

Briefe an die SÄZ



Richtlinien der SAMW und gerichtliche Relevanz

In seinem Artikel «Suizidbeihilfe: beaufsichtigen und ethisch handeln» [1] schreibt Jean Martin: «Mit ihnen (den Richtlinien der SAMW) und den Berichten der Nationalen Ethikkommission verfügen wir in der Tat über Dokumente, die als Leitlinien für die Kontrolle durch die öffentliche Hand einschliesslich der Gerichte gelten können.»

Ich halte das für äusserst problematisch. Richtlinien der SAMW sind lediglich als Hilfsmittel gedacht. «Als Hilfestellung für die medizinische Praxis oder die biomedizinische Forschung formuliert sie Richtlinien und Empfehlungen», schreibt die SAMW ausdrücklich. Niemals können diese Richtlinien gerichtsrelevant sein. Gesetzgeberisch tätig ist in unserem Staat die Legislative, also das Parlament. Ich halte es für sehr dubios und mit schweizerischem Staatsverständnis unvereinbar, wenn selbsternannte oder vom Bundesrat bestellte «Ethikexperten» meinen, sie können rechtlich verbindliche Normen setzen.

Dr. med. Bernhard Rom, Au

- 1 Martin J. Suizidbeihilfe: beaufsichtigen und ethisch handeln. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(7):286.

Replik

Meinen Dank an den Kollegen Rom für seinen Kommentar, mit dem ich inhaltlich allerdings nicht einiggehe. Selbstverständlich handelt es sich bei den Empfehlungen und Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften bzw. den Berichten der Nationalen Ethikkommission nicht um «rechtlich verbindliche Normen» (das habe ich in meinem Artikel auch nicht geschrieben). Je nach Fall können sie aber durchaus «gerichtsrelevant» werden, wenn es kein spezifisches Gesetz in dem betreffenden Fall gibt. Der Begriff «soft law» ist international anerkannt (H. Kuhn, Stellvertretender Generalsekretär der FMH, erwähnt ihn in seinem Artikel SÄZ 2010;91(1/2): 7–11) auf den ich mich in meinem Artikel beziehe. Wir sind uns einig, dass diese Dokumente weder dieselbe Natur noch denselben Stellenwert wie das von demokratisch gewählten Parlamenten verabschiedete Gesetz haben.

Wenn es allerdings eine solche spezifische Gesetzgebung nicht oder noch nicht gibt, können sie – auch in der Schweiz – von den Gerichten als *Entscheidungshilfe* herangezogen werden.

Dr. Jean Martin, Echandens



Verbessert die ärztliche Medikamentenabgabe ärztliches Handeln oder füllt sie nur den Geldsack?

Zum Editorial von Dr. med. E. Gähler [1]

Es ist offensichtlich, dass die Begründungen des BAG zum Verbot der ärztlichen Medikamentenabgabe schlaumeierisch sind. Aber so ist Politik. Enttäuschend finde ich hingegen, dass Kollege Gähler mit Beschwörungen darauf antwortet und damit einer differenzierten Betrachtung ausweicht. Wie oft habe ich von unsern Standespolitikern nun schon die Statistik vorgebetet bekommen, die aufgrund tieferer Gesundheitskosten in Kantonen mit Selbstdispensation deren kostensparenden Effekt belegen soll. Dieser Schluss hat fast etwas Rührendes: Wer mehr bekommen kann, nimmt weniger oder der Hund isst die Wurst nicht, die er bewachen soll. Die Statistik ist natürlich von vielen andern Faktoren beeinflusst und so verwundert es mich nicht, dass es dauernd vorkommt, dass Hausärzte Patienten einmal sehen, zur Psychotherapie überweisen und ihnen gerade noch eine 100er-Packung eines Medikamentes in die Hand drücken. Abgesehen vom materiellen Segen bleibt die Selbstdispensation eine zweifelhafte Angelegenheit. Ganz grundsätzlich muss darauf hingewiesen werden, dass es in westlichen Zivilisationen eine Kultur der Aufteilung von Machtfülle gibt. Dies lässt nicht zu, dass die gleiche Person Medikamente verschreibt und daran verdient. Unterdessen ist bekannt, dass selbstdispensierende Ärzte oft einen grossen Teil ihres Einkommens als Medikamentenverkäufer erzielen. Das schadet erstens dem Image (s. Sonntagszeitung vom 21.2.10) und ist zweitens höchst unfair gegenüber Ärzten, die ihr Einkommen durch intellektuelle Leistungen generieren müssen, da ja die Selbstdispensation im Taxpunktwert mitberücksichtigt ist. Für die Patienten ist der Medikamentenbezug beim Arzt zweifellos bequem. Im Rahmen

einer Güterabwägung könnte allerdings überlegt werden, ob ihnen nicht ein Opfer abverlangt werden könnte.

All diese anrühenden Seiten der Selbstdispensation bestimmen heute die Diskussion und lassen völlig vergessen, dass die persönliche Medikamentenübergabe ein wichtiger Bestandteil ärztlichen Handelns sein kann. Damit bedeutet das generelle Verbot durch das BAG eine inakzeptable Beschneidung ärztlicher Handlungsmöglichkeiten (mit der man leider in vielen Kantonen bis jetzt schon leben musste). Gerade im psychiatrischen Alltag (der sich in einem grossen Bereich gar nicht vom hausärztlichen unterscheidet) spielen Rituale, symbolhafte Handlungen, sinnlich wahrgenommene Details eine entscheidende Rolle. Früher nannte man dies ärztliche Kunst. Unter diesen Umständen erhält die (kleine) Praxisapotheke einen persönlichen Bezug zum Patienten. Auf diese Form der Medikamentenabgabe, die natürlich nur in einem beschränkten Rahmen Sinn macht, möchte ich nicht verzichten. Wäre es nicht eine sinnvolle und fachlich saubere Lösung, wenn Medikamentenabgabe bis zu einem gewissen Umsatz (mir würden z. B. Fr. 30000.– längstens genügen) generell zugelassen würde? Jeder Arzt könnte dann jederzeit selber entscheiden, wo er eine persönliche Übergabe eines Medikamentes als für die Behandlung sinnvoll und wichtig betrachten würde.

Dr. med. G. Schlaginhaufen,
Psychiatrie und Psychotherapie, Weinfelden

- 1 Gähler E. Ärztliche Medikamentenabgabe – sicher, günstig und patientenfreundlich. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(5):155.



Plädoyer für eine fachgerechte Depressionsbehandlung!

Sehr geehrter Herr Kollege Loeb
Ihren in der aktuellen Ärztezeitung erschienen Beitrag kann ich nicht unbeantwortet lassen [1].

So viel vorab: In meiner über 15-jährigen Praxistätigkeit ist die Zusammenarbeit mit den meisten Hausärzten/innen sehr gut. Ich schätze insbesondere deren diagnostische Hinweise, die mir öfters – wie die von Ihnen zitier-

ten Studien belegen – nicht in nützlicher Frist zugänglich sind, sowie deren Arbeit an der Compliance und Indikation für eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Mit Ihren Äusserungen wünschen Sie allerdings, wie andere vor Ihnen, eine ganze Fachdisziplin vom Tisch! Sie unterschlagen die Tatsache, dass mit mir unzählige bestausgebildete Psychiater/innen und Psychotherapeuten/-innen tagtäglich erfolgreich mit depressiven Menschen arbeiten. Diese Ausbildung beinhaltet – wie Sie sicher wissen – anspruchsvolle, zeit- und kostenintensive Lehrjahre in Psychiatrie, Psychopharmakologie und insbesondere Psychotherapie (selbstverständlich inklusive Selbsterfahrung). Die kontinuierliche Fortbildung mit Super- und Intervision bleibe hier nicht unerwähnt. Fachpsychologinnen für Psychotherapie verfügen in der Regel über ebenso fundierte psychotherapeutische Ausbildungen. Die Arbeit mit psychischen Störungen ist nicht, wie Sie suggerieren, eine Frage der Neigung. Ohne die oben aufgeführte fachärztliche und fachpsychologische Aus- und Fortbildung ist diese Arbeit – und das zeigen mir die Erfahrungen mit meinen PatientInnen – verantwortungslos.

Dr. med. Charlotte-Dorothea Pauli, Bern

- 1 Loeb P. Unbefriedigende Behandlung der Depression – nur Sache des Hausarztes? Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(4):117–9.



«Vom Turmbau zu Babel» von Werner Graf [1]

Mit grosser Freude habe ich den ausgezeichneten Analogie-Artikel zwischen dem biblischen, grössenwahnsinnigen Turmbau und dem heutigen Medizin-Treiben gelesen. Die Freude wich dann aber grosser Trauer und Betroffenheit über das Ausmass der Analogie, die noch viel grösser ist, als im Essay angedeutet. Bezeichnend ist es ja, dass es in Babylon keine Patienten gab, für die der Turm errichtet wurde, wie das von unserem Gesundheitswesen von allen Playern behauptet wird. Aber geht es bei unserem Medizin-Turm wirklich noch um den Patienten? Hat sich das ganze Treiben nicht schon lange zum Selbstzweck entwickelt, zum «immer höher und besser»? Der Patient ist nur noch die Bausubstanz, der Stein und der Mörtel, der nach evidenzbasiertem State of the Art bearbeitet wird. Die Baustelle beherrschen nicht mehr die Ärzte, sondern die Gesundheitsökonominnen und die SanktGallen-geschulten Grossmoguln, sprich Politiker.

In der Bibel hat Gott die Sprachverwirrung gegen diesen Grössenwahnsinn geschickt. Ist dieses «Nicht mehr miteinander reden können», dieses «einander nicht mehr verstehen» etwa auch schon eingetreten? Versteht heute ein Psychiater den Orthopäden noch, ein Endokrinologe den Augenarzt, geschweige denn der Allgemeinpraktiker den Gesundheitsökonom oder Nationalrat?

Die Patientenferne, die Sprachbarrieren, die Superspezialisierung und damit die immer höheren Kosten werden vielleicht bald einmal unseren Gesundheits-Turm zu Fall bringen oder im besten Fall um einige Stockwerke verringern. Hoffentlich bleibt dabei der Patient, der Leidende, nicht auf der Strecke.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

- 1 Graf W. Vom Turmbau zu Babel. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(4):145–6.



Literarische Verdichtungen

Herzlichen Dank Herrn Kollegen Danieli für seinen interessanten Artikel [1] und die Überlegung, dass in der Literatur dem Ende eines Werkes ein Geheimnis innewohne und der Stil des Ganzen sich zum Ende hin verdichte. Noch stringenter fiele der Beleg durch die zwei Beispiele aus, wenn sie richtig zitiert wären: Der Satzesatz von Goethe's «Werther» heisst nicht «Kein Geistlicher folgte ihm», sondern «Kein Geistlicher hat ihn begleitet»; der plötzliche Übergang auf die Zeitform des Perfekt – nachdem die ganze Erzählung bis dahin im Präteritum verlief – macht die Endgültigkeit des Schicksals wie ein Paukenschlag noch deutlicher! Und Büchner's Satzesatz im «Lenz» «So lebte er hin ...» (nicht: «So lebte er *dahin*.») lässt mit dem «hin» und den drei Punkten den seelischen Zustand des Lenz im Unbestimmten und übergibt ihn dem Leser.

Prof. Walter Dick, Basel

- 1 Danieli E. Von Abgängen und anderen Abschieden. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(6):244.



Das Heft für abgehobene medizinisch Intellektuelle

Nun gibt es also eine Professur für klinische Outcome-Forschung, oder einen leitenden Arzt/Ärztin für molekulare Innere Medizin, oder einen Account Manager Managed Care, und eine Stelle im Common Trunc für Rotationsassistenten: alles Stelleninserate in der Schweizerischen Ärztezeitung. Es gibt auch einen «Risk Avoidance Creep» zur Möglichkeit der Risikoselektion in Abhängigkeit von vermutetem Sterberisiko (vermutetes Sterberisiko?) und einen Risikomanagement-Prozess mit 8 Confounders, wobei schon nur die Vorbereitung des Prozesses ein Confounding Faktor ist. Auch die Kompetenzprofile Humanmedizin und Bedarf im Arbeitsmarkt werden im Heft 7 vom 17.2.2010 [1] mit entsprechender Garnitur von Fremdwörtern und von Mitarbeitern aus gut charakterisierten Institutionen wie CeKom oder Know-how-Consulting präsentiert. Die immer wiederkehrenden Ratschläge und unfassbaren Graphiken und Power-Point-Folien eines ganzen Heeres von Beratern bevölkern die Schweizerische Ärztezeitung. Die intellektuelle Elite der Universität hebt gedanklich, beruflich und elitär von einem Tatbestand ab, nämlich von der einfach formulierten Tatsache des Überbordens des Gesundheitswesens in allen Belangen. Schlagworte wie Medical-Leadership-Competency und Better Standards – Better Physicians – Better Care garnieren das Standesblatt, derweil trotz Zunahme von Elektronik, Beratern und riesigen Geldsummen die Qualität der medizinischen Versorgung nicht zunimmt, sondern abnimmt. Der unnötigen Überversorgung ist keine Grenze gesetzt. Diese Aussage sei nicht validiert, wird man mir vorhalten, und rasch eine Arbeitsgruppe mit validierten Professionals bilden, um das zu prüfen.

Ich weiss, lieber Leser, ich gehöre eben einer alternden Medizinergeneration an, und der sogenannte gesunde Menschenverstand ist auch schon lange auf der Reanimationsstation. Aber vielleicht wäre es ratsam, einmal darüber nachzudenken, welches die Kernkompetenzen eines Arztes sind; aber um das herauszufinden, braucht man ja heute einen Consultant, einen iPhone App, einen Internet-Account und eine DRG-Liste mit TARMED-Link. Oh, la, la! was ist wohl ein molekularer Innerer Mediziner, oder ein Outcome-Forscher oder ein Account Manager für das vermutete Sterberisiko?

Prof. Dr. med. Martin H. Schöni, Bern

- 1 Menzi B, Heyse V, Schircks A, Pfister C. Kompetenzprofile Humanmedizin und Bedarf im Arbeitsmarkt. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(7):256–257.



Der Gesundheitsmarkt wächst unbeirrt – und was wird nun unser neuer Gesundheitsminister tun?

In dieser Zeit der rasanten Talfahrt der Schweizer Wirtschaft wächst als einziger, fröhlich und unbeirrt, unser Gesundheitsmarkt. Dieser beschäftigt bis zu 30% der Bevölkerung, wirft 60 Milliarden pro Jahr in die Mühlen der Wirtschaft, bringt dem ganzen Lande Profit, beriebt alle sozialen Schichten in sämtlichen Kantonen bis in die entlegensten Bergtäler. Er wirft Dividenden für Aktionäre auf, üppige Löhne für die 86 Krankenkassen-Hierarchen, für Pharmaindustrielleiter und Unternehmer auf dem Gebiet der medizinischen Technologie. Das bescheidenere Einkommen der Ärzte generiert immerhin Steuereinnahmen für Eidgenossenschaft, Kantone und Gemeinden, AHV, IV, Arbeitslosen- und andere Versicherungen. Darüber hinaus ist unser Gesundheitsmarkt der absolut sicherste, wird er doch dank dem Versicherungszwang immer von neuem aufgefüllt: Gibt es unerwartete Verluste (wie die verspekulierten Millionen einiger grossen Krankenkassen im Jahr 2008), genügt eine einfache Prämienhöhung – mit dem gesicherten Segen der gesundheitlichen Behörden.

Was wird nun unser neuer Gesundheitsminister in dieser äusserst erfreulichen Lage tun? Wird er wie sein Vorgänger versuchen, gerade den einzigen wachsenden Markt mit allen erdenklichen Mitteln zu bremsen, indem er dem Hauptmotor seiner Entwicklung – den Leistungserbringern – neue Schwierigkeiten bereiten wird? Oder wird er verstehen, dass es für alle rentiert, den Preis der Gesundheit zu bezahlen? Dass es allen wohl tun würde, wenn er der Profitgier der «Krankenkassenmanätschers» endlich einen Riegel schieben würde? Wir brauchen einen Hauch gesunden Optimismus, um die sich häufenden Problemen ohne Schaden für die staatswirtschaftliche Bilanz zu bewältigen. Im Mittelalter haben die Menschen mit ihrem Enthusiasmus, ihrer Muskelkraft und dem Ertrag der Zehnten Kathedralen gebaut – eine höher und schöner als die andere. Unsere gottlose Zeit, für die das irdische Leben (und die Gesundheit) am wichtigsten sind, könnte den Gesundheitsmarkt so in die nationale Wirtschaft integrieren, dass allen ohne Sparbedenken eine fortschrittliche Medizin angeboten werden könnte.

Soll nun die FMH ihren sterilen Dialog mit der Kuppel der Krankenkassen weiterführen? Die Ärzte sollen die Autonomie ihres Standes, die sie aus selbstlosem Idealismus oder blosser Blauäugigkeit an santésuisse abtreten möchten, zurückerobern. Die vom BAG kriterienlos

gekürzte Liste der Laboruntersuchungen soll retabliert und sogar mit lebenswichtigen und auf langer Sicht kostensparenden (z. B. Genomics-)Tests ergänzt werden. Die Sparübungen der Politiker sollen nicht mehr auf dem Buckel der Ärzte und der Patienten «implementiert» werden, sondern zu Lasten der Gewinne der Spekulanten, welche ihr Kapital nicht zur Ankurbelung der Wirtschaft und zur Reduzierung der Arbeitslosigkeit investieren, sondern es immer nur zu ihrem eigenen, nichts bringenden Profit verspekulieren.

Dr. med. Franz Abis, Lugano



Geplanter Polymedikationscheck der Apotheker

Die Apotheker planen, mit LOA IV einen sogenannten Polymedikationscheck einzuführen. Mit stolzen 45 TP soll maximal zweimal im Jahr bei allen Patienten mit mehr als drei Medikamenten die verordnete Medikation auf Nebenwirkungen und Interaktionen geprüft werden können, um damit angeblich Compliance und Arzneimittelsicherheit zu verbessern.

Ein solcher «Polymedikationscheck» ist allerdings völlig überflüssig und unnötig. Die Hausärzte und wohl auch alle Spezialisten machen das ja schon seit jeher unbeanstandet, leise und bei jeder Konsultation oder zumindest bei der Verordnung von neuen Medikamenten, abgegolten im Rahmen der Konsultation durch TARMED. Aus Sicherheits- und Haftungsgründen können wir Ärzte das auch an niemand anderen delegieren. Das Angebot des Apothekers braucht es somit nicht und es kostet nur extra. Wahrscheinlich könnte sogar recht einfach hochgerechnet werden, wie viel das die Krankenversicherer pro Jahr zusätzlich kosten wird (alle Patienten mit mehr als drei Medis $\times 2 \times 45$ (!) TP). Zudem kennt der Apotheker ja nicht alle Diagnosen und in SD-Gebieten (immerhin die Hälfte der Schweiz!) nicht einmal die übrigen Medikamente – wie soll das funktionieren? Und die Compliance wird wohl auch nicht besser. Wer seinen Hausarzt täuscht, wird dies wohl auch mit dem Apotheker tun. In den SD-Gebieten haben die Hausärzte wenigstens noch andere Kontrollmöglichkeiten ...

Also: Wenn man Sicherheit und Effizienz der Pharmakotherapie erhöhen will, nicht Einführung eines Polymedikationschecks für die Apotheker sondern Ausdehnung der SD für die Hausärzte in der ganzen Schweiz! Ganz nebenbei kann dann anstelle von Mehrkosten

sogar noch Geld eingespart werden, wie die sas-Statistiken konstant seit Jahren aufzeigen. Heimatschutz für Apotheker hat dort seine Grenzen, wo er derart seltsame Blüten treibt wie einen «Polymedikationscheck».

*Dr. med. Alex Steinacher,
Präsident Ostschweizerische Gesellschaft für
Allgemeinmedizin (OSGAM), Müllheim Dorf*



Persönliche Impressionen vom 1. fmCh-Forum

Die Vorstände der 16 in der fmCh vereinten Fachgesellschaften trafen sich am 4. Februar in der ETH Zürich zu einem Gedankenaustausch. Thema der Tagung war «Wandel im Schweizerischen Gesundheitswesen: Thesen der invasiv und chirurgisch tätigen Ärzte und Thesen von Gesundheitspolitikern».

Objektives Fazit: gelungene und informative Veranstaltung, welche nach Fortsetzung ruft! Subjektives Fazit: *Ernüchterung*.

Dr. rer. pol. Stefan Spycher, Vizedirektor im BAG, lässt zum Thema «CH-Gesundheitswesen im Jahr 2020» durchblicken, dass in der Vergangenheit in der Planung der Aus- und Weiterbildung der im Gesundheitswesen der Schweiz Tätigen nicht alles optimal gelaufen sei. So hat man ebenfalls erkannt, dass aus der befürchteten Ärzteschwemme ein -mangel entstanden ist. Da eine Aufhebung des Numerus clausus zum Medizinstudium kurzfristig wohl keine Lösung mehr bringt für dieses Problem, soll daran auch in Zukunft nicht gerüttelt werden! «Faire Verträge mit dem Ausland» sollen dafür sorgen, dass das notwendige medizinische Berufsheer importiert werden und unserer Bevölkerung zur Verfügung stehen soll.

Frau NR Ruth Humbel bekennt unter dem Titel «Remedur für das Schweizerische Gesundheitswesen», wie wenig sie weiss über das, was in der Arzt-Patienten-Beziehung geschieht. Wie können wir Ärzte ihr beweisen, dass wir von Patienten Gewünschtes abgrenzen von Notwendigem und gleichzeitig finanzierbarem? Die Idee der Einheitskasse bodigt sie mit dem Argument, dass die IV, auch eine Einheitskasse, mit 10 Milliarden Schulden wohl kein Vorbild sein könne. Bedenklich, dass Frau Humbel dabei übersieht, dass zwischen IV und KV doch ganz grundlegende Unterschiede bestehen.

Dr. iur. Thomas Heiniger, Regierungsrat und Gesundheitsdirektor des Kantons Zürich, Mitglied der SwissDRG AG, nimmt Stellung zum Thema «SwissDRG – Chancen und Risiken».

Zusammenfassung: Drei Chancen equilibrieren drei Risiken! Genug Mathematik, um das Experiment zu starten. Die Frage aus dem Publikum: «wie sollen die Aufwendungen für Weiter- und Fortbildung in der Spitälern im DRG abgegolten werden?» wird beantwortet, dass diesbezüglich nichts vorgesehen sei. Aber der Entscheid, welche Leistungserbringer schliesslich auf der Spitalliste erscheinen, erlaube hier ja ein differenziertes Vorgehen ... Eine Drohung, die die Arroganz desjenigen aufblitzen lässt, dem Macht von oben gegeben ist.

Noch während des – zugegeben – recht sarkastisch, aber inhaltlich treffend formulierten Referat, von Dr. med. Markus Trutmann, Generalsekretär fmCh zum Thema «Krise als Chance – auch im Gesundheitswesen» verschwinden die Politiker Humbel und Heiniger ohne Verabschiedung ... und entziehen sich dadurch einer abschliessenden kontradiktischen Diskussion. Gerne hätte ich Herrn Heiniger oder Frau Humbel nach dem Referat von Herrn Trutmann gefragt, ob sie als CEOs einer grösseren privatwirtschaftlich tätigen schweizerischen Unternehmung ein Projekt

wie DRG überhaupt in ihrem Betrieb in Kraft gesetzt hätten?

Was auch immer nach der Einführung des DRGs, was auch immer mit den von «Politikern geschaffenen gesetzlichen Grundlagen, welche Anreize optimieren und Grenzen definieren», geschehen wird: Betroffen bleiben

nur die Leistungserbringer, die Leistungsempfänger, die Kostenträger und somit schliesslich jeder einzelne Bürger. Kein Gesundheitspolitiker, kein Gesundheitsökonom wird je dafür zur Rechenschaft gezogen werden können.

Dr. med. Thomas Hofer, Wettingen

Leserbriefe

Leserbriefe sind grundsätzlich willkommen und können veröffentlicht werden, sofern sie sich inhaltlich und formal innerhalb der in unserem Kulturkreis üblichen Anstandsgrenzen bewegen, keine für die Redaktion erkennbaren Fehlinformationen enthalten und eine Länge von 2500 Zeichen nicht überschreiten. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Auswahl, Kürzungen und Bearbeitungen vorzunehmen. Seitens der Redaktion besteht keine Verpflichtung zur Publikation. Über Leserbriefe wird in der Regel keine Korrespon-

denz geführt; insbesondere muss eine Nichtveröffentlichung nicht begründet werden. Von diesen Grundsätzen kann abgewichen werden, wenn dies der Redaktion angezeigt erscheint.

Das vollständige Manuskript ist an die folgende Adresse der Redaktion einzureichen, wenn möglich per E-Mail: Redaktion Schweizerische Ärztezeitung, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsbürgerstr. 8, 4132 Muttens, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: redaktion.saez@emh.ch.

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Neuropädiatrie zum Facharztstitel Kinder- und Jugendmedizin

Ort und Datum: werden nach Eingang der Anmeldungen, abhängig von gewünschter Prüfungssprache, festgelegt.

Anmeldefrist: 30. Mai 2010

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung AssistenzärztInnen → Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Tropen- und Reisemedizin

Ort: Schweizerisches Tropeninstitut, Basel.

Datum: Donnerstag, 9. Dezember 2010.

Anmeldefrist: 30. Juni 2010.

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung AssistenzärztInnen → Facharztprüfungen oder unter www.tropenmedizin-fmh.ch

Herzstiftung Olten

Forschungspreis «Frau und Herz»

Die Herzstiftung Olten hat beschlossen, aus dem Legat Ida Tanner zum 4. Mal einen Forschungspreis von Fr. 30000.– für eine Forschungsarbeit auf dem Gebiet «Frau und Herz» auszuschreiben. Eingereicht werden können Forschungsprojekte zum Thema kardiovaskuläres System und Frau, die bereits am Laufen oder erst in Vorbereitung sind. Bewerbungen für den Forschungspreis 2010 müssen bis 30. Juni 2010 eingereicht werden. Der Beitrag von Fr. 30000.– ist als Anschubbeitrag gedacht und soll auch mithelfen, die Erfolgchance bei der Einreichung des Projektes an andere Institutionen zu erhöhen. Zudem soll die öffentliche Preisverleihung in Olten im September 2010 mithelfen, durch ein nationales Medien-echo das Bewusstsein für Herz- und Kreislaufkrankheiten bei Frauen in der Schweiz zu erhöhen und auf Defizite in diesem Bereich aufmerksam zu machen. Mitmachen können alle Forschungsteams aus der Schweiz, welche in diesem Forschungsbereich tätig sind oder sein möchten.

Weitere Informationen und detaillierte Bewerbungsunterlagen erhalten Sie auf dem Sekretariat Herzstiftung Olten, Römerstrasse 6, 4600 Olten oder per E-Mail über hugo.saner@insel.ch

SGPRAC

SGPRAC-Preis

Die Schweizerische Gesellschaft für Plastisch Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie SGPRAC kann einen Preis im Wert von CHF 3000.– für wissenschaftliche Arbeiten in angewandter Grundlagenforschung oder klinischer Forschung auf dem Gebiet der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgie verleihen.

Es werden nur Originalarbeiten berücksichtigt, die noch nicht publiziert sind oder frühestens im Jahr der Einreichung publiziert werden. Der Autor, ein Mitautor oder der Leiter der Arbeit muss Mitglied der SGPRAC sein.

Jury: vom Vorstand gewählt unter dem Vorsitz des Präsidenten der Gesellschaft.

SGPRAC-Stipendium

Dieser Preis, im Wert von je nach Bewertung des Projekts durch den Vorstand bis zu CHF 10000.–, wird an jüngere Ärzte am Ende der Weiterbildung verliehen, um eine Forschungsarbeit oder einen Auslandsaufenthalt an einer Universitätsklinik zu ermöglichen.

Jury: vom Vorstand gewählt unter dem Vorsitz des Präsidenten der Gesellschaft.

Die Preise werden anlässlich des Jahreskongresses verliehen.

Die Arbeiten/Projekte sind in dreifacher Ausführung per Post und elektronisch 3 Monate vor dem Jahreskongress an folgende Adresse zuzustellen:

Office SGPRAC-SSCPRE
15, avenue des Planches
CH-1820 Montreux

Preis für die drei besten Freien Mitteilungen

Die SGPRAC verleiht anlässlich des Jahreskongresses folgende Preise:

- Preis für die beste Freie klinische Mitteilung über CHF 1000.–
- Preis für die beste Freie Mitteilung in Grundlagenforschung über CHF 1000.–
- Preis für die beste Freie Mitteilung in Ästhetischer Chirurgie über CHF 1000.– (welche am EASAPS-Kongress vorgetragen wird)

Jury: Vorstand

Allianz «Schutz vor Passivrauchen»

Stellungnahme zur «Raucherlobby-Initiative»

Die Ende Februar 2010 lancierte Initiative «Für ein liberales Rauchergesetz» der IG Freie Schweizer Wirte ist aus Sicht der Allianz «Schutz vor Passivrauchen» unverantwortlich. Geht es nach der IG Freie Schweizer Wirte, sollen Eigentümerinnen und Eigentümer von Gastronomiebetrieben entscheiden, ob in ihrem Lokal geraucht werden darf oder nicht. Die Vergangenheit hat gezeigt, dass mit «freiwilligen» Rauchregelungen die Mehrheit der über 100 000 Serviceangestellten bis zu acht Stunden pro Tag passiv mitraucht. Passivrauchen ist nicht nur störend, sondern auch massiv gesundheitsgefährdend. Wie alle anderen Arbeitnehmenden haben auch Serviceangestellte das Recht, an ihrem Arbeitsplatz vor dem Rauch Dritter geschützt zu werden. Die eidgenössische Volksinitiative «Schutz vor Passivrauchen» ist deshalb unbedingt notwendig.

Die Schweizer Bevölkerung wünscht sich eindeutig einen einheitlichen Passivrauchschutz für die ganze Schweiz: Für die Initiative «Schutz vor Passivrauchen» wurden in nur neun Monaten über 100 000 Unterschriften gesammelt. Im März 2010 finden in der ganzen Schweiz letzte Sammelaktionen statt. Sobald die nötige Anzahl gültig beglaubigter Unterschriften vorliegt, wird die Initiative eingereicht.

NEK-CNE

Organisierte Suizidbeihilfe: Die bundesrätlichen Regelungsvorschläge vermögen nicht zu befriedigen

Die Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK-CNE) begrüsst das bun-

desrätliche Vorhaben, die Akteure der organisierten Suizidbeihilfe in der Schweiz rechtlich zwingend auf die Einhaltung von Sorgfaltskriterien zu verpflichten. Kern dieser Bemühungen muss es sein, sicherzustellen, dass die Suizidbeihilfe, wie es Artikel 115 StGB festhält, auch in ihrer organisierten Form nicht aus selbstsüchtigen Beweggründen erfolgt.

Für die Bewertung der bundesrätlichen Vorschläge durch die NEK-CNE bilden die Sorgfaltskriterien, welche die Kommission in ihrer Stellungnahme 13/2006 veröffentlicht hat, die Richtschnur. Ihre Aufgabe ist es, die Freiheit und die Wohlerwogenheit der Entscheidung, die Dauerhaftigkeit des Suizidwunsches und die Transparenz aufseiten der Organisationen zu gewährleisten. Vor diesem Hintergrund vermögen für die Kommission beide vorgeschlagenen Varianten nicht zu befriedigen. Sie ist der Ansicht, dass eine Lösung anzustreben ist, welche die in Variante 1 formulierten Kriterien, die an zentralen Stellen über die von der NEK-CNE formulierten Sorgfaltskriterien hinausgehen, signifikant modifiziert: Einerseits führt die Forderung, für jeden Suizidbeihilfefall zwei ärztliche Gutachten vorzulegen, zu einer unerwünschten Medikalisierung der Suizidbeihilfe. Andererseits ist die Beschränkung des Zugangs zur organisierten Suizidbeihilfe auf Personen, die an einer unheilbaren Krankheit mit unmittelbar bevorstehender Todesfolge leiden, zu einschränkend. Es ist zwar richtig, den Zugang zur organisierten Suizidbeihilfe auf Menschen einzuschränken, deren Suizidwunsch aus einem schweren, krankheitsbedingten und unheilbaren Leiden erwächst. Personen, die in schwerer Weise an einer chronischen Krankheit leiden, grundsätzlich auszuschliessen, erscheint aber als nicht angemessen. Gleiches gilt für psychisch kranke Menschen: Wenn der Suizidwunsch nicht Ausdruck der psychischen Erkrankung ist, sollten Ausnahmen möglich sein. Eine rechtliche Regelung der organisierten Suizidbeihilfe sollte vorzugsweise ausserhalb des strafrechtlichen Rahmens gesucht werden. Die Stellungnahme ist unter www.nek-cne.ch → Publikationen verfügbar.

Stiftung für Patientensicherheit

«Paper of the Month» Patientensicherheit Schweiz

Up to date bleiben ist aufwendig und eine Herausforderung in allen Bereichen der Medizin. Gerade bei interdisziplinären Themen wie der Patientensicherheit müssten unterschiedliche Fachgebiete, viele verschiedene Journale und Quellen berücksichtigt werden, was nicht immer gelingen kann. Um regelmässig Einblick in aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse im Gebiet der Patientensicherheit zu erhalten, bietet die Stiftung für Patientensicherheit allen

Interessierten einen Service an: das «Paper of the Month»!

Mit dem «Paper of the Month» möchte die Stiftung für Patientensicherheit eine interessante Dienstleistung für diejenigen Personen erbringen, die einerseits bei neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen up to date sein möchten, andererseits nicht über die Ressourcen verfügen, das gesamte Feld zu beobachten. Die Stiftung für Patientensicherheit stellt etwa alle vier Wochen eine aktuelle wissenschaftliche Studie zur Patientensicherheit und ihre Kernergebnisse vor. Sie wählt dafür internationale Studien aus, die einerseits eine hohe Qualität aufweisen und die sie andererseits subjektiv als wichtig beurteilt, zum Beispiel aufgrund einer wichtigen Fragestellung oder einer innovativen Methodik.

Das «Paper of the Month» wird per E-Mail versandt. Sie können sich auf www.patientensicherheit.ch in den E-Mail-Verteiler aufnehmen lassen oder ein E-Mail an info@patientensicherheit.ch senden.

FASMED

Staatseinkauf von Hilfsmitteln: innovations- und wettbewerbsfeindlich

Der Bundesrat fordert in der am 24. Februar 2010 verabschiedeten 6. IV-Revision den Staatseinkauf von Hilfsmitteln. Der Dachverband der Schweizer Medizinaltechnik, FASMED, ist über diesen innovations- und wettbewerbsfeindlichen Entscheid enttäuscht. Der geplante Staatseinkauf stellt aus seiner Sicht einen unverhältnismässigen Eingriff in die Wirtschaftsfreiheit dar, unter dem vor allem die Patienten zu leiden haben werden.

Nur wenige Grossunternehmen wären in der Lage, die standardisierten, grossen Mengen der staatlichen Beschaffung zu niedrigen Kosten zu produzieren. Kleine Anbieter fielen aus dem Markt. Viele qualifizierte Arbeitsplätze stünden dadurch auf dem Spiel.

Der staatliche Einkauf führt zu einer Zweiklassen-Versorgung. Eine Wahlfreiheit hat nur noch, wer unter Verzicht auf einen Beitrag der IV das für ihn am besten geeignete Hilfsmittel selber beschafft. Alle anderen, und damit der grösste Teil der Bevölkerung, müssten eine qualitative Verschlechterung ihrer Versorgung in Kauf nehmen.

Ein staatliches Nachfragemonopol, wie es der Bundesrat vorschlägt, ist für unteilbare Kollektivgüter wie etwa Tunnels oder Strassen geeignet, nicht aber für die Versorgung einzelner Individuen mit unterschiedlichsten Bedürfnissen.