

Forum

**Kommentar zu den Wahlen in den ZV anlässlich der Ärztekammer Juni 2000**

Das Gerangel anlässlich der Wahlen in den ZV hat einmal mehr gezeigt, wie problematisch die derzeitige Struktur des ZV ist. Nicht Interessengruppierungen sollten in einem schlagkräftigen ZV vertreten sein, sondern Standespolitiker, die bereit sind, die Interessen der *ganzen* Ärzteschaft, alle Gruppierungen, jung und alt, freipraktizierend und angestellt, Mann und Frau, Grundversorger und Spezialist, Spitalärzteschaft und Belegärzteschaft, etc. zu vertreten und deren Probleme auch kennen, weil sie mit all diesen Problemen bereits konfrontiert wurden, sei es aus eigener Erfahrung oder als Standespolitiker. Es braucht im ZV Standespolitiker, die Erfahrungen gesammelt haben, kantonale oder fachgesellschaftsspezifische, die geistig, standes- und allgemeinpolitisch, sowie materiell unabhängig die Ärztekammerbeschlüsse umsetzen können, die bereit sind, in ihrer Beurteilung der Sachlagen die Anliegen *aller* Ärztegruppierungen zu vertreten und eine ausgewogene Politik zu betreiben, so wie es die Standesordnung der FMH verlangt. Es geht nämlich in der Standespolitik nicht nur um TarMed und die Höhe des Starttaxtpunktwerts. Die letzten Jahre liessen etwas diesen Eindruck aufkommen. Die Ärzteschaft hat viel wichtigere Aufgaben zu übernehmen, wie z.B. Sicherstellung der Gesundheitsversorgung der Schweizer Bevölkerung durch Sicherung der möglichst unabhängigen optimalen – nicht maximalen – medizinischen Versorgung im weiterhin hohen Qualitätsstandard unseres medizinischen Wissens und Könnens und dies auch unter dem Gesichtswinkel der Finanzierbarkeit.

Was aber haben wir jetzt? Einen ZV, der dem Präsidenten die alleinige Vertretung der Interessen der ganzen Ärzteschaft anlastet und überlässt und nun zunehmend in seiner Schlagkraft lahmgelegt wird durch Interessengruppierungen und schlecht vorbereitete Standesvertreter, die möglicherweise nicht einmal die Zeit aufbringen können, an den zahlreichen und langdauernden, intensiven ZV-Sitzungen teilzunehmen.

Der VSAO z.B. wünscht sogar einen zweiten Sitz im ZV, da er sich anscheinend durch den bereits bestehenden Vertreter zu wenig oder nicht vertreten fühlt; obwohl gerade dieser Vertreter ein Standespolitiker ist, der den obigen Forderungen recht gut entspricht: Der VSAO soll seine Interessen in der Ärztekammer wahren und sich dort auch unsolidarisch zeigen können – ich denke da nur an die Diskussionen um die Sonderbeiträge –, seine Vertretung im ZV aber soll gewährlei-

stet sein durch das oben gezeichnete Politikerbild und nicht durch eine mehrfache Zahl von Interessenvertretern, die ihre eigenen Anliegen durchzuboxen suchen, ohne Rücksichtnahme auf die Forderungen der übrigen Ärzteschaft.

Über die Wahlfarce des VLSS-Vertreters würde ich am liebsten schweigen. Zuerst wird ein Kandidat aufgestellt, der sein Mandat, statutarisch bedingt, nicht mal eine Amtsperiode innehaben kann, und statt das bereits im ZV vorhandene VLSS-Mitglied als VLSS-Vertreter zu nominieren, wird eine Person gewählt – ihre beruflichen Meriten sind unbestritten, sie ist in ihrem Fach engagiert und hat deshalb wohl kaum Zeit, ihr Mandat sachgerecht zu erfüllen –, die am Morgen des Wahltages noch gar nicht gewusst hat, welche grosse Aufgabe, auch zeitlich gesehen, sie in den nächsten drei Jahren erwartet! Warum wurde sie nicht primär aufgestellt? Soll sich die übrige Ärzteschaft durch eine solche Person vertreten fühlen im Sinne des oben gezeichneten Politikerbildes?

Der VEDAG hat das Malaise der ZV-Zusammensetzung erkannt und darüber nachgedacht, wie ja schon die gesamte Ärztekammer in früheren Jahren, aber viel zu spät, um für diese Ärztekammer noch eine Struktur- und Statutenänderung bewirken zu können. Gescheitert ist früher die Realisierung eines solch kleinen, schlagkräftigeren, also professionellen, nicht mehr im Milizsystem funktionierenden ZVs letztlich an der Finanzierung und wohl auch an der Angst, nicht mehr genügend vertreten zu sein. Durch diese verspäteten Überlegungen, mit der Konsequenz im Juni 2000 keine Neuwahlen durchzuführen, hat der VEDAG zudem die Wahlchancen seiner eigenen zur Nominierung vorgeschlagenen Kandidatin mit Erfolg gefährdet. Über die Hintergründe dieses trüben Politspiels müsste an anderer Stelle noch geredet werden.

Dieses ganze Wahldebakel verlangt, wie andernorts auch schon mehrfach gefordert: SO NICHT!

Der ZV ist gut beraten, wenn er lange vor der nächsten ordentlichen Ärztekammer der Ärzteschaft praktikable Restrukturierungsvorschläge zur Professionalisierung des ZVs, inklusive Persönlichkeitsprofil der zukünftigen ZV-Mitglieder, inkl. Finanzierungsmodelle, vorstellt, damit diese Strukturänderungen inkl. Statutenänderungen an der nächsten ordentlichen Ärztekammer abgesegnet werden können und der ZV damit in Bälde funktionstüchtiger sein könnte. Mit solchen Wahlvorgängen, wie am 21. Juni 2000 geschehen, machen sich die Standesvertreter in der Ärztekammer und im ZV bei ihrer Basis wenig glaubwürdig.

*Dr. C. Wehren Staehelin,
Ärztammerdelegierte der MedGes Basel.*

**Preisgestaltung der Facharztprüfung in Gynäkologie und Geburtshilfe**

In seinem Artikel, publiziert in @vsao/ASMAC Journal 6/99, Seite 34–35, rügt der VSAO die Kosten für die Facharztprüfung in Gynäkologie und Geburtshilfe, ohne allerdings differenziert auf das Thema einzugehen, denn ein alleiniger Preisvergleich kann dieser Frage nicht gerecht werden.

Die Durchführung der Prüfung wurde seitens der FMH an die Fachgesellschaften delegiert. Die SGGG hat die Kommission für Weiter- und Fortbildung beauftragt, ein Prüfungsreglement zu erstellen. Selbstverständlich wurde alle Varianten, auch die schriftliche Prüfung, sorgfältig aus verschiedenen Gesichtswinkeln evaluiert. Ausgehend von der Annahme, dass es sich in unserem Fach nicht nur um eine reine Wissensprüfung handeln kann, wurden alternative Formen diskutiert. Eine reine «multiple choice»-Prüfung ist sicher die günstigste Variante für eine Gesellschaft. Alle Kandidaten zu einem fixen Zeitpunkt an einem Ort zu prüfen mit einer definierten Durchfallquote und kaum Rekursmöglichkeit sind die logische Konsequenz. Sollen solche Prüfungen einem minimalen statistischen Qualitätsanspruch genügen, setzt dies eine minimale Teilnehmerzahl voraus, was für einige Teilnehmer lange Wartezeiten mit finanziellen Konsequenzen mit sich bringen kann, ganz zu schweigen, was Wartezeiten nach nicht bestandener Prüfung für Schwierigkeiten puncto Arbeitsstelle und beruflichem Fortkommen bedeuten können.

Unsere Kommission verstand und versteht die Facharztprüfung nicht als Alibiübung, sondern als ein Zertifikat, das von Patientinnen, Behörden, FMH als Qualitätssiegel verstanden wird. Die SGGG will ihre volle Verantwortung gegenüber allen Beteiligten wahrnehmen. Es liegt auf der Hand, dass in unserem Fach nebst einer Wissensprüfung auch die Fähigkeit im Bereich des prä-, peri- und postoperativen Handelns geprüft werden müssen, spätestens nach Inkrafttreten des Obligatoriums des Bestehens der Facharztprüfung werden sich die Augen der Medien auch auf diesen Teil der Facharztprüfung richten. Neben einer mündlichen Prüfung wird von Seiten der SGGG grosser Wert auf die Durchführung einer praktischen Prüfung, d.h. konkrete Durchführung eines grossen operativen Eingriffs in der Gynäkologie und Geburtshilfe, gelegt.

Die Durchführung der Facharztprüfung erfolgt nach Terminabsprache mit den Experten am Arbeitsort des Kandidaten. Dies setzt eine enorme Flexibilität der Experten voraus. Verzicht auf volle Kompensation des entstehenden Verdienstausfalls wird vorläufig stillschweigend akzeptiert, kann aber

nicht weiter als gegeben hingenommen werden. Insgesamt sind von ärztlicher Seite mehr als 15 Arbeitsstunden für Prüfung der Dossiers, Prüfung des Kandidaten und Antrag an die FMH zu leisten. Bei einem Stundenansatz von Fr. 150.– wären diese Kosten bereits mit Fr. 2250.– zu veranschlagen, nota bene ohne Sekretariats-, Verwaltungs- oder Reisekosten.

Die Generalversammlung der SGGG hat sowohl der Prüfungsordnung als auch den Gebühren, bei fehlenden Gegenanträgen, zugestimmt. Die SGGG will dennoch ihren ausserordentlichen Mitgliedern entgegenkommen und erlässt ihnen einen Teil der Prüfungsgebühr. Eine Senkung der Prüfungsgebühr für Nichtmitglieder ist, im Gegensatz zur vollen Kostenabwälzung, nicht diskutabel. Weder unsere ausserordentlichen noch ordentlichen Mitglieder sind willens, aus eigener Tasche Nichtmitglieder zu unterstützen.

Für den Vorstand der SGGG
Prof. Dr. med. M. Litschgi
Generalsekretär SGGG

Replik

Herr Prof. M. Litschgi nimmt Stellung zum Artikel «Facharztprüfungen: die Preise» [1]. Es handelt sich dabei um einen Artikel, in welchem die Preise für die Facharztprüfungen (FAP) der einzelnen Fachgesellschaften unter die Lupe genommen werden. Es wurden die Preise an sich verglichen, ohne nach deren Berechnung zu fragen. Es zeigte sich, dass die SGGG für ihre Mitglieder Fr. 950.– verlangt, für Nichtmitglieder Fr. 1800.– bei einem Durchschnittspreis von Fr. 565.– aller Facharztprüfungen.

In seiner Replik zum oben erwähnten Artikel erklärt Prof. Litschgi die Überlegungen und Hintergründe der Preisgestaltung der

SGGG. Dies muss als wichtiger Schritt auf dem richtigen Weg angesehen werden, denn bis anhin gab es keine oder nur dürftige Informationen zu diesem Thema.

Andererseits leuchtet der Gedanke nicht ein, der SGGG würden mehr Kosten aus der Vorbereitung und Durchführung der FAP erwachsen als allen anderen Fachgesellschaften. Die Gynäkologie und Geburtshilfe dürfte nicht das einzige Fach sein, in welchem Wissen und die Fähigkeiten im Bereich des prä-, peri- und postoperativen Handelns geprüft werden müssen.

Die SGGG unterscheidet FAP-Preise je nach Zugehörigkeit zur Fachgesellschaft, was in anderen Fachgesellschaften mit wenigen Ausnahmen nicht so gehandhabt wird. Ab 1.1.2001 wird die Weiterbildung unter der Aufsicht der Eidgenossenschaft erfolgen. Dabei wird eine rechtsgleiche Behandlung der Examinanden verlangt. Nach unserem Wissen sind die Fachgesellschaften deshalb in Zukunft nicht berechtigt, die Prüfungsgebühr nach Zugehörigkeit zur Fachgesellschaft zu verlangen. Allfällige Gebührenunterschiede werden wohl oder übel per 1.1.2001 aufgehoben werden müssen.

Der Hauptzweck des erwähnten VSAO-Artikels ist damit mindestens teilweise erreicht, nämlich die FAP-Preise der weiteren ärztlichen Öffentlichkeit zugänglich zu machen* und eine diesbezügliche Diskussion in die Wege zu leiten. Die Replik von Prof. Litschgi hat den ersten wichtigen Beitrag geleistet.

Dr. B. Hug, Oberarzt,
im Namen des
VSAO-Geschäftsausschusses

* Die FAP-Preise sind auf der VSAO-Internetpage einsehbar: www.vsao.ch/weiterbildung/index

1 Hug B. Facharztprüfungen: die Preise.
VSAO-Journal 1999;18(6):34-5.



Evidence-based Medicine, der Arzt und der Patient

Der Artikel von T. Stark zum Thema «Evidence-based Medicine, der Arzt und der Patient» [1] bringt die Bedenken und auch eine gewisse Abwehrhaltung gegenüber der Evidence-based Medicine (EBM) zum Ausdruck, welche viele Kollegen heute hegen. Insbesondere die Angst davor, dass Guidelines als Richtschnur und Kontrollinstrument für unser ärztliches Handeln herangezogen werden und letztlich im Falle von Haftpflichtfällen entscheiden könnten, stellt eine Angst vieler Ärzte dar. Zuletzt wird auch bemängelt, dass die Erfahrung des einzelnen Arztes und allfällige Patientenpräferenzen keinen Platz mehr in der Anwendung von Guidelines finden sollen, womit diese gewissermassen ein «Diktat der ärztlichen Tätigkeit» darstellen würden.

Liest man jedoch im führenden Werk [2] des Vorreiters der EBM David L. Sackett die Einleitung zum Thema, dann findet man schon sehr bald den folgenden Satz: «Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. When these three elements are integrated, clinicians and patients form a diagnostic and therapeutic alliance which optimizes clinical outcomes and quality of life.» Somit stimmt dieses Statement von David L. Sackett ziemlich genau mit den Forderungen von T. Stark überein, wie EBM sinnvollerweise angewendet werden soll, nämlich nicht losgelöst von einem konkreten Fall, sondern sehr wohl innerhalb eines fallbezogenen Konzeptrahmens, innerhalb dessen der Einbezug von EBM für die Entscheidungsfindung herangezogen wird. Tatsächlich muss davor gewarnt werden, kritiklos Guidelines auf einen Einzelfall übertragen zu wollen, ohne ein Minimum an ärztlichem Urteilsvermögen und gesundem Menschenverstand einfließen zu lassen – im schlimmsten Falle könnte eine solche «scheuklappenartige» Anwendung einer Guideline gar schädlich oder kontraproduktiv wirken.

Als Folge der EBM stellen wir heute höhere Ansprüche an die Qualität wissenschaftlicher Publikationen und gewichten das Wissen, welches in Richtlinien einfließt, nach dessen Relevanz. Dieser Prozess hat uns auch bewusst gemacht, dass in bestimmten Bereichen trotz viel publiziertem Material wenig stichhaltiges Wissen vorliegt. Dank gezielter EBM-Fortbildung können heute immer mehr Ärzte die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen selbst interpretieren, deren Bedeutung für die eigene Praxis ableiten und lassen sich nicht mehr von jedem Pharma-referenten mit geschönten Zahlen beeindrucken.

SÄZ online

Im «Forum» von www.saez.ch können Sie einfach und schnell Kommentare zu Artikeln und eigene Diskussionsbeiträge verfassen.

Die Texte werden nach Freigabe durch die Redaktion ohne Verzug veröffentlicht.

Die Redaktion behält sich Auswahl, Kürzungen, Bearbeitungen sowie Verwendung im gedruckten Medium vor.

redaktion.saez@emh.ch

BMS en ligne

Le «forum» de www.bullmed.ch est un moyen facile et rapide de nous transmettre vos commentaires d'articles ou vos propres sujets de discussion.

Les textes acceptés par la rédaction sont publiés sans délais.

La rédaction se réserve le droit de choisir, de raccourcir ou de modifier les contributions ainsi que le droit de les utiliser pour la version imprimée.

redaction.bms@emh.ch

Vor diesem Hintergrund ist auch die Angst unberechtigt, dass das (begründete) Abweichen von einer Guideline juristische Konsequenzen haben könnte. Nachdem die Umsetzung einer Guideline letztlich eine ärztliche Tätigkeit ist, muss sich die Beurteilung eines Haftpflichtfalles immer an der klinischen Ausgangssituation mit dem dazugehörigen Entscheidungsprozess orientieren, welcher zu einer bestimmten Handlung geführt hat. Ein Expertengutachten wird somit auch in Zukunft vor dem Richter die Richtschnur bilden, und nicht irgendeine Guideline.

Wenn wir im alltäglichen Kontakt mit unseren Patienten uns fragen, welche Therapie, welcher diagnostische Test, welche Intervention am günstigsten ist, dann ist die EBM von unschätzbarem Wert, gibt sie uns doch ein Instrument in die Hand, welches uns hilft, unsere Patienten optimal zu behandeln. Aber welche Therapie letztlich welchem Patienten zukommen soll, wird auch in Zukunft immer im Ermessen von Arzt und Patienten liegen.

Dr. med. P. Böhi, Rorschach

- 1 Stark T. Evidence-based Medicine, der Arzt und der Patient. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(21):1120-2.
- 2 Sackett DL. Evidence-based Medicine. 2nd edition. London: Wolfe Pub; 2000.

Thomas Stark [1] legt sehr klar und anschaulich dar, wie es zu kurz greift, wenn wir die Tätigkeit des praktischen Arztes lediglich als angewandte Wissenschaft verstehen wollen, etwa im Sinne der Evidence-based Medicine. Zwischen den Generalisierungen der wissenschaftlichen Forschung und dem Einzelfall in der Praxis, z. B. der Gesamtdiagnose im Sinne Balints, besteht eine Kluft. T. Stark sieht in der Erforschung der Balintgruppenarbeit einen Beitrag zum Brückenschlag. Neben den wissenschaftlichen Generalisierungen und der «research-in-action» am Einzelfall wünschte ich mir noch Generalisierungen aus einer eigenständigen klinischen Forschung, wie ich es früher in dieser Zeitung dargestellt habe [2]. Was ist Forschung? Wir sind in der Medizin gewohnt, darunter lediglich die wissenschaftliche Methode zu verstehen, welche mittels auf Messbarkeit und statistische Verrechenbarkeit ausgerichteter Untersuchungen die Realität abbilden soll. Neben diesem abbildenden oder mimesischen Forschungszugang zur Realität gibt es auch einen kreativen, konstruktiven (im Sinne des Konstruktivismus) oder poetischen. Ein Beispiel hierfür aus der Medizin wäre: Experten, praktizierende Ärzte mit spezifischen Erfahrungen, erforschen im Diskurs die bestmöglichen Konsensantworten zu Fragen, welche sich unmittelbar aus der Praxis ergeben. Die Antworten sollen nicht nur die persönlichen Erfahrungen der Experten oder den wissenschaftlichen Wis-

sensstand abbilden, sondern im kreativ-konstruktiven Sinne darüber hinausgehen. Eine Bedingung dieses anspruchsvollen Forschungsdesigns ist eine ethische Haltung der Forscher, nämlich das Bestreben, für die zukünftige Anwendung in der Praxis die wertvollsten Konsensantworten zu schaffen. Was wir aus dem klinischen Alltag bereits bestens kennen und sehr schätzen, nämlich die praxisbezogenen Ratschläge von erfahrenen Kollegen, soll auf den Status einer systematischen Forschung gehoben werden. Dann stünden für die fallbezogenen Gesamtdiagnosen Generalisierungen aus zwei, sich gegenseitig befruchtenden Forschungs-zweigen zur Verfügung, dem wissenschaftlichen und dem klinischen.

Dr. med. T. Brühlmann, Meilen

- 1 Stark T. Evidence-based Medicine, der Arzt und der Patient. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(21): 1120-2.
- 2 Brühlmann T. Klinische neben wissenschaftlicher Forschung – eine Utopie. Schweiz Ärztezeitung 1999;80(27):1685-8.

Replik

Ich danke den Kollegen P. Böhi und T. Brühlmann für ihre Stellungnahmen zu meinem Diskussionsbeitrag. In ihren Worten ausgedrückt befasse ich mich darin mit der Frage, was «ein (begründetes) Abweichen von einer Guideline» (P. Böhi) ist, oder was «praktizierende Ärzte mit spezifischen Erfahrungen» (T. Brühlmann) sind. Eine anspruchsvolle Konzeptualisierung und Erforschung der individuellen ärztlichen Praxis im skizzierten Sinn kann man als Wissenschaft vom begründeten Abweichen (von einer Guideline) oder von der spezifischen ärztlichen Erfahrung verstehen. Ein mögliches sinnvolles qualitative und quantitative Methoden einbeziehendes Vorgehen besteht 1) in der Erforschung der individuellen Arzt-Patienten-Zusammenarbeit über eine Balintgruppe und 2) in der Erforschung der Vorgänge in der Balintgruppe mit den Methoden der empirischen Psychotherapieforschung. Die unfruchtbare Spaltung in EBM und Wissenschaftlichkeit auf der einen und individuelle Praxis und Unwissenschaftlichkeit auf der anderen Seite könnte so überwunden werden. Forschungsprojekte wie das skizzierte sind aufwendig. Es braucht qualifizierte Balintgruppen und empirische Psychotherapieforscher. Im zweiten Schritt entstehen enorme Datenmengen, deren Erhebung und Verarbeitung grosse Anforderungen an Theorie, Statistik und Interpretation stellen. Ergebnis solcher Forschung sind nicht Erkenntnisse, die direkt als generalisierbare Handlungsanweisungen in der Praxis angewandt werden können, sondern Erkenntnisse über Voraussetzungen und Vorgänge, die es dem einzelnen praktischen Arzt leicht oder schwer machen, ein fallspezifisches

Konzept der Zusammenarbeit zwischen dem Patienten und ihm zu erarbeiten (eine Mini-theorie). Dieses ermöglicht eine adäquate Implementierung von EBM und Guidelines oder ein Abweichen, das explizit begründbar ist.

T. Stark, Winterthur



Die armen Reichen!

Ich lese die engagierte Stellungnahme von Herrn Brunner für unsere operativ tätigen Kollegen und reibe mir einmal mehr die Augen: Immer häufiger und immer exklusiver geht es bei den TarMed-Auseinandersetzungen explizit um die Anliegen der FMS. Da wird um einen Faktor X umgeteilt, da wird den Vertragspartnern gegenüber eine ultimative Haltung eingenommen usw., usw.

Natürlich war eine der seinerzeitigen Hauptprämissen zur Erarbeitung eines neuen Tarifwerkes Morgenröte für uns Psychiater/innen auf der untersten Stufe der Einkommensleiter: die Aufwertung der intellektuellen gegenüber der technisch-operativen Leistung.

Dass – je nach Ausgang der Taxpunktverhandlungen – vom erhofften Einkommenszuwachs möglicherweise nichts mehr übrigbleiben wird, das hat natürlich auch mit dem politischen Umfeld *ausserhalb* der FMH zu tun. Es hat aber auch – und das ist das Bedenkliche – mit einer zunehmend einseitigen Interessenvertretung *innerhalb* des Berufsverbandes zu tun, die u.a. verstanden werden muss als Resultat eines erfolgreichen Lobbyings unserer streitbarsten und finanziell potentesten Kollegen von der FMS. Es scheint, dass im neuen Tarifwerk von Beginn weg und zukunftsweisend festgeschrieben sein muss, dass unsere operativ tätigen Kollegen weiterhin das 3- bis 4fache verdienen müssen, obwohl sie nichts anderes tun als wir auch: engagiert arbeiten, manchmal an der oberen Belastungsgrenze, unter grossem Aufwand für Aus- und Weiterbildung. Als Begründung erhalten muss der alte Mythos der «Gefährlichkeit», der nicht glaubhafter wird durch ständige Wiederholung und Beweisführung über die Höhe amerikanischer Haftpflichtversicherungsansätze.

Mit politischem Gegenwind kann und muss ich leben, auch mit allfälligen Einkommenseinbussen. Mit benachteiligender Asymmetrie im eigenen Berufsverband wird es schwieriger, auch wenn diese in den gesamtgesellschaftlichen Kontext passt: Die Schere zwischen «arm» und «reich» darf sich offenbar auf keinen Fall in relevantem Ausmass schliessen.

Dr. med. R. Philipp, Basel



Campagne publicitaire de www.mamma.ch

On devrait se réjouir en démocratie que le débat sur l'interruption de grossesse soit lancé, si ce n'était la méthode Benetton appliquée, hélas, par une de nos consœurs.

Ce site, lancé en même temps qu'une campagne de publicité triple format mondial, où la 3e affiche représente une poubelle remplie (d'un fœtus), est une injure faite à celles qui ont dû envisager une intervention de ce type.

Je n'ignore pas que de petites lâchetés, de petites commodités ont éventuellement aussi pu, comme dans d'autres décisions humaines, peser à l'occasion dans la décision d'interrompre une grossesse. Que cela soit un problème embarrassant pour tous, partagés entre le bien de la mère, de l'enfant à venir, et le respect de la vie, ne fait aucun doute. Mais l'inconfort de cette situation ne doit pas empêcher de réagir contre le type de discours qui est tenu.

Le site mamma.ch nous propose un argumentaire qui contient un certain nombre d'erreurs crasses, à côté de lacunes évidentes, révélatrices de la volonté de faire dévier la discussion sans informer complètement sur cette réalité complexe. Cela doit être condamné.

On s'attaque aux théories du développement embryonnaire alors que morphologiquement au moins l'embryon puis le fœtus parcourt des étapes antérieures à sa forme achevée, l'enfant, et que l'on retrouve les mêmes étapes dans d'autres espèces animales proches. Pourquoi cette dénégation? Est-ce pour nier que nous sommes une espèce qui a plutôt bien réussi grâce un avantage évolutif, les compétences d'un cerveau plus volumineux? Est-ce le fondamentalisme qui pointe à l'horizon?

S'il est vrai que l'enfant à naître ne bénéficie pas sensu stricto d'une protection légale particulière, et que l'avortement n'est jamais une bonne solution, je crois qu'un texte de loi qui interdit ce recours n'évalue pas mieux le caractère insupportable d'une grossesse que des personnes compétentes désignées par les autorités pour en décider. A la troisième page du site, on fait un parallèle incongru entre la situation de l'enfant à naître et le minimum vital garanti par la loi pour dettes et faillite. Que dire du choix des arguments qui compare à l'enfant des choses? Comme dans le jeu de l'oie, retournez à la case 2.

Plus loin, on met en scène un hypothétique complot visant à faire payer à l'enfant issu d'un viol le mal qu'on a fait à la femme. On affirme à la fois que «rares sont les femmes qui ont besoin d'une hospitalisation» (y a que ça de sérieux, voyez-vous) et que les hôpitaux psychiatriques sont remplis de

femmes qui ont avorté (pas grand chose d'autre n'y conduit, les psychiatres apprécieront). Il faut donc imposer à la mère de garder l'enfant, pour son bien. Je sais, peut-être pas ma consœur, qu'il est difficile de faire le bien des gens contre leur volonté.

On nie encore les dangers des avortements illégaux, et le fait incontestable que le nombre d'interruptions de grossesses ait constamment baissé même dans les cantons dit libéraux depuis l'introduction de la loi actuelle et l'éducation sexuelle. Malheureusement, c'est exactement ce qui est contraire à la réalité suisse qui est dit à la page 10, qui se base sur une statistique américaine (où jusqu'à 10% des adolescentes tombent enceintes). Il serait plus sage de relire les travaux de Mme Dondénaz, et de se demander pourquoi cela est tellement différent!

Quel fatras!

Dr. V. Woringe, Lausanne



Korrigendum

In der Gegendarstellung [1] haben sich leider zwei Differenzen zum Manuskript eingeschlichen. Da der Fall Dr. K. weltweit Beachtung findet und praktische Bedeutung hat, sollen sie richtiggestellt werden:

- Der in der Wissenschaft anstelle von «Sterbehilfe» verwendete Begriff «Medical Decisions Shortening Life» teilt sich in folgende Untergruppen (in der Reihenfolge ihrer zahlenmässigen Bedeutung):
 - non-treatment decisions,
 - alleviation of pain *and* symptoms [nicht: alleviation of pain symptoms],
 - euthanasia,
 - LAWER (life terminating acts without explicit request of the patient),
 - assisted suicide.
- Bei der Witwe, die in der medizinischen Verantwortung des Zürcher Allgemeinpraktikers, Dr. K., an unbehaltener Pneumonie zu Tode gekommen und dann von diesem beerbt worden war, handelte es sich um eine 87jährige [nicht 78jährige] polyarthritische, praktisch immobile Patientin. Für ihr Überleben war sie auf verlässliche Betreuung angewiesen.

B. Hug, Zürich

1 Hug B. Gegendarstellung zu «Sterbehilfe und Ökonomie». Schweiz Ärztezeitung 2000;81(20):1081.

Pressemitteilungen / Communiqué de presse

Jahrestagung der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz

Im Rahmen des interkantonalen «Gesundheits-Gipfels» hielt die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) am 26. Mai in Martigny (VS) ihre Jahrestagung ab. Der Thurgauer Finanz- und Sozialdirektor, Regierungsrat und Ständerat Dr. Philipp Stähelin, führte zum letzten Mal den Vorsitz der Konferenz. Zu ihrer neuen Präsidentin wählte die SDK Regierungsrätin Alice Scherrer, Vorsteherin der Gesundheitsdirektion des Kantons Appenzell-Ausserrhoden und bisheriges Mitglied des SDK-Vorstandes. Neu in den Vorstand gewählt wurden Regierungsrat Dr. Carlo Conti (Basel-Stadt) und Regierungsrat Anton Grüniger (St. Gallen). Als Mitglieder des Vorstandes für die nächste Amtsperiode wiedergewählt wurden Staatsrätin Monika Dusong (Vizepräsidentin, Neuenburg), Regierungsrat Samuel Bhend (Bern), Staatsrat Thomas Burgener (Wallis), Regierungsrätin Verena Diener (Zürich), Regierungsrat Dr. Markus Dürr (Luzern), Staatsrätin Patrizia Pesenti (Tessin) und Staatsrat Charles-Louis Rochat (Waadt).

Das Haupttraktandum der Tagung war der *Zukunft der Berufsbildungsregelung* im Gesundheitswesen gewidmet. Anfang des Jahres 2003 wird das neue Berufsbildungsgesetz in Kraft treten. Dabei wird die Zuständigkeit für die nichtuniversitäre Berufsbildung im Gesundheitswesen von den Kantonen auf den Bund übergehen. Die beteiligten Institutionen haben sich nun auf die entsprechenden Übergangslösungen geeinigt. Die Integration in das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) soll nach einer Übergangsphase im Jahr 2008 vollzogen sein. Der Vertrag mit dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK) über die Ausbildungsregelung soll verlängert werden. Die SDK befasste sich mit dem Projekt eines schweizerischen «Gesundheitsobservatoriums». Im Rahmen eines Netzwerkes von Institutionen soll dieses allen interessierten Behörden und Kreisen den Zugang zu wichtigen Informationen und Statistiken zum Gesundheitsbereich erleichtern. Die Konferenz sprach sich für die Weiterverfolgung und Konkretisierung des Projekts aus. Die Federführung liegt beim Bundesamt für Statistik (BFS).

Die SDK liess sich auch über den Stand der Arbeiten und Vorstellungen einer Arbeitsgruppe informieren, die sich mit der Zukunft der Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte befasst. Die Gruppe war im letzten Herbst gemeinsam von der SDK und drei Organisationen der Ärzteschaft eingesetzt worden. Ihre Vorschläge berühren die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte wie auch die