

# Briefe an die SÄZ

## Attention, ce Parlement peut nuire à votre Santé

Chers collègues,

Tel est le titre de l'émission «Temps Présent». Notre TV, blanchie plusieurs fois des accusations de violation de la concession publique, a «fait fort» dans son émission du 6 septembre. Reportage à voir ou revoir sur RTS.ch Temps présent. Ayant dédié ma carrière médicale entière à la Prévention, Comme enseignant en hygiène, Médecin de terrain dans un pays en développement, Médecin scolaire, Médecin de famille, Promoteur de Santé dans les écoles ... etc., j'ai été très interpellé par ce courageux reportage.

Avec méthode, concision et rigueur, la TV Romande a brossé le portrait peu reluisant de notre Pouvoir Législatif, gangrené par des individus nuisibles à la protection de la Santé de nos enfants et ados.

On a pu voir, de manière surréaliste, le Président de la Commission de Santé (sic!) déclarer contre l'expertise de l'OMS et l'OFSP: «Je n'ai pas de preuve que la réduction de la pub pour le tabac, denrées sucrées, etc. aide à la prévention.» On y voit une alignée de Parlementaires, tous avec des conflits d'intérêts, cités nommément, affirmer avec aplomb des monstruosité de *négation* de faits médicaux indiscutables. Ils influencent la votation des nos lois en siégeant au National ou aux Etats, avec 5...8...10 mandats chez Coca-Cola, Red Bull, Japan Tobacco ou autres et *en même temps* dans des Caisses Maladie, des Associations de soins, aux Innovations et Recherches Médicales, à la Faculté de Médecine de Berne, et autres liées à la Santé. Ils déclarent n'y voir aucune *contradiction* avec des assertions telles que:

– «Il n'est pas nécessaire de consulter des experts en Santé» – «Non, la cigarette n'est pas un poison» – «Je ne crois pas que la cigarette soit addictive» – «Les études ne démontrent rien de manière irréfutable» – «Il n'y a pas autant de sucre que ce que vous dites dans...» – «Je ne *sais pas* combien de gens meurent du tabac» – «Je m'investis dans la protection des jeunes!!!»?

Temps Présent montre les *manœuvres indignes* de députés qui ont prêté serment à la Constitution, pour *torpiller* un article à voter au Parlement, autorisant le Conseil Fédéral à restreindre la publicité pour tabac, alcool, denrées sucrées à l'excès.

Questions à nous, médecins, parents, grands-parents des *citoyens de demain*:

1) Peut-on admettre d'être dirigés par des forces pécuniaires *déstructrices* de la Santé,

faisant obstacle systématique à toute mesure de protection?

2) Pouvons-nous accepter que ces assermentés agissent à l'opposé de ce qu'ils ont promis en déniaient l'Art. 11 de notre Constitution: «Les enfants et les jeunes ont droit à une protection PARTICULIÈRE et à l'encouragement de leur développement»?

3) Peut-on accepter pour qualités cardinales de Parlementaires la recherche d'intérêts privés et pécuniaires, ceux d'une industrie délétère, *le deni, le mensonge, la lâcheté* de refuser de parler aux médias (Mr. I.B.F.), l'ignorance sur les sujets soumis, donc l'incompétence, *les manœuvres* sournoises, bref, tout ce qui fonde la *trahison* de leur fonction au service du peuple?

4) Veut-on accepter pour nos enfants une génération de polyartériels tabagiques, d'obèses, de diabétiques, qui sera non seulement souffrante, mais inactive dans la société de demain, avec des coûts devenus depuis longtemps ingérables?

La caméra de la TV termine avec un gros plan sur le médaillon latin à l'entrée de notre Palais Fédéral: «Que l'intérêt public soit la loi suprême!...» puis une voix en note finale: «Ne sommes-nous pas aux limites de notre Parlement de milice, à moins qu'on aie le courage d'interdire tout lien avec une autre profession que sa principale.» N'y a-t-il pas paradoxe de voir punis avec sévérité les affaires Maudet, Savary, Ruiz (qui n'ont pas vraiment nui aux Citoyens) et laisser tranquillement sévir les vrais nuisibles pour la société? Pussions-nous y prêter la plus vive... *attention!*

*Dr Pierre Gachoud, médecin généraliste,  
Membre de la Commission de Promotion  
Santé Publique, Service de Santé Publique FR*

## Zur Debatte der umstrittenen SAMW-Richtlinien

Im Juni 2018 hat die SAMW die umstrittenen Richtlinien «Umgang mit Sterben und Tod» veröffentlicht. Aus mehreren Gründen erachte ich – wie viele andere – diese Richtlinien als mehr als bedenklich. Insbesondere wurde gegenüber den Vorversionen der Geltungsbereich grundlegend verändert.

Erstens wurde er ausgeweitet auf «Kinder und Jugendliche jeglichen Alters sowie Patienten mit geistiger, psychischer und Mehrfachbehinderung». Früher betrafen diese Richtlinien das Lebensende, jetzt auch Kinder. Wohin soll diese Ausweitung führen? Wir befinden uns bereits auf der schiefen Ebene

und wir haben es seit Jahren in den beiden Vorreiterstaaten Niederlande und Belgien mitverfolgen können, wie Schritt um Schritt der Lebensschutz abgebaut wurde. Der momentane Höhepunkt waren die unlängst erschienenen erschreckenden Berichte aus Belgien über mehrere Euthanasiefälle bei Kindern. Wollen wir das auch? Soll der gute Ruf des Schweizer Gesundheitswesens ruiniert werden oder soll sich die Schweiz nicht vielmehr für den Lebensschutz einsetzen?

Zweitens soll durch diese Richtlinien künftig Beihilfe zum Suizid als mögliche ärztliche Tätigkeit standesrechtlich legitimiert werden. Beihilfe zum Suizid gehört nicht zur ärztlichen Aufgabe, widerspricht der ärztlichen Ethik und untergräbt das Vertrauen zum Arzt. Aufgabe des Arztes ist es zu heilen, Leiden zu lindern und zu betreuen und nicht, sich an einer Selbsttötung zu beteiligen.

Ein Suizidwunsch ist ein Ausdruck einer menschlichen Notlage, ist ein Hilferuf und ist meist vorübergehender Natur. In der Praxis sehen wir vielfältige Gründe dafür, z.B. Angst, auf andere angewiesen zu sein, zur Last zu fallen, einsam zu sein oder an schweren Schmerzen zu leiden oder auch Kosten zu verursachen in einem angeblich zu teuren Gesundheitswesen.

In dieser Situation braucht der Mensch einen tragfähigen, vertrauensvollen menschlichen Beistand und ein Gegenüber, das ihn begleitet und für seine körperlichen Leiden alles medizinisch Mögliche unternimmt, um die Beschwerden zu lindern. Der Suizidwunsch löst sich in der Regel dadurch auf. Die Menschen sind nach erfolgter Hilfe froh, dass der Arzt sie nicht aufgegeben hat und ihr Leben nicht auch als «unwert» beurteilt hat, wie sie dies in der verzweifelten Situation selber tun. Die Suizidforschung zeigt, dass etwa 90–95% der überlebenden Suizidanten keinen zweiten Suizidversuch machen.

Dies sind nur einige Gründe, warum diese Richtlinien so nicht in die Standesordnung der FMH übernommen werden dürfen.

*Dr. med. Viviane Kaiser, Uzwil*

## Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

[www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/](http://www.saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen/)

## Unbegründete Befürchtungen

Brief zu: Irsiegler J. Suizidwunsch lässt zwischenmenschlichen Bezug erkennen. Schweiz Ärztztg. 2018;99(38):1274.

Knirsch U. Das Leiden und die SAMW-Richtlinien. Schweiz Ärztztg. 2018;99(38):1274–5.

Der Leserbeitrag von Johannes Irsiegler enthält tendenziöse und unwahre Aussagen, die ich gerne richtigstellen möchte. Er suggeriert, dass mit den neuen SAMW-Richtlinien nun Kinder und Jugendliche mit Stimmungsschwankungen, beeinflusst durch Medien und Peergroups, in den Suizid begleitet werden könnten, dabei schliesst das Kriterium der Wohlerwogenheit solche Fälle aus. Er erkennt und verzerrt die tatsächlichen Gründe, welche einen assistierten Suizid begründen. Exit führt bei Freitodbegleitungen genau Statistik über die Ursachen des Todeswunsches. Die neusten Zahlen von 2017 zeigen, dass es sich fast ausschliesslich um schwere somatische Krankheiten handelt: Krebs 39%, Polymorbidität 25%, chron. Schmerzen 7%, Lungenkrankheit 4%, ALS 3%, Parkinson 3%, Herzerkrankung 3%, Hirnschlag 3%, Augenkrankheit 2%, Demenz 2%, MS 2%, psychische Krankheit 2%, Nierenkrankheit 1%, Polyneuropathie 1%, Tetraplegie 1%, Andere 2%. Durchschnittsalter beim Tod: 78,1 Jahre. Die gleiche Verteilung fand sich auch schon 2015 und 2016. So sind es nur 2%, bei denen eine therapieresistente psychische Erkrankung zum Todeswunsch führte. Hier lässt Exit durch den Beizug psychiatrischer Fachärzte stets sehr sorgfältig abklären, ob es nicht doch noch therapeutische Optionen gibt und ob die Urteilsfähigkeit gegeben ist. Dass, wie behauptet, geistig und schwer mehrfachbehinderte Menschen in den Suizid begleitet werden könnten, widerspricht den Richtlinien der SAMW, da hier die Urteilsfähigkeit, wie bei einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung, nicht gegeben wäre. Mit dem Kriterium «Die Krankheitssymptome und/oder Funktionseinschränkungen des Patienten sind für diesen Ursache unerträglichen Leidens» wird auch verhindert, dass gesunde Betagte in den Suizid begleitet werden.

Dass Patienten mit Suizidwunsch «erst einmal entgegengenommen werden und menschliche Zuwendung erfahren wollen» und diesen als Hilferuf äusserten, trifft auf viele Patienten in der Psychiatrie zu, jedoch nicht auf die schweren somatischen Erkrankungen, welche den Hauptanteil oben genannter Ursachen ausmachen. Johannes Irsiegler spricht aus seiner Sicht als Psychiater, welche jedoch nicht repräsentativ ist für 98% der assistierten Suizide.

Ebenso wird die Frage von Ursula Knirsch im zweiten Leserbeitrag, wer das unerträgliche Leid definiere, durch die neuen Richtlinien auf Seite 11 klar beantwortet: Nur die leidende

Person selber [1]. Dass hier die SAMW-Befürworter einen Leidens-«Score» schaffen wollten mit «Cut off» ist ein Hirngespinnst, von dem nirgends zu lesen ist, weder in den Richtlinien noch in anderen Publikationen. Dass die Hippokratische Gesellschaft, der beide genannten Autoren angehören [2] und die fundamentalistisch jede Form des assistierten Suizides ablehnt [2, 3], die SAMW-Richtlinien bekämpft, ist ihr gutes Recht. Doch sollten der SAMW nicht Unwahrheiten und Schauergeschichten untergeschoben werden.

Dr. med. Res Kielholz,  
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,  
Uster

- 1 SAMW-Richtlinien: [www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html](http://www.samw.ch/de/Ethik/Sterben-und-Tod/Richtlinien-Sterben-Tod.html)
- 2 [www.hippokrates.ch/verein](http://www.hippokrates.ch/verein)
- 3 Mattli J, Knirsch U, Klesse R, Vuilleumier-Koch S. Zur Bedeutung des Hippokratischen Eides in der heutigen Zeit. Schweiz Ärztztg. 2016;97(23):854–6.

## Es ist unannehmbar, wenn wir uns aus der Arzt-Patient-Beziehung verabschieden

Brief zu: Kielholz R. Die Unabhängigkeit der SAMW ist von grosser Bedeutung. Schweiz Ärztztg. 2018;99(37):1221.

Herr Kollege Kielholz hat einen angriffigen Brief an die Adresse der FMH verfasst, der eine Replik verdient. Dabei antworte ich aus meiner Perspektive eines Spezialisten, der mit zahlreichen Tumorpatienten und anderen schwerkranken Patienten tagtäglich zu tun hat. Meine Antworten:

- Leidet dieser Patient an einer tödlichen Krankheit oder nicht? Meine Antwort: Nein
- Ist sein Lebensende nah oder nicht? Meine Antwort: Nein
- Halten Sie einen assistierten Suizid hier für vertretbar? Meine Antwort: Nein
- Mit welcher Begründung kommen Sie zu Ihrem Urteil? keine einsilbige Antwort ...

Solche Situationen, wie sie Herr Kielholz präsentiert, sind mir selbstverständlich nicht unbekannt. Patienten mit sehr schweren Erkrankungen betreffen zuerst einmal den Patienten selber. Tumorpatienten sehen sich mit der Frage konfrontiert, wie lange sie noch leben werden, was man nur schon an ihren Blicken und den kaltschweissigen Händen sieht bzw. erkennt, wenn sie zur Nachsorge ins Sprechzimmer treten. Je nach seelischer und körperlicher Verfassung stellen sie sich die Frage mehrmals täglich. Hier erachte ich es als meine Pflicht als Arzt Faktoren anzugehen, die den Patienten immer wieder in diese Spirale der Verzweiflung hineintreiben. Ich denke hier an Schmerzen, neurologische Ausfälle mit konsekutiv gestörter Nahrungsaufnahme, Aspirationstendenz etc. Begünsti-

gen solche Symptome das Aufkommen von Suizidgedanken, dann kann ich nur schon durch mein persönliches Engagement, etwas dagegen zu unternehmen, beim Patienten die Suizidgefährdung lindern. Hier hat die Palliativmedizin, haben Schmerzdienste etc. schon sehr viel zur Linderung des Leidens beitragen können. Dieses Engagement fehlt mir in den Zeilen von Herrn Kielholz.

Nicht vergessen dürfen wir die Angehörigen von solchen vom Schicksal schwer heimgesuchten Patienten. In meiner Erfahrung ist deshalb immer auch ein Augenmerk auf die Angehörigen zu richten. Gelingt es diese mit in den Beratungs- und Behandlungsprozess einzubeziehen, ist nicht zuletzt auch die Last für den Patienten, aber auch für den Arzt geringer. Umgekehrt erschweren negative Interaktionen zwischen Angehörigen und dem Patienten den ganzen Betreuungsprozess wesentlich. Zweifelsohne stellen solche Patienten für den betreuenden Arzt eine grosse Herausforderung dar. Wie auch immer das Schicksal ausgegangen ist, so kann ich heute mit meiner Erfahrung mit zahlreichen solcher komplexen Situationen festhalten, mein Engagement für die Patienten hat sich immer gelohnt, es fanden sich immer Lösungen Leiden erträglicher zu machen. Angehörige, die im betreuenden Arzt eine Person vorfinden, die sich dem Patienten mit seinem körperlichen und seelischen Befinden annimmt, zeigen sich oft erleichtert. Mit dieser Erleichterung lassen sich latente Feuer wie Schuldgefühle, Ohnmacht und Verzweiflung etwas in Schach halten. Für mich gehört es zum integralen Bestandteil des Arztberufes, sich an die Seite solch schwerkranker Menschen zu stellen und im Hier und Jetzt Leiden zu lindern. Auch wenn die jeweilige Krankheit einen Fortgang nimmt, den wir nicht beeinflussen können, ist es für den Patienten und seine Angehörigen unannehmbar, wenn wir als Ärzte uns aus der Arzt-Patient-Beziehung verabschieden. Der begnadete Jazz-Pianist Michel Petrucci bedankte sich bis zu seinem Tod bei seinen Ärzten, die trotz aller Hoffungslosigkeit seiner Osteogenesis imperfecta immer wieder Mittel und Wege fanden, damit er weiter musizieren konnte.

Prof. Dr. med. David Holzmann, Maur

## Die ADHS ist weit mehr als lediglich das «Zappelphilippensyndrom»

Brief zu: Haemmerle P. Vom «Zappelphilipp» zu den «Kindern, die aus der Reihe tanzen». Schweiz Ärztztg. 2018;99(34):1127–8.

In seiner überaus wohlwollenden Besprechung des von Kurt Albermann herausgegebenen Buches «Wenn Kinder aus der Reihe

tanzen» bedauert Patrick Haemmerle, dass das Kapitel über die ADHS von einem erfahrenen Pädiater und nicht von einem Kinderpsychiater verfasst worden ist. Die ADHS-Problematik sei nämlich das «tägliche Brot» des Kinderpsychiaters, was der Rezensent am Beispiel des «Modellpatienten», eines etwa acht- bis elfjährigen Knaben mit externalisierenden Verhaltensstörungen, deutlich macht. Nach meinen Erfahrungen wäre hinter diese Aussage zumindest ein Fragezeichen zu setzen.

Zudem ist – wie schon der in der Rezension ebenfalls zitierte Heinrich Hoffmann mit seinen Bildern des «Zappelphilipps» und des «Hansguckindieluft» festgestellt hat – die ADHS weit mehr als lediglich der bekannte hyperaktive Störfried. Auch heute noch werden leider vorwiegend unaufmerksame «brave» Betroffene, häufig Mädchen, nicht oder viel zu spät erfasst. Unerkannt führt eine ADHS ohne Hyperaktivität nicht selten im Jugendalter zu einem «unerklärlichen» Schulversagen oder später zum Abbruch der Berufslehre, frühzeitigem Suchtmittelabusus (z.T. im Rahmen einer Selbstmedikation), Depressionen, ungewollter Schwangerschaft oder zu erhöhter Delinquenz. Wenn wie häufig ein oder beide Elternteile ebenfalls eine ADHS aufweisen, sind konfliktreiche Familiensituationen die Regel und die Scheidungsrate liegt deutlich über dem Durchschnitt. Die ADHS auch heute noch vor allem auf den «Zappelphilipp» zu reduzieren ist nicht richtig und führt leider dazu, dass vielen weniger verhaltensauffälligen Betroffenen zum Teil eine korrekte medizinische Therapie vorenthalten wird.

Das Wissen, dass es sich bei der ADHS um eine komplexe andere zerebrale Informationsverarbeitung verbunden mit einer Störung der exekutiven Funktionen handelt, sollte vermehrt auch einem breiteren Publikum bekannt werden. Das vor kurzem im hogrefe-Verlag auf Deutsch übersetzte Buch des amerikanischen ADHS-Experten Thomas Brown «ADHS bei Kindern und Erwachsenen, eine neue Sichtweise» (ISBN-10 345685854X) ist dazu überaus empfehlenswert und gibt sowohl Fachpersonen wie auch interessierten Laien Gelegenheit, sich mit den aktuellen Forschungsergebnissen der ADHS vertraut zu machen.

*Dr. med. Meinrad Ryffel, Bremgarten*

### Sinnsuche für Internet-Milliarden

Brief zu: Martin J. Die Revolution des Teilens – Warum, wie? Schweiz Ärztztg. 2018;99(37):1252.

Geschätzter Kollege Jean Martin, Ich hoffe zutiefst, dass ich Ihren Beitrag zur «Revolution des Teilens» missverstanden habe. Nämlich, wenn ich ihn als Loblied auf die «private Philanthropie» der führenden Milliardäre wie Bill Gates oder Mark Zuckerberg verstehe. Die weltweite Vertiefung der Kluft zwischen Arm und Reich zeigt doch, banal gesagt: Wenn heute einer so viel Geld spenden kann, hat er es vorher einfach jemandem weggenommen [1]. Diese Milliarden kamen in diesem Ausmass ja nicht in erster Linie durch intelligente Start-up-Ideen und sozial engagierte Arbeit, sondern durch Teilnahme am manipulativen Welthandel, am Börsen- und Derivathandel zustande. Und die Marktmacht der rein technisch orientierten Internet-Monopolisten bedeutet doch wohl eher eine Warnung als eine Verheissung [2]. Vandana Shiva schrieb schon 2005: «Die freien Märkte der globalen Unternehmen haben auf allen Ebenen die Demokratie zerstört.» Bei eigenen Einsätzen vor allem in Zimbabwe konnte ich die Auswirkungen solcher Gewinn-Maximierungen an der Verarmung der Bevölkerung hautnah erleben. Richtiggehend erschrocken bin ich ab der Idealisierung des utilitaristischen Ansatzes von Peter Singer mit dem Ziel, mittels «effizientem Altruismus ... ein Maximum an sozialem Nutzen zu schaffen». Im Rahmen seines «Präferenz-Utilitarismus» erklärt Singer bekanntlich menschliches Leben, das nicht einem definierten «Person-Sein» entspricht, schlicht als ethisch irrelevant. Wesen, welche «nicht selbstbewusst und vernunftbegabt» sind, sind «somit keine Personen» und damit in der Nutzen-Abwägung sekundär, als Beispiel führt er Neugeborene und geistig Behinderte an [4]. Wer definiert das «Person-Sein»? Lebensunwertes Leben? China's Social Credit System 2020: ein totalitäres datengestütztes staatliches Bonitätssystem? Da ist für mich der Ansatz von Beat Richner schon überzeugender: der direkte persönliche Einsatz für «seine» kranken Kinder, in stetem Kampf gegen Institutionen und Organisationen, mit direkter persönlicher Geldsuche von immerhin 120 000 Franken pro Tag.

*Dr. med. Hansueli Albonico, Langnau*

- 1 Stephan Lessenich. Neben uns die Sintflut – Wie wir auf Kosten anderer leben. Piper 2018.
- 2 Christoph Keese. Silicon Valley – Was aus dem mächtigsten Tal der Welt auf uns zukommt. Knaus 2014.
- 3 Vandana Shiva. Erd-Demokratie – Alternativen zur neoliberalen Globalisierung. Rotpunktverlag 2005.
- 4 Peter Singer. Praktische Ethik. 3. Auflage. Reclam 2013.

### Teilzeitarbeit

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. F. Eigenmann Ihre Aussagen bezüglich Teilzeitarbeit können nicht unkommentiert stehen bleiben.

Es lässt sich nicht wegdiskutieren, dass die Feminisierung der Medizin weit fortgeschritten ist. Zumindest was die Studienabgänge betrifft, denn hier ist der Frauenanteil beispielsweise in Basel auf beachtliche 70% angestiegen. In Kaderposition hinken wir noch etwas nach. Glücklicherweise beteiligen sich nebst den Müttern zunehmend auch Väter an der Kinderbetreuung. Daher steigt der Bedarf an Teilzeitstellen sowohl bei Frauen als auch Männern (Umfragen des VSAO belegen dies). Soweit die Fakten, die sich nicht ändern lassen.

Sie schreiben, die Lernkurve sei weniger steil bei Teilzeitarbeit. Lernkurven unterliegen ohnehin groben interindividuellen Schwankungen. Die Expositionszeit als einziger Faktor in Betracht zu ziehen, genügt nicht. Mit anderen Worten: Wer eine flache Lernkurve hat, der lernt auch in 100% weniger schnell als jemand mit einer schnellen Auffassungsgabe. Weiter schreiben Sie: «Höchstleistung und Teilzeit ist ein unvereinbarer Gegensatz.» An einem Beispiel sei die Absurdität dieser Aussage demonstriert: Ein Kollege X arbeitet 100% an einer Klinik als Assistenzarzt der Chirurgie. Es werden generell nur wenige Eingriffe durchgeführt, die Klinik ist nicht gross. Er ist nur einen bis maximal zwei Tage im OP und dort muss er häufig assistieren und darf kaum selber operieren. Kollegin Y arbeitet 50% in einer Klinik mit einem grossen Volumen. Die Klinik legt Wert auf familienfreundliche Strukturen. Frau Y wird gefördert, weil sie besonders geschickt ist. An zwei Tagen pro Woche ist sie im OP aktiv tätig. Beide arbeiten also nicht an allen Tagen im OP. Nach 2 Jahren ist Frau Y viel weitergekommen als Herr X. Arztbriefe schreiben sie gleich gut, wenn auch Frau Y nicht so viel Zeit hatte zum Üben.

Ein anderes Beispiel aus der Realität: Wenn ein Tennisprofi 4–6 Stunden pro Tag trainiert und es zu Weltklasse bringt, arbeitet er dann Teilzeit, weil er nicht auf eine 42h-Woche kommt? Natürlich nicht! Die Arbeitszeit kann nicht einfach an einem fixen Stundenpensum festgemacht werden. Nebst dem Zeitfaktor sind auch der Arbeitsinhalt und die individuelle Lernkurve zu berücksichtigen.

Wir können die Feminisierung und den Bedarf an Teilzeitstellen nicht einfach wegreden. Was man nicht ändern kann, das muss man einfach bestmöglich umsetzen. Eine schwedische Kollegin habe ich gefragt: «Wie macht ihr das mit all den Teilzeitstellen?» Ihre Antwort: «Bei uns arbeiten praktisch alle Ärzte/innen zwischen 25-40 Jahren Teilzeit. Meine Frage an Dich: wie macht ihr das ohne Teilzeitstellen?»

*PD Dr. Bettina Wölnerhanssen, Basel*

### Seniorenbewilligung: Abschaffung ohne Not und ohne stichhaltige Begründung

Brief zu: Grete W. Ein Rezepturverbot für Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand? Schweiz Ärztztg. 2018;99(38):1295.

Die Seniorenbewilligung hat in den Jahren ihres Bestehens nie Probleme verursacht, sondern viel Aufwand und Kosten eingespart. Ihre Abschaffung erfolgt ohne Not und ohne stichhaltige Begründung.

Wie Kollega Grete richtig bemerkt, geht es um einen weiteren Schritt zur Einschränkung unserer Freiheiten und Kompetenzen.

Die FMH und die AGZ wären gut beraten, die Causa der emeritierten Kollegen nicht nur widerwillig und lau, sondern entschieden zu unterstützen – letztlich im Interesse aller Ärzte; wir gehen alle einmal in den Ruhestand und möchten die wohlverworbene Kompetenz behalten, zumindest für uns selbst zu rezeptieren.

Schliesslich geht es auch darum, der Reglementiersucht der Behörden Widerstand entgegenzusetzen.

*Prof. Dr. med. Werner Brühlmann, Zollikon*

### Berufsausübungsbewilligung

Brief zu: Grete W. Ein Rezepturverbot für Ärztinnen und Ärzte im Ruhestand? Schweiz Ärztztg. 2018;99(38):1295.

Bun di Herr Kollege Grete

Herzlichen Dank für Ihren Tribünen-Beitrag zum Rezepturverbot für uns Oldies. Sie sprechen mir aus dem Herzen.

Zur Feier der Erreichung des 70. Lebensjahres habe auch ich Post vom Gesundheitsamt GR bekommen betreffs Berufsausübungsbewilligung. Ich bin einverstanden, nicht weiter zu «töcklerla», möchte aber wie Sie weiter «ad usum proprium et familiare» Rezepte, ohne Anspruch auf Vergütung durch die Krankerversicherung, ausstellen dürfen.

Die Antwort des Gesundheitsamtes auf meine diesbezügliche Anfrage lautet wie folgt: Mit dem Wegfall Ihrer Berufsausübungsbewilligung sind Sie nicht mehr berechtigt, Rezepte für sich oder andere Personen auszustellen. Solange Sie über eine gültige BB verfügen, dürfen Sie Arzneimittel rezeptieren und in einer Apotheke einlösen. Eine Belieferung durch einen Grossisten ist ohne Praxis nicht mehr möglich (nur Business to Business). sic! That's business, 2 mal BB!

Was können wir «grauen Wölfe», noch körperlich und geistig fit, tun, um diesen Missstand zu beseitigen? Wahrscheinlich steht uns Föderalisten nur die Initiative zur Revision des Gesundheitsgesetzes zur Verfügung!

Cordiels salüds da

*Dr. med. emer. Gian Bieler, Samedan*

# Mitteilungen

### Facharztprüfung

**Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Alterspsychiatrie und -psychotherapie zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie**

Ort: UPD, Murtenstrasse 21, 3008 Bern

Datum: Freitag, 3. Mai 2019

Anmeldefrist: 28. Februar 2019

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)  
→ Fachgebiete → Facharzttitel und Schwerpunkte (Weiterbildung) → Psychiatrie und Psychotherapie

## Aktuelles Thema auf unserer Website

[www.saez.ch/de/tour-dhorizon](http://www.saez.ch/de/tour-dhorizon)



Marcel Marti, lic. phil. hist., Leiter Politik und Kommunikation / stv. Geschäftsführer VSAO

### «Medizin statt Bürokratie!» – konstruktiv und konkret

Mehr Zeit am Krankenbett dank weniger Bürokratie.



Interview mit Martine Favero, Assistenzärztin Frauenklinik, Kantonsspital Winterthur, Vorstandsmitglied des Jungen Forum der SGGG, Vorstandsmitglied des ENTOG

### «Es ist immer förderlich, über den eigenen Tellerrand zu blicken»

Weshalb es sich lohnt, bereits während der Assistenzzeit Erfahrungen im Ausland zu sammeln.