

3 | 10

Gesundheitspolitik: es braucht
Offenheit, Mut – und Bescheidenheit 1

Editorial 2

Neu im SAMW-Vorstand:
Prof. Anne-Françoise Allaz aus Genf 5

Empfehlungen «Zertifizierungen im
medizinischen Kontext» 5

HFG: Anliegen der Forschungs-
institutionen 5

Begleitkommission «Qualitäts-
empfehlungen» nimmt Arbeit auf 5

Vergabungen aus dem Käthe-Zingg-
Schwichtenberg-Fonds 6

MD-PhD-Stipendien 6

Wissenschaftliche Politikstipendien:
zwei Stipendien für 2011 6



Die Gesundheitslandschaft ändert sich.

Gesundheitspolitik: es braucht Offenheit, Mut – und Bescheidenheit

Im Vergleich mit anderen OECD-Ländern ist der Gesundheitszustand der Schweizer Bevölkerung gut. Zudem hat die gesamte Bevölkerung Zugang zu einer breiten Palette von Gesundheitsdienstleistungen, und die Patientinnen und Patienten sind mit den erhaltenen Leistungen mehrheitlich zufrieden. Allerdings zahlt die Schweiz für diese Erfolge im internationalen Vergleich einen unnötig hohen Preis. Mit ein Grund für diese Situation ist wohl die Vielzahl der Akteure einerseits und die unklare Aufgabenabgrenzung zwischen Bund und Kantonen andererseits. Neben diesen hausgemachten Problemen sind wir auch damit konfrontiert, dass sich die Gesundheitslandschaft weltweit tiefgreifend zu ändern beginnt. Welche Massnahmen sinnvoll wären, um der wachsenden Komplexität und Unübersichtlichkeit zu begegnen, skizziert im folgenden Beitrag Prof. Thomas Zeltner, ehemaliger Direktor des Bundesamtes für Gesundheit. Und er stellt klar: Niemand kann für sich beanspruchen, die Wahrheit zu besitzen. Gefragt sind eine grosse Bescheidenheit und die Offenheit zu erkennen, wo persönliche Interessen es schwer machen, unbefangen an Lösungen mitzuarbeiten.

Flug Swiss LX 22

Die Frage von Bundespräsident Pascal Couchepin während des Fluges LX 22 Zürich-New York vom 21. September 2003 traf mich ziemlich unvorbereitet. Couchepin, der Anfang 2003 das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) übernommen hatte, eröffnete mir, dass er den Bereich der Kranken- und Unfallversicherung, der damals im Bundesamt für Sozialversicherung beheimatet war, in das von mir seit 1991 geleitete Bundesamt für Gesundheit (BAG) zu verschieben gedenke. Damit sollte signalisiert werden, dass im Zentrum der Gesundheitspolitik die Frage des Patientennutzens steht und weni-

ger jene der sozialen Sicherheit. Ob ich bereit sei, mich dieser Herausforderung zu stellen? Er verband die Frage mit den zwei Zusicherungen, dass ich nach Übernahme dieser Aufgabe keine ruhige Minute mehr hätte und dass Anfeindungen und Auseinandersetzungen mehr die Regel als die Ausnahme sein würden. Und mit der Voraussage, dass ich die Übernahme trotz dieser wenig erfreulichen Aussichten nicht bereuen würde. Wie recht er behielt! Am 1. Januar 2004 wurde die Verschiebung vollzogen. Das BAG ist seither das Kompetenzzentrum für Gesundheit auf Bundesebene.



Prof. Peter M. Suter,
Präsident

Apropos Gesundheitspolitik: eine Sicht aus der SAMW

Im vorliegenden Bulletin äussert sich Thomas Zeltner in einem Schwerpunktartikel zu wichtigen gesundheitspolitischen Aspekten, wie er sie als langjähriger Direktor des Bundesamtes für Gesundheit erlebt und entscheidend mitgestaltet hat. Gerne nehme ich die Gelegenheit wahr, nachfolgend meinen Standpunkt zu einigen aktuellen gesundheitspolitischen Themen zu erläutern.

Unser Gesundheitssystem wird oft und zu Recht zu den besten dieser Welt gezählt. Dies schliesst aber nicht aus, dass gewisse Anpassungen dringend indiziert sind, um seine Errungenschaften auch für zukünftige Generationen zu erhalten. Es sind meines Erachtens weniger die finanziellen (Schmerz-)Grenzen, sondern vor allem personelle Engpässe in den Medizinberufen, die eher früher als später zu einem Umdenken zwingen werden.

Als erstes Thema müssen hier sicher **neue Versorgungsmodelle**, z.B. Managed Care, angesprochen werden. Erfahrungen bei uns und in anderen Ländern lassen vermuten, dass damit nicht nur die Kosten besser im Griff gehalten werden können, sondern zudem die Betreuung der Patienten verbessert wird. Möglicherweise kommt dieses Modell der viel gepriesenen «freien Arztwahl» ins Gehege – oder vielleicht auch nicht: Wem die freie Arztwahl so viel wert ist, dem darf sie bestimmt auch etwas mehr kosten. Der Leitgedanke guter Betreuungsmodelle muss jedoch weniger die persönliche Freiheit des Konsumenten, als vielmehr der Zugang Aller zu einer qualitativ hochstehenden Gesundheitsversorgung sein, die auch die Kosteneffizienz einschliesst.

Ein wichtiges Problem besteht allerdings darin, dass solche Modelle bei der Bevölkerung noch ungenügend bekannt und zu wenig attraktiv sind (gfs Bern, Gesundheitsmonitor 2010). Politik und Leistungserbringer täten gut daran, hier mit aktiven Informationsmassnahmen, aber auch mit finanziellen Anreizen daraufhin zu wirken, dass eine qualitativ hochstehende Versorgung und ökonomisch attraktive Alternativen gefördert werden. Damit werden auch

die Bedeutung und das Ansehen der Grundversorgung gestärkt. Wenn dies zusätzlich mit interessanten und flexiblen Arbeitsbedingungen für die neue Generation der praktizierenden ÄrztInnen verbunden wird, wäre auch etwas für die Förderung des dringend notwendigen Nachwuchses getan – rascher und sicherer als über eine Revision der Bundesverfassung. Essentiell wird eine konstruktive Zusammenarbeit der betroffenen Akteure im Gesundheitssystem sein – mit der von Thomas Zeltner vorgeschlagenen neuen Bescheidenheit.

Als zweites Thema ein paar Worte zur **Patientensicherheit**, d.h. zum Schutz vor und dem Umgang mit Zwischenfällen und Fehlern. Seit ein paar Jahren sind hier grosse Fortschritte festzustellen, besonders dank der Aktivitäten der «Stiftung Patientensicherheit», aber auch vieler Spitäler und weiterer Leistungserbringer. Dazu haben unter anderem eine gezielte Sensibilisierung und eine bessere Ausbildung beigetragen, besonders auch betreffend der Konsequenzen von Behandlungsfehlern. Die Gewissheit, dass aus Irrtümern etwas gelernt wird, trägt entscheidend dazu bei, dass alle Betroffenen – Kranke und Betreuende – das Gefühl haben, dass die Medizin sicherer geworden ist. Eine wichtige Herausforderung bleibt allerdings auch in diesem Bereich: Die finanziellen Grundlagen müssen langfristig gesichert werden, damit diese Fortschritte beibehalten werden können.

Zum Dritten darf ein Hinweis auf die immer klarer **erkennbaren Grenzen und Nachteile unseres föderalistischen Gesundheitssystems** nicht fehlen. Bestrebungen nach mehr Bundessteuerung oder zumindest nach einer verstärkten Koordination unter den Kantonen mehren sich, aber die realen Fortschritte sind noch wenig spektakulär. Hier scheint es dringend notwendig, dass das Wohl der Patienten, die Solidarität sowie eine bestmögliche Medizin für Alle mehr im Vordergrund stehen als die vorherrschende Verteidigung von Partikularinteressen und Prestigedenken. Bestehende Ansätze wie die vermehrte Koordination und Konzentration komplexer medizinischer Leistungen (vgl. die «Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin») oder die regelmässige Evaluation teurer Behandlungsmethoden (z.B. Medical Board; Health Technology Assessment, HTA), sollten noch breiter zur Anwendung gelangen. Damit würde nicht nur die Evidenz-basierte Medizin gefördert, sondern durch Rationalisierungsmassnahmen könnten

auch deutliche Kosteneinsparungen erzielt werden. Gegner dieser Entwicklungen warnen vor dem Verlust von Entwicklungspotential und dem Verzicht auf potentielle Fortschritte in der medizinischen Behandlung, oder sie befürchten die Einschränkung der medizinischen Handlungsfreiheit. Beispiele anderer Länder zeigen, dass sich diese Ängste nicht bewahrheiten, solange die prioritäre Zielsetzung einer Evidenzbasierten und Qualitätsorientierten sowie auf WZW-Kriterien ausgerichteten Medizin entspricht. Als grösstes Hindernis für positive Entwicklungen in diesen Bereichen erweisen sich aber die Partikularinteressen der zahlreichen Akteure, und zwar nicht nur auf Seiten der Industrie, sondern auch auf Seiten der ärztlichen Spezialisten, der Spitäler und der Kantone.

Und viertens braucht es eine Diskussion über eine **kontrollierte Rationierung** in unserem Gesundheitssystem – vor allem aufgrund des zunehmenden Mangels an qualifizierten Gesundheitsfachleuten. Gerade weil die Grenzen zwischen Rationalisierung und Rationierung nicht immer zu 100% klar sind und nicht von allen Beteiligten an derselben Stelle gesehen werden, muss dieses Thema weiter verfolgt werden. Eine verdeckte Rationierung besteht schon jetzt in unserem Land; dies betrifft namentlich Bereiche, in denen der Pflegemangel die Erfüllung der erwarteten Grundleistungen einschränkt. Gerade in dieser Beziehung scheinen aber deutliche Verbesserungen erkennbar, vorab eine Erhöhung der Ausbildungskapazitäten für Pflegenden und Ärzte. Trotzdem bleibt noch Einiges zu tun, und neue Ideen zur gezielten Unterstützung der vom Mangel an Personal am stärksten betroffenen Bereiche sind willkommen. Warum nicht eine positive Diskriminierung durch attraktivere Arbeitsbedingungen, zusammen mit einer Motivierung früh im Schulalter und danach während der beruflichen Ausbildung? Solche Massnahmen könnten dazu beitragen, dass unser bisher weltweit bewundertes System nicht nur überleben, sondern sich auch nachhaltig weiterentwickeln kann.

Das Schweizerische Gesundheitswesen: todkrank oder das beste der Welt?

Im BAG nutzten wir die Zusammenführung für eine Standortbestimmung. Wir baten dazu die Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) um einen Bericht über Stärken und Schwächen unseres Gesundheitssystems. Zwischen den offiziellen Verlautbarungen («das beste System weltweit») und der Diagnose mancher Beobachter («System unheilbar krank») lagen offensichtlich Welten. Der 2006 publizierte Bericht stellte fest, dass die Schweiz in Bezug auf die drei zentralen Ziele (Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung; Schutz vor den finanziellen Risiken von Krankheit; und Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem System) im internationalen Vergleich sehr gut dasteht, dass sie für dieses Ergebnis aber einen unnötig hohen Preis bezahlt. Verbesserungspotential orteten die Experten in einem Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention, in der Ausmerzung von Fehlanreizen im Versorgungssystem (wie Einzelleistungsverrechnung in der ambulanten Medizin, Tagespauschalen im Spital oder die Jagd auf gute Risiken in der sozialen Krankenversicherung) und insgesamt in der Schaffung von mehr Transparenz über Preise, Leistungen und Ergebnisse. Das System wurde ausserdem aufgrund der unklaren Aufgabenabgrenzung zwischen Bund und Kantonen als kaum steuerbar bezeichnet: zu viele Teilverantwortliche und kein Pilot im Cockpit.

Hard power, soft power, smart power

Die Beurteilung der OECD/WHO-Experten traf sich weitgehend mit unserem Eindruck und stärkte die Gewissheit, dass wir an den richtigen Prioritäten arbeiteten. Die direkten Einflussmöglichkeiten des EDI/BAG auf Reformen des Gesundheitssystem sind allerdings beschränkt und liegen in Domänen, die heute als «soft power» bezeichnet werden, nämlich in der Fähigkeit, andere davon zu überzeugen, das zu wollen, was man selber für richtig hält. Gesundheitspolitik besteht damit vorerst einmal darin, Themen zu setzen und Vorschläge einzubringen, Überzeugungsarbeit zu leisten und Allianzen zu schmieden, Kompromisse auszuhandeln, wenn möglich Begeisterung auszulösen und gelegentlich zu provozieren. All das haben wir getan.

Dort wo die Entscheidungsmacht beim EDI oder Bundesrat lag («hard power»), wurde diese genutzt – meist zum Missfallen der einen oder anderen Interessengruppe und im Falle der Komplementärmedizin auch der Mehrheit der Bevölkerung.

Insgesamt konnten jedoch durch eine «smarte» Mischung aus harten und weichen Vorgehensweisen einige wichtige Fortschritte erzielt werden:

- Der Entwurf eines Präventionsgesetzes liegt beim Parlament.
- Einige Fehlanreize werden bald der Vergangenheit angehören (wie die Tagessätze in Spitälern oder die systematische Risikoselektion durch Krankenversicherer).
- Und entgegen aller Unkenrufe konnte die Kostensteigerung im Gesundheitswesen im letzten Jahrzehnt in der Schweiz unter dem OECD-Durchschnitt gehalten werden.

Andere Reformen warten allerdings immer noch auf ihre Realisierung. Die notwendige Transparenz ist noch nicht gegeben, Outcome-Qualität bleibt vielerorts ein Fremdwort, und die Steuerbarkeit des Systems hat sich kaum verbessert, auch wenn sich die Kantone in der Zwischenzeit zur Koordination der Spitzenmedizin verpflichtet haben und zukünftig die Spitalplanung überkantonal vornehmen werden.

Die unbemerkte Revolution

Zu beschäftigt mit hausgemachten Sorgen hat eine breitere Öffentlichkeit jedoch kaum realisiert, dass sich die Gesundheitslandschaft im neuen Jahrtausend tiefgreifend zu ändern beginnt.

Der Gesundheitssektor ist in den vergangenen Jahren zum weltweit zweitgrössten Wirtschaftszweig geworden mit einem Jahresumsatz von geschätzten US\$ 4300 Milliarden, wovon 60% allein auf die USA entfallen. Jeder 9. Arbeitnehmer in der Schweiz ist heute im Gesundheitssektor tätig. Jährlich kommen einige Tausend neue Arbeitsplätze dazu. Gewachsen ist aber auch der Kampf um Marktanteile, der hierzulande besonders zwischen Spitälern entbrannt ist. Parallel dazu steigt die Zahl der Interessenvertreter. In Washington (DC) beispielsweise werben heute acht Gesundheitslobbyisten pro Kongressabgeordneten für ihre Interessen.

Gesundheit kann nicht mehr national organisiert werden. Alle Staaten, auch die Schweiz, sind zunehmend von einander abhängig geworden. Ohne die Einwanderung von etwa einem Viertel aller Gesundheitsfachleute, den Import von über zwei Dritteln aller Medikamente oder dem Grossteil der Impfstoffe würde das schweizerische Gesundheitssystem zusammenbrechen.

Das Wissen um Gesundheit ist unüberblickbar komplex geworden. Für mehr als 13 500 Diagnosen stehen heute über 6 000 Medikamente und 4 000 Interventionen zur Verfügung. Der Zwang zur Spezialisierung ist die eine Folge davon, die Notwendigkeit zur koordinierten Zusammenarbeit die andere. Wichtiger als Einzelinnovationen sind damit auch gut aufeinander abgestimmte Prozesse geworden. Die zunehmende Komplexität hat aber auch die Fehleranfälligkeit des Systems erhöht und lässt Patientensicherheit zu einem wichtigen Thema werden.

Viele Gesundheitsbedrohungen (wie Infektionskrankheiten, aber auch Tabak und illegale Drogen) sind globale Phänomene, deren Bekämpfung eine gut organisierte internationale Zusammenarbeit erfordert und nach neuen internationalen Regelwerken ruft. Dies umso mehr, als manche der Gesundheitsbedrohungen nicht mehr allein als Gesundheitsproblem erkannt werden, sondern zunehmend auch als Risiko für die Weltwirtschaft und die Sicherheit. Gesundheit ist seit 10 Jahren auch ein bedeutsames Thema der Aussenpolitik. Die Zahl der Akteure hat sich damit vervielfacht, und die Übersicht sowie die Themenführerschaft werden zunehmend schwierig.

Die neue Bescheidenheit

Die wachsende Komplexität und Unübersichtlichkeit verlangen nach neuen Formen von Zusammenarbeit, Verantwortungsaufteilung und Steuerung. Besonders intensiv werden diese zurzeit an den beiden Enden des Systems, nämlich auf der globalen Makroebene einerseits und auf der lokalen Mikroebene andererseits diskutiert.

International geht es um eine Stärkung der WHO (insbesondere in ihrer normativen Funktion), um neue Zusammenarbeitsformen zwischen der WHO, der Zivilgesellschaft und der Wirtschaft, und um neue Kooperationen zwischen Staaten, z.B. den Staaten des Südens oder mit den neuen Wirtschaftsmächten.

Auf der lokalen Ebene werden – nicht nur in der Schweiz – die Aufgabenteilung zwischen dem Patienten und seiner Familie sowie den Gesundheitsberufen diskutiert, neue Zusammenarbeitsformen ausgetestet und neue Steuerungs- und Versicherungsformen propagiert.

Vieles ist damit im Fluss, nichts ist gesichert, und entsprechend gross ist die Verunsicherung bei Gesundheitsfachleuten und in der Bevölkerung.

Vier Massnahmen sind deshalb jetzt und in den nächsten fünf Jahren besonders sinnvoll:

- 1) Die Durchführung von zeitlich und örtlich begrenzten, partizipativ gestalteten Pilotversuchen zur Erprobung von neuen Versorgungsmodellen, die nach Evaluation multipliziert und generalisiert werden können.
- 2) Massnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit. Patienten und ihre Familien sollen in der Gewissheit leben, bei der Beanspruchung von medizinischer Hilfe keinen vermeidbaren Risiken ausgesetzt zu sein. Und das Gesundheitspersonal soll in einem sicheren Arbeitsumfeld tätig sein können.
- 3) Stärkung des Krisenmanagements auf allen Ebenen. Das Gesundheitssystem wird aufgrund der Komplexität und Globalisierung häufiger in krisenhafte Situationen hineingeraten. Diese sind möglichst professionell zu meistern.
- 4) Arbeit an einem nationalen Konsens über die Zukunft des Gesundheitssystems. In einem konsultativen Stil muss es gelingen, über die Parteigrenzen hinweg eine gemeinsam getragene Zukunftsvision zu erarbeiten, die der Bevölkerung die Zuversicht gibt, auch in 20 Jahren noch ein funktionierendes Gesundheitssystem vorzufinden.

Diese Massnahmen sind nötig, um die beiden offensichtlichen Themen (Kostenkontrolle: Wachstum nicht mehr als 2.5% über der allgemeinen Teuerung; Verbesserung der Steuerung mit vermehrten Bundeskompetenzen) mit weniger Ängsten und Widerständen an die Hand nehmen zu können.

Angesichts der Komplexität dieser Aufgaben kann niemand für sich beanspruchen, die Wahrheit zu besitzen oder unfehlbar zu sein. Damit ist eine grosse Bescheidenheit gefragt und die Offenheit, Fehler machen zu können. Ebenso gefragt ist aber auch die Offenheit zu erkennen, wo persönliche Interessen es schwer machen, unbefangen an Lösungen mitzuarbeiten. Wer – je nach Ausgang der Arbeiten – um seine Wiederwahl oder seinen Arbeitsplatz bangen muss, soll von der Mitarbeit befreit werden.

Flug Swiss LX 53

Es ist der 26. Juni 2010. Ich sitze im Flug LX 53 Boston-Zürich. Am 31. Dezember 2009 habe ich die Leitung des BAG abgegeben und pendle seither zwischen Bern und Boston, wo ich an der Harvard-Universität wieder am Lernen und Lehren bin. Mit Freude, aber auch etwas Erstaunen habe ich in den vergangenen Monaten erfahren, welch guten Ruf das schweizerische Gesundheitssystem in den USA geniesst, und dass es sogar als Vorbild für die eigenen Reformen gehandelt wird. Und mit einem Schmunzeln erinnere ich mich an den Flug LX 22 vom 21. September 2003 und all die Auseinandersetzungen, die dazwischen liegen. Ich vergleiche sie mit den aktuellen Auseinandersetzungen in den USA, die sich besonders um die Frage drehen, wie viel Solidarität der kranke Mensch von der Gemeinschaft erwarten darf. Wir haben 1996 die Schweizer Antwort darauf gefunden. Sie stimmt auch heute noch. Aber haben wir auch eine gute Antwort gefunden auf die Frage, wie viel Zuneigung der kranke Mensch im Medizinbetrieb der Schweiz zurückerhält? Und für wie wichtig halten wir diese Frage?

Mehr zufällig als geplant nehme ich den Text der Rede von Atul Gawande hervor, die er zwei Wochen zuvor an der Diplomfeier der Mediziner an der Stanford University gehalten hat. Sie endet wie folgt: «You are joining a special profession. Doctors and scientists, we are all in the survival business, but we are also in the mortality business. Our successes will always be restricted by the limits of knowledge and human capability, by the inevitability of suffering and death. Meaning comes from each of us finding ways to help people and communities make the most what is known and cope with what is not. This will take science. It will take art. It will take innovation. It will take ambition. And it will take humility. But the fantastic thing is: This is what you get to do.»

Ich schliesse die Augen und denke: wie recht er hat.

Prof. Thomas Zeltner, Bern



Thomas Zeltner ist ehemaliger Direktor des Bundesamtes für Gesundheit (1991–2009) und Einzelmitglied der SAMW. Aktuell engagiert er sich bei der «Advanced Leadership Initiative» der Harvard University in Boston.



**Neu im SAMW-Vorstand:
Prof. Anne-Françoise
Allaz aus Genf**

Der Senat hat an seiner Sitzung vom 25. Mai 2010 Prof. Anne-Françoise Allaz aus Genf in den Vorstand gewählt. Prof. Allaz stammt aus Genf und hat dort auch Medizin studiert.

Anschliessend hat sie den Facharztstitel «Innere Medizin» sowie den Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und psychosoziale Medizin» erworben. Sie ist Leiterin der Abteilung Rehabilitation der Inneren Medizin am Universitätsspital Genf. 1998 hat sie sich habilitiert; ihre besonderen Interessen gelten den psychosozialen Aspekten der Medizin sowie dem chronischen Schmerz.

Prof. Allaz ist seit 2009 Einzelmitglied der SAMW. Zudem hat sie in mehreren Arbeitsgruppen bzw. Kommissionen der SAMW mitgewirkt und ist damit mit den Aktivitäten und Anliegen der SAMW bestens vertraut.

**Zertifizierungen im medizinischen Kontext:
Empfehlungen in Ausarbeitung**

Die in den letzten Jahren zunehmende Zahl von Zertifizierungsangeboten und Qualitätslabels führt sowohl bei Leistungserbringern als auch Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen zu Unsicherheit und Verwirrung. Die Forderungen nach Qualitätsnachweisen haben zu einem eigentlichen Wildwuchs an Zertifikaten jeglicher Provenienz, Stringenz und fachlicher Spezialität geführt. Damit droht der eigentliche Zweck von Zertifikaten und Labels verfehlt zu werden, nämlich die Schaffung von (Markt-)Transparenz und die Kompensation bestehender Informations-Asymmetrien.

Vor diesem Hintergrund hat die FMH gegenüber der SAMW angeregt, dieser Situation entgegenzutreten und Transparenz zu schaffen. Die FMH erhofft sich davon die Erarbeitung sinnvoller Kriterien für die Ausstellung von Zertifikaten sowie Empfehlungen zur Auswahl geeigneter Anbieter. Der Vorstand der SAMW hat diese Anregung aufgegriffen und die Arbeitsgruppe «Zertifizierung medizinischer Behandlungen» unter Leitung von Prof. Dieter Conen aus Aarau eingesetzt.

Ein Entwurf solcher Empfehlungen soll Ende 2010 zur Vernehmlassung veröffentlicht werden.

**Bundesgesetz «Forschung am Menschen»:
Anliegen der Forschungsinstitutionen**

Die SAMW, der Schweizerische Nationalfonds (SNF), die Medizinischen Fakultäten, die Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO) und die Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für klinische Krebsforschung (SAKK) haben sich intensiv mit dem Entwurf für das neue Bundesgesetz über die Forschung am Menschen auseinandergesetzt. Nachdem der Verfassungsartikel zur Forschung am Menschen in der Abstimmung vom 7. März 2010 mit grosser Mehrheit angenommen wurde, beginnt nun die parlamentarische Beratung des Gesetzesentwurfes.

Die Forschungsinstitutionen begrüssen ausdrücklich eine gesetzliche Regelung in diesem Bereich und sehen den vorliegenden Entwurf als ausgezeichnete Grundlage an; der Entwurf stellt eine wesentliche Verbesserung gegenüber der Vernehmlassungsversion aus dem Jahr 2006 dar.

Positiv ist auch, dass eine relativ schlanke Regelung vorgeschlagen wird. Allerdings werden wichtige Themen, wie z.B. Studienregister, Versicherungen, Biobanken, Melde- und Informationspflichten sowie Ethikkommissionen auf Verordnungsebene geregelt; die Vor- und Nachteile dieser Lösung sind im Einzelfall sorgfältig zu prüfen.

Die Regelungen im Bereich Ethikkommissionen werden ausdrücklich begrüsst; ebenso positiv bewertet wird die Pflicht zur Registrierung von Studien in einem Register.

In einem Dokument zuhanden der WBK des Nationalrates haben die Forschungsinstitutionen einige Kommentare bzw. Änderungsvorschläge zusammengefasst; gleichzeitig betonen sie darin, dass der Entwurf in allen anderen Punkten nicht substantiell verändert werden sollte.



Prof. Urs Metzger,
Zürich

**Begleitkommission
«Qualitätsempfehlungen»
nimmt Arbeit auf**

Die Schweizer Spitäler und Leistungserbringer sind rechtlich verpflichtet, über die Behandlungsqualität zu informieren. Neben positiven Auswirkungen können mangelhaft erhobene oder inkorrekt analysierte Daten

jedoch zu Fehlentscheiden führen. Deshalb hat die SAMW 2009 die Empfehlungen «Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten zur medizinischen Behandlungsqualität» veröffentlicht, welche Standards für die Publikation von Qualitätsdaten definieren. Diese umfassen unter anderem 17 Kriterien, deren Einhaltung sicherstellt, dass die Qualitätsdaten relevant,

korrekt und verständlich sind. Auf diese Empfehlungen verweist auch die FMH; sie fordert zudem, dass Qualitätsindikatoren zwingend zusammen mit der Ärzteschaft definiert werden. Im Sinne einer Deklaration bzw. eines Gütesiegels soll gemäss SAMW und FMH jeder zukünftig veröffentlichte Qualitätsbericht die definierten Kriterien erfüllen. Es wird Aufgabe einer noch zu schaffenden und von einer Parlamentarischen Initiative bereits geforderten «Nationalen Organisation für Qualität und Patientensicherheit» sein, mittelfristig von jedem Leistungserbringer die Einhaltung der Kriterien einzufordern.

Um die Umsetzung der Empfehlungen in der Praxis zu fördern, zu erleichtern und zu begleiten, hat die SAMW die Begleitkommission «Qualitätsempfehlungen» unter der Leitung von Prof. Urs Metzger aus Zürich eingesetzt. Die Kommission hat drei Hauptaufgaben:

- a) Sensibilisierung: Die Kommission setzt sich mit geeigneten Mitteln (z.B. Anschreiben; Artikel; Fortbildungsanlässe) dafür ein, dass die Empfehlungen bei den zuständigen Stellen bekannt sind und akzeptiert werden.
- b) Beratung: Die Kommission steht Ärztinnen und Ärzten sowie weiteren interessierten Personen für die Beantwortung von Fragen im Zusammenhang mit der korrekten Anwendung der Empfehlungen zur Verfügung. Fragen von grundsätzlicher Bedeutung werden im Rahmen von Sitzungen besprochen.
- c) Follow-up: Die Kommission prüft sporadisch die Übereinstimmung von publizierten Qualitätsberichten mit den Empfehlungen. Auf Qualitätsberichte, welche die Kriterien einhalten, kann die Kommission in geeigneter Form aufmerksam machen. Kommt die Kommission umgekehrt zum Schluss, dass die Empfehlungen nicht befolgt wurden, so teilt sie dies den betroffenen Stellen mit und regt die nötigen Korrekturen an.

Daneben beurteilt die Kommission gegebenenfalls nötige Änderungen oder Ergänzungen der Empfehlungen.

Vergabungen aus dem Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds

Die SAMW verwaltet mehrere Fonds, die ihr testamentarisch vermacht wurden. In der Regel haben diese Vermächtnisse relativ enge Zweckbestimmungen. Aus dem Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds stellt die SAMW Mittel zur Verfügung für die Förderung von Forschungsprojekten oder Stipendien auf dem Gebiet der medizinischen Ethik sowie für Startbeihilfen bei der Inangriffnahme von neuartigen wissenschaftlichen Projekten, für welche noch keine etablierten anderweitigen Förderungsinstitutionen bestehen. An der Kommissionssitzung vom 28. Mai 2010 wurden insgesamt 71 Gesuche im Umfang von CHF 3 621 983 präsentiert. Beiträge im Gesamtwert von CHF 251 900 wurden für folgende Projekte gewährt:

Matthias Egger, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern

The Ethics of Non-Inferiority Trials:
Do Non-Inferiority Margins Change? A Pilot Study CHF 22 000

Bernice Elger, Institut d'Éthique Biomédicale, Genève

Banking Together: Sharing Biological Samples among Swiss Researchers CHF 39 900

Alexander Kiss, Abteilung für Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Psychosocial Evaluation in Potential Living Kidney Donors in Switzerland:
An Observational Multi-Center Study CHF 40 000

Sophie Pautex, Service de médecine palliative Hôpital de Belleve

Directives anticipées chez patients atteints d'une maladie oncologique avancée: Droit des patients ou devoir des professionnels de la santé? CHF 25 000

Annette Rid, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Minimal Risk in Clinical Research CHF 45 000

Rebecca Spirig, Abt. Pflegewissenschaft und Entwicklung, UniversitätsSpital Zürich

Monitoring the Impact of the DRG-Payment System on Nursing Service Context Factors in Swiss Acute Care Hospitals CHF 50 000

Jürg Streuli, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Nationales Forschungsprogramm zu Störungen der Geschlechtsentwicklung (DSD) CHF 30 000

MD-PhD-Stipendien

Das MD-PhD-Programm, ein Nachwuchsförderungsprogramm, welches 1992 auf Initiative der SAMW und des Schweizerischen Nationalfonds (SNF) gegründet wurde, ist ein effizientes Instrument, um den wissenschaftlich interessierten Nachwuchs in der Medizin zu fördern und die Lücke zwischen naturwissenschaftlicher Grundlagenforschung und patientenorientierter klinischer Forschung zu schliessen. Die SAMW vergibt jedes Jahr gemeinsam mit dem SNF und unter Mithilfe privater Stiftungen MD-PhD-Stipendien an forschungsinteressierte Ärztinnen und Ärzte für ein 3-jähriges Zweitstudium in den Bereichen Naturwissenschaft, Public Health, Epidemiologie und Ethik. Neben dem SNF, der einen Grossteil der Stipendien finanziert, und der SAMW sind folgende Stiftungen am MD-PhD-Programm beteiligt: Swiss Foundation for Excellence and Talent in Biomedical Research, Stiftung Prof. Dr. Max Cloëtta, Fondation Suisse de Recherche sur les Maladies Musculaires, Fondation Louis-Jeantet, Krebsforschung Schweiz und die Velux Stiftung.

Von insgesamt 20 BewerberInnen haben folgende 14 Personen 2010 ein Stipendium im Rahmen des Programms zugesprochen erhalten:

Sohaila Bastami, Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Jean Bonnemain, Service de chirurgie cardio-vasculaire, CHUV, Lausanne

Sara Burkhard, Exp. Immunologie, UniversitätsSpital / Universität Zürich

Pietro Cippà, Nephrologie, UniversitätsSpital Zürich

Sandrine Cornaz, Institut universitaire de pathologie de Lausanne

Stefan Essig, Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern

Marco C. Frey, Abteilung für psychiatrische Forschung, Universität Zürich

Uli Simon Herrmann, Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich

Susanne Hösli, Institut für Pharmakologie, Universität Bern

Victor Jeger, Interdisziplinäre Intermediate Care, Inselspital Bern

Alexander Küffer, Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich

Thomas Wälchli, Institut für Hirnforschung, ETH / Universität Zürich

Fabienne Weber, Institut für Labortierkunde, Universität Zürich

Shuyang Xu, Institut für Zellbiologie, ETH Zürich



SAMW

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften

ASSM

Académie Suisse des Sciences Médicales

ASSM

Accademia Svizzera delle Scienze Mediche

SAMS

Swiss Academy of Medical Sciences

Das SAMWbulletin erscheint 4-mal jährlich.

Auflage: 3400 (2500 deutsch, 900 französisch).

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

Redaktion:
Dr. Hermann Amstad,
Generalsekretär

Mitarbeit:
lic. iur. Michelle Salathé,
stv. Generalsekretärin
Dr. Katrin Cramer,
wiss. Mitarbeiterin

Gestaltung:
vista point, Basel

Druck:
Schwabe, Muttenz

ISSN 1662-6028

AUSSCHREIBUNGEN

Wissenschaftliche Politikstipendien: zwei Stipendien für 2011

Die Stiftung Wissenschaftliche Politikstipendien schreibt für 2011 zwei Stipendien aus. Bewerben können sich junge WissenschaftlerInnen, die Forschungserfahrung besitzen, sich für die Schweizer Politik interessieren und bereit sind, sich auf neue Kontakte und Kommunikationsformen einzulassen. Anmeldeschluss ist der **10. September 2010**.

Die Ausschreibung und weitere Informationen zur Stiftung finden sich auf
www.politikstipendien.ch
www.bourses-politiques.ch

Kontakt: Thomas Pfluger, Geschäftsführer
der Stiftung Wissenschaftliche Politikstipendien,
Tel. 079 745 68 15
thomas.pfluger@politikstipendien.ch



Mitglied der Akademien der Wissenschaften Schweiz