

Courrier au BMS



Zum Artikel «Schweiz: dritthöchste Gesundheitsausgaben im neuesten OECD-Vergleich» [1]

Man soll keiner Statistik trauen, die man nicht selber gefälscht hat, heisst es. Im Gesundheitswesen wird mit allen möglichen Statistiken hantiert, die – auch wenn nicht gefälscht und durchaus seriös erstellt – zu irreführenden Annahmen und Folgerungen führen (müssen), wenn sich der Verwender nicht klar ist, was der Datenerhebung zugrunde gelegen hat und was sich daraus entnehmen lässt (und was eben nicht). In Ausgabe 46 der SÄZ berichtet Gerhard Kocher über die neuesten OECD-Jahresstatistiken. Diese sind in der Presse zum Teil schon zu voreiligen Schlüssen über das schweizerische Gesundheitswesen herangezogen worden. Gerade die OECD-Statistiken sind ein gutes Beispiel dafür, dass zu internationalen Vergleichen zusammengestellte Daten nie unbesehen als Basis für konkrete Entscheidungen in einem bestimmten nationalen Gesundheitswesen verwendet werden sollten.

Ich greife hier nur die bei G. Kocher (auf S. 1810, SÄZ 46/2009) erwähnte Statistik betreffend Arztbesuche pro Kopf und Jahr, 2000 und 2007, heraus. In dieser Statistik für 2007 (mit Daten aus 23 Ländern) erscheint die Schweiz erst auf Platz 21 (mit angeblich nur 4 Arztbesuchen p.a.). Deutschland liegt in diesem «Ranking» z. B. auf Platz 7 (7,5 Besuche); Spitzenreiter ist Japan mit 13,6 Besuchen. Liest man in den *Sources and Methods* der OECD bezüglich dieser Daten nach, ergibt sich allerdings ein völlig anderes Bild: Bei Deutschland heisst es dort u. a. (nach Hinweisen auf die Art der Datenerhebung in diesem Land): «A substantial under-reporting has to be assumed.» Und in der Tat: Die Universität Hannover ermittelte für 2007 nicht bloss 7,5, sondern 17,7 Arztbesuche pro Kopf im Jahr 2007, wohl gemerkt trotz Praxisgebühr und ohne Krankenhäuser und ohne Zahnmediziner. Beim angeblichen Spitzenreiter Japan erfasst die Statistik dagegen auch Leistungen der «dental surgery».

Doch nun zur Schweiz: Gemäss OECD erfasste die Schweizer Statistik nur «people aged 15+ in private households, and excludes collective households (retirement homes, homes for the disabled etc.)», die in der japanischen Statistik aber enthalten sind. Damit ist klar, dass weder das für die Schweiz auf den ersten Blick so schmeichelhafte Ranking noch die absolute Zahl von angeblich nur 4 Arztbesuchen eine Basis für irgendwelche Entscheidungen im schweizerischen Gesundheitswesen schafft: Wie oft gehen besorgte Eltern mit ihren Kindern zum Arzt? Wie oft beanspruchen Heiminsassen ärztliche Dienstleistungen? Solange wir nicht über eine verlässliche nationale Datengrundlage verfügen können, ist Gesundheitspolitik immer noch eher mit einem Blindflug in Nacht und Nebel und ohne Instrumente als mit einer gezielten und zweckmässigen Operation zu vergleichen.

Prof. Dr. iur. Max Baumann, Zürich

- 1 Kocher G. Schweiz: dritthöchste Gesundheitsausgaben im neuesten OECD-Vergleich. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(46):1806–11.



Wer alles glaubt, zahlt einen Taler

Wahrscheinlich haben die Leser dieser Zeitschrift die Nummer 46 schon weggelegt und nur wenige werden den Artikel über den Vergleich der Gesundheitskosten in den 30 OECD-Ländern [1] gelesen haben. Wir haben uns vom zweiten auf den dritten Rang verbessert oder verschlechtert, wie man es nehmen will. Und wir wissen bedauerlicher- und völlig unnötigerweise, dass es in Appenzell Innerrhodan keinen CT, kein MRI und keinen Mammographen gibt. Letzteres wurde unter anderem von den fleissigen OECD-Datensammlern aus einem Berg von 600000 Daten herausgeklaut. Am Sitz der OECD ist natürlich nicht bekannt, dass die Innerrhändler ohne Nachteil aus ökonomischen Überlegungen auf diese Apparaturen verzichten. Dies als Beispiel der Fragwürdigkeit der kritisierten diesbezüglichen OECD-Tätigkeit.

Seit fünf Jahren, seit uns dieser Report unreflektiert vorgelegt wird, werden Erklärungen und nutzbringende Analysen der z. T. ungläubwürdigen Zahlen, bzw. der extremen, ja abstrusen Zahlenunterschiede gefordert. Aufgrund solcher Zahlen wären vielleicht Korrekturen im schweizeigenen Kostengefüge möglich. Mit nackten Zahlen kann niemand etwas anfangen. Mit dieser Aussage wiederhole ich mich zum x-ten Male [2]. Forderungen nach Erklärung der Zahlen werden übergangen, dafür wurden sie auch schon, wenig witzig, aber unwidersprochen, als «Böschdiade» apostrophiert. Fazit ist, dass die Datensammlungen der OECD wohl interessant sein mögen, dass sie aber in der dargebotenen Form, gemessen an Aufwand und Kosten, kaum nutzbringend sind und waren. Im eingangs erwähnten Artikel wird nicht einmal ansatzweise auf die Arbeit der Institutionen hingewiesen, die sich, wenig beachtet, mit diesen Fragen beschäftigen. Wir werden wohl nie erfahren, was der Bürger in den einzelnen rangierten Ländern für das Geld, das er direkt oder indirekt (mehr) bezahlt, tatsächlich erhält. Wir werden nicht erfahren, ob in den Ländern mit den höchsten Ausgaben die gesünderen Bürger wohnen (und warum). Wir werden auch nie erfahren, wie die einzelnen Länder die Höhe ihres BIP erfassen und wie sie zu den übrigen Zahlen gelangen, die sie der OECD liefern. Was wir immerhin erfahren ist, dass nicht alle Länder alle Zahlen liefern können (z. B. bei der Erfassung der «Gerätedichte») und dass die Schweiz auch zu den «Sündern» gehört die nicht alles beantworten können. Die OECD ist nicht frei von auftragsfremder Schulmeistererei. Ganz nebenbei sei erwähnt, dass die Schweiz hinsichtlich Aufwand für Prävention und öffentliche Gesundheit auf dem 20. Rang steht (!, siehe Titel). Und noch interessanter: Die Schweiz steht mit 3,5 Akutbetten pro 1000 Einwohnern im 20. Rang von 25 Ländern. Ein wichtiger Eintrag ins Brevier der notorischen Spitalschliessungsbefürworter.

Dr. med. K. Bösch, Rorschacherberg

- 1 Kocher G. Schweiz: dritthöchste Gesundheitsausgaben im neuesten OECD-Vergleich. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(46):1806–11.
- 2 Bösch K. Zur Rangliste der Gesundheitskosten der OECD-Staaten. Schweiz Ärztezeitung. 2008;89(50):2160–1.



Réponse à l'article: «Nouveau modèle de financement de la formation médicale postgraduée en général et après l'introduction des DRG» [1]

Monsieur le Président de l'ISFM, votre article a retenu toute mon attention. Le financement de la formation postgraduée suite à l'introduction des DRG est un souci majeur pour les médecins en formation. Un point de votre argumentation a particulièrement retenu mon attention: «Les médecins assistants étant désormais soumis à la loi sur le travail, une partie des coûts de la formation postgraduée, prise en charge jusqu'à présent par les assistants (par un temps de travail plus élevé), doit désormais être financé par les hôpitaux.» Cette formulation laisse à penser que suite à la soumission des médecins assistants à la LTr qui limite strictement le travail à 50 heures hebdomadaires maximum, ces derniers ne contribueraient plus au financement de leur formation. En sus du fait que cette limitation n'est comme vous le savez pour le moment largement pas respectée dans de nombreux établissements du pays, les médecins assistants travaillent 50 heures par semaine ce qui signifie au contraire qu'ils continuent et acceptent de contribuer au financement de leur formation en travaillant 8 heures de plus par semaine que les autres employés du pays. Le solde des coûts du financement de cette formation doit donc trouver une autre source. Mais peut-être ne s'agit-il là que d'un souci de traduction ...

Dr Fabrice Dami, ASMAC, Lausanne

- 1 Giger M, Telsler H. Nouveau modèle de financement de la formation médicale postgraduée en général et après l'introduction des DRG. Bull Méd Suisses. 2009;90(46):1785-6.



Strafuntersuchungen sind äusserst belastend

Zum Artikel von Tanja Knodel in der SÄZ Nr. 46/2009 [1]

Ich habe eine Staatsanwalts-Anklage wegen angeblicher grobfahrlässiger Falsch-Ausstellung eines AUF-Zeugnisses (HWS-Fall – cave!) auf dem Buckel gehabt!

Tatsachen dazu:

- 1) Ich wurde in allen Punkten bezirksgerichtlich freigesprochen.
- 2) Meine Rechtschutzversicherungen (RSV) zahlten nichts, da ich wegen «Grobfahrlässigkeit» angeklagt worden sei, und dies sei in der RSV ausgeschlossen. (→ Kontrolle der Versicherungsbedingungen).
- 3) Ich musste die Gutachten, die mich entlastet haben, selber bezahlen.
- 4) Keiner unsere Verbände resp. deren Juristen haben mir in auch nur der kleinsten Art und Weise geholfen, obwohl in gewissen Verbandsstatuten eine «Hilfe in bedrängenden Situationen» für die Arzt-Mitglieder aufgeführt ist!
- 5) Mir hat hauptsächlich vor Gericht geholfen, dass ich bei dieser Langzeit-Arbeitsunfähigkeit die Versicherungen immer wieder aus eigenem Antrieb über den «Komplex-Verlauf dieses HWS-Falles» (oft ohne Anfrage der Versicherung) gründlich informiert habe und den Patienten an diverse Spezialisten und sogar stationär für eine HWS-Reha überwiesen habe; diese haben meine Behandlung als sinnvoll erachtet, sind aber hinsichtlich Gesundheits-Verbesserung (bei diesem HWS-Pat.) auch nicht weitergekommen.

Die Spitalärzte/Fachärzte sind übrigens nie angeklagt worden (den Letzten beißen die Hunde)!

Die zahlenden Versicherungen (Behandlungskosten resp. Taggeldkosten) haben übrigens nicht geklagt!

Es war ein «minimalst recherchierender Staatsanwalt», der Anklage erhoben hat, und ich kann sagen: zum Glück «stümperhaft». Mein Anwalt und ich konnten daher die Anklage in allen Punkten «zerzausen»!

- 6) Ich hätte eigentlich gerne eine Gegenanklage wegen unsauberer Klageerhebung gegen diesen Staatsanwalt gemacht. Wiederum hat aber kein Verbands-Jurist geholfen und mein «Verteidigungs-Anklage-Budget» war bereits arg «strapaziert»!
- 7) Ich konnte dann über den verantwortlichen Kantons-Regierungsrat ein Mediationsgespräch mit dem Staatsanwalt durchführen. Quintessenz: Die Staatsanwälte haben nicht einmal – bei uns Ärzten zunehmend institutionalisiert resp. bei HMO-Mitgliedschaft obligatorisch – einen internen «Qualitäts-Zirkel oder eine Q-Kontrolle». Der Vorgesetzte des betreffenden Staatsanwalts hat die Anklage im Detail nicht einmal gekannt, obwohl sein Untergebener mich einer «grobfahrlässigen» Verfehlung (d. h. keines Kavaliersdelikts) angeklagt hat!

Summa summarum: 4 Jahre danach, kann ich der Autorin des Artikels und Juristin Frau Tanja Knodel nur beistimmen resp. ihre Aussagen ergänzen:

- A) Sofort einen privaten Staatsrechtler-Juristen einschalten.
- B) Bei der Durchsuchung (die ich auch gehabt habe) wenig eigene Aussagen machen, jedoch eine offene Mithilfe zur Abklärung des Falls anbieten.
- C) Immer wieder zu betonen ist die Wichtigkeit einer guten eigenen KG-Dokumentation, vor allem in schwierigen Fällen (mit oder ohne lange AUF).
- D) Und evtl. helfen in Zukunft Verbandsjuristen. Jeder von uns ist ja gezwungenermassen in diversen Verbänden, und vielleicht nimmt ein Verband nun auch solche Mitglieder-Interessen endlich ernst. Diese Publikation im offiziellen Verbandsheft SÄZ der FMH lässt mich dies nun doch hoffen.

Ich hoffe, dass keine Kollegin und kein Kollege einmal Gleiches durchgemacht hat oder durchmachen muss! Ich habe gelitten und nur dank der guten Unterstützung durch meine Ehefrau überlebt! (Krankenschwester mit viel Wissen und Herzblutmithilfe beim Sichten und Durcharbeiten aller Akten, der eigenen und der Staatsanwalt-Anklage-Akten, insgesamt ca. 8 «pumpevolle» Bundesordner).

Name der Redaktion bekannt

- 1 Knodel T. Strafuntersuchung gegen Ärzte – wie sollen sich Betroffene verhalten? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(46):1804-5.



Zum Artikel «Wes Brot ich ess, des Lied ich sing – die gefährdete Professionalität der Ärzte» [1]

Wes Brot ich ess, des Lied ich sing. Die Beeinflussung des medizinischen Handelns durch die Rationierung in der ambulanten Medizin via TARMED, BAG, Politik ist schlimmer als die Beeinflussung durch das Sponsoring bei der Weiterbildung. Oder: Puristen werden einfach von einer anderen Seite (z. B. EBM = evidence based medicine, eminence based medicine, evidence biased medicine) beeinflusst.

Dr. med. Daniel Siegrist, Erlenbach

- 1 Marti C. Wes Brot ich ess, des Lied ich sing – die gefährdete Professionalität der Ärzte. Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(47):1830-1.



Medikamentenabgabe. Meinung der Patienten: Wo bleibt die Meinung der Ärzte?

Sehr geehrter Herr Kollege de Haller
Lieber Ernst

Im Editorial von Heft 48 betreffend Medikamentenabgabe durch die Ärzte ist (fast) alles richtig [1]. Es ist klar erwiesen, dass die Medikamentenabgabe durch Ärzte viele Vorteile hat, vor allem aber sind die Medikamentenkosten deutlich tiefer in Regionen mit der Selbstdispensation. Dies hat die santésuisse in ihren Statistiken bestätigt.

Dennoch: Hand aufs Herz: Wollen wir nicht von unseren ärztlichen Leistungen leben? Ist es nicht ethischer, ärztlicher, wenn wir ausschliesslich mit diesen unser Einkommen verdienen? Wollen wir wirklich Verkäufer sein? Ich habe keinen Zweifel: Wir können nur gewinnen, wenn wir den Verkauf in die Hände der Apotheker geben. Die Aussage von Pascal Couchepin: Wer verschreibt, soll, was er verschreibt, nicht verkaufen, dies trifft nun einfach zu.

Und jetzt kommt meine Idee:

- Die Apotheke soll in der Praxis bleiben, zumindest in jenen Ortschaften, wo keine Apotheke vorhanden ist.
- Die Apotheke wird durch unsere Lieferanten, die Apotheker sind, bewirtschaftet.
- Die Kontrolle der Ablaufdaten erfolgt sowieso durch unsere Lieferanten. Jetzt soll die Apotheke dem Apotheker gehören. Er sorgt für den einwandfreien Zustand der Medikamente.
- In unserer Software wird ein zweiter Mandant eröffnet. Dies ist der Lieferant, der Apotheker. Die Assistentin gibt die Medikamente auf diesen Mandanten ein. Der Apotheker stellt seine Rechnung direkt an die Krankenkasse.
- Wir Ärzte haben kein «totes Kapital» mehr in der Apotheke liegen. Dies ist Sache des Apothekers.
- Der Apotheker/Lieferant zahlt uns eine Monatspauschale für die Miete der Apotheke und für den Eintrag der Medikamente auf der Patientenrechnung.
- Die Höhe dieser Pauschale entspricht dem Gewinn, der durch den Verkauf der Medikamente bislang angefallen ist, abzüglich der Verzinsung des «toten Kapitals».
- Der Betrag muss mit den Lieferanten verhandelt werden, soll jedoch nicht vom Umsatz abhängen. Sonst wären wir wieder gleich weit.

Weiss der Patient, die Patientin, dass wir nur noch verordnen (was er/sie wirklich braucht)? Wird sein Vertrauen in uns (das schon jetzt sehr gross ist), noch grösser?

Dr. med. Joseph Jeker, Alpnach Dorf

- 1 de Haller J, Gähler E. Medikamentenabgabe – Wo bleibt die Meinung des Patienten? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(48):1863.



Medikamentenabgabe [1]

Medikamentenabgabe durch die Apotheke. Ausser im Notfall oder kulanterweise bei einer ersten Medikation.

Die Riesenaufgabe des Praktikers in somatischer, psychischer und sozialer Hinsicht ist schwierig. Platz für generellen Verkauf von Medikamenten in der Arztpraxis ist fehl am Platz.

Grenzen – Ruhe in der Arztpraxis.

Dr. med. Martin Meier, Wettingen

- 1 de Haller J, Gähler E. Medikamentenabgabe – Wo bleibt die Meinung des Patienten? Schweiz Ärztezeitung. 2009;90(48):1863.



«Kämpfe weiter, Du Feigling!»

Die Realität der Schweizer Ärzte ist oft tragischer als zum Beispiel der Film «Monty Python and the Holy Grail». In diesem satirischen Werk wird die hehre Sage von König Artus auf der Suche nach dem heiligen Gral und das Auseinanderdriften von Medienwirklichkeit und Realität köstlich auseinandergenommen. Eine Szene kann als Analogie zur Verfassung der FMH genommen werden: Zwei Ritter fordern sich zum Duell: Der besser bewappnete Schwarze Ritter hackt aber mit seinem Schwert dem aufopferungsvollen, guten Ritter zuerst den einen Arm ab, dann den zweiten. Am Schluss fordert der Kampf sogar beide Beine, bis nur noch der verkümmerte Torso auf dem Boden steht und zum siegreichen Schwarzen Ritter schreit: «Kämpfe weiter, Du Feigling!» Den Ärzten und somit auch ihren Patienten wird Stück für Stück abgehackt. Und was macht die FMH? Sie entwickelt in dieser Zeit Qualitätsstrategien, eine FMH-Health Professional CARD, DRG-Systeme. Bestimmt nütz-

lich (nice to have), doch frage ich mich, für wen und mit wessen Geld? Wo müssen die Prioritäten einer Berufsorganisation samt ihrem administrativen Personal liegen (must have)? Die FMH kämpft und verdient unsere Unterstützung und kann so unsere hohen Mitgliederbeiträge legitimieren. Aber mit Verlaub: Die bisherigen Kämpfe gingen verloren und es muss gefragt werden, ob die richtigen Mittel benutzt wurden und ob die FMH-Wirklichkeit überhaupt noch den Bedürfnissen der Ärzte in der Praxis entspricht.

Dr. med. Peter Maloca, Luzern



Placebointerventionen im ärztlichen Alltag

Anmerkungen zu einer Tagung der SAMW am 18. November 2009 in Zürich

Ein Auslöser dieser Tagung war die Umfrage innerhalb der Ärzteschaft des Kantons Zürich: Was halten Grundversorger und Patienten vom Einsatz von Placebointerventionen? Die Ergebnisse dieser Umfrage wurden vorgestellt. Als ganz entscheidend erwies sich die Definitionsformulierung: «Was ist ein Placebo?» Aus der Tiefe und Genauigkeit dieser Umschreibung stossen die Befragten zu einer ihnen vernünftig erscheinenden Abgrenzung dessen vor, was ein Placebo ist. Je nach Temperament wurde definiert: Reines Placebo heisst NaCl-Injektion oder Zuckertabletten.

«Impure Placebo» wird gegeben ohne Evidence Based Medicine; der Rest bleibt für EBM. Gegen diese Einteilung ist zu bedenken, dass Akupunktur und simulierte Akupunktur gleich wirksam sind und besser als die Kontrollbehandlung. Daher kann also eine NaCl-Injektion kein «reines Placebo» sein. Ebenso wurde klar, dass in Studien immer eine Auslese stattfindet, auch wenn unter den «geeigneten» Teilnehmern später randomisiert wird. Dazu sind Studien-Kontroll-Teilnehmer eindeutig besser dran als der Durchschnitt, der nicht in Studien «betreut» wird.

Ich konnte weiterhin einbringen, dass der Physiologe Alois Müller uns im Studium schon ein wesentliches Problem des Tierversuches nahebrachte, indem er sagte: Wenn du einen Versuch machst, *ist es nicht mehr physiologisch*, will meinen, nicht mehr «natura pura».

Fazit aus diesen Überlegungen: Die evidenzbasierte Medizin ist gar nicht gefeit gegen Placeboeffekte, umso mehr, als das Placebo «Arzt» immer dabei ist.

Dazu ist unser sehr relativer Wissenspool immer wieder zu memorieren. Ein gutes Beispiel war der entrüstete Einwand zweier bestandener Kollegen auf meine Aussage, dass Vit. D₃ die Sturzfrequenz um mindestens 30% verringere: Das Vit. D₃ korrigiere nur die Folgen. Ich konnte mich aber durchsetzen, indem ich die betreffenden Arbeiten aus Zürich und Basel zitierte. Wie sind denn die Wirkungen an der Herzmuskulatur, am gesamten Gefässsystem, wenn schon die Skelettmuskeln so günstig auf Sturz-Situationen reagieren? Ist in Evaluation. Was bringt denn das «Placebo» B₁₂, wenn über 70% der Altersheimbewohner davon nach-

weislich zu wenig haben? Wie viele Scheinmedikamente haben dennoch eine gute Wirkung, die in naher Zukunft belegt werden kann.

Frage: Ist eigentlich ein Placebo als Placebo nur ein dem jetzigen Unwissenheitszustand angepasstes «Medikament»?

Evidence Based Medicine ist wohl trotz «sicheren», ungefälschten Studien immer noch teilweise beim Durchdenken nicht evident, ausser bei denen, die im Voraus überraschende Resultate errahnen können. Wie war's denn bei BCG-Impfung, Polioschluckimpfung, Salkimpfung und Muskelsarkom? Wir wurden sicher-

heitshalber in der Pubertät gegen Pocken geimpft, was 20 Jahre später strikte verboten wurde. 1970 waren Bluttransfusionen vor der Nierentransplantation strikte unerwünscht, kurz darauf eine Therapie. Evident? Ab wann? Warum? Fazit: Unsere Evidenz ist immer wieder äusserst individuell und sehr relativ. Auch was Placebo ist, flottiert.

Eine Reglementierung für den Placebogebrauch wurde von niemandem gefordert.

Dr. med. Josef Bättig, Muttenz

Communications

Examen de spécialiste

Examen de spécialiste pour le titre de spécialiste en chirurgie

Date et lieu:

- jeudi et vendredi, les 29 et 30 avril 2010, Hôpital Berne-Tiefenau
- jeudi et vendredi, les 25 et 26 novembre 2010, Hôpital Berne-Tiefenau

Délai d'inscription:

- vendredi, 29 janvier 2010 pour les examens d'avril 2010
- vendredi, 30 juillet 2010 pour les examens de novembre 2010

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Formation postgraduée médecins-assistants → Examen de spécialiste et sous www.sgc-ssc.ch

Société Suisse de Pneumologie

Fonds de recherche 2010

La Ligue pulmonaire suisse met à disposition de la Société Suisse de Pneumologie un budget de Fr. 80 000.– pour l'année 2010, afin de subventionner des projets de recherche en pneumologie. Les projets individuels ou partiels suivants sont pris en considération:

- Projets cliniques et expérimentaux réalisés dans des institutions suisses de pneumologie.

- Projets interdisciplinaires réalisés par des pneumologues ou des pneumologues pédiatres travaillant en Suisse, collaborant avec des spécialistes en recherche fondamentale, des cliniciens d'autres disciplines, épidémiologistes, spécialistes en médecine sociale et préventive etc.
- Etudes cliniques et épidémiologiques de praticiens en pneumologie.

Exigences: La demande doit être rédigée en anglais et comporter: un résumé synthétique d'une page; un descriptif du projet incluant hypothèse de travail, buts spécifiques, plan d'investigation, sur 5 pages maximum. La demande doit être accompagnée d'un curriculum vitae de l'investigateur principal. La partie financière comportera un descriptif des besoins, le détail des fonds déjà obtenus ainsi que les autres demandes de subside en cours. Le délai de carence est d'une année si l'investigateur principal a reçu un soutien consécutif de 2 ans. Si le requérant principal n'est pas pneumologue, au moins un des co-requérants doit être pneumologue FMH ou pneumologue pédiatre FMH.

Le Secrétariat central de la SSP, Südbahnstrasse 14c, Case postale, 3000 Bern 14 (tél. 031 378 20 30, fax 031 378 20 31, e.frey@lung.ch) délivre les formules d'inscription. Les candidats sont priés de soumettre leur demande *jusqu'au 29 janvier 2010* (date du timbre postal). Les projets soumis seront jugés par le Comité de la Société Suisse de Pneumologie. Les subsides seront accordés à partir du deuxième trimestre de l'année 2010.

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM)

Fonds Käthe Zingg-Schwichtenberg: éthique médicale et projets innovateurs

L'ASSM met à disposition des moyens issus de ce fonds pour soutenir des projets de recherche dans le domaine de l'éthique médicale ainsi que des aides au lancement de projets scientifiques innovateurs pour lesquels il n'existe pas encore d'institutions de soutien établies.

En 2010, la somme de Fr. 250 000.– sera attribuée.

Les candidatures concernant ces aides à la recherche devront être présentées en langue allemande, française ou anglaise. Un montant maximal de Fr. 60 000.– est octroyé par projet.

Les formulaires de demande peuvent être remplis et imprimés sur l'ordinateur (www.assm.ch → recherche).

Date limite d'envoi des demandes: 31 mars 2010.