

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 3
17. Januar 2024



42 Multiple Sklerose
Update der Empfehlungen
zur Immuntherapie

10 Zukunftsperspektive
Neugeborenen-Screening
entwickelt sich weiter

14 Standespolitik
Wie sich Ärztinnen und Ärzte
für ihren Beruf einsetzen

26 Patientensicherheit
Digitale Primärsysteme
sind häufig unterschätzt

Ohne komplizierte Rechnung?

Die Lösung: 1 x täglich, 12 mmol*, 100% Citrat^{1,2,3}

MAGNESIUM

Diasporal®

12 mmol*

Mg

Magnesium
nur 1x Einnahme
pro 24 Stunden



Leistung,
die ankommt.

- 1 x tägliche Einnahme^{1,2,3}
- 12 mmol^{1*}
- kassenzulässig⁴

3 Li Lithium 6.94	4 Be Beryllium 9.0122	
11 Na Natrium 22.990	12 Mg Magnesium 24.305	
19 K Kalium 39.098	20 Ca Calcium 40.078	21 Sc Scandium 44.956



kassenzulässig⁴

* entsprechend der zugelassenen Dosierung

Referenzen

1) Fachinformation Magnesium-Diasporal® 300 unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 2) Magnesium-Diasporal® 100 CitraCaps unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 3) Fachinformation Magnesium-Diasporal® 300 zuckerfrei unter www.swissmedicinfo.ch, abgerufen September 2023 4) Spezialitätenliste des Bundesamt für Gesundheit unter www.spezialitaetenliste.ch, Stand September 2023. Alle Referenzen werden auf Anfrage abgegeben.

Gekürzte Fachinformation: Magnesium-Diasporal® 100 CitraCaps, Kapseln / Magnesium-Diasporal® 300, Granulat / Magnesium-Diasporal® 300 zuckerfrei, Granulat. **Wirkstoff:** Magnesium ut Magnesii citras; 100 mg Magnesium (= 4.0 mmol) pro Kapsel bzw. 301 mg Magnesium (= 12.4 mmol) pro Säckel. **Indikation:** Prophylaxe und Therapie tachykarder Herzrhythmusstörungen, bei koronarer Herzkrankheit, bei neuro-muskulärer Übererregbarkeit, tetanisches Syndrom, muskuläre Krampfzustände, Myositis ossificans, Rezidivprophylaxe der Calcium-Oxalat-Urolithiasis, Präeklampsie, Eklampsie, Magnesium-mangelzustände, bei erhöhtem Magnesiumbedarf. **Dosierung:** Für Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren 1 x 3 Kapseln bzw. 1 Säckel pro Tag. Anwendungsdauer: mind. 6 Wochen. **Kontraindikationen:** Akute oder chronische Niereninsuffizienz, Magnesium-Ammoniumphosphat-Steindüsen, Exsikkose. **Vorsichtsmassnahmen:** bei bradykarden Störungen der Erregungsleitung im Herzen, bei eingeschränkter Nierenfunktion. **Interaktionen:** Tetracycline, Fluoride, Cholecalciferol. **Schwangerschaft/Stillzeit:** kann eingenommen werden. **Unerwünschte Wirkungen:** Gelegentlich: weicher Stuhl. **Packungen:** Packung zu 120 Kapseln bzw. 20 und 50 Säckels; Abgabekategorie: B; kassenzulässig; Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Stand der Informationen: August 2017. Ausführliche Information siehe www.swissmedicinfo.ch.

DG
DOETSCH GRETHER
PHARMA · OTC · CONSUMER CARE

DOETSCH GRETHER AG, 4051 Basel, Tel. 061 287 34 11, info@doetschgrether.ch, www.doetschgrether.ch

Sinnvoller Einsatz



Sandra Ziegler
PhD, MS,
Geschäftsführerin EMH
sandra.ziegler[at]emh.ch

Neue Therapien haben in den letzten Jahrzehnten dazu geführt, dass Multiple Sklerose behandelbar wurde. Insbesondere Immuntherapien können den langfristigen Verlauf der Krankheit nachhaltig beeinflussen. Die zugelassenen MS-Therapien zeigen dabei verschiedene Vor- und Nachteile, die es abzuwägen gilt. Bei der Wahl der Behandlung von MS-betroffenen Personen sollte daher von Anfang an ein ausgewogenes Nutzen-Risiko-Profil angestrebt werden, da Therapieanpassungen selbst in Standardsituationen komplex sind. Im Swiss Medical Forum ab Seite 42 publizieren jetzt die Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft (SMSG) und die Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG) ein Update zum 2019 veröffentlichten Kommentar zu den Besonderheiten der einzelnen in der Schweiz zugelassenen MS-Immuntherapien.

Bei der Behandlung der MS sollte von Anfang an ein ausgewogenes Nutzen-Risiko-Profil angestrebt werden.

Trotz des grossen Erfolgs will auch gut überlegt sein, auf welche Krankheiten Neugeborene in der Schweiz gescreent werden. «Ziel muss es sein, nur so viel wie nötig bereits bei der Geburt zu testen», sagt Matthias Baumgartner, medizinischer Leiter des Neugeborenen-Screenings am Universitäts-Kinderspital Zürich. Bislang umfasste

das Neugeborenen-Screening zehn Hormon- und Stoffwechselkrankheiten. Ganz neu wurde Anfang Jahr die spinale Muskelatrophie in das Screening integriert. Im Interview ab Seite 10 stellt Baumgartner das Neugeborenen-Screening in der Schweiz vor und zeigt auf, in welchem Spannungsfeld und mit welchen Überlegungen neue Screenings ausgearbeitet, validiert und letztendlich eingeführt werden.

Dieser Wille, über den unmittelbaren, eigenen Wirkungsbereich hinaus mitzugestalten, ist nicht selbstverständlich.

Wandel wird aber nicht nur durch neue wissenschaftliche Erkenntnisse angestossen, sondern auch durch Engagement. Ab Seite 14 stellen wir Ihnen vier Menschen vor, die durch ihren persönlichen Einsatz in verschiedenen ärztlichen Organisationen Veränderungen herbeiführen wollen. Dieser Wille, über den unmittelbaren, eigenen Wirkungsbereich hinaus mitzugestalten, ist nicht selbstverständlich. Umso erfreulicher ist es zu lesen, was der «Return on Investment» für die Porträtierten ist und woraus sie die Energie für ihr Engagement ziehen. Motiviert das allenfalls auch Sie, liebe Leserin und lieber Leser, in einer Organisation der Ärzteschaft mitanzupacken?

Anzeige



MARKET
Swiss Health Web

Gesucht? Gefunden!

- Immobilien
- Geräte
- Vertretung
- Möbel
- Nachfolge
- Diverses

market.swisshealthweb.ch



Und vieles mehr – speziell
für medizinisches Fachpersonal

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Sandra Ziegler Sinnvoller Einsatz
6	REDAKTIONELLE INHALTE
6	News
6	Auf den Punkt Streik der «Junior Doctors» in Grossbritannien
10	Interview «Eine grosse Erfolgsgeschichte»
14	Hintergrund Wir packen das an
20	Forum Engagierter Nachwuchs
22	Mitteilungen
70	Wissen Das Abwasser lügt nicht
72	Praxistipp Standespolitisches Engagement
74	Zu guter Letzt von Dominik Heim «The gradual disassembly»
23	FMH
24	Leitartikel des Zentralvorstandes Alles, was eine Wirkung hat, hat auch eine Nebenwirkung
26	FMH Aktuell Zwischen Computer und Konsultation

28	FMH Aktuell Änderung der KLV inklusive deren Anhänge
30	FMH Aktuell Neues Abgeltungssystem für Arzneimittel
32	Personalien
34	ORGANISATIONEN
34	SGAIM Qualitätskommission Für bessere Behandlungsempfehlungen
39	SWISS MEDICAL FORUM
40	Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause
42	Richtlinien Besonderheiten der Immuntherapie der Multiplen Sklerose in der Schweiz: Update
50	Der besondere Fall Akinetische Krise als Ursache einer respiratorischen Insuffizienz
53	Coup d'œil Sensorische Zervikobrachialgie atypischen Ursprungs
55	SERVICES
55	Stellenmarkt
62	Seminare und Veranstaltungen
63	FMH Services

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Kontakt: Tel. +41 61 467 85 72, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Redaktion: Rahel Gutmann, Carole Scheidegger, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Gabriele Hellwig, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Anja Kemmer (Redaktionsassistentin), Tamy Markowitsch (Schwerpunktredaktion).

Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.saez.ch

ISSN: **Printversion:** 0036-7486 / **elektronische Ausgabe:** 1424-4004. Erscheint jeden Mittwoch

© FMH Die Schweizerische Ärztezeitung ist eine Open-Access-Publikation. Auf der Basis der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» haben Nutzerinnen und Nutzer das Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen. Der Name der Verfasserin / des Verfassers ist in jedem Fall klar auszuweisen. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum

Das Swiss Medical Forum ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und ist gelistet im «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), womit es die Vorgabe des SIWF an eine Zeitschrift mit Peer-Review erfüllt.

Kontakt: Tel. +41 61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch. Manuskripteinreichung online: www.manuscriptmanager.net/smf

Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Bern (Chefredaktor); Prof. Dr. med. Martin Krause, Müllheim (Stellvertretender Chefredaktor); PD Dr. med. Carole Elodie Aubert, Bern; Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Basel; Prof. Dr. med. Idris Guessous, Genf; Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Zürich; Prof. Dr. med. Gérard Waeber, Lausanne; Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Wertli, Baden. Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.medicalforum.ch

Redaktion im Verlag: Magdalena Mühlemann (Leiterin Redaktion), Dr. med. Ana M. Cettuzzi-Grozaj (Managerin Medizinisches Lektorat), Dr. med. Susanne Redle (Managerin Peer-Review), Maria João Brooks (Redaktionsassistentin).

ISSN: **Printversion:** 1424-3784 / **elektronische Ausgabe:** 1424-4020. Erscheint jeden Mittwoch.

© EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG (EMH), 2022. Das Swiss Medical Forum ist eine Open-Access-Publikation von EMH unter der Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» die das zeitlich unbeschränkte Recht gewährt, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen unter den Bedingungen, dass der Name der Autorin/des Autors genannt wird, das Werk nicht für kommerzielle Zwecke verwendet wird und das Werk in keiner Weise bearbeitet oder in anderer Weise verändert wird. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Verlag: EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, Tel. +41 61 467 85 55, www.emh.ch

Anzeigen: Philipp Lutzer, Tel. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Stellenmarkt und Rubrikanzeigen: Inserateannahme, Tel. +41 61 467 85 71, stellenmarkt@emh.ch

Rubrik FMH Services: FMH Consulting Services, Stellenvermittlung, 6208 Oberkirch, Tel. +41 41 244 60 60, mail@fmhjob.ch, www.fmhjob.ch

Abonnemente FMH-Mitglieder: FMH Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, Elfenstrasse 18, 3000 Bern 15, Tel. +41 31 359 11 11, dml@fmh.ch

Andere Abonnemente: EMH Kundenservice, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

Hinweis: Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

Druck: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruck.ch

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: © Kateryna Kon / Shutterstock

Im Fokus



10

«Eine grosse Erfolgsgeschichte»

Neugeborenen-Screening Neugeborene werden mit Zustimmung ihrer Eltern auf seltene Krankheiten getestet. Anfang Jahr kam als elfte Krankheit die spinale Muskelatrophie hinzu. Welchen Nutzen hat das Screening und wie wird es in Zukunft aussehen? Ein Gespräch mit Kinderarzt Matthias Baumgartner, medizinischer Leiter des Neugeborenen-Screenings am Universitäts-Kinderspital Zürich.

Interview: Adrian Ritter



14

Wir packen das an

Engagement Vier Ärztinnen und Ärzte, die wollen, dass sich etwas bewegt: Jana Siroka, Bertrand Jacot Des Combes, Monika Reber und Marc Reynaud de la Jara setzen sich auf politischer Ebene für ihren Beruf ein. In verschiedenen Organisationen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Sie alle eint die Überzeugung, dass sie etwas verändern können. Wir stellen sie vor.

Carole Scheidegger, Lucas Vallois, Rahel Gutmann, Simon Maurer



70

Das Abwasser lügt nicht

Frühwarnsystem Das COVID-19-Monitoring im Abwasser hat Behörden und Spitälern während der Pandemie wichtige Informationen zur epidemiologischen Lage geliefert. Inzwischen wurde die Methode auf andere Viren ausgeweitet. Können Pandemien zukünftig im Voraus erkannt und ihre Ausbreitung gebremst werden?

Simon Koechlin

© Sabine Rock; Thodonal / Dreamstime; Eawag; Esther Michel

Anzeige



BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Simone Haller, Helen Jung, Beatrice Krähenbühl
**Ausbildungsprogramm
 für die Lehrbetriebe – Medizinische
 Praxisassistentin EFZ**



Dieses und weitere
 Bücher finden Sie hier:
[shop.emh.ch/
 collections/all](https://shop.emh.ch/collections/all)



Junge Ärztinnen und Ärzte in Grossbritannien protestierten mit einem Streik gegen ihre Arbeitsbedingungen.

© Tolgaldun / Dreamstime

Auf den Punkt

Streik der «Junior Doctors»

Grossbritannien Anfang Januar haben die britischen Assistenzärztinnen und -ärzte ihre Arbeit für die Dauer von sechs aufeinanderfolgenden Tagen niedergelegt – ein Rekordstreik in der Geschichte des National Health Service (NHS). Sie prangern die niedrigen Gehälter und die unzumutbaren Arbeitsbedingungen an.

Julie Zaugg

Der Ausstand der «Junior Doctors» (medizinisches Personal in der Facharztausbildung, Anm. d. Red.) dauerte vom 3. bis zum 8. Januar 2024. Sie demonstrierten vor den Notaufnahmen der wichtigsten Spitäler des Landes. Auf ihren Plakaten stand «Diagnose: mangelnde Wertschätzung» und «Die Wunde sitzt tief – da hilft auch keine Chirurgie».

Der Grund sind die Löhne

In Grossbritannien sind etwa die Hälfte aller Ärzte «Junior Doctors». Das heisst, sie verfügen über einen Abschluss in Medizin und über null bis neun Jahre Berufserfahrung. Die Streikenden fordern eine Gehaltserhöhung von 35%, um 15 Jahre unzureichender Lohnentwicklung auszugleichen, die seit 2008 faktisch zu einem Gehaltsverlust von 26% geführt habe. Die britische Regierung hatte ursprünglich eine Erhöhung von 8,8% angeboten und sich zuletzt bereit gezeigt, noch 3% hinzuzufügen. Doch im Dezember gerieten die Verhandlungen ins Stocken, sodass es im Januar erneut zum Streik kam – dem neunten seit März 2022.

«Ärztinnen und Ärzte haben nach ihrem Studium einen Stundenlohn von 14.09 Pfund (circa 15.20 Franken). Das ist

weniger, als ein Barista bei der Restaurantkette Prêt-à-Manger verdient», erläutert Nora Colton, Gesundheitsökonomin des University College in London. Hinzu komme die galoppierende Inflation, die im letzten Jahr sogar auf 11% kletterte, was den Wert der Gehälter weiter schmälere, so Colton.

Untragbare Arbeitsbedingungen

Zudem klagen die jungen Medizinerinnen und Mediziner über unzumutbare Arbeitsbedingungen, vor allem aufgrund des gravierenden Personalmangels. Laut einer Studie vom Jahresende 2022 [1] sind im britischen Gesundheitswesen 8728 Stellen unbesetzt, das sind fast 6%. Auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner kommen in Grossbritannien 3,03 Ärzte [2]. In der Schweiz sind es 4,6 [3].

«Einmal – ich hatte gerade meine erste Stelle angetreten – war ich allein für eine ganze, voll belegte Station verantwortlich», berichtet Vanya Gurr, die damals in einem Spital im Zentrum von London arbeitete. «An diesem Abend fragte ich mich immer wieder, ob ich die richtigen Entscheidungen getroffen hatte.»

Für die Patientinnen und Patienten kann dies schwerwiegende Folgen haben. «Bei einer Frau deutete alles auf

einen Herzinfarkt hin», erzählt Josh*, ein junger Arzt aus Nordengland. «Ich sah mir das EKG an, war mir aber nicht sicher. Also verabreichte ich ihr 300 mg Aspirin und betete, dass ich das Richtige tat.»

Auch die Infrastrukturen, die dem jungen Fachpersonal zur Verfügung stehen, sind miserabel. Roshan Rupra, ein angehender Chirurg in Norfolk, sagt, er müsse sich auf der Toilette umziehen, weil es keine Umkleieräume gebe. «Nachts schlafe ich manchmal auf dem Boden, weil es in dem Raum für den Bereitschaftsdienst weder ein Bett noch eine Decke gibt», so Rupra.

Flucht ins Ausland

Die Bevölkerung stimmt den Forderungen des Medizinpersonals zwar grösstenteils zu, allmählich macht sich jedoch auch ein gewisser Unmut über dessen Protestbewegung breit. Während des Streiks im Januar stuften die Spitäler von Portsmouth und Nottinghamshire die Lage als «kritisch» ein und meldeten, dass ihre überlasteten Notaufnahmen keine weiteren Patientinnen und Patienten versorgen können. In Bolton mussten Kranke bis zu elf Stunden auf eine Behandlung warten.

Zehntausende Termine und geplante Operationen wurden verschoben oder abgesagt. Für Menschen mit einer schnell fortschreitenden oder im fortgeschrittenen Stadium schwer zu behandelnden Krebserkrankung, wie etwa der Lunge, Leber oder Bauchspeicheldrüse, oder mit einem Gehirntumor könnten solche Verzögerungen «die Behandlungsmöglichkeiten drastisch einschränken und sogar die Überlebenschancen beeinträchtigen», warnt Anna Jewell, Vorsitzende einer Organisation, die verschiedene NGOs zur Krebsbekämpfung vertritt.

Nach Einschätzung von Stephen Powis, des medizinischen Direktors des NHS, werden die Nachwirkungen des Streiks noch in den «kommenden Wochen und Monaten» zu spüren sein. Über 1,2 Millionen Arzttermine waren im Jahr 2023 von den Streiks im Gesundheitswesen betroffen. Umso länger ist nun die Liste mit den Personen, die auf eine Operation warten. Inzwischen ist sie auf 7,7 Millionen Namen angewachsen, verglichen mit 4,6 Millionen vor der Pandemie.

Für die jungen Streikenden könnte die Lösung im Ausland liegen. Immer mehr verlassen Grossbritannien und gehen nach Irland, Australien oder in die Vereinigten Arabischen Emirate, wo sie nicht nur ihr Gehalt verdoppeln, sondern auch in einem ruhigeren Umfeld arbeiten können. «Wir haben den Arztberuf nicht aus Profitgier gewählt, sondern um Menschen zu helfen», so Vanya Gurr. «Aber weshalb sollten wir weitermachen, wenn das nicht mehr möglich ist?» Im vergangenen September hat sie einen Posten in Neuseeland angenommen.

* Name geändert



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Persönlich

Ortho-Team des Kantonsspitals Schaffhausen wieder komplett



Dr. med. Grégoire Thürig

Schaffhausen Dr. med. Grégoire Thürig wird Leitender Arzt Orthopädie und Traumatologie am Kantonsspital Schaffhausen. Mit seinem Antritt am 1. Februar 2024 sei das Ortho-Team wieder vollzählig, teilen die Spitäler Schaffhausen (SSH) mit. Nach dem Abschluss des Medizinstudiums war Thürig bis 2017 als Assistenzarzt am Universitätsklinikum Zürich und danach am Kantonsspital Freiburg tätig, wo er aktuell als erster Oberarzt und als Klinischer Dozent an der Universität Freiburg amtiert. 2021 erlangte Thürig den Facharzttitel für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und die Zertifizierung zum Sportarzt von der Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS).

Neue CMO für die Lindenhofgruppe



Dr. med. Jeannine Hullin

Bern Dr. med. Jeannine Hullin hat zu Beginn des Jahres ihre neue Stelle als Chief Medical Officer der Lindenhofgruppe angetreten. Die Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin ist in dieser Funktion auch Mitglied der Geschäftsleitung. Hullin absolvierte ihr Medizinstudium in Deutschland und verfügt über einen Executive MBA der Privaten Hochschule Wirtschaft PHW Bern. Vor ihrem Wechsel zur Lindenhofgruppe war sie am Spital Thun für die operative und fachliche Leitung Medizin des Notfallzentrums verantwortlich. Durch ihren medizinischen Hintergrund verfüge Hullin über ein beachtliches Verständnis für die Anliegen der Ärzteschaft, wie die Lindenhofgruppe mitteilt.

Villa im Park begrüsst neuen Spezialisten für Urologie



Dr. med. Andrej Panic

Rothrist Dr. med. Andrej Panic ist seit Anfang des Jahres als Belegarzt in der Privatklinik Villa im Park tätig. Dort bietet der Facharzt für Urologie das gesamte Spektrum der Urologie und insbesondere die Behandlung von Prostatakrebs an, wie es in einer Mitteilung heisst. Panic war von 2021 bis 2022 stellvertretender Leiter der UroSwiss Praxis am See. Ab 2022 arbeitete er als Urologe in der Uroviva Praxis in Sursee. Seine urologische Ausbildung absolvierte er in der Klinik für Urologie, Kinderurologie und Urologische Onkologie am Universitätsklinikum Essen (DE), wo er ab 2015 als Oberarzt tätig war und seit 2017 unter anderem als Sektionsleiter der Laparoskopie amtierte.

Aus der Wissenschaft

Neue Keime entdeckt

Bakteriologie Ein Team der Universität Basel und des Universitätsspitals Basel hat über dreissig neue Bakterienarten entdeckt, die zum Teil mit klinisch relevanten Infektionen assoziiert sind. Insgesamt analysierte das Team um den Mikrobiologen PD Dr. Daniel Goldenberger 61 unbekannte bakterielle Keime, die aus Blut- oder Gewebeproben von Patientinnen und Patienten mit den verschiedensten Erkrankungen stammten. Die Forschenden sequenzierten das gesamte Erbgut der Bakterien mit einer neuen Methode und glichen die ermittelten Genomsequenzen dann mithilfe eines Online-Tools mit bereits bekannten Bakterienstämmen ab. Eine Evaluation von Patientendaten ergab, dass von den 35 neuen Stämmen sieben klinisch relevant sind, da sie beim Menschen bakterielle Infektionen verursachen können. «Ein solcher direkter Abgleich zwischen neu identifizierten Bakterienarten und klinischer Relevanz wurde bisher nur selten veröffentlicht», sagt Daniel Goldenberger.

doi.org/10.1186/s12866-023-03163-7

Oral absorbierbare zyklische Peptide

Medikamente Forschende der ETH Lausanne haben einen wichtigen Schritt in der Medikamentenentwicklung gemacht. Ihre Studie konzentrierte sich auf zyklische Peptide. Dabei handelt es sich um polyvalente Moleküle, die für ihre hohe Affinität und Spezifität bei der Bindung an komplexe pathologische Ziele bekannt sind. «Es ist uns gelungen, zyklische Peptide zu entwickeln, die an ein pathologisches Ziel unserer Wahl binden und auch oral verabreicht werden können», sagt Professor Christian Heinis. Während oral verabreichte zyklische Peptide in der Regel eine Bioverfügbarkeit von weniger als 2% aufweisen, zeigten diese Peptide bei Tests an Ratten eine orale Bioverfügbarkeit von bis zu 18%. Diese Methode schafft neue Perspektiven für die Behandlung einer Reihe von Krankheiten, die mit herkömmlichen oralen Medikamenten nur schwer zu behandeln sind, wie beispielsweise bestimmte Krebsarten.

doi.org/10.1038/s41589-023-01496-y

Vermischtes

Strahlentherapie in Liestal



Das USB übernimmt ein Strahlentherapie-Zentrum in Liestal.

Radiologie Das Universitätsspital Basel (USB) und das Kantonsspital Baselland (KSBL) stellen die gemeinsame Versorgung der Bevölkerung mit einer wohnortnahen Strahlentherapie sicher.

Per 1. Januar 2024 hat das USB die Radioonkologie eines privaten Anbieters in Liestal übernommen, der früher auch die Patientinnen und Patienten des KSBL radioonkologisch behandelte. Das USB stellt damit die radioonkologische Behandlung in Liestal an der Erzenbergstrasse 51 sicher. Dem bestehenden Team wird der Wechsel zum Unispital angeboten. Der Standort in Allschwil wird aufgehoben. Die dort stehenden medizinischen Geräte werden neu in Liestal eingesetzt.

Das Universitätsspital Basel und das Kantonsspital Baselland kooperieren in der Radioonkologie, wodurch für sämtliche Patientinnen und Patienten des KSBL weiterhin eine wohnortnahe Behandlung mit modernsten radioonkologischen Behandlungsmethoden in Liestal angeboten wird. Dank dieser Kooperation zwischen den beiden öffentlichen Spitälern werden medizinische und wirtschaftliche Synergien innerhalb der gemeinsamen Gesundheitsregion (GGR) realisiert, die der gesamten Bevölkerung zugutekommen, wie die beiden Spitäler in einer gemeinsamen Mitteilung angeben.

Zitat der Woche

«Es ist enorm wichtig, dass wir uns einbringen und darauf aufmerksam machen, wie die Rahmenbedingungen für unseren Beruf sein sollten.»

Dr. med. Monika Reber

Die Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin im Hintergrundartikel zu standespolitischem Engagement ab Seite 14.



Kopf der Woche

Er hilft Jugendlichen in der Krise



Dr. med. Stephan Kupferschmid

Psychiatrie Am 8. Januar eröffnete die Privatklinik Meiringen das neue Psychiatriezentrum für junge Erwachsene (PZJE) in Thun. Chefarzt und Zentrumsleiter ist Dr. med. Stephan Kupferschmid.

Der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ist Vorstandsmitglied der Schweizerischen Fachgesellschaft ADHS und Präsident von Ipsilon, der schweizweiten Dachorganisation für Suizidprävention. Er beschäftigt sich intensiv mit der Adoleszentenpsychiatrie. In dieser Altersgruppe seien spezifische Entwicklungsaufgaben zu bewältigen: «Häufig geht es um Themen wie Selbstwert und Selbstakzeptanz, Entwickeln und Erfolgen eigener Ziele, die Ablösung vom Elternhaus.»

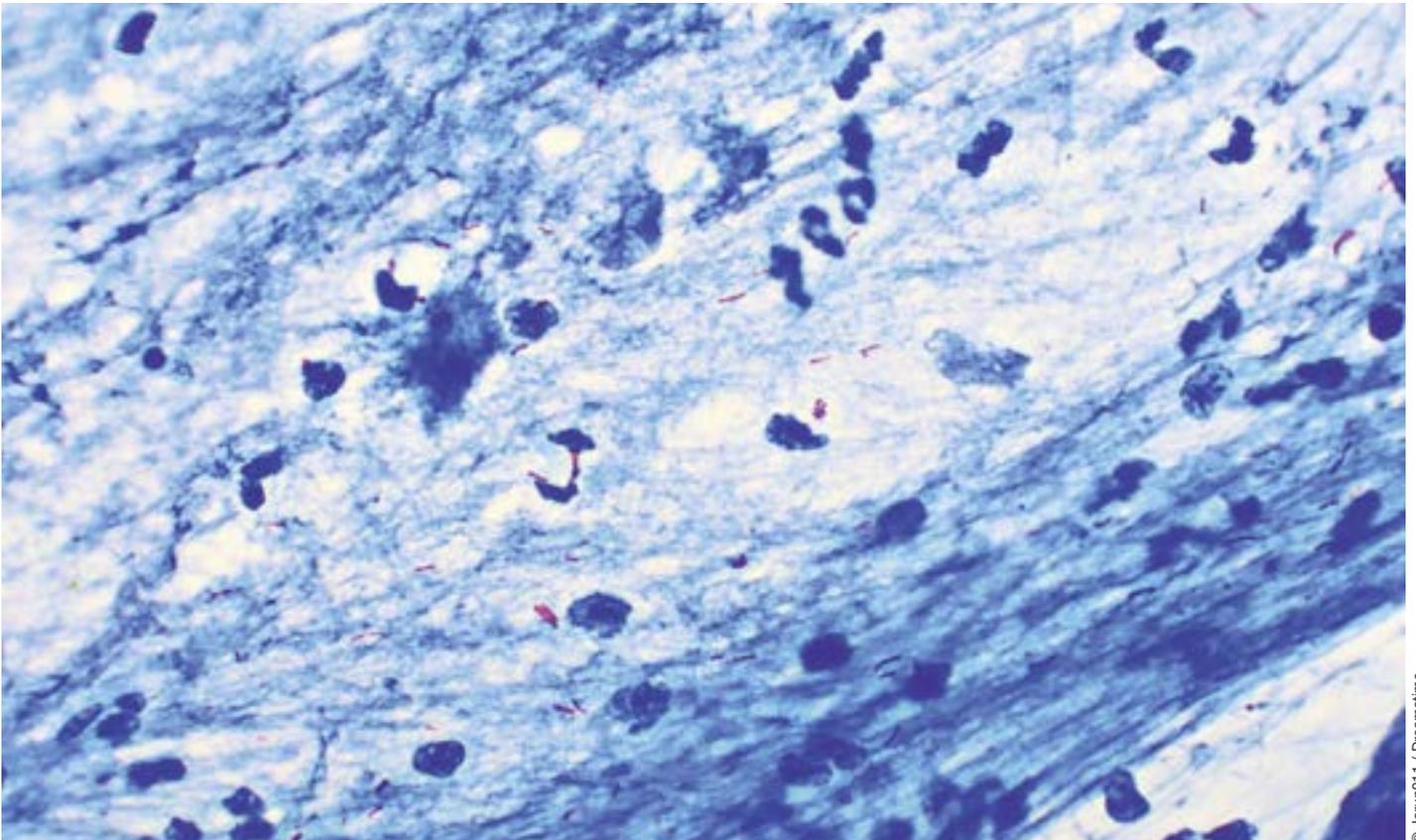
Das neu eröffnete Zentrum richtet sich an 15-18-Jährige. Es umfasst einen akutpsychiatrischen Bereich für Kriseninterventionen sowie einen Bereich für elektive Aufnahmen und längere psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen. «Junge Menschen kommen in Krisensituationen zu uns, und wenn eine ambulante Behandlung nicht mehr ausreichend wirksam ist. Dabei spielen suizidale Krisen, depressive Zustandsbilder, Angst- und Zwangserkrankungen sowie Abhängigkeitserkrankungen eine zentrale Rolle.

Bei diesen Themen ermöglicht eine multimodale Behandlung gute Fortschritte», sagt Kupferschmid.

Der Psychiater beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit dem Thema psychische Gesundheit. «Aus meiner Sicht trifft das WHO-Motto zu: 'There is no health without mental health.'» Die Adoleszentenpsychiatrie sei deshalb so spannend, weil sie sich mit einem für die psychische Gesundheit hochrelevanten Lebensabschnitt befasse: «75% aller psychischen Erkrankungen treten vor dem 25. Lebensjahr auf. Diese Entwicklungen zu begleiten und immer wieder auch die Ressourcen bei den Patientinnen und Patienten zu fördern, bereitet mir viel Freude.»

Aktuell seien vor allem die Themen ADHS und Folgeprobleme, LGBTQIA+, Autismus-Spektrum-Störungen und der Klimawandel jungen Menschen wichtig. «Unsere Patientinnen und Patienten bringen immer wieder neue Themen mit und erleben gesellschaftliche Veränderungen sehr intensiv.» Im PZJE will Kupferschmid, zusammen mit seinem interdisziplinären Team, gezielt auf diese Probleme eingehen: «Wir schaffen für die jungen Menschen ein entwicklungsförderndes Milieu, in dem wir zusammen mit ihnen ihre individuellen Ziele erreichen können.»

Aufgefallen



Tuberkulose Ein internationales Team um den Infektiologen PD Dr. Jan Rybniker hat neuartige, antibiotisch aktive Moleküle identifiziert, die *Mycobacterium tuberculosis* angreifen und für den Menschen weniger gefährlich machen. Einige der Substanzen ermöglichen sogar eine erneute Behandlung mit Antibiotika – auch bei Stämmen des Erregers, die bereits Resistenzen entwickelt haben. doi.org/10.1016/j.chembiol.2023.12.007

«Eine grosse Erfolgsgeschichte»

Neugeborenen-Screening Neugeborene werden mit Zustimmung ihrer Eltern auf seltene Krankheiten getestet. Anfang Jahr kam als elfte Krankheit die spinale Muskelatrophie hinzu. Welchen Nutzen hat das Screening und wie wird es in Zukunft aussehen? Ein Gespräch mit Kinderarzt Matthias Baumgartner, medizinischer Leiter des Neugeborenen-Screenings am Universitäts-Kinderspital Zürich.

Interview: Adrian Ritter

Matthias Baumgartner, seit 1965 werden in der Schweiz Neugeborene per Blutprobe auf zehn beziehungsweise neu elf Krankheiten [1] getestet. Wie hat sich dieses Screening bewährt?

Aus meiner Sicht ist es eine grosse Erfolgsgeschichte und vielleicht das erfolgreichste Screening, das es überhaupt gibt – auch international. Bis heute haben wir damit allein in der Schweiz rund 2700 Kindern eine frühzeitige Diagnose und damit auch Therapie ermöglicht [2]. Wir konnten sie vor dem Tod bewahren oder davor, schwerstbehindert zu werden. Das Neugeborenen-Screening ist einzigartig, was die Genauigkeit der Tests anbelangt, sowohl bei der Spezifität wie bei der Sensitivität. Insofern hat es einen viel besseren prädiktiven Wert als etwa existierende Prostata- oder Brustkrebs-Screenings.

Nachteile gibt es nicht?

Das perfekte Screening existiert nicht. Jedes hat eine bestimmte Anzahl falsch positiver und falsch negativer Fälle. Aber wir haben ausserordentlich wenige Fälle. Sehr erfreulich ist zudem, dass fast 100% der Eltern mitmachen. Sie sehen den Sinn und Nutzen des freiwilligen Tests.

Nach welchen Kriterien werden die Krankheiten bestimmt, auf die Neugeborene getestet werden?

Es sind vor allem seltene, genetisch bedingte Stoffwechselerkrankungen [3]. James Wilson und Gunnar Jungner hatten 1968 für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die wichtigsten Grundsätze definiert, nach denen die Krankheiten ausgewählt werden sollten [4]. Dazu gehört, dass eine

Krankheit früh im Leben ausbricht, gut diagnostiziert werden kann und dass eine wirksame Therapie dafür existiert. Im Grundsatz gelten diese Kriterien auch heute noch. Allerdings gibt die WHO keine Empfehlung heraus, welche Krankheiten in einem Land konkret getestet werden sollten.

Finden weltweit überall Neugeborenen-Screenings statt?

Nein, sie entstanden vorab in den Industriestaaten in Europa und Nordamerika. Heute werden sie zwar unter anderem auch in Asien und Lateinamerika immer häufiger praktiziert. Beispielsweise in Afrika hingegen kaum. Dort ist die Säuglingssterblichkeit so hoch, dass andere Massnahmen wichtiger sind als Tests auf seltene Krankheiten. Ob und in welchem Ausmass Neugeborenen-Screenings durchgeführt werden, ist insgesamt vor allem eine Ressourcenfrage.

Neugeborenen-Screening

Jährlich werden in der Schweiz rund 85 000 Neugeborene auf angeborene Hormon- und Stoffwechselerkrankungen untersucht. Der Bluttest findet – mit Zustimmung der Eltern – am vierten Tag nach der Geburt statt. Analysiert wird das Blut im einzigen Neugeborenen-Screening-Labor der Schweiz am Universitäts-Kinderspital Zürich. Die Kosten werden von der Grundversicherung getragen. Waren es bisher zehn Krankheiten, wird mit Anfang Jahr die spinale Muskelatrophie ebenfalls ins Screening aufgenommen [1].

Prof. Dr. med. Matthias Baumgartner ist Leiter der Abteilung für Stoffwechselkrankheiten am Universitäts-Kinderspital Zürich und Ordinarius für Stoffwechselkrankheiten an der Universität Zürich. Zudem ist er medizinischer Leiter des Neugeborenen-Screenings und Mitglied der Eidgenössischen Kommission für genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMEK).



Welche Krankheiten getestet werden, ist je nach Land auch unterschiedlich?

Ja, sowohl die Zahl wie auch die Auswahl der getesteten Krankheiten. Das reicht von einer einzigen bis etwa 50 Krankheiten. Italien beispielsweise testet 35, Frankreich nur 6 Krankheiten [5]. Inhaltlich gibt es einen Kern von Krankheiten, die man anschaut. Gleichzeitig hängt die Auswahl aber auch von der Prävalenz einer Krankheit in einem Land ab. So wird etwa in der Schweiz nicht auf Sichelzellanämie getestet – in anderen Ländern, wo die Krankheit häufiger vorkommt, aber schon.

Wie hat sich das Screening in der Schweiz entwickelt?

Die Zahl der untersuchten Krankheiten wurde Schritt für Schritt ausgedehnt. Dies vor allem im Zusammenhang mit technologischen Fortschritten. Dazu gehören vor allem die Massenspektrometrie ab der Jahrtausendwende und Gentests ab 2011. Heute praktizieren wir eine Mischung aus biochemischen und genetischen Tests, wobei bei einigen Krankheiten beides gemacht wird.

Soeben wurde mit der spinalen Muskelatrophie eine elfte Krankheit ins Screening aufgenommen [1]. Gibt es weitere Krankheiten, die man testen sollte?

Es gibt zwei weitere Krankheiten, bei denen die erwähnten Kriterien von Wilson und Jungner erfüllt sind – die Homozystinurie und die Tyrosinämie. Bei beiden sind wir allerdings technisch noch nicht bereit für ein Massenscreening. Wir müssen die entsprechenden Testverfahren erst entwickeln und validieren, ohne dass wir ein spezielles Budget dafür hätten. Auch der Aufwand für den Antrag, diese Krankheiten ins Neugeborenen-Screening aufnehmen zu lassen, ist gross. In anderen Ländern gibt es professionelle Strukturen für diesen Prozess, in der Schweiz haben wir das nicht.

«Bis heute haben wir mit dem Screening allein in der Schweiz rund 2700 Kindern eine frühzeitige Diagnose und Therapie ermöglicht.»

Rein technisch könnte man vermutlich noch viel mehr als die bisher erwähnten Krankheiten testen?

Das ist so. Allein schon mithilfe der Massenspektrometrie könnten wir viel mehr testen, als wir heute tun. Es gibt international auch immer wieder Diskussionen darüber, was sinnvoll ist. Patientenorganisationen beispielsweise plädieren oft für mehr Tests. Dies im Sinne der Eltern, die wissen wollen, ob ihr Kind gesund ist – auch wenn es für die Krankheit vielleicht gar keine Behandlung gibt oder man nicht genau sagen kann, ob und in welchem Alter sich Symptome zeigen werden.

Ein verständliches Anliegen?

Einerseits ja, andererseits gibt es Graustufen. Beispielsweise Kinder, die einen leichten Verlauf haben. Wir betreuen am Kinderspital heute schon Kinder und Jugendliche, die im Neugeborenen-Screening zwar eine eindeutige Diagnose erhalten haben, aber keine oder nur sehr milde Symptome

haben. Aufgrund des Results beim Screening kommen sie trotzdem jährlich zur Kontrolle und erhalten die krankheits-spezifische Therapie. Das kann im Extremfall zu einer gewissen Übertherapie führen, die wir als Ärzte auch aus rechtlichen Gründen verantworten müssen. Gleichzeitig ist eine solche Übertherapie ethisch und ökonomisch zwiespältig. Und durch eine Ausweitung des Screenings könnte das in Zukunft noch häufiger vorkommen.

«Es gibt international immer wieder Diskussionen darüber, was sinnvoll ist. Patientenorganisationen beispielsweise plädieren oft für mehr Tests.»

Warum?

Weil das Zeitalter der Gentests erst beginnt. Mit diesen Tests wird man sehr viele Genveränderungen finden. Auch solche, von denen wir heute noch gar nicht wissen, welche Bedeutung sie haben. Entsprechend wird es viel mehr Fälle geben, wo Kinder aufgrund von Genveränderungen das Stigma «krank» haben werden – obwohl sie vielleicht gar nie erkranken werden. Das wird viel Unsicherheit bei Eltern und Kindern auslösen. Entsprechend wird viel mehr genetische Beratung nötig sein, was wiederum Kosten verursachen wird.

Wie könnte eine Lösung aussehen?

Man sollte versuchen, diese Nachteile zu minimieren, indem man nur dort Gentests macht, wo eine klare Aussage damit möglich ist – wo sich also das bisherige Kriterium einer präzisen Diagnose ebenfalls erfüllen lässt. Aber bei welchen Krankheiten dies der Fall ist, da gehen die Meinungen in der Fachwelt auseinander. Das American College of Medical Genetics and Genomics beispielsweise betrachtet 73 Gene als hinweisgebend auf Krankheiten, für die präventive oder therapeutische Massnahmen vorhanden sind [6]. Allerdings ist es keineswegs sicher, dass in der Schweiz bei einer sorgfältigen Betrachtung dieselben Gene und dieselbe Anzahl resultieren würde.

Wird man in Zukunft ohnehin bei allen Menschen das gesamte Genom analysieren?

Die Entwicklung wird wohl in diese Richtung gehen. In Island beispielsweise wird das bereits bei einem beachtlichen Teil der Bevölkerung im Rahmen von Studien gemacht [7]. Wir brauchen jetzt die Forschung, um zu klären, welchen Nutzen genetische und Omics-Testverfahren für ein Neugeborenen-Screening haben können. Und wir brauchen in der Gesellschaft eine Diskussion darüber, welche Medizin wir wollen. Das können nicht Fachleute bestimmen, denn auch ethische und ökonomische Aspekte spielen hinein. Wir versuchen, eine solche Diskussion zum Beispiel im Rahmen des Forschungsschwerpunkts zu seltenen Krankheiten an der Universität Zürich zu initiieren [8].

Was ist aus Ihrer Sicht wichtig für das Screening der Zukunft?

Als Arzt möchte ich sicher sein, dass jedes neugeborene Kind, bei dem man eine Krankheit entdeckt, auch adäquat



© Sabine Rock

«Das Zeitalter der Gentests beginnt erst», sagt Matthias Baumgartner.

versorgt wird. Das ist in der Schweiz mit den Referenzzentren für seltene Krankheiten grundsätzlich der Fall. Aber auch wir haben Fachkräftemangel. Und wir haben das Problem, dass Kinderspitäler keine kostendeckenden Tarife verrechnen können, gerade bei seltenen Krankheiten. Wir brauchen

«Heute praktizieren wir eine Mischung aus biochemischen und genetischen Tests – wobei bei einigen Krankheiten beides gemacht wird.»

die nötigen Ressourcen, auch wenn es darum geht, wie das Screening der Zukunft aussehen soll. Andere Länder machen dazu Health Technology Assessments, die medizinische wie auch gesellschaftliche Aspekte beleuchten. Auch wir sollten diese Frage professioneller angehen können. Ein besonders wichtiger Aspekt ist dabei in Zukunft die Selbstbestimmung.

Inwiefern?

Neugeborene können einem Test nicht zustimmen. Wenn wir gewisse Tests ohne Schaden erst später im Leben machen können, ist das umso besser, weil die Person dann vielleicht schon urteilsfähig ist und selbst entscheiden kann, ob sie das will. Ziel muss es sein, nur so viel wie nötig bereits bei der Geburt zu testen. Gerade in Hinblick auf Gentests wird dieser Aspekt immer wichtiger.



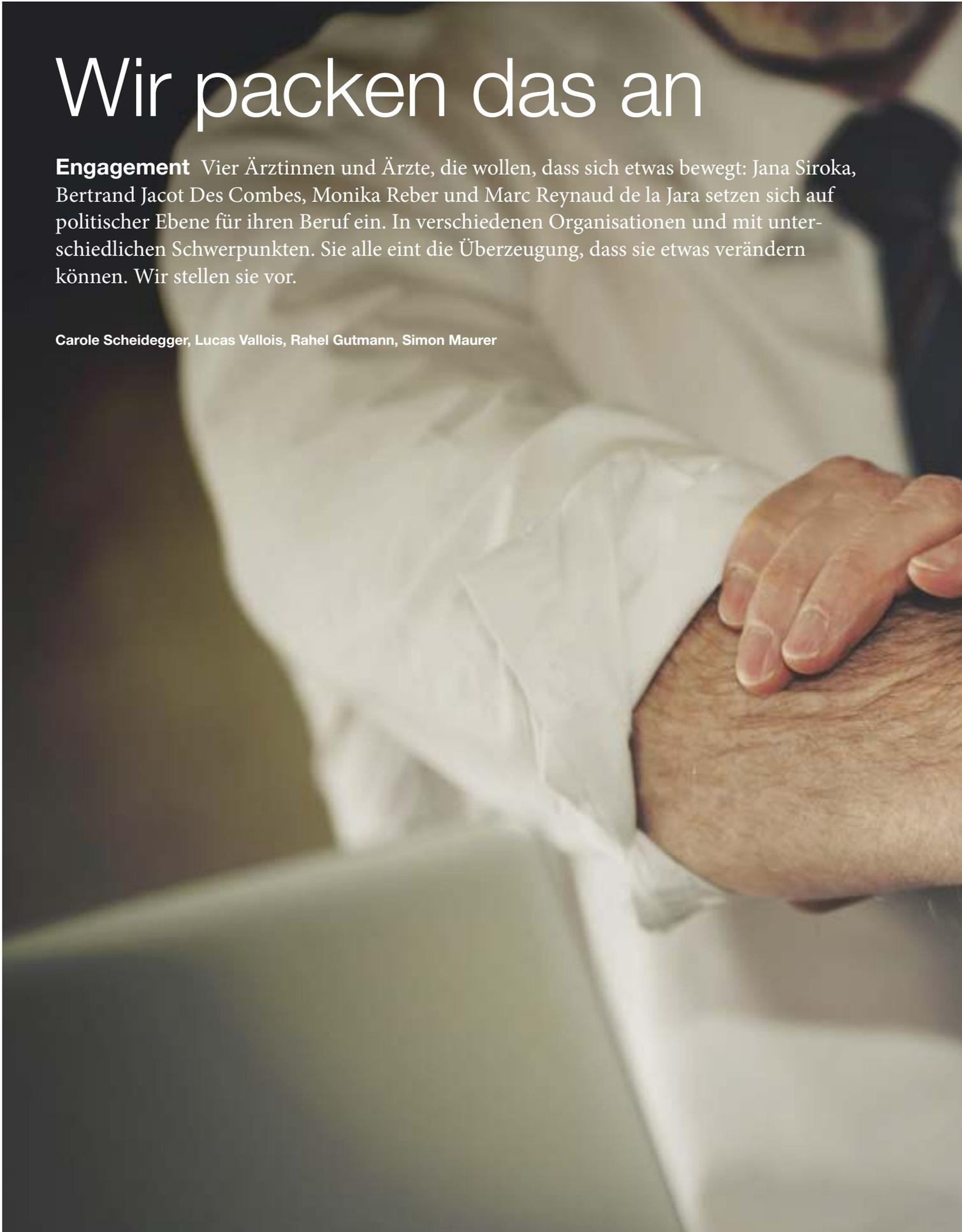
Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Wir packen das an

Engagement Vier Ärztinnen und Ärzte, die wollen, dass sich etwas bewegt: Jana Siroka, Bertrand Jacot Des Combes, Monika Reber und Marc Reynaud de la Jara setzen sich auf politischer Ebene für ihren Beruf ein. In verschiedenen Organisationen und mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Sie alle eint die Überzeugung, dass sie etwas verändern können. Wir stellen sie vor.

Carole Scheidegger, Lucas Vallois, Rahel Gutmann, Simon Maurer





Einsatz im Beruf und in der Standespolitik: Unsere Porträtierten zeigen, wie das geht.

Brücken bauen für die Schweizer Ärzteschaft

Ins standespolitische Engagement ist Jana Siroka langsam reingewachsen: Als Assistentenvertreterin nahm ein Kollege sie mit an den Infoabend des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao). «Dort wurden Themen angesprochen, die mich selbst beschäftigten. Zum Beispiel die Frage, wieso Assistenzärzte ausstempeln, danach aber weiterarbeiten.» So wurde Jana Siroka Vorstandsmitglied des vsao Basel. «Das bedeutete eine Sitzung pro Monat und eine Reتراite jährlich.» Ein zeitlicher Aufwand, der gut machbar sei. Als Jana Siroka nach Zürich ans Universitätsspital wechselte, schloss sie sich der Zürcher Sektion des vsao an, die rund 5000 Spitalärztinnen und -ärzte vertritt, und wurde bald zur Präsidentin gewählt. Angst davor, dass sich ihr Einsatz negativ auf die eigene Laufbahn auswirken könnte, hatte sie nie: «Ich möchte nicht in einer Institution arbeiten, die ein solches Engagement negativ wertet. Eine gute Chefärztin freut sich über engagierte Menschen im Team.»

Von Zürich zog sie 2020 zurück ins Baselland, wo sie aufgewachsen ist. «Ich wollte es standespolitisch etwas gemütlicher nehmen und mich auf meine Stelle als Leitende Ärztin an der Klinik Arlesheim konzentrieren.» Doch dann kam die Anfrage, ob sie für den FMH-Zentralvorstand kandidieren wolle. Sie wollte – und wurde gewählt. «Das war ein grosser Sprung. Von der lokalen Standespolitik in die nationale mit sehr komplexen Dossiers. Glücklicherweise kann ich mich auf die hochkompetenten Expertinnen und Experten der FMH verlassen, die mich im Detail über Geschäfte updaten.» So könne sie sich auf das konzentrieren, was ihr liege: «Menschen vernetzen, Brücken bauen, Ideen umsetzen, im richtigen Moment bei der richtigen Person die richtige Botschaft anbringen.»

«Es war ein grosser Sprung von der lokalen Standespolitik in die nationale mit sehr komplexen Dossiers.»

Im FMH-Zentralvorstand ist Jana Siroka für das Departement Stationäre Versorgung und Tarife zuständig. Sie schätzt, dass sie in der FMH auf Menschen trifft, die sich für die gleichen Werte einsetzen. «Mir ist der Raum zwischen Ärztin und Patient heilig. Um die hohe Versorgungsqualität zu erhalten, müssen wir diesen Raum, diese Zeit schützen.» Natürlich brauche es einen langen Atem, um Veränderungen zu bewirken. «Auf lokaler Ebene war es einfacher, konkrete Ergebnisse zu erzielen – etwa eine bessere Regelung zu den Pausenzeiten für die Assistenzärzte. Dafür kann man auf nationalem Niveau viel grössere Veränderungen anstossen.»

Wie bringt die Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Intensivmedizin mit Spezialisierung in Anthroposophischer Medizin ihr Engagement mit dem Beruf in Einklang? «Ich habe eine hohe Arbeitslast. Aber ich habe auch eine grosse Selbstwirksamkeit und Möglichkeiten, meine



© Christian Jaeggi

Dr. med. Jana Siroka ist Leitende Ärztin, Innere Medizin in der Klinik Arlesheim und im FMH-Zentralvorstand für das Departement Stationäre Versorgung und Tarife zuständig. Ausserdem ist sie Verwaltungsrätin der EMH AG, die die Schweizerische Ärztezeitung herausgibt.

Zeit einzuteilen. Ich liebe meine Arbeit in der Klinik Arlesheim und in der FMH. Sie macht Sinn für mich und ich arbeite an beiden Orten mit Teams, in denen wir gemeinsam an einem Strick ziehen.» Sie würde sich wünschen, dass sich mehr Ärzte und Ärztinnen standespolitisch engagieren. «Kolleginnen und Kollegen unterschätzen oft, was sie politisch erreichen können. Wir haben durch die FMH eine starke Vertretung national – dazu brauchen wir tatkräftige Ärztinnen und Ärzte.»

Voller Einsatz

Bertrand Jacot Des Combes hat sich gleich zu Beginn seiner Karriere dafür entschieden, im medizinischen Leben der Romandie und auf nationaler Ebene aktiv zu werden. Er ist sowohl in der Standespolitik als auch in der Kommunalpolitik und im Gemeindeleben engagiert. Schon immer angezogen von den «öffentlichen Angelegenheiten», teilte er sein Berufsleben zwischen Praxis und Spital auf, erst als Leitender Arzt und dann als Berater. Seine Karriere begann am Universitätsspital Lausanne in der Inneren Medizin und der Forschung. Es folgten Stationen in England und anschliessend am Universitätsspital Genf (HUG). Hier legte er den Grundstein für sein Engagement, indem er zunächst der Ethikkommission für klinische Forschung des HUG beitrat und später mit Prof. J. Fabre die Ethikkommission «Medizin für ambulante klinische Forschung» gründete.

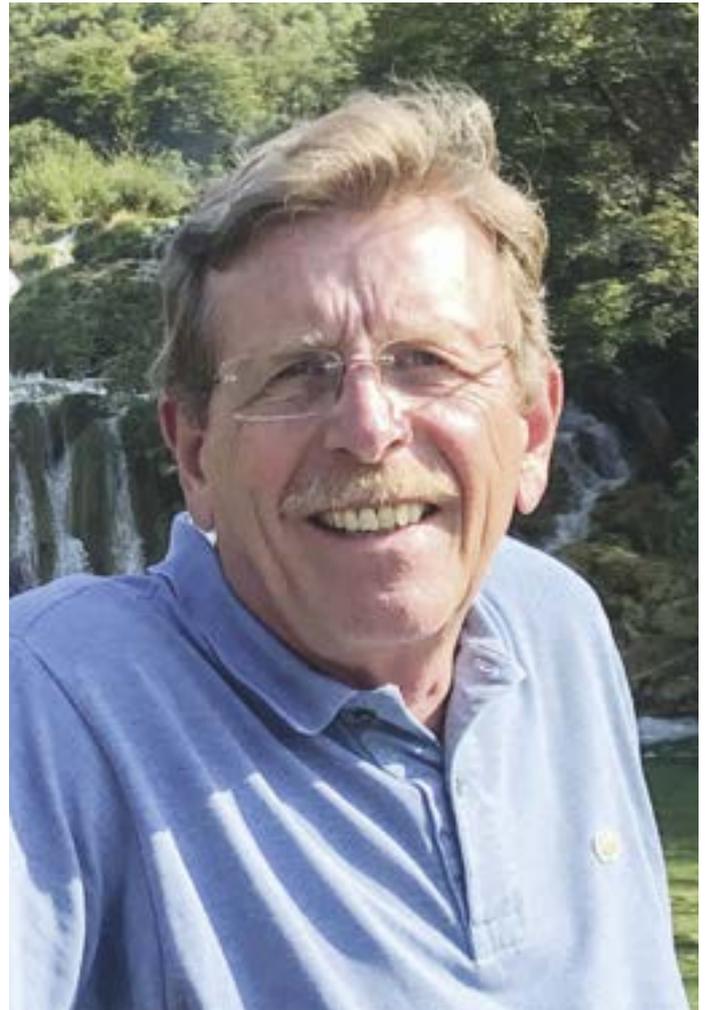
Warum so viel Engagement? Dieser fast angeborene Drang sei ein immer selteneres Gut in der Standespolitik insbe- sondere im 21. Jahrhundert.

Anschliessend rief er mit Berufskollegen die «Groupe des endocrinologues praticiens de Genève» ins Leben und beteiligte sich an der Gründung einer gleichen Gruppe auf nationaler Ebene. Dies als Reaktion auf die für Des Combes absurd anmutende Preisgestaltung für ambulante medizinische Behandlungen, die von Spital- und Universitätsseite eingeführt wurde.

Als Endokrinologe war er zwölf Jahre lang Mitglied des Rates der Ärztesgesellschaft des Kantons Genf (AMGe), um sich für die Interessen der Ärzteschaft einzusetzen. Und er war Vorsitzender der Société Médicale de Genève (SMGe), der er während mehr als zehn Jahren auch als Generalsekretär vorstand.

In den vergangenen zwölf Jahren war Bertrand Jacot Des Combes als Vizepräsident der Medizinischen Gesellschaft der Romandie (SMSR) tätig. Das offizielle Publikationsorgan der standespolitisch geprägte SMSR ist die «Revue Médicale Suisse» - hervorgegangen aus der Fusion der «Revue Médicale de la Suisse Romande» und des «Journal Médecine & Hygiène». Immer wieder hat sich Bertrand Jacot Des Combes' Begeisterung für die Medien gezeigt. Er engagierte sich im Vorstand der Gruppe «Medizin & Hygiene» und war federführend daran beteiligt, das Fortbestehen der «Revue Médicale Suisse» zu sichern, indem er die SMSR und die FMH dafür gewinnen konnte, diese zu subventionieren. Das zufriedenstellende Ergebnis verheisst nun Gutes für den Übergang ins digitale Zeitalter. Des Combes beharrt allerdings darauf, dass hinter jedem Erfolg eine ganze Gruppe stehe und schwierig zu messen sei, inwieweit seine eigenen Aktivitäten entscheidend gewesen seien - oder eben nicht.

Aber warum so viel Engagement? Dieser fast angeborene Drang sei ein immer selteneres Gut in der Standespolitik insbesondere im 21. Jahrhundert. «Man reicht den kleinen Finger und sie nehmen die ganze Hand», sagt Des Combes



Dr. med. Bertrand Jacot Des Combes, Facharzt für Diabetologie und Endokrinologie, hat vor Kurzem seine Praxis übergeben und konzentriert sich nun auf die Konsultationen, die er bei sich zu Hause durchführen kann, sowie auf seine Tätigkeiten in mehreren Unternehmen mit engem Bezug zum Gesundheitswesen.

schmunzelnd. Das Engagement der jüngeren Generationen werde schmerzlich vermisst. Dies sei umso bedauerlicher, als die Rolle des «Zuschauers», die gerade auch durch die zunehmende Inanspruchnahme der Ärztinnen und Ärzte in medizinischen Fachgruppen erklärbar sei, den Administratoren freie Hand lasse. Diese würden die Realität vor Ort nicht kennen und dazu neigen, der ambulanten Medizin ein eher «merkantiles» Image zu geben. Dieses jedoch sei weit entfernt von der individuellen Arzt-Patienten-Beziehung, sagt Bertrand Jacot Des Combes.

Verändern statt akzeptieren

Eine Frau, die ihr Motto lebt: Das ist Monika Reber. Seit ihrer Assistenzarztzeit setzt sich die Hausärztin für die Belange ihres Berufs ein. «Ich habe Freude am Mitgestalten und kann mich nur schlecht mit Gegebenheiten abfinden, die man aus meiner Sicht verändern sollte», sagt die Bernerin. Deshalb sei sie bereits in der Weiterbildung hin und wieder ihren Vorgesetzten «auf die Füße getreten», wenn sie mit etwas nicht einverstanden gewesen sei. Damals allerdings noch ohne Anbindung an eine Organisation.

Diese kam erst, als sie 2005 an einem internationalen Kongress für angehende Hausärztinnen und Hausärzte teilnahm und feststellte: «Die verstehen sich ja bereits vor Eintritt in die Praxis als Hausärztinnen und Hausärzte!» Das beeindruckte Reber und so entstand auf der Rückfahrt im Zug die Idee, auch in der Schweiz aktiv zu werden. Mit Gleichgesinnten gründete sie die Organisation Junge Haus- und KinderärztInnen Schweiz (JHaS), der Reber von 2006 bis 2009 als Initiantin und Präsidentin vorstand.

Ein zweites Schlüsselerlebnis sei für sie die Hausärzte-Demonstration am 1. April 2006 gewesen. «Es war sehr eindrücklich, die vielen Ärztinnen und Ärzte zu sehen, die gemeinsam für etwas einstanden.» Monika Reber wurde Teil des Initiativkomitees «Ja zur Hausarztmedizin» und erlebte so den ganzen politischen Prozess bis zur Abstimmung mit.

«Es ist enorm wichtig, dass wir uns einbringen und darauf aufmerksam machen, wie die Rahmenbedingungen für unseren Beruf sein sollten.»

Zu Beginn bedeutete ihr Engagement neben Praxistätigkeit und zwei kleinen Kindern allerdings viel Nacharbeit. Rückblickend meint Reber: «Manchmal ist es gut, wenn man nicht weiss, was auf einen zukommt.» Sonst hätte sie sich vielleicht nicht darauf eingelassen. Nun ist sie begeistert davon, wie weit die JHaS und die Hausärzteschaft als Ganzes gekommen sind.

Diese Langzeitperspektive ist es denn auch, die sie heute interessiert. Herausfinden, was sich verändern lasse, wie man Einfluss nehmen könne: Das mache ihr Spass. Ebenso der Austausch mit Kolleginnen und Kollegen in der ganzen Schweiz. Gleichzeitig gibt sie sich keinen Illusionen hin. «Max Weber sagte nicht umsonst: «Politik ist wie das starke langsame Bohren von harten Brettern mit Leidenschaft und Augenmass.» Oft geht es nach einem Schritt vorwärts zwei zurück.» Doch ohne Optimismus könne man keine Politik machen, und so bleibt Monika Reber dran.

Seit 2021 setzt sie sich im Vorstand des Verbands Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe ein mit Fokus auf die Nachwuchsförderung. Zuvor war sie Präsidentin beim Verein Berner Haus- und KinderärztInnen, nahm als Delegierte in verschiedenen Gremien Einsitz und war Verwaltungsrätin bei den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern.

Inzwischen muss sie für ihr Engagement auch nicht mehr nachts arbeiten. Als ihre Kinder älter wurden, verzichtete



Dr. med. Monika Reber ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Mitinhaberin der Praxisgemeinschaft für Hausarztmedizin in Langnau i.E. Daneben ist sie Vorstandsmitglied im Verband Haus- und Kinderärzte Schweiz.

sie darauf, ihr Pensum in der Praxis zu erhöhen – und investierte die frei werdenden Ressourcen stattdessen in die Verbandsarbeit. Eine Entscheidung, die sie nie bereut habe. «Es ist enorm wichtig, dass wir uns einbringen und darauf aufmerksam machen, wie die Rahmenbedingungen für unseren Beruf sein sollten. Nicht nur für uns, sondern auch für die Bevölkerung, die genügend gut ausgebildete und motivierte Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte benötigt.» Deshalb würde sich Monika Reber auch wünschen, dass sich noch mehr Medizinerinnen und Mediziner standespolitisch engagieren.

Und was ist nun ihr Motto? «Do what you can, with what you have, where you are», ein Zitat von Theodore Roosevelt.

Ein überlegter Kämpfer

NZZ, 20 Minuten, Tagesanzeiger und viele andere berichteten am ersten Montag des vergangenen Dezembers über die gleiche Umfrage: Ein Drittel der Medizinstudierenden denkt laut einer Befragung des Verbands der Schweizer Medizinstudierenden (swimsa) darüber nach, nach dem Staatsexamen den Beruf zu wechseln und nicht als Arzt oder Ärztin zu arbeiten.

Reynaud de la Jara ist kein lauter Schreihals, der sein Gegenüber von der eigenen Meinung überzeugen will.

Noch am selben Abend wurde im französischsprachigen Fernsehen RTS einer der stillen Schaffer hinter der Umfrage in die Sendung «Forum» eingeladen. Marc Reynaud de la Jara, Mitglied des Advocacy Boards der swimsa und Medizinstudent im vierten Jahr, stellte sich den teils kritischen Fragen des Moderators und erklärte die Haltung der Medizinstudierenden in seiner typischen Art – unaufgeregt, seriös und ohne übermässigen Pathos.

Für diesen Stil ist der Lausanner Student innerhalb der swimsa bekannt. Reynaud de la Jara ist kein lauter Schreihals, der sein Gegenüber stetig von der eigenen Meinung überzeugen will. Sondern einer, der erst einmal überlegt, bevor er zur Tat schreitet. «Wenn ich die Themen suche, die ich mithilfe der swimsa in die öffentliche Debatte einbringen will, wähle ich nicht direkt Positionen, die ich persönlich vertrete», sagt Reynaud de la Jara. «Sondern ich versuche herauszufinden, bei welchen Themen eine grosse Mehrheit der Medizinstudierenden einer Meinung ist, und setze mich dann gezielt für diese Anliegen ein.»

Mit genau diesem Konzept wurde auch die Kampagne kreiert, die im Dezember auf die schlechten Arbeitsbedingungen der jungen Medizinerinnen und Mediziner aufmerksam machte. Das Advocacy Board der swimsa veranlasste unvoreingenommen eine Umfrage, und erst als sich ein klares Bild abzeichnete, organisierte man die Medienarbeit und verschickte schliesslich Pressemitteilungen, die für ein grosses mediales Echo sorgten.

Seine Hauptaufgabe bei der swimsa ist es, den Anliegen der Medizinstudierenden in der Öffentlichkeit mehr Gehör zu verschaffen.

«Mein wichtigstes Anliegen ist, dass die Medizinstudierenden nach mir die gleich guten oder sogar bessere Möglichkeiten haben als ich», erklärt Marc Reynaud de la Jara seine Motivation für das Engagement neben dem Studium. Momentan besteht seine Hauptaufgabe darin, den Anliegen der Medizinstudierenden in der Öffentlichkeit mehr Gehör zu verschaffen.



Marc Reynaud de la Jara studiert Medizin an der Universität Lausanne und ist Mitglied des Advocacy Board der Swiss Medical Students' Association.

Mit seiner nachdenklichen Philosophie steht Marc Reynaud de la Jara für eine Art von Engagement für die Ärzteschaft, die sich nicht auf Partikularinteressen konzentriert, sondern die Schwerpunkte dort setzt, wo alle Ärztinnen und Ärzte einer Meinung sind. Wie erfolgreich dieser Ansatz ist, wird sich erst noch zeigen, wie Reynaud de la Jara selbst sagt. Denn er wertet auch die Kampagne der swimsa bisher noch nicht als persönlichen Erfolg: «Erst wenn sich durch unsere Arbeit wirklich etwas ändert bei den Arbeitsbedingungen, war unser Einsatz erfolgreich.»



Die Teilnehmenden der Swiss Medical Students' Convention 2023 in Genf.

Engagierter Nachwuchs

Vereint Naturkatastrophen kennen keine Grenzen. Sie richten länderübergreifend verheerende Zerstörungen an und ziehen oftmals Migrationsströme mit sich. Angesichts dieser weltweiten Herausforderung setzt sich eine studentische Gemeinschaft aktiv für einen gleichberechtigten Zugang zur medizinischen Versorgung ein.

Der Lausanner Verein M.E.T.I.S. (Mouvement des Étudiants Travaillant contre les Inégalités d'Accès à la Santé, Studentenvereinigung für gleichberechtigten Zugang zur Gesundheitsvorsorge für alle) wurde mit dem Ziel gegründet, den Zugang zu angemessener Versorgung für alle zu fördern. Das mag ehrgeizig erscheinen, führt aber dank konkretem, realistischem Engagement zu handfesten Ergebnissen.

Lokal handeln

Um nur ein Beispiel herauszugreifen: Im Rahmen des Projekts «Interprètes» (Dolmetschende) unterstützen mehr als hundert mehrsprachige Studierende ehrenamtlich fremdsprachige Patientinnen und Patienten kostenlos bei ihren Arztbesuchen. Der Abbau der Sprachbarriere ist in einem Land wie der Schweiz von grosser Bedeutung. Mehr als 200 000 Einwohnerinnen und Einwohner verstehen weder Englisch noch eine der Landessprachen [1]. Das Projekt ermöglicht die Kommunikation zwischen Gesund-

heitsfachpersonen und ihren Patientinnen und Patienten und schafft damit eine direkte Verbindung zwischen der Medizin und den migratorischen Herausforderungen. «Uns geht es darum, bestimmte Herausforderungen im Gesundheitswesen in den Blickpunkt zu rücken», sagt Clementine Albanis, Co-Präsidentin der Vereinigung. Ihr Präsidentschaftspartner Thomas Röthlisberger fügt hinzu: «Die Herausforderungen bekommt das Pflegepersonal zunehmend zu spüren.»

Obwohl sie auf diese grossen Probleme keinen Einfluss haben, sorgen die beteiligten Studierenden auf lokaler Ebene für die optimale Nutzung der verfügbaren Ressourcen.

Swiss Medical Students' Convention

Vor diesem Hintergrund entstand die Idee, mit der Swiss Medical Students' Convention (SMSC) ein Forum für den Dialog und die Sensibilisierung im Bereich Reise- und Migrationsmedizin einzurichten. Angesichts des wachsenden Bewusstseins für Umweltbedrohungen und Na-

turkatastrophen waren Medizinstudierende aus der ganzen Schweiz herzlich zu diesem Anlass eingeladen. Zur Erweiterung ihrer Kenntnisse auf diesem Gebiet und um sich mit der Thematik vertraut zu machen, wurden für die Teilnehmenden Konferenzen und Workshops unter der Leitung von Experten und engagierten Studierenden abgehalten. Behandelt wurden unter anderem der Umgang mit Naturkatastrophen oder die Auswirkungen der Migration auf die sexuelle Gesundheit. Die Teilnehmenden nutzten die Gelegenheit, in freundlich-entspannter Atmosphäre ihre Kompetenzen zu erweitern.

Parallel dazu fand eine Projektmesse statt, die zahlreichen lokalen Vereinigungen eine Plattform bot. Dort konnten sich die Teilnehmenden über deren Aktivitäten informieren – ein wahrhaftig inspirierender und mitreissender Abend. Man bekam einen Eindruck davon, welchen Beitrag solche Projekte im Gesundheitswesen leisten, wenn auch grösstenteils auf lokaler Ebene. Weitere Projekte konzentrieren sich auf die Ausbildung von Medizinstudierenden. So zum Beispiel die Ligue Académique de Radiologie (LARAD), eine Vereinigung, die ins Leben gerufen wurde, um die Begeisterung für dieses umfangreiche und dennoch bei Studierenden wenig gefragte medizinische Teilgebiet zu wecken und weiterzugeben.

Ein bereicherndes Erlebnis

Für die Organisatoren, zu denen wir uns zählen dürfen, war dieser Kongress ein einzigartiges und besonderes Abenteuer, geprägt vom Geist des kooperativen Volontariats. Ausserhalb des akademischen Lehrplans haben wir wertvolle Fähigkeiten im Hinblick auf Teamarbeit und Verantwortungsmanagement erworben, die in unseren zukünftigen medizinischen Karrieren laufend gefordert werden. Vor allem aber hat diese Erfahrung uns bewusst gemacht, dass wir uns der Themen, die uns am Herzen liegen, mit durchaus weitreichender Wirkung annehmen können. Und gerade darum ging es uns eigentlich – zu zeigen, dass jede noch so kleine Handlung einen wesentlichen Beitrag für die Gesellschaft leisten kann.

*Chloé Anaïs Rosenfeld, Liaison Officer FMH
Namu Bae, Mitglied des Organisationskomitees
der SMSC Genf 2023*



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

neo-angin[®]

Spray – Die einzige
kassenzulässige Kombination aus
Lidocain und Chlorhexidin^{1,2}

DG
DOETSCH GRETHER

Wirkt schnell
schmerzlindernd
und ist antiseptisch¹



Team neo-angin[®]: Für Ihre kleinen
und grossen Halsschmerzen

¹ Fachinformation neo-angin[®] Spray unter www.swissmedicinfo.ch

² Spezialitätenliste des BAG unter www.spezialitaetenliste.ch

Alle Referenzen stellen wir auf Anfrage zur Verfügung



Detaillierte
Produkt-
informationen



Gekürzte Fachinformation neo-angin[®] Spray: Wirkstoffe: Chlorhexidini digluconas, Lidocaini hydrochloridum. **Produkt:** Liste D; SL, 50 ml. 1 ml Mundspray enthält: Chlorhexidini digluconas 1 mg, Lidocaini hydrochloridum 2 mg. **Indikationen:** lokale Behandlung von akuten entzündlichen Erkrankungen in Mund und Rachenraum wie Aphten oder Entzündungen an Zahnfleisch und Mundschleimhaut. Adjuvans bei Tonsillitis, Laryngitis, Pharyngitis, Mundsoor, Angina. Nach Zahnextraktionen. Prä- und postoperative Behandlung. **Dosierung/Anwendung:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: mehrere Zerstäubungen (zwischen 3 – 10) täglich. **Kontraindikationen:** neo-angin[®] Spray ist kontraindiziert bei Patienten mit bekannter Überempfindlichkeit gegen lokale Anästhetika im Allgemeinen. **Warnhinweise:** Bei Kindern unter 6 Jahren wird das Präparat nicht empfohlen. Bei blutenden Wunden in der Schleimhaut soll das Präparat nicht eingenommen werden. Augenkontakt vermeiden. **Interaktionen:** Es liegen keine Daten vor. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Lidocain weist eine gewisse Embryotoxizität auf. neo-angin[®] Spray mit Lidocain und Chlorhexidin sollte während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht angewendet werden. **Unerwünschte Wirkungen:** Häufig: Bei langfristiger Anwendung werden oftmals vorübergehende Störungen des Geschmackempfindens, ein Brennen im Mund sowie eine gelbliche bis braune Verfärbung der Zunge, der Zähne, gewisser Plomben und Zahnprothesen festgestellt, was jedoch keinen Abbruch der Behandlung erfordert. Gelegentlich: Lokale Irritationen. Selten: Generalisierte Überempfindlichkeitsreaktionen. Überdosierung: Versehentliches Schlucken grösserer Mengen kann zu Brechreiz führen. Wenn nötig, symptomatische Behandlung. Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Stand der Informationen: September 2008. Ausführliche Informationen auf swissmedicinfo.ch

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Infektiologie

Datum

Mittwoch, 11. September 2024

Ort

Inselspital Bern
 Universitätsspital Basel
 CHUV Lausanne
 Hôpitaux Universitaires de Genève
 Universitätsspital Zürich

Anmeldefrist

20. Mai 2024

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

Weiterbildung → Facharztstitel und Schwerpunkte → Infektiologie

Vermischtes

Hilfskasse für Schweizer Ärzte – eingegangene Spenden

Vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2023 sind vier Spenden im Gesamtbetrag von CHF 2319.10 eingegangen. Der Stiftungsrat der Hilfskasse für Schweizer Ärzte freut sich sehr, diese Gaben bekannt geben zu dürfen und dankt allen Spendern recht herzlich. Damit die Spenden in voller Höhe den Destinatären zukommen, haben wir uns entschlossen, für Spenden unter CHF 500 auf den Versand von persönlichen Dankschreiben zu verzichten. Wir hoffen sehr, dass diese Massnahme bei allen Spendern auf Verständnis stösst.

Für die Hilfskasse für Schweizer Ärzte
 Die Kassierin des Stiftungsrates

Anzeige

PERENTEROL® 250 *Saccharomyces boulardii*



Die Antibiotika-assoziierte Diarrhö (AAD) ist ein Signal das mehr anzeigt, als das was man sieht!

Perenterol®: schützt und regeneriert die Darmflora bei AAD³

- Reduziert das Risiko einer AAD bei Erwachsenen um 51 %⁴
- Auf Hefe basierend, kann es gleichzeitig mit Antibiotika eingenommen werden (natürlich unempfindlich)
- Empfohlen von internationalen Guidelines^{5,6}

WENN SIE EIN ANTIBIOTIKUM ABGEBEN, DENKEN SIE AN PERENTEROL®



Das einzige⁷ kassenzulässige Probiotikum gegen Diarrhö*

Referenzen: 1. Francino MP. Antibiotics and the Human Gut Microbiome: Dysbioses and Accumulation of Resistances. *Front Microbiol.* 2016; 6: 1543. 2. Moré MI, et al. *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745® supports regeneration of the intestinal microbiota after diarrheal dysbiosis – a review 2015 *Clinical and Experimental Gastroenterology* 8:237-255. 3. McFarland LV. Systematic review and meta-analysis of *Saccharomyces boulardii* in adult patients. *World J Gastroenterol* 2010;16(18):2202-2222. 4. Szajewska H, Kolodziej M. Systematic review with meta-analysis: *Saccharomyces boulardii* in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea. *Aliment Pharmacol Ther* 2015;42(7):793-801. 5. Szajewska H, et al; ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. Probiotics for the Management of Pediatric Gastrointestinal Disorders: Position Paper of the ESPGHAN Special Interest Group on Gut Microbiota and Modifications. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023 Feb 1;76(2):232-247. doi: 10.1097/MPG.0000000000003633. 6. Guarner F, et al. World Gastroenterology Organization. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines: probiotics and prebiotics February 2023. <https://www.worldgastroenterology.org/guidelines/probiotics-and-prebiotics/probiotics-and-prebiotics-english>. 7. Spezialitätenliste (Oktober 2023).

Eine Kopie der einzelnen Referenzen sind auf Anfrage erhältlich.

PERENTEROL® Z: *Saccharomyces boulardii*. I: Diarrhö, auch prophylaktisch bei Antibiotikatherapie oder infolge Sondenernährung. D: Vor dem Essen; Erwachsene, Kinder: 1. Tag 2x tgl. 250 mg, dann 1x tgl. 250 mg auf ärztliche Verordnung; Antibiotikatherapie: bis 1 g/Tag; infolge Sondenernährung: bis 2 g/Tag. KI: Überempfindlichkeit gegenüber *Saccharomyces boulardii* oder einem der Hilfsstoffe; Hefeallergie; Zentralvenenkatheter, Schwerekrankte Patienten, immungeschwächten Patienten. VM: Für ausreichende Rehydratation sorgen; Kapseln bzw. Beutel nicht in Patientenzimmern öffnen; besondere Aufmerksamkeit beim Umgang mit dem Produkt in Gegenwart von Patienten mit einem Katheter erforderlich um Kontamination über die Hände oder Ausbreitung von Mikroorganismen durch die Luft zu vermeiden; darf nicht mit zu heissen, eiskalten oder alkoholhaltigen Flüssigkeiten oder Speisen gemischt werden. UW: selten Blähungen und Einzelfälle Obstipation; sehr selten allergische Hautreaktionen, Atemnot, anaphylaktische Reaktionen und anaphylaktischer Schock; sehr seltene Fälle von Fungämie und Einzelfälle Sepsis, hauptsächlich bei Patienten mit Zentralvenenkathetern, schwerkranken oder immungeschwächten Patienten. IA: Wirkstoff *Saccharomyces boulardii* ist empfindlich auf Antimykotika; kann möglicherweise falsch-positive Befunde bei mikrobiologischen Stuhluntersuchen verursachen. Schwangerschaft: Es gibt keine Hinweise auf Risiko für Fötus oder Kind. P: Perenterol 250 Piv Btl 10* lim. (SL September 23), 20* lim. (SL September 23), 10 x 20* lim. (SL September 23); Kaps 6, 10* lim. (SL September 23), 20* lim. (SL September 23), 10 x 20* lim. (SL September 23). (Februar 2021). Ausführliche Angaben finden Sie auf <http://swissmedinfo.ch>.

Informationen für Fachpersonen bestimmt.

Zambon Schweiz AG, Via Industria 13 – CH-6814 Cadempino, www.zambonpharma.com/ch

FMH

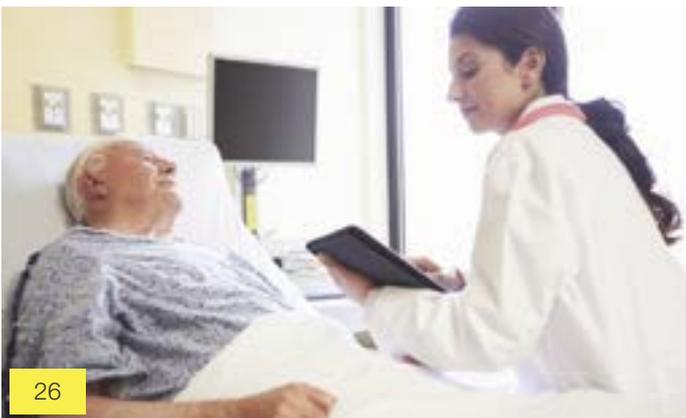


24

Alles, was eine Wirkung hat, hat auch eine Nebenwirkung

Patientensicherheit Auch wenn die Digitalisierung viele Möglichkeiten und Chancen bringt, so kommen mit ihr auch neue Risiken. In diesem Jahr engagiert sich die FMH stark im Bereich der Entwicklung, Erprobung und Etablierung von Verfahren zur Beurteilung der Patientensicherheits-Performance von verschiedenen Klinik- und Praxisinformationssystemen (KIS und PIS).

Christoph Bosshard



26

Zwischen Computer und Konsultation

Patientensicherheit Die Bedeutung der Primärsysteme (Klinikinformationssysteme und Praxisinformationssysteme) wird in der Diskussion über die digitale Transformation wenig thematisiert. Dabei sind es diese Systeme, in denen die Interaktion zwischen Mensch und Technik stattfindet und Patientensicherheit «passiert», – oder eben nicht.

David Schwappach



28

Änderung der KLV inklusive deren Anhänge

Wichtige Tarifinformation Am 1. Januar 2024 sind diverse Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) inklusive Anhang 1, 1a sowie der Analysenliste (AL), der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) und der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) in Kraft getreten. In diesem Artikel zeigen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen.

Stephanie Wyler



© Lifesunday / Dreamstime

Mit der Digitalisierung haben sich in der Medizin ganz neue Fehlerquellen eingeschlichen.

Alles, was eine Wirkung hat, hat auch eine Nebenwirkung

Patientensicherheit Auch wenn die Digitalisierung viele Möglichkeiten und Chancen bringt, so kommen mit ihr auch neue Risiken. In diesem Jahr engagiert sich die FMH stark im Bereich der Entwicklung, Erprobung und Etablierung von Verfahren zur Beurteilung der Patientensicherheits-Performance von verschiedenen Klinik- und Praxisinformationssystemen (KIS und PIS).



Christoph Bosshard
Dr. med., Vizepräsident
der FMH, Departements-
verantwortlicher DDQ

Wer arbeitet, macht Fehler. Wer viel arbeitet, macht mehr Fehler. Wer keine Fehler macht, wird befördert – ist eines der Sprichwörter, welches uns doch immer wieder zum Schmunzeln anregt. Aber eigentlich legt es den Finger auf den wunden Punkt: Obschon wir in der «nicht-exakten Wissenschaft» Medizin gar nicht darum herum kommen, unsere Vorgehensweise immer wieder zu hinterfragen, zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren,

wollen wir doch möglichst fehlerfrei sein. Somit haftet dem Begriff «Fehler» etwas Tabuhaftes an, welches mitunter auch in der Befürchtung eines Vorwurfs der Sorgfaltpflichtverletzung begründet ist. Damit ist bereits das Hauptproblem der Fehlerkultur benannt: man will nicht darüber sprechen, weil in erster Linie sanktionierende persönliche Konsequenzen befürchtet werden. Ärztinnen und Ärzte sind es gewohnt, Fehler zu individualisieren. Es fehlt oft das Bewusstsein, dass

auch Systemprobleme als Ursache für Fehler und unerwünschte Ereignisse vorliegen können. Die Patientensicherheit analysiert die Rahmenbedingungen, welche Fehler oder unerwünschte Ereignisse mehr oder weniger wahrscheinlich machen, so zum Beispiel die Interaktion mit Hilfsmitteln wie ICT-Systemen oder häufige Störungen bei der Erledigung wichtiger Aufgaben.

Es fehlt oft das Bewusstsein, dass auch Systemprobleme als Ursache für Fehler und unerwünschte Ereignisse vorliegen können.

Fehler gehören dazu

Zu Beginn meiner medizinischen Karriere habe ich einen ehemaligen, hoch angesehenen Lehrmeister erlebt, welcher nie nach der Art und Anzahl bereits durchgeführter Interventionen gefragt hat, sondern stets wissen wollte, welche Komplikationen man denn bereits erlebt habe und welche Weiterentwicklungen man daraus mitgenommen habe. Wie erfrischend war doch diese Herangehensweise. Ein Fehler oder ein unerwünschtes Ereignis sollte immer ein Ausgangspunkt für Verbesserungen und Veränderungen sein. Dies bedingt jedoch eine Lernkultur und genau hier beginnen nämlich die spannenden Gespräche und Fachdiskussionen. Wenn jemand antwortete, sie oder er hätten bisher keine Komplikationen bewältigen müssen, so war das Gespräch beendet. Entweder man hatte schlicht zu wenig Erfahrung, oder man nahm es mit der Wahrheit nicht so genau. Also noch einmal: wo gearbeitet wird, verläuft nicht alles planmässig.

Dies ist umso mehr der Fall, wenn wir uns nicht in einem hoch standardisierten Umfeld bewegen, sondern unsere Patientinnen und Patienten mit ihrer individuellen Situation, ihren Wünschen und Vorstellungen und leider auch ihrer zunehmenden Polymorbidität das Bild prägen. Dies darf jedoch nicht als Freibrief dazu dienen, nicht mit jeder Erfahrung besser werden zu wollen und die stets vorhandenen Risiken für unsere Patientinnen und Patienten möglichst gering zu halten. Im diagnostisch-therapeutischen Umfeld ist uns dies sehr bewusst. Aber wie steht es um die Patientensicherheit in anderen, vermeintlich weniger heiklen Bereichen? Gerade die administrative Belastung ist ein sehr prominentes Beispiel: Seit Jahren ungebremst zunehmend frisst sie die ohnehin schon zu knappen personellen Ressourcen der Fachkräfte weg, was für sich allein genommen bereits einen wesentlichen Patientensicherheitsaspekt darstellt. Wenn wir

keine Zeit mehr haben fürs Zuhören, für die Besprechung einer Diagnose und das Erörtern von Vorstellungen, Wünschen und Ängsten unserer Patientinnen und Patienten, ist dies per se ein höchst problematischer Zustand.

Auswirkungen der Digitalisierung

Die digitale Transformation hat und wird in Zukunft zunehmend einen Einfluss auf die Patientensicherheit haben. Neben der administrativen Entlastung als einem ersehnten Ziel kommen auch diverse Herausforderungen auf die Leistungserbringer zu unter anderem bei den Primärsystemen. Auch für die Digitalisierung gilt: was eine Wirkung hat, hat auch eine Nebenwirkung! Damit ist nicht nur das Perpetuieren von Fehlern durch unreflektiertes copy-paste gemeint. Mit der Digitalisierung haben sich ganz neue Gefahren und Fehlerquellen eingeschlichen.

Als Leistungserbringende tragen wir im Rahmen unserer Organisationsverantwortung auch diese Risiken. Also ist es angebracht, diese nicht nur zu kennen, sondern sie auch nach Möglichkeit zu minimieren. Dank der wertvollen Arbeit von Prof. Dr. David Schwappach haben wir hier mehr Einblick erhalten, zum Beispiel in die Auswirkungen auf die Patientensicherheit beim Wechsel zwischen verschiedenen Klinik- und Praxisinformationssystemen (KIS / PIS) oder in die Patientenverwechslungen bei der Verordnung von Medikamenten im KIS, (lesen Sie dazu auch den Artikel «Zwischen Computer und Konsultation» ab Seite 26).

Nun sollen daraus auch Schlussfolgerungen gezogen werden. So, wie es für diverse medi-

Ein Fehler oder ein unerwünschtes Ereignis sollte immer ein Ausgangspunkt für Verbesserungen und Veränderungen sein.

zinische Fachbereiche Spezialisierungen gibt, gibt es auch die Spezialisierung für Patientensicherheit, welche als Querschnitts-Funktion in den ganzen klinischen Alltag einfließt. Genauso, wie die Medizin auf die Expertise der Patientensicherheit angewiesen ist, ist die Patientensicherheit auf die Zusammenarbeit mit der Medizin angewiesen. Dieses Zusammenwirken zu Gunsten unserer Patientinnen und Patienten ist der FMH seit jeher ein zentrales Anliegen, was Ausdruck findet in der Zusammenarbeit mit dem universitären, unabhängig verankerten Forschungsschwerpunkt «Patientensicherheit» unter der Leitung von David Schwappach. Zukunftsorientierte

Arbeiten und Projekte wie das nachfolgend kurz vorgestellte Projekt sind Ausdruck davon.

Selbst formen, statt geformt zu werden

Die FMH engagiert sich dieses Jahr stark bei der Entwicklung, Erprobung und Etablierung von Verfahren zur Beurteilung der Patienten-

Nutzen wir also die Chance und formen unsere Instrumente aktiv, zielgerichtet und effizient zugunsten der Patientensicherheit.

sicherheits-Performance von KIS und PIS. Hierzu gehört zum Beispiel die Usability Beurteilung in Bezug auf Patientensicherheit durch die Nutzer. Ebenfalls finden gemeinsam mit dem SIWF wertvolle Entwicklungsarbeiten statt, um die Themenfelder der Patientensicherheit in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung zu verankern. Und nicht zuletzt verleiht die FMH / SAQM am 24. Mai 2024 den Qualitätspreis Innovation Qualité in den Preiskategorien «Patientensicherheit» und «Digitale Innovationen». Sie können sich für die Preisverleihung im Rahmen des SAQM-Symposiums «Digitalisierung, Innovation und Patientensicherheit» bereits jetzt anmelden (www.saqm.ch). Zurück zum nun vorgestellten Thema der Patientensicherheit in Praxis- und Klinikinformationssystemen: Nutzen wir also die Chance und formen wir auch hier unsere Instrumente aktiv, zielgerichtet und effizient, damit wir nicht passiv durch sie geformt werden.



© Monkey Business Images / Dreamstime

Die digitale Transformation des Schweizer Gesundheitswesens hat erhebliche Effekte auf die Patientensicherheit.

Zwischen Computer und Konsultation

Patientensicherheit Die Bedeutung der Primärsysteme (Klinikinformationssysteme und Praxisinformationssysteme) wird in der Diskussion über die digitale Transformation wenig thematisiert. Dabei sind es diese Systeme, in denen die Interaktion zwischen Mensch und Technik stattfindet und Patientensicherheit «passiert», – oder eben nicht.

David Schwappach

Prof. Dr., Leiter Forschungsschwerpunkt Patientensicherheit, Institut für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM), Universität Bern

Fast alle Ankündigungen und Berichte zur digitalen Transformation im Gesundheitswesen beginnen mit den zu erwartenden Vorteilen für die Patientensicherheit. In der Folge geht es meistens um den Datenaustausch, die Verfügbarkeit und die Intraoperabilität von Informationen für die Patientenversorgung und für die Forschung, um den Datenschutz oder die Chancen von künstlicher Intelligenz. Diese Aspekte haben unbestritten grosse Bedeutung für die digitale Transformation des Schweizer Gesundheitswesens. Die

Bedeutung der Primärsysteme (Klinikinformationssysteme, KIS; Praxisinformationssysteme, PSI) wird hingegen relativ wenig thematisiert. Dabei sind es diese Systeme, in denen die Interaktion zwischen Mensch und Technik stattfindet, und die für die Patientensicherheit von zentraler Relevanz sind.

In diesen Systemen werden durch Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und andere Berufsgruppen Diagnosen, klinische Daten, Verläufe und Massnahmen dokumentiert, werden Medikamente, Untersuchungen, Bildgebungen

verordnet; dabei wird möglicherweise auf elektronische Entscheidungshilfen zurückgegriffen; die Resultate wiederum werden bewertet und dokumentiert sowie mit anderen Fachpersonen und den Patienten und Patientinnen ausgetauscht. KIS/PIS sind heute die zentralen Arbeitsinstrumente von klinisch tätigen Fachpersonen. Ihr Unterstützungspotential für eine «sichere Versorgung» betrifft nahezu alle Gesundheitsfachpersonen und alle Patientinnen – kann also erhebliche Wirkungen entfalten. Am Forschungsschwerpunkt Patientensicherheit des

Instituts für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) an der Universität Bern werden deshalb derzeit die Potentiale und Risiken von KIS/PIS für die Patientensicherheit in verschiedenen Projekten untersucht.

Massstäbe für die Patientensicherheit

Grosse Unterschiede zwischen verschiedenen KIS-Systemen in ihrer Unterstützungsleistung für eine sichere Versorgung sind international und für die Schweiz gut bekannt [1,2]. Daher werden *derzeit Instrumente adaptiert und neu entwickelt*, mit denen KIS/PIS hinsichtlich der Patientensicherheit beurteilt werden können. Dies beinhaltet vor allem ihre Funktionalität und die Benutzerfreundlichkeit (usability). Hierzu gehören zum Beispiel umständliche Wege zur Eingabe von Daten, eine schlechte visuelle Darstellung in Drop-down-Menüs oder auch die häufige Anzeige nutzloser Warnmeldungen, die das Risiko für fehlerhafte Eingaben erhöhen. Evaluationsinstrumente können hier auf verschiedenen Ebenen ansetzen.

Beispielsweise können die Unterstützungsleistung für eine sichere Versorgung und die Benutzerfreundlichkeit ihres KIS/PIS durch klinisch-tätige Fachpersonen beurteilt werden. Es können auch objektive Massstäbe angesetzt werden und die KIS/PIS in Simulationen von spezifischen Aufgaben geprüft werden. Dabei wird beispielsweise untersucht, wie ein KIS/PIS «antwortet», wenn ein Benutzer eine bestimmte Aufgabe ausführt. Solche Verfahren übersetzen Erkenntnisse aus der Forschung und der Analyse von Patientensicherheits-Problemen zurück in ein Testverfahren. Wenn wir wissen, dass eine bestimmte Funktionalität oder eine Darstellungsart wichtig für die Patientensicherheit ist, dann kann man mit einer spezifischen Aufgabenstellung prüfen, ob ein System diese aufweist. Die Entwicklung und Validierung solcher Verfahren ist von entscheidender Bedeutung, um empirische Aussagen zur «Patientensicherheits-Performance» von KIS/PIS treffen zu können und damit Weiterentwicklungen anzustossen.

Das Unterstützungspotential für eine «sichere Versorgung» betrifft nahezu alle Gesundheitsfachpersonen und alle Patienten.

Orientierung für die Implementierung

Der Wechsel zwischen verschiedenen KIS/PIS ist besonders anspruchsvoll für Spitäler und Praxen und kann für Patientinnen und Patienten eine gefährliche Zeit sein [3–5]. Da moderne Systeme eben nicht nur eine «neue IT» sind, sondern alle Prozesse, Schnittstellen und Inter-

Save the date: 25. Oktober 2024, Bern

From bytes to beds – Navigating patient safety in the digital transformation of clinical work

Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin ISPM und die FMH laden gemeinsam zum Symposium an der Universität Bern ein. Nationale und internationale Referenten präsentieren ihre patientennahe Forschung zur Patientensicherheit im Kontext der digitalen Transformation. In einem anschließenden Panel werden die Schlussfolgerungen für die Schweiz aus verschiedenen Perspektiven diskutiert. Seien Sie gespannt und merken Sie sich das Datum bereits im Kalender vor.

aktionen einschneidend verändern und häufig strukturieren, haben System-Wechsel grosse Auswirkungen auf die gesamte klinische Arbeit und damit auf die Patientensicherheit. System-Wechsel bieten jedoch auch eine grosse Chance, die Effekte von KIS/PIS auf die Patientensicherheit zu erforschen, weil erst durch den Wechsel spezifische Einflüsse des KIS/PIS extrahierbar werden.

In aktuellen Projekten werden kurz-, mittel- und langfristige Effekte eines KIS-Wechsels untersucht. Zum Beispiel wird in einer umfangreichen Studie beobachtet, wie sich Verordnungsfehler vor, während und nach der Umstellung eines KIS entwickeln und welche Folgen sie für die betroffenen Patienten haben. Der Zeitverlauf kann für andere Spitäler, die ihr KIS umstellen, eine hilfreiche Orientierung geben, zu welchem Zeitpunkt mit welchen Risiken zu rechnen ist. Spezifische Verordnungsfehler werden als Prototypen einer Detail-Analyse, einer Rückwärts-Simulation, unterzogen. Mit dieser Untersuchung wollen wir verstehen, wie es zu den Ereignissen kam und welche Einflüsse das elektronische System dabei gehabt haben kann. Solche Erkenntnisse werden genutzt, um zukünftige Ereignisse zu vermeiden, zum Beispiel durch System-Anpassungen oder Thematisierung in Anwender-Schulungen.

Systeme erheben relevante Daten

Eine gerade abgeschlossene Untersuchung von *Patientenverwechslungen bei der Verordnung von Medikamenten im KIS* zeigt, dass die Art der Darstellung der betreuten Patientinnen und Patienten auf dem Verordnungs-Bildschirm ein erheblicher Risikofaktor für Verwechslungen ist. Neben dieser Erkenntnis zeigt die Analyse auch eine interessante methodische Entwick-

lung für die Forschung zu KIS/PIS [6]: Diese Systeme produzieren ihrerseits Daten, die Auskunft über Risiken geben, welche für die Patientensicherheits-Forschung hohe Relevanz haben und nicht neu erhoben werden müssen [7].

Viele Aktivitäten der Nutzerinnen und Nutzer werden in Log-Files dokumentiert, die die Arbeit im KIS/PIS abbilden. Zum Beispiel erfassen die Systeme die Zeit zwischen verschiedenen Handlungen oder auch Suchbegriffe, die verwendet wurden, um ein Medikament zu finden ebenso wie die darauffolgende Verordnung sowie die Nutzung von Freitext-Feldern zur Kommunikation von wichtigen Informationen. Für die genannte Studie wurde beispielsweise ein Algorithmus auf die Verordnungs-Log-files angewendet («retract and reorder»), bei dem zurückgezogene Verordnungen derselben Fachpersonen unter bestimmten zeitlichen Bedingungen identifiziert und ausgewertet werden.

Wenn wir wissen, dass eine Funktionalität oder Darstellungsart wichtig ist, können wir prüfen ob sie vorhanden ist.

Die digitale Transformation des Schweizer Gesundheitswesens hat erhebliche Effekte auf die Patientensicherheit. Einerseits direkt und unmittelbar zum Beispiel durch elektronische Entscheidungsunterstützung für Diagnose und Behandlung, aber auch vermittelt durch schlechte Benutzerfreundlichkeit. Dadurch, dass sie die Arbeit der klinisch tätigen Fachpersonen grundlegend verändert, kann sie auch sekundäre, oftmals kaskadierende Effekte auf die Patientensicherheit haben, wie beispielsweise durch die zunehmende Erschöpfung des Fachpersonals [8]. Die anwendungsnahe Forschung kann wichtige Impulse setzen, wo Potentiale für die Patientensicherheit bestehen.

Korrespondenz

david.schwappach[at]unibe.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



© Alltudevs / Dreamstime

Von orthopädischen Schuhen bis zur Mehrwertsteuer: Hier finden Sie die wichtigsten Änderungen der KLV im Überblick.

Änderung der KLV inklusive deren Anhänge

Wichtige Tarifinformation Am 1. Januar 2024 sind diverse Änderungen der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) inklusive Anhang 1, 1a sowie der Analysenliste (AL), der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) und der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) in Kraft getreten. In diesem Artikel zeigen wir Ihnen die wichtigsten Änderungen.

Stephanie Wyler

Expertin Ambulante Versorgung und Tarife FMH

Gemäss der Verordnung des Eidgenössischen Departements des Innern (EDI) sind folgende wichtigen Änderungen per 1. Januar 2024 in Kraft getreten. Die Änderungen im Detail finden Sie jeweils auf der Website des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).

Änderungen in der KLV

Prophylaktische Impfungen (Art. 12a Bst. f, g, k und q) [1]:

- Pneumokokken
- Meningokokken
- Humane Papillomaviren
- Rotaviren

Neu werden die Kosten für folgende Leistungen unter bestimmten Voraussetzungen vergütet (Art. 12b Bst. e und i):

- Vorsorgliche Brust- und Eierstockentfernung bei bestimmten Hochrisikogenen
- Ab dem 1. Juli 2024 die Leistungen der HIV-Präexpositionsprophylaxe (HIV-PrEP)

Änderungen Selbstbehalt bei Generika

Arzneimittel wurden bisher mit einem Selbstbehalt von 20% statt 10% belegt, wenn sie im Vergleich zu wirkstoffgleichen Arzneimitteln zu teuer sind. Folgende Änderungen werden erlassen (Art. 38a KLV):

- Der Selbstbehalt wird neu von 20% auf 40% erhöht.
- Neu gilt der erhöhte Selbstbehalt auch für Arzneimittel mit biologischen Wirkstoffen.
- Die Ablehnung der Substitution aus medizinischen Gründen muss nachgewiesen und dokumentiert sein und bei Nachfrage durch den Versicherer mitgeteilt werden.
- Die Versicherten müssen zwingend über die höhere Kostenbeteiligung informiert werden. Bei Lieferschwierigkeiten kann das teurere Präparat mit Vermerk auf dem Rezept «Substitution nicht möglich» abgegeben werden (Nachweis zum Beispiel mittels Printscreen des Bestellfensters).
- Details zu Kennzeichnung in SL, Substitution und Verschreibung werden aufgeführt [2].

Alle Änderungen der KLV im Detail finden Sie auf der Website des BAG [3].

Änderungen Anhang 1 KLV

Es gibt folgende Änderungen in den Kapiteln:

- 1.4 Chirurgie der Wirbelsäule: Indikation zur Therapie der Spondylodese sowie verschiedene redaktionelle Ergänzungen
- 1.6 Plastische, rekonstruktive und ästhetische Chirurgie: angleichende Brustaugmentation
- 2.1 Innere Medizin allgemein und diverse: respiratorische Polygraphie
- 2.2 Kardiologie: Telemedizinprogramm bei Herzinsuffizienz ab 1.4.2024
- 2.5 Onkologie und Hämatologie: Allogenen Stammzellen

Der Antrag um Aufnahme der minimalinvasiven Glaukom-Chirurgie (MIGS) in den Leistungskatalog wird aufgrund ungenügender Datenlage abgelehnt.

Alle Änderungen der KLV im Detail finden Sie auf der Website des BAG [4].

Änderungen Anhang 1a KLV

Die Änderungen betreffen die Kostenübernahme bei elektiven Eingriffen (ambulant vor stationär). Bei folgenden Kapiteln wurden Anpassungen vorgenommen:

- Kapitel 4 Gefässe
- Kapitel 6 Gynäkologie

Zudem wurden die eingriffsspezifischen Ausnahmekriterien zugunsten einer stationären Durchführung ergänzt und erweitert für die Bereiche:

- Kardio-Diagnostik
- Gefässe

Alle Änderungen der KLV im Detail finden Sie auf der Website des BAG [5].

Änderungen Anhang 2 der KLV

In der Mittel- und Gegenständeliste (MiGeL) wurden verschiedene inhaltliche und redaktionelle Änderungen vorgenommen.

Inhaltliche Anpassungen:

- Kapitel 2.2 *Vergütungsregelung MiGeL*: Der Buchstaben b. wird dahingehend angepasst, dass die Mittel und Gegenstände gemäss der Gesetzgebung des Bundes oder der Kantone in Verkehr gebracht werden müssen, anstatt dass sie auf dem Schweizer Markt zugelassen sein müssen.
- Anpassung der Mehrwertsteuer (MWST): In den Höchstvergütungsbeträgen (HVB) der MiGeL ist die Mehrwertsteuer inkludiert. Zugunsten der AHV steigt der Mehrwertsteuer-Normalsatz per 1. Januar 2024 von 7,7% auf 8,1% und der reduzierte Satz von 2,5% auf 2,6%. Alle HVB der Positionen der MiGeL werden dementsprechend angepasst.
- Kapitel 09.02 Geräte für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation, Position 09.02.01.01.1 Gerät für die trans- und perkutane elektrische neuromuskuläre Modulation, Position 09.02.03 Gerät zur externen Trigeminus-Neuromodulation (e-TNS)
- Kapitel 15.20 Bettnässer-Therapiegeräte
- Kapitel 30.03 Bewegungsschienen, aktiv
- Kapitel 14.11 Geräte zur Behandlung von Atemstörungen im Schlaf

Redaktionelle Anpassungen:

- Kapitel 26 Orthopädische Schuhe
- Kapitel 35 Verbandmaterial und Kapitel 99 Verschiedenes

Nähere Informationen dazu finden Sie auf der Website des BAG [6].

Änderungen Anhang 3 der KLV

In der Analysenliste (AL) gibt es seit dem 29.11.2023 ca. 160 publizierte Änderungen ab 1. Januar 2024, *keine davon betrifft das Praxislabor*. Die grosse Anzahl der Änderungen ist begründet durch redaktionelle Anpassungen, wie zum Beispiel geschlechterspezifische Sprache sowie inhaltliche Änderungen wie beispielsweise: Positionen 3188.00 *SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), Genotypisierung* und 3189.00 *SARS-Coronavirus-2 (SARS-CoV-2), Ig oder IgG*.

Nähere Informationen dazu finden Sie auf der Website des BAG [7].

Änderungen Anhang 4 der KLV

In der Arzneimittelliste mit Tarif (ALT) wurden neu Miconazoli nitras Ph.Eur und Miconazolium Ph.Eur aufgenommen. Die Vergütung einer Magistralrezeptur mit diesen Wirkstoffen ist limitiert auf nicht-ototoxische Ohrentropfen und auf die Verschreibung durch HNO-Ärzte.

Nähere Informationen dazu finden Sie auf der Website des BAG [8].

Änderung KVV auf 1. Juli 2024

Die Anpassung der Medikamenten-Vertriebsmargen reduziert den Fehlanreiz, dass Apothekerinnen und Apotheker, Ärztinnen und Ärzte sowie ambulante Spitaldienste am Originalmedikament mehr verdienen. Neu gilt für wirkstoffgleiche Arzneimittel ein einheitlicher Vertriebsanteil. Konkret bedeutet dies, dass Apothekerinnen und Apotheker oder Ärztinnen und Ärzte gleich viel verdienen, unabhängig davon, ob sie das Originalpräparat oder das Generikum beziehungsweise Biosimilar abgeben. Mehr dazu lesen Sie im Artikel von Sven Bradke und Urs Stoffel auf Seite 30.

Nähere Informationen dazu finden Sie auf der Website des BAG [9].

Leistungen Krankenversicherung

Bitte beachten Sie, dass Sie beim BAG den Newsletter «Leistungen Krankenversicherung» abonnieren können. Damit sind Sie immer frühzeitig darüber informiert, welche Änderungen in der KLV und deren Anhänge ab wann in Kraft treten [10].

Korrespondenz

stephanie.wyler[at]fmh.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Das neue Abgeltungssystem sorgt für eine angemessene Verteilung der Ersparnisse über die verschiedenen Kanäle.

Neues Abgeltungssystem für Arzneimittel

KVV/KLV-Revision Per 1. Juli 2024 wird ein neues Abgeltungssystem für verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie eine wirkstoffgleiche Abgeltung für Originale und Generika eingeführt. Der breit abgestützte Kompromissvorschlag zur Anpassung des Vertriebsanteils sorgt für eine angemessene Verteilung der Ersparnisse über die verschiedenen Kanäle.

Sven Bradke^a, Urs Stoffel^b

^a Dr. rer. publ. HSG, Geschäftsführer Vereinigung Ärzte mit Patientenapotheke APA; ^b Dr. med., Mitglied des FMH-Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife

An seiner Sitzung vom 8. Dezember 2023 hat der Bundesrat ein neues Abgeltungsmodell für verschreibungspflichtige Arzneimittel sowie einen wirkstoffgleichen Vertriebsanteil für Originale und Generika verabschiedet. Die Vorlage hätte eigentlich bereits am 22. September 2023 im Paket mit der umfassenden KVV/KLV-Revision beschlossen werden sollen. Aufgrund medialer Opposition zweier Konsumentenschutzorganisationen war der Vertriebsanteil damals überraschenderweise aus dem Paket gefallen. Dies, obschon seit

Herbst 2022 ein breit abgestützter Kompromissvorschlag vorlag, der an mehreren Runden Tischen erarbeitet worden war.

Wirkstoffgleicher Vertriebsanteil

An zwei weiteren Runden Tischen wurde dieser Kompromissvorschlag alsdann nochmals bestätigt und nun auch formell vom Bundesrat und vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) verabschiedet. Das neue Abgeltungssystem beruht auf zwei Säulen. Einerseits auf dem traditionellen Konzept eines prozentualen (6%)

und eines fixen Zuschlags (CHF 9 und 16) auf den Ex-Factory-Preis sowie neu auch auf einem gleichen Vertriebsanteil bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln, sofern entsprechende Generika oder Biosimilars auf dem Markt sind.

Moderateres Sparziel

Das EDI hatte seit 2018 versucht, über die Revision der Vertriebsanteile entsprechende Einsparungen zu erzielen. Ursprünglich standen enorme Summen im Raum. Bundesrat Alain Berset definierte alsdann aber 2022 neue

Eckwerte, die ein moderateres Sparziel sowie insbesondere eine faire Verteilung der Ersparnisse über alle Abgabekanäle hinweg vorsah. Der Bundesrat erwartet für diese neue Abgeltung Einsparungen in der Höhe von CHF 60 Millionen über alle Kanäle hinweg sowie längerfristig über mehrere CHF 100 Millionen, wenn die beabsichtigte Generikaförderung spielt.

FMH und APA sehen das neue Abgeltungssystem als gangbaren Weg in die Zukunft an.

Massgebliche Strukturveränderungen

Das neue Abgeltungssystem umfasst weniger Preisklassen, hat einen tieferen Prozent-Zuschlag sowie eine höhere Pauschale für die teuersten der teuren Arzneimittel. Diese massgebliche Strukturveränderung verringert die Fehlanreize, senkt die heutigen Quersubventionierungen und kommt der Kostenwahrheit näher. Von der Wirkung her werden für die Patientinnen und Patienten die günstigsten Arzneimittel leicht teurer, während die teuren günstiger werden. Grundlage dieses neuen Modells waren 150 verschiedene Modellrechnungen.

Die Strukturveränderung verringert die Fehlanreize, senkt die heutigen Quersubventionierungen und kommt der Kostenwahrheit näher.

Gezieltes Monitoring

Ob alles so kommt wie gerechnet, wird sich weisen. Hierfür findet in den kommenden Jahren ein gezieltes Monitoring statt. Bei Arzneimitteln besteht bekanntlich kein freier Markt. Der Ex-Factory-Preis verschreibungspflichtiger Arzneimittel wird ebenso staatlich bestimmt wie der maximale Verkaufspreis. Die Differenz der beiden Preise ergibt den sogenannten Ver-

triebsanteil, besser bekannt als «Marge», die auch die vorgelagerten Grossistenkosten und die Mehrwertsteuer beinhaltet.

Preisliche Anpassungen

Wie erwähnt hätte das neue Abgeltungssystem eigentlich im Rahmen der grösser angelegten Revision der Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) und der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) per 1. Januar 2024 eingeführt werden sollen. Die neuerlichen Runden Tische verunmöglichten dies. Es finden nun 2024 verschiedene preisliche Anpassungen statt. Anfangs Jahr erhielten alle Arzneimittel wegen der Mehrwertsteuererhöhung einen neuen Preis. Preissenkungen verschiedener Präparate waren ebenfalls zu berücksichtigen. Seither

Das neue Abgeltungssystem hat über die Diskussionen am Runden Tisch wichtige und nötige strukturelle Reformen erfahren.

wird im Rahmen der Generikaförderung auch ein höherer Selbstbehalt von 40% für patent-abgelaufene Originale fällig, sofern entsprechende Generika oder Biosimilars auf dem Markt sind. Die Ärzteschaft hat neuerdings die Aufgabe, ihre Patientinnen und Patienten darüber gezielt zu informieren. Letztlich erfolgt auch die Vergütung von Arzneimitteln im Einzelfall seit 1. Januar 2024 nach neuen Vorgaben. Am 1. Juli 2024 kommt dann auch noch das erwähnte neue Abgeltungssystem hinzu.

Original oder Generika?

Den Ärztinnen und Ärzten steht es nach wie vor frei, aus medizinischen Gründen und ohne höheren Selbstbehalt Originale abzugeben oder zu verschreiben, auch wenn Generika oder Biosimilars auf dem Markt verfügbar sind. Voraussetzung hierfür ist aber, dass Therapieversuche mit mindestens zwei Generika respektive Biosimilars erfolgten – wobei Unverträglich-

Ab 1. Juli 2024 gilt das nachstehende neue Abgeltungssystem

- Über das gesamte Sortiment hinweg soll bei verschreibungspflichtigen Arzneimitteln ein Zuschlag von 6% auf den Ex-Factory-Preis erfolgen.
- Für Arzneimittel bis zu einem Ex-Factory-Preis von CHF 7.99 soll ein weiterer Zuschlag von CHF 9 je Packung erfolgen.
- Derselbe Zuschlag beträgt CHF 16 für Ex-Factory-Preise von CHF 8 bis CHF 4720.99.
- Ab dem Ex-Factory-Preis von CHF 4721 gilt nur mehr ein pauschaler Preiszuschlag von CHF 300.

keit oder ungenügende Wirksamkeit festgestellt wurden – oder es sich um einen Wirkstoff mit enger therapeutischer Breite handelt. Im Patientendossier sollte alsdann ein Eintrag erfolgen sowie – im Falle einer Rezeptur – der Vermerk «Substitution nicht möglich» angebracht werden. Dieses Vorgehen wird auch bei Lieferschwierigkeiten empfohlen.

Weg in die Zukunft

FMH und APA sehen das neue Abgeltungssystem als gangbaren Weg in die Zukunft an. Das neue System sorgt für eine angemessene Verteilung der Ersparnisse über die verschiedenen Kanäle. Zudem hat es über die Diskussionen am Runden Tisch wichtige und nötige strukturelle Reformen erfahren. Dies insbesondere dank einer engen und konstruktiven Zusammenarbeit der Leistungserbringer einerseits (FMH/APA, pharmaSuisse, H+) und dem Versicherungsverband curafutura andererseits.

Korrespondenz

info[at]patientenapotheke.ch
sven.bradke[at]mediapolis.ch
urs.stoffel[at]fmh.ch

Tabelle: Die Leistungserbringer (Apotheker, SD-Ärztinnen und -Ärzte, Spitäler) erhalten für Originalpräparate und Generika respektive Biosimilars fortan einen gleichen Vertriebsanteil

Ex-Factory-Preis in CHF (Untergrenze)	Ex-Factory-Preis in CHF (Obergrenze)	Preisklasse	Zuschlag in %	Zuschlag je Packung in CHF
0	7.99	1	6%	9
8	4720.99	2	6%	16
4721		3	0%	300

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Kurt Jeker (1925), † 21.4.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3013 Bern
Jean-Claude Cléménçon (1940), † 22.8.2023, Spécialiste en médecine interne générale, 2074 Marin-Epagnier
Georges Blagov (1923), † 1.10.2023, 1110 Morges
Claude Mussler (1942), † 17.10.2023, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, 4102 Binningen
Pierre Crevoisier (1935), † 16.11.2023, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, 2886 Epiqueuz
Gebhard Karrer (1953), † 23.11.2023, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 9413 Oberegg
Werner Glinz (1939), † 3.12.2023, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Intensivmedizin, 8702 Zollikon
Valentina Otal-Pradas (1958), † 5.12.2023, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1227 Carouge GE
Vinicio Medici (1934), † 6.12.2023, Facharzt für Neurologie, 3095 Spiegel b. Bern
Johann-Georg Hans Magun (1943), † 7.12.2023, Facharzt für Neurologie, 8500 Frauenfeld
Mila Viceic (1949), † 11.12.2023, 1004 Lausanne
Maurice Genton (1927), † 13.12.2023, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1030 Bussigny
Friedrich Kaestner (1939), † 15.12.2023, Facharzt für Radiologie, 8053 Zürich
Markus B. Denger (1947), † 25.12.2023, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4310 Rheinfelden

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici VD

Kimberley Anne Bertholet-George, Spécialiste en dermatologie et vénéréologie, membre FMH, Route Suisse 35, 1196 Gland
Ben Kratz, Spécialiste en oto-rhino-laryngologie, membre FMH, Avenue des Trois Lacs 24, 1400 Yverdon-les-Bains
Sandra Stettler, Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, route Saint-Germain 3, 1042 Assens

GE

Arnaud André Dupuis, Spécialiste en chirurgie, membre FMH, Chemin de Beau-Soleil 12, 1206 Genève

ZH

Andres Ort, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Seestrasse 43, 8002 Zürich

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Hazem Khairat Farahat, Facharzt für Chirurgie und Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Praxiszentrum im Ring, Kappelenring 6, 3032 Hinterkappelen
Lena Fuest, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, Berner Handzentrum, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern
Markus Simon Hanke, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Insele Spital, Freiburgstrasse, 3010 Bern
Alexander Heimi, Facharzt für Medizinische Onkologie, Prolindo, Onkologie- und Hämatologie-Team am Lindenhofspital, Bremgartenstrasse 119, 3012 Bern
Mariana Marti, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Engehaldenstrasse 22, 3012 Bern
Lukasz Schmalz, Facharzt für Anästhesiologie, Mitglied FMH, Privatklinik Siloah, Worbstrasse 324, 3073 Gümligen

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft hat sich gemeldet:

Björn Zörner, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Schweizer Paraplegiker Zentrum, Guido A. Zäch-Strasse 1, 6207 Nottwil

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz hat sich angemeldet:

Stefan Thelemann, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mitglied FMH, KMG-Kompetenz mentale Gesundheit GmbH, Grabenstrasse 25, 6340 Baar

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med. Jörg

Friskhnecht, Bahnhofstrasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail an joerg.frischknecht[at]hin.ch.

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder haben sich angemeldet:

Gabriele Bollinger, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin, Mitglied FMH, MediZentrum Gerlafingen AG, 4563 Gerlafingen
Giovanni Brogiolo, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxisgemeinschaft Mühleacker, 4543 Deitingen
Peter Lauber, Facharzt für Anästhesiologie und Facharzt für Intensivmedizin, Mitglied FMH, praxis-anesthésie, 5430 Wettingen
Charalampos Romanos, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Gesundheitszentrum Egerkingen, 4622 Egerkingen
Patric Scheidegger, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Kantonsspital Olten, 4600 Olten
Bettina Strohdach, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis Dr. Winkler, 4226 Breitenbach
Sebastian Wiedemann, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Herzpraxis Solothurn AG, 4500 Solothurn

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb 14 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn, GAeSO, Postfach, 4654 Lostorf einzureichen.

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Lea Schumpf, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Omvia AG, Bahnhofstrasse 32, 6300 Zug

Einsprachen gegen diese Kandidaturen müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.



HIN

Senden Sie verschlüsselte E-Mails
auch an Empfänger ohne HIN –
mit HIN Mail Global.

Mehr erfahren

Einfach sicher zusammenarbeiten im
Schweizer Gesundheitswesen

www.hin.ch/empfaenger-ohne-hin





Guidelines und Umsetzungstools sollen die klinische Arbeit unterstützen, ohne den administrativen Aufwand zu vergrössern.

Für bessere Behandlungsempfehlungen

Qualität Klinische Guidelines definieren die Goldstandards der Diagnostik und Behandlung und sollen zusammen mit der ärztlichen Erfahrung für höchste Behandlungsqualität sorgen. Paradoxerweise zeigen Analysen, dass die Qualität und Implementierung dieser Guidelines substantieller Verbesserungen bedürfen. Die SGAIM Qualitätskommission zeigt auf, wie man sie optimieren kann.

Maria Wertli^a, Jacques Donzé^b, Regula Capaul^c, Sima Djalali^d

^a Prof. Dr. med., Präsidentin Qualitätskommission SGAIM und Chefärztin Departement Innere Medizin, Kantonsspital Baden; ^b Qualitätskommission SGAIM; ^c Co-Präsidentin SGAIM; ^d Qualitätskommission SGAIM



zu einer Zunahme an Bürokratie ohne klinischen Mehrnutzen [3]. Zudem werden oft die Problematik der Mehrfacherkrankungen bei multimorbiden Patienten sowie die Patientenperspektive nicht oder nur ungenügend diskutiert. Eine weitere Problematik ist, dass für die gleiche Erkrankung verschiedene Fachgesellschaften eine Guideline erarbeiten – mit teilweise von-

Die Zusammensetzung der Mitglieder einer Guideline-Entwicklungsgruppe beeinflusst die Empfehlungen.

einander abweichenden Empfehlungen. Beispielsweise erarbeiten für die Behandlung der arteriellen Hypertonie die Gesellschaften für Kardiologie, Hypertonie, Nephrologie und Endokrinologie/Diabetes voneinander unabhängige Guidelines. Häufig sind die Empfehlungen zudem nicht praktikabel. Eine Analyse der NICE-Guideline zu Lifestyleinterventionen zeigte, dass die Umsetzung aller Empfehlungen siebenmal mehr Grundversorger und fünfmal mehr Pflegefachpersonen benötigen würden als heute im Vereinigten Königreich arbeiten [4].

Des Weiteren beeinflusst die Zusammensetzung der Mitglieder einer Guideline-Entwicklungsgruppe die Empfehlungen [5]. Beispielsweise empfehlen Ärzte, die einen invasiven Eingriff selber durchführen, diesen häufiger als Ärzte, die einen Eingriff nicht durchführen. Zudem sind Guidelines durch multidisziplinäre Gruppen häufiger zurückhaltender formuliert und berücksichtigen mehr Aspekte als unidisziplinär entwickelte Guidelines [5]. Eine Analyse zeigte, dass meist 3-5 relevante Disziplinen in den Entwicklungsgruppen vertreten sind und klinische Disziplinen typischerweise durch Subspezialisten sowie Generalisten vertreten sind [6].

© Nichapa Srimai / Dreamstime

Klinische Guidelines wurden ursprünglich entwickelt, um den Entscheidungsprozess in Kombination mit der Erfahrung und dem Wissen des Arztes oder der Ärztin zu unterstützen [1]. Heute dienen klinische Guidelines, Leitlinien oder Empfehlungen (nachfolgend «Guidelines» genannt) einem breiteren Zweck und werden von verschiedenen Stakeholdern (Ärzten, Versicherungen, medikolegalen Fragen etc.) verwendet. Guidelines gelten als Massstab für den aktuellen Stand des Wissens in der Abklärung und Behandlung von Erkrankungen. Nichtbefolgen der Empfehlungen muss daher nicht selten gerechtfertigt werden. Da sie in vielen Situationen als übergeordnete Empfehlung mit bindendem Charakter angesehen werden, gelten für Guidelines

hohe Standards an die Qualität. Dessen ungeachtet werden heute viele Guidelines verschiedener Fachgesellschaften publiziert, die anerkannte Qualitätsanforderungen nicht erfüllen, und häufig basiert die zugrunde liegende Evidenz auf Expertenmeinungen [2]. Analysen der Qualität von Guidelines zeigten einen substantiellen Verbesserungsbedarf.

Besonders häufig wird die zugrundeliegende Evidenz für Empfehlungen (oder deren Mangel) ungenügend diskutiert, der Entwicklungsprozess und Interessenskonflikte nicht transparent dargelegt und die Relevanz für Patienten und Fragen der Implementierung zu wenig berücksichtigt [2]. Teilweise dienen die Guidelines dazu, Interessen einzelner Fachbereiche durchzusetzen, und führen nicht selten

Das Ziel von klinischen Guidelines

Das fundamentale Ziel einer klinischen Praxisguideline ist die Verbesserung der Praxisstandards basierend auf Empfehlungen, denen qualitativ hochstehende Evidenz zugrunde liegt. Guidelines für das Reporting von Studien und klinischer Guidelines hat zu einer Qualitätsverbesserung geführt [7]. Klinische Guidelines sollen die Evidenz in anwendbare Empfehlungen formulieren. Da für viele klinische Fragestellungen qualitative hochstehende Evidenz (in der Regel randomisierte kontrollierte Studien) fehlt oder unvollständig ist, ist der Einfluss von Expertenmeinungen häufig sehr gross. Die Ziele von Expertenpanels und die Beurteilung was Best Practice ist, sind nicht immer im Einklang mit den Zielen von Klinikern, Patienten und der Gesellschaft [3]. In Guidelines sollten daher

Organisationen

nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch Aspekte der Effizienz und Ökonomie diskutiert werden [8].

Standards zur Entwicklung von Guidelines

Es besteht ein internationaler Konsens, dass der Entwicklung sowie der Darstellung von Guideline-Empfehlungen ein systematischer und transparenter Prozess zugrunde liegen sollte. Bereits 2003 wurde die AGREE-Empfehlung (Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation, heute AGREE II) publiziert [9], die weitverbreitet zur Beurteilung der Qualität von Guidelines verwendet wird. Dabei wird die Stärke der Empfehlung mit dem GRADE-Ansatz (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) quantifiziert, was es erlaubt, schnell und einfach die Qualität der Studienlage und die Stärke einer Empfehlung zu erfassen. Weiter wurde 2017 die RIGHT-Checkliste (Reporting Items for practice Guidelines in Healthcare) publiziert [10]. Inhalte der RIGHT-Checkliste sind beispielsweise: Hin-

tergrund (Zielpopulation, Leitlinienentwicklungsgruppe), Methode der Literaturanalyse und Beurteilung der Evidenz, eindeutige und genaue Empfehlungen mit gesonderten Empfehlungen für Subpopulationen, Finanzierung und Interessenskonflikte, Evidenzlücken und Limitationen. Darüber hinaus sollen Guidelines extern durch relevante Stakeholder begutachtet und deren Kommentare bei der Erarbeitung berücksichtigt werden.

Best Practices folgen

Das Institute of Medicine publizierte Best Practices für die Entwicklung von Guidelines, damit komplexe wissenschaftliche Studien in Empfehlungen umgewandelt werden, die bei jeder Patienteninteraktion relevant sind und Ärzten sowie Patienten im Entscheidungsprozess helfen [6]. Die Best Practices beinhalten Empfehlungen zu Transparenz und Management von Interessenskonflikten, Zusammensetzung der Guideline-Entwicklungsgruppe, systematische Analyse der Literatur, einen klaren

Anwendungsbereich (Scope) der Guideline als Voraussetzung für eine logische Argumentation, die Grundlagen zur Gradierung der Empfehlung und der Formulierung von Empfehlungen, einen externen Review durch die relevanten Stakeholder (Tabelle 1).

Gute Beispiele

Die Qualitätskommission der SGAIM rät dazu, bei der Entwicklung von klinischen Guidelines etablierten Empfehlungen zu folgen [6, 9, 10]. Transparente, multidisziplinär entwickelte Guidelines erhöhen das Vertrauen (Tabelle 2). Neben den Fragen der Wirksamkeit bei verschiedenen Patientengruppen soll auch die Effizienz und die Patientenperspektive berücksichtigt werden. Dadurch werden auch nicht-ärztliche Stakeholder, die klinische Guidelines verwenden (zum Beispiel Versicherungen und bei medico-legalen Fragen) auf die Unsicherheiten und Fragen der Patientenpräferenzen aufmerksam gemacht. Das Ziel klinischer Guidelines ist, basierend auf der wissenschaftlichen Evi-

Tabelle 1: Best Practices für die Entwicklung von klinischen Guidelines [6]

Bereich	Empfehlung
Transparenz	Der Prozess der Entwicklung sowie der Finanzierung sollte explizit beschrieben und öffentlich zugänglich sein.
Interessenskonflikte	Potentielle Mitglieder der Guideline-Entwicklungsgruppe sollten vorher eine Deklaration zu einem Interessenskonflikt (COI) schriftlich einreichen. Idealerweise sollten die Mitglieder keine Interessenskonflikte haben. Lässt sich dies nicht vermeiden, dann sollten die Mitglieder mit Interessenskonflikten in der Minderheit sein.
Guideline Entwicklungsgruppe	Die Entwicklungsgruppe sollte multidisziplinär und balanciert sein und Vertreter aus verschiedenen Bereichen beinhalten: Methodologen, Kliniker und Patienten, die von der klinischen Guideline betroffen sind. Die Beteiligung von Patienten und der Öffentlichkeit sollte angestrebt werden.
Systematischer Literatur Review	Klinischen Guidelines sollten systematische Literaturanalysen zugrunde liegen, die den aktuellen Qualitätsstandards entsprechen.
Anwendungsbereich (Scope) und theoretischer Rahmen (Framework)	Der Scope der Guideline mit der Zielpopulation, dem Setting, den Kernfragen sowie den Zielen (bspw. Überleben, Lebensqualität, Funktionsfähigkeit) sollten formuliert werden. Dabei müssen verschiedene Faktoren berücksichtigt werden wie der Nutzen und potenzielle Schaden verschiedener Behandlungsvarianten, Risikofaktoren, diagnostische Kriterien, prognostische Faktoren und das Vorliegen von mehreren Erkrankungen (Multimorbidität). Weiter müssen die Ressourcen für verschiedene Behandlungsoptionen berücksichtigt werden. Der zugrundeliegende theoretische Rahmen («Framework») sollte erklärt werden.
Gradieren der Stärke der Empfehlung	Für jede Empfehlung sollten folgende Informationen vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> • Eine Erklärung der Gründe für die Empfehlung inklusive Nutzen und Schaden sowie eine Zusammenfassung der relevanten Evidenz, deren Qualität und Lücken. • Eine Gradierung des Vertrauens in die Evidenz, die der Empfehlung zugrunde liegt. • Eine Gradierung der Stärke der Empfehlung basierend auf der Qualität der Evidenz und dem Grad des Vertrauens. • Eine Beschreibung und Begründung abweichender Meinungen.
Formulierung der Empfehlung	Empfehlungen sollten in standardisierter Form ausgedrückt werden und präzise die empfohlene Handlung und die Umstände dafür beschreiben. Eine starke Empfehlung sollte so formuliert werden, dass die Compliance mit dieser Empfehlung evaluiert werden kann.
Externer Review	Ein externer Review der Praxisguideline sollte durch das vollständige Spektrum von relevanten Stakeholdern erfolgen. Dazu gehören wissenschaftliche und klinische Experten, Organisationen, Behörden, Patienten und Patientenvertreter sowie die Öffentlichkeit. Die Autorenschaft von externen Reviewern sollten vertraulich behandelt werden. Alle externen Reviews sollten aufbewahrt und die Gründe für Anpassungen oder nicht erfolgte Anpassungen schriftlich festgehalten werden.
Aktualisierung	Klinische Guidelines sowie die dazu gehörende Literatur sollten regelmässig aktualisiert werden.

Tabelle 2: Empfehlungen der SGAIM Qualitätskommission für klinische Guidelines

Bereich	Empfehlung
Guideline Entwicklungsgruppe	Multidisziplinäre Gruppe mit Beteiligung aller relevanter Stakeholder. Kliniker sollten durch Subspezialisten, Interventionalisten sowie Generalisten vertreten sein. Die betroffenen Patientengruppen sollten involviert werden.
Transparenz und Conflict of Interest	Guidelines sollten aktuelle Standards einhalten und den Entwicklungsprozess sowie potenzielle Interessenskonflikte offenlegen und der Öffentlichkeit zugänglich machen.
Anwendungsbereich (Scope)	Die Zielpopulationen und die Kernfragen sollten eindeutig formuliert sein. Klinischen Guidelines sollen Empfehlungen für verschiedene Patientenpopulationen (bspw. bei Multimorbidität) sowie Patientenpräferenzen berücksichtigen.
Entwicklung der Guidelines und Empfehlungen	Klinische Guidelines sollten gemäss etablierten Empfehlungen [6, 9, 10] in einem methodisch hochwertigen Prozess entwickelt werden. Die Stärke der Empfehlung soll graduiert sein basierend auf der Qualität der Evidenz und dem Grad des Vertrauens. Abweichende Meinungen in der Entwicklungsgruppe sollten beschrieben und begründet werden.
Externer Review	Klinische Guidelines sollten extern durch alle relevanten Stakeholder beurteilt werden und deren Rückmeldungen einfließen.
Anwendbarkeit und Auswirkungen	Faktoren, die die Umsetzung von Praxisempfehlungen beeinflussen können sowie Hilfsmittel, die die Umsetzung unterstützen, sollten diskutiert werden. Weiter sollten in der Entwicklung von klinischen Praxisempfehlungen auch ökonomische Aspekte (Kosten und Ressourcen) berücksichtigt und die Auswirkungen von Empfehlungen diskutiert werden.

denz sowie der ärztlichen Erfahrung eine qualitativ hochwertige Patientenbetreuung zu ermöglichen. Dabei muss vermieden werden, dass Guidelines dazu dienen, die Bürokratie und den administrativen Aufwand zu vergrössern, ohne einen klinischen Nutzen zu erbringen. Guidelines sollten die Arbeit in der Klinik erleichtern und nicht zunehmend mehr Ressourcen beanspruchen.

In Guidelines sollten nicht nur die Wirksamkeit, sondern auch Aspekte der Effizienz und Ökonomie diskutiert werden.

Sind nationale Guidelines erwünscht, die Schweizer Gegebenheiten berücksichtigen, ist eine Finanzierung durch den Bund unumgänglich. Der Einfluss der Industrie auf den Inhalt von Praxisempfehlungen ist gut dokumentiert und kann nur durch unabhängige Finanzierung vermindert werden [11]. Gute Beispiele von evidenzbasierten klinischen Guidelines sind die NICE-Guidelines, die durch unabhängige Expertengremien und unter Einbezug aller wichtigen Stakeholder entwickelt wurden [12]. Ebenfalls gute Beispiele sind die Guidelines der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC), die in ihren Empfehlungen viele verschiedene klinische Szenarien und Begleiterkrankungen berücksichtigen und die Empfehlungen differenzieren [13]. Wichtig ist, dass Empfehlungen auch in der Praxis umgesetzt werden können, die Finanzierung geklärt und keine unrealistischen Anforderungen an

Kommentar

Medizinische Guidelines sind systematisch entwickelte Aussagen, die der Ärzteschaft helfen, im Interesse der bestmöglichen Behandlung ihrer Patientinnen und Patienten evidenzbasierte Entscheidungen zu treffen. Die stetige Zunahme von Guidelines erschwert die Überschaubarkeit des Angebots und qualitativ schlechte Guidelines können sich negativ auf die Behandlungsqualität auswirken.

Die kritische Auseinandersetzung mit den Qualitätsmerkmalen von Guidelines ist zentral. In diesem Sinn nutzt die FMH die Gelegenheit auf die Online-Plattform «Guidelines Schweiz» der FMH aufmerksam zu machen. Seit 2017 dokumentieren Fachgesellschaften, Spitäler/Kliniken und weitere Organisationen im Gesundheitswesen, die von ihnen anerkannten Guidelines auf der Online-Plattform «Guidelines Schweiz». Die aktuell über 240 Guidelines auf der Online-Plattform sind einheitlich strukturiert und enthalten Informationen zu den international anerkannten Qualitätskriterien (Evidenzlevel, Interessenbindungen, Patienteneinbezug, Finanzierung, Zusammensetzung der Kommissionsmitglieder, Methoden zur Formulierung etc.).

In der Position der FMH «Medizinische Guidelines: Voraussetzungen und Anwendung», dem Grundlagenpapier «Guidelines – Qualitätsmerkmale erkennen» sowie auf der Website der FMH finden Sie weitere Informationen zum Thema Guidelines und Smarter Medicine.

Dr. med. Christoph Bosshard, Vizepräsident FMH, Departementsverantwortlicher DDQ

Dr. sc. ETH Stefanie Hostettler, Expertin DDQ

das Fachpersonal stellt [4]. Fachgesellschaften sind aufgerufen, bei der Entwicklung von Guidelines alle wichtigen Stakeholder zu involvieren, den Best Practices zu folgen, den Entwicklungsprozess transparent darzustellen und externe Reviews einfließen zu lassen. Schlussendlich sollen Guidelines und Umsetzungstools die klinische Arbeit unterstützen, ohne den administrativen Aufwand zu vergrössern. Vor dem Hintergrund des Hausärzte- und Pflegepersonalmangels sollen klinische Guidelines die bestehenden Ressourcen unterstützen und nicht zusätzlich belasten.

Korrespondenz

maria.wertli[at]ksb.ch



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code



Zur Linderung
von Beschwerden
infolge benigner
Prostatahyperplasie¹

Indikation auf
Augenhöhe mit
Tamsulosin¹ ✓

Ohne
Beeinträchtigung
der Sexualität¹ ✓

Prostaplant[®]-F

Kassenzulässig¹

Sabal WS[®] 1473 · Urtica WS[®] 1031

Die überzeugende Lösung mit dem dualen Wirkmechanismus²

- **Gute Wirksamkeit – auch im Vergleich mit Tamsulosin und Finasterid^{3,4}**
- **Optimal und effektiv in der Langzeittherapie der BPH^{5,6}**
- **Einziges pflanzliches Arzneimittel mit Indikation BPH in der Liste B¹**

Gekürzte Fachinformation Prostaplant[®]-F

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: 160 mg standardisierter lipophiler Trockenextrakt aus Sägepalmfrüchten und 120 mg Trockenextrakt aus Brennesselwurzel, eingestellt auf 18 mg Aminosäuren. Hilfsstoffe: Color.: E 131. **Indikationen:** Zur Linderung von Beschwerden infolge von benigner Prostatahyperplasie. **Dosierung:** 2-mal täglich 1 Kapsel unzerkaut mit etwas Flüssigkeit einnehmen. Die Dauer der Anwendung ist zeitlich nicht begrenzt. **Eigenschaften/Wirkungen:** Sabalextrakt wirkt inhibitorisch sowohl auf die 5 α -Reduktase als auch auf die Aromatase. Urticaextrakt hemmt die Aromatase. Die Kombination der Extrakte in Prostaplant[®]-F führt bezüglich der Aromatasehemmung zu einem deutlich additiven Effekt. **Unerwünschte Wirkungen:** In seltenen Fällen können leichte Magen-Darm-Beschwerden auftreten. **Interaktionen:** Keine bekannt. **Packungen:** 60 und 120 Kapseln. **Verkaufskategorie:** B. Schwabe Pharma AG, 6403 Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedicinfo.ch.

Referenzen

1. www.swissmedicinfo.ch 2. Koch E. et al. Pharmakologische Wirkungen von Sabal- und Urticaextrakten als Grundlage für eine rationale Therapie der BPH. Der Urologe (B) 1994; 34: 90–95. 3. Engelmann U. et al. Efficacy and Safety of a Combination of Sabal and Urtica Extract in Lower Urinary Tract Symptoms. Arzneim.-Forsch./Drug Res. 2006; 56, No. 3: 222–229. 4. Sökeland J. et al. Kombination aus Sabal- und Urticaextrakt vs. Finasterid bei BPH (Std. I bis II nach Alken). Der Urologe (A) 1997; 36: 327–333. 5. Sökeland J. et al. Results from a seven years follow-up investigation. Long-term effects of PRO 160/120 in BPH patients. Therapie Report aktuell, Uro-News 2007; 3: 68–69. 6. Lopatkin N. et al. Long-term efficacy and safety of a combination of sabal and urtica extract for lower urinary tract symptoms – long-term follow-up of a placebo-controlled, double-blind, multicenter trial. Int Urol Nephrol 2007; 39 (4): 1137–46. 02/22

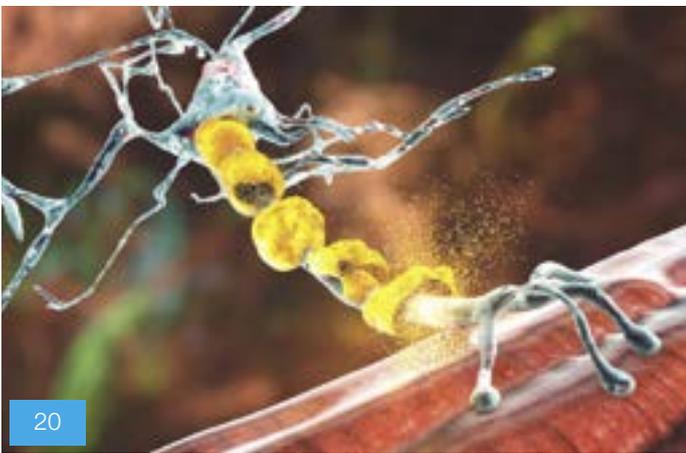
Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

SWISS MEDICAL FORUM

Seit 2001 veröffentlicht das SMF praxisorientierte Beiträge aus dem gesamten Spektrum der Medizin. Es ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Das SMF ist Mitglied von COPE und erfüllt die Kriterien des SIWF an ein Journal mit Peer-Review.



20

Immuntherapie der Multiplen Sklerose in der Schweiz: Update

Kommentar Dieser Artikel präsentiert eine Kurzversion der kürzlich überarbeiteten Empfehlungen zur Immuntherapie der Multiplen Sklerose. Dabei werden neu zugelassene Medikamente vorgestellt, aber auch neue Sicherheitsaspekte schon 2019 zugelassener und in der Vorversion dieses strukturierten Kommentars an dieser Stelle publizierter Medikamente hervorgehoben.

Christoph Friedli, Anke Salme et al.



28

Akinetische Krise als Ursache einer respiratorischen Insuffizienz

Parkinson-Komplikation Ein 83-jähriger Patient wurde mit allgemeiner Schwäche und respiratorischer Partialinsuffizienz auf die Notfallstation zugewiesen. In der Vorgeschichte war im Jahr 2013 ein Parkinson-Syndrom bei Morbus Parkinson mit rezidivierendem Harnverhalt bei zusätzlicher Prostatahyperplasie diagnostiziert worden.

Eveline Kruis, David Hürlimann, Sebastian Zaremba



31

Sensorische Zervikobrachialgie atypischen Ursprungs

Infektiöse Spätfolge Eine 24-jährige Patientin stellte sich im Spital aufgrund von zervikalen Schmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Arm vor. Unter einer analgetischen Therapie war es zu einer Schmerzexazerbation mit Hyperästhesie im Bereich der rechten Gesichtshälfte sowie einem grenzwertigen Trismus gekommen.

Annette Schnider Strauss

Journal Club

Weekly Briefing

Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Prof. Dr. med. Martin Krause

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Asymptomatische Bakteriurie

Interaktion Mikrobiologiela- bor

Eine asymptomatische Bakteriurie (aB) sollte nicht antibiotisch behandelt werden. Dennoch wird dies bei hospitalisierten Personen oft gemacht. Grundsätzlich lässt sich eine Antibiotikatherapie bei aB steuern, indem man jede Bakteriurietherapie überprüft. Einfacher scheint es, wenn bei aB schon die Verordnung für Urinkultur mit Antibiogramm im Mikrobiologiela-
bor überwacht wird. In 46 Spitälern wurde dies bei 14572 Personen mit positiver Urinkultur gezeigt. Innerhalb von 3 Jahren nahm die Anzahl verordneter Urinkulturen bei aB relevant ab. Dadurch wurden absolut 590 unnötige Therapien und 3540 Antibiotikage-
tage verhindert. Eine Überwachung des diagnostischen Prozesses und die stete Interaktion mit dem Mikrobiologiela-
bor scheinen lohnenswert.

JAMA Intern Med. 2023,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.2749.
Verfasst am 12.12.23_MK

Weniger ist besser

Akute Cholangitis und Antibiotika

Gallen-Drainage und Antibiotika sind die zwei wichtigsten Pfeiler in der Therapie einer akuten Cholangitis. Wie lange man antibiotisch behandeln muss, ist unklar. In einer Studie mit 120 Patientinnen und Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Cholangitis wurde nebst Drainage randomisiert entweder über 4 oder 8 Tage mit Antibiotika intravenös behandelt. Waren die Patientinnen und Patienten danach noch klinisch instabil, wurde die Dauer verlängert. Die Häufigkeit von Heilung, Spitalaufenthaltdauer und Letalität war in beiden Gruppen gleich. Auch wenn diese Studie nur von einem Zentrum stammt, scheint bei akuter Cholangitis eine kurze Antibiotikatherapie über 4 Tage zu genügen, vorausgesetzt, dass sich klinisch dabei eine stabile Situation einstellt.

Am J Gastroenterol. 2023,
doi.org/10.14309/ajg.0000000000002499.
Verfasst am 18.12.23_MK

Bis zur Endoskopie ...

Keine Cola bei Bolusobstruktion

Eine ösophageale Bolusobstruktion tritt durch hastiges Essen auf. Dieser Notfall erfordert eine rasche endoskopische Entfernung. Da bis dann etwas Zeit verstreicht, wird zwischenzeitlich versucht, die Mobilität des Bolus medikamentös zu fördern. Aufgrund kleiner Studien wird das Schlucken von Cola empfohlen. Es wird vermutet, dass das CO₂ die Ösophagusmotilität verbessert. 51 Personen mit kompletter Bolusobstruktion wurden randomisiert, entweder Cola zu schlucken (28) oder zu warten (23). Cola wurde in Portionen zu 25 ml bis total 200 ml verabreicht. Die Erfolgsrate war in beiden Gruppen gleich schlecht, je 61% der Untersuchten zeigten keine Verbesserung der Symptome. 6 Personen in der Cola-Gruppe erlebten das Cola-Schlucken sehr unangenehm.

BMJ. 2023, doi.org/10.1136/bmj-2023-077294.
Verfasst am 14.12.23_MK

CME

Plantarfasziitis (Fersensporn)

- Die Plantarfasziitis ist eine Entzündung der Sehnenplatte an der Fussunterseite. Sie ist eine sehr häufige Schmerzursache im Fussbereich.
- Sie wird auch als Fersensporn bezeichnet, wobei die knöcherne Ausziehung am Tuber calcanei Folge und nicht Ursache der Entzündung ist.
- Der bedeutendste Risikofaktor ist das Übergewicht. Starke Überbeanspruchungen spielen eine Rolle, etwa intensive Wanderung ohne vorhergehendes Training oder Ausübung von ungewohnten sportlichen Tätigkeiten.

- Die Diagnose erfolgt durch die sorgfältige klinische Untersuchung der Fusssohle. Der radiologische Nachweis eines Calcaneussporns ist nicht hilfreich. 50% der Erkrankten haben keinen Sporn und 20% mit Sporn sind symptomlos.
- Bei Unsicherheiten können ein Ultraschall der Faszie (Verdickungen?) oder eine Magnetresonanztomographie hilfreich sein.
- Zur Schmerzlinderung sind antientzündliche Analgetika sinnvoll. Elastisches Taping und Einlegesohlen sind meist sehr effektiv. Nachtlagerungsschienen für 1–3 Monate verhindern beim Schlafen das Verkürzen der dorsalen Kette.
- Die Dehnung der Wadenmuskulatur ist ein wichtiges Therapieelement in der Subakutphase. Da eine Wadenverkürzung eine chronische Faszien-
dehnung unterhält, müs-

sen Wadendehnungsübungen weitergeführt werden.

- Spezialinterventionen wie Steroidinjektionen, Stosswellentherapie, Botulinumtoxin, Elektrotherapie, Eigenbluttherapie und Needling haben unterschiedliche Wirksamkeit, meist wenig studienunterstützte Evidenz und werden in den Richtlinien unterschiedlich gewertet.
- Mit konservativen Massnahmen sind >90% der Betroffenen nach einem Jahr wieder schmerzfrei. Chirurgische Interventionen (Faszienspaltung) sind frühestens nach sechs Monaten bei fehlendem Erfolg angezeigt.

J Orthop Sports Phys Ther. 2023,
doi.org/10.2519/jospt.2023.0303.
Verfasst am 18.12.23_MK

Glukokortikoide

Neue Aspekte und Erkenntnisse

Keine andere Substanz hat die Behandlung entzündlicher Erkrankungen stärker revolutioniert: die antiinflammatorischen Effekte von Kortison wurde 1949 von Forschenden an der Mayo Clinic publiziert – bereits zwei Jahre später wurden sie dafür mit dem Nobelpreis ausgezeichnet. Kortikosteroide (KS) zählen auch heute zu den wichtigsten Eckpfeilern einer antiinflammatorischen Therapie – etwa eine von drei Personen mit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung wird mit KS behandelt. Umgekehrt ist die Diskussion über das Nutzen-Risiko-Profil so alt wie die Therapie selbst. Von Interesse sind deshalb neuere Arbeiten zu **Wirkmechanismen** und klinischen Endpunkten: KS regulieren rund 20% der gesamten Genomexpression, daneben haben sie eine Vielzahl nicht genomischer Effekte. Bei den **unerwünschten Wirkungen** – insbesondere was Effekte von KS auf die Mortalität betrifft – ist ein Indikationsbias zu berücksichtigen: es sind in der Regel die Kränksten, die Steroide erhalten! Relevante unerwünschte Wirkungen von KS sind kardiovaskuläre Ereignisse, Osteoporose, Infekte. Ein Risiko für grössere **kardiovaskuläre Ereignisse** wird in epidemiologischen Studien konsistent ab einer Prednisondosis >5 mg/d beobachtet. Dosen <5 mg scheinen mit Ausnahme von Patientinnen und Patienten mit bereits hohem kardiovaskulären Risiko aber «sicher» zu sein. Bei diesen niedrigen Dosen wurden auch keine negativen Effekte auf die **Knochen-dichte** beobachtet – ausser die KS werden kombiniert mit Protonenpumpenhemmern gegeben! Das Risiko für **Infektionen** schliesslich nimmt ab einer Dosis >15 mg/d und einer Dauer von >3 Monaten zu: vor Therapie auf latente Tuberkulose, HIV, Hepatitis B und C testen! Und bei höheren Dosen – oder in Kombination mit anderen Immunsuppressiva – eine Prophylaxe gegen *Pneumocystis jirovecii* erwägen. Der therapeutische Einsatz von KS bei **Virusinfektionen** ist kontrovers: Studien im Zusammenhang mit dem «Middle East respiratory syndrome coronavirus» und Influenza haben ein schlechteres Outcome gezeigt (Evidenzlage dünn!). Bei der schweren COVID-Pneumonie mit Zytokinsturm hingegen verkürzte sich die Hospitalisationsdauer unter KS signifikant, die Notwendigkeit einer invasiven Beatmung nahm ab und die Mortalität war deutlich tiefer.

Ann Rheum Dis. 2023,
doi.org/10.1136/ard-2023-224847.
Verfasst am 15.12.23_HU

Ahead the curve



© Kateryna Kon / shutterstock

Den LDL-Cholesterinspiegel dauerhaft senken? Eine DNA-Basen-modifizierende Therapie mit Lipidnanopartikeln soll es möglich machen.

Welche klinischen Studien werden die Medizin 2024 prägen?

«Prognosen sind schwierig, besonders wenn sie die Zukunft betreffen.» Dieses Zitat – es wird den Literaten Karl Valentin oder Mark Twain, dem Physiker Niels Bohr, bisweilen auch Winston Churchill zugeschrieben – macht auch bei der Biomedizin keine Ausnahme. Aufschlussreich sind die entsprechenden Einschätzungen aber alleweil. Im Nature Medicine stellen 11 Expertinnen und Experten potentielle «game changers» vor. Wenig überraschend werden diese bei onkologischen Therapien und in der Prävention verortet. Auch das Potential künstlicher Intelligenz (KI) darf natürlich nicht fehlen.

Eine Auswahl dieser Studien wird hier kurz umrissen: 1. Im **HEART-1-Trial** wird eine DNA-Basen-modifizierende Therapie angewendet, womit eine einzige intravenöse Infusion von Lipidnanopartikeln das PCSK9*-Gen in der Leber dauerhaft inaktivieren soll. Wenn es funktioniert – es handelt sich um die erste In-vivo-Studie beim Menschen – kann der LDL-Cholesterinspiegel permanent gesenkt werden. 2. Bei der **STEM-PD-Studie** werden dopaminerge Neurone aus humanen embryonalen Stammzellen ins Hirnparenchym von Parkinsonbetroffenen implantiert. Der Fokus liegt dabei bei eher jüngeren Patientinnen und Patienten in einer frühen Krankheitsphase – in der Annahme, dass hier die Behandlung am meisten Effekte erzielt. 3. Die Identifikation von Patientinnen und Patienten mit einem hohen Risiko für Verschlechterung und Tod kann im Akutsetting schwierig sein. Zur Unterstützung wurde ein KI-basierter Score («RISKINDEX») entwickelt und anhand einer riesigen Kohorte (4 Spitäler, eine ¼ Million Patientinnen und Patienten, >7 Millionen Labordaten) validiert. Retrospektiv schnitt das KI-Tool besser ab als die Internistinnen und Internisten auf der Notfallstation. Die **MARS-ED-Studie** soll diesen klinischen Nutzen jetzt in einem prospektiven Setting quantifizieren. 4. Die Entwicklung einer Malaria-Impfung hat >100 Jahre in Anspruch genommen – 40 Impfstoffe wurden klinisch erprobt, 2 waren wirksam: RTS,S und R21. Die Wirksamkeit ist allerdings durch eine relativ kurze Immunantwort limitiert. In den Endemiegebieten von Burkina Faso, Kenia und Tanzania wird untersucht, ob **R21/Matrix-M** – injiziert als Nanopartikelvektor mit sehr hoher Antigendichte – eine längere Wirksamkeit erzielt. Lebenslang im besten Szenario, so wie es bei der HPV**-Impfung mit der identischen Technologie bereits der Fall ist.

* PCSK9: Proproteinconvertase Subtilisin/Kexin Typ 9

** HPV: humane Papillomaviren

Nat Med. 2023, doi.org/10.1038/s41591-023-02699-5.
Verfasst am 15.12.23_HU

Kurzfassung eines strukturierten Kommentares

Besonderheiten der Immuntherapie der Multiplen Sklerose in der Schweiz: Update

Dieser Artikel präsentiert eine Kurzversion der kürzlich überarbeiteten Empfehlungen zur Immuntherapie der Multiplen Sklerose. Dabei werden neu zugelassene Medikamente vorgestellt, aber auch neue Sicherheitsaspekte schon 2019 zugelassener und in der Vorversion dieses strukturierten Kommentars an dieser Stelle publizierter Medikamente hervorgehoben.

Dr. med. Christoph Friedli^{a,b}; Prof. Dr. med. Anke Salmen^a; PD Dr. med. Robert Hoepner^a; Dr. med. Lutz Achtnichts^c; PD Dr. med. Sandra Bigi^{d,e}; Prof. Dr. med. Tobias Derfuss^f; Dr. med. Claudio Gobbi^g; Dr. med. Nicole Kamber^a; Prof. Dr. med. Christian P. Kamm^{a,h}; Prof. Dr. med. Dr. phil. Jens Kuhleⁱ; Prof. Dr. med. Patrice Lalive^{j,k}; Stefanie Müller^l, dipl. Ärztin; PD Dr. med. Athina Papadopoulouⁱ; Prof. Dr. med. Caroline Pot^m; Prof. Dr. med. Chiara Zecca^g; Prof. Dr. med. Andrew Chan^a; in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat der Schweizerischen Multiple Sklerose Gesellschaft (SMSG) und der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG)

^aDepartement für Neurologie, Inselspital, Universitätsspital Bern und Universität Bern, Bern; ^bDepartment of Neurology, Waikato Hospital, Hamilton, New Zealand; ^cDepartement für Neurologie, Kantonsspital Aarau, Aarau; ^dInstitut für Sozial- und Präventivmedizin, Universität Bern, Bern; ^eAbteilung für pädiatrische Neurologie, Departement für Kinderheilkunde, Kinderspital Luzern, Luzern; ^fNeurologische Klinik und Poliklinik und Forschungszentrum für klinische Neuroimmunologie und Neurowissenschaften, Departemente für Medizin, Biomedizin und Klinische Forschung, Universitätsspital Basel, Basel; ^gNeurologia, Neurocentro della Svizzera Italiana, Ospedale Regionale di Lugano, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Lugano; ^hNeurozentrum, Luzerner Kantonsspital, Luzern; ⁱService de neurologie, Département des neurosciences cliniques, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et Faculté de médecine, Université de Genève, Genève; ^jService de médecine de laboratoire, Département diagnostique, HUG, Genève; ^kDépartement de pathologie et immunologie, Faculté de médecine, Université de Genève, Genève; ^lDepartement für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^mService de neurologie, Département des neurosciences cliniques, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Zusammenfassung

Multiple Sklerose (MS), insbesondere die schubförmige MS (RMS), hat sich in den letzten Jahrzehnten zu einer behandelbaren Krankheit entwickelt und Immuntherapien sind heute in der Lage, den langfristigen Krankheitsverlauf zu beeinflussen. Aufgrund spezifischer regulatorischer Aspekte (teilweise abweichende Zulassungen durch Swissmedic im Vergleich zur Europäischen Arzneimittelagentur [EMA] sowie ein unabhängiges Bewertungsverfahren für die Spezialitätenliste [SL] des Bundesamts für Gesundheit [BAG]) haben wir bereits 2019 eine Konsensempfehlung zu den Besonderheiten der Immuntherapie der MS in der Schweiz herausgegeben. Hier präsentieren wir eine Kurzfassung der kürzlich in englischer Sprache veröffentlichten überarbeiteten Empfehlungen mit Daten zu neu zugelassenen Medikamenten und neuen Sicherheitsaspekten, auch in Bezug auf das Risiko einer COVID-19-Infektion und der Impfung gegen COVID-19. Eine ausführlichere Version dieses Artikels in deutscher Sprache finden Sie auf der Website des Swiss Medical Forum im Online-Appendix des Artikels.

Einleitung

In den letzten Jahren hat die Anzahl der verfügbaren krankheitsmodifizierenden Therapien für MS weiter zugenommen. Die individuelle Auswahl von Medikamenten, selbst in Standardsituationen wie einer Behandlung nach einer klinischen Erstmanifestation, wird daher immer komplexer. Darüber hinaus sind Therapieanpassungen aufgrund von Wirksamkeits- oder Sicherheitsfaktoren schwieriger zu handhaben, da eine Reihe pharmakologischer Faktoren (Wirkmechanismen, Pharmakokinetik, Wechselwirkungen/«Wash-out») und individueller Faktoren (z.B. Alter/«Immoseneszenz», Komorbiditäten, Infektionsrisiko, Schwangerschaft) unter Berücksichtigung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses für jeden einzelnen MS-Betroffenen («person with MS» [PwMS]) abgewogen werden müssen. Die unterschiedlichen Bewertungen der Nutzen-Risiko-Profile spiegeln sich in den Arzneimittelzulassungen wider, die je nach Zulassungsgebiet sehr unterschiedlich ausfallen können. Dies ist für die Schweiz besonders wichtig, da es im Vergleich zu den Nachbarländern (EMA-Zulassungsgebiet) teilweise erhebliche Unter-

schiede bei der Zulassung gibt (z.B. «Erstlinien-» versus «Zweitlinientherapien»). Daher hat eine Gruppe von Autorinnen und Autoren der Schweizerischen Multiple Sklerose Gesellschaft (SMSG) und der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft (SNG) bereits 2019 einen Kommentar veröffentlicht [1, 2]. Hier stellen wir in einem Update die neu zugelassenen Medikamente sowie ausgewählte Sicherheitsaspekte bereits 2019 zugelassener Medikamente vor und nehmen Bezug auf das Risiko einer COVID-19-Infektion und der Impfung gegen COVID-19.

Die Artikel in der Rubrik «Richtlinien» geben nicht unbedingt die Ansicht der SMF-Redaktion wieder. Die Inhalte unterstehen der redaktionellen Verantwortung der unterzeichnenden Fachgesellschaft bzw. Arbeitsgruppe; im vorliegenden Artikel handelt es sich um die Schweizerische Neurologische Gesellschaft (SNG).

Tabelle 1: Faktoren, die bei Multipler Sklerose auf eine negative Prognose hindeuten (angepasst nach [11–18])

Klinisch	Demographisch	Biochemisch	Bildgebend	Elektrophysiologisch
Hohe Schubrate	Höheres Alter bei Ausbruch der Krankheit	Liquor-spezifische OKB	Anzahl und Volumen der «schwarzen Löcher»*	Pathologische MEP-Veränderungen
Unvollständige Erholung nach Schüben	Männliches Geschlecht	Intrathekale IgM-Synthese	Anzahl, Volumen und Lage der T2-Läsionen	
Anstieg des EDSS-Wertes	Nicht-weiße Ethnizität		Kontrastmittelanreichernde Läsionen	
Efferente Krankheitssymptome/Anzeichen			Anzahl der intrakortikalen Läsionen in der DIR-Sequenz	
Höherer BMI			Geringeres Hirnvolumen (WBV, WM, GM, spinal)	
Längere Krankheitsdauer			Spinale Läsionen bei der Erstdiagnose	
Raucher			Pathologische OCT-Veränderungen	
Keine Immuntherapie				

Abkürzungen: BMI: Body Mass Index; DIR: Double Inversion Recovery; EDSS: erweiterte Behinderungsstatusskala; GM: graue Substanz; IgM: Immunglobulin M; MEP: motorisch evoziertes Potential; OKB: oligoklonale Banden; OCT: optische Kohärenztomographie; WBV: Gesamthirnvolumen; WM: weisse Substanz; * Schwarze Löcher: T1-hypointense Läsionen als Marker für axonale Schädigung und das Absterben von Nervenzellen.

Methodik

Diese Kurzfassung unseres strukturierten Kommentars basiert auf der kürzlich veröffentlichten englischen Version unseres Artikels [3]. Eine ausführlichere Version dieses Artikels in deutscher Sprache finden Sie auf der Website des Swiss Medical Forum im Online-Appendix des Artikels, dort wird auch die Methodik ausführlich dargestellt. Formal handelt es sich bei diesem Artikel um einen strukturierten Kommentar.

Kommentar zu den unterschiedlichen Krankheitsverläufen und der Aktivität der MS

Pathophysiologisch wird die MS derzeit als Kontinuum mit fokalen, akuten Entzündungsherden diffuser chronischer Entzündung innerhalb des Zentralnervensystems (ZNS) bis hin zu neurodegenerativen/neuroregenerativen Prozessen betrachtet [4, 5]. Das Ausmass der verschiedenen Prozesse kann sowohl inter- und intraindividuell als auch im zeitlichen Verlauf variieren [4]. Aus pathophysiologischer Sicht ist die konzeptionelle Dichotomie von schubförmigen und progredienten Verläufen umstritten, da sich die zugrunde liegenden Mechanismen überschneiden können. Dies kann sich klinisch bereits in Beobachtungen in frühen Stadien der Krankheit widerspiegeln, zum Beispiel der Progression unabhängig von der Schubaktivität («progression independent of relapse activity» [PIRA]) [6]. Bislang gibt es jedoch keine eindeutigen Biomarker, mit denen sich eine progrediente Krankheitsverschlechterung objektiv und genau erfassen lässt – abgesehen von der klinischen Beurteilung anhand der erweiterten Be-

hinderungsstatusskala («Expanded Disability Status Scale» [EDSS]) oder anderen weniger gut etablierten klinischen Messgrößen [7].

Die aktuellen Klassifizierungskriterien berücksichtigen pathophysiologische Aspekte, indem sie Modifikatoren für den zugrunde liegenden Krankheitsverlauf berücksichtigen [8]. Für jede Patientin und jeden Patienten sollten zwei Faktoren bestimmt werden: a) Nachweis einer fokalen Krankheitsaktivität (z.B. Schub oder bildgebende Marker [neue/ sich vergrößernde T2- oder FLAIR-Läsionen und/oder kontrastmittelanreichernde Läsionen in der magnetresonanztomographischen Untersuchung]) und b) Nachweis einer Progression. Die Beurteilung, ob eine Progression vorliegt, bedingt mindestens jährliche neurologische Untersuchungen.

Obwohl die Zulassung mehrerer Medikamente auf dem Grad der MS-Krankheitsaktivität basiert, gibt es derzeit keine einheitliche Definition des Ausmasses der Krankheitsaktivität. Dies spiegelt sich auch in den jeweiligen Arzneimittelinformationen [8] beziehungsweise der SL [9] wider. Darüber hinaus stimmen die Anforderungen an die Krankheitsaktivität in der Arzneimittelinformation und in der SL nicht unbedingt mit den Zulassungsstudien überein. Die Beurteilung, ob ein «hochaktiver» Verlauf vorliegt, hängt folglich von der individuellen Situation ab und ist eine Ermessensentscheidung, die einer Beurteilung des Einzelfalls durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt unterliegt [2]. Bei der individuellen Beurteilung sollten neben der klinischen Dynamik der Erkrankung auch die für die Prognose relevanten paraklinischen Parameter berücksichtigt werden (Tab. 1).

Faktoren wie die Auswirkungen der Krankheit auf Beruf, Hobbys, Familienplanung, Lebenssituation usw. sollten bei der Gesamtbeurteilung der Aktivität und des Schweregrads des Krankheitsverlaufs ebenfalls in Betracht gezogen werden. Diese Auffassung steht auch im Einklang mit den Empfehlungen entsprechender europäischer Richtlinien («European Academy of Neurology / European Committee for Treatment and Research in Multiple Sclerosis» [EAN/ECTRIMS]), die in Abhängigkeit von klinischen, bildgebenden und patientenspezifischen Faktoren hocheffiziente Therapien in einem frühen Stadium des Krankheitsverlaufs in Betracht ziehen [10].

Kommentar zu COVID-19 Auswirkungen von krankheitsmodifizierenden Therapien auf die COVID-19-Infektion

- PwMS, die mit Anti-CD20 behandelt werden, haben ein erhöhtes Risiko eines schweren Verlaufes einer COVID-19-Infektion und auch eine erhöhte Sterblichkeit [19–21].
- Eine MS-Erkrankung per se ist kein Risikofaktor für einen schweren Verlauf einer COVID-19-Infektion, bei Vorliegen zusätzlicher Risikofaktoren kann es aber zu einer schwer verlaufenden Infektion kommen [22].

Auswirkungen von MS-Therapien auf COVID-Impfstoffe

- Es wurden bislang keine spezifischen Nebenwirkungen der in der Schweiz zugelassenen Impfstoffe bei PwMS beobachtet [23, 24].

- Einige Medikamente (namentlich Sphingosin-1-Phosphat-Rezeptor-Modulatoren [S1PRM] und Anti-CD20-Substanzen) können zu einer verminderten humoralen und teils auch zellulären Immunantwort führen [23, 25–28].
- Bezüglich der aktuellen Impfpfehlungen verweisen wir auf die Website des BAG und der SMSG [29, 30].
- Wir empfehlen, dass PwMS unter «stark immunsuppressiven Therapien» (siehe oben) angemessene Sicherheitsmassnahmen (einschliesslich Hygienemassnahmen, Masken, Abstandsregeln) befolgen, und weisen darauf hin, dass Kontaktpersonen dazu beitragen können, PwMS zu schützen, indem sie sich impfen lassen.

Allgemeine Empfehlung für die Impfung gegen Herpes zoster

- Bei PwMS mit Therapien mit einem erhöhten Risiko einer Herpes-zoster-Infektion wird eine Impfung mit Shingrix® (das im Gegensatz zu Zostavax® kein Lebendimpfstoff ist) empfohlen [31].

Kommentar zu einzelnen Medikamenten: Zulassung seit letztem Kommentar von 2019

Im folgenden Abschnitt beschreiben wir die Faktoren, die für Therapeutinnen und Therapeuten in der Schweiz als besonders wichtig erachtet werden. Obwohl einige Sicherheitsaspekte hervorgehoben werden, geben wir keine vollständige Zusammenfassung und verweisen auf die jeweiligen Arzneimittelinformationen [8, 9].

Diroximelfumarat (Vumerity®), Zulassung CH 11/21

Indikation gemäss Schweizer Arzneimittelinformation [8]

«Vumerity® ist für die Behandlung von Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (MS) indiziert, um die Schubhäufigkeit zu reduzieren.»

Indikation gemäss SL [9]

Keine Einschränkung.

Indikation gemäss EMA-Arzneimittelinformation [32]

«Vumerity® ist für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose indiziert (siehe Abschnitt 5.1). Vumerity® sollte unter der Aufsicht eines in der Behandlung von Multipler Sklerose erfahrenen Arztes verabreicht werden.»

Kommentar

Überlegungen zur Patientenauswahl: In der Schweiz und im EMA-Raum ist Diroximelfumarat (DRF) als orale Therapie für die schubförmig-remittierende Multiple Sklerose zugelassen. DRF wurde mit dem Ziel entwickelt, die gastrointestinale Verträglichkeit zu verbessern. DRF wird schnell zu Monomethylfumarat (MMF) metabolisiert, das der primäre Metabolit von Dimethylfumarat (DMF, Tecfidera®) ist; daher werden ähnliche Auswirkungen von DRF und DMF auf die Pathophysiologie der MS angenommen [33, 34]. Die Bioäquivalenz der systemischen Exposition (80–125%) im Vergleich zu DMF wurde nachgewiesen [33–35]. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass DRF auf der Grundlage des Nutzen-Risiko-Profiles in der Schweiz als Medikament für die Erstlinientherapie ohne spezifische Aktivitätskriterien eingesetzt werden kann.

Überlegungen zu ausgewählten Sicherheitsaspekten: In klinischen Studien [33, 34] war das DRF-Sicherheitsprofil mit den Erfahrungen aus klinischen Studien mit DMF vergleichbar. Allerdings traten bei PwMS, die mit DRF behandelt wurden, 46% weniger gastrointestinale Nebenwirkungen auf und die Behandlung wurde seltener aufgrund von gastrointestinalen Nebenwirkungen abgebrochen (0,8 vs. 4,8%). Bislang wurden unter DRF keine Fälle von progressiver multifokaler Leukoenzephalopathie (PML) beschrieben; wie bei DMF sollte jedoch eine anhaltende Lymphopenie vermieden werden. Flushes wurden bei 32,8% der Studienpopulation im Vergleich zu 40,6% unter DMF beobachtet [33], waren aber nur selten der Grund für einen Behandlungsabbruch (<1%) [36]. Siehe auch Sicherheitsaspekte zu DMF.

Ofatumumab (Kesimpta®), Zulassung CH 04/21

Indikation gemäss Schweizer Arzneimittelinformation [8]

«Kesimpta® ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS) indiziert.»

Indikation gemäss SL [9]

«Für die Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver schubförmiger Multipler Sklerose (MS).»

Indikation gemäss EMA-Arzneimittelinformation [32]

«Kesimpta® ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose mit Krankheitsaktivität, definiert durch klinische Befunde oder Bildgebung (siehe Abschnitt 5.1).»

Kommentar

Überlegungen zur Patientenauswahl: In der Schweiz und im EMA-Raum ist Ofatumumab für Patientinnen und Patienten mit schubförmiger MS mit Anzeichen von Krankheitsaktivität zugelassen. Während die Schweizer Zulassung keine Angaben zur Krankheitsaktivität enthält, bezieht sich die EMA-Zulassung auf Abschnitt 5.1 der Fachinformation mit spezifischen und quantifizierten klinischen und magnetresonanztomographischen Kriterien, die auf den Einschlusskriterien der Zulassungsstudien basieren [37]. Damit gibt die Swissmedic-Zulassung den behandelnden Ärztinnen und Ärzten mehr Freiheit bei der Indikationsstellung. In Anbetracht der Studienergebnisse mit Teriflunomid als aktivem Komparator, der individuellen prognostischen Faktoren und der Sicherheitsüberlegungen halten die Autorinnen und Autoren den Einsatz von Ofatumumab als Erst- und Zweitlinientherapie für gerechtfertigt.

Überlegungen zu ausgewählten Sicherheitsaspekten: Ofatumumab ist ein vollständig humaner Anti-CD20-Antikörper (IgG1). Im Vergleich zu Ocrelizumab und Rituximab unterscheidet sich das Epitop, was zu einer vergleichsweise grösseren komplementabhängigen Zytotoxizität (CDC) [38] und in geringerem Masse zu einer antikörperabhängigen zellvermittelten Zytotoxizität («antibody-dependent cell-mediated cytotoxicity» [ADCC]) führt. Es wird angenommen, dass diese Tatsache im Vergleich zu anderen Anti-CD20-Therapien eine geringere Dosierung ermöglichen könnte [39].

Bislang wurden bei MS keine Fälle von PML gemeldet. Allerdings traten PML-Fälle bei Patientinnen und Patienten auf, die mit Ofatumumab gegen chronische lymphatische Leukämie (Azerra®) behandelt wurden, zwar mit deutlich höheren und intravenös verabreichten Dosen als den für die MS-Behandlung empfohlenen, dafür aber mit einer kürzeren Behandlungsdauer. Zudem muss bei der Umstellung der Immuntherapie auf Ofatumumab das Risiko einer «carry-over» PML in Betracht gezogen werden. Auch während der Behandlung mit Ofatumumab ist eine hohe Wachsamkeit im Hinblick auf die Erkennung von PML geboten. Da es bei Anti-CD20-Antikörpern zu einer Hepatitis-B-Reaktivierung kommen kann, sollten PwMS mit aktiver Hepatitis-B-Erkrankung nicht mit Ofatumumab behandelt werden. Darüber hinaus müssen alle PwMS vor Beginn der Behandlung auf das Hepatitis-B-Virus (HBV) untersucht werden (HBsAg und Anti-HBc) [40]. In Einzelfällen und in Absprache mit einer Hepatologin oder einem Hepatologen kann trotz einer positiven

Hepatitis-B-Serologie eine Behandlung mit einer Anti-CD20-Therapie erwogen werden [41], gegebenenfalls mit einer prophylaktischen antiviralen Therapie.

Wir empfehlen eine Aktualisierung des Impfstatus und eine Bewertung des Differentialblutbildes, der Lymphozyten-Subpopulationen und der Immunglobulinwerte vor dem Beginn einer Anti-CD20-Therapie sowie mindestens alle sechs Monate während der Therapie.

Ozanimod (Zeposia®), Zulassung CH 10/2020

Indikation gemäss Schweizer Arzneimittelinformation [8]

«Zeposia® ist indiziert für die Behandlung erwachsener Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (MS).»

Indikation gemäss SL [9]

«Behandlung von schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch einen Facharzt für Neurologie des Berufsverbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH).»

Indikation gemäss EMA-Arzneimittelinformation [32]

«Zeposia® ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit entzündlicher Krankheitsaktivität, die durch klinische Befunde oder bildgebende Verfahren nachgewiesen wird.»

Kommentar

Überlegungen zur Patientenauswahl: Die EMA verlangt Anzeichen von Krankheitsaktivität (klinisch oder im Magnetresonanztomogramm [MRT]), während die Zulassung von Swissmedic dieses Kriterium nicht erwähnt. In Anbetracht der Studiendaten [42, 43] mit dem aktiven Komparator Interferon-beta 1a intramuskulär, der individuellen prognostischen Faktoren und der Sicherheitsüberlegungen halten die Autorinnen und Autoren den Einsatz von Ozanimod als Erst- und Zweitlinientherapie für gerechtfertigt.

Überlegungen zu ausgewählten Sicherheitsaspekten: Ozanimod ist ein selektiver S1PRM von S1PR1 und S1PR5 [44].

Bei PwMS, die mit Ozanimod behandelt wurden, wurde bisher ein PML-Fall beschrieben [45]. Nach dem Absetzen sollte die Möglichkeit einer klinischen Verschlechterung mit Rebound-Effekt, wie er für Fingolimod beobachtet wurde, in Betracht gezogen werden, obwohl dies nach dem Absetzen von Ozani-

mod noch nicht berichtet wurde. Erste Daten einer kleinen Kohorte zeigen nach dem Absetzen von Ozanimod Schübe bei 2,3% der PwMS, die als leicht oder mittelschwer eingestuft wurden [46]. Unklar ist, ob unterschiedliche pharmakodynamische oder -kinetische Eigenschaften (z.B. Metaboliten mit einer vergleichsweise langen Halbwertszeit) das Rebound-Risiko beeinflussen.

Ponesimod (Ponvory®), Zulassung CH 11/21

Indikation gemäss Schweizer Arzneimittelinformation [8]

«Ponvory® ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (RRMS) mit aktiver Erkrankung, die durch klinische oder bildgebende Merkmale definiert ist.»

Indikation gemäss SL [9]

Befristete Limitation bis 31.12.2024: «Behandlung von schubförmig-remittierender Multipler Sklerose (MS). Erstverschreibung durch einen Facharzt für Neurologie des Berufsverbands der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH).»

Indikation gemäss EMA-Arzneimittelinformation [32]

«Ponvory® ist indiziert für die Behandlung von erwachsenen Patienten mit schubförmiger Multipler Sklerose mit aktiver Erkrankung, die durch klinische oder bildgebende Merkmale definiert ist.»

Kommentar

Überlegungen zur Patientenauswahl: Ponesimod ist in der Schweiz nur für Patientinnen und Patienten mit schubförmig-remittierender Multipler Sklerose zugelassen, während es im EMA-Gebiet für schubförmige Formen zugelassen ist. Sowohl in der Schweiz als auch im EMA-Raum sind Anzeichen einer aktiven Erkrankung erforderlich, die durch klinische oder bildgebende Merkmale definiert sind. In einer Phase-III-Studie zeigte Ponesimod Wirkung bei Fatigue als sekundärem Ergebnisparameter [47]. Die verwendete Fatigue-Skala ist jedoch neu, sodass die klinische Wirkung noch validiert werden muss. In Anbetracht der Daten mit dem aktiven Komparator Teriflunomid, der individuellen prognostischen Faktoren und der Sicherheitserwägungen ist der Einsatz von Ponesimod sowohl als Erst- als auch als Zweitlinientherapie unserer Ansicht nach gerechtfertigt.

Überlegungen zu ausgewählten Sicherheitsaspekten: Ponesimod ist ein S1PRM mit hoher Spezifität für S1PR1. Es ist jedoch derzeit noch unklar, ob dies spezifische klinische Auswirkungen hat. Bislang wurden in Phase-III-Studien mit Ponesimod während 108 Wochen keine Fälle von PML gemeldet.

Nach dem Absetzen dieser Therapie muss die Möglichkeit einer erhöhten Krankheitsaktivität (Rebound) in Betracht gezogen werden, wie bei anderen S1PRM und angesichts der kurzen Halbwertszeit von Ponesimod, obwohl keine Daten zu diesem Phänomen bei Ponesimod vorliegen.

Siponimod (Mayzent®), Zulassung CH 01/2021

Indikation gemäss Schweizer Arzneimittelinformation [8]

«Mayzent® wird zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit sekundär-progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit entzündlicher Krankheitsaktivität angewendet, die durch klinische Schübe oder bildgebende Verfahren nachgewiesen wird.»

Indikation gemäss SL [9]

«Mayzent® wird zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit sekundär-progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit entzündlicher Krankheitsaktivität angewendet, die durch klinische Schübe oder bildgebende Verfahren nachgewiesen wird.»

Indikation gemäss EMA-Arzneimittelinformation [32]

«Mayzent® ist indiziert für die Behandlung von Erwachsenen mit sekundär-progredienter Multipler Sklerose (SPMS) mit Krankheitsaktivität, die durch Schübe oder bildgebende Anzeichen einer entzündlichen Aktivität nachgewiesen wird (siehe Abschnitt 5.1).»

Kommentar

Überlegungen zur Patientenauswahl: Im Gegensatz zu anderen S1PRM ist Siponimod für sekundär-progrediente MS (SPMS) zugelassen – einen Phänotyp, für den nur wenige therapeutische Alternativen existieren. Sowohl in der Arzneimittelinformation [8] als auch in der SL [9] wurde die Indikation für eine Therapie mit Siponimod als SPMS mit entzündlicher Krankheitsaktivität definiert, die durch klinische Befunde oder Bildgebung nachgewiesen wurde. Im EMA-Raum verweist der Zulassungstext auf Abschnitt 5.1, der sich auf die Zulassungsstudie [48] bezieht. Unserer Meinung nach kann eine Therapie mit Siponi-

mod in Einzelfällen mit geeigneten prognostischen Faktoren (z.B. bei jüngeren Patientinnen und Patienten mit raschem und kurzlichem Fortschreiten der Erkrankung) in Betracht gezogen werden, entsprechend den jüngsten Empfehlungen vonECTRIMS/EAN [10]. Allerdings handelt es sich hierbei offiziell um eine Off-Label-Indikation mit entsprechenden medizinisch-rechtlichen Aspekten sowie Aspekten, die sich auf die Kostenübernahme beziehen. Wir schlagen eine enge Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Zentrum vor.

Überlegungen zu ausgewählten Sicherheitsaspekten: Siponimod ist ein selektiver S1PRM für S1PR1 und S1PR5 [48].

Bei Siponimod muss vor der Einleitung dieser Therapie eine Genotypisierung für das hepatische Cytochrom-P450-Metabolisierungssystem CYP2C9 durchgeführt werden, da je nach Genotyp eine Behandlung wegen Akkumulation des Arzneimittels kontraindiziert sein kann oder in einer reduzierten Dosis erfolgen muss [8].

In der EXPAND-Studie [48] war bei PwMS mit Siponimod das Basalzellkarzinom die häufigste Neoplasie, es gab jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied im Vergleich zur Placebogruppe. Eine dermatologische Untersuchung vor Therapiebeginn und während der Behandlung ist angesichts des fortgeschrittenen Alters dieser Patientengruppe ratsam. Es liegen keine Daten über die mögliche Rebound-Aktivität durch das Absetzen

von Siponimod vor. Bei mit Siponimod behandelten Patientinnen und Patienten könnte ein leicht erhöhtes Risiko für Krampfanfälle bestehen [48], wie es auch schon bei einer Therapie mit Fingolimod in einer pädiatrischen MS-Studie beobachtet wurde [49], was auf einen möglichen Klasseneffekt der S1PRM hindeuten könnte.

Überlegungen zu ausgewählten Sicherheitsaspekten für neu zugelassene S1PRM

In Tabelle 2 heben wir ausgewählte Sicherheitsaspekte und Unterschiede zwischen den neu zugelassenen S1PRM hervor.

Medikamente, die bereits vor 2019 zugelassen wurden

Hier gehen wir kurz auf neue Aspekte der vor 2019 zugelassenen Medikamente ein. Detailliertere Informationen finden Sie in der ausführlichen Version unseres Artikels auf der Website des Swiss Medical Forum im Online-Appendix des Artikels.

Alemtuzumab (Lemtrada®)

– Die im Vergleich zu den Zulassungsstudien [51, 52] restriktivere Indikation des Medikaments resultiert aus dem Auftreten relativ seltener, aber potentiell schwerwiegender unerwünschter Arzneimittelwirkungen in der Pharmakovigilanz nach der Markteinführung [53], unter anderem einem erhöhten Risiko für (hämorrhagische)

Schlaganfälle, Dissektionen der Halsschlagader und Herzinfarkte in zeitlichem Zusammenhang mit der letzten Infusion (<30 Tage).

- Nach Ansicht der Autorinnen und Autoren sollte Alemtuzumab als Reservemedikament nach sorgfältiger Beurteilung eingesetzt werden, idealerweise in Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Zentrum.
- Die Indikationsstellung und Durchführung der Therapie mit Alemtuzumab sollten in einem neurologischen Zentrum erfolgen, das über ein multidisziplinäres Team zur Behandlung potentiell lebensbedrohlicher Komplikationen und über ausreichende Expertise in der Behandlung von MS verfügt.

Cladribin (Mavenclad®)

– Vor Beginn der Behandlung mit Cladribin muss ein besonderes Augenmerk auf mögliche Lebererkrankungen und frühere arzneimittelbedingte Leberschäden gelegt werden und eine regelmässige Überwachung der Leberenzyme wird empfohlen.

Dimethylfumarat (Tecfidera®)

– PML-Fälle bei PwMS behandelt mit DMF mit leichter Lymphopenie (unterhalb des unteren Normbereiches, aber $\geq 0,8 \times 10^9/l$) wurden beschrieben [32].

– Das PML-Risiko bei DMF-behandelten PwMS wird ab August 2020 auf 0,02 pro 1000 Patientinnen und Patienten mit einer

Tabelle 2: Sicherheitsaspekte und Unterschiede zwischen den neu zugelassenen S1PRM

Substanz	Ozanimod [42, 43]	Ponesimod [47]	Siponimod [48]
Mittlerer und maximaler Rückgang der ALC [8, 50]	Ca. 60% und bis zu 68%	Ca. 60% und bis zu 70%	Ca. 65% und bis zu 70%
Zeit bis zur Erholung der ALC [50]	1–3 Monate	7 Tage	7–10 Tage
VZV-Impfung	Bei allen VZV-seronegativen Patientinnen und Patienten	Bei allen VZV-seronegativen Patientinnen und Patienten	Bei allen VZV-seronegativen Patientinnen und Patienten
Screening auf Makulaödeme	Bei Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren*	Bei allen Patientinnen und Patienten	Bei Patientinnen und Patienten mit Risikofaktoren*
EKG-Überwachung [8]**	Bei Patientinnen und Patienten mit bestimmten Herzerkrankungen	Bei Patientinnen und Patienten mit bestimmten Herzerkrankungen	Bei Patientinnen und Patienten mit bestimmten Herzerkrankungen
Dosistitration	7 Tage	14 Tage	6 Tage
Dermatologische Kontrolluntersuchungen***	Vor Therapiebeginn und in regelmäßigen Abständen während der Behandlung	Vor Therapiebeginn und in regelmäßigen Abständen während der Behandlung	Vor Therapiebeginn und in regelmäßigen Abständen während der Behandlung
FEV ₁ -Messung	Bei Atemwegssymptomen	Bei Atemwegssymptomen	Bei Atemwegssymptomen

* Diabetes mellitus, Uveitis oder Netzhauterkrankung

** Alle Patientinnen und Patienten benötigen vor Therapiebeginn ein EKG.

*** Siehe auch Abschnitt «Überlegungen zu ausgewählten Sicherheitsaspekten von Siponimod».

Inzidenzrate von 1,02 pro 100 000 Patientenjahre geschätzt [54].

- Als Risikofaktoren wurden eine anhaltende Lymphopenie (<0,5 G/l über >6 Monate) und ein fortgeschrittenes Alter (berechnet ab >54 Jahren) angeführt [55].
- In einem Update der Schweizer Arzneimittelinformation wurden schwere Fälle von Herpes zoster, einschliesslich disseminierten Herpes zoster, Zoster ophthalmicus, Zoster-Meningoenzephalitis und Meningomyelitis als seltene unerwünschte Ereignisse genannt [8].
- Wir empfehlen eine hohe klinische Wachsamkeit in Bezug auf PML, insbesondere bei älteren PwMS mit Lymphopenie, sowie die Konsultation eines spezialisierten Zentrums.
- Im Juni 2022 hat Swissmedic die Indikation von Tecfidera® auf die Behandlung von pädiatrischen PwMS im Alter von 13 Jahren und älter erweitert.

Fingolimod (Gilenya®)

- Die EMA hat Empfehlungen zur Minimierung der Risiken einer arzneimittelinduzierten Leberschädigung («drug-induced injury» [DILI]) veröffentlicht [32], nachdem Fälle von akutem Leberversagen nach der Behandlung mit Fingolimod (FTY) aufgetreten waren.
- Erhöhte Leberparameter treten bei 2–25% der PwMS auf, insbesondere bei älteren männlichen PwMS [41].
- Es wird empfohlen, die Leberfunktion (einschliesslich Bilirubin) vor Beginn der Therapie und nach 1, 3, 6, 9 und 12 Monaten der Therapie (danach in regelmässigen Abständen) sowie bis zu 2 Monate nach Beendigung der Therapie mit FTY zu untersuchen.
- Das Gesamtrisiko einer PML unter FTY-Therapie wird auf etwa 1,86/10 000 PwMS geschätzt, während die geschätzte Inzidenzrate der FTY-assoziierten PML bei 5,88/100 000 Patientenjahre liegt [56]. Das PML-Risiko unter FTY könnte von der Behandlungsdauer und dem Alter zu Beginn der Therapie abhängen [45].
- Einige Zentren in der Schweiz führen eine Lumbalpunktion durch, um das Vorhandensein von John-Cunningham-Polyomavirus-(JCPyV-)DNA vor der Umstellung von FTY auf andere hochwirksame Therapien auszuschliessen, obwohl es in der Schweiz insgesamt keinen Konsens über diese Vorgehensweise gibt [1, 2].
- Bei Absetzen von FTY sollte eine mögliche erhebliche Verschlechterung der Krankheit (Rebound-Effekt) bedacht werden, vor allem bei einem Krankheitsbeginn in jünge-

rem Alter, bei anfänglich hochaktiver Krankheit, bei vorheriger Behandlung mit Natalizumab und bei Auftreten einer Lymphopenie <0,3 G/l in den ersten drei Monaten der Behandlung [57–59].

Natalizumab (Tysabri®) intravenös und subkutan

- Die globale Inzidenz von PML bei mit Natalizumab behandelten PwMS mit Standard-Dosierungsintervall («standard-interval dosing» [SID]) lag im Februar 2021 bei 3,86/1000 PwMS, und es gab weltweit 853 bestätigte PML-Fälle (davon 850 bei PwMS) [60].
- In der Schweizer Arzneimittelinformation [8] wird für JCPyV-negative Patientinnen und Patienten nicht mehr eine «hochaktive», sondern lediglich eine «aktive» Form gefordert, allerdings ohne Änderung der Indikation in der SL [9].
- Bei hochaktiven JCPyV-negativen PwMS sollten regelmässig Antikörpertests durchgeführt werden (bezüglich des Intervalls herrscht kein Konsens zwischen den verschiedenen Zentren in der Schweiz).
- Unserer Meinung nach erfordert eine grössere Freiheit bei der Indikationsstellung in der Schweiz auch eine hohe klinische Wachsamkeit bei JCPyV-negativen PwMS sowie eine enge Interaktion zwischen Neurologinnen und Neurologen der verschiedenen Versorgungsebenen.
- Neu besteht auch die Möglichkeit einer subkutanen Gabe [61, 62]. Hierbei ist zu beachten, dass die subkutane Therapie von einer Ärztin oder einem Arzt überwacht werden muss und nicht zuhause durchgeführt werden darf (zumindest während der ersten sechs Injektionen).
- Zur Verringerung des PML-Risikos wird das verlängerte Dosierungsintervall («extended-interval dosing» [EID]) diskutiert [63–66].
- Der Abschnitt «Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen» der Schweizer Arzneimittelinformation [8] wurde angepasst: «Im Vergleich zum zugelassenen Dosierungsintervall wird für Patienten mit Anti-JCV-positivem Antikörperstatus ein längeres TYSABRI-Dosierungsintervall (im Durchschnitt etwa 6 Wochen) empfohlen, um das PML-Risiko zu senken.» EID ist in der Schweiz eine Off-Label-Therapie.

Ocrelizumab (Ocrevus®)

- Im Jahr 2021 wurde ein Fallbericht über einen 78-jährigen PPMS-Patienten mit Lymphopenie veröffentlicht, der sich einer Ocrelizumab-Therapie unterzog und ohne vorherige Therapie an PML verstarb [70].

Dieser Fall unterstreicht die Notwendigkeit einer kritischen Indikationsstellung, insbesondere bei älteren, «immunoseneszenten» PwMS, idealerweise in Zusammenarbeit mit spezialisierten Zentren [1, 2].

Teriflunomid (Aubagio®)

- Teriflunomid wurde für die Behandlung von pädiatrischen PwMS ab zehn Jahren zugelassen.
- In der Phase-III-Studie wurde [49] zwar kein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf den primären Endpunkt der bestätigten klinischen Schübe beobachtet, aber es kam zu einer Verringerung neuer/sich vergrössernder oder kontrastmittelanreichernder Läsionen im MRT. Hierbei kam es in der Placebogruppe häufiger als erwartet zu einem vorzeitigen Wechsel in die offene Verlängerungsstudie (OLE) aufgrund einer hohen Aktivität im MRT, was unter anderem die fehlende statistische Signifikanz erklären könnte.
- Unerwünschte Wirkungen traten in beiden Gruppen häufig auf (Teriflunomidgruppe 88%, Placebogruppe 82%), und schwere Nebenwirkungen wurden in beiden Gruppen beobachtet (11 %). Auf die Phase-III-Studie TERIKIDS folgt derzeit die Langzeit-Beobachtungsstudie über 96 Wochen.

Kommentar: generische krankheitsmodifizierende Therapien und Off-Label-Behandlung mit Rituximab

- Seit 2021 gibt es in der Schweiz generische krankheitsmodifizierende Therapien für die Behandlung von MS.
- Einige Autorinnen und Autoren empfehlen derzeit nicht, PwMS auf ein bioäquivalentes Generikum umzustellen, wenn die Patientinnen und Patienten stabil sind und unter der Originalsubstanz keine Nebenwirkungen auftreten. Allerdings besteht derzeit unter den Zentren kein Konsens. Eine initiale Behandlung mit dem bioäquivalenten Produkt kann jedoch grundsätzlich in Betracht gezogen werden.
- Rituximab wird häufig als Off-Label-Therapie eingesetzt, obwohl keine grösseren Studien hierfür vorliegen [67, 68].
- Nach Ansicht der Autorinnen und Autoren sollte die Off-Label-Therapie mit Rituximab aufgrund zugelassener Alternativen bei PwMS mit stabilem Krankheitsverlauf nur dann unter einem adäquaten Sicherheitsstandard fortgesetzt werden, wenn die Patientinnen und Patienten diese Therapie über einen längeren Zeitraum erhalten haben und wenn keine relevanten Neben-

Tabelle 3: Die MS-Therapielandschaft in der Schweiz im Jahr 2022

		RRMS	RMS	SPMS	PPMS
Hochaktive* Formen	Erstlinientherapie	Cladribin Natalizumab			
	Zweitlinien- [8] / Drittlinientherapie [11]	Alemtuzumab			
Aktive* Formen	Erstlinientherapie	Natalizumab**	Interferon-beta 1b	Interferon-beta 1b****	
		Ocrelizumab	Ocrelizumab	Ocrelizumab	
		Ofatumumab	Ofatumumab	Rituximab***	
		Ponesimod		Siponimod	
		Rituximab***			
Bezeichnung ohne Angabe der Aktivität	Erstlinientherapie	Beta-Interferone			Ocrelizumab
		Dimethylfumarat			
		Diroximelfumarat			
		Fingolimod			
		Glatirameracetat			
		Ozanimod			

Alphabetische Reihenfolge, gemäss Zulassungstext [8, 9], Details siehe oben.

* Es gibt keine allgemeine Definition der Begriffe «aktiv» und «hochaktiv», siehe Details oben.

** Nur für JCPyV-negative Patientinnen und Patienten.

*** Off-label.

**** Langzeitdaten sprechen nicht für den Einsatz von Interferonen bei aktiver SPMS [69].

Abkürzungen: JCPyV: John-Cunningham-Polyoma-Virus; PPMS: primär-progrediente Multiple Sklerose; RMS: schubförmige Multiple Sklerose; RRMS: schubförmig remittierende Multiple Sklerose; SPMS: sekundär-progrediente Multiple Sklerose.

wirkungen und keine Sicherheitsbedenken vorliegen.

- Darüber hinaus sollte die Therapie mit Rituximab bei PwMS in Zusammenarbeit mit einem spezialisierten Zentrum durchgeführt werden; sie erfordert zudem eine individuelle Zusage der Kostenübernahme.

Kommentar zu Schwangerschaft und Stillzeit bei PwMS

- Zahlreiche krankheitsmodifizierende Immuntherapien sind während der Schwangerschaft und Stillzeit kontraindiziert und einige Substanzen unterliegen Einschränkungen für männliche PwMS.
- Daher sollte bei der Wahl der Immuntherapie immer auch die Familienplanung berücksichtigt werden.
- In Ausnahmefällen kann für bestimmte Substanzen die Fortsetzung der Immuntherapie während der Schwangerschaft in Betracht gezogen werden unter Abwägung des Nutzen-Risiko-Profiles und einer engen interdisziplinären Zusammenarbeit. Derzeit wird ein Update zu Immuntherapien bei MS mit Schwerpunkt auf Familienplanung, Schwangerschaft und Stillzeit vorbereitet (Graber, Pot, Chan).

Fazit

Die krankheitsmodifizierende Therapie der MS wird mit dem immer breiter werdenden Arsenal an verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten erfolgreicher, aber auch anspruchsvoller in der differenzierten Indikationsstellung und Überwachung. Tabelle 3 liefert einen Überblick über die MS-Therapielandschaft in der Schweiz im Jahr 2022.

Die Autorinnen und Autoren werden die nationalen Entwicklungen weiterhin regelmässig kommentieren. Wir regen aber auch eine vertiefte Diskussion über eine optimale Versorgungsstruktur an, die allen Anforderungen der zunehmend spezialisierten Therapieformen gerecht wird und idealerweise Neurologinnen und Neurologen aller Versorgungsebenen einbezieht.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Andrew Chan
Departement für Neurologie
Inselspital
Universitätsspital Bern und Universität Bern
Freiburgerstrasse 20
CH-3010 Bern
Andrew.Chan[at]insel.ch

Verdankung

Wir danken der SMSG für die Unterstützung bei der Vorbereitung dieses Kommentars durch Übersetzung und administrativen Support.

Funding Statement

Diese Forschungsarbeit erhielt keine externe Finanzierung.
Zuschüsse und/oder Honorare von der Schweizerischen Multiple Sklerose Gesellschaft ohne Zusammenhang mit dieser Arbeit gingen an: A. Salmen, R. Hoepner, S. Bigi, C. P. Kamm, J. Kuhle, A. Papadopoulou, C. Pot; Zuschüsse von der Europäischen Union melden: T. Derfuss, A. Chan; Unterstützung vom Schweizerischen Nationalfonds bekamen: T. Derfuss, J. Kuhle (Projektnummer: 320030_189140/1), A. Papadopoulou (Projektnummer: P300PB_174480) und A. Chan; Unterstützung von der Universität Basel ging an J. Kuhle, A. Papadopoulou (ebenfalls vom Universitätsspital Basel), von der Progressive MS Alliance an J. Kuhle, von der Baasch Medicus Foundation an A. Salmen und von der «Stiftung zur Förderung der gastroenterologischen und allgemeinen klinischen Forschung sowie der medizinischen Bildauswertung» an A. Papadopoulou.

Conflict of Interest Statement

C. Friedli erhielt Referentenhonorare und/oder Reisekostenerstattungen für Aktivitäten im Zusammenhang mit Biogen, Sanofi Genzyme, Novartis und Merck sowie Forschungsunterstützung von Chiesi. A. Salmen erhielt Referentenhonorare und/oder Reisekostenerstattungen für Aktivitäten im Zusammenhang mit Bristol Myers Squibb, CSL Behring, Novartis und Roche. Sie ist Mitglied der Redaktionsleitung von *Frontiers in Neurology – Multiple Sclerosis and Neuroimmunology*. R. Hoepner erhielt Honorare als Referent/Berater von Merck, Novartis, Roche, Biogen, Alexion, Sanofi, Janssen, Bristol-Myers Squibb und Almirall. In den letzten 5 Jahren erhielt er Forschungsunterstützung von Roche, Merck, Sanofi, Biogen, Chiesi und Bristol-Myers Squibb. Er ist ausserdem Mitherausgeber des *Journal of Central Nervous System Disease*. L. Achtnichts gibt keine Interessenskonflikte an, die sich auf die vorliegende Arbeit

beziehen. S. Bigi erhielt Forschungsunterstützung von Novartis, Sanofi Genzyme und Roche. T. Derfuss erhielt Honorare für seine Tätigkeit als Referent bzw. Arbeit im Vorstand von Actelion (Janssen/J&J), Alexion, Biogen, Celgene (BMS), Genzyme, Merck KGaA (Darmstadt, Deutschland), Novartis und Roche, alle für Krankenhausforschungsfonds. Er erhielt Forschungsunterstützung von Alexion, Biogen und Roche und Swiss Life. Er ist Mitglied des Redaktionsausschusses von Plos One und Vorstandsmitglied von ECTRIMS. C. Gobbi: Der Arbeitgeber, das Departement für Neurologie des Regionalspitals Lugano (EOC), Lugano, Schweiz, erhält finanzielle Unterstützung für CGs Vortrags-, Ausbildungs- und Forschungstätigkeit oder Reisekostenzuschüsse von Abbvie, Almirall, Biogen Idec, Celgene, Sanofi, Merck, Novartis, Teva Pharma und Roche. N. Kamber erhielt Reisekostenzuschüsse und/oder Referentenhonorare und war in Beratungsgremien für Alexion, Biogen, Merck, Sanofi Genzyme und Roche tätig, sie erhielt ausserdem Forschungsunterstützung von Biogen. C. P. Kamm erhielt Honorare für Vorträge sowie Forschungsunterstützung von Biogen, Novartis, Almirall, Teva, Merck, Sanofi Genzyme, Roche, Eli Lilly, Janssen und Celgene. J. Kühle erhielt Referentenhonorare, Forschungsunterstützung und Reisekostenzuschüsse und/oder war in Beratungsgremien von Bayer, Biogen, Bristol Myers Squibb, Celgene, Merck, Novartis, Octave Bioscience, Roche und Sanofi tätig. P. Lalive erhielt Honorare für Vorträge und/oder Reisekostenzuschüsse von Biogen, Merck, Novartis und Roche; Beraterhonorare von Biogen, GeNeuro, Merck, Novartis und Roche sowie Forschungsunterstützung von Biogen, Merck und Novartis. S. Müller erhielt Reisekostenerstat-

tungen und/oder Honorare als Referent/Berater von Almirall, Alexion, Bayer, Biogen, Bristol-Myers Squibb, Celgene, Genzyme, Merck-Serono, Teva, Novartis und Roche. A. Papadopoulou erhielt ein Referentenhonorar von Sanofi-Genzyme und Reisekostenzuschüsse von Bayer AG, Teva, Lilly und F. Hoffmann-La Roche. C. Pot erhielt Honorare als Referentin/Beraterin von Merck, Novartis, Roche, Biogen und Sanofi. C. Zecca: Der Arbeitgeber, das Departement für Neurologie des Regionalspitals Lugano (EOC), Lugano, Schweiz, erhält finanzielle Unterstützung für CZs Vortrags-, Ausbildungs- und Forschungstätigkeit oder Reisekostenzuschüsse von Abbvie, Almirall, Biogen Idec, Celgene, Sanofi, Merck, Novartis, Teva Pharma und Roche. A. Chan erhielt Honorare für seine Referenten-/Beirats-tätigkeit von Actelion (Janssen/J&J), Alexion, Almirall, Bayer, Biogen, Celgene (BMS), Genzyme, Merck KGaA (Darmstadt, Deutschland), Novartis, Roche und Teva, alle für Krankenhausforschungsfonds. Er erhielt Forschungsunterstützung von Biogen, Genzyme und UCB. Er ist Mitherausgeber des European Journal of Neurology, Mitglied des Redaktionsausschusses für Clinical and Translational Neuroscience und Themenredakteur für das Journal of International Medical Research. Potentielle Interessenkonflikte aller Mitglieder der Autorengruppe wurden von der SMSG gemäss ihren Standards geprüft.

Author Contributions

Konzeptualisierung: A.C., A.S. und C.F.; Methodik: A.C., A.S. und C.F.; Software: nicht zutreffend; Validierung: nicht zutreffend; formale Analyse: A.C. und C.F.; Unter-

suchung: A.C. und C.F.; Ressourcen: A.C. und C.F.; Datenkuratierung: A.C. und C.F.; Erstellung des schriftlichen Originalentwurfs: A.C. und C.F.; Formulierung, Überprüfung und Bearbeitung: C.F., A.S., R.H., L.A., S.B., T.D., C.G., N.K., C.K., J.K., P.L., S.M., A.P., C.P., C.Z. und A.C.; Visualisierung: A.C. und C.F.; Aufsicht: A.C.; Projektverwaltung: A.C. Alle Autorinnen und Autoren haben die veröffentlichte Fassung des Manuskripts gelesen und sind damit einverstanden.



Literatur

Die vollständige Literaturliste und den Online-Appendix finden Sie online unter: <https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1320596332>.

Anzeige

Allgemeine Innere Medizin

30.01. – 03.02.24 Basel 40 SGAIM
11. – 15.06.2024 Zürich 40 h
13. – 16.11.2024 Zürich 32 h

Innere Medizin

25. – 29.06.2024 Zürich 40 h
03. – 07.12.2024 Zürich

Hausarzt

Fortbildungstage 14 h

07. – 08.03.2024 St. Gallen
14. – 15.03.2024 Bern
05. – 06.09.2024 Basel
12. – 13.09.2024 Bern
27. – 28.09.2024 Luzern

Allergologie

27. – 28.11.2024 Zürich 14 h

Anästhesiologie

und Intensivmedizin 16 h

04. – 05.06.2024 Zürich

Diabetes

07. – 09.11.2024 Zürich 21 h

EKG

10. – 11.06.2024 Zürich Grundkurs
28. – 29.10.2024 Zürich Aufbaukurs 16 h

Gynäkologie

02. – 04.05.2024 Zürich 24 h
28. – 30.11.2024 Livestream

Kardiologie

15. – 16.11.2024 Zürich 12 h

Nephrologie

27. – 28.09.2024 Zürich 12 h

Neurologie

29. – 30.11.2024 Zürich 16 h

Ophthalmologie

13. – 14.06.2024 Zürich 16 h

Pädiatrie

11. – 13.04.2024 Zürich 24 h
28. – 30.10.2024 Zürich

Pneumologie

03. – 04.05.2024 Zürich 14 h

Psychiatrie und Psychotherapie

06. – 08.06.2024 Zürich 21 h
07. – 09.11.2024 Livestream

Psychologie

26. – 28.11.2024 Livestream 21 h

Rheumatologie

03. – 04.12.2024 Zürich 14 h

Urologie

24.05.2024 Zürich 7 h

Teilnahme vor Ort oder via Livestream

Update Refresher

FOMF Bonus – Rabattcode*: **INSAEZ0124**

Information / Anmeldung

Tel.: 041 567 29 80 | info@fomf.ch | www.fomf.ch

* gültig bis zum letzten Kurstag, 10 CHF auf Kursbuchung & Mitgliedschaft, nicht rückwirkend einlösbar

Medienpartner



Schwere Parkinson-Komplikation

Akinetische Krise als Ursache einer respiratorischen Insuffizienz

Eveline Kruis^a, dipl. Ärztin; Dr. med. David Hürlimann^a; Dr. med. Sebastian Zaremba^{b,c}^a Interdisziplinäre Notfallstation, Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern; ^b Neurologie, Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern; ^c Klinik für Schlafmedizin Luzern, ZURZACH Care, Luzern

Hintergrund

Bei einer Prävalenz von 108–257/100 000 Einwohnerinnen und Einwohnern [1] leben in der Schweiz ungefähr 15 000 Personen mit einem Parkinson-Syndrom. Unter ihnen leiden ungefähr 75% an einem Morbus Parkinson, einem der häufigsten neurodegenerativen Krankheitsbilder bei älteren Menschen. Das klinische Bild besteht aus verminderter Spontanmotorik im Sinne einer Hypo- bis Akinesie sowie mindestens einem der folgenden Symptome: Rigor, Ruhetremor oder posturale Instabilität. Für die Therapie werden häufig Levodopamin (L-Dopa) und Dopaminagonisten eingesetzt, aber auch andere Präparate stehen zur Verfügung. Bei einer akuten Verschlechterung der Symptomatik, ausgelöst durch exogene oder endogene Faktoren, spricht man von einer akinetischen Krise [2].

Fallbeschreibung

Anamnese

Ein 83-jähriger Patient wurde durch den Rettungsdienst mit allgemeiner Schwäche und respiratorischer Partialinsuffizienz auf die Notfallstation zugewiesen. In der Vorgeschichte war im Jahr 2013 ein zu jenem Zeitpunkt noch Tremor-dominantes Parkinson-Syndrom bei Morbus Parkinson (Hoehn-und-Yahr-Stadium III–IV) mit rezidivierendem Harnverhalt bei zusätzlicher Prostatahyperplasie diagnostiziert worden, weshalb der Patient Dauerkatheterträger war. Die Ehefrau berichtete, dass der Patient seit dem Vortag gehustet, sich aber ansonsten gut gefühlt habe. Am Vorstellungstag sei der Patient im Tagesverlauf sehr müde gewesen, und es sei eine allgemeine Schwäche aufgefallen. Als der Patient seine Parkinson-Medikation am Abend nicht mehr schlucken konnte, habe die Ehefrau sich Sorgen gemacht und den Rettungsdienst alarmiert. Die Umgebungsanamnese für infektiöse Erkrankungen war negativ und der Patient dreifach gegen COVID-19 geimpft. Auf der Notfallstation konnte der Patient lediglich einzelne geschlos-

sene Fragen beantworten, die meisten Antworten waren jedoch unverständlich.

Status

Bei Eintreffen des Rettungsdienstes auf der Notfallstation wies der tachypnoeische Patient (Atemfrequenz 24/min) eine periphere Sauerstoffsättigung von 91% auf, trotz Gabe von 15 l/min Sauerstoff (O₂) über eine Non-Rebreathing-Maske. Die Atemwege waren frei. Die Lungen waren beidseits belüftet mit bibasalen, diskreten, feinblasigen Rasselgeräuschen. Der Patient war hämodynamisch stabil mit einem Blutdruck von 137/74 mmHg und arrhythmischer Herzfrequenz von 72/min ohne klinischen Hinweis auf eine Minderperfusion der Haut. Im Elektrokardiogramm (EKG) zeigte sich ein bislang nicht dokumentiertes normokardes Vorhofflimmern. Der «Glasgow Coma Score» lag bei 12 Punkten (A3 M6 V3), die Pupillen waren isokor und beidseits prompt lichtreagibel. Der Patient wirkte lethargisch, bewegte sich wenig, sprach wenige, schlecht artikulierte Worte und war febril mit 38,5 °C.

Befund

Im ergänzend durchgeführten «extended focussed assessment with sonography» (eFAST) konnten ein Pneumothorax, Pleuraergüsse, ein Perikarderguss und intraabdominale freie Flüssigkeit ausgeschlossen werden. Die arterielle Blutgasanalyse zeigte eine respiratorische Partialinsuffizienz (Tab. 1) und eine partiell kompensierte respiratorische Alkalose.

Der alveolo-arterielle O₂-Gradient war mit 83,7 kPa im Vergleich zum altersadaptiert erwarteten Gradienten von 3,2 kPa deutlich erhöht. Die Entzündungswerte waren leicht über der Norm (Tab. 2).

Der nasopharyngeale Multiplex-Polymerase-Kettenreaktions-(PCR-)Test (inklusive SARS-CoV-2-PCR) war negativ. Im konventionellen Röntgenbild des Thorax konnten rechtsbetonte bilaterale Unterlappeninfiltrate nachgewiesen werden (Abb. 1).

Laborchemisch fiel eine Erhöhung der Nierenretentionsparameter auf. Trotz nachweisbarer Urinsekretion über den Blasenkatheter zeigte sich sonographisch ein Harnstau

Tabelle 1: Arterielle Blutgasanalyse bei Eintritt (unter 15 l/min Sauerstoff via Non-Rebreathing-Maske)

Laborwert	Resultat	Referenzbereich
pH	7,48 (↑)	7,35–7,45
pCO ₂	3,5 kPa (↓)	4,7–6,1 kPa
pO ₂	7,0 kPa (↓)	9,5–13,9 kPa
HCO ₃ ⁻	19 mmol/l (↓)	21–26 mmol/l
Natrium	146 mmol/l	136–146 mmol/l
Kalium	3,3 mmol/l (↓)	3,5–5,0 mmol/l
Chlorid	117 mmol/l (↑)	98–106 mmol/l
Glukose	8,1 mmol/l (↑)	
Laktat	1,50 mmol/l	0,5–1,6 mmol/l

HCO₃⁻: Bikarbonat; pCO₂: Kohlendioxidpartialdruck; pO₂: Sauerstoffpartialdruck; (↑): erhöhter Wert; (↓): erniedrigter Wert.

Tabelle 2: Relevante Laborbefunde bei Eintritt

Laborwert	Resultat	Referenzbereich
Hämoglobin	134 g/l (↓)	140–180 g/l
Thrombozyten	162 G/l	150–350 G/l
Leukozyten	10,0 G/l (↑)	4,0–10,0 G/l
Neutrophile gesamt	89,6% (↑)	45,0–75,0%
Eosinophile	0,0% (↓)	0,1–5,0%
Lymphozyten	4,3% (↓)	25,0–45,0%
CRP	42,3 mg/l (↑)	<5,0 mg/l
Kreatinin	135 µmol/l (↑)	59–104 µmol/l
Harnstoff	19,0 mmol/l (↑)	<11,9 mmol/l
CK gesamt	157 U/l	<190 U/l
ALAT	10 U/l	<50 U/l
Alkalische Phosphatase	49 U/l	40–129 U/l
TSH	1,26 mIU/l	0,27–4,20 mIU/l

ALAT: Alanin-Aminotransferase; CK: Kreatinkinase; CRP: C-reaktives Protein; TSH: Thyreotropin; (↑): erhöhter Wert; (↓): erniedrigter Wert.

2. Grades beidseits mit einem Blasenrestvolumen von 1200 ml. Der Dauerkatheter wurde gewechselt, wobei auffiel, dass der alte Katheter mit Sediment inkomplett verstopft war.

Diagnose

Zusammenfassend waren obgenannte Befunde vereinbar mit einer ambulant erworbenen

Pneumonie, wobei differentialdiagnostisch auch eine Aspirationspneumonie bei Alters- und Parkinson-assoziiertes Dysphagie denkbar war. Ergänzend bestand ein akutes Nierenversagen (AKI) Stadium 2 infolge von oder mitbedingt durch eine postrenale Obstruktion. Im Wissen um das bestehende Parkinson-Syndrom fiel auf, dass der Patient kaum



Abbildung 1: Röntgenbild des Thorax im Liegen, anterior-posteriore Strahlengänge. Aufnahme bei Eintritt mit Nachweis von Infiltraten in beiden Unterlappen.

Spontanbewegungen zeigte und eine ausgeprägte Rigidity aufwies, bei zuletzt fehlender Fähigkeit, die abendliche Dosis Levodopa/Benserazid einzunehmen. Interessanterweise zeigte sich im Befund der arteriellen Blutgasanalyse keine Hypoventilation, wie sie bei rigidem Thorax intuitiv zu erwarten wäre. Die Hypokapnie und der stark erhöhte alveoloarterielle O₂-Gradient waren das Ergebnis einer Hyperventilation mit Oxygenationsstörung. Das radiologisch gesehene Infiltrat erklärte sicherlich einen Teil der reduzierten Oxygenation. Die schnelle, aber nicht tief anmutende Atmung war jedoch augenfällig und trug unseres Erachtens ebenfalls zur Oxygenationsstörung bei, am ehesten durch Atelektasen- oder (bei radiologisch nicht eindeutigem Bild einer Atelektase) Dystelektasenbildung.

Therapie und Verlauf

Nach mikrobiologischer Probengewinnung wurde eine empirische intravenöse Antibiotikatherapie mit Amoxicillin/Clavulansäure 2,2g und Clarithromycin 500mg begonnen. Die akinetische Krise wurde bei fehlender Möglichkeit einer oralen Medikamenteneinnahme mit Amantadin 200mg intravenös über drei Stunden anbehandelt, worunter Rigidity, Dysphagie und Dysarthrie innerhalb von zwei Stunden deutlich rückläufig waren. Besonders eindrücklich war die Verbesserung der respiratorischen Situation mit Senkung der Atemfrequenz auf <20/min und zügiger Reduktion der Sauerstoffsubstitution, sodass eine Intubation vermieden werden konnte. Dieser Verlauf erhärtete unseren Verdacht, dass die akinetische Krise mit hoher Atemfrequenz, kleinen Tidalvolumina und konsekutiver Dystelektasenbildung zu einem grossen Teil zur Hypoxämie beigetragen hatte, da ein pneumonisches Infiltrat und auch andere Ursachen für eine Oxygenationsstörung, darunter die Lungenembolie, nicht einen derart schnellen Therapieerfolg gezeigt hätten. Die häusliche Medikation mit Levodopa/Benserazid konnte wieder aufgenommen werden. Der Patient wurde zur Überwachung auf die Intensivstation verlegt, wo die Dosierung von Levodopa/Benserazid symptomorientiert angepasst werden konnte. Darunter waren der Ruhetremor und die Hypokinesie im Verlauf deutlich rückläufig. Eine logopädische Betreuung und physiotherapeutische Massnahmen ergänzten die Behandlung.

Die mikrobiologische Untersuchung ergab das Wachstum von *Providencia rettgeri* im Urin (>10¹⁵), der Nachweis von *Staphylococcus epidermidis* in einer von vier Blutkulturen wurde als Kontamination gedeutet. Somit wurde bei nachgewiesenem Harnstau von einem zusätzlichen komplizierten Harnwegsinfekt ausgegangen. Die antibiotische Therapie

für die bilaterale Pneumonie und die Harnwegsinfektion wurde resistenzgerecht fortgesetzt. Zeitnah konnte der Patient wieder auf Normalstation verlegt werden. Nach zehntägigem Spitalaufenthalt konnte der Patient in Absprache mit ihm selbst und seinen Angehörigen zur Übergangspflege in ein Pflegeheim austreten.

Diskussion

Das klinische Bild einer akinetischen Krise wird durch eine Verschlechterung der motorischen Symptomatik bis hin zum Vollbild der Akinesie charakterisiert. Begleitend können Vigilanzstörungen, Dysphagie, Hyperthermie und vegetative Störungen (u.a. Gastroparese, Obstipation, Hypotonie) auftreten. Laborchemisch ist eine Erhöhung der Kreatinkinase (CK) typisch, letztere kann in der Frühphase aber auch normwertig sein [3]. In einer prospektiven Studie von Onofrij et al. [4] wurde die akinetische Krise mit einer Inzidenz von circa 0,3% aller an Parkinson Erkrankten als eine relativ seltene, jedoch folgenschwere Komplikation beschrieben. Hierbei muss jedoch beachtet werden, dass die Definition «Verschlechterung der motorischen Symptome über mindestens 48 Stunden trotz medikamentöser Therapie» strikter war als die im deutschsprachigen Raum verwendete.

Die genauen pathophysiologischen Mechanismen der akinetischen Krise sind bis anhin unvollständig erforscht. Eine Assoziation mit dem fast kompletten bilateralen Verlust von Dopamintransporter-Bindungen im Striatum konnte durch Kassinen et al. [5] in einem Fallbericht mithilfe eines SPECT-CT («single photon emission computed tomography» plus Computertomographie) gezeigt werden. Die initiale Abklärung einer akinetischen Krise sollte auf die möglichen Auslöser fokussieren. Dazu zählen nicht nur das Absetzen der Parkinson-Medikamente, ihre fehlende Einnahme bei Dysphagie oder ihre mangelnde Wirkung bei Resorptionsstörungen (Gastroenteritis, Gastroparese, Ileus), Interaktionen mit Neuroleptika oder Antibiotika, sondern auch Dehydratation, Infektionen, Traumata und kürzlich stattgehabte Operationen. Bei unserem Patienten kann von einer infektiös mitbedingten Ursache ausgegangen werden.

Differentialdiagnostisch kommen bei febrilen Patientinnen und Patienten mit Akinesie und Rigor auch noch andere Krankheitsbilder infrage. Bei Personen mit bekanntem Morbus Parkinson sollte auch an ein L-Dopa-Entzugssyndrom gedacht werden. Bei diesem tritt die Symptomatik mit Hyperthermie und

CK-Erhöhung meistens innerhalb von 48 Stunden nach Absetzen oder Reduktion der dopaminergen Medikation auf. Ein ähnliches Bild tritt beim «malignant deep brain stimulation-withdrawal syndrome» auf. Ein plötzlicher Ausfall des Neurostimulators kann hierbei zum Bild einer therapierefraktären akinetischen Krise mit zentraler Hyperthermie, Rhabdomyolyse und Multiorganversagen führen [6]. Im Englischen gibt es auch noch den Begriff «parkinsonism-hyperpyrexia syndrome». Dieses Syndrom entspricht eher dem malignen neuroleptischen Syndrom mit vorwiegend vegetativen Begleitsymptomen und möglicher disseminierter, intravasaler Gerinnung [7]. Bei psychiatrisch Vorerkrankten, insbesondere mit schizophrener Psychose, muss an die febrile Katatonie und an das maligne neuroleptische Syndrom gedacht werden, vor allem, wenn im Labor entsprechende Befunde auffallen (Leukozytose, CK-Erhöhung). Ebenso kann eine atypische Manifestation einer Sepsis, Enzephalitis (infektiös oder autoimmun bedingt), Enzephalopathie (toxisch bedingt) oder eines Serotoninsyndroms ein ähnliches klinisches Bild aufweisen. In der Literatur sind auch mehrere Fälle eines akinetischen Mutismus, assoziiert mit schwerem COVID-19-Verlauf, beschrieben worden, insbesondere bei Personen mit vorbekannten neuropsychiatrischen Krankheiten [8].

Die akinetische Krise muss zeitnah behandelt werden. Therapieoptionen umfassen die Gabe von L-Dopa oral oder über eine Magensonde bei vorliegender Schluckstörung, den Dopamin-Agonisten Apomorphin subkutan, oder Amantadin parenteral, wie bei unserem Patienten verwendet. Amantadin wurde als Virostatikum gegen Influenza A entwickelt, wird aber aktuell im deutschsprachigen Raum bei der akinetischen Krise eingesetzt. Eine N-Methyl-D-Aspartat-(NMDA-)Rezeptor-antagonistische Wirkung von Amantadin wird vermutet. In der akinetischen Krise kann intermittierend ein fehlendes Ansprechen auf dopaminerge Medikamente bestehen, weswegen die Krise nicht immer so gut zu durchbrechen ist wie bei unserem Patienten. Regelmässige EKG-Kontrollen sind aufgrund der QTc-Zeit-verlängernden Wirkung unerlässlich. Bei höhergradigen Herzrhythmusstörungen und schwerer Niereninsuffizienz sollte eine andere Therapie erwogen werden. Besonders bei prädisponierten, älteren Personen könnten Psychosen ausgelöst werden [9]. Während der Therapie der akinetischen Krise sollte der Auslöser gesucht und behandelt werden. Hierfür ist oft eine intensivmedizinische Betreuung notwendig. An eine Aspirations-, Thrombose- und Dekubitusprophylaxe sollte gedacht werden [2, 10].

Das Wichtigste für die Praxis

- Bei rigiden Patientinnen und Patienten, insbesondere mit Morbus Parkinson, sollte frühzeitig an eine akinetische Krise gedacht werden.
- Eine akinetische Krise ist eine akute Verschlechterung der motorischen Symptomatik bei einer an Morbus Parkinson erkrankten Person. Der Auslöser für die akinetische Krise, beispielsweise Infektionen, Dehydratation, Malcompliance oder Resorptionsstörungen, sollte aktiv gesucht werden.
- Nach Gabe von Amantadin kann bei einem Teil der Betroffenen eine rasche Besserung der Rigidität beobachtet werden, wodurch sich unter Umständen eine Intubation vermeiden lässt. Aufgrund des hohen Risikos für Komplikationen ist dennoch eine intensivmedizinische Überwachung zu empfehlen.
- Nebenbei bemerkt: auch bei liegendem Dauerkatheter sollte eine postrenale Ursache einer Niereninsuffizienz bei Verschlechterung der Nierenparameter sonographisch ausgeschlossen werden.

Korrespondenz

Eveline Kruis
Interdisziplinäre Notfallstation
Hirslanden Klinik St. Anna
St. Anna-Strasse 32
CH-6006 Luzern
evelinekruis[at]gmail.com

Verdankung

Wir danken Dr. med. Soenke Harms von der Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern, für die radiologischen Aufnahmen.

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

SZ hat angegeben, dass er Mitglied des wissenschaftlichen Ausschusses der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) ist. EK und DH haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter: <https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1145249605>.



Eveline Kruis, dipl. Ärztin
Interdisziplinäre Notfallstation,
Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern

Infektiöse Spätfolge

Sensorische Zervikobrachialgie atypischen Ursprungs

Annette Schnider Strauss, dipl. Ärztin

Klinik für Allgemeine Innere Medizin / Hausarztmedizin und Notfallmedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Fallbeschreibung

Eine 24-jährige, aus dem Jemen stammende Patientin stellte sich im Spital aufgrund von seit drei Monaten bestehenden zervikalen Schmerzen rechts mit Ausstrahlung in den Arm vor. Unter einer bereits etablierten analgetischen Therapie war es zu einer Schmerzexazerbation mit Hyperästhesie im Bereich der rechten Gesichtshälfte sowie einem grenzwertigen Trismus gekommen.

Bei der körperlichen Untersuchung zeigte sich eine Druckdolenz über der Halswirbelsäule (HWS) und dem rechten Musculus trapezius. Zudem fand sich eine Druck- und Klopfdolenz der oberen Brustwirbelsäule (BWS). Die oberen Extremitäten wiesen eine normale Muskelkraft mit Hyposensibilität des rechten Arms auf. Konventionell radiologisch zeigten sich eine zervikale rechtskonvexe skoliotische Fehlhaltung und eine «schorsteinartige» Verbreiterung des oberen Mediastinums, sodass ätiologisch Tumoren wie ein Lymphom oder ein Thymom in Betracht zu ziehen waren [1]. Das Magnetresonanztomogramm (MRT) der Wirbelsäule ergab eine im Vergleich zum Vorbefund (externes MRT) grössenprogrediente intraspinale, extradurale, kontrastmittelaufnehmende, zentral nekrotische Raumforderung (Ausdehnung 38 mm × 26 mm × 12 mm) paramedian rechts in Höhe des Halswirbelkörpers (HWK) 7 bis zum Brustwirbelkörper (BWK) 2 sowie die Destruktion des BWK 1. Die als epidurale Abszess gewerte-

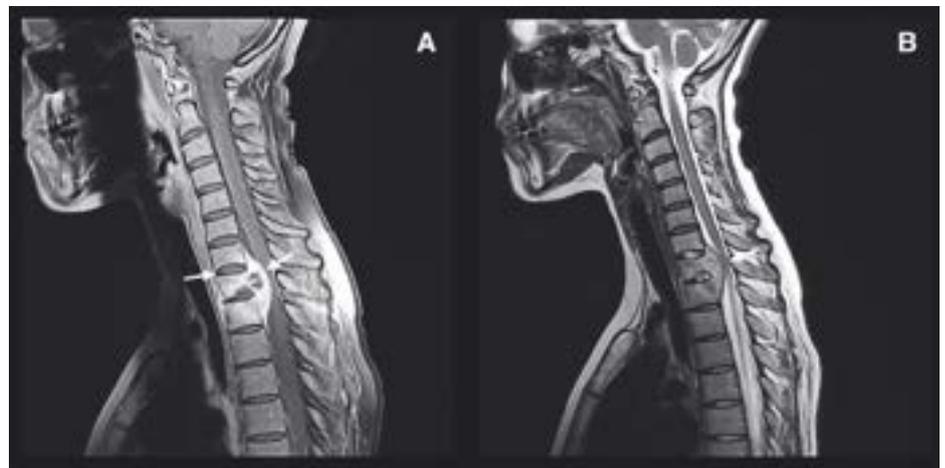


Abbildung 1: Magnetresonanztomogramm der Hals- und Brustwirbelsäule in T1- (A) und T2-Gewichtung (B), Sagittalschnitte. Destruktion des Brustwirbelkörpers 1 und epiduraler Abszess (Pfeile).

te Raumforderung führte an der Hinterfläche der Wirbelkörper (HWK 7 bis BWK 2) zu einer abszessbedingten Spinalkanalstenose mit Myelokompression und Myelopathie (Abb. 1).

Differentialdiagnostisch rückten aufgrund der radiologischen Befunde neben neoplastischen vor allem erregerassoziierte, entzündliche Ursachen in den Fokus, und die multisegmentale Manifestation machte einen atypischen Erreger wahrscheinlich [2, 3]. Eine erneute anamnestische Erhebung ergab, dass in der Kindheit aufgrund einer pulmonalen Tuberkulose eine antibiotische Anbehandlung stattgefunden hatte. Die serologische Unter-

suchung auf Antikörper gegen das humane Immundefizienz-Virus (HIV) und Brucellen war negativ. In Zusammenschau der Befunde wurde eine dringende Indikation zur Wirbelsäulenoperation gestellt. Es erfolgten eine Korporektomie des BWK 1 von ventral einschliesslich Probenentnahme sowie eine ventrale Spondylodese mittels Cage-Implantation (HWK 7 bis BWK 2) und eine Plattenosteosynthese (Abb. 2).

In dem entnommenen Probenmaterial zeigten sich in der primären Mikroskopie einzeln säurefeste Stäbchen, was die Verdachtsdiagnose der spinalen Tuberkulose erhärtete.

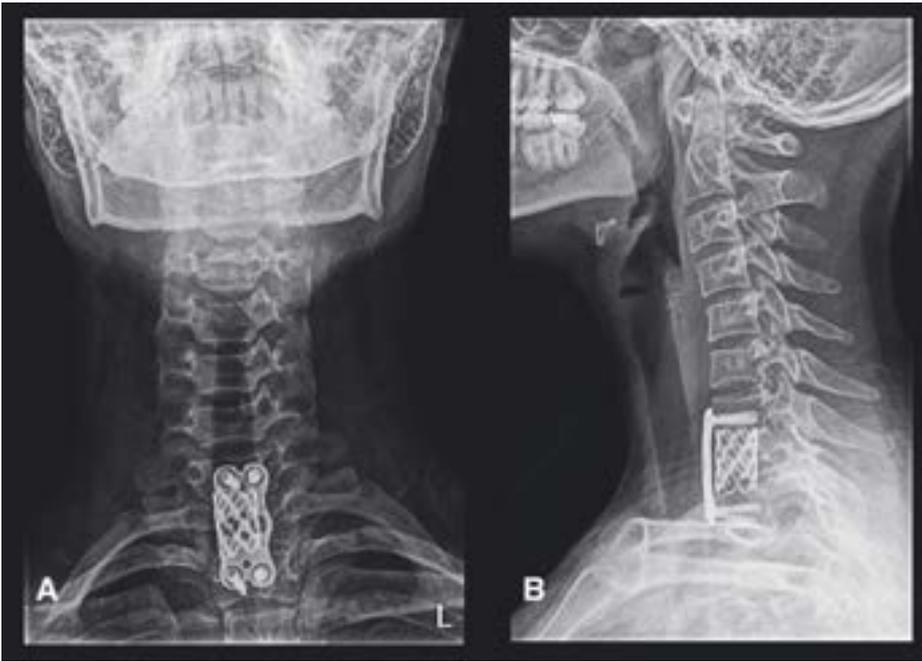


Abbildung 2: Röntgenaufnahmen der Hals- und Brustwirbelsäule in anterior-posteriore (A) und lateraler Projektion (B) nach dem operativen Eingriff. Ventrale Spondylodese (Halswirbelkörper 7 bis Brustwirbelkörper 2) mit Cage-Implantation und Plattenosteosynthese.

Die anschließende Polymerase-Kettenreaktion-(PCR-)Testung war positiv für den *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex, und *Mycobacterium tuberculosis* konnte in der Kultur nachgewiesen werden. Das Antibiogramm zeigte einen pansensiblen Stamm, und es erfolgte die Etablierung einer antibiotischen Vierfachtherapie mit Rifampicin, Isoniazid, Pyrazinamid und Ethambutol für insgesamt zwei Monate, gefolgt von einer Zweifachtherapie mit Isoniazid und Rifampicin für weitere vier Monate [4].

Die klinischen, laborchemischen sowie radiologischen Verlaufskontrollen zeigten ein Ansprechen auf die Antibiotikabehandlung und radiologisch stabile Verhältnisse. Die Patientin war im Verlauf beschwerdefrei und konnte mittels physiotherapeutischer Massnahmen ihre Nacken- und Schultermuskulatur wiederaufbauen.

Diskussion

Die Tuberkulose zählt weltweit zu den häufigsten infektiös bedingten Todesursachen [5]. In der Schweiz tritt sie hingegen selten auf (jährlich 6,5 Fälle pro 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner) [6]. Ein extrapulmonaler Befall tritt bei circa 10–20% der Infektionsfälle auf, davon ist in etwa 50% der Fälle die Wirbelsäule betroffen [7]. Die spinale Tuberkulose (tuberkulöse Spondylitis respektive Spondylodiszitis) ist durch eine Kombination aus Osteomyelitis und Arthritis charakterisiert, die meistens mehrere Wirbelkörper befällt und

bevorzugt in der BWS und dem thorakolumbalen Übergang lokalisiert ist [8]. Die typische anterior betonte Destruktion der befallenen Wirbelkörper führt bei Fortschreiten zur «Pott-Trias» (Gibbus, Abszessbildung und Lähmung) [4]. Die Knochentuberkulose kann durch hämatogene Früh- oder durch Spätstreuung entstehen, auch nach mehrjährigem symptomfreiem Intervall [5]. Eine lange symptomfreie Zeit sowie unterschiedliche Manifestationsorte der Tuberkulose können – wie in dem hier vorgestellten Fall – die Diagnosestellung erschweren. Die Therapieziele beinhalten die Beseitigung der ursächlichen Infektion, die Wiederherstellung der Wirbelsäulenfunktionalität/-stabilität und die Schmerzlinderung [9].

Differentialdiagnostisch sind neben anderen bakteriellen Entzündungen der Wirbelsäule, zum Beispiel der pyogenen vertebraalen Osteomyelitis, die eine spinale Tuberkulose mimetisiert [8], Wirbelmetastasen in Betracht zu ziehen.

Fazit

Aufgrund der unspezifischen Symptome, der oft zeitlich versetzten Manifestation nach Erstinfektion und der niedrigen Inzidenz in unseren Breitengraden kann sich die Diagnosestellung der spinalen Tuberkulose verzögern und sich so das Risiko für schwerwiegende Folgen erhöhen. Der vorliegende Fall demonstriert, dass bei HWS-Symptomatik auch an seltene Ursachen – unter Berücksichtigung möglicher Risikofaktoren – gedacht werden sollte.

Korrespondenz

Annette Schnider Strauss
PizolCare-Praxis Sargans
Bahnhofpark 2a
CH-7320 Sargans
annette.schnider-strauss[at]hin.ch

Verdankung

Ein herzliches Dankeschön an Herrn PD Dr. med. Philipp Kohler, MSc, Leitenden Arzt der Klinik für Infektiologie, Kantonsspital St. Gallen, und an Herrn Prof. Dr. med. Tobias Dietrich, Leitenden Arzt und Fachbereichsleiter Muskuloskeletal, Netzwerk Radiologie, Kantonsspital St. Gallen, für ihre grosse Unterstützung.

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autorin hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Harisinghani MG, McCloud TC, Shepard JA, Ko JP, Shroff MM, Mueller PR. Tuberculosis from head to toe. *Radiographics*. 2000;20(2):449–70; quiz 528–9, 532.
- 2 Rotzinger R, Omid R, Gebhard H, Shariat K, Ahlhelm F. Spondylodiszitis und epiduraler Abszess [Spondylodiscitis and epidural abscesses]. *Radiologe*. 2021;61(3):275–282.
- 3 Sobottke R, Seifert H, Fätkenheuer G, Schmidt M, Gossmann A, Eysel P. Current diagnosis and treatment of spondylodiscitis. *Dtsch Arztebl Int*. 2008;105(10):181–7.
- 4 Herren C, von der Höh N, Dreimann M, et al. Diagnostik und Therapie der Spondylodiszitis – S2k-Leitlinie [Internet]. Hamburg: Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF); 2020 [Abruf am 18.03.2022]. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/assets/guidelines/151-0011_S2k_Diagnostik-Therapie-Spondylodiszitis_2020-10.pdf.
- 5 Robert Koch-Institut (RKI). RKI-Ratgeber: Tuberkulose [Internet]. Berlin: RKI; 2023 [Abruf am 18.03.2022]. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Tuberkulose.html.
- 6 Schoch O. Tuberkulose-Update für Allgemeininternisten. *Swiss Med Forum*. 2018;18(26–27):563–8.
- 7 Rasouli MR, Mirkoochi M, Vaccaro AR, Yarandi KK, Rahimi-Movaghar V. Spinal tuberculosis: diagnosis and management. *Asian Spine J*. 2012;6(4):294–308.
- 8 Heller M, Davis KH, Rauschmann M, Vogl T, et al. Radiologische Bildgebung der Spondylodiszitis. *Die Wirbelsäule*. 2017;01(04):245–54.
- 9 Herren C, Jung N, Pishnamaz M, Breuninger M, Siewe J, Sobottke R. Spondylodiscitis: Diagnosis and treatment options. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(51–52):875–82.



Annette Schnider Strauss, dipl. Ärztin
Klinik für Allgemeine Innere Medizin /
Hausarztmedizin und Notfallmedizin,
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

STELLENMARKT

Alle Stellenanzeigen online unter jobs.saez.ch

Insertionen

Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Arztverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz
Telefon 061 467 85 71
E-Mail: stellenmarkt@emh.ch
Online-Jobportal: <https://jobs.saez.ch>

Insertionspreise exkl. MWST (schwarz/weiss)

1/1 Seite/page	186 × 256 mm = CHF 3984.–
3/4 Seite/page	186 × 190 mm = CHF 3174.–
1/2 Seite/page	88 × 256 mm = CHF 2279.–
	186 × 126 mm = CHF 2279.–
3/8 Seite/page	88 × 190 mm = CHF 1874.–
5/16 Seite/page	88 × 158 mm = CHF 1579.–
1/4 Seite/page	88 × 126 mm = CHF 1299.–
	186 × 62 mm = CHF 1299.–
1/8 Seite/page	88 × 62 mm = CHF 639.–
1/16 Seite/page	88 × 30 mm = CHF 339.–

Alle Preise zuzüglich 7,7% MWST.

Online-Schaltung ab 1/4 Seite inkl.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Tous les prix avec 7,7% TVA en sus.

Publication en ligne incluse à partir d'un 1/4 de page

Dernier délai: 14 jours avant parution



**Zeigen Sie Herz.
Helfen Sie uns helfen.**

Die Schweizerische Herzstiftung fördert die Forschung, berät Patientinnen und Patienten und motiviert zur Vorbeugung durch ein gesünderes Leben.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.
IBAN CH21 0900 0000 3000 4356 3
www.swissheart.ch/spenden



Schweizerische
Herzstiftung



spitäler schaffhausen

Oberärztin / Oberarzt Geriatrie (50%)

Für die Abteilung Geriatrie suchen wir ab Januar 2024 oder nach Vereinbarung eine/einen Oberärztin/Oberarzt Geriatrie (50%)

Die geriatrische Abteilung der Spitäler Schaffhausen umfasst die Bereiche Akutgeriatrie, Geriatrie und neurologische Rehabilitation, Übergangspflege und Memoryclinic.

Das erwartet Sie

- Kaderärztliche Betreuung der stationären Patienten (Akutgeriatrie, Rehabilitation und Übergangspflege)
- Supervision der Assistenzärzte
- Bei Interesse Beteiligung an der geriatrischen Sprechstunde/Memoryclinic
- Mitwirken bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- Eine interessante, anspruchsvolle und breitgefächerte Tätigkeit im interdisziplinären Rahmen mit motivierten Mitarbeitenden, die die gesamte Palette der geriatrischen Versorgung umfasst
- Anerkannte FMH-Weiterbildungsstätte für Geriatrie (B) und Innere Medizin (C)
- Geregelte Arbeitszeiten ohne Notfalldienst

Damit bringen Sie uns weiter

- Einen Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin, idealerweise mit Schwerpunkt Geriatrie oder mit Interesse, sich in Geriatrie weiterzubilden
- Sozialkompetenz und empathischer Umgang mit älteren Menschen und deren Angehörigen
- Teamfähigkeit und Freude an interdisziplinärer Zusammenarbeit
- Fähigkeit zu selbständigem Arbeiten
- Bereitschaft, sich an der Weiterbildung unserer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte zu beteiligen

Die Spitäler Schaffhausen als Arbeitgeber

Die Spitäler Schaffhausen umfassen das Kantonsspital sowie die Psychiatrischen Dienste. Unser Leistungsangebot stellt die erweiterte medizinische und pflegerische Grundversorgung für die Bevölkerung der Region Schaffhausen sicher. Mit etwa 11 000 stationären Patienten/-innen, gut 80 000 ambulanten Behandlungen pro Jahr und über 1600 Mitarbeitenden zählen wir zu den grössten Unternehmen im Kanton und sind eine der wichtigsten Ausbildungsinstitution der ganzen Region. Wir sind eine selbstständige Institution des öffentlichen Rechts.

Haben Sie noch Fragen?

Dr. med. Jan Kuchynka
Chefarzt Geriatrie,
Rheumatologie und
Rehabilitation
+41526348600

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung

Michael Bissig
HR Berater
+41526342847



L'Université de Genève est une institution polyvalente au rayonnement international, classée parmi les meilleures universités du monde.

Sa Faculté de médecine compte 3500 étudiant-es et plus de 200 groupes de recherche. Avec les Hôpitaux Universitaires de Genève, elle constitue un pôle majeur d'enseignement, de recherche et d'innovation en médecine et en sciences de la vie.

Pionnière de renommée mondiale dans le développement de la bioinformatique, la Section de médecine fondamentale de la Faculté ouvre un appel à candidature pour un poste de:

PROFESSEUR-E ORDINAIRE ou ASSOCIE-E dans le domaine la bioinformatique

DESCRIPTION DU POSTE:

- Etablir et maintenir un programme de recherche compétitif soutenu par des financements extérieurs
- Assumer des tâches d'enseignement et de service au sein de la Faculté de médecine, et particulièrement pour la recherche fondamentale
- Diriger une équipe de recherche
- Assumer la responsabilité académique de la plateforme de bioinformatique de la Faculté de médecine

EXIGENCES:

- PhD ou MD-PhD
- Expertise démontrée en recherche bioinformatique
- Capacité à développer une ligne de recherche compétitive axée sur le développement d'outils bioinformatiques innovants dans l'un des domaines prioritaires de la Faculté de médecine (neurosciences, immunologie et relations hôte-pathogènes, maladies métaboliques et oncologie notamment)
- Titulaire de fonds de recherche compétitifs et auteur-e de publications dans des revues internationales de haut niveau

**ENTREE EN FONCTION: 1^{er} décembre 2024
ou à convenir**

Inscription en ligne obligatoire avant le 8 mars 2024 sur: <http://www.unige.ch/academ>

Pour tout renseignement complémentaire, contacter: viviane.burghardt@unige.ch

Dans une perspective de parité, l'Université encourage les candidatures féminines.

175831-3



Die Clinique Le Noirmont, inmitten einer intakten und sonnenbeschienenen Natur, ist ein nationales Referenzzentrum für kardiovaskuläre, internistische, onkologische, psychosomatische und muskuloskeletale Rehabilitation mit aktuell 100 Patientenbetten. Die nicht gewinnorientierte privatrechtliche Genossenschaft beschäftigt rund 180 bis 200 Mitarbeitende und empfängt ungefähr 1 500 Patienten pro Jahr. Unser Einzugsgebiet deckt die Kantone Jura, Bern und Neuenburg sowie die Nordwestschweiz ab. In unserem multidisziplinären, überschaubaren Umfeld hat jeder Einzelne Gewicht. Die jurassischen Freiberge bieten viel Lebensqualität und liegen in Pendeldistanz zu Biel, Neuenburg oder Basel.

Zur Ergänzung unseres Ärzteteams suchen per sofort oder nach Vereinbarung:

Chefarzt (m/w) Kardiovaskuläre Rehabilitation (80–100%)

Ihre Aufgaben: Sie stellen die medizinische Betreuung der Patienten der kardiovaskulären Rehabilitation sicher und verantworten unser gesamtes Kardiovaskulär-medizinisches Angebot organisatorisch und personell. Sie führen das ärztliche Team, das aus drei leitenden Ärzten, drei Kliniken Chefärzten und vier Assistenzärzten besteht. Dieses Team wird von einem proaktiven und motivierten medizinischen Sekretariat unterstützt. Sie arbeiten eng mit den Mitarbeitenden der Pflege, der Physio- und Ergotherapie zusammen. Sie schätzen und pflegen einen regen reichsübergreifenden Austausch.

Was Sie mitbringen: Sie verfügen über in der Schweiz anerkannte Facharztstitel in Kardiologie und Ihre Ausbildung wird idealerweise durch ein anerkanntes Facharztmittel in Innere Medizin ergänzt, mehrere Jahre klinische Erfahrung aus einer kardiologischen Klinik sowie Erfahrung in der kardiovaskulären Rehabilitation, mindestens 3 Jahre (Art. 37 Abs. 1 KVG). Sie sind mit dem Schweizerischen Gesundheitswesen vertraut, französischer oder deutscher Muttersprache mit guten Kenntnissen der jeweils anderen Sprache.

Wir bieten Ihnen: Sie führen die innere kardiologische Abteilung. Dank Ihren Kompetenzen und Fähigkeiten prägen Sie Angebot und Qualität unserer Leistungen und damit unsere Reputation. Sie wirken bei der Festlegung unserer Strategie und der Budgeterarbeitung mit. Sie sind Mitglied der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat mit beratender Stimme.

Auskünfte erhalten Sie bei Herr Direktor Arian Kovacic, Tel. 032 957 55 00.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an Clinique Le Noirmont, Human Resources, Chemin de Roc-Montès 20, 2340 Le Noirmont, rh@clen.ch

171241-3



Die Clinique Le Noirmont, inmitten einer intakten und sonnenbeschienenen Natur, ist ein nationales Referenzzentrum für kardiovaskuläre, internistische, onkologische, psychosomatische und muskuloskeletale Rehabilitation mit aktuell 100 Patientenbetten. Die nicht gewinnorientierte privatrechtliche Genossenschaft beschäftigt rund 180 bis 200 Mitarbeitende und empfängt ungefähr 1 500 Patienten pro Jahr. Unser Einzugsgebiet deckt die Kantone Jura, Bern und Neuenburg sowie die Nordwestschweiz ab. In unserem multidisziplinären, überschaubaren Umfeld hat jeder Einzelne Gewicht. Die jurassischen Freiberge bieten viel Lebensqualität und liegen in Pendeldistanz zu Biel, Neuenburg oder Basel.

Im Zuge einer Nachfolgelösung suchen wir für einen Eintritt per **1. Juli 2024** oder n.V.

Chefarzt (m/w) oder Leitender Chefarzt Muskuloskeletale Rehabilitation (80–100 %)

Ihre Aufgaben: Sie stellen die medizinische Betreuung der Patienten der muskuloskeletale Rehabilitation sicher und verantworten unser gesamtes medizinisches Angebot organisatorisch und personell. Sie führen das ärztliche Team, das aus drei leitenden Ärzten, drei Kliniken Chefärzten und vier Assistenten besteht. Dieses Team wird von einem proaktiven und motivierten medizinischen Sekretariat unterstützt. Sie arbeiten eng mit den Mitarbeitenden der Pflege, der Physio- und Ergotherapie zusammen. Sie schätzen und pflegen einen regen bereichsübergreifenden Austausch.

Was Sie mitbringen: Sie besitzen einen Facharztstitel für Physikalische Medizin und Rehabilitation oder vergleichbares, mehrere Jahre klinische Erfahrung aus einer muskuloskeletale Klinik sowie Erfahrung in der muskuloskeletale Rehabilitation, mindestens 2 Jahre. Sie sind mit dem Schweizerischen Gesundheitswesen vertraut, französischer oder deutscher Muttersprache mit guten Kenntnissen der jeweils anderen Sprache.

Wir bieten Ihnen: Sie führen die innere medizinische und muskuloskeletale Abteilung. Dank Ihren Kompetenzen und Fähigkeiten prägen Sie Angebot und Qualität unserer Leistungen und damit unsere Reputation. Sie wirken bei der Festlegung unserer Strategie und der Budgeterarbeitung mit. Sie sind Mitglied der Geschäftsleitung und dem Verwaltungsrat mit beratender Stimme.

Auskünfte erhalten Sie bei Herr Direktor Arian Kovacic, Tel. 032 957 55 00.

Schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an Clinique Le Noirmont, Human Resources, Chemin de Roc-Montès 20, 2340 Le Noirmont, rh@clen.ch

171243-3



177654-3

Unter dem Dach «Center da sandà Engiadina Bassa» (CSEB) / «Gesundheitszentrum Unterengadin» gehen wichtige regionale Anbieter in den Bereichen Gesundheitsversorgung und Wellness einen gemeinsamen Weg. In der Nationalparkregion erwartet Sie eine wunderbare Umgebung mit vielseitigen Erholungs- und Sportmöglichkeiten.

Das Ospidal in Scuol ist ein Spital der akutmedizinischen Grundversorgung für die einheimische Bevölkerung sowie die Feriengäste im Unterengadin/Samnaun. Es umfasst die medizinischen Bereiche Chirurgie, Orthopädie, Innere Medizin und Palliative Care, Komplementärmedizin sowie Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesiologie/Schmerztherapie/Notfallmedizin. Konsiliarisch stehen zur Verfügung: Augenheilkunde, Dermatologie, Gastroenterologie, HNO/URL, Onkologie, Pädiatrie und Psychiatrie. Das Spital verfügt über modernste Infrastruktur mit KIS, RIS und PACS inkl. diverser telemedizinischer Verbindung für die Radiologie (inkl. CT, Gelenks-MRI), telemedizinische Videokonferenzen sowie Fortbildungen. Ein moderner OP-Trakt mit 2 Sälen sowie ein eigenes CRM-Simulationszentrum runden das Angebot ab.

Der Abteilung für Anästhesiologie sind der regionale Rettungs- und Notarzdienst, die Schmerztherapie sowie die Transfusionsmedizin zugeordnet, eine interdisziplinäre Intermediate Care Station ist vorhanden.

Zur Verstärkung unseres Teams zur Abdeckung des Notarztdienstes suchen wir per **1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung** eine/-n

Leitende Ärztin / Leitender Arzt Anästhesiologie mit Notarzt / Notärztin SGNOR Penum ca. 80%

Anforderungsprofil

- Facharzttitel für Anästhesiologie oder äquivalenter Abschluss.
- Umfassende Kenntnisse in allen gängigen Verfahren der Allgemein- und Regionalanästhesien bei allen Altersgruppen
- **Fähigkeitsausweis „Präklinische Notfallmedizin / Notarzt SGNOR“** sowie ausreichend intensivmedizinische Erfahrung
- Idealerweise Fähigkeitsausweis/Zusatzweiterbildung bzw. Interesse an multimodaler und/oder interventioneller Schmerztherapie
- Eine kommunikative, teamorientierte Persönlichkeit, die gerne aktiv auch mit Kolleginnen und Kollegen anderer Disziplinen zusammenarbeitet

Unser Angebot

- Moderne, dem Leistungsangebot angepasste Infrastruktur
- Mitarbeit in einem motivierten interdisziplinären Team
- Gute Sozialleistungen und betriebliche Vorsorge
- Arbeiten und leben in der intakten Naturlandschaft des Engadins (Nationalparkregion) mit hohem Sport- und Freizeitwert

Für weitere Auskünfte steht Ihnen Herr Dr. Joachim Koppenberg, Chefarzt Anästhesiologie und Spitaldirektor, Tel. +41 81 861 10 07, gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns über Ihre aussagekräftige online Bewerbung

Gesundheitszentrum Unterengadin

Personaldienst
Via da l'Ospidal 280
CH-7550 Scuol



Details unter
www.cseb.ch/jobs



SPITALREGION
RHEINTAL
WERDENBERG
SARGANSERLAND

17772-3

Unsere rund 1'300 Mitarbeitenden in den Spitälern Altstätten und Grabs leisten die spitalmedizinische Versorgung für rund 170'000 Menschen in der Region. Jährlich behandeln wir rund 13'000 stationäre Patientinnen und Patienten und verzeichnen ca. 110'000 ambulante Konsultationen. Dank der Kooperation mit dem Kantonsspital St.Gallen können wir wohnortnah medizinische Zentrumsleistungen anbieten, die deutlich über die Grundversorgung hinausgehen.

Für die Gastroenterologie am Standort **Grabs** suchen wir per 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine/-n

Oberärztin/-arzt Gastroenterologie

80-100%

Ihre Aufgaben

Sie führen eine eigene Sprechstunde, speziell von IBD und IBS Patienten und führen sowohl im ambulanten und stationären Rahmen Endoskopien mit den dazugehörigen Interventionen durch. Ausserdem nehmen Sie am täglichen Morgenrapport der Medizin, den wöchentlichen interdisziplinären Fallbesprechungen inkl. dem Tumorboard teil. Im Rahmen der Assistentenfortbildung übernehmen Sie ein aktives Teaching.

Ihr Profil

Sie haben die Facharztausbildung Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie abgeschlossen. Sie verfügen über Erfahrungen in der Hepatologie sowie bei der Betreuung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Sie haben Teamgeist mit guten kommunikativen Fähigkeiten und sind an einer optimalen interdisziplinären Zusammenarbeit mit Chirurgen, Onkologen und Pflege interessiert.

Unser Angebot

Es erwartet Sie eine abwechslungsreiche und anspruchsvolle Tätigkeit in der neu ausgebauten Endoskopie auf technischem Top-Level. Sie erhalten die Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung und Weiterentwicklung des Fachbereichs mit einem motivierten Team in einem freundlichen Umfeld. Die persönliche Aus-, Fort- und Weiterbildung wird aktiv gefördert und grosszügig unterstützt. Unsere Personalpolitik ist familienfreundlich mit zeitgemässen Anstellungsbedingungen (inkl. Möglichkeit zur Teilzeitanstellung und Rotationsmöglichkeiten innerhalb der Spitalregion). Eine Kinderkrippe/-tagesstätte ist in der Umgebung vorhanden. Sie werden nach kantonalen Richtlinien angestellt.

Ihre Bewerbung

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung. Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Dr. med. Matthias Zellweger, Leitender Arzt Gastroenterologie, Tel. +41 81 772 51 63. Kontaktaufnahmen von Publikations- und Vermittlungsunternehmen sind nicht erwünscht.

ONLINE-BEWERBUNG unter
www.jobs.srrws.ch



Spitalverbund
Appenzell Ausserrhoden

17781-3

Wir suchen per 1.3.2024 oder nach Vereinbarung eine/n

Oberärztin mbF / Oberarzt mbF

Chirurgie 80 – 100 % (m,w,d)

Der Spitalverbund Appenzell Ausserrhoden mit dem Akutspital Herisau und dem Psychiatrischen Zentrum AR in Herisau stellt die erweiterte medizinische Grundversorgung für die Bevölkerung im Kanton Appenzell Ausserrhoden sicher und ist auch für einen grossen Teil der Bevölkerung der umliegenden Region erste Anlaufstelle. Beide Standorte sind für den Kanton und darüber hinaus versorgungsrelevant.

Im Departement Chirurgie unter der Leitung von Herrn Dr. med. Sebastian Wolf suchen wir per 1. März 2024 oder nach Vereinbarung einen Oberarzt mbF oder eine Oberärztin mbF zu einem Arbeitspensum von 80–100% für den Spezialbereich der allgemeinen Viszeralchirurgie oder der Traumatologie und Orthopädie.

Ihr Aufgabengebiet

- Sie sind mitverantwortlich für eine qualitativ hochwertige Versorgung unserer Patientinnen und Patienten
- Sie übernehmen die fachliche und personelle Führung unserer Assistenzärztinnen und -ärzte
- Sie beteiligen sich am kaderärztlichen Hintergrunddienst und gestalten Weiterbildungsveranstaltungen mit

Ihr Profil

- Sie sind eine engagierte Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz
- Sie haben mehrjährige klinische Erfahrung und Freude an der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Sie führen einen Facharzttitel in Viszeralchirurgie oder Orthopädie respektive stehen Sie kurz vor dem Abschluss

Unser Angebot

- Kurze Dienstwege erleichtern die Zusammenarbeit enorm
- Du-Kultur im gesamten Spitalverbund
- Möglichkeit zur aktiven Mitgestaltung und Übernahme von Verantwortung in Ihrem Fachbereich
- Im Nachtdienst durchgehend bezahlte Pausen (max. 1h)
- Marktgerechtes Gehalt mit attraktiven Sozialleistungen
- 5 Wochen Ferien, ab dem 50. Geburtstag 6 Wochen Ferien
- Kostenbeteiligung an ausserfamiliärer Kinderbetreuung, bis max. CHF 200.– pro Kind und Monat
- Täglich frische und abwechslungsreiche Menüs in unserem Personalrestaurant
- Pro Arbeitstag wird ein Pausengetränk nach Wahl offeriert (Kaffee, Süssgetränk etc.)
- Weiteren attraktiven Benefits

Ihr Kontakt

Für nähere Auskünfte steht Ihnen Herr Dr. med. Sebastian Wolf, Departementsleiter & Chefarzt Chirurgie, telefonisch unter +41 71 353 29 91 gerne zur Verfügung.

176871-3

KSA
Kantonsspital
Aarau

Oberärztin / Oberarzt Kinderradiologie

Institut für Radiologie

🕒 50-100% 📍 Aarau

📅 per sofort oder nach Vereinbarung, unbefristet

Zentral zwischen Zürich und Basel befindet sich das Kantonsspital Aarau, das mit über 5000 Mitarbeitern das grösste Krankenhaus des Kantons ist und zu den zehn grössten Krankenhäusern der Schweiz zählt. Die Kinderradiologie befindet sich in der Klinik für Kinder und Jugendliche und beinhaltet das gesamte Spektrum der allgemeinen Pädiatrie.

Ihre Aufgaben

In unserer wachsenden Abteilung (Weiterbildungskategorie A) mit knapp 20'000 Untersuchungen pro Jahr erwartet Sie eine vielseitige und spannende Tätigkeit in einem kompetenten, familiären und innovativen Team mit attraktiven Anstellungsbedingungen. Zu Ihren Aufgaben gehört die Durchführung aller radiologischen Untersuchungen vom Frühgeborenen bis zum jungen Erwachsenen, Supervision von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten, die Vorbereitung und Leitung fachspezifischer Rapporte sowie die aktive Teilnahme an unseren täglich stattfindenden Teaching- und Fortbildungsveranstaltungen. Des Weiteren haben Sie eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen und ambulanten Zuweisern. Sie nehmen zudem an den kinderradiologischen Hintergrunddiensten teil. Die regelmässige Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen wird aktiv unterstützt.

Ihr Profil

Sie sind eine engagierte, teamfähige, empathische und belastbare Persönlichkeit und haben grosse Freude an der klinischen Arbeit mit Kindern und an der Bereitschaft zum geduldigen Umgang mit unseren kleinen Patienten und deren Eltern. Wir wenden uns an eine/einen Fachärztin/Facharzt für Radiologie mit Schwerpunktbezeichnung Kinderradiologie oder mit dem Ziel des Erwerbs des Schwerpunkttitels.

Wir freuen uns auf Ihre Online-Bewerbung

Weitere Informationen und Online-Bewerbung auf www.ksa.ch/jobs

Haben Sie Fragen?

Herr Dr. med. Theodoros Xydias, Leitender Arzt Kinderradiologie, beantwortet Ihnen diese gerne.
+41 62 838 52 04



ksa.ch/jobs

 **CAMPUSRADIOLOGIE BERN**

Die Campusradiologie Bern ist eine Gruppe von Fachärztinnen und Fachärzten Radiologie, die gemeinsam die Radiologien des Lindenhofspitals und des Engriedspitals, beide in der Lindenhofgruppe Bern, betreiben. Sie bietet qualitativ hochwertige Dienstleistungen in allen Bereichen der Bildgebung an, einschliesslich interventionell-radiologischer sowie nuklearmedizinischer Diagnostik und Therapie, sowohl für ambulante wie auch für stationäre Patientinnen und Patienten.

Zur Verstärkung unserer Gruppe suchen wir per 1. Juni 2023 oder nach Vereinbarung

Oberärztin / Oberarzt Diagnostische Radiologie 60 – 100%

Ihre Aufgaben

- Selbständiges Bearbeiten der anfallenden radiologischen Untersuchungen und Abklärungen auf allen Modalitäten der Bildgebung an beiden Standorten.
- Eigenverantwortliche Tätigkeit.
- Beteiligung am Bereitschaftsdienst abends/nachts und an Wochenenden/Feiertagen.
- Beteiligung an interdisziplinären Tumor-Boards.

Ihr Profil

- Facharzttitel für diagnostische Radiologie
- Mehrjährige radiologische Tätigkeit als Facharzt/Fachärztin.
- Teamfähigkeit
- Spezialgebiet senologische Bildgebung, Diagnostik und Intervention, erwünscht.

Unser Angebot

- Interessante Stelle mit interdisziplinärer Zusammenarbeit in einem gut funktionierenden Team in einem modernen Spitalumfeld.
- Alle radiologischen Modalitäten mit der neuesten Technologie.
- 6 Wochen Ferien und 2 Wochen Weiterbildung pro Jahr.
- Zeitgemässe Anstellungsbedingungen.

Haben Sie Fragen?

Dr. med. Stephanie E. Gasser, Vorsitzende der Campusradiologie Bern, Tel. 031 300 84 76, und Prof. Dr. med. Harald M. Bonél, Leiter Diagnostik und Mitglied des Managements, Tel. 031 300 84 72, geben Ihnen gerne Auskunft.

Wir freuen uns auf Ihre vollständige Online-Bewerbung an stephanie.gasser@lindenhofgruppe.ch.

17667-3

Soziales Engagement!

Bei einem 8- bis 14-tägigen Einsatz in einem der betreuten Aufenthalte für MS-Betroffene.

Fragen? Wir freuen uns über Ihre Kontaktaufnahme:
veranstaltungen@multiplesklerose.ch, Telefon 043 444 43 43

multiplesklerose.ch, Spenden & Helfen

damit es besser wird

MS

Schweizerische
Multiple Sklerose
Gesellschaft

Stellenmarkt / Offres et demandes d'emploi / Offerte e domande d'impiego

Die Klinik Adelheid ist das Rehazentrum der Zentralschweiz. Wir betreuen Patientinnen und Patienten für die Weiterbehandlungen nach Operationen, bei Erkrankungen des Bewegungsapparates, des Nervensystems und der inneren Organe. Die Klinik mit 140 Betten und grosszügigen Therapieräumlichkeiten liegt an traumhafter Lage oberhalb des Ägerisees und ist ein Unternehmen der Gemeinnützigen Gesellschaft Zug.

Wir suchen nach Vereinbarung eine/n

Oberärztin / Oberarzt Innere Medizin 100% bei entsprechender Qualifikation Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Aufgaben

- kaderärztliche Betreuung von Patientinnen und Patienten
- Supervision / Weiterbildung der Assistenzärzte
- internistische Funktionsdiagnostik
- Chefarzt-Vertretung

Anforderungen

- Facharzt Allgemeine Innere Medizin
- Freude an der interdisziplinären Zusammenarbeit im Reha-Team
- Organisationstalent und Interesse an Führungsaufgaben
- Erfahrung in Funktionsdiagnostik (Ultraschall) von Vorteil
- sehr gute Deutschkenntnisse

Angebot

Wir bieten Ihnen ein interessantes, vielseitiges Aufgabengebiet in einem erfahrenen, engagierten und motivierten Team. Zudem bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich sowohl fachlich wie auch in Führungsfragen weiterzuentwickeln. Es erwartet Sie eine innovative und zukunftsgerichtete Rehabilitationsklinik mit attraktiven Anstellungsbedingungen sowie persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten.

Wir freuen uns, Sie persönlich kennen zu lernen. Für weitere Auskünfte steht Ihnen Herr Dr. med. Martin Nufer, Chefarzt, Telefon 041 754 36 11 gerne zur Verfügung.

Ihre vollständige Bewerbung mit Foto senden Sie bitte an:

Klinik Adelheid AG

Renate Marquart, Leiterin Personal
Höhenweg 71
CH-6314 Unterägeri
E-Mail: personal@klinik-adelheid.ch
www.klinik-adelheid.ch



177469-3



zeckenliga.ch

Liga für Zeckenkranke Schweiz
Ligue suisse des maladies à tiques
Lega svizzera dei malati vittime delle zecche
Swiss league for patients with tick-borne diseases

Wir setzen uns für Präventionsarbeit sowie für die Betroffenen und Angehörigen ein.

Unterstützen Sie uns mit einer Spende.
PC-Konto: 30-674735-4. Vielen Dank.



«Votre santé, notre engagement»

Nous recherchons pour notre service gastroentérologie un-e

Médecin hospitalier-ère ou Chef-fe de clinique en gastroentérologie

Vos missions

- Assurer les consultations de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) et de gastroentérologie générale, en collaboration avec l'équipe médico-soignante
- Participer à l'enseignement prégradué et postgradué
- Assurer les endoscopies digestives des patients-es hospitalisés-es ou admis-es aux urgences

Votre profil

- Diplôme de médecin suisse, ou reconnaissance d'un diplôme étranger équivalent
- Titre de spécialiste FMH en gastroentérologie
- Compétences approfondies souhaitées en maladies inflammatoires chroniques de l'intestin
- Diplôme et titre inscrits au registre des professions médicales (MedReg)
- Niveau de langue en français B2, attesté

Informations complémentaires

- Lieu de travail: Suisse, Canton de Neuchâtel, site principal: La Chaux-de-Fonds, site secondaire: Pourtalès
- Entrée en fonction: juin 2024 ou à convenir
- Taux d'activité 80% à 100%

N'hésitez pas! Consultez et postulez sur la rubrique «emplois» de notre site internet www.rhne.ch/a-propos/emplois jusqu'au 30 janvier 2024.

Toute question complémentaire appelez au +41 32 713 30 13

177489-3



CHIEF RESIDENT (80 – 100%)

The service of Immuno-oncology of the Department of Oncology at the University Hospital of Lausanne (CHUV) aims to conduct phase I/II clinical trials in cancer immunotherapy. The therapeutic approaches includes the most advanced therapies (also first in human) from Pharma such as new checkpoint blockade antibodies, bispecific antibodies, immunomodulatory drugs and their combinations, as well as state-of-the-art adoptive T-cell therapies, including genetically engineered T cells, and new vaccines. New combinations of antibody-based or T cell-based immunotherapy with radiation therapy, chemotherapy and targeted therapies are also tested. The service works closely with the Ludwig Institute to advance new cell and molecular immunotherapeutics into the clinic.

Candidates must have completed internal medicine and medical oncology training, and have completed or be eligible for FMH certification in medical oncology. FMH in internal medicine is a plus. Strong clinical experience in general oncology and the management of oncologic complications and medical emergencies is a plus. Candidates must have a strong interest in experimental medicine and clinical trials, a passion for innovation, and strong willingness to train in the conduct of clinical trials according to good clinical practice rules.

Main responsibilities and activities:

The successful candidates will be responsible for conducting and supervising the clinical activities of the immuno-oncology clinical service. Laboratory rotations to expand translational research training are also possible.

Start date: March 1st 2024 or a later date.

Please apply by sending us your complete application through our website: <https://recrutement.chuv.ch>, ref: 10139-ME-209-2023

177001-3

Seminare und Veranstaltungen

25.01.2024 | 18.00–20.00 Uhr

Schnittstellen- und Nahtstellen-Medizin – Fortgeschrittene Tumore: Wann sind welche Therapien angezeigt?

Interdisziplinäre Fortbildung für Fachärzt:innen aus den Bereichen Innere Medizin / Hausarztmedizin und für Spezialist:innen der Onkologie, Gastroenterologie und Viszeralchirurgie.

Stadtspital Zürich Triemli, Birmensdorferstrasse, Zürich, Schweiz

Kontakt: Stadtspital Zürich Triemli
registration@medworld.ch

27.01.2024

ÖGGH Onko Wintersymposium 2024

Billrothhaus / Gesellschaft der Ärzte, Frankgasse 8, 1090 Wien, Österreich

Kontakt: Information / Sponsoring: ÖGGH-Fortbildungen, Frau Lisa Jandrinitsch
fortbildungen@media.co.at

27.01.2024–30.01.2024

24th International Meeting – Integrated Management of Acute and Chronic Cardiovascular Diseases

Austria Trend Congress Hotel Innsbruck, Rennweg 12a, 6020 Innsbruck, Österreich

Kontakt: Tagungssekretariat: Congress and Study Concept GesmbH, Frau Mag. Franziska Beckmann
cscconcept@chello.at

30.01.2024–02.02.2024

28. Jahreskongress der Österreichischen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Kur- und Kongresszentrum Bad Hofgastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Österreich

Kontakt: Frau Irina Berger
andreas.kolk@i-med.ac.at

01.02.2024–02.02.2024

Lebertransplantationskurs 2024

Austria Trend Hotel Congress, Rennweg 12a, 6020 Innsbruck, Österreich

Kontakt: Information / Kontakt / Sponsoring: ÖGGH Fortbildungen, Frau Lisa Jandrinitsch
oegg.h.fortbildungen@media.co.at

01.02.2024 | 18.00–21.00 Uhr

Funktionelle Medizin des Bewegungssystems

Die Spiraldynamik Ausbildung für Ärzte.

Kontakt: Florian Binzer

akademie@spiraldynamik.com

01.02.2024–03.02.2024

26. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf

26. Internationales Endoskopie Symposium Düsseldorf mit zahlreichen renommierten internationalen Experten

Maritim Hotel Düsseldorf, Maritim-Platz 1, 40468 Düsseldorf, Deutschland

Kontakt: COCS GmbH – Congress Organisation C. Schäfer
endo@coocs.de

01.02.2024–02.02.2024

Expertises médicales – module 1

La formation est subdivisée en cinq modules de deux jours chacun, répartis sur 2 ans, visant à l'obtention d'un certificat. Le Module 1 doit être visité en premier et le Modul 5 en dernier. Plus d'informations vous trouverez sur notre site web.

Hôtel Alpha-Palmiers, Rue du Petit-Chêne 34, 1003 Lausanne, Schweiz

Kontakt: Administrative Office Swiss Insurance Medicine
info@swiss-insurance-medicine.ch

02.02.2024–03.02.2024

Interdisziplinäre JAKADEMIE by Galapagos

Die Referentinnen und Referenten werden Ihnen von klinischen Studien, von Mono- und Kombinationstherapie bis zu Analysen der Registerdaten die aktuellsten Daten präsentieren und wir werden viel Zeit zum Diskutieren haben.

Scandic Hotel, Wilhelm-Leuschner-Straße 44, 60329 Frankfurt am Main, Deutschland

Kontakt: Elvira Sommerfeld
jakademie@wikonect.de

08.02.2024 | 09.15–17.00 Uhr

Diagnostikkurs in medizinischer Parasitologie: Malaria

Neben biologischen, epidemiologischen und klinischen Aspekten von Malaria-Erregern ist der Hauptteil des Kurses der Differentialdiagnostik der Plasmodien gewidmet. Eine Blinddiagnose am Ende des Kurses ermöglicht die Selbstüberprüfung.

Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH), Kreuzstrasse 2, 4123 Allschwil, Switzerland

Kontakt: Ursina Mory
courses@swisstoph.ch

14.02.2024–16.02.2024

34. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege

Das Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege Bremen 2024 findet zum 34. Mal statt. Es ist das größte verbandsunabhängige Treffen von Intensivmedizinern und -pflegern, Verwaltungsfachleuten und Industrievertretern.

Messe und Congress Centrum Bremen

Findorffstraße 101, 28215 Bremen, Deutschland
Kontakt: Claudia Burgess
service@intensivmed.de

14.02.2024–17.02.2024

WIT 2024 – 42. Wiener Intensivmedizinische Tage

AKH Wien, Währinger Gürtel 18, 1090 Wien, Österreich

Kontakt: Tagungssekretariat: Campus GmbH
office@wit-kongress.at

15.02.2024–17.02.2024

Fortbildung Klinische Onkologie 2024

Kongresszentrum Einstein, Berneggstrasse 2, 9000 St. Gallen, Schweiz

Kontakt: Svenja Bischof
events.onkologie@kssg.ch

16.02.2024 | 09.00–18.00 Uhr

Don't Stop the Waves – Learn to Surf: Wie Achtsamkeit und Mitgefühl die Emotionsregulation fördern

In diesem Seminar werden sie vertraut mit einer Vielzahl formeller und informeller Achtsamkeits- und Mitgefühlpraktiken, die auf Erkenntnissen der wissenschaftlichen und buddhistischen Psychologie beruhen.

Marriott Hotel Zürich, Neumühlequai 42, 8006 Zürich, Schweiz

Kontakt: Nicole Eisele
seminare@ikp-therapien.com



Fehlt Ihre Veranstaltung?

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.

events@emh.ch

FMH SERVICES

Insertionen aufzugeben auf www.fmhjob.ch oder gegen eine Erfassungspauschale bei: FMH Consulting Services, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Chiffre-Anfragen sind zu richten an E-Mail: mail@fmhjob.ch.

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

Les annonces sont à passer sur www.fmhjob.ch ou chez: FMH Consulting Services, tél. 021 922 44 35, e-mail: mail@fmhjob.ch.

Les réponses relatives à des annonces sous chiffre sont à adresser à e-mail: mail@fmhjob.ch.

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

AG – Moderne und elegante Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe zu Übergeben – Langjährig etablierte Praxis in attraktiver Lage und perfekter ÖV Anbindung in einer Kleinstadt am Rhein. Ertragsstarke, modern und hochwertig eingerichtete, digital geführte Praxis. Eigenlabor, zwei Sonogeräte und Option auf Belegbetten vor Ort. Sehr gut eingearbeitete und freundliche MPA. Ein gleitender Übergang zur Einarbeitung wäre möglich. Ich würde mich über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme freuen. Kontakt unter Chiffre I-41494.

AG – Praxisräume zu vermieten – Praxisräume in einem neuwertigen Gebäude in der Nähe von Lenzburg demnächst zu vermieten. Die ca 260 m² grossen Räume sind komplett ausgebaut und können mit vorhandener Einrichtung (ca 13 Jahre alt in sehr gutem Zustand) übernommen werden. Geeignet sind die Räume für verschiedene Fachrichtungen für Einzel/Doppel- oder Mehrfachpraxis. Je nach Fachrichtung können auch medizinische Geräte übernommen werden. In den Räumlichkeiten befindet sich seit 13 Jahren eine Arztpraxis, die Kartei umfasst ca 10'000 Patienten. Geeignet sind diese Räume vor allem für Allgemeinmedizin, Kinder-

medizin, Neurologie, Ophthalmologie oder ORL. Kontakt unter Chiffre I-41440.

BE – Ertragsstarke, helle und moderne Hausarztpraxis im Emmental an einen oder zwei Nachfolger kostenlos zu übergeben – In einer ländlichen Zentrumsgemeinde mit viel Sonnenschein inmitten der wunderbaren Hügellandschaft des Emmentals ist per Sommer 2024 eine äusserst attraktive Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit überdurchschnittlich vielen Patienten an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Können Sie sich eine selbstständige Tätigkeit auf dem Land und doch in Stadt- und Spitalnähe vorstellen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5056: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, Burghöhe 1, 6208 Oberkirch, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BE – Etablierte Landarztpraxis mit Selbstdispensation und elektronischer KG in der Agglomeration von Thun – In einer ländlichen Gemeinde mit leicht erhöhter Lage und wunderschöner Landschaft östlich von Thun ist per Ende 2024 eine gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis mit traumhaftem Blick ins Grüne befindet sich an ruhiger, zentrumsnaher Lage. Es erwarten Sie: dankbare Patienten, sehr gut geregelter Notfalldienst und nicht zuletzt attraktive Verdienstmöglichkeiten. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 2186: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Nachfolge / Praxisübernahme in einer Ärztgemeinschaft – Gesucht wird auf Herbst des kommenden Jahres 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin / ein Kollege zur Übernahme meiner Praxis in einer langjährig etablierten Ärztegemeinschaft in Basel. Die Gemeinschaft besteht aus drei Ärzten und einer Ärztin mit internistisch-hausärztlicher und bei mir zusätzlich rheumatologischer Tätigkeit. Wir sind vier selbstständige Praxen, vertreten uns aber in der gut eingespielten Praxis-Gemeinschaft mit seltenem Personalwechsel gegenseitig und haben grosse Patientenzahlen aus dem Breite-Quartier und ganz Basel. Gemeinsam finanziert werden allgemeine Kosten wie Miete und Infrastruktur. Wir verfügen über grosszügige Räumlichkeiten sowie ein digitales Röntgen, neues Ultraschallgerät, modernes EKG und Spirometrie und ein ausgebautes Praxislabor. Ideal wäre die Praxisübernahme durch eine engagier-

te/n, selbständige/n und doch teamfähige/n Kollegin/Kollegen, welche im Vollzeitpensum arbeiten möchte, aber auch ein Jobsharing mit z. B. je 60%-Pensum wäre gut möglich und willkommen. Kontakt E-Mail: martin.altermatt@hin.ch.

FR – Cabinet de gynécologie à remettre à Villars-sur-Glâne – Après plusieurs années d'activité en cabinet et pour cause de départ à la retraite, nous cherchons pour printemps 2025 ou avant un ou plusieurs gynécologues reprenant l'activité au cabinet. Le cabinet est très bien situé dans un centre commercial et près des transports publics. Les locaux sont spacieux, lumineux et tranquilles. Ils sont facilement accessibles aux personnes à mobilité réduite. Sur ses 250 m² le cabinet dispose d'une réception, salle d'attente, 2 salles de consultation, salle de soins, laboratoire et un OP type cabinet. La surface peut facilement accueillir deux à trois médecins en même temps. Le personnel du cabinet se réjouit de pouvoir travailler avec vous. Si possible vous disposer déjà d'une admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins pour le canton de Fribourg ou vous êtes aptes à la recevoir. Etes-vous intéressé et souhaitez-vous plus d'informations, sans engagement de votre part? Veuillez nous contacter par mail et en mentionnant la réf. 231 3958 à: FMH Consulting Services AG, Monsieur Olivier Dousse, tél. 021 922 44 35, e-mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

Mittelland – Gastroenterologische Praxis zu übergeben – Für eine langjährig etablierte und ausgesprochen ertragsstarke Praxis für Gastroenterologie in einer dynamischen, stark wachsenden Stadt im Mittelland suchen wir nach Vereinbarung eine/n oder mehrere motivierte/n und kompetente/n Nachfolger/in/innen. Die Praxis besticht durch grosszügige, moderne Räumlichkeiten an bester Lage und ist sowohl mit öffentlichen als auch mit privaten Verkehrsmitteln (diverse Parkplätze vorhanden) optimal erreichbar. Darüber hinaus profitieren Sie von der ausgezeichneten Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten Praxisteam und einem grossen, langjährig gepflegten Zuweisernetzwerk. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2080 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

Ostschweiz – Sehr attraktive und topmoderne Hausarztpraxis für mehrere Ärzte/Ärztinnen im Wahlkreis Wil zu übergeben

Für eine bestens gelegene und seit Jahren etablierte Hausarztpraxis in einer hausärztlich unterversorgten Region im Wahlkreis Wil suchen wir auf diesem Wege eine/n oder mehrere Nachfolger/Innen. Aufgrund des grossen Ausbaupotentials könnte man in der Praxis bis zu 3 Ärzte/Ärztinnen unterbringen. Das neu ausgebaute Praxiszentrum (sechs Sprechzimmer), welches im Sommer 2020 bezogen wurde, ist top modern eingerichtet und technisch auf dem neuesten Stand. Die Praxis verfügt unter anderem über eine vollelektronische Administration und ein digitales Röntgen. Der grosse und treue Patientenstamm sowie die sehr gute Zusammenarbeit des ärztlichen und nichtärztlichen Teams sind weitere Pluspunkte dieses attraktiven Angebots. Falls wir Ihr Interesse geweckt haben, melden Sie sich bitte unter der Referenznummer 1115 bei Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

SG – Praxisteil in Rapperswil zu übergeben / Nachfolge in Ärztegemeinschaft

Ab 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung werden infolge beruflicher Neuorientierung eines der beiden Gesellschafter Praxisräumlichkeiten in grosszügiger moderner Hausarztpraxis frei. Selbständig? Teilzeit? Im Angestelltenverhältnis mit Umsatzbeteiligung? Arbeitspensum frei wählbar. Auch Assistenzärzte/-innen in Weiterbildung (Lehrpraktiker-Ausweis vorhanden) sind herzlich willkommen. Denkbar ist auch ein Zusammengehen mit Fachärzten aus z.B. Psychiatrie, Neurologie, Rheumatologie. Unser offener Geist bietet Raum für individuelle Medizin. Wir freuen uns auf Deine Kontaktaufnahme unter E-Mail: christian.boesch@hin.ch.

SG – Als Hausärztinnen / Allgemeininternisten im Toggenburg leben und selbständig arbeiten

Meine Nachfolger/in(nen) erwartet eine grosszügige moderne Praxis (230 m²) mit kleinem erfahrenem Team und wachsendem Patientenstamm. POC Labor, Funktionsdiagnostiken. Notfalldienst in Zusammenarbeit mit nahegelegenen Spital. Gute Anbindung an ÖV, obligatorische Schulen vor Ort, sehr hoher Natur- und Freizeitwert. Interessenten/-innen mit entsprechender MEBEKO Anerkennung und Interesse an ländlicher Grundversorgung richten Ihre Anfragen an Brenner Treuhand AG, E-Mail: benjamin.gaemperli@brennertreuhand.ch.

SZ – Nachfolger/in gesucht für eine sukzessive Übergabe im Kanton Schwyz

Für eine an optimaler Lage in einer hausärztlich unterversorgten Region angesiedelte Praxis für Allgemeine Innere Medizin suchen wir eine/n motivierte/n Nachfolger/in. Die Praxis ist dank mehreren Parkplätzen direkt vor der Praxis und einer Bushaltestelle in Gehdistanz optimal erreichbar. Die grosszügigen und hellen Räumlichkeiten sind bestens ausgestattet und befinden sich technisch auf dem neuesten Stand. Darüber hinaus profitieren Sie von einem grossen, treuen Patientenstamm sowie der hervorragenden Zusammenarbeit mit dem gut eingespielten Praxisteam und der Möglichkeit zur Selbstdispensation. Falls Sie mit dem Schritt in die Selbständigkeit liebäugeln und wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2530 bei: Federer & Partners AG, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch, www.federer-partners.ch.

SZ – Wollen Sie eine medizinisch unterversorgte Region verarzten?

Neue Praxisräume mit modernster Infrastruktur in Siebnen. Es gibt sie noch, die medizinisch unterversorgten Regionen und Ortschaften in der Schweiz. Dazu gehört Siebnen SZ. Der Marktflecken mit über 9'000 Einwohnern und nur drei Hausärzten. An diesem Standort an 1A-Lage vermieten wir eine neu erstellte Praxis-Infrastruktur. Das Betriebskonzept sieht vor, dass nebst den Allgemeinpraktiker/innen auch Spezialärzte/-innen ihre medizinischen Leistungen anbieten können. Spezialgebiete wie Orthopädie, Pädiatrie, Gynäkologie, Kardiologie können angeboten werden. Insgesamt umfasst die Praxis 7 Untersuchungszimmer, sowie Röntgen- & Praxis-OP-Raum, Labor, Mediraum, Personalaufenthaltsraum etc. Unsere Zusammenarbeit mit dem erfahrenen Praxisentwickler und -betreiber Enzian Health Group AG öffnet Ihnen die Tür für Ihre massgeschneiderte Betriebs- und Eigentumsstruktur. Siebnen ist das Regionalzentrum der March. Das engere Einzugsgebiet von Siebnen im Umkreis von 4 km umfasst 18'000 Einwohner. Das medizinische Angebot liegt weit hinter dem Marktpotenzial in diesem Bereich. Es gibt bis dato weder eine Praxisgemeinschaft noch eine Gruppenpraxis in Siebnen. Haben wir Sie angesprochen? Dann sollten wir uns kennenlernen. Weitere Informationen zum Konzept und Marktpotenzial erhalten Sie von Leo Jaeggi, Tel. 079 916 80 77, E-Mail: mail@leojaeggi.ch und auf www.fmhjob.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme.

VD – Remise successive d'un cabinet de neurologie en ville de Lausanne

Médecin neurologue cherche pour son cabinet proche du centre Lausanne une succession. La remise progressive est planifiée pour une période dès fin 2025 ou plus tard. Il s'agit d'un cabinet double (partage des frais) bien établi et en pleine activité. Sur ses 150 m² le cabinet dispose d'une réception, salle d'attente, 2 bureaux de consultation et 2 salles d'examen, salle doppler, toilettes. De plus, il dispose de 2 places de parc réservés au cabinet. L'accessibilité en bus est très facile. La clientèle est fidélisée aussi grâce à la compétence et la loyauté des assistantes médicales expérimentées et appréciées. Vous reprenez un cabinet et son organisation qui fonctionne très bien. Travail assuré dès le premier jour. Si possible vous disposer déjà d'une admission à pratiquer à charge de l'assurance obligatoire des soins pour le canton de Vaud ou vous êtes aptes à la recevoir. Etes-vous intéressé et souhaitez-vous plus d'informations? Veuillez nous contacter par écrit et en mentionnant la réf. 231 2196 à: FMH Consulting Services, Monsieur Olivier Doussé, tél. 021 922 44 35, e-mail: olivier.dousse@fmhconsulting.ch.

ZH – Praxisteil in Zürich zu übergeben

In rheumatologisch-internistischer Gemeinschaftspraxis in Zürich-Höngg werden infolge beruflicher Neuorientierung eines der Gesellschafter ab dem 01.04.2024 zwei bis drei gut eingerichtete Räume frei (12–25m²). Die Praxis ist mit öffentlichen Verkehrsmitteln sehr gut erschlossen. Offene und Tiefgaragenparkplätze sind in unmittelbarer Nähe - ebenso eine Physiotherapie und eine Apotheke. Sehr gut geeignet für Grundversorger, da nach Pensionierung mehrerer Hausärzte/-innen in diesem Stadtteil diesbezüglich Nachholbedarf besteht. Denkbar wäre auch ein Zusammengehen mit Neurologen, Chiropraktoren, Psychiatern, Gutachtern, Ergotherapeuten oder Ernährungsberatern. Gemeinsam genutzt werden können Empfang, Wartezimmer, Teeküche, Labor und digitales Röntgen. Die Krankengeschichten werden digital geführt. Kontaktadresse, E-Mail: rz@hin.ch.



«Ich plane die Nachfolge für meine Praxis. Können Sie mich unterstützen?»

Eine sorgfältige Vorbereitung der komplexen Nachfolgeplanung ist entscheidend für den Erfolg. Die Berater der FMH Services verfügen über ein weit verzweigtes Netzwerk in der Schweiz und über langjährige Erfahrung im Zusammenhang mit der Nachfolgesuche.

«Je prévois de remettre mon cabinet, pouvez-vous m'aider?»

Pour garantir le succès de votre projet, il est essentiel de préparer votre succession en détail. Les conseillers de FMH Services disposent d'un large réseau de contacts en Suisse et d'une longue expérience dans ce domaine.



*Wir sind für Sie da!
Nous sommes là pour vous!
Patrick Tuor*

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

Avenue d'Ouchy 66
1006 Lausanne
Tél. 021 922 44 35

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

ZH – Stadt Zürich: Praxisteil in Gruppenpraxis für Orthopädie zu übergeben

– Für eine moderne und etablierte Gruppenpraxis für Orthopädie (4 Fachärzte) suchen wir einen Nachfolger (m/w). Die Praxis liegt in Seenähe an ruhiger Lage und ist verkehrstechnisch bestens erschlossen (10 Min. mit dem Tram ab Zürich HB, Parkplätze vorhanden). Belegarztstätigkeit in Klinik in unmittelbarer Nähe möglich. Bestehendes Zuweisernetz. Mögliche Fachgebiete: Handchirurgie, Fusschirurgie, konservative Orthopädie, Sportmedizin, technische Orthopädie, manuelle Medizin. Aktuell keine Beschränkung der OKP-Zulassung im Kanton ZH. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5059: FMH Consulting Services AG, Herr C. Müller, E-Mail: christoph.mueller@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

ZH – Klein, aber fein: etablierte Hausarztpraxis mit elektronischer Praxisadministration am Zürichberg zu übergeben

– An optimaler Lage im Kreis 7 der Stadt Zürich ist per Herbst 2024 eine Praxis für Allgemeine Innere Medizin (knapp 70 m² gross) zu übergeben. Beste verkehrstechnische Anbindung (Bus-/Tramhaltestelle vor dem Haus), nicht belastender Notfalldienst, Selbstdispensation, gepflegte Infrastruktur und beständige Nachfrage von Neupatienten sind nur einige Vorteile dieses Angebotes. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5015: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

Praxispartner Angebote
Offres de partenaires de cabinet
Offerte di partner di studio medico

SZ – Kardiologe (m/w) mit eidg. Titel (3-jährig Tätig in CH)

– In Kantonshauptort d. Zentralschweiz, 50–100%. Attraktive Entschädigung inkl. Umsatzbeteiligung. E-Mail: michael.pieper@gmx.ch, Tel. 077 445 84 24.

Stellenofferten
Offres d'emploi
Offerte di posti

AG – Hausarzt/-ärztin in Suhr

– Die Ärztegemeinschaft Suhr bietet: Hausarztmedizin mit effizienten Abläufen, gutes Einkommen, flexible Arbeitsmodelle, wöchentliche Fortbildung, zentrale Lage, grosses Freizeitangebot in der Umgebung. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung als Facharzt/-ärztin - Assistent/in - Praxispartner/in. www.arzt-suhr.ch; E-Mail: ivo.bugmann@hin.ch; E-Mail: juergen.martin@hin.ch.

AG – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (50–100%) in Buchs AG

– Wir suchen als weitere Verstärkung für unsere schnell wachsende hausärztliche Gruppenpraxis eine/n Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Eine Beteiligung an der Praxis ist bei Interesse im Verlauf möglich. Unsere moderne, ärzteigene Praxis mit einem stabilen Team befindet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in unserer Praxis das ganze Spektrum der Hausarztmedizin an und haben eine attraktive Ferien- und Fortbildungsregelung sowie eine zeitgemässe Entlohnung. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unverbindlich bei unserem ärztlichen Leiter Dr. med. Dominik Weber

(E-Mail: d.weber@hin.ch oder Tel. 062 822 00 50). Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage www.aerztezentrum-buchs.ch.

AG – Facharzt/-ärztin Dermatologie

– Wir suchen eine/n Dermatologen/-in für unsere erfolgreiche Praxis in Aarau. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson. E-Mail: job@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90.

BE – Sonnige Aussichten – Skifahren – Fondue

– **Matterhorn** – Wir suchen per sofort oder nach Vereinbarung eine erfahrene Kollegin / einen erfahrenen Kollegen als Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH (ärztliche und/oder leitende Tätigkeit), welche/r in unserem Medizinischen Zentrum in Naters / Brig (ab Spiez: 31 Minuten, ab Thun: 40 Minuten, ab Bern: 1 h 4 Minuten), in fixem Teilzeitpensum 20–40% und/oder 100% mitarbeiten möchte. Unser topmodernes Zentrum verfügt über Ultraschall, Röntgen, Labor, Infusionen, etc. und ist mit den neusten Technologien und Geräten ausgestattet (www.medsr.ch). Wir würden uns über eine weitere Kollegin / einen weiteren Kollegen aus dem Kanton Bern sehr freuen. Für allfällige Fragen steht Ihnen Dr. med. Hermann Schmidt, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH (Tel. 078 626 83 06) ab 19.00 Uhr gerne zur Verfügung. Wir freuen uns über Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen per E-Mail an hr@medsr.ch. Diskretion zugesichert.

BL – Hausärztin/Hausarzt (evtl. Praxisassistent, evtl. Subspezialität) ab 30–40%:

– Wir suchen zur Entlastung für eine stadtnahe lebhaftes Hausarztpraxis nach Vereinbarung eine/n neue/n Kollegin/Kollegen im Anstellungsverhältnis. Wir bieten das ganze Spektrum einer Hausarztpraxis. Die Praxis ist optimal gelegen und modern eingerichtet (elektronische Krankengeschichte, volldigitales Röntgen, Labor, Selbstdispensation, grosse Lungenfunktion). Interessentinnen/Interessenten melden sich bitte unter E-Mail: m.hosch@hin.ch.

BS – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–70% in Basel

– Moderne, unabhängige Hausarztpraxis mit grosszügigen, hellen Räumlichkeiten auf dem Bethesda Areal sucht per 01.05.2024 oder n.V. Fachärztin/Facharzt zur Schwangerschaftsvertretung (Team: 3 Ärzte / 4 MPAs). In Anschluss wäre eine längere Zusammenarbeit oder ein Einstieg in die Praxis (Infrastrukturnutzung, selbstständige/r Partnerin/Partner) möglich. Wir suchen eine/n Kollegin/Kollegen mit Interesse und Engagement für die Hausarztmedizin. Das Arbeitspensum ist frei wählbar (40–70%). Wir haben eine hervorragende Arbeitsatmosphäre und flache Hierarchien. Sonographie mit Möglichkeit zur Supervision vorhanden. Für Rückfragen steht Ihnen Dr. med. Joris Budweg unter E-Mail: dr.budweg@hin.ch jederzeit zur Verfügung. Weitere Informationen unter www.hausarztzentrum-bethesda.com.

GL – Praxisassistent Allgemeine Innere Medizin 50–100%

– Wir suchen eine Praxisassistentin für Allgemeine Innere Medizin. Anstellungsbeginn/-dauer gemäss gegenseitiger Absprache ab Sommer 2024. Wir sind eine SIWF zertifizierte Weiterbildungsstätte für den/die Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin. In unserer modern eingerichteten Praxis (Labor, Röntgen, Ultraschall, Endoskopie) mit grossem, breitgefächertem

Patientenstamm finden Sie ein äusserst interessantes und vielseitiges Betätigungsfeld in der Grundversorgung. Telefonische Auskünfte sind möglich und erwünscht. Einen Eindruck erhalten Sie auch auf unserer Homepage: www.aerztenetstal.ch. Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an Ärzte Netstal AG, Tschuoppisstrasse 39, 8754 Netstal, Tel. 055 640 63 63, E-Mail: aerztenetstal@hin.ch.

LU – Leitende Ärztin / Leitender Arzt (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Paulusplatz

– Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Unsere Hausärzte und Hausärztinnen betreuen ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Luzern nach Vereinbarung Sie als Leitende Ärztin / Leitender Arzt mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin und Flair für Personalführung und Betriebswirtschaft. Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Claudia de Rossi, Regionenleiterin (Tel. +41 44 318 60 00, E-Mail: claudia.derossi@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Löwencenter und Paulusplatz

– Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in Luzern Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

LU – Suche Fachärztin/-arzt Innere / Allgemeine Medizin

– Für unsere gut etablierte Allgemeinartzpraxis nahe bei Luzern, suchen wir zur Zusammenarbeit nach Vereinbarung eine/n junge/en Fachärztin/-arzt. Wir sind ein top motiviertes engagiertes und eingespieltes Team. Es erwartet Sie eine moderne Praxis mit zeitgemässer Einrichtung (digitales Röntgen, grosses Labor, Sonographie, Ergometrie, Apotheke, EKG, Laser, elektronische KG, etc.) Sie verfügen über ein abgeschlossenes Medizinstudium mit Facharztabschluss zum Allgemeinmediziner oder Internist und bringen Erfahrung im ambulanten Bereich mit. Zu Ihren Stärken gehören eine routinierte Arbeitsweise sowie die Fähigkeit auf Menschen einzugehen. Sie sprechen fließend Deutsch und verfügen über weitere Sprachkenntnisse, dann möchten wir Sie gerne kennenlernen. Falls Sie Interesse an einer lebhaften und vielseitigen Tätigkeit haben, dann zögern Sie nicht, uns Ihre Bewerbung zuzusenden. Kontaktinformationen, E-Mail: buchhaltung@praxisdrwuest.ch, Tel. 041 320 11 52.

SG – neurologie-rapperswil.ch – Leitende/r

Ärztin/Arzt. Für unsere seit ca. 20 Jahren etablierte Praxis mit Eröffnung in neuen Praxisräumlichkeiten suchen wir eine/n Fachärztin/Facharzt. Sie werden in enger Zusammenarbeit mit dem Team der Neurologie Mändorf AG den Standort Rapperswil leiten. Neben einem vielfältigen Spektrum neurologischer Diagnostik und Therapie bieten wir eine Memory Clinic an. Wir legen viel Wert auf Kollegialität und Teamarbeit, ebenso auf eine qualitativ hochwertige neurologische Versorgung. Fähigkeitsausweise für EEG, EMG und Ultraschalldiagnostik von Vorteil. Zur Orientierung finden Sie uns

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

<https://neurologie-rapperswil.ch>. Senden Sie Ihre Unterlagen gern an E-Mail: sven.richter@hin.ch.

SG – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir suchen eine/n Psychiater/in für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein hervorragendes Team, und würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen oder melden Sie sich unter Tel. 079 771 53 90.

SG – Pioniergeist und Gestaltungsvermögen sind gefragt! - Facharzt/-ärztin AIM 50–100% gesucht! – 'xundart', das Ärzte-eigene Netzwerk in der Region Toggenburg - Wil - Uzwil - Flawil wird im Sommer 2024 im früheren Spital Wattwil eine Hausarzt-Gruppenpraxis eröffnen. Wir suchen Kolleginnen und Kollegen mit Pioniergeist und Gestaltungsvermögen. Schlägt Ihr Herz für eine vielfältige verantwortungsvolle Grundversorgung? Wir freuen uns auf Ihre Nachricht. Für Fragen und Bewerbungen E-Mail: info@xundart.ch.

SZ – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Schwyz – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben und betreibt schweizweit 13 Gruppenpraxen. Nun sucht unser motiviertes Team in Schwyz nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Chantal Tromp, Leitende Ärztin (Tel. +41 41 818 20 10, E-Mail: chantal.tromp@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

TG – Kaderärztin/Kaderarzt (a) Allgemeine Innere Medizin – Ihre Hauptaufgabe als 'Kaderarzt/Kaderärztin Allgemeine Innere Medizin' in der Rehaklinik Dussnang ist eine umfassende Abklärung, sowie Betreuung von internistischen-geriatrischen, muskuloskeletalen rheumatologischen und orthopädischen Patienten im stationären Umfeld. Eigenverantwortliche medizinische Versorgung unserer Reha-Patienten/-innen, die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Reha-Team und die Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität runden das Aufgabenprofil ab. Voraussetzung für diese Stelle ist der Facharzttitel FMH Allgemeine Innere Medizin (alternativ: MEBEKO-Anerkennung). Sie verfügen über Erfahrung in der Rehabilitation von internistisch komplexen Patienten/-innen und über gute mündliche und schriftliche Deutschkenntnisse. Für nähere Informationen wenden Sie sich an Stephan Schlamp Tel. +41 71 978 63 71.

TG – Kaderärztin/Kaderarzt (a) physikalische Medizin und Rehabilitation – Als 'Kaderarzt/-ärztin in der physikalischen Medizin und Rehabilitation' in der Rehaklinik Dussnang ist Ihre Hauptaufgabe eine umfassende Abklärung, sowie Betreuung von internistischen-geriatrischen, muskuloskeletalen rheumatologischen und orthopädischen Patienten im stationären Umfeld. Eigenverantwortliche medizinische Versorgung unserer Reha-Patienten/-innen, die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit im Reha-Team und die Gewährleistung einer hohen Behandlungsqualität runden das Aufgabenprofil ab. Voraussetzung für diese Stelle ist der Facharzttitel physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie der Facharzttitel FMH Allgemeine Innere

Medizin (alternativ: MEBEKO-Anerkennung). Sie verfügen über Erfahrung in der Rehabilitation von internistisch komplexen Patienten/-innen und über gute mündliche und schriftliche Deutschkenntnisse. Für nähere Informationen wenden Sie sich an Stephan Schlamp Tel. +41 71 978 63 71.

Zentralschweiz – Fachärztin/Facharzt für ORL gesucht – Für eine HNO-Praxis in der Zentralschweiz suchen wir nach Vereinbarung eine/n Facharzt/-ärztin ORL, vorzugsweise mit spezieller Hals- und Gesichtschirurgie in einem Pensum von 40–70%. Sie profitieren in den modernen, grosszügigen Praxisräumlichkeiten mit modernster medizintechnischer Ausstattung von attraktiven Konditionen sowie der hervorragenden Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten ärztlichen und nichtärztlichen Praxisteam. Eine spätere Beteiligung/Übernahme ist nach bewährter Zusammenarbeit ebenfalls möglich. Falls Sie dieses attraktive Angebot anspricht, freuen wir uns über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2815 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

ZG – Leitende Ärztin / Leitender Arzt Allgemeine Innere Medizin – Wir suchen eine/n Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: stellensuche@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Hinwil per sofort oder nach Vereinbarung eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin FMH. Wir bieten eine moderne Infrastruktur (digitales Röntgen, Ultraschall, Labor), sehr attraktive Anstellungsbedingungen mit Umsatzbeteiligung, einen grossen Patientenstamm sowie ein top-motiviertes Praxisteam. Berufsanfänger/innen, Assistenzärzte/-innen kurz vor der Facharztprüfung oder Wiedereinsteiger/innen sind gerne willkommen. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: aerzte.hinwil@hin.ch.

ZH – Mettmenstetten - Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin – Für unsere Praxis in Mettmenstetten suchen wir zur Ergänzung unseres Teams eine/n Fachärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin 40–100%. Es erwartet Sie ein vielseitiges Tätigkeitsfeld mit Betreuung eigener Patienten/-innen. Ihr Profil: Gutes Fachwissen und empathische Haltung, motivierte Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz und Freude, im Team zu arbeiten. Wir bieten: Interessante, abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit, langfristige Anstellung, überdurchschnittliches Einkommen, Unterstützung bei der beruflichen Weiterbildung, geregelte Arbeitszeiten, moderne IT-Infrastruktur und Parkplatz. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an peter.duer@hin.ch oder per Post an: Bonamed AG, Zentrumspraxis Mettmenstetten, Bahnhofstrasse 2, 8932 Mettmenstetten (<https://www.zentrumspraxis-mettmenstetten.ch/>).

ZH – Facharzt/-ärztin Neurologie – Wir suchen eine/n Facharzt/-ärztin für Neurologie für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit mit unseren Hausärzten

und Spezialisten und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Zürich-Oerlikon – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben und betreibt schweizweit 13 Gruppenpraxen. Nun sucht unser motiviertes Team in Zürich-Oerlikon nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Claudia de Rossi, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 318 60 00, E-Mail: claudia.derossi@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Winterthur: Hausärztin/Hausarzt 50–80% – Für unsere schöne Hausarztpraxis (zu dritt in Teilpensen) im zentralen und ruhigen Inneren Lind-Quartier suchen wir aufgrund einer Pensum-Reduktion eine/n Hausärztin/-arzt per 1./2. Quartal 2024 oder nach Absprache. Uns ist eine wohlwollende Zusammenarbeit und Freude an patientenorientierter Medizin wichtig. Hohe Flexibilität bzgl. Arbeitsgestaltung und Ferien möglich, sehr gut geregelter NF-Dienst. Für den Einstieg ist eine Praxisassistentin (als Weiterbildung anrechenbar bis 1 Jahr) möglich. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter: Hausarztpraxis Nelkenstrasse, Nelkenstrasse 3, 8400 Winterthur, E-Mail: nelken3@hin.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie – Wir wollen unsere erfolgreiche Praxis am Löwenplatz in Zürich mit einem Psychiater (m/w) verstärken. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten und interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem guten Team. Wir erwarten Kollegialität und Freude im Beruf und freuen uns auf Ihre Bewerbung an Dr. med. Isis Amittirigala: E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie – Wir suchen eine Fachärztin für Gynäkologie für unsere erfolgreiche und zentral gelegene Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – Winterthur - Fachärztin/Facharzt Kinder- und Jugendmedizin 60–100% – Unser Monvia Zentrum Winterthur sucht per Januar 2024 eine/n Pädiater/in, mit breiter Berufserfahrung sowie Erfahrung im Schweizer Gesundheitssystem. Ein grosses engagiertes Team unterstützt Sie bei Ihrer Arbeit, damit Sie und Ihre kleinen Patienten sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Wir legen Wert auf unsere Monvia Kultur und ein gutes Miteinander im Team. Mehr Informationen auf www.monvia.ch/jobs oder senden Sie Ihren CV direkt an Lydia Arent (Leitende Ärztin), E-Mail: personal@monvia.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie & Geburtshilfe in moderner Praxis in Zürich – An einer gut etablierten und zentralen Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon entsteht im 2024 ein gynäko-

logisches Kompetenzzentrum mit Grundversorgung und Spezialisierungen in den Bereichen Endometriose sowie Blasen- und Beckenbodenerkrankungen. Zur Stärkung unseres Teams suchen wir eine Fachärztin für Gynäkologie (40–100%). Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit und attraktive Honorierung, Spezielle Vereinbarungen und flexible Arbeitszeitmodelle möglich. Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit einer modernen Einrichtung. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Gastroenterologie – Wir wollen unsere erfolgreichen Praxen im Zentrum von Zürich und Aarau mit einem Facharzt für Gastroenterologie (m/w) verstärken. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit: Die internen Hausärzte überweisen und Sie endoskopieren und untersuchen in den Praxen. Der Verdienst ist umsatzabhängig. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle 80–100% für Gruppenpraxis in Zürich-Wiedikon – Patientenwohl statt Umsatzmaximierung? Diese Prioritäten teilen wir. Sanacare hat sich zu 100% der zeitgemässen, unabhängigen Hausarztmedizin verschrieben und betreibt schweizweit 13 Gruppenpraxen. Nun sucht unser motiviertes Team in Zürich-Wiedikon nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Roland Moser, Leitender Arzt (Tel. +41 44 451 04 10, E-Mail: roland.moser@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Winterthur: Hausärztin/Hausarzt 50–100% in Gruppenpraxis – Unabhängige, moderne Gruppen-Grundversorgerpraxis im Rosenberquartier in Winterthur bietet spannenden und finanziell risikolosen Einstieg in das Hausarzt-/Hausärztinnenleben. Stellenantritt nach Vereinbarung. Sie bringen Empathie für unsere Patientinnen und Patienten aller Altersklassen, Kollegialität und eine fundierte Ausbildung in Allgemeiner Innerer Medizin mit. Sie suchen eine Dauerstelle in Hausarztmedizin. Sie erhalten volle Unterstützung in einer eigenverantwortlichen Tätigkeit in Teil- oder Vollzeit mit einem gut eingespielten Team. Als Lehrärzte können wir die Weiterbildung zur Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin bis zu einem Jahr anbieten. Wir freuen uns auf ihre Kontaktaufnahme an Dr. med. Christoph Bovet, Schaffhauserstr. 115, 8400 Winterthur, E-Mail: christoph.bovet@hin.ch, www.aerzte-am-rosenberg.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin – Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte Institution für dringende Konsultationen mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an zentraler Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (40–100%). Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allg. Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden

Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin (40–80%) und Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (30–60%) – ab sofort oder nach Vereinbarung. Für unsere sehr gut laufende mediX Praxis in Dübendorf suchen wir eine weitere Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin sowie für Gynäkologie. In unserer schönen und hellen Praxis im Zentrum von Dübendorf finden Sie ein motiviertes und sehr gut eingespieltes Team von 3 Ärzten und 4 MPAs sowie 2 Lernenden. Wir bieten ein modernes Arbeitsumfeld in einer kollegialen Atmosphäre, 40 Stunden Arbeitswoche, 5 Wochen Ferien, 1 Woche bezahlte Weiterbildung pro Jahr sowie wöchentliche QZ-Fortbildungen und eine überdurchschnittlich attraktive Vergütung sowie sehr gute Sozialleistungen. Wiedereinsteiger und Teilzeitarbeitende sind bei uns willkommen. Die Praxis gehört dem Ärztenetz mediX Zürich. Wir sind unabhängig von Krankenkassen und privaten Investoren oder Grossverteilern. Haben Sie Freude an patientenorientierter, evidenzbasierter Medizin und einem kollegialen Austausch? Schätzen Sie ein Arbeitsklima, welches durch gegenseitigen Respekt, Wertschätzung sowie Hilfsbereitschaft geprägt ist? Weitere Informationen finden Sie unter www.medix-praxis-duebendorf.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon. Dr. med. Margarete Schäublin, Leitende Ärztin, mediX Praxis Dübendorf, Tel. 044 802 10 00, E-Mail: margarete.schaebulin@medix.ch.

Assistentenstellen
Postes d'assistants
Posti per medici assistenti

ZH – Assistenzarzt/-ärztin FMH Allgemeine Innere Medizin – Die mediX Gruppenpraxis ZH-Wipkingen sucht per sofort oder nach Vereinbarung eine/n Assistenzarzt/-ärztin FMH Allgemeine Innere Medizin. (Anstellung für 12 Monate, idealerweise im letzten Jahr der Weiterbildung). Pensum 80–100%. In unserer Gruppenpraxis arbeiten 33 Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach. Wir wünschen uns eine/einen Ärztin/Arzt, die/der den interdisziplinären Austausch schätzt und Freude an der patientenorientierten Medizin hat. Es erwartet Sie eine moderne Praxis und ein gut eingespieltes Team von erfahrenen Hausärzten. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: florian.christmann@medix.ch, www.medixgruppenpraxis.ch.

Praxisvertretungen
Remplacements
Sostituti in studio medico

ZH – Facharzt gesucht per sofort oder nach Vereinbarung – Allgemeinarztpraxis (3 Ärzte, 1 Ärztin), Agglomeration Stadt Zürich sucht ab sofort oder nach Vereinbarung: Facharzt (m/w) für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin 50–80% oder praktischer Arzt (m/w) für kürzere (2–4 Monate) oder längere Zeit. Flexibles Arbeitsmodell: angestellt, selbständig, Wiedereinstieg, Möglichkeit zum Aufstocken des Pensums, usw. Wir freuen uns sehr auf Ihre Kontaktaufnahme. Tel. 044 842 30 70, Frau Barone oder auf E-Mail: zentrumspraxisregensdorf@hin.ch.

Stellengesuche Ärzte
Demandes d'emploi médecins
Ricerche di posti per medici

Endokrinologie/Diabetologie – Facharzt/Fachärztin, erfahren, deutschsprachig, sucht Option zur Mitarbeit/Vertretung. Kontakt unter Chiffre G-3107.



«Nach langjähriger erfolgreicher Praxistätigkeit suche ich einen Partner – auch hinsichtlich Nachfolgeregelung. Wie soll ich vorgehen?»

Nach der Bewertung Ihrer Praxis (Inventar/Goodwill) unterstützt Sie die FMH Services mit ihrem grossen Netzwerk und massgeschneiderten Verträgen bei der Nachfolgesuche.



Wir sind für Sie da!
Viera Rossi

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

Seminare / Séminaires / Seminari

Praxiseröffnung/-übernahme

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung (Einzel-/Gruppenpraxis), dem Einstieg in eine Gruppenpraxis oder vor einer Praxisübernahme stehen.

Themen

- **Bewilligungen/Berufspflichten** (Praxisbewilligung, Zulassung zur Sozialversicherung)
- **Gesellschaftsformen/Ehe- und Erbrecht** (Vertragswesen, Privat-/Geschäftsvermögen, Güterstand, Erbschaftsplanung)
- **Finanzierung der Arztpraxis** (Businessplan, Kredite, Absicherungsmöglichkeiten)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Personen- und Sachversicherungen, Vorsorgeplanung)
- **Praxisadministration** (Leistungserfassungs- und Abrechnungssysteme)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Praxiseinrichtung** (Inneneinrichtung, Kostenberechnung)

K01, Donnerstag, 7. März 2024, 09.00–16.30 Uhr, **Zürich, Volkshaus**

K02, Donnerstag, 2. Mai 2024, 16.00–20.30 Uhr, **St. Gallen, Hotel Einstein**

K03, Donnerstag, 6. Juni 2024, 09.00–16.30 Uhr, **Bern, Hotel Bern**

K04, Donnerstag, 12. September 2024, 09.00–16.30 Uhr, **Zürich, Volkshaus**

K05, Donnerstag, 7. November 2024, 09.00–16.30 Uhr, **Basel, Hotel Victoria**

Praxisübergabe/-aufgabe

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis an einen Partner oder Nachfolger übergeben oder liquidieren wollen. Idealtermin: **5–10 Jahre vor geplanter Übergabe oder allfälliger Liquidation** (aus steuertechnischen und vorsorgeplanerischen Gründen).

Themen

- **Praxispartner- oder Nachfolgesuche** (projektorientiertes Vorgehen in der Nachfolgeplanung)
- **Juristische Aspekte** (Praxisübergabevertrag, allg. Vertragswesen, Übergabe der Krankengeschichten)
- **Bewertung einer Arztpraxis** (Inventarwert und Goodwill als Verhandlungsbasis)
- **Versicherungen/Vorsorge/Vermögen** (Übergabe/Auflösung von Versicherungsverträgen, Pensions- und Finanzplanung)
- **Steuern** (Steueraspekte bei der Praxisübergabe oder Liquidation: Optimierung der steuerlichen Auswirkungen, Liquidations- und Grundstückgewinnsteuer)

K06, Donnerstag, 14. März 2024, 13.30–18.00 Uhr, **Zürich, Volkshaus**

K07, Donnerstag, 23. Mai 2024, 16.00–20.30 Uhr, **St. Gallen, Hotel Einstein**

K08, Donnerstag, 13. Juni 2024, 13.30–18.00 Uhr, **Bern, Hotel Bern**

K10, Donnerstag, 14. November 2024, 13.30–18.00 Uhr, **Basel, Hotel Victoria**

Praxissoftware-Workshop

Zielgruppe: Ärztinnen und Ärzte, die vor einer Praxiseröffnung oder Praxisübernahme stehen oder bereits praxistätig sind.

Themen

- **Anforderungen** an ein Praxisinformationssystem (Einführung)
- **Evaluationsprozess** (projektorientiertes Vorgehen in der Evaluation eines Praxisinformationssystems)
- Präsentation von **sieben führenden Praxisinformationssystemen** (Leistungserfassung, Abrechnen, Agenda, Statistik, Geräteeinbindung, Krankengeschichte, Finanzbuchhaltung usw.)

K13, Donnerstag, 21. März 2024, 13.15–17.45 Uhr, **Zürich, Technopark**

K14, Donnerstag, 27. Juni 2024, 13.15–17.45 Uhr, **Bern, Stadion Wankdorf**

Ouverture et reprise d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical (individuel ou de groupe), de joindre un cabinet de groupe ou de reprendre un cabinet existant.

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, autorisations, admission à pratiquer à la charge de l'assurance sociale, dossier patients, droit du travail, formes juridiques, droit matrimonial et droit successoral)
- **Business plan / passage du statut de salarié à celui d'indépendant** (préparation du plan de financement, les financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation & aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (gestion d'un cabinet, facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

K20, Jeudi 7 mars 2024, 09h00–17h30,

Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers

K21, Jeudi 13 juin 2024, 09h00–17h30,

Genève, Hôtel Royal

K22, Jeudi 12 septembre 2024, 09h00–17h30,

Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers

Remise et cessation d'un cabinet médical

Groupe cible: Médecins désirant remettre un cabinet médical à un associé ou à un successeur ou qui doivent fermer leur cabinet médical. Idéalement **5–10 ans avant la remise prévue** (pour des questions de taxation et prévoyance).

Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)
- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)

- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscal lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

K24, Jeudi 14 mars 2024 13h30–19h15,

Lausanne, Hôtel Aquatis

K25, Jeudi 21 novembre 2024, 13h30–19h15,

Genève, Crowne Plaza

Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

Groupe cible: Médecins sur le point d'ouvrir un cabinet médical et médecins déjà établis qui veulent changer leur logiciel.

Contenu

- **Évaluation d'un système de gestion de cabinet**
- Présentation en live de **logiciels pour la gestion du cabinet** (gestion des données des patients, gestion de la facturation et de l'encaissement, statistiques, gestion de l'agenda, connexion des appareils médicaux au dossier patient, etc.)

K28, Mercredi 26 juin 2024, 13h30–18h00,

Lausanne, Hôtel Aquatis

Apertura e rilevamento di uno studio medico

Gruppo destinatario: Medici in procinto di aprire o di rilevare uno studio medico.

Contenuto

- **Business plan** (preparazione del piano di finanziamento e del credito d'esercizio, prestito bancario)
- **Valutazione di uno studio medico** (inventario e goodwill)
- **Assicurazioni** (tutte le assicurazioni necessarie interne ed esterne allo studio)
- **Passaggio dallo stato di dipendente a quello di indipendente**
- **Fiscalità**

K50, Mercoledì, 13 marzo 2024, dalle 16.00 alle 18.00,

Chiasso, FMH Services (Consulting)

K51, Mercoledì, 9 ottobre 2024, dalle 16.00 alle 18.00,

Chiasso, FMH Services (Consulting)

Anmeldung

Inscription

Registrazione

www.fmhservices.ch



Élargissement du réseau de nos sociétés fiduciaires partenaires dans le canton de Genève

FMH Services présente un nouveau partenaire de confiance en matière fiduciaire dans le canton de Genève.

Présente dans le quartier des Nations et au service de clients genevois depuis près de 10 ans, FID-ELITE SA cumule près de 40 ans d'expérience de services fiduciaires tant au plan local qu'à l'international.

FID-ELITE propose des services comptables, fiscaux et ressources humaines destinés aux indépendants, personnes physiques et sociétés. Elle met au cœur de son service une relation de proximité et de confiance avec ses clients, ce qui lui permet d'agir de manière proactive dans le cadre du mandat.

Spécialisée dans l'accompagnement des indépendants exerçant une profession libérale, FID-ELITE offre des services sur mesure adaptés aux besoins de l'activité

entrepreneuriale. Que ce soit à la création, transformation ou transmission du cabinet médical, FID-ELITE est présente aux côtés de ses clients pour les aider à faire les bons choix.

C'est avec grand plaisir que Monsieur Guillochon et son équipe se déplaceront dans votre cabinet pour un échange personnalisé et spécifique à votre situation.

FID-ELITE SA
FMH Services (Fiduciaire)
Rue Pré-de-la-Bichette 1
1202 Genève
Tél. 022 592 12 15
E-mail: christophe.guillochon@fmhfiduciaire.ch

FID-ELITE SA est une entreprise de conseil indépendante sur le plan juridique et économique recommandée par la société coopérative FMH Services.



Christophe Guillochon
Diplôme fédéral d'Expert
en Finance et Controlling

Anzeige




FMH SERVICES

Aller de l'avant

**Conseil pour
médecins et cabinets**

- Ouverture du cabinet
- Gestion du cabinet
- Cabinet de groupe
- Remise du cabinet

FMH Consulting Services AG
Avenue d'Ouchy 66
1006 Lausanne
Tél. 021 922 44 35
mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch



Das Abwasser lügt nicht

Frühwarnsystem Das COVID-19-Monitoring im Abwasser hat Behörden und Spitälern während der Pandemie wichtige Informationen zur epidemiologischen Lage geliefert. Inzwischen wurde die Methode auf andere Viren ausgeweitet. Können Pandemien zukünftig im Voraus erkannt und ihre Ausbreitung gebremst werden?

Simon Koechlin

Die Kläranlage ist ein Spiegel des Menschen. Waschmittel, Kosmetika, Chemikalien, Drogen, Arzneimittel. Das alles und vieles mehr landet im Abwasser – direkt oder in Kot und Urin. Auch Krankheitserreger, die unser Körper ausscheidet, können im Abwasser nachgewiesen werden. Und das machen sich Wissenschaft und Medizin seit Jahren zunutze [1].

In der Schweiz untersuchen Forschende der Eawag – dem Wasserforschungsinstitut im ETH-Bereich – bereits seit dem Beginn der COVID-19-Pandemie Abwasser auf Spuren des Coronavirus [2]. «Beim Aufbau des Monitorings profitierten wir von unserer jahrelangen Erfahrung bei der Erforschung von Drogenrückständen im Abwasser», sagt Dr. Christoph Ort, Leiter der Abteilung Siedlungswasserwirtschaft der Eawag. Seit 2021 finanziert das Bundesamt für Gesundheit (BAG) die Untersuchungen der Eawag, zuerst in sechs, heute in vierzehn Kläranlagen.

Betreiber von Kläranlagen seien verpflichtet, regelmässig Wasserproben im Zulauf und im Ablauf der Anlage zu nehmen, erklärt Christoph Ort. «Vom Zulauf erhalten wir einen Teil der 24-Stunden-Sammelprobe, die aus hunderten Einzelproben verteilt über den ganzen Tag zusammengesetzt ist.» Aus einer kleinen Menge von rund 40 Millilitern extrahieren, konzentrieren und reinigen die Forschenden das Erbgut der Viren, die RNA. Fünf Mikroliter dieses Extrakts teilen sie in 20 000 winzige Tröpfchen auf. In jedem Tröpfchen wird die RNA vervielfältigt und analysiert, ähnlich wie bei der Messung klinischer COVID-Tests.

Virensuche in der Kläranlage

Während der COVID-19-Pandemie zeigte sich, dass die Virenkonzentration im Abwasser gut mit den gemeldeten Fallzahlen korreliert. Die Methode hilft also, die Krankheitslast und -dynamik zu verfolgen. Zudem funktioniert sie unabhängig von klinischen Tests: Da jeder Mensch täglich auf die Toilette geht und sich die Zähne putzt, fließen automatisch die Daten von Zehntausenden oder Hunderttausenden in die Abwasseruntersuchungen ein.

Das ist gerade auch in der heutigen, nachpandemischen Zeit wichtig, in der sich nur noch wenige Menschen auf das Coronavirus testen lassen, wie BAG-Sprecher Simon Ming bestätigt. Dank des Abwassermonitorings könne das BAG die epidemiologische Situation von COVID-19 trotz der nicht mehr repräsentativen Test- und Fallzahlen einschätzen. So waren es nicht zuletzt Abwasserdaten, die diesen Herbst einen rasanten Anstieg der COVID-19-Zirkulation anzeigten.

Und COVID-19 ist vielleicht erst der Anfang. In einer Zusammenarbeit haben BAG und Eawag das Abwassermonitoring bereits ausgeweitet. In vierzehn Kläranlagen wird seit Juli 2023 auch auf zwei weitere Viren getestet: den Grippeerreger Influenza und RS-Viren [3]. Ein vom Nationalrat bereits angenommenes Postulat [4] verlangt zudem vom Bundesrat zu prüfen, ob die Abwasserüberwachung auf andere Erreger wie Polio- oder Affenpockenviren ausgeweitet werden könnte.

Milliardeneinsparungen möglich?

Der Westschweizer Thinktank «Pour Demain» fordert gar, die Methode zu einem Pandemie-Frühwarnsystem auszubauen [5]. Er schlägt vor, in 50 bis 100 Abwasserreinigungsanlagen die fünf Krankheitserreger mit dem grössten Pandemie-Potenzial kontinuierlich zu überwachen: SARS-CoV-2, weitere Corona-Viren, Influenza, Pocken und Masern. Laut «Pour Demain» könnte die Schweiz damit im Falle einer extremen Pandemie (die viel stärker ist als COVID-19) bis zu 30 Milliarden Franken sparen.

Laut Simon Ming vom BAG erachtet auch der Bundesrat die Prüfung der Erweiterung auf andere Krankheitserreger generell als sinnvoll. Doch eine genaue finanzielle Bezifferung des Nutzens hänge von vielen Annahmen ab. «In Bezug auf Erweiterungen gilt es immer, den Nutzen für die öffentliche Gesundheit mit den Kosten abzuwägen.»

Welche Erweiterungsmöglichkeiten bestehen, untersucht ein Team um Christoph Ort unter anderem in einem vom Schweizerischen Nationalfonds SNF finanzierten Projekt [6]. Dabei geht es nicht nur um zusätzliche Erreger wie No-



© Eawag, Esther Michel

Eawag-Forschende sammeln in der Zürcher Kläranlage Werdhölzli Abwasserproben, um sie auf SARS-CoV2-Viren zu untersuchen.

roviren, Rhinoviren oder Affenpocken, sondern auch um die grosse Frage, die bezüglich des Abwassermonitorings im Raum steht: Wie früh können Virusausbrüche erkannt und ihre Ausbreitung abgeschätzt werden?

Frühe Warnung, aber keine Vorhersage

Eine Pandemie voraussagen lasse sich mit dem System nicht, sagt Christoph Ort. «Und wir können auch nicht beziffern, wie viele Menschen infiziert wurden, wie schwerwiegend die Fälle sind und ob bereits ein Infektionspeak erreicht ist.» Aber als Frühwarnsystem könne die Abwasserüberwachung sicherlich gute Dienste leisten.

Zum Beispiel für gefährdete Menschen, die anhand der Daten entscheiden können, ob sie eine Maske tragen oder überfüllte Räume meiden wollen. Laut Christoph Ort melden sich bei der Eawag immer wieder Menschen, die dankbar sind für die Daten. Das BAG verweist auf die zeitnahe Publikation der Daten, die gemeinsam mit Labor- und Konsultationsdaten jeden Mittwochmittag erfolgt [7]. Auch Kantone, Arbeitgeber und die Ärzteschaft könnten sich dort informieren und allfällige Massnahmen ergreifen.

Froh um die Überwachungsmethode ist PD Dr. med. Urs Karrer, Chefarzt Infektiologie am Kantonsspital Win-

terthur. «Das Abwassermonitoring hilft uns, epidemiologische Entwicklungen frühzeitig und unabhängig vom Testverhalten zu erkennen und unsere Test- und Schutzstrategien im Spital anzupassen», sagt er. Auch für Arztpraxen könnten die Daten relevant sein – etwa, um Patientinnen und Patienten gezielter auf zirkulierende Erreger zu testen.

Karrer sieht vor allem in einer Ausweitung des Monitorings auf antibiotikaresistente Erreger eine Chance. Das Wissen darum, welche Resistenzen zirkulierten, helfe bei manchen Infektionen, die Wahl des richtigen Antibiotikums zu treffen, sagt er. In diese Richtung denkt offenbar auch der Bund: Die Eawag messe im Auftrag des BAG bereits in einigen Kläranlagen die Häufigkeit von antimikrobiellen Resistenzen, sagt BAG-Sprecher Simon Ming.



Literatur

Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Standespolitisches Engagement

Karriere Im Frühjahr 2024 stehen die Wahlen für den Zentralvorstand der FMH in der Ärztekammer an. Höchste Zeit, den Zusammenhang von ärztlicher Karriere und Standespolitik zu beleuchten, findet unser Autor. Wie könnte ein kompetenzbasiertes Modell für Wahlen in Ärztegremien aussehen? Liesse sich so der Nachwuchs vermehrt für die Standespolitik begeistern?

Jürg Unger

In den Gesprächen mit fortgeschrittenen Mentees ergibt sich oft das Thema, wie die Karriere ausserhalb des eigenen Fachgebietes gefördert werden kann. Viele denken an Zusatzausbildungen – vom MBA bis zur Ethik – vergessen aber die Standespolitik.

Im Gremium Verantwortung übernehmen

Der Einsitz in kantonale oder nationale standespolitische Gremien bildet eine hervorragende Möglichkeit, um sich innerhalb des eigenen Fachgebietes (aktive Übernahme von Aufgaben in der Fachgesellschaft) oder in der jüngeren Ärzteschaft (Engagement im vsao) ein tragfähiges Netzwerk aufzubauen. Gleichzeitig beweisen die Einzelnen ihre Bereitschaft und Eignung, auch ausserhalb des Fachgebietes Verantwortung zu übernehmen.

In diesen Gremien lernen die Engagierten wichtige Themen des ärztlichen Berufes kennen, die sie im ärztlichen Arbeitsalltag meist übersehen, obwohl die Themen indirekt viel Einfluss auf die Berufsausübung haben. So werden in Vorständen frühzeitig neue Ideen und Entwicklungen besprochen, die erst gerade auf die politische Agenda gesetzt werden. Vom Wissen um solche aktuellen Entwicklungen profitieren nicht nur die standespolitisch Aktiven, sondern auch deren Vorgesetzte. Sie können neue Trends für die Entwicklung der eigenen Betriebe nutzen, über die ihre Mitarbeitenden berichten. Elegant können auch kritische Positionen frühzeitig ausgelotet und bei Eignung geschickt als Entwicklungsanstoss genützt werden. Deshalb unterstützen weitsichtige Vorgesetzte ihre Mitarbeitenden, die im vsao oder in der Fachgesellschaft Aufgaben übernehmen.

Wer will, wer darf, wer muss?

Wie wird man in berufspolitische Gremien gewählt? Oder sollte die Frage heute besser heissen: Wie gerät man in berufspolitische Gremien? Oft lässt sich in ärztlichen Verbänden das Muster erkennen «Wer hat noch nie, wer muss auch einmal», denn: Wenige schätzen den Wert des berufspolitischen Engagements. Wer sich zur Verfügung stellt, wird meist mit Applaus gewählt, weil alle dankbar sind, dass der Kelch an ihnen vorbeizog. Aber auch der Einfluss der eigenen Gruppe (andernorts Clan genannt) in den Gremien kann zu Kandidaturen führen: «Es können doch nicht nur Zürcher» oder «nicht nur alte weisse Männer» oder «nicht

nur Chirurgen» – und schon wird eine Gegenkandidatin zur Wahl vorgeschlagen, die nicht zu der Gruppe gehört, welcher man kein Monopol zugestehen will.

Kompetenzbasierte Kandidaturen fördern

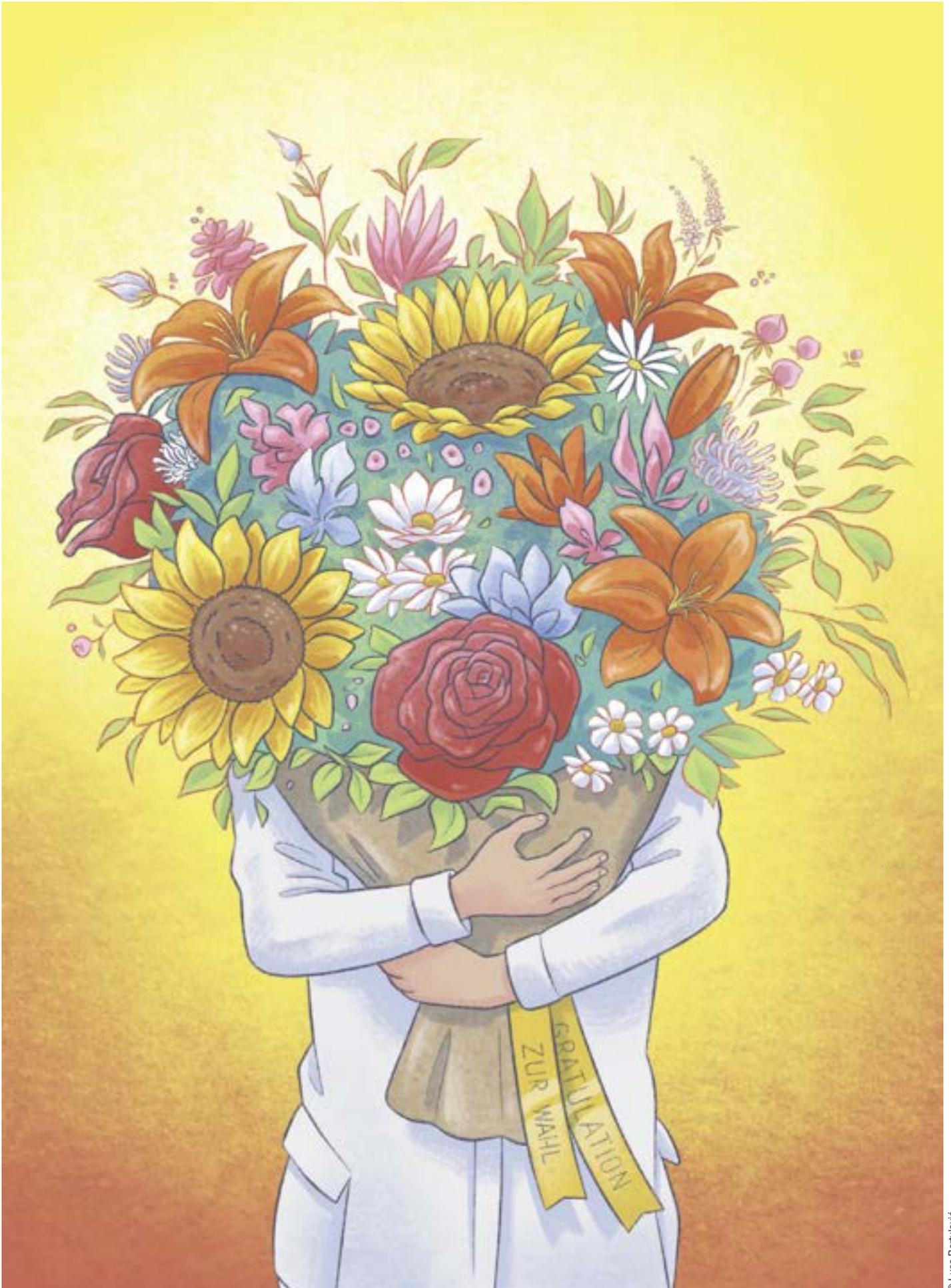
Ist dieses alte Muster für die erfolgreiche Arbeit eines ärztlichen Gremiums zukunftsträchtig? Sicher nicht, wenn die Gremien die ärztlichen Anliegen erfolgreich durchsetzen sollen. Die Bildungswelt setzt auf kompetenzbasiertes Lernen und könnte Vorbild sein: Wenn in einem Gremium als Beispiel vertieftes Sachwissen zu den ambulanten Tarifen fehlt, so müssten Kandidaturen zuallererst diese Kompetenz mitbringen. Unabhängig davon, aus welchem Clan sie stammen. Das bedeutet, zeitgemässe Wahlen in Ärztegremien sollten wie folgt verlaufen: Die Bisherigen oder ein «Ältestenrat» definieren vor Beginn des Wahlprozesses die unterschiedlichen Profile der zukünftigen Mitglieder des Gremiums, damit dieses über die notwendigen Kompetenzen zur Bewältigung der Anforderungen verfügt. Anschliessend stellen sich Kandidaten für die einzelnen Profile zur Verfügung und zeigen mit ihrer Bewerbung auf, inwiefern sie die Anforderungen für ein bestimmtes Profil erfüllen. Die Wahl erfolgt dann entlang der Profile: Für das mögliche Profil «ambulante Tarife» findet ein Wahlgang statt, anschliessend zum Beispiel für «Digitales» und so fort. Nach der Wahl steht damit auch fest, wer welche Aufgaben im Gremium übernimmt, und das übliche «der Vorstand konstituiert sich selbst» fällt weg.

Der Zentralvorstand der FMH vertritt 7 Aufgabenfelder. Werden die 7 Mitglieder nach den Wahlen im Frühjahr 2024 die nötigen Kompetenzen für diese 7 Aufgabenbereiche mitbringen und damit die Interessen der gesamten Ärzteschaft optimal vertreten können? Die Verantwortung dafür liegt bei der Ärztekammer. Diese wählte im Herbst 2020 die neue SIWF-Präsidentin gemäss der hier skizzierten kompetenzbasierten Idee mit einem sehr guten Resultat.



Dr. med. Jürg Unger

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. An dieser Stelle schreibt er regelmässig über Karrierefragen.



«The gradual disassembly»



Dominik Heim

PD Dr. med., Facharzt für Chirurgie, Klinik Hohmad Thun, Medizinisches Zentrum Arosa

Kuno Lauener mit «Züri West» begleitet mich im Zug. Mevion, unser Sohn, hat mir das neue Album «Loch dür Zyt» der Band auf dem Perron zugesteckt für die Reise in die Praxis in den Bergen. Es weckt Erinnerungen an die Assistenzzeit in Basel – Van Morrison, Polo Hofer und viele andere waren damals auch dabei.

Kuno Lauener hat multiple Sklerose. Zwischen dem letzten Album «Love» und «Loch dür Zyt» liegen gut fünf Jahre. Konzerte würden seine Krankheit keine mehr erlauben, hätten seine Ärzte gesagt. Und so spricht man (etwas voreilig, hoffe ich) vom vielleicht letzten Album. Von einem Vermächtnis, einem Alterswerk, wie wir dies von vielen kennen, die noch da sind oder schon gegangen sind. Ihre Stimme mag zwischendurch brechen (Tom Jones, «Surrounded by time», 2021), es wird mehr gesprochen als gesungen (Bob Dylan, «Rough and rowdy ways», 2020), und Resignation schwingt mit (Leonard Cohen, «You want it darker», 2016 – einige Tage nach Erscheinen starb er). Immer auch ein Rückblick, wehmütig, bitter oder abgeklärt. Sich mit dem kommenden Schicksal zu arrangieren, hat ganz verschiedene Facetten.

Und so fragt sich auch von uns Ärztinnen und Ärzten manch eine oder einer, wie wir es einmal machen werden. Die Pensionierung als sofortiger Schluss mit der ärztlichen Tätigkeit, so ein «Cold Turkey» (John Lennon, 1969)? Ein Weiterführen der bisherigen Tätigkeit als Chirurg – «I was a butcher, cutting up meat ... I was a surgeon 'til I start to shake» (Rolling Stones, «You got me rocking», 1994) – und warten, bis man am «shaken» ist. Oder nochmals eine neue Herausforderung?

Und wenn man seine Tätigkeit mit etwas Neuem erweitert, muss man dann doch einmal irgendwo oder irgendwann etwas abbauen.

Dazu gibt es aus der Traumatologie ein gutes Beispiel: Schwer offene Frakturen werden gerne (auch heute noch) initial mit einem «fixateur externe» (äusseres Gestänge) versorgt. In der ersten postoperativen Phase stellt sich dann die

Frage: «External fixator, what next?». Steigt man auf eine innere Montage (Schrauben, Nägel, Platte) um, oder heilt man die Fraktur in diesem äusseren Gestänge aus (sogenannter «first and final external fixator»)? Im zweiten Fall stimuliert man die Frakturheilung mit einem sequenziellen Abbau der Montage – «the gradual disassembly»! Hier oder dort eine Stange weg, etwas weniger Stabilität, dafür etwas mehr Bewegung in der Fraktur – und der Knochen heilt! Was man genau abbaut, das ist ein individueller Entscheid.

Bei Chirurgen und Chirurgen geht häufig zuerst die Chirurgie. Dann die in kleinem Mass ausgeübte hausärztliche Tätigkeit (man ist ja nicht monomaner Chirurg) und am Schluss zum Beispiel die Versicherungsmedizin, sofern man dieses spannende Gebiet betreibt und sofern die geistigen Fähigkeiten noch genügen.

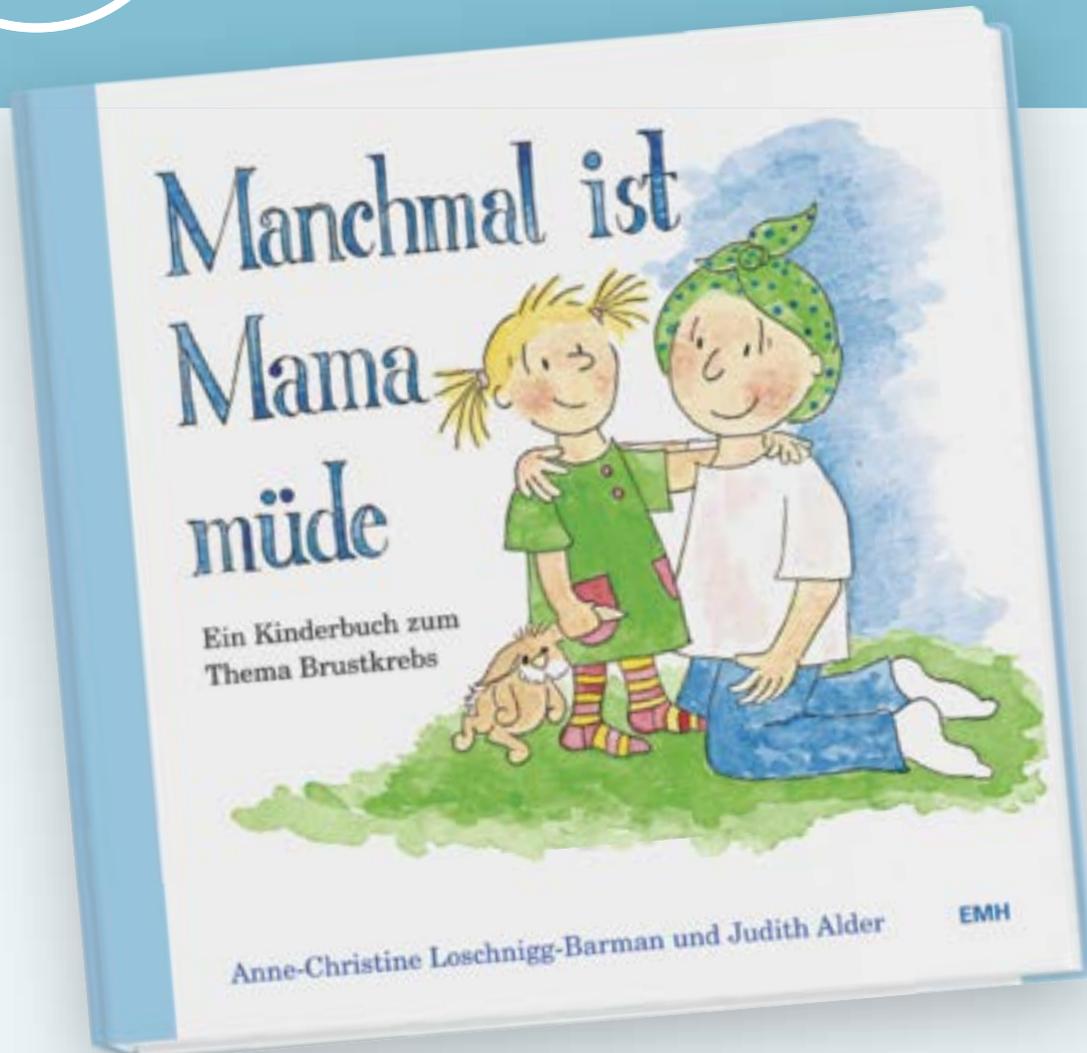
Im letztgenannten Gebiet greift man dann gerne auf seine langjährigen Erfahrungen zurück, um der Beurteilung das entsprechende Gewicht zu geben. In dieser Rückschau auf persönliche Beispiele findet man dann Geschichten von Fällen, die speziell gut oder auch einmal ganz schlecht herausgekommen sind. Solche Geschichten finden sich auch auf dem Album «Loch dür Zyt». Und man schmunzelt beim Lied vom kleinen, schreienden Kind, das im strömenden Regen in seinem Kinderwagen stehen gelassen wird, während die Mutter drinnen im Laden mit der Metzgersfrau «schnurret». Wer dann dem Kind den «Schnägg» in den Mund steckte (sodass das Schreien prompt aufhörte), fragt sich Kuno Lauener heute: «I bi's nit gsi, das weiss i.» In unserem ärztlichen Tun wissen wir (fast immer) – ich war es!

Jetzt komme ich im Schnee in der Praxis in den Bergen an und bin gespannt auf ein reges Dienstwochenende.



BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag



Anne-Christine Loschnigg-Barman, Judith Alder

Manchmal ist Mama müde

Das Kinderbuch „Manchmal ist Mama müde“ richtet sich an Kinder im Alter von 2 bis 8, deren Mutter an Brustkrebs erkrankt ist. Das Buch soll den Kindern helfen, die Krankheit der Mutter besser zu verstehen, und die Eltern unterstützen, Worte für das Unfassbare zu finden.

Die fröhlichen Illustrationen sprechen Kinder direkt an. Der einfühlsame Text vermittelt ihnen, dass sie mit ihren Sorgen und Ängsten ernst genommen werden und dass die Krankheit nichts an der Liebe zum Kind verändern kann.



Dieses und weitere Bücher finden Sie hier:
shop.emh.ch/collections/all



Erkunden. Mitwissen.

Registrieren Sie sich jetzt auf [swisshealthweb.ch](https://www.swisshealthweb.ch) und profitieren Sie von 3 Monaten Premium-Membership!



Nutzen Sie exklusive Services:

- Medikamentendatenbank
- Fachartikel
- Kuratierte Artikel
- Guidelines
- Fort- und Weiterbildungsangebote
- Eventkalender
- Jobangebote
- Nützliche Tools