

Forum

**Zur Diskussion über den Entscheid des Zürcher Stadtrates zur Sterbehilfe in Alters- und Pflegeheimen**

«Im 19. Jahrhundert war es Aufgabe des Arztes gewesen, für einen friedlichen Tod zu sorgen oder diesen herbeizuführen. Dann wurde der Tod jedoch zum Zeichen ärztlichen Versagens und damit zum Tabu das es beiseite zu schieben galt. Der Umgang mit dem Tod war nun medizinischen Protokollen unterworfen.» [1]

Ärzte haben sich gegen den Entscheid des Zürcher Stadtrates zur Zulassung der Sterbehilfe in Alters- und Pflegeheimen in der Öffentlichkeit ausgesprochen. Ich denke z. B. an Cécile und Klaus Ernst [2, 3]. Die beiden kämpfen nicht erst jetzt, sondern seit vielen Jahren gegen einen leichtfertigen Umgang mit der Sterbehilfe. Für sie ist Sterbehilfe eine Form von Suizid, und Suizid ist zumeist nicht ein autonomer Akt, da beim Notleidenden die Urteilsfähigkeit verloren gegangen ist. Cécile Ernst hat in der *Schweizerischen Ärztezeitung* die Position formuliert, dass die Urteilsfähigkeit sowieso ungeeignet für die Beurteilung von Suizidalen ist. Mir scheint, Cécile und ihr Mann sprechen Menschen, die sich zur Selbsttötung entscheiden einen frei verantwortlichen Suizid ab.

Es haben Menschen, die in Heimen wohnen, eine andere Auffassung von ihrem psychischen Zustand geäußert. Die Fürsprecherinnen und Fürsprecher dieser Gruppe meinen, Urteilsfähigkeit muss, wie sie allgemein rechtlich verstanden wird, als Normalfall respektiert werden, sonst läuft es auf eine ärztliche Absprache an die Eigenständigkeit der Betroffenen hinaus. Sie stellen sich auch gegen einen leichtfertigen Umgang mit Sterbehilfe, weisen aber ebenso auf die Gefahr eines leichtfertigen Umgangs mit Wörtern wie Freiheit und Unfreiheit hin.

Eine Reihe von Begegnungen im kleinen und grossen Raum zwischen Betroffenen und Mitgliedern der Ärzteschaft scheinen mir dringend und verheissungsvoll. Die Betroffenen möchten gehört und ernst genommen werden. Ich kenne psychisch Leidende, die mit einer quälenden Krankheit konfrontiert sind und ein selbst gewähltes Sterben für eine reale Möglichkeit halten. In dieser Verfassung sollen sie verstanden werden. Sie hoffen auf pflegende Personen, die sie in diesem So-Sein kennen lernen wollen.

Ich habe vor, demnächst eine Behandlung vorzustellen, in der zunächst Exits Lösung als humane Handlung erschien. Durch eine Umstellung der Pflege der Betroffenen änderte sich relativ rasch der Zustand der Patientin derartig, dass seit Wochen Exit überhaupt nicht mehr erwähnt wird. Später mag Exits Lösung wieder aktuell werden, da die

Patientin schulmedizinisch betrachtet hoffnungslos krebskrank ist. Diese Brücke wird allerdings erst dann ernst genommen, wenn wir vor ihr stehen. Ich vermute, wie werden die Patientin in den Tod begleiten, ohne uns an Exit zu wenden. Ob dies in jedem Fall so sein wird, kann man nicht zum vorneherein sagen. Entscheidend ist meines Wissens immer der Einzelfall in der Einzelsituation.

Dr. med. Gerhard Ebner, Schaffhausen

- 1 Porter R. Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute. Heidelberg, Berlin: Spektrum Akademischer Verlag; 2000. S. 692.
- 2 Ernst C, Ernst K. Ungenügende Gutachten. Kritik am assistierten Suizid in Alters- und Krankenheimen. NZZ, Nr. 264, 11./12.11.2000, S. 49.
- 3 Ernst C. Assistierter Suizid in den Zürcherischen Alters- und Krankenheimen. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(6):293-4.

**Manipulations vertébrales: précisions**

En complément à la parution de l'article «Dissections artérielles lors de manipulations: attention danger!» [1] certains points évoqués demandent à être précisés.

Si la survenue de complications vasculaires suite à des manipulations du rachis cervical n'est pas contestable, leur fréquence n'est pas aussi élevée que ce que laissent entrevoir les auteurs. Une revue récente de la littérature à ce sujet estime ce risque de 5 à 10 pour 10 millions de manipulations cervicales [2]. Chaque complication est de trop, il n'est pas dans mon propos de nier la réalité des cas décrits, avec des drames humains pénibles, comme l'a bien montré l'émission. Mise au point consacrée à ce sujet et à laquelle j'ai d'ailleurs participé, mais de critiquer l'interprétation des faits, notamment de leur étiologie.

La démarche des auteurs de considérer chaque accident vertébro-basilaire comme complication de ce type de traitement sous prétexte que le patient y a été soumis dans les semaines précédentes et d'en conclure sans autre une relation de cause à effet me paraît abusive. En ce qui concerne les dissections carotidiennes, sans affirmer que ce type d'incident n'est pas possible, il ne fait en général pas partie des complications décrites. La probabilité qu'un patient présentant un syndrome vertébral ait été manipulé dans les 2 mois précédent son affection peut être élevée, compte tenu de la fréquence avec laquelle la population a recours à ce type de traitement.

Sur 118 cas décrits par Hurwitz [2], seuls 10 cas (soit moins de 10%) étaient survenus quelques jours après le traitement, la règle étant une apparition assez précoce des symptômes, pendant ou rapidement après le

traitement, la moitié des cas dans les secondes qui suivent, en contradiction avec les 6 cas décrits dans les Archives suisses de neurologie qui font état d'une latence tout à fait atypique de 5 à 6 semaines avant le développement des symptômes, avec une moyenne de 18 jours entre la manipulation et le début des symptômes.

Un spécialiste de la question comme Halde-man [3], constate que seulement 30% des dissections vertébrales peuvent être attribuées à un traitement manipulatif et que dans un assez grand nombre de cas, ce sont les symptômes d'une dissection non diagnostiquée qui sont à l'origine de la consultation, plutôt que la conséquence du traitement manipulatif en lui-même. Ceci souligne l'importance du diagnostic et surtout du diagnostic différentiel ainsi que de la connaissance des complications possibles en relation avec les traitements de type manipulatifs [4]. Cet élément est primordial lorsqu'on constate la facilité avec laquelle les politiques sont prêts à reconnaître la pratique de thérapeutes comme les ostéopathes, disposant d'une formation clinique absolument lacunaire.

La description des manipulations est lacunaire et l'attribution de l'adjectif «violente» à toute manipulation est tendancieuse et comporte inutilement un jugement de valeur seulement susceptible d'alimenter la polémique. Une manipulation n'est pas violente mais rapide! Il faut parler de manipulation «high velocity, low amplitude» qui ne comporte aucun élément de violence mais plutôt de rapidité (3-4 msec) [5]. Ce type de traitement exige une habileté de haut niveau et une pratique régulière. Une manipulation violente n'a pas été effectuée lege artis ni par un professionnel dûment formé. Un observateur attentif d'une manipulation vertébrale pourrait témoigner de leur manque de violence, plus que le patient lui-même qui est quelquefois impressionné par la rapidité de la manœuvre et le craquement articulaire audible. Il existe d'ailleurs d'autres formes de traitement manipulatif, sans impulsion manipulative.

Les auteurs incriminent les traitements des chiropraticiens à l'origine des complications. Il faut reconnaître qu'ils pratiquent la majorité de ce type de traitement à la population, à satisfaction (cf. étude anglaise). Leur formation diagnostique est parfaitement adéquate pour qu'ils soient considérés comme prestataires de premier recours par la LAMal (Art 25). Leur formation est sanctionnée par l'examen intercantonal pour chiropraticien sous la supervision de la commission mixte médecins et chiropraticiens de la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS). Les manipulations vertébrales sont également pratiquées par des médecins formés en Médecine manuelle qui sont détenteurs d'une Attestation de formation complémentaire en Mé-

decine manuelle (SAMM) reconnue par la FMH. La société médicale suisse de Médecine Manuelle (SAMM) compte d'ailleurs 1200 membres.

Les qualifications des autres utilisateurs de ce type de traitement, les ostéopathes, soit de Belmont, soit physiothérapeutes, les étio-pathes (qui ont repris l'étiquette d'ostéopathe) et les vitalogistes (formation de 6 week-ends!) ne remplissent pas les critères de qualité pour effectuer ce type de traitement.

En conclusion, les auteurs ont raison d'évoquer la problématique des complications, même si leur origine ne peut pas être rigoureusement attribuée à un traitement manipulatif. L'article est malheureusement partial face à ce type de traitement et aux professionnels qui les pratiquent et le sujet n'est pas traité de manière suffisamment rigoureuse. Les professionnels, médecins et chiropraticiens, qui pratiquent les manipulations vertébrales en connaissent les complications et sont attentifs à déceler précocement leur survenue éventuelle ce qui n'est pas le cas des autres utilisateurs. Le recours de la population à ce type de traitement est élevé, sans incidents fréquents et continuera de l'être [6]. Il n'y a pas d'acte médical sans risque, il faut améliorer notre connaissance du phénomène, par exemple en effectuant des recherches sur les facteurs de risques. Mais surtout il ne faudrait pas se tromper de cible! et maladroïtement mettre à l'index des professionnels dûment qualifiés.

*Dr Marc-Henri Gauchat, Sion
Responsable de la formation
complémentaire en médecine manuelle
(SAMM) pour la Suisse romande*

- 1 Rossetti AO, Combremont PC, Bogousslavsky J. Dissections artérielles lors de manipulations: attention danger! Bull Med Suisses 2001;81(10):495-7.
- 2 Hurwitz EL, Aker PD, Adams AH, Meeker WC, Shekelle PG. Manipulation and mobilisation of the cervical spine. A systematic review of the literature. Spine 1996;21(15):1746-59.
- 3 Haldeman, S, Kohlbeck FJ, McGregor M. Risk factors and precipitating neck movements causing vertebrobasilar artery dissection after cervical trauma and spinal manipulation. Spine 1999;24(8):785-94.
- 4 Powell, FC, Hanigan WC, Olivero WC. A risk/benefit analysis of spinal manipulation therapy for relief of lumbar or cervical pain. Neurosurgery 1993;33(1):73-9.
- 5 Herzog W, Conway PJ, Kawchuk GN, Zhang Y, Hasler EM. Forces exerted during spinal manipulative therapy. Spine 1993; 18(9):1206-12.
- 6 Twomey L, Taylor J. Spine update: exercise and spinal manipulation in the treatment of low back pain. Spine 1995;20(5):615-9.



Pflegenotstand – und die Ärzte?

Wenn ich auch im Ruhestand bin, so erfolge ich doch das Geschehen im Gesundheitswesen nach wie vor aufmerksam. An der «Front» stand ich in den siebziger und achtziger Jahren – damals als ärztlicher Leiter eines Landspitals. Während sechs Jahren war ich Mitglied des ZV der FMH, u. a. auch mit der Aufgabe des Verbindungsmannes zwischen Spitalärzten und dem Pflegedienst betraut. Verschiedene Male nahm ich publizistische Stellung und ging in diversen Gremien auf den schon um 1980 brennend gewordenen «Pflegenotstand» ein.

Zweifellos hat dieses Problem in der jüngeren Zeit – wahrscheinlich seit Besserung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage und seit dem Ergreifen von Sparmassnahmen in den öffentlichen Spitälern – erneut ganz erheblich an Bedeutung gewonnen: dies zum Nachteil der Betroffenen, d. h. des Pflegepersonals selbst und mindestens ebenso sehr der Patientinnen und Patienten. Eigenartig ist aber, dass die Spitalärzte sich in dieser Situation bisher nicht zu engagieren scheinen, jedenfalls nicht oder kaum in der Öffentlichkeit – nicht einmal in unserem Landesorgan. Dabei sind doch alarmierende Zeichen vorhanden, wenn auch von unterschiedlicher Intensität je nach Spital und Kanton. Auswirkungen des Pflegepersonalmangels sind nicht mehr zu übersehen: viele Pflegende – wie auch die Ärzte selbst – sind in ihrer durch die moderne Medizin komplizierter und schwieriger gewordenen Arbeit stärker gefordert und oft bis über ihre Grenzen hinaus belastet. Aus dem Idealbild der «optimalen» und «umfassenden» Pflege ist vielfach eine «genügende» Pflege geworden, die von einem Teil der Patienten manchmal sogar als «ungenügend» empfunden wird. Das Aus- und Umsteigen in ein anderes Spital, evtl. in eine Privatklinik oder gar in einen anderen Beruf sind nicht selten. Überforderungen wirken sich besonders bei den «Pflegenden in Ausbildung» aus. Sie drohen demotiviert zu werden – oder sind es schon. Nicht von ungefähr ist eine grössere Anzahl von Schulungsplätzen nicht mehr besetzt. Sicher können Löcher gestopft werden mit ausländischem Pflegepersonal, ohne welches manche Klinik längst nicht mehr betrieben werden könnte.

Muss dies so bleiben oder sich gar verschlimmern – muss dies seinen unabänderlichen Verlauf nehmen mit dem zu befürchtenden Resultat, dass die bisher meist gute Pflegequalität auf das Niveau anderer Länder absinkt mit der Gefahr auch, dass Fehler häufiger werden? Ist dies unvermeidlich, dass es den oft sehr kurz, aber intensiv behandelten Spitalpatienten dort gar nicht mehr wohl ist, dass sich mehr und mehr Leute vor einem Spitalaufenthalt fürchten im Wissen auch, dass sie ohnehin nur eine möglichst kurze Zeit dort sein können, früh entlassen werden, um danach oft noch mit ganz erheblichen Problemen konfrontiert zu sein?

Ist es nicht höchste Zeit, dass die verantwortlichen Ärztinnen und Ärzte sich einsetzen für ihre engsten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ohne die es einfach nicht geht, sich damit einsetzen auch für ihre Patientinnen und Patienten. Bekanntlich engagieren sich viele unserer Standesvertreter kräftig für ihre eigenen Interessen – warum denn nicht konsequent einsteigen für die andere grosse und unentbehrliche Berufsgruppe, die den Patienten besonders nahesteht und die ärztlichen Verordnungen kompetent ausführt. – Man könnte sich vorstellen, dass sogar die Verwaltungsleiter und Personalchefs dort, wo es not tut, sozusagen auf die Barrikaden steigen und damit dazu beitragen, dass die übergeordneten Behörden nicht mehr nur an die Finanzen denken. Natürlich ist nach den Ursachen des Pflegenotstandes zu fragen. Die Gründe für den jetzigen Zustand sind vielfältig. Einerseits sind es die weiterhin wachsenden Spitalkosten. Andererseits besteht die Verlockung, dort zu sparen, wo die grössten Kosten anfallen. Dies ist im Personalsektor der Fall und besonders in seiner grössten Gruppe, d. h. beim Pflegepersonal. Die Politik hat sich der Sache längst angenommen, freilich nicht immer sich fragend, was mit «Sparen um jeden Preis» angerichtet wird. Schliesslich sind «gute» Politiker jene, die für Steuersenkungen eintreten, damit einmal mehr den Egoismus ansprechend und nicht die viel notwendige Solidarität. – Die ungeheure Entwicklung der Medizin in den letzten Jahrzehnten trägt ebenfalls dazu bei, dass zwar die Hospitationen immer kürzer werden, die pflegerische Betreuung aber nicht etwa geringer wird in den intensiven ersten Tagen. Sicher wird und wurde in der jüngeren Vergangenheit relativ mehr im Personalbereich gespart als im technisch-apparativen – teils aus Prestige Gründen, teils auch, um den gewachsenen Ansprüchen zu genügen. – Im Hintergrund wurde im Zusammenhang mit Haftpflichtängsten vielleicht auch mancher Perfektionismus hochgezüchtet, der den Patienten zwar nicht viel brachte, nicht zuletzt aber den Pflegedienst belastete.

Wie dem auch sei: der Pflagenotstand ist heute wieder eine Tatsache, der auch die Ärzte etwas angeht. Die Ursachen liegen zu einem gewichtigen Teil in politischen Entscheidungen, die überdacht und wo nötig korrigiert werden müssen: das eine. Das andere: der Pflegedienst ist vielerorts in einer schwierigen Situation, die der Hilfe bedarf durch die andern beiden wesentlichen, die Spitäler konstituierenden Berufsgruppen: das sind der medizinische Dienst sowie die Administrativ- und Versorgungsfachleute. So wie die Ärzte ihre Aufgabe in Diagnostik und Therapie nur unter vernünftigen Voraussetzungen und in einer guten Zusammenarbeit mit allen Beteiligten erfüllen können, so vermögen auch die Pflegenden ihre Arbeiten, die ganz besonders dem Humanen im Spital verpflichtet ist, nur optimal zu leisten, wenn sie sich in ihren Anliegen gut unterstützt wissen.

Dr. med. H. Güntert, Wil

Pressemitteilung

Ozon-Sommer 2001

Keine Entwarnung aus ärztlicher Sicht

Wie in den vergangenen Jahren sind auch im Sommer 2001 wiederum erhöhte Ozonwerte zu erwarten. Dies bedeutet eine Gefahr für die Gesundheit vieler Menschen. Zur Verringerung der Vorläuferschadstoffe und damit des Ozons sind ganzjährig und rasch Massnahmen zu treffen.

Obwohl die Ozonspitzenwerte in den letzten Jahren eher abgenommen haben, wurden weiterhin über den ganzen Sommer hindurch häufige Überschreitungen des Immissionsgrenzwertes von 120 Mikrogramm ($\mu\text{g}/\text{m}^3$) Luft beobachtet. An einzelnen Orten traten diese Überschreitungen bis zu 670 Stunden im Jahr 2000 auf. Die Ozonspitzenwerte lagen 2000 auf der Alpennordseite bei 210 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ und auf der Alpensüdseite bei 240 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Die Unterschiede von Jahr zu Jahr und von Tag zu Tag können sehr gross sein. Ein schöner Sommer mit viel Sonnenschein treibt die Ozonwerte in die Höhe, ein verregener Sommer bewirkt das Gegenteil. Ozon ist ein sekundärer Schadstoff. Es entsteht aus den Vorläuferschadstoffen Stickoxide (NO_x) und flüchtigen organischen Verbindungen (VOC), wenn hohe Sonneneinstrahlung und warme Temperaturen vorherrschen. Stickoxide bilden sich bei der Verbrennung von Diesel oder Benzin im Verkehr. Dabei entsteht auch Kohlendioxid (CO_2).

Erhöhte Ozonwerte führen zu Reizungen der Schleimhäute, die sich in Form von Augenbrennen, Kratzen und Brennen im Hals, Druck auf der Brust und Schmerzen beim tief Einatmen äussern. Einschränkungen der Lungenfunktion treten auf. Entzündungen können in den Atemwegen bis in die Lungenbläschen hinein festgestellt werden. Die durch Ozon geschädigten Luftwege reagieren verstärkt auf andere Reize, wie z. B. auf Pollen. Die Leistungsfähigkeit ist unter vermehrtem Ozoneinfluss vermindert. Besonders betroffen von den ozonbedingten Entzündungen in den Atemwegen sind Asthmatiker/innen.

Zur Reduktion der Ozonbelastung unter den Immissionsgrenzwert von 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ Luft werden weitere, massive Anstrengungen zur Verminderung der Vorläuferschadstoffe notwendig sein. Die Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz fordern deshalb eine strikte Durchsetzung des flankierenden Gesetzes zum bilateralen Verkehrsabkommen mit der EU, welches eine Verlagerung von alpenquerendem Güterschwerverkehr auf die Schiene beinhaltet (keine Zunahme des Lastwagentransitverkehrs). Ferner muss die Schweiz ihren CO_2 -Ausstoss im Verlaufe der nächsten Jahre substantiell verringern. Der Bundesrat und das Parlament sind aufgefordert, entsprechende Massnahmen möglichst rasch voranzutreiben. Treibstoffe für den Luftverkehr sind im Sinne der Kosten-

wahrheit international koordiniert steuerlich zu belasten. Die Abgabesätze der Lenkungsabgabe auf flüchtige Kohlenwasserstoffe (VOC) sind rasch zu verschärfen, wenn eine Kontrolle zeigt, dass die Luftreinhalteziele des Bundesrates zur Begrenzung der Ozonbelastung nicht erreicht werden.

Beurteilung der aktuellen Ozonsituation (gem. Angaben BUWAL)

2000 war wie 1999 ein Jahr mit unterdurchschnittlicher Schadstoffbelastung der Luft. An den meisten Stationen wurden niedrigere Stickstoffdioxid- und PM10-Werte gemessen als 1999 (Ausnahme: höhere PM10-Belastung im Tessin). Die Ozonbelastung hat sich gegenüber dem Vorjahr wenig verändert. Die Immissionsgrenzwerte für Stickstoffdioxid, Ozon und PM10 wurden wie in den Vorjahren zum Teil deutlich überschritten.

Der Ozonsommer 2000 kann als durchschnittlicher Sommer bezeichnet werden. Die erreichten Ozonspitzenwerte lagen zum Teil höher als 1999, jedoch tiefer als im ozonreichen Sommer 1998. Die Zahl der Überschreitungen des Immissionsgrenzwertes von 120 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ war vergleichbar mit dem Vorjahr. Die häufigsten Grenzwertüberschreitungen (450–700 Stunden) wurden im Tessin und in den mittleren Höhenlagen der Alpennordseite (um 1000 m über Meer) gemessen. Diese Überschreitungen des Stundenmittelwertes verteilen sich auf 65–90 Tage. In den übrigen Gebieten der Alpennordseite wurden an 30–60 Tagen während 100–300 Stunden zu hohe Ozonwerte registriert.

Im Tessin wurde ein maximaler Ozonwert von 237 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ gemessen. Dies war der tiefste jährliche Maximalwert seit Messbeginn. Auf der Alpennordseite wurde ein Maximalwert von 210 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ am Ende einer 5tägigen Ozonepisode in der zweiten Junihälfte registriert. Dieser Wert lag deutlich höher als 1999. Allerdings war 1999 das Jahr mit den bisher tiefsten Ozonspitzenwerten auf der Alpennordseite, bedingt durch wechselhaftes Sommerwetter, das keine ausgeprägten Ozonepisoden entstehen liess.

Publikation von Messwerten und weitere Informationen

Internet: <http://www.buwal.ch/luft/>
Teletext SF DRS, TSR, TSI: Seiten 656 und 657; SF2: Seiten 704 und 705

Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz

Pressemitteilungen

Früherkennung von Psychosen

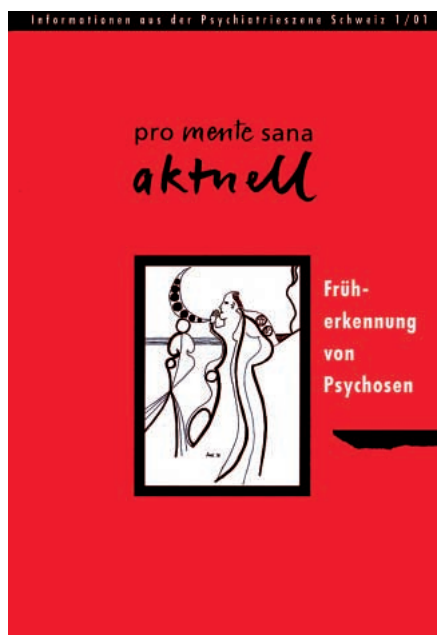
Zeitschrift «Pro Mente Sana aktuell»
Nr. 1/2001

Unspezifische Symptome, umstrittene Tests. Eine Psychose möglichst frühzeitig zu erkennen, ist ein schwieriges Unterfangen. Diese Nummer der Zeitschrift Pro Mente Sana aktuell gibt Orientierungshilfe.

Je früher eine Psychose erkannt wird, desto grösser sind die Heilungschancen. Die Wissenschaft rechnet damit, dass erste Symptome bereits mehrere Jahre vor Ausbruch der Psychose vorhanden sind. Doch eine frühzeitige Diagnose ist äusserst heikel. Denn die frühen Symptome einer Psychose sind den «normalen» Turbulenzen der Pubertät ziemlich ähnlich. Auch gesunde Jugendliche verhalten sich in diesem Alter «verrückt». Deshalb sind Tests zur Früherkennung umstritten. Es besteht die Gefahr einer vorschnellen oder gar falschen «Risiko-diagnose». Gerade junge Menschen können dadurch unnötig diskriminiert werden und ins Abseits geraten. Das Heft «Früherkennung von Psychosen» informiert über den neuesten Stand der Forschung zu diesem Thema, über Anlaufstellen, die behutsam vorgehen, über Hilfsmöglichkeiten, aber auch über die Erfahrungen von Menschen, die selber bereits eine Psychose durchlebt haben.

Sehr interessante Nummer mit hervorragenden Illustrationen von Ines L. (Anm. d. Red.)

Pro Mente Sana,
Rotbuchstrasse 32, Postfach, 8042 Zürich,
Tel. 01 361 82 72, Fax 01 361 82 16,
E-mail: kontakt@promentesana.ch,
Internet: <http://www.promentesana.ch>



Comic-Wettbewerb Luftibus

Ein Projekt der Lungenliga Zürich

Luftibus – ein Projekt der Lungenliga Zürich schreibt zum 18jährigen Jubiläum einen Comic-Wettbewerb aus. Er soll Jugendlichen zwischen 14 und 21 Jahren die Möglichkeit geben, sich zum Thema Rauchen und Gesundheit Gedanken zu machen und diese zeichnerisch umzusetzen.

Teilnahmebedingungen

Thema: «Lunge rein, Hauch raus»

Einsendeschluss: 17. September 2001 (Datum des Poststempels)

Format: A4 oder A3 (keine Zwischenformate)

Beschriftung: Name, Adresse, Telefon und Geburtsdatum auf jeder Rückseite

Seitenzahl: maximal 4 (nur 1 Comic)

Verpackung: stabile Umschläge, keine Rollen, Rückporto beilegen (falls zuwenig Rückporto beiliegt, werden die Arbeiten nicht zurückgesandt)

Alter der Teilnehmenden: 14–21 Jahre

Die Lungenliga Zürich übernimmt bei Verlust oder Beschädigung der eingesandten Werke keine Haftung. Sofern von den Einsendern/-innen nicht anders vermerkt, darf die Lungenliga Zürich die eingereichten Werke oder Teile davon für journalistische Berichterstattung oder für Eigenwerbung verwenden und die Adressen der Zeichner/innen weitergeben.

Die Jury: David Basler, Dr. Otto Brändli, Andreas Gefe, Lorenz Meier, Sandra Sapigni.

Preise: Es werden drei Hauptpreise im Gesamtwert von Fr. 2000.– vergeben sowie Veröffentlichung im Jubiläumsbuch des Luftibus – ein Projekt der Lungenliga Zürich.

Einsenden an: Fumetto, Wettbewerb Luftibus, Postfach 2916, 6002 Luzern