

Courrier au BMS

In Gedanken bei Ernst Gähler

In der SÄZ bleibe ich bei den Personalien immer hängen und schweife dabei auch über die gemeldeten Todesfälle. Die praktisch ausnahmslos tiefen Jahrgänge der Verstorbenen lassen mich naiverweise selbst auf ein langes Leben hoffen.

Dies war Ernst Gähler (1952) nicht gegönnt. Mit tiefer Trauer las ich heute von seinem Tod am 12. März 2015 [1].

Ernst hat sich mit ganzer Kraft für die Ärzteschaft und speziell die Hausärzte eingesetzt. Wie er dies neben seiner Praxis geschafft hat, blieb mir rätselhaft. Ernst war für mich ein Beispiel eines Arztes, der sich über Eigeninteressen hinwegsetzt und die «gute Sache» immer im Fokus behielt.

Ein trauriger Tag für uns Ärzte.

*Dr. med. Sven Streit, Bern
Präsident Junge Hausärzte Schweiz (JHAS)*

1 FMH. Personalien. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):519.

Wenn Daten Patienten töten

Zum Artikel «Wir brauchen einen liberalen Umgang mit Patientendaten» [1]

Die Tagung, über die Frau Witte in ihrem Artikel berichtet, war nicht so aufgestellt, dass mit einer grundsätzlichen Kontroverse zu rechnen war. Vielmehr ging es darum, unter Ausschluss medizinethischer Stimmen in einem prinzipiell befürwortenden Gremium Einwände gegen eine liberale Handhabung von Patientendaten auszuräumen sowie Möglichkeiten und Grenzen elektronischer Patientendossiers aufzuzeigen und zu diskutieren. Dagegen ist im Grunde nichts einzuwenden, auch nicht dagegen, das die SÄZ über die Tagung berichtet. Dies hätte dann aber eingedenk der Einseitigkeit der dort vertretenen Meinungen doch etwas kritischer geschehen dürfen. So kann das vertretene Argument, in Facebook würden wir ja auch alle möglichen Informationen über uns preisgeben, nicht im Raum stehen gelassen werden. Es ist für einen Patienten doch wohl ein Unterschied, ob sein Vorgesetzter ein vielleicht nachteiliges Partyfoto von ihm zu Gesicht bekommt, oder ob sich jemand Zugriff auf seine persönlichen Gesundheitsdaten verschafft. Und dass dies geschehen kann, ist heute, da selbst Geheimdienste vor Hackerangriffen nicht gefeit sind, wohl jedem klar. Auch dass es diesbezügliche Interessen gibt. Hier geht es nicht um die Befreiung aus einer Zwangsjacke, wie Jacques de

Haller konstatiert, sondern um die Wahrung unserer Sorgfaltspflicht als Ärztinnen und Ärzte. Dass der Medizinhistoriker Hubert Steinke zur Lockerung dieser Sorgfaltspflicht die Existenz des Hippokratischen Eids grundsätzlich in Frage stellt, ist ein gefährliches Unterfangen. Hoffen wir, dass die Kolleginnen und Kollegen dies nicht als Aufforderung sehen, auch die übrigen dort festgehaltenen ethischen Regeln nicht mehr als verpflichtend zu betrachten, denn sonst müsste man unsere Patienten vor uns warnen. Fakt ist, dass es gefährlich ist, Daten zu sammeln, ohne dass Konzepte bestehen, wie diese zum Wohle des Patienten verwendet werden sollen. Hierzu ein trauriges Beispiel: die Sterberaten des BAG. Der VEMS hat diese in dieser Zeitung mehrfach kritisiert [2]. Nun zeigt eine Studie aus den USA deren Effekt [3]: Dort, wo die Spitäler aufgrund von Sterberaten beurteilt wurden, haben sie morbide Patienten möglichst gemieden. Folge: Die Mortalität ist gestiegen. Dies zeigt: Daten können unseren Patienten sehr wohl schaden, im schlimmsten Fall sogar deren Tod bringen. Wichtig ist folglich nicht, ob und wie wir Daten sammeln, sondern was wir damit überhaupt tun wollen – und was wir unter Umständen damit tun werden, ohne es zu wollen. Jede Branche entwirft Risikoszenarien, bevor sie Datensammlungen anlegt. Es ist naiv und fahrlässig, wenn die Medizin meint, ohne die Entwicklung solcher Szenarien auskommen zu können. Dies wäre Inhalt einer tatsächlich interessanten und kontroversen Tagung gewesen.

Dr. med. Michel Romanens, Verein Ethik und Medizin Schweiz VEMS, Olten

- 1 Witte F. Wir brauchen einen liberaleren Umgang mit Patientendaten. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):537–9.
- 2 Romanens M, Ackermann F, Hofmeier B. Begleitforschung SwissDRG: Aufruf zu einem nationalen Konsens. Schweiz Ärztezeitung. 2010;91(7):270–3.
- 3 Waldo S, McCabe J, O'Brien C, Kennedy K, Joynt K, Yeh R. Association Between Public Reporting of Outcomes With Procedural Management and Mortality for Patients With Acute Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol. 2015;65(11):1119–26.

Zwangseinweisungen in die Psychiatrie

Offener Brief an die Ombudsstelle der SRG, Bern

Sehr geehrte Damen und Herren

In der Sendung der Rundschau vom 1. April wurden 2 Fälle von Zwangseinweisungen in die Psychiatrie präsentiert. Nach dem Inter-

view des Präsentators Sandro Brotz mit dem einweisenden Arzt Dr. med. Urs-Peter Beerli entstand der Eindruck, dass Einweisungen gegen den Willen des betroffenen Patienten immer willkürlich und ohne saubere Indikation erfolgen würden. Im Besonderen wurde auch die Legitimation und Kompetenz des Hausarztes (und von Dr. Beerli in seiner zusätzlichen Funktion als Amtsarzt) generell in Frage gestellt.

Als ehemaliger Hausarzt mit fast 30-jähriger Praxistätigkeit fühle ich mich zu einer kritischen Stellungnahme legitimiert. Ausserdem war ich mehrere Jahre als Ombudsmann unserer kantonalen Ärztesgesellschaft tätig.

Die Problematik der Zwangseinweisungen ist mir vertraut, da ich selbst etliche Patienten in einer Ausnahmesituation in die hiesige Psychiatrische Klinik einweisen musste. In den meisten Fällen wurde ich durch die sich an Ort und Stelle befindliche Polizei aufgeboten. Die Berechtigung einer Zwangseinweisung wird durch ein Fachgremium ausserhalb der betr. Klinik abgeklärt und entweder bestätigt (mit folgender stationärer Abklärung und Behandlung des Patienten) oder aufgehoben (mit sofortiger Entlassung).

Aufgrund der spärlichen Fakten der beiden Fälle im Beitrag der Rundschau kann ich nicht beurteilen, ob die Zwangseinweisung absolut notwendig war oder nicht. Es ist möglich, dass es sich um Grenzfälle handelte. Der einweisende Arzt Dr. Beerli hat jedoch ausgesagt, dass er retrospektiv wieder gleich handeln würde. Ich bin überzeugt, dass Dr. Beerli nach bestem Wissen und Gewissen gehandelt hat. Seine Ausführungen sind denn auch nachvollziehbar.

Die Präsentation dieser beiden Fälle in der Rundschau war jedoch einseitig und unausgewogen aus folgenden Überlegungen:

- Vordergründig wurde die Ablehnung der eingewiesenen Personen thematisiert und zu stark gewichtet. Wie im Beitrag vermerkt wurde, beinhaltet eine Zwangseinweisung immer ein fehlendes Einverständnis durch den betroffenen Patienten.
- Die Ansicht der involvierten Polizeiangehörigen wurde völlig ausgeklammert. Es ist anzunehmen, dass sich die Beamten den Beizug des Amtsarztes gut überlegt haben.
- Bei der Massnahme einer Zwangseinweisung handelt es sich immer um eine Krisenintervention, wo innert Minuten ein Entscheid gefällt werden muss. Alle Beteiligten stehen unter erheblichem Zeitdruck. In jedem Fall trägt diese Handlung zu einer Deeskalation bei. Oft ist auch

übermässiger Alkoholenuss oder ein anderer Drogenkonsum im Spiel. Der Transport erfolgt im Kt. Solothurn nicht mehr wie früher durch die Polizei, sondern durch die Ambulanz.

- Der zugezogene Arzt muss seinen Entscheid verantworten. Was geschieht, wenn er keine Zwangseinweisung verfügt und die betreffende Person eine Straftat oder gar eine Handlung mit tödlichem Ausgang begeht? Der Arzt müsste nicht nur eine Mediensichelte, sondern auch gerichtliche Verfahren über sich ergehen lassen!
- Herr Brotz sprach dem Hausarzt generell die Kompetenz einer Zwangseinweisung ab und forderte, dass ein Psychiater beigezogen werde. Diese Forderung ist realitätsfremd wegen der vielerorts fehlenden sofortigen Erreichbarkeit eines Psychiaters (besonders nachts!). Immerhin wird das Fach Psychiatrie während des medizinischen Staatsexamens geprüft. Und ausserdem kennt der Allgemeinpraktiker seine Patienten und hat täglich auch mit psychisch Kranken zu tun.
- Im Kanton Solothurn ist die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) für die Fürsorgerische Unterbringung (FU) zuständig. Alle Ärztinnen und Ärzte können eine FU für die Dauer von höchstens 72 h anordnen. Die betroffene oder eine nahestehende Person wird über die FU und die Beschwerdemöglichkeit informiert.
- Schliesslich hat Herr Brotz wiederholt betont, dass es Patienten nach einer Zwangseinweisung schlechter gehe als vorher, da sie zusätzlich traumatisiert worden seien. In meiner eigenen Praxistätigkeit konnte ich diese Aussage nie feststellen, im Gegenteil haben die Patienten wie auch deren Angehörige die erfolgreiche stationäre Behandlung auch im Nachhinein gutgeheissen.

Die Forderung, Zwangseinweisungen in die Psychiatrie möglichst zu vermeiden, ist wohl berechtigt. Fakt ist jedoch, dass sie nicht immer vermeidbar sind.

Aufgrund der unausgewogenen Präsentation der beiden Fälle sind die Hausärzte in den Generalverdacht der fehlenden Kompetenz einer Notfalleinweisung in eine psychiatrische Institution geraten. Dieser Vorwurf an die Adresse der Hausärzte lässt nicht nur auf fehlende Sachkompetenz der betreffenden Medienleute schliessen, sondern ist aus den dargelegten Gründen überheblich und diffamierend. Die Funktion von Herrn Brotz als advocatus diaboli mag hin und wieder notwendig sein, diesmal ist er aber über das Ziel hinausgeschossen.

Mit diesen Zeilen hoffe ich, zu einem besseren Verständnis von berechtigten Zwangseinweisungen in die Psychiatrie beizutragen.

Dr. med. Max Schreier, Kriegstetten

Wir Zauberlehrlinge!

Dem Editorial von unserem FMH-Präsidenten [1] ist kaum etwas hinzuzufügen. Die Logik, statt belastender Interruptio nach Pränatal-Diagnostik die sinnvolle Präimplantationsdiagnostik (PID) zur Auswahl der «guten» Eizellen vorzunehmen, besticht. Wo liegt dann eigentlich das Problem? Meines Erachtens im Zauberlehrling. Wir medizinischen Zauberlehrlinge haben schon lange die Geister gerufen und werden sie nun nicht mehr los.

In der Urzeit der modernen Medizin etwa in der Mitte des 20. Jahrhunderts gab es Ehepaare mit Kindern, ja manchmal zu vielen Kindern. Dann kamen Knaus-Ogino und die Pille. Kinderlose Ehepaare wurden bedauert, belächelt oder gar geächtet, im Alten Testa-

ment und im Mittelalter gar als von Gott Bestrafte angesehen. Auf jeden Fall gab es keine Möglichkeit, ihnen zu helfen. Später kamen dann neue Methoden der Untersuchung, Ultraschall, Spermogramm, Salpingographie, die alle zur verfeinerten Diagnose führten. Mit der Fristenlösung und der Fruchtwasseruntersuchung zur Diagnose des Down-Syndroms, die wegen Abortgefahr bei positivem Befund die Verpflichtung zur Interruptio einschloss, fing dann die eigentliche Geisterbeschwörung an. Bald gab es allerdings dann den Test, die Missbildungen ohne Gefahr zu diagnostizieren. Auf der Sterilitätssite entwickelte man die Insemination, die Spermaanreicherung und die Leihmutterchaft. Nun werden die beiden Verfahren kombiniert und der neueste Schritt ist nun die PID, damit wirklich nur noch gesunde und lebenswerte Wesen ausgezogen, oder besser herangezogen werden. Der nächste Schritt wird der Klon sein.

Wir wissen nicht mehr, wie weit wir in die Natur eingreifen dürfen. Die Götter, die Prometheus für seine Hybris, Göttergleich zu sein, bestrafen, kennen wir nicht mehr und auch den christlichen Gott, der uns sagte: «Ich bin der Herr über Leben und Tod», zählt bei uns Zauberlehrlingen nicht mehr. Das gesunde Gefühl dafür, was wir dürfen und was nicht, ist uns abhanden gekommen. Hier können wir entweder resignieren, die Entwicklung traurig kommen lassen und die Schultern zucken. Wir können aber auch sagen: «In die Ecke, Besen ...», und sagen: «Jetzt ist es genug», nicht aus Angst vor Strafe, sondern wissend, dass diese Entwicklung in eine unnatürliche und gefährliche Richtung geht.

Dr. med. Wolf Zimmerli, Oberdiessbach

1 Schlup J. Warum wir eine zeitgemässe Fortpflanzungsmedizin brauchen. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14-15):511.

Sujets actuels de forum

Joignez la discussion en ligne sur www.saez.ch



Dr méd. Michael Stamm, D.E.A.A.,
Spécialiste en anesthésiologie et médecine intensive, EMBA Université de Zurich
Responsable médical et directeur d'Operationszentrum Burgdorf AG

Prestations ambulatoires

Promouvoir les prestations ambulatoires pour répondre aux défis du système de santé suisse

Gedanken eines Kinderpsychiaters zur Präimplantationsmedizin [1, 2]

Lassen Sie mich kurz weiter ausholen: Die Frage der Fortpflanzung hat die Evolution schon sehr früh durch die Einführung der Sexualität geregelt. Diese Regeln beinhalten auch die tiefverankerten Verhaltens- respektive Daseinsweisen, welche zur optimalen Weitergabe der Gene des jeweils als männlichen oder weiblichen Individuums führen sollen. Dadurch entstand eine neue Dynamik der Evolution, welche heute unter dem Schlagwort des «egoistischen Gens» sehr eingängig vertreten wird. Unter diesen biologischen Verhältnissen dreht sich im menschlichen Verhalten schon immer fast alles um die Fortpflanzung und die «Aufzucht der Nachkommenschaft».

Aber gerade unter diesem Gesichtspunkt gab es auch schon immer «unerwünschte Nachkommenschaft», und der Umgang mit ihr dürfte zwar biologische Grundlagen haben, erscheint uns heute aber in erster Linie als Frage der Kultur, d.h. des diskursiven Umgangs mit dem Dilemma als ganze Gesellschaft. Teil dieser Kultur ist auch die Fortpflanzungsmedizin (FM), welche sich über ihre Wirkung mehr denn je Rechenschaft geben muss. Denn diese Gesellschaft veränderte auch ihr Bewusstsein über den Zusammenhang von Sexualität und Fortpflanzung; neu wird überlegt, was für ein Kind man für welche zukünftige Welt sogar erzeugen soll! Während das Kinder-Haben früher eine Selbstverständlichkeit war im Sinne der Weitergabe nicht nur der eigenen Gene, sondern der eigenen Lebensweise, tritt nun die Möglichkeit der gezielten Veränderung dieser Weitergabe ins Blickfeld. Zwar haben wohl schon immer schwangere Paare vielfältige bewusste und unbewusste Wünsche an das noch nicht geborene Kind gehabt, bislang war das Kind dann aber ab der Geburt eine eigene Person, welche die Eltern vielfältig herausforderte, vom Trotzalter bis spätestens in der Pubertät, in der es nicht mehr einfach die Welt gleich weiterdenken wollte. Und so lehrt jedes Kind die ältere Generation, ihre Grenzen zu sehen, loszulassen, abtreten zu können, wie das eben in der Generationenfolge nach «Erfindung der Sexualität» notwendig ist.

Lettres de lecteurs

Envoyez vos lettres de lecteur de manière simple et rapide. Sur notre site internet, vous trouverez un outil spécifique pour le faire. Votre lettre de lecteur pourra ainsi être traitée et publiée rapidement. Vous trouverez toutes les informations sous: www.bullmed.ch/auteurs/envoi-lettres-lecteurs/

Was wird nun daraus, wenn das geplante Kind im Sinne der Eltern auch genetisch zu einem ganz bestimmten Ziel «vor-programmiert» werden soll? Nein, ich habe nicht Angst davor, dass das gelingen könnte! Meine Bedenken betreffen vor allem die Enttäuschung der Eltern und den existenziellen Kampf des Kindes, wenn die Illusion der «Machbarkeit eines Kindes» vom Kind zerstört werden muss! Dies Problem ist freilich weder neu noch durch die FM heraufbeschworen. Nicht zuletzt dürften Eltern, welche FM erfahren haben, oft die zufriedeneren Eltern sein!

Ich verweise deshalb auf den Wunsch der Gegner, die Gesellschaft möchte die gesellschaftliche Gefahr abwenden, dass Menschen an und für sich ein Projekt anderer Menschen sein können, welches dann logischerweise auch an einer beliebigen Stelle abgebrochen werden könnte; hierher gehört der Wunsch, die Rechtsetzung möge das regeln. Die Sichtweise, dass jedes auch noch so «gemachte» Kind buchstäblich ab ovo eine eigene Person ist, entspräche dann wohl so etwas wie einem grundsätzlichen Menschenrecht, das nicht tangiert werden darf. Darin eingeschlossen ist die Notwendigkeit, dass die Gesellschaft auch Menschen mit Behinderungen und anderen als negativ beurteilten Eigenschaften nicht nur trägt, sondern wertschätzt! Dazu braucht es nur Bescheidenheit und keine spirituelle Ausrichtung!

Dr. med. Felix Walder, Ziefen

- 1 Schlup J. Warum wir eine zeitgemässe Fortpflanzungsmedizin brauchen. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):511.
- 2 Imthurn B. Ja zu einer zeitgemässen Fortpflanzungsmedizin. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):512–14.

Verantwortung nicht auf Ärzte abschieben

Zu den Impfempfehlungen mit Off-label Use des BAG [1]

Der Artikel im BAG-Bulletin erläutert dem erstaunten Leser, dass nicht die offiziellen Empfehlungen unserer Gesundheitsbehörde, unterstützt durch die Eidgenössische Kommission für Impffragen (EKIF) und somit durch Vertreter der universitären Lehrmeinung, «Label» vorgeben, sondern dass dies Swissmedic obliegt. Diese Institution berücksichtigt ja vor allem juristische und wirtschaftliche Aspekte.

Es wird uns zur rechtlichen Absicherung angeraten, die Patientinnen und Patienten zu orientieren, dass eine bestimmte Impfung «Off-label» ist. Es versteht sich heutzutage von selbst, dass im Streitfall eine entspre-

chende schriftliche Dokumentation vorliegen muss ...

Das BAG täte gut daran, die Verantwortung für die erlassenen Empfehlungen selber voll zu übernehmen, statt diese auf die Ärzteschaft abzuschieben und uns somit einen weiteren unnötigen bürokratischen Stein in den Weg zu legen.

Dr. med. Daniel Ess, Luzern

- 1 Bundesamt für Gesundheit. Bulletin 13/15. Impfempfehlungen des BAG, welche einen Off-label Use beinhalten: Erklärungen und Bedeutung für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte. 23. März 2015. S. 217–9.

Stellungnahme des Bundesamts für Gesundheit (BAG) zum Leserbrief von Dr. med. Daniel Ess «Verantwortung nicht auf die Ärzte abschieben»

Das BAG schiebt bei den Impfempfehlungen, die einen Off-label Use beinhalten, keine Verantwortung auf die Ärzte/-innen ab. Mit dem Artikel vom 23. März 2015 im BAG-Bulletin Nr.13 sollte vielmehr verdeutlicht werden, dass bei einem Off-label-Einsatz von Impfstoffen gemäss Impfempfehlungen des BAG die gleichen Haftungsregeln gelten wie bei einer Anwendung gemäss den Indikationen in der von Swissmedic genehmigten Fachinformation.

Das bedeutet, dass sich der Arzt bzw. die Ärztin in beiden Anwendungsfällen (off-label oder Fachinformation) auf wissenschaftliche Daten abstützen muss (u.a. auch die Impfempfehlungen des BAG) und die Regeln der medizinischen Wissenschaften zu beachten sind. Gemäss Behandlungsvertrag ist der/die Arzt/Ärztin verpflichtet, in beiden Fällen die relevanten Informationen auszuwerten und den/die Patienten/-in so zu informieren, dass Letztere/r einen informierten Entscheid treffen kann (informed consent). Dies kann unter Umständen – je nach Wissensstand über den geplanten Off-label-Arzneimittleinsatz – auch die Pflicht beinhalten, über den Off-label Use zu informieren. Ferner muss der Arzt/ die Ärztin – auch im eigenen Interesse – nachweisen können, dass er den Patienten / die Patientin hinreichend informiert hat (sogenannte Dokumentationspflicht). Informationen zu den Impfempfehlungen des BAG sind auf dessen Internetseiten zu finden, insbesondere unter www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/02535/index.html?lang=de.

Bundesamt für Gesundheit, Direktionsbereich Öffentliche Gesundheit, Abteilung Übertragbare Krankheiten

Die FMH als UNESCO-Weltkulturerbe

Zum Beitrag vom 1.4.2015 [1]

Gratuliere! Zu diesem denkwürdigen Tag 1.4.2015.

Die FMH ist zwar nicht uralt, wie der Segestempel auf Sizilien, den eines der Fotos in diesem Artikel zeigt – aber festgemauert in der Gegenwart.

Das zweite Foto zeigt den Arzt, welcher mit handlichem Bohrer das neue Praxisschild montieren wird. Wo kann man dieses elegante Werkzeug schon jetzt beziehen? Bei der FMH, die dieses sicher schon in grossen Mengen (mit Mengenrabatt?) eingekauft hat?

Dr. med. Johann Jakob, Bad Ragaz

PS: Auch der «Fähigkeitsausweis Stethoskopie (SAAM)», gültig schon ab jetzt (1.4.2015), ist längst überfällig.

Dringende Notwendigkeit: Fähigkeitsausweis DRU (Digitaler Rektaluntersuch) ...

1 EMH Info- und Mediathek. Die FMH als UNESCO-Weltkulturerbe. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):540–1.

Fähigkeitsausweis Stethoskopie

Ich gratuliere Ihnen zu dem ausgezeichnet präsentierten Aprilscherz [1]. Der Artikel ist tatsächlich so formuliert, dass ihn der eine oder andere glauben könnte. Er würde durchaus in die Entwicklung der Medizin während der letzten Jahre passen.

Allerdings darf man künftig nicht ausser Acht lassen, dass auch Perkutieren und BD-Messen «Skills» sind, die durch spezifische Kurse zu erwerben und dann natürlich durch Zertifizierungsgremien zu testen sind. Und wenn sie jeweils 998 Fr. kosten, reicht die Tarifierhöhung, die uns BR Berset zugestanden hat, durchaus für den einen oder anderen Titel.

Wichtig ist, zukunftsgerichtet gedacht, dass man nicht nur «alte Fähigkeiten» mit Titeln schmückt. Auch neue, zur Zeit brandaktuelle, sollten unbedingt in den Zertifizierungskatalog aufgenommen werden. Erster Vorschlag: Fähigkeitsausweis PPF (Publikation eines Pseudowissenschaftlichen Furzes).

Dr. med. Kurt Kaspar, Fislisbach

1 Tandjung R, Koelz HR, Bauer W. Fähigkeitsausweis Stethoskopie (SAAM). Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):517.

Leserbrief mit vorgegaukeltem Bezug zur schweizerischen Medizinwelt [1]

Nun also russischer Kultur- und Sowjetimperialismus. Die SÄZ-Redaktion macht sich in der letzten Zeit zum Sprachrohr für seltsame politische Meinungen, mit allenfalls vorgegaukeltem Bezug zu schweizerischer Medizinwelt. Erst kürzlich bot man einer Dame Forum, welche die Meinung vertrat, das Deutsche sei für die Kommunikation mit Patienten wenig geeignet. Nun bietet man sich einem Kollegen an, welcher von Moskau aus den Osteuropäern vorschreiben möchte, welche Nomenklatur diese verwenden sollen. Warum in der SÄZ? Ich habe an der Ärztekammer für die Sonderbeiträge zugunsten der SÄZ gestimmt, der Wandel zum Propagandasprachrohr war damals kein Argument. Was erwartet uns als Nächstes? Ein Beitrag der chinesischen Kommunistischen Partei, zum gesundheitsfördernden Einfluss des Chinesischen auf tibetische Kehlköpfe? Oder bekommen wir zu lesen, dass die Burka gut für die Haut ist?

Dr. med. Markus Guzek, Bern

1 Jargin S. Medizinische Terminologie in mehrsprachigen Ländern: die Schweiz als Vorbild für Osteuropa. Schweiz Ärztezeitung. 2015;96(14–15):522–3.

Communications

Examen de spécialiste

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

Lieu: Hôpital universitaire de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent, Pédo-psychiatrie ambulatoire région Berne, Effingerstrasse 12, 3011 Berne

Date: samedi, 12 mars 2016 et samedi, 19 mars 2016

Délai d'inscription: le 14 août 2015

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Domaines spécialisés → Titres de spécialiste et formations approfondies (formation postgraduée) → psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

Examen de spécialiste

Examen de spécialiste en vue de l'obtention du titre de spécialiste en chirurgie pédiatrique

Date: jeudi, 3 décembre 2015 et vendredi, 4 décembre 2015

Lieu: Universitäts-Kinderspital Zürich

Délai d'inscription: 31 août 2015

Vous trouverez de plus amples informations sur le site web de l'ISFM www.siwf.ch → Domaines spécialisés → Titres de spécialiste et formations approfondies (formation postgraduée) → chirurgie pédiatrique