Jahresbericht
Rapport annuel
Rapporto annuale
Annual report

1999

SAMW
Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM
Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM
Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS
Swiss Academy
of Medical Sciences

Jahresbericht
Rapport annuel
Rapporto annuale
Annual report

1999

Herausgeberin
Schweizerische Akademie
der Medizinischen Wissenschaften
Petersplatz 13, CH-4051 Basel

Gestaltung
vista point, Basel

Druck
Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

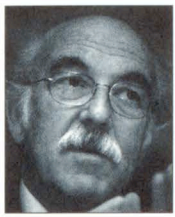
Auflage
1700 Ex.

Tätigkeitsbericht
Rapport d'activités

Kaleidoskop
Kaléidoscope

Tätigkeitsbericht
Rapport d'activités

I. Bericht des Präsidenten



E.R. Weibel

Tradition und Erneuerung

Man mag es loben oder beklagen – das Jahr 1999 brachte der SAMW in manchem einen Bruch mit alten, liebgewordenen Traditionen und eine Neuorientierung an den Aufgaben und Anforderungen unserer Zeit. Das war zunächst die Folge der Neubestellung eines vollamtlich angestellten Generalsekretärs im Gegensatz zum bisherigen Ehrenamt, worüber im letzten Jahresbericht ausführlich berichtet wurde. Die neue Generalsekretärin, Frau *Dr. phil. Margrit Leuthold,* hat ihr Amt im November 1998 angetreten und nutzte die Anfangszeit zur Reorganisation der Arbeitsweise im Generalsekretariat. Durch den Einsatz moderner Technologie – was im altehrwürdigen Wildt'schen Haus (nicht nur technisch) nicht problemlos war – konnten Sekretariatsstellen eingespart werden. Dadurch wurden Mittel frei, um den akademischen Stab der Akademie zu verstärken, sodass auf das Frühjahr Herr *Dr. med. Hermann Amstad* als Stellvertretender Generalsekretär eingestellt werden konnte.

Die Neukonzeption des Generalsekretariats hin zu einer wirksamen Stabsstelle der Akademie ist ein entscheidender Schritt. Er ist unerlässlich, wenn Milizarbeit nach wie vor die Hauptkraft der SAMW sein soll. Und dies soll oder muss so bleiben, denn nur dies ermöglicht den Einbezug der Fähigsten bei der Bearbeitung der Aufgaben der Akademie. Ohne die Mitarbeit von aktiv im Berufsleben stehenden Persönlichkeiten und Fachleuten können weder bei medizinisch-ethischen Richtlinien noch bei Stellungnahmen zu Gesetzesvorlagen zuhanden der Bundesbehörden die Sichtweise der medizinischen Wissenschaft und des Arztes eingebracht werden. Das ist aber nur möglich, wenn die Akademie eine professionelle und effiziente Unterstützung gewährleisten kann. Die Generalsekretärin und ihr Stellvertreter ergänzen sich im Hinblick auf diese Unterstützungsfunktion hervorragend. Während Frau Dr. Leuthold nach dem Biologiestudium in der biomedizinischen Forschung und dann in der Wissenschaftsadministration tätig war, absolvierte der Arzt Dr. Hermann Amstad ein Zusatzstudium in Sozial- und Präventivmedizin mit Abschluss als Master of Public Health. Beiden ist eigen, dass sie ein besonderes Engagement für gute und wirksame Kommunikation sowohl mit der Ärzteschaft wie auch mit der Öffentlichkeit empfinden, etwas was wir in der SAMW bisher zu unserem Nachteil vernachlässigt hatten und worüber noch mehr zu sagen sein wird.

Die SAMW hat ihren Geschäftssitz nach wie vor im Wildt'schen Haus am Basler Petersplatz. In den alten Mauern herrscht aber ein moderner, spritziger Betrieb. Unter dem Titel «Tradition» hat Mani Matter gedichtet: «Was unsere Väter schufen/war, da sie es schufen/neu./ Bleiben wir heute den Vätern treu/schaffen wir neu». Das passt wohl kaum auf etwas Anderes besser

als auf Institutionen der Wissenschaft, die vom festen, ererbten Fundament aus ihre Früchte nur hervorbringt, wenn sie ständig «neu schafft». Wenn also manches jetzt neu erscheint – auch das Erscheinungsbild dieses Jahresberichtes – dann ist das in bester Tradition der SAMW, die stets auf neue Erfordernisse durch aktive Anpassung reagiert hat.

Eine der vielleicht weniger auffälligen Erneuerungen betrifft das Signet der SAMW. Die vertraute Anlage dieses Signets – die Schlange als Symbol der Heilkunst umringt von einem lateinischen Motto – ist unverändert, wurde in seiner grafischen Ausführung aber dem Jahr 2000 angepasst. Eine subtile, aber wohl doch wichtige Erneuerung hat das Motto erhalten, das sich in seiner ursprünglichen Fassung – MEDICIS ET PROFESSORIBUS – daran orientierte, dass die SAMW 1943 von den Medizinischen Fakultäten und der FMH gewissermassen als Selbsthilfeorganisation zur Förderung der medizinischen Wissenschaft von der Praxis bis zur Forschung gegründet wurde, und zwar als private Stiftung. Die SAMW hat sich seither gewandelt. Sie hat sich selbst bedeutend weitere Aufgaben gegeben, will erklärtermassen nicht nur die Verbindung von medizinischer Wissenschaft und Praxis fördern, sondern auch Verantwortung bezüglich der Wechselwirkung zwischen Medizin und Gesellschaft übernehmen. Sie hat 1982 zudem ihren rein privaten Charakter verloren seit sie, zusammen mit den anderen drei wissenschaftlichen Akademien, als Institution der Forschungsförderung vom Bund anerkannt ist und damit Anrecht auf Bundessubventionen hat. Angesichts dieses veränderten Wirkungsfeldes entspricht das tradierte Motto in seiner Aussage nicht mehr der Wirklichkeit. Deshalb beschloss der Vorstand, es sei im Rahmen der Erneuerung des Wirkungsbildes der SAMW auch das Motto anzupassen, um damit auszudrücken, dass die SAMW sich im Dienst der Medizinischen Wissenschaft und der Gesellschaft versteht und in diesem breiten Wirkungsfeld ihre Verantwortung wahrnehmen will: SCIENTIAE MEDICINALI ET SOCIETATI – eine Erneuerung, die der Tradition verpflichtet bleibt. Es ist ein starkes Bekenntnis und wir hoffen, dass wir ihm gerecht werden können.

Eine formale Erneuerung ist der SAMW von Bundesseite verordnet worden. Bis anhin haben die Akademien ihre Absichten und finanziellen Unterstützungsbedürfnisse jeweils alle vier Jahre in den Mehrjahresplänen dargelegt und begründet, so auch im Jahr 1998 für die Periode 2000–03; es wurde darüber im Jahresbericht 1998 ausführlich berichtet. Im Hinblick auf die soeben angebrochene neue Kreditperiode wurden wir aber zusätzlich verpflichtet, mit dem Bundesamt für Bildung und Wissenschaft eine formelle Leistungsvereinbarung abzuschliessen, die jährlich nachgeführt werden soll. Es handelt sich dabei um ein verbindlicheres Kontrollinstrument zuhanden der Bundesbehörden, aber es erlaubt uns selbst auch eine präzisere Planung und Kontrolle unserer Arbeit. Wenn wir uns dieser zusätzlichen Aufgabe anfänglich skeptisch – und murrend – unterzogen haben, so müssen wir doch feststellen, dass uns die erforderliche vertiefte Auseinandersetzung mit dem, was wir tun sollen und wollen, und mit dem, was wir tun können, einen Gewinn gebracht hat.

Die Leistungsvereinbarung setzt sich aus einem Übersichtsteil zusammen, der die zu erbringenden Leistungen mit entsprechenden Budgets über vier Jahre zusammenfasst, andererseits wird jedes Jahr ein Detailplan für das kommende Jahr erstellt und die Leistungsvereinbarung damit aktualisiert.

Die beiden Leistungsbereiche der SAMW umfassen a) Medizin und Gesellschaft und b) medizinische Wissenschaft und Praxis, wie wir dies in unserem Mehrjahresplan selbst dargelegt hatten. Das Bundesamt für Bildung und Wissenschaft verpflichtet sich, dass die Bundesbeiträge gemäss Botschaft zur Verfügung stehen, die SAMW verpflichtet sich im Gegenzug, die dargestellten Leistungen unter Einhaltung der budgetierten Mittel zu erbringen.

Jährliche Kontrollgespräche mit dem Direktorium des BBW dienen der gegenseitigen Information und der Besprechung der geplanten Aktivitäten für das nächste Jahr. In zweijährigem Rhythmus findet ein Gespräch mit Staatssekretär Charles Kleiber statt mit dem Ziel, einerseits einen Rechenschaftsbericht abzulegen, andererseits die Vierjahresperiode der nächsten Botschaft vorzubereiten.

Es bleibt aber zu erwähnen, dass die SAMW zusätzlich zu den Bundesmitteln über Eigenmittel aus verschiedenen Fonds verfügt, die ausserhalb der Leistungsvereinbarung vor allem für Forschungförderung eingesetzt werden. Diese werden im Gesamtplan der SAMW berücksichtigt.

Medizin und Gesellschaft

Zentrale Ethikkommission

Das letzte Jahr war geprägt durch einen Wechsel im Präsidium: Prof. Walter Hitzig, langjähriger Präsident der ZEK, übergab sein Amt Mitte Jahr an Prof. Michel Vallotton aus Genf und wechselte in das Vizepräsidium. Walter Hitzig hat diese wichtige Aufgabe während sieben Jahren mit grossem persönlichem Engagement und Sachverstand geführt. Unter seiner Aegide sind einige wichtige Richtlinien entstanden. Wir sprechen ihm für seine Leistungen den besonderen Dank aus.

Die Zentrale Ethikkommission befasste sich wiederum mit einer Vielfalt von brennenden ethischen Fragen. Zwei neue Richtlinien konnten publiziert werden, zum einen der definitive Text der medizinisch-ethischen Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin, zum andern die ethischen Grundsätze zur Xenotransplantation zur Vernehmlassung.

Die Richtlinien zur Intensivmedizin sollen helfen, Entscheidungen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod zu treffen. Besonders erschwerend ist, dass dies oft unter grossem Zeitdruck und bei lückenhaftem Informationsstand geschehen muss. Die Richtlinien, die unter der Leitung von Prof. Rudolf Ritz erarbeitet wurden, stehen in Einklang mit international anerkannten, allgemeineren ethischen Grundsätzen für die Betreuung von lebensbedrohlich erkrankten Patienten und Kranken auf Intensivstationen.

Die Xenotransplantation stellt eine der grossen wissenschaftlichen und ethischen Herausforderungen der Medizin dar. Während einerseits bereits erste klinische Versuche gemacht werden, ist auf der anderen Seite die Grundsatzdiskussion, ob man überhaupt tierische Organe auf den Menschen übertragen soll, in vollem Gange. Wir haben mit unserem Grundsatzpapier versucht, eine Brücke zu schlagen: Einerseits stellen wir die Grundsatzfragen, welche die Ärztschaft jedoch nicht allein beantworten kann, sondern in einem gesellschaftlichen Diskurs erörtert werden müssen; die unter der Leitung von Prof. Noël Genton entworfenen Richtlinien sind ein erster Ansatz dazu. Andererseits versuchen wir, uns pragmatisch zu den Grundsätzen zu äussern, die bei der möglichen Bewilligung von klinischen Versuchen zur Xenotransplantation erfüllt sein müssen.

Im Berichtsjahr erfolgte unter der Leitung von Frau Dr. Ursula Steiner-König in Rekordzeit die Überarbeitung der Richtlinien zur Sterilisation geistig behinderter Menschen. Die ersten Richtlinien zu diesem Thema wurden vor fast zwanzig Jahren, nämlich 1981 publiziert. Aufgrund des gesellschaftlichen Wandels und neuer medizinischer Möglichkeiten der Schwangerschaftsverhütung drängte sich eine vollständige Überarbeitung auf. Die alten Richtlinien stellten entscheidend auf den Gesichtspunkt der Urteilsfähigkeit ab; bei nicht urteilsfähigen Personen wurde der Eingriff prinzipiell als unzulässig erklärt. In der neuen Fassung ist eine Sterilisation unter bestimmten restriktiven Umständen zulässig – wenn es zum Wohl des geistig behinderten Menschen ist. Die neuen Richtlinien wurden am 23. November 1999 vom Senat verabschiedet und Anfang März 2000 in der Schweiz. Ärztezeitung zur Vernehmlassung publiziert.

Zu einem weiteren brisanten Thema, der Sterbehilfe, hat sich die SAMW im letzten Jahr ebenfalls geäussert. Im Frühjahr erschien der Bericht zum Thema «Sterbehilfe», welcher im Auftrag des Eidg. Justiz- und Polizeidepartementes erarbeitet wurde. Darin wird für eine Strafbefreiungsklausel für aktive Sterbehilfe, d. h. für eine Lockerung des Tötungsverbotes, plädiert. Im Rahmen der ZEK wurde ein Memorandum zuhanden von Bundesrätin Ruth Metzler, Vorsteherin des EJPD, verfasst, in welchem eine Reflexionsphase vorgeschlagen wird, bevor eine Lockerung des Tötungsverbotes erwogen werden kann, da unseres Erachtens die wissenschaftliche Datenlage völlig ungenügend ist und die Möglichkeiten der Palliativmedizin noch nicht ausgeschöpft sind. Als Beitrag zu dieser Reflexion widmet die SAMW ihr Symposium 2000 diesem Thema.

Überregionale Ethikkommission UREK

Als die SAMW 1992 die Überregionale Ethikkommission für Klinische Forschung einsetzte, entsprach sie damit einem vielfach geäusserten Bedürfnis. Seither hat sich im Bereich der ethischen Beurteilung von klinischen Studien einiges geändert. Immer mehr Kantone gehen dazu über, die Arbeit der Ethikkommissionen auf eine gesetzliche Basis zu stellen und von sämtlichen Studien auf Kantonsgebiet eine Beurteilung durch diese Kantonalen Ethikkommissionen zu verlangen. Auf Bundesebene wird in absehbarer Zeit das neue Heilmittelgesetz, das unter anderem die Schaffung eines Heilmittelinstitutes (an Stelle der IKS) vorsieht, in Kraft treten. Die UREK sieht sich damit mit einer gewissen Unsicherheit konfrontiert, wie sich ihre Zukunft gestalten wird.

Tagung der Lokalen Ethikkommissionen

Bevor ein Medikament auf den Markt gelangt, müssen umfangreiche Tests durchgeführt werden. Diese sollen den Nachweis erbringen, dass die neue Substanz wirksam ist und keine schwerwiegenden Nebenwirkungen verursacht. Zum Schutz der Versuchspersonen und Patienten, die an diesen Versuchen beteiligt sind, hat die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) erstmals 1970, und danach erneut 1981 und 1997 Richtlinien aufgestellt über «Forschungsuntersuchungen am Menschen». Danach muss jeder klinische Versuch beim Menschen von einer ethischen Kommission genehmigt werden.

Für die Zulassung eines neuen Medikamentes ist in der Schweiz die Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel (IKS) zuständig. 1993 hat sie ein Reglement erlassen «über die Heilmittel im klinischen Versuch». Auch dieses Reglement schreibt zwingend die Begutachtung jeder Arzneimittelstudie durch eine ethische Kommission vor.

Dieses Nebeneinander von Vorschriften hat gelegentlich Verwirrung verursacht. Im Herbst 1998 führte deshalb die SAMW bei sämtlichen Ethikkommissionen der Schweiz eine Befragung durch. Deren Resultate wurden Mitte September 1999 an einer Tagung in Bern vorgestellt, zu der die SAMW die Präsidenten sämtlicher Ethikkommissionen sowie Vertreter von IKS, Bundesämtern und Sanitätsdirektorenkonferenz eingeladen hatte. Die grosse Teilnehmerzahl wies darauf hin, dass die Tagung – wohl auch im Zusammenhang mit der Basler VanTx-Affäre – einem Bedürfnis entsprach.

Fast alle Ethikkommissionen sind mit einer hohen Arbeitsbelastung, dem Zeitdruck, der Subjektivität der ethischen Beurteilung, den mangelhaften Aus- und Weiterbildungsangeboten, den fehlenden Kontrollmöglichkeiten und der vermehrten Beanspruchung durch schwierige Themen konfrontiert. Auch die häufige Unkenntnis darüber, ob und allenfalls wie eine andere Ethikkommission eine Studie bereits beurteilt hat, wurde als wenig hilfreich angesehen. Diese Probleme werden noch verstärkt durch die Tatsache, dass die meisten Ethikkomissionen im Milizsystem, d.h. ehrenamtlich arbeiten.

Kommission für Integrität in der biomedizinischen Forschung

Das Vertrauen in die wissenschaftliche Forschung beruht auf der Glaubwürdigkeit der Wissenschafter. Karrierekämpfe und der zunehmende Wettbewerb um Forschungsgelder verstärken die Gefahr von wissenschaftlichem Fehlverhalten. Um das Problem an der Wurzel zu bekämpfen, hat der Senat an seiner Sitzung vom 23. November 1999 die Schaffung einer Kommission zur Förderung der Integrität in der medizinischen und biomedizinischen Forschung beschlossen und als deren Leiter Prof. Michel Cuénod gewählt. Diese Kommission wird Richtlinien für die Sicherung korrekten wissenschaftlichen Verhaltens erarbeiten, welche in die Ausbildung der jungen Forscher einfliessen müssen. Die Kommission wird zudem Kriterien für die Beurteilung von Fehlverhalten entwickeln, und sie dient auch als Schiedsstelle für vermutete Fälle von wissenschaftlichem Fehlverhalten in der Schweiz; solche können ihr von verschiedener Seite angezeigt werden, insbesondere von den Medizinischen Fakultäten. Die SAMW will mit der Schaffung dieser Kommission einen Beitrag zur Förderung des Vertrauens in die biomedizinische Wissenschaft in der Schweiz leisten.

Die Wissenschaft ist heute in der Gesellschaft viel stärker exponiert, und so können sich bezüglich des ethischen Verhaltens der Wissenschafter auch ganz neue Fragen ergeben. Zum Beispiel Fragen nach Eigentumsrechten bei neuen Entdeckungen, die möglicherweise lukrative Anwendungen finden könnten. Während Jahrzehnten wurde das mangelnde Engagement der Forscher am «Wissenstransfer» aus dem Labor in die Fabrik beklagt. Heute stehen wir – namentlich in den sogenannten biotechnologischen Wissenschaften – vor der Situation, dass schon bevor die erste Forschungsfrage gestellt ist bereits an ein mögliches Patent gedacht wird. Während die freie wissenschaftliche Forschung und ihre Ergebnisse bis anhin öffentliches Gut waren – und deshalb auch mit öffentlichen Mitteln gefördert wurden – besteht heute die Tendenz, den materiellen Nutzen aus solcher Arbeit in erster Linie dem Forscher und seiner Hochschule vorzubehalten. Das ist keine gute Entwicklung. Sie wird die Freiheit und Offenheit wissenschaftlicher Forschung beeinträchtigen. Um hier ins Klare zu kommen, muss über den Wissenschaftsprozess nachgedacht werden. Dabei ist festzustellen, dass Forschung im allgemeinen zu Entdeckungen führt, zur Erkenntnis von Tatbeständen und Zusammenhängen, die in der Natur vorgegeben sind. Das gegenwärtig prominenteste Beispiel dieser Art ist die Aufschlüsselung des menschlichen Genoms. Solche Entdeckungen sind öffentliches Gut und müssen jedermann frei zugänglich sein. Auch jenen, die nun auf dieser Kenntnisbasis Erfindungen machen wollen, Erfindungen von etwas Neuem, nicht Vorbestehendem, und solche Erfindungen sollen selbstverständlich dem Schutz des Urheberrechts durch Patentierung unterstehen. Ich schliesse mich deshalb der Grundsatzerklärung der Präsidenten der Royal Society und der U.S. National Academy of Sciences über die freie Verfügbarkeit der Genom-Information voll an. Wir dürften uns auch in unserem Land konkrete Gedanken über diese Fragen, über die Grenzziehung zwischen Entdeckung und Erfindung, machen.

Intensivierung der Kommunikation

Im Mehrjahresplan hat die SAMW ein verstärktes Engagement für Öffentlichkeitsarbeit vorgesehen. Wenn sich die SAMW eine Art Brückenfunktion zwischen der Medizinischen Wissenschaft und der Gesellschaft vornimmt, muss sie auch willens und in der Lage sein, sich mitzuteilen und zwar sowohl gegenüber den Akteuren der Medizin in Wissenschaft und Praxis wie auch gegenüber der Gesellschaft und ihren Entscheidungsträgern. Sich mitteilen genügt aber nicht: Es muss zu einer dauernden Zweiwegkommunikation kommen, wir müssen hören und vernehmen und uns vernehmen lassen.

Hier hat die SAMW aus Tradition ein Defizit, das sich zum Nachteil der Medizinischen Wissenschaft auswirkt. Insbesondere bei den Entscheidungsträgern in Politik, Verwaltung und Wirtschaft ist das Potenzial der SAMW nicht bekannt und wird deswegen auch nicht gefragt. Ein Beispiel aus neuester Zeit mag dies beleuchten. Aufgrund des neuen Verfassungsartikels zur Transplantationsmedizin (Art. 24decies), für den sich die Akademie eingesetzt hatte, wurde im Berichtsjahr ein Entwurf für ein Gesetz zur Transplantationsmedizin ausgearbeitet. Die Akademie wurde nicht eingeladen, an diesem Entwurf mitzuarbeiten, obwohl in den letzten 30 Jahren in Ermangelung gesetzlicher Regeln die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW zur Transplantationsmedizin die einzigen, anerkannten und erfolgreichen Regelwerke auf diesem Gebiet waren. Aus diesem langen Engagement heraus hätte die Akademie mit ihren Fachleuten wesentliche Beiträge machen können. Man hat darauf verzichtet und die SAMW wie ein paar hundert weitere Institutionen schliesslich zur Vernehmlassung zu diesem Gesetzesentwurf eingeladen.

Ich meine, dass dies zum Teil auch darauf zurückzuführen ist, dass sich die Akademie oft zu sehr in vornehmer Zurückhaltung übt statt sich dort, wo es wesentlich erscheint, klar und sichtbar zu positionieren. Es gilt zwar die weise Regel: «If you want to be seen stand up, if you want to be heard speak up, if you want to be appreciated shut up» – für eine Institution, die eine öffentliche Aufgabe zu erfüllen hat, dürften aber nur die beiden ersten Aufforderungen gelten. Wir müssen aufstehen und zeigen, wie wir die medizinische Wissenschaft in unserer Gesellschaft positionieren wollen, und wir müssen dies auch verständlich und mit angemessener Lautstärke ausdrücken. Ihre Wertschätzung darf die Akademie nicht aus vornehmer oder feiger Zurückhaltung erwarten, sondern aus dem, was sie leistet.

Die Akademie verfügte bis anhin nicht über die Kommunikationsmittel, um dieser Forderung nachzukommen. Im Rahmen der Erneuerung der SAMW-Instanzen soll hier in massvoller Weise korrigierend eingegriffen werden. Die Erarbeitung eines Kommunikationskonzeptes durch ein externes Büro im Frühjahr 1999 bedeutete einen ersten Schritt auf diesem Weg: Darin wurden die kurz-, mittel- und langfristigen Kommunikationsziele definiert, die zu vermittelnden Hauptbotschaften festgehalten sowie die wichtigsten internen und externen Zielgruppen bezeichnet. Als vordringliche Massnahmen wurden insbesondere die Herausgabe eines Newsletters sowie die Ein-

richtung einer Homepage bezeichnet; darüber hinaus sollte vor allem die Medienarbeit intensiviert werden, indem direkte Kontakte zu Wissenschaftsjournalistinnen und -journalisten der Schweiz erstellt werden. Bei relevanten Ereignissen wie der Veröffentlichung neuer Richtlinien, Stellungnahmen zu Gesetzesvorlagen oder der Neuwahl von Kommissionspräsidenten erhalten diese entsprechende Medienmitteilungen; vor allem die Richtlinien stiessen regelmässig auf ein grosses Medieninteresse.

Sowohl in der Schweizerischen Ärztezeitung als auch in «Vision», dem «Magazin für Wissenschaft und Innovation», konnten in regelmässigen Abständen Beiträge platziert werden – eine wichtige Möglichkeit, die Zielgruppen der Ärzte und Ärztinnen bzw. der Verantwortlichen für Wissenschaftspolitik zu erreichen. Darüber hinaus erhalten Vertreter der SAMW wie bis anhin immer wieder Gelegenheit, sich in den Medien zu wichtigen Themen zu äussern.

Neu-Orientierung der Medizin

Im Frühjahr 1999 ist Prof. Johannes Bircher, Direktor Medizinische Dienste am Inselspital Bern, mit dem Vorschlag an die Akademie herangetreten, einen interdisziplinären «Think Tank» zu etablieren, der sich intensiv mit den langfristigen «Zielen der Medizin» auseinandersetzen soll. In der heutigen Organisationsform und mit den gegenwärtigen Konzepten scheint das Gesundheitswesen den gesellschaftlichen Anforderungen kaum mehr gewachsen zu sein. Unter diesen Umständen scheint eine grundlegende konzeptionelle Erneuerung der Medizin und ihres Umfeldes dringend notwendig geworden zu sein.

Nach eingehender Diskussion sicherte der Vorstand Prof. Bircher die prinzipielle Unterstützung seines Vorhabens zu; gemeinsam mit ihm definierte er das Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» und beauftragte einen Steuerungsausschuss (mit Persönlichkeiten aus den Bereichen Medizin, Ökonomie und Ethik) mit der weiteren Planung. Dieser hat ein mehrstufiges Verfahren vorgesehen. Im Rahmen von zwei Klausurtagungen, die im Sommer 2000 und Frühjahr 2001 stattfinden, sollen Problembereiche beschrieben und Lösungsansätze skizziert werden. Mit einem öffentlichen Symposium im Frühsommer 2001 und kontinuierlicher Öffentlichkeitsarbeit sollen die Resultate einem gesellschaftlichen Dialog anvertraut und gleichzeitig die Grundlagen für die Etablierung eines «Think Tank» gelegt werden.

Symposium «Molekulare Medizin»

Auch die Medizin ist von den enormen Fortschritten der Molekularbiologie und der modernen Genetik betroffen, da ganz neue Möglichkeiten medizinischen Handelns in Aussicht stehen. Das weckt gleichzeitig grosse Hoffnungen und beträchtliche Ängste. Die molekulare Medizin entwickelt sich im Moment in einem atemberaubenden Tempo, und zwar nicht mehr nur in

der geschützten Umwelt des Labors, sondern sie hat teilweise den Schritt in die klinische Wirklichkeit bereits vollzogen. Weil dabei Unverstandenes, aber auch Unverständliches an den Rand des Krankenbettes tritt, kommen sowohl bei Ärzten als auch in der breiten Bevölkerung Skepsis und Bedenken auf; gleichzeitig besteht ein grosser Aufklärungs- und Informationsbedarf. Dies war für die SAMW Anlass, am 25./26. März 1999 in Luzern ein Symposium zu veranstalten, bei dem führende Forscher den aktuellen Stand der molekularen Medizin präsentierten und sich der Diskussion mit praktizierenden Ärzten und Ärztinnen stellten. Die Referate des Symposiums und die Ergebnisse der Workshops sind in einer Sondernummer der Schweizerischen Medizinischen Wochenschrift enthalten, welche im Herbst 1999 erschienen ist.

Tagung «Genetische Beratung»

In das Gebiet der molekularen Medizin fällt auch eine Tagung zum Thema «Genetische Beratung», welche die SAMW am 23. September 1999 durchgeführt hat. Mit der fortschreitenden Entschlüsselung des menschlichen Genoms und den sich rasant entwickelnden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten im Bereich der Genetik sehen sich heute Ärztinnen und Ärzte aus allen Gebieten der Medizin mit Fragen nach möglichen genetischen Komponenten einer Krankheit konfrontiert, und damit erwartet man von ihnen genetische Beratung. Dazu fehlt jedoch häufig das nötige Fachwissen. Mit dieser Tagung, zu der Vertreter und Vertreterinnen der betroffenen Fachgesellschaften sowie medizinische Genetikerinnen und Genetiker eingeladen wurden, wollte die Akademie eine erste Standortbestimmung erreichen, den Handlungsbedarf ergründen und Lösungswege gemeinsam erarbeiten. Die Tagung stiess auf ein grosses Echo. Der Handlungsbedarf in diesem Gebiet ist dringend, und das Thema wird die Akademie sicher weiterhin beschäftigen.

Herbst-Symposium «Von der Evidenz zur Guideline»

Vor fünf Jahren noch gab «Evidence Based Medicine» (EBM) in der Ärzteschaft zu hitzigen Diskussionen Anlass; in der Zwischenzeit sind die Bedeutung, aber auch die Grenzen dieses Ansatzes weitgehend unbestritten. Heute sind es Guidelines, welche entweder euphorisch begrüsst oder aber zum Teufel gewünscht werden. Viele Kollegen befürchten, dass am Krankenbett bald nicht mehr die Erfahrung und die Intuition des Arztes zählen, sondern Meta-Analysen und «level of evidence».

Am 28. Oktober 1999 organisierte die SAMW in Bern ein eintägiges Symposium zum Thema «Von der Evidenz zur Guideline». Ziel dieses Anlasses war es, eine kritische Auseinandersetzung mit EBM und Guidelines zu ermöglichen: Wieviel Evidenz und wieviele Guidelines erträgt und braucht die Praxis? Was ist zur Implementierung dieser Verfahren in die tägliche Praxis

erforderlich? Und was braucht es von Seiten der medizinischen Wissenschaft, um solche Guidelines auch gut abzustützen? Es wurde offensichtlich, dass hier eine gute Zusammenarbeit zwischen SAMW und FMH einerseits, aber auch zwischen den Fachvertretern und den Epidemiologen gefördert werden sollte.

Stellungnahmen zu Gesetzesvorlagen

Vom Bundesamt für Gesundheit und weiteren Bundesämtern wurden uns verschiedene Gesetzestexte zur Stellungnahme unterbreitet. Einer der wichtigen betraf den Vorentwurf des Bundesgesetzes über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen. In ihrer Stellungnahme begrüsste die SAMW grundsätzlich die geplanten Neuerungen. Dies gilt insbesondere für den geplanten Übergang von der wissenszentrierten und fachbezogenen Grundausbildung zu einem interdisziplinären und problemorientierten Ansatz. Allerdings legt die SAMW Wert darauf, dass die wissenschaftlichen, insbesondere die naturwissenschaftlichen Grundlagen der Medizin in der Ausbildung den gebührenden Stellenwert behalten.

Ebenfalls befassten sich sowohl der Vorstand wie auch die ZEK sehr intensiv mit dem Entwurf für ein Transplantationsgesetz. In unserer umfangreichen Stellungnahme wird eine nationale Regelung grundsätzlich begrüsst. Kritisiert wird jedoch die Tendenz, im Gesetz auch das praktische Vorgehen definieren zu wollen. Da dieses durch neue wissenschaftliche Grundlagen laufend geändert wird, muss vermieden werden, dass bei jeder Neuerung der ganze Gesetzgebungsapparat für Anpassungen in Gang gesetzt werden muss. Fragen des praktischen Ablaufes sollten deshalb zweckmässigerweise in bundesrätlichen Verordnungen oder in standesrechtlichen Richtlinien geregelt werden, die leichter den Entwicklungen angepasst werden können. Ernsthafte Probleme sieht die SAMW auch bei der grossen Zahl von Instanzen, die mit diesem Gesetz geschaffen werden sollen. Eine solche Instanzenfülle ist erstens teuer und führt zweitens zu unnötigen Erschwernissen, zumal die Transplantationsmedizin im Interesse der Patienten meist unter hohem Zeitdruck handeln muss.

Weitere Stellungnahmen betrafen die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft sowie die Zusatzprotokolle zur Europakonvention über Menschenrechte und Biomedizin über die Transplantation von Organen und Geweben menschlichen Ursprungs einerseits und das Verbot des Klonierens menschlicher Lebewesen andererseits. Ebenso äusserten wir uns zur geplanten Revision des Betäubungsmittelgesetzes. Darin sprach sich die SAMW für die Entkriminalisierung von Erwerb, Besitz und Konsum von Cannabis und Hanfprodukten aus, votierte aber für eine differenzierte Handhabung des Schutzalters.

Medizinische Wissenschaft und Praxis

Drei Anliegen stehen im Zentrum der Bemühungen der SAMW, die Übertragung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Praxis zu fördern, zum einen die Aus- und Weiterbildung von begabten jungen Medizinerinnen und Medizinern zu klinischen Forschern, zum anderen die Informationsvermittlung, und schliesslich die wissenschaftlichen Grundlagen der Hausarztmedizin.

Nachwuchsförderung

Die unter dem Patronat der SAMW stehende Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien (SSMBS) kann auf ein erfolgreiches und ruhiges Jahr zurückblicken. Gegenüber 1998 war ein starker Rückgang der eingereichten Gesuche zu verzeichnen, was darauf hindeutet, dass die enorm hohe Gesuchszahl im Vorjahr durch natürliche Fluktuationen zu erklären ist. Insgesamt bewarben sich 36 Kandidaten und Kandidatinnen, wobei 25 Stipendien gewährt werden konnten. Der Anteil von Erststipendiaten stieg von 14 % im Vorjahr auf 48 %. Ein Drittel der Gesuche stammte wiederum von Naturwissenschaftern oder Naturwissenschafterinnen. Der Anteil von Bewerbungen von Frauen nahm leider weiter ab. Wiederum wählten die meisten (nämlich 20) der erfolgreichen Stipendiaten die USA als Destination. Drei wählten Australien bzw. Neuseeland und nur zwei möchten in Europa bleiben.

Es sei an dieser Stelle allen Kommissionsmitgliedern, dem Schweizerischen Nationalfonds sowie den Donatoren für das grosse Engagement und die ausgezeichnete Zusammenarbeit gedankt.

Die Forschungskommission für den Nationalfonds hatte insgesamt drei Stipendiengesuche zu beurteilen und fünf Forschungsgesuche bezüglich Rahmenbedingungen und Erfolgswahrscheinlichkeit zu prüfen.

Das MD-PhD-Programm erhielt in seinem siebten Jahr 13 Bewerbungen um ein Stipendium, davon zwei von Frauen. Sieben Kandidaten und zwei Kandidatinnen konnte ein Stipendium zugesprochen werden. Eine vom Präsidenten der MD-PhD-Expertenkommission vorgenommene Auswertung der ersten sieben Jahre zeigte, dass seit Beginn des Programms 70 Kandidatinnen und Kandidaten ihr Zweitstudium aufgenommen hatten. Davon konnten bislang 25 ihr Studium erfolgreich abschliessen (Stichtag Mitte 1999). Das sind 64 % derjenigen, die bis 1996 aufgenommen wurden. Nur gerade drei Teilnehmer brachen ihr Studium aus verschiedenen Gründen vorzeitig ab.

Das vergangene Jahr war geprägt durch intensive Vorbereitungen für das erste MD-PhD-Graduiertenkolleg, das vom 19. bis 22. März 2000 in der Tagungsstätte «Leuenberg» stattfinden wird. Dieses Kolleg wird den Stipendiaten Gelegenheit geben, ihre Arbeiten im Kurzvortrag oder als Poster vorstel-

len und diskutieren zu können. Ebenso soll jedoch die Gelegenheit genutzt werden, um im Sinne einer Horizonterweiterung sich einen Einblick in andere Gebiete verschaffen zu können. Diesmal soll vor allem der Ethik Rechnung getragen werden.

Forschungsförderung

Die Begutachtungskommission für Zuwendungen konnte wiederum eine ganze Reihe von Publikationen, wissenschaftlichen Tagungen und Forschungsprojekten mit kleineren Beiträgen unterstützen. Das Schwergewicht dieser Unterstützungstätigkeit betrifft die Förderung der Kommunikationsbestrebungen in den medizinischen Wissenschaften, insbesondere auch mit dem Ausland.

Aus Effizienzgründen wurde die Forschungs- und Begutachtungskommission aufgelöst und in den Vorstand integriert, da sowieso die überwiegende Mehrheit der Kommissionsmitglieder Mitglied beider Gremien waren. Der SAMW stehen zudem für die Förderung von Forschungsarbeiten Erträgnisse aus Fonds zur Verfügung, die ihr verdankenswerterweise aus Legaten zugekommen sind, im Berichtsjahr insgesamt ca. 500'000 Franken. Aus dem Théodore-Ott-Fonds und dem A+D-Fonds wurden Projekte aus Neurobiologie und Depressionsforschung gefördert, während aus dem Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds neben Vorhaben der biomedizinischen Forschung insbesondere eine Studie zu den Grundlagen der medizinischen Ethik unterstützt wurden.

Durch die Kommission «Recherche et réalisation en médecine appliquée» (RRMA) konnten Forschungsvorhaben praktizierender Ärztinnen und Ärzte unterstützt werden, denen die üblichen Förderungskanäle nicht offenstehen.

Das Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) erhielt in bewährter Tradition einen Beitrag zur Förderung und Unterstützung der medizinischen Grundversorgung. Auch mit diesem Instrument besteht ein weiteres wichtiges Bindeglied zu den Praktikerinnen und Praktikern.

DOKDI

Der Schweizerische Dokumentationsdienst DOKDI hat seit seinem Bestehen eine wichtige Rolle im Bereich der wissenschaflichen Informationsbeschaffung, Aufarbeitung und Verbreitung gespielt. Mit dem rasanten Aufkommen des Internet kann nun ein grosser Teil der Informationen, die DOKDI in den vergangenen Jahren vermittelt hat, von den Kunden selber gefunden werden. Damit fiel innert weniger Jahre ein grosser Teil des ursprünglichen Aufgabengebietes für den DOKDI weg. Die SAMW hat versucht, diese Entwicklung vorausschauend abzufangen und das nach wie vor grosse Potenzial des DOKDI im Bereich wissenschaftliche Informationsbeschaffung auf neue Wege umzuleiten. Eine Unterstützung der sich heute stark entwickelnden

Bemühungen um Evidence Based Medicine schien sich aufzudrängen, doch ist bis heute die Positionierung des DOKDI in diesem neuen, sehr dynamischen Feld noch nicht gelungen. Die SAMW überprüft die Möglichkeiten einer engeren Zusammenarbeit mit der FMH in diesem Bereich.

Senat

Im Berichtsjahr wurden wiederum zwei Sitzungen abgehalten, nämlich am 3. Juni und am 23. November 1999. Sie dienten dem Erlass von neuen Richtlinien und der Behandlung verschiedener Geschäfte, die in die Zuständigkeit des Senats fallen, wie der Einsetzung neuer Kommissionen.

In der Sitzung vom 23. November unterbreitete der Vorstand dem Senat den Antrag, einer Erweiterung des Senatsgremiums um je einen Vertreter aller von der FMH anerkannten Fachgesellschaften. Der entsprechend notwendigen Statutenänderung stimmte der Senat mit überwiegendem Mehr zu. Dieser Antrag musste in der Folge noch den medizinischen und veterinärmedizinischen Fakultäten sowie der FMH unterbreitet werden. Vier medizinische Fakultäten lehnten den Antrag ab, sodass diese Statutenrevision nicht vorgenommen werden kann. Die SAMW wird sich um andere Wege bemühen, um die Beziehungen zu den Fachgesellschaften aktiver pflegen zu können.

Der Senat wählte an seiner Sitzung vom 3. Juni 1999 Prof. Werner Arber, Biozentrum Basel, zum Ehrenmitglied der Akademie aufgrund seines exemplarischen Einsatzes sowohl als Forscher wie als verantwortungsvoller Wissenschaftler, der auch öffentliche Aufgaben hervorragend erfüllt. Aufgrund ihrer herausragenden Leistungen für die biomedizinische Forschung wurden Prof. Marco Baggiolini, Prof. Jean Jacques Dreifuss, Prof. Fritz Melchers und Prof. Francis Waldvogel zu Einzelmitgliedern ernannt. Ebenfalls eine Ehrung durch die Wahl zum Einzelmitglied erhielt Prof. Thomas Zeltner für seine Verdienste um die Gesundheit. Prof. Peter Bärtsch, Heidelberg, wurde zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Für beide Anlässe konnten je ein Referent und eine Referentin gewonnen werden, welche die Sitzungen bereicherten. Am 3. Juni hielt Prof. Johannes Bircher, Medizinischer Direktor am Inselspital in Bern, ein spannendes Referat mit dem Titel «Brauchen wir eine Neuorientierung in der Medizin?». Er legte darin die Gründe dar, die seines Erachtens zu einer gewissen Orientierungslosigkeit geführt haben und zeigte auf, wie neue Wege gefunden werden können und welche aktive Rolle dabei die Medizin und insbesondere die SAMW spielen kann. Aufgrund der Initiative von Prof. Bircher wurde ein interdisziplinär zusammengesetzter Steuerungsausschuss eingesetzt, der das zukunftsweisende Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» lanciert hat. An der Senatssitzung vom 23. November referierte Frau Prof. Dominique Manaï aus Genf über die Patientenrechte. Es zeigte sich aus ihren klaren und spannenden Ausführungen, dass in der Praxis die Selbstbestimmung und die Rechte der Patienten immer mehr Gewicht bekommen.

CASS

Seit einigen Jahren bemühen sich die vier Akademien um eine verbesserte Zusammenarbeit im Rahmen der CASS, der «Konferenz der schweizerischen wissenschaftlichen Akademien». Im Berichtsjahr ist in diese Zusammenarbeit eine erfreuliche neue Dynamik gekommen, welche die SAMW mit Engagement vorangetrieben hat. Die immer wieder geforderte Zusammenfassung der vier Akademien in eine einzige Nationale Akademie ist nicht zweckmässig, weil sie einen grossen und teuren Überbau bedingen würde. Auch sind die angestammten Aufgaben zu verschieden. Mit einer Neugestaltung des CASS – neu «Rat der schweizerischen wissenschaftlichen Akademien» – soll nun zunächst die Kooperation und Koordination in Sachfragen verstärkt werden. Bedeutungsvoller ist aber die Umwandlung des CASS in einen Think Tank, der sich der grossen Fragen im Grenzbereich Wissenschaft und Gesellschaft vertieft annehmen kann. Die SAMW wird hier nach Kräften mitmachen.

Schlusswort

In manchem ist die SAMW im Berichtsjahr erneuert worden, um sie für die Herausforderungen der Zeit, man sagt gern des neuen Jahrhunderts, bereit zu machen. Das Gelungene macht Freude, und ich danke dem engagierten Team im Generalsekretariat für seine hervorragenden Leistungen. Manches ist trotzdem gleich geblieben, vor allem eines: die SAMW ist nicht zu einer bürokratischen Institution verkommen. Das tragende Gerüst für die Arbeit der SAMW ist das breite Geflecht von hervorragenden Fachleuten aus Praxis und Hochschulen, die willens und bereit sind, ihre Arbeitskraft in den Dienst der Akademie zu stellen. Ich danke allen Kolleginnnen und Kollegen, die in Kommissionen und verschiedenen Unternehmen nicht nur ihre Zeit und Arbeitskraft, sondern auch ihre fundierten Einsichten eingebracht haben. Dank ihnen ist die SAMW in Ärzteschaft und Hochschulen eingebettet. Ich danke insbesondere den Mitgliedern des Vorstandes und den Präsidenten der grossen Kommissionen für ihren grossen Einsatz.

E.R. Weibel

II. Gremien

Senat und Vorstand

Ehrenmitglieder

- Dr. R. Käppeli, Luzern
- Prof. A. Pletscher, Basel
- Sir G. Wolstenholme, Guernsey UK
- Prof. H. Schultz, Thun
- Prof. E. Lüscher, Muri-Bern
- Prof. B. Courvoisier, Genf
- Prof. J. Lindenmann, Zürich
- Prof. H.R. Marti, Aarau
- Prof. K. Akert, Zürich
- Prof. M. Anliker, Zürich
- Prof. J. Fabre, Genf
- Prof. Chr. Brückner, Basel
- Prof. H. Fey, Bern
- Prof. Ch. Hedinger, Zürich
  † 12.1.1999
- Prof. H. Isliker, Lausanne
- Prof. Verena Meyer, Zürich
- Prof. W. Arber, Basel
  ab 3.6.1999

Einzelmitglieder

- Prof. R. Froesch, Zürich
- Prof. E.R. Weibel, Bern
- Prof. H. Diggelmann, Epalinges
- Prof. B. Hirt, Epalinges
- Prof. B.F. Mach, Genf
- Prof. H. Reuter, Bern
- Prof. M.R. Cuénod, Prilly-Lausanne
- Prof. M. Burger, Basel
- Prof. L. Orci, Genf
- Prof. Ch. Weissmann, London
- Prof. P. Aebischer, Lausanne
- Prof. M.P. Glauser, Lausanne
- Prof. R. Zinkernagel, Zürich
- Prof. M. Baggiolini, Bern
  ab 3.6.1999
- Prof. J.J. Dreifuss, Genf
  ab 3.6.1999
- Prof. F. Melchers, Basel
  ab 3.6.1999
- Prof. F. Waldvogel, Genf
  ab 3.6.1999
- Prof. Th. Zeltner, Bern
  ab 3.6.1999

Korrespondierende Mitglieder

- Prof. P.R. Lichtlen, Gentilino TI, CH
- Prof. E. Suter, McLean, VA, USA
- Prof. R. Schmid, Kentfield, CA, USA
- Prof. G. Majno, Worcester, MA, USA
- Prof. G. Hug, Cincinnati, OH, USA
- Prof. E. Jung, Heidelberg, D
- Prof. J.C.A. Rüegg, Heidelberg, D
- Prof. P. Bärtsch, Heidelberg, D
  ab 3.6.1999

Vorstand

- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
  Präsident
- **Prof. A.F. Muller, Genf**
  Vizepräsident
- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
  Vizepräsident
- **Dr. D. Scholer, Bottmingen**
  Quästor (ohne Amtszeitbeschränkung)
- **Dr. H.H. Brunner, Bern**
  Präsident FMH
  (ohne Amtszeitbeschränkung)
- **Prof. H. Fleisch, Bern**
  Präsident Kuratorium DOKDI
  (ohne Amtszeitbeschränkung)
- **Prof. R. Galeazzi, St. Gallen**
- **Prof. Th. Hardmeier, Ermatingen**
- **Prof. G. Noseda, Mendrisio**
- **Prof. M. Schorderet, Genf**
- **Prof. R. Zinkernagel, Zürich**

Vertreter der Fakultäten, Gesellschaften und Institutionen

Vertreter der medizinischen Fakultäten

Basel
- **Prof. J.Th. Lambrecht**
- **Prof. A. Probst**
- **Prof. D. Scheidegger**
- **Prof. A. Steck**

Bern
- **Prof. U. Boschung**
- **Prof. P. Hotz**
- **Prof. B. Lauterburg**
- **Prof. H. Schneider**

Genf
- **Prof. D. Bertrand**
- **Prof. J.-C. Chevrolet**
- **Prof. B. Cramer**
- **Prof. M. Vallotton**

Lausanne
- **Prof. Th. Deonna**
- **Prof. P. de Grandi**
- **Prof. J.P. Mach**

Zürich
- **Prof. Ch. Bauer**
- **Prof. P. Grob**
- **Prof. D. Hauri**
- **Prof. H. Sailer**

Vertreter der veterinärmedizinischen Fakultäten

Bern
- **Prof. A.E. Friess**
- **Prof. G. Scholtysik**

Zürich
- **Prof. H. Lutz**
- **Prof. P.E. Thomann**

Vertreter der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Fribourg

- **Prof. M. Celio**
- **Prof. P. Haab**

Vertreter der Verbindung der Schweizer Ärzte

- **Dr. C. Aubert, Genf**
- **Dr. Therese Augsburger Dölle, Zürich**
- **Dr. H.H. Brunner, Bern**
- **Dr. E. Eicher, Basel**
- **Dr. L. Th. Heuss, Basel**
- **Dr. H. Iff, Allerheiligenberg**
- **Dr. Ursula Steiner-König, Lyss**
- **Dr. Susanne Stöhr, Basel**
- **Dr. A. von Wyttenbach, Bellinzona**

Vertreter der Spezialistengesellschaften

- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
  Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin
- **Prof. P. Regazzoni, Basel**
  Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie
- **Prof. M. Litschgi, Schaffhausen**
  Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
- **PD Dr. C. Kind, St. Gallen**
  Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie
- **Prof. R. Probst, Basel**
  Schweiz. Gesellschaft für Otorhinolaryngologie
- **Prof. F. Ferrero, Genf**
  bis 31.12.1999, Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie
- **Prof. D. Schorderet, Lausanne**
  Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Genetik
- **Prof. J. Nicolet, Bern**
  Schweiz. Gesellschaft für Mikrobiologie

Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft

- **Prof. C. Marinello, Basel**

Vertreter des Schweizerischen Apothekervereins

- **Prof. M. Schorderet, Genf**

Vertreter der Gesellschaft Schweizerischer Tierärzte

- **Prof. Maja Suter, Bern**

Vertreter der Union Schweiz. Gesellschaften für Experimentelle Biologie

- **Prof. C. Bron, Epalinges**
  bis 31.12.1999
- **Prof. K. Winterhalter, Zürich**

Vertreter des Bundesamtes für Gesundheit

- **Prof. Th. Zeltner, Bern**

Vertreter des Bundesamtes für Veterinärwesen

- **Prof. U. Kihm, Bern**

Vertreter der Schweiz. Akademie der Naturwissenschaften (SANW)

- **Prof. B. Hauck, Chavannes-des-Bois**
- **PD Dr. M. Jotterand-Bellomo, Lausanne**

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

- **Prof. R. Schweizer, Bern**
- **Prof. R. Ris, Bern**

Vertreter der Schweiz. Akademie der Technischen Wissenschaften (SATW)

- **Prof. H. Leuenberger, Basel**
- **Dr. C. Reinke, Basel**

Nominationskommission (NOK)

An ihrer 8. Sitzung vom 15. April 1999 einigte sich die NOK auf eine Namensliste von Persönlichkeiten, die dem Senat zur Wahl ad personam vorgeschlagen werden sollten. Über den vom Vorstand der SAMW genehmigten Vorschlag wurde an der 124. Senatssitzung vom 3. Juni 1999 diskutiert. In geheimer Wahl wurden folgende Ernennungen ausgesprochen:

Ehrenmitglied
Prof. Werner Arber, Basel

Einzelmitglieder
Prof. Marco Baggiolini, Bern
Prof. Jean Jacques Dreifuss, Genève
Prof. Fritz Melchers, Basel
Prof. Francis Waldvogel, Genève
Prof. Thomas Zeltner, Bern

Korrespondierendes Mitglied
Prof. Peter Bärtsch, Heidelberg, D

Die am 3. Juni 1998 zu Mitgliedern ad personam ernannten Frau Prof. Meyer (Ehrenmitglied), Prof. Aebischer (Einzelmitglied) sowie Prof. Rüegg (korrespondierendes Mitglied) stellten sich dem Senat persönlich vor und bedankten sich für die ihnen erwiesene Ehrung.

An der 125. Senatssitzung vom 23. November 1999 bot sich wiederum Gelegenheit zur Vorstellung neugewählter Mitglieder. Prof. Arber (Ehrenmitglied), Proff. Glauser, Zinkernagel (1998 gewählte Einzelmitglieder), Proff. Dreifuss, Melchers und Waldvogel (Einzelmitglieder) sowie Prof. Bärtsch (korrespondierendes Mitglied) waren anwesend, bekundeten dem Senat ihre Dankbarkeit und sicherten ihm ihre weitere aktive Unterstützung zu.

Mitglieder der Nominationskommission

- **Prof. M.W. Hess, Bern, Vorsitz**
- **Prof. J.-C. Cerottini, Epalinges**
- **Prof. H. Stalder, Genf**
- **Dr. U. Steiner-König, Lyss**
- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
- **Prof. R. Zinkernagel, Zürich**

III. Forschungsförderung

Expertenkommission zur Beurteilung von Gesuchen um Stipendien zur Teilnahme an MD-PhD-Programmen der Schweizer Universitäten

Einleitung

Mit einer «Geschichte» von nunmehr 7 Jahren und nachdem eine erste Welle von AbsolventInnen das Programm abgeschlossen hat, drängt sich eine erste Zusammenfassung und Würdigung zumindest quantitativer Aspekte des Programms auf, die im Verlauf des letzten Jahres erhoben wurden (siehe «Auswertung der bisherhigen Tätigkeit»). Eine weitergehende Evaluation, die vor allem auch die Beurteilung des Programms durch die TeilnehmerInnen zum Gegenstand hat, soll anlässlich des Graduiertenkollegs im März 2000 lanciert werden. Ein abschliessendes Urteil über das Programm und die Antwort auf die Frage nach seiner Wirkung auf die klinische Forschung in der Schweiz werden noch einige Zeit auf sich warten lassen.

Die Zahl von 13 Bewerbungen für 1999 liegt im Rahmen des nunmehr 7-jährigen Durchschnitts. Die Qualität der unterbreiteten Kandidaturen (inkl. Karriereplanung, Begleitung etc.) war 1999 gegenüber den Vorjahren ausgeglichener, was sich auch in einer regelmässigeren Verteilung der Zusprachen auf die fünf beteiligten Universitäten äusserte.

Ausschreibung/Evaluation

Bis zum Stichdatum reichten die Verantwortlichen der Dekanate dem Generalsekretariat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) die Dossiers von 13 Kandidatinnen (2) und Kandidaten (11) ein, die sich wie folgt auf die fünf Universitäten verteilten:

- Basel 2
- Bern 2
- Genf 1
- Lausanne 4
- Zürich 4

Auch dieses Jahr zeigten sich in den Gesprächen der Kommission mit den KandidatInnen beträchtliche Unterschiede nicht nur bezüglich der Qualität der vorgesehenen Arbeit bzw. dem Vorbereitungsstand dieser Projekte, sondern vor allem bezüglich der langfristigen Betreuung durch einen klinischen Mentor (Karriereplanung für angehende klinische Forscher!) und der tatsächlichen Disponibilität der für die Doktorarbeit zuständigen Angehörigen der Phil. Nat.-Fakultäten. Trotzdem ergab die abschliessende Evaluation gegenüber dem letzten Jahr ein deutlich homogeneres Bild.

Da 1999 nur 9 Stipendien zur Verfügung standen und ein aussichtsreicher Bewerber sein Zweitstudium erst im Herbst 2000 anzutreten gedenkt, hat die Kommission beschlossen, auf sein Gesuch gar nicht erst einzutreten (keine Ablehnung) und ihn einzuladen, sich im Jahr 2000 neuerlich zu präsentieren.

Folgenden 9 Kandidatinnen und Kandidaten wurde ein 3-jähriges Stipendium zugesprochen, für dessen Finanzierung sie den am Programm beteiligten Stiftungen gemäss nachfolgender Liste zugeteilt wurden:

cand. med. ABEGG Mathias, Zürich
Schweiz. Nationalfonds

med. pract. BRANDES Marlène, Bern
Schweiz. Nationalfonds

cand. med. BRAUN Nathalie, Lausanne
Schweiz. Nationalfonds

Dr. med. GSPONER Jörg, Zürich
SAMW

med. pract. HEYMANS Philipp, Genève
Stiftung Dr. Max Cloëtta

med. pract. MULLER Olivier, Genève
Fondation Maurice E. Müller

Dr. med. PADOSCH Stephan A., Basel
Roche Research Foundation

cand. med. PERRIER Patrick, Lausanne
Schweiz. Nationalfonds

med. pract. RADOVANOVIC Ivan, Zürich
Robert Wenner-Fonds, Krebsliga

Auswertung der bisherigen Tätigkeit

Organisatorisches

Im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten für das Graduiertenkolleg (siehe «Weitere Aktivitäten») wurde die Datenbank der TeilnehmerInnen am Programm vor allem bezüglich der Adressen und des Studienganges aktualisiert.

Dies erwies sich aus zwei Gründen als schwierig: Einerseits zeigte es sich, dass der an sich selbstverständliche direkte Kontakt der StipendiatInnen zu ihren Stiftungen bezüglich Berichterstattung und Rückmeldungen recht lückenhaft war. Andererseits stellten die StipendiatInnen diese Kontakte in der Regel nach Ablauf des Stipendiums (3 Jahre) ungeachtet der Tatsache, dass ihr Zweitstudium noch lange nicht abgeschlossen ist, ein. Nur eine Minderheit dachte nach Abschluss des Zweitstudiums von sich aus daran, die zuständige Stiftung oder die Expertenkommission zu informieren. Ab dem kommenden Jahr werden die neu ins Programm aufgenommenen BewerberInnen bezüglich dieser Anforderungen umfassender orientiert.

Teilnehmer/Innen und Abschlüsse (bis Herbst 1999)
Insgesamt wurden seit der Schaffung des Stiftungsverbundes im Jahre 1992 70 KandidatInnen ins Programm aufgenommen, darunter 14 Frauen. Die folgenden Zahlen basieren, wo nicht anders präzisiert, auf dieser Gesamtzahl.
3 Teilnehmer haben den Abbruch ihres Zweitstudiums gemeldet, ein vierter ist in dessen Verlauf verstorben. Eine weitere Teilnehmerin hat sich 1999 aus Gesundheitsgründen zunächst temporär dispensieren lassen.

TeilnehmerInnen

Aufnahmen seit 1992	70	100 %
Vorzeitiger Abbruch bis 12/99	4	6 %
Frauen	14	20 %
Abschlüsse bis 12/99	25	36 %

Nach Universitäten

Basel	13	18.6 %
Bern	9	12.9 %
Genève	13	18.6 %
Lausanne	18	25.6 %
Zürich (Uni und ETHZ)	17	24.3 %

Abschlüsse nach Jahr des Studienbeginns

Jahr Beginn	Anfänger (100 %)	Abschlüsse bis 1999	%
1992	8	7	88
1993	6	5	83
1994	10	6	60
1995	8	4	50
1996	7	3	43
Total	39	25	64

25 TeilnehmerInnen (6 Frauen) haben das Zweitstudium bis Mitte 1999 erfolgreich abgeschlossen. Das sind 64 % derjenigen, die bis 1996 aufgenommen wurden und demnach ihr Studium nach mindestens 4 Jahren abgeschlossen haben könnten. Nach Beginner-Jahrgängen sieht die Lage wie folgt aus: In den Jahrgängen 1992 und 1993 haben bis 1999 ausser je einem Teilnehmer alle abgeschlossen, von den Anfängern des Jahres 1994 haben 6 abgeschlossen, bei 4 ist der Abschluss für 1999/2000 vorgesehen. Beim Jahrgang 1995 wurden von 8 Teilnehmern bisher 4 Abschlüsse gemeldet, beim Jahrgang 1996 haben von 7 Teilnehmern 3 doktoriert. Von TeilnehmerInnen mit Studienbeginn nach 1996 sind bis Ende 1999 keine Abschlüsse bekannt gegeben worden.

Abschlüsse nach Universitäten

Uni	Anfänger bis 1996 (100 %)	Abschlüsse bis 1999	%
Basel	9	4	44
Bern	7	5	71
Genève	11	7	64
Lausanne	7	1	14
Zürich (Uni und ETHZ)	10	8	80

Die kleinen Zahlen erlauben es nicht, aus den Variationen der Anteile von Abschlüssen an den verschiedenen Universitäten Schlussfolgerungen zu ziehen. Bei Lausanne ist die kleine Zahl von Abschlüssen einerseits darauf zurückzuführen, dass Lausanne erst 1994 damit begann, Studierende ins Programm zu entsenden, und dass, gemäss einer Angabe der lokalen Verantwortlichen, ein grosser Teil dieser Studierenden mit einem 4- bis 5-jährigen Zweitstudium rechnet.

Klinische Forschung
14 der 25 erfolgreichen AbsolventInnen sind nach Auskunft der fakultären Kommissionen, der zuständigen Stiftungen bzw. eigener Meldung seit dem Abschluss des Zweitstudiums an einer entsprechenden Institution aktiv in der klinischen Forschung tätig. Bei 2 wurde die Frage negativ beantwortet, bei 9 ist die Situation noch unklar.

Stiftungsverbund

Zusammensetzung
Die Helmut Horten Stiftung wird ihre Mitwirkung am Programm mit der letztmaligen Übernahme eines 3-jährigen Stipendiums im Jahre 2000 beendigen. Ihr Beitrag wird zu gegebener Zeit gewürdigt werden. Eine Nachfolgestiftung wird gesucht.

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

1. Jährlich ein oder mehrere Stipendien à 3 Jahre
(dauernd 3 laufende Stipendien):
- Schweiz. Nationalfonds 4
- Roche Research Foundation 1
- SAMW 1

2. Alle zwei Jahre ein Stipendium à 3 Jahre:
- Stiftung Dr. Max Cloëtta 1 (zuletzt 1999)
- Helmut Horten Stiftung 1 (letztmals 2000)

3. Alle drei Jahre ein neues Stipendium à 3 Jahre
(dauernd 1 laufendes Stipendium):
- Fondation Louis Jeantet 1 (zuletzt 1998)
- Fondation Maurice E. Müller 1 (zuletzt 1999)

4. Fachbezogene Stipendien nach Bedarf:
- Fondation Suisse de recherche sur les maladies musculaires
- Schweiz. Krebsliga/Robert Wenner-Fonds

Diese Aufstellung erklärt, weshalb die Zahl der Kommission zur Verfügung stehenden neuen Stipendien von Jahr zu Jahr zwischen einem Minimum von 6 und einem Maximum von 12 schwankt.

Versicherung der Stipendiatinnen und Stipendiaten
Seit 1997 machen alle beteiligten Stiftungen vom Angebot des Nationalfonds Gebrauch, die Stipendien zentral zu verwalten. Dadurch kommen alle StipendiatInnen in den Genuss der Kollektiv-Unfall-Versicherung des Nationalfonds. Die entsprechenden Beträge werden den Stiftungen in Rechnung gestellt.

Weitere Aktivitäten

Graduiertenkolleg
Erstmals im März 2000 organisiert die SAMW gemeinsam mit der Expertengruppe des Programms im Begegnungszentrum Leuenberg, Hölstein, ein 3-tägiges Graduiertenkolleg (Sonntagabend bis Mittwochmittag) für die TeilnehmerInnen am MD-PhD-Programm.

Tagsüber werden die TeilnehmerInnen in Referaten und Postern über ihre Arbeit berichten. Die Abende und der letzte Halbtag werden in der Form von Hauptreferaten, informellen Gesprächsrunden und einem abschliessenden Workshop über Laufbahnmöglichkeiten von prominenten ReferentInnen bestritten und sind Themen von allgemeinem Interesse gewidmet. Das Kolleg wird von der SAMW über den Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds finanziert und soll künftig jährlich stattfinden (evtl. mit einem zweiten, eintägigen Anlass im Herbst).

MD-PhD-Phil. I-Stipendium

Das Stipendium, das Zweitstudien in den Gebieten der Geistes-, Sozial-, Ethik-, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften ermöglichen soll, wird von der SAMW aus dem Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds finanziert und spezifisch als Leistung dieses Fonds geführt.

Allfällige für das MD-PhD-Stipendium geisteswissenschaftlicher Richtung erforderliche Anpassungen des Reglements sollen nach den ersten Erfahrungen vorgenommen werden. Die erste Ausschreibung erfolgte im Frühjahr des Berichtsjahres – leider zu spät, um noch mehr als einige Rückfragen auszulösen. Sie wurde im Herbst 1999 gemeinsam und gleichzeitig mit dem naturwissenschaftlichen Programm wiederholt, sodass diesmal genügend Zeit für Bewerbungen zur Verfügung steht.

W. Stauffacher

Mitglieder der Kommission

- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
  Roche Research Foundation, Präsident
- **Frau Dr. M. Leuthold, Basel**
  SAMW
- **Prof. A. Mauron, Genève**
  Fondation Louis Jeantet
- **Prof. P. Meier-Abt, Zürich**
  Schweiz. Nationalfonds
- **Prof. D. Monard, Basel**
  Fondation Suisse de recherche sur les maladies musculaires
- **Prof. M. Burger, Basel**
  Helmut-Horten-Stiftung
- **Prof. Ch. Moroni, Basel**
  Schweiz. Nationalfonds
- **Prof. A.F. Muller, Genève**
  Stiftung Dr. Max Cloëtta
- **Prof. P. Müller, Solothurn**
  CEPREM
- **PD Dr. W. Weber, Bern**
  Robert Wenner-Fonds, Schweiz. Krebsliga
- **Prof. E. Weibel, Bern**
  Maurice E. Müller Stiftung
- **J.M. Barras, Bern**
  Kontaktperson Schweiz. Hochschulkonferenz (beratend)
- **Dr. U. Winkler, Bern**
  Kontaktperson Schweiz. Nationalfonds (beratend)

Begutachungskommission für Zuwendungen

Am 18. März und am 9. November 1999 fanden die regulären Sitzungen in Bern statt. Die Sitzung vom 9. November war gleichzeitig die letzte, welche die Kommission in ihrer bisherigen Form und Zusammensetzung durchführte, da die Gesuchsbehandlung künftig gemäss Absprache in der Kommission und Vorstandsbeschluss SAMW vom 11. Mai 1999 im Rahmen der Vorstandssitzungen erfolgen wird. Aus diesem Grund fand im Anschluss an die Sitzung zum «Abschied» ein gemeinsames Abendessen statt.

Im Berichtsjahr waren insgesamt 23 Gesuche zu bearbeiten, wovon die Kommission eine grössere Anzahl auf dem Korrespondenzweg behandelte. In den 16 folgenden Fällen bewilligte die Kommission Zuwendungen:

Bewilligte Gesuche

lic. phil. Julie Page, Zürich Beitrag an die Tagung «Karriere von Akademikerinnen: Bedeutung des Mentoring als Instrument der Nachwuchsförderung»	CHF 3'000.–
Prof. Michel Aguet, ISREC, Lausanne Defizitgarantie für die Konferenz «Cancer and the Cell Cycle» (nicht benötigt)	
Dr. Markus Tolnay, Basel Kongress «Neuropathology and Genetics of Dementia», 23.–26.3.2000 in St. Moritz (Gesuch am 4.3.99 zurückgezogen)	
Prof. Beat Imhof, Genève Defizitbeitrag an die «Conference on Lymphoid Tissues in Immune Reactions»	CHF 3'000.–
Prof. Denis Monard, Ascona Defizitbeitrag an den Workshop «Neuronal Circuits: From Molecules to Organisms»	CHF 4'372.43
Dr. Alfredo Morabia, Genf Übernahme der Reise- und Hotelspesen Prof. Berstein, St. Petersburg im Rahmen des Workshops «Tabac, gênes et risques de cancer du sein»	CHF 1'624.–
Dr. Bruno Bucheli, Basel Unterstützung für MPH-Ausbildung in Harvard	CHF 10'000.–
Dr. Françoise Bieri, B.I.C.S., Basel Defizitbeitrag an die Tagung des Forums Genforschung «Kommunikation ein Jahr nach der Gen-Schutz-Initiative. Wo stehen wir Wissenschafter?» 11.6.99, Bern	CHF 5'000.–
Marie-Claude Hofner, Fribourg Unterstützung der Tagung «Charlotte Olivier» an der Mac-Gill-Universität Montréal	CHF 1'000.–
Prof. Marcel H. Bickel, Bern Druckkosten-Beitrag für das Buch «Die Entwicklung zur experimentellen Pharmakologie 1790–1850»	CHF 3'000.–
Dr. Anne Witschi, Bern Beitrag an Weiterbildung im Bereich der Überwachung und Prävention von Infektionskrankheiten	CHF 10'000.–
Dr. Rudolf Häberli, Bern Finanzielle Beteiligung an die Transdisciplinary Conference vom 27.2. bis 1.3.2000 in Zürich (fester Beitrag und Defizitgarantie)	CHF 10'000.–

Dr. Christine Brack, Basel Defizitbeitrag an EMBO Workshop on Molecular and Cellular Gerontology, 18.–22.9.99	CHF 5'000.–
Dr. Roberto Malacrida, Lugano Fester Beitrag an das Symposium und Seminar der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik, 2.–4.9.1999	CHF 5'000.–
Prof. Walter Lichtensteiger, Zürich Defizitbeitrag an das Dioxin-Symposium	CHF 3'000.–
Karin Wiedenmayer, Basel Beitrag an das Akademische Lehrmittel Manual: Clinical Pharmacy in Countries with Limited Resources	CHF 10'000.–
	Total CHF 73'996.43

Mitglieder der Begutachtungskommission für Zuwendungen bis 31.12.1999

- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
  Präsident
- **Dr. H.H. Brunner, Bern**
- **Prof. H. Fleisch, Bern**
- **Prof. R. Galeazzi, St. Gallen**
- **Prof. Th. Hardmeier, Ermatingen**
- **Prof. G. Hartmann, Chur**
- **Prof. W. Hitzig, Zürich**
- **Frau Dr. M. Leuthold, Basel**
- **Prof. T. Moccetti, Lugano**
- **Prof. A.F. Muller, Genf**
- **Prof. G. Noseda, Mendrisio**
- **Prof. C. Regamey, Fribourg**
- **Dr. D.W. Scholer, Bottmingen**
- **Prof. M. Schorderet, Genf**
- **Prof. R. Streuli, Langenthal**
- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
- **Prof. R. Zinkernagel, Zürich**

Commission «Recherche et réalisation en médecine appliquée»

En 1999, la Commission RRMA a eu deux séances. Deux projets ont été considérés comme terminés:

1. RRMA 2/96 «Wachstum in den ersten beiden Lebensjahren» (U. Eiholzer)
Dans cette étude, les auteurs ont démontré que des paramètres taille et poids des enfants en-dessous de 2 ans, mesurés dans des cabinets de pédiatres, étaient bien différents de ceux établis dans une clinique universitaire. Les valeurs des pédiatres sont cependant évidemment plus proches, voire identiques à la réalité des enfants dans la communauté et devraient dorénavant être utilisées comme standards. Cette étude a été publiée dans le European Journal of Pediatrics.

2. RRMA 4/98 «EUROPEP – The European Task Force on Patient Evaluation of general Practice» (P. Kuenzi)
Cette étude européenne multicentrique sur la satisfaction des patients, qui est une des mesures de qualité, a été financée par l'Union Européenne. Grâce au soutien de l'Académie, des praticiens suisses ont pu participer à cette étude et comparer leurs résultats avec ceux de leurs confrères européens. La discussion de comment poursuivre cette étude au niveau suisse est actuellement en cours au sein de la Société Suisse de Médecine Générale.

Trois nouveaux projets ont pu être étudiés et soutenus:

1. RRMA 1/99 «Weiterbildung in Hausarztpraxen» (P. Schläppi)
Il s'agit ici de l'évaluation du projet de l'assistanat au cabinet du Collège de Médecine de Premier Recours. Ce projet, soutenu par la FMH et les 3 sociétés suisses s'occupant de la médecine de premier recours, est très important étant donné la nécessité de former de jeunes médecins en médecine ambulatoire et le peu de disponibilité pour ces places. Ce projet a été approuvé par la commission d'expertise de l'Académie à fin 1997 déjà, mais transféré à la commission RRMA au vu de son importance pour la formation des médecins de premier recours. Les premiers résultats montrent que l'assistanat au cabinet se déroule à la grande satisfaction des médecins installés, des assistants et aussi de l'assistante médicale du praticien et que la plupart des objectifs d'apprentissage ont pu être atteints durant ces 3 à 6 mois de stage.

2. RRMA 2/99 «Prévalence de l'ischémie silencieuse chez les patients à haut risque coronarien en médecine de premier recours» (P. Haenni)
Cette étude aborde la question: A quel point des investigations doivent-elles être faites chez des patients vus au cabinet du médecin praticien sans plainte coronarienne mais à haut risque de maladie cardiovasculaire ? Cette étude a été acceptée après que l'auteur ait fait les corrections proposées par la Commision lors de la première séance.

3. RRMA 3/99 «Création d'un site Internet du groupe de recherche en clinique ambulatoire sur Health-Info-Net» (G. Abetel)
Le groupe de recherche en clinique ambulatoire fait partie des groupes de travail du Collège de Médecine de Premier Recours. Ce groupe a établi un registre des travaux de recherche clinique ambulatoire en Suisse pendant ces trois dernières années. Afin de rendre ce registre plus accessible, la Commission a décidé de soutenir le projet du président de ce groupe de le mettre sur Internet.

Parmi les 10 projets en cours suivis par la Commission, deux ont également reçu un soutien complémentaire.

1. RRMA 3/93 «Schulkinder in der pädiatrischen Praxis» (J. Klingler)
Ce projet, initialement conçu pour étudier l'impact sur l'état de santé des enfants d'une réforme du programme scolaire dans le canton de Berne, a généré une réflexion plus vaste sur l'activité des pédiatres en relation avec celle des généralistes en ce qui concerne la prise en charge des enfants. En ce qui concerne ce dernier point, l'étude a montré que, dans le canton de Berne, ce sont surtout les généralistes et internistes qui s'occupent des enfants dès l'âge scolaire. La Commission a décidé d'un soutien pour avancer les publications sur cette enquête.

2. RRMA 8/98 «Prader-Willy-Syndrom Studie» (U. Eiholzer)
Ce projet a déjà été discuté l'année passée par la Commission. En principe approuvé, il a été transmis à la commission d'expertise de l'Académie à cause de l'importance du soutien demandé afin que celle-ci le recommande pour un soutien du Fonds National. Ce dernier a accepté l'étude, cependant sans soutien financier de l'auteur. Afin que ce projet puisse se réaliser, la Commission a décidé de revenir sur ce projet et d'accorder un soutien supplémentaire pour que cette étude puisse être réalisée.

H. Stalder

Subsides alloués en 1998

Nouveaux projets	
P. Schläppi RRMA 1/99	CHF 30'000.–
P. Haenni RRMA 2/99	CHF 55'000.–
G. Abetel RRMA 3/99	CHF 7'000.–

Projets en cours	
J. Klingler RRMA 3/93	CHF 13'600.–
U. Eiholzer RRMA 8/98	CHF 70'000.–
	Total CHF 175'600.–

Membres de la Commission RRMA

- **Prof. H. Stalder, Genève**
  Président
- **Dr M. Gallacchi-Bouvier, Melide**
  secrétaire
- **Prof. P. Brütsch, Huttwil**
- **Prof. P. Frick, Zurich**
- **Dr M. Gassner, Grabs**
- **Prof. E. Gautier, Colombier**
- **Prof. K. Gyr, Bâle**
- **Dr M. Leuthold, Bâle**
  ex officio
- **Dr D. Scholer, Bâle**
  ex officio
- **PD Dr. J. Weber, Montreux**
- **Prof. E.R. Weibel, Berne**
  ex officio

Forschungskommission für den Schweizerischen Nationalfonds

Die Kommission tagte am 18. März 1999 und am 9. November 1999 zu ihren üblichen zwei Sitzungen in Bern.

Die Kommission erhielt drei Stipendiengesuche; sie konnte einem Gesuch entsprechen.

Dr. Th. Reisch, Bern Nachwuchsstipendium für einen Forschungsaufenthalt in Seattle (USA)	CHF 48'000.–

Für das Jahr 1999 stand für Stipendien ein SNF-Kredit von insgesamt CHF 290'000.– zur Verfügung. Den von der SAMW nicht gebrauchten Kredit setzte die Fachstelle Stipendien des SNF wie in Vorjahren zugunsten von Stipendiaten anderer SNF-Kommissionen ein.

Die hauptsächliche Arbeit der Kommission bestand wiederum in der Vorbeurteilung von insgesamt fünf SNF-Gesuchen zuhanden des Forschungsrates des Nationalfonds.

Die Aufgaben der Forschungskommission der SAMW, die in ihrer Zusammensetzung mit der Begutachtungskommission identisch war, werden künftig – wie diejenigen der Begutachtungskommission – vom Vorstand der SAMW wahrgenommen. Im Anschluss an die Sitzung vom 9. November fand ein gemeinsames Abendessen zum Dank und Abschied statt.

W. Stauffacher

Mitglieder der Begutachtungskommission für Zuwendungen bis 31.12.1999

- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
  Präsident
- **Dr. H.H. Brunner, Bern**
- **Prof. H. Fleisch, Bern**
- **Prof. R. Galeazzi, St. Gallen**
- **Prof. Th. Hardmeier, Ermatingen**
- **Prof. G. Hartmann, Chur**
- **Prof. W. Hitzig, Zürich**
- **Frau Dr. M. Leuthold, Basel**
- **Prof. T. Moccetti, Lugano**
- **Prof. A.F. Muller, Genf**
- **Prof. G. Noseda, Mendrisio**
- **Prof. C. Regamey, Fribourg**
- **Dr. D.W. Scholer, Bottmingen**
- **Prof. M. Schorderet, Genf**
- **Prof. R. Streuli, Langenthal**
- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
- **Prof. R. Zinkernagel, Zürich**

Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien

Die «Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien» (SSMBS) ist eine selbständige private Stiftung nach Art. 80 ZGB unter dem Patronat der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und hat ihren Sitz in Basel. Die Stiftung bezweckt die Förderung der Ausbildung junger Akademikerinnen und Akademiker zu selbständiger Forschungs- und Lehrtätigkeit auf medizinisch-biologischem Gebiet und spricht hiefür Stipendien für Auslandaufenthalte fortgeschrittener junger Forscherinnen und Forscher zu. Sie verwendet hiefür einerseits Mittel, die ihr vom Schweizerischen Nationalfonds (SNF) zur Verfügung gestellt werden, und andererseits Beiträge von Donatoren. Für Stipendien aus Mitteln des SNF gelten dessen Qualitätsanforderungen und Reglemente. Für diejenigen, die mit den Mitteln des Donatoren-Fonds finanziert werden, gelten die gleichen Qualitätskriterien. Hier ist es aber möglich, Ausnahmen von der Anwendung der Alterslimiten des SNF zu machen. Das Sekretariat der Stiftung wird von der SAMW und aus dem Beitrag des SNF finanziert, das Quästorat von den Donatoren gestellt.

Einleitung

1999 war für die Stiftung ein ruhiges Jahr ohne grössere Probleme. Der starke Rückgang der Zahl eingereichter Gesuche gegenüber dem Vorjahr bestätigt, dass die plötzliche Zunahme, die 1998 an allen 3 Gesuchsterminen beobachtet wurde, offenbar zu den üblichen Schwankungen gehört, die wegen der kleinen Zahlen sowohl absolut als auch relativ imposant wirken.

Bei der Bearbeitung der Gesuche fielen wiederum einige Besonderheiten auf, die wohl im Rahmen des gleichen Phänomens zu erklären sind und deshalb nicht überbewertet werden dürfen: Der Anteil von Erst-StipendiatInnen (ohne vorherige Stipendien der lokalen Forschungskommissionen) ist von 14 % auf 48 % angestiegen. Da es sich hier in der Regel um ältere BewerberInnen handelt, die ihre klinische Ausbildung abgeschlossen und in deren Verlauf ihr Interesse und ihre Eignung für wissenschaftliches Arbeiten entdeckt haben, sind diese Stipendiaten meist jenseits der Altersgrenze des Nationalfonds. Dieser Umstand hat im Berichtsjahr die Donatoren-Kasse der Stiftung mit einem Anteil von 40 % an den Stipendien (gegenüber normalerweise 20–30 %) erheblich belastet.

Dieses Bild – auch wenn nur eine Momentaufnahme – bestätigt die Bedeutung der Donatorenbeiträge an unsere Stiftung: Sie machen es möglich, die kleine, aber eminent wichtige Gruppe klinischer ForscherInnen heranzubilden, die neben wissenschaftlichem Interesse und Fertigkeit auch über vertieftes klinisches Know-How und fundierte klinische Erfahrung verfügen.

Der Anteil der NaturwissenschaftlerInnen unter den AntragstellerInnen und StipendiatInnen ist mit rund 1/3 unverändert hoch, und die Zahl der Frauen nahm (bei stabilem Anteil) sowohl bei den GesuchstellerInnen als auch bei den zugesprochenen Stipendien nochmals ab.

Wohl als Resultat einer einmaligen Kombination der Umstände wurde 1999 der Kredit des Schweiz. Nationalfonds scheinbar nicht ausgeschöpft: Nachdem die Zusprachen der zwei ersten Sitzungen des Berichtsjahres erfolgt und abgeschlossen waren, erhielten wir gegen Ende des Jahres die Meldung, dass zwei Stipendiaten ganz oder teilweise vom Gastland finanziert würden. Sie stellten deshalb ihr Stipendium der Stiftung wieder zur Verfügung. Da aber an der letzten Sitzung des Jahres vorwiegend Gesuche von KandidatInnen jenseits der Altersgrenze des Nationalfonds vorlagen, war es nicht mehr möglich, die zurückgezahlten Summen einzusetzen – so gerne wir dies zu Beginn des Jahres getan hätten. Sie wurden deshalb ordnungsgemäss dem Nationalfonds zurückerstattet. Zwar sieht die Mittelverteilung auf die verschiedenen Sitzungen des Jahres eine ungleiche Verteilung der Mittel gemäss dem üblichen Gesuchseingang vor; aber es wird nie möglich sein, alle Unregelmässigkeiten vorausschauend auszugleichen.

So sehr sich die Schwankungen im Gesuchseingang um jährlich bis zu 30 % auf den Betrieb im Sekretariat auswirken, so wenig spiegeln sie sich in der Zusprache von Stipendien wieder, da sie sich bei einer Zuspracherate von ca. 60 % weit oberhalb der Zahl verfügbarer Stipendien abspielen. Die Zahl der Zusprachen bleibt deshalb weitgehend konstant.

Statistik

Wie im vergangenen Jahr sind die Zahlen für das Berichtsjahr im Folgenden (teilweise im Vergleich zum Vorjahr) tabellarisch zusammengestellt.

Der Anteil der Frauen war 1999 schon bei den Bewerbungen unüblich niedrig und blieb es (trotz einer höheren Zuspracherate als bei Männern) auch bei den Zusprachen. Die Mediziner stellen mit 64 % nach wie vor den Hauptharst der BewerberInnen, aber der Anteil der NaturwissenschaftlerInnen hat in den letzten Jahren laufend zugenommen – hoffenlich als Ausdruck der zunehmenden Professionalisierung der klinischen Forschung! Das Übergewicht von Gesuchen aus der Universität Basel ist einmalig und wohl im Rahmen der bereits erwähnten üblichen Jahresschwankungen zu gewichten.

	Anzahl 1999	(1998)	Prozent 1999	(1998)
KandidatInnen	36	(53)	100	100
davon Frauen	5	(14)	14	(26)
davon verheiratet	22	(34)	61	(64)
davon mit Kindern	15	(19)	42	(36)
durchschn. Alter (Jahre)	35	(33)		
Mediziner	24	(34)	67	(64)
Zahnärzte	–	(4)	–	(2)
Veterinärmediziner	1	(2)	3	(4)
Naturwissenschaftler	11	(16)	30	(30)
Herkunftsuniversität				
Basel	11	(10)		
Bern	6	(13)		
Fribourg	–	(1)		
Genève	8	(13)		
Lausanne	2	(5)		
Neuchâtel	–	(1)		
Zürich	7	(9)		
ETHZ	2	(1)		
Ausland	–	(–)		
StipendiatInnen	25	(29)	69 (100)	55(100)
davon Frauen	4	(6)	16	(11)
davon verheiratet	15	(20)	60	(38)
davon mit Kindern	9	(17)		
durchschn. Alter (Jahre)	35	(31)		
Mediziner	16	(21)	64	(72)
Veterinärmediziner	1	(–)	4	(–)
Zahnmediziner	–	(1)	–	(3)
Naturwissenschaftler	8	(7)	32	(25)
Herkunftsuniversität				
Basel	9	(3)		
Bern	4	(5)		
Fribourg	–	(–)		
Genève	6	(9)		
Lausanne	1	(3)		
Zürich (+ETH)	5	(7)		
Ausland	–	(–)		
Destination USA+Can.	20	(25)	80	(86)
Australien+NZ	3	(1)	12	(3)
EU (F, GB, Isr.)	2	(3)	8	(11)

Erstmals seit vielen Jahren stellen die BewerberInnen, die sich wegen der Überschreitung der Altersgrenze bei uns um ein Erststipendium bewerben, gegenüber denjenigen, die – nach Unterstützung durch die lokale Forschungskommission im 1. Auslandjahr – um ein Anschlussstipendium ersuchen, eine Mehrheit dar. Naturgemäss handelt es sich dabei beinahe ausschliesslich um Mediziner.

Insofern als diese seit einiger Zeit zu beobachtende Tendenz dem Wunsch der jungen wissenschaftlich interessierten ÄrztInnen entspricht, eine wissenschaftlich orientierte Karriere mit dem Ziel der Ausrichtung auf die krankheitsbezogene klinische Forschung auf einer fundierten klinischen Ausbildung aufzubauen, ist sie zu begrüssen.

Leider ist die Bewerbung aber ebenso häufig Ausdruck einer verfehlten Laufbahnplanung, bei der – wohl auch vor den Schwierigkeiten des Arbeitsmarktes – am Ende einer langen klinischen Ausbildung der Wunsch nach wissenschaftlicher Betätigung im Hinblick auf die Möglichkeit einer akademischen Laufbahn auftaucht. Hier ergeht der Aufruf an die klinischen Vorgesetzten, ihre jungen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter frühzeitig realistisch zu beraten, um ihnen die Enttäuschung einer Ablehnung eines Stipendiums nach langer Vorbereitung von Gesuch, Forschungsplan und Auslandaufenthalt zu ersparen.

Die Anforderungen unserer Stiftung an die Qualität der Bewerberinnen und Bewerber wie auch ihre Zusprachekriterien sind anspruchsvoll und entsprechen denjenigen des Nationalfonds. Auch dieses Jahr wurde, trotz mehrheitlicher Gesuche um Zweijahresstipendien, die Praxis beibehalten, grundsätzlich zunächst einjährige Stipendien zu sprechen und die Zusprache zweijähriger Stipendien im Sinne eines Qualitätsbonus – zu Lasten der weniger gut plazierten – auf die 1–2 besten KandidatInnen jeder Sitzung zu beschränken.

Dies erklärt, weshalb nur 4 BewerberInnen 2-jährige Stipendien zugesprochen wurden, während 16 einjährige Stipendien erhielten und in 5 Fällen zum Abschluss begonnener Arbeiten im Ausland 3–6 Monate bewilligt wurden.

	Anzahl		**Prozent**	
	1999	**(1998)**	**1999**	**(1998)**
Stipendien	25	(29)	100	(100)
Erststipendien	12	(4)	48	(14)
Vorstipendium SSMBS	–	(5)	–	(17)
Vorstipendium lokale FK des NF	11	(16)	44	(55)
Vorstipendien aus anderer Quelle	2	(4)	8	(14)
Dauer				
24 Mo	4	(1)	16	(3)
18 Mo	–	(3)	–	(10)
12 Mo	16	(18)	64	(63)
< 12 Mo	5	(7)	20	(24)
Finanzierung				
Nationalfonds	15	(19)	60	(66)
Donatoren	10	(10)	40	(34)

Insgesamt wurden 1999 318 (Vorjahr 334) Stipendienmonate verliehen, eine Zahl, die im Bereich derjenigen der Jahre vor dem Ausnahmejahr 1998 liegt.

Personelles

Anlässlich der Sitzung des Stiftungsrates im März wurde Prof. A. Kléber vom Physiologischen Institut der Universität Bern als Nachfolger von Prof. P. Haab, Fribourg (s. Jahresbericht 1998) als neues Mitglied von Stiftungsrat und Vorstand gewählt.
Im Verlauf des Berichtsjahres haben Prof. J. J. Dreifuss, Département de Physiologie de l'Université de Genève (Delegierter des SNF), Vize-Präsident unserer Stiftung, und Prof. Dr. med. vet. J. Nicolet, Institut für Veterinär-Bakteriologie, Bern (Delegierter Schweiz. Gesellschaft der Tierärzte), ihren Rücktritt als Mitglieder von Stiftungsrat und Vorstand angemeldet.

Professor Dreifuss gehörte unseren Gremien seit 1996 als Delegierter des Schweiz. Nationalfonds an. Seine Beanspruchung als Forschungsrat ist es denn auch, die ihn dazu bewog, anspruchsvolle Verpflichtungen ausserhalb Genfs zurückzustellen. Professor Nicolet, Mitglied seit 1992, hat sein Amt gleichzeitig mit seinem regulären altersbedingten Rücktritt von seinen universitären Verpflichtungen niedergelegt. Die Verdienste und der Einsatz beider Herren um und für unsere Stiftung sollen anlässlich der gemeinsamen Sitzung von Stiftungsrat und Vorstand im März 2000 gebührend gewürdigt werden.

Für beide Nachfolgen hat der Präsident bei den delegierenden Gremien auf die Wünschbarkeit der Delegation von Damen in unsere Stiftung aufmerksam gemacht.

Sitzungen, Sekretariat, Betrieb

Die Durchführung der Sitzungen des Vorstandes (Juni und November) an einem Wochentag (Donnerstag) und am Sitz des Nationalfonds in Bern hat sich eingespielt. Es zeigt sich, dass gewisse Nachteile (vor allem Abkömmlichkeit an Wochentagen) infolge der langfristigen Planbarkeit weniger ins Gewicht fallen und zudem durch die Vorteile (kürzere Reisewege, «Befreiung» von zwei Samstagen) mehr als aufgewogen werden.

Die 1997 geschaffene einfache räumliche und personelle Sekretariats-Infrastrukur hat sich sehr bewährt. Ohne sie wäre es dem privat räumlich «eingeengten» aktuellen Präsidenten nicht möglich, sein Amt auszuüben. Ihre Schaffung ist denn auch ad personam an das gegenwärtige Präsidium gebunden und soll später überprüft werden. Während die sekretarielle Hilfe (12 Wochenstunden) ganz von der SAMW getragen wird, wird die Miete des ausgerüsteten Büros (CHF 6'000.–/Jahr) je zur Hälfte von der SAMW und, in Absprache mit dem Nationalfonds, von der SSMBS aus den durch diesen bereitgestellten Mitteln bezahlt.

Im Zusammenhang mit der seit 1997 laufenden Etablierung der Datenbank der Stiftung auf einem neuen System (Access) und der vorgesehenen Umstellung des Systems zur EDV-gerechten Einreichung von Gesuchen beim Schweiz. Nationalfonds wurden im Berichtsjahr sukzessive die nach aussen «sichtbaren» Formulare und Schriften der Stiftung (Ausnahme: Briefkopf) aktualisiert und teilweise ganz ersetzt.

Finanzielles

Wie in der Einleitung erwähnt, hatte das späte Bekanntwerden des Verzichts zweier Stipendiaten auf ihr Stipendium (Übernahme der Finanzierung durch den Gastgeber) zur Folge, dass die zurückerstatteten Mittel nicht mehr für Stipendien eingesetzt werden konnten, obwohl im Frühjahr und im Sommer ein entsprechender Bedarf geherrscht hätte und Gesuche qualifizierter BewerberInnen als nicht finanzierbar abgelehnt werden mussten. Nach Vornahme der üblichen zweckgebundenen Rückstellungen wurden diese Gelder dem Nationalfonds zurückerstattet.

Es ist wichtig, an dieser Stelle zu betonen, dass dieses einmalige Ereignis nicht als Abnahme des Mittelbedarfs von Seiten des SNF interpretiert werden darf: 1998 war die Zahl qualifizierter Nationalfondsstipendiaten so gross, dass Donatoren-Mittel zur Finanzierung ihrer Stipendien herangezogen werden mussten. Das Umgekehrte, d.h. der Einsatz von Nationalfondsmitteln bei einem erhöhten Bedarf für ältere BewerberInnen, wie er dieses Jahr eintrat, ist nicht zulässig, weshalb die Gelder zurückerstattet werden. Schon im nächsten Jahr kann die Situation wieder umgekehrt sein.
Die Rechnung 1999 schliesst deshalb bei den für den Nationalfonds verwalteten Stipendiengeldern mit einem Restsaldo von CHF 135'000.– ab, der nicht auf das nächste Jahr übertragen werden kann und deshalb dem Nationalfonds zurückbezahlt wurde.

Gemäss den Angaben unseres Rechnungsführers präsentiert sich die finanzielle Situation per Ende 1999 wie folgt:

- Bei einem Ertrag von CHF 1'242'884.35 und einem Aufwand von CHF 1'226'213.25 schliesst die Rechnung mit einem Ertragsüberschuss von CHF 16'671.10 ab. Dieser Betrag wird dem Betriebsfonds zugeschlagen und für künftige Stipendien eingesetzt werden.
- Das Stiftungsvermögen beläuft sich neu auf CHF 337'986.60. Es setzt sich zusammen aus dem Stammfonds von CHF 125'000.– und dem Betriebsfonds von CHF 212'986.60.
- Rechnung und Bilanz werden bis zur Sitzung des Stiftungsrates im März geprüft sein.
- Der Schweizerische Nationalfonds hat der Stiftung seinen Beitrag für das Jahr 2000 (unverändert CHF 1'000'000.–) bereits zugesprochen. Wir bedanken uns herzlich dafür.

Am Ende eines weiteren Jahres – das gar mit dem (umstrittenen) Jahrtausendwechsel zusammenfällt – ist es mir ein Bedürfnis, den Herren Stiftungsräten und den Vorstandsmitgliedern für ihre Präsenz an den Sitzungen und für die aufwendige und intensive Arbeit bei der Beurteilung der Gesuche herzlich zu danken. Sie leisten damit einen nicht selbstverständlichen, aber unverzichtbaren Beitrag an die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses der Schweiz.
Gleiches gilt für unseren Quästor, Herrn Dr. J. Brunner, der im Hintergrund mit grosser Sorgfalt und Sachkompetenz über unsere Aktivitäten wacht und dafür sorgt, dass der Präsident jederzeit genau weiss, wie es um die Finanzen steht. Ebenso gilt der Dank unserer Sekretärin, Frau V. Erath für ihren Einsatz, ihre zuverlässige und sorgfältige Arbeit und für ihr begeistertes Mittun bei der Modernisierung und Umrüstung unserer Dokumentation und Datenbanken.

W. Stauffacher

Mitglieder von Stiftungsrat (SR) und Vorstand (V)

- **Prof. H.R. Baumgartner, Basel**
  F. Hoffmann-La Roche AG, SR
- **Prof. E.R. Froesch, Zürich**
  SNF, SR
- **Prof. A. Matter, Basel**
  Novartis AG, SR
- **Dr. med. J. Schädelin, Basel**
  Novartis AG, SR
- **Prof. Ch. Beglinger, Basel**
  FMH, V+SR
- **Prof. J.Ph. Bonjour, Genève**
  SAMW, ab 1999 SNF, V+SR
- **Dr.ès.sci. H. Dirren, Lausanne**
  Nestlé, V+SR
- **Prof. J.J. Dreifuss, Genève**
  SNF, V+SR, Vice Président
- **Prof. O. Gratzl, Basel**
  SAMW, V+SR
- **Dr. sc. nat. M. Hosang, Basel**
  F. Hoffmann-La Roche AG, V+SR, Schatzmeister
- **Prof. A. Kléber, Bern**
  SAMW, ab 1999, V+SR
- **Prof. Dr. med. vet. J. Nicolet, Bern**
  SGT, V+SR
- **Prof. A. Pécoud, Lausanne**
  FMH, V+SR
- **Prof. L. Perrin, Genève**
  SAMW, V+SR
- **Prof. H. Reuter, Bern**
  SAMW, V+SR
- **Prof. M. Schreier, Basel**
  Novartis AG, V+SR
- **Prof. Dr. phil.nat. P. Sonderegger, Zürich**
  SAMW, V+SR
- **Prof. Th. Staehelin, Basel**
  Novartis AG, V+SR
- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
  SNF, V+SR, Präsident

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

An seiner ordentlichen Sitzung vom 10. Juni 1999 stimmte der Stiftungsrat dem Bericht des Präsidenten vom 29. Januar 1998 über die Tätigkeit der Jubiläumsstiftung sowie über deren Kapitalanlagen zu; er genehmigte die Jahresrechnung 1998 und erteilte dem Quästor Entlastung.
Zur Behandlung kamen 33 Beitragsgesuche, denen in 14 Fällen wie folgt entsprochen wurde:

1. PD Dr. Marcus Groettrup Laborforschungsabteilung, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen. Zur Durchführung des Projektes «The effects of HIV protease inhibitors on antigen processing by the proteasome» fehlt das Geld für diverses Material und Reisespesen. Der Betrag von CHF 55'100.– ist offen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 20'000.–.	CHF 20'000.–
2. PD Dr. Ursula Lang Hôpital Cantonal, Département de Médecine, Division d'Endocrinologie et de Diabétologie, HUG, Genève. Die Gesuchstellerin benötigt für die Durchführung des Projektes «Interaction of multiple signaling transduction pathways in growth factor-stimulated ventricular cardiomyocytes» einen Beitrag an die Materialkosten (CHF 13'164.–) und für Apparate (CHF 7'036.–). Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 13'000.– (Materialkosten).	CHF 13'000.–
3. PD Dr. Beat Thöny Abt. Klinische Chemie und Biochemie, Universitäts-Kinderklinik, Kinderspital Zürich, Zürich. Für die zur Durchführung des Projektes «Einführung von Einzelmutationen in die Maus als Tiermodell für einen angeborenen Stoffwechseldefekt im Biopterin-Metabolismus, eine autosomalrezessive Erbkrankheit bei Neugeborenen» fehlen noch die Mittel für die Embryonale Stammzell-Elektroporation und die Blastocysteninjektionen. Der Betrag von CHF 22'000.– ist noch offen. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 22'000.–.	CHF 22'000.–
4. Prof. Dr. Peter Sonderegger Biochemisches Institut der Universität Zürich, Zürich. Zur Bestreitung eines Teils der in dem Projekt «Evaluation des neuroprotectiven Effektes von Neuroserpin beim ischämischen Hirninfarkt» anfallenden Laborkosten müssen die notwendigen Mittel noch aufgebracht werden. Gewünscht wird der Betrag von CHF 28'500.–. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 28'500.–.	CHF 28'500.–
5. Dr. Dieter Kotzot Institut für Medizinische Genetik, Universität Zürich, Zürich. Ein Beitrag für diverse Sachmittel, ohne die das Projekt «Untersuchung der elterlichen Herkunft und der Bildungsmechanismen bei Robertson'schen Translokationen, Tandem Duplikationen und Mosaiken partieller Trisomien» nicht durchgeführt werden kann, wird gewünscht. Der Betrag von CHF 39'646.– ist offen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 19'000.–.	CHF 19'000.–
6. Dr. Lorenz Rindisbacher Laboratoire de Polymères et Biomatériaux, Institut de Génie Chimique, EPFL, Lausanne. Die Finanzierung des Verbrauchsmateriales, das für das Projekt «Increased Biocompatibility of the Bioartifical Pancreas by Secretion of Immunomodulatory and Angiogenic Factors» notwendig ist, ist noch nicht gewährleistet. Es werden CHF 20'000.– gewünscht. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 20'000.–.	CHF 20'000.–

7. Dr. Nicole Schaeren-Wiemers CHF 15'000.–
Kantonsspital Basel, Departement Forschung, Abt. für Neurobiologie, Basel. Apparate und Verbrauchsmaterial im Wert von CHF 56'409.–, die für das Projekt «Characterization of protein/lipid interactions of the MAL protein in myelin formation, myelin maintenance and in demyelinating diseases» notwendig sind, müssen finanziert werden. Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 15'000.–

8. Dr. Anne Witschi, Bern CHF 10'000.–
ab 27.9.1999 an der London School of Hygiene and Tropical Medicine, London. Damit die Gesuchstellerin an diesem Lehrgang teilnehmen kann, muss sie die Lebenshaltungskosten von CHF 52'404.– für ein Jahr aufbringen. Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 10'000.–.

9. PD Dr. Anne-Catherine Andres CHF 25'000.–
Departement für Klinische Forschung, Medizinische Fakultät, Universität Bern, Bern. Die Kosten für das Verbrauchsmaterial, das zur Durchführung des Projektes «Die Regulation des normalen und malignen Wachstums des Brustepithels» notwendig ist, sind nicht gedeckt. Es werden CHF 25'320.– gewünscht. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 25'000.–.

10. Dr. David Leppert CHF 20'000.–
Departement Forschung, Abteilung Neurobiologie, Kantonsspital Basel, Basel. Molekularbiologische Reagenzien, die für das Projekt «Transcriptional Regulation of Metalloproteinases in Multiple Sclerosis and Bacterial Meningitis: Defining Targets for Therapy» benötigt werden, müssen noch finanziert werden. Es fehlen CHF 29'747.–; jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 20'000.–.

11. Dr. Bruno Bucheli CHF 10'000.–
Medizinische Universitäts-Poliklinik, Kantonsspital Basel, Basel, ab 1.7.1999: Harvard School of Public Health in Boston. Ein Beitrag an die Semester- und Lebenshaltungskosten während der Arbeit an dem Projekt «Komorbidität (Mehrfacherkrankungen) in der Inneren Medizin» wird gewünscht. Für 12 Monate ist ein Budget von US$ 42'096.– von der Schule vorgeschlagen. Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 10'000.–.

12. Stiftung Fintan, Rheinau CHF 15'000.–
Ein Betrag von CHF 25'000.– ist für die Einrichtung der medizinischen Infrastruktur budgetiert. Jeder Betrag wird helfen. Der Stiftungsrat bewilligt den Betrag von CHF 15'000.–.

13. Centro Sociale Onsernonese, Russo CHF 34'885.–
Ein neues absenkbares Behindertenfahrzeug muss angeschafft werden. Der Kaufpreis beträgt CHF 34'885.–. Jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den vollen Kaufpreis von CHF 34'885.–.

14. Giuvaulta, Zentrum für Sonderpädagogik, Rothenbrunnen CHF 6'750.35
Ein Stehbett, das für die therapeutische Behandlung von Schwerstbehinderten dringend benötigt wird, muss angeschafft werden. Das Bett kostet CHF 6'750.35; jeder Betrag ist willkommen. Der Stiftungsrat bewilligt den gewünschten Betrag von CHF 6'750.35.

Damit hat der Stiftungsrat in 14 Fällen einen Betrag von total CHF 259'135.35 zugesprochen.

Zwei Gesuchsteller haben auf unsere Schreiben vom 15. Juni 1999 nicht reagiert, so dass die Beträge von total CHF 44'000.– noch nicht ausgezahlt werden konnten. Aus diesem Grund stimmt der zugesprochene Betrag (CHF 259'135.35) nicht mit dem ausbezahlten Betrag (CHF 215'135.35) überein.

Stiftungsvermögen am 31.12.1998	CHF 1'620'456.85
Ausbezahlte Beiträge	CHF 215'135.35
Zinsertrag auf Guthaben bei der Rentenanstalt/Swiss Life	CHF 41'357.95
Stiftungsvermögen am 31.12.1999	CHF 1'446'697.45

Anlässlich der Stiftungsratssitzung vom 10.6.1999 hat der Vizepräsident, Herr Prof. Dr. Walter Hitzig, seinen Rücktritt auf das Ende der laufenden Amtsperiode (31.12.1999) bekannt gegeben. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat Herrn Prof. Dr. Victor Meyer, Departement Chirurgie, Klinik für Wiederherstellungschirurgie, Universitätsspital, Zürich, zu seinem Nachfolger bestimmt.

Als Nachfolger von Herrn Prof. Dr. Moritz Kuhn wurde Herr lic. iur. Hans Peter Conrad, Direktor und Generalsekretär, vom Verwaltungsrat der Rentenanstalt/Swiss Life in den Stiftungsrat gewählt.

E. Rüesch

Mitglieder des Stiftungsrats

- **Dr. Ernst Rüesch, St. Gallen**
  Präsident
- **Prof. Dr. Walter Hitzig, Zürich**
  Vizepräsident (bis 31.12.1999)
- **Prof. Dr. Victor Meyer, Zürich**
  (ab 1.1.2000)
- **Dr. Walter Diener, Zürich**
  Quästor
- **Prof. Dr. Andreas Steck, Basel**
- **Dr. Vincenzo Tatti, Bellinzona**
- **Dr. Manfred Zobl, Rüschlikon**
- **Prof. Dr. Moritz Kuhn, Zumikon**
  (bis 31.12.1999)
- **lic. iur. Hans Peter Conrad, Luzern**
  (ab 1.1.2000)

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

Die Begutachtungskommission für den Théodore Ott-Fonds trat am 6. April 1999 zu ihrer 5. Sitzung zusammen, um über die Zusprache von Unterstützungs- und Stipendiengesuchen auf dem Gebiet der Neurologie zu entscheiden. Zu beurteilen waren zudem Gesuche an den neuen «A+D-Fonds», der aufgrund eines Legates für die Förderung von Forschungsarbeiten in den Gebieten Alzheimersche Erkrankung und Depression verwendet werden soll. Die Begutachtungskommission hatte sich ebenfalls zu einer Reglementsänderung bezüglich des Théodore Ott-Preises zu äussern, wie sie vom Senat angeregt worden ist.

In die Kommission sind 1998 zwei neue Mitglieder eingetreten: Frau Dr. M. Leuthold, die neue Generalsekretärin, für den verstorbenen Dr. J. Gelzer; Dr. D. Scholer, Quästor der SAMW, für den zurückgetretenen Prof. F. Bühler. Diese Mutationen wurden im Jahresbericht 1998 irrtümlich nicht erwähnt.

Forschungsförderung durch den Théodore Ott-Fonds

Auf die Ausschreibung der Unterstützungsgesuche durch den Théodore Ott-Fonds sind 23 Gesuche im Gesamtbetrag von über 2 Millionen Franken eingegangen. Aufgrund der Vermögenssituation stehen für diese Förderungsmassnahmen in diesem Jahr Fr. 250'000.– zur Verfügung, dies in Berücksichtigung einer Rückstellung für den Théodore Ott-Preis, der alle fünf Jahre zu verleihen ist. Das auf dem Stifterwillen begründete Reglement weist die Kommission an, jüngeren Forschern und kliniknahen Projekten den Vorrang zu geben. Das erste Kriterium ist aber die Originalität und Qualität der vorgeschlagenen Forschung. Aufgrund einer sorgfältigen Beurteilung aller Gesuche wurden fünf Gesuche mit insgesamt Fr. 250'000.– unterstützt:

Dr. Christian Lüscher Departement Physiologie, Universität Genf: Teilbetrag an Projekt «Modulation of inhibitory control of dopamine cells by opioids in the ventral tegmental area (VTA)»	CHF 60'000.–
Dr. Esther Stoeckli Zoologisches Institut, Universität Basel: Teilbetrag an Projekt «Identification of molecular guidance cues for the pathfinding of commissural axons in the longitudinal axis of the embryonic chicken spinal cord»	CHF 60'000.–
PD Dr. Dominik Straumann Departement Neurologie, Universität Basel: Teilbetrag an Projekt «Influence of gravity on cerebellar downbeat nystagmus»	CHF 40'000.–
Dr. Fabienne de Bilbao Département de psychiatrie, HUG, Genf: Teilbetrag an Projekt «Role of the cell death effector ice and the two cell death receptors TNF-R1 and P75NTR in apoptosis induced by injury in the mouse central nervous system»	CHF 50'000.–
Dr. Ron Stoop Institut de biologie cellulaire et de morphologie, Universität Lausanne: Teilbetrag an Projekt «The role of neurotrophic factors in synaptic plasticity in the amygdala and their implications for fear learning and anxiet»	CHF 40'000.–
	Total CHF 250'000.–

Forschungsförderung durch den A+D-Fonds

Aufgrund von zehn eingegangenen Gesuchen werden zwei Projekte mit insgesamt Fr. 60'000.– unterstützt:

Dr. Lucio Bizzini Clinique de psychiatrie gériatrique, HUG, Genève: Teilbetrag an Projekt «Démence débutante, dépression et syntonisation des émotions chez la personne âgée»	CHF 20'000.–
Dr. Mathias Jucker Institut für Pathologie, Universität Basel: Teilbetrag an Projekt «Mouse models of cerebral amyloid angiopathy»	CHF 40'000.–
	Total CHF 60'000.–

Théodore Ott- und Robert Bing-Preise: Reglementsrevision

Seit der testamentarischen Verfügung des Lausanner Neurologen Théodore Ott, mit der er der SAMW sein Vermögen vermachte mit der Zweckbestimmung, neben der Forschungsförderung alle fünf Jahre auch einen Théodore Ott-Preis zu verleihen, ist die SAMW in der Lage, zusammen mit dem seit 1956 verliehenen Robert Bing-Preis zwei Preise im Gebiet der Neurologischen Wissenschaften zu verleihen. Sie unterscheiden sich in der Kadenz – der Bing-Preis alle zwei, der Ott-Preis alle fünf Jahre –, kaum aber in der Umschreibung durch die Stifter. Anlässlich der letzten Bing-Preisverleihung durch den Senat sind formale Einwände gemacht worden, die eine Differenzierung der beiden Preise nahelegten. Die Begutachtungskommission, die für beide Preise identisch ist, hat an dieser Sitzung beschlossen, es solle zukünftig der Robert Bing-Preis als Förderpreis vergeben werden, wobei die Preisträger nicht älter als 45-jährig sein sollen. Dies entspricht der testamentarischen Zweckbestimmung von Robert Bing, dass mit seinem Preis «Autoren hervorragender Arbeiten ... durch Prämierung ... zu weiterer Forschung zu ermutigen» seien. Demgegenüber soll der Théodore Ott-Preis ein Anerkennungspreis sein. Der Senat hat an seiner Sitzung vom 3. Juni 1999 den entsprechenden Änderungen der beiden Reglemente zugestimmt.

E.R. Weibel

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

- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
  Präsident
- **Dr. D. Scholer, Bottmingen**
  Quästor, ex officio
- **Dr. M. Leuthold, Basel**
  Generalsekretärin
- **Prof. T. Deonna, Lausanne**
- **Prof. J.J. Dreifuss, Genf**
- **Prof. H.U. Fisch, Bremgarten**
- **Prof. A. Fontana, Zumikon**
- **Prof. B. Gähwiler, Zürich**
- **Prof. O. Gratzl, Basel**
- **Prof. Chr. Hess, Bern**
- **Prof. L. Hösli, Basel**
- **Prof. Th. Landis, Genf**
- **Prof. H. Möhler, Feldmeilen**
- **Prof. A.B. Safran, Genf**

Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds (KZS-Fonds)

Das durch den Senat 1996 verabschiedete Reglement des Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds sieht die Unterstützung von medizinisch-ethischen und wissenschaftlichen Forschungsprojekten vor, namentlich von Projekten mit hoher Innovationskraft, für die noch keine etablierten Förderungsinstitutionen bestehen. In diesem Sinne wird gemäss früheren Beschlüssen das MD-PhD-Programm mit mehrjährigen Beiträgen unterstützt, einerseits für ein Graduierten-Kolleg und anderseits mit einem speziellen Stipendium für Zweitstudien im Bereich der Geisteswissenschaften und der Ethik. Zudem sind dem Dokdi für die Entwicklung der neuen Arbeitsrichtung Evidence-based Medicine Unterstützungsbeiträge reserviert worden.

An ihrer Sitzung vom 15. April 1999 hat die Fonds-Kommission zudem über sechs auf die Ausschreibung hin eingegangene Gesuche beraten. Drei Gesuche wurden mit Teilbeiträgen unterstützt (s. Tabelle), wobei zwei der biomedizinischen Grundlagenforschung zuzurechnen sind und eines der Grundlagenforschung in medizinischer Ethik.

Dr. Chantal Wälchli Immunpharmakologie, Universität Montpellier: Teilbetrag für 6 Monate an Pilotstudie «Toleranzentwicklung durch Vorbehandlung mit tiefen Dosen eines Giftstoffes am Beispiel der Immuntoxizität von Schwermetallen»	CHF 20'000.–
PD Dr. Max Gassmann Physiologisches Institut der Universität Zürich: Teilbetrag für 18 Monate für Projekt «Hypoxia, scarless wound repair and new limb regeneration»	CHF 50'000.–
Prof. Wolfgang Lienemann Institut für Systematische Theologie, Abteilung Ethik, Universität Bern: Pauschalbeitrag für 24 Monate für eine Fallstudie zum Programm Angewandter Ethik: «Medizinische Ethik zwischen technischen Herausforderungen und ökonomischen Grenzen»	CHF 70'000.–

E.R.Weibel

Mitglieder der Begutachtungskommission für den Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds

- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
  Präsident
- **Dr. D. Scholer, Basel**
  Quästor, ex officio
- **Dr. M. Leuthold, Basel**
  Generalsekretärin
- **Prof. A. Mauron, Genf**
- **Prof. P. Meier-Abt, Zürich**
- **Prof. A.F. Muller, Genf**
  Vizepräsident, ex officio
- **Prof. W. Ringli, Nidau**
- **Prof. W. Stauffacher, Basel**
  Vizepräsident, ex officio

IV. Beratung und Dienstleistung

Zentrale Ethikkommission (ZEK)

Die Reorganisation unseres Generalsekretariats nach dem Tode von Justus Gelzer brachte auch für die ZEK neue Impulse. Ferner bedeutet der Wechsel im Präsidium von Walter Hitzig zu Michel Vallotton (Juni 1999) in verschiedener Hinsicht einen Neuanfang; wir halten es für sehr gut, dass der Vorsitz nach 7 Jahren von Zürich wieder an Genf übergeht.

Die drei regulären Sitzungen fanden am 5. März, am 4. Juni und am 3. Dezember 1999 in Bern statt; am 22. Oktober wurde eine zusätzliche Sitzung, ebenfalls in Bern, eingeschaltet. Ferner lud die ZEK am 17. September alle Präsidenten ethischer Kommissionen in der Schweiz zu einer Sondersitzung ein, die den künftigen Aufgaben dieser Gremien gewidmet war.

Die eingesetzten Subkommissionen trafen sich zu zahlreichen Sitzungen, und kleine Redaktionsausschüsse bereinigten Texte im Auftrag der Subkommissionen.

Medizinisch-ethische Richtlinien

Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin
Eine Subkommission unter dem Vorsitz von Prof. R. Ritz, Basel, bearbeitete dieses schwierige Thema während fast drei Jahren in etwa monatlichen Sitzungen. Der Text konnte nach Genehmigung durch den Senat in seiner Sitzung vom 3. Dezember 1998 erstmals in der SÄZ (1999; 80: Nr. 4, 188–192 [d] und 193–197 [f]) publiziert werden. In der anschliessenden Vernehmlassung wurden nur wenige Änderungen gewünscht, die in die 2. Fassung vom 4. Mai 1999 eingearbeitet wurden. In dieser Form genehmigte und erliess der Senat die Richtlinien in seiner Sitzung vom 3. Juni 1999. Sie wurden in der SÄZ (1999; 80: Nr. 35, 2134–8 [d] und 2139–43 [f]) und dreisprachig in der SMW (1999; Nr. 47: 1843–8 [d], Nr. 48: 1896–1901 [f] und Nr. 49: 1942–7 [e]) publiziert.

Medizinisch-ethische Richtlinien zur Sterilisation geistig behinderter Menschen
Eine Revision unserer im November 1981 erlassenen Richtlinien wurde an der ZEK-Sitzung vom 5.12.1997 beschlossen. Der seither erfolgte gesellschaftliche Wandel, vor allem die Liberalisierung gegenüber behinderten Menschen bezüglich sexueller Freiheit, macht grundsätzliche Änderungen der Beurteilung notwendig. Die Anfang 1998 eingesetzte Subkommission unter dem Präsidium von Frau Dr. Ursula Steiner-König hat in vielen Sitzungen unter der Mitwirkung zahlreicher Experten speditiv gearbeitet. Sie konnte bereits am 22. Oktober 1999 einen neuen Text vorlegen. Dieser

wurde nach Gutheissung durch die ZEK (22.10.99) in der Senatssitzung vom 23. November 1999 genehmigt, allerdings nur in der deutschen Fassung. Die Erstpublikation in der SÄZ ist in der Zwischenzeit erfolgt.

Medizinisch-ethische Grundsätze zur Xenotransplantation
Die noch vor einem Jahr sehr optimistische Beurteilung dieser neuen medizinischen Technik wurde von den damit beschäftigten Experten neuerdings stark relativiert. Ferner überraschte uns eine ausführliche Abhandlung über das gleiche Thema, die das Fraunhofer-Institut im September 1998 im Auftrag des Schweizerischen Wissenschaftsrats vorlegte. Unser Auftrag an die unter dem Vorsitz von Prof. Noël Genton, Lausanne, arbeitende Subkommission wurde deswegen modifiziert: Anstelle von unmittelbar praxis-relevanten «Medizinisch-ethischen Richtlinien» sollte sie eine kritische «Stellungnahme» der SAMW ausarbeiten. Diese wurde an der ZEK-Sitzung vom 5. März 1999 diskutiert und dem Senat weitergeleitet, der sie an seiner Sitzung vom 3. Juni 1999 mit wenigen Änderungen genehmigte. Sie wurde unter dem Titel «Medizinisch-ethische Grundsätze zur Xenotransplantation. Stellungnahme der SAMW» in der SÄZ (1999; Nr. 31, 1896–903 [d] und 1904–11 [f]) publiziert. Die in der Vernehmlassung geäusserten zahlreichen Bemerkungen müssen demnächst gesichtet und in den Text eingearbeitet werden. Sie zeigen, wie ausserordentlich kontrovers die Möglichkeiten und Risiken der Xenotransplantation in der Ärzteschaft diskutiert werden.

Arbeitsgruppe «Euthanasie»
Der Bundesrat ernannte eine Eidgenössische Kommission zur Bearbeitung der Motion Ruffy, die eine Änderung des Strafgesetzbuches (Art. 114 und 115) im Sinne einer Ermöglichung aktiver Tötung verlangte. Die SAMW erachtet sich bei diesem sehr aktuellen Thema ganz besonders gefordert. Eine Arbeitsgruppe unter dem Vorsitz von Frau Dr. Klauser hat die SAMW-Richtlinien (1976, revidiert 1981 und 1988, neu gefasst 1995) für revisionsbedürftig befunden; bevor dafür eine neue Subkommission eingesetzt würde, sollte jedoch der Bericht der Eidgenössischen Kommission abgewartet werden. Dieser Bericht ist im Mai 1999 publiziert worden. Die Arbeitsgruppe äussert sich dazu in einem «Memorandum» sehr kritisch; sie hält die Zeit für eine einschneidende Gesetzesänderung noch nicht für gekommen. – Obschon das Bundesamt für Justiz noch kein Vernehmlassungsverfahren eingeleitet hat, wurde an der ZEK-Sitzung vom 3. Dezember 1999 beschlossen, das leicht gekürzte Memorandum Frau BR Metzler zu schicken.

Tagungen und Veranstaltungen mit Beteiligung der ZEK

Die ZEK beteiligte sich an folgenden Manifestationen oder entsandte Delegierte als ihre offiziellen Vertreter:

- Interpharma-Workshop, Interlaken, 3./4. September 1999. Delegierter: W. Hitzig.
- Jahrestagung der Schweizerischen Gesellschaft für Biomedizinische Ethik, 2.–4. September 1999. Delegierter: M. Vallotton.
- Arbeitskreis Medizinischer Ethikkommissionen in der BRD, Köln, 19./20. November 1998. Delegierter: W. Hitzig.
- Workshop «Xenotransplantation», Boston, 6./7. Dezember 1999. Delegierter: M. Jeannet.

Verdankungen

Der Präsident der SAMW, Prof. E. Weibel, widmete den von der ZEK behandelten Problemen stets seine volle Aufmerksamkeit. Die Mitglieder der ZEK beteiligten sich lebhaft und fundiert an unseren Diskussionen. Die Mitglieder und vor allem die Präsidenten unserer Subkommissionen erbrachten wertvolle, unentbehrliche und fachkompetente Arbeitsleistungen. Das Generalsekretariat unter der Leitung von Frau Dr. M. Leuthold nahm sich aller administrativen Probleme mit Sachkenntnis an.
Ihnen allen danken wir für ihre Beiträge und ihre Mitarbeit.

W. H. Hitzig, M. Vallotton

Mitglieder der Zentralen Ethikkommission

- **Prof. M. Vallotton, Genf**
  Präsident ab 3.6.1999
- **Prof. W.H. Hitzig, Zürich**
  Präsident bis 3.6.1999
  Vizepräsident bis 31.12.1999
- **Frau Prof. U. Ackermann-Liebrich, Basel**
- **Dr. C. Aubert, Chêne-Bougeries**
- **Prof. W. Bär, Zürich**
- **Frau H. Blaser, Bern**
- **PD Dr. A. Bondolfi, Zürich**
- **Prof. O. Guillod, Neuchâtel**
- **Frau Y. Hartmann, Epalinges**
- **Prof. G. Jenny, Bern**
- **Frau Dr. C. Klauser-Reucker, Agno**
- **Frau Dr. M. Leuthold, Basel**
- **Prof. A. Mauron, Genf**
- **Prof. V. Meyer, Zürich**
- **Prof. Hj. Müller, Basel**
- **Dr. J.P. Restellini, Confignon**
- **Prof. R. Ritz, Binningen**
- **Dr. R. Salzberg, Basel**
- **Prof. H. Schneider, Bern**
- **Frau Dr. U. Steiner-König, Lyss**
- **Dr. U. Strebel, Männedorf**
- **Prof. B. Truniger, Luzern**
  Präsident UREK, ständiger Gast
- **Prof. E.R. Weibel, Bern**

Überregionale Ethikkommission für Klinische Forschung (UREK)

Die UREK/CES hat in 6 regulären Sitzungen 15 Projektvorhaben beurteilt (1 Pendenz vom Vorjahr). Damit hat sich der Rückgang vom Vorjahr nicht als Trend bestätigt. Von den beurteilten Vorhaben entfielen deren 8 auf Medikamentenstudien (7 Phase IV, 1 Phase III), 4 auf klinische Studien ohne Einsatz von Medikamenten. In je einem Falle handelte es sich um eine epidemiologische Studie, eine Krankengeschichtenstudie und eine Befragungsstudie. In 2 Fällen ging es um die Beratung externer Ethikkommissionen. 8 Projektvorhaben konnten (z.T. mit Hinweisen) schliesslich gutgeheissen werden, während 1 Studie abgelehnt werden musste. In einem Beratungsfall war keine Stellungnahme zum Projektvorhaben gefragt. Hängig sind am Jahresende 4 Entscheide.

Der Alltag der UREK wird in zunehmendem Masse überschattet von der Ungewissheit, wie sich Aufgaben und Arbeit der Ethikkommissionen (und damit ihre Zukunft) mit dem Inkrafttreten des neuen Heilmittelgesetzes und dem Auftrag und den Anforderungen des neuen Heilmittelinstituts gestalten werden. Gleichzeitig wird immer klarer der Trend zu kantonalen, bzw. von den Kantonen approbierten Ethikkommissionen erkennbar. Wo in dieser Entwicklung die UREK ihre «ökologische Nische» finden und mit welchen Aufgaben sie betraut werden soll, ist im Moment noch reichlich unklar. Immerhin hat die Tagung der Präsidenten der lokalen Ethikkommissionen gezeigt, dass «alles im Fluss» und das Meiste für die Meisten noch unklar ist.

Immer wieder lösen Phase IV-Studien ernsthafte und engagierte Diskussionen aus. Es ist unverkennbar, dass nur eine Minderheit dieser Projektvorhaben ernsthafte wissenschaftliche Erkenntnisse zum Ziele hat, während eine eindrückliche Mehrheit Marketing-Ziele verfolgt. Wo beide Ziele erkennbar sind, überwiegen zumeist die Marketing-Interessen. Nachdem Phase IV-Studien offiziell definiert und anerkannt sind, findet sich die UREK und mit ihr alle Ethikkomissionen in der wenig behaglichen Lage, zu entscheiden, wo die Toleranz ausreicht – oder erschöpft ist. Das Spektrum reicht von konsequenter Ablehnung der Phase IV-Studien bis zu grosszügiger Permissivität. Der Mittelweg erweist sich einmal mehr als der schwierigste!
Mit den Herren Prof. M. Rossetti und Prof. H.-P. Schreiber haben sich zwei verdiente Mitglieder verabschiedet, die der UREK seit deren Gründung angehörten. Herr Prof. W. Hitzig hat sich mit seinem Rücktritt als Vorsitzender der ZEK auch als ständiger Gast der UREK verabschiedet. Alle drei haben die UREK über Jahre aktiv mitgeprägt und verdienen den Dank der SAMW und der in der UREK Verbleibenden. An Stelle von Prof. W. Hitzig konnten wir als ständigen Gast Prof. M. Vallotton, Genf, neuer Vorsitzender der ZEK, begrüssen. Die beiden anderen Rücktritte wurden nicht ersetzt.

B. Truniger

Mitglieder der Überregionalen Ethikkommission für Klinische Forschung (UREK)

- **Prof. B. Truniger, Luzern**
  Präsident
- **Dr. W. Pletscher, Zürich**
  Vizepräsident
- **Dr. H. Amstad, Basel**
  Sekretär, ab 1.4.1999
- **Prof. H. Abelin, Bern**
- **Prof. P. Frick, Zürich**
- **Prof. N. Genton, Lausanne**
- **Dr. M. Giger, Winterthur**
- **Dr. Agnes Glaus, St. Gallen**
- **Prof. W. Hitzig, Zürich**
  Präsident ZEK, ständiger Gast, bis 3.6.1999
- **Dr. Madeline Kummer, Therwil**
- **Prof. B. Lauterburg, Bern**
- **Dr. M. Leuthold, Basel**
  Generalsekretärin
- **Prof. Dominique Manaï, Genf**
- **Prof. Anne-Catherine Martenet, Zürich**
- **Prof. R. Obrist, Sion**
- **Catherine Panchaud, R.N., Bern**
- **Prof. W. Reinhart, Chur**
- **Dr. Ingrid Reubi, Münchenbuchsee**
- **Prof. R. Ritz, Binningen**
- **Prof. M. Rossetti, Basel**
  bis 31.12.1999
- **Dr. Brigitte Santos-Eggimann, Lausanne**
- **Prof. Chr. Sauter, Zürich**
- **Prof. H.-P. Schreiber, Basel**
  bis 31.12.1999
- **Dr. A. Spahr, Sion**
- **Dr. D. Sprumont, Posieux**
- **Prof. A. de Torrenté, La Chaux-de-Fonds**
- **Prof. M. Vallotton, Genf**
  Präsident ZEK, ständiger Gast, ab 3.6.1999
- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
  Präsident SAMW, ex officio
- **Prof. Brigitte Woggon, Zürich**
- **Pater Dr. A. Ziegler, Zürich**

Ethik-Kommission für Tierversuche

Die Ethik-Kommission für Tierversuche hat 1999 fünf Sitzungen abgehalten. Im Zentrum der Beratungen stand die Arbeit am Papier «Beitrag zur ethischen Beurteilung der Xenotransplantation aus der Sicht des Schutzes der Würde der Tiere». Nach einer Auslegeordnung der für die Tiere entstehenden Belastungen ist die Kommission zum Schluss gekommen, eine abschliessende Beurteilung der Zulässigkeit des Einsatzes von Tieren für die Xenotransplantation sei beim heutigen Stand der Technik nicht möglich. Bis auf weiteres müssten in der Xenotransplantationsforschung die Interessen von Mensch und Tier für jedes einzelne Vorhaben gegeneinander abgewogen werden. Mit der Veröffentlichung des Papiers in der Schweizer Ärztezeitung, im Schweizer Archiv für Tierheilkunde und in der Zeitschrift ALTEX kann in den nächsten Monaten gerechnet werden.

Sieben Mitglieder der Kommission haben an einer weiteren gemeinsamen Sitzung der «Arbeitsgruppe für Tierschutzfragen an den Zürcher Hochschulen» teilgenommen, zu der auch Vertreter von Tierschutzorganisationen eingeladen waren. Das von der Arbeitsgruppe aufgrund einer früheren Diskussion überarbeitete Papier «Vermeidung stark belastender Tierversuche an den Zürcher Hochschulen» konnte verabschiedet werden. Es geht nun in die hochschulinterne Vernehmlassung.

Sodann hat sich die Kommission im Auftrag einer kantonalen Behörde intensiv mit einem Gutachten zur ethischen Rechtfertigung eines beantragten Tierversuches befasst. Auch nach einer Demonstration in einem entsprechenden Forschungslabor konnte sich die Kommission nicht zu einem einheitlichen Urteil durchringen. Aus Gründen der Vertraulichkeit von Forschungsprojekten können an dieser Stelle keine Einzelheiten genannt werden.

Ein weiterer Diskussionspunkt war die bessere Aufklärung der Öffentlichkeit über die nach wie vor grosse Bedeutung von Tierversuchen in verschiedenenen Forschungsbereichen. Endlich hat die Kommission beschlossen, sich im kommenden Jahr vertieft mit dem Thema «transgene Tiere» auseinander zu setzen.

H. U. Bertschinger

Mitglieder der Ethik-Kommission für Tierversuche

- **Prof. H.U. Bertschinger, Pfäffikon**
  Präsident
- **Prof. H. Durrer, Basel**
- **Prof. Marie-Claude Hepp-Reymond, Zürich**
- **Prof. A. Holderegger, Fribourg**
- **PD Dr. M. Jenny, Glarus**
- **Dr. Margrit Leuthold, Basel**
  ab 3.6.99
- **Dr. B.E. Matter, Basel**
- **Prof. A. Mauron, Genf**
- **Dr. P. F. Piguet, Genf**
- **Dr. K.-P. Rippe, Zürich**
- **Dr. H. Sigg, Zürich**
- **Prof. A. Steiger, Liebefeld**
- **Prof. P. Thomann, Zürich**
- **Prof. E. van der Zypen, Bern**
- **Prof. B. Waeber, Lausanne**

DOKDI

Der im Vorjahr eingeschlagene Weg zur Förderung und Verankerung von Evidence-based Medicine und zum umfassenden Kompetenzzentrum für das Informations-Management im Gesundheitswesen wurde im Berichtsjahr 1999 weitergeführt.

Wissenschaftliche Tätigkeit

Im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mit der Kinderchirurgischen Klinik und dem Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern arbeitet DOKDI zur Zeit an der Cochrane Systematic Review «Regimens and dosages of antibiotics for appendectomy». Im Berichtsjahr wurde ein von J. Bleuer (Abteilungsleiter EBM) als Hauptgesuchsteller eingereichtes Gesuch an den Nationalfonds zur Unterstützung dieses Projektes bewilligt. Die weitere wissenschaftliche Arbeit umfasste das Projekt «Evidence-based Public Health» im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, das Projekt «Aussagekraft diagnostischer Verfahren in der Grundversorgung» sowie die Dokumentation und kritische Beurteilung der vorhandenen Evidenz zu verschiedenen aktuellen Fragestellungen im Auftrag von Behörden, Berufsvereinigungen und der Industrie.

Förderung und Verankerung von Evidence-based Medicine in der Schweiz

Mit Referaten und Workshops an Kongressen und Weiterbildungsveranstaltungen wurden Evidence-based Medicine und die Grundlagen des Informations-Managements einem breiten Kreis von Ärzten und anderen Fachleuten in der Gesundheitsversorgung vorgestellt. Zum zweiten Mal konnten dank einem Grant der Akademie zehn Ärzte aus allen Landesteilen der Schweiz den Workshop «Teaching Evidence-based Medicine» in Oxford besuchen.

Informations-Management im Gesundheitswesen

Die Internet Informationsplattform LIMOS (Literature Monitoring Service) konnte weiter ausgebaut werden. Mit dieser Dienstleistung werden fachspezifische, nach Kriterien der Evidence-based Medicine selektionierte Literaturzusammenstellungen für bestimmte Fachkreise erstellt. Zu den ersten Vertragspartnern gehört die Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese AO. Die AO International greift für ihr Publikationsorgan «Recommended Literature» auf LIMOS zurück. Das Bundesamt für Umwelt und Landschaft BUWAL sowie verschiedene Pharmafirmen zählen ebenfalls zu den ersten Benutzern von LIMOS.

Im Bereich Datenbanken konnte das Angebot erweitert werden. Neu bietet DOKDI auch die Datenbanken Embase und Current Contents in Zusammenarbeit mit Ovid Technologies Inc. in der Schweiz an. Die Universität Zürich gehört zu den ersten Abonnenten dieser neuen Datenbanken. Die Universitätsbibliotheken haben sich wiederum unisono zur Nutzung der Cochrane Library über DOKDI entschlossen. Im Health Info Net HIN der FMH stellte DOKDI die Datenbanken Medline, Evidence-Based-Medicine-Reviews und Psychological Abstracts zur Verfügung.

Teaching/Vorträge

Im Berichtsjahr hat DOKDI insgesamt 18 Schulungen im Bereich Evidence-based Medicine, Literatursuche, Internet und Informations-Management durchgeführt. Die verschiedenen Teilnehmerinnen und Teilnehmer dieser Schulungen repräsentierten alle Bereiche des Gesundheitswesens.

Der DOKDI war mit Vorträgen und Workshops an mehreren Kongressen und Symposien vertreten. Auf besondere Aufmerksamkeit stiess die Präsenz am Kongress für Evidence-based Medicine und Evidence-based Laboratory Medicine vom 5. bis 8. Mai 1999 in Lugano.

Statistik Dienstleistungen

Im Berichtsjahr 1999 hat DOKDI über 700 Recherche-Anfragen bearbeitet und über 15000 Artikelkopien vermittelt. Für das Bundesamt für Sozialversicherung wurden insgesamt 11 Abklärungen zu umstrittenen medizinischen Leistungen durchgeführt.

J. Bleuer, F. Grossenbacher, U. Wittwer

Mitglieder Kuratorium DOKDI

- **Prof. H.A. Fleisch, Bern**
  Präsident
- **Dr. J. Bleuer, Bern**
- **Dr. R. Forclaz, Bern**
- **Dr. F. Grossenbacher, Bern**
- **Frau Dr. M. Leuthold, Basel**
- **Prof. W. Ringli, Nidau**
- **Dr. D. Scholer, Bottmingen**
- **Dr. J. von Below, Bern**
- **Prof. E.R. Weibel, Bern**
- **Dr. U. Winkler, Bern**
- **Dr. U. Wittwer, Bern**

Kommission der biomedizinischen Bibliotheken

Im Berichtsjahr 1999 hat die Kommission zwei Sitzungen in den Räumen des Dokumentationsdienstes der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Bern abgehalten, am 11. März 1999 und am 2. September 1999.

Seminar «Evidence Based Medicine»

Schwerpunkt der Arbeit in der ersten Jahreshälfte bildete die Organisation und Durchführung eines Seminars zu Evidence Based Medicine am 2. Juli in Zürich. Das Seminar wandte sich in erster Linie an Bibliothekarinnen und Bibliothekare aus Universitäts- und Spitalbibliotheken, war aber auch offen für weitere Interessierte. Als Vortragende konnten hochkarätige Fachleute gewonnen werden (http://dokdi.sams.ch/biomed.html)

Konsortium der Schweizer Hochschulbibliotheken

Die Kommission diskutierte sowohl die Projektstudie zuhanden der Kommission für Universitätsbibliotheken als auch das Detailkonzept. Die Produkteliste für das nationale Konsortium wurde mit Vorschlägen aus der Kommission angereichert.

Document Delivery

Der DOKDI hat im Rahmen seiner Aufgabenstellung als schweizerisches Medlars Zentrum das Document Delivery via PubMed für die Schweiz übernommen. Das Interesse der Biomed-Bibliotheken besteht darin, den Leihverkehr unter Ausnutzung der eigenen Bestände zu erledigen. Es galt also in der Zusammenarbeit sicherzustellen, dass entsprechende Bestellungen für jede Bibliothek herausgefiltert und an die zuständige Stelle versandt wurden. Geprüft wurde ausserdem die Tauglichkeit der Software Ariel für die Übermittlung von Dokumenten.

Schweizerischer Zeitschriftengesamtkatalog (VZ)

Auch weiterhin finanzierte die Kommission eine Bibliothekarin in Teilzeit zur Erfassung der Titelabkürzungen aus Medline im VZ.

A. A. Borbély

Mitglieder der Kommission der biomedizinischen Bibliotheken

- **Prof. A. A. Borbély, Zürich**
  Präsident
- **I. De Kaenel, Lausanne**
- **S. Domeisen, Zürich**
- **Y. Finke, Basel**
- **med. pract. F. Grossenbacher, Bern**
- **Dr. A. Hausammann, Bern**
- **T. Hofer, Zürich**
- **E. Lehmann, Bern**
  ab 1.1.1999
- **M. Mosberger, Bern**
- **M. Serodino, Genf**
- **D. Uebelhard, Bern**
- **Dr. P. Wolf, Basel**
- **I. Zimmermann, Zürich**
- **Dr. M. Zimmermann, Bern**

Kommission Weiterbildung zum Laborleiter

Als neue Mitglieder der Kommission wirken seit 1.1.99 Prof. A. Tichelli (SGH) und Dr. H.P. Siegrist (FAMH). Das Präsidium wurde von Prof. C. Bachmann am 1.1.99 übernommen. Die Kommission hat 1999 fünfmal getagt. Die Mitglieder der Kommission nahmen als Experten an den Schlussprüfungen für Laborspezialisten teil. Die Kommission wies einen Rekurs eines Kandidaten ab.

In erster Priorität wurde im Jahre 1999 konkret ein Weiterbildungsreglement für Laborspezialisten für medizinisch genetische Analytik ausgearbeitet. Verschiedene Modifikationen führten schlussendlich am 11.11.99 zu einem Konsensus der Kommission und der Schweizerischen Gesellschaft für Medizinische Genetik (SGMG) mit einem Vorschlag, welcher dem Vorstand der SAMW zur Genehmigung im Feburar 2000 vorgelegt wird. Da molekularbiologische Analysen in allen Laborfachgebieten durchgeführt werden, wurde auch das 5-jährige pluridisziplinäre Weiterbildungsprogramm geändert. Es wurde Wert darauf gelegt, dass das Weiterbildungsprogramm auch praktisch realisierbar ist und kein Engpass durch beschränkte Weiterbildungsstellen entsteht. Details für die pluridisziplinäre Weiterbildung werden innert des ersten Halbjahres 2000 ausgearbeitet werden. Wir sind überzeugt, dass diese Ausdehnung des Weiterbildungsprogramms auf medizinisch genetische Analytik die Labormedizin durch eine wichtige Facette bereichert und den interdisziplinären Horizont der Laborleiter, seien es Naturwissenschafter oder Mediziner, erweitert.

Die Kommission bereinigte zudem die Kriterien für Weiterbildner und für die Anerkennung der Weiterbildungsstätten (SÄZ 1999; 80: 2051–3; Labolife 1999; 4: 22–3). Der Pilotversuch für die Weiterbildung zum Spezialisten für veterinärmedizinische mikrobiologische Analytik wurde vom Vorstand der SAMW am 27.1.99 bewilligt; dieses Projekt soll die Bedürfnisse einer solchen Spezialisierung, die aktuellen Ressourcen und die Qualität der Weiterbildung prüfen; Kandidaten erhalten nach bestandener Schlussprüfung ein Zertifikat der Schweizerischen Vereinigung der Veterinärlabordiagnostiker (Details: Bulletin des Bundesamtes für Veterinärwesen vom 16.12.99).

An einer gemeinsamen Sitzung mit der Fachkommission FAMH wurden die jetzigen Curricula zur Weiterbildung zu Spezialisten in medizinischer Laboranalytik im Hinblick auf die zukünftigen Bedürfnisse hinterfragt. Der Beitrag des Laborspezialisten im Dienstleistungslabor setzt ein Management voraus, das eine zuverlässige Analytik (Qualitätskontrolle) mit einer «Turn around time», die den klinischen Bedürfnissen angepasst ist, und eine Ökonomie der Mittel garantiert. Dem Laborspezialisten obliegt auch die Festlegung präanalytischer Bedingungen, um den prädiktiven Wert der Analysenresultate nicht zu schmälern. Immer wichtiger wird der Beitrag des Labors bei der Interpretation von Spezialanalysen. Der Einsatz neuer Techniken und

Therapien führt zu einer Verfeinerung der Diagnostik, bei der Laborspezialisten durch ihr Wissen um Aussagekraft der Analysenresultate und ihrer Grenzen bei der Interpretation mehr und mehr benötigt werden, da die Weiterbildung der Kliniker sie nicht dazu vorbereitet und auch Forscher, die im Labor arbeiten, wegen ihrer gezielten Fragestellungen nicht immer mit weniger spezifischen Patientenpopulationen konfrontiert sind. Dass beim individuellen Patienten der behandelnde Arzt schlussendlich im klinischen Kontext die Resultate interpretiert und daraus Konsequenzen ableitet, ist unbestritten. Doch steigert der Dialog mit einem patientenorientierten Spezialisten im Labor die Effizienz. Der zu erwartende Schub an pathophysiologischen Erkenntnissen, der aus der Erforschung der Expression des genetischen Potentials auf uns zukommt (Proteom!), mit seinen Konsequenzen in allen Laborsparten für die Prävention, Diagnostik, Prognose und Therapiekontrolle, setzt eine Vertiefung des Wissens und der Erfahrung künftiger Laborspezialisten voraus. Andrerseits bleibt der Bedarf nach transversaler Weiterbildung bestehen, die patienten-, qualitäts- und kundenorientiert bleiben muss. Verschiedene modulare Weiterbildungsmodelle wurden präsentiert, um Schwergewichte zu bilden. Die Kommission wird im kommenden Jahr, von den gesammelten Ideen ausgehend, dieses Thema vertiefen und Vorschläge ausarbeiten.

Dank gebührt allen Kommissionsmitgliedern für ihre intensive Mitarbeit, welche sich nicht nur auf die Sitzungen beschränkte. Ohne den regen – auch elektronischen – Austausch hätte diese stolze Anzahl von Projekten nicht zu einem befriedigenden Abschluss gebracht werden können.

C. Bachmann

Mitglieder der Kommission Weiterbildung zum Laborleiter

- **Prof. C. Bachmann, Lausanne**
  Präsident
- **Prof. J. Bille, Lausanne**
- **P. A. Gras, Genf**
- **Prof. P. Grob, Zürich**
- **Prof. T. Hardmeier, Ermatingen**
- **Prof. A.R. Huber, Aarau**
  Sekretär
- **Dr. H.P. Siegrist, Kirchlindach**
- **Prof. A. Tichelli, Basel**

Fluor- und Jodkommission

Die Jodversorgung hat sich insofern verbessert, als schon zu Beginn des Berichtsjahres alles jodierte Salz die neue Konzentration von 20 mg/kg enthielt. Neue Untersuchungen sind im Gange, welche das jetzige Niveau der Jodurie feststellen. Die Jodversorgung hat keine nennenswerten Veränderungen erfahren. Mehr als 90 % des in Paketen oder Säcken ausgelieferten Speisesalzes ist jodiert. Beim Losesalz ist eher eine Abkehr von der jodierten Sorte festzustellen, was aber solange wenig Bedeutung hat, als rund zwei Drittel des Speisesalzes über Säcke und Pakete ausgeliefert wird.

Hinsichtlich der Fluoridierung hat sich eine geringfügige Verbesserung ergeben. 1998 waren 84,7 % des in Paketen verkauften Salzes fluoridiert, gegenüber 84,1–84,3 % in den Jahren 1995 bis 1997. Die Kommission nahm an ihrer Sitzung vom 11. November 1999 Kenntnis von den Fortschritten der Salzfluoridierung in anderen Ländern. In Frankreich blieb die Zahl der Konsumenten fluoridierten Salzes wie in den Vorjahren bei rund 20 Millionen, in Deutschland ist deren Zahl bis 1999 auf 32 Millionen angestiegen. In Lateinamerika, wo die Salzfluoridierung in mehreren Ländern flächendeckend eingeführt ist, gibt es bereits über 100 Millionen Konsumenten.

T. Marthaler

Mitglieder der Fluor- und Jodkommission

- **Prof. Dr. T.M. Marthaler, Zürich**
  Präsident
- **Prof. Dr. Th. Abelin, Bern**
  (trat anlässlich der Sitzung zurück)
- **Prof. Dr. A. Burger, Genf**
- **Prof. Dr. H. Bürgi, Solothurn**
- **Prof. Dr. Ph. de Crousaz, Lausanne**
- **Dir. Dr. J. Lieberherr, Schweizerhalle**
- **PD Dr. A. Lussi, Bern**
- **Dr. G. Menghini, Zürich**
  ab 11.11.1999
- **P. Studer**
  Bundesamt für Gesundheit
- **Dr. P. Vogt, Basel**
- **Dr. M. Zimmermann, Rüschlikon**
  ab 11.11.1999

V. Jahresrechnungen und Budget

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)

Dokumentationsdienst der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (DOKDI)

Robert Bing-Fonds

Théodore Ott-Fonds

Käthe Zingg-Schwichtenberg-Fonds

A+D-Fonds

Budget 2000

Die Publikation der Jahresrechnungen 1999 erfolgt vorbehältlich der Genehmigung durch den Senat.

SAMW
Bilanz per 31. Dezember 1999

Aktiven

Flüssige Mittel		
Kassa	584.60	
Postcheck	8'471.35	
A. Sarasin & Cie		
– Einlagekonto	195'136.59	
– Einlage-Konto Klaesi-Fonds	28'284.75	
		232'477.29
Debitoren		
Diverse Debitoren	100.15	
Ott-Fonds	171'260.65	
K. Zingg-Schwichtenberg-Fonds	588'568.60	
Verrechnungssteuer	8'357.20	
Ausländische Quellensteuer	687.70	
		768'974.30
Anlagen		
Apparate, Mobilien und Bücher	3.—	
Wertschriften deponiert bei		
Bank Sarasin & Cie, Basel	664'950.—	
		664'953.—
Nettovermögen der verschiedenen Fonds		
DOKDI	745'245.—	
Robert Bing-Fonds	1'373'816.91	
Th. Ott-Fonds	3'567'767.11	
K. Zingg-Schwichtenberg-Fonds	5'611'883.14	
A+D-Fonds	423'236.70	
		11'721'948.86
		13'388'353.45

Passiven

Kurzfristiges Fremdkapital		
Diverse Kreditoren	221'281.90	
DOKDI	221'055.54	
		442'337.44
Transitorische Passiven		7'054.40
Rückstellungen		
MD-PhD-Programm	200.000.—	
EBM	100.000.—	
		300.000.—
Stiftungskapital		
Stiftungskapital per 1.1.1999	1.053.000.—	
Klaesi-Kapital	27.145.90	
Aufwandüberschuss 1.1.1999	– 59'687.21	
Aufwandüberschuss pro 1999	– 103'445.94	
	917'012.75	
Kapital der verschiedenen Fonds		
DOKDI	745'245.—	
Robert Bing-Fonds	1'373'816.91	
Th. Ott-Fonds	3'567'767.11	
K. Zingg-Schwichtenberg-Fonds	5'611'883.14	
A+D-Fonds	423'236.70	
		12'638'961.61
		13'388'353.45

SAMW
Betriebsrechnung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999

			Aufwand	Ertrag
1.	**Medizin und Gesellschaft**			
1.1	ZEK Kommission		45'433.50	
1.2	UREK Kommission	18'682.10		
	./. Sponsoren Beiträge	– 14'300.—	4'382.10	
1.3	Ethikkommision Tierversuche		2'500.—	
1.4	SAMW Symposien		101'601.09	
1.5	Öffentlichkeitsarbeit	103'343.75		
	./.Ertrag Broschüren	– 1'501.50	101'842.25	
1.6	CASS Beitrag		72'332.25	
2.	**Med. Wissenschaft und Praxis**			
2.1	MD/PhD-Programme		100'353.60	
2.2	SSMBS Infrastruktur		21'632.—	
2.3	Forschungskommission SNF		96'000.—	
2.4	Begutachtungskommission	192'261.25		
	Spesenaufwand	1'345.10	193'606.35	
2.5	Forschungsbeiträge Ott-Fonds		210'000.—	
2.6	Bing-Preis		—	
2.7	Forschungsbeiträge KZS-Fonds		140'000.—	
2.8	A+D-Fonds		60'000.—	
2.9	RRMA	183'772.—		
	Spesenaufwand	4'403.—	188'175.—	
2.10	Kollegium Hausarzt-Medizin		50'000.—	
2.11	DOKDI		600'000.—	

			Aufwand	Ertrag
3.	**SAMW Organisation**			
3.1–3.3	Personalkosten		433'421.05	
3.4	Sekretariatskosten			
	Einrichtungen	32'328.70		
	Büromaterial	24'712.—		
	Porti	13'796.30		
	Telefon/Fax	8'745.45		
	Literatur	7'128.95		
	Miete	6'000.—		
	Diverser Aufwand	15'776.35		
			108'487.75	
3.5	Präsidialsekretariat		7'129.—	
3.6	Quästorat			
	Buchführung/Revision	33'325.—		
	Bankspesen	8'651.70		
	Kursdifferenzen	– 376.15		
			41'600.75	
3.7	Vorstand		21'809.75	
3.8	Senat		14'919.40	
3.9	Weitere Kommissionen		22'512.35	
	Donatoren			55'000.—
	Bundesbeitrag			1'408'900.—
	Nationalfonds			96'000.—
	Bundesbeitrag Adm. Kosten			3'000.—
	Rückzahlungen nicht verbrauchte Kredite			1'698.70
	Beiträge diverse Kommissionen			784'100.—
	Kapitalzinsertrag			13'118.30
	Kursgewinne auf Wertschriften			82'477.05
	Teilauflösungen Rückstellungen			90'000.—
	Aufwandüberschuss			103'445.94
			2'637'739.99	2'637'739.99

DOKDI
Bilanz per 31. Dezember 1999

Aktiven

Flüssige Mittel		
Kassa	501.90	
A. Sarasin & Cie		
– Einlagekonto	116'625.06	
– Spez. Konto EBM	3'047.55	
– $-Konto	1'205.65	
– Euro-Konto	482.30	
		121'862.46
Forderungen		
Diverse Debitoren	248'844.45	
./. Delkredere	– 12'440.—	
	236'404.45	
SAMW	221'055.54	
Verrechnungssteuer	3'531.05	
		582'853.50
Transitorische Aktiven		9'304.85
Anlagen		
Apparate, Mobilien und Bücher	1.—	
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin & Cie, Basel	461'925.—	
		461'926.—
		1'054'084.35

Passiven

Fremdkapital		
Diverse Kreditoren	305'839.35	
Transitorische Passiven	3'000.—	
		308'839.35
Eigenkapital		
per 1.1.1999	828'941.91	
Aufwandüberschuss pro 1999	– 83'696.91	
		745'245.—
		1'054'084.35

DOKDI
Betriebsrechnung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999

	Aufwand	Ertrag
Personalkosten	1'195'601.80	
Raumkosten	92'905.50	
Abgeltung Sekretariat SAMW	24'978.90	
Apparate, Büromaterial, Einrichtung	25'273.60	
Informatik Eigengebrauch	49'312.40	
Sachversicherungen	1'522.90	
Literatur	4'226.90	
Reisen, Kongresse, Weiterbildung	28'123.75	
Werbung/PR/Demos	8'089.45	
Dienstleistungen Artikelkopien	145'331.60	
Dienstleistungen Bücher	8'751.95	
Dienstleistungen Software	9'460.—	
Dienstleistungen Trainings	4'460.75	
Dienstleistungen übrige	118'428.25	
Bankspesen	8'022.05	
Telefone	7'907.30	
Fax	471.45	
Frankaturen	14'749.30	
Telekommunikationen	20'199.10	
Datenbanken Tape Licenses NLM	38'190.—	
Datenbanken DOKDI-Dialog Corp.	73'827.20	
Datenbanken DOKDI andere Hosts/DB	2'797.30	
Datenbanken Library	21'569.20	
Diverses	69.75	
Kommissionen	73.15	
MWST	22'242.81	
EBM	31'553.10	
Kursdifferenzen	2'834.35	
Beitrag SAMW		600'000.—
EDI-Recherchen		37'394.—
Recherchen andere		111'459.35
Datenbanken Dritte-NLM via Dialog		94'558.70
Datenbanken Library		28'624.75
Datenbanken Swiss Medical Package		5'780.—
Dienstleistungen Artikelkopien		259'221.30
Dienstleistungen Bücher		11'229.05
Dienstleistungen Software		11'064.80

	Aufwand	Ertrag
Dienstleistungen Trainings		33'227.95
Dienstleistungen Telekom SKL		13'500.—
Übrige Dienstleistungen		481'291.25
Zinsertrag		6'586.30
Kursgewinne auf Wertschriften		42'588.95
Diverser Ertrag		90.50
Teilauflösung Delkredere		4'160.—
Auflösung Rückstellung EBM		136'500.—
Aufwandüberschuss		83'696.91
	1'960'973.81	1'960'973.81

R. Bing-Fonds
Bilanz per 31. Dezember 1999

Aktiven

Flüssige Mittel		
A. Sarasin & Cie		
– Einlagekonto	108'836.71	
– Euro-Konto	704.75	
		109'541.46
Forderungen		
Verrechnungssteuer	4'596.90	
Ausländische Quellensteuer	303.55	
		4'900.45
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin & Cie, Basel		1'259.375.—
		1'373'816.91

Passiven

Eigenkapital		
Stiftungskapital	413'657.88	
Ertragsüberschuss 1.1.1999	875'438.88	
Ertragsüberschuss 1999	84'720.15	
		1'373'816.91

R. Bing-Fonds
Betriebsrechnung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999

	Aufwand	Ertrag
Zinserträge		58'250.90
Kursgewinne auf Wertschriften		43'471.45
Kursdifferenzen		– 515.—
Verwaltungskosten	12'323.30	
Spesen für Preisverleihungen	4'163.90	
Ertragsüberschuss	84'720.15	
	101'207.35	101'207.35

Th. Ott-Fonds
Bilanz per 31. Dezember 1999

Aktiven

Flüssige Mittel		
A. Sarasin & Cie		
– Konto-Korrent	172'988.51	
– Euro-Konto	12'804.15	
– $-Konto	4'957.65	
		190'750.31
Forderungen		
Verrechnungssteuer	24'961.80	
Ausländische Quellensteuer	918.65	
		25'880.45
Transitorische Aktiven		61'848.—
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin & Cie, Basel		3'520'549.—
		3'799'027.76

Passiven

Kreditoren		
SAMW		171'260.65
Rückstellung für Bewertungsrisiken		60'000.—
Eigenkapital		
Stiftungskapital	3'406'703.11	
Ertragsüberschuss 1.1.1999	172'816.98	
Aufwandüberschuss 1999	– 11'752.98	
		3'567'767.11
		3'799'027.76

Th. Ott-Fonds
Betriebsrechnung vom 1. Januar bis 31. Dezember 1999

	Aufwand	Ertrag
Zinserträge		109'487.55
Kursgewinne auf Wertschriften		184'012.15
Kursdifferenzen		– 3'513.88
Rückstellung für Bewertungsrisiken	60'000.—	
Stipendien/Beiträge	210'000.—	
Verwaltungskosten	31'738.80	
Aufwandüberschuss		11'752.98
	301'738.80	301'738.80

K. Zingg-Schwichtenberg-Fonds
Bilanz per 31. Dezember 1999

Aktiven

Flüssige Mittel		
A. Sarasin & Cie		
– Konto-Korrent	26'759.69	
– $-Konto	9'259.60	
– Euro-Konto	21'220.60	
		57'239.89
Forderungen		
Debitoren	334'977.40	
Verrechnungssteuer	39'811.45	
Ausländische Quellensteuer	617.—	
		375'405.85
Transitorische Aktiven		70'760.—
Wertschriften		
deponiert bei Bank Sarasin & Cie, Basel		6'122'046.—
		6'625'451.74

Passiven

Fremdkapital		
SAMW		588'568.60
Rückstellung für Risiken		425'000.—
Eigenkapital		
Stiftungskapital	4'471'545.90	
Ertragsüberschuss 1.1.1999	1'717'437.94	
Aufwandüberschuss 1999	– 577'100.70	
		5'611'883.14
		6'625'451.74

K. Zingg-Schwichtenberg-Fonds
Betriebsrechnung pro 1999

	Aufwand	Ertrag
Zinserträge		160'568.65
Kursgewinne auf Wertschriften		278'115.50
Beiträge	514'100.—	
Verwaltungskosten	53'767.55	
Kursverluste	22'917.30	
Rückstellung für Bewertungsrisiko	125'000.—	
Rückstellung für Risiko betr. Forderungen	300'000.—	
Aufwandüberschuss		577'100.70
	1'015'784.85	1'015'784.85

A+D-Fonds
Bilanz per 31. Dezember 1999

Aktiven

Flüssige Mittel	
A. Sarasin & Cie	
– Einlagekonto	10'153.90
Forderungen	
Verrechnungssteuer	7.80
Wertschriften	
deponiert bei Bank Sarasin & Cie, Basel	413'075.—
	423'236.70

Passiven

Stiftungskapital	450'000.—
Ertragsüberschuss per 1.1.1999	7'424.—
Aufwandüberschuss 1999	– 34'187.30
	423'236.70

A+D-Fonds
Betriebsrechnung pro 1999

	Aufwand	Ertrag
Zinserträge		6'300.75
Kursgewinne auf Wertschriften		21'386.40
Beiträge	60'000.—	
Verwaltungskosten	1'874.45	
Aufwandüberschuss		34'187.30
	61'874.45	61'874.45

Budget 2000 (Verteilplan), strukturiert gemäss Projekt-Aufwand und Finanzierungsquellen (in CHF 1000.–)

		Total	Bund	SAMW
1.	**Medizin und Gesellschaft**			
1.1.	ZEK Kommission	40	40	–
1.2.	UREK Kommission	–	–	–
1.3.	Ethikkommission Tierversuche	2	–	2
1.4.	SAMW Symposia	50	50	–
	Think Tank	50	–	50
1.5.	Öffentlichkeitsarbeit	100	100	–
1.6.	CASS Beitrag	90	90	–
1.	Subtotal	332	280	52
2.	**Med. Wissenschaften/Praxis Ausbildung**			
2.1.	MD/PhD Programme	300	135	165
	Kollegien	50	–	50
2.2.	SSMBS Infrastruktur	20	20	
2.3.	Forschungs-Kommission	–	–	–
2.4.	Begutachtungskommission	150	50	100
2.5.	Ott- Forschungsbeiträge	225	–	225
	Bing-Preis	126	–	126
2.6.	RRMA	150	100	50
2.7.	Kollegium Hausarzt-Medizin	50	–	50
2.8.	Schweiz. Med. Info-Zentrum	415	415	
2.	Subtotal	1486	720	766
3.	**SAMW Organisation**			
3.1.–3.3.	Personalkosten	470	400	70
3.4.	Sekretariatskosten	100	59	41
3.5.	Präsidialsekretariat	20	20	–
3.6.	Quästorat	20	–	20
3.7.	Vorstand	30	30	–
3.8.	Senat	20	20	–
3.9.	Weitere Kommissionen	–	–	–
3.	Subtotal	660	529	131
Total		2478	1529	949

VII. Donatoren

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

Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte

STG-Coopers & Lybrand AG, Basel

VII. Meinungsäusserungen und Stellungnahmen der SAMW zu Handen Eidgenössischer Instanzen

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

1. Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin, Zusatzprotokoll über das Verbot des Klonens menschlicher Lebewesen (EJD, 3.2.99)

2. Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (EJD, 29.3.99)

3. Forschungsabkommen mit der EU (CASS, 6.4.99)

4. Arzneimittel und Gentechnologie: Deklarationspflicht (IKS, 8.4.99)

5. Bundesgesetz betreffend die Freizügigkeit des Medizinalpersonals in der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BAG, 13.4.99)

6. Protokoll über die Transplantation von Organen und Geweben menschlichen Ursprungs, Zusatzprotokoll zum Übereinkommen über Menschenrechte und Biomedizin (BAG, 17.5.99)

7. Vorentwurf des Bundesgesetzes über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen (EDI, 17.9.99)

8. Revision Betäubungsmittelgesetz (EDI, 23.12.99)

VIII. Publikationen und Mitteilungen der SAMW 1999

1. **Prof. Ewald Weibel: «Von der Ethik der Transplantationsmedizin»**
   NZZ 12.1.1999
2. **Prof. Noël Genton: «Réflexions éthiques sur les xénotransplantations»**
   Le Temps 28.1.1999
3. **Prof. Ewald Weibel: «Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) – Ein Porträt»**
   Schweiz. Ärztezeitung, 1999; 80: Nr. 25, 1564-5
4. **Medienmitteilung: «SAMW dämpft Optimismus zur Xenotransplantation»**
   8.6.1999
5. **Communiqué de presse: «L'ASSM tempère l'optimisme relatif à la xénotransplantation»**
   8.6.1999
6. **Medienmitteilung: «Wechsel an der Spitze der Zentralen Ethikkommission»**
   29.6.1999
7. **Communiqué de presse: «Changement à la tête de la Commission centrale d'éthique de l'ASSM»**
   30.6.1999
8. **SAMW: «Medizinisch-ethische Grundsätze zur Xenotransplantation»**
   Schweiz. Ärztezeitung 1999; 80: Nr. 31, 1896-903
9. **ASSM: «Principes médico-éthiques concernant les xénotransplantations»**
   Bull. méd. Suisse 1999; 80: Nr. 31, 1904-11
10. **SAMW: «Generalsekretariat: Nicht mehr ehrenamtlich»**
    Vision 1999; Nr. 2: 68.
11. **Medienmitteilung: «Der Wille des Patienten ist auch in der Intensivmedizin oberste Richtschnur»**
    1.9.1999
12. **Communiqué de presse: «La volonté du patient est déterminante, même en médecine intensive»**
    1.9.1999
13. **SAMW: «Zentrale Ethikkommission: Wechsel an der Führungsspitze»**
    Vision 1999; Nr. 3: 62.
14. **Medienmitteilung: «SAMW begrüsst geplante Reform des Medizinstudiums»**
    16.9.1999
15. **Communiqué de presse: «L'ASSM approuve le projet de réforme des études de médecine»**
    16.9.99
16. **SAMW: «Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin»**
    Schweiz. Ärztezeitung 1999; 80: Nr. 35, 2134-8
17. **ASSM: «Directives concernant les problèmes éthiques aux soins intensifs»**
    Bull. méd. Suisse 1999; 80: Nr. 35, 2139-43
18. **Medienmitteilung: «Ethikkommissionen wünschen Koordination und Unterstützung»**
    23.9.99

19. **Communiqué de presse: «Les commissions d'éthique locales souhaitent une meilleure coordination et plus de soutien»**
23.9.99

20. **Prof. M. Vallotton: «Qu'est-ce qu'une commission d'éthique?»**
Bull. méd. Suisse 1999; 80: Nr. 40; 2407-9

21. **SAMW: «Wechsel an der Spitze der Zentralen Ethikkommission der SAMW»**
Schweiz. Ärztezeitung 1999; 80: Nr. 40; 2425

22. **SAMW: «Medizinisch-ethische Richtlinien für die Transplantation foetaler menschlicher Gewebe»**
Schweiz. Med. Wochenschrift 1999; 129: 1504-9

23. **ASSM: «Directives médico-éthiques pour la transplantation de tissus foetaux humains»**
Journal Suisse de Médecine, 1999; 129: 1554-9

24. **SAMS: «Medical-ethical guidelines for the transplantation of human foetal tissue»**
Swiss Medical Weekly 1999; 129: 1626-31

25. **Dr. Hermann Amstad et al: «Übergang der molekularen Medizin von der Forschung in die Praxis: Aufgaben der SAMW»**
Schweiz. Med. Wochenschrift 1999; 129: 1797–802

26. **Dr. Hermann Amstad: «Molekulare Medizin: Wege und Stolpersteine»**
Schweiz. Ärztezeitung 1999; 80: Nr.46, 2711–12

27. **Medienmitteilung: «Fehlverhalten in der Wissenschaft bekämpfen»**
24.11.1999

28. **Communiqué de presse: «Lutte contre la malhonnêteté scientifique»**
24.11.1999

29. **SAMW: «Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin»**
Schweiz. Med. Wochenschrift 1999; 129: 1843–8

30. **ASSM: «Directives concernant les problèmes éthiques aux soins intensifs»**
Journal Suisse de Médecine, 1999; 129: 1896–901

31. **SAMS: «Medical-ethical guidelines on borderline questions in intensive-care medicine»**
Swiss Medical Weekly 1999; 129: 1942–47

32. **Prof. Ewald Weibel: «Suche nach dem Wertekonsens. Ein Rundgang durch aktuelle Fragen der Medizin»**
Interview in Vision 1999; Nr. 4: 5–9

33. **SAMW: «Klinische Forschung braucht Nachwuchs»**
Vision 1999; Nr. 4: 46–7.

Kaleidoskop
Kaléidoscope

I. Suche nach dem Wertekonsens. Ein Rundgang durch aktuelle Fragen der Medizin.

Interview mit Prof. Ewald R. Weibel, Präsident der SAMW, in «Vision» Nr. 4/1999

Vision: Die Schulmedizin, erfolgreich und lange Zeit unangefochten, stösst inzwischen bei einem Teil der Bevölkerung auf Misstrauen – Stichworte sind Tierversuche, Gentherapie, Gendiagnostik oder Xenotransplantation. Wie stellt sich die medizinische Akademie dieser Kritik?

Ewald Weibel: Die Akademie betrachtet es als ihre zentrale Verantwortung, ethische Leitplanken für das Handeln der Ärzte zu entwickeln. Zu den von Ihnen genannten Stichworten sind in den letzten 30 Jahren ethische Richtlinien entwickelt worden. Es begann 1969 mit Richtlinien zur Transplantationsmedizin, zu einer Zeit als die ersten Herzverpflanzungen vorgenommen wurden. Und soeben ist ein Entwurf zur Xenotransplantation – zur möglichen Verpflanzung tierischer Organe in den Menschen – in die Vernehmlassung geschickt worden.

Vision: Von welchen Kriterien lässt sich die Akademie leiten?

E. W.: Zuoberst steht der Schutz des Patienten gemäss dem alten Leitsatz des Hippokrates, wonach der Arzt «vor allem nicht schaden» soll. Unsere Richtlinien sollen dem behandelnden Arzt bei seinen oft schwierigen Entscheiden Gewähr geben, dass er nichts tun muss, was dem Wertekonsens in unserer Gesellschaft widerspricht. Da sich dieser Konsens im Laufe der Zeit wandeln kann, müssen die Richtlinien immer wieder angepasst werden.

Vision: Wer ist dafür zuständig?

E. W.: Die Richtlinien werden von der Zentralen Ethikkommission der SAMW, der ZEK, erarbeitet. Sie setzt sich aus Medizinern, Ethikern, Pflegepersonal und Juristen zusammen – ein relativ grosses Gremium von über zwanzig Personen. Die ZEK identifiziert die Bereiche, die einer ethischen Reflexion bedürfen. Subkommissionen bearbeiten danach das Problem konkret. Das Ergebnis wird von der ZEK und anschliessend vom obersten Organ der Akademie, dem Senat, verabschiedet und als Entwurf in die Vernehmlassung unter den Ärzten geschickt. Aufgrund der Rückmeldungen wird der Entwurf überarbeitet und die Richtlinie durch einen zweiten Senatsbeschluss in Kraft gesetzt.

Vision: Ein recht langwieriger Prozess...

E. W.: Der Grund für dieses Vorgehen liegt darin, dass unsere ethischen Richtlinien keine Gesetzeskraft haben – gegen Verstösse gibt es keine Sanktionsmöglichkeiten, ausser dem Verlust des guten Rufs. Wichtig ist deshalb, dass die Richtlinien auf einem Konsens beruhen – so haben sie eine viel grös-

sere Wirkung, als man gemeinhin glaubt. Nehmen wir das Beispiel der Transplantationsmedizin: In den vergangenen 30 Jahren wurde kein einziger Verstoss gegen die Richtlinien von 1969 bekannt.

Vision: Sind staatliche Eingriffe, etwa die jüngsten Bundesbeschlüsse zur Xenotransplantation, überflüssig?

E. W.: Keineswegs. Unsere ethischen Richtlinien gehen frühzeitig absehbare Entwicklungen an und können relativ rasch modifiziert werden. Damit sammeln wir Erfahrungen, ohne die das Ausformulieren griffiger Gesetze gar nicht möglich wäre. So soll in den kommenden Jahren ein Gesetz zur Transplantationsmedizin geschaffen werden, was wir begrüssen. Darin werden neben dem Verhalten des Arztes gegenüber dem Patienten auch wichtige Fragen wie das Verbot des Organhandels oder der Zeitpunkt, ab dem einem Sterbenden ein Organ entnommen werden darf, geregelt. Bereits entschieden hat das Parlament, dass klinische Versuche mit Xenotransplantation am Menschen bewilligungspflichtig sind – entgegen dem Antrag des Bundesrats, der ein Verbot mit Ausnahmen wollte. Wir in der Akademie fanden die Lösung des Parlaments ehrlicher und begrüssen sie daher.

Vision: Ein Beispiel von Gesetzgebung auf Vorrat?

E. W.: Nein – bereits gibt es in der Schweiz weit fortgeschrittene Entwicklungen, etwa eingekapselte hormonbildende tierische Zellen, die bei Diabetikern oder bei an Parkinson erkrankten Menschen an geeigneten Stellen eingepflanzt werden. Ziel unserer Richtlinien ist es, dass jene Ärzte, die solche Eingriffe machen, dies in Kenntnis des Konsenses über Kriterien und Grenzen tun.

Vision: Und wo liegen diese Grenzen?

E. W.: Das Problem der Xenotransplantation hat, neben technischen Fragen wie der Infektionsgefahr, mindestens zwei weitere Dimensionen. Zunächst: Wollen wir das überhaupt? Ist es wünschbar oder überhaupt zulässig, ein mit menschlichen Genen modifiziertes Schweineherz in einen Menschen einzupflanzen? Diese Diskussion von grösster sozialpolitischer Tragweite muss in der Gesellschaft ablaufen – was bisher noch nicht geschehen ist. Ich vermute allerdings, dass sich eine Mehrheit positiv äussern würde. Eine zweite Dimension ist die Kostenfrage. Heute wird die Zahl von Herztransplantationen von der Zahl der Spenderorgane begrenzt. Wenn nun aber verpflanzbare Tierherzen zu Tausenden gezüchtet werden können, entsteht eine neue Lage.

Vision: Können wir uns angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen die Möglichkeiten, welche die medizinische Forschung eröffnet, überhaupt noch leisten?

E. W.: Man darf die Kostenexplosion nicht einfach der Forschung anlasten. Neue, allenfalls teurere Geräte verbessern die Diagnose und erweitern die Behandlungsmöglichkeiten – kann jedoch die Behandlung verbessert werden, ist die Kostenfrage zweitrangig. Auf der anderen Seite ermöglichen moderne Therapien – etwa die Osteosynthese, die operative Behandlung von Knochenbrüchen – die schnelle Rückkehr des Patienten ins Arbeitsleben. Das

kompensiert die höheren Behandlungskosten bei weitem. Vor diesem Hintergrund ist heute in der medizinischen Wissenschaft die Frage nach der Wirksamkeit einer Therapie zum zentralen Thema geworden. Eine der wichtigen Aktivitäten der Akademie ist deshalb die Förderung der sogenannten Evidence based medicine, das Verbreiten der jeweils besten Diagnose- und Behandlungsmethoden unter den Ärzten.

Vision: Was heisst das? Die Medizin ist ja keine exakte Wissenschaft.

E. W.: Evidenz heisst, dass Belege vorhanden sind, die objektiv die Wirksamkeit einer Behandlung demonstrieren. Die Forschung bringt oft zahlreiche Studien zu einem bestimmten Problem hervor, die aus verschiedenen Blickwinkeln durchgeführt worden sind. Heute versucht man, durch das Zusammenführen solcher Einzelstudien eine möglichst umfassende Beurteilung zu erlangen, vor allem im Interesse der Qualitätssicherung.

Vision: Trotzdem – soll die Forschungsförderung die Entwicklung sehr teurer Behandlungsmethoden unterstützen, auch wenn diese aus Kostengründen vielleicht einmal nicht mehr allen Bevölkerungsschichten offenstehen?

E. W.: Das Problem stellt sich anders. Betrachten wir konkrete Fälle: das Aidsvirus beispielsweise, oder die multiple Sklerose. Beide befallen nur einen kleinen Teil der Bevölkerung, führen aber zu grossem Leiden. Da ist die Frage der grossen Zahl nicht so wichtig. Wenn eine Forschung Aussicht hat, die Lebensbedingungen der Patienten zu verbessern, dann soll sie durchgeführt werden.

Vision: Befasst sich die Akademie denn nicht mit der Frage der Rationierung der Medizin?

E. W.: Doch, auch wenn Kostenfragen nicht eine vordergründige Aufgabe der Akademie sind. Aber es stellen sich ethische Fragen, wenn es darum geht, einem Kranken bestimmte Behandlungen zu verweigern, zum Beispiel weil sie zu teuer erscheinen. Das ist es, was mit Rationierung gemeint ist. Wir haben vor drei Jahren allgemeine Fragen in einem Symposium behandelt. Dann befassten wir uns mit sehr teuren medizinischen Massnahmen, wie dem Blutstillungsmedikament, das letztes Jahr grosse Diskussionen ausgelöst hat. Jetzt hat die Zentrale Ethikkommission die Frage von ethischen Leitlinien aufgegriffen.

Vision: Was zeichnet sich ab?

E. W.: Vermutlich wird sich die ethische Maxime durchsetzen, wonach einzig aus Kostengründen niemandem eine anerkannt wirksame Behandlung verweigert werden darf. Man muss die Gesamtsituation des Kranken abwägen. Es ist wie bei einer Kette, deren Glieder angerostet sind. Wenn eines dieser Glieder bricht, muss man sich fragen, ob man es wirklich mit einem besonders kräftigen und teuren Glied aus Gold ersetzen soll. Wichtig ist aber, dass solche Entscheide von Ärzten und nicht von Politikern getroffen werden.

Vision: Harte Kriterien stehen nicht in Aussicht?

E. W.: Nein, und es wird wohl schwierig sein, solche zu formulieren. Man muss auch zwischen Preis und Kosten unterscheiden: Sehr teure Massnahmen sind meist selten und wirken sich deshalb kaum auf die Gesamtkosten im Gesundheitswesen aus. Sehr häufige billige, aber wenig wirksame Massnahmen fallen hier viel stärker ins Gewicht.

Vision: Die Medizin ist ein bedeutender Wirtschaftsfaktor geworden. Wie stark wird heute nach rein kommerziellen Kriterien geforscht?

E. W.: Die Pharmaindustrie forscht zum Teil nach diesem Kriterium. Das ist verständlich, da sie hierzulande ihren grossen Forschungsaufwand – das Forschungsbudget von Novartis beispielsweise ist um einiges grösser als jenes des Nationalfonds – selbst erwirtschaften muss und erst noch Grundlagenforschung mitfinanziert. In anderen Ländern gibt es auch für Industrieforschung staatliche Unterstützung.

Vision: Besteht nicht die Gefahr, dass die Entwicklung nicht vermarktbarer Therapien auf der Strecke bleibt?

E. W.: Das ist schon möglich. Wenn kein Markt vorhanden ist, lässt sich die Investition von vielen Millionen, die die Entwicklung eines Medikaments kostet, wirtschaftlich kaum rechtfertigen. Oder dann wird es eben sehr teuer. Wenn die Therapie aber wichtig erscheint, werden sich Forscher an den Universitäten um deren Entwicklung bemühen, da sie ja ihre Forschung nicht nach dem Profit ausrichten müssen.

Vision: Dennoch – stellt sich die Hochschulforschung nicht schrittweise in den Dienst der Industrie?

E. W.: In gewissen Bereichen ist sicher die Verlockung des Geldes da. Nur – Forscher, die diesen Weg wählen, sind auch nötig, denn kommerzialisieren kann man ja nur, was nützlich ist. Vielleicht haben wir in den Universitäten sogar zu viele Leute, die keinen Wert auf die Verwertung ihrer Forschung legen. Wenn ein Grundlageninstitut bereit ist, seine Erfindungen zu patentieren und gegen Lizenz an die Industrie abzugeben, oder Aufträge aus der Industrie durchführt, sehe ich das nicht negativ.

Vision: In der Schweiz gilt die klinische Forschung seit langem als Sorgenkind. Ist eine Verbesserung der Lage in Sicht?

E. W.: Unsere klinische Forschung ist sehr aktiv, zeigt aber international wenig Wirkung – im Unterschied zur biomedizinischen Grundlagenforschung, wo die Schweiz ganz vorne liegt. Für mich liegt das Kernproblem in unserem Aus- und Weiterbildungssystem. Die Weiterbildung in den klinischen Fächern ist fast ausschliesslich auf die Dienstleistung am Patienten ausgerichtet. Wer beispielsweise den FMH in Chirurgie machen will, muss eine bestimmte Zahl von Operationen nachweisen. Nach wissenschaftlichen Arbeiten wird nicht gefragt. Ziel der laufenden Ausbildungsreform muss daher sein, jenen Denkprozess, den man auf englisch treffend «inquisitiveness» nennt, zu verstärken. Der Arzt soll im wissenschaftlichen Sinne neugierig sein und sich immer wieder fragen: Was fehlt diesem Patienten? Wie helfe ich ihm am besten?

Vision: Was unternimmt die Akademie konkret?

E. W.: Vor acht Jahren haben wir zusammen mit dem Nationalfonds ein Stipendienprogramm geschaffen, das die MD-PhD-Ausbildung an unseren Fakultäten fördern soll. Es ermöglicht einer kleinen Elite von jährlich rund zwölf wissenschaftlich interessierten Medizinern ein Zweitstudium – meistens in den Naturwissenschaften, auf die sich der klinische Forscher heute stark abstützen muss. Mit diesem Programm hoffen wir auch, die Zusammenarbeit zwischen Grundlageninstituten und Kliniken zu verbessern.

Vision: Die Vorschläge zur Neuausrichtung der Medizinerausbildung streben an, den wissenschaftlichen Teil der Ausbildung zugunsten der Vermittlung von mehr Sozialkompetenz zu reduzieren. Die Hochschulkonferenz hat daran heftige Kritik geäussert. Schliessen Sie sich dem an?

E. W.: Ja. Dazu ein Beispiel: Das vorgeschlagene Gesetz verzichtet auf die Forderung, dass ein angehender Mediziner Grundkompetenzen über das Funktionieren des gesunden Körpers haben muss. Das heisst, man könnte streng genommen auch ohne Anatomie, Physiologie und Molekularbiologie Arzt werden. Warum die vom Bundesrat eingesetzte Kommission diesen scheinbaren Kniefall vor den Kritikern der Schulmedizin gemacht hat, weiss ich nicht. Soziale, kommunikative und ethische Fähigkeiten sind wohl wichtig, aber wissenschaftliche Grundkenntnisse gehören auch zum Handwerkszeug eines Arztes. Das erwartet der Patient von ihm.

Vision: Sie verlangen die Neuformulierung der Ausbildungsziele?

E. W.: Ja, sicher. Wir gehen wenn nötig dafür auf die Barrikaden. Es gibt einen grossen Widerspruch in unserer Gesellschaft: Einerseits soll die Gesundheitserhaltung vor dem Reparieren von Krankheiten stehen, aber gleichzeitig werden die Ausbildungsprogramme immer stärker an Krankheiten orientiert.

Vision: Wie steht es denn gegenwärtig um die Ausbildung – drückt die hohe Zahl von Studierenden auf deren Qualität?

E. W.: Ohne Zweifel, und schon lange. Schwierigkeiten wird es mit dem neuen problemorientierten Gruppenunterricht geben, der von der Betreuung der Studierenden her enorm aufwendig ist. Diese Form des Unterrichts verlangt nach meiner Auffassung, dass die Zahl der Studienplätze um die Hälfte reduziert wird. Das Schweizer Gesundheitswesen kann sich dies auch ohne weiteres leisten. Ich habe den jahrelangen politischen Widerstand gegen auf Qualitätsanforderungen abgestützte Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium nie verstanden.

Interview: Michael Schorer und Klaus Riva

II. Neu-Orientierung der Medizin: Projektskizze für eine «Denkfabrik»

Prof. Johannes Bircher, Bern

Das Ende des 20. Jahrhunderts ist durch eine Beschleunigung der gesellschaftlichen Entwicklungen gekennzeichnet, welche auch die Medizin erfasst hat. Dadurch ist sie einerseits so leistungsfähig geworden wie noch nie zuvor und andererseits in verschiedene Krisen geraten. Ihr Beitrag für die Patienten und die Gesellschaft wird deshalb durch viele Faktoren zum Teil erheblich eingeschränkt: z.B.: «Kostenexplosion», Verunsicherung der Patienten gegenüber den Fortschritten der Wissenschaft und der Informationstechnologie, Zuwendung zur Komplementärmedizin, Werteunsicherheit, unbefriedigende Kommunikation zwischen Patienten, Kosten- und Leistungsträgern des Gesundheitssystems, Konflikte innerhalb und zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen, etc.

In der heutigen Organisationsform und mit den gegenwärtigen Konzepten scheint das Gesundheitswesen den gesellschaftlichen Anforderungen kaum mehr gewachsen zu sein. Trotz vielseitiger Bemühungen der Ärzteschaft, Kostenträger und Politiker sind bisher noch keine Erfolg versprechenden Auswege in Sicht. Unter diesen Umständen ist eine grundlegende konzeptionelle Erneuerung der Medizin und ihres Umfeldes dringend notwendig geworden. Zur Erreichung dieses Zieles muss die gegenwärtige Situation des Gesundheitswesens einer umfassenden Analyse unterzogen werden, aus der neue Denkmodelle mit dem Potential zu entwickeln sind, die Medizin zukunftsfähig zu machen. Dies kann nur als Resultat einer intensiven, kreativen und wissenschaftlich fundierten konzeptionellen Arbeit erwartet werden. Eine solche Aufgabe ist z.B. in Form von Klausurtagungen anzugehen mit dem Ziel, eine interdisziplinäre Denkfabrik («Think Tank») zu etablieren. Die Resultate müssen mit Hilfe von Öffentlichkeitsarbeit einem gesellschaftlichen Dialog anvertraut werden.

Potential der Medizin des ausgehenden 20. Jahrhunderts

Verschiedene wissenschaftliche und technologische Entwicklungen der letzten Jahre haben in der Medizin zu neuen und vielversprechenden Möglichkeiten beigetragen. Die Molekularbiologie z.B. hat dazu geführt, dass die physiologischen Körperfunktionen viel genauer untersucht werden können als früher. Dadurch eröffnen sich neue genetische, biochemische, pharmakologische und immunologische Methoden, welche die Diagnostik, Prognose und Therapie schon wesentlich verbessert haben und in der Zukunft noch ausserordentlich viel versprechen. Die elektronische Datenverarbei-

tung hat die bildgebenden Verfahren revolutioniert, ein Prozess, der noch nicht abgeschlossen ist und sich auch auf andere Bereiche der Medizin ausdehnen wird. Bald werden praktisch alle Körperstellen für minimal invasive diagnostische und therapeutische Eingriffe zugänglich sein, und dadurch ungeahnte Möglichkeiten eröffnet werden. Die Informationstechnologie wird auch dafür sorgen, dass wissenschaftliche und Patientendaten papierlos und zeitgerecht zusammengeführt und übermittelt werden können. Die Neuro-Psycho-Immunologie vermittelt neue Zusammenhänge zwischen dem menschlichen Geist und den Vorgängen im Körper.

Das Potential dieser Wissenschaftszweige zur Verbesserung der Medizin ist noch lange nicht ausgeschöpft und verspricht weitere interessante Durchbrüche. Dennoch scheint ein bedeutender Teil der Gesellschaft die Begeisterung der Wissenschaftler für den Fortschritt nicht mehr zu teilen oder steht ihm sogar zweifelnd gegenüber.

Kritische Entwicklungen der modernen Medizin

In vielen Bereichen ist der gesellschaftliche Konsens, dass eine wissenschaftlich fundierte Medizin gut sei, auseinandergebrochen. Als Beispiele mögen folgende kritische Entwicklungen dienen:

1. Der politische Wille, eine weitere Verteuerung der Medizin zu bezahlen, ist an Grenzen gestossen, welche die politische Szene schwer erschüttert haben. Dennoch ist damit zu rechnen, dass weitere technische Entwicklungen und Veränderungen der Altersstruktur der Bevölkerung die Medizin in Zukunft zusätzlich verteuern werden. Die Schere zwischen dem Machbaren und dem Bezahlbaren wird weiter aufgehen, und es zeichnet sich für diesen Konflikt noch keine überzeugende Lösung ab. Unterdessen wird ein teils offener und teils verdeckter Verteilungskampf unter den Beteiligten immer härter geführt, und es entstehen Umstände, welche die Arbeit in den Gesundheitsberufen schon bald unattraktiv machen könnten. Dies drückt sich z.B. im sogenannten Burn-out-Syndrom bei den Pflegeberufen und in den erschreckenden Patiententötungen durch Angehörige der Gesundheitsberufe aus. Auch die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie hat gefährliche ökonomische Wurzeln. Die Konsequenzen der Ökonomisierung der Medizin sind nicht abzusehen.

2. Die Bevölkerung ist verunsichert darüber, ob die moderne Medizin wirklich der Gesundheit diene. Es bestehen Ängste gegenüber diagnostischen Methoden, Arzneimitteln wie Antibiotika und Zytostatica sowie vielen operativen Eingriffen. Als Folge davon wird herabwürdigend von Apparatemedizin gesprochen, welche die Person des Patienten vernachlässige. Um den Gefahren dieser Art von Medizin auszuweichen, wendet sich ein Grossteil der Bevölkerung den verschiedenen Methoden der Komplementärmedizin zu.

3. Die Arzt-Patient-Beziehung hat sich gewandelt. Glaubte früher der Patient dem Arzt, so will er sich heute selber ein Urteil bilden und ist aufgrund der verfügbaren Literatur (z.B. im Internet) auch immer besser in der Lage, sich wenigstens eine medizinische Halbbildung zu erwerben. Zum Teil wissen chronisch Kranke mehr über ihre Krankheit als der konsultierte Arzt. Diese Situation hat in manchen Fällen das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft unterminiert.

4. Der medizinische Fortschritt und die Entwicklungen auf dem Gebiet der Informationstechnologie stellen heute dem Arzt eine sich fortlaufend vermehrende Informationsdichte zur Verfügung, die er gar nicht mehr bewältigen kann. Information wird dabei oft mit Expertise verwechselt, welche in der Informationsflut gewissermassen immer mehr «verdünnt» wird, so dass in vielen Fällen die heute verfügbare Expertise den Patienten gar nicht zugute kommt.

5. Monopole werden bedroht: Insbesondere die Angehörigen verschiedener Gesundheitsberufe streben nach vermehrter eigener Urteilsfähigkeit und Autonomie, um vom Urteil der Ärzte unabhängiger zu werden. Dieser soziale Prozess ist in vielen Fällen nicht von einer entsprechenden sozialen Kompetenz begleitet, so dass Konfliktsituationen die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems beeinträchtigen.

6. Ein Grossteil der medizinischen Forschung wird heute immer noch mit Todesfallstatistiken motiviert, d.h. das Ziel dieser Art von Wissenschaft ist die Lebensverlängerung des Menschen, obwohl heute die Lebenserwartung so gross ist wie noch nie zuvor, und eine weitere Lebensverlängerung in erster Linie die Häufigkeit der Alzheimer'schen Erkrankung erhöht. Grundsätzliche Überlegungen über die Orientierung medizinischer Forschung wären dringend nötig.

7. Die moderne Medizin hat für Patienten, Angehörige und für die Verantwortlichen im Gesundheitswesen viele völlig neue Situationen geschaffen. Diese betreffen vorwiegend den Anfang und das Ende des Lebens. Sie sind ethisch noch nicht genügend durchgearbeitet und stellen alle Betroffenen vor eine grosse Zahl von Konflikten und Dilemmas, für welche ein gesellschaftlicher Konsens fehlt. In diesem Zusammenhang hat speziell der Autoritätsverlust der Kirchen zu einer bedeutenden Werteunsicherheit beigetragen.

Chancen für eine Erneuerung

Aus verschiedenen Gründen bestehen heute besonders gute Möglichkeiten, etwas für die Erneuerung der Medizin zu tun. So besagt z.B. die Systemtheorie, dass ein System – wie z.B. das Gesundheitssystem – dann evolutionsfähig wird, wenn es in die Krise gerät. Die Richtung der daraus resultierenden Entwicklung ist dabei nicht vorgegeben. Wenn am richtigen Ort angesetzt wird, kann sie relativ leicht beeinflusst werden. Die Systemtheorie weist somit darauf hin, dass die Krise des Gesundheitssystems eine besondere Chance dafür

darstellt, Verantwortung für die Herbeiführung von Entwicklungen zu ergreifen, die sich auf die Menschen und die Gesellschaft konstruktiv auswirken. Dies lässt sich auch intuitiv nachvollziehen: Das Krisenbewusstsein in der Gesellschaft ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen, und damit ist die allgemeine Bereitschaft zu Veränderungen entsprechend gewachsen. Viele Verantwortungsträger sind sich darüber einig, dass etwas zu geschehen hat, wissen aber nicht was.

Die dynamische Entwicklung und der Erfolg der Medizin in diesem Jahrhundert beruhen zu einem grossen Teil auf dem Descartes'schen Denkmodell, welches zwischen Geist und Körper des Menschen strikte trennt. Entsprechend kann der menschliche Körper wie eine Maschine betrachtet und analysiert werden. Bei Störungen wird «einfach» repariert, so gut es geht, und dank der Entwicklung der Wissenschaft geht es immer besser. Wesentliche Fortschritte der Medizin beruhen somit auf einer materiellen Betrachtungsweise des Menschen. Auch wenn diese in keiner Weise gering geschätzt werden darf, reduziert sie die fundamental wichtigen Begriffe «Gesundheit», «Krankheit», «Pathogenese» und «Heilung» auf ihre materiellen Aspekte. Dies wird heute von grossen Teilen der Gesellschaft als völlig ungenügend betrachtet und weist darauf hin, wo eine geistige Neu-Orientierung der Medizin potentiell ansetzen könnte.

Geplantes Vorgehen: Klausurtagungen, Symposium, Öffentlichkeitsarbeit, Denkfabrik

Ein Beitrag zur Erneuerung der Medizin kann nur durch eine intensive und kreative konzeptionelle Arbeit geleistet werden. Dabei ist es zunächst entscheidend, die moderne Medizin von möglichst vielen Seiten vertieft wahrzunehmen. Erst die sorgfältige – wissenschaftlich begleitete – Analyse ihrer Stärken und Schwächen, sowie die Prüfung von Chancen und Risiken verschiedener Optionen kann zu rational fundierten Vorschlägen für die weitere Entwicklung führen. Zudem muss geprüft werden, welche strukturellen Bedingungen Interessenkonflikte aller Partner im Gesundheitswesen vermindern und konsensfähiges Handeln erleichtern können. Vielversprechende innovative Ideen sind dann mit Hilfe der Fach- und Laienpresse sowie der Politik in den gesellschaftlichen Dialog zu bringen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat sich dieser Aufgabe angenommen. Sie hat ein Projekt «Neu-Orientierung der Medizin» definiert und einen Steuerungsausschuss mit der Planung beauftragt. Dieser hat im Hinblick auf die Etablierung einer Denkfabrik zunächst zwei interdisziplinäre Klausurtagungen, ein Symposium und die erforderliche Öffentlichkeitsarbeit geplant.

In einer demokratischen und pluralistischen Gesellschaft ist nicht zu erwarten, dass bei einem solchen Vorgehen Lösungen gefunden werden, die auf Dauer für allgemeinverbindlich erklärt werden können. Vielmehr muss für möglichst viele der prioritären Konfliktherde ein neuer Konsens erarbeitet werden, der dann für die beteiligten Gruppen während einer gewissen Zeit tragfähig sein wird. Im Hinblick auf die dramatischen Entwicklungen in der Medizin und der Gesellschaft muss damit gerechnet werden, dass auch grundsätzlich neue Denkmodelle in Erscheinung treten könnten. Solche Überlegungen machen deutlich, dass sich die Träger einer Gesellschaft kreativ mit den Neuerungen ihrer Zeit auseinandersetzen müssen, um sowohl für das Individuum als auch für die Gesellschaft praktikable Lösungen zu finden. Diese Arbeit ist als ein kontinuierlicher Prozess aufzufassen, dessen Leistungen zur Funktion der Gesellschaft beitragen und ihre Kultur fördern. Im Gegensatz dazu ist eine ungenügende Wahrnehmung dieser Aufgaben mit Konflikten und Gefahren verbunden. Ein Think-Tank, der sich der Neu-Orientierung der Medizin widmet, hätte den Sinn, diesen gesellschaftlichen Prozess zu unterstützen und zu verstärken. Es wäre gut, wenn die Schweiz in einem solchen Bereich nicht einfach «autonom nachvollziehen» müsste, was andere schon realisiert haben, sondern in Führung gehen würde.

Ausblick

Sollte das Projekt der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften erfolgreich sein, so werden sich darum herum weitere Menschen versammeln, welche sich für eine Neu-Orientierung der Medizin einsetzen wollen. Mit Hilfe der an der Arbeit aktiv Partizipierenden wird es möglich sein, eine Finanzierung zu finden und Führungspersönlichkeiten zu rekrutieren, die fähig und in der Lage sein werden, das kreative Funktionieren einer Denkfabrik langfristig zu unterhalten.

Auch wenn der Nutzen eines solchen Projektes nicht kurzfristig und unmittelbar sichtbar wird, auch wenn seine Auswirkungen auf das Gesundheitswesen sogar langfristig nur schwierig zu ermessen sind, beginnt doch jede Innovation zunächst immer als Idee in Personen, die willens sind, für deren Realisierung ihre Initiative und Arbeitskraft einzusetzen. Solche Menschen sind die Motoren für konstruktive Entwicklungen in der Gesellschaft. Das zentrale Ziel des Projektes besteht darin, für solche Menschen im Bereich der Medizin äussere und innere Bedingungen zu schaffen, die echte Innovation ermöglichen. Nur so lässt sich ein bedeutender gesellschaftlicher Beitrag und Gewinn realisieren.

III. Les droits du patient face à la médecine contemporaine

Prof. Dominique Manaï-Wehrli, Genève

Les droits du patient face à la médecine contemporaine: je devrais plutôt dire dans le cadre de la médecine contemporaine. Car il ne s'agit plus d'un face à face entre médecins et juristes. Je suis aujourd'hui parmi vous au nom de la collaboration entre médecins et juristes.

En effet, le rapprochement entre médecins et juristes a une longue histoire. Il est vrai que celle-ci a connu des épisodes tumultueux. Néanmoins à l'époque contemporaine, le rapprochement entre médecins et juristes semble plus serein et le conflit cède de plus en plus la place au dialogue et à la collaboration entre médecins et juristes.

Le Professeur Weibel rappelle, dans sa préface à l'ouvrage «Medizinische Ethik im Ärztlichen Alltag»[1], que l'un des buts de l'ASSM est d'établir des ponts entre la médecine et la société. Or, la construction de ces ponts dans notre société démocratique où le droit est le principal facteur d'intégration sociale[2], passe par une collaboration interdisciplinaire entre médecins, juristes, éthiciens et citoyens, qui tous oeuvrent à garantir la sauvegarde de valeurs humanistes dans notre société.

Dans le cadre de cette collaboration interdisciplinaire, le philosophe allemand Gadamer, dans son ouvrage «Philosophie de la santé», définit l'art médical comme «un pouvoir de rétablir». Il entend montrer par là que «l'homme en bonne santé n'est pas un homme à qui on aurait fabriqué une santé»[3]. La santé n'est pas seulement «un état de fait social, c'est en même temps un état de fait psychologique et moral. ... La force de persuasion du patient et sa collaboration représentent ... un facteur de guérison essentiel»[4]. Il définit la maladie comme la «perte d'un équilibre». Ainsi, la maladie «ne désigne pas seulement un état de fait biologico-médical, mais également «un événement biographique et social. Le malade n'est plus l'homme qu'il était»[5].

Si l'on s'en tient à cette perception de la maladie, le médecin a pour tâche de rétablir cet équilibre perdu. D'où le prestige qui nimbe toujours l'activité médicale. Mais en même temps, l'homme malade est certes diminué dans sa santé, mais il n'est pas amoindri par le droit. Il demeure un sujet de droits et de devoirs consubstantiels à sa condition d'être humain.
C'est pourquoi il n'hésite pas à recourir aux tribunaux quand il s'estime lésé.

Car la justice, telle que la définit Aristote, est précisément le rétablissement d'un équilibre entre des biens ou obligations partagés dans un groupe. La justice consiste en la détemination de la bonne proportion des distribués entre les personnes. La justice aspire donc à un équilibre dans les rapports sociaux.

Le juriste tout comme le médecin sont à la recherche d'un équilibre, d'un équilibre de nature différente mais complémentaire.

Aussi vais-je vous présenter les développements juridiques les plus récents qui ont été provoqués par des litiges portés devant les tribunaux ces dernières années. J'aimerais vous faire part de la tendance des principes juridiques affirmés dans la jurisprudence. J'ai pu déceler 4 directions fondamentales.

La portée des directives ASSM en droit

Ces toutes dernières années, l'ASSM a formulé de nombreuses directives dans des domaines variés et les plus problématiques, tels que l'accompagnement en fin de vie (24.2.1995), les recherches expérimentales sur l'être humain (5.6.1997), la transplantation de tissus fœtaux (3.6.1998), la thérapie génique (3.6.1998), les soins intensifs (3.6.1999).

Ces textes spécifient les principes généraux relatifs à la relation thérapeutique dans des situations limites, où sont en jeu des valeurs opposées. Incontestablement, ce sont des textes très précieux pour la pratique médicale. Néanmoins, jusqu'ici les juristes étaient unanimes à considérer que, en tant que telles, ces normes ne sont pas juridiques. Il s'agit de règles internes à la profession médicale, des prescriptions autonomes. Mais, les juristes reconnaissent leur importance et admettent qu'elles ne sont pas dénuées de tout effet sur le droit.

D'abord, elles constituent des «règles de l'art» auxquelles le juriste peut se référer à l'aide d'experts-médecins pour évaluer juridiquement les circonstances d'un cas spécifique.

Ensuite, de nombreuses législations cantonales renvoient explicitement aux directives ASSM. Par ce biais-là, elles peuvent avoir une incidence juridique directe puisqu'elles sont en quelque sorte intégrées dans la loi. Toutefois, lorsque la disposition légale renvoie à un texte déterminé des directives ASSM, le TF exclut l'intégration de ces normes dans l'ordre juridique lors d'un «changement important que subiraient les directives auxquelles il est renvoyé; dans un tel cas en effet, la réglementation adoptée par le législateur ... sur la base d'un texte déterminé pourrait se trouver fondamentalement modifiée, sans intervention de l'organe législatif. Le renvoi perdrait alors sa légitimité, et avec elle sa validité» (ATF 123 I 112, p. 131).

De même, la validité d'une clause générale de renvoi, sans référence à une version déterminée des normes déontologiques, est contestée par certains juristes[6], car un tel renvoi dynamique ne soumet ces normes à aucun contrôle démocratique.

Tout récemment, le 1er avril 1999, le Tribunal fédéral a, me semble-t-il, franchi une étape supplémentaire dans la reconnaissance de la normativité des directives ASSM. Il les considère comme des règles quasi juridiques. Je le cite: «Elles ont la même fonction que les normes et sont ainsi assimilables à des règles de droit (ATF 113 II 429 c. 3a; 111 II 72 c. 3a).»

Ainsi, à la différence des règles de droit, la force normative des directives déontologiques ne repose que sur leur légitimité qui n'équivaut cependant pas à la légalité; car leur légitimité doit dépendre de leur conformité aux principes de l'ordre juridique.

Les juristes reconnaissent ainsi la portée normative des directives ASSM dans l'application du droit et les médecins assoient la légitimité des normes qu'ils édictent sur les principes juridiques.

L'information au patient

Ces dernières années, de nombreux procès ont été intentés par les patients pour violation du devoir d'information, mettant ainsi en cause la responsabilité du médecin. A telle enseigne qu'il semble plus facile, pour un patient, de mettre en cause la responsabilité du médecin pour un défaut d'information que pour un manquement aux règles de l'art.

L'évolution jurisprudentielle récente porte d'abord sur l'étendue de l'information. De l'analyse des décisions judiciaires, il ressort que l'obligation d'informer le patient avant d'entreprendre un traitement médical s'est considérablement étendue.

Les éléments à communiquer au patient doivent lui permettre de s'autodéterminer. Ceux-ci sont de plus en plus complexes. C'est ainsi que l'information sur les risques connus semble la plus problématique dans la pratique médicale.

Elle couvre un double aspect: elle concerne aussi bien les risques pouvant résulter du traitement que les risques entraînés par la maladie elle-même. Le critère généralement admis pour cerner l'étendue de cette information sur les risques dépend des deux facteurs suivants: d'une part, la gravité des risques et la fréquence de leur survenance; d'autre part, la nécessité et l'urgence de l'intervention.

Ainsi, moins une intervention est nécessaire, plus l'information doit être étendue. Ainsi pour une opération de chirurgie esthétique ou pour une intervention dans le cadre d'une recherche, l'information doit être complète.

Dans un arrêt de 1992, le Tribunal fédéral a eu l'occasion d'affirmer certains principes quant à l'information sur les risques (ATF 117 Ib 197 = JdT 1992 I 214):

De ce précédent, il ressort que

- L'étendue de l'information est relative aux besoins individuels du patient[7], à sa situation personnelle et concrète.
- Par ailleurs, le médecin peut partir de l'idée qu'il a affaire à une personne sensée, qui connaît les risques de caractère général inhérents à une intervention chirurgicale (hémorragies, infections, embolies, etc.). Dans cette perspective, on ne saurait exiger que le médecin renseigne minutieusement un patient qui a déjà subi une ou plusieurs opérations du même genre. Ainsi, il n'est pas nécessaire de mentionner les risques qui sont liés, selon l'expérience générale, à toute intervention et que tout patient raisonnable connaît[8].
- S'il s'agit d'une intervention particulièrement délicate quant à son exécution ou à ses conséquences, le patient a droit à une information claire et complète à ce sujet. Il ne suffit pas, pour constituer une preuve, de mentionner, comme en l'espèce, en termes généraux dans une note interne que l'attention du patient a été attirée sur les risques et les complications possibles d'une opération.
- Le TF a jugé qu'en l'espèce, il s'imposait de renseigner expressément le patient sur ce pronostic très défavorable, en lui indiquant au moins des pourcentages approximatifs. Jusque là, la jurisprudence a renoncé à utiliser une telle mesure. Toutefois, du pourcentage retenu par le TF dans le cas d'espèce, il est difficile d'en tirer un principe. En effet, dans cette situation spécifique, le risque était si important qu'il ne pouvait pas être passé sous silence. Il importe de souligner à cet égard que la doctrine[9] mentionne une information sur les risques jusqu'à un pour mille, mais qu'il ne s'agit pas d'un principe absolu. Lors d'une intervention importante comportant de nombreux risques, des dangers relativement secondaires et éloignés jusqu'à la limite de un pour mille ne doivent pas dans tous les cas être communiqués au patient, car une surinformation conduit à la désinformation.
- Le TF admet l'objection tirée du consentement hypothétique du patient (qu'il avait d'abord exclue dans un arrêt ancien ATF 66 II 34, puis il avait laissé la question ouverte dans les arrêts ATF 108 II 62 et 113 Ib 462): le médecin peut contester sa responsabilité en invoquant le fait qu'il n'est pas nécessaire d'informer le patient des risques du traitement lorsqu'on peut déduire des circonstances qu'il y aurait consenti même s'il avait connu ces risques.

L'évolution jurisprudentielle porte ensuite sur la répartition du fardeau de la preuve, c'est au patient de prouver le fait qu'il allègue. Il doit prouver dans tous les cas le dommage, l'acte illicite, c'est-à-dire la violation du devoir d'information, ainsi que le lien de causalité entre l'acte illicite et le dommage. La tendance de la jurisprudence actuelle est d'alléger le fardeau de la preuve en faveur du patient.

En effet, s'agissant d'une violation du devoir d'information, la preuve d'un fait négatif, d'une omission, est une preuve très difficile à apporter; la jurisprudence admet alors qu'il suffit que le patient rende vraisemblable (preuve prima facie) qu'il n'a pas été ou mal informé; tandis que le médecin doit fournir la preuve ou la contre-preuve qu'il a bien informé le patient (ATF 118 II 61 ; 116 II 519 = JdT 1991 I 634 ; 119 II 456 = S.J. 1994 253).
De notre analyse de la jurisprudence, il ressort que:

- Le médecin doit supporter le risque de l'échec d'une intervention médicale dès lors qu'il n'a pas informé complètement le patient, et cela même s'il n'a violé aucune règle de l'art (ATF 108 II 59).
- Le médecin a largement la charge de la preuve sur un grand nombre de faits pertinents: il lui appartient de prouver qu'il a informé le patient de manière suffisante; si le patient renonce à l'information, le médecin doit prouver cette renonciation; enfin, en cas de défaut d'information, le médecin doit prouver que le patient aurait consenti à l'intervention s'il avait été informé de manière satisfaisante.

Le refus de traitement

Un refus de traitement doit être respecté même s'il ne semble pas correspondre à l'intérêt du patient. Dans un arrêt du 3.12.98, le TF a confirmé ce principe affirmé dans sa jurisprudence mais pourtant critiqué par la doctrine[10].

Je le cite: «Un critère fondé sur l'objectif de santé poursuivi par l'acte médical en cause ne saurait être retenu pour départager ce qui est licite de ce qui est illicite. ... on ne saurait dès lors affirmer que le choix du patient sera toujours et nécessairement conforme aux indications du médecin. (...) Ce qui est décisif pour le choix du patient, c'est l'expression de sa propre volonté et non pas l'opinion du médecin sur ce qui est conforme à l'intérêt du patient» (S.J. 1999, p. 248).

Ainsi, la volonté du patient doit être respectée même si elle n'est pas conforme à son intérêt, pour autant bien sûr qu'elle soit licite (art. 27 al. 2 CC).
Le respect du refus de traitement est soumis à la condition d'émaner d'un patient capable de discernement. Or, vous le savez sans doute, le discernement au sens juridique est une notion plus large que la notion médicale. En effet, pour être incapable de discernement sur le plan juridique, l'absence de la faculté d'agir raisonnablement ne suffit pas; encore faut-il que cette altération soit due à une cause légale (jeune âge, maladie mentale, faiblesse d'esprit, ivresse ou autres causes semblables) (art. 16 CC).

De surcroît, il n'y a pas de degré dans la capacité de discernement: un patient est soit capable soit incapable de discernement; il n'existe pas de stade intermédiaire. Juridiquement, il ne peut pas être partiellement capable de discernement. Cette notion de capacité de discernement est très souple et présente l'avantage de s'adapter à la spécificité des situations concrètes.

Pour éviter des confusions, je tiens à préciser que souvent les textes internationaux traitent des personnes partiellement capables; mais la capacité dont il est question dans ces textes est la capacité d'exercer les droits civils et non la capacité de discernement. Et même en droit suisse, on peut être partiellement capable d'exercer les droits civils, mais non partiellement capable de discernement.

Le respect de la volonté du patient va si loin que la jurisprudence a admis, il y a 4 ans, qu'un patient psychique a un droit à l'autodétermination, cela même quand il refuse un acte médical et même si ce refus a été exprimé dans des directives anticipées (arrêt du T adm. Genevois du 7 mars 1995, RDAF 1996 64–74).

Pour tempérer ce principe, la doctrine admet que les exigences relatives au discernement méritent d'être appréciées de façon plus restrictive lorsque le refus émane d'un patient psychique[11].
Néanmoins, cette interprétation ne résoud pas le problème actuel de la stérilisation des personnes handicapées mentales. Nous espérons, comme le demande l'ASSM, que la révision du droit de la tutelle légifère sur cette question.

Toujours dans le domaine psychiatrique, le TF a récemment précisé, le 29 avril 1999, qu'une personne placée contre son gré dans un établissement psychiatrique bénéficie malgré tout de son droit à l'autodétermination, et que le droit fédéral n'a pas réglementé pour l'instant le traitement médical forcé (ATF 125 III 169 = S.J. 1999 pp. 413–415). La révision du droit de la tutelle se propose d'assouplir ce principe.

Les droits des proches du patient

Nous observons dans la pratique médicale que l'entourage du patient devient de plus en plus présent dans la relation thérapeutique. Lorsque le patient est incapable de discernement, le médecin s'adresse souvent aux proches pour mieux cerner les différentes facettes que couvre l'intérêt du patient. Or, quand il s'adresse aux proches, il risque de violer le secret médical et son devoir de confidentialité.

La jurisprudence a posé quelques principes sur la détermination des proches et la nature de leurs droits.

Qui sont les proches? Le TF est clair: cette notion doit être comprise au sens large (cf 397 d CC ATF 122 I 18 = JdT 1998 226). C'est à l'aide d'un critère de fait que l'on peut déterminer le proche: l'intensité du lien affectif qu'il a avec le patient est décisive (ATF 101 II 377 c. 5). Il y a une présomption que le proche soit le conjoint du patient; mais cette présomption est réfragable: c'est la personne qui vit avec le patient qui est considérée comme la plus proche. Viennent ensuite les descendants du patient, ou s'ils sont mineurs, les père et mère. Ainsi, la notion de proche ne recouvre donc pas du tout celle de représentant du patient.

Quels sont leurs droits? J'ai pu déceler deux étapes dans la jurisprudence.

1° En un premier temps, la jurisprudence a posé le principe suivant: le membre de l'entourage le plus proche du patient a un droit à être informé de l'état de santé de ce dernier, dans la mesure où il est atteignable (ATF 114 Ia 350, 364). C'est exclusivement l'intérêt du patient qui légitime l'information de la personne la plus proche. De surcroît, pour être compatible avec le devoir de confidentialité du médecin, les renseignements doivent se limiter à ce qui est essentiel pour une décision conforme à l'intérêt du patient.

L'avis du proche n'est pas contraignant pour le médecin. Il n'a qu'un caractère consultatif. Le proche n'a aucun pouvoir de décision, il n'est pas question de requérir son consentement à une intervention médicale; la prise en considération de son avis a pour but de déterminer l'intérêt du patient. Juridiquement, la décision revient au médecin. Le proche n'a pas de droit d'opposition.

Notons que les lois jurassienne et neuchâteloise prévoient que l'accord du proche parent d'un incapable de discernement sans représentant peut légitimer une intervention médicale[12].

2° Les proches ont-ils un droit d'accès au dossier médical? La question s'est posée le 26 avril 1996 devant le TF. Celui-ci a reconnu un droit d'accès à un fils qui demandait de pouvoir consulter le dossier de sa mère décédée (S.J. 1996 29–299).

Cette décision est importante, car elle ouvre une brèche dans le secret médical. Le TF a d'abord rappelé que le secret médical est couvert même après le décès. Ensuite, il a refusé de retenir une présomption de consentement du patient à ce que le proche accède au dossier médical.

Enfin, la décision de notre Cour suprême d'accorder néanmoins la consultation du dossier résulte de la pesée des intérêts en présence: l'intérêt du proche est apparu prépondérant par rapport à l'intérêt du défunt. Et le respect du principe de la proportionnalité a conduit à adapter la modalité de la consultation du dossier en fonction du but recherché par le fils en préservant autant que possible l'intérêt menacé: l'information des éléments du dossier a été faite par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le proche.
Ainsi, la personne la plus proche a un droit à être informée (mais non de consentir) et dans certains cas elle peut prétendre consulter le dossier d'un patient décédé.

Pour conclure

Je conclurais brièvement en rappelant que l'activité thérapeutique n'est pas réductible à l'application d'une technique ni à l'administration d'un médicament à un être humain malade; elle résulte bien plutôt d'une interaction entre le médecin et le patient où la communication joue un rôle essentiel dans le processus de guérison.

Il en va de même pour l'activité juridique: la loi n'est pas là seulement pour sanctionner les défaillances d'un médecin et surgir au moindre échec thérapeutique. Elle a pour fonction d'anticiper les conflits et donc de les prévenir.

Or, pour que la prévention soit efficace, le dialogue interactif entre médecin, juriste et patient me semble fondamental. Il permet de centrer l'activité thérapeutique non sur la maladie elle-même mais sur le sujet souffrant, dans le respect des droits mais aussi des devoirs du patient et dans le respect des devoirs mais aussi des droits du médecin.

1 A. BONDOLFI, H.J. MULLER, Medizinische Ethik im Ärztlichen Alltag, Bâle–Berne, 1999

2 le démontre J. HABERMAS dans son ouvrage Droit et démocratie, Entre faits et normes, trad. française, Paris, 1997

3 H.G. GADAMER, Philosophie de la santé, trad. française, Paris, 1998, p. 44

4 Ibid. p. 31

5 Ibid. p. 52

6 cf P. MOOR, Droit administratif, vol. III, Berne, 1994, p. 101

7 Dans le même sens, O. GUILLOD, Le consentement éclairé du patient, autodétermination du patient ou paternalisme?, Neuchâtel, 1986, pp. 127 ss. et 149 ss.; W. WIEGAND, Die Aufklärungspflicht und die Folgen ihrer Verletzung, in H. HONSELL, Handbuch des Arztrechts, Zürich, 1994, pp. 136 ss.

8 Dans le même sens, H. OTT, Die Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten; das Recht des Patienten, in die ihn betreffende Krankenunterlagen Einsicht zu nehmen, Bulletin des médecins suisses, 1981, p. 3476

9 G. ARZT, Die Aufklärungspflicht aus strafrechtlicher Sicht, Bulletin des médecins suisses, 1985, p.1015

10 Cf B. EISNER, Die Aufklärungspflicht des Arztes. Die Rechtslage in Deutschland, der Schweiz und en USA, Berne, 1992, pp. 203 ss; H. HONSELL, Die zivilrechtliche Haftung des Arztes, ZRS 1990, I, pp. 145 ss; W. WIEGAND, Der Arztvertrag, insbesondere die Haftung des Artzes, in W. WIEGAND, Arzt und Recht, Berne, 1985, p. 114.

11 T. GEISER, Die fürsorgerische Freiheitsentziehung als Rechtsgrundlage für eine Zwangsbehandlung?, in Famille et droit, Festgabe für Bernhard Schnyder, Fribourg, 1995, p. 293.

12 Loi jurassienne du 14.12.1990, art. 26 al. 3; Loi neuchâteloise du 6.02.1995, art, 25 al. 2.

IV. Qu'est-ce qu'une Commission d'éthique?

Prof. Michel Vallotton, Président de la Commission Centrale d'Ethique de l'ASSM, Genève

Le public, même médical, se fait une idée vague du rôle d'une commission d'éthique et imprécise de ce que recouvre déjà le terme même d'éthique. Ce dernier est utilisé un peu à toute sauce ces dernières années et son succès en fait une «tarte à la crème».

Dans la décadence morale qui caractérise cette fin de siècle comme celle de bien d'autres siècles avec le dénigrement des valeurs transcendantales qu'apportent les grandes religions d'un côté, avec par réaction une fuite, ou la recherche d'un absolu, dans divers mouvements marginaux ou sectaires d'un autre, un besoin s'est fait sentir de rétablir dans de nombreux domaines certaines règles morales et de comportement. Si, selon Alain, la morale est «un ensemble de principes, de maximes, et de règles, d'après lesquels le témoin impartial conseille son prochain», l'éthique peut-être considérée comme une méthodologie qui, s'appuyant sur les oeuvres des grands penseurs, philosophes et théologiens de l'antiquité à nos jours, tente d'établir des règles morales de conduite de l'individu respectant le principe de solidarité qu'exige la société dans laquelle il vit et de comportement de la société respectant l'autonomie et la liberté des individus qui la composent.

Des règles d'éthique et des codes de déontologie

La mode actuelle de l'éthique et l'intérêt croissant porté à celle-ci par de nombreux rouages de la société, de la politique à l'industrie et aux nombreux corps de métier (y compris le monde de la finance!), a résulté en une certaine confusion en la matière. Il convient de distinguer tout d'abord les règles d'éthique des codes de déontologie corporative qui règlent le comportement à l'intérieur de certaines professions ou de groupements humains (religions, sociétés, clubs de toutes sortes). Ces codes ont un caractère conventionnel et souvent arbitraire, bien qu'ils puissent aussi faire appel à de grands principes humanitaires. Dans le code de la route, pour prendre exprès un exemple caricatural, il n'est ni moral ni immoral de rouler à droite plutôt qu'à gauche, mais sur notre continent il est inadmissible et punissable de rouler à gauche, tandis qu'au Royaume-Uni il est inadmissible et punissable de rouler à droite, avec les conséquences sur les priorités qui en découlent. Le principe humanitaire de préserver la vie des autres usagers sous-tend toutefois ces règles.

Besoin d'une réflexion éthique dans le domaine biomédical

Vu les progrès foudroyants obtenus dans le domaine biomédical depuis le siècle dernier qui se sont accélérés dans les dernières décennies, la société dans son entier et la médecine en particulier s'est vue confrontée à des défis qui ont posé des dilemmes qu'elle était mal préparée à résoudre, les philosophies et les religions n'ayant pu tous les anticiper. Il n'est donc pas étonnant que ce soit dans le domaine biomédical que se soit posé avec le plus d'acuité le besoin d'une réflexion éthique pour tenter de résoudre ces problèmes et proposer des règles de conduite admissibles pour tous.

Quatre secteurs d'intervention de l'éthique

Pour éclairer le public, je vois par esprit de simplification, quatre niveaux, ou plutôt secteurs (car il n'y a pas de stricte relation hiérarchique entre eux) d'intervention de l'éthique.

1. Au niveau le plus proche des patients, les Commissions d'éthique clinique, qui existent dans la plupart des grands hôpitaux, sont appelées à régler des cas d'espèces nécessitant une décision rapide concernant un patient donné et l'équipe médicale en charge lors de situations conflictuelles à propos desquelles deux ordres de priorité sont en balance.

2. Les Commissions d'éthique de la recherche sur l'être humain (il existe également des Commissions d'éthique de la recherche sur les animaux) ont à juger des protocoles de recherche impliquant soit des patients, soit des sujets sains volontaires, avant de donner leur aval. Elles jugent de la valeur scientifique des protocoles, pondèrent le risque encouru par rapport aux gains de connaissance attendus, s'assurent du respect de la liberté et de l'autonomie des sujets d'expérience, des informations adéquates qui leur sont fournies et des garanties de protection médicales et juridiques qui leur sont assurées. Dans le cas particulier des protocoles portant sur des études pharmacologiques, conçus par l'industrie pharmacologique ou d'autres instances, elles se réfèrent au Règlement sur les médicaments au stade d'essai clinique édicté par l'Office Intercantonal de Contrôle des Médicaments (OICM) qui, en Suisse, représente l'autorité d'enregistrement des médicaments et fait foi en la matière. Ce même office accrédite les Commissions d'éthique répondant à ses critères de composition et de fonctionnement. Pour les autres protocoles ne relevant pas de l'essai des médicaments, l'Académie Suisse des Sciences Médicales a publié des Directives pour les recherches expérimentales sur l'être humain qui devront être adaptées et complétées pour couvrir toute la diversité des protocoles de recherche.

3. La Commission Centrale d'Ethique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales a pour mission d'édicter des directives ou des recommandations ou encore des prises de position à l'intention du corps médical dans des domaines de la médecine pour lesquels il n'existe pas (encore) de lois fédérales ou cantonales. Ce faisant, elle comble une lacune et devrait permettre

d'établir un code de conduite dans l'attente parfois de lois que sa réflexion permet de mieux concevoir. A ce jour la Commission Centrale d'Ethique a publié 24 directives et versions de celles-ci dans 15 domaines, de la première datant de 1969 concernant la définition et le diagnostic de la mort en vue d'une transplantation d'organes, qui en est à sa troisième révision, à la dernière sur la xénotransplantation en procédure de consultation. (Voir U. Tröhler: 30 Jahre medizinisch-ethische Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Praxis 1999; 88:839–847). Elle ne se contente pas de rédiger des directives ou des recommandations dans de nouveaux domaines, mais veille aussi à mettre à jour ou à réviser des directives précédemment publiées en fonction des développements médicaux, législatifs ou conceptuels. Dans un but de transparence et pour s'assurer du plus large consensus possible, elle soumet au préalable ces textes à une procédure de consultation avant la publication du texte définitif.

La Commission Centrale d'Ethique a en plus créé en 1992 la Commission d'Ethique Suprarégionale pour la Recherche Clinique. Celle-ci fonctionne sur les mêmes principes que les commissions locales d'éthique de la recherche sur l'être humain en examinant les protocoles de recherche pharmacologiques multicentriques ou des protocoles provenant de Cantons ou d'institutions qui n'ont pas leur propre commission d'éthique locale.

4. Finalement la Société Suisse d'Ethique Biomédicale, qui fête cette année son dixième anniversaire, a pour but de promouvoir la recherche dans ce domaine, de divulguer les résultats de ses réflexions ainsi que d'organiser des réunions et des débats sur des sujets touchant à l'éthique biomédicale ainsi que des cours de formation à l'intention des membres des commissions d'éthique de la recherche sur l'être humain. Il convient d'ajouter qu'il existe encore des institutions comme, à Genève, l'Institut Louis Jeantet d'Histoire de la Médecine qui comprend une section de bioéthique qui poursuit en partie des buts similaires et l'Institut universitaire de Médecine légale qui comprend une section de droit médical et d'éthique clinique. Ces institutions et d'autres de Suisse, que je ne peux pas toutes citer ici, de même que la Commission Centrale d'Ethique collationnent les publications dans les domaines de l'éthique et sont donc une source d'information précieuse.

Projets de la Commission Centrale d'Ethique

Dans l'avenir immédiat il va s'agir de mener à terme la rédaction et la publication des directives et des révisions entamées par la Commission Centrale d'Ethique sous l'égide de mon prédécesseur le Professeur Walter Hitzig avec l'appui des membres de la commission et de ceux des sous-commissions spécialisées à qui le travail d'élaboration est confié. Ce faisant il faudra bien veiller à accélérer les procédures et raccourcir le temps de réaction aux nouveaux défis éthiques tout en garantissant le temps nécessaire à une réflexion sereine et en profondeur sur la problématique posée. La multiplicité des points de vue (médicaux, juridiques) et le pluralisme moral et religieux, sans

compter le poids et le sens donnés aux mots et aux notions (dans au moins deux langues nationales) exigent du temps pour être pris en considération et soupesés. Il ne faudra pas confondre hâte et précipitation, tout en étant bien conscient que les démarches politiques au plan national comme au plan européen, voire mondial, s'accélèrent de leur côté. La Commission Centrale d'Ethique doit constamment anticiper les nouveaux domaines dans lesquels une prise de position de sa part est attendue par le corps médical et le public. Une première initiative a consisté dans l'organisation en septembre 1999 d'un forum des présidents des commissions d'éthique locales et de tous les acteurs impliqués dans leur fonctionnement. Selon son succès, l'opération pourrait être répétée à intervalles. Une démarche similaire pourrait s'adresser aux commissions d'éthique clinique pour favoriser les échanges d'expérience entre elles, harmoniser leur mode de fonctionnement et leur prise de décision en fonction de ces expériences. Il n'est pas inutile de souligner ici que tout le travail des membres de toutes les commissions citées est bénévole et se fait sur le principe du travail de milice. Toutefois les exigences en la matière sont telles que la capacité tant en temps dévolu qu'en niveau de compétence requis atteint une limite. La possibilité d'une institutionnalisation ou d'une professionnalisation de ces commissions devra être débattue tout en insistant sur la nécessité pour ses membres d'être encore proches du terrain local et en contact avec le monde des patients et non pas de purs théoriciens. Des contacts étroits devront se renforcer avec la Société Suisse d'Ethique Biomédicale et les autorités tant cantonales que fédérales dans un but d'harmonisation des approches et points de vue. Ces rapprochements sont déjà bien établis, ne serait-ce que par le fait que, vu la taille de notre pays et le petit nombre de ceux qui ont acquis des compétences en la matière, les mêmes personnes se retrouvent souvent dans chacun des secteurs décrits plus haut. Certains ont bien des chances de se retrouver dans le Comité National d'Ethique en passe d'être créé à l'instar des autres pays d'Europe et des U.S.A. Sans préjuger du mandat qui sera attribué à un tel comité national, j'imagine qu'il aura à se pencher sur des problèmes qui dépassent (mais englobent aussi) ceux traités par la Commission Centrale d'Ethique de l'Académie Suisse des Sciences Médicales dans la mesure où ils débordent de la sphère purement biomédicale pour inclure les domaines politiques, juridiques, industriels et de relations internationales (p.ex. le clonage humain, la brevetabilité des organismes vivants, l'échange transfrontalier d'organes en vue de transplantation, l'harmonisation internationale des directives d'éthique et la signature d'accords sur des règlements supranationaux, etc).

Il est à espérer que l'Académie Suisse des Sciences Médicales au travers de sa Commission Centrale d'Ethique, de par l'expérience acquise au fil des années, sera un partenaire sollicité et écouté dans ces réflexions et démarches.

V. Réflexions éthiques sur les xénotransplantations

Prof. Noël Genton, Président de la sous-commission «Xénotransplantation» de la Commission Centrale d'Ethique, Lausanne

Le 7 février 1999, le peuple suisse sera appelé à se prononcer sur l'article constitutionnel concernant la médecine de la transplantation, prémisses à l'élaboration d'une loi réglant sur le plan national les problèmes complexes liés aux transplantations d'organes, de tissus et de cellules. Les greffes d'organes humains, dites allogreffes, sont entrées dans la pratique courante des centres hospitaliers et permettent aujourd'hui d'améliorer la qualité de vie et de prolonger la survie de nombreux patients. Les transplantations sont en quelque sorte victimes de leur succès, car l'augmentation de la demande a entraîné une importante pénurie d'organes, avec comme conséquence un allongement des listes d'attentes dans tous les pays. Il est compréhensible dès lors que l'on cherche des alternatives à la transplantation d'organes humains. Les xénotransplantations, c'est-à-dire la transplantation de cellules, de tissus ou d'organes d'une espèce à une autre, par exemple de l'animal à l'homme, pourrait être à l'avenir une de ces alternatives.

Or, c'est précisément cette éventuelle possibilité qui a entraîné la création d'un comité d'opposants au nouvel article constitutionnel par crainte qu'il n'ouvre largement la porte aux xénotransplantations d'organes, sans tenir compte des dangers qui leur sont liés.

Nul ne saurait nier que les xénotransplantations posent de nouveaux problèmes complexes dont beaucoup n'ont pas trouvé de réponse à l'heure actuelle.

Cette technologie soulève des questions éthiques sur la dignité de l'homme et le respect de l'animal, médico-scientifiques, socio-économiques et juridiques. Soulignons d'emblée qu'il y a lieu de distinguer les problèmes soulevés par les xénotransplantations de cellules et de tissus, déjà entrées en Suisse, comme dans certains pays de l'Union Européenne et aux Etats-Unis, dans la phase d'expérimentation clinique, des xénogreffes d'organes dont l'appréciation bénéfice/risque est difficile et qui bute encore sur beaucoup d'obstacles.

Alors que dans les années 1990 à 1995, certains scientifiques estimaient proche le moment auquel pourraient être entreprises avec de réelles chances de succès durable des transplantations à l'homme d'organes d'animaux, la communauté scientifique est actuellement plus pessimiste.

Aux USA, comme en Europe, des commissions multidisciplinaires ont été créées. De nombreux rapports, directives et recommandations ont été publiés et de nouvelles législations ont été mises en place ou sont en voie d'élaboration. Tous les experts insistent sur la dimension internationale du problème et recommandent la mise en place d'un système d'échange de l'information, la création d'un registre réunissant les données cliniques. Il faudrait absolument éviter, par exemple, que des états voisins prennent des dispositions opposées en matière de procédure d'autorisation ou de surveillance épidémiologique.

Dans notre pays, le Conseil suisse de la science a demandé au Bureau d'évaluation des choix technologiques de mandater un groupe d'experts pour l'étude de cette technologie; un rapport très complet sur l'ensemble des problèmes posés par les xénotransplantations a été présenté à la presse au début du mois de septembre 1998. Le 3 juin 1998, le Conseil fédéral adressait aux Chambres un message relatif à la modification de l'Arrêté fédéral sur le contrôle du sang, des produits sanguins et des transplants, message présentant tous les problèmes liés aux xénotransplantations et justifiant l'adjonction de deux nouveaux articles à l'Arrêté fédéral du 22.3.1996. Ces modifications, qui devront être approuvées par les Chambres dans le courant des prochains mois, proposent l'interdiction de greffer des organes d'origine animale chez l'homme. Exceptionnellement un organe d'origine animale pourra être greffé chez l'homme dans le cadre d'une expérimentation clinique si le service fédéral compétent l'autorise. Quiconque entendra greffer sur l'homme des cellules ou des tissus d'origine animale devra être titulaire d'une autorisation. Un nouvel article de l'Arrêté règle les devoirs incombant au titulaire pour assurer la sécurité du receveur et de son entourage. Cette interdiction est prévue pour une période transitoire de trois ans environ et sa prorogation sera examinée lors de l'élaboration de la future loi sur la transplantation.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales a décidé de son côté au début de 1997 la création d'une sous-commission Xénotransplantation de sa Commission Centrale d'Ethique avec pour mission l'étude de tous les aspects de cette technologie et l'élaboration de directives médico-éthiques. Celles-ci doivent être conformes aux dispositions légales actuellement en place, harmonisées aux dispositions prises par d'autres pays et aux recommandations des organisations internationales. Elles devront être constamment adaptées aux nouvelles connaissances acquises grâce aux travaux de recherche en cours. Une première version de ces directives médico-éthiques a été soumise en décembre 1998 à la Commission Centrale d'Ethique de l'Académie. La version définitive devrait être publiée dans le courant de l'année 1999. Il s'agira en fait de recommandations énonçant les principes éthiques que l'Académie Suisse des Sciences Médicales juge fondamentaux dans ce domaine en plein développement.

L'Académie Suisse des Sciences Médicales veut définir ainsi les critères d'acceptabilité pour l'homme et pour l'animal (conditions d'élevage de l'animal strictement contrôlées pour prévenir toute contamination en préservant son bien-être et ne lui occasionnant aucune souffrance inutile), se prononcer sur les règles à respecter dans le choix des patients, préciser la notion de «consentement éclairé», non seulement de la part du receveur, mais aussi de son entourage direct, préserver l'équité dans l'allocation des xénogreffes et créer un Registre national recueillant l'ensemble des données de l'expérimentation. Un tel registre doit être géré en collaboration avec le Registre international, dont l'OMS prendra la responsabilité.

Il y a lieu enfin d'insister sur l'importance des aspects économiques de l'ensemble de la médecine de transplantation. Ils doivent faire l'objet d'une étude complète par des instituts spécialisés, ce qui devrait permettre une appréciation éthique précise des avantages pour les patients et des charges que ces technologies représentent pour la société.

VI. Übergang der Molekularen Medizin von der Forschung in die Praxis: Aufgaben der SAMW

Dr. Hermann Amstad, Dr. Margrit Leuthold, Dr. Dieter Scholer, Basel

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften sieht eine ihrer Hauptaufgaben in der Vermittlung zwischen medizinischer Wissenschaft und Praxis. Dieser Aufgabe dienen auch die Symposien, welche die Akademie in regelmässigen Abständen organisiert. Führende Wissenschafter aus dem In- und Ausland informieren dabei über neue Forschungsergebnisse und vermitteln den «state of the art».

Die von der SAMW angestrebte Vermittlung muss jedoch scheitern, wenn sie sich auf Einwegkommunikation beschränkt; der gegenseitige Austausch von Wissen und Meinungen ist die Voraussetzung zum Akzeptieren von neuen Erkenntnissen. Aus diesem Grund ist die Diskussion in Gruppen («Workshops») ein fester Bestandteil der zweitägigen SAMW-Symposien.
Anlässlich des Symposiums «Molekulare Medizin» wurden folgende Kernfragen für die Gruppenarbeit festgelegt:

- Wo und in welcher Weise wird der Übergang zur molekularen Medizin praktisch wirksam?
- Wie kann die SAMW den praktischen Arzt bei diesem Übergang unterstützen?

Die Teilnehmer waren aufgefordert, diese Fragen anhand konkreter Themen – «Pränatale Diagnostik», «Aus- und Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen» sowie «Kostenproblem» – in Diskussionsgruppen zu beantworten.

Pränatale Diagnostik

Schon vor dem Aufkommen der Molekularen Medizin existierte die vorgeburtliche Suche nach kindlichen Krankheiten und Behinderungen. Allerdings beschränkte sich diese Suche auf einige wenige, definierte Krankheitsbilder. Die Molekulare Medizin liefert den Ärzten und Ärztinnen das Instrumentarium zur frühzeitigen Diagnose unzähliger Krankheiten, Krankheitsvorstufen und Krankheitsdispositionen – selbst bei Ungeborenen. Die Diagnostik ist denn auch einer der wichtigsten Bereiche, wo die Molekulare Medizin momentan den Schritt von der Forschung in die Praxis macht.

Der Wunsch ist gross, mit Hilfe genetischer Tests den werdenden Eltern versichern zu wollen bzw. können, dass sie ein gesundes Kind erwarten. Der Nachweis bestimmter Genkonstellationen ist das eine – wesentlich schwieriger jedoch ist die Beantwortung der Frage, welche Konsequenzen eine bestimmte Diagnose nach sich zieht: eine Interruptio? einen intra-uterinen

Eingriff? eine andere Behandlungsform? nichts? Tatsächlich können im Moment viele Krankheiten oder Krankheitsdispositionen nachgewiesen werden, für die noch keine Behandlung zur Verfügung steht. Die pränatale Diagnostik ist damit ein typisches Beispiel dafür, wie der medizinische Fortschritt zu schwierigen ethischen Fragen führen kann.

Die Arbeitsgruppe war sich einig, dass die pränatale Diagnostik nicht gedankenlos angewandt werden darf. Die Gefahr ist gross, dass der unkritische Einsatz mehr schadet als nützt: Falsch-positive Testresultate belasten die Eltern und führen zu unnötigen Nachuntersuchungen, Normvarianten erhalten plötzlich einen Krankheitswert, möglicherweise sinkt die gesellschaftliche Akzeptanz von angeborenen Krankheiten und Behinderungen. Die Arbeitsgruppe sieht drei Bereiche, wo die Akademie aktiv werden sollte.

Sicherstellung einer umfassenden genetischen Beratung

Die pränatale Diagnostik konfrontiert die Eltern unter Umständen mit schwerwiegenden Konsequenzen. Es ist deshalb unabdingbar, vor jeder entsprechenden Untersuchung die betroffenen Personen umfassend aufzuklären, auf die möglichen Folgen aufmerksam zu machen und eventuelle Alternativen aufzuzeigen. Ebenso gilt es, Fragen, Vorstellungen und Ängste wahrzunehmen und anzusprechen. Ausserdem muss der eigentliche Test gemäss vorgegebenen Qualitätsstandards durchgeführt werden. Einer solchen Aufgabe kann nur eine ausgebildete Fachperson gerecht werden. Ebenso muss die psychologische und ärztliche Betreuung von Eltern nach einer Abtreibung oder nach der Geburt eines behinderten Kindes sichergestellt sein.

Die SAMW hat die Bedeutung dieser Aufgabe erkannt. Im Herbst 1999 organisiert sie eine Zusammenkunft zum Thema «Genetische Beratung» mit Fachleuten und Betroffenen. Die Resultate dieser Tagung werden ihre weiteren diesbezüglichen Aktivitäten beeinflussen.

Ausführungsbestimmungen für genetische Tests

Gendiagnostik ist ein vielversprechendes Untersuchungsverfahren, dem jedoch im Moment im therapeutischen Bereich nichts Gleichwertiges gegenübersteht. Es ist deshalb abzuklären, ob und wann der Einsatz solcher Tests sinnvoll ist. Ein unkontrollierter Zufluss von Tests auf den Gesundheitsmarkt könnte einerseits zu einer allgemeinen Verunsicherung führen, andererseits die Gesundheitskosten unnötig belasten und, wie oben angetönt, gesamthaft mehr schaden als nützen. Aus diesem Grund sollte sich die SAMW auf Bundesebene dafür einsetzen, dass die Anforderungen an solche Tests vor deren Markteinführung genau festgelegt und verbindlich durchgesetzt werden.

Öffentliche Nabelschnurblutbanken

In der Diskussion kam auch ein Problembereich zur Sprache, der nur wenig mit pränataler Diagnostik, jedoch viel mit neuen Technologien zu tun hat. Die Zellen im Nabelschnurblut sind noch nicht völlig ausgereift und besitzen das Potential zur weiteren Differenzierung. Falls dieses Blut in geeigneter Form gelagert würde, könnte z.B. im Falle einer leukämischen Erkrankung der entsprechenden Person zu therapeutischen Zwecken darauf zurückgegriffen werden. Universitätsspitäler sind heute daran, Nabelschnurblutbanken einzurichten.

Daneben drängen sich jedoch auch private Anbieter vor, die eine Marktlücke gewittert haben; diese gehen direkt auf schwangere Frauen zu und animieren sie, bei der Geburt für das Neugeborene eine Nabelschnurblutbank als eine Art «Lebensversicherung» anzulegen.

Die Arbeitsgruppe fordert die SAMW auf, darauf hinzuwirken, dass diese vielversprechende Methode der gesamten Bevölkerung zugänglich gemacht wird und sich die Öffentliche Hand entsprechend engagiert.

Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten

In einem ersten Schritt skizzierte die Arbeitsgruppe den Ist-Zustand. Die Ärzteschaft steht der Molekularen Medizin nicht als homogene Gruppe gegenüber: Jüngere ÄrztInnen begegneten ihr schon im Studium und wenden sie in Teilbereichen bereits an; ältere hingegen weisen oft Umständen mangelnde Kenntnisse auf und zeigen eine gewisse Skepsis. Grundsätzlich erfordert die Molekulare Medizin neue Fertigkeiten (z.B. genetic counselling); sie konfrontiert die Ärzteschaft mit neuen ethischen Fragestellungen, und sie stellt auch juristische Probleme.

Der Arzt in der Praxis ist zusätzlich eingebettet in eine grössere Öffentlichkeit. Für seine Patientinnen und Patienten ist er der Repräsentant der Medizin, und in dieser Funktion ist er konfrontiert mit Ängsten, mangelndem Wissen und Widerstand, aber auch übertriebenen Hoffnungen. Es wird von ihm erwartet, dass er Fragen beantwortet und Stellung bezieht – eine Aufgabe, für die er teilweise nicht oder nur schlecht vorbereitet bzw. ausgebildet ist.

Die Arbeitsgruppe hat ein ganzes «Paket» von Aufgaben für die SAMW formuliert. Dabei ist sie davon ausgegangen, dass das Engagement der SAMW in beiden Bereichen – Wissenschaft und Öffentlichkeit – notwendig ist. Allerdings ist hier zu unterscheiden zwischen Aufgaben, bei denen sie selbst aktiv werden kann (z.B. Ethische Richtlinien), und solchen, die ausserhalb ihres Kompetenzbereiches liegen und bei denen sie lediglich Empfehlungen abgeben kann (z.B. Ausbildung).

Ausbildung

Die Grundausbildung der Ärzte und Ärztinnen obliegt den Medizinischen Fakultäten. Das bis anhin vermittelte Basiswissen im Bereich «Molekulare Medizin» erscheint zwar als adäquat, doch wies die Arbeitsgruppe auf die Gefahr hin, dass mit den geplanten Ausbildungsreformen die Vermittlung wissenschaftlicher Grundkenntnisse zugunsten neuer Schwerpunkte, wie z.B. Sozialkompetenz, an Gewicht verlieren könnte. Die SAMW sollte sich deshalb dafür einsetzen, dass neue Ausbildungsgänge sorgfältig evaluiert werden. Der Gesetzestext, der sich zur Zeit (Herbst 1999) in Vernehmlassung befindet, bietet dazu Gelegenheit.

Die Erlaubnis zur Durchführung genetischer Tests müsste an den Nachweis einer entsprechenden Qualifikation geknüpft sein. Ebenso gilt es sicherzustellen, dass nur solche Tests zur Anwendung gelangen, bei denen ein klarer Nutzen nachgewiesen werden kann. Die SAMW müsste bei den zuständigen Bundesstellen darauf dringen, dass die Aufsichtspflicht mit der gebotenen Sorgfalt wahrgenommen wird.

Weiterbildung

Die Molekulare Medizin befindet sich in voller Entwicklung; kontinuierlich finden neue Anwendungen den Weg in die Klinik. Dem einzelnen Arzt ist es unmöglich, ohne regelmässige Fortbildung dieser Entwicklung zu folgen. Angesichts der Skepsis, die der Molekularen Medizin zum Teil auch von der Ärzteschaft entgegengebracht wird, wäre die ausschliessliche Wissensvermittlung «ex cathedra», d.h. in Form von Vorlesungen im Rahmen grosser, zentraler Anlässe, falsch. Bestenfalls resultierte daraus die Bestätigung von Vorurteilen. Sinnvoll wäre eine klinik-orientierte Vermittlung von neuen Erkenntnissen vor Ort, d.h. auf regionaler Ebene. Die zu vermittelnden Inhalte sollten primär nach ihrer Praxisrelevanz ausgewählt werden. Der SAMW wurde der Aufbau eines Referentenstammes empfohlen, damit die Suche nach geeigneten Referenten und Referentinnen für solche Fortbildungsveranstaltungen vereinfacht wird.

Die ärztliche Weiterbildung gehört primär zum Kompetenzbereich der FMH. Die SAMW hat hier lediglich die Möglichkeit, geeignete Ärztinnen und Ärzte zu motivieren, sich in einem bestimmten Bereich weiter zu qualifizieren. Mittel dazu ist das von der SAMW geförderte MD-PhD-Programm, das mit Hilfe von Stipendien in zukunftsträchtigen Gebieten die Schaffung einer wissenschaftlichen Elite fördert und unterstützt.

Ethische Richtlinien

Neue medizinische Möglichkeiten lösen in der Gesellschaft sowohl Hoffnungen als auch Ängste aus. Beispiele dafür sind die Organtransplantation oder die Molekulare Medizin. Häufig werden dabei die Grenzen des erprobten medizinischen Handelns erreicht oder überschritten. Die Frage stellt sich dann, ob solche Verfahren ethisch verantwortbar sind.

Schon immer war eine der Hauptaufgaben der Akademie die Bearbeitung medizinisch-ethischer Fragen zuhanden der Ärzteschaft. Die Arbeitsgruppe regt an, dass sich die Zentrale Ethikkommission (ZEK) in naher Zukunft schwergewichtig mit den Themen «Umgang mit genetischen Daten» und «prädiktive Medizin» befasst.

Vermittlungsaufgabe gegenüber der Bevölkerung und den Politikern

Medizin spielt sich nicht im luftleeren Raum ab, sondern ist eingebettet in ein Netz von Angebot und Nachfrage, von Bedürfnissen, Interessen und soziokulturellen Wertvorstellungen; seit einiger Zeit ist sie auch offen Teil des politischen Kräftemessens. Deutlich zeigte sich dies anlässlich der Diskussionen um die Genschutz-Initiative. Damals gelang es der Ärzteschaft (im Verbund mit anderen Wissenschaftern), die Bevölkerung vom Irrweg des Verbots gentechnologischer Verfahren abzuhalten.

Der Abstimmungskampf hat deutlich gemacht, wie wichtig die regelmässige Information der Bevölkerung heutzutage ist – aber auch, wie schwierig es ist, die Zielgruppe(n) wirklich zu erreichen. Die Arbeitsgruppe sieht in der «Vulgarisierung» von komplexen Inhalten einen möglichen Weg, an die Bevölkerung zu gelangen. Ausserdem schlägt sie vor, Patienten-Selbsthilfegruppen als Partner zu gewinnen; diese können mit hoher Glaubwürdigkeit den Nutzen und die Notwendigkeit neuer Methoden vermitteln.

Kostenproblem

Die Mitwirkenden dieser Arbeitsgruppe rekrutierten sich aus Praxis, Klinik, Forschung und Industrie. Im Sinne einer Begriffsklärung hielt diese Gruppe fest, dass es sich bei der Molekularen Medizin (vielleicht mit Ausnahme der Prädictiva) nicht um eine «neue Medizin» handelt, sondern um das Ausschöpfen der molekularen Pathophysiologie im Interesse des Patienten. Allerdings ist die Molekulare Medizin in den meisten Behandlungsbereichen noch weit davon entfernt, klinisch-praktische Relevanz erreicht zu haben.

Vor die Diskussion der Kosten stellte die Gruppe die Darstellung des möglichen Nutzens:

- Die Identifizierung von persönlichen Risikofaktoren führt zu einem neuen Präventionsansatz.
- Die Selektion von Patienten bezüglich individueller genetischer Disposition ermöglicht eine individualisierte Therapie und damit eine erhöhte Trefferquote.
- Es besteht die Hoffnung auf einen Shift von der symptomatischen zur kausalen Therapie.

Vor allem kurzfristig wird die Molekulare Medizin wohl zu einer Kostensteigerung führen:

- Die individualisierte Therapie bedarf zusätzlicher diagnostischer Vorabklärungen.
- Bisher unbehandelbare Krankheiten sind neu einer (meist teuren) Behandlung zugänglich.
- Die Erfolge der Molekularen Medizin führen zu einer weiteren Steigerung des Lebensalters.

Die zusätzlichen Medikamenten- und Behandlungskosten müssen jedoch mit Einsparungen in anderen Gesundheitskosten-Kompartimenten aufgerechnet werden. Die Gruppe verweist hier auf eine Aussage von Gesundheitsökonomen: «Drugs are not cost drivers, but cost savers.»

Auch diese Gruppe sieht für die SAMW verschiedene Aufgaben. An erste Stelle setzt sie, ähnlich der zweiten Arbeitsgruppe, die Aus- und Weiterbildung der Ärzte und Ärztinnen. Diese seien in angemessener Form über Stand und Fortschritte der Molekularen Medizin zu orientieren. Ebenfalls erwähnt wird die Bearbeitung ethischer Fragestellungen; die SAMW solle hier ihre Führungsfunktion wahrnehmen. Gewünscht wird die Ausarbeitung sinnvoller Richtlinien für den Einsatz genetischer Informationen, bei denen sowohl den Anliegen der Patienten, als auch jenen der Gesellschaft und der Forschung Rechnung getragen wird; darüber hinaus sei eine nationale Harmonisierung der zahlreichen Ethikkommissionen anzustreben.

Unterstützung der universitären Forschung

Angesichts des enormen Potentials der Molekularen Medizin sollten Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten breit unterstützt werden. Die universitäre Forschung braucht Rahmenbedingungen, in denen sie sich optimal entfalten kann, so z.B. HUGO-Zugang oder GMP-Facilities. Insofern die Akademie bei wissenschaftspolitischen Entscheiden auf Bundesebene als Ansprechpartnerin fungiert, kann sie diesbezügliche Anregungen an geeigneter Stelle deponieren.

Förderung von EBM

Qualitätssicherung steht seit einigen Jahren auch in der Medizin im Zentrum des Interesses. Von der Qualitätssicherung erhofft man sich sowohl eine Optimierung von Diagnostik und Therapie als auch einen effizienteren Mitteleinsatz, d.h. eine Dämpfung der Gesundheitskosten. Als «Evidence Based Medicine» (EBM) wird jener Ansatz verstanden, wonach in einem gegebenen Setting jene Behandlungsform anzuwenden sei, die nachgewiesenermassen («evidence based») die beste Wirkung gezeigt habe. Ein solcher Nachweis ist selbstverständlich nur mittels einer Literaturrecherche und kritischer Beurteilung solider Daten zu führen (und laufend nachzuführen) und ist deshalb entsprechend aufwendig; er erfordert ausserdem gewisse methodische Kenntnisse und Fertigkeiten. In der Zwischenzeit gibt es Expertengremien, welche zu vielen Themen die «evidence» systematisch erarbeiten und dem Praktiker somit diese Arbeit abnehmen.

Die Arbeitsgruppe anerkennt das bisherige Engagement der SAMW im Bereich EBM und fordert dazu auf, diese angesichts der grossen Wichtigkeit fortzuführen oder sogar auszubauen. In eine ähnliche Stossrichtung geht der Wunsch, die Beurteilung des Nutzen-/Kosten-Verhältnisses neuer Technologien zu unterstützen. Neue Technologien ständen oftmals im Ruf, primär teuer zu sein und der Gewinnmaximierung der Industrie zu dienen. Dabei werde vielfach übersehen, dass mit neuen Therapieformen Operationen vermieden, Krankenhausaufenthalte verkürzt und die Lebensqualität verbessert werden könnten. Diese Zusammenhänge gelte es aufzuzeigen.

Ausblick

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften als Organisatorin des Symposiums «Molekulare Medizin» hat die ihr von den Arbeitsgruppen zugetragenen Aufgaben mit grossem Interesse entgegengenommen. In gewissen Bereichen ist sie bereits seit längerer Zeit in starkem Masse aktiv, in anderen soll sie ihre Aktivitäten intensivieren oder neue initiieren. Die Tabelle gibt eine Übersicht über die Vorschläge der Arbeitsgruppen und über den Stand der Realisation. Die Akademie setzt grosse Hoffnungen in die Molekulare Medizin; sie ist sich aber auch der damit verbundenen Risiken bewusst. In der unterstützenden, sorgfältigen Begleitung der weiteren Entwicklungsschritte sieht sie einen Weg, dem Paradigmawechsel zum Durchbruch zu verhelfen.

Aufgaben der SAMW im Bereich «Molekulare Medizin» und Stand der Realisierung

Aufgabe	Stand der Realisierung
Evaluierung der universitären Ausbildungsgänge hinsichtlich Wissenschaftlichkeit	Vernehmlassung zum Bundesgesetz über die universitäre Ausbildung in den medizinischen Berufen
Sicherstellung einer umfassenden genetischen Beratung Sicherstellung einer qualifizierten Weiterbildung für Fachpersonen, die genetische Tests durchführen wollen Definition von Zulassungsbedingungen für genetische Tests	Organisation einer Tagung zum Thema «Genetische Beratung» im Herbst 1999
Aufbau eines Referentenstammes für die Fortbildung vor Ort	geplant
Unterstützung der universitären Forschung	Kontakte zu Bundesbehörden und Parlamentariern
Förderung der wissenschaftlichen Elite	MD-PhD-Programm
Formulierung ethischer Richtlinien im Bereich «Gendiagnostik» bzw. prädiktive Medizin	Richtlinien «Gendiagnostik» der ZEK von 1995
Nationale Harmonisierung der Ethikkommissionen	Organisation einer Tagung der Präsidenten der lokalen Ethikkommissionen im Herbst 1999
Unterstützung von «Evidence Based Medicine»	Finanzielle Unterstützung des DOKDI; Organisation eines Symposiums zu diesem Thema im Herbst 1999; regelmässiger Kontakt zu EBM-Akteuren
Vermittlungsaufgabe gegenüber der Bevölkerung	Ausbau der Öffentlichkeitsarbeit