf Beginn 2010 erfolgt.

Betriebsrechnung 2009

Die im Jahre 2009 eingesetzten Geldquellen und realisierten Ausgaben in den Bereichen Medizin und Gesellschaft, Medizinische Wissenschaft /Praxis / Ausbildung, SAMW-Organisation und National Collaborative Center sind aus der folgenden Darstellung ersichtlich:



Die detaillierten Aufwendungen sind in der SAMW-Betriebsrechnung 2009 gemäss Leistungsbereichen aufgeführt und erlauben auch den Quervergleich zu den Vorjahreszahlen.

Aufwand

Der Gesamt-Aufwand von Fr. 2 953 000.– resultiert aus den vier Bereichen

- Medizin/Gesellschaft (18%)
- Medizinische Wissenschaften/Praxis/Ausbildung (37%)
- National Collaborative Center (13%)
- Organisation: spezifische Projekt-Personalkosten, allgemeine Personalkosten, administrative Ausgaben, Material (32%).

Die in der Betriebsrechnung für die Bereiche Medizin und Gesellschaft und Medizinische Wissenschaften /Praxis/ Ausbildung ausgewiesenen Kosten erfassen ausschliesslich den direkten Projektaufwand (cash-out), ohne die projektspezifischen internen Personalkosten einzuschliessen (Darstellung der integrierten Projektkosten siehe unten).

Der Aufwand im Bereich Medizin und Gesellschaft ergibt sich – wie aus der Betriebsrechnung ersichtlich – aus den Aufwendungen für die Leistungsbe- reiche: Medizin und Wissenschaftsethik, Projekt «Zukunft Medizin Schweiz», Wissenschaftspolitisches Engagement, Öffentlichkeitsarbeit, Anvertraute Auf- gaben und Vernetzungsaufgaben. Mit Fr. 500 000.– liegen die Aufwendungen 7% über Budget.

Der Aufwand im Bereich Medizinische Wissenschaften/Praxis/ Ausbildung liegt mit Fr. 1 095 000.– über dem ursprünglich vom Senat/später vom Vor- stand bewilligten Budget (+19%). Verantwortlich für diese Überschreitung sind die Auflösung des A+D-Fonds (siehe oben) sowie höhere Ausgaben für die Nachwuchsförderung.

In den Aufbau des National Collaborative Centers (NCC), einschliesslich Personalkosten wurden Nationalfondsmittel von Fr. 399 000.– investiert.

Für den Bereich SAMW-Organisation ist der Aufwand von Fr. 959 000.– bud- getkonform. Die unter dem Begriff SAMW-Organisation zusammengefassten Aufwendungen ergeben sich aus den Salärkosten des Generalsekretariates (Fr. 716 000.–), Aufwendungen für Vorstand und Senat (Fr. 79 000.–) und aus dem aggregierten Aufwand für Büromaterial, EDV, Miete, Buchführung/ Revision und Bankspesen (Fr. 164 000.–).

Ertrag

Der im Jahr 2009 erzielte Ertrag der SAMW beträgt gemäss Betriebsrechnung (ohne Fonds) insgesamt Fr. 2 984 000.– Er setzt sich aus den folgenden Bei- trägen zusammen:

- Fr. 1 650 000.– Bundesbeitrag
- Fr. 397 000.– Beitrag des Schweizerischen Nationalfonds für NCC
- Fr. 60 000.– Donatorenbeiträge
- Fr. 120 000.– Beitrag für Stipendien
- Fr. 430 000.– Beitrag aus K. Zingg-Schwichtenberg-Fonds
- Fr. 93 000.– Beitrag aus A+D Fonds (Auflösung)
- Fr. 76 000.– Übrige Erträge und Rückzahlungen
- Fr. 158 000.– Kursgewinne Anteil SAMW-Pool)

Jahresabschluss

Die Jahresrechnung 2009 schliesst – unter Einschluss der Kursgewinne am Anteil SAMW-Pool – mit einem Ertragsüberschuss von Fr. 31 327.–.

Der Bericht zur Jahresrechnung 2009 umfasst wie im Vorjahr neben den bisher üblichen Darstellungen (getrennte Bilanz und Jahresrechnung für die SAMW und die individuellen Stiftungen/Fonds) auch eine «Gesamt-Jahresrechnung», d.h. eine Jahresrechnung der SAMW als Ganzes, inklusive Fonds.

Fonds

Seit Jahren wird ein beträchtlicher Teil der operativen Aufwendungen der SAMW, im Jahr 2009 ca. Fr. 580 000.– (d. h. 25%), durch die der SAMW grosszügig anvertrauten Stiftungen und durch Donatorenbeiträge ermöglicht.

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

Situation der SAMW-Fonds 2009 (in Fr. 1000.–)

	Nettovermögen am 1.1.2009	Netto- Ertrag 2009	Beitrag an SAMW	Nettovermögen am 31.12.2009
A+D-Fonds	86	7	-93	0
R. Bing-Fonds	947	101	0	1 048
Th. Ott-Fonds	2 903	311	0	3 214
KZS-Fonds	4 604	486	-430	4 660
H. Hartweg- Fonds	2 259	242	0	2 500
Total Fonds	10 799	1 147	-523	11 422

Das am 31. Dezember 2009 vorliegende Gesamtvermögen der fünf Fonds betrug Fr. 11 422 000.– und lag, dank der teilweisen Erholung der Aktienmärkte, um Fr. 623 000.– über dem Stand vom 31. Dezember 2008.

Die SAMW-Fonds und das Kapital der SAMW werden in einem einzigen Pool (SAMW-Pool; Stand Ende Dezember 2009 von Fr. 13 431 000.–) zusammengefasst und gemeinsam bewirtschaftet. Mit einem Aktienanteil von 43% und einem Obligationen / Bonds-Anteil von 55% konnte das Portfolio in der Erholungsphase der Finanzkrise wieder an Wert gewinnen. Mit einer Jahresrendite von 10,8% blieb das SAMW Portfolio jedoch 1,7% unter der für die gewählte Zusammensetzung errechneten Rendite. Die Grösse der einzelnen Anteile am SAMW Pool waren per 31. Dezember 2009 wie folgt: Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds 35,8%, Théodore-Ott-Fonds 24,6%, Helmut-Hartweg-Fonds 19,2%, SAMW 12,4% und Robert-Bing-Fonds 8,0%.

Trotz der im 2009 erfolgten Erholung der Finanzmärkte bleiben zwei Fonds der SAMW bis auf weiteres «eingefroren»: Sowohl der Théodore-Ott-Fonds wie der Helmut-Hartweg-Fonds liegen am 31. Dezember 2009 noch unter der in den Statuten festgelegten, unantastbaren Kapitalgrösse. Somit bleibt der finanzielle Spielraum der SAMW bis zu einer weiteren Verbesserung des Wertschriftenmarkts relativ eng.

Verfügbarkeit einzelner Anteile im SAMW-Pool, Stand 31.12.2009 (in Fr. 1000.–)

	Stand 31.12.2009	Stiftungskapital unantastbar	Stiftungskapital zweckbestimmt	Bilanzgewinn bzw. -verlust
R. Bing-Fonds	1 049	414		634
Th. Ott-Fonds	3 214	3 407		-193
H. Hartweg-Fonds	2 500	2 518		-18
KZS-Fonds	4 661		4 471	189
SAMW-Anteil	1 609		798	860
Total Fonds	13 033	6 339	4 471	1 472

Schätzung der integrierten Projektkosten und der Infrastrukturkosten

Die seit 2003 eingeführte projektbezogene Zeiterfassung aller im Generalsekretariat tätigen MitarbeiterInnen quantifiziert die projektspezifischen personellen Aufwendungen (in der folgenden Tabelle als Personalkosten bezeichnet). Nicht auf die Projekte aufgeschlüsselt sind die vom Vorstand und Senat erbrachten Aktivitäten. Für das Jahr 2009 ergeben sich die folgenden Zahlen:

Integrierte Projektkosten 2009 versus allgemeine Infrastrukturkosten

	Cash-out	Personalkosten	Integrierte Kosten
Medizin und Gesellschaft	500 000.–	402 000.–	902 000.–
Med. Wissenschaft/Praxis	1 095 000.–	129 000.–	1 224 000.–
NCC	397 000.–	46 000.–	443 000.–
Summe Projekte	1 992 000.–	577 000.–	2 569 000.– ¹
Senat/Vorstand	79 000.–	51 000.–	130 000.–
Infrastruktur/Administration	166 000.–	88 000.– ²	254 000.– ³
Total	2 237 000.–	716 000.–	2 953 000.–⁴

Prozent der Totalausgaben: ¹⁾ 87 %, ²⁾ 3 %, ³⁾ 8,5 %, ⁴⁾ 100 %

Aufgrund dieser Analyse wird offensichtlich, dass

- die integrierten Projektkosten (cash-out + spezifische Personalkosten) 87% des Gesamtaufwandes ausmachen
- die allgemeinen Infrastrukturkosten/Administrationskosten (personell + materiell) 8,5% betragen
- der personelle Aufwand für nicht-spezifisch erfasste Tätigkeiten bei 3% liegt.

Das Verhältnis zwischen projektbezogenem Einsatz und allgemeinen Infrastrukturkosten widerspiegelt damit auch im 2009 einen zielgerichteten Einsatz der Mittel zugunsten der Projekte.

Milizbeiträge

Auch im Jahr 2009 konnte die SAMW auf die unentgeltliche Mitarbeit von Experten und Vorstandsmitgliedern zugunsten der Projekte und bestimmter Leitungsfunktionen zählen.

Der als Milizarbeit erbrachte Zeitaufwand und die daraus geschätzten (virtuellen) Kosten ergaben für 2009 eine Bewertung in der Grössenordnung von Fr. 1,0 Millionen wie in den letzten Vorjahren. Die Milizarbeit begünstigt vor allem die Leistungsbereiche Ethik, «Zukunft Medizin Schweiz», Wissenschaftspolitik und die Senats- und Vorstandsarbeit.

Unter Einbezug der integrierten Projektkosten und des Milizbeitrags erhöht sich der von der SAMW-Organisation und ihren Experten geleistete Gesamtaufwand auf rund 4 Millionen Franken (Vorjahre 3; 3,5; 3,6 und 3 Millionen). Mit anderen Worten, die Beiträge des Bundes (1,650 Mio Franken) und des SNF (0,4 Mio Franken für das NCC) betragen rund 50% des von der SAMW erbrachten Gesamtaufwands.

Zusammenfassung und Schlussbemerkung 2009

Die SAMW hat ihr Portfolio von Aktivitäten im 2009 in Übereinstimmung mit der geltenden Leistungsvereinbarung erbracht. Das vom Senat genehmigte und vom Vorstand noch leicht modifizierte Budget 2009 wurde insgesamt um 5% überschritten, vor allem infolge zusätzlicher Aktivitäten im Bereich Medizinische Wissenschaft/Praxis (siehe oben). Die Jahresrechnung schliesst mit einem Ertragsüberschuss von Fr. 31 327.–, unter Einbezug des im 2009 realisierten Kursgewinns von Fr. 158 000.–

Die eingesetzten Finanzmittel in der Höhe von Fr. 2 984 000.– rekrutierten sich im 2009 in erster Linie aus dem Bundesbeitrag, dem Beitrag des Schweizerischen Nationalfonds zugunsten des Aufbaus des NCC, zu über 20% aus Fondsbeiträgen und aus Donatorenbeiträgen.

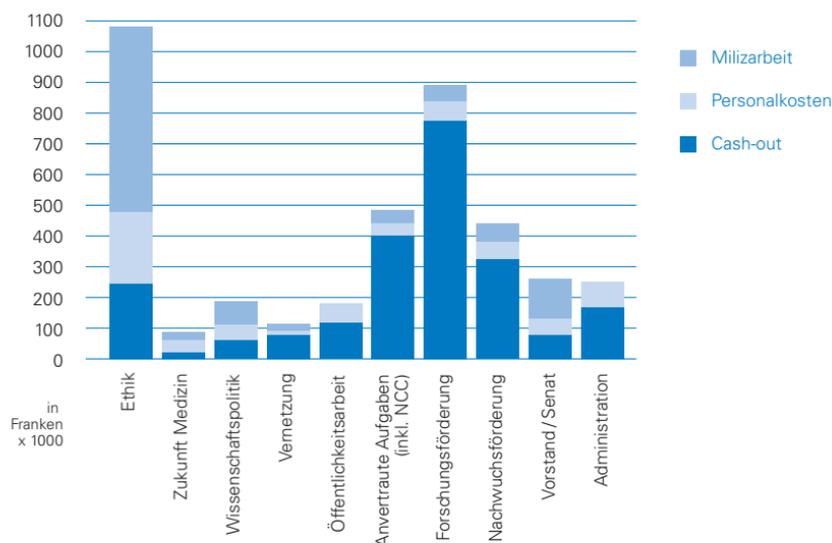
Das Vermögen der SAMW, inklusive anvertraute Stiftungen/Fonds, betrug Ende 2009 13,4 Millionen Franken. Das Gesamtvermögen der Fonds und der SAMW erhöhte sich im 2009 um ca. 1,3 Millionen Franken, im wesentlichen dank der partiellen Erholung der Aktienmärkte. Aufgrund des mas-

siven Wertverlusts im Vorjahr liegt das Kapital des Theodor-Ott-Fonds sowie des Helmut-Hartweg-Fonds Ende 2009 noch knapp unter der statutarisch fixierten Ausschöpfungslimite (unantastbares Kapital).

Die operationellen Aktivitäten der SAMW wurden, wie in den Vorjahren, durch nicht-vergütete Milizarbeit und durch die in der Jahresrechnung detailliert ausgewiesenen Aufwendungen sichergestellt. Die virtuellen Kosten der Milizarbeits-Komponente liegen im 2009 bei 1,0 Millionen Franken. Sie erhöhen den von der SAMW geleisteten Projektaufwand auf rund 4 Millionen Franken und kontrastieren mit den tiefen Infrastruktur-/Administrationskosten.

Die SAMW-Aktivitäten umfassen ein Spektrum von Leistungsbereichen, die in der nachfolgenden synoptischen Darstellung illustriert sind bezüglich Gesamtaufwand pro Leistungsbereich sowie die unterschiedlichen Komponenten (cash-out, Personalkosten und Milizarbeit):

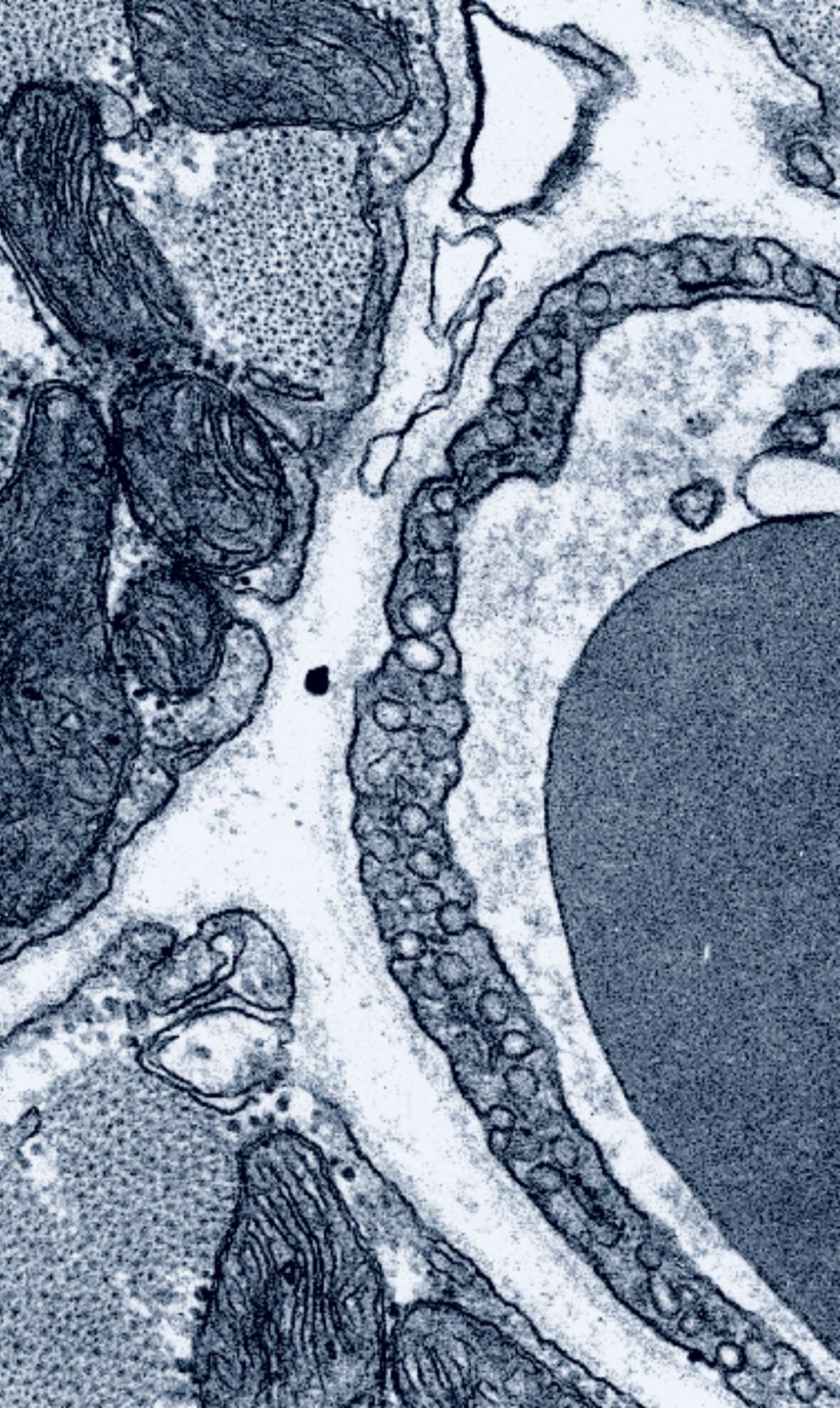
Portfolio der SAMW 2009, Aufwendung pro Leistungsbereich



Im Rückblick auf 2009 verdankt der Quästor einmal mehr die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit dem Generalsekretariat. Projektbearbeitung, Kommunikation und Kontrolle der Ausgaben wurden im 2009 vom Generalsekretär Dr. H. Amstad, dessen Stellvertreterin lic.iur. M. Salathé und der wissenschaftlichen Mitarbeiterin Dr. K. Kühnle, und den Sekretärinnen, M. Hug und D. Nickel effizient, reibungslos und in gewohnter Qualität erbracht.

Die vorliegende Jahresrechnung wurde von PricewaterhouseCoopers AG überprüft und wird dem Senat im Mai 2010 zur Genehmigung unterbreitet.

Dieter Scholer



SAMW (ohne Fonds)
Bilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF

Aktiven	2009	2008
Umlaufvermögen		
Flüssige Mittel	210 093.26	389 158.47
Verrechnungssteuer-Guthaben	2 589.69	1 659.66
Kontokorrent Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds	5.81	221 505.95
Kontokorrent A+D-Fonds	0.00	40 000.00
Kontokorrent Théodore-Ott-Fonds	0.00	60 000.05
Kontokorrent Robert-Bing-Fonds	3.90	59 995.85
Andere Forderungen	63 576.47	16 954.32
Aktive Rechnungsabgrenzung	4 151.00	1 300.00
Subtotal	280 420.13	790 574.30
Anlagevermögen		
Sachanlagevermögen		
Mobilien	3.00	3.00
Finanzanlagevermögen		
Anteile an SAMW-Pool (zu Kurswerten)	1 609 815.98	1 078 362.28
Subtotal	1 609 818.98	1 078 365.28
	1 890 239.11	1 868 939.58

Passiven	2009	2008
Fremdkapital		
Verbindlichkeiten Lieferungen und Leistungen	170 550.80	137 903.06
Bankverbindlichkeiten	0.00	43 405.96
Kontokorrent Théodore Ott-Fonds	0.53	0.00
Kontokorrent SAMW-Pool	3.04	6.01
Andere Verbindlichkeiten	55 325.85	7 337.00
Passive Rechnungsabgrenzung nicht verwendete Beiträge Schw. Nationalfonds	141 151.64	198 107.57
Passive Rechnungsabgrenzung zweckbestimmte Beiträge für Stipendien	120 000.00	120 000.00
Übrige Passive Rechnungsabgrenzung	131 600.00	121 900.00
	618 631.86	628 659.60
Eigenkapital		
Stiftungskapital	798 464.57	798 464.57
Bilanzgewinn frei verfügbar: Gewinnvortrag	441 815.41	717 413.02
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	31 327.27	-275 597.61
	1 271 607.25	1 240 279.98
	1 890 239.11	1 868 939.58

Betriebsrechnung SAMW (ohne Fonds) 2009 und Vorjahr in CHF

	2009 Aufwand	Ertrag	2008 Aufwand	Ertrag
Medizin und Gesellschaft				
Medizin-/Wissenschafts-ethik	247 527.50	11 960.00	270 707.47	611.00
Zukunft Medizin Schweiz	19 798.38	4 150.00	39 253.68	4 277.28
Wissenschaftspolitik	59 100.72	57 672.20	29 066.33	5 869.10
Öffentlichkeitsarbeit	96 902.85	275.00	107 328.90	26 000.00
Vernetzungsaufgaben	76 550.45	0.00	31 490.43	1 150.00
Anvertraute Aufgaben	0.00	0.00	1 571.38	-4 000.00
Subtotal	499 879.90	74 057.20	479 418.19	33 907.38
Medizinische Wissenschaft und Praxis				
Förderung klinischer Forschung	771 195.88	424 160.36	720 341.56	438 000.00
Nachwuchsförderung	323 983.35	210 000.00	326 923.85	290 000.00
Nachwuchsförderung (Abgrenzung für MD-PhD-Stipendien)		60 000.00		-120 000.00
Subtotal	1 095 179.23	694 160.36	1 047 265.41	608 000.00
National Collaborative Center				
Beitrag von Schweizerischen Nationalfonds		340 000.00		390 000.00
Auflösung Abgrenzung nicht verw. Beitrag SNF 2008		198 107.57		
Abgrenzung nicht verwendeter Beitrag SNF 2009		-141 151.64		-198 107.57
Kommunikationskonzept/ Beratung	31 458.07		26 577.35	
Personalaufwand	254 601.06		97 770.65	
IT	30 585.05		16 116.40	
Sekretariatsaufwand:				
– Einrichtung	7 807.25		35 918.05	
– Miete	15 600.00		11 700.00	
– übriger Aufwand	56 904.50		3 809.98	
Subtotal	396 955.93	396 955.93	191 892.43	191 892.43

	2009 Aufwand	Ertrag	2008 Aufwand	Ertrag
SAMW Organisation				
Senat/Vorstand	78 615.55		80 489.00	
Personalaufwand	716 062.74		639 801.75	
IT	23 876.39		56 704.15	
Buchführung/Revision	35 884.10		44 191.50	
Sekretariatsaufwand:				
– Einrichtungen	9 396.35		8 820.00	
– Büromaterial	14 787.75		19 133.00	
– Porti	21 033.05		18 687.85	
– Telefon/Fax	4 299.90		4 427.39	
– Literatur	2 539.70		2 004.30	
– Miete	15 900.00		12 500.00	
– Reinigung	3 977.60		4 338.62	
– Diverser Verwaltungs- aufwand	32 589.22		18 950.35	
Subtotal	958 962.35	0.00	910 047.91	0.00
Bundesbeitrag		1 650 000.00		1 600 000.00
Andere Beiträge				
Donatoren		10 000.00		110 000.00
Subtotal		10 000.00		110 000.00
Kapitalertrag				
Finanz- und Wertschriften- ertrag		715 09		4 747.61
Kursgewinne Anteile SAMW-Pool (netto)		158 299.07		0.00
Finanzaufwand (Bankspesen)	1 882.97		400.63	
Kursverluste Anteile SAMW-Pool (netto)	0.00		195 120.46	
Subtotal	1 882.97	159 014.16	195 521.09	4 747.61
Total	2 952 860.38	2 984 187.65	2 824 145.03	2 548 547.42
Ertrags- bzw. Aufwand- überschuss	31 327.27		-275 597.61	
	2 984 187.65	2 984 187.65	2 548 547.42	2 548 547.42

Robert-Bing-Fonds
Bilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF

Aktiven	2009	2008
Anteile an SAMW-Pool (Kurswert)	1 048 554.99	1 007 203.81
Kontokorrent SAMW-Pool	2.27	2.27
	1 048 557.26	1 007 206.08

Passiven

Fremdkapital

Kontokorrent SAMW	3.90	59 995.85
-------------------	-------------	-----------

Eigenkapital

Kapital unantastbar	413 657.88	413 657.88
Bilanzgewinn zweckbestimmt:		
Gewinnvortrag	533 552.35	765 280.47
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	101 343.13	-231 728.12
Subtotal	1 048 553.36	947 210.23
	1 048 557.26	1 007 206.08

Robert-Bing-Fonds

Betriebsrechnung 2009 und Vorjahr in CHF

Ertrag	2009	2008
Kursgewinne Anteile SAMW-Pool (netto)	101 343.13	0.00
	101 343.13	0.00

Aufwand		
Beiträge an SAMW	0.00	60 000.00
Kursverluste Anteile SAMW-Pool (netto)	0.00	171 728.12
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	101 343.13	-231 728.12
	101 343.13	0.00

Théodore-Ott-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF

Aktiven	2009	2008
Anteile SAMW-Pool (Kurswert)	3 213 680.35	2 963 077.87
Kontokorrent SAMW	0.53	0.00
	3 213 680.88	2 963 077.87

Passiven

Fremdkapital

Kontokorrent SAMW-Pool	2.31	2.31
Kontokorrent SAMW	0.00	60 000.05
Subtotal	2.31	60 002.36

Eigenkapital

Kapital unantastbar	3 406 703.11	3 406 703.11
Bilanzverlust / -gewinn zweckbestimmt: Verlust- / Gewinnvortrag	-503 627.60	122 621.07
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	310 603.06	-626 248.67
Subtotal	3 213 678.57	2 903 075.51
	3 213 680.88	2 963 077.87

Théodore-Ott-Fonds

Betriebsrechnung 2009 und Vorjahr in CHF

Ertrag	2009	2008
Kursgewinne Anteile SAMW-Pool (netto)	310 603.06	0.00
	310 603.06	0.00

Aufwand		
Beiträge an SAMW	0.00	128 000.00
Kursverluste Anteile SAMW-Pool (netto)	0.00	498 248.67
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	310 603.06	-626 248.67
	310 603.06	0.00

Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF

Aktiven	2009	2008
Anteile an SAMW-Pool (Kurswert)	4 660 508.58	4 825 779.71
	4 660 508.58	4 825 779.71

Passiven

Fremdkapital

Kontokorrent SAMW-Pool	11.15	11.15
Kontokorrent SAMW	5.81	221 505.95
Subtotal	16.96	221 517.10

Eigenkapital

Kapital zweckbestimmt	4 471 545.90	4 471 545.90
Bilanzgewinn zweckbestimmt:		
Gewinnvortrag	132 716.71	1 225 000.12
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	56 229.01	-1 092 283.41
Subtotal	4 660 491.62	4 604 262.61
	4 660 508.58	4 825 779.71

Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds Betriebsrechnung 2009 und Vorjahr in CHF

Ertrag	2009	2008
Kursgewinne Anteile SAMW-Pool (netto)	486 229.01	0.00
	486 229.01	0.00

Aufwand		
Beitrag an SAMW	430 000.00	300 000.00
Kursverluste Anteile SAMW-Pool (netto)	0.00	792 283.41
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	56 229.01	-1 092 283.41
	486 229.01	0.00

A+D-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF

Aktiven	2009	2008
Flüssige Mittel	0.00	12 603.54
Wertschriften (Kurswert)	0.00	113 974.10
Verrechnungssteuer	0.00	5.29
	0.00	126 582.93

Passiven

Fremdkapital

Kontokorrent SAMW	0.00	40 000.00
-------------------	-------------	-----------

Eigenkapital

Kapital zweckbestimmt	450 000.00	450 000.00
Bilanzverlust: Verlustvortrag	-363 417.07	-338 521.12
Aufwandüberschuss	-86 582.93	-24 895.95
Subtotal	0.00	86 582.93
	0.00	126 582.93

A+D-Fonds

Betriebsrechnung 2009 und Vorjahr in CHF

Ertrag	2009	2008
Zinsertrag	27.46	15.12
Wertschriftenertrag	6 662.95	0.00
Kursgewinne (netto)	761.49	0.00
	7 451.90	15.12

Aufwand

Beiträge an SAMW	92 860.36	0.00
Verwaltungsaufwand	1 174.47	864.17
Kursverluste (netto)	0.00	24 046.90
Aufwandüberschuss	-86 582.93	-24 895.95
	7 451.90	15.12

Helmut-Hartweg-Fonds

Bilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF

Aktiven	2009	2008
Anteile an SAMW-Pool (Kurswert)	2 500 502.49	2 258 828.24
Kontokorrent SAMW-Pool	0.51	0.51
	2 500 503.00	2 258 828.75

Passiven

Eigenkapital

Kapital unantastbar	2 518 572.43	2 298 459.08
Ertragsüberschuss unantastbar	0.00	220 113.35
Verlust- / Gewinnvortrag zweckbestimmt	-259 743.68	98 621.86
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss zweckbestimmt	241 674.25	-358 365.54
	2 500 503.00	2 258 828.75

Helmut-Hartweg-Fonds

Betriebsrechnung 2009 und Vorjahr in CHF

Ertrag	2009	2008
Legatseingang	0.00	220 113.35
Kursgewinn Anteile SAMW-Pool	241 674.25	0.00
	241 674.25	220 113.35

Aufwand		
Kursverluste Anteile SAMW-Pool	0.00	358 365.54
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	241 674.25	-358 365.54
Ertragsüberschuss unantastbar	0.00	220 113.35
	241 674.25	220 113.35

SAMW-Pool

Bilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF

Aktiven	2009	2008
Flüssige Mittel	277 343.07	87 281.13
Callgeld	0.00	300 000.00
Wertschriften (Kurswert)	12 598 610.27	11 670 522.73
Verrechnungssteuer	146 175.60	15 057.45
Kontokorrente SAMW und Fonds	16.50	19.47
Andere Forderungen	10 919.73	5 783.34
Aktive Rechnungsabgrenzung	0.00	54 590.57
	13 033 065.17	12 133 254.69

Passiven

Fremdkapital

Verbindlichkeiten	0.00	0.00
Kontokorrent Fonds	2.78	2.78
Subtotal	2.78	2.78

Eigenkapital

Kapital inkl. Ertragsüberschuss
Anteile gehalten durch:

SAMW	1 609 815.98	1 078 362.28
Robert-Bing-Fonds	1 048 554.99	1 007 203.81
Théodore-Ott-Fonds	3 213 680.35	2 963 077.87
Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds	4 660 508.58	4 825 779.71
Helmut-Hartweg-Fonds	2 500 502.49	2 258 828.24
Subtotal	13 033 062.39	12 133 251.91
	13 033 065.17	12 133 254.69

SAMW-Pool

Betriebsrechnung 2009 und Vorjahr in CHF

Ertrag	2009	2008
Zinsertrag	470.36	5 640.96
Wertschriftenertrag	656 169.55	114 093.34
Kursgewinne (netto)	697 940.64	0.00
	1 354 580.55	119 734.30

Aufwand

Kursverluste Wertschriften (netto)	0.00	2 069 809.64
Verwaltungsaufwand	56 432.03	65 670.86
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss	1 298 148.52	-2 015 746.20
	1 354 580.55	119 734.30

SAMW (inkl. Fonds)**Gesamtbilanz per 31. Dezember 2009 und Vorjahr in CHF**

Aktiven	2009	2008
Flüssige Mittel	487 436.33	489 043.14
Callgeld	0.00	300 000.00
Wertschriften (zu Kurswerten)	12 598 610.27	11 784 496.83
Verrechnungssteuer-Guthaben	148 765.29	16 722.40
Andere Forderungen	74 796.20	22 737.66
Aktive Rechnungsabgrenzung	4 151.00	55 890.57
Mobilien	3.00	3.00
	13 313 462.09	12 668 893.60

Passiven	2009	2008
Fremdkapital		
Verbindlichkeiten Lieferungen und Leistungen	170 550.80	137 903.06
Bankverbindlichkeiten	0.00	43 405.96
Andere Verbindlichkeiten	55 325.85	7 337.00
Passive Rechnungsabgrenzung	392 751.64	440 007.57
Subtotal	618 628.29	628 653.59
Eigenkapital		
Kapital frei verfügbar (SAMW)	798 464.57	798 464.57
Bilanzgewinn frei verfügbar: Gewinnvortrag	441 815.41	717 413.02
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss frei verfügbar	31 327.27	-275 597.61
Kapital zweckbestimmt (Fonds)	4 921 545.90	4 921 545.90
Bilanzgewinn zweckbestimmt: Verlust- / Gewinnvortrag	-460 519.29	1 873 002.40
Ertrags- / Aufwandüberschuss	623 266.52	-2 333 521.69
Kapital unantastbar (Fonds)	6 338 933.42	6 118 820.07
Ertragsüberschuss	0.00	220 113.35
	12 694 833.80	12 040 240.01
	13 313 462.09	12 668 893.60

SAMW (inkl. Fonds) Gesamtbetriebsrechnung 2009 und Vorjahr in CHF

Ertrag	2009	2008
Beiträge		
Bundesbeitrag	1 650 000.00	1 600 000.00
Beitrag von SNF	340 000.00	390 000.00
Veränderung Abgrenzung Beitrag SNF	56 955.93	-198 107.57
Donatoren	60 000.00	110 000.00
Zweckbestimmte Beiträge für Stipendien	60 000.00	240 000.00
Auflösung bzw. Abgrenzung Beiträge für Stipendien	60 000.00	-120 000.00
Beiträge für SAMW-Symposium	30 011.10	0.00
Übrige Beiträge	6 935.00	28 038.28
Subtotal	2 263 902.03	2 049 930.71
Legatseingang	0.00	220 113.35
Rückzahlung nicht benötigter Gelder	38 411.10	5 869.10
Finanz- und Wertschriftenertrag	664 045.41	124 497.03
Kursgewinne	698 702.13	0.00
	3 665 060.67	2 400 410.19

Aufwand	2009	2008
Projektbeiträge, Preise	1 033 957.55	1 096 117.20
Beiträge an Institutionen	122 780.44	20 249.50
Reise- und Tagungsspesen	157 105.85	195 932.01
Honorare, Tagespauschalen	87 179.26	67 338.80
Personalaufwand	1 000 297.25	795 833.10
Druckkosten	236 269.33	147 395.90
IT	57 408.24	74 854.55
Verwaltungsaufwand	313 585.99	297 409.50
Finanzaufwand	1 882.97	429.04
Kursverluste Wertschriften (netto)	0.00	2 093 856.54
	3 010 466.88	4 789 416.14
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss frei verfügbar (SAMW)	31 327.27	-275 597.61
Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss zweckbestimmt*	623 266.52	-2 333 521.69
Ertragsüberschuss unantastbar (Helmut-Hartweg-Fonds)	0.00	220 113.35
	3 665 060.67	2 400 410.19

* Der Ertrags- bzw. Aufwandüberschuss zweckbestimmt setzt sich wie folgt zusammen:

	2009	2008
Bing-Fonds	101 343.13	-231 728.12
Ott-Fonds	310 603.06	-626 248.67
KZS-Fonds	56 229.01	-1 092 283.41
A + D-Fonds	-86 582.93	-24 895.95
Hartweg-Fonds	241 674.25	-358 365.54
	623 266.52	-2 333 521.69

SAMW (inkl. Fonds) Anhang

31. 12. 2009

31. 12. 2008

Brandversicherungswert der Sachanlagen Mobiliar und Einrichtungen

200 000.–

200 000.–

Angaben über die Durchführung einer Risikobeurteilung

Der Vorstand befasst sich laufend mit aktuellen Entwicklungen im Umfeld der SAMW und deren möglichen Auswirkungen auf die SAMW. Hierzu erfolgt eine periodische Orientierung des Senats, welcher die allfälligen notwendigen Beschlüsse fasst.

Freiwillige Angaben

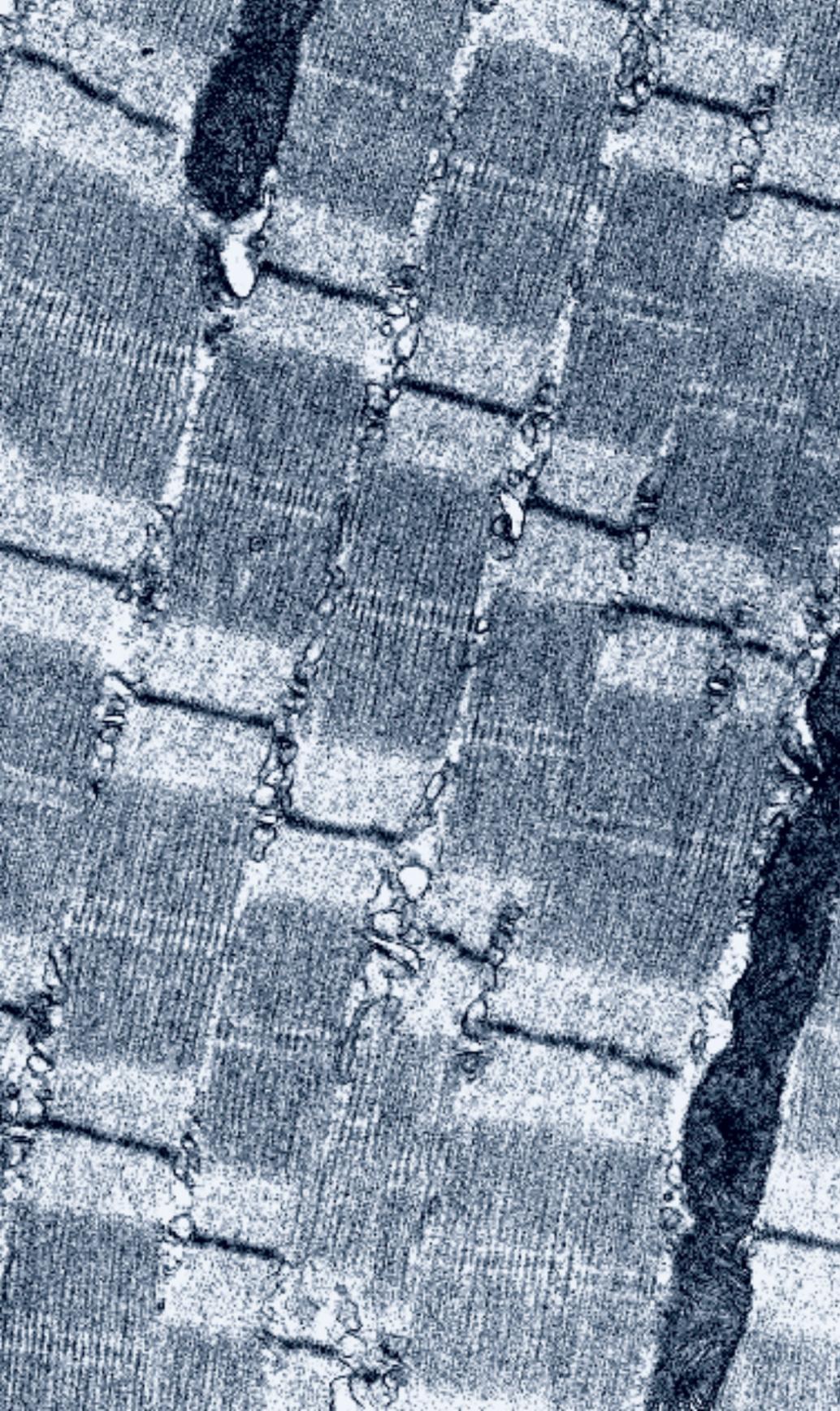
Buchführungs-, Bewertungs- und Rechnungslegungsgrundsätze

Die Buchführung, Bilanzierung und Bewertung erfolgt nach den Vorschriften des Obligationenrechts (OR). Das Eigenkapital wird unterschieden in Kapital frei verfügbar, Kapital zweckbestimmt und Kapital unantastbar.

Wertschriften / SAMW-Pool

Die technische Bewirtschaftung der SAMW sowie der SAMW-Fonds wurde ab 1.1.2007 modifiziert, d. h. sämtliche Wertschriften der SAMW sowie der Fonds, mit Ausnahme der Wertschriften des A + D-Fonds, wurden in einem einzigen Pool (SAMW-Pool) zusammengefasst.

Die Bewertung der Wertschriften erfolgt zu Marktwerten per Bilanzstichtag. Die daraus entstehenden realisierten und nicht realisierten Kursgewinne und -verluste werden erfolgswirksam verbucht.



Budget 2010 (Verteilplan), strukturiert gemäss Projektaufwand und Finanzierungsquellen (in Fr.)

	Ausgaben	Einnahmen	
		Bund	Andere
Medizin und Gesellschaft			
Medizin und Wissenschaftsethik			
ZEK (inkl. Richtlinien)	125 000.–	125 000.–	
Wissenschaftlicher Support	25 000.–	25 000.–	
Komm. Tierethik	10 000.–	10 000.–	
Stiftung Patientensicherheit	20 000.–	20 000.–	
Studie «Neuro-Enhancement»	60 000.–	60 000.–	
Tagung «Ethische Aspekte des Neugeborenen-Screenings»	25 000.–	25 000.–	
Tagung «Humanforschungsgesetz»	20 000.–	20 000.–	
Tagung «Ökonomisierung der Medizin»	20 000.–	20 000.–	
Zukunft Medizin Schweiz			
Arbeitsgruppen, Meetings	10 000.–	10 000.–	
Publikationen, Übersetzungen	50 000.–	50 000.–	
Öffentlichkeitsarbeit			
Jahresbericht	30 000.–	30 000.–	
Bulletin (4x)	35 000.–	35 000.–	
Medienmitt., Medienkonf.	5 000.–	5 000.–	
Medienpreis	10 000.–		10 000.–
Vernetzungsaufgaben			
Koord. KlinEK's	15 000.–	15 000.–	
Koop. mit Entwicklungsländern (inkl. KFPE)	15 000.–	15 000.–	
Komm. Polar- und Höhenforschung	20 000.–	20 000.–	

	Ausgaben	Einnahmen	
		Bund	Andere
Medizinische Wissenschaft und Praxis			
Förderung klinische Forschung			
KZS	250 000.–		250 000.–
RRMA	200 000.–	200 000.–	
Bing-Preis 2010	60 000.–		60 000.–
BK's	100 000.–	100 000.–	
Publikationen			
Swiss Medical Weekly	50 000.–		50 000.–
Nachwuchsförderung			
MD-PhD (inkl. Scientific Meeting)	220 000.–	60 000.–	160 000.–
SSMBS-Infrastruktur (inkl. Evaluation)	30 000.–	30 000.–	
Anvertraute Aufgaben			
National Collaborative Center	500 000.–		500 000.–
Organisation			
Salärkosten	650 000.–	650 000.–	
Weiterbildung	15 000.–	15 000.–	
Sekretariat (inkl. EDV)	140 000.–	140 000.–	
Quästorat	35 000.–	35 000.–	
Sekretariat Präsident Genf	25 000.–	25 000.–	
Vorstand	25 000.–	25 000.–	
Senat	35 000.–	35 000.–	
Unvorhergesehenes			
	50 000.–	50 000.–	
Total	2 880 000.–	1 850 000.–	1 030 000.–

Donatoren

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH

Interpharma, Basel

PricewaterhouseCoopers AG, Basel

Stellungnahmen zuhanden Eidgenössischer Instanzen

Stellungnahmen der SAMW

1. Pilotprojekt «Medical Board» des Kantons Zürich

Stellungnahmen der Akademien der Wissenschaften Schweiz

1. Revision Fortpflanzungsmedizingesetz (Präimplantationsdiagnostik)
2. Revision CO₂-Gesetz
3. Teilrevision Gentechnik-Gesetz

Publikationen und Mitteilungen

Artikel

Hermann Amstad: Diagnostic préimplantatoire: Les Académies Suisses des Sciences demandent une révision du projet de loi

Bulletin SAGW 2/2009

Michelle Salathé, Andreas U. Gerber: Richtlinien «Reanimationsentscheidungen» der SAMW. Eine wichtige Hilfe für die Praxis / Directives Décisions de réanimation: une aide importante dans la pratique

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 1/2, 19

Hanspeter Kuhn, Hermann Amstad: Bases juridiques pour le quotidien du médecin – un guide pratique

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 12, 462–463

Positionspapier «Medizin als Wissenschaft»

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 23, 892–990

Peter Lack, Michelle Salathé: Richtlinien «Patientenverfügungen» definitiv verabschiedet

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 25, 985

Katrin Kuehnle: Forschung begeistert!

Interview mit Maturanden, Gentage-Zeitung Nr. 4, August 2009, 4. Jg.

SAMW: Korrektes Sponsoring von Fortbildungsanlässen: Eine «Checkliste» schafft Klarheit

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 34, 1282–1283

Walter H. Reinhart, Hermann Amstad: Sensibilisierung betreffend Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Industrie

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 35, 1327–1328

Michelle Salathé: Leitfaden für die Forschung mit Menschen

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 37, 1417

Urs Stöbel, Alain Michaud: Werbung wirkt, auch bei Ärzten!

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 38, 1455–1457

Reto Obrist, Jérôme Biollaz: Klinische Forschung zwischen Industrie und Ärzteschaft

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 41, 1569–1571

Robert Maurer, Hermann Amstad, Max Giger:

Gemeinsame Ausbildungsanforderungen von Swissmedic und Ethikkommissionen an Prüfarzte und Prüfer-Sponsoren

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 44, 1684–1685

Thomas Lüscher, Gilbert Abetel: Guidelines: Evidenz als Dreh- und Angelpunkt

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 44, 1691–1695

Robert F. Woollard: Ärztliche Fortbildung im 21. Jahrhundert

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 47, 1828–1831

Christian Marti: Wes Brot ich ess, des Lied ich sing – die gefährdete Professionalität der Ärzte

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 47, 1830–1831

Dieter Grauer: Interaktionen zwischen Ärzteschaft und Industrieunternehmen: Chancen und Risiken

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 48, 1873–1874

Walter H. Reinhart, Hermann Amstad: Zusammenarbeit Ärzteschaft und Industrie: Es braucht weitere Anstrengungen

Schweiz. Ärztezeitung 2009; 90: Nr. 50, 1958–1960

Richtlinien

Patientenverfügungen / Directives anticipées

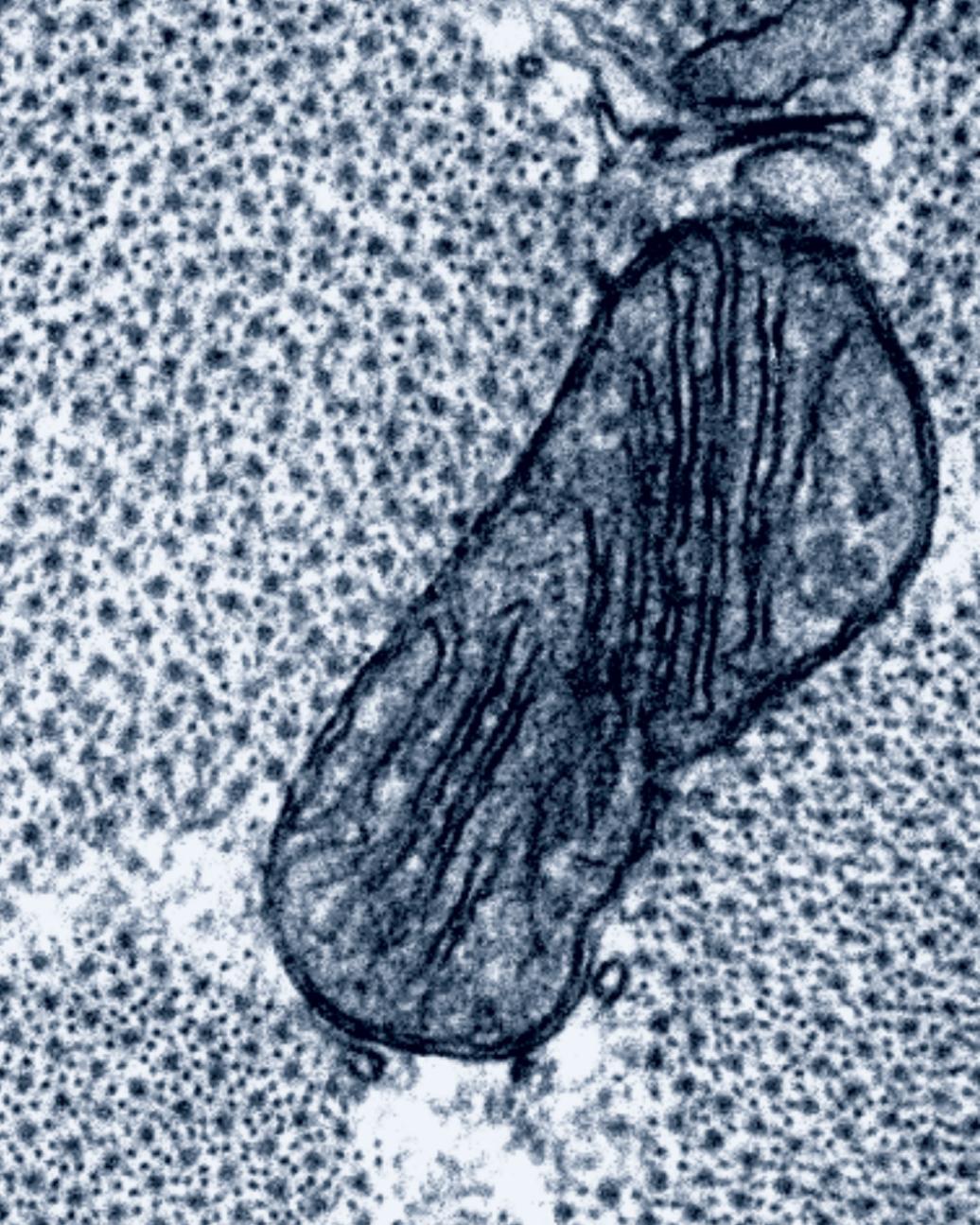
Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität / Relevé, analyse et publication de données concernant la qualité des traitements médicaux

Medienmitteilungen

9. 1. 2009: **Reanimationsentscheidungen: neue Richtlinien der SAMW / Décisions de réanimation: nouvelles directives de l'ASSM**
22. 1. 2009: **Verwendung von Leichen und Leichenteilen in der Forschung: Empfehlungen der SAMW / Utilisation de cadavres et de parties de cadavres dans la recherche: Recommandations de l'ASSM**
24. 4. 2009: **Die «Schulmedizin» ist Garant einer guten Gesundheitsversorgung / La «médecine scientifique», garante des bonnes prestations médicales**
29. 5. 2009: **Ethikkommission für Tierversuche äussert sich zu Chimären / La commission d'éthique pour l'expérimentation animale donne son opinion sur les chimères**
3. 6. 2009: **SAMW fordert mehr Gewicht für die Wissenschaft als Medizin / L'ASSM demande un renforcement des bases scientifiques dans la médecine**
18. 6. 2009: **Patientenverfügungen: neue Richtlinien der SAMW / Directives anticipées: nouvelles directives de l'ASSM**
24. 6. 2009: **Daten zur medizinischen Qualität: relevant, korrekt, verständlich / Données concernant la qualité des traitements médicaux: pertinentes, correctes, intelligibles**
31. 8. 2009: **Weissbuch «Zukunft Bildung Schweiz» / Publication «Une éducation pour la Suisse du futur»**
1. 9. 2009: **Gründung der Swiss Clinical Trial Organisation SCTO / Fondation «Swiss Clinical Trial Organisation»**
10. 9. 2009: **Die SAMW veröffentlicht einen Leitfaden für die «Forschung mit Menschen» / L'ASSM publie un mémento sur la «recherche avec des êtres humains»**
25. 9. 2009: **Thesen zum Bildungssystem 2030 weiter entwickeln / Développement des thèses sur le système de formation 2030**
2. 12. 2009: **Robert-Bing-Preis 2010 für Matthew E. Larkum und Thomas Nyffeler / Prix Robert Bing 2010 pour Matthew E. Larkum et Thomas Nyffeler**

Bulletins

- Nr. 1 **DRG: Ethik vs. Ökonomie? / Les DRG: l' éthique contre l'économie?**
- Nr. 2 **Publikation von Qualitätsdaten: Chancen und Risiken / Publication de données concernant la qualité: chances et risques**
- Nr. 3 **«Hot Spots» in der Forschungsethik / «Hot Spots» dans l'éthique de la recherche**
- Nr. 4 **Ein «Medical Board» als Ort der Reflexion / Un «Medical Board» comme lieu de réflexion**



Kaleidoskop
Kaléidoscope

Wie Kleider auf der Haut

Dr. med. Bruno Kissling, Bern

Vielen Dank für die kritische SAMW-Betrachtung zur wissenschaftsbasierten Medizin anlässlich der aktuellen Situation mit der Verankerung der Komplementärmedizin in der Verfassung. Das Paukenschlag-Resultat der Abstimmung ist tatsächlich gewissermassen Ausdruck für den Vertrauensverlust, den die Menschen gegenüber der Wissenschaft haben.

Die Wissenschaft wird für Nicht-Forscher immer schwieriger verständlich. Mit zunehmendem Wissen schafft sie weiteres Nicht-Wissen, oft zusätzliche Unsicherheit. Durch ihre lineare/normierte Sicht machen die Forscher – respektive weitere Interpreten der Resultate – manchmal fundamentale Fehler, indem sie bei der Beurteilung der Daten und ihrer Anwendung die Komplexität des Lebens ausblenden und die Resultate ihrer Forschung auf Gruppen von Menschen übertragen, die in der entsprechenden Forschungsarbeit nicht gemeint waren. Immer wieder wird die Forschung von gewissen Interessengruppen missbraucht für unsorgfältige Schlüsse, welche den Menschen letztlich mehr schaden als nützen. Forschung wird manipuliert; nicht plump durch Fälschung der Resultate, sondern durch die richtige Fragestellung, welche die gewünschte Antwort generieren muss; durch Vergleiche von Daten, welche nicht den echten Unterschied beleuchten.

In diesem Spannungsfeld sind viele Menschen überfordert. Sie sehen die Grenzen/Beschränktheit der Forschung, die jedem guten Forscher klar ist, als Bedrohung. Die Errungenschaften der Forschung verwenden sie wie selbstverständlich, ohne es zu merken, wie Kleider auf der Haut, die man nicht mehr wahrnimmt. Sie spüren aber intensiv die Gefahren und das Missbrauchspotential, das auf echten Forschungsergebnissen aufgebaut werden kann; und daran scheitern sie.

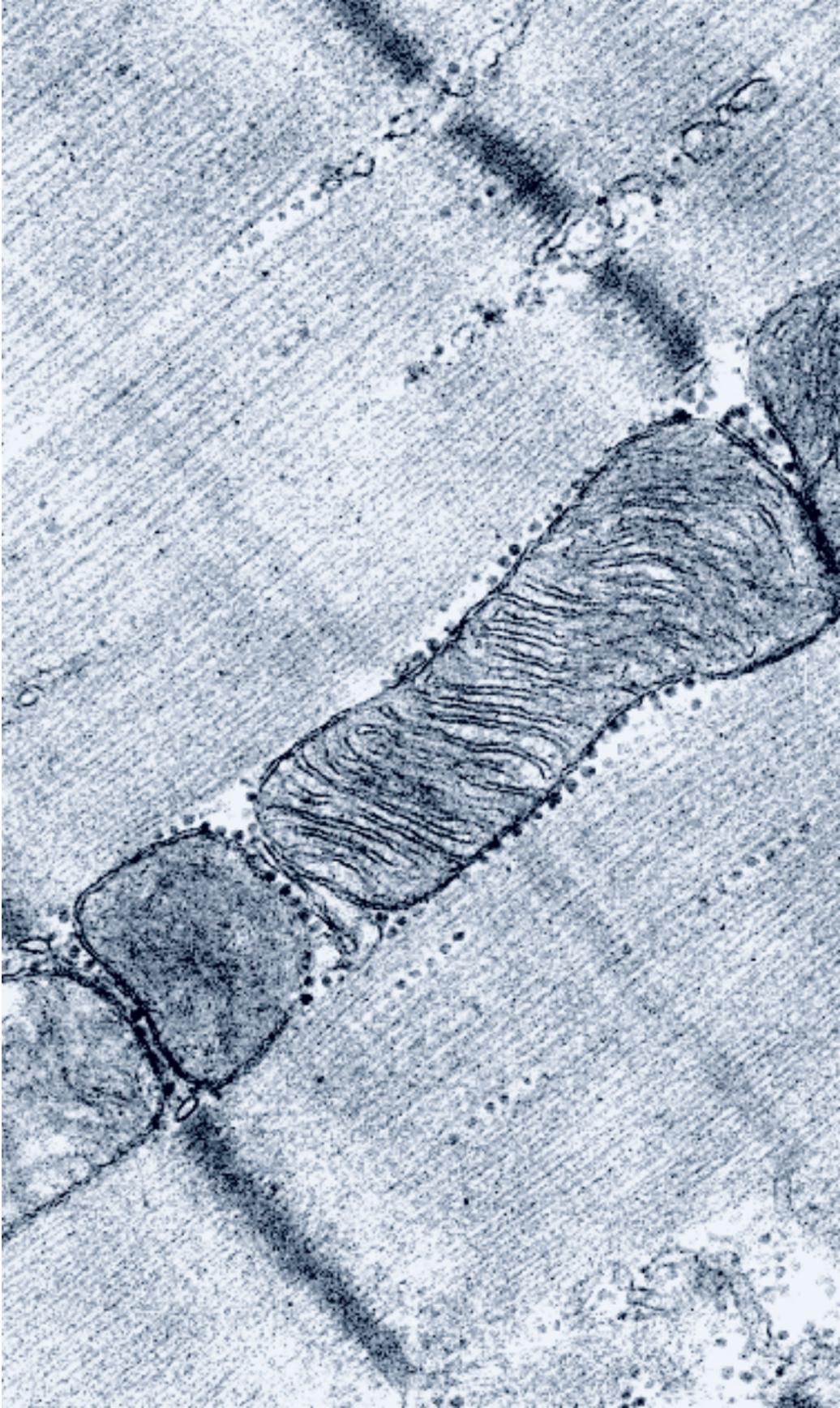
Und – es kommt mir manchmal vor, wie wenn das Pendel zurückschwingt in die Mystik-beladene Zeit vor der Aufklärung. Die Irrationalität gewinnt bei vielen Menschen wieder die Oberhand. Vielleicht können sie hier einfach wieder guten Glaubens «glauben», ohne zu hinterfragen. Hier sind sie befreit vom überfordernden Wissen/Mitentscheiden/Verantwortung mit übernehmen in einem grossen Feld von Unsicherheit, wie es die wissenschaftliche Medizin von ihnen fordert (shared decision making).

Es ist hier gegenüber der Bevölkerung sehr viel Aufklärungsarbeit nötig. Die Möglichkeiten und Grenzen der Wissenschaft müssen in verständlicher Sprache kommuniziert werden. Immer und immer wieder, in allen medialen Kanälen, wie es in der Breitenbildung nötig ist.

Ich bin sehr für die Forschung eingestellt. Ich wünsche mir, dass in unserer postmodernen Welt die qualitative Forschung in der Medizin gegenüber der quantitativen Forschung mehr Gewicht erhält. In der kombinierten Form erreicht sie wohl beides, die sehr wichtige scharfe Sicht der quantitativen Forschung auf das Detail sowie die qualitative Analyse der adäquaten Anwendung in der komplexen Realität.

Ich biete keine Komplementärmedizin an, halte nicht viel von ihr. Ich versuche jedoch zu verstehen, weshalb die Menschen allen möglichen Therapien so intensiv zulaufen. Eine Erklärung versuchte ich oben zu geben. Vielleicht tun sie es aber auch nur, weil sie nichts unversucht lassen wollen und weil sie wissen, dass die ohnehin mit beanspruchte Schulmedizin schon dazu schaut, dass nichts schief geht. Die Probe aufs Exempel liesse sich theoretisch machen, indem man der Bevölkerung die Wahl anböte, die Komplementärmedizin oder die Schulmedizin in ihrer Grundversicherung zu versichern – mit jeweils der anderen in der Zusatzversicherung.

Etwas macht mir in diesem Zusammenhang auch Sorge. Anlässlich der Diskussionen um die Komplementärmedizin erfuhr ich, dass über 10 000 nichtärztliche Therapeuten auf eine diplommässige Anerkennung warten. Etwa die halbe Zahl der Schweizer Ärztinnen und Ärzte! Welch unglaublicher Therapiebedarf steckt in unserer Bevölkerung! Was ist hier los?



Collaboration médecins – industrie: un mal nécessaire?

Dr iur. Odile Pelet, Lausanne

1. Les contours du conflit d'intérêts

Les médias se font régulièrement l'écho d'essais cliniques menés par des chercheurs rémunérés par l'industrie, de liens étroits entre les orateurs d'une manifestation scientifique et certaines firmes pharmaceutiques, ou encore des largesses dont bénéficient de nombreux médecins en pratique privée. Ainsi, en Italie, soixante oncologues hospitaliers auraient perçu une rémunération substantielle pour chaque patient traité à l'aide d'un produit déterminé. Aux Etats-Unis, cinq sociétés commercialisant des prothèses de hanche et de genou ont été récemment poursuivies à raison d'arrangements conclus avec des chirurgiens orthopédiques: ces médecins s'engageaient à n'utiliser que le matériel de ces firmes, en échange de sommes pouvant atteindre plusieurs centaines de milliers de dollars. La presse américaine s'est récemment fait l'écho de deux scandales impliquant des psychiatres réputés, les Drs Joseph Biederman et Charles Nemeroff, qui auraient perçu plusieurs millions de dollars de l'industrie pharmaceutique sans déclarer leurs intérêts.

Les exemples cités ci-dessus sont extrêmes. Le conflit d'intérêts est cependant souvent moins flagrant.

Ainsi, en 2007, le *New England Journal of Medicine* publiait une étude qui tentait d'évaluer l'ampleur des avantages consentis aux médecins. Parmi les trois mille praticiens interrogés, 83% disaient avoir été invités à des repas par des représentants de l'industrie, 78% avaient reçu des échantillons de médicaments, 35% se sont vus rembourser des frais professionnels de différentes sortes, et 28% annonçaient avoir reçu de l'argent pour du *consulting*, des conférences, ou l'enrôlement de patients dans des études cliniques.

Tous les praticiens dans les exemples ci-dessus ont en commun que leur activité professionnelle, potentiellement valable, est susceptible d'être remise en cause en raison de circonstances extérieures. Le public peut être sceptique à l'égard d'un jugement professionnel imprégné d'un intérêt financier, et ce même si l'appréciation scientifique reste valable. En pareil cas, une décision professionnelle justifiée médicalement risque de perdre toute crédibilité en raison d'apparences de partialité.

L'influence potentielle d'un avantage sur le jugement professionnel connaît bien évidemment des degrés très divers, qui dépendent de facteurs aussi variés que nombreux. Il est impossible de décider, de manière abstraite et générale, si chacun de ces avantages est effectivement susceptible de fausser le jugement médical. Les contours du conflit d'intérêts sont, on le voit, extrêmement délicats à tracer. Or, pour légiférer sur cette question, il est indispensable d'en maîtriser les tenants et aboutissants. Nous allons ainsi tenter de comprendre ce qu'est le conflit d'intérêts, comment il apparaît, et quels sont ses effets, avant d'étudier quel cadre légal lui donner.

1.1. Le conflit d'intérêts, un comportement?

Les médecins tendent à considérer que le conflit d'intérêts est un comportement, une démarche active. Ils le perçoivent comme l'attitude du praticien qui, délibérément, en échange d'un avantage quelconque, modifie ses habitudes de prescription, oriente les résultats de sa recherche ou prône dans ses conférences l'utilisation de médicaments déterminés. Le conflit d'intérêts serait ainsi un processus conscient, un acte délibéré.

1.2. Le conflit d'intérêts, une situation

Contrairement à la conception exposée ci-dessus, le conflit d'intérêts n'est pas un comportement, c'est une situation. Il y a conflit d'intérêts non seulement «quand le jugement a clairement été influencé, mais aussi quand il pourrait être influencé ou même pourrait être perçu comme ayant été influencé». Un conflit d'intérêts peut dès lors être présent même sans comportement actif du médecin concerné. Les règles relatives au conflit d'intérêts ne présupposent pas que les médecins ou les chercheurs laissent l'appât du gain influencer leur jugement. Elles admettent simplement qu'il est souvent difficile, voire impossible, de distinguer les cas dans lesquels l'intérêt financier a une influence indue, des cas dans lesquels il n'en a pas. Dans ces conditions, il est plus sûr, et par conséquent éthiquement plus responsable, d'éliminer d'emblée autant que possible les facteurs susceptibles de distraire les médecins des objectifs médicaux et académiques qu'ils sont censés poursuivre.

Précisons encore que la poursuite d'un intérêt secondaire, tel que le gain financier, n'est pas forcément illicite ou indésirable. Il s'agit simplement de s'assurer qu'il ne l'emporte pas sur l'intérêt primaire, soit qu'il ne devienne pas prépondérant alors qu'il devrait rester marginal.

2. Mécanismes psychologiques et conflit d'intérêts

Le corps médical ressent souvent le concept de conflit d'intérêts comme une accusation. En conséquence, les médecins se défendent d'être concernés par cette problématique, et refusent d'admettre qu'ils puissent y être soumis. Ils nient par principe toute possibilité d'influence sur le jugement professionnel: leur formation scientifique leur permettrait d'apprécier la validité de l'information reçue et donc de prendre leurs distances par rapport aux informations émanant de l'industrie pharmaceutique; en outre, leur sens de l'éthique, ainsi que les règles de déontologie auxquelles ils sont soumis, les mettraient à l'abri de toute tentative d'influence.

La réponse du corps médical est évidemment de bonne foi. Mais les arguments exprimés ne reposent que sur des mécanismes psychologiques conscients et méconnaissent totalement les facteurs inconscients. Or, il existe des mécanismes psychologiques qui faussent largement les processus de réflexion usuels.

2.1. Le sentiment de réciprocité

Les auteurs qui se sont intéressés aux techniques d'influence et de manipulation ont identifié la naissance d'un sentiment de réciprocité qui apparaît chez l'être humain chaque fois qu'il reçoit quelque chose. Il semble en effet qu'accepter un cadeau nous oblige à répondre à ce don d'une manière ou d'une autre. L'exemple cité à l'appui de ces thèses est notamment celui des disciples de Hare Krishna. Les Hare Krishnas pratiquaient la théorie du *Bene-factor before beggar*. Pour assurer leur subsistance, ils avaient développé une stratégie qui consistait à aborder les gens, en leur faisant un cadeau de faible valeur avant de solliciter un don. Les destinataires de ce présent le jetaient quelques pas plus loin, mais l'effet escompté se produisait malgré tout: les «victimes» se sentaient obligées de répondre au cadeau et faisaient un don. Les effets de ce sentiment de réciprocité sont évidemment inconscients. La «victime» ne réalise pas qu'elle donne par obligation, pour répondre à ce qu'elle a reçu. De la même manière, un médecin ne percevra pas que la décision de prescrire un médicament déterminé n'est pas forcément le fruit d'une réflexion scientifique, mais parfois l'exécution d'un sentiment d'obligation né à la suite de l'acceptation d'un avantage.

2.2. La prévalence de l'intérêt personnel

Un deuxième mécanisme psychologique pertinent en l'espèce est la prévalence de l'intérêt personnel. Nous présenterions tous des mécanismes inconscients qui nous inciteraient à privilégier les solutions qui nous profitent ou qui, du moins, évitent de nous mettre en danger. Une étude conçue pour étudier ce sentiment consistait à poser la même question, de manière différente, à deux groupes de personnes. Au premier groupe, il était demandé: «Si vous faites un procès à quelqu'un et que vous gagnez, est-ce qu'il est juste que votre adversaire paie vos frais de justice?» A cette question, 88% des personnes interrogées répondaient par l'affirmative. A l'autre groupe, il était posé la question suivante: «Si quelqu'un vous fait un procès et qu'il gagne, est-il normal que vous payiez ses frais de justice?» A cette seconde question, seules 44% des personnes interrogées répondaient positivement. Dans les deux situations, il existe de bonnes raisons de donner l'une ou l'autre réponse. Les personnes concernées pouvaient donc, quelle que soit leur réponse, la justifier rationnellement. Néanmoins, des mécanismes inconscients nous font privilégier une décision qui nous bénéficie, ou ne nous porte pas préjudice.

Lorsqu'un médecin choisit de prescrire un médicament à l'un de ses patients, il aura bien évidemment la conviction d'être motivé par des considérations strictement médicales. Des mécanismes inconscients pourraient cependant fausser sa décision et l'orienter vers des choix qui favorisent son intérêt personnel et non celui du patient.

2.3. Le besoin de rationalisation

Le troisième élément qu'il convient d'évoquer est le besoin de rationalisation. Pour mettre en évidence cette particularité, des chercheurs ont réuni des patients atteints d'un syndrome appelé *split brain*. Chez ces personnes, une partie du cerveau enregistre des informations visuelles sans que le patient n'en soit conscient. Ces patients étaient mis devant deux images, l'une représentant des pattes de poulet, l'autre un paysage de neige. En raison du syndrome dont ils étaient atteints, ces patients percevaient consciemment les pattes de poulet. Ils enregistraient également l'image de neige, mais inconsciemment. Ils étaient ainsi convaincus de n'avoir vu que des pattes de poulet. Les chercheurs présentaient ensuite à ces mêmes patients un lot d'images, parmi lesquelles ils devaient sélectionner des photos en lien avec celles qu'ils avaient vues. Tous les patients choisissaient correctement un poulet et une pelle à neige. Lorsqu'ils étaient invités à expliquer leur choix, ils justifiaient aisément le lien entre les pattes de poulet et le poulet. Quant à la pelle à neige, ils exposaient l'avoir sélectionnée parce qu'elle permettait de ramasser les excréments de poulet. Cette étude établit que des mécanismes inconscients nous amènent à construire une justification valable de nos choix même lorsqu'il n'en existe pas. Ce mécanisme intervient apparemment également lorsque la motivation réelle de nos actions ne nous satisfait pas.

Si l'on en croit cette expérience, il est impossible d'identifier les véritables motivations d'un comportement. Appliquée aux conflits d'intérêts, elle signifierait que, quels que soient les arguments scientifiques, valables, avancés par un praticien à l'appui d'une décision professionnelle, la motivation effective pourrait être totalement autre. Sans en être conscient, le médecin élaborerait une justification acceptable à sa décision, alors que la véritable motivation est d'un tout autre ordre.

3. Les effets du conflit d'intérêts

Les auteurs sensibilisés aux conflits d'intérêts considèrent que, notamment en raison des mécanismes psychologiques exposés ci-dessus, les avantages consentis au corps médical sont susceptibles d'entacher le jugement professionnel du praticien à son insu. La formation scientifique, l'éthique professionnelle et les règles déontologiques ne suffiraient ainsi pas à le protéger des influences néfastes, puisque ces interférences reposent sur des mécanismes inconscients.

Aujourd'hui, les associations qui militent contre les liens entre industrie et corps médical ont des arguments solides à leur actif. Il existe en effet des études qui établissent les effets des cadeaux aux médecins, notamment sur leurs habitudes de prescription: les cadeaux sont associés à des coûts de prescription plus élevés, à la prescription de nouveaux médicaments au préjudice des génériques, ou encore à la remise de médicaments présentant un bénéfice peu élevé par rapport aux produits existants. Il est ainsi établi que les largesses dont bénéficie le corps médical ne sont pas sans effet sur l'exercice de la profession.

4. Comment réglementer?

Définir le conflit d'intérêts n'est évidemment pas suffisant. L'enjeu est de déterminer comment répondre aux interrogations qu'il suscite. Les solutions possibles sont au nombre de quatre. On peut renoncer à intervenir et décider de tolérer simplement le risque d'une influence indue de l'industrie pharmaceutique sur la pratique médicale. A l'inverse, on peut considérer qu'il est impératif d'interdire tout conflit d'intérêts potentiel, soit de faire en sorte que le corps médical ne soit jamais en position de devoir trancher entre deux intérêts divergents. Adopter cette position signifie proscrire toute relation entre corps médical et industrie, puisqu'il est concrètement impossible d'identifier l'influence indue. On peut considérer que les liens financiers entre ces partenaires du système de santé sont inévitables, mais qu'il s'impose de les divulguer. On peut enfin estimer que les interactions financières entre médecins et firmes sont admissibles, mais qu'il convient de leur donner un cadre réglementaire strict, afin notamment de tenter d'éviter les avantages octroyés dans le but d'influencer la décision médicale. Nous allons nous pencher sur chacune de ces solutions, afin d'en étudier les effets, ainsi que les avantages et les inconvénients. Nous verrons également lesquelles ont été retenues, et avec quelles conséquences.

4.1. Tolérer

À ma connaissance, aucun pays n'a adopté de texte législatif légitimant purement et simplement les interactions financières entre médecins et industrie. En pratique, cependant, les législations qui traitent de ces aspects sont récentes. Jusqu'à leur adoption, de nombreux pays ont, de fait, toléré ces pratiques.

4.2. Divulguer

Une solution qui constitue une forme de tolérance sans l'être réellement est la divulgation. C'est l'option adoptée aux Etats-Unis et concrétisée dans un projet de loi, appelé *Physician Payments Sunshine Law*. Les *sunshine laws* sont des lois dites de «transparence», soit des textes qui visent à améliorer la connaissance par le public du fonctionnement de certains domaines d'activités. En septembre 2007, un Sénateur républicain du nom de Chuck Grassley a déposé un projet de loi au Sénat, prévoyant l'annonce systématique de tous les avantages octroyés par l'industrie aux médecins. Ce projet de loi a été adopté par le Sénat. La Chambre des représentants l'a ensuite largement modifié, mais voté quand même.

Ce texte relève de la législation d'assurance sociale, et modifierait le *Social Security Act*. Il prévoit une obligation d'annonce trimestrielle de tous les avantages matériels consentis à des médecins dont la valeur serait supérieure à 25 dollars. Il impose également l'annonce annuelle du cumul de tous les avantages de faible valeur, pour éviter l'octroi de multiples avantages modestes. La publication est prévue sur un site internet accessible au public. Les indications qui y figureraient sont très détaillées. En cas de violation de l'obligation d'annonce, la firme s'exposerait à une amende de 10 000 à 100 000 dollars par infraction.

L'aspect le plus intéressant de ce texte est l'effet qu'il a eu sur l'industrie. Le projet a été déposé en septembre 2007 au Sénat. Il a été ensuite voté en mars 2008 à la Chambre des représentants. Les deux Chambres ont adopté des versions divergentes sur des points fondamentaux. Le texte définitif est donc loin d'être adopté. Il est même possible qu'il ne le soit jamais.

Malgré cette incertitude, fin septembre 2008, la firme pharmaceutique Lilly a annoncé qu'elle allait anticiper le *Physician Payments Sunshine Law* et divulguer spontanément sur un site internet tous les paiements consentis aux médecins. Les concurrents du fabricant ont été contraints de lui emboîter le pas. Dans les jours qui ont suivi le communiqué de Lilly, les autres firmes ont pris publiquement le même engagement. La conséquence en est que ce projet de loi, qui n'est même pas voté définitivement, va déployer des effets au moins partiels dès 2009. Si les firmes tiennent parole, la divulgation des avantages consentis aux médecins sera systématique dans tous les Etats américains dès cette date.

4.3. Limiter

Entre l'interdiction totale et la simple tolérance, de nombreux Etats ont opté pour la limitation des échanges. Les textes législatifs limitant les rapports entre corps médical et industrie pharmaceutique sont ainsi de plus en plus courants, qu'ils relèvent de la législation anti-corruption, du droit de la sécurité sociale, ou encore de lois relatives aux produits thérapeutiques.

La limitation est notamment la solution choisie en droit suisse et concrétisée par diverses dispositions.

a) *L'article 56 al. 3 LAMal*

La première est l'article 56 al. 3 de la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1996. Cette disposition oblige les médecins à répercuter sur le patient les éventuels avantages dont ils bénéficient. En pratique, cette norme n'est jamais appliquée en raison notamment de la complexité de la vérification qu'elle suppose.

b) *Les articles 322ter à 322octies CP*

La deuxième disposition, ou plutôt les deuxièmes dispositions, sont les articles 322ter à 322octies du Code pénal. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} mai 2000, dans le cadre d'une révision partielle du Code pénal consacrée à la corruption. Le Code pénal ne réprime que la corruption d'agents publics, soit de fonctionnaires. Ces dispositions ne sont donc susceptibles de s'appliquer que si le comportement que l'on tente d'influencer est celui d'un médecin pratiquant dans le cadre d'un hôpital public. Le Conseil fédéral semble cependant considérer que pourrait être assimilé à un agent public, le médecin pratiquant à la charge de l'assurance obligatoire.

c) *L'article 33 LPTh*

La troisième disposition est la plus importante: il s'agit de l'article 33 de la Loi fédérale sur les produits thérapeutiques (LPTh), entrée en vigueur le 1er janvier 2002. Cette disposition est concrétisée notamment par l'Ordonnance sur la publicité pour les médicaments (OPMéd). L'article 33 LPTh est le siège de la matière, puisqu'il traite de la promesse et de l'acceptation d'avantages matériels. Cette disposition pose une interdiction de principe, mais autorise quelques exceptions, notamment en matière de rabais et d'avantages modestes. Elle a d'emblée été très disputée.

d) *Quelques remarques sur l'article 33 LPTh*

[...]

e) *Autres dispositions*

Au titre des dispositions applicables, on peut encore mentionner l'article 7 al. 4 lettre b de la Loi fédérale sur la recherche, qui subordonne le soutien de la recherche menée par une institution privée à la condition que «l'indépendance scientifique des personnes chargées de la recherche» soit garantie. De plus, la nouvelle Loi fédérale sur les professions médicales universitaires (LPMéd) comprend un article 40, consacré aux devoirs professionnels. Cette disposition impose aux médecins de défendre, dans leurs rapports avec d'autres professionnels de la santé, «exclusivement les intérêts des patients indépendamment des avantages financiers» (lettre e). L'article 40 LPMéd pourrait régir des domaines dans lesquels l'article 33 LPTh ne trouve pas application, soit par exemple les dispositifs médicaux.

f) *Les Directives de l'ASSM*

Il existe en Suisse un autre texte qui limite sans interdire: il s'agit des Directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales. L'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) a adopté, en 2002, des recommandations concernant la collaboration corps médical et industrie. Ces recommandations ont été révisées et sont devenues, en 2005, des Directives, régissant les domaines de la recherche, de la formation et de la pratique médicale. A l'inverse de la Loi sur les produits thérapeutiques, qui pose une interdiction de principe, les Directives adoptent une position qui est celle de l'autorisation. Le préambule de ces directives est en effet le suivant: «La collaboration des médecins avec l'industrie est un fait établi, elle est dans l'intérêt d'une bonne médecine et contribue souvent à la diffusion du savoir». Leur but ne serait pas «d'interdire, mais de contribuer à promouvoir l'objectivité, la qualité et la transparence, à éviter les dépendances et à gérer en connaissance de cause les conflits d'intérêts». La position de principe est donc bien plus permissive que celle du texte de loi.

Les Directives s'appliquent dans les trois domaines «classiques» des conflits d'intérêts, soit la recherche, le sponsoring de la formation et l'acceptation d'avantages financiers dans le cadre d'une pratique. Ce texte, s'il est plus développé que l'article 33 LPTh, présente néanmoins l'inconvénient de ne

pas avoir force obligatoire. Il émane d'une association privée et n'a donc pas rang de loi. La Fédération des médecins suisses (FMH) a cependant intégré ces directives dans son Code de déontologie. Leur contenu s'applique dès lors de manière contraignante à tous les médecins membres de la FMH.

Sur le plan de leur application pratique, ces Directives créent une Commission consultative. L'ASSM, qui édicte des directives dans toutes sortes de domaines, n'a pas pour habitude de surveiller l'application de ses textes. Dans ce cas, cependant, elle a jugé qu'il convenait de s'assurer de la bonne exécution de ces règles. C'est, sauf erreur, unique dans l'histoire de l'Académie. Cette Commission consultative agit sur demande ou d'office. Elle rend des avis sur différents sujets, et publie un rapport d'activités. Le premier rapport de la Commission a été publié en août 2008.

Le champ d'activités de cette Commission semble pour l'heure assez limité. La lecture du premier rapport montre que toutes les questions soulevées traitent de la formation continue et de la mesure dans laquelle et à quelles conditions l'industrie peut la financer. Les domaines de la recherche et des avantages accordés aux médecins sont totalement absents de ce document. Dans le cadre de la recherche, il existe souvent des mécanismes institutionnels qui permettent de résoudre les difficultés éventuelles à l'interne. Cette particularité permettrait d'expliquer l'absence de questions dans ce domaine de l'activité médicale. En ce qui concerne les avantages accordés aux médecins, par contre, aucune raison ne semble justifier que la Commission ne soit pas saisie. La culture du secret qui prévaut en Suisse semble être le seul motif expliquant le silence sur cette question. La Suisse n'est a priori pas moins confrontée à la problématique des conflits d'intérêts que les autres pays.

Reste à aborder la question de l'intérêt des Directives de l'ASSM par rapport à la législation existante, ainsi que par rapport au Code de l'industrie pharmaceutique en Suisse. Ce Code n'est en pratique, et à ma connaissance, jamais appliqué. Il constitue ainsi un recueil de bonnes intentions sans incidence concrète. Quant à la législation, nous avons vu qu'elle avait un contenu extrêmement lacunaire. A cet égard, les Directives ont l'avantage d'être plus détaillées et d'indiquer clairement les comportements autorisés dans les trois domaines traités. Swissmedic considère d'ailleurs que les textes de l'ASSM peuvent constituer un soutien à l'interprétation de l'article 33 LPTh.

4.4. Interdire

En mars 2008, l'Etat du Massachusetts a signifié son intention d'adopter un texte de loi interdisant totalement les rapports financiers entre industrie pharmaceutique et corps médical. Cette législation aurait constitué la réglementation la plus sévère des conflits d'intérêts, aux Etats-Unis comme probablement dans le monde. La réaction des firmes pharmaceutiques a évidemment été violente. La voix de l'industrie s'est notamment exprimée par l'association PhRMA, qui regroupe les principaux acteurs de ce secteur de l'économie américaine. Cette association a adopté un code de bonne pratique, qui traite notamment des conflits d'intérêts. Lorsque le projet de loi a été annoncé, l'association a modifié en catastrophe le Code, pour lui donner un contenu équivalent à celui de la législation proposée. Le projet législatif

a été annoncé en mars 2008. En juillet 2008, PhRMA annonçait déjà que le Code avait été modifié, et qu'il entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 2009. L'association en tirait l'argument qu'il était devenu inutile de légiférer sur le sujet, puisque le Code de l'industrie réglait la question de manière exhaustive. Parallèlement à la modification du Code, l'industrie pharmaceutique a mené un lobbying intense à l'égard de l'Etat du Massachusetts. Les firmes ont annoncé que si la loi était votée, elles renonceraient à tout projet de recherche sur le territoire de l'Etat et retireraient immédiatement les investissements déjà consentis. Ce discours a été efficace, puisque le Massachusetts a finalement abandonné l'interdiction en faveur d'une simple obligation de divulgation.

La solution de la prohibition totale, si elle est peu privilégiée par les législateurs, reste néanmoins prônée par les milieux militants, qui considèrent qu'elle est seule à même de garantir l'intérêt du patient et l'intégrité de la recherche et de la formation.

5. La validité des solutions

Reste à évaluer la validité des différentes solutions exposées ci-dessus.

5.1. Les dangers de la tolérance

Même si les conflits d'intérêts posent de vrais problèmes, la tolérance des échanges financiers entre médecins et industrie a quelques avantages évidents. Avant tout, elle préserve le soutien financier à la formation et à la recherche. C'est en outre une solution extrêmement simple, puisqu'elle ne nécessite aucun dispositif législatif, aucune surveillance, aucune procédure. Cette option a cependant de solides inconvénients. En autorisant l'industrie pharmaceutique à tenter d'influencer les praticiens, la voie de la tolérance met en péril les intérêts fondamentaux que les médecins sont censés poursuivre, soit l'intérêt thérapeutique et l'intégrité de la recherche et de la formation. Ensuite, des études montrent que les patients sont sensibles aux conflits d'intérêts éventuels auxquels pourraient être soumis leurs médecins. Si la distribution d'avantages financiers est autorisée sans restriction aucune, le public le ressentira négativement. Enfin, toutes ces largesses ont évidemment un coût. Aux Etats-Unis, on chiffre à 7 milliards par an le montant des cadeaux de l'industrie pharmaceutique aux médecins. Ces 7 milliards sont intégrés dans le coût de production d'un médicament et influencent ainsi directement son prix. Dès lors, ces pratiques, si elles sont tolérées sans restriction, sont susceptibles de contribuer à l'augmentation des coûts de la santé.

5.2. L'inefficacité de la divulgation

L'obligation de divulguer les avantages consentis peut paraître, en théorie, une solution mesurée intéressante. Elle ne met pas en péril le soutien à la formation et à la recherche, et semble aisée à concrétiser. En pratique, cependant, la divulgation apparaît peu efficace.

En premier lieu, même si la transparence laisse libre cours aux échanges financiers, elle semble malgré tout avoir un effet négatif sur le *sponsoring* des

activités médicales. Pfizer a ainsi annoncé en juillet 2008 que la firme suspendait le financement des formations offertes par des institutions à but lucratif. La décision de Pfizer est survenue immédiatement après l'adoption, par la Chambre des représentants, de l'obligation d'annonce des avantages consentis. Elle lui est donc, à l'évidence, directement liée. Si l'obligation de divulgation se généralisait, par conséquent, il est probable que le soutien financier à la formation et à la recherche s'en ressentirait.

a) L'expérience américaine

Quant à sa mise en pratique, la divulgation suppose simplement l'annonce des avantages consentis. Ce système, *a priori* simple, dépend cependant entièrement de ses modalités pratiques pour être efficace. Or, à ce jour, la concrétisation du principe de transparence est totalement insatisfaisante.

Plusieurs Etats américains ont adopté des lois de transparence au cours des quinze dernières années. Les Etats du Vermont et du Minnesota, plus particulièrement, ont fait l'objet d'une enquête approfondie sur ce système. Le point marquant de cette étude est l'extrême difficulté d'accès aux données. En premier lieu, pour être utilisables, les données doivent être regroupées de façon à identifier, pour un médecin déterminé, le montant des avantages perçus. Dans le Vermont, les informations étaient regroupées par firme, par type de cadeau ou encore par but du paiement, mais jamais par praticien. Dans les deux Etats, certaines annonces concernaient des paiements faits collectivement à plusieurs médecins ou institutions, d'autres des paiements individuels. Dans l'Etat du Vermont, la moitié des paiements n'indiquaient pas le bénéficiaire ou le désignaient de manière générique (médecin, infirmière, ...). Ces lacunes empêchent évidemment toute analyse des données. Deuxième défaut majeur: les données recueillies étaient pour la plupart incomplètes. L'Etat du Vermont permet aux entreprises d'invoquer le secret d'affaires pour ne pas divulguer certains paiements. D'emblée, treize firmes ont refusé de donner quelque information que ce soit, en se retranchant derrière le secret commercial. L'année suivante, encouragées par ce précédent, dix entreprises supplémentaires, qui avaient pourtant divulgué des données la première année, ont invoqué la protection des secrets d'affaires pour ne fournir aucune information. Troisième difficulté: les informations n'ont de sens que si elles sont aisément consultables. Or, dans l'Etat du Minnesota, les données ne sont pas accessibles au public. Les formulaires remplis par les firmes sont consultables, mais uniquement dans les bureaux de l'administration. Les formulaires ne sont en outre jamais analysés.

En conclusion, il apparaît que la divulgation n'a de sens que si ses modalités sont strictement définies, qu'elle ne tolère pas d'exceptions et qu'elle s'accompagne d'une surveillance étroite de sa bonne exécution.

b) Les défauts de la transparence

Même lorsqu'elle est intelligemment conçue et respectée, la divulgation présente deux inconvénients majeurs. D'une part, elle n'élimine pas le risque d'influence. Le caractère nocif des avantages financiers est notamment dû

au sentiment de réciprocité qu'ils suscitent. Si l'avantage consenti est divulgué, le sentiment de réciprocité ne disparaît pas. Le médecin qui perçoit un avantage ressentira l'obligation de réciprocité, que cet avantage soit rendu public ou non.

D'autre part, la divulgation n'est d'aucune aide pour le patient, ou le public en général. Savoir qu'un praticien ou un chercheur a perçu une rémunération d'une firme déterminée ne résoud rien. Le patient qui dispose de cette information ne sait pas qu'en faire, ni comment la traiter. Il ignore si le risque d'influence est avéré et, si oui, quel devrait être l'effet de ce risque sur sa propre situation.

c) L'effet pervers de la divulgation

Enfin, des études établissent que la transparence peut avoir un effet pervers. Un professeur a fait une expérience à cet égard avec ses étudiants. Il a créé deux groupes d'étudiants et les a placés à distance d'un bocal contenant des pièces de monnaie. Il a ensuite fait venir deux personnes, à qui il a confié le rôle d'estimateurs. Les groupes d'étudiants avaient pour tâche d'évaluer, à distance, le nombre de pièces contenues dans le bocal. Les estimateurs, quant à eux, étaient attribués à un groupe d'étudiants et les assistaient dans leur évaluation, en approchant du bocal et en tentant d'estimer son contenu de près. L'expérience a été conduite une première fois. Il a ensuite été annoncé aux étudiants que les estimateurs avaient un conflit d'intérêts, en ce sens qu'ils étaient intéressés au résultat: plus le groupe annonçait un nombre de pièces élevé, plus l'estimateur était rémunéré. L'étude a montré que dès l'annonce du conflit d'intérêts, les estimateurs ne tentaient même plus d'évaluer réellement le nombre de pièces. Convaincus que, quelle que soit leur estimation, elle serait qualifiée d'intéressée, ils se contentaient de poursuivre leur propre intérêt et poussaient l'estimation vers le haut. Il apparaît ainsi que la divulgation peut avoir pour effet pervers de renforcer la poursuite de l'intérêt secondaire, au détriment de l'intérêt primaire.

5.3. La complexité de la limitation

La limitation est une solution plus restrictive que la divulgation, puisqu'elle interdit certaines pratiques, alors que la transparence les tolère toutes. C'est une solution qui présente l'avantage de préserver partiellement le soutien à la formation et à la recherche: les législations qui ont opté pour cette solution autorisent en effet le sponsoring de ces activités par l'industrie, en l'assortissant cependant d'un cadre plus ou moins strict.

Limiter les échanges financiers devrait également préserver ou restaurer au moins partiellement la confiance du public en l'activité médicale: savoir que tout n'est pas permis et que les interactions financières entre les acteurs du système de santé sont encadrées et surveillées est un facteur de confiance.

Si elles n'éliminent pas le risque d'influence, les restrictions le contiennent probablement. Les avantages restent autorisés, mais dans une moindre mesure. Ils sont en outre interdits dans toutes sortes de circonstances. La limitation doit dès lors aboutir à réduire le risque d'influence.

Par contre, la limitation n'évacue pas le sentiment de réciprocité. A l'exemple de la Suisse, de nombreux législateurs partent de l'idée que des avantages de faible valeur sont moins, voire plus du tout, susceptibles d'influencer le récipiendaire. Pourtant, les études relatives au sentiment de réciprocité établissent qu'il n'est pas dépendant de la valeur de l'avantage financier consenti. Même les avantages modestes créent un sentiment d'obligation. Il semble ainsi que l'idée, adoptée par de nombreux législateurs, de limiter le montant des avantages autorisés ne trouve pas de confirmation scientifique.

Sur le plan de son exécution, la limitation est très compliquée. L'élaboration d'une réglementation suppose une définition générale et abstraite des problèmes à régir. Or, les situations à appréhender sont d'une variété telle qu'il semble infiniment complexe de les appréhender toutes par le biais d'une seule législation. L'adoption de dispositions topiques n'est en outre qu'une partie du problème. Une réglementation n'a aucun sens si son exécution n'est pas assurée, soit si son application n'est pas vérifiée et les violations sévèrement sanctionnées.

5.4. Les excès de l'interdiction

Interdire totalement les interactions entre médecins et industrie signerait l'arrêt complet du soutien privé à la formation et la recherche. Cette solution nécessiterait dès lors une augmentation massive de la part de l'Etat dans le financement de ces activités.

Au plan des aspects positifs, cette solution a l'avantage de la simplicité. Si tout est interdit, il n'y a plus de problèmes de délimitation ou de qualification. Cette option présente également l'avantage de répondre totalement à la perte éventuelle de confiance du public dans l'intégrité de ses médecins. Elle supprime en outre le risque d'influence, puisqu'il n'y a plus de situation susceptible de faire naître un conflit d'intérêts.

6. L'auto-régulation

Avant de conclure, il convient de dire un mot de l'auto-régulation, qui est abondante dans ce domaine. Les premiers textes régissant les conflits d'intérêts dans le domaine médical émanent en effet de l'industrie elle-même. Il s'agit de codes de conduite établis par des associations regroupant l'ensemble ou une partie des firmes pharmaceutiques d'un pays. Les tout premiers codes ont été adoptés en Angleterre en 1958, puis en Australie en 1960. Aux Etats-Unis, le Code émane de l'association *Pharmaceutical Research and Manufacturers of America* (PhRMA). Il est entré en vigueur le 1er juillet 2002.

En Suisse, le Code de bonnes pratiques de l'industrie pharmaceutique en Suisse a été adopté le 4 décembre 2003, sous l'égide de cinq associations. Ce Code traite essentiellement de la publicité en matière de produits thérapeutiques, mais il aborde également le problème du soutien financier de l'industrie à la formation postgraduée et continue des professionnels de la santé, ainsi que celui du *sponsoring* des essais cliniques de médicaments. Le Code suisse fixe certaines limites à l'apport financier des entreprises à la formation et impose la divulgation des liens d'intérêts des orateurs dans le cadre d'un

congrès. Dans la recherche, le Code prescrit que le soutien financier par une firme pharmaceutique soit signalé lors de la publication des résultats d'un essai clinique.

La réglementation suisse est largement inspirée du Code européen intitulé EFPIA *Code of practice on the promotion of prescription-only medicines to, and interactions with, healthcare professionals*. Ce Code a été adopté en 1991, sous l'égide de l'EFPIA, la *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*.

En soi, l'idée que le milieu adopte ses propres règles de conduite est évidemment séduisante. L'expérience montre cependant que l'auto-régulation présente de grandes faiblesses, notamment sur les points suivants: absence de caractère obligatoire du Code, investigations menées uniquement sur dénonciation, absence d'indépendance des comités de surveillance, sévérité insuffisante des sanctions, défaut de publicité des sanctions prononcées. Les milieux concernés s'accordent ainsi à penser aujourd'hui que seule une législation étatique est à même de combattre efficacement les abus constatés dans le domaine médical.

7. Conclusion

L'industrie pharmaceutique dépenserait deux fois plus en promotion qu'en recherche et développement. C'est dire l'importance des enjeux qui attendent les législateurs en passe de réglementer les interactions entre firmes et médecins. Dans ce processus de régulation, quelle solution législative privilégier?

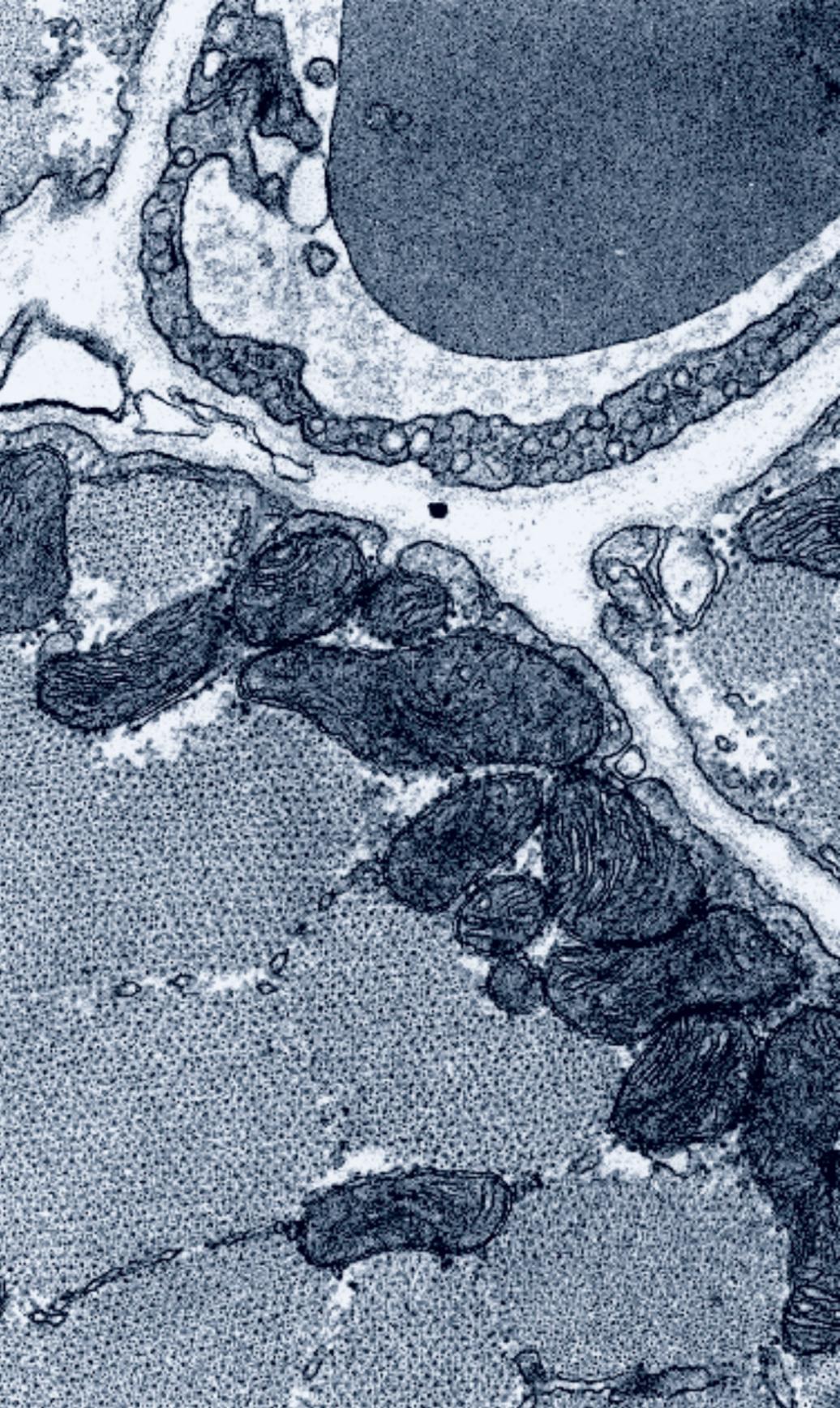
Il est établi que l'auto-régulation, du moins dans la forme dans laquelle elle est pratiquée aujourd'hui, ne suffit pas à prévenir les conflits d'intérêts, et donc à garantir l'intérêt thérapeutique, ou l'intégrité de la recherche et de la formation. L'attention doit dès lors être concentrée sur les législations nationales, pour que le cadre nécessaire non seulement ait force obligatoire, mais surtout soit exécuté par des instances indépendantes de l'industrie.

Les solutions extrêmes ne paraissent pas adaptées à la complexité du problème. L'interdiction totale a certes le mérite de protéger les patients, et d'éviter que le public n'ait à s'interroger sur les motivations d'une décision professionnelle. Cette solution a cependant également un inconvénient, de taille, dont les milieux scientifiques s'alarment: interdire tout lien financier entre corps médical et industrie signifie enlever, avant tout à la recherche et à la formation continue, un soutien financier dont elles ne peuvent se passer. Elle suppose en outre que toute interaction financière entre corps médical et industrie est nocive, ce qui est exagéré. La tolérance pure et simple, quant à elle, permet tous les excès, ce que la protection de la santé publique et du bien des patients ne saurait autoriser.

Les options intermédiaires, plus mesurées, semblent s'imposer. La divulgation n'a pas fait ses preuves et présente des défauts sérieux. En particulier, elle présente l'inconvénient majeur de pointer le doigt sur le problème, sans le résoudre. La limitation, même si elle reste complexe, paraît devoir l'emporter. Reste à décider comment la concevoir et l'appliquer. A cet égard, il

est intéressant de se pencher sur la procédure mise en place par l'Académie Suisse des Sciences Médicales. La Commission consultative en charge de ces questions est un organe neutre. Sa composition est variée puisqu'il comprend des médecins, en pratique privée et en milieu hospitalier, des représentants de l'industrie pharmaceutique, des juristes, etc... La Commission a en outre décidé, par souci de crédibilité, que tous les membres devaient signaler leurs relations d'intérêts par rapport à l'industrie. L'examen des déclarations d'intérêts révèle que certains membres n'ont strictement aucun lien avec l'industrie pharmaceutique, alors que d'autres dispensent régulièrement de la formation continue sponsorisée par des firmes, participent à des essais cliniques financés par l'industrie, ou détiennent des actions de sociétés actives dans le domaine. Ainsi, les situations soumises à cet organe sont évaluées par un panel extrêmement représentatif, aussi bien quant aux professions exercées que sur le plan du rapport à l'industrie. En outre, le système permet que, sur la base de Directives posant des règles très générales, la Commission développe une pratique souple, adaptée à la réalité du terrain, et susceptible d'évoluer rapidement, sans poser des règles strictes qui sont délicates à définir dans l'abstrait. On peut évidemment regretter le champ d'action extrêmement restreint à l'heure actuelle et il faut souhaiter que cette Commission prenne à l'avenir la place qu'elle mérite.

Quelle que soit l'option législative privilégiée, les interactions entre médecins et industrie sont inévitables. Il est en effet dans l'ordre des choses que les firmes tentent de promouvoir leurs produits, et qu'elles le fassent en particulier auprès des intermédiaires incontournables que sont les praticiens. Les mécanismes psychologiques activés par les conflits d'intérêts sont en outre trop subtils pour toute forme de prévention. Il est dès lors illusoire d'espérer supprimer le risque d'influence qui leur est lié. Le phénomène des conflits d'intérêts est ainsi une réalité dont on ne peut que prendre acte. Il importe néanmoins de garder à l'esprit que les liens financiers entre ces acteurs de la santé sont susceptibles d'interférer dans un suivi thérapeutique, dans la conduite d'une recherche ou dans la formation professionnelle. L'enjeu est dès lors de s'assurer que ce phénomène d'interférence soit aussi contenu que possible et que le bien du patient et la santé publique demeurent constamment au centre des préoccupations des partenaires. Il en va de la confiance du public en la médecine et les personnes qui la pratiquent.



Medizin in Zeiten knapper Ressourcen

Prof. Otfried Höffe, Präsident der Nationalen Ethikkommission (NEK), Tübingen

Wenn man dieses Thema zuspitzen und zugleich als Frage formulieren will, würde es heißen: «Darf eine Überflußgesellschaft Gesundheit rationieren?» Wer diese Frage hört, wird sie aber als rein rhetorisch einschätzen und die Antwort, klarerweise die negative Antwort, für selbstverständlich halten. Die klare Verneinung der neuen Titelfrage erfolgt in drei Schritten. Erstens darf, wer sich im Überfluß sonnt, nicht knauserig agieren. Zweitens besteht auch keine Notwendigkeit, denn man lebt ja im Überfluß. Schließlich ist die Gesundheit ein so elementares Gut, daß nur ein Tor sie unnötig vernachlässigt.

Wäre die Sachlage so einfach, bräuchte man sich freilich auf das Thema nicht einzulassen. Allenfalls ein Gesundheitspolitiker könnte die Frage aufwerfen, geleitet von dem Ziel, für das Gesundheitswesen wegen der klar negativen Antwort mehr Geld zu fordern. Von einem Philosophen erwartet man zu Recht anderes, nämlich daß er sich mit Grundfragen, und zwar nicht mit rhetorischen, sondern ernsthaften Grundfragen befaßt. Aus mehreren Gründen ist dies bei meinem Thema tatsächlich der Fall. Ich gliedere meine Überlegungen in fünf Schritte.

1. Das anthropologische Gesetz der Knappheit

Der Titelausdruck «Rationieren» gehört ins Themenfeld des Wirtschaftens und der Wirtschaftlichkeit. Mancherorts lehnt man zwar Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit rundweg ab. Bei Fragen der Menschenwürde oder den Menschenrechten ist die Ablehnung auch richtig, bei vielen anderen Fragen nicht. In seiner meisterhaften Erzählung «Die Nase» läßt Nikolai Wassiljewitch Gogol einen Arzt mit Entrüstung sagen, er habe keine finanziellen Interessen. Wer geerbt oder glücklich spekuliert hat, kann das unterschreiben. Die anderen Ärzte müssen ihr Auskommen suchen; keine Klinik kann sich auf Dauer rote Zahlen erlauben; und ein Gemeinwesen darf die Gesundheit ihrer Bürger als ein sehr hohes Gut behandeln, das einzige Gut ist es aber nicht.

Eine Grundlagenüberlegung beginnt daher mit der Einsicht, daß alles menschliche Leben von begrenzten Ressourcen vielfach umstellt ist. Bei unserem Thema, dem Gesundheitswesen, gibt es Patienten und ihre Krankheiten in Hülle und Fülle. Die Personen, die sich mit ihnen befassen, die Ärzteschaft und das Pflegepersonal samt deren Zeit, pflegt knapp zu sein. Vor 30 Jahren hieß ein Buchtitel «Fünf Minuten pro Patient». Heute, liest man in der Presse, bleiben dem Hausarzt durchschnittlich nur drei Minuten Zeit für insgesamt drei Aufgaben, für Früherkennung, Diagnostik und Therapie. Dasselbe Problem, die Knappheit, stellt sich in der Regel bei Geräten, Betten und Arzneimitteln und «natürlich» auch außerhalb des Gesundheitswesens.

Ohne Zweifel sind unsere Gesellschaften trotz der Finanz- und Wirtschaftskrise noch ziemlich wohlhabend. Getragen von einer wissenschaftlich-technischen Zivilisation können sie nämlich die wirtschaftliche, auch so etwas wie die medizinische Produktivität steigern. Sie sind aber außerstande auf-

zuheben, was ich das dreiteilige «anthropologische Gesetz der Knappheit» nenne: Erstens ist die letzte Vorgabe aller Wirtschaft, die Erde samt den Tieren, Pflanzen und Materialien, begrenzt; zweitens muß der Mensch die Vorgaben «im Schweiß seines Angesichts» verarbeiten, was viele lieber scheuen. Und drittens droht eine tendenzielle Unersättlichkeit, ein Immer-mehr-wollen, in der Sprache der Philosophie eine Pleonexia, die alles Menschliche – ob Individuen, Institutionen oder Gemeinwesen – mit ausufernden Begehrlichkeiten bedrängt.

2. Rationieren

Die Titelfrage ist genau deshalb nicht rhetorischer Natur. Weil auch wohlhabende Gesellschaften nicht im Überfluß leben, müssen sie sich fragen, wie sie auf die Knappheit reagieren sollen. Müssen sie etwa Gesundheit rationieren? Hier ist der keineswegs triviale Sachverhalt zu sehen, daß zwar in der Biographie eines Menschen die Gesundheit knapp werden kann, im fortgeschrittenen Alter bei vielen, gegen Lebensende bei jedem. In der mit dem Ausdruck «Überflußgesellschaft» vorausgesetzten sozialen Perspektive wird dagegen nicht die Gesundheit knapp, wohl aber die Gesamtheit der dafür verfügbaren Mittel. Genau genommen sind es sogar nur die finanziellen Mittel. Denn andere Mittel wie die körperliche Bewegung und eine gute Ernährung brauchen nicht knapp sein. Für manche sozialpolitische Debatte haben diese nichtfinanziellen Mittel freilich den Nachteil, daß die Menschen selber mitverantwortlich sind, so daß man nicht allein «die Gesellschaft» anklagen kann.

Eine weitere kaum triviale Einsicht: Der zweite Titelausdruck, das Rationieren, läßt an extreme Knappheit denken. Man stellt sich Kriegs- und Nachkriegszeiten, jedenfalls eine so hohe Not vor, daß, angefangen mit Lebensmitteln und Wohnungen, die fürs Überleben notwendigen Güter von staatlicher Seite zugeteilt werden. Man kann den Ausdruck zwar zu entdramatisieren versuchen. Aber auch wer darunter alle ausdrücklichen und stillschweigenden Maßnahmen versteht, die einer Person hilfreiche Gesundheitsversorgung nicht zur Verfügung stellt, überschärft die tatsächliche Lage. Denn unter extremer Not leiden das schweizerische oder das deutsche Gesundheitswesen zweifellos nicht.

Mit dem Ausdruck «Rationieren» wird die Lage überdramatisiert, und stillschweigend erhebt man die Forderung nach weit mehr medizinischen Ressourcen. In Wahrheit ist das Leistungsniveau unseres Gesundheitswesens international gesehen hoch. Daß trotzdem Wünsche offen bleiben, freilich weniger als in anderen Ländern, ist wegen des anthropologischen Gesetzes der Knappheit nicht zu vermeiden. Wie das Gesundheitswesen, so «leiden» nämlich auch andere Gesellschaftsbereiche unter einer «Leistungsexplosion» (ich vermeide bewußt den irreführenden Ausdruck der Kostenexplosion, obwohl er für die Pro-Kopf-Ausgaben nicht falsch ist): Die Veränderungsgeschwindigkeit der Berufs- und Lebenswelt erfordert wachsende Bildungs- und Ausbildungskosten. Zuwanderer aus nichtwestlichen Kulturen brauchen für ihre Integration besondere Unterstützung. Wegen gesunkener Lebensar-

beitszeit und gewachsener Rentenzeit verlangt die Altersvorsorge einen höheren Anteil am Arbeitseinkommen. Weil noch in weiteren Bereichen bald das Anspruchsniveau, bald das Leistungsniveau wächst, verschärft sich die Ressourcenknappheit und ihretwegen der Zwang zum umsichtigen Umgang mit den Ressourcen.

Ein Wahrnehmungsproblem kommt übrigens noch hinzu. Da kaum jemand internationale Vergleiche vor Augen haben, glaubt man, bildlich gesprochen, einen klapperigen Golf fahren. In Wahrheit sitzt man aber relativ komfortabel in einem größeren Mittelklassewagen. Wer einen Blick in die Geschichte wirft, sieht rasch, daß für das Gesundheitswesen ohnehin in der längsten Zeit finanzielle Knappheit vorherrschte. Zu Gogols Zeiten konnte sich vermutlich nur ein kleiner Teil der Bevölkerung die Behandlung durch akademisch ausgebildete Ärzte leisten. In west- und nordeuropäischen Ländern ändert sich die Situation mit der Einführung obligatorischer Krankenversicherung. Und in den 60er Jahren beginnt eine enorme Steigerung der zur Verfügung stehenden Mittel. In Deutschland wächst binnen 15 Jahren, von 1960 bis 1975, der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt von etwa 5% auf knapp das Doppelte an; in der Schweiz etwas moderater: von 4,9% auf 8,4%. (Ein Grund für die Differenz zwischen Deutschland und der Schweiz könnte im deutschen Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 liegen, da das Gesetz Kosten in das Gesundheitswesen aufnimmt, die vorher anderswo «verbucht» wurden.)

Weitere Zahlen: Von 1990 bis 2007 steigt in Deutschland der Anteil von 8,3% auf 10,4%, in der Schweiz von 8,2% auf 10,8% (OECD Health Data 2009). Daher dürfte dies wohl unstrittig sein: Gäbe es seither keine Kostendämpfungsmaßnahmen, so wäre vermutlich der Anteil noch stärker gestiegen. Man könnte zwar auf die USA hinweisen, wo der Anteil des Gesundheitswesens am Bruttoinlandprodukt bei 14% liegt. Großbritannien (6,9%) braucht aber nur die Hälfte der USA, obwohl die Lebenserwartung höher, die Kindersterblichkeit dagegen niedriger als in den USA ausfällt und im Unterschied zu den USA nicht ein erheblicher Teil der Bevölkerung ohne Versicherungsschutz lebt.

Der kurze Blick in die Statistik zeigt viererlei: Erstens ist der Kostenanteil des Gesundheitswesens veränderbar. Zweitens ist die Frage, wo er sich einpendeln soll, letztlich politisch zu entscheiden; denn die Hoffnung, daß sich das Problem durch Erreichen eines Sättigungsgrades von allein entschärft, ist nicht zu erfüllen. Die Gesundheit gilt nämlich als ein sehr hohes, für viele sogar als das höchste Gut, für das man kaum Kosten scheut. Drittens erlaubt der Kostenanteil keinen direkten Rückschluß auf das Niveau des Gesundheitswesens. Vor allem kann man viertens, den irreführenden Ausdruck «Kostenexplosion» aufgeben und trotzdem einsehen, daß sich ein Weiterwachsen nach dem Muster «1960 bis 1975» oder dem Muster «seit 1990» kaum vertreten läßt. Denn andere gesellschaftliche Faktoren neigen, wie angedeutet, ebenfalls zu einer «Leistungsexplosion».

Verstärkt werden die Schwierigkeiten durch den wirtschaftlich-sozialen Fortschritt, der sich im Gesundheitswesen in höheren Personalkosten und in noch höheren Arzneimittelkosten niederschlägt. Hier liegt eine der Ursachen für die medial zugespitzte These: «Die Menschen werden immer gesünder, trotzdem werden die Krankheiten immer teurer. (Mittlerweile liegen die Kosten für Medikamente fast 50% höher als die für die Ärzte.) Hinzu kommt eine erhöhte Lebenserwartung, die die medizinische Nachfrage erhöht, in Deutschland ferner eine «Einnahmekrise», nämlich ein Einnahmerückgang der Krankenkassen aufgrund von Arbeitslosigkeit und beitragsfreien Arbeitsverträgen. (90% der Bevölkerung sind in der gesetzlichen Krankenversicherung, aber nur 65% zahlen Beiträge.) Nicht zuletzt verursachte im Jahr 1957 ein Rentner noch ein Drittel weniger Ausgaben als die erwerbstätigen Krankenkassenmitglieder, im Jahr 1970 lagen sie etwa genauso hoch, und schon 1995 betragen die Ausgaben bereits das 1,8fache der Ausgaben für erwerbstätige Mitglieder (nach Kunz 2000, 38).

Konzentriert man sich auf den Faktor «medizinischer Fortschritt» bzw. «Leistungsexplosion», so sprechen Berechnungen des britischen «Office of Health Economics» für sich: Wäre die Medizin auf dem Stand von vor hundert Jahren, so erforderte das Gesundheitswesen nur ein Prozent der heutigen Kosten. Trotzdem kann man kaum behaupten, die Verantwortlichen, also die Politiker, die Medien und die ärztliche Standesverbände, verfügten schon über jene Zivilcourage, die die Öffentlichkeit über diese Folge des medizinischen Fortschritts aufklärt: Entweder braucht es einen ständig wachsenden Anteil am Bruttosozialprodukt, was mit den Ansprüchen der Altersvorsorge, der Bildung, des Konsums usw. in Konflikt gerät, oder aber man kann unmöglich jedem Patienten zu jeder Zeit eine Versorgung nach dem letzten Stand der Forschung anbieten.

3. Besonnenheit tut not

Die traditionelle Antwort auf die Unersättlichkeit und zugleich eine Antwort auf die Ressourcenknappheit ist die *sôphrôsyne*, die Besonnenheit oder das Maß. Die Besonnenheit ist eine moralische Einstellung, also kein Rezept gegen alle Schwierigkeiten, sondern eine charakterliche Grundhaltung, die weit tiefer als alle Rationierungsvorhaben ansetzt. Sie bekämpft die Ressourcenknappheit am wahren Ursprung, bei den ausufernden Antriebskräften: Wer besonnen ist, hat in der Regel so wenige und so bescheidene Bedürfnisse, daß es ihm an entsprechenden Ressourcen nicht mangelt. In einigen Bereichen gibt es gewisse «natürliche» Grenzen, deren Anerkennung man aber in Wohlstandsgesellschaften wieder lernen muß: etwa nicht ständig zu essen und sich wenig zu bewegen. Schon das Vorbeugen im medizinischen Sinn dürfte einen Großteil, dem Gesundheitsökonom Rolf Rosenbrock (2001) zufolge sogar ein Viertel der gesamten Ausgaben einsparen.

Moralphilosophen sind keine rückwärtsgewandten Moralisten, die über sich verschlimmernde Weltläufe klagen. Sie kennen durchaus den zweiten Grund für die Ressourcenknappheit, jetzt keinen anthropologischen Faktor, sondern eine spezifisch moderne Mentalitätsveränderung. Während man früher die

ausufernden Antriebskräfte als Leidenschaften oder als Laster brandmarkte, gelten sie jetzt als Interessen. Was ehemals als illegitim verdächtigt wurde, gilt seit langem als normativ neutral. Nur ein Beispiel: Im Wirtschaftsbereich wandelt sich das Laster des Neides zur wirtschaftlichen Kompetenz, und die Habsucht wird zum lobenswerten Geschäftssinn.

Offensichtlich erschwert diese Entwicklung, ein epochenspezifischer Faktor, die Besonnenheit von Grund auf: Früher dem Vorwurf der Leidenschaft bzw. Lasterhaftigkeit ausgesetzt, also normativ diskreditiert, wird die Begehrlichkeit jetzt entfesselt. Glücklicherweise gilt aber auch, daß alle jammern und es vielen trotzdem nicht schlecht geht. Nicht nur im Gesundheitswesen klagt man über klapprige Kleinwagen, obwohl man im behaglich-großen Mittelklassewagen sitzt.

Im Fall des Gesundheitswesens kommt als weiterer Faktor die Finanzierungsart hinzu. Kollektiv über Versicherungsbeiträge finanziert, spielt die individuelle Kaufkraft des Patienten keine Rolle. Ob Ärzte, Krankenhäuser oder Kliniken, selbst Apotheken und die medizinisch-pharmazeutische Industrie – die Leistungserbringer können weitgehend Preise verlangen, die die Leistungsnehmer, die Patienten, nicht durch ihr Verhalten, beispielsweise Leistungsverzichte, steuern. Medizinische Leistungserbringer sind vielfach wie Architekten beim Hausbau: Höhere Ansprüche der «Kunden» und folglich höhere Ausgaben schlagen sich in höheren Einnahmen nieder. Und Patienten verhalten sich gern einmal wie bei Buffets. Bei Vollversicherung ändert man sein Verhalten und fragt nach den Gesundheitsgütern über den Rahmen des Notwendigen hinaus. Unter diesen Umständen fehlt jene Selbstbescheidung in der Nachfrage, die andernorts, in fast allen Lebensbereichen, selbst in Zeiten entfesselter Begehrlichkeit wirksam zu werden und die Preise zu drücken pflegt.

Im einschlägigen Verteilungskampf droht ein gefährliches Phänomen: Es besteht von den Subjekten her gesehen in einer «Angstkonkurrenz», vom Ergebnis her in einem «Sicherheitsdilemma». Das Grundmuster ist aus dem Kalten Krieg mit seiner Auf- und Überrüstung bekannt: Aus Angst, andernfalls der Schwächere zu sein und sich dem Stärkeren als Beute darzubieten, zwingen Konkurrenzlagen, nach immer mehr Macht zu streben. Nicht nur aus Neid oder Habgier schreit man in einer Verbände- und Mediendemokratie immer lauter nach immer mehr. Aus der objektiv berechtigten Angst, im Verteilungskampf andernfalls als die Dummen dazustehen, können weder Individuen noch Verbände einseitigen Verzicht üben; im Gegenteil müssen sie übertriebene Forderungen erheben.

4. Gegenkräfte

Eine Besonnenheit unter den beiden Bedingungen der Moderne, der Leistungsexplosion und der entfesselten Begehrlichkeit, kommt nicht umhin, überall dort Gegenkräfte zu stimulieren, wo die Pleonexie droht, also nicht bloß im Gesundheitswesen, sondern auch beim facettenreichen Konsum und überhaupt bei allem Menschlichen.

Nur aufgrund empirischer Überlegungen können Anreize zur Kostenersparnis im Gesundheitswesen gefunden werden, nur die Erfahrung kann zeigen, welche von ihnen kräftig, welche wirksam genug sind. Eine genuin philosophische Zuständigkeit liegt hier nicht vor. Der Philosoph kann sich freilich kundig machen, wobei der Common sense, der nüchterne Bürgerverstand, in Verbindung mit Lebenserfahrung oft reicht.

Seitens des Patienten beispielsweise steuern der (unsolidarischen) Begehrlichkeit entgegen: eine Selbstbeteiligung, eine Beitragsrückerstattung bei Nicht-Inanspruchnahme von Leistungen und ein Nicht-Aufkommen für Bagatellfälle. Glücklicherweise wirkt sich auch gute Aufklärung begehrlchkeitsdämmend aus; nach einschlägigen Studien sollen Operationen sogar um rund 30% zurückgehen. Andererseits darf ein Patient, der gegen den Willen seines Arztes und trotz einer überwältigenden medizinischen Evidenz auf einer gewissen Behandlung beharrt, oft zum nächsten und zum übernächsten Arzt und immer noch weiter wandern.

Es gibt noch einen anderen von etwaiger Begehrlichkeit unabhängigen Faktor: daß die Medizin, zumal die geräteintensive Spitzenmedizin, den tatsächlichen Bedürfnissen der Patienten nicht immer gerecht wird.

Sofern doch kostenwirksam, die Begehrlichkeit des Patienten (mit)entscheidend ist, wird sie freilich erst dann wenn sie auf eine entgegenkommende Begehrlichkeit seitens der Leistungsanbieter und Leistungserbringer stößt. So geben gelegentlich Ärzte, um ihre Patienten nicht zu verlieren, deren zu hohen Forderungen nach. Vielleicht unternehmen sie auch einmal etwas im Blick auf Punkte ihrer Gebührenordnung. Man muß jedenfalls nicht Bernard Shaws These aus *The Doctor's Dilemma* folgen und «an der erwarteten Menschenfreundlichkeit verzweifeln», weil «eine gesunde Nation, die beobachtet hat, daß man für den Bedarf an Brot vorsorgen kann, indem man Bäckern ein pekuniäres Interesse am Backen einräumt, deshalb einem Chirurgen ein pekuniäres Interesse daran einräumt, einem das Bein zu amputieren» (1991, 11). Erlaubt sei aber diese Frage: Ist es sinnvoll, daß sogar jene Nachbehandlungen lukrativ sind, die durch ärztliche Fehler erforderlich werden, da jede Komplikation weitere Einnahmen erbringt? Die Alternative, Fallpauschalen, birgt freilich die Gefahr einer Risikoselektion, so daß kostspieligere Fälle lieber abgeschoben werden. (Hier sind die Erfahrungen von Deutschland und der Schweiz abzuwarten.) Eine andere Frage: Ist es sinnvoll, daß Kliniken beim häufigen Einsatz kostspieliger Apparate Gewinne machen, diese Apparate daher möglichst oft einsetzen und dabei die tatsächlichen Bedürfnisse ihrer Patienten hintanstellen)?

Auch Strukturschwächen lassen die Kosten steigen. Beispielsweise führt die mangelnde Verzahnung von ambulanter und stationärer Medizin zu Doppel- und Dreifachuntersuchungen, was übrigens nicht nur die Behandlung verteuert, sondern sie auch unnötig lästig macht. Außerdem verliert der Klinikarzt einen Teil der Qualitätskontrolle. Vielleicht gibt es auch unnötige Überweisungen vom Haus- zum Facharzt und vom niedergelassenen Arzt zum Krankenhaus.

Ein weiterer Grund zur Besonnenheit: Weil es immer wieder einschneidende Verbesserungen gibt, hat es die Medizin leicht, für mehr und mehr Forschung zu plädieren. Trotzdem darf sie nicht unterschlagen, daß in manchen Bereichen die Möglichkeiten der Diagnose weit stärker gestiegen sind als die der Therapie. Salopp gesagt: Bei nicht weniger Krankheiten stirbt man genauso bald wie früher, man weiß aber genauer, warum.

Weil sich Besonnenheit in der Forschung nicht leicht bestimmen läßt, sei nur eine Frage gestellt: Ist es vernünftig, daß Hunderte und Aberhunderte Forschergruppen über dasselbe Thema, etwa AIDS, arbeiten? Kommt dann so viel mehr heraus, als wenn die Zahl deutlich niedriger läge?

Ohne Zweifel sprechen die angedeuteten Verhältnisse nicht gegen medizinische Forschung, vielleicht aber für zweierlei: für ein verändertes Selbstverständnis und für manche Konzentration der Forschung.

Diese Hinweise mögen genügen, denn für Einzelheiten bleiben die Fachleute und die öffentlichen Debatten zuständig. Der Philosoph bekräftigt aber den Grundsatz: Eine Epoche, die die Begehrlichkeit schon in den Antriebskräften freisetzt, muß sie anderswie wieder bändigen.

5. Gerechtigkeit

Solange die Besonnenheit nicht von allein zustande kommt, freiwillig und auf allen Seiten, bleiben die Ressourcen notwendigerweise knapp. Daher ist die Frage unvermeidbar: Wie geht die Gesellschaft mit der Knappheit normativ angemessen um? Generell gibt es vor allem drei Ansätze: den Utilitarismus, den Standpunkt der Gerechtigkeit und jenes Überbieten von Gerechtigkeit, das in Mitleid, Großzügigkeit und Wohltätigkeit besteht.

Der Utilitarismus hält seit Jeremy Bentham und John Stuart Mill die Gesellschaft für ein Kollektiv, das die vorhandenen Mittel zugunsten eines maximalen Gesamtnutzens einsetzt. Führt man nicht Elemente ein, die den utilitaristischen Grundansatz korrigieren, so ist im Konfliktfall und bei gleicher Erfolgswahrscheinlichkeit das Leben eines Kindes wichtiger als das älterer Menschen, denn es werden mehr Lebensjahre gerettet. Analog ist die Mutter von vier Kindern wichtiger als der Junggeselle. Diese Ethik, die vielen ökonomischen Theorien zugrundeliegt, steht in deutlichem Widerspruch zu moralischen Grundintuitionen, namentlich der Annahme, daß jedem Menschen unveräußerliche Rechte zukommen.

Der Standpunkt der Gerechtigkeit schließt derartige Optionen aus. Mit gutem Grund herrscht er sowohl in der Geschichte der Philosophie als auch in den zeitgenössischen Debatten vor. Eine Welt, in der Gerechtigkeit herrscht, ist sogar ein Leitziel der Menschheit seit ihren Anfängen. Die Philosophie, die

dieses Leitziel zu klären hilft, beginnt beim Begriff und stößt hier auf eine prinzipielle Grenze: Im Rahmen der Sozialmoral geht es der Gerechtigkeit bloß um jenen kleinen Anteil, dessen Anerkennung die Menschen einander schulden. Auf einen Mangel an Mitleid oder Wohltätigkeit reagiert man mit Enttäuschung, auf fehlende Gerechtigkeit hingegen mit Empörung. Wegen dieses Unterschiedes soll man durchaus persönlich großzügig sein; eine zwangsbefugte Gesellschaftsordnung ist aber im wesentlichen nur für die Gerechtigkeit zuständig. Die Mehrleistungen von Mitleid und Wohltätigkeit sind dagegen freiwillig zu erbringen. Hier deutet sich für die Ressourcenknappheit ein dritter, zeitspezifischer Faktor an: Aufgrund ihrer Säkularisierung christlicher Nächstenliebe neigt die Moderne dazu, als geschuldete Grundleistung, als Rechtspflicht, auszugeben, was mindestens zum Teil in den Bereich des verdienstlichen Mehr übergeht.

Ein Gerechtigkeitsproblem steckt dagegen in der Frage, welchen Anteil am Bruttosozialprodukt man dem Gesundheitswesen im Verhältnis zum Bildungswesen einräumt. Denn das Bildungswesen kommt vor allem der Jugend zugute, das Gesundheitswesen in zunehmendem Maß älteren Menschen. Da die Politik neben dem Gesundheitswesen auch Rentenfragen vorrangig behandelt, praktiziert sie einen Vorrang der älteren vor der nachwachsenden Generation, also jene Ungerechtigkeit zwischen den Generationen, gegen die sie doch sensibel werden wollte. Hier findet eine Umverteilung von den Jüngeren zu den Älteren statt; man muß sogar sagen: Die Älteren bereichern sich auf Kosten der Jüngeren.

Die Politik ist für das gemeinsame Wohl verantwortlich, die Ökonomie sagt: für öffentliche Güter im Unterschied zu privaten Gütern. Privat sind Güter, für die jeder selbst zuständig ist, in unseren Gesellschaften etwa für Nahrung, Kleidung, Freizeit und Urlaub. Sie werden deshalb auf dem Markt gehandelt. Öffentlich, sogar grundsätzlich öffentlich sind dagegen Güter, für die nur die Gemeinschaft verantwortlich sein kann, etwa für die innere und äußere Sicherheit oder den Wert einer Währung, auch für den Rechtsschutz. Bei manchen dieser Güter, etwa der Währung, ist eine Ungleichbehandlung gar nicht möglich. Bei anderen wie dem Rechtsschutz ist sie zwar möglich, aber im Rechtsstaat streng verboten.

Die Gesundheit stellt nun ein spezielles Gut dar, denn als solches ist sie weder nur privat noch lediglich öffentlich. Dieser Umstand spricht gegen zwei einander widersprechende Möglichkeiten von Gesundheitsversorgung, gegen einen «radikalen» Liberalismus, der jeden subjektiven Anspruch zurückweist, ebenso wie gegen eine «radikale» Wohlfahrtstaatlichkeit, die die Gesundheit wie die Freiheitsrechte ansieht und eine ausschließlich öffentliche, dann streng egalitäre Versorgung verlangt.

In Wahrheit sind für die Gesundheit außer einer natürlichen Vorgabe einerseits gesellschaftliche Umstände verantwortlich, wozu beispielsweise eine von der Wirtschafts- und Berufssituation erzwungene Arbeitslosigkeit gehört. Andererseits kommt es auf die eigene Lebensführung an, beispielsweise einen ausschweifenden, gesundheitlich ruinösen Lebensstil. Außerdem darf man nicht den strukturellen Unterschied von Bildung und Gesundheit un-

terschlagen. Während Bildungsangebote zum Teil erhebliche Leistungen von den Nachfragenden voraussetzen, vereinfacht gesagt: eine Verbindung von Begabung und Arbeitseinsatz, braucht ein Großteil der Gesundheitsversorgung seitens der Nachfragenden so gut wie keine entgegenkommenden Leistungen. Zugleich droht eine einschneidende Veränderung im ärztlichen Leitziel. An die Stelle des im Prinzip objektiven Zieles *salus aegroti*, das Heil des Kranken, tritt sein subjektiver Wille, und dieser zeigt sich in bloßer Nachfrage, weshalb die Gefahr der Übernachfrage auf der Hand liegt.

Die Bilanz liegt auf der Hand: Selbst wer nicht allem zustimmt, muß anerkennen, daß künftig das Ethos der Ärzte und aller anderen im Gesundheitswesen Tätigen, daß das medizinische Ethos, sich nicht mit den traditionellen drei Prinzipien begnügen kann. Zusätzlich zu den Prinzipien des Patientenwohles, dem Verbot zu schaden und der aufgeklärten Selbstbestimmung ist das medizinische Ethos um das Thema Ressourcenknappheit zu erweitern. Zugleich ist es um die (unausgesprochene) Illusion medizinischen Überflusses zu kappen. Das Ergebnis mag bedauerenswert sein und ist trotzdem für die Ressourcenknappheit generell und für das Gesundheitswesen im besonderen nicht zu ändern: Daß nichts zu teuer sei, daß jedem Patienten zu jeder Zeit alles medizinische Wissen und Können zur Verfügung gestellt werde, zugespitzt: «Macht, was ihr könnt, bezahlt wird alles» – diese Überflußillusion läßt sich inskünftig nicht mehr aufrechterhalten.

Zur näheren Erörterung und der Auseinandersetzung mit der Literatur siehe O.H., *Medizin ohne Ethik?* Frankfurt/M: edition suhrkamp, 2. Aufl. 2003, bes. Kap. 10; O.H., *Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung*, München: Beck Verlag 42009.

Literatur

Kunz, H. 2000: «Die Zukunft der Gesundheit»
Kommune, Heft 6, 35–38.

OECD Health Data 2009, Statistics and Indicators for 30 Countries.
OECD Publishing London.

Rosenbrock, Rolf (2001), «Primärprävention zur Verminderung sozial bedingter Unterschiede von Gesundheitschancen»
Arbeit und Sozialpolitik, 55. Jg., 11–12/2001, 49–57.

Shaw, Bernhard 1991: *Des Doktors Dilemma* (orig. *The Doctor's Dilemma*)
Dramatische Werke, Bd. 5, Frankfurt/M.

Ubel, P./S. Goold (1998), «Rationing health care. Not all definitions are created equal»
Archives Internationales de Médecin 158, 209–214.

Quelques réflexions sociologiques sur l'évolution de la profession médicale

Dr Magdalena Rosende, Université de Lausanne

La sociologie des professions et des études genre fournit des outils pour comprendre quelques-uns des profonds changements qui traversent la médecine. Par exemple, la féminisation de la médecine est un élément parmi d'autres de la reconfiguration des modes de pratique professionnelle, comme la diminution du temps de travail.

La médecine est l'une des professions du champ de la santé les plus étudiées par les disciplines des sciences humaines et sociales. Qu'il s'agisse des cadres et modes d'exercice, des savoir-faire mobilisés, de la relation médecin-patient, de la division du travail entre les spécialités, ou encore des profils de médecins, la profession est continuellement sous le feu des projecteurs scientifiques.

«Féminisation de la profession» – Gain de sensibilité ou perte de statut ?

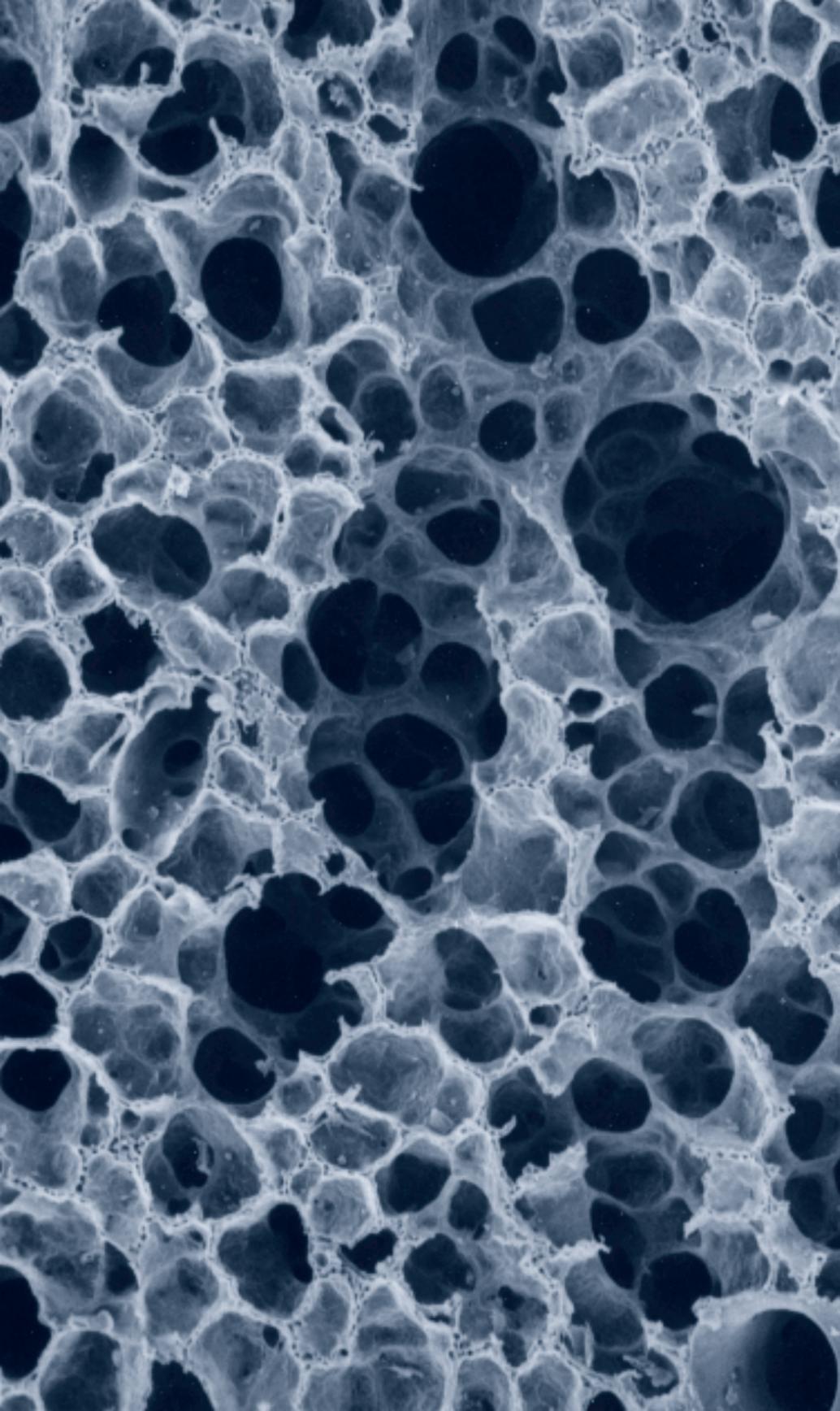
Prenons les exemples de la sociologie des professions et des études genre et intéressons-nous aux outils qu'elles fournissent pour comprendre quelques-uns des profonds changements qui traversent la médecine. Depuis plusieurs années, la «féminisation de la profession» soulève de nombreux questionnements. Certain-e-s s'inquiètent et lisent ce processus comme une manifestation parmi d'autres de la dévalorisation de la profession. D'autres, à l'opposé, se réjouissent de cette évolution. La progression du nombre de femmes médecins, réputées moins autoritaires et plus sensibles que leurs homologues masculins, marquerait l'avènement d'une médecine moins envahissante et techniciste. Or, un examen un tant soit peu attentif de la situation des femmes et des hommes dessine une image contrastée: le degré de féminisation varie selon les spécialités médicales et les types de carrières, et les femmes sont rares dans les postes dirigeants (hôpital et université). Plus encore, la corrélation entre féminisation et perte de statut, de pouvoir et de revenu de la profession est infirmée par l'analyse. La sélection drastique de l'accès aux études médicales contribue au prestige élevé des médecins. La remise en cause de l'autonomie dont jouit ce groupe professionnel en matière d'organisation de la formation et de monopole d'exercice et la diminution des rémunérations relève des réformes imposées par l'Etat.

La médecine avantage les personnes exemptées du travail domestique

Revenons à la situation des femmes. Un des principaux obstacles à une meilleure représentation féminine dans la profession concerne le temps de travail. Après le temps des études vient celui de l'exercice et de l'acrobatique articulation des mondes professionnel et privé. Structurée autour d'un modèle d'implication élevée et de disponibilité permanente, la médecine avantage clairement les personnes exemptées du travail domestique, des hommes dans la plupart des cas. L'«ethos professionnel» classique du médecin implique en effet un temps de travail débordant tous les autres temps sociaux. Si l'augmentation des effectifs féminins dans le corps médical contribue à modifier la norme d'investissement professionnel, des recherches récentes montrent que les changements viennent aussi du côté masculin. Un nombre croissant d'hommes de la jeune génération recherche un meilleur équilibre entre profession et famille. Plusieurs d'entre eux vivent en couple avec des femmes diplômées qui entendent autant qu'eux mener une carrière, médicale ou autre. La féminisation de la médecine est donc un élément parmi d'autres de la reconfiguration des modes de pratique professionnelle, de la diminution du temps de travail des médecins assistants notamment. Si cette mutation est favorable à une meilleure répartition du travail domestique et professionnel au sein des couples, le temps partiel revendiqué par divers acteurs comporte un prix élevé: il diminue les chances de faire carrière et renforce l'inégale division du travail dans la sphère privée.

Certains mécanismes informels pèsent lourd dans la formation postgraduée

L'inégale répartition des sexes dans les spécialités et carrières médicales ressortissent également à l'organisation de la formation postgraduée. Certains mécanismes informels pèsent lourd dans le choix de la spécialité et le type de carrière médicale, comme les réseaux professionnels, le parrainage ou encore la cooptation. En raison de l'hégémonie masculine qui règne dans ce champ, les femmes ont un moindre accès aux réseaux formels ou informels. Les programmes de mentoring ou de parrainage développés récemment pour la relève académique féminine sont clairement impulsés par ce type de recherche. De même, les différentes révisions de la réglementation concernant la formation postgraduée obligent les établissements hospitaliers à préciser les procédures de sélection, embauche et promotion des médecins assistants ainsi que les devoirs des responsables de formation.



Die Sozialwissenschaften und die Medizin: Eine ergiebige Zusammenarbeit

Dr. Julie Page, Prof. Peter C. Meyer, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Die Sozialwissenschaften und Medizin haben eine lange gemeinsame Geschichte, die ihre Höhen und Tiefen erlebt hat. Gleichwohl haben die Sozialwissenschaften der Medizin viel zu bieten und es gilt diese Potenziale aufzuzeigen und zu nutzen. Denn eine gegenseitige Anerkennung der Möglichkeiten dient einem gemeinsamen Ziel: der Gesundheit der Bevölkerung und dem Wohle von PatientInnen.

Bedeutung der Sozialwissenschaften für die Medizin

Wenn wir von der ganzheitlichen Definition von Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgehen, die Gesundheit nicht als Abwesenheit von Krankheit, sondern als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens umschreibt, wird evident, dass Beiträge aus anderen Disziplinen die Medizin ergänzen und unterstützen. Die Sozialwissenschaften vertreten meistens einen ganzheitlichen Ansatz (im Sinne von Berücksichtigung der psychosozialen Umwelt) und neben der pathogenetischen auch die salutogenetische Perspektive.

Worin besteht konkret der praktische Nutzen für die Medizin?

Es gibt verschiedene Forschungsbereiche aus den Sozialwissenschaften, die nützliche Erkenntnisse für die Tätigkeit von medizinischen Fachpersonen erarbeitet haben. Nachstehend wird eine Auswahl cursorisch dargestellt:

- Sozialer Status: Aus diesem Kerngebiet der Soziologie stammt Wissen über den Zusammenhang zwischen sozialem Status und gesundheitlicher Ungleichheiten: So haben z. B. Leute aus bildungsferneren Schichten im Vergleich zu anderen belastendere Lebensumstände, sie verhalten sich gesundheitschädigender, haben weniger Gesundheitsressourcen und werden weniger gut durch Präventionsbotschaften erreicht.
- Geschlecht: Aus diesem Forschungsbereich ist bekannt, dass es geschlechtsspezifische Vorstellungen über Umgang mit Körper und über Wohlbefinden gibt. Geschlechtsspezifische Wahrnehmung und Einstellungen gegenüber Gesundheit und Umgang mit Körper, wirken sich auf Gesundheitsverhalten aus.
- Aus Untersuchungen zu Kultur und Ethnie wissen wir, dass bestimmte Symptome von manchen Gesellschaften als normal, also gesund, von anderen als abweichend, also krank, betrachtet werden. Entsprechend zeigt sich auch kulturspezifisch unterschiedliches Gesundheits- und Krankheitsverhalten.

- Gesundheits- und Krankheitsverhalten: Sozialwissenschaftlichen Theorien und Untersuchungen verdanken wir Erkenntnisse darüber, wie und warum sich Menschen gesundheitsförderlich oder -schädigend verhalten.
- Soziale Beziehungen können soziale Unterstützung bieten, aber auch eine Belastung sein. Dieses Konzept hilft zu verstehen, wie Angehörige z. B. bei einer chronischen Erkrankung oder Pflege von bettlägerigen Personen, den Umgang mit der Situation unterstützen, aber auch erschweren können.

Diese sozialwissenschaftlichen Forschungsergebnisse bieten medizinischen Fachpersonen wichtige Informationen über die Lebenswelt und den Alltag ihrer PatientInnen und geben Inputs dazu, wie medizinische und therapeutische Interventionen effektiver gestaltet werden können, indem z. B. schicht-, geschlechts- oder kulturspezifische Besonderheiten berücksichtigt werden.

Konflikte zwischen Sozialwissenschaften und Medizin

Trotz dieser offensichtlich fruchtbaren Anwendungsbereiche, sind auch Spannungen zwischen den sozialen und medizinischen Wissenschaften und Professionen spürbar. Veränderungen in der Medizin wurden teilweise auf Grund von kritischen Infragestellung durch Sozialwissenschaften ausgelöst. So hatten soziologische Erkenntnisse z. B. einen wichtigen Einfluss auf die Reform der Psychiatrie. Überlappende Geltungsansprüche z. B. im Zusammenhang mit Sucht, wo sich verschiedene Disziplinen für die Behandlung zuständig fühlen, können zu Konkurrenzverhältnissen führen. Solche institutionelle und professionelle Probleme erschweren gelegentlich die Zusammenarbeit auch in der Forschung; die Fruchtbarkeit der Interprofessionalität überwiegt aber bei weitem.

Ein wichtiges Potenzial

Sowohl Krankheit wie auch die Reaktion der Gesellschaft darauf haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert: chronische Zustände lösen infektiöse Erkrankungen ab, insbesondere auch in einer alternden Gesellschaft. In der Folge werden Gesundheitsförderung, Prävention und Pflege wichtiger als die Heilung und Interventionen finden vermehrt in anderen Settings als im Spital statt z. B. in Gemeinden. Der Ruf nach einer integrierten Versorgung, also Vernetzung verschiedener Akteure im Gesundheitsbereich wird immer lauter. Da die Entstehung und der Verlauf chronischer Krankheiten wesentlich durch die Lebensgewohnheiten der Menschen mitbestimmt werden, sind sozialwissenschaftliche Erkenntnisse in Zukunft noch wichtiger als bisher. Die Sicht der Sozialwissenschaften kann die medizinische Versorgung und ihre Organisationen in der Erfüllung ihrer Aufgabe unterstützen. Es gilt also eine Balance zu finden zwischen sozialwissenschaftlicher Forschung, die den Interessen und den Bedürfnissen der Medizin dienen, und einer, die einen kritischen Standpunkt einnimmt, die grundlegende Veränderungen stimulieren können.

Welche Erwartungen hat die Medizin an die Geistes- und Sozialwissenschaften?

Joachim Küchenhoff, Kantonale Psychiatrische Klinik, Liestal (Basel)

Medizinische Disziplinen brauchen die Sozialwissenschaften, um den sozialen Kontext der eigenen Arbeit verstehen zu lernen. Aber die medizinischen Disziplinen sollten die Sozialwissenschaften auch herausfordern, an den in der ärztlichen Praxis und eventuell nur dort auftretenden Problemstellungen zu arbeiten.

Wie soll die Frage, die mir gestellt worden ist und die im Titel wiedergegeben ist, beantwortet werden, wenn unklar bleiben muss, wer das Subjekt des Satzes, «die Medizin», eigentlich ist? Ebenso breit ist das Spektrum der Adressaten, also der Geistes- und Sozialwissenschaften. Der Umfang der Frage muss verkleinert, der Anspruch, der mit ihr verbunden ist, muss reduziert werden, damit sinnvolle Antworten möglich sind. Gleich einleitend bekenne ich meinen Standpunkt, meine Perspektive ein: als Psychiater und Psychotherapeut, der überdies Philosophie studiert hat, werde ich einige Gesichtspunkte aus meiner Sicht beisteuern, die möglicherweise den Erwartungen etwa des Chirurgen an etwa den Literaturwissenschaftler nicht entsprechen. Ausserdem werde ich nicht nur davon handeln, welche Erwartungen die Medizin hat, sondern auch und vornehmlich, welche Erwartungen sie denn haben sollte – denn faktisch sind, so fürchte ich, die Erwartungen gering. Und sie sollten doch gross sein, weil die interfakultäre Kooperation sich als ebenso unentbehrlich wie fruchtbar erweisen würde, wäre sie denn gewollt.

Einige Erwartungen

Die ethischen Herausforderungen ärztlichen Handelns

Die naturwissenschaftlichen Grenzen der Medizin weiten sich nach allen Richtungen aus. Was medizintechnisch machbar ist, geht über das faktisch und konkret Verwirklichbare und über die vernünftigen Grenzen ärztlichen Handelns immer wieder hinaus. Das bedeutet, dass der Arzt/die Ärztin für seine/ihre Tätigkeit andere Prinzipien als Handlungsanleitungen braucht, die aus der philosophischen Ethik resultieren. Beispiele sind die Grenzen lebensverlängernder Massnahmen, die Ressourcenverteilung bei knapper werdenden finanziellen Mitteln oder der Umgang mit Patientenverfügungen. Diese Prinzipien kann er/sie nicht aus sich heraus entwickeln. Da ist die Kooperation mit der praktischen Philosophie nötig.

Die historisch – kritische Reflexion des ärztlichen Handelns

Ärztliches Handeln, der ärztliche Blick selbst und der Zugang zum Kranken sind nicht allein durch die Objektivität der Arbeitsanforderungen und den aktuellen Stand der Wissenschaft geprägt, sondern auch durch eine historisch sich wandelnde Rollendefinition des Arztberufes, durch den gesellschaftlichen Auftrag, den die Medizin hat, durch die historisch sich wan-

delnde Einstellung zum eigenen Körper oder zu Gesundheit und Wahnsinn. Die wissenschaftsgeschichtliche Aufarbeitung der jeweils herrschenden medizinischen Diskurse kann den medizinisch Handelnden dazu verhelfen, den eigenen Standort kritisch und selbstkritisch zu bestimmen.

Die sozialen Bedingungen und Folgen ärztlichen Handelns

Ärztliches Handeln findet in einem sozialen und kulturellen Kontext statt, der reflektiert und berücksichtigt werden muss. Das ist nichts Neues, mit der Einrichtung des Fachs Medizinsoziologie als Bestandteil des Medizinstudien-ganges wurde die Soziologie in die Medizinische Fakultät und ins Studium hinein geholt. Das bedeutet aber nicht, dass die soziologische Perspektive im alltäglichen ärztlichen Handeln präsent ist. Das wäre sie nur, wenn die sozialen und gesellschaftlichen Ursachen und Folgen sog. Volkskrankheiten wie der Adipositas, der Alkoholabhängigkeit oder der Depression den Ärzten und Ärztinnen bekannt wären und zu einem präventiv-medizinischen Engagement in eins mit dem therapeutischen Handeln führen würde. Medizinische Disziplinen brauchen die Sozialwissenschaften, um den sozialen Kontext der eigenen Arbeit verstehen zu lernen. Aber sie sollten die Sozialwissenschaften auch herauszufordern, an den in der ärztlichen Praxis und evtl. nur dort auftretenden Problemstellungen zu arbeiten.

Die methodologischen Kenntnisse

Die Geistes- und Sozialwissenschaften verfügen über ein ganz anderes Methodenrepertoire als die Medizin, das sich nicht der positivistischen Tradition der naturwissenschaftlichen Medizin verdankt. Die Methoden qualitativer Sozialforschung oder texthermeneutische Verfahren gelten in der Medizin, wenn sie überhaupt bekannt sind, weithin als wissenschaftlich nicht satisfaktionsfähig. Das Subjekt, das Individuum, der Einzelne kommt in den Geisteswissenschaften öfter und besser zu Gehör, und zwar auf Wegen und mit Mitteln, die strengen wissenschaftlichen Kriterien genügen. Dort, wo der einzelne leidende Mensch, der Kranke, der nicht zum Kunden verharmlost worden ist, in der Medizin ernstgenommen wird, muss die Medizin sich methodologisch belehren lassen von den hermeneutischen Wissenschaften.

Die Schlussfolgerung

Viktor von Weizsäckers Anliegen war es, das Subjekt in die Medizin einzuführen, wie er sagte. Wenn der Kranke demnach auch der erlebende, der leidende, der geschichtlich geprägte, von Kultur und Gesellschaft bestimmte Mensch ist, ist die Medizin auf die Wissenschaften angewiesen, die davon handeln.

