

SAMW

Schweizerische Akademie
der Medizinischen
Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse
des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle
Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy
of Medical Sciences

INHALT

Das Schweizer Gesundheitssystem braucht Reformen	1
Editorial	2
Nachruf Prof. Alfred Pletscher	4
Suizidbeihilfe in Akutspitälern: die Haltung der Zentralen Ethikkommission	5
SAMW mit neuem Generalsekretär	6
Robert-Bing-Preis 2006	6
Resolution fordert intensivere Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern	6
Protest gegen die Todesstrafe für sechs Gesundheitsfachleute in Libyen	6

Das Schweizer Gesundheitssystem braucht Reformen



Schweizer Gesundheitssystem: noch braucht es keine Erste-Hilfe-Massnahmen.

Die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) haben kürzlich einen gemeinsamen Bericht zum schweizerischen Gesundheitssystem publiziert. Die beiden Organisationen loben die Schweiz für die im Vergleich mit anderen OECD-Ländern gute Qualität ihres Gesundheitssystems und die gleichen Zugangschancen für alle. Sie empfehlen aber, Massnahmen zu ergreifen, um das hohe Kostenwachstum zu bremsen. Eine der wichtigsten Massnahmen zur Erreichung dieses Ziels besteht in der Verbesserung der staatlichen Steuerung des Gesundheitssystems – und zwar sowohl im Bereich der Versorgung wie auch bei Prävention und Gesundheitsförderung. Prof. Thomas Zeltner, Direktor des Bundesamtes für Gesundheit, fasst im folgenden Beitrag die wesentlichen Ergebnisse dieses Berichtes zusammen.

Eine Premiere

Der im Auftrag des Vorstehers des Eidg. Departements des Innern (EDI) erstellte Bericht ist Teil einer neuen OECD-Publikationsreihe zu den Gesundheitssystemen einzelner Länder. Die Besonderheit des Berichts zur Schweiz liegt darin, dass die Untersuchung auf Anfrage der Schweiz von der OECD und der WHO gemeinsam vorgenommen wurde. Die Arbeiten der OECD, die sich mit der Wechselwirkung zwi-

schen Wirtschaft und Gesundheit im Allgemeinen befassen, werden um die Studien der WHO ergänzt, in denen die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und der Abbau von Ungleichheiten beim Zugang zur Gesundheitsversorgung im Zentrum stehen. Der Bericht bietet damit eine Gesamtsicht über das schweizerische System, welche sowohl die wirtschaftlicher Perspektive wie auch den Blickwinkel der öffentlichen Gesundheit umfasst.

IMPRESSUM

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

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

Redaktion:
Dr. Hermann Amstad, Generalsekretär
Mitarbeit:
lic. iur. Michelle Salathé, wiss. Mitarbeiterin

Gestaltung: vista point, Basel
Druck: Schwabe, Muttenz

a⁺ Die SAMW ist Mitglied der
Akademien der Wissenschaften Schweiz



Prof. Peter M. Suter,
Präsident

Schweizer Gesundheitssystem – ein Blick von aussen

In diesem Bulletin kommentiert Prof. Thomas Zeltner den vor kurzem erschienenen Bericht von OECD und WHO zum Schweizer Gesundheitssystem. Der Bericht ist ein willkommener Blick von aussen auf die Stärken und Schwächen unseres Systems. Er kommt zum Schluss, dass die Versorgung der Bevölkerung sehr gut, aber relativ teuer ist, und fordert Massnahmen, um sowohl das hohe Niveau der Medizin zu halten als auch die Kosten zu senken. Nur so lasse sich das Ganze in einem finanzierbaren Rahmen halten. Der Bericht wie auch die Auftraggeber (EDI und BAG) schlagen deshalb eine bessere Gesamtsteuerung und die Erarbeitung einer nationalen Gesundheitspolitik vor, welche sowohl der Prävention wie auch anderen gesundheitserhaltenden Massnahmen mehr Bedeutung einräumt.

Wie weiter? Dazu drei Gedanken:

Erstens: Die finanzielle Tragbarkeit des Schweizer Systems bereitet tatsächlich Sorgen. In Zukunft muss ein vermehrtes Augenmerk auf das gute Gleichgewicht zwischen den Kosten einerseits und dem Nutzen für Patient und Gesellschaft andererseits gelegt werden. Dies ist nicht so einfach, da dabei ganz verschiedenen Kassen und Budgets betroffen sind.

Zweitens: Die Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit sind mutig und intelligent; sie sollten weitergeführt und verstärkt werden. Dass dies mehr Mittel beansprucht, ist logisch – warum können diese nicht, wie in anderen Ländern, durch höhere Besteuerung von gesundheitsschädlichen Produkten wie Tabak und Benzin finanziert werden? Es ist erstaunlich, dass in einem der reichsten Länder Europas die Tabaksteuer (und damit der Preis der Zigaretten) bedeutend tiefer ist als in den umgebenden Staaten.

Drittens: Schliesslich möchte ich darauf hinweisen, dass ein dezentralisiertes, föderalistisches System auch einige Vorteile aufweist. Erwähnt seien gewisse fortschrittliche kantonale Initiativen, z.B. in der Bekämpfung von Drogenabusus, in Krebs-Früherkennung oder zum Schutz von Passivrauchern in öffentlichen Gebäuden; diese sollten rascher in die Bundesgesetze oder -regelungen aufgenommen werden. Da solche kantonalen Projekte offensichtlich schneller umgesetzt werden können, wären Mechanismen für eine umgehende bundesweite Applikation zu wünschen.

Die geforderte Verstärkung der nationalen «Governance» soll auf diese rasche Umsetzung ausgerichtet sein, die positiven kantonalen Initiativen jedoch nicht bremsen. Föderalismus und vermehrte nationale Koordination – haben nicht beide ihren Platz in einem effizienten Gesundheitssystem?

Der Bericht bewertet die institutionellen Strukturen und die Leistungsfähigkeit des schweizerischen Gesundheitssystems gemessen an den politischen Zielen von Wirksamkeit und Qualität, Zugang zum Gesundheitssystem und Konsumentenzufriedenheit sowie Wirtschaftlichkeit und finanzielle Tragbarkeit. Er prüft die Stärken und Schwächen des schweizerischen Systems, beleuchtet die zukünftigen Herausforderungen und zeigt Reformmöglichkeiten auf.

Viele wichtige Zielvorgaben sind erfüllt – allerdings bei zu hohen Kosten

Im Vergleich mit anderen OECD-Ländern ist der Gesundheitszustand der schweizerischen Bevölkerung gut. Die gesamte Bevölkerung hat Zugang zu einer breiten Palette von Gesundheitsdienstleistungen – darunter viele spitzenmedizinische –, und die Patientinnen und Patienten sind im Grossen und Ganzen mit den erhaltenen Leistungen zufrieden. Allerdings haben diese Erfolge ihren Preis: Mit einem Anteil der Gesundheitskosten am Bruttoinlandprodukt (BIP) von 11,5% liegt die Schweiz nach den USA an zweiter Stelle aller OECD-Länder.

Die hohen Kosten des Systems werfen die Frage nach dem Verhältnis von Leistungsfähigkeit und Ressourceneinsatz auf. Die Lebenserwartung der schweizerischen Bevölkerung liegt auf einem Niveau, das man von einem Land mit so hohen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben erwarten kann. Mehrere OECD-Länder können allerdings gleiche, wenn nicht bessere Resultate bei geringeren Kosten vorweisen (siehe Abb. 1).

Die zunehmende Alterung der Bevölkerung und die Entwicklung neuer medizinischer Verfahren legen nahe, dass die Gesundheitsausgaben in der Schweiz weiter steigen werden. Die finanzielle Tragbarkeit des Systems wird somit über kurz oder lang an ihre Grenzen stossen. Zudem erschwert die starke Fragmentierung des schweizerischen Gesundheitssystems – verfügen doch die 26 kantonalen Systeme über einen hohen Autonomiegrad – die Gesamtsteuerung (Governance) und die Erarbeitung einer kohärenten nationalen Politik.

Zukünftige Herausforderungen und Reformmöglichkeiten

Der Bericht hält klar fest, dass sich die Schweiz aufgrund der sich abzeichnenden Herausforderungen nicht auf den Lorbeeren ausruhen sollte. Die Leistungsfähigkeit des Systems kann dauerhaft nur dann erhalten werden, wenn die Governance verbessert und Lösungen für die systemimmanenten Probleme gefunden werden. Die grösste Schwierigkeit besteht in der Kostendämmung bei gleichzeitiger Gewährleistung eines chancengleichen Zugangs für die ganze Bevölkerung zu qualitativ hoch stehenden Gesundheitsleistungen. Hier schlägt der Bericht Reformwege vor, die sich teilweise mit den Reformen decken, die vom EDI bereits eingeleitet wurden. Unter den verschiedenen Reformvorschlägen sind folgende drei Bereiche für die SAMW von besonderem Interesse.

Ein besseres Gleichgewicht zwischen Prävention und kurativer Medizin

Mit einem Anteil von gut 2,2% an den gesamten Gesundheitskosten (dies entsprach 2004 CHF 1.125 Mia.) liegen die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz unter dem OECD-Durchschnitt von 2,7% (siehe Abb. 2). Aufgrund der aktuellen verfassungsrechtlichen Situation kann der Bund neben seinem Engagement im Gesundheitsschutz (Lebensmittel- und Chemikaliensicherheit, Strahlenschutz etc.) nur in definierten Teilbereichen der Prävention und der Gesundheitsförderung aktiv werden (z.B. Überwachung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, Suchtprävention und Alkohol- und Tabakbesteuerung sowie die Aufsicht über die im Rahmen von KVG und UVG tätigen Stiftungen Gesundheitsförderung Schweiz und Beratungsstelle für Unfallverhütung). Insbesondere die Bekämpfung der nichtübertragbaren und psychischen Krankheiten, die heute für einen Grossteil der vorzeitig verlorenen oder mit Behinderung verbrachten Lebensjahre verantwortlich sind, liegt in der Zuständigkeit der Kantone. Zwar gibt es

in der Schweiz eine beträchtliche Anzahl an Programmen zu Prävention und Gesundheitsförderung; aufgrund der starken Zersplitterung der Zuständigkeiten fehlt es aber an einer ausreichenden Koordination der Massnahmen. Um ein besseres Gleichgewicht zwischen Prävention und Kuration zu erreichen müsste die Schweiz:

- die Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen der verschiedenen Akteure durch ein Rahmengesetz zu Prävention und Gesundheitsförderung besser koordinieren;
- sich auf Themenbereiche konzentrieren, die für die öffentliche Gesundheit von besonderer Bedeutung sind (z.B. Tabakprävention, Alkoholkonsum, Salzzufuhr) oder denen in der Vergangenheit zu wenig Beachtung zuteil wurde (z.B. psychische Gesundheit oder Übergewicht);
- die sektorübergreifende Prävention (z.B. durch eine umfassende Steuerpolitik im Bereich der Alkohol- und Tabakbesteuerung) sowie die kostenwirksamen Präventionsmassnahmen (z.B. ein umfassendes Tabak- und Alkoholverbot oder die Durchsetzung von rauchfreien Innenräumen) stärker fördern;
- die Krebs-Früherkennungsprogramme (insbesondere für Brustkrebs) ausweiten; und
- für die verschiedenen Akteure Anreize für Investitionen in Prävention und Gesundheitsförderung schaffen.

Die Schweiz prüft die Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung im Rahmen des Projekts «Neuregelung von Prävention und Gesundheitsförderung». Das Projekt wurde im Frühjahr 2005 gestartet; die zu-

ständige Fachkommission hat kürzlich ihren Bericht veröffentlicht.¹ Als wichtigste Bedingungen für einen Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung werden genannt:

- die Verbesserung der politischen Anerkennung;
- die Ausrichtung von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen an nationalen Gesundheitszielen;
- die Neugestaltung der Zuständigkeiten und Finanzierungsgrundsätze auf Bundesebene; sowie
- der Erlass der zur Umsetzung der oben genannten Punkte notwendigen gesetzlichen Grundlagen.

Mehr Transparenz bei Qualität und Effizienz der Gesundheitsleistungen

In der Schweiz gibt es keine nationalen Qualitätsindikatoren für den Gesundheitsbereich. Gegenwärtig beruhen die Bemühungen für eine Qualitätsverbesserung zum grössten Teil auf lokalen Initiativen der Leistungserbringer. Diese berufliche Selbstverantwortung könnte durch die Schaffung von besseren Kontrollmechanismen gestärkt werden. Dies würde einerseits eine Ausarbeitung von zusätzlichen Best-Practice-Leitlinien und andererseits eine Erhöhung der Transparenz bei Bekanntgabe von Behandlungsfehlern und Praxisabweichungen beinhalten. Und nicht zuletzt müssten die Leistungsziele mit internen Belohnungen und Sanktionen gekoppelt werden. Des Weiteren wäre ein System zur landesweiten Erhebung von Qualitätsindikatoren einzurichten bei gleichzeitiger Förderung nationaler Programme zur Qualitätsverbesserung in einigen Schlüsselbereichen.

Abb. 1
Zusammenhang zwischen Gesundheitsausgaben und Lebenserwartung

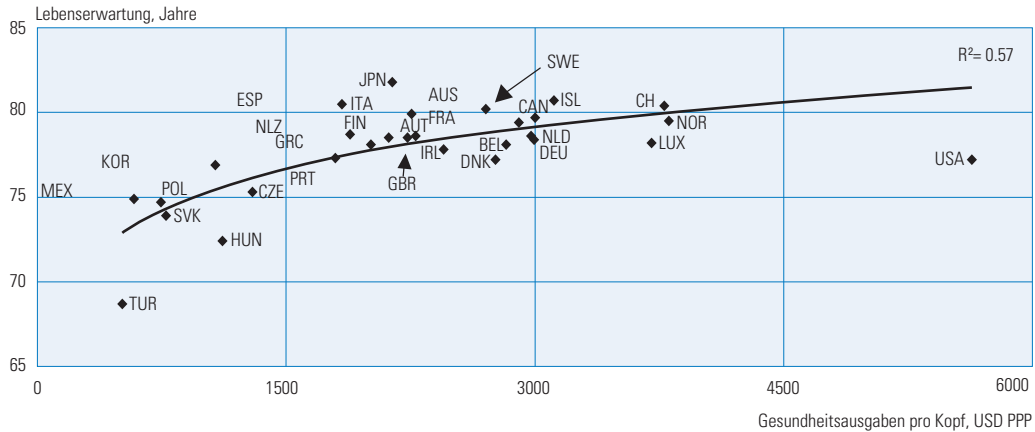
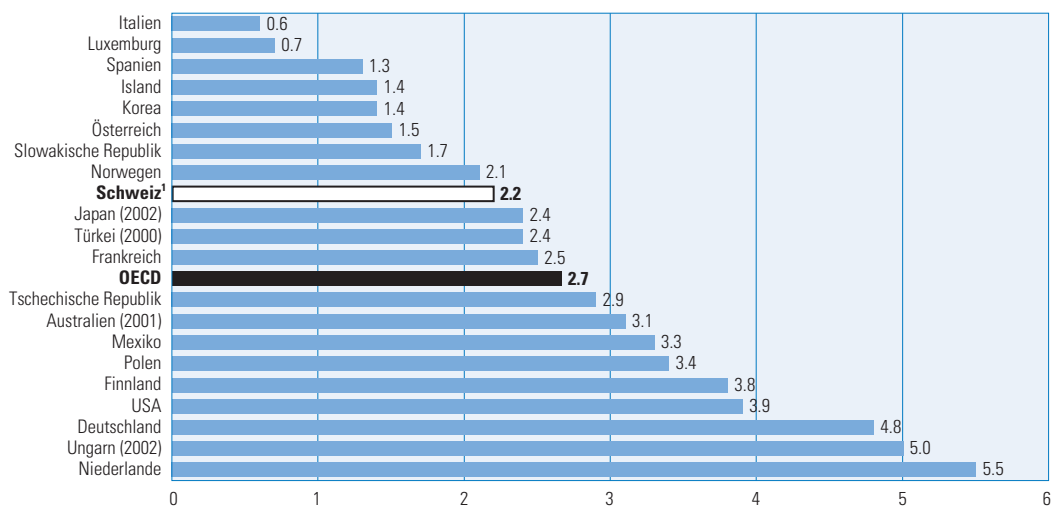


Abb. 2
Anteil der Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung an den gesamten Gesundheitskosten. (in Prozent)



Die Schaffung eines nationalen Systems für Monitoring und Qualitätsverbesserungen im Gesundheitssystem stellt ein längerfristiges Ziel dar. Das EDI plant im Rahmen der KVG-Revision bereits einige Massnahmen in diesem Bereich, so etwa die Verbesserung der Gesundheitsstatistiken.

Governance des Gesundheitssystems verbessern

Gegenwärtig werden das Angebot an Gesundheitsleistungen und der Versicherungsmarkt im Wesentlichen auf kantonaler Ebene geregelt. Diese Eigenheit des schweizerischen Systems beeinflusst in hohem Masse die Möglichkeiten für und die potenziellen Erfolge von Reformen. Ein Rahmengesetz zur Gesundheit, das nationale Ziele festschreiben und die Zuständigkeiten der verschiedenen Regierungsebenen bei der Bereitstellung der Leistungen und Finanzierungsfragen definieren würde, könnte die Leistungsfähigkeit längerfristig verbessern und die Fragmentierung verringern. Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) und die weiteren bestehenden Gesetzesbestimmungen sowie allfällige neue Gesetze – beispielsweise ein Präventionsgesetz – könnten in dieses Rahmengesetz eingebettet werden.

Die föderale Struktur des schweizerischen Gesundheitssystems ist einerseits ein Reichtum, kann sich aber für die Anpassungsfähigkeit des Systems und für die Verbesserung der Leistungsfähigkeit als hinderlich erweisen. Bund und Kantone suchen deshalb seit längerem nach Möglichkeiten und Wegen zur gemeinsamen Wei-

terentwicklung des Systems. Zu diesem Zweck wurde beispielsweise vor einigen Jahren der «Dialog zur Nationalen Gesundheitspolitik» geschaffen, der den Bund, die Kantone sowie weitere wichtige Akteure an einen Tisch bringt und auch den Vorstellungen von OECD und WHO entspricht.

Fazit

Der Bericht präsentiert eine umfassende Bilanz des schweizerischen Gesundheitssystems und stellt damit ein sehr nützliches Referenzwerk dar – nicht nur für die laufenden Diskussionen, sondern auch in einer längerfristigen Perspektive. Der Blick von aussen der beiden internationalen Organisationen ist ebenso wertvoll wie die Kommentare der Peer-Länder (Finnland, Niederlande), die sich teils mit ähnlichen Problemen konfrontiert sehen. Aufgrund der in jedem Land bestehenden Werte, Traditionen und spezifischen Institutionen kann es keine Einheitslösung für die Organisation eines Gesundheitssystems geben. Die einzelnen Länder können aber viel von den Erfahrungen anderer lernen. In dieser Optik stellt der Bericht ein aufschlussreiches Referenzdokument dar und verhilft dem schweizerischen Gesundheitssystem auf internationaler Ebene zu mehr Präsenz.

Prof. Thomas Zeltner, Bern

1 Zukunft von Prävention und Gesundheitsförderung in der Schweiz. Bericht der Fachkommission «Prävention + Gesundheitsförderung» zuhanden des Eidg. Departements des Innern, Bern, Juni 2006 – einsehbar unter: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/00388/01811/01823/index.html?lang=de



Thomas Zeltner
ist Direktor des Bundesamtes für Gesundheit in Bern.

NACHRUF



Prof. Alfred Pletscher (1917–2006)

Am 12. Dezember 2006 ist Professor Dr. med. et phil. II Alfred Pletscher 89-jährig gestorben. Mit ihm ist eine markante Persönlichkeit und ein hochrangiger Wissenschaftler heimgegangen, der das Bild der Basler und der Schweizer Forschung und Wissenschaft jahrzehntelang geprägt hat.

Alfred Pletscher studierte in Zürich Medizin und Chemie. Nach 6-jähriger Tätigkeit als Assistent und später Leiter der wissenschaftlichen Laboratorien am damaligen Basler Bürgerspital wechselte er 1955 als Leiter der Abteilung für experimentelle Medizin zur F. Hoffmann-La Roche AG. Dort wurde er 1967 Mitglied der Konzernleitung und zum Direktor der weltweiten Forschung ernannt. In seine Zeit bei Roche fiel die stürmische Geschichte der Erforschung erregungsübertragender Substanzen im Gehirn des Menschen.

1978 kehrte Pletscher an das inzwischen in Kantonsspital umbenannte Basler Universitätsspital zurück, wo er im neuen Zentrum für Lehre und Forschung das «Department Forschung» aufbaute und dann während 10 Jahren führte.

Die akademische Laufbahn Pletschers spielte sich ganz an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel ab: 1952 habilitierte er sich, 1960 wurde er zum ausserordentlichen Professor befördert und von 1965 bis 1987 hatte er die erste Professur unserer Universität für Pathophysiologie inne.

Während seiner ganzen Laufbahn engagierte sich Professor Pletscher für die Förderung der wissenschaftlichen Forschung auf nationaler Ebene, und es gibt kaum ein wissenschaftspolitisches Gremium, dem er seine Schaffenskraft und Erfahrung nicht zur Verfügung gestellt hätte. Seine wissenschaftlichen Leistungen und seine Erfahrung führten ihn an die Spitze des Schweizerischen Nationalfonds (1981–1987) und der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (1988–1992). In dieser letzten Funktion kam mit der Formulierung allgemein gültiger Regeln für den Aufbau und die Führung von Ethikkommissionen sein ethisches Verantwortungsbewusstsein als Forscher auch öffentlich zum Tragen.

Sein wissenschaftlicher Ruf und sein Engagement für die Wissenschaft brachten Alfred Pletscher den Prix Marcel Benoist – die höchste Ehrung für einen Schweizer Forscher – sowie Ehrungen der Universitäten von Paris, Wien, Genf und Fribourg ein. Er wurde auch mit dem Wissenschaftspreis der Stadt Basel ausgezeichnet.

Mit Alfred Pletscher verlieren Basel und die Schweiz einen ihrer grossen Forscher und Wissenschaftler. Unzählige Kollegen und Freunde trauern um ihn. Wir haben allen Grund, dankbar zu sein, und dieser Dank schliesst seine Familie ein, deren Geborgenheit Alfred Pletscher alles erst ermöglichte. Wir trauern mit ihr und drücken ihr unser tiefes Beileid aus.

*Prof. Werner Stauffacher, Basel
(SAMW-Präsident 2000 – 2004)*



Suizidbeihilfe in Akutspitälern: die Haltung der Zentralen Ethikkommission

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat sich schon mehrfach zur Frage der Suizidbeihilfe geäußert, so in den 2004 erlassenen Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende»¹ und in den Richtlinien «Behandlung und Betreuung von älteren, pflegebedürftigen Menschen»². Darin anerkennt sie, dass ein Arzt in einer persönlichen Arzt-Patienten-Beziehung aus Respekt vor der Patientenautonomie und im Sinne eines persönlichen Gewissensentscheides Beihilfe zum Suizid leisten kann.

Anfang 2006 hat das Universitätsspital Lausanne (CHUV) als erstes Akutspital der Schweiz beschlossen, Sterbehilfeorganisationen den Zutritt zu erlauben. Als Reaktion darauf hat der Vorstand der SAMW eine Stellungnahme³ veröffentlicht. Darin legt er dar, dass er aus ethischer Sicht keine überzeugenden Argumente sieht, Suizidbeihilfe in Akutspitälern grundsätzlich auszuschließen, allerdings sei den besonderen Umständen in einem Spital als Ort, an welchem primär geheilt wird, und in dem sich die Patienten in der Regel nur kurze Zeit aufhalten, Rechnung zu tragen.

Seitdem das CHUV bekannt gegeben hat, dass Sterbehilfeorganisationen in sorgfältig abgeklärten Einzelfällen sterbewilligen Patienten Suizidbeihilfe leisten können, beschäftigen sich auch andere Spitäler, insbesondere universitäre Zentren, mit diesem Thema.

Die Zentrale Ethikkommission (ZEK) der SAMW hat sich deshalb nochmals eingehend mit der gesamten Problematik befasst. Sie hat die Argumente, die für, beziehungsweise gegen eine Zulassung von Beihilfe zum Suizid in Akutspitälern sprechen, sorgfältig abgewogen. In der ZEK gibt es sowohl Stimmen, welche sich für den Ausschluss von Suizidbeihilfe innerhalb des Spitals aussprechen, als auch Stimmen, welche eine Regelung für Ausnahmesituationen als vertretbar erachten.

Die ZEK ist regt an, dass sich die Spitäler mit der Grundfrage, ob Suizidbeihilfe erlaubt sein soll, befassen und eine eigene Haltung definieren, die den lokalen Gegebenheiten Rechnung trägt. Umfangreiche Checklisten erachtet die ZEK angesichts der Seltenheit des Verlangens nach Beihilfe zum Suizid im Akutspital als nicht adäquat. Aufgrund der wenigen tatsächlich vorkommenden Situationen ist Zurückhaltung zu empfehlen.

Die ZEK hat sich auch mit der Frage befasst, ob das Spitalpersonal bei der Suizidbeihilfe in irgendeiner Form involviert sein soll. Sie anerkennt einerseits, wie auch in den Richtlinien dargelegt und begründet (siehe Fussnote 1), dass ein Arzt Suizidbeihilfe – im Sinn eines Beistandes – nicht delegieren kann oder will. Andererseits erachtet die ZEK die Beteiligung des Personals innerhalb einer Institution als problematisch, da die Gefühle des betreuenden Teams und der übrigen Patienten verletzt werden könnten; zudem besteht die Gefahr möglicher Interessenkonflikte. Die ZEK sieht es deshalb zurzeit als nicht opportun an, dass sich das Personal eines Akutspitals auf irgendeine Weise an einer Suizidbeihilfe beteiligt.

Die Diskussion um Suizidbeihilfe wird noch lange nicht abgeschlossen sein. Die ZEK verfolgt die laufenden Entwicklungen sorgfältig und wird sich zu gegebener Zeit erneut äussern.

1 Medizinisch-ethische Richtlinien «Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende» (2004)

2 Medizinisch-ethische Richtlinien «Behandlung und Betreuung von älteren pflegebedürftigen Menschen» (2004)

3 Zur Praxis der Suizidbeihilfe in Akutspitälern: Position der SAMW (2006)



SAMW mit neuem Generalsekretär

Die SAMW hat Dr. Hermann Amstad aus Basel zum neuen Generalsekretär gewählt; er tritt die Nachfolge von Dr. Margrit Leuthold an, die nach acht Jahren in diesem Amt Anfang Dezember 2006 an die ETH Zürich gewechselt ist.

Hermann Amstad hat in Basel Medizin studiert; anschliessend arbeitete er in einem Medizinischen Verlag sowie im Schulärztlichen Dienst Basel. Berufsbegleitend bildete er sich in den Bereichen «Public Health» sowie «Management von Non-Profit-Organisationen» weiter. 1999 wurde er zum stellvertretenden Generalsekretär der SAMW gewählt; in dieser Funktion betreute er unter anderem das Projekt «Zukunft Medizin Schweiz» und war verantwortlich für die Öffentlichkeitsarbeit. Die jetzige Ernennung zum Generalsekretär erfolgte im Rahmen einer Stellenausschreibung.

Robert-Bing-Preis geht in die Westschweiz und nach Zürich

Der Robert-Bing-Preis wird gemäss den Testamentsbestimmungen des Stifters, des Neurologen Robert Bing (1878–1956), «Autoren hervorragender Arbeiten zugesprochen, welche Erkennung, Behandlung und Heilung der Nervenkrankheiten gefördert haben». Der Preis, welcher in der Regel alle zwei Jahre vergeben wird, soll sie zu weiterer Forschung ermutigen.

Die Begutachtungskommission hat an ihrer Sitzung vom 26. September 2006 aus sieben qualitativ hochstehenden Kandidaturen zwei Preisträger nominiert, die den Robert-Bing-Preis 2006 ex aequo erhalten:



Dr. Olaf Blanke (geb. 1969), Laboratory of Cognitive Neuroscience, Brain-Mind Institute, EPFL, Lausanne, und Department of Clinical Neurosciences, Faculty of Medicine, University of Geneva, für seine Arbeit «Implications for neurocognitive mechanisms of corporeal awareness and self consciousness»;



Prof. Dominique de Quervain (geb. 1968), Division of Psychiatry Research, Universität Zürich, für seine Arbeit «Genetic basis of human memory and the neural basis of social behaviour».

Die Preisverleihung findet im Rahmen der Jahrestagung der Swiss Society for Neuroscience am 10. März 2007 in Bern statt.

Resolution fordert intensivere Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern in der klinischen Forschung

Am 18./19. Januar 2007 fand der dritte Workshop «Forschungszusammenarbeit mit Entwicklungsländern» in Basel statt. An diesem von der SAMW und dem Schweizerischen Tropeninstitut gemeinsam organisierten Anlass nahmen rund dreissig Forscherinnen und Forscher aus der Schweiz und aus Schwellen- bzw. Entwicklungsländern sowie Vertreter von Bundesämtern teil. Zum Abschluss der Tagung verabschiedeten die Teilnehmer einstimmig

eine Resolution, mit der sie eine Intensivierung der Forschungszusammenarbeit mit Entwicklungsländern forderten; von dieser Partnerschaft könnten beide Seiten in hohem Masse profitieren.

Bereits 2003 und 2005 führten die SAMW und das Schweizerische Tropeninstitut gemeinsam einen Workshop «Clinical Research Cooperation with Developing Countries» durch. Dessen Ziel war es jeweils, klinische Forscher und Forscherinnen aus der Schweiz und aus der südlichen Hemisphäre für einen Informations- und Erfahrungsaustausch zusammenzubringen und weitere Projekte anzuregen.

Im Zentrum des dritten Workshops vom 18./19. Januar 2007 standen einerseits die Präsentation von Projekten und andererseits die weitere Entwicklung dieser Forschungspartnerschaften. Am zweiten Tag nahmen auch Vertreter von Universitäten und Bundesämtern teil und diskutierten mit den Forschenden über eine gemeinsame Strategie. Einstimmig verabschiedeten die Teilnehmer zum Abschluss eine Resolution.

Die Resolution stellt verschiedene Forderungen auf. An die Universitätsspitäler ergeht der Aufruf, gezielt Fachleute für den Forschungseinsatz in Entwicklungsländern auszubilden. Der Nationalfonds soll die klinische Forschung in den Entwicklungsländern stärker unterstützen; notwendig sei auch die Schaffung von damit verbundenen Karrieremöglichkeiten. Das Engagement der Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) bei Nord-Süd-Forschungspartnerschaften wird als beispielhaft erwähnt; eine Fortführung und allfällige Intensivierung sind wünschenswert. Die SAMW wird ermuntert, ihre Initiativen für innovative Forschungsprojekte mit Partnern in Entwicklungsländern fortzuführen. Ziel all dieser Forderungen ist es, das Bewusstsein in der Schweiz für die Bedeutung und die Notwendigkeit von Forschungspartnerschaften mit den Entwicklungs- und Schwellenländern zu stärken.

Die SAMW und die SCNAT protestieren gegen die Todesstrafe für sechs Gesundheitsfachleute in Libyen

Ein Gericht in Bengasi (Libyen) hat im Dezember 2006 die Todesstrafe für fünf bulgarische Krankenschwestern (Kristiana Valcheva, Nasya Nenova, Valentina Siropulo, Valya Cherevenyaska and Snejana Dimitrova) und einen palästinensischen Arzt (Ashraf Ahmad Jum'a) bestätigt – und dies, obwohl sämtliche wissenschaftlichen Belege zugunsten der Angeklagten sprechen. Die sechs Gesundheitsfachleute werden beschuldigt, vorsätzlich mehrere Hundert Kinder mit dem HI-Virus infiziert zu haben. Es gibt jedoch klare und gut dokumentierte wissenschaftliche Belege, wonach der damalige HIV-Ausbruch durch schlechte hygienische Bedingungen in einem überfüllten Krankenhaus verursacht wurde. Während des kürzlichen Prozesses weigerte sich das Gericht, führende internationale medizinische Experten als Zeugen aussagen zu lassen, und zwar auch jene, welche im Jahre 2003 mit einer unabhängigen wissenschaftlichen Untersuchung beauftragt worden waren.

Die beiden Akademien schliessen sich all jenen an, die sich bereits öffentlich gegen diese Ungerechtigkeit ausgesprochen haben.