

Suizidbeihilfe:
Der Bund ist gefordert 1

Agenda 5

Neues Leitbild der SAMW 5

«Leit-Ethikkommissionen»:
es geht vorwärts 5

Ausschreibung KZS-Fonds 6

Robert-Bing-Preis 2010 6

Vergabungen aus dem A&D-Fonds 6

Clinical Research Cooperations
with Developing Countries 6

Erleichterter Zugang zu
medizinischer Fachliteratur 7

JA zum Verfassungsartikel
«Forschung am Menschen» 8



Suizidbeihilfe: Der Bund ist gefordert

In den letzten Jahren haben spektakuläre Einzelfälle von assistierten Suiziden in der Schweiz hierzulande wie auch im Ausland immer wieder für Schlagzeilen gesorgt. Zusammen mit dem Phänomen des sogenannten «Sterbetourismus» hat dies dazu geführt, dass der Ruf nach einer gesetzlichen Regelung der Suizidbeihilfe in den letzten Jahren deutlich lauter geworden ist. Im letzten Oktober nun hat der Bundesrat reagiert und eine Neuregelung der organisierten Suizidbeihilfe vorgeschlagen. PD Dr. Georg Bosshard, Allgemeinmediziner und Ethiker in Winterthur, und Prof. Samia Hurst, Ethikerin aus Genf, versuchen im nachfolgenden Beitrag eine Standortbestimmung aus ärztlicher Sicht und formulieren Vorschläge, wie die Suizidbeihilfe aus ihrer Sicht sinnvoll geregelt werden könnte.

In einem Bereich, in dem die ganze Welt auf unser Land blickt, hat der Bundesrat noch bis vor kurzem jeden über den bestehenden Art. 115 StGB hinausgehenden Regulierungsbedarf von sich gewiesen. Umso erfreulicher, dass nun im Eidg. Justiz- und Polizei-Departement die Bedeutung der Frage der Suizidbeihilfe erkannt worden ist und der Bund mit entsprechenden Vorschlägen versucht, seine Verantwortung in diesem Bereich wahrzunehmen. Nur: Das vom Bundesrat erwogene, vollständige Verbot der Sterbehilfeorganisationen [1] dürfte in der Schweiz politisch weitgehend chancenlos sein. Und auch die vom Bundesrat favorisierte Lösung einer restriktiven Regelung im Strafgesetzbuch schießt über das Ziel hinaus bzw. an diesem vorbei. Denn der Gesetzesvorschlag würde kaum zu der angestrebten Einschränkung der Suizidbeihilfe, sondern vielmehr zu einer unkontrollierten Verlagerung in den medizinischen Sektor

führen. Für diesen würde ja die vorgeschlagene gesetzliche Regelung nicht gelten, solange keine Organisationen im Spiel sind. Zu Recht lehnt deshalb die SAMW die bundesrätlichen Gesetzesvorschläge ab und schlägt stattdessen den pragmatischeren Weg einer Regelung der Sterbehilfeorganisationen mittels Aufsichtsgesetz vor (siehe Kasten S.4).

In der Schweiz ist die Suizidbeihilfe eine etablierte Praxis

Auch ein solches Aufsichtsgesetz sollte uns aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass mittelfristig noch manche zentrale Frage in dieser Thematik in unserem Land einer Beantwortung harret, nicht zuletzt, was die Rolle von uns Ärzten in diesem Bereich betrifft. Wir wissen, dass heute in der Schweiz jährlich ca. 400 assistierte Suizide durchgeführt werden. Es handelt sich also nicht mehr



Prof. Christian Kind,
Präsident der
Zentralen Ethikkom-
mission, St. Gallen

Die Regelung der organisierten Suizidbeihilfe darf nicht zulasten der Ärzte gehen!

Vor bald vier Jahren hat die SAMW den Bundesrat auf seine Aufsichtspflicht im Bereich der Sterbehilfeorganisationen hingewiesen. In diesem Sinne ist es eigentlich zu begrüssen, dass

nun ein Gesetzesvorschlag in zwei Varianten vorliegt, der diesen umstrittenen Organisationen Grenzen auferlegen soll. Beide Vorschläge, sowohl die strikte Beschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das Lebensende, wie deren vollständiges Verbot, vermögen aber aus ärztlicher Sicht nicht zu befriedigen.

Die erste Variante würde die Tätigkeit der sogenannten Sterbehilfeorganisationen unter dreifache ärztliche Aufsicht stellen und damit die Suizidbeihilfe recht eigentlich als ärztliche Tätigkeit institutionalisieren. Die SAMW ist aber der Ansicht, dass die Beihilfe zum Suizid den Zielen der Medizin widerspricht. Sie kann wohl als Gewissensentscheid des einzelnen Arztes in der Betreuung eines Patienten am Lebensende respektiert werden, darf sich aber keinesfalls zum festen Bestandteil medizinischer Berufsausübung entwickeln.

Beide Varianten würden zu einem vermehrten Druck auf die praktizierenden Ärzte führen, Suizidbeihilfe anzubieten. Die Sterbehilfeorganisationen antworten auf ein Bedürfnis eines Teils der Schweizer Bevölkerung, das durch ein Verbot oder eine starke Einschränkung nicht verschwinden wird. Es kann keine sinnvolle Lösung sein, den Umgang mit diesem Bedürfnis vollumfänglich den Ärzten zuzuschieben. Die dadurch provozierten Gewissenskonflikte würden den eigentlichen ärztlichen Aufgaben in diesem Zusammenhang, der Suizidprävention und der palliativen Betreuung am Lebensende, nur abträglich sein.

Aus diesen Gründen lehnt die SAMW die bundesrätlichen Vorschläge ab und schlägt stattdessen vor, den Sterbehilfeorganisationen im Rahmen einer Aufsichtsgesetzgebung strikte Sorgfaltspflichten aufzuerlegen.

um sporadische Einzelfälle, sondern um eine etablierte Praxis. Diese wird in den meisten Fällen von den Sterbehilfeorganisationen vermittelt und koordiniert, und auch die persönliche Begleitung beim Suizid wird in aller Regel von Mitarbeitenden der Organisation übernommen. Aber: Fast immer hat auch ein Arzt eine entscheidende Mitverantwortung übernommen, indem er nach einer persönlichen Abklärung des Sterbewilligen das tödliche Natriumpentobarbital verschrieben hat.

Mit oder ohne spezifische gesetzliche Regelung (in welcher Form auch immer) stehen somit wir Ärztinnen und Ärzte vor ganz spezifischen Problemen. Zum Beispiel verlangen die SAMW-Richtlinien von einem Suizidbeihilfe leistenden Arzt zu prüfen, ob «die Erkrankung des Patienten die Annahme rechtfertigt, dass das Lebensende nahe ist» [2]. Gleichzeitig wissen wir, dass in mindestens einem Viertel aller Suizidbeihilfen in der Schweiz nicht nur keine Sterbesituation, sondern nicht einmal eine zum Tode führende Krankheit vorliegt – Tendenz steigend [3]. Sollte also der von der SAMW gestellte Bedingung des nahen Lebensendes in Zukunft mehr Nachdruck verschafft werden? Ist eine solche Bedingung überhaupt sinnvoll, und wie könnte man sie ethisch rechtfertigen? Umgekehrt: Wenn man sie fallen lassen würde, wo könnte man dann überhaupt noch eine «medizinische» Grenze setzen? Oder wollen wir tatsächlich für jeden urteilsfähigen Erwachsenen im Prinzip diese Praxis zulassen, auch wenn er oder sie gar nicht krank ist, sondern vielleicht nur alt und lebensmüde? Und wenn ja: Was hätte dann das Ganze überhaupt noch mit Medizin zu tun?

Beihilfe zum Suizid als Teil der ärztlichen Tätigkeit?

Und wenn es so ist, dass mittlerweile die ärztliche Beteiligung beim assistierten Suizid eine breitere Akzeptanz und Verbreitung gefunden hat, soll man dann dieser Tatsache Rechnung tragen, indem man gewisse Inhalte in die ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung integriert? Wollen wir uns wirklich Expertise aneignen für Fragen wie «Abklärung von sterbewilligen Patienten, welche einen assi-

stierten Suizid anstreben» oder «Medikamentöse Indikationen und Kontraindikationen beim ärztlich assistierten Suizid»? Würden wir nicht auf sichererem Boden bleiben, wenn wir uns als Berufsgruppe als Ganzes nach wie vor mit dem Dictum «Beihilfe zum Suizid ist kein Teil der ärztlichen Tätigkeit» raushalten würden? Wir müssten dann in Kauf nehmen, dass der einzelne Arzt, der dennoch bereit ist, sich in diesem schwierigen Bereich zu engagieren, mit seinen Fragen und Unsicherheiten von der offiziellen Ärzteschaft weiterhin alleine gelassen wird.

Blick über die Grenzen

Ein Blick über die Grenzen hinaus lohnt sich in diesem Bereich allemal. Denn in anderen westlichen Staaten – vor dem jeweils gegebenen kulturellen Hintergrund – stellen sich die genau gleichen Fragen wie in der Schweiz. Zuerst einmal müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass noch bis vor wenigen Jahren kein Staat dieser Erde ärztliche Beihilfe zum Suizid oder gar aktiven Sterbehilfe auf Verlangen explizit legalisiert hat. Vorreiterin einer Öffnung in diesem Bereich wurden ab den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts die Niederlande. Nach vereinzelt Gerichtsentscheiden (case law) haben sich dort Ende der 80er Jahre gewisse Kriterien etabliert, unter welchen Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe straffrei bleiben. Diese Straffreiheit gilt aber ausdrücklich nur für Ärztinnen und Ärzte. Eine weitgehende Mitarbeit von nichtärztlichen Sterbehelfern der Organisationen so, wie sie in der Schweiz praktiziert wird, wäre in Holland also auch heute noch illegal. Als eigenes Gesetz wurden diese «Sorgfaltspflichten der ärztlichen Lebensbeendigung auf Verlangen» in Holland allerdings erst im April 2002 verabschiedet [4]. Im amerikanischen Bundesstaat Oregon trat 1997 das weltweit erste Gesetz über die ärztliche Suizidbeihilfe («Death with Dignity Act») in Kraft. Seit dem Vorangehen dieser zwei Staaten ist nun auch an mehreren anderen Orten entweder die Suizidbeihilfe (US-Bundesstaaten Washington und Montana 2008 bzw. 2010) oder die aktive Sterbehilfe (Belgien 2002, Luxemburg 2009) auf Verlangen mittels

spezifischer gesetzlicher Regelungen zugelassen. In zahlreichen weiteren Ländern sind entsprechende Gesetzesvorstösse der letzten Jahre auf grosse Resonanz gestossen, so beispielsweise in England, Frankreich und Schweden [4]. Das Szenario, dass in den nächsten zwanzig Jahren die Sterbehilfe (gemeint im engeren Sinne als Suizidhilfe und/oder aktive Sterbehilfe auf Verlangen) in den westlichen Staaten ähnlich verbreitet legalisiert werden könnte wie Ende des letzten Jahrhunderts der Schwangerschaftsabbruch, erscheint also zum heutigen Zeitpunkt keineswegs unrealistisch. Wäre dem so, dann würde die US-amerikanische Medizinethikerin M.P. Battin Recht bekommen, welche postuliert hat, dass in modernen westlichen Gesellschaften nach der Fortpflanzung zunehmend auch das Sterben nicht mehr primär als schicksalhaftes Geschehen, sondern als bewusste Entscheidung wahrgenommen und praktiziert werde [5].

ÄrztInnen als «safeguards»

Mit dieser Entwicklung tut sich die Ärzteschaft fast überall schwer. Studienresultate zeigen, dass gerade diejenigen Ärztinnen und Ärzte, welche oft mit sterbenden Patienten zu tun haben, der Suizidhilfe oder aktiven Sterbehilfe auf Verlangen deutlich kritischer gegenüberstehen als die grosse Mehrheit der Allgemeinbevölkerung. Dennoch hat bisher noch kein Land ein Sterbehilfegesetz verabschiedet, bei dem nicht Ärztinnen und Ärzten eine zentrale Rolle zugekommen wäre. Neben deren Fachkompetenz und Erfahrungen mit Lebensentscheidungen generell ist es paradoxerweise gerade diese grundsätzlich kritische Haltung, welche Ärztinnen und Ärzten aus Sicht der Gesellschaft als geeigneten «safeguards» erscheinen lässt. Dies im Gegensatz zu den schon von ihrer Zielsetzung her eher sterbehilfefreundlichen Organisationen. Möglicherweise ist die geteilte Verantwortung zwischen Organisationen und Ärzten ein wichtiger Vorteil des Schweizer Modells, weil es Rollenkonflikte für klinisch tätige Ärzte besser vermeiden helfen kann als das holländische und belgische Sterbehilfemodell, das sich ausschliesslich auf die Ärzteschaft abstützt [6, 7, 8, 9].

Mitfühlender Pragmatismus statt moralischer Paternalismus

Es scheint, dass in diesem hochkontroversen Bereich jedes Land seinen eigenen Weg im Einklang mit den jeweiligen Traditionen, Werten und bestehenden Institutionen finden muss. Für die Schweiz ist dabei zu sagen, dass die bisherige, im internationalen Vergleich hohe Toleranz in diesem Bereich keineswegs einen Ausrutscher darstellt. Vielmehr hat der sog. «harm reducing approach», d. h. eine Strategie, die eher auf mitfühlenden Pragmatismus statt moralischen Paternalismus setzt, in der Schweiz Tradition. Dies zeigt unschwer ein Blick auf die Schweizer Drogenpolitik, deren Offenheit im europäischen Vergleich immer aussergewöhnlich war und am ehesten noch mit dem niederländischen Approach vergleichbar ist. Aber auch der augenfälligste Unterschied zum holländischen Modell, nämlich die zentrale Rolle der Sterbehilfeorganisationen, lässt sich unschwer aus den Schweizer Gegebenheiten erklären. Die Schweiz ist ein ausgeprägt föderalistischer Staat, der viel politische Entscheidungsmacht, aber auch viel Verantwortung den kantonalen und kommunalen Behörden und der lokalen Bevölkerung überlässt. Dabei wird auf die sich selber organisierende Kraft der intakten Zivilgesellschaft vertraut, wozu elemen-

tar die ausgeprägte Vereinskultur der Schweiz gehört. Die Sterbehilfeorganisationen sind ein Ausdruck dieser bottom-up-Organisation unseres Landes. Sie geniessen eine weit gehende Akzeptanz in der Bevölkerung, sie übernehmen Verantwortung, und sie sollten grundsätzlich in diesem Bereich auch in Zukunft ihren Platz haben.

Der Bund ist gefordert

Die föderalistischen Strukturen der Schweiz haben aber auch ihre Schwächen und Grenzen. In den letzten zwanzig Jahren hat jede Region ihre eigene Interpretation dessen praktiziert, wie der Art. 115 StGB im Kontext der Sterbehilfeorganisationen zu interpretieren sei, wobei den lokalen Behörden (Staatsanwälten, Kantonsärzten, Amtsärzten und Instituten für Rechtsmedizin) eine zentrale Rolle zukam. Dadurch besteht die Gefahr der Rechtsungleichheit und Rechtsunsicherheit. Ein bundesweites Aufsichtsgesetz für Sterbehilfeorganisationen könnte hier einiges verbessern.

Ein Staat, der die Frage der Suizidhilfe ernst nehmen will, sollte sich aber nicht einfach aufs Erlauben und Verbieten beschränken, wie es der Grundtenor der gegenwärtig vom Bundesrat vorgeschlagenen Regelung ist. Er sollte sich auch aktiv für die Entwicklungen in diesem Bereich interessieren, um gegebenenfalls unerwünschte Konsequenzen frühzeitig zu erkennen und Gegensteuer geben zu können. Was in Oregon, Holland und Belgien längst selbstverständlich ist, nämlich eine zentrale Meldestelle für assistierte Suizide, sollte auch in der Schweiz diskutiert werden mit dem Ziel, dass man in Zukunft nicht mehr alleine auf die Daten der Sterbehilfeorganisationen und die wenigen Studien der Institute für Rechtsmedizin angewiesen wäre.

Drittens, wenn der Staat selber sich schon aus diesen schwierigen Entscheidungen heraushält, stellt sich die Frage, ob nicht diejenigen Fachleute, welche bereit sind, sich in diesem Bereich zu engagieren, auch von offizieller Seite eine gewisse Hilfestellung erhalten sollten. Die Niederländer haben in den 90er Jahren mit staatlicher und universitärer Unterstützung die sog. SCEN-Netzwerke geschaffen (SCEN = «support and consultation on euthanasia in the Netherlands»), ein nationales Netzwerk von ca. 500 ärztlichen Allgemeinpraktikern, die speziell als Sterbehilfeberater ausgebildet sind und auf Anfrage ihre ärztlichen Kolleginnen und Kollegen unterstützen, wenn diese vor schwierigen Entscheidungen in diesem Bereich stehen. Wäre so etwas nicht auch für die Schweiz denkbar? Denn ethische und juristische Abhandlungen über das moralisch Richtige und das rechtliche Erlaubte sind das eine, das Umgehen mit konkreten Situationen von schwerkranken, zum Sterben entschlossenen Menschen etwas anderes.

PD Dr. med. Georg Bosshard, Winterthur

Prof. Dr. med. Samia Hurst, Genf



Georg Bosshard ist Facharzt für Allgemeinmedizin und Privatdozent für Klinische Ethik der Universität Zürich. Er arbeitet als Krankenheitsarzt und freischaffender Medizinethiker in Winterthur (www.georgbosshard.ch).



Samia Hurst ist Fachärztin für Innere Medizin und SNF-Professorin für Bioethik am Institut d'éthique biomédicale der Universität Genf. Sie ist Ethikberaterin des Klinischen Ethikkomitees der Genfer Universitätspitäler.

Literatur

1. Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement (2009). Organisierte Suizidhilfe soll geregelt werden. Medienmitteilung vom 28. Oktober. http://www.bj.admin.ch/bj/de/home/dokumentation/medieninformationen/2009/ref_2009-10-28.html
2. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2005). Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien. Schweiz Ärztezeitung 86: 172–176.
3. Fischer S, Huber C, Imhof L, Mahrer R, Furter M, Ziegler SJ, Bosshard G (2008). Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations. J Med Ethics 84: 810–814.
4. Materstvedt LJ, Bosshard G (2009). Euthanasia and physician-assisted suicide. In: Hanks G, Portenoy R, Christakis N, Fallon M, Kaasa S, Cherny N (Hsg) Oxford Textbook of Palliative Medicine, 4th edition. Oxford University Press, Oxford, New York, 304–319.
5. Battin MP Ending life (2005). Ethics and the way we die. Oxford University Press, Oxford, New York.
6. Bosshard G, Broeckaert B, Clark D, Materstvedt LJ, Gordijn B, Müller-Busch HC (2008). A role for doctors in assisted dying? An analysis of legal regulations and medical professional positions in six European countries. J Med Ethics 34: 28–32.
7. Hurst SA, Mauron A (2003). Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ 326: 271–273.
8. Hurst SA, Mauron A. (2006). The ethics of palliative care and euthanasia: exploring common values. Palliat Med 20: 107–112.
9. Ziegler SJ, Bosshard G (2007). Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. BMJ 334: 295–298.

Medienmitteilung vom 12. Januar 2010

Die SAMW lehnt die vorgeschlagene Neuregelung der organisierten Sterbehilfe ab

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) begrüsst grundsätzlich die Bemühungen des Bundes zur Regelung der organisierten Suizidbeihilfe. Sie unterstützt insbesondere die Absicht, lediglich einen Teil der Suizidhilfepraxis, nämlich die organisierte Beihilfe, zu regulieren. Aus Sicht der SAMW erscheinen jedoch weder die vorgeschlagene Beschränkung der organisierten Suizidhilfe noch deren Verbot als geeigneter Weg zur Lösung der aktuellen Probleme. Anstelle einer Regelung im Strafgesetzbuch schlägt die SAMW eine Regelung mittels Aufsichtsgesetzgebung vor. Sie empfiehlt dem Bund zudem, die Anstrengungen zur Suizidprävention zu verstärken und die Palliativmedizin weiter zu fördern.

Basel, 12. Januar 2010. Der Bundesrat hat signalisiert, dass er die organisierte Sterbehilfe regeln will und Ende Oktober 2009 zwei Vorschläge in die Vernehmlassung geschickt. Die vom Bundesrat bevorzugte Variante 1 sieht die Einführung strenger Sorgfaltspflichten vor; die Variante 2 beinhaltet ein generelles Verbot der organisierten Suizidbeihilfe.

Die SAMW beschäftigt sich seit Jahren intensiv mit Fragen der Sterbehilfe und hat dazu 2004 Richtlinien veröffentlicht. Sie hat nun die vorgeschlagene Neuregelung gründlich analysiert und ist dabei zum Schluss gekommen, dass beide Varianten abzulehnen sind. Für diesen Entscheid sind namentlich vier Gründe ausschlaggebend.

1. Die Suizidbeihilfe wird als ärztliche Tätigkeit institutionalisiert.

Mit der vorgeschlagenen Neuregelung würden Ärztinnen und Ärzte stärker als bisher in die Suizidbeihilfe involviert. Mit Variante 1 werden ihnen zusätzliche Aufgaben übertragen; zudem führt die Einschränkung der organisierten Suizidhilfe dazu, dass sich chronisch kranke Sterbewillige, die sich nicht unmittelbar am Lebensende befinden, mit ihrem Wunsch vermehrt an Ärzte wenden. Dadurch kann für die Ärzte ein Gewissenskonflikt entstehen: einerseits möchten sie leidende Patienten nicht im Stich lassen, andererseits widerspricht aber die Suizidbeihilfe den Zielen der Medizin, Leben zu erhalten und Leiden zu erleichtern.

2. Der Druck auf medizinische Institutionen, Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumlichkeiten zuzulassen, wird erhöht

Viele Menschen verbringen ihre letzte Lebensphase im Spital oder einem Pflegeheim. Mit der in Variante 1 gewählten Einschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das unmittelbare Lebensende würde der Druck auf diese Institutionen steigen, Sterbehilfeorganisationen in ihren Räumlichkeiten zuzulassen. Würden sie dies – wie meistens bis anhin – ablehnen, käme dies faktisch einem Verbot der organisierten Sterbehilfe gleich.

3. Die Beschränkung der organisierten Suizidbeihilfe auf das «unmittelbare Lebensende» ist untauglich.

Das «unmittelbare Lebensende» ist schwierig festzustellen; zudem widerspricht eine solche Beschränkung den Erwartungen weiter Teile der Bevölkerung.

4. Die vorgeschlagene Regelung ist leicht zu umgehen.

Beide Varianten lösen die Probleme der heutigen Situation letztlich nicht, da die vorgesehenen Einschränkungen leicht umgangen werden können: Die Regelungen richten sich nur an Organisationen, nicht an Einzelpersonen. Damit kann die Organisation Sterbewillige, welche die Voraussetzungen nicht erfüllen, an zugewandte Ärzte vermitteln, die durch die neue Regelung nicht gebunden sind.

Anstelle einer Regelung im Strafgesetzbuch schlägt die SAMW eine Aufsichtsgesetzgebung für Sterbehilfeorganisationen vor. Damit könnten diese einer Bewilligungspflicht unterstellt und die Einhaltung bestimmter Sorgfaltskriterien überprüft werden. Ein solches Aufsichtsgesetz sollte namentlich folgende Punkte regeln:

- Sorgfaltspflichten für Suizidhelfer, insbesondere sorgfältige Auswahl der Personen, adäquate Ausbildung sowie Supervision;
- Sorgfaltspflichten für Ärztinnen und Ärzte, welche mit Organisationen der Suizidbeihilfe zusammenarbeiten, insbesondere für Ärzte, welche das eingesetzte Medikament verschreiben;
- Transparenz bezüglich Geschäftsführung und Statistik.

Medientraining: Kursdaten für 2010

Der Schweizerischer Nationalfonds (SNF) und die Förderagentur für Innovation des Bundes (KTI) bieten auch dieses Jahr wieder Medientrainings für Forschende an, um den Dialog zwischen Wissenschaft und Medien zu fördern. Für 2010 sind drei Kurse auf Deutsch und zwei Kurse auf Französisch geplant.

Die deutschsprachigen Kurse werden vom MAZ, der Schweizer Journalistenschule in Luzern, angeboten. Für 2010 sind drei Kurse vorgesehen, am 22.–23. Januar, am 7.–8. Mai und am 8.–9. Oktober.

Informationen und Anmeldungen:
www.snf.ch/medientraining

Tage der Genforschung 2010

Die diesjährigen «Tage der Genforschung» stehen unter dem Motto «Eine Welt ohne Gentechnik. Was wäre wenn...?» und finden von Mitte April bis Ende Juni 2010 in der ganzen Schweiz statt.

Das Angebot beinhaltet Laborbesuche und -schnuppertage, Ausstellungen und Standaktionen, Schulbesuche mit Referaten & Diskussionen sowie Patenschaft für Maturaarbeiten. Vielerorts können Interessierte die Forschungslabors besuchen und selber einfache Experimente durchführen.

Das detaillierte Veranstaltungsprogramm ist ab Ende März beim Sekretariat oder im Internet verfügbar:

Sekretariat «Tage der Genforschung»,
c/o Gen Suisse, Postfach, 3000 Bern 14
Tel.: 031 356 73 84,
kontakt@gentage.ch, www.gentage.ch

Neues Leitbild der SAMW

Im Zusammenhang mit der Diskussion des neuen Mehrjahresprogramms 2012–2016 hat sich die SAMW ein neues Leitbild gegeben; es löst jenes aus dem Jahr 1998 ab. Der Senat hat das Leitbild an seiner Sitzung von Ende November 2009 verabschiedet.

Leitgedanken

Die Medizin vereinigt in sich das Wissen und die Fertigkeiten zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit sowie zur Krankheitserkennung und -behandlung und ist bestrebt, diese ständig weiter zu entwickeln. Die medizinischen Fachpersonen (Ärzte und Ärztinnen, Pflegende und weitere Gesundheitsfachleute) stellen den Menschen und seine gesundheitlichen Bedürfnisse ins Zentrum ihrer Aktivitäten. Sie richten ihr Handeln an wissenschaftlichen Erkenntnissen, an reflektiertem Erfahrungswissen und an ethischen Prinzipien aus. Die Medizin steht im Dialog mit dem gesellschaftlichen Umfeld und trägt neuen Entwicklungen Rechnung. Forschung ist unerlässlich, um Fortschritte bei Krankheitsverständnis, Prävention, Diagnose und Therapie zu erreichen und auf neue Herausforderungen angemessen reagieren zu können.

Ziele und Aufgaben*Medizin als Wissenschaft und Praxis*

Die SAMW unterstützt eine hohe Qualität der Medizin in all ihren Facetten. Die SAMW fördert den Nachwuchs, insbesondere in der medizinischen Forschung. Die SAMW setzt sich ein für die Früherkennung neuer wissenschaftlicher Entwicklungen in der Medizin und für die rasche Umsetzung gesicherter Erkenntnisse in die Praxis.

Medizin und Gesellschaft

Die SAMW nimmt eine führende Rolle wahr in der umfassenden Reflexion über die Zukunft der Medizin. Im Sinne der Früherkennung antizipiert sie mögliche Entwicklungen und deren Auswirkungen auf Individuen und Gesellschaft sowie auf die Medizin selbst. Die SAMW engagiert sich bei der Klärung ethischer Fragen im Zusammenhang mit neuen medizinischen Erkenntnissen; sie stellt ethische Richtlinien für die Praxis auf und setzt sich für deren Umsetzung ein. Die SAMW steht im Dialog mit der Gesellschaft: Sie nimmt Anliegen, Hinweise und Ängste aus der Bevölkerung auf, bemüht sich aktiv um Informationsvermittlung und steht für Experten- und Beratungstätigkeit zuhauenden von Politik und Behörden zur Verfügung.

Die SAMW als Teil der «Scientific Community»

Die Zusammenarbeit der SAMW mit den anderen Akademien ermöglicht die Bündelung der Kompetenzen und Synergien bei der Bearbeitung von Fragestellungen und Projekten in den Bereichen Früherkennung, Ethik und Dialog mit der Gesellschaft. Im Rahmen der Akademien der Wissenschaften Schweiz engagiert sich die SAMW in der Hochschul-, Wissenschafts- und Bildungspolitik. Die SAMW pflegt den internationalen Bezug durch aktive Mitarbeit und Mitgliedschaft in verschiedenen internationalen Organisationen.

GENERALSEKRETARIAT**«Leit-Ethikkommissionen»: es geht vorwärts**

Im Jahr 2000 hat die SAMW erstmals Repräsentanten von Ethikkommissionen und der damaligen IKS zu einem Treffen eingeladen, um Themen von gemeinsamem Interesse zu diskutieren. Dieses Treffen ist in der Zwischenzeit zu einer festen Institution geworden; gleichzeitig wurde der Kreis der Eingeladenen stetig erweitert. Am diesjährigen «Jubiläums»-Treffen am 27. Januar 2010 waren rund 60 TeilnehmerInnen anwesend, welche die Ethikkommissionen, Swissmedic, das Bundesamt für Gesundheit (BAG), den Schweizerischen Nationalfonds, die Swiss Clinical Trial Organisation (SCTO) und die CTUs, die SAKK, die SAMW und die forschende pharmazeutische Industrie vertraten.

Der erste Teil des Anlasses war wie üblich einem Schwerpunktthema gewidmet, nämlich «Koordination von Abläufen bei der Beurteilung von klinischen Versuchen: Was kann eine Leit-Ethikkommission leisten, und was nicht?». Einleitend formulierte Dr. Peter Kleist, Medical Director bei der GSK in Münchenbuchsee, die Erwartungen der ForscherInnen. Fürsprecher Michael Gerber vom BAG erläuterte anschliessend die Regelungen, welche das neue Gesetz über die Forschung am Menschen für die Beurteilung von Multizenterstudien vorsieht. Prof. Hans Kummer, ehemaliger Präsident der Ethikkommission beider Basel, informierte über die unterschiedlichen Lösungen in den umliegenden Ländern, und Prof. Gregor Schubiger, Präsident der Arbeitsgemeinschaft der Ethikkommissionen (AGEK) stellte das «AGEK-Modell» vor; dieses sieht vor, dass Multizenterstu-

dien – allerdings auf freiwilliger Basis – durch eine Leit-Ethikkommission beurteilt werden können. 2010 soll das Modell in einer Pilotphase überprüft und allenfalls angepasst werden. Im zweiten Teil des Treffens konnten die anwesenden Institutionen kurz über ihre aktuellen Aktivitäten und über ihre Anliegen berichten. Die Präsentationen zu all diesen Referaten sind auf der SAMW-Website (in einer Box auf der Seite «News») abrufbar. Es ist geplant, das bisherige «Treffen der Repräsentanten von Institutionen im Bereich klinische Versuche» in einen «Nationalen Tag der klinischen Forschung» überzuführen; dieser wird weiterhin am letzten Januar-Mittwoch stattfinden und neu von der SAMW und der SCTO gemeinsam organisiert.

Ausschreibung KZS-Fonds

Die SAMW stellt aus dem Käthe-Zingg-Schwichtenberg-Fonds Mittel zur Verfügung für die Förderung von Forschungsprojekten auf dem Gebiet der medizinischen Ethik sowie für Startbeihilfen bei neuartigen wissenschaftlichen Projekten, für welche noch keine etablierten anderweitigen Förderungsmöglichkeiten bestehen.

Für das Jahr 2010 werden aus diesem Fonds Fr. 250 000.– ausgeschüttet.

Bewerbungen für diese Forschungsbeiträge können in deutscher, französischer oder englischer Sprache eingereicht werden. Pro Gesuch werden maximal Fr. 60 000.– zugesprochen. Gesuchsformulare können über die Homepage der SAMW (www.samw.ch → Forschung) heruntergeladen werden.

Eingabefrist für Gesuche ist der 31. März 2010.

Robert-Bing-Preis 2010 für Matthew E. Larkum und Thomas Nyffeler

Robert Bing (1878–1956), Professor für Neurologie in Basel, hat testamentarisch einen Preis gestiftet für «Autoren hervorragender Arbeiten, welche Erkennung, Behandlung und Heilung der Nervenkrankheiten gefördert haben», um diese zu weiterer Forschung zu ermutigen.

Der Robert-Bing-Preis 2010 in der Höhe von Fr. 60 000.– geht zu gleichen Teilen an den Grundlagenwissenschaftler Matthew E. Larkum vom Institut für Physiologie der Universität Bern und an den Klinischen Forscher Thomas Nyffeler von der Neurologischen Klinik des Inselspitals Bern.

Matthew E. Larkum (geb. 1967) ist englisch/australischer Doppelbürger und absolvierte seinen Bachelor in Physiologie an der Universität in Sydney, bevor er in die Schweiz übersiedelte und über die Signalverarbeitung in den Nervenzellen des Rückenmarks promovierte. Nach einem sechsjährigen Aufenthalt am Max-Planck-Institut in Heidelberg erhielt er im Jahr 2004 eine SNF-Förderprofessur am Institut für Physiologie der Uni Bern. Im Fokus seiner Forschung stehen die Dendriten der Nervenzellen im Neocortex, für deren Untersuchung er die elektrophysiologischen und bildgebenden Verfahren weiterentwickelte und perfektionierte.

Thomas Nyffeler (geb. 1969) hat in Bern Humanmedizin studiert, ist seit 2007 Facharzt für Neurologie und arbeitet als leitender Arzt am Inselspital in Bern. Seine wissenschaftliche Tätigkeit gilt schwerpunktmäßig der Erforschung der transkraniellen Magnetstimulation bei hirnverletzten Patienten. Durch die Anwendung einer von ihm weiterentwickelten Applikationsform der Stimulation ist es ihm gelungen, die Aufmerksamkeitsfunktion von hirngeschädigten Patienten positiv zu beeinflussen, was eine Verbesserung der Neurorehabilitation erhoffen lässt.

Der Robert-Bing-Preis 2010 wird an der Jahrestagung der Swiss Society for Neuroscience am 13. März 2010 an der EPFL in Lausanne überreicht.



Matthew E. Larkum



Thomas Nyffeler

Vergabungen aus dem Alzheimer- und Depressionsfonds (A&D-Fonds)

1997 erhielt die SAMW einen Nachlass mit der Bestimmung, Forschungsprojekte im Bereich Alzheimer-Krankheit und Depression zu unterstützen. Dieser A&D-Fonds wurde 2009 zum letzten Mal ausgeschrieben; insgesamt sind 18 Gesuche mit einer Gesamtgesuchssumme von Fr. 1 021 904.– eingegangen. An ihrer Sitzung vom 19. November 2009 hat die Evaluationskommission nach sorgfältiger Prüfung fünf Projekten Beiträge zugesprochen.

Irene Knuesel, Institut für Pharmakologie und Toxikologie, Universität Zürich
Immunomodulation of Reelin-mediated Signaling and its Impact on the Etiology of Sporadic Alzheimer's Disease CHF 40 000.–

Anna Maria Calella, Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich
Role of the Prion Protein in Alzheimer's Disease CHF 20 000.–

Patrik Vuilleumier, Département Neurosciences, Centre Médical Universitaire, Genf
Exploration and prediction of mood fluctuations in bipolar affective disorders using longitudinal assessment with functional brain imaging CHF 20 000.–

Simone Hornemann, Institut für Neuropathologie, UniversitätsSpital Zürich
Understanding the molecular mechanisms of Alzheimer's disease for the development of novel diagnostic and therapeutic strategies CHF 20 000.–

Edith Holsboer-Trachsler, Abt. für Depressionsforschung, Psychiatrische Universitätsklinik Basel
Biomarkers and treatment guidance in depression: Endophenotyping from cells, to systems, to behaviour CHF 20 000.–

Clinical Research Cooperations with Developing Countries

Um Forschungspartnerschaften zwischen der Schweiz und Entwicklungsländern zu fördern, vergibt die SAMW gemeinsam mit der Velux Stiftung seit 2005 Starthilfe in Form von «Seed-Money» für Pilotprojekte im Bereich Klinische Forschung. Auf den dritten «Call for Proposals» sind insgesamt 14 Gesuche für Projektzusammenarbeiten mit südamerikanischen, afrikanischen und asiatischen Ländern eingegangen. Die Expertenkommission hat nach sorgfältiger Evaluation vier Gesuchen Unterstützung von je Fr. 15 000.– zugesprochen.

Gulam Musawwir Khan, Bangladesh & Gerd Pluschke, Switzerland (Basel)
Evaluation of urine based Mediated Isothermal Amplification (LAMP) for rapid and non-invasive diagnosis and post treatment monitoring of Visceral Leishmaniasis in Bangladesh CHF 15 000.–

Dominique Mupepe / Jean Pierre Fina Lubaki / JR M'Buyamba-Kabangu, DR of Congo & Johannes Blum, Switzerland (Basel)
Optimised approach for treating arterial hypertension in the DR of Congo CHF 15 000.–

Mohammad Shafiul Alam, Bangladesh & Ingrid Felger, Switzerland (Basel)
Allelic diversity in MSP1 and MSP2 gene of Plasmodium falciparum from malaria patients in Bangladesh CHF 15 000.–

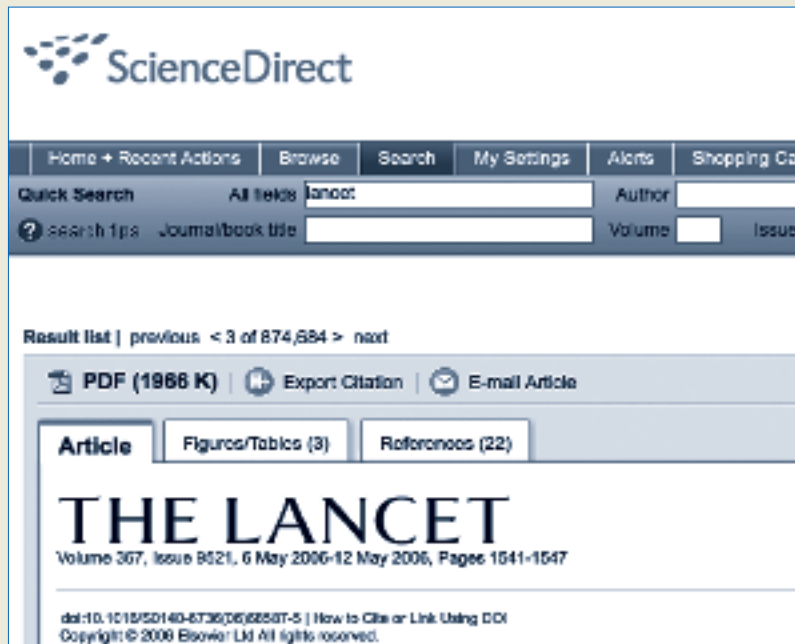
Hassem Ghannem, Tunisia & Slim Slama, Switzerland (Geneva)
Healthy School Lifestyle Initiative to Prevent Chronic Diseases in Sousse, Tunisia CHF 15 000.–

Die SAMW setzt sich für einen erleichterten Zugang zu medizinischer Fachliteratur ein

Trotz Erfolgen der «Open Access»-Bewegung ist immer noch der Grossteil der aktuellen medizinischen Literatur den Abonnenten bzw. Lizenz-Zahlenden vorbehalten. In ihrem Positionspapier «Medizin als Wissenschaft» von 2009 fordert die SAMW, dass jungen Ärztinnen und Ärzten während der Weiterbildung der Kontakt zur Wissenschaft ermöglicht wird. Nicht nur die ÄrztInnen in den Universitätsspitalern, sondern auch solche in anderen Spitälern oder in der Praxis sollten ihre Patienten auf der Basis der aktuellsten zur Verfügung stehenden Daten – im Sinne der «evidence-based medicine» – versorgen. Dafür braucht es den Zugriff zu relevanten Fachjournals und Datenbanken. Die Kommission Biomedizinische Bibliotheken der SAMW hat Anfang 2009 angeregt, dieses Thema aufzugreifen; sie hat dazu eine schweizweite Untersuchung an nicht-universitären Spitälern durchgeführt. Diese hat gezeigt, dass an vielen Spitälern nur ein beschränkter Zugang zu wissenschaftlicher Literatur vorhanden ist und massgeblich davon abhängt, wie viel die Spitäler bereit sind, für Lizenzen auszugeben. Alle angefragten Spitäler haben ihr Interesse an einer nationalen Lösung angemeldet. Um mögliche Lösungsansätze mit den verschiedenen Interessensvertretern zu diskutieren, hat die Kommission am 21. Januar 2010 zu einem Workshop «Erleichterter Zugang zu medizinischer Fachliteratur» geladen, an dem die aktuelle Situation gemeinsam analysiert und evaluiert werden sollte. Ein Arzt, ein Bibliothekar und ein Verleger beleuchteten den Literaturzugang für Ärztinnen und Ärzte an nicht-universitären Spitälern. Anschliessend zeigten zwei Referate auf, wie die Problematik in den Niederlanden von Seiten der Universität und der Spitäler in den letzten Jahren angegangen wurde.

Gefragt ist ein schneller und unkomplizierter Zugriff

Dass das Lesen von Primärliteratur für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung essentiell ist, darin waren sich die Anwesenden einig. Vor allem in den kleineren und mittleren Spitälern kommt es vielerorts zu Engpässen, was die Literaturversorgung angeht. Angesichts der Tatsache, dass in diesen Spitälern 3000 der insgesamt 9000 Weiterbildungsstellen in der Schweiz lokalisiert sind, ist Handlungsbedarf dringend angesagt. Die Erfahrung zeigt, dass Fachliteratur heutzutage vom Arbeitsplatz aus, ohne grossen Aufwand und nach Möglichkeit elektronisch zugänglich sein muss; für den Weg in die Bibliotheken haben die Ärzte heute keine Zeit mehr. Die BibliothekarInnen wissen jedoch, wie viel Aufwand es bedeutet, eine sogenannte e-Bibliothek zu unterhalten: Lizenzverträge auszuhandeln, elektronische Datenbanken auf dem neuesten Stand zu hal-



Für lizenzierte Literaturpakete stehen bereits benutzerfreundliche Online-Portale zur Verfügung.

ten und den technischen Support für die Nutzer zu gewährleisten. Viele Bibliotheken von kleineren Spitälern können sich diesen Aufwand gar nicht leisten. Konsortialverträge und der Zusammenschluss von einzelnen Spitälern zu Netzwerken sind Lösungsansätze, welche bereits einige Spitäler anstreuen. So bietet beispielsweise das Swissconsortium, ein Notfor-Profit Kompetenzzentrum, ausgehend von der Bibliothek der Solothurner Spitäler, das Betreiben einer professionellen e-Bibliothek als Dienstleistung für andere Spitäler an; EDV-Lösungen, Lizenzverhandlungen und Kundenbetreuung sind dabei inbegriffen.

Ein Problem, dem auch das Konsortium der Schweizerischen Hochschulbibliotheken immer wieder begegnet, sind die Lizenz-Konditionen der Verlage: So bieten die meisten Verlage ihre Zeitschriften nicht in Einzel-Abonnements an, sondern nur als Gesamtpaket. Der Preis pro Titel ist somit zwar günstiger, aber oftmals wird ein Grossteil der im Paket enthaltenen Titel gar nicht gelesen, und die Kosten für die Pakete sind hoch.

«Please enter username and password»

Die Verlage stehen der verbesserten Versorgung mit elektronischen Zeitschriften grundsätzlich offen gegenüber, machen jedoch auch klar, dass sie kommerziell ausgerichtet sind und dass das Geschäft mit der Fachliteratur für die Verlage rentabel sein muss. Von Seiten der Mediziner wurde Unverständnis darüber signalisiert, dass sie für den Zugang zu Forschungsdaten teuer bezahlen müssen, obgleich sie es

sind, welche diese Inhalte mit ihrer Forschung generieren. Zudem kostet das Publizieren den Forscher pro Publikation mehrere hundert bis mehrere tausend Franken. Der Schweizerische Nationalfonds betrachtet den «Open Access»-Ansatz als beste Lösung für einen gerechten Zugang zu Fachliteratur; Zukünftige Projektgelder sollen die Publikationskosten in einem «Open Access»-Journal mit abdecken, so dass der Zugang zu diesen Daten für die wissenschaftliche Gemeinde kostenlos ist.

Die Bedürfnisse müssen koordiniert und verhandelt werden

Doch bis es soweit ist, wird noch einige Zeit vergehen. In den Niederlanden haben sich im Laufe der letzten Jahre zwei Modelle etabliert: einerseits das Angebot einer Universitätsbibliothek, welches kleineren Spitälern ermöglicht, sich an den Lizenz-Paketen der Unibibliothek zu beteiligen, andererseits ein Spitalnetzwerk, welches mit den Verlagen eine individuelle Zusammenstellung von Journalen nach den Bedürfnissen der Spitäler ausgehandelt hat. Zwar müssen bei beiden Lösungen Kompromisse gemacht werden, finanziell rentieren sich jedoch – je nach Grösse des angeschlossenen Spitals – beide Modelle.

Ein möglicher Lösungsansatz für die Schweiz wäre die Schaffung eines Zwischengremiums, welches die Literatur-Bedürfnisse der Spitäler schweizweit koordiniert und auf konsortialer Ebene mit den Verlagen Verträge aushandelt. Dieses Modell könnte durch gezielte Subventionen von Seiten des Bundes, aber auch von Seiten der Spitäler gefördert werden. Die Kommission der Biomedizinischen Bibliotheken der SAMW wird das Thema an ihren nächsten Sitzungen weiter behandeln.

