

Briefe an die SÄZ



Budgetmitverantwortungsverträge

Stellungnahme zum Leserbrief von M. Romanens in der SÄZ Nr. 11/2012 [1]

Herr Romanens, Sie haben sich die Ethik auf die Fahne geschrieben. Dann möchte ich Sie bitten, auch die Fairness zu beachten und keine manipulativen oder bewusst falschen Äusserungen zu machen.

Ein Vertrag wird immer zwischen einer Kasse und einem Ärztenetz, nie mit dem einzelnen Arzt abgeschlossen, wie Sie fälschlicherweise in Ihrem Titel schreiben. Dann nehmen Sie aus der Publikation der CSS einfach die höchste geschätzte Einsparungszahl. In der gleichen Tabelle werden die Einsparungen nach der CSS-Methode nicht auf 23,2 Mio., sondern auf 10,7 resp. 9,1 Mio. geschätzt.

Wie Sie auf diese phantastischen 5,8 Mio. kommen, die den Netzwerken pro Jahr in die Kasse gespült werden, ist mit Ihren Zitatangaben leider nicht nachvollziehbar. Unsere langjährigen Erfahrungen mit der CSS zeigen ein anderes Bild. Die Vergütung für die Netzwerkarbeit fällt wesentlich tiefer aus. Wir waren 2 dieser 6 Ärztenetze (mediX bern und mediX zürich). In allen Verträgen zwischen Ärztenetzen und Kassen sind die Verlust- und Gewinnrisiken limitiert. Es geht also nie um diese hohen Beträge, die Sie, Herr Romanens, in Unkenntnis der Sachverhalte einfach hochgerechnet haben.

Verträge sind grundsätzlich vertraulich. Dass darin Beiträge an die Praxisinfrastruktur oder Ähnliches erwähnt werden, ist uns in unserer 14-jährigen Tätigkeit mit Budgetmitverantwortungsverträgen mit fast allen Kassen (ausser EKG und Assura) nicht bekannt. Ein Vergleich mit der Industrie hinkt, weil es hier nicht um die Gefahr der Bestechung geht, sondern um einen Budgetmitverantwortungsvertrag, der den Ärztenetzen volle Freiheit gewährt, wie sie die Koordination der Behandlung ihrer Patienten optimieren wollen. Die Vergütungen werden von den Netzwerken für die Qualitätsarbeit und Leitung der Netzwerke verwendet. Ich verweise auf die ausgezeichnete Übersicht von Jürg Fritschli im Namen von medswiss.net, die ebenfalls in der SÄZ Nr. 11/2012 erschienen ist. [2]

Dr. med. Felix Huber, mediX zürich
Dr. med. Adrian Wirthner, mediX bern

- 1 Romanens M. Geheimvertrag zwischen Kasse und Arzt. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):415.
- 2 Schweizer Dachverband der Ärztenetze, medswiss.net. Managed Care – wo stehen wir? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(11):408.



KVG-Reform Managed Care: Ein Feldexperiment mit ungewissem Ausgang

Sehr geehrter Herr Kollege Berchtold

Bei der KVG-Reform geht es tatsächlich nicht um Managed Care (MC) an sich [1], denn schliesslich lässt das geltende KVG bereits verschiedene MC-Modelle zu, auch solche mit Budgetverantwortung. Die Reform will nun aber planwirtschaftlich den Budgetnetzwerken einen Wettbewerbsvorteil zuschanzen. Versicherte, die ein anderes MC-Modell wählen wie z.B. das Hausarztmodell oder die telefonische Beratung vor dem Arztbesuch, oder die an der uneingeschränkten Arztwahl festhalten, werden im Krankheitsfall mit einem höheren Selbstbehalt gebüsst. Diese Abstrafung wird mit einer verbesserten Kosteneffizienz im Budgetnetzwerk gerechtfertigt. Kosteneffizienz heisst weniger finanzieller Aufwand für ein mindestens ebenbürtiges Behandlungsergebnis. Belege hierfür gibt es nicht. Die Krankenversicherer warnten noch rechtzeitig vor einer Reduktion des Selbstbehalts im Budgetnetzwerk, da Einnahmeausfälle beim Selbstbehalt bei gleichzeitig zu geringem oder fehlendem Einsparpotential zu einem Prämienanstieg geführt hätten. Gemäss dem Gesundheitsmonitor 2011 [gfs Institut Bern] fordern aber 79% der Stimmberechtigten, dass die MC-Vorlage das Prämienwachstum eindämmt.

Nicht der budgetäre Druck, sondern die Eigeninitiative der innovativen und kostenbewussten Grundversorger, die mit elektronischer Krankengeschichte arbeiten, sich mit eHealth vernetzen, Disease Management einführen und sich selbstverständlich kontinuierlich fortbilden, werden die Behandlungsqualität kontinuierlich verbessern. Dafür braucht es eine selbstbewusste, selbstregulierende und unabhängige Hausarztmedizin, die sich nicht in der Geiselhaft der Ökonomie und der Administration befindet.

Sie sind der Meinung, dass eine uneingeschränkte Arztwahl bei jungen Patienten, bei

einfachen akuten Erkrankungen oder Unfällen durchaus sein darf. Den älteren, meist mehrfach chronisch kranken Menschen sprechen Sie dieses Recht hingegen ab. Wenn sie sich weigern, einem Budgetnetzwerk beizutreten, müssen sie eine Busse bezahlen. Die Begründung stützt sich auf rein theoretische Überlegungen und es gibt keine vergleichenden Kosteneffektivitätsstudien, welche diese Entsolidarisierung legitimiert. Mit Inkrafttreten des KVG Im Jahre 1996 wurde die Solidarität durch das Obligatorium und die Einheitsprämie gestärkt. Diese wird nun über die Hintertür mit dem differenzierten Selbstbehalt torpediert. Bereits die Einführung einer höheren Franchisemöglichkeit hat die Solidarität geschwächt. Nicht genug, dass der chronisch Kranke wegen der Minimalfranchise eine höhere Prämie bezahlt. Jetzt soll er auch mehr bezahlen, wenn er die freie Arztwahl nicht aufgibt. Die Wahlfreiheit wird uns nur noch beim Versicherungsprodukt gewährt, nicht mehr bei der Wahl des Arztes.

Sie schreiben: «Ob das revidierte Gesetz die erwünschten Wirkungen ohne grössere Nebeneffekte bringen wird, erfahren wir nur, wenn es eingeführt wird.» Die Vorprüfung sei längst bestanden. Dies ist eine pure Behauptung, die nicht belegt ist. Wer ja sagt zu dieser Reform, sagt ja zu einem riesigen Feldexperiment mit ungewissem Ausgang. Wenn MC mit Budgetmitverantwortung ein Erfolgsmodell ist, kann es sich im Markt ohne Begünstigung beim differenzierten Selbstbehalt auf der heutigen Gesetzesgrundlage durchsetzen.

Ja, Sie haben Recht: «Denn mit oder ohne Gesetz: Die Integrierte Versorgung ist der Standard von morgen.» Nur die integrierende Versorgung braucht nicht zwingende ein Budget!

Dr. med. René Haldemann, Richterswil

- 1 Vorstand Managed Care. Managed-Care-Vorlage: Fördert oder behindert sie die Integrierte Versorgung? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(4):103.



Pflegeschwestern/-männer in der Praxis

Sehr geehrte Frau Professor Spirig

Mit Interesse las ich Ihre Replik [1] auf den Artikel von Emil Schalch vom letzten Herbst

[2]. Aus meiner hausärztlichen Optik (ehemaliger Talschaftsarzt, heute Hausarzt in einem ärzteigenen medizinischen Zentrum in Chur), brauchen wir breit ausgebildetes (nichtärztliches) Fachpersonal mit *Erfahrung* in der Primärversorgung. Das heisst in erster Linie, analog zur ärztlichen Schiene in der Primärversorgung, nicht eine Fragmentierung in fachliche Spezialisierung, sondern Ausbildung zu polyvalenten Spezialisten der Primärversorgung.

Die Entwicklung von Curricula für das ärztliche und nichtärztliche Personal in der medizinischen Primärversorgung ist eine grosse Herausforderung! Ein grosses Problem ist die fehlende Kenntnis von Inhalt und Art der Beanspruchung der Arbeit im Feld der Primärversorgung. Es existieren zu diesem Arbeitsfeld kaum Daten, und es ist daher schwierig die Inhalte der Aus- und Weiterbildung zu formalisieren.

Ein Ausbildungsgang zur APN müsste sich v.a. auch aus «der Praxis heraus», d.h. «bottom-up» entwickeln – wie dies in einer modernen Weiterbildung für Hausärzte auch gilt [3, 4]. Wie Sie richtig schreiben, sollte die «Advanced Practice Nurse (APN)» eine vertiefte Praxiserfahrung mitbringen. Das heisst, dass die Ausbildung auf einem MPA-Abschluss aufsetzen muss oder das Curriculum zur APN eine MPA-Ausbildung mit einschliesst. Die Vertiefung und Erweiterung der klinischen Kenntnisse und Fertigkeiten sowie der Erwerb weiterer, in Zukunft v.a. in Grosspraxen dringend gebrauchter Qualitäten (z.B. Personalführung, Organisationsentwicklung, Kommunikation, Administration...) wären möglichst praxisnah, z.B. auch berufsbegleitend zu erwerben.

Dr. med. Franz Marty, Chur

- 1 Spirig R. Nurse Practitioner, Medizinische Praxiskoordinatorin – oder Best Practice für Patienten? Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(8):295-7.
- 2 Nurse practitioner oder Medizinische Praxiskoordinatorin? Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(43):1665-7.
- 3 The Danish College of General Practitioners, www.bibliosgam.ch/pdf/Danish_GP_competences_119_final.pdf
- 4 Royal College of General Practitioners, www.rcgp-curriculum.org.uk/extras/curriculum/index.aspx



Eminenzbasierte Medizin

Sehr geehrter Herr Kollege Brühlmann
Zu Ihrem Aufsatz «Eminenzbasierte Medizin» möchte ich Ihnen herzlich gratulieren. Elegant arbeiten Sie heraus, welches doch wohl die

Herausforderung an eine ärztliche Ethik und damit für «richtiges Handeln» sein dürfte. Ich teile Ihre Haltung vollumfänglich.

Ich hatte beim Durchlesen Ihres Tribünenbeitrags mit der wunderbar geführten Klinge gegen den Primat der «evidenzbasierten Medizin» einen sehr skeptischen Einfall: Ihre, unsere, Überlegung scheint so zweifelsfrei richtig, man wünscht sich doch in seinem Leiden, seiner Not in erster Linie einen verständnisvollen und gewissenhaften Ansprechpartner, dass einem diese Tatsache schon fast verdächtig erscheinen muss: Ist das denn auch wirklich so, verhält man sich dementsprechend, drückt dies wirklich der gegenwärtige gesellschaftliche Diskurs aus? Bezogenheit, Responsivität setzen doch von sich her etwas doppelseitiges, Systemisches voraus. Dies aber ist mit wenigstens zwei Eigenschaften verbunden: Erstens wäre die «Eminenz» v.a. eine Haltung, die man selber nie richtig erreichen könnte, zudem abhängig von den an uns gestellten Fragen; nun haben wir zwar gelernt, das Gegenüber zu solchen anzuhalten, sie auch möglichst treffend aus ihm herauszuhören, was aber eben in der Realität nur bis zu einem gewissen Grad gelingt (und übrigens auch zeit-, tarif- und damit sozial abhängig ist). Zweitens aber und ganz besonders wichtig, spielte sich das Ganze auf einem gegenseitigen Rollenverständnis ab, da will also einer die Verantwortung wahrnehmen und die andere sie auch abgeben. Sind jedoch die Grundlagen für das Bezogen-sein-Wollen denn auch in unserer Gesellschaft gegeben, akzeptiert oder sogar schon wünschbar? Welches ist diesbezügliche gegenwärtige gesellschaftliche Übereinkunft? Man schaue sich doch bloss die durchgestöpselte, am Smartphone hängende, Bevölkerung an, zwar dauernd auf Kommunikation und Information aus, Beziehungen allerdings vorzüglich via sogenannte soziale Netzwerke befriedigend! Ist das nicht viel eher Verneinung der gegenseitigen Bezogenheit? Und dann erst noch auf eine «Eminenz»?! Wenn schon, dann höchstens «partnerschaftlich», Auge in Auge (oder bald schon à l'américaine: «Auge um Auge» via Anwalt). Oder, wie es unser psychologischer Grossvater S. Freud bezeichnet hätte: *Sind wir bereit, in Leid und Schmerz eine regressive, vielleicht gar infantile, Rolle zu akzeptieren? Nein, die Bevölkerung ist aufgeklärt – oder möchte es doch sein, sehen wir mal von der Flucht aus der Verantwortung ab, bestimmt zuerst via Google Diagnose und Therapie selber – oder hält dies wenigstens für erstrebenswert – und beim Sterben kauft man sich via Dignitas selber ein, da braucht's den Arzt oder die Ärztin bloss noch zur Unterschrift zuerst unter Versicherungszeugnisse und zuletzt Sterbeurkunden!*

Lieber Herr Brühlmann, ich hoffe bei diesen meinen Zeilen ist mir meine eigene Skepsis ungerechtfertigterweise durchgegangen, möge dies alles nicht stimmen; aber vielleicht könnten sich aus diesen Fragen doch ein paar wei-

tergehende Überlegungen ergeben.

In diesem Sinne noch einmal mit bestem Dank und freundlichen Grüßen

Dr. med. Rolf Tschannen, Wil,
vor kurzem pensionierter Psychiater

- 1 Brühlmann T. Eminenzbasierte Medizin. Schweiz Ärztezeitung. 2012;93(10):387-8.



Eminenz durch Evidenz

Kollege Brühlmann vermutet in seinem Artikel [1], dass die Hochblüte der evidenzbasierten Medizin (EBM) vorbei sei und begründet dies mit der Flut von empirischen Studien aus selbstdestruktivem Trend, sei es im Sinne von Metaanalysen-Akrobatik oder statistischer Orgien. Die einzige Erklärung für diese Aussage des Autors ist für mich das völlig unzureichende Verständnis von EBM. Meiner Ansicht nach stehen wir immer noch am Anfang einer Verbreitung der EBM. Zweifellos braucht es die überzeugende ärztliche Persönlichkeit, welche sich nicht nur auf ein naturwissenschaftliches Denkmodell abstützt, sondern das biopsychosoziale Modell (ICIDH- oder ICF-Klassifikation) anerkennt, praktiziert und sich dabei bewusst ist, dass es in der Medizin neben der wenigen, aber wichtigen spezifischen auch viele unspezifische Wirkungen in einem Heilungsprozess gibt. Die Ärzteschaft muss selbstverständlich Verantwortung tragen, in allen Fällen, ob der Patient trotz oder wegen der Intervention gesund oder eben nicht gesund wird. Die evidenzbasierte Medizin zeitgemässer Prägung hat mich gelehrt, diesbezüglich besser entscheiden zu können. Wir geben heute (zu) viel Geld aus, wo trotz (unnötiger) Diagnostik und Interventionen ein gutes Heilungsergebnis entsteht. Alle sind dabei zufrieden, nicht zuletzt der «Gott in Weiss».

Wenn heute mehr Metaanalysen und randomisierte Studien auftreten, ist dies nicht Ausdruck einer sinnlosen ökonomischen Infiltration der Forscherwelt, sondern ein Hinweis darauf, dass wir immer häufiger kleine erwartete Ergebnisunterschiede untersuchen (Stichwort: Marktverdrängung der Medizinindustrie beim Vergleich Cholesterinsenker A versus B), wo der Nutzen sich nicht mehr mit einfacheren Studiendesigns und kleinen Fallzahlen statistisch signifikant nachweisen lässt. Für mich ist dies ein starkes Indiz für eine Medizin jenseits der maximalen Nutzungsgrenze.

Der Ärzteschaft, welche sich dem Primat des «primum nil nocere» weiterhin zu verschreiben gedenkt, erwachsen noch jahrelang Herausforderungen des «Erkenntnisprojektes EBM», um liebgewordene, aber bisher nicht hinterfragte Hypothesen hinsichtlich Gültigkeit in

der Patientenrealität zu überprüfen. Dabei geht es vornehmlich um die klinische Relevanz. Die diesbezügliche «Kompetenzbehörde» ist eine eminente Ärzteschaft in engem Kontakt mit ihren Patienten. Auch uns Ärztinnen und Ärzten an der Front hat die Wissenschaft der klinischen Epidemiologie mit der EBM-Bewegung die Instrumente zur Verfügung gestellt. Man muss sie nur sinnvoll zu nutzen bereit sein.

Dr. med. Luzi Dubs, Winterthur

- 1 Brühlmann T. Eminentenbasierte Medizin. Schweiz. Ärztezeitung. 2012;93(10):387–8.



Mitspracherecht und Akzeptanz

Richtigerweise hat der Vizedirektor des Bundesamtes für Sozialversicherungen und Leiter Geschäftsleitung Invalidenversicherung Stefan Rittler darauf hingewiesen [1], dass die Arbeitgeber und die behandelnden Ärzte noch besser zusammenarbeiten müssen um

mehr Behinderte vermehrt in den Arbeitsprozess einzugliedern.

Entscheidend ist dabei auch, dass Behinderte am runden Tisch mitreden dürfen und alle künftigen Mitarbeiter über ihre Hindernisse am Arbeitsplatz ins Bild gesetzt werden.

Letztlich setzt eine erfolgreiche Eingliederung auch noch eine gegenseitige Akzeptanz voraus!

Freundliche Grüsse

Armin Arnold, Köniz

- 1 Rittler S. Eingliederung ist eine Chance, Gesundheit zu erhalten oder zu verbessern. Schweiz. Ärztezeitung. 2012;93(11):409–10.



C'est le ton qui fait la musique

Als Psychiater übe ich mich fleissig im Ausfüllen von Arztberichten für die Invalidenversicherung. Dabei stösst mir immer Punkt 1.2 sauer auf; denn nach allen Diagnosen und der Dauer der Behandlung muss ich das «Datum der letzten Kontrolle» angeben.

Was sollte ich wohl bei meinen kranken und leidenden Patienten kontrollieren? Etwa ob sie Sozialmissbrauch betreiben? Oder ob sie einen Rückfall machen? Oder zu viel trinken? Oder à la grecque: ob sie noch am Leben sind und nicht bloss noch als Rentenbezüger existieren? Diese Frage nach der letzten Kontrolle ist so weit entfernt von unserer beruflichen Haltung und Realität, dass ich sie als Beleidigung unseres Berufsstandes empfinde. Wir untersuchen kranke Menschen, wir versuchen, ihr Vertrauen zu gewinnen und mit ihnen zusammen ihre Probleme zu besprechen und ihr Leiden zu ertragen und womöglich zu verbessern. Daher streiche ich seit Jahren die Frage 1.2 und schreibe: «Wir kontrollieren keine Patienten; wir behandeln leidende Menschen.» Aber eine Reaktion vonseiten der IV ist noch nie erfolgt. Ich möchte Kolleginnen und Kollegen einladen, es mir gleichzutun. Unsere Ständevertreter ersuche ich höflich, bei Gelegenheit von Gesprächen mit dem BSV auf diesen Missstand hinzuweisen. Das wird zwar nicht die Welt verändern, aber es wäre ein kleiner Schritt hin zu mehr Respekt für unsere kranken Mitmenschen.

Dr. med. Tedy Hubschmid, Bern

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Nuklearmedizin – 2. Teilprüfung

Ort: Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), 1011 Lausanne

Datum: Freitag, 28. September 2012

Anmeldefrist: 31. Mai 2012

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Kardiologie

Schriftliche Prüfung

Datum: Mittwoch, 24. Oktober 2012, 8:00–12:00 Uhr

Ort: Inselspital Bern, Auditorium Ettore Rossi

Praktische Prüfung

Datum: Donnerstag, 25. Oktober 2012

Ort: Universitätsspital Basel (deutsch), CHUV Lausanne (französisch)

Anmeldefrist: 2. September 2012

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Prävention und Gesundheitswesen

Ort: Haus der Krebsliga Schweiz, Effingerstrasse 40, Bern

Datum: Donnerstag, 6. Dezember 2012

Anmeldefrist: 15. Oktober 2012

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

Swissmedic

Sicherheitswarnung betreffend Cristal Face Dermal Filler des Herstellers Doctor's Program Italia S.r.l. und allfällige andere Produkte

Swissmedic macht darauf aufmerksam, dass das Produkt «CRISTAL Face» (High purity dermal filler, LOT.-Nr. CR6-2911/1, Herstellungsdatum 2011-07, Ablaufdatum 2013-07) des italieni-

schen Herstellers «Doctor's Program Italia S.r.l.» missbräuchlich mit der Kennzeichnung «CE0297» versehen ist. Sicherheit und Wirksamkeit des Produktes können nicht beurteilt werden, wodurch eine potentielle Gesundheitsgefährdung nicht auszuschliessen ist. Swissmedic warnt deshalb vor der Anwendung dieses Produktes.

Gemäss bekannten Distributionspartnern der Firma Doctor's Program Italia S.r.l. wurden diese Produkte in der Schweiz nicht in Verkehr gebracht. Es ist jedoch nicht auszuschliessen, dass sie durch Direkt-/Parallelimport trotzdem in die Schweiz gelangen könnten. Weiterhin kann zurzeit nicht ausgeschlossen werden, dass auch weitere LOT-Nummern oder weitere Produkte (z.B. CRISTAL Body) des gleichen Herstellers betroffen sind. Zusätzliche Informationen und Bilder sind auf www.swissmedic.ch erhältlich.

Herzstiftung Olten

Forschungspreis «Frau & Herz»

Die Herzstiftung Olten hat beschlossen, aus dem Legat Ida Tanner auch für das Jahr 2012 einen Forschungspreis von 30000 Franken für eine Forschungsarbeit auf dem Gebiet Frau und Herz auszuschreiben. Eingereicht werden

können Forschungsprojekte zum Thema kardiovaskuläres System und Frau, die bereits angelaufen oder erst in Vorbereitung sind. Bewerbungen für den Forschungspreis 2012 müssen bis 10. Juni 2012 eingereicht werden. Der Beitrag von 30 000 Franken ist als Anschubfinanzierung 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 2012 mithelfen, durch ein nationales Medienecho das Bewusstsein für Herz- und Kreislauferkrankungen bei Frauen in der Schweiz zu erhöhen und auf Defizite in diesem Bereich aufmerksam zu machen. Mitmachen können alle Forschungsteams aus der Schweiz, die in diesem Forschungsbereich tätig sind oder sein möchten.

Weitere Informationen und detailliertere Bewerbungsunterlagen erhalten Sie beim Sekretariat Herzstiftung Olten, Froburgstrasse 1, 4600 Olten oder per E-Mail über: hugo.saner[at]hin.ch

Schweizerische Aerosol Gesellschaft (SAG)

Schweizerischer Aerosol Preis

Dank einer grosszügigen Zuwendung der Swiss Lung Foundation kann die Schweizerische Aerosol Gesellschaft (SAG) jedes Jahr einen Preis in der Höhe von 10 000 Franken für die beste wissenschaftliche Publikation auf dem Gebiet der internationalen Aerosol-Forschung in der Schweiz ausschreiben. Der Preis wird anlässlich der Jahrestagung der SAG, die 2012 am 20. November stattfindet, verliehen.

Anforderungen:

Die Arbeit soll in der Regel aus einer schweizerischen Universität, Klinik oder Forschungsanstalt stammen, resp. mehrheitlich in der Schweiz entstanden sein. Das Manuskript kann in deutscher, französischer oder englischer Sprache abgefasst sein und muss von einer peer-reviewed Zeitschrift entweder zur Publikation akzeptiert oder seit dem 1. Januar 2012 publiziert sein. Der Preis geht an den Erstautor. Die Bewerbung umfasst: Nominationsantrag, Curriculum Vitae mit Publikationsverzeichnis und Manuskript resp. publizierte Arbeit.

Die Unterlagen sollten bis 31. August 2012 an folgende Adresse eingereicht werden: Dr. med. Otto Brändli, Präsident Swiss Lung Foundation, Hömelstrasse 15, 8636 Wald, E-Mail: braendli[at]swisslung.org

Krebsliga Schweiz (KLS) / Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS)

Qualitätslabel für Brustzentren: Einreichung von Unterlagen ab 1. April

Die Krebsliga Schweiz (KLS) und die Schweizerische Gesellschaft für Senologie (SGS) haben im Jahr 2011 gemeinsam ein Label für Brustzentren lanciert. Das Label soll Brustzentren auszeichnen, die klar definierte Anforderungen an die Qualität der Behandlung und Betreuung von Frauen mit Brustkrebs erfüllen. Grundlage für das Label bildet ein Kriterienkatalog, der von der SGS erarbeitet worden ist – basierend auf den Eusoma-Kriterien.

Ab 1. April 2012 können interessierte Zentren die Unterlagen, die für die Anmeldung zum

Zertifizierungsprozess notwendig sind, bei der Geschäftsstelle Qualitätslabel einreichen. *Letzter Eingabetermin ist der 31. April 2012.*

Alle Dokumente und weitere Informationen zum Qualitätslabel für Brustzentren sind einsehbar unter www.krebsliga.ch/q-label. Weitere Auskünfte erteilt Dr. med. Karin Huwiler, Wissenschaftliches Sekretariat, Geschäftsstelle Qualitätslabel, Krebsliga Schweiz, Tel. 031 389 92 83, E-Mail: [q-label\[at\]krebssliga.ch](mailto:q-label[at]krebssliga.ch)

Briefe

Briefe 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 Briefe wird in der Regel keine Korrespondenz 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, Farnsburgerstr. 8, 4132 Muttenz, Tel. 061 467 85 72, Fax 061 467 85 56, E-Mail: [redaktion.saez\[at\]jemh.ch](mailto:redaktion.saez[at]jemh.ch).