

Courrier au BMS



Die Nebelgranate der «erhöhten Wahrscheinlichkeit»

Kommentar zum Aufsatz von David Husmann und Peter Kaufmann [1]

Die Autoren postulieren einen Beweisgrad der «erhöhten Wahrscheinlichkeit», den sie mit jenem der «überwiegenden Wahrscheinlichkeit» gleichsetzen und im Einzelfall unter einer Wahrscheinlichkeit von 50% für gegeben halten. Dabei verschweigen sie: a) dass es sich um eine «Neuschöpfung» handelt, b) dass sie als Geschädigtenanwälte die einseitige Sicht von Interessenvertretern wiedergeben und c) dass diese einseitige Sicht der herrschenden Lehre und Rechtsprechung nicht entspricht.

Die Autoren Husmann und Kaufmann stützen sich auf den Entscheid des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes (EVG) vom 19. 10. 2001, U 50/2001, und vertreten die Meinung, auch unter 50% (Seite 266: *nicht notwendigerweise mindestens 50%*) könne von überwiegender bzw. erhöhter Wahrscheinlichkeit gesprochen werden. So sei beispielsweise bei «Wahrscheinlichkeiten» von a) 30%, b) 30% und c) 40% die Variante c) «überwiegend wahrscheinlich». Davon kann schon von einfachsten statistischen Überlegungen her gesehen, keine Rede sein: Eine Möglichkeit kann nicht zur Wahrscheinlichkeit mutieren. Die Variante c) bleibt eine Variante von drei Hypothesen. Den Autoren geht es darum, das Beweismass zugunsten der Geschädigten möglichst abzusenken. Diese Zielsetzung ist legitim, sollte aber offengelegt werden.

In der Eile vergessen Husmann und Kaufmann zudem zu erwähnen, was das Bundesgericht zu ihrem «Pilotentscheid» ausgeführt hat: [2] «Aus dem zitierten Urteil muss nicht abgeleitet werden, dass eine 51%-ige Wahrscheinlichkeit als überwiegend zu betrachten ist ... In jenem Kontext (scil. U 50/2001) ging es mithin um ein Gegenüberstellen mehrerer möglicher Geschehensabläufe und nicht um die Definition des Beweismasses der überwiegenden Wahrscheinlichkeit». Husmann ist auch entgangen, dass er selbst in der Besprechung der bundesgerichtlichen Praxis [3,4] darauf hingewiesen hat, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit werde nur über

50 Prozent angenommen. Gleiches folgt aus der HAVE1/2009, 53: «51% ist keine überwiegende Wahrscheinlichkeit». [5]

In seinem Entscheid vom 23.9.2008 [2] umschreibt das Bundesgericht den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit, entsprechend der ständigen Praxis, wie folgt: «Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung gilt ein Beweis nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als erbracht, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht mehr in Betracht fallen (...)».

Es versteht sich von selbst, dass die Messlatte für den so definierten Beweisgrad hoch liegt. Im hilfswisen Rückgriff auf die Prozentzahlen [6] hat die heutige Bundesrichterin Fabienne Hohl schon 1991 ausgeführt [7]: «Toujours pour les besoins de la seule démonstration, je chiffirais cette haute vraisemblance à un taux de 75% au minimum». Von 51% ++ also keine Rede. Auch nach Berger-Steiner ist der Schwellenwert des Beweisgrades der überwiegenden (oder hohen) Wahrscheinlichkeit bei 75% anzusiedeln. [5] Berger-Steiner weist auch darauf hin, dass die Mehrheit der von ihr befragten Richter «Werte von 75 und 80%» angaben. Alles zum Missfallen von David Husmann, der diese Meinungen mit der Bemerkung kritisiert, die Messlatte für das Erfüllen des Beweismasses der überwiegenden Wahrscheinlichkeit werde damit «eindeutig zu hoch angesetzt». [6]

Im Lichte dieser Tatsachen stört, dass die Autoren Husmann und Kaufmann es für unnötig halten, ihre publizierte Meinung als persönliche Meinung von Geschädigtenanwälten und Interessevertretern darzustellen. Der Ärzteschaft wird empfohlen, sich an die jederzeit überprüfbar Leitsätze des Bundesgerichtes zu halten und – im Rahmen der ärztlichen Begutachtung – allenfalls vom Auftraggeber klar umschriebene Beweisgrade zu verlangen.

Rolf P. Steinegger,
Fürsprecher, Bern

- 1 Husmann D, Kaufmann P. Was Ärzte über Kausalität wissen sollten. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(7):264–8.
- 2 BGE vom 23.9.2008, 4A 397/2008, erw.4.3.
- 3 Husmann D. Schleudertrauma: Nur der Einzelfall zählt. Plädoyer. 2008;4:34.

4 Husmann, Wahrscheinlichkeit von 51 Prozent genügt nicht. Plädoyer. 2008;6:83ff.

5 Vgl. auch Berger-Steiner I. Der Kausalitätsbeweis. HAVE Personen-Schaden-Forum. 2009:26.

6 Berger-Steiner I. Der Kausalitätsbeweis. HAVE Personen-Schaden-Forum. 2009:22.

7 Hohl F. Le degré de la preuve. Festschrift Oscar Vogel. 1991:156.

9 Husmann D. Wahrscheinlichkeit von 51 Prozent genügt nicht. Plädoyer. 2008;6:86.



Replik

Das Bundesgericht hat seit jeher bestätigt, dass ein Beweis nach dem Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit dann erbracht ist, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht mehr in Betracht fallen. Im publizierten Artikel «Unfallkausalität – was Ärzte über Kausalität wissen sollten» in der schweizerischen Ärztezeitung 2009;9:7 Seite 265 ff. wird nichts anderes dargetan. Kann die überwiegende Wahrscheinlichkeit in Prozentzahlen gefasst werden?

Im Rahmen eines Gesuchs zur unentgeltlichen Prozessführung hat das Bundesgericht mit Urteil vom 23. September 2008 (4A_397/2008) ausgeführt, dass eine überwiegende Wahrscheinlichkeit dann nicht gegeben ist, wenn der Unfall mit einer Wahrscheinlichkeit von 51% die (Teil-)Ursache einer anhaltenden Gesundheitsstörung darstellt. Welche prozentuale Sicherheit beim Gericht allerdings geweckt werden muss, sagt das Bundesgericht nicht und es tut gut daran. Die Überzeugungsbildung des Gerichts ist ein sehr komplexer Vorgang, und zuletzt ist die vornehme Aufgabe des Gerichts, in freier Beweiswürdigung zu entscheiden, ob es richtig und angemessen sei, einen Sachverhalt, der sich nicht mit Sicherheit beweisen lässt, als gegeben anzusehen; der Gedanke, eine bestimmte Prozentzahl könnte eine dem Gericht hilfreiche scharfe Grenze ziehen, verkennt die Einzigartigkeit der gerichtlichen Arbeit in jedem Einzelfall [1].

Sodann gilt nochmals zu erwähnen, dass es nebst des Sicherheitsbeweises und des Beweismasses der überwiegenden Wahrscheinlichkeit auch die stark überwiegende Wahrscheinlichkeit gibt. Bei Berufskrankheiten wird verlangt, dass der Beweisgrad der *stark* überwiegenden Wahrscheinlichkeit gegeben ist (vgl. Art. 9 Abs. 2 UVG). Gemäss der Empfehlung der Ad-hoc-Kommission Schaden UVG vom 3. September 2002 (Nr. 7/83), muss zur Annahme der stark überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Ursache zu mindestens 75% gegeben sein [2]. Die überwiegende Wahrscheinlichkeit ist nun mit Sicherheit prozentual tiefer anzusetzen als die stark überwiegende Wahrscheinlichkeit. Wo indessen der Wert liegt, vermag keiner zu sagen, und es wäre auch nicht sinnvoll, einen solchen mit einer fixen Prozentzahl zu definieren.

Auch die im Artikel von Fürsprecher Steinegger zitierte Autorin Isabelle Berger-Steiner hat anlässlich der Veranstaltung Personen-Schaden-Forum 2009 ausgeführt, dass die Prozentwerte nur zur Veranschaulichung dienen. Das Bundesgericht hatte sich in U50/01 vom 19. Oktober 2001 mit einem Sachverhalt auseinanderzusetzen, in dem drei mögliche Ursachen zur Diskussion standen; in einer solchen Situation, so das Bundesgericht, sei jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die das Gericht von allen möglichen Geschehensabläufen als die Wahrscheinlichste würdige, wobei diese nicht notwendigerweise mindestens 50% (bzw. mehr als 50%) zu betragen habe. In Übereinkunft mit dem Bundesgericht wird somit an unseren Ausführungen weiterhin festgehalten.

Es bleibt dabei, dass die überwiegende Wahrscheinlichkeit als Beweismass dann erbracht ist, wenn für die Richtigkeit der Sachbehauptung nach objektiven Gesichtspunkten derart gewichtige Gründe sprechen, dass andere denkbare Möglichkeiten vernünftigerweise nicht massgeblich in Betracht fallen. Eine bloss gegebene Möglichkeit reicht somit nicht. Eine stark überwiegende Wahrscheinlichkeit wird demgegenüber nicht vorausgesetzt. Die überwiegende Wahrscheinlichkeit ist dazwischen anzusiedeln.

*David Husmann, Rechtsanwalt/
Fachanwalt SAV Haftpflicht- und
Versicherungsrecht, Zürich und Zug*

*Peter Kaufmann, Fürsprecher/Fachanwalt SAV
Haftpflicht- und Versicherungsrecht, Bern*

- 1 Pribnow V. Kausalzusammenhang. Swisslex, Referenz hill.2009:7:3ff.
- 2 vgl. auch BGE 117 V 355 E. 2b.
- 3 Urteil BG vom 28. Juli 2009 (8C 456/2009): Als Lektüre empfohlen.



Falschaussage zur IV-Finanzierung

Frau Dr. Ch. Romann ist mit der Aussage zur IV-Finanzierung in ihrem Editorial der Ärztezeitung [1] offensichtlich einer Fehlinformation zum Opfer gefallen oder sie hat die Vorlage bewusst so dargestellt.

Frau Dr. Romann hat vielleicht unbewusst das versteckte Problem der MWSt-Vorlage vom 27.9.2009 richtig dargestellt. Ihre Aussage, dass die IV mit der Schaffung eines eigenen Fonds von den Schulden befreit wird, ist so gesehen zynisch. Die Schulden bleiben selbstverständlich erhalten und werden mit einem A-fonds-perdu-Beitrag für die IV um weitere fünf Mia. erhöht. Allerdings werden sie mit diesem Beschluss endgültig von der IV in die AHV verschoben. Dort werden die fehlenden Mittel in drei bis vier Jahren zu einer erneuten Steuererhöhung führen. Bei der AHV wird ja dann kaum jemand für ein Nein zu finden sein.

Bei den Sozialversicherungen, besonders bei der IV, sollten Fehlentwicklungen gestoppt werden. Probleme mit Geld zudecken ist keine Lösung. Darum NEIN am 27. September zur MWSt-Erhöhung.

*Toni Bortoluzzi, Nationalrat,
Affoltern am Albis/ZH*

- 1 Romann C. Ein kräftiges JA für die IV am 27. September 2009. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(37):1277.

Replik

Lieber Herr Bortoluzzi

Lassen Sie mich zunächst richtigstellen: Mit der Schaffung eines eigenen Fonds wird vorab die AHV entlastet, die nicht mehr für die Schulden der IV gradstehen muss, das zusätzliche Geld aus der geplanten Anhebung der Mehrwertsteuer um 0,4% von 7,6% auf 8% dient dazu, die dramatische Verschuldungskurve nach unten gehen zu lassen – etwas anderes habe ich meines Wissens nicht behauptet. Die zusätzlichen Gelder lösen die finanziellen Probleme der IV nicht, da haben Sie natürlich recht, aber das behauptet auch niemand. Die angeschlagene Sozialversicherung erhält mit dem Geld aus der Mehrwertsteuer «nur» die dringend benötigte Atempause, die sie sicherlich zu nutzen wissen wird. Eine Sanierung der IV kann nur gelingen unter Einbezug aller Betroffenen: der IV-Bezügerinnen und -Bezüger und ihrer Organisationen, der Ärzteschaft, der politischen Parteien und Verbände und der Arbeitgeberorganisationen, kurz all derer, die sich heute für die Zusatzfinanzierung einsetzen.

Niemand hat in diesen Wochen vor der Abstimmung eine gangbare Alternative aufzeigen können, das zeigen auch die Abstimmungsplakate der Gegner: Mit einem Nein zu 8% Mehrwertsteuer wird weder gesagt, dass es sich effektiv um eine Erhöhung von 0,4% handelt, noch wird im geringsten darauf hingewiesen, wo die Gelder aus der geplanten Steuererhöhung eingesetzt werden sollen!

Es geht aber eben um die IV! Es geht um nichts weniger als um die Existenz dieses wichtigen Bestandteiles unseres sozialen Netzes. Deshalb hat die Vorlage schliesslich nach einigem Ringen auch die breite Unterstützung gefunden, die sie verdient.

*Dr. med. Christine Romann,
Mitglied des Zentralvorstands der FMH,
Verantwortliche Ressort Gesundheitsförderung und Prävention*



Ein kräftiges Ja für die IV am 27. September 2009

Sehr geehrte Frau Kollegin Romann
Besten Dank für den Artikel in der Schweizerischen Ärztezeitung [1]. Ich selbst bin seit Ende 2000 körperlich behindert und musste damals meine Praxis (billig) verkaufen. Als Typ I Diabetiker war ich auch nie versicherbar. Invalide – eben «unwert» – wurde ich übrigens nicht wegen des Diabetes.

Das Mieseste, was mir und meiner Frau angetan wurde, ist nicht die Rentenkürzung. Unsere Ersparnisse haben wir übrigens zwischenzeitlich aufgebraucht. Was uns allen Behinderten versprochen wurde, war, uns bei der Wiederintegration besser behilflich zu sein. Zwar kann ich als Arzt nicht mehr tätig sein, aber mein Kopf funktioniert immer noch. Von der IV wurde ich nicht, schlicht überhaupt nicht, unterstützt. Ausser der Unterschenkelprothese und dem Rollstuhl wird mir absolut *nichts* zur Verfügung gestellt. Wenn ich einen Antrag stelle, so ist die erste Antwort: «Wir haben Ihren Antrag erhalten.» Die zweite ist: «Nein. Abgelehnt. Sie können Einsprache erheben oder binnen eines Monats beim Versicherungsgericht» Ein Rechtsanwalt kostet Geld. Die dritte Antwort ist dann wiederum: «Definitiv nein.»

Selbst habe ich ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt geschaffen, welches ich auch leite.

Meinen Dienst an der Schweiz habe ich geleistet. Ich gehöre noch zur Generation, die ihren wöchentlichen Notfalldienst selbst geleistet hat und war für meine Patienten auch immer

erreichbar. Wir alle wissen, dass M. Couche-pin noch weniger ist als eine unglückliche Lösung. Es wäre schön, wenn endlich einmal darauf hingewiesen wird, dass nicht nur diese Integrationshilfe für etwas anspruchsvollere Arbeit völlig unterbleibt, sondern auch darauf, dass integrationswillige Invalide bestraft werden, wenn sie mehr als 4000 Franken im Monat verdienen. Dies wird dann sogleich an der Rente abgezogen. Ein schändliches Tun. Wie eingangs gesagt: Es wäre toll, wenn man darauf deutlich hinweisen würde.

Dr. med. H. Süssstrunk, Langnau am Albis

- 1 Romann C. Ein kräftiges JA für die IV am 27. September 2009. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(37):1277.



Gutachten – Schlechtachten

Zum Artikel «Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psychotraumatologie» [1]

Lieber Herr Moehlecke

Mit Ihrem Artikel sprechen Sie sicher nicht nur mir aus dem Herzen und dem Kopf – vielen Dank! Leider mache auch ich fast täglich in meiner Arbeit als Psychiater genau dieselben Erfahrungen mit versicherungsmedizinischen Gutachtern. Ergänzend möchte ich noch über andere Erfahrungen im gleichen Kontext berichten.

Nach 23 Jahren Praxis kenne ich mehrere seriöse und kompetente, niedergelassene psychiatrische Gutachter, die v.a. auch mit den Exploranden menschlich korrekt umgehen. Mehrmals erlebte ich aber, wie die IV ihr nicht genehme Schlussfolgerungen von Gutachten, die sie selber in Auftrag gegeben hat, ganz einfach unterschlägt oder auch, dass die IV aus einem Gutachten einen einzigen Satz aus dem Zusammenhang nahm und den Sinn des ganzen Gutachtens dreist ins Gegenteil verkehrte! Noch mehr zu denken geben mir die nachfolgend beschriebenen Situationen. Ich habe erlebt, dass eine Patientin in einer schweren, suizidalen Krisensituation – trotz eingeschriebenen Briefen von mir – zu diversen Begutachtungen der RAD/MEDAS aufgeboten wurde mit der «Begründung», diese seien zumutbar und mein Einwand sei «medizinisch nicht nachvollziehbar». Erschreckend häufig erfuhr ich von verschiedenen Patienten, dass die gutachterlichen Experten von RAD/MEDAS, sie nicht nur von oben herab, sondern diskriminierend bis verletzend und

beleidigend behandelt hätten. Obschon Patienten in der Regel wissen, dass Gutachter keine therapeutische Funktion haben, sind sie nicht darauf gefasst, von diesen noch zusätzlich psychisch traumatisiert zu werden! Als psychiatrischer Grundversorger fange ich dann jeweils die gutachterlich ausgelösten Krisen therapeutisch wieder auf. In einigen Gutachten lese ich zudem, dass meine bisherige Therapie «ziemlich dürftig» sei oder auch, dass «therapeutisch wesentlich mehr gemacht werden könnte» – solches «wissen» die Gutachter objektiv aus den vielen Berichten und nachdem sie fünf Minuten mit mir telefoniert haben ...

Was können wir tun, anstatt uns zu ärgern? Ich boykottiere seit über einem Jahr eine bestimmte MEDAS und habe dies der betreffenden Leitung, der IV und dem BSV so mitgeteilt. (Namen tun hier aber nichts zur Sache – denn der Wurm solcher Missstände liegt im schwerstkranken Versicherungssystem!) Zudem plädiere ich dafür, die verantwortlichen Auftraggeber vermehrt in die Pflicht zu nehmen, und verlange ab jetzt explizit, dass jeder Gutachter nach dem Erstellen des Gutachtens den Exploranden mindestens noch einmal selber sieht und mit ihm die einzelnen Schlussfolgerungen sorgfältig und ausführlich bespricht. Und iatrogen eventuell ausgelöste Krisen sind durch erfahrene Therapeuten der auftraggebenden Versicherer selber zu behandeln.

Die Sorgfaltspflicht, die Schadenminderungspflicht und die Mitwirkungspflicht gelten nämlich auch für die Versicherer!

*Dr. med. Kurt Bettler, Herzogenbuchsee
(praxis.bettler@bluewin.ch)*

- 1 Moehlecke T. Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psychotraumatologie. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(34):1304–7.



Zutreffende Analyse der Begutachtungsproblematik

Zum Beitrag von Thomas Moehlecke [1]

Kollege Moehlecke schildert in seinem Artikel «die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psychotraumatologie» die Situation sehr zutreffend und legt präzise dar, warum ohne sorgfältige und professionelle Vorgehensweise ein Gutachten rasch zur kostspieligen Makulatur werden kann. Ich erlaube mir, seine Darlegungen im Zusammen-

hang mit eigenen Erfahrungen mit der Invalidenversicherung zu ergänzen.

Längerdauernde psychiatrisch-psychotherapeutische Therapiesituationen sind nicht-linear und oft hochkomplex, v. a. wenn sie zu Begutachtungen führen. Ein wesentliches Element eines effizienten Vorgehens im Bereich komplexer Situationen ist die intra- und interprofessionelle Zusammenarbeit. Leider erlebe ich es aber als Ausnahme, dass z. B. ein IV-Gutachter mit mir Kontakt aufnimmt. Eher die Regel scheint es, dass ein Explorand, mit dem ich oft seit Jahren intensiv arbeite und dessen Hausarzt ihn und seine Familie vielleicht seit Jahrzehnten kennt, vom Begutachter eine Stunde (oder sogar kürzer!) gesehen und dann ohne jegliche Rücksprache ein Gutachten erstellt wird, auf dessen Grundlage i. d. R. weitreichende Entscheide getroffen werden. Auffallend ist, dass diese in den allermeisten Fällen im (kurzfristigen!) Interesse der IV sind, das heisst, Leistungen werden zunehmend abgelehnt. Dass diese Praxis im Zusammenhang mit der desolaten finanziellen Situation der IV sowie der Tatsache steht, dass diese ihre Gutachter selber auswählt und bezahlt, wird von deren Vertretern ebenso bestritten, wie es mir evident scheint.

Mit zunehmender Sorge und Verdruss beobachte ich eine stetige Verschiebung meiner Arbeitszeit zulasten der psychotherapeutischen Arbeit mit meinen Patienten. Der grösste Teil der dafür verantwortlichen zunehmenden administrativen Nebenarbeiten betrifft das Berichtswesen, in erster Linie für die Kranken-, Taggeld- und eben die Invalidenversicherung. Da es in der Psychiatrie wie erwähnt häufig um komplexe Situationen, Prozesse und Leidensgeschichten von Menschen geht, ist deren verständliche, aber doch richtige Darstellung oft ein aufwendiges Stück Arbeit, besteht das Kunststück doch darin, nicht nur den (legitimen) Informationsbedarf der IV zu befriedigen – und zwar in einer Ausformulierung, welche auch von Laien verstanden wird und trotzdem differenziert bleibt – sondern gleichzeitig das (auch legitime) Bedürfnis des Patienten nach Schutz der Persönlichkeits-sphäre zu berücksichtigen und so also dauernd abzuwägen, welche Informationen wie und in welchem Masse in einen Bericht einfließen sollen, dürfen oder müssen.

So ist es dann umso frustrierender, dass auf oft erschreckend schmaler Basis stehende Gutachten in der Regel höher gewichtet werden als langjährige Erfahrungen von Psychiater und Hausarzt. Das ganze Berichts- und Gutachterwesen weckt bei mir zunehmend den Eindruck einer Alibiübung, damit die immer härter und unmenschlicher werdenden Entscheide der IV pro forma legitimiert werden. Es stellt sich die Frage, ob es unter diesen Umständen überhaupt noch Sinn macht, IV-Berichte zu schreiben.

Durch ihre zunehmend restriktive, von kurzfristigem Spardenken geleitete Praxis trägt die IV dazu bei, dass vorhandene Ressourcen der Patienten nicht genutzt und stattdessen chronische Krankheitsverläufe begünstigt werden. Dies hat nicht nur eine steigende Zahl tragischer Einzelschicksale zur Folge, sondern belastet schliesslich auch die Allgemeinheit mit zusätzlichen Kosten.

Dr. med. Ph. Hurni, Bern

- 1 Moehlecke T. Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psycho-traumatologie. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(34):1304-7.



Begutachtungsinstitute der IV

Der Artikel betreffend Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psycho-traumatologie von Dr. Th. Moehlecke [1] spricht mir aus dem Herzen. Ich habe leider die Erfahrung gemacht, dass diese Begutachtungsinstitute viel Leid anrichten.

Es ist frustrierend und macht mich wütend, dass für die IV offenbar die Meinung des Hausarztes oder Psychiaters, der einen Patienten

regelmässig sieht und lange begleitet, nichts wert ist, die Beurteilung in einem solchen Institut aber oberste Gültigkeit hat.

Nicht selten frage ich mich, wofür ich als Hausärztin überhaupt noch IV-Zeugnisse ausfülle, sie gelten ja eh nichts!

*Dr. med. Claudia Khov-Schild,
Allgemeine Medizin, Villmergen*

- 1 Moehlecke T. Die Problematik psychiatrischer Begutachtungen im Bereiche der Psycho-traumatologie. Schweiz Ärztezeitung. 2009; 90(34):1304-7.

Communications

Société Suisse de Pneumologie

Prix Pneumo Boehringer Ingelheim 2010

Grâce à la générosité de la maison Boehringer Ingelheim, la Société Suisse de Pneumologie a pu créer un prix scientifique d'un montant annuel de Fr. 12 500.-. Son but est d'encourager et de distinguer des travaux scientifiques dans le domaine de la pneumologie adulte et pédiatrique en Suisse.

Exigences: Le candidat doit avoir moins de 40 ans. Le travail doit provenir d'un service, clinique, institut ou cabinet médical suisse de pneumologie. Le manuscrit peut être rédigé en allemand, français ou anglais. Il doit être soit accepté pour publication soit avoir été publié dans une revue à politique éditoriale après le 1^{er} janvier 2009.

Le prix sera remis au cours de l'Assemblée annuelle de la Société Suisse de Pneumologie à Lausanne en 2010. C'est le Comité de la Société Suisse de Pneumologie qui choisit le lauréat. Un partage du prix n'est pas prévu. Les candidats pour l'attribution du prix 2010 sont priés d'adresser leur travail scientifique

(1 seul manuscrit par candidat), accompagné de leur curriculum vitae, la lettre d'acceptation de la revue si le travail est in press et d'une courte lettre d'accompagnement, qu'ils auront signé eux-mêmes, à l'adresse suivante *jusqu'au 15 octobre 2009*: Secrétariat central de la Société Suisse de Pneumologie, Südbahnhofstrasse 14c, case postale, 3000 Berne 14 (tél. 031 378 20 30, fax 031 378 20 31, e-mail: e.frey@lung.ch).

Prix de Pneumologie GlaxoSmithKline 2010

Grâce à la générosité de la maison GlaxoSmithKline SA, la Société Suisse de Pneumologie a pu créer un prix scientifique d'un montant annuel de Fr. 12 500.-. Son but est d'encourager et de distinguer des travaux scientifiques dans le domaine de la pneumologie adulte et pédiatrique en Suisse.

Exigences: Le candidat doit avoir moins de 40 ans. Le travail doit provenir d'un service, clinique, institut ou cabinet médical suisse de pneumologie. Le manuscrit peut être rédigé en allemand, français ou anglais. Il ne doit pas encore avoir été publié ou accepté pour pub-

lication au 30 septembre 2009, mais peut avoir été déjà adressé à une revue spécialisée.

Le prix sera remis au cours de l'Assemblée annuelle de la Société Suisse de Pneumologie à Lausanne en 2010. C'est le Comité de la Société Suisse de Pneumologie qui choisit le lauréat. Un partage du prix n'est pas prévu.

Les candidats pour l'attribution du prix 2010 sont priés d'adresser leur travail scientifique (1 seul manuscrit par candidat), accompagné de leur curriculum vitae et d'une courte lettre d'accompagnement, qu'ils auront signé eux-mêmes, à l'adresse suivante *jusqu'au 15 octobre 2009*: Secrétariat central de la Société Suisse de Pneumologie, Südbahnhofstrasse 14c, case postale, 3000 Berne 14 (tél. 031 378 20 30, fax 031 378 20 31, e-mail: e.frey@lung.ch).

Il est possible de se porter simultanément candidat pour le Prix de Pneumologie Boehringer Ingelheim et pour le Prix de Pneumologie GlaxoSmithKline. Dans ce cas, le candidat doit mentionner dans sa lettre d'accompagnement quel travail est soumis pour quel prix selon les conditions respectives.