

P514665: 1994



---

Schweizerische Akademie  
der Medizinischen Wissenschaften

J A H R E S B E R I C H T 1 9 9 4

---

Académie Suisse  
des Sciences Médicales

R A P P O R T A N N U E L 1 9 9 4

---

Accademia Svizzera  
delle Science Mediche

R A P P O R T O A N N U A L E 1 9 9 4

---

Swiss Academy  
of Medical Sciences

A N N U A L R E P O R T 1 9 9 4

ETHICS ETH-BIB



00100002729500



---

Jahresbericht 1994  
Rapport annuel 1994  
Rapporto annuale 1994  
Annual report 1994

---

Der Einfachheit halber gilt in diesem Bericht die männliche Bezeichnung  
durchwegs für beide Geschlechter.



Herausgeber: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Petersplatz 13  
CH-4051 Basel

Druck: Schwabe & Co. AG, Basel/Muttenz

© SAMW / ASSM 1995

# Inhalt

---

## Allgemeiner Teil

I. Bericht des Präsidenten .....	7
II. Gremien	
1. Senat und Vorstand .....	11
2. Nominations-Kommission .....	14
III. Tätigkeiten	
1. Forschungsförderung	
– Expertenkommission des interuniversitären MD-PhD- Programms .....	17
– Begutachtungskommission für Zuwendungen .....	20
– Kommission Forschung und Entwicklung in angewandter Medizin .....	21
– Forschungskommission für den Schweizerischen National- fonds .....	26
– Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien .....	27
– Jubiläumsstiftung der Schweizerischen Lebens- versicherungs- und Rentenanstalt .....	32
– Begutachtungskommission für den Robert Bing-Preis ....	33
– Begutachtungskommission für den Théodore Ott-Fonds ..	34
– Chorafas-Preis-Kommission .....	35
2. Beratung und Dienstleistungen	
– Zentrale Ethische Kommission .....	36
– Überregionale Ethische Kommission für Klinische Forschung (UREK/CES) .....	41
– Ethik-Kommission für Tierversuche .....	42
– Dokumentationsdienst (DOKDI) .....	43
– Kommission der biomedizinischen Bibliotheken .....	45
– Kommission Weiterbildung zum Laborleiter .....	45
– Fluor- und Jodkommission .....	47

## Inhalt

---

3. CASS .....	49
IV. Jahresrechnungen und Budget .....	55
V. Donatoren .....	65
 <b>Spezieller Teil</b>	
I. SAMW-Mehrjahresprogramm 1996–1999 .....	69
II. Gründung des Kollegiums Hausarztmedizin / Schweizerische Stiftung zur Förderung der medizinischen Grundversorgung; Collège suisse de médecine de premier recours .....	99
III. Verleihung des Bing-Preises 1994 .....	103
 <b>IV. SAMW-Symposium 1994</b>	
<b>«Migrations Medizin: Praxis und Forschung in der Schweiz» «La médecine des migrants: médecine appliquée et recherches en Suisse»</b>	
Inhaltsverzeichnis .....	120
1. Einleitung, J. Gelzer .....	122
2. Eröffnungsansprache, A. F. Müller .....	124
3. Programm .....	125
4. Eröffnungsreferat .....	128
5. Zusammenfassungen der Vorträge .....	136
6. Appendix: Begriffsbestimmungen .....	158
7. Kurzbericht über Symposium, J. P. Kalbermatten (aus SÄZ 75, 1978–1979, 1994) .....	160

V. Öffentlichkeitsarbeiten	
1. Arbeitsgruppe Medien / Information .....	163
2. Broschüre Gentechnologie, 2. Auflage .....	163
3. Diverses .....	163
VI. Publikationen und Mitteilungen der SAMW 1994 .....	165





# I. Rapport du Président

---

Si l'année 1993 a été marquée par la fête du 50<sup>e</sup> anniversaire de l'Académie Suisse des Sciences Médicales, l'activité de l'année écoulée fut riche et diversifiée sur plusieurs plans. L'ensemble des implications de l'Académie dans les domaines les plus variés ne cesse d'augmenter. Nous ne pouvons que nous féliciter de cette évolution, même si les capacités de notre structure, basée sur le système des milices, se voient quelque peu malmenées par ce surcroît de travail.

L'importance croissante que prennent les problèmes liés à la santé, dans le sens le plus général du terme, dans notre société de consommation n'est ni surprenante, ni étonnante. Les progrès constants et dans une certaine mesure toujours accélérés, réalisés en recherches médicales ne sont pas étrangers à cette évolution. Si, d'une part, il faut reconnaître que certaines réalisations scientifiques posent des problèmes de société et appellent des réflexions d'ordre éthique, il faut d'autre part se garder de vouloir les régler trop vite et surtout d'une manière trop restrictive avant d'en connaître la réelle portée. L'importance d'un organe indépendant de réflexion, de pondération et de consultation s'impose. Pourquoi l'Académie des Sciences Médicales avec ses commissions consultatives ne pourrait-elle pas remplir cette mission? Depuis des années, elle se préoccupe de ces problèmes, est en contact étroit avec le corps médical et les milieux scientifiques et cherche activement le dialogue avec les organismes concernés. La complexité croissante des problèmes éthiques liés aux progrès et réalisations scientifiques nécessite une collaboration franche et active.

Le travail accompli pendant des années par notre commission centrale d'éthique et surtout par les différentes sous-commissions illustre très clairement le résultat d'une telle collaboration interdisciplinaire. L'élaboration des directives en soi résulte déjà d'un travail en commun très intense, mais il s'est avéré que leur révision, leur mise à jour n'en sont pas moins complexes, complexité qui résulte des progrès scientifiques constants dont la traduction se trouve sous forme de nouveautés diagnostiques et thérapeutiques. Le travail constant de révision de toutes nos directives au cours des années montre clairement combien il faut être prudent dans l'appréciation, l'évaluation et l'application de tout progrès scientifique. Toute attitude trop catégorique ou doctrinaire aurait de fâcheuses répercussions en pratique médicale, donc pour le bien-être des malades. Afin

## I. Rapport du président

---

d'être mieux renseignée et conseillée, la commission centrale a décidé de créer trois nouvelles sub-commissions dans des domaines de pointe, tels que la thérapie génique, les soins intensifs et les recherches sur l'être humain.

La commission éthique suprarégionale (CES) a vu son activité en constante augmentation au cours de l'année écoulée. Le travail se déroule d'une manière très expéditive pour autant que les requérants mettent à disposition toute la documentation nécessaire. Le problème principal avec lequel la CES va se voir confronté est bien entendu la nouvelle réorganisation de l'OICM au cours des années prochaines.

La commission qui se préoccupe de l'éthique dans l'expérimentation animale, bien qu'ayant terminé les nouvelles directives en 1993, se voit déjà contrainte d'engager une réflexion sur le thème «Würde der Kreatur». C'est l'article 24<sup>novies</sup>, nouvellement introduit dans la constitution fédérale, qui mentionne ce terme «Würde der Kreatur» pour la première fois.

Comme chaque année, la commission «Recherches et réalisations en médecine appliquée» s'est vue confrontée à une série de requêtes intéressantes auxquelles elle a pu allouer des subsides. Elle se promet aussi un enrichissement de son activité grâce au «Kollegium für Hausarztmedizin» (Collège de Médecine de premier recours), nouvellement créé avec l'appui, entre autre, de l'Académie. On assiste progressivement chez les praticiens à la conception de la «peer review» comme moyen d'évaluation et aussi comme contrôle de qualité, enjeu capital pour l'ensemble du corps médical.

La commission responsable du contrôle de la mise en circulation du sel iodé et/ou fluoré a vu son intervention couronnée par une reprise substantielle de la vente du sel iodé et fluoré en 1994 par rapport à l'année précédente. Cet exemple montre clairement l'importance d'un contrôle régulier de toute mesure de prévention, car en médecine préventive, rien n'est jamais acquis définitivement sans rappels répétitifs.

Le service de documentation DOKDI a réalisé avec succès sa participation aux différents réseaux dont en particulier Internet. Le budget a pu être respecté dans les meilleures conditions.

En matière de relève, l'Académie participe activement à la Fondation Suisse de Bourses en Médecine et Biologie. La contribution de cette Fondation à notre relève est capitale. Le travail de sélection auquel ses membres sont astreints est considérable et mérite notre profonde admiration.

Le programme inter-universitaire MD-PhD continue avec succès; en 1994, 11 candidats émanant des 5 Facultés de Médecine ont pu être subventionnés, chacun pour une période de 3 ans, ce qui représente un engagement financier supplémentaire de 1,65 millions!

L'année 1994 était une année particulière dans le sens que nous avons dû préparer le plan pluriannuel pour la période de subventionnement 1996-1999. Les directives fédérales permettant une augmentation globale, inflation y comprise, de 3,5% semblaient quelque peu optimiste. En effet, en fin d'année les allocations prévues par le Conseil fédéral s'avéraient bien inférieures. C'est aux Chambres fédérales, au cours de l'année 1995, d'arrêter le montant définitif des subventions. Le plan que nous avons soumis ne présente guère de modifications par rapport à la période précédente, ce qui devrait nous permettre, malgré les réductions, de mener à chef nos projets et missions.

Au cours de l'année 1994, grâce à la collaboration du Dr h.c. C. Grassi, nous avons eu la possibilité de rencontrer au cours de deux sessions des Chambres fédérales des parlementaires. Nos discussions ont surtout porté sur des problèmes éthiques, financiers et de recherche clinique. Certes, des contacts épisodiques avec le monde politique sont d'une grande nécessité.

En novembre, l'Académie a eu le privilège de décerner le prix Bing lors d'un symposium à Fribourg. Un compte rendu de cette cérémonie se trouve dans la seconde partie du rapport annuel.

Quant au comité de sélection du prix Chorafas, il a transmis le résultat de ses délibérations à la Conférence des Académies (CASS).

Le rapprochement des 4 académies scientifiques suisses s'est encore davantage réalisé au cours de l'année écoulée. Les académies ont présenté ensemble leurs programmes pluriannuels avec un budget unique. Elles ont rédigé ensemble leur réponse au Département de l'intérieur concernant la nouvelle maturité. Les discussions entre les différents partenaires se déroulent dans une ambiance agréable et constructive et dans un esprit de collaboration.

En octobre, l'Académie a organisé son symposium sur la Médecine des migrants à Interlaken. Environ 60 participants étaient présents et un échange très actif pendant les conférences et les ateliers a pu être réalisé. Un exposé spécial se trouve dans la deuxième partie de ce rapport.

Lors de la séance du Sénat en juin 1994, nous avons eu le plaisir et le privilège de conférer au Professeur Hans-Rudolf Marti, d'Aarau, ancien secrétaire général de notre Académie et rédacteur de la Festschrift à l'oc-

## I. Rapport du président

---

casation du jubilé, le titre de membre d'Honneur. Nous le félicitons vivement de cette distinction amplement méritée.

Malheureusement, au cours de l'année 1994, l'Académie a perdu un de ses membres éminent, le Professeur René S. Mach, ancien Président et membre d'Honneur. Le Professeur Mach a été un interniste de renom, avec un intérêt spécial pour la néphrologie et l'endocrinologie. Il a marqué des générations d'élèves et il a été internationalement reconnu. Son nom reste définitivement attaché à la Médecine Suisse.

Au terme de ce rapport, je me dois d'exprimer mes plus vifs remerciements au Docteur J. Gelzer, secrétaire général. C'est lui qui préside aux destinées de notre Académie. Il remplit sa tâche, jour après jour, avec compétence et toujours avec un brin d'humour, ce qui rend la collaboration si excellente et si efficace. Heureusement, nous pouvons également compter sur un secrétariat très performant sous la haute direction, aussi efficace qu'agréable, de Mme M. Borer. Nous leur devons une très grande reconnaissance.

J'aimerais également remercier mes collègues du bureau et du comité, ainsi que les présidents et membres de nos nombreuses commissions, qui font le travail substantiel de notre Académie et contribuent ainsi à son rayonnement.

A la fin de l'année, le Dr H. R. Sahli quitte ses fonctions de président de la Fédération des Médecins Suisses, ainsi nous perdons également sa collaboration au sein de notre comité. Nous le remercions vivement de ses contributions et de son aide et lui souhaitons une excellente et heureuse retraite.

Pour finir, un mot de reconnaissance à tous nos donateurs privés qui année après année nous soutiennent efficacement. Leur aide est très précieuse. Nos remerciements vont aussi à la Confédération qui nous soutient par l'intermédiaire du BBW, que son directeur soit chaleureusement remercié de sa collaboration active et bienveillante.

A. F. Muller

## II. Gremien

---

### 1. Senat und Vorstand

Der Senat trat am 2. Juni 1994 zu seiner 118. Sitzung in Basel zusammen. Im Berichtsjahr war die Zusammensetzung wie folgt:

#### 1. Ehren-, Einzel- und Korrespondierende Mitglieder des Senats

##### 1.1 Ehrenmitglieder

Prof. Th. Reichstein, Basel, Prof. R. Geigy, Basel, Dr. R. Käppeli, Riehen,  
Prof. A. Pletscher, Basel, Sir G. Wolstenholme, London, Prof. R. S. Mach, Genf,  
† 28. 9. 1994, Prof. H. Schultz, Thun, Prof. E. Lüscher, Bern,  
Prof. R. Oberholzer, Riehen, Prof. B. Courvoisier, Genf,  
Prof. J. Lindenmann, Zürich, Prof. H. R. Marti, Aarau

##### 1.2 Einzelmitglieder

Prof. R. Froesch, Zürich, Prof. E. R. Weibel, Bern, Prof. H. Diggelmann, Epalinges,  
Prof. B. Hirt, Epalinges, Prof. B. F. Mach, Genf

##### 1.3 Korrespondierende Mitglieder

Prof. P. R. Lichtlen, Hannover, BRD, Prof. E. Suter, Gainesville, FLA, USA,  
Prof. P. Galletti, Providence, RI, USA, Prof. R. Schmid, San Francisco, CA, USA

### 2. Vorstand

Prof. A. F. Muller, Genf, Präsident  
Prof. M. W. Hess, Bern, Vizepräsident  
Dr. J. Gelzer, Basel, Generalsekretär (ohne Amtszeitbeschränkung)  
Prof. F. R. Bühler, Basel, Quästor (ohne Amtszeitbeschränkung)  
Prof. P. Buri, Genf  
Prof. H. Fleisch, Bern, Präsident Kuratorium DOKDI (ohne Amtszeit-  
beschränkung)  
Prof. J.-M. Matthieu, Lausanne  
Prof. G. Noseda, Mendrisio  
Dr. H. R. Sahlh, Fahrni, bis 31. 12. 1994  
Prof. H. Stalder, Genf  
Prof. R. Zinkernagel, Zürich, ab 2. 6. 1994

## II. Gremien

---

### 3. Vertreter der Fakultäten, Gesellschaften und Institutionen

#### 3.1 *Vertreter der medizinischen Fakultäten*

Basel:	Prof. Dr. O. Gratzl Prof. Dr. J. Th. Lambrecht Prof. A. Probst Prof. Dr. G. Rutishauser
Bern:	Prof. Dr. U. Althaus Prof. Dr. U. Boschung Prof. Dr. A. H. Geering Prof. Dr. M. W. Hess
Genf:	Prof. A. Haynal Prof. J. Holz Prof. H. Stalder Prof. M. Vallotton
Lausanne:	Prof. Dr. C. Bron Prof. Dr. P. de Grandi Prof. Dr. P. Magistretti Prof. Dr. J.-M. Matthieu
Zürich:	Prof. Dr. J. Angst Prof. Dr. B. Gloor Prof. Dr. W. Schmid Prof. Dr. A. Schreiber

#### 3.2 *Vertreter der veterinärmedizinischen Fakultäten*

Bern:	Prof. Dr. J. Nicolet Prof. Dr. M. Vandavelde
Zürich:	PD Dr. F. Althaus Prof. Dr. C. C. Kuenzle

#### 3.3 *Vertreter der mathematisch-naturwissenschaftlichen Fakultät der Universität Fribourg*

Prof. Dr. M. Celio  
Prof. Dr. G. Rager

#### 3.4 *Vertreter der Verbindung der Schweizer Ärzte*

Dr. F. Collart, Genf, bis 31. 12. 1994  
Dr. J.-P. de Kalbermatten, Sitten  
Dr. C. Frey, Bern, bis 31. 12. 1994  
Dr. B. Friolet, Delémont  
Prof. Dr. H. Kummer, Bruderholz  
Dr. H.-R. Sahli, Fahrni, bis 31. 12. 1994  
Dr. R. Salzberg, Birsfelden  
Dr. A. Schillig, Schiers, bis 31. 12. 1994  
PD Dr. H. K. Streuli, Aarau

3.5 *Vertreter der Spezialistengesellschaften*

Prof. Dr. P. Frick, Zürich  
Schweiz. Gesellschaft für Innere Medizin

Prof. J. Landmann, Basel, † 19. 7. 1994  
Schweiz. Gesellschaft für Chirurgie

Dr. Hj. Welte, Lausanne  
Schweiz. Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe

Prof. Dr. R. Largo, Zürich  
Schweiz. Gesellschaft für Pädiatrie

Prof. R. Probst, Basel  
Schweiz. Gesellschaft für Otolaryngologie

Prof. Dr. F. Ferrero, Lausanne  
Schweiz. Gesellschaft für Psychiatrie

Prof. Dr. H. Moser, Bern  
Schweiz. Gesellschaft für Medizinische Genetik

Prof. J. Nicolet, Bern  
Schweiz. Gesellschaft für Mikrobiologie

3.6 *Vertreter der Schweizerischen Zahnärzte-Gesellschaft*

Prof. Dr. Ph. de Crousaz, Lausanne

3.7 *Vertreter des Schweizerischen Apothekervereins*

Prof. Dr. P. Buri, Genf

3.8 *Vertreter der Gesellschaft Schweizerischer Tierärzte*

Prof. P. Rüschi, Zürich, ab 1. 1. 1994

3.9 *Vertreter der Union Schweiz. Gesellschaften  
für Experimentelle Biologie*

Prof. K. Winterhalter

3.10 *Vertreter des Bundesamtes für Gesundheitswesen*

Prof. Th. B. Zeltner, Bern

## II. Gremien

---

### 3.11 Vertreter des Bundesamtes für Veterinärwesen

Prof. U. Kihm, Bern

### 3.12 Vertreter der Schweiz. Akademie der Naturwissenschaften (SANW)

Prof. Dr. T. A. Freyvogel, Basel  
Prof. Dr. P. Walter, Basel

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

Prof. P. Dasen, Genf  
Prof. C. Pfaff, Muntelier

### 3.14 Vertreter der Schweiz. Akademie der Technischen Wissenschaften (SATW)

Dr. C. Reinke, Basel  
Dr. R. Saemann, Basel

## 2. Nominations-Kommission

Anlässlich der 117. Senatssitzung wurden die Mitglieder zur Nennung von Kandidaten für eine Einzel-, Korrespondierende oder Ehrenmitgliedschaft aufgefordert. Nach Sichtung der Vorschläge stellte die Nominations-Kommission in ihrer Sitzung vom 11. März 1994 in Bern eine Vorschlags-Liste zuhanden des Senats zusammen. Dieser wählte am 2. Juni 1994:

als *Ehrenmitglied*:

Prof. Dr. med. Hans Rudolf Marti, Aarau

als *Einzelmitglieder*:

Prof. Dr. Heidi Diggelmann, Lausanne

Prof. Bernhard Hirt, Epalinges

Prof. Bernard F. Mach, Genève



als *Korrespondierende Mitglieder*:

Prof. Pierre-Marie Galetti, Providence, R.I., USA

Prof. Rudi Schmid, San Francisco, CA, USA

W. H. Hitzig

*Mitglieder der Kommission:*

Prof. W. H. Hitzig, Zürich, Präsident

Prof. J.-Ch. Cerottini, Lausanne

Dr. J. Gelzer, Basel

Prof. M. Hess, Bern

Dr. J.-P. de Kalbermatten, Sion

Prof. H. Stalder, Genève



### III. Tätigkeiten

---

#### 1. Forschungsförderung

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

##### 1. Einleitung

Im dritten Jahr des Bestehens des MD-PhD-Stipendienprogramms der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) und des von ihr ins Leben gerufenen Stiftungsverbundes hat sich das komplexe Zusammenwirken zwischen den zuständigen Instanzen der fünf beteiligten Universitäten, der SAMW, den verschiedenen beteiligten Stiftungen und der gesamtschweizerischen Expertenkommission erfreulich gut eingespielt, wenn auch Missverständnisse und Reibungen nach wie vor vorkommen.

Dabei hat sich besonders die Bereitschaft der SAMW und ihres Generalsekretärs zur Übernahme der Aufgabe der zentralen Koordination und der Funktion als zentrale Kontaktstelle für alle beteiligten Personen und Institutionen als wertvoll erwiesen, kommt doch in einem derart komplexen System der Kontinuität der Information und – vor allem – ihrer inhaltlichen Einheitlichkeit enorme Bedeutung zu.

##### 2. Ausschreibung/Evaluation

###### 2.1. Kandidaten und Zusprachen 1994

Nach der ordnungsgemässen Ausschreibung (Anmeldeschluss bei den fakultären Instanzen 15. April 1994) wurden der Expertenkommission erstmals von allen fünf medizinischen Fakultäten insgesamt 12 Kandidaten zur abschliessenden Evaluation und Zuteilung an die beteiligten Stiftungen gemeldet.

Die Prüfung dieser Bewerbungen zeigte, dass die Qualität der Kandidaten und der von ihnen vorgesehenen Programme gegenüber den Vorjahren besser und – wohl als Folge der Gewöhnung der universitären Selektionsorgane – deutlich homogener geworden ist.

Dies hatte zur Folge, dass von den 12 angemeldeten Kandidaten 11

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

---

akzeptiert werden konnten. Die einzige Ablehnung erfolgte zudem nicht wegen ungenügender Qualität von Bewerber oder Programm, sondern weil die Kommission das vorgelegte Programm eher als eine Weiterführung klinisch-wissenschaftlicher Aktivität im Hinblick auf eine Habilitation verstand, während die unabdingbare Komponente der grundlagenwissenschaftlichen Zusatzausbildung praktisch völlig fehlte. Die 12 Kandidaten verteilten sich wie folgt auf die fünf Fakultäten:

- Basel            3 (1 Ablehnung)
- Bern            2
- Genève        3
- Lausanne      1
- Zürich         3

#### 2.2. Anmerkungen zur Ausschreibung/Evaluation

Die Erfahrungen der drei ersten Jahre führten die Expertenkommission dazu, im Einklang mit den fakultären Instanzen und der SAMW, die Zeit für die Ausschreibung und die fakultäre Evaluation im Interesse einer besseren Vor-Information der potentiellen Bewerber und einer ausführlicheren fakultären Evaluation zu erstrecken. Dementsprechend erfolgte die Ausschreibung des Programms für die Kampagne 1995 bereits zu Beginn des Wintersemesters 1994/95, während der Anmeldestermin für 1995 von April auf Ende Januar vorverlegt wurde.

Gleichzeitig wurde im Interesse einer Verbesserung der Objektivität der Beurteilung der Bewerber beschlossen, die Evaluation durch die Expertenkommission ab 1995 in der Form eines persönlichen Interviews mit Vorstellung von Plänen und Dissertationsprojekt durchzuführen.

#### 3. *Stiftungsverbund*

Dank den intensiven Bemühungen des Generalsekretärs der SAMW sind im Berichtsjahr die Maurice E. Müller Stiftung (ein neues, 3jähriges Stipendium alle 3 Jahre) und die Roche Research Foundation (je ein neues 3jähriges Stipendium pro Jahr 1995/1999) dem Verbund beigetreten. Dieser umfasst demnach am Ende des Berichtsjahres folgende Stiftungen/Organisationen:

- Schweizerischer Nationalfonds, Bern
- Schweizerische Akademie der Med. Wissenschaften, Basel
- Stiftung Max Cloëtta, Zürich
- Helmut Horten Stiftung, Villalta, TI

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

- Maurice E. Müller Stiftung, Bern
- Roche Research Foundation, Basel
- Fondation Suisse de Recherches sur les Maladies Musculaires, Bern (für Stipendien aus dem Bereich der Muskelkrankheiten).

Die dem Verbund angehörenden Stiftungen und Organisationen entsenden je ein Mitglied in die gesamtschweizerische Expertenkommission.

Ohne dem Verbund formell beizutreten, hat die Schweizerische Krebsliga ihre Bereitschaft bekundet, fallweise Stipendien für Bewerber zu übernehmen, deren Projekt die Krebsforschung betrifft.

Nachdem bei einer Mehrzahl der Stiftungen, die von Anfang an am Verbund beteiligt waren, die Zeit der ersten, in der Regel auf 3 Jahre befristeten Zusage zur Mitwirkung abgelaufen ist bzw. im nächsten oder übernächsten Jahr abläuft, bemüht sich das Präsidium der Expertenkommission in Zusammenarbeit mit dem Generalsekretariat der SAMW gegenwärtig um die Sicherstellung der Finanzierung des Projektes auch für die nächsten 3–5 Jahre. Im Programm waren auf Jahresende 27 MD-PhD-Stipendiaten gesamthaft eingeschlossen.

Dabei wird die erfreuliche Tatsache, dass die öffentliche Hand mit den jährlich 4–6 Stipendien, die der Nationalfonds und die SAMW beitragen, und auch 1995 wiederum mit 6 Bundesstellen für die Mittelbauförderung im Bereich Biologie und Medizin, aber auch mit den eigenen MD-PhD-Programmen der fünf Universitäten einen erheblichen Beitrag an das MD-PhD-Programm leistet, dem von mehreren Stiftungen berechtigt geäusserten Wunsch nach einer substantielleren Beteiligung der öffentlichen Hand von Bund und Kantonen am Programm entgegenkommen.

Werner Stauffacher

#### Mitglieder der Expertenkommission

Prof. W. Stauffacher, Basel, Helmut Horten Stiftung, Roche Research Foundation, Präsident  
Prof. B. Fulpius, Genève, Fondation Louis Jeantet  
Prof. M. Glauser, Lausanne, Schweiz. Nationalfonds  
Prof. H. Isliker, Lausanne, Stiftung Dr. Max Cloëtta  
Prof. Ch. Moroni, Basel, Schweiz. Nationalfonds  
Prof. A. F. Müller, Genève, SAMW  
Prof. P. Müller, Solothurn, CEPREM  
Prof. E. Weibel, Bern, Maurice E. Müller Stiftung  
J. M. Barras, Bern, Kontaktperson Schweiz. HSK (beratend)  
Dr. U. Winkler, Bern, Kontaktperson SNF (beratend)

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

#### MD-PhD-Stipendien 1994

BS	Buess Martin .....	Roche Research Foundation
BS	Sinnreich Michael .....	SAMW
BE	Vogt Kaspar .....	Fond. Maladies Musculaires
FR/BE	Oetliker Martina Margaretha	Maurice E. Müller Stiftung
GE	Gay Steven .....	SNF
GE	Hefft Stephan M. ....	SNF
GE	Paoletta Michel .....	SAMW
GE	Otten Luc-Allan 1993 .....	ab Dezember 1994 SAMW; an Stelle Univ. Genf
VD	Maillard Ivan .....	Cloëtta-Stiftung
ZH	Bodmer Daniel .....	SNF
ZH	Cozzio Antonio .....	Horten Stiftung
ZH	Meier Fabio .....	SNF

#### *Begutachtungskommission für Zuwendungen*

Die Begutachtungskommission hat vom Senat die Kompetenz, beschränkte oder ergänzende Beiträge für Forschungszwecke (Starthilfen, kleinere Anschaffungen, Pilotstudien, Reisestipendien für projektbezogene Laborbesuche, Patronatsbeteiligungen für nicht etablierte Workshops oder wissenschaftliche Symposien) zuzusprechen.

Die Kommission behandelte eine grössere Anzahl von Gesuchen auf dem Korrespondenzweg. Am 21. März 1994 und am 31. Oktober 1994 fanden reguläre Sitzungen statt. Im Berichtsjahr waren gesamthaf 25 Gesuche zu bearbeiten, wovon die folgenden 18 finanzielle Zuwendungen zugesprochen erhielten:

#### *Bewilligte Gesuche*

- PD Dr. F. Ladame, Genf, Defizitbeitrag an Europäisches Symposium in Genf «Adolescence et Suicide» .....	Fr. 8000.-
- Prof. B. Rossier, Lausanne, Starthilfe für 1. Internationales Symposium in Villars «Epithelial sodium channel and mechanosensitive channels: A new gene superfamily» .....	Fr. 5000.-
- Prof. R. Bloch, Bern, Starthilfe für ein Entwicklungsprojekt (Pilotversuch) der Universität Bern: «Studienreform Vorklinik, Fakultäten Medizin und Phil. II» .....	Fr. 50000.-
- Prof. R. Weingart, Bern, Beitrag an Workshop zur Förderung des wissenschaftlichen West-Ost-Dialogs in Pushchina, Russland: «Intercellular communication» .....	Fr. 10000.-
- Th. Lüthi, dipl. Biol. ETH, Solothurn, Teilstipendium für Nachdiplomstudium (Spezialkurs) an der London School of Hygiene and Tropical Medicine	Fr. 12000.-

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

- PD Dr. Ch. Mörgeli, Zürich, Beitrag zur Veröffentlichung der Studie «Europas Medizin im Biedermeier» .....	Fr. 3 000.–
- Prof. O. Gratzl, Basel, Defizitbeitrag an ein Internationales Symposium, Basel «Cerebrale Mikrodialyse» .....	Fr. 5 000.–
- Dr. B. Kaiser, Genf, Kostenbeitrag an MD-PhD-Ausbildung an der Universität Amsterdam, Holland .....	Fr. 2 500.–
- Dr. des. C. Rehmann-Sutter, Basel, Beitrag an ein Symposium in Basel der Schweiz. Gesellschaft für biomedizinische Ethik (SGBE): «Ethik und Gentherapie» .....	Fr. 4 894.–
- Prof. A. Schinzel, Zürich, Reisestipendium zur Teilnahme als Referent an einem Humangenetik-Kurs in Beijing, China .....	Fr. 1 900.–
- J. Schenker, dipl. Math., Basel, Defizitbeitrag an den 15. Kongress der International Society for Clinical Biostatistics in Basel .....	Fr. 5 000.–
- Prof. G. Pescia, Zürich, einmaliger Unkostenbeitrag an die Ärztinformation der SGMG über genetisch bedingte Anomalien, Prävention und über Dienstleistungsangebote .....	Fr. 5 000.–
- Dr. phil. P. Brugger, University of Victoria, Kanada, Stipendium für ein Forschungsprojekt «The Role of the hippocampus in misattributions of causality» .....	Fr. 49 500.–
- Dr. Kathrin Reusser, Zürich, Beitrag an Forschungsprojekt «Patientenwille und Sterbebeistand» .....	Fr. 3 000.–
- Prof. U. Ackermann-Lieblich, Basel, Unterstützungsbeitrag zur Publikation der Zeitschrift «Sozial- und Präventivmedizin» z. G. der Schweiz. Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin .....	Fr. 40 000.–
- Prof. J. J. Dreifuss, Genf, Defizitbeitrag an ein Internationales Symposium in Aarau: «Médecine et développement urbain» .....	Fr. 5 500.–
- Dr. J. Gasser, Lausanne, Unterstützung zur Realisierung der «Histoire de la Société de Psychiatrie» .....	Fr. 30 300.–
- Prof. H. Murer, Zürich, Kostenbeitrag an die «16. International Conference on Biological Membranes» in Crans-sur-Sierre .....	Fr. 7 500.–
Total	Fr. 248 094.–

J. Gelzer

#### Mitglieder der Begutachtungskommission für Zuwendungen

Dr. J. Gelzer, Basel, Präsident	Prof. A. P. Muller, Genève
Prof. F. R. Bühler, Basel	Prof. G. Nosedà, Mendrisio
Prof. H. A. Fleisch, Bern	Prof. C. Regamey, Fribourg
Prof. Th. Hardmeier, Ermatingen	Dr. H.-R. Sahli, Fahrni, bis 31. 12. 1994
Prof. G. Hartmann, Chur	Prof. H. Stalder, Genève
Prof. M. W. Hess, Bern	Prof. R. Streuli, Langenthal
Prof. W. Hitzig, Zürich	Prof. B. Truniger, Luzern
Prof. J.-M. Matthieu, Lausanne	Prof. R. Zinkernagel, Zürich, ab 2. 6. 1994
Prof. R. Moccetti, Lugano	

#### Commission «Recherches et Réalisations en médecine appliquée» (RRMA)

La Commission a tenu cette année 2 séances plénières, les 23 mars et 15 novembre 1994 à Berne, afin d'étudier les nouveaux projets de recherche, les projets en cours et les recherches terminées.

Le Professeur E. Gautier de Colombier a été nommé nouveau membre de la Commission par le Sénat pour succéder au Professeur E. Rossi.

La Commission qui a comme objectif principal le soutien de recherches en médecine générale, en favorisant les études provenant de médecins installés et facilitant de cette façon la recherche à long terme, s'est préoccupée de trouver la meilleure conception d'attribution de subsides. Elle a étudié le rôle des structures auxiliaires existantes pour faciliter la réalisation de cette forme de recherche (Interfaces, Policliniques universitaires, Kollegium für Hausarzt-Medizin ... etc.) et les possibilités de financement du temps consacré à la recherche ou à la rédaction par le praticien. En écoutant l'avis des généralistes, elle a apprécié l'importance de la conception de la «peer review» comme moyen d'évaluation du praticien isolé avec ses confrères, lui permettant de franchir ainsi le pas pour accéder à la recherche et au contrôle de qualité. Pour introduire les médecins généralistes dans la méthodologie de la recherche, la Commission a soutenu par une contribution financière substantielle (voir rapport annuel ASSM 1993) la réalisation de cours ayant pour but d'éveiller l'intérêt des médecins praticiens à la méthodologie, à l'organisation et à l'approche rédactionnelle des projets de recherche.

#### *A. Recherches terminées*

##### 1) «Ausprägung allergischer Erkrankungen im Kindesalter»

Cette recherche organisée par la Clinique et Policlinique de Pédiatrie de l'Hôpital de l'Île à Berne, en collaboration avec les médecins pédiatres et généralistes de la région bernoise, a démontré chez 240 enfants avec des IgE élevés à la naissance et une anamnèse familiale atopique positive, une prévalence significative plus élevée à développer une infection des voies respiratoires basses lors d'alimentation par des substituts de lait hypoallergique, par rapport aux enfants nourris au lait maternel. Les publications de cette importante recherche sont en cours.

##### 2) «Etude épidémiologique du comportement alimentaire, état nutritionnel et sentiment de bien-être d'une population d'adultes en Valais central»

Cette étude, réalisée par des médecins de l'Hôpital de Sion auprès d'une population de 500 adultes, a permis de récolter une multitude de données au sujet de l'état de santé, de l'état nutritionnel, du comportement alimentaire, de la consommation d'alcool et de tabac, de l'activité physique



et de la qualité de vie. A première vue, les résultats indiquent une consommation trop élevée de corps gras et la présence d'un alcoolisme dépisté par les marqueurs sanguins s'élevant à environ 10%. Cette enquête, dont les résultats ont été remis à l'Etat du Valais, a donné lieu à une promotion de la santé dans la région par des cours et des articles dans la presse. Les résultats seront encore étudiés en détail et comparés avec des études similaires entreprises sur le plan national et international.

#### *B. Nouveaux projets*

##### 1) «Schulkinder in der pädiatrischen Praxis»

Cette étude, entreprise par 32 membres de l'Association des pédiatres du canton de Berne avec la collaboration du Service de santé de la ville de Berne et le Département d'instruction publique du canton de Berne, veut saisir les constatations quantitatives et qualitatives de santé des enfants en âge scolaire de la 1<sup>re</sup> à la 9<sup>e</sup> classe, pris en charge dans les consultations pédiatriques. A l'aide d'un questionnaire, les différentes plaintes des enfants seront examinées et mises en relation avec les influences de l'environnement, en particulier la question des maladies spécifiques à un âge donné, l'interrelation entre les symptômes et le milieu d'influence tel que la famille, l'école et d'autres champs d'action extrafamiliaux et la période de passage de l'école primaire aux classes secondaires. Les enfants examinés seront triés selon un code précis. Les données dépassant 3000 consultations ont déjà été enregistrées dans le courant de l'année 1994 et seront évaluées et soumises pour la suite de l'étude à la Commission RRMA. L'analyse détaillée des résultats de cette recherche, dont la durée est prévue sur 3 ans, devrait améliorer la compréhension globale des besoins de l'écolier et améliorer la prise en charge médicale scolaire.

##### 2) «Suivi d'une importante épidémie de fièvre Q dans le val de Bagnes (Valais)»

En 1983 a eu lieu dans la vallée de Bagnes une importante épidémie de fièvre Q (zoonose causée par *Coxiella burnetii*, une petite bactérie du groupe des Rickettsies), qui a donné lieu à des examens détaillés de 3227 sujets dont 415 ont manifesté des signes cliniques et immunologiques d'une fièvre Q aiguë. Ce travail a l'intention d'évaluer, 12 ans après, les complications tardives de cette épidémie dans la population, plus particulièrement l'incidence de l'endocardite et des maladies plus fréquentes, mais moins spécifiques, observées dans les suites de la fièvre Q. Pour la

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

---

saisie informatique des données, des questionnaires sont envoyés aux patients recensés en 1983 et à un groupe de personnes à risque ayant présenté une fièvre Q avant 1983. Toutes ces personnes seront examinées par leur médecin traitant et tous les diagnostics des patients avec un titre élevé d'anticorps antiphase I seront identifiés. Les patients soignés pour endocardite seront recensés par contact direct avec les médecins de la vallée de Bagnes. L'analyse des données sera assurée par l'Unité d'épidémiologie clinique de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève.

#### 3) «Dépister les réfugiés victimes de violence»

En tenant compte du grand nombre de requérants d'asile et de la prise de conscience des médecins des conséquences psychologiques à court et à long termes provoquées par les traumatismes divers subis par cette population, l'unité de médecine communautaire de la Polyclinique de Genève propose sur la base d'un questionnaire préalable, testé auprès de 350 patients, de développer un questionnaire de dépistage apte à identifier les demandeurs d'asile ayant subi des violences physiques ou des traumatismes psychiques. La référence pour évaluer la capacité du questionnaire psychométrique sera l'interview médicale et psychiatrique. Le questionnaire rédigé d'une façon pragmatique devrait servir comme instrument correspondant aux conditions de travail du praticien pour identifier les problèmes psychiques et physiques chez les réfugiés lors des dépistages.

#### 4) «Satisfaction des patients consultant un médecin du service médical du Plan de Santé»

La satisfaction du patient peut être considérée comme un bon indicateur des soins. Dans une forme d'assurance avec choix limité du médecin, souvent désignée par le terme HMO (Health Maintenance Organisation), les assurés perdent le droit de choisir librement leur médecin avec en échange des cotisations d'assurance-maladie moins élevées.

L'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève veut réaliser une étude par questionnaire auprès d'environ 200 patients entre 18 et 65 ans consultant leur médecin ou le service médical du Plan de Santé (HMO genevoise) pour obtenir des informations sur la satisfaction des patients concernant la facilité d'accès aux soins, la disponibilité du médecin et du personnel non médical, la relation avec le médecin ... etc. Cette étude devrait permettre d'obtenir les critères nécessaires pour déterminer la satisfaction du patient et fournir des données comparatives

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

pour les enquêtes de satisfaction conduites dans une HMO, ainsi que guider l'adaptation des structures des soins à la particularité du patient.

Plusieurs projets ont été refusés car ils n'entraient pas dans l'objectif de la Commission ou ne correspondaient pas aux critères de qualité requis.

#### *C. Projets en cours et contribution*

La Commission a étudié les résultats intermédiaires et la progression des travaux en cours présentés dans les rapports annuels précédents de l'ASSM. Elle a soutenu par une contribution unique le lancement du livre sur «la recherche clinique en ambulatoire» (P. Girardet et P. Frutiger) contenant des indications précieuses et détaillées sur l'organisation méthodologique préalable à une étude, les contacts indispensables avec le bio-informaticien, le statisticien, les représentants universitaires et des conseils constructifs sur la rédaction du protocole, le déroulement du travail, la place de l'ordinateur pour la récolte des données et des suggestions rédactionnelles.

La Commission a versé une contribution pour la publication d'un travail intitulé «Influence d'un traitement myofonctionnel sur les anomalies dentaires et squelettiques dans le système stomatognathe».

#### *Subsides accordés par la Commission RRMA en 1994*

- Dr M. Peltenburg, FIAM: «Weiterbildung für Ärzte Allgemeine Medizin FMH und Forschung im Umfeld der medizinischen Grundversorgung» .....	Frs 40000.-
- Dr J. Klingler et al., Bienne: «Schulkinder in der pädiatrischen Praxis» .....	Frs 16080.-
- Dr P.-Y. Lovey et al., Lausanne: «Suivi d'une importante épidémie de fièvre Q dans la vallée de Bagnes» .....	Frs 45000.-
- Dr L. Loutan et al., Genève: «Dépister les réfugiés victimes de violence» ...	Frs 25000.-
- Dr T. Perneger et al., Genève: «Etude de la satisfaction des patients consultant en garde sur place ou suivis aux quartiers de la Policlinique de médecine» ..	Frs 8250.-
- Prof. P. Girardet, Mont-la-Ville: «La recherche clinique en ambulatoire» ...	Frs 9000.-
- Dr R. Schwitzer, Olten: «Der Einfluss myofunktioneller Therapie auf dentale und skelettale Anomalien im stomatognathen System» .....	Frs 5000.-

#### *Bibliographie*

Travaux reçus en 1994 concernant les projets soutenus par la Commission RRMA:

- P. Girardet, P. Frutiger: La Recherche Clinique en Ambulatoire, Edition Médecine et Hygiène, page 207, 1994.
- Vassella C. C., Bühlmann U., Bättig M., Gugler E., Stadler B. M., Kraemer R.: Interrelationship between early natural allergen challenge, nutrition, infectious diseases and development of allergy: A prospective study with infants of increased allergy risk. Journal of Allergy and Clinical Immunology, in press.

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

---

#### *Contacts et exposés*

De nombreux membres ont participé au Symposium de l'ASSM à Interlaken et sont intervenus à titres divers dans les réunions orientées vers la recherche appliquée et dans le but de contribuer à la bonne marche des projets de recherche.

La Commission a pu compter sur les précieux conseils du Professeur A. F. Muller et du Dr J. Gelzer. Qu'ils soient cordialement remerciés pour leur enrichissante collaboration. Notre gratitude va également au trésorier, le Professeur F. Bühler, au secrétariat toujours disponible de l'ASSM et à Mme Catherine Mietta de Montreux: Notre action n'aurait pas été possible sans leur aide.

J. Weber

#### Membres de la Commission

PD Dr J. Weber, Montreux, Président	Dr M. Gassner, Grabs
Dr B. Horisberger, Berne, Secrétaire	Prof. E. Gautier, Colombier, à partir du 2 juin 1994
Prof. P. Brüttsch, Huttwil	Prof. K. Gyr, Bâle
Prof. F. R. Bühler, Bâle, ex officio	Dr J. Gelzer, Bâle, ex officio
Prof. J. Fabre, Genève	Prof. A. F. Muller, Genève, ex officio
Prof. P. Frick, Zurich	

#### *Forschungskommission für den Schweizerischen Nationalfonds*

Die Kommission tagte am 21. März und am 31. Oktober 1994 zu ihren üblichen zwei Sitzungen. Am 2. Juni 1994 hat Prof. R. Zinkernagel die Nachfolge von Prof. M. Cuénod angetreten. Dr. H. R. Sahli nahm am 31. Oktober 1994 nach sechsjähriger Mitarbeit zum letzten Mal an einer Sitzung der Forschungskommission teil.

Der Kommission wurden 17 Gesuche zur Behandlung unterbreitet, wovon 11 Stipendiengesuche von angehenden Forschern zuständigkeitshalber an anderweitige Forschungskommissionen des SNF weitergeleitet wurden. Eigentliche Gesuche zu Lasten des SNF-Kredits (Fr. 260000.-) erhielt die SAMW-Kommission nicht, so dass der SNF diesen Kredit zugunsten von Stipendianwärtern anderer Forschungskommissionen einsetzen konnte.

Überdies vollzog die Kommission zuhanden des Forschungsrates des SNF Vorbeurteilungen über 6 zum Teil sehr umfangreiche Gesuche mit

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

immunologischen, atemphysiologischen, ophthalmologischen und epidemiologischen Forschungsprojekten.

J. Gelzer

Mitglieder der Forschungskommission  
für den Schweizerischen Nationalfonds

Dr. J. Gelzer, Basel, Präsident  
Prof. F. Bühler, Basel  
Prof. H. A. Fleisch, Bern  
Prof. Th. Hardmeier, Ermatingen  
Prof. G. Hartmann, Chur  
Prof. M. W. Hess, Bern  
Prof. W. Hitzig, Zürich  
Prof. J.-M. Matthieu, Lausanne  
Prof. T. Moccetti, Lugano

Prof. A. F. Müller, Genève  
Prof. G. Nosedà, Mendrisio  
Prof. C. Regamey, Fribourg  
Dr. H.-R. Sahli, Fahrni, bis 31. 12. 1994  
Prof. H. Stalder, Genève  
Prof. R. Streuli, Langenthal  
Prof. B. Truniger, Luzern  
Prof. R. Zinkernagel, Zürich, ab 2. 6. 1994

#### *Schweizerische Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien*

1994 hat die Arbeit des Vorstandes unserer Stiftung den üblichen Verlauf genommen.

Im Berichtsjahr wurden 34 Gesuche (1993: 36) bearbeitet, worunter 7 (1993: 2) von Frauen. Von diesen 34 Gesuchen wurden 22 (64,7%) bewilligt (1993: 24 = 66,7%) und 12 (35,3%) abgewiesen, wovon 4 von 7 Frauen (1993: 12 = 33%).

Die Dauer der 22 bewilligten Stipendien betrug: 5mal 24 Monate (1993: 3mal) bzw. 17mal 12 Monate (1993: 15mal). 4 (1993: 8) der 22 bewilligten Gesuche betreffen eine Verlängerung von 12 Monaten. Dies ergibt ein Total von 324 Monaten.

Wir verfolgen weiterhin die Tendenz, bei hervorragenden Gesuchen ein Stipendium von 24 Monaten auszuschütten, allenfalls auch auf Kosten eines Gesuchstellers am Ende der Rangliste. Die Entscheidung des Nationalfonds, seinen Beitrag auf 1 000 000 Franken beizubehalten, erleichterte uns eine solche Entscheidung wesentlich.

17 von 22 Zusprachen (77,3%) (1993: 13/23 = 56,5%) wurden mit Nationalfondsgeldern und 5 von 22 Gesuchen (22,7%) (1993: 10/23 = 43,5%) durch Donatoren finanziert.

22/34 (64,7%) aller Gesuchsteller (1993: 20/36 = 55,6%) waren vorher schon durch andere Stiftungen unterstützt worden, wovon 20 (58,8%) (1993: 14 = 39%) durch die lokalen Forschungskommissionen des Nationalfonds, 2 (5,9%) durch andere Stiftungen.

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

---

Das Durchschnittsalter der Gesuchssteller betrug 34,3 Jahre (1993: 33,8), Variationsbreite 29–43! Jahre. 12 (35,3%) von diesen sind >35 Jahre alt, zwei davon sind Naturwissenschaftler, der Rest Mediziner.

Das Alter der Kandidaten bei der Gesuchsstellung macht uns Sorge. Die folgende Zusammenstellung von 1990 bis 1994 illustriert, dass mit der erfreulichen Ausnahme der Jahre 1992 und 1993 ein Drittel der Gesuchssteller, zumeist Mediziner, älter als 35 Jahre alt sind und demzufolge kein Nationalfondsgeld mehr beanspruchen können.

– Kandidaten älter als 35 Jahre:

1990:  $11/34 = 32\%$ ; 1991:  $9/28 = 32\%$ ;

1992:  $7/37 = 19\%$ ; 1993:  $7/36 = 19\%$ ; 1994:  $12/34 = 35\%$

Wir sind dank unserer Donatorengelder in der Lage, auch bei älteren Kandidaten, die uns unterstützungswürdig erscheinen, ein Stipendium auszuschütten. 1994 waren aber erstmals unsere Mittel nach den ersten beiden Sitzungen erschöpft, so dass wir in der Novembersitzung gezwungen waren, zwei Gesuchssteller abzuweisen.

Im Nationalfonds denkt man über eine Herabsetzung der Alterslimite nach. Das Dilemma der Kliniker ist aber wohl unlösbar: Sie wollen sich erst einmal als gute Ärzte ausbilden und sind bei Erreichung des FMH-Titels 32 bis 33 Jahre alt. Wenn sie jetzt ihr wissenschaftliches Interesse entdecken, sind sie trotz vorgerückten Alters wissenschaftliche Anfänger, und es pressiert bereits für ein Stipendium der Forschungskommissionen. Da diese fast nur noch Stipendien von einem Jahr sprechen, sind die Kandidaten danach für uns noch nicht fortgeschrittene Forscher.

Hier erwächst eben den Klinikchefs eine grosse Verantwortung. Sie sollten die Auslese geeigneter junger Wissenschaftler so früh als möglich ansetzen und diese danach mit allen Kräften fördern. Fördern bedeutet aber nicht finanzielle Unterstützung, sondern angemessene Freistellung für experimentelle Arbeit. Man sollte sich dabei von der Vorstellung freimachen, Forschungsarbeit sei etwas Besseres als die klinische Tagesarbeit. Ein guter Kliniker ist einem Kollegen, der immer nur forscht und niemals findet, allemal vorzuziehen.

22 der 34 Gesuchssteller sind verheiratet (1993: 28/36), davon haben 21 1–3 Kinder (1993: 22 1–4 Kinder), 12 sind ledig.

Die Antragssteller kamen aus folgenden Universitäten oder Regionen: Basel 9 (1993: 5), Bern 7/7, Fribourg 1/0, Genf 5/7, Lausanne 3/6, Luzern 1/0, Zürich 8/10 sowie aus folgenden Fakultäten: Medizin 21/23, Veterinärmedizin 2/0, Zahnmedizin 1/1, Pharmazie 1/0, Naturwissenschaften 9/12.

Die Destinationen der Gesuchssteller waren wie gewohnt hauptsächlich die USA 26 (1993: 29), dann BRD 1/0, Kanada 5/2, Niederlande 1/1, Schweden 1/0.

Es fällt auf, dass die Rückkehr in eine schweizerische Institution, das eigentliche Ziel unserer Stipendien, bei den Medizinern in der Regel gesichert ist. Dies ist bei den Biologen viel weniger der Fall. Diese bemühen sich erst kurz vor der Rückkehr um eine angemessene Stellung.

#### *Personelles*

Prof. P. Berchtold verliess unseren Stiftungsrat, weil er für die Sandoz AG nach Wien ging. An seiner Stelle war Dr. med. J. Schädelin so freundlich, die Firma Sandoz AG als Stiftungsrat bei uns zu vertreten.

Prof. Dr. H. Reuter vom Pharmakologischen Institut, Bern, nahm ab der Junisitzung 1994 als zusätzliches Mitglied Einstand in unseren Stiftungsrat und Vorstand. Er wird von der SAMW delegiert. Nach dem Hinschied von Prof. Willy Haefely hatten wir das Bedürfnis, dass wiederum jemand das Gebiet der Neuropharmakologie betreut.

Dr. M. Hosang von der F. Hoffmann-La Roche AG stellte sich freundlicherweise als Schatzmeister zur Verfügung und wurde als solcher in der Märzszung 1994 vom Stiftungsrat gewählt.

#### *Wahlen*

Dr. M. Hosang als Schatzmeister.

#### *Rekurs durch abgewiesene Gesuchssteller*

Im September 1993 ergriff erstmals ein abgewiesener Kandidat Rekurs gegen unsere Entscheidung. Gemäss unseren Statuten war bisher das Rekursrecht nicht vorgesehen. Nach langwieriger Beratung hat die Eidg. Rekurskommission gegen den Rekurrenten entschieden, gleichzeitig aber die Erwartung ausgedrückt, dass auch unsere Stiftung, deren Mittel zu zwei Dritteln vom Nationalfonds stammen, der Nationalfonds-Rekursregelung zu unterstellen sei. Dr. Gassmann und Dr. Frey vom Nationalfonds sind bemüht, die kommende Regelung für uns so benigne als möglich zu gestalten. Eine Entscheidung ist noch nicht getroffen.

#### *Beiträge von ehemaligen Stipendiaten*

Die im letzten Jahresbericht gemeldete Sammelaktion bei ehemaligen Stipendiaten wurde auch dieses Jahr fortgesetzt, und zwar bei denjenigen

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

---

Ehemaligen, die in 1994 50 Jahre alt wurden. Leider hat von 19 Angeschriebenen *niemand* auf unsere Bitte reagiert, geschweige denn etwas bezahlt. Die Idee, dass Alumni durch einen noch so bescheidenen Beitrag ihrer Dankbarkeit für das für ihre Karriere entscheidende Stipendium materiellen Ausdruck verleihen könnten, ist in der Schweiz offensichtlich nicht populär. Man war zwar in Amerika und rühmt die dortigen Forschungseinrichtungen, aber mit dem Kopieren will man es denn doch nicht übertreiben. Immerhin sind von den mehr als 50jährigen ehemaligen Stipendiaten 54% Professoren und 10% Privatdozenten geworden, unserer Ansicht nach ein stolzes Ergebnis. Wir werden jetzt wohl resignieren. Immerhin sei die Gelegenheit noch einmal ergriffen, diejenigen, die mit Beträgen von Fr. 1000.– bis 40000.– (sic!) eine grossartige Loyalität bekundeten, unserer Sympathie und Dankbarkeit zu versichern.

Der Vorstand pflegt jährlich im März, Juni und November Sitzungen abzuhalten, im März zusammen mit dem Stiftungsrat.

In der Märzsession 1994 hielt die zurückgekehrte Stipendiatin *Dr. Eva Reinhard* vom Biozentrum Basel einen Vortrag über ihre persönlichen und wissenschaftlichen Erfahrungen am Department for Neurobiology in Stanford. Sie arbeitete dort über molekulare Mechanismen, die das Neuronenwachstum kontrollieren.

#### *Finanzielles*

Die Zahl der Gesuche beanspruchte wie gewohnt das ganze Jahresbudget. Finanziell stellt sich laut Angaben unseres Rechnungsführers, *B. Berner*, unsere Stiftung auf Jahresende 1994 wie folgt:

- Bei einem Ertrag von Fr. 1 520 650.90 und einem Aufwand von Fr. 1 484 501.95 schliesst die Betriebsrechnung 1994 mit einem Ertragsüberschuss von Fr. 36 148.95 ab.
- Das Stiftungsvermögen hat als Folge des Ertragsüberschusses wieder zugenommen. Es beläuft sich per 31. Dezember 1994 auf Fr. 334 078.75 gegenüber Fr. 297 929.80 im Vorjahr.
- Es setzt sich aus dem Stammfonds von Fr. 125 000.– und dem Saldo des Betriebsfonds von Fr. 209 078.75 zusammen.

Der Nationalfonds hat unserer Stiftung für das Jahr 1995 wiederum 1 000 000 Franken in Aussicht gestellt. Dies ist, in Anbetracht des politischen Spardruckes, welcher auf dem Nationalfonds lastet, eine hoch erfreuliche Entscheidung zugunsten des fortgeschrittenen Nachwuchses, die mit Dankbarkeit zur Kenntnis genommen wurde.



### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

Rechnung und Bilanz wurden wiederum in dankenswerter Weise durch *B. P. Burla*, Ciba-Geigy, und *R. Geiger*, Sandoz, revidiert.

Den Stiftungsräten, Prof. H. Diggelmann und den Herren des Vorstandes möchte ich herzlich dafür danken, dass sie sich auch im vergangenen Jahr für die enorm wichtige und aufwendige Mitarbeit in unserer Stiftung zur Verfügung gestellt haben. Aus den Schlussberichten der Stipendiatinnen und Stipendiaten geht eindeutig hervor, dass unsere Unterstützung ihr wissenschaftliches Leben nachhaltig verändert hat. Wir dürfen auch mit Befriedigung feststellen, dass kaum jemand von den Stipendiaten im Ausland bleibt, sondern diese zur Bereicherung unserer schweizerischen Institutionen wieder in der einen oder andern Funktion zurückkehren.

Ebenso danke ich *B. Berner* für seine zuverlässige, höchst kompetente und jederzeit hilfsbereite Rechnungsführung. Auch für die sekretarielle Hilfe von Frau *V. Erath*, Riehen, und Frau *Chr. Lozano*, Bern, bedanke ich mich herzlich

H. Fey

#### Mitglieder der Schweizerischen Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien

	Vertreter für:
Prof. Dr. H. Fey, Liebefeld, Präsident .....	SAMW
<i>Stiftungsratsmitglieder</i>	
Prof. Dr. R. Froesch, Zürich .....	Nationalfonds
Dr. G. Haas, Basel .....	Ciba-Geigy
Prof. Dr. D. H. Hinzen, Basel .....	Hoffmann-La Roche
Prof. Dr. P. Berchtold, Basel .....	Sandoz
<i>Vorstandsmitglieder und Stiftungsräte</i>	
Prof. Dr. J.-Ph. Bonjour, Genève .....	SAMW
Prof. Dr. H. Diggelmann, Lausanne .....	SAMW
Dr. H. Dirren, Vevey .....	Nestlé
Prof. Dr. O. Gratzl, Basel .....	SAMW
Prof. Dr. P. Haab, Fribourg, Vizepräsident .....	Nationalfonds
Dr. M. Hosang, Basel, Schatzmeister .....	Hoffmann-La Roche
Prof. Dr. H. Murer, Zürich .....	SAMW
Prof. Dr. J. Nicolet, Bern .....	GST
Prof. Dr. A. Pécoud, Lausanne .....	FMH
Prof. Dr. H. Reuter, Bern, ab 1. 4. 1994 .....	SAMW
Prof. Dr. M. Schreier, Basel .....	Sandoz
Prof. Dr. Th. Staehelin, Basel .....	Ciba-Geigy
Prof. Dr. W. Stauffacher, Basel .....	Nationalfonds
Prof. Dr. M. Wiesendanger, Fribourg .....	FMH
B. Berner, Bottmingen, Quästorat der Stiftung	
Dr. iur. B. G. Frey, Bern, Geschäftsstelle Nationalfonds (beratendes Mitglied)	
Sekretariat: V. Erath, Riehen	
Ch. Lozano, Hinterkappelen	

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

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

In seiner ordentlichen Sitzung vom 25. Mai 1994 stimmte der Stiftungsrat dem Bericht des Präsidenten vom 11. März 1994 über die Tätigkeit der Jubiläumsstiftung sowie über deren Kapitalanlagen zu; er genehmigte die Jahresrechnung 1993 und erteilte dem Quästor Entlastung.

Zur Behandlung gelangten **36** Beitragsgesuche, denen in **19** Fällen wie folgt entsprochen wurde:

	Fr.
1. Nr. 460: Dr. Sabine M. Heim, Kantonsspital Aarau Teilbetrag an Forschungsaufenthalt an der Harvard Medical School, Boston. Projekt «Neurotische Phänomene im Zusammenhang mit intracorticalen, corticospinalen und spinalen motorischen Hemmechanismen» .....	10000.—
2. Nr. 461: Prof. Dr. Bruno Gottschein, Universität Bern Beitrag an Spezialgeräte zur Durchführung sero-epidemiologischer Studien zur Früherfassung der alveolären Echinokokkose .....	5109.30
3. Nr. 463: Prof. Dr. Andreas Morell, Zentrallaboratorium, Blutspendedienst SRK, Bern Beitrag an Spenderregister .....	20000.—
4. Nr. 464: Offene Tür Zürcher Oberland, Beratungsstelle für Selbsthilfegruppen, Wetzikon Beitrag an die Betriebskosten .....	5000.—
5. Nr. 465: Stiftung Wohnhaus für jüngere Behinderte, Wohnhaus Bärenmoos, Oberrieden Beitrag an Fahrzeug für Behindertentransport .....	7085.50
6. Nr. 466: Verein Wehrenbach, Urdorf Beitrag zur Förderung autistischer Schüler .....	8400.—
7. Nr. 467: Verein Selbsthilfezentrum Hinterhuus, Basel Beitrag an die Betriebskosten .....	5000.—
8. Nr. 468: Prof. Dr. Aurelio Pasi, Universität Zürich-Irchel Teilbeitrag an Projekt « $\beta$ -Casein-Gen im Gehirn des Säuglings» .....	7000.—
9. Nr. 469: PD Dr. Peter Elsner, Universität Zürich Teilbeitrag an Projekt «Längsschnittuntersuchung zur Früherkennung des Handekzems» .....	5000.—
10. Nr. 471: Prof. Claes B. Wollheim, Université de Genève Projekt «Pathophysiologie der Zuckerkrankheit». Unter der Voraussetzung, dass der Nationalfonds dieses Projekt ebenfalls unterstützt .....	20000.—
11. Nr. 480: Thomas Lüthi, Kantonales Laboratorium, Solothurn Ergänzungsstipendium für Spezialausbildung an der London School of Hy- giene .....	14000.—
12. Nr. 481: Verein für Sozialpsychiatrie im Bezirk Horgen, Thalwil Beitrag an Betriebskosten für geschützte Arbeitsplätze .....	20000.—
13. Nr. 484: Dr. Kleantis Manolakis, Universität Zürich Beitrag an Projekt «Destruktive Prozesse des Zahnhalteapparates an mehrwur- zeligen Zähnen» .....	9239.40
14. Nr. 486: Dr. Patrice M. Ambühl, Kantonsspital St. Gallen Teilstipendium für Forschungsaufenthalt an der Southwestern Medical School der University of Texas, Dallas, USA .....	20000.—
15. Nr. 487: Croce Verde Lugano, Servizio autoambulanz, Pregassona Teilbeitrag an Notrufzentrale .....	20000.—
16. Nr. 488: Stiftung Kinderdorf Pestalozzi Trogen Beitrag an die Einrichtung eines Sanitätszimmers .....	3626.—

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

17. Nr. 489: Philippe Chastonay, Université de Genève	
Beitrag an Studie über den Gesundheitszustand der Walliser Bevölkerung ...	20000.—
18. Nr. 490: Dieter Maurer, lic. phil. I, Universitätsspital Zürich	
Beitrag an Projekt «Akustik und Physiologie der stimmhaften Sprachlaute» ..	10000.—
19. Nr. 491: Centro Sociale Onsernonese, Russo	
Beitrag an neuen Elektrokardiographen .....	10000.—

Damit hat der Stiftungsrat für 19 Gesuche gesamthaft **Fr. 219460.20** gesprochen.

E. Rüesch

#### Mitglieder des Stiftungsrates

Dr. h.c. E. Rüesch, St. Gallen, Präsident, ab 1. 1. 1994	Prof. M. Kuhn, Zumikon
Prof. W. Hitzig, Zürich, Vizepräsident	Prof. A. Steck, Basel, ab 1. 1. 1994
Dr. W. Diener, Zürich, Quästor	Dr. V. Tatti, Bellinzona
	Dr. M. Zobl, Rüschlikon, ab 1. 1. 1994

#### *Commission du Prix Robert Bing*

Après l'annonce du Prix Bing dans plusieurs journaux scientifiques suisses et étrangers, 9 candidatures ont été soumises au comité de sélection qui s'est réuni le 19 mai 1994.

Après un premier et un second tour de sélection, il restait 3 candidats, tous excellents, mais dont 2 se profilait davantage, soit par leur jeune âge, soit par le fait que le candidat faisant partie de la relève académique de premier plan, soit par l'importance et la répercussion des travaux par rapport à la neurologie clinique.

Finalement, le choix du comité de sélection s'est porté sur 2 lauréats, premièrement le Prof. P. Aebischer, de Lausanne, et deuxièmement le Dr E. Rouiller, PD, de Fribourg.

Les travaux du Prof. Aebischer font autorité dans le domaine du génie médical, dont en particulier la transplantation de xénogreffes encapsulées, donc absence de rejets. Par ce mode de transplantation intrarachidienne le Prof. Aebischer espère contribuer au traitement de maladies neurologiques, telles que la sclérose amyotrophique latérale.

Les travaux du Dr Rouiller intéressent la neurophysiologie de l'audition. Il est en contact étroit avec des groupes cliniques impliqués dans le traitement de la surdité, ce qui donne à ses recherches une importance primordiale.

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

---

Pour terminer le comité a décidé de profiter, pour la distribution des prix, d'un symposium organisé par le Prof. P. Haab à l'occasion de la retraite du Prof. M. Wiesendanger à Fribourg. Ainsi il sera possible de donner un cadre plus solennel à cette fête.

A. F. Muller

#### Composition du comité de sélection

Prof. A. F. Muller, Président, Genève, ex officio	Prof. B. Gloor, Zurich
Dr J. Gelzer, Secrétaire général, Bâle, ex officio	Prof. V. Henn, Zurich
Prof. F. Bühler, Questeur, Bâle, ex officio	Prof. Chr. Hess, Berne
Prof. T. Déonna, Lausanne	Prof. L. Hösli, Bâle
Prof. J.-J. Dreifuss, Genève	Prof. A. Pletscher, Bâle, à partir du 2 juin 1994
Prof. U. Fisch, Zurich	Prof. A. B. Safran, Genève
Prof. B. Gähwiler, Zurich	Prof. N. de Tribolet, Lausanne

#### *Commission du Fonds Théodore Ott*

Cette commission, dont la composition est la même que celle qui décide de l'attribution du Prix Robert Bing, a eu un bref échange de vue lors de la sélection du Prix Robert Bing, en mai 1994.

Il a été décidé que le Prix Théodore Ott serait distribué pour la première fois en 1997. Les candidats pris en considération devraient être âgés de moins de 40 ans. Le but du Prix Théodore Ott serait un encouragement des jeunes chercheurs dans le domaine de la neurologie et des neurosciences.

Quant aux subsides pour des enquêtes de recherche émanant du secteur Neurologie/Neurosciences, toutes les demandes ont pu être traitées par vote de correspondance.

A. F. Muller

Les subsides accordés en 1994 sont les suivants:

- Prof. Chr. Bauer, Physiologisches Institut Zürich-Irchel, z.G. Dr. H. M. Digi-caylioglu, Teilbetrag an Forschungsprojekt «Autoradiographische Kartographie-rung» des Erythropoietin-Rezeptors im Gehirn von Mäusen .....	Fr. 42178.-
- Dr. E. Wilder-Smith, Neurologische Universitätsklinik, Bern, Teilbetrag an Projekt Verfeinerung der klinischen Untersuchung des autonomen Nerven-systems zur Frühdiagnostik Lepra .....	Fr. 32000.-

### III. Tätigkeiten – Forschungsförderung

– PD Dr. E. Grau, C.M.U., Genf, Stipendiumsbeitrag an Forschungsprojekt «Leucocyte adherence and transmigration to human brain endothelial cells. Analysis of cellular and molecular mechanisms in multiple sclerosis» . . . . .	Fr. 32000.–
– Dr. H.-P. Roost, Zürich, Reise-Teilstipendium zur Teilnahme am «Molecular Biology Course», London . . . . .	Fr. 2500.–
– Prof. U. Otten, Institut für Physiologie, Universität, Basel, Teilstipendium für Forschungsprojekt «Analyse der neuronspezifischen Wirkungen von Interleukin-6» . . . . .	Fr. 30000.–
– Prof. H. R. Brenner, Institut für Physiologie, Universität, Basel, Teilstipendium für Forschungsprojekt «Regulation der Expression von Neurotransmitter-Rezeptoren» . . . . .	Fr. 18500.–

#### Composition du comité de sélection

Prof. A. F. Muller, Président, Genève, ex officio	Prof. B. Gloor, Zurich
Dr J. Gelzer, Secrétaire général, Bâle, ex officio	Prof. V. Henn, Zurich
Prof. F. Bühler, Questeur, Bâle, ex officio	Prof. Chr. Hess, Berne
Prof. T. Déonna, Lausanne	Prof. L. Hösli, Bâle
Prof. J.-J. Dreifuss, Genève	Prof. A. Pletscher, Bâle, à partir du 2 juin 1994
Prof. U. Fisch, Zurich	Prof. A. B. Safran, Genève
Prof. B. Gähwiler, Zurich	Prof. N. de Tribolet, Lausanne

#### *Commission du Prix Chorafas*

Suite à l'annonce du Prix Chorafas pour la Médecine 1995, l'Académie Suisse des Sciences Médicales a reçu un nombre relativement restreint de 6 dossiers de candidatures. Le nombre s'avère surtout modeste, si on prend en considération la centaine de lettres personnelles que l'Académie a adressé partout dans le monde aux institutions concernées. Une des raisons de cet échec relatif est certes le libellé restreint du sujet, à savoir: «Survival of the human species resulting particularly from effective population control and family planning, aimed at a reduction of the demographic explosion, with the goal to preserve the planet earth from over-exploitation and pollution».

Les membres de la Commission Chorafas ont siégé à Berne le 19 octobre 1994. Tous les membres étaient présents, sauf un qui a transmis son évaluation par écrit. La discussion était ardue et difficile en ce qui concerne les 3 derniers candidats restés en lice après l'élimination de 3 dossiers. Une des candidatures non retenue pourrait certes être rediscutée lors de la prochaine attribution du prix dans 4 ans, si les résultats

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

---

préliminaires rapportés dans la première application étaient confirmés sur une plus grande échelle, c'est-à-dire avec davantage de sujets testés.

La Commission a finalement décidé de soumettre deux alternatives à la Conférence des académies scientifiques (CASS) qui fonctionne comme premier organe de sélection, puis la CASS transmet son préavis au Conseil de Fondation qui statue en dernier ressort. Les deux modes de sélection auront lieu en 1995, année où le Prix sera décerné à Bâle.

Cette double proposition, la Commission de sélection l'a motivée de la manière suivante: a) un candidat, à la fois homme de laboratoire et épidémiologiste, méritant de figurer seul comme lauréat, réunissant les deux aspects du prix, à savoir, recherche de base et études dans le terrain; b) l'autre alternative qui prévoit deux lauréats, un qui est à la base de recherches chimiques, permettant et réalisant la synthèse des premiers médicaments anticonceptionnels et l'autre se distinguant avant tout par l'aspect santé publique et prévention avec les moyens anticonceptionnels.

Cette double proposition a pu être acceptée unanimement par la Commission de sélection.

A. F. Muller

#### Composition du comité de sélection

Prof. A. F. Muller, Président, Genève, ex officio	Prof. A. Campana, Genève
Dr J. Gelzer, Bâle, ex officio	Prof. F. Gutzwiller, Zurich
Prof. M. Hess, Berne, ex officio	PD Dr Hj. Müller, Bâle
Prof. A. Calame, Lausanne	Prof. Annetrudi Kress, Bâle

## 2. Beratung und Dienstleistungen

### *Zentrale medizinisch-ethische Kommission (ZEK)*

Die multidisziplinäre Zusammensetzung der ZEK erwies sich weiterhin als nützlich und zweckmässig: Für die vielfältigen Aufgaben kann meistens schon in der Kommission ein kompetenter Fachvertreter um Rat gefragt werden. Zusätzliche Konsultationen bei auswärtigen Spezialisten sind für besondere Fragestellungen möglich.

*Mutationen:* Dr. J. P. Restellini, lic. iur. (Genf), wurde als Nachfolger für den zurückgetretenen Prof. H.-R. Gujer (Lausanne) vom Senat gewählt; er vertritt die Fächer Rechtsmedizin und öffentliche Gesundheits-

pflege. Prof. Ph. Jaeger (Bern) musste wegen beruflicher Überlastung seinen Rücktritt auf Mitte 1994 erklären. Als Nachfolger ist Prof. H. Schneider (Bern) vorgeschlagen. Prof. B. Courvoisier (Genf), der frühere Präsident der ZEK, wohnte den Sitzungen im März und November als ständiger Gast bei; seine langjährigen Erfahrungen erwiesen sich als sehr wertvoll; er wird hoffentlich auch in Zukunft gelegentlich für Ratschläge zur Verfügung stehen.

#### *Bearbeitete Themen und Aufgaben*

Die ZEK hielt drei Vollsitzungen in Bern ab, am 11. März, am 24. Juni und am 18. November 1994. Die eingesetzten Subkommissionen trafen sich zu zahlreichen Sitzungen an verschiedenen Orten, und kleine Redaktionsteams bereinigten Texte im Auftrag der Subkommissionen.

#### Richtlinien

**Richtlinien zur Feststellung des Todes im Hinblick auf Organtransplantationen.** Die von Prof. P. A. Despland, Lausanne, präsierte Subkommission begutachtete die an der Senatssitzung vom Juni 1993 vorgebrachten Einwände unter Beizug weiterer Experten. Die ZEK bereinigte in ihrer Märzsession 1994 den revidierten Text, musste dabei aber als neues Problem die Umschreibung des Herztodes erkennen. Dank der speditiven Arbeit einer zusätzlich bestellten kardiologischen Expertengruppe konnte eine ergänzte Fassung vom 13. April 1994 schliesslich an der Senatssitzung vom 3. Juni 1994 verabschiedet werden. – Die ausserordentlich lange Entwicklungszeit erklärt sich neben der Komplexität der Materie daraus, dass die Fragestellung sich in dieser Periode von der ursprünglich verlangten «Feststellung des Todes» zu «Richtlinien für Transplantologie» verschoben hat.

**Richtlinien für die Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten.** Der Bericht dieser von Dr. Cécile Ernst-Allemand, Zürich, präsierten Subkommission wurde am 29. September 1993 erstmals zur Vernehmlassung in der SÄZ publiziert. Zahlreiche teils sehr umfangreiche Änderungsvorschläge machten viele weitere Besprechungen notwendig. Vor allem wollte eine Gruppe von Ärzten und Ethikern die ausdrückliche Berechtigung der Ärzte zu aktiver Sterbehilfe in den Richtlinien verankern; weil dies dem Art. 114 des StGB diametral widersprechen würde, konnte die ZEK darauf nicht eingehen. – Nach gründlicher Revision wurde eine neue Fassung vom 18. November 1994 an die

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

---

Mitglieder der ZEK zur Rückäusserung verteilt. Sie konnte Ende 1994 den Senatsmitgliedern zur zweiten Lesung unterbreitet werden.

**Richtlinien für Organ-Transplantationen.** Die erste Fassung wurde am 2. Februar 1994 in der SÄZ (75, 165–170, 1994) zur Vernehmlassung bis Ende April 1994 publiziert. Änderungswünsche betreffen vor allem die Organentnahme von freiwilligen lebenden Spendern: die in der Praxis damit konfrontierten Kollegen wünschen eine stärkere Betonung der emotionalen Beziehung zwischen Spender und Empfänger, im Gegensatz zur Blutsverwandtschaft, die in der ersten Formulierung das Hauptkriterium bildete.

**Richtlinien zur Transplantation fötaler Gewebe.** Die Subkommission konnte nach Klärung einiger offener Fragen ihren Bericht am 9. Dezember 1994 abschliessen und der ZEK zuleiten.

**Ärztlich assistierte Fortpflanzung.** Der neue *Artikel 24<sup>novies</sup>*, der seit der Abstimmung vom 17. Mai 1992 in der *Bundesverfassung* verankert ist, widerspricht in zwei Punkten den diesbezüglichen SAMW-Richtlinien von 1990. Das Ausführungsgesetz liegt aber bis heute noch nicht einmal zur Vernehmlassung vor. Die Situation ist wegen der unsicheren Rechtslage weiterhin unbefriedigend; sie wird zusätzlich erschwert durch eine im Mai 1994 abgeschlossene Sammlung von Unterschriften für eine «Volksinitiative für menschenwürdige Fortpflanzung» FMF (G. Appius), die noch strengere Einschränkungen verlangt. – Bis hier eine gesetzliche Regelung erreicht ist, wird die SAMW den Kataster der mit Techniken der IVF/ET befassten Ärzte auf freiwilliger Basis weiterführen.

Die im Vorjahr geplante *Meinungsäusserung zu neuen Entwicklungen* auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin (Embryo-Cloning, Schwangerschaften nach der Menopause, Gewinnung von Oozyten aus abortierten Embryonen usw.) wurde nach intensiver Diskussion in der März-sitzung der ZEK mehrheitlich abgelehnt. Die Gegner betonten, dass die SAMW sich nicht zu Tagesereignissen mit Sensationscharakter äussern solle; einzelnen Mitgliedern stehe es frei, sich in der Tagespresse zu äussern.

#### *Neue Subkommissionen*

Die drei neuen Subkommissionen haben anfangs 1994 ihre Arbeit aufgenommen. Sie geben regelmässige kurze Zwischenberichte zuhanden der ZEK. Schriftliche Äusserungen liegen noch nicht vor. – Es sind dies:

– Sub-Ko **Medizinisch-ethische Probleme der Gentherapie**

Präsident: Prof. J. Lindenmann, Zürich



### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

---

- Sub-Ko **Medizinisch-ethische Probleme bei Forschungsuntersuchungen am Menschen und Arbeitsweise medizinisch-ethischer Kommissionen**  
Präsident: Prof. W. Bär, Zürich
- Sub-Ko **Medizinisch-ethische Probleme der Intensivpflege**  
Präsident: Prof. W. Ritz, Basel

#### *Fallbesprechungen*

Als Novum wurden der ZEK an der Junisitzung Einzelfälle mit besonders schwierigen ethischen Fragestellungen vorgelegt. Einerseits kann der Vorsitzende auf Grund der Meinungsäusserungen eine besser fundierte Antwort formulieren, als wenn er nur auf sein eigenes Urteil angewiesen ist, andererseits werden die Mitglieder zum Mitdenken und -entscheiden angeregt, was ihr Interesse wecken sollte.

#### *Ethikunterricht im Medizinstudium*

Die Schweizerische Medizinische Interfakultäts-Kommission (SMIFK) hat eine Kommission unter dem Vorsitz von Prof. van der Zypen, Bern, zum Studium dieser Frage eingesetzt. Die ZEK ist darin durch ihren Vorsitzenden vertreten. Obschon Probleme der Studentenausbildung nicht in den primären Aufgabenkreis der ZEK gehören, ist sie natürlich an dieser Frage sehr interessiert, und sie wird die Spezialkenntnisse einzelner Mitglieder gerne in die Diskussion einbringen. Im Herbst hat die genannte Kommission einen ersten Bericht mit Empfehlungen abgeliefert, der dem Vernehmen nach sehr unterschiedlich, vorwiegend kritisch, aufgenommen wurde. Meinungsverschiedenheiten über das beste Vorgehen und über Prioritäten bieten jedoch eine Chance, dass jede Universität ihre eigene originelle Lösung suchen kann. Schwerer wiegt gegenwärtig überall die Finanzknappheit.

#### *Tagungen und Veranstaltungen mit Beteiligung der ZEK*

Die ZEK beteiligte sich an folgenden Manifestationen oder entsandte Delegierte, die sie offiziell vertraten:

*Jahrestagung der Schweiz. Ges. für biomedizinische Ethik (SGBE),  
Genanalyse und Persönlichkeitsschutz: Symposium in Lausanne-Dorigny am 14. April 1994.  
Vertreter der ZEK: O. Guillod.*

*Ethik und Gentherapie: Symposium in Basel am 25. Juni 1994, organisiert von Hj. Müller.*

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

*Sommerschule für Ethik:* Bellinzona 9.–13. September 1994, organisiert von der SGBE unter A. Bondolfi, mit dem Patronat der SAMW.

*Concurrent meeting of the American Society of Law, Medicine, and Ethics:* 6.–9. Oktober 1994 in Pittsburgh, USA. Delegierter: J. Gelzer.

*Bridge to the future: values to promote the bioethical debate between Eastern and Western countries.* Jahreskongress der Europäischen Vereinigung der Ethikkommissionen (AECEM), 6.–8. Oktober 1994 in Pécs (Ungarn). Delegierte: A. Bondolfi und W. H. Hitzig.

*«Der Mensch angesichts der Epidemie»:* Symposium der Schweiz. Ges. für biomedizinische Ethik (SGBE) und der Schweiz. theologischen Gesellschaft in Zürich, präsidiert von A. Bondolfi. Delegierter: W. H. Hitzig.

*«Miteinander statt gegeneinander»:* Symposium der Schweiz. Akademien für Geisteswissenschaften und für Technische Wissenschaften. Delegierter: W. H. Hitzig.

*Arbeitskreis Medizinischer Ethik-Kommissionen in der Bundesrepublik Deutschland:* Jahresversammlung am 16. November 1994 in Köln. Hauptthema: Einwilligungsunfähigkeit & Arzneimittelgesetz Novelle 94. Delegierter: J. Gelzer.

*Comité Consultatif National d'Ethique:* Jahrestagung in Paris, 16.–18. Dezember 1994. Delegierte: B. Courvoisier und W. H. Hitzig.

#### Verdankungen

Der Präsident der SAMW, Prof. A. F. Müller, widmete den in der ZEK behandelten Problemen stets seine Aufmerksamkeit. Das Generalsekretariat unter Dr. J. Gelzer war immer lebhaft am Inhalt der ZEK-Arbeiten interessiert und an vielen Formulierungen massgeblich mitbeteiligt. Seine Damen nahmen sich zudem unter der Leitung von Martha Borer aller administrativen Probleme mit Sachkenntnis an. Ihnen allen sowie sämtlichen Kommissionsmitgliedern und den Kolleginnen und Kollegen unserer Subkommissionen danke ich für ihre unentbehrliche Mitarbeit.

W. H. Hitzig

#### Mitglieder der Kommission

Prof. W. H. Hitzig, Zürich, Vorsitz  
Prof. Ursula Ackermann, Basel  
Prof. W. Bär, Zürich  
Heidi Blaser, Bern  
Dr. A. Bondolfi, Zürich  
PD Dr. Ch. Brückner, Basel  
Dr. F. Collart, Genève  
Nicole Fichter, Genève  
Dr. J. Gelzer, Basel, ex officio  
Prof. O. Guillod, Neuchâtel

Prof. Ph. Jaeger, Bern, bis 30. 6. 1994  
Dr. J.-P. de Kalbermatten, Sion  
Dr. Cornelia Klausner, Agno  
Prof. V. E. Meyer, Zürich  
PD Dr. H. Müller, Basel  
Prof. A. F. Müller, Genève, ex officio  
Dr. J. P. Restellini, Genève, ab 2. 6. 1994  
Dr. R. Salzberg, Birsfelden  
Dr. Ines Spahr, Sion  
Dr. Ursula Steiner-Koenig, Lyss

#### *Überregionale Ethische Kommission für Klinische Forschung (UREK/CES)*

Die Tätigkeit der UREK hat im Berichtsjahr eine deutliche Intensivierung erfahren. In 6 Plenarsitzungen der Kommission wurden 18 neue Forschungsvorhaben behandelt und 3 noch pendente Projekte aus dem Vorjahr zum Abschluss gebracht. Unter den Neugesuchen konnten 9 abgeschlossen werden (3 davon wurden storniert), eines wurde zurückgezogen, und 8 Projektvorhaben sind noch in Bearbeitung. Es handelt(e) sich um Prüfungen von Medikamenten (13 Projekte), Apparaten (1), epidemiologische Studien (1) und Nationalfondsstudien (3). Seit Beginn der Arbeiten der UREK (1992) bis Ende 1994 wurden total 31 umfangreiche Studien eingereicht, wovon die Beurteilung von 22 abgeschlossen ist. Die Erledigung der Bearbeitung der Projektvorhaben erfolgte speditiv, sofern die notwendigen Unterlagen korrekt und rechtzeitig ein- oder nachgereicht wurden. Allerdings mussten die Prüfarzte in den meisten Fällen vor dem definitiven «nihil obstat»-Bescheid der UREK Auflagen erfüllen.

Zwei Belange sind speziell zu erwähnen. Sie betreffen erstens das eidgenössische Projekt «ärztlich verschriebene Betäubungsmittel» des Bundesamtes für Gesundheitswesen (BAG). Die Zusammenarbeit mit diesem Amt ist erfreulich. Die UREK wird vom BAG laufend über das Fortschreiten der Versuche orientiert, und andererseits berücksichtigt das BAG nach Möglichkeit die Vorschläge der UREK. Ein wichtiges Anliegen der UREK ist die Gewährleistung einer effizienten psychosozialen und psychiatrischen Betreuung der Versuchsteilnehmer.

Der zweite Punkt betrifft die zukünftige Entwicklung der UREK. Mit dem im Januar 1995 in Kraft tretenden «IKS-Reglement über Heilmittel im klinischen Versuch» ist eine Zunahme der Projektvorhaben, besonders im Bereich multizentrischer Studien, zu erwarten. Dies wird eine erhöhte Belastung der UREK-Mitglieder mit sich bringen und Auswirkungen auf die Infrastruktur (z.B. das Sekretariat) haben, wofür Lösungen gefunden werden müssen. Auch das Verhältnis zwischen der UREK, lokalen ethischen Kommissionen und den einschlägigen Gesundheitsinstanzen muss diskutiert werden. Das Büro der UREK ist daran, entsprechende Massnahmen vorzubereiten und die notwendigen Kontakte einzuleiten.

A. Pletscher

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

---

#### Mitglieder der Überregionalen Ethischen Kommission für Klinische Forschung (UREK) / Membres de la Commission d'éthique suprarégionale pour la recherche clinique (CES)

Prof. A. Pletscher, Basel, Vorsitz  
Prof. R. Ritz, Basel, Vizepräsident  
Prof. Th. Abelin, Bern  
Dr. Ruth Baumann, Wolfhausen  
Prof. B. Courvoisier, Genève  
Prof. P. Dayer, Genève  
Prof. H. Dufour, Prilly-Lausanne  
Prof. F. Ferrero, Prilly-Lausanne  
Prof. P. Frick, Zürich  
Dr. J. Gelzer, Basel  
Prof. N. Genton, Lausanne  
Dr. M. Giger, Winterthur  
Agnes Glaus M. Sc., St. Gallen  
Esther Hager, R. N., Zürich  
Prof. W. Hitzig, Zürich  
Dr. Silvia Käppeli, Zürich

Dr. iur. Marina Mandofia, Genève  
Prof. Anne-Catherine Martenet, Zürich  
Prof. G. Martz, Zürich, ab 2. 6. 1994  
PD Dr. A. Morabia, Genève  
Dr. W. Pletscher, Zürich  
Prof. M. Rossetti, Basel  
Prof. H. Schaer, Männedorf, ab 1. 1. 1994  
Prof. M. Schmid, Watt  
Prof. H.-P. Schreiber, Basel  
Dr. A. Spahr, Sion  
Dr. D. Sprumont, Posieux  
Prof. G. Stratenwerth, Basel  
Prof. H. Studer, Bern  
Prof. Brigitte Woggon, Zürich  
Dr. A. Ziegler, Zürich

#### *Ethik-Kommission für Tierversuche*

Die Kommission traf sich im Berichtsjahr zu drei Sitzungen. Dabei wurden Änderungsvorschläge und Kommentare zu den frisch revidierten «Ethischen Grundsätzen und Richtlinien für wissenschaftliche Tierversuche» bearbeitet. Ebenso wurde eine Stellungnahme zu einem Vorstoss von Tierversuchsgegnern ausgearbeitet, die unter Berufung auf Richtlinie 4.6 unserer EGR die Finanzierung derjenigen Forschungsvorhaben durch den Bund verbieten wollten, bei denen die Belastung der im Versuch eingesetzten Tiere nach der prospektiven Einteilung des Bundesamtes für Veterinärwesen in Kategorie 3 fallen würde.

Hauptthema war eine Grundsatzdiskussion über Bedeutung und Umfang der Wortfolge «Würde der Kreatur», die als unbestimmter Rechtsbegriff in unsere Verfassung hineingerutscht ist. Allein schon die Bedeutung des deutschen Wortes «Würde» ist nicht deckungsgleich mit der Bedeutung des französischen Wortes «dignité» (das im selben Zusammenhang aber in der Verfassung verwendet wird). Die Ausgangspositionen von Geistes- und Naturwissenschaftlern zur Ableitung und Erklärung dieses Begriffes waren schon innerhalb der Kommission sehr verschieden. Die Ausarbeitung eines Positionspapiers in irgendeiner Form und die Formulierung allfälliger Richtlinien zur Beurteilung einer unzumutbaren Verlet-

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

zung der «Würde der Tiere» wird im neuen Jahr weiter verfolgt werden müssen.

Die deutsche Fassung des Lehrbuches «Tierethik» ist unter dem Titel «Mensch und Tier, ethische Dimensionen ihres Verhältnisses» von Alberto Bondolfi herausgegeben worden. Der Druck der französischen Version wird im Frühjahr 1995 erfolgen.

P. Thomann

#### Mitglieder der Ethik-Kommission für Tierversuche

Prof. P. Thomann, Zürich, Präsident  
Prof. P. Aebischer, Lausanne,  
ab 1. 1. bis 3. 11. 1994  
Prof. Marie-CI. Hepp-Reymond, Zürich  
Prof. A. Holderegger, Fribourg  
PD Dr. M. Jenny, Glarus  
Dr. B. E. Matter, Basel, ab 1. 1. 1994

Dr. A. Mauron, Genève  
Dr. P. F. Piguet, Genève  
Prof. H. Ruh, Zürich  
Dr. H. Sigg, Zürich  
Dr. A. Steiger, Liebfeld (ständiger Gast)  
Prof. E. van der Zypen, Bern

#### *Dokumentationsdienst (DOKDI)*

Auch dieses Jahr wurden für die verschiedenen Kundengruppen regelmässig Datenbankrecherchen durchgeführt. So wurden 5248 (1993: 5845) On-line-Recherchen bearbeitet. Zudem erfreut sich der regelmässige monatliche Update-Service SDI mit 512 Suchprofilen (1993: 534) weiterhin einer grossen Beliebtheit. Damit scheint das Bedürfnis nach professionellen Recherchen als wichtige Dienstleistung zwar nicht mehr weiter zu wachsen, aber doch nicht so stark zu sinken, wie wegen der Entwicklung neuer Techniken wie CD-ROM zu befürchten war.

Als schweizerische MEDLARS-Zentrale und Partner der National Library of Medicine (NLM) betreut der DOKDI auch sämtliche beim Host-Computer DataStar der Radio Schweiz AG aufgelegten NLM-Datenbanken. Dabei ist zu bemerken, dass die Zusammenarbeit mit der Radio Schweiz AG auch nach deren Übernahme durch die amerikanische Firma Knight Ridder problemlos weitergeführt werden konnte.

Im Berichtsjahr wurden die Arbeiten zur Realisation des im DOKDI integrierten Informationszentrums für Biologie und Medizin DOKDI/IZMB weitergeführt. Das von uns erstellte automatische computerisierte System zur Bestellung von Zeitschriftenartikeln (online-ordering, ON-LORD) kann im DOKDI über INTERNET, DataStar und das Swiss

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

---

Medical Board (SMB) benutzt werden. Zudem werden auch telefonische und schriftliche Bestellungen entgegengenommen. Mit diesem offenen Zugang zu ONLORD wird dieser Service vor allem von den Benutzern ausserhalb der grossen universitären Zentren zunehmend in Anspruch genommen.

Das Swiss Medical Board (SMB) genannte elektronische Zentrum in Biologie und Medizin hat seinen Betrieb aufgenommen und ist neben Telefon und Telepac neu auch über das INTERNET erreichbar. Neben dem E-Mail-Service und den über das SMB abgewickelten DOKDI-Dienstleistungen werden Bulletin Boards und Diskussionsforen für verschiedene Fachbereiche eingerichtet. Solche Bulletin Boards sind im Aufbau begriffen für den Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte, die Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik, die Schweizerische Gesellschaft für Sozial- und Präventivmedizin. Neu wurde beschlossen, auch eine Sektion für Knochenstoffwechsel Osteoporose (Osteovision) aufzunehmen. Weitere Bulletin Boards können mit Hilfe von Fachgesellschaften und Interessengruppen eingerichtet werden.

Der Anschluss an SWITCH/INTERNET wurde im Mai 1994 installiert und hat dem DOKDI völlig neue Möglichkeiten eröffnet. Zum einen hat der DOKDI nun den vollen Zugang zu allen Services des INTERNET. Zum andern kann der DOKDI selbst seine Dienstleistungen über INTERNET anbieten und mit neuen Angeboten erweitern. So wurde bereits eine Testversion für einen WWW-Server im DOKDI aufgebaut und ein Diskussionsforum für die Mitglieder der Kommission der biomedizinischen Bibliotheken eingerichtet. Es ist anzunehmen, dass die weitere Entwicklung des INTERNET die Arbeit im DOKDI wesentlich beeinflussen wird.

H. Fleisch

#### Mitglieder des Kuratoriums DOKDI

Prof. H. Fleisch, Bern, Präsident  
Prof. A. F. Muller, Genève  
Dr. J. Gelzer, Basel  
Prof. F. R. Bühler, Basel

Dr. R. Forclaz, Bern  
Dr. H. Scherrer, Basel  
Dr. U. Winkler, Bern  
Dr. A. Escher, Bern

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

#### *Kommission der biomedizinischen Bibliotheken (SAMW)*

Die Hauptaktivität der Kommission in diesem Jahr war – auf Verlangen von vielen – die Neuausgabe des Verzeichnisses der medizinisch-biologischen Zeitschrift in Buchform. Obwohl dieses Verzeichnis heute elektronisch abrufbar ist, ziehen viele Benutzer trotzdem noch eine Ausgabe auf Papier vor.

Die Kommission hat sich ferner überlegt, was in Zukunft ihre Aufgabe sein soll, da ihre wichtigste Tätigkeit, nämlich die Verwaltung, Redaktion und Entwicklung des Verzeichnisses, durch die Landesbibliothek übernommen wurde. Es war ein Anliegen aller, dass die Kommission in Zukunft eine wichtige Rolle in der Evaluation und Verbreitung der neuen bibliothekarischen Techniken spielen sollte. Sie hat sich vorgenommen, die kleineren Bibliotheken dementsprechend zu informieren und ihnen beim Ankauf und beim Gebrauch dieser neuen Technologie hilfreich zur Seite zu stehen.

H. Fleisch

#### Mitglieder der Kommission der biomedizinischen Bibliotheken

Prof. H. Fleisch, Bern, Präsident  
B. Blum, Bern  
M. Cleland, Lausanne  
S. Domeisen, Zürich  
Dr. A. Escher, Bern  
Dr. P. Gavin, Lausanne  
T. Hofer, Zürich  
B. Mettraux, Bern

G. Reymond, Genève  
B. Rüfenacht, Bern  
R. Schenk, Basel  
M. Serodino, Genève  
B. Wilhelm, Basel  
Dr. P. Wolf, Basel  
I. Zimmermann, Zürich

#### *Kommission Weiterbildung zum Laborleiter*

Im Verlaufe des Jahres 1994 hat sich die Kommission Weiterbildung zum Laborleiter in unveränderter Zusammensetzung zu sechs Sitzungen getroffen. Dabei bildeten die Revision des Weiterbildungsprogrammes zum Spezialisten für labormedizinische Analytik und der zukünftige Status der Kommission die Schwerpunkte der Beratungen. Daneben haben verschiedene Kommissionsmitglieder in üblicher Weise den Schlussprüfungen zur Erlangung des FAMH-Titels als Experten beigewohnt.

Die *Revision des Weiterbildungsprogrammes* zum Spezialisten für labormedizinische Analytik konnte weiter vorangetrieben werden. Das

### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

---

neue Programm sieht – wie dies bereits im Jahresbericht 1993 angetönt wurde – zwei verschiedene Weiterbildungsgänge vor:

Eine pluridisziplinäre Weiterbildung in allen vier Fachgebieten (Hämatologie, klinische Chemie, klinische Immunologie und medizinische Mikrobiologie) mit einer Mindestdauer von 5 Jahren führt zum Titel «Spezialist für labormedizinische Analytik FAMH», der zur Leitung von Laboratorien in allen vier Fachgebieten berechtigt.

Für die drei Fachgebiete klinische Chemie, klinische Immunologie und medizinische Mikrobiologie wird ein dreijähriger monodisziplinärer Weiterbildungsgang eingeführt, dessen Absolventen zur Leitung eines im entsprechenden Fach tätigen Laboratoriums berechtigt sind. Gemäss einem Begehren der Schweizerischen Gesellschaft für Hämatologie soll in Zukunft die Leitung rein hämatologischer Laboratorien den Inhabern des FMH-Untertitels Hämatologie vorbehalten sein. Damit ist die Schaffung eines monodisziplinären FAMH-Titels in Hämatologie obsolet geworden.

Für sehr spezielle Gebiete der Labormedizin sieht das neue Weiterbildungsprogramm zusätzlich sogenannte *Spezialtitel* vor, die zusätzlich zur pluri- oder monodisziplinären Weiterbildung in einem einjährigen Weiterbildungsgang mit entsprechender Schlussprüfung erworben werden können. Ein Antrag zur Schaffung eines Spezialtitels für das Gebiet des humangenetischen Labors liegt bereits vor.

Ebenfalls neu wird dem Fachausschuss FAMH die Kompetenz gegeben zur Ausstellung von Äquivalenz-Bestätigungen an Kandidaten, die eine den Anforderungen des Weiterbildungsprogrammes entsprechende, im Ausland absolvierte Aus- und Weiterbildung nachweisen können.

Insgesamt ist es das zentrale Anliegen der Kommission, mit der nun vorliegenden Revision des Weiterbildungsprogrammes im Sinne der Qualitätssicherung die berufliche Kompetenz der zukünftigen Laborleiter zu verbessern.

Durch eine kurzfristige Reaktivierung der Übergangsbestimmungen zum derzeit gültigen Weiterbildungsprogramm wurde der Fachausschuss FAMH ermächtigt, 11 Leitern von SRK-Bluttransfusionszentren und 14 Leitern von hämatologischen bzw. immunologischen Laboratorien den entsprechenden FAMH-Titel «ad functionem», d.h. für die Dauer ihrer leitenden Tätigkeit am entsprechenden Laboratorium, zu erteilen. Diese Aktion wurde nicht allerorts begrüsst. Sie ist nun aber definitiv abgeschlossen.

Im Berichtsjahr hatte sich die SAMW-Kommission als Rekursinstanz



### III. Tätigkeiten – Beratung und Dienstleistungen

mit einer Beschwerde gegen einen Entscheid des Fachausschusses FAMH zu befassen. Einstimmig wurde die Beschwerde abgelehnt.

Mit grosser Sorge hat die Kommission den Beschluss des Senates vom 2. Juni 1994 zur Kenntnis genommen, wonach diese Kommission Ende Juli 1995 aufgelöst werden sollte. Es war zwar von allem Anfang an bekannt, dass die Akademie sich nur während einer beschränkten Zeit für die Laborleiterweiterbildung engagieren würde. Doch hatte die Kommission und mit ihr weite Kreise immer gehofft, dass die Akademie das Mandat – angesichts der grossen Bedeutung, die der FAMH-Titel «Spezialist für labormedizinische Analytik» mittlerweile erlangt hat, – weiter verlängern würde. Denn eigentlich müsste es doch ein Anliegen der Akademie sein, dass durch kompetent weitergebildete Spezialisten für labormedizinische Analytik die Qualität der Labormedizin in der Schweiz auf einem hohen Stand gehalten werden kann. In diesem Sinne hofft die Kommission heute erneut, ihre Aktivität auch nach Vollendung des revidierten Weiterbildungsprogrammes weiterhin als Akademiekommission wahrnehmen zu können.

J. Flück

#### Mitglieder der Kommission Weiterbildung zum Laborleiter

Dr. J. Flück, Feldmeilen, Präsident  
Dr. J. Göhring, Genf  
P. A. Gras, Genf  
Prof. Dr. P. Grob, Zürich

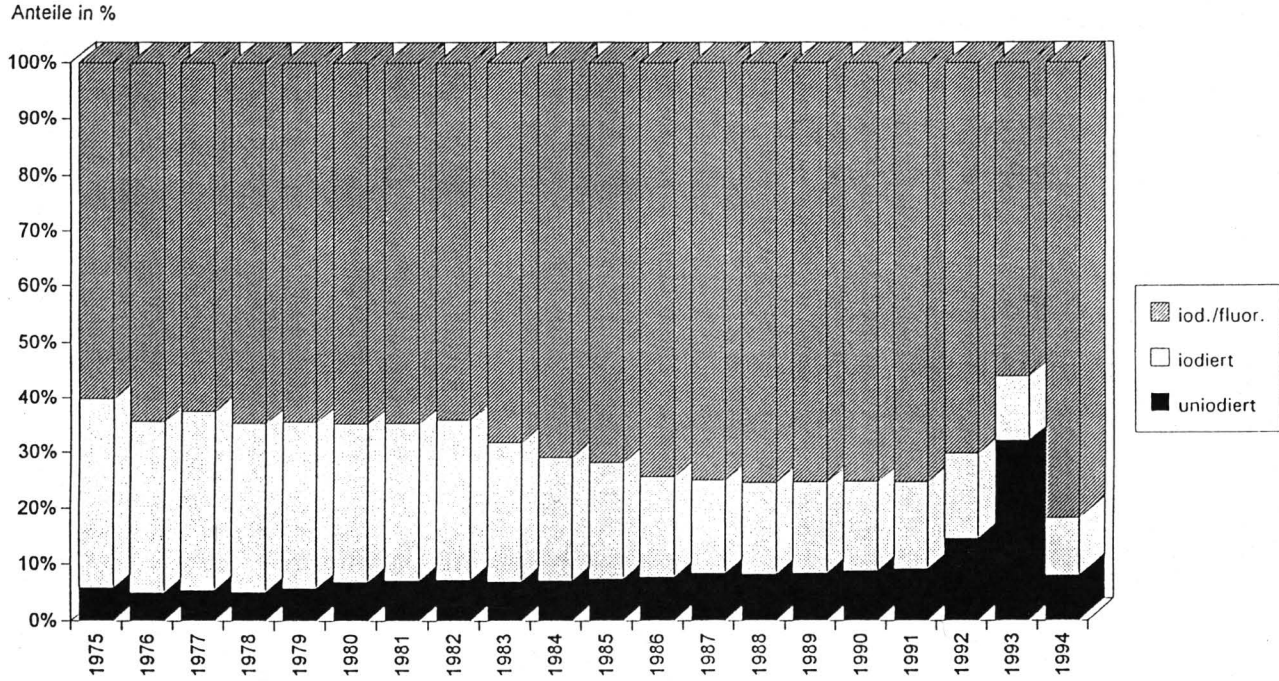
Prof. Dr. W. Hitzig, Zürich  
Dr. A. Induni, Lausanne  
Prof. Dr. J. Nicolet, Bern  
Dr. G. F. Riedler, Luzern

#### *Fluor- und Jodkommission der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften*

Die Kommission hielt ihre jährliche Sitzung am 3. November 1994 ab. Wichtigste Themen waren die in Rundschreiben aufgeworfenen Fragen, die Entwicklung der Marktanteile der verschiedenen Salzsorten (mitgeteilt von den Vereinigten Schweizerischen Rheinsalinen) und eine Ausweitung der Salzfluoridierung im Tessin.

Im Herbst 1993 wurde für Produktion und Auslieferung durch die Vereinigten Schweizerischen Rheinsalinen folgende Lösung getroffen: Alle Sorten werden in 500-g-Päcklein angeboten, die fluorid- und jodhaltigen zusätzlich auch in 1-kg-Paketen. Während 1993 der Anteil des fluo-

Abb. 1. Paketsalzverkauf 1975–1994.



ridierten Salzes um 56% lag, erhöhte er sich in den ersten Monaten des Jahres 1994 rasch. Er betrug, nach Einpendelung eines neuen Gleichgewichts, im zweiten Halbjahr rund 83%. Der Anteil unjodierten (und unfluoridierten) Salzes lag 1993 bei 32%, war aber im zweiten Halbjahr 1994 wieder auf 6% abgesunken. Die Versorgung der Bevölkerung mit Jod und Fluorid ist somit besser als je zuvor (Abb. 1).

Die Tessiner Schulküchen und kantonale Institutionen möchten in ihren Küchen fluoridhaltiges Salz verwenden. Die zuständigen Instanzen haben sich eindeutig dafür ausgesprochen. Dies erfordert eine Belieferung mit 25-kg-Säcken, wie sie seit 1975 in den Bäckereien im Kanton Glarus benützt werden. Die Kommission sprach sich für diese Massnahme aus.

Abgesehen von den erreichten Verbesserungen waren weder beim Jod noch beim Fluor Besonderheiten zu verzeichnen.

T. M. Marthaler

#### Mitglieder der Fluor- und Jodkommission

Prof. Dr. T. M. Marthaler, Zürich, Präsident	Dir. Dr. J. Lieberherr, Schweizerhalle, ab 3. 11. 1994
Prof. Dr. Th. Abelin, Bern	Dr. A. Lussi, Bern
Prof. Dr. H. Bürgi, Solothurn	E. Tremp, BAG, Bern
Prof. Dr. A. Burger, Genf	Dr. P. Vogt, Basel, Vertreter der Kantonsärzte
Prof. Dr. Ph. de Crousaz, Lausanne	
Dr. A. Jedelhauser, Schweizerhalle, bis 3. 11. 1994	

### 3. Konferenz der Schweizerischen wissenschaftlichen Akademien (CASS) Conférence des Académies scientifiques suisses (CASS)

Die vier nationalen Akademien vertieften im Berichtsjahr ihre Zusammenarbeit. Probleme der Wissenschaftspolitik, internationale Verpflichtungen, die Zusammenarbeit mit der D. N. Chorafas-Stiftung sowie ganz besonders die Prüfung einer neuen, die Akademien noch enger verbindenden Struktur standen im Vordergrund. Die Konferenz bewältigte ihre Aufgaben in vier Sitzungen, zu denen sich verschiedene Treffen mit Organen und Vertretern der forschungsfördernden und wissenschaftspolitischen Institutionen unseres Landes gesellten und die durch Beschlüsse auf dem Korrespondenzweg ergänzt wurden. Zum Jahresende übergab Prof. Paul Walter (Basel) das Präsidium an Prof. Alex F. Muller (Genf),

### III. Tätigkeiten – CASS

---

Präsident der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften.

#### 1. Wissenschaftspolitik

Im Frühjahr hatten die vier Akademien dem Bundesrat ihre *Mehrjahresprogramme für die Beitragsperiode 1996–1999* einzureichen. In der Konferenz wurden die Dokumente zusammengetragen und, mit einem von der CASS im Namen aller Akademien die vier Programme zusammenfassenden Schreiben, der Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern zuhanden des Bundesrates übermittelt. An einer der Planung gewidmeten Veranstaltung der Gruppe für Wissenschaft und Forschung (21./22. April 1994) vertraten Präsident und Generalsekretär die Interessen der Akademien.

Mehrfach widmete sich die Konferenz den Entwürfen zur *Neuregelung der Anerkennung von Maturitätsausweisen*. Der erste zur Vernehmlassung vorgelegte Entwurf vermochte keine der vier Akademien zu befriedigen. Die CASS erarbeitete und publizierte einen *Alternativentwurf*. Sie ging dabei von weit gediehenen Vorarbeiten der Akademie der technischen Wissenschaften aus. Deren Vorstellungen fanden im wesentlichen rasch Zustimmung. Die CASS trat ein für das Deutsche bzw. Französische als zweite Landessprache; für die Einführung der Erdwissenschaften sowie für Geistes- und Sozialwissenschaften, mit obligatorischer Grundausbildung in Geschichte und Geographie sowie einer Einführung in Gesellschaft, Wirtschaft und Recht; für Geschichte als eigenes Schwerpunktfach neben Philosophie und Pädagogik. Sie legte, im Hinblick auf die angestrebte Diversität der Fächer, viel Gewicht darauf, dass in den Grundlagendisziplinen ein Ausbildungsniveau gewährleistet bleibe, welches den Anforderungen einer Hochschule gerecht wird. Insbesondere wandte sie sich gegen die absehbare Schwächung des Unterrichts in den naturwissenschaftlichen Disziplinen Physik, Chemie und Biologie.

Auf Begehren des Wissenschaftsrates erklärte sich die Konferenz bereit, den *Früherkennungsbericht zur Polarforschung* zu begutachten. Sie beschloss, vier ausländische Experten einzubeziehen.

#### 2. Symposium der CASS

Beschlossen wurde, an einem CASS-Symposium im Jahre 1996 Dialog- und Konsensfähigkeit von Politik (Parlament, Behörden), Öffentlichkeit

(u.a. Medien, nichtstaatliche Organisationen) sowie Wissenschaft und Technik am Beispiel der nachhaltigen Entwicklung zu thematisieren. Eine Arbeitsgruppe unter der Leitung des Vizepräsidenten der SATW hat die Vorbereitungsarbeiten in Angriff genommen.

#### 3. Neue Kommissionen und Arbeitsgruppen der CASS

In einer neuen *Kommission für Forschungspartnerschaft mit Entwicklungsländern (KFPE)* sind Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Verwaltung durch wichtige und entscheidungsfähige Persönlichkeiten vertreten. Ein Jahresbudget von rund 100 000 Franken liegt vor und ist zunächst für drei Jahre zugesichert.

Die *Schweizerische Kommission für Polarforschung* wurde bis anhin von drei der vier Akademien finanziert. Neu stiess die Akademie der Medizinischen Wissenschaften zu den Trägerinnen. Auch dieses Organ ist nun der CASS zugeordnet.

Auf Anregung der Akademie der technischen Wissenschaften setzte die Konferenz eine *Arbeitsgruppe Ethik* ein. Sie soll Wege und Mittel prüfen, wie die ethische Reflexion in den in der CASS vertretenen Fachbereichen anzuregen sei.

#### 4. Internationale Beziehungen

Im Zusammenschluss aller europäischen Akademien ALLEA («*All European Academies*») vertritt die CASS die vier Akademien.

In der Generalversammlung der «*European Science Foundation*» (ESF) hat die CASS neben dem Nationalfonds (5 Delegierte) 2 Delegierte.

#### 5. Nationale Beziehungen

Mit dem *Schweizerischen Nationalfonds* findet eine jährliche Koordinationssitzung statt. Die Kontakte der CASS zum *Schweizerischen Wissenschaftsrat* wurden enger geknüpft, insbesondere im Bereich der forschungspolitischen Früherkennung bzw. beim Ausarbeiten von Studien und Erhebungen; die Koordination erfolgt hier bereits auf der Stufe der jährlichen Arbeitsprogramme.

Für die *Gruppe für Wissenschaft und Forschung*, insbesondere für das *Bundesamt für Bildung und Wissenschaft*, ist, wie für weitere Bundes- bzw. nationale Institutionen, die CASS zu einem zusätzlichen Ansprechpartner geworden.

### III. Tätigkeiten – CASS

---

#### 6. Chorafas-Stiftung

Am 26. Mai wurden im Berner Rathaus die beiden ersten Chorafas-Preise an international bekannte Wissenschaftler und Praktiker verliehen: Prof. Tibor Vámos, Institut für Computer und Automatisierung an der Ungarischen Akademie der Wissenschaften sowie Prof. Fischer Black, Goldman, Sachs & Co. in New York. Im Präsidium der Stiftung löste Prof. Paul Walter Prof. Ambros C. Speiser ab.

#### 7. Strukturfragen

Die vier Akademien befassten sich erneut mit der Frage einer neuen gemeinsamen Struktur. Aus sachlichen Gründen ist ein enger Schlußschluss sinnvoll. Im März widmete die CASS eine Klausurtagung dem Thema. In- und ausländische Gäste brachten Erfahrungen und Standpunkte zur Geltung, und Akademiemodelle aus Europa und Übersee wurden vorgestellt.

In der nachfolgend wiedergegebenen «Absichtserklärung» zuhanden des Eidgenössischen Departements des Innern und der wichtigsten wissenschaftspolitischen Instanzen stehen gemeinsame Beratungstätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit in wissenschaftlichen Fragen im Mittelpunkt; ferner die Unterstützung, Begleitung und Wahrung der Kontinuität von längerfristigen Forschungsaufgaben in der Schweiz, Symposien und Tagungen sowie gemeinsames Auftreten gegenüber Politikern und Bundesbehörden. Die Botschaft des Bundesrates zur Wissenschaftsförderung in den Jahren 1996–1999 (November 1994) empfiehlt «eine weitergehende Zusammenfassung der vier Akademien in einer Akademie». Am Dies academicus der Universität Bern formulierte Bundesrätin Ruth Dreifuss den Gedanken, die Kräfte von Wissenschaftsrat und Akademien zu bündeln.

Alex F. Muller  
Beat Sitter-Liver

#### Mitglieder der CASS

Prof. P. Walter, SANW, Basel, Präsident  
Prof. B. Sitter, SAGW, Bern, Generalsekretär CASS  
B. Burkhardt, SAGW, Zürich  
Prof. Th. Freyvogel, SANW, Basel  
Ch. Fux Chambovey, Bern, CASS Protokollführerin  
Dr. J. Gelzer, SAMW, Basel  
Prof. M. Hess, SAMW, Bern  
Prof. U. Klöti, SAGW, Zürich

Prof. H. Leuenberger, SATW, Basel  
Prof. A. F. Muller, SAMW, Genève  
Prof. C. Pfaff, SAGW, Muntelier  
Dr. B. Rouvé, SATW, Zürich  
Dr. R. Saemann, SATW, Basel  
Dr. P. Schindler, SANW, Bern  
Prof. A. P. Speiser, SATW, Baden

#### **Absichtserklärung der Konferenz der Schweizerischen wissenschaftlichen Akademien (CASS)**

Die vier in der CASS zusammengeschlossenen Akademien haben beschlossen, in denjenigen Bereichen vermehrt zusammenzuarbeiten, in welchen sie durch ein gemeinsames Vorgehen und Auftreten mehr erreichen können.

Im Vordergrund der CASS-Tätigkeiten stehen insbesondere folgende Bereiche:

#### **Beratungstätigkeit und Öffentlichkeitsarbeit in wissenschaftlichen Fragen.**

Die vier wissenschaftlichen Akademien besitzen gemeinsam grosse wissenschaftliche Kompetenz und Erfahrung, die zurzeit ungenügend genutzt werden. Die CASS wird vermehrt zu wissenschaftlichen Fragen verbindliche Stellungnahmen und Meinungsäusserungen formulieren, die durch Expertengruppen vorbereitet, von der CASS geprüft, verabschiedet und allenfalls auch publiziert werden.

Stellungnahmen und Meinungsäusserungen der CASS können spontan oder auf Anfrage ausgearbeitet werden. Sie dienen insbesondere dem Schweizerischen Wissenschaftsrat, der Hochschulkonferenz und anderen eidgenössischen Institutionen als Grundlage für deren Arbeiten.

#### **Unterstützung, Begleitung und Wahrung der Kontinuität von längerfristigen Forschungsaufgaben und -interessen in der Schweiz**

Dort, wo interdisziplinäre Fragen zur Diskussion stehen, die längerfristig von Bedeutung sind, besteht in der Schweiz ein Mangel an Organisationen und Institutionen, die sich dieser Aufgabe annehmen. CASS-Kommissionen und CASS-Expertengruppen kann die Verantwortung übertragen werden, derartige Probleme zu bearbeiten, so z. B. wissenschaftlich-ethische Fragen, Entwicklungen im Zusammenhang mit medizinisch-biologischem oder technischem Fortschritt, Umweltprobleme, spezielle interdisziplinäre Aspekte der Alpenregion, partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Entwicklungsländern usw. Auch eine engere Zusammenarbeit der CASS mit eidgenössischen Institutionen im Hinblick auf zweckmässige Umweltschutzmassnahmen, insbesondere im Anschluss an die UNCED 1992 in Rio de Janeiro, ist zweckmässig.

Eng verknüpft mit diesen Arbeiten ist ein vermehrter Einsatz der CASS bei der Planung und Erarbeitung von Berichten der «Früherkennung» (FER). Eine engere Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftsrat wird angestrebt.

#### **Gemeinsames Auftreten der vier Akademien in finanziellen Fragen gegenüber den Bundesbehörden und dem Parlament**

Dieser generelle Programmpunkt ist von besonderer Bedeutung im Zusammenhang mit den Beratungen der Mehrjahresprogramme sowie im Hinblick auf die Beteiligung an Forschungsprogrammen der EU.

### III. Tätigkeiten – CASS

---

#### **Beratung bezüglich eidgenössischer akademischer Fähigkeitsausweise**

CASS-Expertengremien können den Bund und die Kantone im Bereich eidgenössisch anerkannter akademischer Fähigkeitsausweise beraten, vor allem dort, wo die fachlichen z.T. interdisziplinären Anforderungen (z. B. Agro- und Ökowienschaften, Physik und Pharmazie) lückenhaft geregelt und die entsprechenden Berufsbilder erheblichen Wandlungen unterworfen sind.

#### **Symposien**

Die CASS wird auch weiterhin interdisziplinäre Symposien zu aktuellen Fragestellungen in Forschung und Entwicklung veranstalten, welche bewusst öffentlichkeitswirksam sein sollen.

Die einzelnen Akademien werden, unter Beibehaltung ihrer jetzigen Bezeichnungen, ihre spezifischen Tätigkeiten selbständig fortführen und gemäss Mehrjahresprogramm weiterentwickeln. Gegenseitige Information und Kooperation dort, wo sinnvoll, sind dabei selbstverständlich.

Die vermehrte Zusammenarbeit der Akademien und eine allfällige Zuweisung neuer grösserer Aufgaben an die CASS durch Dritte werden eine Anpassung der Strukturen der CASS erfordern. In Erwägung gezogen wird, der CASS einen anderen Namen zu geben, welcher die verstärkte Zusammenarbeit nach aussen besser dokumentiert.



## IV. Jahresrechnungen und Budget

---

*Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften*

*Dokumentationsdienst der Schweizerischen Akademie  
der Medizinischen Wissenschaften*

*Robert Bing-Fonds*

*Th. Ott-Fonds*

**Jahresrechnungen 1994**

## IV. Jahresrechnungen und Budget

SAMW

### BILANZ PER 31. DEZEMBER 1994

#### AKTIVEN

##### Flüssige Mittel

Kassa	1.206.45	
Postcheck	44.024.85	
A. Sarasin & Cie		
-Einlage-Konto	222.531.51	
-Festgeld	800.000.--	
-Symposium 94	4.998.75	
-Einlage-Kto Klaesi	<u>62.474.05</u>	1.135.235.61

##### Debitoren

Debitoren	18.991.30	
Verrechnungssteuer	<u>3.345.89</u>	22.337.19

##### Transitorische Aktiven

22.572.--

##### Anlagen

Apparate, Mobilien und Bücher	3.--	
Wertschriften Sarasin & Cie	<u>1.200.683.--</u>	<u>1.200.686.--</u>
		2.380.830.80
		=====

#### PASSIVEN

##### Kurzfristiges Fremdkapital

Diverse Kreditoren	132.564.05	
DOKDI	153.058.60	
R.Bing-Fonds	<u>3.210.20</u>	288.832.85

##### Transitorische Passiven

41.050.80

##### Rückstellungen

250.000.--

##### Reserve für Kursverluste

357.228.80

##### Stiftungskapital

Ciba-Fonds	200.000.--	
Betriebsfonds	500.000.--	
Erbschaftskapital	390.000.--	
Klaesi-Kapital	<u>64.152.90</u>	1.154.152.90

##### Einnahmenüberschuss

per 01.01.1994	267.908.20	
Einnahmenüberschuss pro 1994	<u>21.657.25</u>	<u>289.565.45</u>
		2.380.830.80
		=====

## IV. Jahresrechnungen und Budget

SAMW

### BETRIEBSRECHNUNG VOM 1. JANUAR - 31. DEZEMBER 1994

	<u>Aufwand</u>	<u>Ertrag</u>
<b>Wissenschaftliche Arbeiten zu Lasten SAMW</b>	442.516.80	
<b>Publikationen</b>		
Jahresbericht, Richtlinien		
Index	52.731.20	
Broschüre "Gentechnologie"	<u>19.524.40</u>	72.255.60
<b>MD-PhD-Programm</b>	102.500.--	
<b>Senat</b>		
Vorstand und Senat	135.205.25	
Arbeitskommissionen	<u>187.557.50</u>	322.762.75
<b>Delegationen und Bez. zu med.-wiss. Körperschaften</b>		12.177.50
<b>Verwaltung</b>		
Wissenschaftliche Hilfsdienste (DOKDI)	480.000.--	
Sekretariat	80.786.85	
Einrichtung	26.034.30	
Quästorat	17.049.05	
Diverses	<u>1.849.70</u>	605.719.90
<b>Beiträge</b>		
Donatoren		114.225.--
Bundesbeitrag		1.376.000.--
Kapitalertrag		89.364.80
Einnahmen-Ueberschuss pro 1994	21.657.25	
	<hr style="width: 100%;"/>	<hr style="width: 100%;"/>
	1.579.589.80	1.579.589.80
	=====	=====

## IV. Jahresrechnungen und Budget

SAMW

### BUDGET 1996

	1995 Budget	Einsatz der Subv.	1996 Budget	Einsatz der Subv.
<b><u>Einsatz der Mittel</u></b>				
<b>Ertrag</b>				
Beiträge der Donatoren	160.000		115.000	
Wertschriftenertrag	80.000		65.000	
Bundesbeitrag	1.520.000	1.520.000	1.403.000	1.403.000
	<u>1.760.000</u>	<u>1.520.000</u>	<u>1.583.000</u>	<u>1.403.000</u>
	=====	=====	=====	=====
<b><u>Aufwand</u></b>				
Kredite für wissenschaftliche Arbeiten Symposien, Workshops und Anschlussstipendien				
	540.000	500.000	550.000	480.000
Publikationen (Jahresbericht, Richtlinien etc.)				
	100.000	80.000	80.000	60.000
CASS/Symposium				
	110.000	50.000	10.000	
<b>Senat und Vorstand</b>				
Delegationen und Bez. zu med. wiss. Körperschaften im In- und Ausland				
	50.000		40.000	20.000
Vorstandsaktivitäten und Senatsaktivitäten inkl. Öffentlichkeitsarbeiten				
	130.000	120.000	125.000	105.000
Arbeitskommissionen	200.000	170.000	128.000	118.000
<b>Verwaltung</b>				
Wissenschaftliche Hilfsdienste DOKDI				
	480.000	480.000	500.000	500.000
Sekretariat	100.000	90.000	100.000	80.000
Quästorat	40.000	30.000	40.000	40.000
Diverses	10.000		10.000	
	<u>1.760.000</u>	<u>1.520.000</u>	<u>1.583.000</u>	<u>1.403.000</u>
	=====	=====	=====	=====

## IV. Jahresrechnungen und Budget

DOKDI

### BILANZ PER 31. DEZEMBER 1994

#### AKTIVEN

<b>Flüssige Mittel</b>		
Kassa	687.90	
A. Sarasin & Cie		
-Einlage-Konto	171.066.49	
-\$-Konto	48.890.45	
-Festgeld	<u>200.000.--</u>	420.644.84
<b>Forderungen</b>		
Diverse Debitoren	98.369.82	
-Delkredere	- 5.000.--	
	<u>93.369.82</u>	
SAMW	153.058.60	
Verrechnungssteuer	3.252.20	
Transitorische Aktiven	<u>20.904.--</u>	270.584.62
<b>Anlagen</b>		
Apparate, Mobilien und Bücher		1.--
<b>Wertschriften</b>		
Bank Sarasin		<u>1.027.159.--</u>
		1.718.389.46
		=====

#### PASSIVEN

<b>Kurzfristiges Fremdkapital</b>		
Diverse Kreditoren	163.998.36	
Transitorische Passiven	<u>613.026.40</u>	777.024.76
<b>Rückstellungen</b>		
		50.000.--
<b>Kapital</b>		
per 01.01.1994	793.509.97	
Einnahmenüberschuss pro 1994	<u>97.854.73</u>	<u>891.364.70</u>
		1.718.389.46
		=====

## IV. Jahresrechnungen und Budget

---

DOKDI

### BETRIEBSRECHNUNG VOM 1. JANUAR - 31. DEZEMBER 1994

	<u>Aufwand</u>	<u>Ertrag</u>
Personalkosten	871.733.15	
Raumkosten	56.216.10	
Abgeltung Sekretariat SAMW	26.000.--	
Einrichtung/Material	32.020.65	
Informatik DOKDI	37.212.25	
Sachversicherungen	1.236.10	
Literatur	3.624.80	
Reisen, Kongresse, Weiterbildung	11.291.35	
Werbung/PR/Demos	53.095.65	
Dienstleistungen	61.705.70	
Trainings	1.684.75	
Bankspesen	12.587.08	
Telefon/Fax	10.785.60	
Frankaturen	10.222.95	
Telekommunikation	7.779.15	
Royalties von Dritten an NLM	519.474.80	
Royalties von DOKDI an NLM	50.643.35	
Data-Star NLM-Datenbanken	32.936.49	
Data-Star andere Datenbanken	149.673.20	
Andere Hosts	6.832.31	
Rückstellung Delkredere	3.500.--	
Diverses	1.236.35	
Wertschriftenerfolg	17.624.40	
Beitrag SAMW		480.000.--
Recherchen SNF		350.552.--
Recherchen EDI		92.445.--
Recherchen andere		164.958.55
Beitrag Interpharma		150.000.--
Royalties von Dritten		695.807.06
Trainings		11.900.--
Dienstleistungen		94.531.--
Zinsertrag		36.777.30
Einnahmenüberschuss	<u>97.854.73</u>	
	2.076.970.91	2.076.970.91
	=====	=====

## IV. Jahresrechnungen und Budget

### R. BING-FONDS

#### BILANZ PER 31. DEZEMBER 1994

##### AKTIVEN

<b>Flüssige Mittel</b>		
A. Sarasin & Cie		
-Einlagekonto		22.370.02
<b>Debitoren</b>		
Verrechnungssteuer	3.370.15	
SAMW	<u>3.210.20</u>	6.580.35
<b>Trans. Aktiven</b>		
		14.781.--
<b>Wertschriften</b>		
A. Sarasin & Cie		<u>1.136.539.--</u>
		<u>1.180.270.37</u>
		=====

##### PASSIVEN

Reserve für Kursverluste		370.152.40
<b>Eigenkapital</b>		
Stiftungskapital	413.657.88	
Einnahmenüberschuss 01.01.94	488.444.11	
- Ausgabenüberschuss pro 94	<u>91.984.02</u>	<u>810.117.97</u>
		<u>1.180.270.37</u>
		=====

## IV. Jahresrechnungen und Budget

---

### R. BING-FONDS

#### BETRIEBSRECHNUNG VOM 1. JANUAR - 31. DEZEMBER 1994

	<u>Aufwand</u>	<u>Ertrag</u>
Verwaltungsspesen	10.083.--	
Preisverleihung	146.905.20	
Zinserträge		65.004.18
Ausgabenüberschuss	<u>                    </u>	<u>91.984.02</u>
	156.988.20	156.988.20
	=====	=====

#### Details zur Preisverleihung

Preise	140.000.--
Drucksachen und Diverses	<u>6.905.20</u>
	146.905.20
	=====



## IV. Jahresrechnungen und Budget

### TH.OTT-FONDS

#### BILANZ PER 31. DEZEMBER 1994

##### AKTIVEN

###### Flüssige Mittel

A. Sarasin & Cie

-Konto-Korrent

86.078.19

-DM-Konto

3.169.40

-Festgeld

150.000.--

239.247.59

###### Debitoren

Diverse Debitoren

201.40

Verrechnungssteuer

7.023.45

7.224.85

###### Transitorische Aktiven

63.445.--

###### Wertschriften

Bank Sarasin

3.232.819.--

3.542.736.44

=====

##### PASSIVEN

Reserve für Kursverluste

81.770.10

###### Eigenkapital

Stiftungskapital 1.1.94

3.406.703.11

Einnahmenüberschuss 1.1.94

171.383.55

- Ausgabenüberschuss 1994

117.120.32

3.460.966.34

3.542.736.44

=====

## IV. Jahresrechnungen und Budget

---

### TH.OTT-FONDS

#### BETRIEBSRECHNUNG VOM 1. JANUAR - 31. DEZEMBER 1994

	<u>Aufwand</u>	<u>Ertrag</u>
Stipendien/Beiträge	222.178.--	
Verwaltungsspesen	31.020.--	
Zinserträge		136.077.68
Ausgabenüberschuss	_____	<u>117.120.32</u>
	253.198.--	253.198.--
	=====	=====

## V. Donatoren

---

### *Donatoren*

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

Sandoz-Stiftung, Basel

Nestlé SA, Vevey

Verbindung der Schweizer Ärzte

Schweiz. Lebensversicherungs- und Rentenanstalt, Zürich

Schweiz. Treuhandgesellschaft, Basel

Schweiz. Gesellschaft für Parodontologie

«La Suisse» Lebensversicherungs-Gesellschaft, Lausanne



# Spezieller Teil

---

## Inhalt

I. SAMW-Mehrjahresprogramm 1996–1999 .....	69
II. Gründung des Kollegiums Hausarztmedizin / Schweizerische Stiftung zur Förderung der medizinischen Grundversorgung; Collège suisse de médecine de premier recours .....	99
III. Verleihung des Bing-Preises 1994 .....	103
IV. SAMW-Symposium 1994	
<b>«Migrations Medizin: Praxis und Forschung in der Schweiz» «La médecine des migrants: médecine appliquée et recherches en Suisse»</b>	
Inhaltsverzeichnis .....	120
1. Einleitung, J. Gelzer .....	122
2. Eröffnungsansprache, A. F. Müller .....	124
3. Programm .....	125
4. Eröffnungsreferat .....	128
5. Zusammenfassungen der Vorträge .....	136
6. Appendix: Begriffsbestimmungen .....	158
7. Kurzbericht über Symposium, J. P. Kalbermatten (aus SÄZ 75, 1978–1979, 1994) .....	160
V. Öffentlichkeitsarbeiten	
1. Arbeitsgruppe Medien / Information .....	163
2. Broschüre Gentechnologie, 2. Auflage .....	163
3. Diverses .....	163
VI. Publikationen und Mitteilungen der SAMW 1994 .....	165



# I. SAMW-Mehrjahresprogramm 1996–1999

---

## Vorbemerkungen

Gemäss Art. 23–25 des Forschungsgesetzes verfügt der Bund über das rechtliche Instrumentarium, um «Forschungsorgane zu verpflichten, Mehrjahresprogramme auszuarbeiten, welche über die forschungspolitischen Absichten, mittelfristige Dringlichkeiten und Schwerpunkte der Tätigkeiten» Auskunft erteilen. Die Mehrjahresprogramme und Planungsunterlagen der einzelnen Forschungsorgane werden anschliessend zur «Botschaft über die Förderung der Wissenschaft» vereinigt, um den eidgenössischen Räten zur parlamentarischen Behandlung der Forschungsförderungskredite vorgelegt zu werden.

Im Berichtsjahr hat die Konferenz der schweizerischen wissenschaftlichen Akademien (CASS) die von den vier Akademien auf der Basis von Sparweisungen des Bundesamtes für Bildung und Wissenschaft (BBW) eigenständig ausgearbeiteten Mehrjahresprogramme zum ersten Mal als konsolidiertes Dokument am 15. März 1994 Bundesrätin Dreifuss unterbreitet. Für die vier Akademien wurde für die Periode 1996–1999 ein Bundesbeitrag von 93,42 Millionen Franken beantragt:

	Fr. 1000
SANW .....	22 341
SAMW .....	6 610
SAGW: Akademie .....	41 543
Historisches Lexikon Schweiz .....	14 841
SATW .....	8 084

Einzelheiten für die von der SAMW beantragten Fr. 6,61 Mio. finden sich im nachfolgend in extenso wiedergegebenen Text unseres Mehrjahresprogramms 1996–1999. Im Jahre 1991 wurden bekanntlich die Mehrjahresprogramme des SNF und der Akademien noch als Beiheft der Publikation «Wissenschaftspolitik» der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Da dieses Organ nicht mehr zur Verfügung steht, findet sich unser Programm nun im «Speziellen Teil» dieses Jahresberichts.

Am 28. November veröffentlichte der Bundesrat seine «Botschaft 1994 über die Förderung der Wissenschaft in den Jahren 1996–1999» z. Hd. der Räte. Diese sollen nun über einen Gesamtkredit von 3920,3 Millionen Franken für Wissenschaft und Hochschulen beschliessen. Für die vier

## I. SAMW-Mehrjahresprogramm 1996–1999

---

Wissenschaftlichen Akademien einschliesslich der Sonderprojekte «Nationales Wörterbuch» und «Historisches Lexikon der Schweiz» werden 78,8 Millionen Franken beantragt, wobei angesichts der Mittelknappheit für die Akademien eine Wachstumsrate von 1,5% pro anno vorgesehen ist.

Gegenüber den von der SAMW ersuchten 6,6 Mio. Franken hat der Bundesrat (s. S. 66–71 der Botschaft) für die kommende Planungsperiode zugunsten unserer Akademie zur Weiterführung der wissenschaftlichen Kommissionen, zur Förderung der medizinischen Forschung und zur Umgestaltung des DOKDI der SAMW in das geplante Informationszentrum für Medizin und Biologie (IZMB) 5,8 Millionen Franken gemäss folgender Aufteilung beantragt:

	Mio. Fr.
1996	1,4
1997	1,4
1998	1,5
1999	1,5

Der Entscheid durch die Räte über diesen Antrag wird im Jahre 1995 erwartet.

J. Gelzer



**SAMW**  
**MEHRJAHRESPROGRAMM 1996-1999**

	SEITE
<b>ZUSAMMENFASSUNG/RESUME/RIASSUNTO</b>	72-77
<b>EINLEITUNG</b>	78
<b>EINZELKAPITEL</b>	
1. Tätigkeiten während der laufenden Beitragsperiode 1992-1995	79
A - Forschungsförderung	79
B - Dienstleistungen	81
 <i>Beitragsperiode 1996-1999</i>	
2. <b>Weiterführung</b> bisheriger Forschungs- fördernder Aufgaben	86
3. <b>Ausbau</b> bestehender und Aufnahme neuer forschungsfördernder Aufgaben	88
4. <b>Abbau und Aufhebung</b> bisheriger forschungsfördernder Aufgaben und damit erzielte Einsparungen	92
5. <b>Aufteilung und Deckung</b> der SAMW-Ausgaben 1996-1999 durch Bundesbeiträge, Eigenmittel und Drittmittel	92
<b>TABELLEN 2-6</b>	
<b>ABKÜRZUNGEN</b>	

## ZUSAMMENFASSUNG

Im zweiten Jahr der **laufenden Beitragsperiode 1992-1995** feierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften das 50jährige Jubiläum ihrer Gründung. Ein grosser Teil der im letzten Mehrjahresprogramm beschriebenen z.T. angestammten und z.T. neuen Aufgaben zur Forschungsförderung schweizerischer Mediziner und Tierärzte und der Dienstleistungen zugunsten von Aerzten, Tierärzten und Apothekern konnte seit 1992 weitergeführt oder in Angriff genommen werden. Frei von der Belastung die zahlreichen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften in unserem Land direkt administrativ betreuen zu müssen - eine Aufgabe, welche von den Medizin-Standesorganisationen wahrgenommen wird - konnten sich der Vorstand und die Expertenkommissionen der SAMW - durchwegs im Milizsystem wirkend - auf ihre Hauptdomänen Nachwuchs- und Forschungsförderung, Arbeiten im Bereich der Medizinethik und Dokumentationsdienstleistungen konzentrieren.

Das gesamtschweizerische interuniversitäre MD-PhD-Programm wurde in Zusammenarbeit mit dem SNF und privaten Stiftungen mit ersten Stipendiaten implementiert und dank jährlicher Bundesbeiträge von circa Fr. 400'000.-- (Budget 94 und 95 bis Fr. 490'000.--) konnten die drei SAMW- Forschungskommissionen ihre Anstrengungen für direkte und gezielte Forschungsförderungen fortsetzen. Fünf Texte für Ethik-Richtlinien über schwierige medizinische Fragestellungen wurden vollendet und drei neue Subkommissionen zur Bearbeitung dringlicher Fragestellungen, einschliesslich Gentherapie, eingesetzt. Die 1992 neu konstituierte "Ueberregionale Ethikkommission für Klinische Forschung" hat bereits eine Anzahl zum Teil komplexer multiregionaler Forschungsvorhaben in Freiwilligen und Kranken begutachtet. Die beiden wissenschaftlichen SAMW-Symposien über "Klinische Forschung" und "Halluzinogene (LSD)" führten zu einer Reihe von Nachfolgeaktivitäten, u.a. zu einer Skizze für ein nationales SPP. Ein drittes SAMW-Symposium über "Migrationsmedizin" ist in Vorbereitung.

Mit erheblicher Unterstützung durch jährlich regelmässig erhöhte Bundesgelder (Ziel Fr. 630'000.-- per 1995) begann der DOKDI in Bern erfolgreich mit seiner geplanten Umwandlung in ein Schweizerisches Informationszentrum für Medizin und Biologie (IZMB).

Erste Versuche mit direkter Oeffentlichkeitsarbeit durch Teilnahme an Ausstellungen und Publikationen für Nicht-Aerzte ergaben ermutigende Resultate.

In der **kommenden Beitragsperiode 1996-1999** sollen entsprechend den "Zielen der Forschungspolitik des Bundes nach 1992" und den "Zielvorstellungen Horizont 2000" des Schweizerischen Wissenschaftsrates die forschungsfördernden Aufgaben der SAMW mit erster Priorität fortgesetzt werden. Für diesen Bereich werden ca. Fr. 500'000.-- bis 510'000.-- p.a., bzw. Fr. 2.2 Millionen

## I. SAMW-Mehrjahresprogramm 1996–1999

---

total budgetiert. Diese Mittel werden speziell zur Verstärkung des Mittelbaus der klinischen Forscher dienen. Gleichzeitig unterstützt die SAMW neue Bestrebungen zur Qualitätsförderung der Hausarztmedizin durch Forschung in der Praxis im Verbund mit universitären Bereichen.

Zur endgültigen Realisierung des IZMB wird für die kommende Berichtsperiode ein jährlicher Bundesbeitrag von ca. Fr. 650'000.-- auf Fr. 720'000.-- zunehmend budgetiert, entsprechend einer Gesamtzuwendung von 2,75 Millionen Franken. Diese Beträge, welche zur Realisierung des IZMB als eine integrierte Institution erforderlich sind, decken zwar die im DOKDI-Mehrjahresprogramm 1996-1999 budgetierten Unterstützungsbedürfnisse nicht vollumfänglich. Andererseits werden die zukünftigen budgetierten Benutzereinnahmen vom DOKDI konservativ ausgewiesen.

Für die kommende Beitragsperiode neu vorgesehen sind begrenzte Aufwendungen für spezielle Öffentlichkeitsarbeiten sowie zusätzliche Mittel zur Finanzierung der Redaktionskosten einer bedeutsamen schweizerischen Zeitschrift für das Gebiet der Sozial- und Präventivmedizin. Diese Aktivitäten und die übrigen Dienstleistungen der SAMW werden mit Priorität II oder III betrieben.

Die SAMW rechnet mit einer unveränderten Fortsetzung der ihr jährlich zufließenden Donatorenbeiträge. Im Rahmen der Gesamteinnahmen betragen Donatorenbeiträge und Eigenmittel ca. 15 %.

Für die Beitragsperiode 1996-1999 besteht zur Durchführung der gesamthaft geplanten Vorhaben in den Bereichen Forschungsförderung und Dienstleistungen ein Subventionsbedarf von Fr. 6'610'000.-- einschliesslich 3.5 % indexierter Teuerung. Ein Nullwachstum der Bundesbeiträge hätte unerwünschte Folgen: die Möglichkeit zur dringlichen Nachwuchs- und Mittelbauförderung klinischer Forscher würde gefährdet und die endgültige Realisierung des IZMB verzögert oder beeinträchtigt.

Um ihre Aufgaben erfüllen zu können, ersucht die SAMW den Bundesrat um folgende Mittelzuteilung:

für 1996	Fr. 1'570'000.--
1997	Fr. 1'620'000.--
1998	Fr. 1'680'000.--
1999	Fr. 1'740'000.--

## RESUME

Au cours de la deuxième année de la période de **subvention courante** de 1992 à 1995, l'Académie Suisse des Sciences Médicales a fêté le 50e anniversaire de sa fondation. Une grande partie des tâches aussi bien traditionnelles que nouvelles en rapport avec l'encouragement de la recherche pratiquée par les médecins, vétérinaires et pharmaciens suisses décrites dans le dernier programme pluriannuel ont pu être poursuivies ou entreprises. Libérée de la charge de la gestion administrative directe des nombreuses sociétés médico-scientifiques de notre pays - cette tâche est assumée par les organisations professionnelles médicales - le Comité et les Commissions d'experts de l'ASSM, fonctionnant toujours à titre honorifique, ont pu se concentrer sur leur mandat principal, soit l'encouragement de la relève et de la recherche, ainsi que les travaux dans le domaine de l'éthique médicale et les prestations de services en matière de documentation.

Le programme interuniversitaire suisse MD-PhD a été poursuivi en collaboration avec le Fonds national et des fondations privées avec de premiers boursiers; grâce à des contributions de la Confédération d'environ Fr. 400'000.- par an (budget 1994 et 1995 jusqu'à 490'000.-), les trois Commissions de Recherche de l'ASSM ont pu poursuivre leurs efforts directs et ciblés d'encouragement de la recherche. Cinq textes de directives éthiques portant sur des questions médicales délicates ont été achevées, alors que trois sous-commissions nouvelles étaient constituées pour l'étude de questions urgentes, dont la thérapie génique. La "Commission d'Ethique Suprarégionale pour la recherche clinique" constituée en 1992 a déjà examiné une série de projets de recherche clinique multirégionaux en partie complexes avec des volontaires et des malades. Les deux symposiums scientifiques de l'ASSM sur la "Recherche clinique" et les "Hallucinogènes (LSD)" ont suscité une série d'activités subséquentes, notamment une esquisse pour un Programme national prioritaire (SPP). Un troisième symposium consacré à la "Médecine des migrants" est en préparation.

Avec le soutien important de subsides fédéraux régulièrement augmentés (objectif: Fr. 630'000.- pour 1995), le service de documentation DOKDI a entrepris avec succès sa transformation projetée en un Centre suisse d'information pour la médecine et la biologie (CIMB).

De premiers essais d'information directe du public par une participation à des publications et expositions à l'intention de non-médecins ont donné des résultats encourageants.

Au cours de la **prochaine période de subvention de 1996 à 1999**, la priorité sera accordée aux tâches d'encouragement de la recherche en conformité avec les "Objectifs de la politique de recherche de la Confédération après 1992" et les "Objectifs Horizon 2000" du Conseil suisse de la science. Pour ce domaine, un

## I. SAMW-Mehrjahresprogramm 1996-1999

---

budget d'environ Fr. 500'000.- à 510'000.- par année, soit au total 2,2 millions de francs, a été établi. Ces moyens serviront spécialement à renforcer le corps intermédiaire des chercheurs cliniques. En même temps, l'ASSM apporte son soutien aux efforts d'amélioration de la qualité de la médecine de famille par la recherche dans la pratique en collaboration avec les secteurs universitaires.

Pour la prochaine période de rapport, une subvention fédérale annuelle croissante d'environ Fr. 650'000.- à Fr. 720'000.-, correspondant à un subside total de 2,75 millions de francs sera consacrée à la réalisation finale du CIMB. Ces montants, nécessaires à la mise en place du CIMB comme institution intégrée, ne couvrent pas totalement les besoins budgetés du programme pluriannuel 1996 à 1999 du DOKDI. D'autre part, les futures recettes dues au cotisations d'utilisateurs du DOKDI sont déclarées à titre conservatoire.

Pour la future période, on a nouvellement prévu des dépenses limitées pour des opérations d'information du public et des moyens supplémentaires pour le financement des frais de rédaction d'une importante publication suisse dans le domaine de la médecine sociale et préventive. Ces activités et autres prestations de services de l'ASSM recevront la 2e et 3e priorité.

L'ASSM compte avec une poursuite inchangée des contributions annuelles de donateurs. Ces subsides et les fonds propres représentent environ 15% du budget.

Pour la période de subvention de 1996 à 1999, l'exécution de tous les projets planifiés dans les domaines d'encouragement de la recherche et prestations de services présupposent un besoin de subventions de Fr. 6'610'000.-, y compris 3,5% de renchérissement indexé. Une croissance zéro des subventions fédérales aurait des suites fâcheuses: elle ralentirait ou compromettrait aussi bien l'encouragement urgent de la relève scientifique et du corps intermédiaire des chercheurs cliniques, que la réalisation définitive du CIMB.

Pour que l'ASSM puisse accomplir ses tâches, l'ASSM prie le Conseil fédéral de lui attribuer les sommes suivantes:

pour 1996	Fr. 1'570'000.-
pour 1997	Fr. 1'620'000.-
pour 1998	Fr. 1'680'000.-
pour 1999	Fr. 1'740'000.-

## RIASSUNTO

Nel secondo anno del **corrente periodo contributivo 1992-1995** l'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) ("Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften" (SAMW) ha festeggiato il cinquantésimo giubileo della sua fondazione. Gran parte degli scopi - in parte tradizionali, in parte innovativi - dell'ultimo programma a lunga scadenza: impegni per l'incremento di ricerca di medicina umana e veterinaria e servizi a favore di medici, veterinari e farmacisti, ha potuto, dal 1992 essere proseguita o iniziata. Essendo liberi dal peso dell'amministrazione diretta di numerose società medico-scientifiche, compito che viene assunto dalle organizzazioni mediche professionali, la presidenza e le commissioni di esperti della ASSM hanno potuto concentrarsi esclusivamente sulle loro principali incombenze: l'incremento della ricerca e delle nuove leve universitarie, lavori nell'ambito dell'etica medica e servizi di documentazione.

Il programma MD-PhD interuniversitario svizzero è stato appoggiato con borse di studio iniziali dal Fondo Nazionale Svizzero in collaborazione con fondazioni private; inoltre, grazie a contribuzioni federali annue di circa Fr. 400'000.-- (bilancio 1994 e 1995 fino a Fr. 490'000.--) le tre commissioni di ricerca della ASSM hanno potuto continuare i loro sforzi diretti e precisi per un incremento della ricerca. Cinque articoli concernenti norme etiche riguardanti complesse questioni mediche sono stati portati a termine e sono state istituite tre nuove sottocommissioni per l'elaborazione di urgenti questioni, compresa la terapia genetica. La Commissione etica supraregionale per la ricerca clinica "Überregionale Ethikkommission für Klinische Forschung", costituita nel 1992, ha già esaminato un certo numero di progetti di ricerca multiregionali in parte complessi, su volontari e malati. I due simposi scientifici della ASSM sulla ricerca clinica ("Klinische Forschung") e allucinogeni (LSD) ("Halluzinogene (LSD)" hanno dato luogo ad attività successive, tra l'altro ad un Programma prioritario nazionale (SPP). Un terzo congresso ASSM sulla medicina migratoria ("Migrationsmedizin") è in elaborazione.

Con l'appoggio considerevole di regolari quote federali più alte (meta Fr. 630'000.- per il 1995) il servizio di documentazione (Dokumentationsdienst DOKDI) a Berna ha iniziato con successo la progettata mutazione in un Centro svizzero d'informazione per medicina e biologia CIMB (Informationszentrum für Medizin und Biologie IZMB).

Primi tentativi di rivolgersi direttamente al pubblico attraverso la partecipazione a mostre e pubblicazioni per non medici hanno dato risultati incoraggianti.

I progetti della ASSM per incrementare la ricerca dovranno essere proseguiti con assoluta priorità nel prossimo periodo contributivo 1996-1999 secondo la politica di ricerca federale dopo il 1992 ("Ziele der Forschungspolitik des Bundes nach

1992" e "Zielvorstellungen Horizont 2000" - progetti del consiglio scientifico svizzero). Per questa attività sono calcolati circa da Fr. 500'000.-- a 510'000.-- per anno, rispettivamente 2.2 milioni di franchi in totale.

Questi mezzi serviranno in particolare al rinforzo del corpo intermedio di ricercatore clinico. Nello stesso tempo la ASSM sostiene nuovi sforzi per il miglioramento della qualità della medicina generale attraverso la ricerca nella pratica e in collegamento con l'ambito universitario.

Per la definitiva realizzazione dell'CIMB per il prossimo periodo viene calcolata una contribuzione federale annua aumentata da ca. Fr. 650'000.-- a Fr. 720'000.--, rispettivamente una contribuzione totale di 2.75 milioni di franchi. Tali contribuzioni, necessarie alla realizzazione del CIMB (IZMB) come istituzione integrata non coprono interamente le necessità di appoggio che sono nel bilancio del progetto DOKDI 1996-1999. D'altra parte il DOKDI registrerà i previsti introiti degli utenti come per il passato.

Per il prossimo periodo contributivo è prevista un sussidio limitato alla pubblicità e alle spese e mezzi supplementari per il finanziamento dei costi di redazione di un'importante rivista svizzera nell'ambito della medicina sociale e preventiva. Queste attività insieme con gli altri servizi della ASSM verranno condotte con priorità II o III.

La ASSM conta su di un'immutata continuazione delle entrate annue basate sui contributi dei donatori. Nell'ambito delle entrate generali i contributi dei donatori e il capitale proprio ammontano al 15 % circa.

Per il periodo contributivo 1996-1999 è indispensabile una sovvenzione di Fr. 6'610'000.-- compreso il 3.5 % d'indice di rincaro per la realizzazione dell'intero progetto nell'ambito dell'incremento della ricerca e dei servizi. Un aumento zero dei contributi federali avrebbe conseguenze negative: l'urgente incremento delle nuove leve universitarie e del corpo intermedio sarebbe in pericolo e la realizzazione definitiva dell'CIMB sarebbe rallentata o addirittura limitata.

Per poter adempiere ai propri impegni, la ASSM richiede al Consiglio Federale le seguenti sovvenzioni:

per 1996	Fr. 1'570'000.--
1997	Fr. 1'620'000.--
1998	Fr. 1'680'000.--
1999	Fr. 1'740'000.--

## **Mehrjahresprogramm 1996 - 1999**

### **Einleitung**

Vereinigt mit den drei Schwesterakademien SAGW, SANW und SATW in der CONFÉRENCE des ACADEMIES SCIENTIFIQUES SUISSE (CASS) hat die im Forschungsgesetz 1983 vom Bund als Forschungsinstitution anerkannte SAMW die Aufgabe, die medizinischen und biologisch-medizinischen Wissenschaften in der Schweiz durch gezielte Unterstützung von Forschungsprojekten, durch Nachwuchsförderung und Dienstleistungen für Aerzte, Tierärzte und Apotheker zu fördern. 1993 feierte die Akademie ihr 50jähriges Wirken im Dienste der medizinischen Wissenschaften der Schweiz.

Im Gegensatz zu ihren Schwesterakademien ist die SAMW nicht primär Dachorganisation von medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Das oberste Organ ist der Senat mit etwa 50 Mitgliedern, welche die Fakultäten sowie die Ärzteschaft, die Gesellschaften der Tierärzte und Apotheker delegieren. Ferner gehören dem Senat Vertreter von acht medizinischen Fachgesellschaften sowie die Direktoren der Bundesämter für Gesundheit (Mensch und Tier) an. Die im Senat vertretenen Standesorganisationen bearbeiten standespolitische Probleme der Ärzte, Tierärzte und Apotheker eigenständig.

Die SAMW, mit ihren zahlreichen ehrenamtlich wirkenden Expertenkommissionen, beschäftigt sich intensiv mit Fragen der Weiter- und Fortbildung, der Forschungs- und Nachwuchsförderung sowie vor allem mit Problemen der Medizin-Ethik und mit interdisziplinären bioethischen Fragestellungen und äussert sich in entsprechenden Beurteilungen und Richtlinien. Zur Uebertragung von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die medizinische Praxis dienen spezielle Symposien. Die SAMW fördert ferner speziell die Praxisforschung. Seit mehr als 20 Jahren betreibt die SAMW auch einen nationalen wissenschaftlichen Dokumentationsdienst (DOKDI) zur elektronischen Vermittlung von Literatur- und Bibliotheksystem-Informationen.

Eine besonders enge Zusammenarbeit besteht mit der Verbindung der Schweizer Aerzte. Mit dem Schweiz. Nationalfonds bearbeitet die SAMW vor allem Gesuche von Forschern aus "Gebieten und Regionen ausserhalb des Hochschulbereichs".



**1. TÄTIGKEITEN WÄHREND DER BEITRAGSPERIODE  
1992 - 1995**

**A FORSCHUNGSFÖRDERUNG**

betreibt die SAMW in folgenden Gremien und Institutionen:

**1.1 Interuniversitäres Expertengremium für MD-Ph-Stipendien:**

Die gesamtchweizerische interuniversitäre **MD-Ph-Kommission** evaluiert Aerzte und Tierärzte mit Eignung für ein 3 Jahre dauerndes PhD-Zweitstudium. Die SAMW verwaltet dieses Programm in Zusammenarbeit mit dem SNF und privaten Stiftungen. Die ersten 15 ausgewählten Stipendiaten haben ihr Zweitstudium begonnen.

**1.2 Die Forschungskommission (FK) der SAMW** bearbeitet z.H. des SNF Gesuche von Schweizer Forschern aus nichtuniversitären Instituten oder im Ausland.

**1.3 Die Begutachtungskommission (BK) der SAMW** behandelt pro Jahr etwa 25 Gesuche, welche direkt an die Akademie gerichtet werden und unterstützt Kandidaten für eine spätere medizinisch wissenschaftliche Tätigkeit, vornehmlich im Bereich der Klinischen Forschung. Ausnahmsweise werden nicht etablierte interdisziplinäre medizinisch wissenschaftliche Kongresse unterstützt, vor allem wenn sie zur aktiven Valorisierung von Forschungserkenntnissen zugunsten der praktischen Medizin beitragen oder den West-Ost und Nord-Süd Transfer von medizinischen Kenntnissen fördern.

**1.4 Die Kommission "Recherches et Réalisation en Médecine appliquée (RRMA)"** unterstützt praxisorientierte Forschungsprojekte, welche vorzugsweise in Partnerschaft zwischen Hochschulbereichen - meist Poliklinik-Bereiche von Universitätskliniken - und praktizierenden Aerzten durchgeführt werden.

**1.5 Die SAMW ist in der Schweiz. Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien (SSMBS)** für fortgeschrittene Forscher und Nachwuchs für Mittelbau (ähnlich der Institution SCORE des SNF) aktiv vertreten.

Die zur direkten Forschungsförderung aufgewendeten, respektive budgetierten Beträge während der Beitragsperiode 1992-1995 sind in der folgenden Tabelle 1 (in SFr. 1000) dargestellt:

*Tabelle 1*

	1992 Rechnung	1993 Rechnung	1994 Budget	1995 Budget
1.1 MDPH- Programm				
Total	75	150	250	350
davon Bundes- beitrag	75	50	50	50
1.2 FK				
Total	125	120	120	120
davon Bundes- beitrag	124	120	120	120
1.3 BK				
Total	130	120	150	150
davon Bundes- beitrag	128	120	140	140
1.4 RRMA				
Total	37	150	200	200
davon Bundes- beitrag	37	140	180	180
<b>Total</b>	<b>364</b>	<b>430</b>	<b>490</b>	<b>490</b>

## B DIENSTLEISTUNGEN

### 1.6 Forschungs- und Entwicklungs Dienstleistungen im Bereich Medizin- und Bioethik

1.6.1 Zu Handen der Aerzteschaft hat die **Zentrale Ethische Kommission der SAMW (ZEK)** in der laufenden Beitragsperiode Richtlinien zu folgenden Fragestellungen erlassen bzw. mit einer Bearbeitung begonnen:

1. Genetische Untersuchungen am Menschen neu 1993
2. Sterbehilfe; Betreuung zerebral schwerst geschädigter Patienten revidiert 1993
3. Organtransplantation revidiert 1993
4. Diagnose des Hirntodes revidiert 1993
5. Transplantation von embryonalem Gewebe neu
6. Forschungsuntersuchungen am Menschen Revision RL 81/89
7. Gentherapie neu
8. Intensivmedizin neu

1.6.2 Zu Beginn der Beitragsperiode hat die **Ueberregionale Ethische Kommission für Klinische Forschung (UREK/CES)** ihre praktische Tätigkeit aufgenommen und eine Reihe von z.T. komplexen multizentrischen Forschungsvorhaben an Menschen bezüglich medizinisch-ethischer Vertretbarkeit beurteilt. Die Projektvorhaben stammen vorwiegend von der forschenden pharmazeutische Industrie. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) des EDI übertrug der UREK/CES die Beurteilung eines grossen Projektvorhabens zur "ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln" (Heroin).

Die Kommission verfasste Arbeitsrichtlinien, welche im Prinzip auch für die in der Schweiz tätigen circa 70 Lokalen Ethikkommissionen verbindlich sind. Das von der IKS am 18. November 1993 erlassene "Reglement über die Heilmittel im klinischen Versuch" muss in diese Richtlinien eingearbeitet werden.

- 1.6.3 Von der gemeinsam mit der SANW betriebenen **Ethikkommission für Tierversuche** werden die "Ethischen Grundsätze und Richtlinien für wissenschaftliche Tierversuche" des Jahres 1983 einer ersten ausführlichen Revision unterzogen. Die Akademie förderte die Herausgabe eines Lehrgangs für "Tierethik".
- 1.7 **SAMW-Jahres-Symposien**
- 1.7.1 1992 wurde ein Symposium über "**Klinische Forschung in der Schweiz**" durchgeführt. Auf Grund von Empfehlungen verschiedener Expertengruppen publizierte die SAMW 1993 einen Katalog von Massnahmen, mit denen die Qualität der Klinischen Forschung in der Schweiz auch für die Zukunft konkurrenzfähig gehalten werden kann (s. Schweiz. Aerztezeitung 24. März 1993, S. 461-463). Als prioritäre Folgeaktion wurde gemeinsam mit dem SNF im Mai 1993 der GWF des EDI eine Skizze für ein mindestens 6 Jahre dauerndes Schwerpunktprogramm (SPP) "Klinische Forschung" (Beginn Beitragsperiode 1996) unterbreitet. Dieses Programm scheint der SAMW unabdingbar zur Aufrechterhaltung der internationalen Anerkennung der klinischen Forschung in der Schweiz.
- 1.7.2 Der heutige Wissensstand über **Halluzinogene** in der Neurobiologie und deren Stellenwert und allfällige Einsatzmöglichkeiten in der Neuropsychiatrie waren Thema des Symposiums 1993. Auf Grund der Erfahrung mit **LSD** während der letzten 50 Jahre wurde versucht, eine Standortbestimmung vorzunehmen.
- 1.7.3 Das SAMW-Symposium 1994 wird sich mit **Migrationsmedizinischen Fragestellungen** in unserem Land befassen. Es soll interdisziplinär ermittelt werden, in welcher Weise die speziellen medizinischen Bedürfnisse der Migranten in unserem Land mittels existierender Institutionen sowie durch Lehre, Forschung und Praxis verbessert abgedeckt werden können.
- 1.7.4 Im Rahmen der CASS wird 1995, d.h. im letzten Jahr der laufenden Beitragsperiode, die SAMW die Verantwortung für ein interdisziplinäres CASS-Symposium zu übernehmen haben.

1.8 DER DOKDI

Mit dem Dokumentationsdienst **DOKDI** in Bern betreibt die SAMW im Sinne eines wissenschaftlichen Hilfsdienstes einen spezialisierten Informationsvermittlungsdienst. Er steht allen Ärzten und Forschern in der Schweiz zur Verfügung, vor allem auch im Zusammenhang mit Forschungsprojekten des Schweizerischen Nationalfonds SNF, Abteilung III, den gesundheitsbezogenen Nationalen Forschungs- und Schwerpunktprogrammen (NFP und SPP) des SNF, und den eidgenössischen Forschungsanstalten ETHZ, EPFL, Paul Scherrer Institut (PSI) und der Ressortforschung in Bundesstellen (Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG), Forschungsanstalt Wädenswil (FAW), Bundesamt für Umwelt, Wald- und Landschaftsschutz (BUWAL), Bundesamt für Veterinärwesen (BVET) u.a.m.). Ferner bezieht die forschende pharmazeutische Industrie regelmässig die Recherchierdienste vom **DOKDI**.

Zudem ist der **DOKDI** nationale schweizerische MEDLARS-Zentrale und staatlich anerkannter Partner der National Library of Medicine (NLM) des amerikanischen Gesundheitsdepartementes NIH und wirkt somit als kompetenter Ansprechpartner für MEDLINE und alle anderen NLM-Datenbanken.

1992 begann die Umwandlung des **DOKDI** in ein schweizerisches Informationszentrum für Medizin und Biologie (**IZMB**) mit der Schaffung eines elektronischen Mailbox- und Bulletin-Board-Dienstes sowie der Entwicklung eines elektronischen Bestellverfahrens für Artikelfotokopien. Damit können über eine koordinierte zentrale Stelle bibliografische Recherchen durchgeführt und Artikelkopien von wissenschaftlichen Zeitschriften in über 700 schweizerischen Bibliotheken automatisch lokalisiert und direkt den Forschern zugestellt werden (ONLORD = ONLine-ORDERing).

Während der Beitragsperiode 1992-1995 stellen sich die Bundesbeiträge an den **DOKDI** wie folgt dar:

1.8.1	1992 R	1993 B	1994 B	1995 B
AUFWAND				
DOKDI	1923	2030	2035	2150
Bundesbeitrag				
in SFr. 1000	200	450 <sup>1)</sup>	480 <sup>1)</sup>	630 <sup>1)</sup>

1) einschl. neue IZMB-Aufgaben

## 1.9 Öffentlichkeitsarbeit

In der Beitragsperiode leistete die SAMW vermehrt Öffentlichkeitsarbeit mittels Verlautbarungen in Presse und durch Teilnahme im Fernsehen. Etwa 15'000 auch für Nichtmediziner geeignete Informationsbroschüren über "**Gentechnologie in der Medizin**" in deutsch und französisch wurden verteilt. Vor allem auch die Lehrerschaft hat diese Broschüre sehr gut aufgenommen.

Erste Vorbereitungen für eine neue SAMW-Kommission "**Info-Medien**" wurden auf Grund der Empfehlungen des Symposiums 1992 eingeleitet.

## 1.10 Diverse SAMW-Dienstleistungen für FORSCHUNG UND ENTWICKLUNG

1.10.1 Die SAMW unterstützt die Anstrengungen zur Weiterbildung medizinischer Laborleiter durch eine spezielle **Kommission für Labormedizinische Analytik** und berät den zuständigen Fachausschuss der FAMH (Foederatio Analyticorum Medicinalium Helveticorum).

1.10.2 Die **wissenschaftliche Fluor- und Jodkommission der SAMW** wirkt zuhanden vor allem des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) des EDI und der Schweizerischen Ernährungskommission und unterstützt die Bestrebungen zur Aufrechterhaltung einer adäquaten Jod- und Fluorzugabe im Kochsalz zugunsten der Bevölkerung in der Schweiz.

1.10.3 In der zweiten Hälfte der Beitragsperiode engagierte sich die SAMW in der **Schweiz. Kommission für Polarforschung (CSP)** durch die Ernennung eines Delegierten und die Errichtung eines festen Jahresbeitrags.

Zahlreiche Anfragen junger Forscher und Ärzte im Ausland behandelt die SAMW direkt oder durch ihre Kontakte mit ausländischen Medizin Akademien, sowie mit Unterstützung der Wissenschafts-Attachés unserer Bundesvertretungen im Ausland.

### 1.11 Wissenschaftliche Preise

Testamentare Vermächtnisse zugunsten der SAMW ermöglichen in regelmässigen Abständen wissenschaftliche Preise auszuschreiben: seit vielen Jahren im 2 Jahre-Rhythmus den **Robert-Bing-Preis** für den Bereich "Nervenkrankheiten" und in mehrjährigen Intervallen die **Jakob Klaesi-Preise** für wissenschaftliche Leistungen auf den Gebieten "Depression und Schizophrenie".

Vorbereitungen für die Verleihung der zwei zusätzlich zu betreuenden Preisausschreibungen, der **Fondation Théodore Ott** (Bereich Neurologie-Forschung) und der **Dimitri N. CHORAFAS-Stiftung** (Bereich Fertilitätskontrolle und Teratologie) wurden in der zweiten Hälfte der Beitragsperiode eingeleitet.

Die unter Abschnitt A und B beschriebenen Tätigkeiten und Dienstleistungen werden von den Mitgliedern des Senats, des Vorstandes und der Arbeitskommissionen wie bis anhin im Milizsystem und durchwegs ehrenamtlich (mit Reisespesenvergütung) ausgeführt.

Die starke Zunahme der administrativen Belastung vor allem durch Kommissionsarbeiten mit Dienstleistungen (z.B. Bearbeitung von umfangreichen Unterlagen über Forschungsgesuche, Stipendiaten oder Projektvorhaben für klinische Forschungsuntersuchungen an Patienten) erforderte eine personelle Verstärkung des Sekretariates und den Einsatz eines Treuhandbüros für die Finanzbuchhaltung.

**BEITRAGSPERIODE 1996-1999:**

**2. WEITERFÜHRUNG DER BISHERIGEN AUFGABEN DER FORSCHUNGSFÖRDERUNG**

Aus Tabellen 2 und 3 ist ersichtlich, dass in der Beitragsperiode 1996 bis 1999 sämtliche Einzelbereiche der mit der Forschungsförderung in Beziehung stehenden Aktivitäten der SAMW eine intensive Weiterbearbeitung im Rahmen der derzeit budgetierten Bundesbeitrag-Subventionen erfordern. Die Anstrengungen der SAMW stimmen mit den im BBW Dokument "**Ziele der Forschungspolitik des Bundes nach 1992**" enthaltenen Weisungen bezüglich Forschungsprogramme und Zusammenarbeit (Ziffer 421 und 422) sowie bezüglich vermehrter Bestrebungen zur Verstärkung des Mittelbaus (Ziffer 423) überein und sind auch vollumfänglich kongruent mit den vom Schweizerischen Wissenschaftsrat 1993 erlassenen "**Vorschläge zur Anpassung der Ziele**" (Teil C, Kapitel 4) für die Planungsperiode 1996-1999.

2.1 Die mit Priorität I ausgewiesene Weiterführung des **MD-PhD** -Programms, der Forschungsförderung und von Zusprachen durch die **BK** und die Kommission **RRMA** erfordern jährlich ca. Fr. 200'000.--, die Aufwendungen für Arbeiten im Bereich Medizin-Ethik (**ZEK/UREK/TV**) Fr. 30'000.-- und für die Durchführung eines jährlichen **Symposiums** zur Förderung der Praxis orientierten Forschung sowie zur Valorisierung von neuen Forschungsergebnissen werden ca. Fr. 100'000.-- p.a. budgetiert.

2.2 Zur Weiterführung der **angestammten** Aufgaben (inklusive einmaliger Investitionen) werden für die Beitragsperiode 1996-1999 vom vorgesehenen **DOKDI**-Gesamtjahresausgabenbudget von durchschnittlich Fr. 1,8 Mio (exklusive Royalties an die **NLM**) Fr. 918'000.-- ausgewiesen.

Die SAMW hat sich 1970 in der Gründungsphase des **DOKDI** und während der nachfolgenden 20 Jahre für diese Institution intensiv engagiert. Der Betrieb dieses Dienstes steht im Einklang mit den Zielsetzungen der SAMW, um allen Ärzten und Forschern in der Schweiz eine Experteninstitution für eine vollumfängliche wissenschaftliche Information zur Verfügung stellen zu können. Durch die 1993 begonnene Integration des ursprünglichen Konzeptes des Informationszentrums für Medizin und Biologie **IZMB** in den **DOKDI** ist die SAMW erneut neue Wege gegangen und hat mögliche Synergieeffekte zur Realisierung des **DOKDI/IZMB** ausgenutzt. Neben der beträchtlichen An-



zahl von anderen spezifischen Aufgaben der SAMW genießt der DOKDI, bzw. das zukünftige IZMB mit seiner den modernen EDV- und Telekommunikationstechniken angepassten Infrastruktur als zentrale Dienstleistung für biomedizinische Forschung in der Schweiz in der kommenden Beitragsperiode weiterhin Unterstützung.

Im Gesamtrahmen der grossen Zahl von angestammten medizinischen Aufgaben der SAMW mit zum Teil zunehmender Belastung gehört der Bereich des DOKDI/IZMB in der kommenden Beitragsperiode 1996-1999 (s. Tabelle 3) nicht unbedingt zu einer ersten SAMW-spezifischen Priorität. Auch wäre es erstrebenswert, dass dieser auch für die schweizerischen Naturwissenschaftler essentiellen Institution eine breitere finanzielle Unterstützungsbasis garantiert werden könnte.

**3. AUSBAU BESTEHENDER UND AUFNAHME NEUER FORSCHUNGSFÖRDERNDER AUFGABEN**  
(siehe auch Tabellen 2 und 3)

**MD-PhD-Programm**

- 3.1 Dieses Programm ist zur Zeit primär auf eine postgraduale naturwissenschaftliche Ergänzung (Phil II) für Mediziner und Veterinärmediziner ausgerichtet. Der geplante Einbezug der Präventivmedizin/ Epidemiologie als Zweitstudium für Aerzte und Tierärzte in das heutige Format des **MD-PhD- Programms** wird je nach Umfang zusätzlich Fr. 50'000.-- bis Fr. 150'000.-- pro anno (d.h. 1-3 Kandidaten pro Jahr) erfordern. Eine Ergänzung durch Phil I-Studien (Sozialwissenschaft/Ethik) ist in Prüfung.
- 3.2 Die finanziellen Bedürfnisse der **SAMW-Kommission "Recherches et Réalisation en Médecine appliquée"** zeigen starke Jahresschwankungen. Um die Praxisforschung zu fördern und gleichzeitig rigorose Qualitätskontrollen zu ermöglichen, werden pro Jahr Fr. 250'000.-- budgetiert, wobei die jährlichen Zuweisungen von ca. Fr. 20'000.-- an das geplante **Kollegium Hausarztmedizin** eingeschlossen sind.
- 3.3 Im **DOKDI der SAMW** bestehen zur weiteren Vertiefung des in der Beitragsperiode 1992-95 begonnenen koordinierten DOKDI/IZMB-Konzeptes (Datenbanken und Recherchierdienst, Electronic Mailbox, Bulletin-Board-System, Electronic Document-Ordering, Document-Delivery) Ausbaupläne in der Grössenordnung von Fr. 565'000 pro Jahr, einschliesslich einmaliger Investitionen. Ferner werden für die geplante Aufnahme neuer Aufgaben (Gateways, Online-Hilfe, Faktendatenbanken und Expertensysteme) zusätzlich Fr. 285'000 ausgewiesen.

Insgesamt werden also für den Ausbau und neue Entwicklungen des DOKDI/IZMB ein jährlicher Einsatz von Fr. 850'000<sup>1)</sup> sowie für die Weiterführung der

---

1) (Pro memo: der im Jahre 1990 von der SAMW dem Bund unterbreitete Subventionsbedarf zur Realisierung des "ursprünglichen" (und nicht realisierten) **IZMB-Konzeptes** wurde für die Jahre 1992-1995 einschliesslich einmaliger Einrichtungsausgaben mit Fr. 1'112'000.-- p.a. budgetiert, d.h. - ohne Berücksichtigung der Teuerung - um einen Betrag von Fr. 262'000.-- pro anno höher als das für die Beitragsperiode 96-99 geplante teuerungsangepasste Zusatzbudget von Fr. 630'000.-- p.a.).

angestammten Aufgaben (siehe 2.2) jährlich Fr. 918'000, d.h. total zusammen Fr. 1'768'000 ausgewiesen. Gleichzeitig rechnet der DOKDI mit Benutzereinnahmen von ca. Fr. 930'000.

Die SAMW geht davon aus, dass mit Abschluss der Beitragsperiode 1992-95 das Basiskonzept der Integration des (reduzierten) IZMB in den DOKDI zu einem koordinierten und integrierten DOKDI/IZMB abgeschlossen werden kann. Die Dienstleistungen des DOKDI/IZMB würden dann den ursprünglichen historischen Auftrag aus der Gründungszeit des DOKDI in den siebziger Jahren bei weitem übertreffen. Die nächste Pionierperiode 1996-99 soll die Vermittlung und Uebertragung wissenschaftlicher Information verschiedenster Prägung (Bibliografien, Volltext-Artikel, Faktendatenbanken und Expertenwissen) innert Minuten von Bildschirm zu Bildschirm ermöglichen.

Die Verwirklichung des reduzierten IZMB Konzeptes entspricht echten Bedürfnissen der medizinisch-biologischen Forscher und Ärzte der Schweiz. Die Frage, ob sich wegen Strukturänderungen in Radio Schweiz AG/Data Star bzw. in dessen Zusammenarbeit mit der National Library of Medicine (NML) in USA Anpassungen aufdrängen, tangiert die Notwendigkeit eines IZMB's als "**MEDLARS Zentrale**" für unser Land nicht.

Die gegenwärtigen Bezüger des DOKDI/IZMB sind zu zwei Dritteln den Naturwissenschaften, der Biologie und experimentellen Medizin und zunehmend auch dem Umweltschutz und der Toxikologie zuzuordnen. Ein Drittel der Bezüger sind in klinischer Forschung und Medizin anzusiedeln, wobei darin ein zunehmender Benutzeranteil psychosoziale und soziologische Bereiche bearbeitet.

Die SAMW nimmt an, dass diese Fächerung der Dienste des DOKDI/IZMB bis in Randgebiete der Biomedizin eher zunehmen wird. Sie ist deshalb bereit, auch zu prüfen, inwieweit DOKDI/IZMB auch von anderen Institutionen mitgetragen werden sollte, resp. diese im Sinne einer vermehrten Koordination eingebunden werden könnten. Sie denkt dabei an Organisationen wie die Schweiz. Akademie der Naturwissenschaften SANW, die Commission des Académies Scientifiques Suisses CASS

und an intensive Querverbindungen mit kompetenten eidgenössischen Bereichen für Medizin, Technologie, Wissenschaft und Information (Bundesamt für Gesundheitswesen, Bundesamt für geistiges Eigentum, Landesbibliothek). Die SAMW vermutet, dass Möglichkeiten für kostensparende Synergien zwischen dem DOKDI/IZMB Bern und Institutionen des Bundes mit analogem Auftrag bis anhin ungenügend exploriert wurden.

Die Institution eines spezifischen DOKDI/IZMB-Kuratoriums unter der Federführung der SAMW sollte beibehalten bleiben, um die Möglichkeiten zur Flexibilisierung und Innovation auch für die Zukunft zu ermöglichen.

In Anlehnung an das Mehrjahresprogramm DOKDI 1996-99 (s. Ziffer 2.2 und Ziffer 3.3) ergeben sich für 1996 folgende Unterstützungsbedürfnisse:

für den Ausbau bestehender Bereiche	Fr. 565'000.--
für die Aufnahme neuer Aufgaben	Fr. 285'000.--
Abzüglich davon	
Benützererinnahmen von	Fr. 930'000.--

### 3.4. Öffentlichkeitsarbeit

Die vom BBW Dokument "Forschungspolitische Ziele des Bundes nach 1992" geforderte Verstärkung der Anstrengungen um ein "verbessertes Verständnis der Bedürfnisse der Öffentlichkeit für Forschungsergebnisse und deren Konsequenzen" (s. Ziffer 435 BBW Bericht 1990 und FG Art. 9a) sollen auch durch die SAMW mitgetragen werden.

Eine Arbeitsgruppe **Medien/Information** wird mit der in der SAMW geübten Reserve und Zurückhaltung vereinzelte, für die kommende Beitragsperiode 96-99 sehr gezielt ausgewählte Themen und Projektvorschläge formulieren. Die SAMW delegiert allerdings schon heute vorzugsweise Projekte an etablierte Institutionen wie z.B. die Ärzte-Information der FMH und wendet sich nur in dringlichen Ausnahmefällen direkt an das Laienpublikum.

### 3.5. Unterstützung wissenschaftlicher Zeitschriften

Gemäss Forschungsgesetz (FG 91) Art. 9b können die wissenschaftlichen Akademien Zeitschriften regelmässige Unterstützungen gewähren. Die Grosszahl der medizinischen Zeitschriften sind dank finanziellem Einkommen durch Inserate in der Lage, die Mittelbeschaffung selbst zu bewältigen.

Anders verhält es sich in der Sozial- und Präventivmedizin, wo diese Einkommen fehlen. Die **Schweizerische Gesellschaft Sozial- und Präventivmedizin** hat ein Gesuch für eine Dauerunterstützung von Fr. 50'000.-- p.a. unterbreitet zur Sicherstellung der Verlagskosten der als bedeutsam qualifizierten schweizerischen Zeitschrift "**SOZIAL- & PRÄVENTIVMEDIZIN**". Eine entsprechende Zusprache eines Teilbetrages oder des erwünschten Gesamtbeitrags wäre der Kategorie der "Aufnahme neuer Aufgaben der SAMW" (s. Tabelle 5) zuzuordnen.

#### 4. **ABBAU UND AUFHEBUNG BISHERIGER FORSCHUNGSFÖRDERNDER AUFGABEN UND DAMIT ERZIELTE EINSPARUNGEN**

Wie sich aus den Tabellen 1-4 erkennen lässt, ist keiner der erwähnten Aufgabenbereiche obsolet. Die direkte Forschungsförderung und die Medizin-Ethik-Projekte müssen weiterhin mit erster Priorität behandelt werden.

#### 5. **AUFTEILUNG UND DECKUNG DER SAMW-AUSGABEN 1996-1999 DURCH BUNDESBEITRÄGE, EIGENMITTEL UND DRITTMITTEL**

Für die Jahre 1992 bis 1995 wurde 1991 im Verteilplan ein Subventionsbedarf von Seiten des Bundes von Fr. 4'560'000.-- (ohne Berücksichtigung der Teuerung) ausgewiesen. Bis Ende 1995 wird für die laufende Beitragsperiode mit einer Realzuweisung von Fr. 4'995'000.-- gerechnet.

Für die kommende Beitragsperiode 1996-1999 ergibt sich ein Subventionsbedarf von Fr. 6'610'000.-- einschliesslich 3,5% indexierter Teuerung. Der voraussichtliche Detaileinsatz der Bundesbeiträge ist in Tabelle 6 dargestellt.

Die Erhöhung des Subventionsbedarfs ist im wesentlichen durch die Umwandlung und Erweiterung des DOKDI/IZMB bedingt. Die organisatorische Einbettung und finanzielle Abstützung des DOKDI und des IZMB sollten vor Beginn der neuen Beitragsperiode evaluiert werden.

Im Rahmen der budgetierten Gesamteinnahmen beträgt der Anteil an Eigenmittel und Drittmittel der SAMW (Donatorenbeiträge, exklusive Stiftungen für Preisverleihungen) ca. 15%. Die SAMW erachtet es als erforderlich, dass sämtliche forschungsfördernden Aufgaben mit unveränderter Priorität I weitergeführt werden können.

Sig. Prof. A.F. Müller  
Prof. M. Hess  
Dr. J. Gelzer  
Prof. F. R. Bühler

#### **Beilagen :**

- 1) Tabellen 2-6
- 2) Liste Abkürzungen

Table 2

**FORSCHUNGSFOERDERNDE AUFGABENBEREICHE  
DER SAMW**

Bereich Projekt	Bericht Ziffer	Weiter- führung in bis- herigem Rahmen	Ausbau in Beitragsperiode 1996 - 1999	Finanzielle Auswirkungen	Prio- rität
MD-PhD Programm	1.1 & 2.1 & 3.1	+	Erweiterung des Stiffterverbundes Einbezug Präventivmedizin	ohne Belastung des BBW	I
SNF-FK der SAMW	1.2 & 2.1 & 3.1	+	-	gemäss Politik SNF	I
BK der SAMW	1.3 & 2.1	+	-	Ergänzt durch Mittel der Fondation OTT Neurologie	I
Kommission RRMA	1.4 & 2.1 & 3.2	+	SAMW Engagement im geplanten "Kollegium Hausarzt-Medizin" (KHM)	Fr. 20-40'000.-- p.a. für das zukünftige KHM Fortsetzung 97-99 offen	I

Tabelle 3

FORSCHUNGSFÖRDERNDE AUFGABENBEREICHE  
DER SAMW (Fortsetzung I Tabelle 2)

Bereich Projekt	Bericht Ziffer	Weiterführung in bisherigem Rahmen	Ausbau in Beitragsperiode 1996-1999	Finanzbedarf	Priorität	Posteriorität
Medizin & Bioethik-Kommissionen	1.61 1.62 1.63 2.1	ZEK + UREK + TV +	- - -	Status quo ev. Uebernahme der Kommission TV durch CASS	I I I	
SAMW Symposien	1.7 2.1	+	-	Fallweise, teilweise Sponsoring durch Drittmittel möglich	I	
DOKDI der SAMW	1.8 2.2 3.3	+ DOKDI in reduziertem Rahmen	Status quo bzw. Umwandlung in IZMB			III <sup>1</sup>

1) Posteriorität relativ zu anderen spezifisch Medizin bezogenen Aufgaben der SAMW. Gesamtschweizerische Bedeutung des IZMB unbestritten (siehe Ziffern 1.8 und 2.2, Seiten 7, 10 und 11).



Tabelle 4

**FORSCHUNGSFOERDERNDE AUFGABENBEREICHE  
DER SAMW (Fortsetzung II, Tabellen 2 und 3)**

Bereich Projekt	Bericht Ziffer	Weiterführung im bisherigen Rahmen	Ausbau in Beitragsperiode 1996-1999	Finanzielle Auswirkungen	Priorität
Öffentlichkeitsarbeit	3.4	ad hoc Projekte	Aufbau einer Info-Medien-Kommission	30'000 bis 50'000 p.a.	II-III
Diverse Projekte					
Labor-Medizin	1.91	+	-		II
Fluor/Jod	1.92	+	-		I-II
Polarforschung Schweiz	1.93	+	-	ev. CASS Kommission	III

Tabelle 5

**AUFNAHME NEUER FORSCHUNGSFÖRDERNDER AUFGABEN  
DER SAMW BEITRAGSPERIODE 1996-1999**

Bereich Projekt	Bericht Ziffer	Begründung	Bemerkungen Finanzielle Auswirkungen	Priorität	Posteriorität
SAMW Zeitschriften Beiträge	3.5	die Schweiz. Zeitschrift "Sozial- und Präventivmedizin" hat kaum Inserate Einnahmen	ev. Fr. 20'000.-- bis Fr. 50'000.-- p.a. Beitrag an Verlagskosten		

Tabelle 6

## VORAUSSICHTLICHER EINSATZ DER BUNDESBEITRÄGE\* ZU GUNSTEN DER SAMW 1996 - 1997

	1996	1997	1998	1999	1996-1999
1. Unterstützung wissenschaftlicher Tätigkeiten (Stipendien und Forschungsprojekte)	507	531	552	572	2'162
2. Auslandbeziehungen	20	20	20	20	80
3. Arbeitskommissionen	90	90	95	100	375
4. Publikationen	90	90	95	100	375
5. Wissenschaftliche Dienste (DOKDI/IZMB)	653	674	698	723	2'748
6. Aktivitäten Vorstand und Senat	90	90	90	90	360
7. Verwaltung	120	125	130	135	510
<b>Total Bundesbeiträge</b>	<b>1'570</b>	<b>1'620</b>	<b>1'680</b>	<b>1'740</b>	<b>6'610</b>

\* in Fr. 1000.- indexiert mit 3.5%

**ABKUERZUNGEN / AKRONYME**

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBW	Bundesamt für Bildung und Wissenschaft
BK	Begutachtungs-Kommission der SAMW
BUWAL	Bundesamt für Umwelt-, Wald und Landschafts- schutz
BVET	Bundesamt für Veterinärwesen
CASS	Conférence des Académies Scientifiques Suisses (Konferenz der schweizerischen wissenschaft- lichen Akademien)
CES	Commission centrale d'éthique de l'ASSM
DOKDI	Dokumentationsdienst der SAMW
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EPFL	Ecole polytechnique fédérale, Lausanne
ETHZ	Eidgenössische Technische Hochschule, Zürich
FAMH	Foederatio Analyticorum Medicinalium Helve- ticorum
FAW	Forschungsanstalt Wädenswil
FK	Forschungs-Kommission der SAMW
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum
GWF	Gruppe Wissenschaft und Forschung des EDI
IKS	Interkantonale Kontrollstelle für Heilmittel
IZMB	Informationszentrum Medizin Biologie
KHM	Kollegium Hausarztmedizin

## I. SAMW-Mehrjahresprogramm 1996–1999

---

LSD	Lysergsäure-Diäthylamid
MEDLAR	Medizin. Literatur-Datenbank
NIH	National Institute of Health
NFP	Nationales Forschungsprogramm
RRMA	Commission "Recherches et Réalisations en médecine appliquée"
SAGW	Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften
SANW	Schweizerische Akademie der Naturwissenschaften
SATW	Schweizerische Akademie der Technischen Wissenschaften
SCORE	Swiss Clinicians Opting for Research
SGAR	Schweiz. Ges. für Anaesthesiologie + Reanimation
SGCI	Schweiz. Ges. für Chem. Industrie
SGM	Schweiz. Ges. für Microbiologie
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
SPP	Schwerpunktprogramm
SSMBS	Schweiz. Stiftung für Medizinisch-Biologische Stipendien
SWR	Schweiz. Wissenschaftsrat
ZEK	Zentrale Ethische Kommission der SAMW

## II. Kollegium Hausarztmedizin Collège de médecine de premier recours Collegio di medicina di base

---

Seit ihrer Gründung im Jahre 1953 war für die SAMW die Förderung der Qualität der Hausarztmedizin eine stetige Verpflichtung. 1985 installierte die Akademie unter dem Vorsitz von Prof. J. Fabre, Genf, die «Commission recherches et réalisation en médecine appliquée (Kommission Forschung und Entwicklung in angewandter Medizin)», in welcher seit Anbeginn Vertreter der Allgemeinmedizin gemeinsam mit Internisten, Pädiatern und Poliklinikern zusammenwirken, um Forschungsprojekte der medizinischen Praxis speziell zu fördern. Die Idee zur Gründung eines eigentlichen «Kollegiums für Hausarztmedizin» ergab sich seinerzeit als eine der Konsequenzen des SAMW-Symposiums 1992 über Klinische Forschung [1].

Die derzeitige Hausarztmedizin wird während der vor uns liegenden Jahre wahrscheinlich zunehmend im Zentrum sehr unterschiedlicher, z.T. gegensätzlicher, gesundheitspolitischer Interessenbereiche stehen. Diese Tatsache und die gleichzeitig ansteigenden qualitativen Anforderungen an die ärztlichen Grundversorger sowie voraussehbare wesentliche strukturelle Entwicklungen und Veränderungen innerhalb der traditionellen grossen Spezialistengesellschaften, vor allem der Fachärzte für Innere Medizin (SGIM), aber auch für Pädiatrie (SGP), waren für die SAMW massgebend, von Anbeginn die intensiven Vorarbeiten eines «Kollegiums Gründungskomitee» zu unterstützen und somit den wichtigen direkten Dialog und die Zusammenarbeit der Internisten (SGIM), der Allgemeinmediziner (SGAM), der Kinderärzte (SGP) mit den Vertretern der Medizinischen Universitätspolikliniken unserer fünf Fakultäten aktiv zu fördern.

Am 10. März 1994 fand in Bern die Gründung der «Stiftung zur Förderung der medizinischen Grundversorgung» statt (s. nachfolgende Ankündigung in der SÄZ vom 6. 7. 94), und schon am 18. Juni 1994 konstituierte sich unter dem Vorsitz von Dr. H. Seifert, Meilen, der 12köpfige Stiftungsrat mit Vertretern des Stiftungsgremiums und der fünf Medizinischen Universitätspolikliniken.

Der Vorstand der SAMW bewilligte dem neuen Kollegium eine auf 3 Jahre ausgerichtete, jährlich neu zu bestätigende Starthilfe von

## II. Gründung des Kollegiums Hausarztmedizin

---

Fr. 50 000.– pro anno. Als Mitglied des Stiftungsrates delegierte er den Generalsekretär. Gegen Ende dieser Berichtsperiode hatte das Kollegium folgende fünf in Aktion getretene Arbeitsgruppen etabliert:

	Leitung:
Aus- und Weiterbildung .....	Prof. W. Ringli, Belmont
Fortbildung und Qualitätssicherung ..	Dr. N. Egli, Hinwil
Forschung .....	Dr. G. Abetel, Orbe
Hausarzt/Gesundheitswesen .....	Dr. H. U. Zürcher, Erlenbach
Prävention .....	Dr. I. Nemitz, Estavayer-le-Lac

Die SAMW hat die berechtigte Erwartung, dass sich durch dieses neue Kollegium und dessen Arbeitsgruppen wesentliche Synergien zwischen den im Kollegium engagierten Fachgesellschaften und nachhaltige «Interfaces» zwischen den Praktikern unserer Ärzteschaft und den Universitätspolikliniken ergeben werden.

J. Gelzer

1. Gelzer J., Muller A. F., Pletscher A.: Massnahmen zur Verbesserung der Klinischen Forschung in der Schweiz (SÄZ 74, S. 461–463, 1993).

# Kollegium für Hausarztmedizin

Schweizerische Stiftung zur Förderung der medizinischen Grundversorgung gegründet

Am 10. März 1994 haben die Fachgesellschaften für Innere Medizin (SGIM), Allgemeinmedizin (SGAM) und Pädiatrie (SGP) gemeinsam mit der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) in Bern die Stiftungsurkunde zur Gründung des «Kollegiums für Hausarztmedizin» unterzeichnet.

*Das Stifter-Gremium:*

Prof. P. Burkhardt/Prof. R. Streuli: *SGIM*  
Dr. H. Seifert/Dr. M. Müller: *SGAM*  
Prof. A. Fanconi/Dr. M. Wopmann: *SGP*  
Prof. M. Hess/Dr. J. Gelzer: *SAMW*

Ein patientenorientiertes, dem modernen Erkenntnisstand entsprechendes effizientes Gesundheitswesen darf sich nicht auf Dienstleistungen beschränken, sondern sollte ständig durch unterstützende klinische Forschung begleitet werden. Ärzte in eigener Praxis sollten vermehrt in die Forschung einbezogen werden, wobei solche Projekte vorzugsweise im Verbund mit akademischen Institutionen durchgeführt werden müssen.

Im Herbst 1992 organisierte die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften in Basel ein Symposium über «Förderung der klinischen Forschung in der Schweiz»; bei diesem Anlass wurde der ideale Grundstein für das nun gegründete Kollegium gelegt:

Das Kollegium Hausarztmedizin unterstützt und koordiniert die Zusammenarbeit der fünf medizinischen Fakultäten mit den Gründer-Fachgesellschaften, um eine optimale Qualität der medizinischen Grundversorgung in Praxis, Lehre und Forschung in unserem Land zu gewährleisten.

Das Kollegium möchte ferner als Forum für den Gedankenaustausch zwischen der medizinischen Grundversorgung und anderen Partnern im schweizerischen Gesundheitswesen dienen. In diesem Bereich werden deshalb in Kooperation mit der FMH Kontakte mit wissenschaftlichen Gesellschaften, Vereinigungen, Behörden, Spitex-Berufen und Patientenorganisationen gepflegt.

Das Kollegium soll die FMH im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der medizinischen Grundversorgung sinnvoll unterstützen und Impulse vermitteln. Oberstes Ziel des Kollegiums bleibt, das anerkannte Niveau der schweizerischen Hausarztmedizin auch in Zukunft zu gewährleisten und wenn möglich weiter zu steigern. □

1090 / Band 75 / Schweizerische / Bulletin / Bollettino  
Heft 27/1994 / Ärztezeitung / des médecins / dei medici  
6.7.94 / suisses / suisses / svizzeri





### III. Verleihung des Robert Bing Preises 1994

---

Gemäss dem Wunsch des Basler Stifters, Prof. Robert Bing (geb. in Strasbourg 1878 – verst. in Basel 1956), sollen in der Regel alle 2 Jahre Verleihungen des Robert Bing Preises stattfinden.

Den Preis 1994 von je Fr. 70 000.– hat der Senat auf Empfehlung der Bing-Preis-Kommission ex aequo Prof. *P. Aebischer*, geb. 1954, Lausanne, und PD Dr. *E. Rouiller*, geb. 1952, Fribourg, zugewiesen.

Die feierliche Preisverleihung fand am 26. November 1994 in Verbindung mit einem wissenschaftlichen Symposium «Perspectives of Motor Behaviour and its Neural Base» (Vorsitz J. J. Dreifuss, Genf) an der Faculté des Sciences im Auditorium Magnum der Ecole de Chimie der Universität Fribourg statt (siehe Programm):



SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN  
ACADÉMIE SUISSE DES SCIENCES MÉDICALES  
ACCADEMIA SVIZZERA DELLE SCIENZE MEDICHE  
SWISS ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES

## FEIER ZUR VERLEIHUNG DER ROBERT BING PREISE 1994



Fribourg, 26. November 1994  
Im Auditorium Magnum der Ecole de Chimie  
Universität Fribourg

### PROGRAMM

---

- |       |  |   |
|-------|--|---|
| 10.00 | Kaffee im Foyer  | Referate der Bing-Preisträger 1994  |
| 10.30 | Eröffnung durch den Präsidenten<br>der Akademie<br><i>Prof. A. F. Muller, Genf</i>   | 11.15 – «Etude d'implants cochléaires sur<br>animaux expérimentaux»<br><i>PD Dr E. M. Rouiller, Fribourg</i>                      |
| 10.40 | Begrüssung durch den Rector<br>Magnificus der Universität Fribourg<br><i>Prof. H. Meier, Fribourg</i>  | – «Vers le développement de thérapies<br>cellulaire et génique pour<br>le système nerveux»<br><i>Prof. P. Aebischer, Lausanne</i> |
| 10.50 | Laudatio für E. Rouiller<br><i>Prof. J. J. Dreifuss, Genf</i><br>Übergabe des Robert Bing Preises 1994<br>an E. M. Rouiller<br><i>Prof. A. F. Muller, Genf</i> | 11.55 Schlusswort des Präsidenten der SAMW<br>und der Robert-Bing Kommission<br><i>Prof. A. F. Muller, Genf</i>                   |
| 11.00 | Laudatio für P. Aebischer<br><i>Prof. B. Gäbwiler, Zürich</i><br>Übergabe des Robert Bing Preises 1994<br>an P. Aebischer<br><i>Prof. A. F. Muller, Genf</i>   | Anschliessend Bing-Lunch 1994<br>im Restaurant de «l'Aigle-noir»,<br>Rue des Alpes 58–60, Fribourg                                |

**1. Allocution de bienvenue  
par le Président de l'Académie Suisse des Sciences Médicales**

Monsieur le Recteur,  
Messieurs les Lauréats,  
Mesdames, Messieurs,

J'ai l'honneur de vous adresser quelques mots de bienvenue à l'occasion de la remise du Prix Bing 1994. Nous avons eu la grande chance d'organiser notre fête en commun avec un Symposium qui aura lieu cet après-midi en l'honneur du Prof. Mario Wiesendanger. Je remercie le Prof. Pierre Haab de cette fructueuse collaboration, qui nous garantit une belle assistance pour honorer nos lauréats.

*Qui était le Professeur Bing?*

Monsieur Bing est né à Strasbourg, mais il a passé la plus grande partie de sa vie à Bâle. Il est surtout connu pour son livre sur les maladies nerveuses, publié en plusieurs éditions et traduit en différentes langues. C'était le livre par excellence pour de nombreuses générations d'étudiants et d'assistants. Le Professeur Bing, comme beaucoup de précurseurs de spécialités médicales, a longtemps travaillé dans des conditions difficiles avec, au début, un seul local qu'il devait encore partager pendant 3 après-midi par semaine avec le responsable de la consultation de Psychiatrie! C'est le Prof. Andreas Werthemann qui a fait un excellent éloge lors de la distribution du Prix Bing en 1968 dont j'aimerais vous présenter un extrait:

«Erlauben Sie mir zunächst eine Würdigung unseres hochherzigen Testators, Professor R. Bing. Wenn bisher Worte der Erinnerung und der Anerkennung ausgesprochen wurden, so stammten sie meist von Kollegen und Altersgenossen Robert Bings. Ich sehe Herrn Bing bereits aus der Perspektive des Schülers, des beinahe 20 Jahre Jüngeren. Seine Vorlesungen waren hervorragend, sein Wissen und seine Bildung glänzend, doch war er für uns der Vertreter eines Nebenfaches, das man allerdings wegen der Persönlichkeit Bings hoch zu schätzen wusste. Erst später, als wir selber dem Lehrkörper angehörten, merkten wir, dass Herr Bing ein Leben lang um die Anerkennung seines Faches gerungen hat und jedenfalls viele Enttäuschungen erleben musste. In bescheidenen Räumen, fast ohne technische Hilfe, gewissermassen am grünen Tisch, hat er sein wis-

### III. Verleihung des Robert Bing Preises 1994

---

senschaftliches Œuvre aufbauen müssen; nie hat er, meines Wissens, eine klinische Abteilung gehabt, und trotzdem brachte er es als Arzt, Forscher, und besonders als Lehrer, zu hohem Ansehen. Als Begutachter und als Consiliarius war er viel begehrt, nicht zuletzt auch als glänzender Vortragender seines Faches. Sein Lehrbuch der Nervenkrankheiten hat 9 Auflagen erlebt und wurde in 7 Sprachen übersetzt. Als Doktorvater hatte er einer grossen Zahl insbesondere von ausländischen Medizinern zum Titel eines Doktors der Medizin verholfen; diese unendliche Kleinarbeit diente ihm zur Beschaffung und Verarbeitung der Literatur und erweiterte sein enzyklopädisches Wissen. Der Universität Basel hat er bereitwillig seine Dienste zur Verfügung gestellt. Er beteiligte sich mit Regelmässigkeit an den Geschäften der Regenz.»

Monsieur Bing était un homme méticuleux, précis, mais généreux. Dans son testament, il a pris soin de fixer clairement le but du Prix qui devait porter son nom.

«Das Erbe hat die Akademie zur Schaffung eines meinen Namen tragenden, separat zu haltenden und zu verwaltenden Fonds zu verwenden, mit dem Zweck, Autoren hervorragender Arbeiten, welche Anerkennung, Behandlung und Heilung der Nervenkrankheiten gefördert haben, durch Prämierung aus den Erträgen zu weiterer Forschung zu ermutigen. Unter Nervenkrankheiten verstehen sich die in meinem «Lehrbuch der Nervenkrankheiten» behandelten Affektionen; mit Ausnahme der in den Kapiteln 27–29 besprochenen Leiden («Psychoneurosen»), welche letztere sich als neurologisch-psychiatrische Grenzgebiete qualifizieren.»

La restriction en ce qui concerne la psychiatrie est facilement compréhensible, vu la collaboration avec la Polyclinique de psychiatrie, dirigée et animée par le Prof. J. Klaesi!

*En résumé*, Bing est un homme aux connaissances encyclopédiques, avec des dons didactiques; un esprit de travail appliqué et persévérant, une grandeur de vue, associée à la bonté et la délicatesse des sentiments et surtout un dévouement sans pareil pour la cause de la neurologie, à laquelle il a généreusement contribué même après sa mort!

Le jury du Prix Bing a décidé de vous présenter deux lauréats qui, par une heureuse coïncidence, ont tous les deux une connection avec Fribourg.

Le premier, le Prof. *Patrick Aebischer*, originaire de Fribourg, professeur ordinaire à Lausanne, en charge de la division autonome de re-

cherche chirurgicale. Monsieur Aebischer est indiscutablement un pionnier, ses travaux sont d'une haute actualité, d'une remarquable originalité et créativité.

Le second, le Privat-docent *Eric Rouiller*, qui travaille à Fribourg au Département de physiologie. Ses travaux éclairent nos conceptions fondamentales sur la marche du système nerveux.

Les membres du jury du Prix Bing sont heureux de vous présenter aujourd'hui deux candidats de hautes qualités qui se conforment à l'esprit du Professeur Bing et méritent donc amplement son Prix.

Mesdames et Messieurs, je suis heureux de donner la parole au Professeur H. Meier, Recteur de l'Université de Fribourg, et je le remercie d'avance de son allocution de bienvenue.

A. F. Muller, Président

## **2. Begrüssung durch den Rector Magnificus der Universität Fribourg, Prof. H. Meier**

Im Namen des Rektorats unserer Universität begrüsse ich die Vertreter der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften anlässlich der Verleihung der Bing-Preise bei uns. Ebenso begrüsse ich ganz herzlich die beiden Preisträger und alle Gäste. Chers lauréats, vous faites honneur à notre Université et tout particulièrement à la section médicale de notre Faculté des Sciences. Fribourgeois d'origine, l'un d'entre vous a commencé ses études auprès de notre Institution, tandis que notre Institut de physiologie peut s'enorgueillir de profiter des travaux du second lauréat. Certaines universités «comptabilisent» leurs lauréats du Prix Nobel, nous allons à l'avenir compter les bénéficiaires du Prix Bing, qui seront un jour, peut-être, des candidats au Prix Nobel. Akademische Preise sind ein kleines Entgelt für harte und ausdauernde Arbeit. Es sind keine Lotteriegewinne. Sie bringen Ehre, sie sind aber auch Ansporn zu weiteren Forschungsarbeiten. Und solcher Ansporn ist heute besonders wichtig, hat man doch den Eindruck, dass die Politiker die Hochschulforschung eher als eine Posteriorität betrachten, wenn es um die Zuteilung von finanziellen Mitteln geht. Insbesondere der Umstand, dass bei stark zunehmenden Studentenzahlen die Budgets der Hochschulen stagnieren, wirkt sich sehr negativ auf deren Forschungstätigkeit aus. Die zahlreichen Studenten sind nun einmal da und müssen betreut werden. So bleibt nichts anderes übrig

als die Forschungstätigkeit zu reduzieren. Die Hochschulen können es heute nicht genügend oft und genügend laut sagen, dass es ein Fehler ist, wenn man sie zwingt, immer mehr Ressourcen in den Unterricht und immer weniger in die Forschung zu stecken. Nach einer gewissen «Lag»-Phase leidet dann auch die Qualität des Unterrichts. Zum Glück gibt es immer noch Hochschulangehörige, die mangelnde Ressourcen mit vermehrter Arbeit kompensieren. Zu diesen gehören sicher auch die beiden heutigen Preisträger, und dafür danken wir ihnen.

#### 3. Laudatio für E. Rouiller



Le Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales attribue le Prix Robert Bing 1994 à *Eric Rouiller*, docteur ès sciences, Privat-docent de physiologie aux universités de Fribourg et Lausanne, pour ses travaux de microanatomie fonctionnelle expérimentale qui, en permettant de révéler l'activité des neurones en même temps que leurs connexions afférentes et efférentes, ont approfondi les connaissances sur l'organisation fonctionnelle du cortex cérébral impliqué dans l'audition et la motricité.

Bâle, le 2 juin 1994

*Présentation du lauréat par le Prof. J. J. Dreifuss, Genève*

Le Prix Robert Bing est décerné aujourd'hui à deux neurobiologistes de grand talent, dont l'un est un Lausannois travaillant à Fribourg, l'autre un Fribourgeois travaillant à Lausanne.

Eric Rouiller est natif de Lausanne, y a obtenu la maturité et s'est inscrit à la Faculté des Sciences de l'Université de Lausanne, vu son intérêt pour les sciences naturelles et l'éthologie. L'expérimentation animale lui parut de prime abord trop réductrice. La rencontre d'un maître enthousiaste et exigeant, le professeur *Michel Dolivo*, firent fondre ses réticences face à l'expérimentation, l'ont converti à la neurophysiologie et c'est donc tout naturellement que – une fois obtenue la licence – il entreprend des recherches en vue de l'obtention du doctorat en rejoignant le groupe que

dirige, à l'Institut de physiologie de Lausanne, le professeur *François de Ribaupierre*. Rouiller trouve auprès de ce dernier une atmosphère propice à son développement intellectuel et acquiert la maîtrise de techniques électrophysiologiques et informatiques sophistiquées.

Une fois le doctorat en poche, Eric Rouiller se rend aux Etats-Unis, à Boston, où, dans l'équipe qu'anime le professeur Kiang, il entreprendra de nouvelles études de physiologie auditive. Il conservera un souvenir, lumineux d'une recherche postdoctorale ardue mais stimulante, d'une vie de chercheur non entrecoupée par des tâches d'administration ni enseignement. Il utilise conjointement des approches histologiques et fonctionnelles au niveau de neurones individuels. A l'époque, il s'agissait d'injecter un traceur dans des axones de neurones du noyau cochléaire et de suivre les projections centrales de ces axones. Une corrélation a pu être établie entre la morphologie des terminaisons axonales et les propriétés physiologiques des neurones. C'est à Boston également qu'Eric Rouiller rencontre P. Montandon qui est un maître des implants cochléaires, dont Rouiller nous parlera, et l'un des initiateurs du Réseau Audition de Suisse occidentale. Pierre Montandon est directeur du département de neurosciences cliniques à la Faculté de médecine de Genève.

Après deux ans passés au Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Rouiller est placé devant le choix auquel nous sommes nombreux à avoir été confronté: rentrer en Suisse, prolonger le séjour américain, voire même y rester. François de Ribaupierre souhaite le rappeler à Lausanne et, non sans hésitation, Rouiller retourne à l'Institut de physiologie lausannois, où il retrouve un simple poste d'assistant. Il effectue, en 4-5 ans, de nombreux travaux sur l'audition chez le chat, s'intéressant au traitement de l'information auditive dans le corps genouillé latéral, dans le thalamus auditif et dans le cortex cérébral.

En 1988, à l'âge de 36 ans, se pose pour Eric Rouiller la double question d'une ligne de recherche qui lui soit propre et sinon d'un plan de carrière, du moins de perspectives de carrière. Candidat à l'obtention d'un subside personnel START, il fait partie des sélectionnés pour l'interview à Berne, mais ne figure pas parmi les élus. Grâce à deux personnes l'essai sera quand même transformé. Le professeur B. Fulpius, qui siège au Fonds National dans la commission d'attribution des subsides START, est impressionné par Eric, l'autre c'est le professeur Mario Wiesendanger, de l'Institut de physiologie de Fribourg, qui, pour recruter un assistant, avait mis une petite annonce dans le Bulletin de l'USGEB. Rouiller, qui a très largement dépassé l'âge où on postule pour un poste d'assistant, lui télé-

phone. Venez quand-même me voir, lui répond Mario. Et c'est ainsi qu'une nouvelle requête START est rédigée, soumise et... sera financée, entraînant le transfert d'Eric Rouiller à Fribourg et un élargissement de ses intérêts scientifiques à l'organisation fonctionnelle et à la plasticité du système moteur. Il a depuis 5 ans, outre son salaire START, obtenu du Fonds National un soutien financier pour réaliser ces études. L'audition n'en a pas pour autant été oubliée, tout au plus a-t-elle été temporairement mise en veilleuse, mais pas pour longtemps. Depuis 2 ans, Rouiller a développé un modèle animal d'implantation cochléaire, en collaboration avec l'équipe du professeur R. Häusler à Berne.

Puisqu'Eric Rouiller parlera tout à l'heure de ces travaux-là, je me borne, pour terminer à dire quelques mots sur les recherches qu'il a entreprises sur le système moteur.

Il s'agit de travaux utilisant des méthodes de traçage morphologique et/ou fonctionnel extrêmement élégantes, qui ont permis d'établir la présence dans le cortex sensori-moteur du rat d'une aire qui correspond à l'aire motrice supplémentaire ainsi que d'une voie corticomotoneuronale directe que l'on croyait être l'apanage des seuls primates et de l'homme.

Une étude de microstimulation corticale a été par ailleurs entreprise chez le rat, l'endroit stimulé recevant un dépôt d'un traceur antérograde qui permet de marquer les sites de terminaison de neurones corticaux de projection dont les corps cellulaires sont localisés dans l'aire stimulée. La mise en évidence simultanée, après sacrifice de l'animal, du traceur transporté et du prouto-oncogène c-fos permet de déterminer, parmi les cellules nerveuses activées (c-fos positives), si elles le sont monosynaptiquement ou non. L'avantage du c-fos par rapport à d'autres marqueurs de l'activité métabolique est qu'on marque des neurones individuels.

Une question d'ordre physiopathologique a été abordée en utilisant également des techniques de traçage antérograde et rétrograde chez des rats de 3 à 5 mois qui avaient subi, du 2<sup>e</sup> au 4<sup>e</sup> jour de vie postnatale, une lésion du cortex moteur. Les résultats obtenus, outre qu'ils montrent l'existence, comme mentionné plus haut, de connexions corticomotoneurales directes, ont mis en évidence une plasticité morphologique des voies corticospinales qui est de nature à éclairer les processus compensatoires qui peuvent s'observer chez des enfants qui ont subi un traumatisme crânien.

On le voit, les études d'Eric Rouiller sur le système auditif et le système moteur sont de celles qui ont des retombées pour notre compréhension de dysfonctionnement du système nerveux. Je pense en particulier aux études



sur la plasticité neuronale (redirectionnement d'axons corticospinaux après lésion cérébrale néonatale) et sur les implants (qui peuvent remplacer l'oreille interne détruite chez certains sourds). Ces études éclairent aussi nos conceptions fondamentales sur la marche du système nerveux. L'attribution du Prix Bing à Eric Rouiller récompense un chercheur en neurosciences de haut vol et souligne l'importance de la recherche neurologique rigoureuse de l'*animal entier*, lorsqu'elle est entreprise avec des méthodes nouvelles et puissantes comme le fait – et continuera de le faire si on lui en donne la possibilité – le lauréat que l'ASSM a choisi d'honorer en lui attribuant le Prix Bing 1994.

#### «Modèle animal d'implant cochléaire»

*Résumé de la présentation lors de la remise du Prix Bing 1994,  
le 26 novembre 1994, par Eric Rouiller*

Des patients malentendants atteints de surdité nerveuse profonde due à une destruction des cellules réceptrices ciliées de la cochlée peuvent récupérer partiellement l'audition grâce à la mise en place d'un implant cochléaire. Ce dernier est constitué d'un faisceau d'électrodes inséré dans la cochlée du patient, permettant de stimuler électriquement les fibres nerveuses du nerf auditif, de manière à court-circuiter les cellules réceptrices détruites. Le patient est muni d'un microphone qui capte les sons, qui sont alors transmis à un microprocesseur qui les analysera. Suite à cette analyse, une stimulation électrique différenciée des électrodes implantées sera alors réalisée, de manière à éliciter dans le nerf auditif une activité qui devrait se rapprocher de l'activité produite par une stimulation naturelle correspondante, telle qu'elle a été établie par des expériences conduites chez l'animal, ayant pour but d'établir le mode de codage de l'information acoustique dans le nerf auditif. De telles expériences ont été initiées par Tasaki en 1954, poursuivies et étendues par le groupe de Kiang (1965) et par la suite par de nombreuses autres équipes, qui ont décrits le mode de représentation de la parole sous forme de séquences d'impulsions nerveuses (ou potentiels d'action) parcourant les fibres isolées du nerf auditif [par ex. Sachs et Young, 1979; Young et Sachs, 1979].

De la recherche fondamentale sur ce thème, débutée vers 1950, le chemin qui a conduit à l'application clinique sous la forme des implants cochléaires a été long. En effet, les premiers implants cochléaires ont été

introduits vers 1980. Des résultats spectaculaires ont été obtenus sur certains patients qui, grâce à l'implant cochléaire, sont capables d'entretenir une conversation (par exemple téléphonique). Néanmoins, de tels résultats ne sont pas obtenus chez tous les patients, et de plus l'implant cochléaire n'est accessible qu'à une sous-population restreinte de malentendants atteints de surdité nerveuse profonde: en effet, il apparaît indispensable qu'une proportion suffisante de fibres du nerf auditif aient survécu à la dégénérescence induite par la destruction des cellules réceptrices ciliées. Or cette condition n'est pas réalisée, et de loin, chez tous les patients. En vue d'améliorer les performances de l'implant cochléaire et de le rendre accessible à un plus grand nombre de patients, des études sur l'animal s'avèrent indispensables afin de répondre aux questions suivantes:

1) Quel est le type d'activité produite dans des cellules nerveuses isolées des voies auditives par stimulation artificielle (électrique) de la cochlée? Dans quelle mesure cette activité unitaire se compare-t-elle à l'activité élicitée par stimulation naturelle (acoustique) de la cochlée?

2) Quel est le rôle joué par la plasticité du système nerveux central, autrement dit quels sont les changements qui pourraient être induits dans les voies auditives suite à la destruction des cellules ciliées de la cochlée ou encore suite à une stimulation régulière de la cochlée implantée?

Ces questions ne peuvent pas être aisément abordées chez les patients pour des raisons éthiques. C'est pourquoi une collaboration entre l'Institut de Physiologie de l'Université de Fribourg (E. M. Rouiller) et la clinique Oto-Rhino-Laryngologique de l'Hôpital de l'Isle à Berne (M. Vischer, R. Häusler) a été mise sur pied afin de développer un modèle animal d'implant cochléaire. Des rats sont implantés dans la cochlée gauche (2-4 électrodes) afin de la stimuler électriquement, tandis que l'oreille droite (intacte) peut être stimulée acoustiquement. Trois méthodes d'investigation ont été choisies afin «d'interroger» des cellules isolées des voies auditives en réponse à l'un ou l'autre mode de stimulation:

- mise en évidence de la synthèse de la protéine nucléaire Fos, connue pour être activée par stimulation externe via une induction du gène c-fos [Dragunow et Faull, 1989]. Une induction du gène c-fos reflète vraisemblablement des processus de changements à long terme dans les cellules nerveuses;
- mesure de la prise de glucose, témoin de l'activité métabolique régionale dans le cerveau, par évaluation autoradiographique de la densité de déoxyglucose marquée radioactivement;
- par électrophysiologie, enregistrement de l'activité unitaire des cellules

nerveuses dans le relais mésencéphalique des voies auditives (colliculus inférieur).

Des rats ont été stimulés électriquement ou acoustiquement durant quelques 40 minutes. Après sacrifice de l'animal, des coupes histologiques du cerveau sont traitées au moyen d'un anticorps dirigé contre la protéine Fos. La distribution des cellules nerveuses démontrant une augmentation de la synthèse de la protéine Fos est généralement identique suite à une stimulation électrique ou acoustique. Cela signifie que les changements à long terme induits par l'un ou l'autre mode de stimulation sont comparables pour la plupart des noyaux des voies auditives (du noyau cochléaire au cortex auditif), à l'exception du relais mésencéphalique (le colliculus inférieur) qui a montré une synthèse accrue de la protéine Fos en réponse à la stimulation acoustique (sons purs) mais pas électrique.

L'étude de la prise de glucose mesurée régionalement par autoradiographie a montré pour les deux mêmes types de stimulation que ci-dessus une distribution très comparable, c'est-à-dire une activité distribuée dans les mêmes régions des voies auditives.

Les deux méthodes Fos et déoxyglucose permettent de mettre en évidence les zones du cerveau activées par stimulation de la cochlée. Afin d'étudier le comportement des neurones individuels dans l'une de ces régions, nous avons enregistré l'activité unitaire dans le colliculus inférieur, au moyen de 2 microélectrodes de tungstène insérées en parallèle l'une dans le colliculus inférieur gauche et l'autre dans le colliculus inférieur droite, chez des rats préalablement anesthésiés. Les séquences de potentiels d'action ont été établies en réponse soit à une stimulation électrique à gauche (brèves impulsions de 20  $\mu$ sec) ou acoustique à droite (bouffées sonores de 200 ms de durée). Suite à l'enregistrement de quelques 150 neurones isolés dans le colliculus inférieur, il s'avère que 90% des cellules sont sensibles à une stimulation acoustique de l'oreille controlatérale tandis que cette proportion baisse à environ 65% pour une stimulation acoustique ipsilatérale. Des proportions relativement comparables ont été obtenues (respectivement 90% et 55%) pour une stimulation électrique controlatérale ou ipsilatérale. Cela signifie que la stimulation électrique est pratiquement aussi efficace que la stimulation acoustique pour influencer des neurones isolés du colliculus inférieur. Par ailleurs, les types de réponses observés font apparaître des influences presque exclusivement excitatrices, seules environ 2% des cellules présentant une réponse inhibitrice aussi bien pour la stimulation électrique qu'acoustique. Ce résultat est surprenant car chez un animal intact (non implanté) et stimulé

exclusivement acoustiquement, on obtient pour le moins une proportion de 30% de réponses inhibitrices dans le colliculus inférieur [Irvine, 1986]. Cette comparaison tend à indiquer que, dans le présent modèle animal d'implant cochléaire, des mécanismes de plasticité ont eu lieu, sous la forme d'une progressive transformation de réponses inhibitrices en réponses excitatrices, causée par l'implantation et la stimulation électrique régulière via l'implant dans les semaines précédant la session d'enregistrement unitaire. L'étude de tels mécanismes de plasticité est importante, car ils sont très vraisemblablement présents chez les patients, causés par la surdité puis, comme chez nos animaux, par implantation et stimulation répétée de l'implant.

Le présent modèle animal d'implant cochléaire permet donc de comparer au niveau cellulaire les activités produites par stimulation artificielle (électrique) et naturelle (sonore) de la cochlée, ainsi que d'établir les manifestations de plasticité des voies auditives. Ces connaissances de base devraient à long terme favoriser une amélioration de la stratégie de codage de l'information par l'implant cochléaire, prenant en compte en particulier les changements plastique du cerveau. Enfin, une meilleure connaissance des propriétés de décharge des neurones auditifs dans les voies centrales permettra à long terme de développer des implants non plus cochléaires mais placés dans des relais plus centraux (noyau cochléaire, colliculus inférieur, cortex auditif), ce qui aurait pour avantage de moins dépendre d'une bonne survie du nerf auditif suite à une destruction des cellules réceptrices de la cochlée.

Dragunow, M. et R. Faull (1989): The use of c-fos as a metabolic marker in neuronal pathway tracing. *J. Neurosci. Meth.* 29, 261–265.

Irvine, D. R. F. (1986): A review of the structure and function of auditory brainstem processing mechanisms. In D. Ottoson (éd.): *Sensory physiology*. Berlin: Springer Verlag, pp. 1–279.

Kiang, N. Y. S., T. Watanabe, E. C. Thomas et L. F. Clark (1965): *Discharge patterns of single fibers in the cat's auditory nerve*. Cambridge: MIT Press.

Sachs, M. B. et E. D. Young (1979): Encoding of steady-state vowels in the auditory nerve: representation in terms of discharge rate. *J. Acoust. Soc. Amer.* 66, 470–479.

Tasaki, I. (1954): Nerve impulse in individual nerve fibers of guinea pig. *J. Neurophysiol.* 17, 97–122.

Young, E. D. et M. B. Sachs (1979): Representation of steady-state vowels in the temporal aspects of the discharge patterns of populations of auditory-nerve fibers. *J. Acoust. soc. Amer.* 66, 1381–1403.

4. Laudatio für P. Aebischer



Le Sénat de l'Académie Suisse des Sciences Médicales attribue le Prix Robert Bing 1994 au professeur *Patrick Aebischer*, docteur en médecine, Lausanne, pour l'œuvre de pionnier qu'il a accomplie dans le domaine de la transplantation de cellules nerveuses, dans le traitement de maladies neurodégénératives, pour le développement du concept innovatif de l'encapsulation de cellules nerveuses dans des membranes permélectives, ainsi que pour sa capacité de transposer les résultats de la recherche fondamentale en application clinique.

Bâle, le 2 juin 1994

*Vorstellung des Preisträgers durch Prof. B. Gähwiler, Zürich*

Patrick Aebischer wurde 1954 in Freiburg geboren, besuchte hier das Gymnasium. Er studierte an der Universität Genf Medizin und arbeitete während 4 Jahren als Postdoc an den Universitäten von Freiburg, Genf und Lausanne, bevor er im Jahre 1984 an die Brown University in Providence wechselte. Dort baute er eine sehr erfolgreiche Forschungsgruppe auf und avancierte zum Assistant Professor, im Jahre 1990 zum tenured Associate Professor of Medical Sciences. 1992 kehrte er in die Schweiz zurück, um als ordentlicher Professor die Leitung «de la division autonome de recherche chirurgicale» am CHUV der Universität Lausanne zu übernehmen.

Es ist sicher ein besonders glücklicher Zufall, dem man von seiten des Organisationskomitees wahrscheinlich auch ein bisschen nachgeholfen hat, dass Patrick Aebischer den Bing-Preis in Freiburg zugesprochen erhält. Er ist seiner Geburtsstadt sehr verbunden und durch sie auch in ganz besonderem Masse geprägt worden. Geboren in eine Künstlerfamilie, hat er hier seine Jugendjahre verbracht und im Collège St-Michel eine solide humanistische Ausbildung erfahren. Auf diese Zeit zurück geht seine Vorliebe für die klassische Musik, besonders für Opern und andere Vokalwerke, sein ausgesprochenes Interesse an der Philosophie sowie an den Grenzgebieten zwischen Philosophie und Naturwissenschaften. Diese Interessen kommen ihm in seiner jetzigen Forschungstätigkeit zugute, spielen doch ethische Fragestellungen bei der Transplantation von Nervengewebe eine immer wichtigere Rolle.

Seit Beginn seiner Forschungstätigkeit war Patrick Aebischer fasziniert vom Potential, das eine Transplantation von Nervenzellen in diskrete Hirnteile für die Behandlung neurodegenerativer Krankheiten bringt. Gleichzeitig war er sich aber auch der ethischen und praktischen Schwierigkeiten der Gewinnung von menschlichen Neuronen bewusst, welche dieser Methode klare Grenzen setzen. Aus diesen Überlegungen heraus hat Patrick Aebischer ein neues Konzept entwickelt; die Enkapsulation von Nervengewebe in permselektive Membrane. Die von Patrick Aebischer entwickelte Methode ermöglicht die Transplantation von Zelllinien oder von Nervengewebe in eine eingeschlossene Membran, über die sowohl Nährstoffe in das Gewebe als auch Neurotransmitter oder trophische Faktoren aus dem Gewebe diffundieren können. Auf der anderen Seite lassen die Poren keine Immunoglobuline oder Zellen eindringen, somit können die transplantierten Zellen nicht durch das Immunsystem des Gastgewebes angegriffen werden. Aus diesem Grunde lassen sich mit dieser Methode auch Zellen einer Fremdspezies sowie *in vitro* modifizierte Zellen verwenden.

Patrick Aebischer hätte seine Ideen nicht in die Tat umsetzen können, hätte er sich nicht mit überdurchschnittlichem Einsatz die Methoden der Polymerchemie selber angeeignet. Mit diesem Wissen gelang es ihm, zusammen mit seiner Arbeitsgruppe an der Brown University, das Enkapsulationssystem systematisch zu entwickeln. Den ersten wichtigen Durchbruch schaffte er, als er nachweisen konnte, dass PC12-Zellen in den Kapseln überleben und während mindestens 6 Monaten spontan einen Neurotransmitter, in diesem Falle Dopamin, freisetzen. Das Potential dieser Methode für die Behandlung verschiedener neurodegenerativer Krankheiten testete Patrick Aebischer danach durch Transplantation von verschiedenen Zelltypen an Ratten und Primaten. Patrick Aebischer gelang der überzeugende Nachweis, dass die intrathekale Implantation von Chromaffinzellen sowohl die akuten wie auch die chronischen Schmerzen zu reduzieren vermag.

Die Phase der klinischen Prüfung dieser Methode begann nach Patrick Aebischers Berufung nach Lausanne, wo präterminalen Krebspatienten, die an sehr starken Schmerzen litten, Rinder-Chromaffin-Zellen ins Rückenmark implantiert wurden. Bei der Mehrheit der Patienten führte diese Behandlung zu einer Verminderung der Schmerzempfindung. Das Fernziel dieser Technik ist die Behandlung schwerer, degenerativer Hirn- und Nervenkrankheiten.

Man würde erwarten, dass bei einem so jungen Forscher 5–10 Minuten

für die Aufzählung seiner wesentlichen Forschungsgebiete und -projekte genügen würden. Nicht so bei Patrick Aebischer. Es bleiben mehrere Projekte und Ansätze, die ich überhaupt noch nicht erwähnt habe. Ich möchte als erstes seine Arbeiten zur Rolle der elektrischen Aktivität bei der Regeneration von peripheren Nervenfasern anführen. Er konnte in mehreren Arbeiten zeigen, dass die Regenerationsfähigkeit der Nervenfasern durch elektrisch geladene «guidance channels» signifikant gefördert wird. Schliesslich will ich als letztes Beispiel die neuen Arbeiten erwähnen, die sich auf die Entwicklung eines sehr interessanten Gen-Transfer-Ansatzes für die Behandlung der amyotrophischen Lateralsklerose konzentrieren. Bei diesen Versuchen werden ALS-Patienten wiederum Zellen implantiert. Das Spezielle bei diesen Versuchen liegt daran, dass den Zellen die Erbanlage für einen bestimmten Wachstumsfaktor eingepflanzt worden war, der bei Mäusen das Wachstum von Motoneuronen stimuliert. Mit Spannung werden die ersten Resultate dieser Studie – und mit ihnen die erhofften Ergebnisse – erwartet.

Patrick Aebischer ist ein ausserordentlich produktiver Wissenschaftler, der mehr als 40 Originalpublikationen in sehr guten Zeitschriften veröffentlicht hat. Er ist auch Inhaber einer ganzen Reihe wichtiger Patente. Ich bin sehr beeindruckt von seinem neuen konzeptionellen Ansatz, seiner multidisziplinären Ausbildung, seiner Fähigkeit, Ergebnisse der Grundlagenforschung erfolgreich in die klinische Praxis umzusetzen, sowie von der Beharrlichkeit, mit der er seine hochgesteckten Ziele verfolgt. Er ist sicher einer der originellsten und kreativsten jungen Neurobiologen, dessen Auszeichnung durch den Robert Bing-Preis hochverdient ist.

#### **«Vers le développement de thérapies cellulaire et génique pour le système nerveux»**

*Résumé de la présentation par P. Aebischer*

Les maladies neurodégénératives telles que Parkinson, Alzheimer ou sclérose latérale amyotrophique sont caractérisées par la perte progressive de cellules nerveuses. Cette perte peut être prévenue par le relâchement localisé de facteurs neurotrophiques ou dans certains cas compensée par le relâchement de neurotransmetteurs. La technique développée par le lauréat consiste à transplanter des lignées cellulaires modifiées ou non par génie génétique afin de produire et relâcher les substances d'intérêt. Les

lignées cellulaires offrent différents avantages tels que la possibilité de faire une banque cellulaire, la possibilité de s'assurer de l'absence d'agents pathogènes ainsi que la possibilité d'induire la production de facteurs neurotrophiques ou de neurotransmetteurs par utilisation d'ADN recombinant. Cependant l'utilisation clinique de lignées cellulaires nécessite un contrôle strict du risque de tumorigénécité ainsi que du problème de rejet immunologique. La transplantation de cellules enrobées dans une membrane permselective restreint la croissance cellulaire à l'intérieur de la capsule et protège le tissu transplanté d'une attaque immunitaire même lors de l'utilisation de cellules d'origine xénogénique. La membrane permet cependant le passage de molécules entre les cellules transplantées et l'hôte. Dans le cas d'une défaillance de la capsule, les cellules xénogéniques transplantées sont rejetées par le système immunitaire de l'hôte. Cette technique permet l'amélioration de la symptomatologie de divers modèles de maladies neurodégénératives. Plus récemment il a été montré que cette technique permet la survie et l'amélioration symptomatique de la douleur cancéreuse en phase terminale par transplantation intrathécale de cellules bovines encapsulées.



## IV. SAMW-Symposium 1994

---

### SYMPOSIUM DER SCHWEIZERISCHEN AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN 27./28. OKTOBER 1994 IN INTERLAKEN

### PROGRAMM UND ZUSAMMENFASSUNG DER VORTRÄGE



MIGRATIONS MEDIZIN:  
PRAXIS UND FORSCHUNG IN DER SCHWEIZ  
LA MÉDECINE DES MIGRANTS:  
MÉDECINE APPLIQUÉE ET RECHERCHES EN SUISSE



## **Inhaltsverzeichnis**

**Gelzer J.:**  
Einleitung

### **Programm**

**Muller A. F.:**  
Begrüssung und Eröffnungsansprache

**Siem H.:**  
Migration Medicine, the transnational perspective and its challenges  
Médecine des migrants, perspectives transnationales et leurs défis  
Migrationsmedizin, transnationale Perspektiven und Herausforderungen

**Zeltner Th.:**  
Nationale Aufgaben / Tâches nationales

**Seiler A. J.:**  
Kantonale Verantwortlichkeiten / Responsabilités cantonales

**Raeber P. A.:**  
Résultats du screening des migrants / Resultate vom Migranten-Screening

**Stalder H.:**  
Médecine générale des migrants / Allgemeinmedizin der Migranten

**Ramseier E. W. und Molinaro R.:**  
Durch Unfall bedingte Arbeitsausfälle von Migranten  
Absentéisme de migrants dû aux accidents

**Junghans Th. und Hatz Ch.:**  
Medizinische Probleme von Migranten in Arztpraxen und im ambulanten Spitalbereich  
Problèmes médicaux des migrants dans la médecine de premier recours et dans le domaine hospitalier ambulatoire

**Uchtenhagen A.:**  
Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse der Migranten  
Besoins de prise en charge psychosociale des migrants

**Eisenring F.:**  
Migrantenbetreuung im Sektor Gesundheit, Erfahrungen im Modell BS  
Prise en charge des migrants dans le secteur santé, expériences avec le modèle Bâle-Ville

**Mäder R.:**  
Zur Rolle des SRK im Rahmen migrationsmedizinischer Massnahmen  
Rôle de la Croix-Rouge suisse dans le cadre des mesures pratiques en médecine des migrants

**Wicker H. R.:**  
Konzept für ein Therapie- und Rehabilitationszentrum für systematisch gefolterte Flüchtlinge  
Concept pour un centre de réhabilitation pour les réfugiés ayant subi des tortures systématiques

**Obrist van Eeuwijk B.:**  
Medizinethnologische Anregungen für die ärztliche Praxis  
Suggestions médico-ethnologiques pour la médecine de premier recours

**Loutan L.:**  
Migrationsmedizinische Erfahrungen in ausländischen Institutionen  
Expérience en médecine des migrants de quelques institutions étrangères

**Freie Mitteilungen – Einleitungen – Arbeitsgruppen**

**Arpin J.:**

Apport transculturel aux besoins des praticiens

**Pécoud A.:**

Faut-il enseigner une «médecine du migrant»?

### 1. Einleitung

20 Jahre nach dem von Prof. W. Wilbrandt in Bern veranstalteten «*Symposium Medizinische Entwicklungshilfe*» entschied die Akademie, im Berichtsjahr 1994 wieder einmal ein gesundheitspolitisches Thema von europaweiter Zeitaktualität und ganz spezieller Wichtigkeit für unser Land aufzugreifen.

Die anderweitig kaum diskutierten Gesundheitsprobleme und Gesundheitsbedürfnisse der Ausländer, welche in der Schweiz, einem Einwanderungsland par excellence, etwa 17% (wovon 1,4% Flüchtlinge) ausmachen, sollten unter dem Titel «Migrationsmedizin, Praxis und Forschung in der Schweiz» eine zusammenfassende Darstellung erhalten. Eine Diskussion unter Fachleuten und Ärzten sollte auch für die laufenden Arbeiten des eidgenössischen Parlamentes zur Ausarbeitung eines Migrationsgesetzes und für die Bemühungen der eidgenössischen Instanzen, der 1988 von der WHO empfohlenen Bestandsaufnahme über den «Gesundheitszustand in der Schweiz» eine Strategie «Gesundheit für alle» (d.h. auch für die 17% Ausländer in unserem Land) folgen zu lassen, dienlich sein.

In einem «Früherkennungsbericht» des Jahres 1992 des Schweizerischen Wissenschaftsrats wurde vorgeschlagen, auf Bundesebene eine zentrale Dienstleistungsstelle für den Bereich «Migrationsstudien» einzurichten. Unsere Schwesterakademie, die SAGW, erhielt den Auftrag, die Planung eines solchen Zentrums durchzuführen. Sie erarbeitete ein Konzept, welches ein «Schweizerisches Forum für Migrationsstudien» (SFM) – ursprünglich im Rahmen eines vom Bund zu fördernden Schwerpunktprogramms – vorsah. Das im September 1994 etablierte SFM, fakultätsunabhängig an die Universität Neuchâtel angeschlossen, wird für die Koordination der Forschung im Sektor Migration verantwortlich sein. Zahlreiche Disziplinen wie Soziologie, Ethnologie, Ökonomie, Demographie, Statistik, politische Wissenschaften, Linguistik, Pädagogik, vergleichende Rechtswissenschaften und Medizin machen Beiträge zur Migrationsforschung in der Schweiz. Am SFM soll ferner praxisorientierte Auftragsforschung durchgeführt werden, wobei vor allem ethnologische, soziologische, gesellschaftspolitische und wirtschaftspolitische wissenschaftliche Themen angegangen werden.

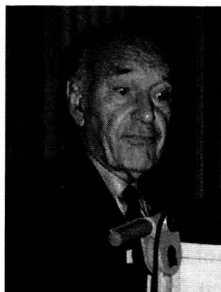
Im Vergleich zu diesem langfristigen Strukturprojekt war die Zielsetzung des SAMW-Symposiums 1994 pragmatisch auf medizinische Gegenwartsprobleme und auf Vorschläge für praktische Problemlösungen zu Handen der Ärzteschaft ausgerichtet: Die gesundheitlichen Beschwer-

den, Sorgen und Leiden der einzelnen in unserem Land niedergelassenen Migranten, Kurzaufenthalter, Flüchtlinge und Asylsuchenden unterscheiden sich nicht grundsätzlich von den Krankheiten und den Gesundheitsproblemen der ansässigen Schweizerbevölkerung. Hingegen weiss man, dass bei Migranten und vor allem bei Asylsuchenden Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose, Hepatitis B und gewisse Protozoeninfektionen, vermehrt vorkommen. Auch machen Migranten und Gastarbeiter einen deutlich erhöhten Anteil an Berufsunfällen aus. Ferner sind Schwangerschaftskomplikationen unter Migrantinnen häufiger. Vielfach finden sich zusätzlich z.T. schwere psychische Leiden, vor allem bei Migranten mit Folteranamnesen: Mindestens 25% der bei uns lebenden Flüchtlinge geben an, Folteropfer zu sein.

Die Behandlung und Betreuung der Migranten erfolgt zum grössten Teil durch Ärzte der medizinischen Grundversorgung und durch Psychiater. Hier ist auch im Hinblick auf die Ausbildung zukünftiger Ärzte und die Weiterbildung eine enge Zusammenarbeit mit präventivmedizinischen Institutionen und mit den Polikliniken unserer Universitäten sehr wichtig. Sprachliche und kulturelle Barrieren erschweren die diagnostische und therapeutische Tätigkeit der Ärzte und die Aufgaben des Pflegepersonals sehr erheblich. «Migrationsmedizin» ist ein ausgesprochen multidisziplinärer Bereich und vor allem für Ärzte der Allgemeinmedizin und für Psychiater von grosser Bedeutung.

J. Gelzer

## 2. Eröffnungsansprache, Prof. A. F. Muller



«*La migration*, tout le monde en convient, fait partie des problèmes principaux avec lesquels l'humanité est confrontée en cette fin de siècle et surtout au siècle prochain. C'est un problème de dimension mondiale et la Suisse sera confrontée au même point que tous les Etats qui nous entourent. Les raisons de cette migration sont multiples, complexes et intriquées d'où l'impossibilité d'une approche stéréotypée et unique. Les problèmes dépassent de loin le cadre médical, bien que c'est cet aspect qui retiendra notre attention pendant ces deux jours à Interlaken.

Il est évident maintenant que l'avenir des migrants et de leurs enfants repose sur le pays hôte, car un retour rapide dans le pays d'origine n'a que rarement lieu. L'intégration dans le pays d'accueil devient donc un problème principal, voire crucial. On ne saurait assez insister sur le fait que le facteur santé est un pivot capital dans ce processus d'intégration. C'est une tâche nouvelle avec laquelle la profession médicale, voire tout le secteur des soignants, se trouve confronté. C'est davantage sur le secteur santé, à l'opposé du secteur maladies, que nous devons concentrer nos efforts à l'avenir. L'adaptation au pays hôte est un problème non négligeable, sa compréhension, sa prise en compte peut éviter bien des maladies et des perturbations psychologiques. Le fait d'avoir perdu ses racines, ses amis, sa famille, sa culture, sa tradition laisse une sorte de vide émotionnel. L'arrivée dans un pays hôte, c'est comme un voyage à sens unique où on a tout laissé derrière soi, la position, la puissance, l'indépendance et la dignité. Tout effort de prévention et de promotion de la santé lors de l'arrivée peut être un facteur décisif quant au succès ou à l'échec du processus d'adaptation de la population des migrants.

**3. Programm**

27. Oktober 1994

- 09.00 Beginn der Registrierung / début de l'enregistrement:  
Eingangshalle / Hall d'entrée Beau-Rivage
- 11.00 **Prof. A. F. Müller**  
Begrüssung / bienvenue
- 11.05 **I** Einführungsreferate / Problemendarstellung Migrantenmedizin  
Exposé d'introduction / Les problèmes de la médecine des migrants  
Moderation / Animateur: **Prof. A. F. Müller**  
**Dr. H. Siem**  
Migration Medicine, the transnational perspective and its challenges  
Médecine des migrants, perspectives transnationales et leurs défis  
Migrationsmedizin, transnationale Perspektiven und Herausforderungen  
Gesundheit der Migranten: Zielsetzungen im Schweizer Projekt  
La santé des migrants: objectifs dans le projet suisse  
*«Gesundheit für alle» / «Santé pour tous»*  
**Prof. Th. Zeltner**  
Nationale Aufgaben / Tâches nationales  
**Dr. A. J. Seiler**  
Kantonale Verantwortlichkeiten / Responsabilités cantonales  
*Migranten-Morbidität in der Schweiz / Morbidité chez les migrants en Suisse*  
**Dr. P. A. Raeber**  
Résultats du screening des migrants / Resultate vom Migranten-Screening  
**Prof. H. Stalder**  
Médecine générale des migrants / Allgemeinmedizin der Migranten
- 14.00 **Dr. E. W. Ramseier, Dr. R. Molinaro**  
Durch Unfall bedingte Arbeitsausfälle von Migranten  
Absentéisme de migrants dû aux accidents  
**Dr. Th. Junghanss**  
Medizinische Probleme von Migranten in Arztpraxen und im ambulanten  
Spitalbereich  
Problèmes médicaux des migrants dans la médecine de premier recours et dans le  
domaine hospitalier ambulatoire  
**Prof. A. Uchtenhagen**  
Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse der Migranten  
Besoins de prise en charge psychosociale des migrants
- 14.45 **II** Ansätze für migrationsmedizinische Massnahmen  
Ebauches de mesures pratiques en médecine des migrants  
Moderation / Animateur: **Dr. J. Gelzer**  
**F. Eisenring**  
Migrantenbetreuung im Sektor Gesundheit, Erfahrungen im Modell BS  
Prise en charge des migrants dans le secteur santé, expériences avec le modèle  
Bâle-Ville

## IV. SAMW-Symposium 1994

---

**Dr. R. Mäder**

Zur Rolle des SRK im Rahmen migrationsmedizinischer Massnahmen  
Rôle de la Croix-Rouge suisse dans le cadre des mesures pratiques en médecine des migrants

**Prof. H. R. Wicker**

Konzept für ein Therapie- und Rehabilitationszentrum für systematisch gefolterte Flüchtlinge

Concept pour un centre de réhabilitation pour les réfugiés ayant subi des tortures systématiques

**Dr. B. Obrist van Eeuwijk**

Medizinethnologische Anregungen für die ärztliche Praxis  
Suggestions médico-ethnologiques pour la médecine de premier recours

**Dr. L. Loutan**

Migrationsmedizinische Erfahrungen in ausländischen Institutionen  
Expérience en médecine des migrants de quelques institutions étrangères

### III Arbeitsgruppen / Groupes de travail

- A Grenzsantität  
Service sanitaire de frontières
- B Basismedizin für Migranten  
Médecine de premier recours pour les migrants
- C Psychosomatik in der Migrationsmedizin  
Aspects psychosomatiques de la médecine des migrants
- D Versicherungsneurosen bei Migranten  
Névroses d'assurance chez les migrants
- E Tuberkulose/AIDS/Migrationsinfekte  
Tuberculose/sida/infections chez les migrants
- F Ausbildung/Weiterbildung in Migrationsmedizin für Studenten und Ärzte  
Formation, perfectionnement en médecine des migrants, pour étudiants et médecins

### Moderation / Animateurs:

**Dr. P. A. Raeber**

**Prof. H. Stalder**

**Dr. Ursula Steiner-König**

**PD Dr. J. Weber**

**Prof. C. Régamey**

**Prof. A. Pécoud**

28. Oktober 1994

- 10.00 IV Präsentation und Diskussion der Vorschläge der sechs Arbeitsgruppen  
Présentation et discussion des propositions des six groupes de travail

Moderation / Animateurs: **Prof. A. F. Muller, Dr. J. Gelzer**

- A Grenzsantität / Service sanitaire de frontières
- B Basismedizin / Médecine de base
- C Psychosomatika / Problèmes psychosomatiques
- D Versicherungsneurosen / Névroses d'assurance
- E Infektionskrankheiten / Maladies infectieuses
- F Ausbildung/Weiterbildung/Information  
Formation/perfectionnement/information

- 12.35 **Prof. A. F. Muller**  
Schlusswort / Conclusion



### Referentenliste / Liste des rapporteurs

- F. Eisenring  
Zentrumsleiter, Fürsorgeamt der Stadt Basel
- Dr. J. Gelzer  
Generalsekretär der SAMW, Basel
- Dr. Th. Junghans  
Schweiz. Tropeninstitut, Basel
- Dr. L. Loutan  
Policlinique de Médecine, Hôpital Cantonal Universitaire, Genève
- Dr. R. Mäder  
Rotkreuz-Chefarzt, Bern
- Dr. R. Molinaro  
SUVA, Luzern
- Prof. A. F. Müller  
Präsident SAMW, Genf
- Dr. B. Obrist van Eeuwijk  
Ethnologisches Seminar der Universität Basel, Basel
- Prof. A. Pécoud  
Policlinique universitaire médicale, Lausanne
- Dr. P. A. Raeber  
Division principale de Médecine/Epidémiologie, Office fédéral de la santé  
publique, Berne
- Dr. E. W. Ramseier  
SUVA, Luzern
- Prof. C. Régamey  
Clinique médicale, Hôpital cantonal, Fribourg
- Dr. A. J. Seiler  
Vizepräsident der Schweizer Kantonsärzte, Gesundheitsdepartement, Bern
- Dr. H. Siem  
International Organization for Migration (IOM), Geneva
- Prof. H. Stalder  
Policlinique de Médecine, Hôpital Cantonal Universitaire, Genève
- Dr. Ursula Steiner-König  
FMH Psychiatrie, Lyss
- Prof. A. Uchtenhagen  
Sozialpsychiatrischer Dienst der Psychiatrischen Universitätsklinik, Zürich
- PD Dr. J. Weber  
Service de Médecine, Hôpital de Zone, Montreux
- Prof. H. R. Wicker  
Institut für Ethnologie, Universität Bern, Bern
- Prof. Th. Zeltner  
Direktor des Bundesamtes für Gesundheitswesen, BAG, Bern

#### 4. Eröffnungsreferat

##### *H. Siem: Migration Medicine, the International Perspectives and its Challenges*

Mass movements of people are not a new phenomenon in the history of mankind. Over the centuries, people have moved in search of better living opportunities, either because of the creation of new states (in South Asia only, 35–40 million people moved after World War II), or because of mass deportation (slave trade from Africa), or fleeing political persecution (in the period of nation building, Spain expelled Jews, France Huguenots, and UK Protestants).

During the 19th century, a large flow of unskilled migrants went from Europe to the new world. The United States was the most important destination, with some 33 million immigrants between 1815 and 1930. Argentina received about six million, followed by Canada (five), Brazil (four), and Australia (three and a half). There was considerable variance between the rate of emigration from the individual European countries. For instance, Norway lost an average of two people in every 300 for each year from 1861 to 1910, while France lost one person in 5000 [Baines, 1991]. Prior to 1850, the colonial powers were responsible for the trade of approximately 15 million slaves from Africa to the Americas [Appleyard, 1991].

In the post World War II period, that many consider a turning point in modern international migration because of its vast political and economic consequences, we witnessed a diversification of migratory flows. Patterns emerged from developing to developed countries (e.g. from African countries to Europe, from Mexico to the US) and between developing countries (e.g. in Latin America, parts of Africa and the Middle East). While migrants remained largely unskilled, filling the bottom part of the labour market, in some cases skilled professionals from developing countries were part of specific flows, as from India to the Gulf states, or from Asian countries to the US.

Migrations do not involve just any random combination of countries; rather, they are patterned, and immigrant employment is patterned as well. Rather than simply posit the push factor of poverty, we can specify other forms of links that develop between countries, caused by economic, political and historical factors. The latter, which are less easy to forecast than economic ones, often shape international migration flows. (Examples

**Table 1.** Number and percentage of foreign citizens in Western European countries

Country	Total population	Foreign population	% Foreigners
Austria .....	7,860,800	542,000	7
Belgium .....	9,077,800	900,800	9
Finland .....	5,029,300	37,000	0.7
France .....	57,206,000	3,535,000	6
Germany .....	79,750,000	5,500,000	7
Greece .....	10,168,300	226,000	2
Iceland .....	259,700	5,400	2
Ireland .....	3,541,700	87,600	3
Italy .....	57,788,200	710,000	1
Luxembourg .....	389,800	114,700	29
Netherlands .....	15,128,600	728,000	5
Norway .....	4,273,600	147,800	4
Portugal .....	9,846,000	114,000	1
Spain .....	39,055,900	610,000	2
Sweden .....	8,644,100	494,000	6
Switzerland .....	6,833,800	1,191,000	17
United Kingdom .....	57,700,800	1,904,000	3

Source: Council of Europe, 1993.

are in the recent past the flow of ethnic Germans in Europe and the large refugee outflow from former Yugoslavia.)

### *Quantitative estimates*

As far as traditional immigration countries are concerned, the United States accepted for settlement 1,063,000 immigrants in 1989, Australia accepted 121,000 settlers, and Canada 190,000 [Appleyard, 1992]. The numbers have since declined. In all three countries the overwhelming majority of the new immigrants came as part of family reunification schemes. However, the flow of migrants does not represent the whole picture. The number of those that at any given time reside in the host country (the so-called stock of migrants), and their percentage as compared to the total population give a complementary, and perhaps more informative, view on the impact of migration in receiving societies.

Large-scale immigration to Europe started in the 1950s and 1960s, as part of labour recruitment programmes after World War II. The recruitment of foreign labour stopped in the mid-1970s, but a steady inflow of foreigners continued, mainly as part of family reunification schemes which were largely unforeseen. During the early period, migrant workers in Europe came from source countries with a history of emigration (Italy,

#### IV. SAMW-Symposium 1994

**Table 2.** European Community: Foreign population (thousands) 1990

	a	b	%
	Total Foreign population	EC Nationals	b/a
Belgium .....	905	552	61
Denmark .....	161	28	17.4
France .....	3,597	1,312	36.5
Germany (F.D.R.) .....	5,243	1,439	27.4
Greece .....	229	55	24
Ireland .....	61	42	68.9
Italy .....	781	149	19.1
Luxembourg .....	110	102	92.7
Netherlands .....	692	169	24.4
Portugal .....	108	26	24.1
Spain .....	484	272	56.2
United Kingdom .....	1,875	782	41.7
Total .....	14,246	4,928	34.6

Source: Salt, Singleton & Hogarth, 1994.

Spain, Portugal and Greece), while later they moved from Yougoslavia, Turkey, and from the Maghreb. More recently, the political changes in Eastern Europe contributed to a substantial East-West migration, both from the former Soviet Union and Eastern European countries.

Today, Western European countries host approximately 17 million foreign nationals (Table 1), 14 million reside in the European Community alone (Table 2). Close to 5% of the total population of 380 million in Western Europe is made up of foreign nationals [Council of Europe, 1992]. This percentage is not evenly distributed. In 1992, foreigners accounted for 17% of the total population in Switzerland, 9% in Belgium, 7% in Germany and Austria, and 6% in France and Sweden, while the percentage was lower in the remaining countries. Approximately one-third of the foreign citizens in Western Europe resided in Germany. The main national groups residing in Western Europe in 1980 and 1990 are shown in Table 3. In some cases, source countries have remained largely unchanged (see migration to Norway and Sweden from other Nordic countries, or migration from Ireland to the United Kingdom). Germany and Spain also showed a stable composition of their foreign population, while in some other countries communities from the developing world have increased in size and visibility during the last decade (e.g. Moroccans in Belgium, the Netherlands and Italy).

In order to complete the description of the stock of ethnic communities

**Table 3.** Stocks of foreign population: principal nationalities (in thousands)

Belgium .....	1980	Italy (273), Morocco (110), France (104)
	1990	Italy (241), Morocco (142), France (94)
France .....	1982	Algeria (805), Portugal (767), Morocco (41)
	1990	Portugal (646), Algeria (620), Morocco (585)
Germany .....	1980	Turkey (1462), Yugoslavia (632), Italy (618)
	1990	Turkey (1675), Yugoslavia (653), Italy (548)
Greece .....	1980	U.S. (13), U.K. (9), Libya (7)
	1990	U.S. (22), U.K. (19), Poland (13)
Italy .....	1980	U.S. (38), Germany (24), Greece (19)
	1990	Morocco (78), U.S. (58), Germany (42)
Luxembourg .....	1985	Portugal (29), Italy (21), France (13)
	1989	Portugal (34), Italy (20), France (13)
Netherlands .....	1980	Turkey (139), Morocco (83), Germany (43)
	1990	Turkey (204), Morocco (157), Germany (44)
Norway .....	1980	Denmark (14), U.S. (11), U.K. (9)
	1990	Denmark (17), U.S. (12), Sweden (12)
Portugal .....	1984	Cape Verde (23), Spain (7), Brazil (6)
	1991	Cape Verde (30), Brazil (13), U.K. (9)
Spain .....	1987	U.K. (64), Germany (40), Portugal (31)
	1990	U.K. (86), Germany (50), Portugal (38)
Sweden .....	1980	Finland (182), Yugoslavia (39), Denmark (30)
	1990	Finland (120), Yugoslavia (41), Iran (39)
Switzerland .....	1980	Italy (421), Spain (97), Germany (86)
	1990	Italy (379), Yugoslavia (141), Spain (116)
United Kingdom .....	1984	Ireland (491), India (148), West Indies (131)
	1990	Ireland (478), India (155), U.S. (102)

Source: Salt, Singleton & Hogarth, 1994.

in Europe, we have to consider persons of foreign origin who have acquired the citizenship of the host country through naturalization, or already had citizenship at entry, as they were citizens of former colonies. These persons, not counted in the official statistics on foreigners, are a sizable part of the population in the United Kingdom and, to a lesser extent, in Sweden and France. For instance, in France there are currently 3.5 million persons with a foreign nationality, but 6.1 million persons of immigrant origin [Tribalat, 1994].

Illegal immigrants need to be added to the official immigration statistics in several countries. There are no accurate estimates of the presence of illegal workers in Europe. The International Labour Organization (ILO) estimated that in 1991 there were in Europe two million non-nationals in an irregular or undocumented situation (this figure included seasonal

#### IV. SAMW-Symposium 1994

**Table 4.** Asylum seekers in Europe, 1980–1992 (thousands)

Country	1980	1990
Austria .....	9.3	16.2
Belgium .....	2.7	17.8
Denmark .....	0.2	13.9
Finland .....	–	3.6
France .....	18.8	27.5
Germany .....	107.8	438.2
Greece .....	–	2
Italy .....	–	2.5
Netherlands .....	1.3	17.5
Norway .....	0.1	5.2
Portugal .....	1.6	2
Spain .....	–	11.7
Sweden .....	–	83.2
Switzerland .....	6.1	18.1
United Kingdom .....	9.9	24.6

Source: Salt, Singleton & Hogarth, 1994.

workers). Germany hosted about 650,000 irregular migrants, Italy 600,000, Spain 300,000, and France 200,000 [Salt, Singleton & Hogarth, 1994].

#### *Refugees and asylum seekers*

Mention needs also to be made of asylum seekers and refugees. The number of persons seeking asylum in Europe has dramatically risen during the last decade. In Western Europe alone, the inflow of asylum seekers in 1991 was twice as high as the regular admission of foreign labour that year [Salt, Singleton & Hogarth, 1994]. In 1983 there were about 70,000 applications for asylum, and almost 700,000 in 1992 (Table 4). In that year, Germany registered more than 400,000 applications, a similar order of magnitude to the inflow of immigrant workers at the peak of the guest-workers programme. Only a small percentage was eventually accepted as refugees. It has been estimated, for instance, that from 1975 to 1991 Sweden accepted 140,000 refugees, Denmark 30,000, France 216,000, Switzerland 23,000, Austria 27,000, the Netherlands 26,000, and Germany 103,000 [US Committee for Refugees, 1993]. Many asylum seekers will wait for years in the receiving country, until their claim is processed. Only a few percent will eventually be granted refugee status, a much larger part, often 50 percent will be granted residence status on humanitarian basis. The remainder will return, or be deported.

In summary, in Western Europe there are currently 20 million foreigners, the majority of whom are settled migrants. The guestworkers who came in the 1950s and 1960s were largely expected to leave as soon as the demand for surplus labour would have come to an end. Instead, many came to stay and family reunification programmes soon took the place of former labour recruitment. This settlement was largely unanticipated, and the organization and provision of services to migrant families was slow to come. Thus, only toward the end of the 1980s, if at all, would European states develop policies that would link immigration, be it refugee resettlement, resettlement on other humanitarian basis or family unification, on the one side, and health care policies, Health for All strategies on the other [Bollini].

#### *Policy development for health*

We see six areas of concern, where health policies and programmes explicitly should take the needs of the immigrants into consideration:

- *Communication and understanding.* The issues are related to interpreter services, link-workers and specific training for doctors, nurses and other health personnel.
- *Control of infectious diseases.* The fear that immigrants are important vectors of contagious disease is widespread, and linked to xenophobic currents in most host populations, and has to be dealt with as a political reality. As an example it suffice to mention compulsory HIV-screening for immigrants who in numbers and as to prevalence of infections only constitute a fraction of a percent compared to other groups of travellers (tourism, business). Concern for tuberculosis probably represents the most important issue in this regard.
- *Mother and child care, strengthening of the capacity of the household.* It is more and more recognized how important the role of the mother, or women in general is for a successful insertion into a new society. The family is key to self-esteem, empowerment, and a gentle acculturation. Through information and adequate services targeted for women, a wide range of medical issues, from vaccination coverage among the children to nutrition and cardiovascular disease among adults can successfully be addressed.
- *Occupational health.* Immigrants of all types, not only migrant workers, will be highly represented in occupations with high risks of diseases and

injury, and often lack the understanding for protective and preventive measures which are part of the discipline at European worksites.

- *Violence.* Homicide, suicide and other forms of violence, in particular against women, have probably erroneously been attributed to traits of the culture of origin in many cases. Marginalisation and discrimination against foreigners might be more important attributable factors to high rates of violence among recent immigrants and ethnic minorities.

- *Health indicators among immigrants.* Whereas ethnic minorities a decade ago would oppose ethnic monitoring and ethnic registration in public surveys and statistics, such communities in some European states have recently changed their position, in order to tailor, and claim, appropriate services for their constituencies.

#### *Barriers to health*

Migration is a complex phenomenon, which has a different history and brings about a peculiar mix of ethnic populations in each European country. In spite of its heterogeneity, however, it is possible to analyse the social situation of different migrant communities with a common explanatory framework. This framework should include not only the social stratum where the migrant family belongs, but also the actual social context which the family faces and its level of entitlements in the receiving society. The latter are determined by legal status, legislation regarding access to residence, the job market, and property, and the broad societal attitude towards migration [Bollini & Siem, 1994]. As far as health care is concerned, migrant families may experience barriers to access to existing health and social services in many European countries. These barriers are chiefly economic, administrative (lack of specific requirements, e.g. length of residence in the country, etc.), and linguistic/cultural. At times, even when a specific service is available, the migrant family may not know the right procedures to follow, or may lack proficiency in the language of the host country so that the use of health services becomes unsatisfactory and less effective. In addition, cultural differences in the conceptions of health and disease, of sick roles, and of expectations from the health services may further compound the picture.

#### *The challenge ahead*

The change in ethnic composition that Europe is now facing would suggest that health care should adapt to a phenomenon which is by no means an



end. However, with a few exceptions, the provision of health and social services to immigrant communities has been quite slow and inadequate.

Improving the health status of migrant families and ensuring the harmonious integration and development of migrant children is a complex task. Three main areas need to be addressed by health authorities in receiving countries.

Firstly, it is necessary to put ethnic health policies high on the public health agenda, within the broader framework of the national health policies. The situation in Europe is not even: some countries of recent immigration are now discovering immigrant families, and children in particular. Other countries with a longer history of migration are confronting the social and health challenges posed by elderly migrants. Similarly, health policies targeting the needs of migrant communities have been adopted in some countries for a long time, while in other countries policy making is still at a very early stage. In general, it has been demonstrated that the adoption of specific health policies is able to reduce most of the barriers to access to health care faced by ethnic communities [Innovation in Social Sciences Research, 1993].

Secondly, there is a definite need to provide adequate health services, both preventive and curative, tuned to the cultural needs of migrant communities. As of today, there is no agreement among health professionals on whether specific services should be set up for ethnic communities, or whether mainstream services should be able to care for an ethnically different clientele. However, in countries where ethnic health policies have been implemented for a long time, such as Canada, Sweden, and Australia, we find a mixture of the two models, according to the composition of the local ethnic population and to the structure and organization of the health system. The availability of interpreters, and flexible working hours are among the most important characteristics of health services for ethnic communities.

Finally, there is a crucial need for training and preparing health professionals to understanding perspectives that differ from their own ethnic orientation, and to provide adequate and effective responses. The challenge is to find ways to educate doctors and nurses to accept differences and understand other cultural mechanisms. Unfortunately, so far very limited teaching experiences have been implemented in Europe, mostly in post-graduate education, and much effort is still needed to prepare health professionals to work in a multicultural Europe.

### References

- Appleyard R.: International Migration: Challenge for the Nineties. Geneva, International Organization for Migration, 1992.
- Baines D.: Emigration from Europe 1815–1930. London, McMillan, 1991.
- Bollini P., Siem H.: No real progress towards equity: health of migrants and ethnic minorities on the eve of the year 2000. Submitted, 1994.
- Centre for Educational Research and Innovation (CERI): Immigrants' children at school. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 1987.
- Council of Europe: Recent Demographic Developments in Europe and North America. Strasbourg: Council of Europe Press, 1993.
- Gokalp A.: Migrant's children in Western Europe: differential socialization and multicultural problems. In: International Migration Today, vol. 2, Emerging Issues (ed. by Stahl C.), pp. 125–137. UNESCO and University of Western Australia, Belgium, 1988.
- Innovation in Social Sciences Research: Special Issue on Migration and Health. 6, 1993.
- Kurtz Z.: Better health for black and ethnic minority children and young people. In: Access to Health Care for People from Black and Ethnic Minorities, ed. by Hopkins A. and Bahal V., pp. 63–92, London, Royal College of Physicians, 1993.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD): Migration. The Demographic Aspects. Paris, OECD, 1991.
- Sachs L.: Evil Eye or Bacteria. Turkish Migrants and Swedish Health Care. Stockholm Studies in Social Anthropology, University of Stockholm, 1993.
- Salt J., Singleton A., Hogarth J.: Europe's International Migrants. London, HMSO, 1994.
- Tribalat M.: Les immigrés et la population liées à leur installation en France au recensement de 1990. *Revue Population*, 6, 1993.
- US Committee for Refugees: World Refugee Survey. Washington, US Committee for Refugees, 1992.
- Werner H.: The integration of foreign workers into the labour market (France, Germany, Netherlands, Sweden). Labour Market Research Topics, No. 6, Institute for Employment Research, Nürnberg, 1994.

*The Author wishes to express his gratitude to Paola Bollini, M.D., Ph.D., for her assistance in preparing the manuscript.*

### 5. Zusammenfassungen der Vorträge

*Migrationsmedizin: Nationale Aufgaben*

*Th. Zeltner, Bern*

Die moderne Migration hat ihre Ursachen im Wachstum der Bevölkerung und in den wachsenden Ungleichgewichten in den Lebensstandards bei gleichzeitig zunehmender Vernetzung der Weltgesellschaft. Neben dem traditionellen Nord-/Südgefälle ist in Europa neu auch ein West-/Ostgefälle bedeutungsvoll. Der Gesundheitszustand von Migranten ist in allen untersuchten europäischen Ländern schlechter als derjenige der einheimischen Bevölkerung.

Die wichtigste Strategie zur Verbesserung der Gesundheit von Migranten ist die von der Weltgesundheitsorganisation in den 80er Jahren entwickelte Politik «Gesundheit für alle bis ins Jahr 2000», deren Hauptzielsetzung die «Chancengleichheit» ist, d.h. die Verringerung der Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Ländern, sowie zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen innerhalb der Länder. Erfahrungen aus Schweden und Norwegen zeigen, dass es mit einer Gesundheitspolitik, die sich besonders um die Chancengleichheit bemüht, möglich ist, die Differenzen zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen zu verringern. Basierend auf diesen Erfahrungen hat die Weltgesundheitsorganisation Region Europa im September 1994 beschlossen, die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Migranten als einer besonders vulnerablen Randgruppe zu einer der Hauptprioritäten für die kommenden Jahre zu erklären.

In der Schweiz sind auf nationaler Ebene Strategien zur Gesundheitsförderung bei Migranten seit 1991 im Aufbau. Am Anfang standen Projekte zur AIDS-Prävention bei Türken, Spaniern und Portugiesen, gefolgt von solchen für Afrikaner, Lateinamerikaner und Ex-Jugoslawen. Die Anstrengungen zur Verbesserung der Gesundheit sollen ab 1995 in folgenden Bereichen ausgebaut werden:

- Prävention und Gesundheitsförderung, insbesondere im Gebiet des Suchtverhaltens und von AIDS
- Verbesserung des Zugangs zum Gesundheitsversorgungssystem
- Förderung der Ausbildung in den Gesundheitsberufen bezüglich der Problematik der Migrationsmedizin
- Verbesserung des Wissensstandes über das Gesundheitsverhalten der ausländischen Bevölkerung, über die besonders schwierige Situation der weiblichen Immigranten und schliesslich über den psychischen Gesundheitszustand.

Aus der Warte des BAG sollen folgende drei Thesen zur Diskussion gestellt werden:

1. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes von Migranten in der Schweiz muss Teil eines grösseren Konzeptes zur Verbesserung der Chancengleichheit sein, wie sie von der WHO in ihrer Strategie «Gesundheit für alle» gefordert wird.
2. Als eine der wichtigsten kurzfristig greifenden Massnahmen sind zwischen den im Gesundheitswesen Tätigen und Migranten «Übersetzungshilfen» anzubieten, die nicht nur sprachliche, sondern auch kulturelle Barrieren überwinden helfen.

3. Langfristig wirksamste Massnahme bleibt die Prävention von Migrationsbewegungen durch internationale Solidarität und Hilfeleistung zugunsten der benachteiligten Nationen.

*Gesundheit der Migranten: Zielsetzungen im Schweizer Projekt  
«Gesundheit für alle»; kantonale Verantwortlichkeiten  
A. J. Seiler, Bern*

Zur Migrantengruppe, für deren Gesundheit die kantonalen Gesundheitsbehörden besondere organisatorische Vorkehrungen im Bereich der grenzsanitätsdienstlichen Massnahmen (GSD) und der ärztlichen Versorgung treffen müssen, gehören bestimmte ausländische Arbeitnehmer, die Asylsuchenden und die Flüchtlinge.

#### *1. Organisation der GSD auf Stufe Kanton*

##### *1.1. Für ausländische Arbeitnehmer*

Die obligatorische grenzärztliche Untersuchung auf Lungentuberkulose für bestimmte ersteinreisende ausländische Arbeitnehmer mittels Mantoux-Test und radiologischer Untersuchung erfolgt entweder in den auf Vorschlag der Kantone vom BAG bezeichneten Stellen in den Kantonen oder bei einem praktizierenden Arzt. Im Kanton Bern ist das Bernische Institut für Arbeitsmedizin (BIAM) mit seiner Abteilung Grenzsanität/Schirmbild damit beauftragt. Pathologische Schirmbildbefunde werden dem Kantonsarztamt gemeldet; dieses leitet die notwendigen ärztlichen Nachuntersuchungen ein, mit deren Organisation die Beratungsstellen der Bernischen Liga für Lungen- und Langzeitkranke beauftragt sind.

##### *1.2. Für Asylsuchende*

Die obligatorische grenzärztliche Untersuchung auf Lungentuberkulose und weitere vom Bundesamt für Gesundheitswesen (BAG) angeordnete Massnahmen (Impfungen) werden in den bundeseigenen Empfangstellen und Transitzentren eingeleitet. Die dort ausgestellten Dokumente (Formular BAG 102 und Schirmbild) werden an die von den Kantonen beauftragten Stellen – im Kanton Bern an das von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion beauftragte BIAM – weitergeleitet. Das BIAM kontrolliert die an der Grenze durchgeführten Massnahmen auf deren Vollständigkeit,

führt fehlende Kontrollen und Massnahmen durch, meldet dem Kantonsarztamt die pathologischen Schirmbildbefunde und Resultate der Tuberkulintestierungen und bestimmt den Termin für die Vervollständigung der Impfungen. Das Kantonsarztamt leitet die erforderlichen ärztlichen Nachuntersuchungen mit Hilfe der Beratungsstellen der Bernischen Liga für Lungen- und Langzeitkranke ein und kontrolliert die Abklärungen anhand der Arztberichte. Bei nachgewiesener Tuberkulose wird die medikamentöse Behandlung sichergestellt und die Compliance regelmässig kontrolliert. Die 2. und 3. Teilimpfungen werden durch das BIAM oder die Hausärzte (Asylanten-Ärzte) der Erstaufnahme- und Durchgangszentren durchgeführt. Die für die Asylsuchenden zuständigen Fürsorgebehörden sorgen für das Einhalten der Termine.

### 1.3. Für Flüchtlinge

Das BIAM führt den ersten Teil der grenzärztlichen Untersuchungen und Massnahmen durch; die Hausärzte der Flüchtlinge vervollständigen die Impfungen. Die für die Betreuung der Flüchtlinge zuständigen Hilfswerke sorgen für das Einhalten der Termine.

## 2. *Ärztliche Versorgung der Asylsuchenden im Kanton Bern*

Infolge des massiven Zustromes von Asylsuchenden wurde im Jahre 1989 die ärztliche Versorgung dieser Migrantengruppe in Zusammenarbeit mit den ärztlichen Bezirksvereinen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern grundlegend organisiert. Für jede Unterkunft der 1. und 2. Stufe, umfassend Erstaufnahme- und Durchgangszentren sowie provisorische Aufnahmestrukturen in Zivilschutzanlagen und Hotels, wurde mindestens ein Hausarzt (sog. «Asylanten-Arzt») bezeichnet. Die Medizinische Poliklinik der Universität Bern am Inselspital sorgte bereits zuvor seit langem für die ärztliche Versorgung der Asylsuchenden in den Zentren auf dem Gebiet der Stadt Bern. Die beiden Erstaufnahmezentren in der Stadt Bern (200 Plätze) und die 33 im ganzen Kanton verteilten Durchgangszentren (1774 Plätze) werden derzeit von 38 Asylanten-Ärzten versorgt. Für Asylsuchende, die definitiv den Gemeinden zugeteilt sind, übernehmen die niedergelassenen Ärzte die ärztliche Versorgung.

3. Familienplanung für Frauen aus Sri Lanka

Die Schwangerschaftsberatung bei asylsuchenden Frauen stellt ein besonderes Problem dar. Neben der kostenlosen Beratung an den verschiedenen Familienplanungs- und Beratungsstellen des Kantons Bern wird seit September 1989 den neu eingereisten und den bereits im Kanton Bern wohnhaften Frauen aus Sri Lanka ein besonderer Beratungsdienst am Kantonalen Frauenspital in Bern angeboten. Die Frauen erhalten vom Kantonsarztamt eine persönliche Einladung.

4. Diagnostische Kasuistik / Medizinische Poliklinik Bern:

1. 9. 1993 bis 31. 8. 1994

Während dieser 12 Monate wurden dem Kanton Bern 2363 Asylsuchende zugeteilt. Der Asylanter-Arzt der Medizinischen Poliklinik führte 492 Erst- und 931 Folgekonsultationen durch.

---

Kardiovaskuläres System .....	26	Infektionskrankheiten .....	51
Magen-Darm-Trakt .....	83	Hämatologische Affektionen .....	8
Hautaffektionen .....	76	Bewegungsapparat .....	76
Endokrinologie/Stoffwechsel .....	24		
Psychische Probleme .....	29	Total .....	513
Nervensystem .....	36		
Respirationstrakt .....	63	Patienten mit mehr	
Urogenitalsystem .....	41	als 1 Hauptproblem .....	68

---

*Résultats du screening des migrants*

*Resultate vom Migranten-Screening*

*P. A. Raeber, Berne*

Après avoir testé plusieurs programmes d'examen sanitaire de frontière (ESF) des requérants d'asile depuis le début des années '80, l'OFSP organise aujourd'hui cet examen dans les centres d'enregistrement et de transit de la Confédération. La Croix-Rouge Suisse a reçu le mandat d'exécution de la première partie de l'ESF dans ces centres: radiophotographie, test tuberculique, prise de sang et première série de vaccins. Les cantons d'attribution reçoivent un dossier médical pour chaque individu et procèdent aux investigations complémentaires d'une éventuelle anomalie radiologique et complètent le programme des vaccinations.

*Résultats*

Les centres d'enregistrement et de transit sont devenus opérationnels sur le plan sanitaire à partir de fin 1992 (Bâle, Chiasso, Arbedo, Goldswil) jusqu'en avril 1993 (Altstätten, Kreuzlingen, Genève). Durant la deuxième partie de 1993, la réalisation de l'ESF a atteint la quasi-totalité de la population cible.

Le dépistage de la tuberculose par radiophotographie est effectué chez les plus de 14 ans et le test tuberculinique chez l'ensemble des individus. On a dépisté une anomalie radiologique chez 9% des personnes examinées dont un tiers étaient suspectes de tuberculose. Sur les 102 cas de tuberculose déclarés à l'OFSP chez des requérants, 83% ont été dépistés à partir de l'examen radiologique effectué dans les centres fédéraux. 8,5% des requérants d'asile ont réagi au test tuberculinique et devraient recevoir un traitement chimioprophylactique (enfants de moins de 15 ans avec Mantoux >10 mm et adultes jeunes de 15 à 25 ans avec Mantoux >18 mm).

Le sang prélevé (chez les adultes seulement) permet de déterminer dans les 24 heures l'état d'immunité vis-à-vis de l'hépatite B chez les adultes. 35% ont montré des anticorps anti-HBc et la grande majorité des personnes non immunes ont été vaccinées ainsi que les enfants.

Le programme suisse de vaccinations a été dispensé à tous les individus qui ne disposaient pas d'un certificat de vaccination avec >90%, tout en tenant compte des contre-indications.

La deuxième partie de l'ESF reste à évaluer. Dépister la tuberculose et commencer un programme de vaccination ne sont pertinents que si un suivi adéquat est assuré: traitement complet jusqu'à guérison et achèvement du programme d'immunisation.

*Médecine générale des migrants*

*H. Stalder, Genève*

*Médecine générale des migrants*

Toute interaction entre le médecin et son patient se base sur une bonne relation. Du côté médecin, connaissances, aptitudes et attitudes sont les facteurs prédominants. Chez le malade, ce sont ses propres expériences, sa connaissance médicale, son éducation, ses croyances de santé, sa perception de la maladie, les facteurs culturels et sociaux, sa capacité d'expres-

sion et sa stabilité qui vont jouer un rôle important. Interviennent dans cette relation également des facteurs externes tels que accessibilité du cabinet, collègues, caisses, assurances, institutions hospitalières, ainsi que l'Etat.

La relation médecin-malade risque d'être fortement altérée si le généraliste est en face d'une population migrante. Ses connaissances et attitudes ne sont peut-être pas adéquates. Du côté patient, ses expériences antérieures, ses croyances différentes, une autre perception de la souffrance et des maladies, etc., rendront l'interaction avec le médecin d'autant plus difficile qu'il est fréquemment incapable de s'exprimer dans la langue du pays. En plus, des facteurs externes tels que législations, interventions étatiques, difficultés d'accès, etc., risquent de rendre la relation encore plus difficile. Il en résulte une prise en charge inadéquate, avec pour conséquence un état de santé insatisfaisant de la population migrante.

Comment peut-on améliorer la prise en charge des migrants par les généralistes? Au niveau des médecins et des soignants, une formation par des experts s'impose. A cet effet, des centres de référence devront être créés. Chez la population migrante, une information devra se faire sur les systèmes de santé et sur des bases d'hygiène. Afin de faciliter la relation médecin-malade, des traducteurs neutres devront être mis à disposition et inclus dans les frais de la consultation. Enfin, l'interaction de l'Etat devrait se limiter à des domaines purement administratifs tout en garantissant l'accessibilité et la prise en charge adéquates de la population migrante.

#### *Durch Unfall bedingte Arbeitsausfälle von Migranten*

#### *Absentéisme de migrants dû aux accidents*

*E. W. Ramseier, R. Molinaro, Luzern*

#### *Unfallrisiko*

1000 in der Schweiz erwerbstätige ausländische Männer erleiden jährlich 185 Berufsunfälle, fast doppelt so viele wie Schweizer Männer, auf die 100 Berufsunfälle entfallen. In der Freizeit weisen die ausländischen Männer mit rund 120 Unfällen aber ein um 20% niedrigeres Unfallrisiko aus als Schweizer Männer mit 150 Unfällen.

Bei den Frauen ergibt sich ein ähnliches Bild. Auch die Ausländerinnen verunfallen am Arbeitsplatz häufiger und in der Freizeit seltener als Schweizerinnen. Das Berufsunfallrisiko der Ausländerinnen ist aber mit



55 Unfällen pro 1000 Erwerbstätige (nur) 60% grösser als dasjenige von Schweizerinnen, auf die 35 Berufsunfälle entfallen. Bei den Freizeitunfällen liegen die Ausländerinnen mit einem Unfallrisiko von 85 Unfällen pro 1000 Erwerbstätige um 25% unter dem Wert der Schweizerinnen mit 110 Freizeitunfällen.

In bezug auf das Unfallrisiko (relative Unfallhäufigkeit) besteht also zwischen den Geschlechtern ein mindestens so grosser Unterschied wie zwischen Ausländern und Schweizern.

Der relativ hohe Anteil der Berufsunfälle von Ausländern ist im wesentlichen darauf zurückzuführen, dass Ausländer in besonders unfallgefährdeten Wirtschaftszweigen (Baugewerbe, Metallindustrie usw.) und auch innerhalb dieser Wirtschaftszweige an besonders unfallgefährdeten (weniger qualifizierten) Arbeitsplätzen tätig sind.

#### *Kostenrisiko*

Berufsunfälle, die von ausländischen Männern im Jahre 1987 erlitten wurden, haben bis Ende 1992 im Durchschnitt 3700.– Franken gekostet, rund 50% mehr als Berufsunfälle von Schweizer Männern.

Der Hauptgrund für diesen Unterschied liegt in den deutlich höheren Kosten der Taggelder, die im Falle von kurzfristigen Arbeitsunfähigkeiten ausbezahlt werden, und der Renten, die bei dauernden Arbeitsunfähigkeiten oder -einschränkungen in Form von Kapitalrückstellungen anfallen: Von den durchschnittlichen Kosten der Berufsunfälle von ausländischen Männern in der Höhe von 3700.– Franken entfallen je rund 1500.– Franken oder je 40% auf die Kosten der Taggelder und Renten.

Die Freizeitunfälle der ausländischen Männer sind mit durchschnittlich 5000.– Franken aus dem gleichen Grund ebenfalls 50% teurer zu stehen gekommen als jene der Schweizer Männer.

Mit 2100.– bzw. 3000.– Franken kosteten die Berufs- und Freizeitunfälle der ausländischen Frauen nur rund 25% mehr als jene der Schweizer Frauen mit 1700.– bzw. 2400.– Franken. Und hier besteht einzig noch bei den Rentenkosten ein grosser Unterschied.

Aber wie die Unterschiede beim Unfallrisiko sind auch die Unterschiede beim Kostenrisiko vermutlich zum grössten Teil auf die spezifische berufliche Situation der Ausländer zurückzuführen. Die von Ausländern ausgeübten (weniger qualifizierten) Berufe in Wirtschaftszweigen mit relativ vielen ausländischen Erwerbstätigen (Bauwirtschaft, Metallindustrie, usw.) bringen es mit sich, dass deren Unfälle – ob Berufsunfälle

oder Freizeitunfälle – einen relativ langen Arbeitsausfall und vielleicht sogar eine Invalidität zur Folge haben. Der Invaliditätsgrad ist ja nicht nur von der medizinischen Diagnose, sondern auch – und vor allem – von den nach einem Unfall noch offenstehenden Erwerbsmöglichkeiten abhängig.

Mit anderen Worten: Die Arbeiten und Berufe, die von Ausländern verrichtet und ausgeübt werden, führen dazu, dass Ausländer erstens mehr Berufsunfälle und zweitens teurere Berufs- und Freizeitunfälle erleiden als Schweizer. Dabei scheint der erste Grund, also das höhere Berufsunfallrisiko, für die Kosten besonders wichtig zu sein. Der Zusammenhang zwischen Berufsunfallrisiko und Nationalität ist jedenfalls evident.

Demgegenüber ergibt eine multivariate Analyse (Varianzanalyse) einer 5-Promille-Zufallsstichprobe aller Berufs- und Freizeitunfälle ohne Rentenanspruch keinen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen Taggeldkosten und Nationalität der Verunfallten. Einen solchen findet man nur bei den Unfällen mit Rentenanspruch.

#### *Medizinische Probleme von Migranten in Arztpraxen* *Th. Junghans, Basel, Ch. Hatz*

Auf dem Gebiete der Gesundheit von Asylsuchenden und Flüchtlingen stehen wenig Erkenntnisse zur Verfügung, welche fundierte Grundlagen zum Angehen der Aufgaben sowie zur Lösung der Probleme bieten. Im nationalen Kontext bedeutet dies eine Intensivierung der Forschung auf den Gebieten (i) der Sicherung des Zuganges zum Gesundheitsversorgungsnetz, (ii) der bedarfs- und bedürfnisgerechten Bereitstellung eines Gesundheitsversorgungsangebotes sowie (iii) der ökonomischen Machbarkeit der Gesundheitserhaltung und deren Wiederherstellung.

Der Gesundheitszustand, die Wahrnehmung von Gesundheitsproblemen und die Bedürfnisse derer, welche die potentiellen Benutzer/Benutzerinnen dieses Gesundheitswesens darstellen, sind ebenso zu berücksichtigen wie die Strukturen des öffentlichen und privaten Gesundheitswesens, einschliesslich der Problemwahrnehmung und Sichtweisen derer, die diese Angebotsseite repräsentieren.

Als erster Schritt eines migrationsmedizinischen Projekts, welches vom Schweizerischen Tropeninstitut und vom Bundesamt für Gesundheitswesen finanziert wurde, erfolgte eine Untersuchung der Angebotsseite bei schweizerischen Hausärzten/-ärztinnen die folgende Ziele hatte: (i) Be-

schreibung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen aus hausärztlicher Sicht; (ii) quantitative und qualitative Dokumentation der Konsultationen von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der hausärztlichen Praxis; (iii) Problematisierung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der hausärztlichen Praxis; (iv) Entwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in der hausärztlichen Praxis.

Die Studie bestand im wesentlichen aus einem Fragebogen und einer Monatsstatistik. In der Monatsstatistik wurden durch die Studienteilnehmer/-teilnehmerinnen alle Konsultationen von Asylsuchenden und Flüchtlingen während der einmonatigen Studienperiode dokumentiert. 272 Hausärzte und Hausärztinnen aus sechs deutsch- und zwei französischsprachigen Kantonen beantworteten den Fragebogen, 193 nahmen an der Monatsstatistik teil. In der Monatsstatistik wurden insgesamt 1494 Asylsuchende und Flüchtlinge erfasst.

Einige wesentliche Ergebnisse werden diskutiert:

1. Der Informationsfluss zwischen GSU und Hausärzten/-ärztinnen wurde von 61% als ungenügend empfunden.
2. Die kantonalen strukturellen und organisatorischen Zusammenhänge waren sehr vielen Hausärzten/-ärztinnen nur unzureichend bekannt. Allein die Erfassung fürsorgerechtlicher Unterschiede bereitete mehr als der Hälfte der Befragten Schwierigkeiten.
3. Die möglichen Interaktionen zwischen privaten Hilfswerken und Hausärzten/-ärztinnen sind nicht ausgeschöpft. 55% der Befragten hielten diese Kontakte für nicht ausreichend gewährleistet.
4. Das Übersetzerangebot in der hausärztlichen Praxis steht nicht in adäquater Qualität und Quantität zur Verfügung. Ferner könnten strukturelle Anpassungen in den Hausarztpraxen zu einer Verbesserung der Leistungen (z. B. Übersetzerdienste) beitragen.
5. Die Vorbereitung der Asylsuchenden und Flüchtlinge zu einem selbständigen Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem sollte zu Beginn des Aufenthaltes in der Schweiz genutzt werden.
6. Geschlechtsabhängige Unterschiede, u. a. im Zugang zur hausärztlichen Praxis und im verbalen Kommunikationsvermögen, konnten festgestellt werden. Deren Implikationen für die gesundheitliche Versorgung sollten weiter untersucht werden, um die notwendigen Schritte unternehmen zu können.
7. Präventivmedizinische Massnahmen spielen eine verschwindend geringe Rolle in den hausärztlichen Konsultationen von Asylsuchenden

und Flüchtlingen; dasselbe gilt für Beratungen, wie beispielsweise Familienberatungen, die nur ca. 3% der Konsultationen ausmachten.

Die Schwierigkeiten der Nutzniessung dieser für die Gesundheitserhaltung wesentlichen präventivmedizinischen Angebote durch Asylsuchende und Flüchtlinge sind zu eruieren und Modelle zu entwickeln, welche die Versorgung dieser Gruppe gewährleisten. Dabei sind insbesondere ethnospezifische Barrieren abzuklären, welche der Vermittlung eines solchen Angebotes im Wege stehen.

Von den zur Bewertung vorgelegten Vorschlägen zur Unterstützung der hausärztlichen Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen erhielt ein Gesundheitsbüchlein für die Patienten/Patientinnen die höchste Zustimmung; gefolgt von einem Loseblatt-Ordner, der ethnospezifische Informationen und Weiterbildungsveranstaltungen zu spezifischen Themen der Migrationsmedizin sowie Übersetzerdiensten enthält.

Die Auswertung der vorliegenden Studie liefert Basisdaten, eröffnet Einblicke in Problembereiche der Betreuung von Asylsuchenden und Flüchtlingen und erlaubt Schlussfolgerungen und Empfehlungen im Bereich der hausärztlichen Versorgung dieser Patientengruppe. Bezüglich der Belange und Sichtweisen der Asylsuchenden und Flüchtlinge selbst ist die Aussagekraft der Studie jedoch beschränkt. Dies liegt darin begründet, dass die Seite der Asylsuchenden und Flüchtlinge nur in Form der Fremdbeurteilung durch die Hausärzte/-ärztinnen zur Darstellung kommt. Es ist offensichtlich, dass Verbesserungs- und Entwicklungsbestrebungen auf allen Ebenen der Gesundheitsfürsorge wesentliche zusätzliche Impulse erhalten werden, sobald die Sicht der Asylsuchenden und Flüchtlinge selbst zu ihren Gesundheitsbelangen und zu ihrer Gesundheitsversorgung Berücksichtigung finden. Dafür sind qualitative Forschungsansätze (z. B. Tiefeninterviews, Zielgruppendifkussionen) in die Untersuchungen zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen einzubeziehen, um auch ethnospezifische Aussagen machen zu können. Sozialwissenschaftliche Ansätze werden in den weiteren Schritten unseres Forschungsprojektes «Migration und Gesundheit» integriert. Im weiteren ist die Untersuchung des Netzwerkes der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in den Bereichen «Poliklinik» und «Notfallstation» in Arbeit. Die Datenerhebungen an den Polikliniken Basel, Bern und Genf sind abgeschlossen, ebenso an den durch das Rote Kreuz Lausanne betreuten Kollektivunterkünften. Daten zur Situation in den Notfallstationen der Kantonsspitäler Liestal und St. Gallen werden derzeit gesammelt.

*Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse der Migranten*  
*Besoins de prise en charge psychosociale des migrants*

A. Uchtenhagen, Zürich

1. Epidemiologische Befunde ergeben Hinweise auf kulturspezifische und situationsspezifische Unterschiede.
2. Somatische und psychische Störungen sind oft gekoppelt mit vielfachen Wechselwirkungen.
3. Störungen kommen oftmals erst im Laufe der Chronifizierung zur fachärztlichen Behandlung.
4. Der Patient (und seine Angehörigen) definieren den Stellenwert der Störung und die Tragfähigkeit von Behandlungsansätzen.
5. Behandlungs- und Rehabilitationschancen hängen auch vom Umfeld im Gastland ab.

*Folgerungen für Behandlung und Betreuung*

- bessere Früherfassung
- Berücksichtigung kulturspezifischen Gesundheits- und Krankheitsverständnisses
- Berücksichtigung von Ziel- und Zukunftsvorstellungen von Patient und Angehörigen
- Rollenwechsel vom «Opfer» zum «Akteur»

*Folgerungen für die Versorgung*

- verbesserter Kenntnisstand bei Nichtspezialisten
- verbesserte Chancen zur Selbsthilfe

*Migrantenbetreuung im Sektor Gesundheit,*  
*Erfahrungen im Modell Basel-Stadt*  
*Prise en charge des migrants dans le secteur santé,*  
*expériences avec le modèle Bâle-Ville*

F. Eisenring, Basel

1986 eröffneten wir das 1. Aufnahmezentrum für Asylbewerber (s. Appendix Begriffsbestimmungen) mit einer Platzkapazität von ca. 100 Plätzen. Diese Strukturen wurden ausgebaut. Es ist heute ein Platzangebot von

750 Plätzen vorhanden. Diese dienen dazu, neu eingereiste Asylbewerber oder vorläufig Aufgenommene aus Ex-Jugoslawien unterzubringen.

Wir haben das Glück, die betreffenden Personen in Wohnungen unterbringen zu können, somit ist eine gewisse Privatsphäre gewährleistet. In einer 1-Zimmer-Wohnung werden 2 Personen beherbergt; in einer 2-Zimmer-Wohnung 4 Personen, z. B. ein Ehepaar mit 2 Kindern.

Wir offerieren spezifisch ausgerichteten Deutsch-Unterricht (Alphabetisierungskurse) sowie ein internes und externes Beschäftigungsprogramm mit Anlehre für Männer in Sattlerei, Schweissarbeiten, Maurerarbeiten, Malerarbeiten, Holzverarbeitung und Hausunterhalt.

Die Anlehre für Frauen umfasst Herstellung von Kinderkleidern, Näh- und Flickarbeiten, Strickarbeiten, Recycling von Stoffresten sowie sämtliche Reinigungsarbeiten im Haus.

Wir verfügen über einen «Treffpunkt» (Restaurant), eine Brockenstube sowie seit 1991 ein Kinderheim für minderjährige Asylbewerber ohne in der Schweiz lebende Eltern oder Verwandte. Darunter sind auch Vollwaisen. Sport: Fussballclub und Hallensport im Winter.

#### *Unterstützungsansätze*

Die Unterstützungsansätze richten sich nach den Weisungen des Bundesamtes für Flüchtlingswesen. Die Dauer der Unterbringung der Asylbewerber ist variabel zwischen 2 Monaten bis 8 Jahren. Da wir in einem Stadtkanton leben, ist es für Ausländer äusserst schwierig, im freien Wohnraum eine bezahlbare Wohnung zu mieten. Daher werden unsere Infrastrukturen oft sehr lange von ihnen benützt.

#### *Personalkontingent*

Betreuung	17,9 Stellen
Technischer Dienst/Hausdienst	4,5 Stellen
Administration	6,2 Stellen
<hr/>	
Total	28,6 Stellen

Die Betreuung ist zuständig für sämtliche im Alltag der unterzubringenden Personen auftauchenden Fragen und Probleme.

Der technische Dienst/Hausdienst ist für den Unterhalt der ca. 20 Liegenschaften zuständig.

Die Administration ist zuständig für Unterstützungsgelder und sämtliche administrativen Arbeiten des Aufnahmezentrums.

### *Vorteile eines Stadtkantons*

Da wir auf sehr engem Raum konzentriert sind, vereinfacht sich die Zusammenarbeit sehr. Monatlich treffen sich die im Asylbereich tätigen Instanzen (Fremdenpolizei des Kantons Basel-Stadt, Arbeitsamt, Fürsorgeamt der Stadt Basel, der politische Vertreter im Auftrag der Bürgergemeinde sowie das Aufnahmezentrum), um eine optimale Problemlösung zu gewährleisten. Weiterhin bestehen Arbeitsgruppen, so z.B. für die psychiatrische Versorgung der ausländischen Bevölkerung.

### *Probleme*

Trotz aller unserer Bemühungen stehen folgende Probleme für uns im Vordergrund: Drogen, Alkohol, gefährdete Jugendliche, familiäre Probleme, Gewalt, Aggressionen, Depressionen in der Familie und bei Einzelpersonen, psychosomatische Krankheiten, schlechtes Gewissen gegenüber Verwandten, die z.B. in Ex-Jugoslawien leben, Jugendarbeitslosigkeit.

### *Zur Rolle des SRK im Rahmen migrationsmedizinischer Massnahmen* *R. P. Mäder, Bern*

Die Schweiz hat eine jahrhundertealte Asyltradition, welche nach wie vor Bestandteil eidgenössischer Politik ist.

Die Statuten des Schweizerischen Roten Kreuzes (SRK) von 1986 halten als eine historische Hilfeleistung der nationalen Rotkreuzgesellschaft «die Mitwirkung bei der Aufnahme und Betreuung von Flüchtlingen» fest und entsprechen damit der 3. Hauptverpflichtung der Statuten der Rotkreuz- und Rothalbmondbewegung im Bereiche Gesundheit und soziale Wohlfahrt, die die «Hilfe für Opfer bewaffneter Konflikte, von Naturkatastrophen und anderen Notsituationen» festhält.

Im Juli 1981 anerkennt die Eidgenossenschaft das SRK als Flüchtlingshilfswerk im Sinne des Asylgesetzes. Das SRK engagierte sich immer mehr bei der Aufnahme, Unterbringung und Betreuung der Jahr für Jahr zahl-

reicheren Asylsuchenden aus Asien, Afrika, Lateinamerika, dem Mittleren Osten und dem Balkan.

Durch die Übernahme von Mandaten für Transitzentren im Jahre 1989 (Gorgier, Goldswil, Arbedo) wurden die SRK-Mitarbeiter auf mangelhafte Regelungen in der Prävention ansteckender Krankheiten bei Asylsuchenden und Flüchtlingen aufmerksam. Ausgehend von einem «Modell» für grenzsanitarische Massnahmen, das ein vorausschauender Zentrumsarzt in Arbedo mit Genehmigung der kantonalen Behörde spontan einführte, befasste sich ab 1989 eine Arbeitsgruppe aus Vertretern des BAG, des damaligen Delegierten für Flüchtlingsfragen und des SRK mit der Umsetzung der sich aufdrängenden Empfehlungen präventivmedizinischer Art.

Die Wegleitung betreffend grenzsanitarische Untersuchung von Asylsuchenden und Flüchtlingen des BAG von 1984 wurde nach Vernehmlassung bei den Kantonsärzten auf den 30. April 1990 modifiziert.

Das BAG erteilte dem SRK mit Vertrag vom 3. Mai 1992 das Mandat zur Durchführung der grenzsanitarischen Massnahmen (GSU) in den Empfangsstellen (Basel, Chiasso, Genf, Kreuzlingen) und Transitzentren. Dies bedeutete für das SRK eine neue Herausforderung, galt es doch, rasch eine effiziente, flexible Organisation aufzustellen und diesen Auftrag gestaffelt in den verschiedenen grenzsanitarischen Untersuchungsstellen umzusetzen. Neben diesem nationalen Mandat wurde das SRK am 1. Januar 1994 durch den Kanton Uri beauftragt, die begonnenen GSU-Massnahmen in seinen kantonalen Zentren zu Ende zu führen.

Gemäss den Weisungen des BAG betreffend grenzsanitätsdienstliche Massnahmen vom 1. November 1992 werden von SRK-Krankenschwestern generell in den GSU-Stellen durchgeführt:

Abklärung auf Tbc	(Schirmbild/Tuberkulintest)
Impfungen	Hepatitis B Screening + Impfung Poliomyelitis (oral/parenteral) Diphtherie – Tetanus ( – Pertussis) Masern – Mumpf – Röteln Haemophilus influenzae Typ b

Damit verbunden ist die Erstellung des Impfausweises und das Anlegen eines medizinischen Dossiers. Dieses Dossier folgt dem Asylsuchenden in den Zielkanton, in welchem die 2. und 3. Impfung durchgeführt werden.

Die ausgeführten Massnahmen werden EDV-mässig erfasst und zentral



ausgewertet, was eine wohl erstmalige statistische Dokumentation in der Schweiz ermöglicht.

Anhand von Diagrammen wird aufgezeichnet, wie das beauftragte SRK die geforderten Untersuchungen und Impfungen mit einer gut eingespielten und anpassungsfähigen Organisation kompetenter Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fast lückenlos durchführen kann. Das SRK leistet in diesem nationalen Gesundheitsbereich nicht nur Prävention für die Asylbewerber und Flüchtlinge, sondern schützt auch die eigene Bevölkerung vor der Ausbreitung von Krankheiten und liefert zudem statistisch wertvolles Material zur zukünftigen wissenschaftlichen Auswertung.

Der Aufbau dieser Organisation mit operationeller Verantwortung des SRK war nur möglich dank dem guten Einvernehmen und der freundschaftlichen Kooperation mit den zuständigen Bundesstellen.

*Konzept für ein Therapie- und Rehabilitationszentrum  
für systematisch gefolterte Flüchtlinge  
H. R. Wicker, Bern*

Das Institut für Ethnologie der Universität Bern hat im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes eine Untersuchung durchgeführt, welche Aufschluss gibt 1. zur Anzahl von systematisch gefolterten Flüchtlingen, die in der Schweiz Asyl bekommen haben, 2. zur spezifischen psychosozialen Situation von Folteropfern und 3. zu existierenden bzw. fehlenden therapeutischen Möglichkeiten in unserem Land.

Die Studie zeigt, dass 1. rund 25% der in der Schweiz lebenden anerkannten Flüchtlinge im Herkunftsland ein oder mehrmals systematisch gefoltert worden sind, dass 2. ihre spezifische Lebenssituation in Familie und Beruf geprägt ist von den Langzeitwirkungen der Folter, wie sie im PTSD nach DSM-III und zudem in mehreren ausländischen medizinischen Studien zu Foltergeschädigten erfasst sind, und dass 3. foltertraumatisierte Flüchtlinge – von Ausnahmen abgesehen – keinen Zugang zu therapeutischer Hilfe in schweizerischen Institutionen gefunden haben. Gründe dafür liegen auf seiten der Betroffenen vor allem in den Sprachschwierigkeiten, in der fehlenden Kenntnis solcher Stellen und in der Schwellenangst, auf seiten der Psychiatrie in der fehlenden spezifischen Infrastruktur zur Behandlung von – fast immer fremdsprachigen – Folteropfern. Der Therapiebedarf ist gross.

Obwohl ein dezentralisiertes therapeutisches Angebot für foltertraumatisierte Menschen in bestehenden Institutionen – wie z.B. der Sozialpsychiatrie – eindeutig zu bevorzugen wäre, hat sich diese Idee mittelfristig als nicht umsetzbar erwiesen. Als Überbrückung steht das Konzept für ein «Rehabilitationszentrum für Foltergeschädigte», das gegenwärtig unter Federführung des Schweizerischen Roten Kreuzes in Bern aufgebaut wird. Zu den Standbeinen eines solchen Zentrums gehört die somatische Medizin, die Psychotherapie, die Physiotherapie und die Sozialarbeit.

#### *Literatur*

- Wicker H.-R.: Die Sprache extremer Gewalt. Studie zur Situation von gefolterten Flüchtlingen in der Schweiz und zur Therapie von Folterfolgen. Arbeitsblätter Nr. 6, Institut für Ethnologie, Bern 1993.
- Ders.: Macht schafft Wahrheit. Ein Essay zur systematischen Folter. In: Fillitz Th. et al. (Hrsg.): Kultur, Identität und Macht. Frankfurt 1993: 257–270.
- Ders.: Folter und die Therapie von Folterfolgen. Eine ethnologische Annäherung. *Ethnologica Helvetica* 17/18, 1993/94: 103–126.

#### *Medizinethnologische Anregungen für die ärztliche Praxis* *B. Obrist van Eeuwijk*

Die folgenden Anregungen basieren auf einer Studie, die von März bis Juni 1992 im Auftrag des Flüchtlingsdienstes Zürich des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerks durchgeführt wurde. Das Ziel dieser Studie war, die Rolle «der Kultur» bei Problemen in der gesundheitlichen Betreuung von türkischen und kurdischen Flüchtlingen und Migranten in der Region Zürich zu untersuchen und Grundlagen für ein psychosoziales Projekt zu erarbeiten. Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie sind:

1. Verständigungsschwierigkeiten in der gesundheitlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten anderer Herkunft sind nicht nur sprachlicher Art. Die Übersetzung scheitert oft an mangelndem Bezugswissen auf beiden Seiten.

2. Bezüglich der ethnischen Herkunft gibt es Unterschiede in der Erfahrung von Krankheit, die bei der Diagnose und Therapie berücksichtigt werden müssen. Es ist aber nicht möglich, eine «ethnomedizinische Rezeptsammlung» für jede einzelne Kultur bereitzustellen.

3. Die Angehörigen einer bestimmten Nationalität bilden keine homogene Bevölkerungsgruppe; sie unterscheiden sich untereinander durch

ihre ethnische und soziale Herkunft, ihre Migrations- und Fluchterfahrungen, ihre berufliche und soziale Lage in der Schweiz und andere, z.T. persönliche Charakteristika.

4. Patientinnen und Patienten anderer Nationalität teilen eine Grundproblematik mit Patientinnen und Patienten deutscher und schweizerischer Herkunft, nämlich die wachsende Kluft zwischen Laien- und Spezialistenwissen.

5. Das schweizerische medizinische Personal sollte nicht nur die kulturelle Geprägtheit des anderen, sondern auch die eigene anerkennen, sich vermehrt auf die Körpersprache der Patientinnen und Patienten einlassen und die Familie stärker in die Therapie mit einbeziehen.

In den letzten Jahren wurden in Deutschland und in der Schweiz verschiedene Betreuungsansätze und -angebote entwickelt, die dazu beitragen, dem Defizit in der gesundheitlichen Betreuung von Menschen aus anderen Kulturen auf möglichst vielen Ebenen Abhilfe zu schaffen. Die folgenden Vorschläge sollten vermehrt aufgegriffen werden:

1. In den Universitätskliniken sollen Stellen für Kultur- und Sozialwissenschaftler und/oder «informateurs culturels» geschaffen werden.

2. Zusammen mit Schlüsselpersonen und ehemaligen Patientinnen und Patienten sollten ethnisch gemischte Selbsthilfegruppen, z.B. für Schmerzpatientinnen und -patienten, gebildet werden, um ihnen den Zugang zur Selbstreflexion über die psychosozialen Ursachen ihrer körperlichen Beschwerden zu erleichtern.

3. Fachkräfte aus den jeweiligen Herkunftskulturen sollten gezielt gefördert werden.

4. Ethnische gemischte Teams zur selbsthilfeorientierten Gesundheitsvor- und -fürsorge sollten entweder an bestehende Beratungsstellen angegliedert oder als eigenständige Projektgruppen institutionalisiert werden.

5. Gesundheitsbezogene Ausbildungsprogramme sollten erarbeitet und entweder in bestehende Kursangebote, z. B. Deutschkurse, integriert oder als spezifische Ausbildungsgänge angeboten werden.

6. Bewusstseinsbildung bezüglich eigener «kultureller Barrieren» unter Ärztinnen und Ärzten, Pflegepersonal und in sozialen Berufen tätigen Personen muss gezielt gefördert werden.

7. Koordinations- und Vernetzungsstellen für eine gesamtheitliche Gesundheitsbetreuung müssen geschaffen werden. Sie sollten auf kantonaler Ebene einerseits ethnozentrierte Langzeitbegleitung anbieten und andererseits bereits bestehende medizinische und soziale Einrichtungen (z. B.

Universitätsklinikum, privat praktizierende Ärztinnen und Therapeuten, Ausländerberatungsstellen, Sozialversicherungen, Rechtshilfestellen usw.) und Eigeninitiativen der verschiedenen Nationalitäten miteinander vernetzen.

Einige dieser Vorschläge wurden vom Flüchtlingsdienst Zürich des Schweizerischen ArbeiterInnenhilfswerks aufgegriffen, weiterentwickelt und in die Tat umgesetzt: Im August 1994 konnte die «Arbeitsstelle für interkulturelle Gesundheitsförderung DERMAN» eröffnet werden.

*Expériences en médecine des migrants de quelques institutions étrangères*  
L. Loutan, Genève

Lorsqu'on parle des expériences étrangères en matière de services ou de programmes destinés aux migrants, on est frappé de constater que même dans des pays avec une longue tradition d'accueil, tels que les Etats-Unis ou l'Australie, leur développement est très récent. Dans le cas de l'Australie, on ne trouve pratiquement rien jusqu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Le concept d'assimilation prévaut, où tous les Australiens sont les mêmes et ont leur chance et donc pas besoin de fournir des services spécifiques. L'arrivée d'immigrants des pays de l'Est dans les années 50 et 60, puis celle des réfugiés d'Asie du Sud-Est va considérablement changer les données avec le constat que beaucoup d'immigrants ne maîtrisent pas l'anglais, ont des difficultés à s'insérer dans la société australienne et n'ont peu accès aux services de soins. C'est dans la mouvance de la lutte pour les droits sociaux, les droits de la femme des années 70 que le concept d'intégration va remplacer celui de l'assimilation. Dans cette période, divers rapports et études mettent en évidence les différences socio-culturelles entre la société d'accueil et les nouveaux arrivants. Dès lors des programmes vont se mettre en place. En Angleterre, c'est en 1977 que le Ministère de la Santé a mis en évidence pour la première fois une politique visant spécifiquement les groupes ethniques minoritaires. C'est dire que dans ce domaine l'expérience est récente, avec bien souvent un recul de moins de 20 ans.

Si l'on schématise, on observe actuellement deux grands types de programmes. Les projets et les programmes développés à l'initiative de communautés spécifiques, d'organisations non gouvernementales ou associa-

tives sans but lucratif, qui se concentrent sur un groupe minoritaire ou sur un domaine, voire des domaines spécifiques touchant plusieurs groupes ethniques différents. C'est par exemple le cas de projets fournissant des traducteurs/interprètes, services de soins médicaux aux migrants ne bénéficiant pas d'une couverture médicale (sécurité sociale), organisations spécialisées dans la formation de professionnels de la santé dans les domaines relevant de la santé des migrants, etc. Ces projets, de taille très variable, fonctionnent grâce à des contributions privées, avec de plus en plus des subventions de programmes nationaux des services publics. Tout ce secteur d'activités est caractérisé par une grande diversité des actions et des approches, ce qui en fait sa richesse, mais aussi rend parfois difficile un développement cohérent à l'échelle nationale.

Parallèlement à ces multiples initiatives, des politiques nationales se sont mises en place demandant aux services publics d'en exécuter les préceptes, programmes spécifiques de soins maternels et infantiles, programmes de prévention, interprétariat dans les hôpitaux, etc. Simultanément, des subventions sont fournies aux organisations associatives travaillant sur le terrain. Ces dernières années, des institutions universitaires se sont également intéressées aux questions de la santé des migrants. Il ne s'agit pas uniquement d'effectuer des études ou des évaluations, mais également de fournir des services. C'est particulièrement le cas dans le domaine de l'ethno-psychiatrie ou celui des soins aux victimes de violence et de torture.

### *Conclusion*

Ce survol de différents programmes s'adressant aux besoins des migrants met en évidence la grande diversité et la complémentarité des approches. Il amène également quelques constatations et suggestions.

- Favoriser les initiatives privées et faciliter l'émergence d'approches innovatrices bien souvent issues des communautés ou d'organisations associatives est important, mais il est néanmoins essentiel de disposer d'une politique gouvernementale permettant un appui des services publics, afin de pouvoir rassembler les divers projets et approches dans un tout cohérent, particulièrement lorsqu'il s'agit de programmes de prévention, ou de programmes couvrant diverses minorités.
- Responsabiliser les communautés concernées et favoriser leur participation active tant dans le développement de programmes spécifiques et dans leur réalisation est bien sûr essentiel, bien que souvent difficile,

- particulièrement lorsqu'il s'agit de groupes ethniques de petite taille et peu structurés.
- S'il est utile de développer des programmes spécifiques, il est important que ces derniers s'intègrent dans les réseaux de soins s'adressant à la population générale afin d'éviter le risque de «ghetto médical». Petit à petit, la dimension diversité culturelle devrait être systématiquement considérée dans les services de soins et de santé existants.
  - Avec l'arrivée de migrants ne maîtrisant pas les langues nationales, développer l'accès à des interprètes devient prioritaire, de même que pouvoir utiliser des professionnels bilingues/biculturels issus de ces communautés ayant une formation acquise hors de Suisse.

*Apport transculturel aux besoins des praticiens*  
*Jacques Arpin*

Dans le cadre de la session intitulée «Médecine de premier recours pour les migrants», il s'agit avant tout de considérer les besoins des praticiens. La pratique médicale est en effet souvent sollicitée par les problèmes que présentent les patients de cultures diverses. Ajustés à ces différences de conceptions de la santé, de la maladie et des soins, les praticiens pourront produire un travail plus efficace. Cela nécessite une approche transculturelle et une méthode pratique basée sur le travail de terrain en ethnologie. A partir des besoins et demandes des praticiens, nous pouvons mettre en évidence certains thèmes et proposer des actions qui permettent à ces médecins de composer avec ce genre de problèmes.

Besoins et demandes des praticiens confrontés à une clientèle étrangère  
Les besoins des praticiens ne sont pas nécessairement ceux qu'un anthropologue peut anticiper. Il faut distinguer parmi ces besoins: (1) ceux qui viennent de situations dans lesquelles la culture joue un rôle prépondérant et (2) ceux qui sont en relation avec des causes autres que culturelles, même si le patient est étranger. Nous devons également tenir compte de la culture du praticien, culture qui va influencer sa perception et sa compréhension des problèmes du patient.

Identifier des thèmes communs pour ces praticiens.

Peut-on parler d'une typologie?

A partir des témoignages des praticiens, nous tenterons de grouper les informations afin de les aborder de façon pratique. Peut-on définir des types de problèmes? Peut-on choisir des thèmes, comme par exemple: pathologie associée à des différences culturelles de l'alimentation; maladies typiques d'une région climatique; problèmes liés à la séparation des membres d'une même famille au cours de la migration; traumatismes de guerre, etc.?

Que faire? Propositions concrètes

Exemples de mesures destinées à faciliter le travail des praticiens:

- «Anamnèse culturelle»: lors de la récolte de l'information, mettre en relation la culture du patient avec la nôtre, par exemple, alimentation comparative. Construire un modèle pour une telle anamnèse.
- Organiser une consultation avec un groupe de patients étrangers, par exemple, personnes d'un même pays et partageant un traumatisme commun (ex-Yougoslaves), avec supervision transculturelle, ou consultations spécialisées individuelles.

*Faut-il enseigner une «médecine du migrant»?*

*Alain Pécard*

La médecine des migrants occupe une place importante dans les Polycliniques Médicales Universitaires. Existe-t-il une médecine spécialisée de la migration, qu'il conviendrait d'enseigner? Les «migrants» sont-ils si différents des «résidents»? Les médecins praticiens de ce pays sont-ils souvent en contact avec les migrants? Le groupe de réflexion devrait amener quelques réponses à ces questions.

D'emblée, on peut dire que l'expérience des étudiants ou des assistants avec les migrants représente une formation «en profondeur» des futurs praticiens, car les caractéristiques de la population migrante font appel à des qualités fondamentales, essentielles à l'activité médicale:

1. Ces patients présentent souvent des pathologies rares, qui surprennent le médecin. La réaction à cette surprise, c'est-à-dire la capacité de collecter l'information nécessaire, est une des exigences permanentes du médecin. Les migrants nous apprennent à apprendre...

2. Face à un migrant malade, un médecin seul sera souvent inefficace: il doit travailler en réseau, aussi bien pour le diagnostic (nécessité des interprètes, des autres membres de la famille, des informations données par le personnel social, etc.) que pour le traitement et le suivi. A nouveau, la capacité de prendre place dans un réseau de soins est essentielle et doit être développée chez les futurs praticiens.

3. Les migrants montrent aux médecins en formation les difficultés de la médecine transethnique. Même lorsque la communication verbale est satisfaisante, la capacité des médecins de comprendre comment le sujet vit sa maladie, ses causes, est rendue très difficile par le fossé que représente un vécu ethnique différent. Mais il s'agit-là d'un extrême, d'un exemple paradigmatique d'une situation que le médecin rencontre dans sa pratique quotidienne avec les patients de ce pays: réussir à comprendre la façon dont un patient se représente sa maladie est une des exigences constantes de notre métier, nécessaire à toute prise en charge efficace.

4. La population migrante représente pour les médecins une exigence d'ouverture au monde: l'intérêt pour l'homme, pour ses conditions de vie, pour ses relations avec d'autres systèmes psychosociaux et spirituels est un des éléments qui concourt à améliorer les capacités humanistes du médecin.

## 6. Appendix: Begriffsbestimmungen

Da eine grosse Zahl von Ausländern unter sehr verschiedenen Titeln in der Schweiz leben, sind die Bezeichnungen oft sehr verwirrend. Um den Status und die Gründe des Aufenthaltes klar zu machen, sind nachfolgende Definitionen aufgelistet.<sup>1)</sup>

### Ausländer in der Schweiz

<i>Status</i>	<i>Bedeutung</i>	<i>Zugehörig sind</i>
C	<b>Niederlassungsbewilligung</b> Gilt bis Widerruf. Kein Stimm- und Wahlrecht; sonst praktische Gleichstellung mit Schweizern	– Ausländer mit über 10 Jahren Aufenthalt – anerkannte Flüchtlinge mit über 5 Jahren Aufenthalt – Ehepartner von CH-Bürgern mit über 5 Jahren Aufenthalt

<sup>1)</sup> Entnommen der Broschüre des Fürsorgeamtes in Basel «Asylanten in Basel», 1993, mit Genehmigung der Redaktion.



**Ausländer in der Schweiz**

<i>Status</i>	<i>Bedeutung</i>	<i>Zugehörig sind</i>
B	<b>Aufenthaltsbewilligung</b> Jeweils 1 Jahr gültig. Unterliegt arbeitsmarktlichen Vorschriften und der Kontingentierung; wird auf begründeten Antrag von Arbeitgebern erteilt (Ausnahme: Flüchtlinge). Im ersten Jahr kein Stellen- und Kantonswechsel, später nur mit Bewilligung. Erneuerung kann verweigert werden. Familiennachzug bei geordneten Verhältnissen nach 1 Jahr möglich.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ausländische Arbeitskräfte</li> <li>- anerkannte Flüchtlinge in den ersten 5 Jahren</li> <li>- humanitäre Aufnahme in den ersten 10 Jahren</li> </ul>
A	<b>Saisonniersbewilligung</b> in der Regel 9 Monate gültig; kein Anspruch auf Verlängerung, kein Familiennachzug, kein Stellen- und Kantonswechsel; unterliegt der Kontingentierung; nur für «traditionelle Rekrutierungsländer».	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saisoniers</li> </ul>
L	<b>Kurzaufenthalt mit Erwerbstätigkeit</b> zeitlich limitiert; kontingentiert für Studenten, Praktikanten etc.; Künstler (bis 8 Monate) nicht kontingentiert.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Auszubildende; Praktikanten, Au-pairs etc.</li> <li>- Künstler</li> <li>- Verlängerte Saisoniers, Besucher und Touristen aus dem ex-jugoslaw. Kriegsgebiet</li> </ul>
F	<b>Vorläufige Aufnahme</b> zeitlich limitierte Ersatzmassnahme für nicht vollziehbare Ausweisung; erneuerbar; Stellenantritt möglich; nach arbeitsmarktlichen Gegebenheiten.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- z.T. abgewiesene Asylbewerber, deren Rückreise nach dem Non-Refoulement-Prinzip nicht möglich ist</li> <li>- in Gruppen aufgenommene Gewaltflüchtlinge aus Kriegsgebieten</li> <li>- Besucher und Touristen, deren Visum abgelaufen ist, die aber nicht zurückreisen können</li> </ul>
Visum	3 Monate gültig, kein Stellenantritt; finanzielle Absicherung nötig.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besucher und Touristen aus visumpflichtigen Staaten</li> </ul>
Besucher	3 Monate ohne Arbeit; nicht mehr als total 6 Monate pro Jahr; finanzielle Absicherung nötig.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Besucher und Touristen aus nicht visumpflichtigen Staaten</li> </ul>
Asyl-suchende	kein effektiver Status, sondern Personen in hängigem Verfahren	

Dr Jean-Pierre de Kalbermatten, vice-président de la FMH, Sion

# La médecine des migrants: médecine appliquée et recherches en Suisse

Symposium de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) à Interlaken, 27/28 octobre 1994

**Avec une proportion de 17% de sa population d'origine étrangère, la Suisse se situe tout en haut de l'échelle européenne quant à l'ouverture de ses frontières. L'on peut d'emblée comprendre que les problèmes de santé que cette population étrangère posera ne seront pas identiques selon que l'on a affaire à un haut fonctionnaire d'une organisation internationale ou à un réfugié politique, à un homme d'affaire ayant pignon sur rue ou à un travailleur saisonnier, à un assimilé de la 3ème génération ou à un requérant d'asile! Pourtant, chacune de ces catégories présente ses problèmes spécifiques, y compris dans le domaine de la santé, et il faut dès lors saluer l'initiative de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) d'avoir organisé récemment un Symposium consacré à une approche réaliste et prospective de la situation posée par la médecine des migrants.**

### Où en est-on?

Même dans les pays ayant une longue tradition d'accueil, les programmes et les services destinés aux migrants ne se sont organisés que récemment.

Pour l'Europe, on peut penser que c'est l'augmentation dramatique du nombre de requérants d'asile cette dernière décade qui a provoqué une prise de conscience des problèmes spécifiques posés sur le plan de la santé par les populations étrangères et sur la nécessité d'y remédier sans tarder.

Un service sanitaire de frontière efficace, visant à la détection de diverses maladies infectieuses et notamment la tuberculose, avec programmes de vaccination pour certaines catégories de populations entrant dans notre pays, constitue déjà une mesure de santé dont bénéficieront les migrants. Cette première étape fonctionne depuis de nombreuses années, avec des réajustements récents. A cela s'ajoute depuis 1991 la mise sur pied d'une stratégie nationale pour la promotion de la santé des populations migrantes, inscrivant aussi bien à son programme des actions de prévention, notamment dans les domaines de la toxicomanie et du SIDA, que des mesures visant à améliorer l'accès de ces popula-

tions étrangères aux systèmes de soins. Un premier pas de cette stratégie consiste à favoriser la communication en ouvrant les barrières linguistiques et culturelles qui sont fréquemment à l'origine d'incompréhensions réciproques.

### Quelques problèmes

La relation médecin-patient devra le plus souvent s'établir sur des bases différentes de celles dont nous avons coutume.

D'une part les connaissances et les attitudes du médecin ne seront peut-être pas adéquates. La culture propre du praticien influence à coup sûr sa perception et sa compréhension des problèmes du patient.

D'autre part, les expériences antérieures du patient, sa propre perception de la souffrance et de la maladie, ses croyances différentes, rendront problématique le partenariat avec le médecin, cela d'autant plus que le barrage des langues pourra encore en ajouter aux risques d'incompréhension. La méconnaissance par les migrants des services sociaux et de santé du pays d'accueil, de leur mode de fonctionnement, risque d'entraîner des retards néfastes dans la prise en charge ou au contraire des abus d'utilisation tout aussi préjudiciables.

### Des solutions

Ces différences culturelles dans la conception de la santé et de la maladie, dans les attentes face aux services de santé et aux systèmes de soins interpellent tout particulièrement le médecin.

Il convient dès lors de préparer et d'entraîner chaque professionnel de la santé à comprendre et à accepter des situations et des perspectives qui l'éloignent de son propre mécanisme culturel, et à prévoir des solutions dont il n'est pas coutumier.

Le migrant aura par exemple souvent besoin d'un soutien psycho-social particulier pour éviter un risque de chronification des situations pathologiques si son problème n'est pas saisi précocement: dans un tel cas, la solution ne peut venir du médecin seul, il y a plus

1978 / Band 75  
Heft 50/1994  
14.12.94

Schweizerische  
Ärztzeitung

Bulletin  
des médecins  
suisse

Bollettino  
dei medici  
svizzeri

que jamais nécessité d'un travail en groupe qui va probablement modifier le comportement habituel de beaucoup de praticiens.

Si des approches spécifiques sont nécessaires dans un premier temps, il est fondamental que de tels programmes s'intègrent le plus rapidement possible dans les réseaux de soins destinés à la population générale, la diversité culturelle devant progressivement devenir une dimension incontournable dans les services de soins et de santé existants. Mêmes chances pour tous, telle est l'une des phrases clés du programme de l'Organisation mondiale de la santé. Dans cette perspective, et s'agissant d'un égal droit aux soins les plus adéquats, il convient d'éviter la marginalisation, la discrimination des migrants ou de certains groupes d'entre eux.

### Quelle formation?

Les mouvements de population ont toujours existé et le médecin s'y est adapté progressivement. Chaque condition nouvelle a signifié pour lui un élargissement de l'éventail des problèmes posés par l'homme malade, et l'on peut donc considérer que la médecine des migrants ne représente que l'extension de situations que le praticien rencontre quotidiennement avec ses patients habituels, situations où il doit également dépasser sa propre connaissance de la santé et de la maladie pour comprendre la représentation que s'en fait le patient: une prise en charge efficace est à ce prix.

À conditions nouvelles exigences nouvelles, d'ouverture à d'autres modes de fonctionnement, à d'autres échelles de valeur. Les migrants nous amènent des pathologies inhabituelles, ils sont pour nous source d'enrichissement des connaissances, nous obligent à réfléchir autrement. Mais comment acquérir la formation nécessaire à cette démarche renouvelée, multiculturelle, face à la santé et à la maladie?

Pour faire face à la situation actuelle, où des praticiens en nombre croissant sont confrontés de plus en plus fréquemment aux problèmes posés par les migrants, l'apprentissage d'une approche spécifique des besoins, des attentes et de la manière d'y répondre pourrait ou même devrait passer par l'organisation de séminaires s'adressant en réalité à chaque médecin. Les spécialistes ne manquent pas dans notre pays, aptes à enrichir nos connaissances dans les multiples domaines où l'afflux de populations inhabituelles dans nos cabinets médicaux délimitent certaines lacunes de formation. Les problèmes liés à des changements radicaux d'alimentation ou de condition climatique sont peut-être monnaie courante et le médecin a souvent une solution adéquate à proposer; mais quelle est notre expérience en matière de traumatismes psychiques ou somatiques liés à la violence de la guerre? Comment

abordons-nous les séquelles de la torture dont certains de nos patients ont été victimes? Que représente pour nous une séparation familiale durable que vivent de nombreux exilés? Et tant d'autres questions que le médecin suisse n'a pas eu à se poser durant ses études et sa période de perfectionnement!

A plus long terme, et cela doit être envisagé dès aujourd'hui, il convient d'intégrer à la formation des praticiens la dimension de la médecine des migrants. Ce souci doit être présent aussi bien en phase prégraduée de la formation médicale que lors du perfectionnement post-gradué et de l'entretien et de l'élargissement des connaissances par la formation continue. Ce Symposium organisé par l'ASSM avait pour objectif de dresser le bilan de la situation et de tracer les pistes à suivre: vaste programme, qui interpelle chaque praticien, les responsables de la formation médicale mais également le pouvoir politique et administratif de l'Etat! □

Schweizerische  
Ärztzeitung

Bulletin  
des médecins  
suisses

Bollettino  
dei medici  
svizzeri

Band 75  
Heft 50/1994  
14.12.94

1979



## V. Öffentlichkeitsarbeiten

---

Die im Jahresbericht 1993 erwähnten Anstrengungen, eine SAMW-«Arbeitsgruppe Medien/Information» zu konstituieren, wurden fortgesetzt. Ein Mediziner mit professioneller Medientätigkeit erklärte sich bereit zur aktiven Mitarbeit in diesem Bereich.

Die SAMW-Broschüre (S. Keberle, Hj. Müller) über «Gentechnologie, Chance und Herausforderung für die Medizin» wird weiterhin häufig angefordert. Im Sommer 1994 wurde die 2. Auflage der deutschsprachigen Fassung ausgeliefert. Wegen der raschen Entwicklungen in diesem Bereich muss der von 1992 stammende Text für eine weitere Auflage wahrscheinlich in verschiedenen Bereichen etwas ergänzt werden.

Im August 1994 erschien im «Parthenon UK und USA Verlag» unter der Herausgeberschaft von A. Pletscher und D. Ladewig die über 230 Seiten umfassende SAMW-Monographie «50 Years of LSD» / Current Status and Perspectives of Hallucinogens mit sämtlichen am SAMW-Symposium in Agno im Oktober 1993 gehaltenen Vorträgen.

Prof. A. F. Müller, Prof. W. Hitzig und der Generalsekretär wurden verschiedentlich um Stellungnahmen für Presse und Radio gebeten:

1. Gelzer J.: Kurzinterview «Sterbehilfe», Schweizer Familie, 11/94, Seite 9 und 15/94, Seite 81.
2. Radio DRS 1, Gelzer J.: «Transplantationen» im Rahmen der Sendung «Memo», 10. 5. 1994.
3. SAMW, Basel: «Ethische Richtlinien für Gentherapie in Arbeit», Agenturmeldung, NZZ, Nr. 207, 6. 9. 1994, Seite 14.
4. Radio DRS 2, Müller A. F., Gelzer J.: Gespräch mit Wissenschaftsredaktor P. Läufer über «Migrationsmedizin», im Rahmen der Sendung «Kontext», 21. 12. 1994.



## VI. Publikationen und Mitteilungen der SAMW 1994

---

### **Publikationen und Mitteilungen der SAMW 1994**

1. SAMW, Basel: Erratum Subkommissionen für «Medizinisch ethische Richtlinien für genetische Untersuchungen», SAeZ 75: 144, 1994.
2. SAMW, Basel: R. Bing-Preis 1994, Ausschreibung, SMW 124: 85, 1994.
3. SAMW, Basel: Medizinisch-ethische Richtlinien für die Organtransplantation, SAeZ 75: 165–167, 1994.
4. ASSM, Bâle: Directives d'éthique médicale pour les transplantations d'organes, SAeZ 75: 168–170, 1994.
5. SAMW, Basel (und Stifterverbund): Programm MD-PhD, SAeZ 75: 504, 1994.
6. SAMW, Basel: Symposium 1994: Migrationsmedizin, Praxis und Forschung in der Schweiz, SAeZ 75: 599, 1994.
7. ASSM, Bâle: Symposium 1994: la médecine des migrants; médecine appliquée et recherches en Suisse, SAeZ 75: 601, 1994.
8. SAMW, Basel: Jakob Klaesi Preis, Ausschreibung 1995, SAeZ 75: 700, 1994.
9. SAMW, Basel: Medizinisch-ethische Richtlinien für genetische Untersuchungen am Menschen, SMW 124: 867–872, 1994.
10. ASSM, Bâle: Directives médico-éthiques concernant les examens génétiques sur l'homme, SMW 124: 912–917, 1994.
11. SAMS, Basel: Medical-ethical Guidelines for Genetic Investigations in Humans, SMW 124: 974–979, 1994.
12. SAMW, Basel: Gentechnologie, Chance und Herausforderung für die Medizin: Keberle S. und Müller Hj., 2. Auflage, Schwabe, 1994.
13. ASSM, Bâle: La médecine des migrants, 2. Anzeige, SAeZ 75: 973, 1994.
14. Hess M. W., Gelzer J.: Senatssitzung der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, SAeZ 75: 1002, 1994.

## VI. Publikationen und Mitteilungen der SAMW 1994

---

15. SAMW, Basel: Medizinisch-ethische Richtlinien für genetische Untersuchungen am Menschen; Nachdruck im Jahresbericht 1993 der Schweiz. Stiftung für die Erforschung der Muskelkrankheiten, 22–30, Juni 1994.
16. ASSM, Bâle: Directives médico-éthiques concernant les examens génétiques sur l'homme; dans le rapport annuel 1993 de la Fondation suisse de recherche sur les maladies musculaires, 30–38, juin 1994.
17. SAMW, Basel gemeinsam mit SGIM, SGAM, SGP: Kollegium für Hausarztmedizin, Schweizerische Stiftung zur Förderung der medizinischen Grundversorgung, SAeZ 75: 1090, 1994.
18. SAMW, Basel: Ethische Grundsätze und Richtlinien für wissenschaftliche Tierversuche, SAeZ 75: 1255–1259, 1994.
19. ASSM, Bâle: Principes d'éthique et directives pour l'expérimentation animale à des fins scientifiques, SAeZ 75: 1259–1263, 1994.
20. SAMW, Basel: Programm Symposium 1994, Migrationsmedizin, SAeZ 75: 1478–1479, 1994.
21. SAMW, Basel: Ethische Richtlinien für Gentherapie in Arbeit, SAeZ 75: 1737, 1994.
22. SAMW, Basel (im Stifterverband): MD-PhD-Programm, SAeZ 75: 1937, 1994.
23. de Kalbermatten J. P.: «La médecine des migrants», SAeZ 75: 1978–1979, 1994.
24. SAMW, Basel: «Migrationsmedizin» Kongresse in der Schweiz, SMW 124: 1687–1688, 1994.
25. ASSM, Bâle: Directives médicoéthiques concernant les examens génétiques sur l'homme, dans Recueil international de Législation sanitaire 45, 411–415, 1994.
26. SAMS, Basel: Medical-ethical guidelines for genetic investigations in Humans, International Digest of Health Legislation 45, 387–391, 1994.