

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 5
31. Januar 2024



27 Ärztekammer

Alle Wortmeldungen und
Beschlüsse im Überblick

12 **Tourismusregionen**
Wie der hausärztliche Alltag
in den Bergen aussieht

16 **«Kerala-Modell»**
Ein Gesundheitssystem,
das weltweit beeindruckt

40 **Nicht expandierbare Lunge**
Häufige Komplikation, jedoch
wenig bekannt

EGb 761®¹



Sie kann
immer noch
alleine ihren
Garten pflegen.

Die Demenz hinausschieben.^{2,3,4}

Neue
Tebokan®
Kompakttablette



alte Tablette
240 mg

neue Tablette
240 mg

Tebokan® 240

Ginkgo-biloba-Spezialextrakt EGb 761®



- 1x 240 mg am Tag¹
- Kassenzulässig, Liste B^{1,5}
- Eigener Ginkgo-Anbau⁶

Gekürzte Fachinformation Tebokan® 120/Tebokan® 240: Z: 1 FT enthält 120 mg bzw. 240 mg Ginkgo-biloba-Extrakt (EGb 761®) (DEV 35–67.1), quantifiziert auf 26.4–32.4 mg bzw. 52.8–64.8 mg Flavonglycoside und 6.48–7.92 mg bzw. 12.96–15.84 mg Terpenlactone (Ginkgolide, Bilobalid). Auszugsmittel: Aceton 60% m/m. I: Symptomatische Behandlung von Einbussen der mentalen Leistungsfähigkeit. Adjuvans bei ausgeschöpftem Gehörtraining bei Claudicatio intermittens. Bei Vertigo und Tinnitus. D: Morgens und abends 1 FT (120 mg) bzw. 1x täglich 1 FT (240 mg). KI: Überempfindlichkeit gegen Ginkgo-biloba-Extrakte. UEW: Sehr selten leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen. I: Eine Wechselwirkung mit Arzneimitteln, die die Blutgerinnung hemmen, kann nicht ausgeschlossen werden. P: 90 und 120 FT (120 mg) bzw. 30, 60 und 90 FT (240 mg). VK: B, kassenzulässig. ZI: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch.
Referenzen: 1. Fachinformation Tebokan®; <https://www.swissmedinfo.ch/>; Stand: April 2022. 2. Kaschel R et al., Ginkgo biloba: specificity of neuropsychological improvement – a selective review in search of differential effects. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009;24:345–370. 3. Kurz A et al., Leichte kognitive Störung: Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. Nervenarzt 2004; 75: 6–15. 4. Tian J et al., Chinese herbal medicine Ginkgoshoutao for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimers Dement (N Y), 2019;5:441–449. Published 2019 Sep 4. doi:10.1016/j.trci.2019.03.001. 5. <https://www.spezialistenliste.ch/>; Tebokan®; Letzter Zugriff 1.6.2023. 6. Schmid W., Balz J. P. et al., Cultivation of Ginkgo biloba L. On three continents. Acta Horti; 2005; 676, 177–180. 10.17660/actahortic.2005.676.23.
Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden. Schwabe Pharma AG, Erlistrasse 2, 6034 Küssnacht am Rigi.



**Schwabe
Pharma AG**
From Nature. For Health.

06/2023

Der Kontext macht es aus



Magdalena Mühlemann
Leiterin Content
Wissenschaft,
Fort- und Weiterbildung
magdalena.
muehlemann[at]emh.ch

Am 9. November 2023 fand in Biel die Ärztekammer statt. Das Beschlussprotokoll von Katharina Meister mit allen Details finden Sie ab Seite 27 in dieser Ausgabe. Das SIWF berichtete dort von einer Mandatsvergabe zum Thema «Kompetenzkatalog Patientensicherheit». Die Mandatsgruppe unter der Leitung von David Schwappach, Leiter Forschungsschwerpunkt Patientensicherheit am ISPM der medizinischen Fakultät Bern, wird Kompetenzen abbilden für alle Fächer und ein Dokument für Weiterbildungsverantwortliche und Weiterbildende erstellen. Themen dabei sind unter anderem: Wie können ärztliche Fachpersonen konstruktiv mit Zwischenfällen umgehen und wie darüber reden – im kollegialen Austausch und mit den Patientinnen und Patienten? Auf die Resultate dürfen wir gespannt sein.

«Der Gesundheitssektor, wie jeder andere Bereich auch, kann nicht in einem Vakuum funktionieren.»

Dass der indische Bundesstaat Kerala Patientensicherheit gross schreibt, wurde dank seiner erfolgreichen Bewältigung der COVID-19-Pandemie 2020 unter der damaligen Gesundheitsministerin K. K. Shailaja auch im Ausland bekannt. Bei seiner Gründung 1956 war Kerala noch einer der ärmsten Bundesstaaten. In wenigen

Jahrzehnten hat er jedoch einen bemerkenswerten Aufschwung erlebt: Seine Alphabetisierungsrate ist die höchste des Landes und die Lebenserwartung liegt 5 Jahre über dem indischen Durchschnitt. Shailaja sagt: «Der Gesundheitssektor, wie jeder andere Bereich auch, kann nicht in einem Vakuum funktionieren.» Grossen Anteil am Modell Kerala hatte wohl die erste Regierung, die kommunistisch war und der Bildung und Gesundheit Priorität einräumte – ein Kurs, der bis heute anhält. Man kann nun von der Partei politisch halten, was man will, aber kostenlose Gesundheitsversorgung für Menschen unter der Armutsgrenze am Universitätsspital der Hauptstadt hat sicher sein Gutes. Lesen Sie den Artikel von Natalie Mayroth ab Seite 16.

Die nicht expandierbare Lunge («unexpandable lung») ist eine häufige, aber wenig bekannte Komplikation, die nach Thorakozentesen bei chronischem Pleuraerguss auftritt. Maude Carballares, Philippe Dumont und Philipp Suter fassen im Swiss Medical Forum die Grundlagen des diagnostischen und therapeutischen Managements dieser Pathologie anhand aktueller Fachliteratur zusammen. Wie sich die akute, in der Regel reversible Form («lung entrapment») von der irreversiblen, fibrotischen Spätkomplikation («trapped lung») unterscheidet und worin die Behandlung besteht, erfahren Sie ab Seite 40.

Anzeige



BUCHVORSTELLUNG
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Anne-Christine Loschnigg-Barman, Judith Alder

Manchmal ist Mama müde



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



Erkunden. Mitwissen.

Registrieren Sie sich jetzt auf 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

Im Fokus



12

Skidaunen und Herzinfarkt

Bergregionen Wenn die Sonne scheint und der Schnee glitzert, haben Hausarztpraxen in Tourismusregionen alle Hände voll zu tun. Ein Augenschein im Medizinischen Zentrum der Gesundheit Arosa AG in den Bündner Bergen zeigt, wie diese logistische Meisterleistung gelingen kann.

Carole Scheidegger



16

Gesundheitsfürsorge für alle

Indien Der Gliedstaat Kerala im Südwesten des Landes hat sich einen Ruf für sein beeindruckendes Gesundheitssystem erarbeitet. Mit einer Bevölkerung von 35 Millionen Menschen hat das kommunistisch geprägte Kerala eine hohe Lebensqualität und die höchste Alphabetisierungsrate im Land. Doch was macht das Kerala-Modell aus?

Natalie Mayroth



64

Bloss nicht die Fassung verlieren

Arzt-Patienten-Kommunikation Immer wieder wird ein Defizit in professioneller Kommunikation beklagt. Dennoch wird dieses Problem nur selten in Form von konkreten Interventionen adressiert. Unser Autor erklärt, welche Rolle hierbei die Angst vor einem Authentizitätsverlust spielt – und warum diese unbegründet ist.

Wolf Langewitz

Anzeige



JOBS
Schweizerische Ärztezeitung

Jetzt
reinschauen!

Stellen ausschreiben, wo sie gefunden werden!

- Suchabonnemente mit Benachrichtigungen
- Bewerbungsmöglichkeit und Bewerberverwaltung
- Optimierte für alle Endgeräte

jobs.saez.ch



Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Magdalena Mühlemann Der Kontext macht es aus
8	REDAKTIONELLE INHALTE
8	News
8	Auf den Punkt Versorgungslücken schliessen
12	Reportage Skidaunen und Herzinfarkt
16	Hintergrund Gesundheitsfürsorge für alle
21	Forum Die Ostschweizer Kantone spannen zusammen
22	Mitteilungen
62	Porträt Lebenslange Selbstbehaftung als Wissenschaftlerin
64	Praxistipp Bloss nicht die Fassung verlieren
66	Zu guter Letzt von Eberhard Wolff Über Scherztabletten
23	FMH
24	Leitartikel des Zentralvorstandes Es ist Zeit, das Leiden der Ärztinnen und Ärzte ernst zu nehmen
27	Ärzttekammer Beschlussprotokoll der zweiten ordentlichen Ärztekammer 2023

33	Personalien
34	ORGANISATIONEN
34	smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland Neue Top-5-Liste Pädiatrie
37	SWISS MEDICAL FORUM
38	Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause
40	Übersichtsartikel Die nicht expandierbare Lunge
44	Was ist Ihre Diagnose? Ein besonders besorgniserregender Ikterus
47	Der besondere Fall Die intestinale Schistosomiasis
50	SERVICES
50	Stellenmarkt
55	Seminare und Veranstaltungen
56	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 Grison, Anja Kemmer (Redaktionsassistentin), Dominique Fischer (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, Farnsbürgerstrasse 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: © Stefan Marthaler

PATENTIERTE FORMULIERUNG MIT ETOFENAMAT²

Lixim[®] Patch

Next Generation NSAID-Patch

24 h¹



**JETZT
KASSEN-
ZULÄSSIG!¹**



- ⊕ Hochsignifikante Schmerzreduktion ($p < 0.0001$)^{*1,3}
- ⊕ Sehr gute Haftung³ und Hautverträglichkeit³
- ⊕ Hohe Flexibilität²
- ⊕ Wasserabweisende Eigenschaften^{**2,4,5}

Lixim[®] Patch: **Z:** 70 mg Etofenamat pro Pflaster. **I:** Zur kurzzeitigen symptomatischen Behandlung von akuten, unkomplizierten Distorsionen des Sprunggelenks bei Erwachsenen. **D:** 1 Pflaster alle 24 Stunden unter leichtem Druck auf die schmerzende Stelle aufkleben. Nur ein Pflaster pro verletzte Stelle. Therapiedauer 7 Tage. **KI:** Anwendung auf geschädigter Haut an der verletzte Stelle (z.B. exsudative Dermatitis, Ekzem, infizierte Läsion, Verbrennung oder offene Wunde), Säuglingen und Kleinkindern, 3. Schwangerschaftstrimenon, Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff Etofenamat oder anderen nichtsteroidalen Antiphlogistika oder gegenüber einem der Hilfsstoffe gemäss Zusammensetzung. **W/V/M:** Nur auf unversehrter, gesunder Haut applizieren. Kein Kontakt mit Schleimhäuten oder Augen. Bei Hautausschlag Behandlung sofort abbrechen. Bei Patienten mit Asthma, allergischer Rhinitis oder Nasenpolypen können in seltenen Fällen Bronchospasmus oder Rhinitis auftreten. Bei Patienten mit chronischer Urticaria sind allergische Reaktionen möglich. Kleinkinder und Haustiere sollten auf keinen Fall mit den gebrauchten Pflastern in Kontakt kommen. **S/S:** Während 1. und 2. Trimesters sollte Lixim[®] Patch nicht angewendet werden, es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich. Die Dosis sollte so niedrig und Behandlungsdauer so kurz wie möglich gehalten werden. **UW:** Die aufgelisteten UW stammen aus allgemeinen Erfahrungen mit topisch appliziertem Etofenamat in der Literatur: Selten: Überempfindlichkeitsreaktionen Gelegentlich: lokale Hautreaktionen, z.B. Hautrötung, Pruritus, brennendes Gefühl, Schwellungen der Haut. Selten: lokale allergische Reaktionen (Kontaktdermatitis). Gelegentlich: keuchende Atmung. **L:** Nicht über 30°C lagern. Ausser Reichweite von Kindern aufbewahren. **P:** 1 Packung zu 7 Patches **Abgabekategorie:** D **Zulassungsinhaber:** Drossapharm AG, Basel. Stand: Juli 2022. Ausführliche Informationen unter www.swissmedinfo.ch.

Referenzen: **1** Fachinformation Lixim[®] Patch, www.swissmedinfo.ch. **2** <https://patents.google.com/patent/EP2120896B1/de?q=EP2120896B1> (abgerufen am 29.11.22) **3** Predel et al. Wirksamkeit und Sicherheit eines Etofenamatpflasters zur Behandlung akuter Sprunggelenksverstauchungen. The Orthopaedic Journal of Sports Medicine, 9(8). 2021. **4** Briquet F. et al. Silikone in der Medizin. Dow Corning Customer Service Center Meriden Business Park Copse Drive Allesley, Coventry CV5 9RGUK. Ref. MMV0396-03 Edition Dec. 1996. **5** <https://www.chemgapedia.de/vsengine/vlu/vsc/de/ch/9/mac/stufen/polykondensation/polyester/polyester.vlu/Page/vsc/de/ch/9/mac/stufen/polykondensation/polyester/estereigen.vscml.html> (abgerufen am 29.11.22)

Alle Referenzen können bei Drossapharm angefordert werden.

*nach 24 Stunden im Vergleich zum Placebo bei akuten, unkomplizierten Distorsionen des Sprunggelenks (pain on movement).

**Die Matrix von Lixim[®] Patch besteht aus wasserabweisendem Silikon und einem Backing aus Polyester mit wasserabweisenden Eigenschaften (Analysezertifikat).

DROSSA PHARM
4002 Basel

07/2023



Betrifft nur die anderen? Nein, auch in der Schweiz gibt es einen «Care Gap» bei der Krebsversorgung.

Auf den Punkt

Versorgungslücken schliessen

Krebs Am 4. Februar ist Weltkrebstag 2024. Er ist den Lücken in der Versorgung und dem ungleichen Zugang zu medizinischer Versorgung im Zusammenhang mit Krebs gewidmet. Diese betreffen nicht nur Länder mit niedrigem Einkommen, sondern auch die Schweiz.

Adrian Ritter

Zum dritten Mal in Folge widmet die Union for International Cancer Control (UICC) den Weltkrebstag dem Thema «Care Gap» [1]. Ziel ist es, auf Lücken und Ungleichheiten im Zugang zu Krebsversorgung aufmerksam zu machen.

Gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die deutlichsten Unterschiede in Bezug auf den Versorgungszugang zwischen Ländern mit niedrigem und hohem Einkommen zu finden. So soll in mehr als 90% der Länder mit hohem Einkommen eine umfassende Behandlung zur Verfügung stehen, aber in weniger als 15% der Länder mit niedrigem Einkommen [2].

Wie die UICC angibt, beträgt die Überlebensrate von Kindern mit Krebs in Ländern mit hohem Einkommen über

80%, gegenüber teilweise nur 20% in Ländern mit niedrigem Einkommen. Neben den Ressourcen eines Landes gibt es auch Einflussfaktoren auf der individuellen Ebene: Dazu gehören das Einkommen, das Bildungsniveau und der Wohnort [3]. Gleichzeitig hätten die am meisten benachteiligten Gruppen auch eine höhere Exposition gegenüber Risikofaktoren wie Tabak, ungesunder Ernährung und schädlichen Umwelteinflüssen.

Ungleichheit auch in der Schweiz

Solche Ungleichheiten bestehen auch in der Schweiz. Im Rahmen des NFP-74-Projekts «Soziale Ungleichheiten in der stationären Gesundheitsversorgung in der Schweiz» zeigte eine Forschungsgruppe am Beispiel von Darmkrebs, dass

Patientinnen und Patienten mit tiefer Schulbildung länger im Spital verweilen als Personen mit höherer Bildung [4]. Die Vermutung: Personen mit tiefem Bildungsstatus nehmen seltener eine Dickdarmspiegelung in Anspruch, weshalb der Krebs später diagnostiziert wird. Derselbe Effekt zeigte sich auch bei Personen ohne halbprivate oder private Krankenversicherung [5].

«Mehr finanzielle Ressourcen und eine bessere Versicherung erleichtern möglicherweise den Zugang zu Prävention und Früherkennung. Damit gehen eine frühere Diagnose, eine weniger invasive Behandlung und damit auch frühere Spitalentlassung einher», sagt Dr. sc. nat. Lucy Bayer-Oglesby, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut Soziale Arbeit und Gesundheit der Fachhochschule Nordwestschweiz und Teil der Forschungsgruppe.

Neben sozialen Ungleichheiten bestehen auch Versorgungslücken in der Krebsbehandlung. Diesen widmet sich etwa die Studie SCAPE – Swiss Cancer Patient Experiences. Die Befragung von Krebsbetroffenen zeigt, dass diese der Pflege und Betreuung im Spital gute Noten geben. Als verbesserungswürdig erachten sie allerdings die Information zum Zeitpunkt der Diagnose, Unterstützung im Zusammenhang mit Nebenwirkungen der Behandlung sowie psychosoziale und finanzielle Hilfe [6].

Koordinierte Nachsorge

Anlässlich des Weltkrebstages 2024 geht es der UICC darum, politische Führungskräfte zum Handeln zu bewegen, um solche Unterschiede und den «Care Gap» zu verringern.

Für die Schweiz fordert die Krebsliga Schweiz unter anderem medizinische Versorgung unabhängig vom Wohnort – nämlich organisierte Programme zur Früherkennung von Darm-, Brust- und Lungenkrebs in allen Kantonen. Gleichzeitig brauche es einen fairen Zugang zu innovativen Arzneimitteln ohne geheime Preismodelle, ein koordiniertes Nachsorgeangebot für die rund 450 000 Cancer Survivors in der Schweiz und eine gesetzliche Grundlage, um Palliative Care zu vereinheitlichen und zu finanzieren, wie die Krebsliga Schweiz schreibt [7].

Forschende pochen als Fazit ihrer Studien zudem immer wieder darauf, soziale Aspekte im Gesundheitswesen stärker zu beachten. «Beim Spitaleintritt beispielsweise wäre ein Screening der sozialen Situation eines Patienten oder einer Patientin sinnvoll. Und die Krankenkassentarife sollten ambulant wie stationär auch professionelle Sozialarbeit im Gesundheitswesen ermöglichen», so Lucy Bayer-Oglesby.

Persönlich

Andrea De Gottardi wird Co-Chefarzt am LUKS



Prof. Dr. med.
Andrea De
Gottardi

Luzern Prof. Dr. med. Andrea De Gottardi wird Co-Chefarzt Gastroenterologie/Hepato-logie am Luzerner Kantonsspital (LUKS). Er ist seit 2019 Chefarzt der Gastroenterologie/Hepato-logie am EOC (Ente Ospedaliero Cantonale) in Lugano und Professor für Gastroenterologie an der USI (Università della Svizzera Italiana). Im Anschluss ans Medizinstudium erwarb er an den Universitätsspitalern in Bern und Genf den Facharzt-titel in Gastroenterologie und schloss die Schwerpunktausbildung zum Hepatologen ab. Nach einem Fellowship in Spanien kehrte De Gottardi ans In-selspital Bern zurück, wo er von 2011 bis 2015 als Leitender Arzt und von 2015 bis 2019 als Mitglied der Geschäftsleitung des Bauchzentrums tätig war.

Thierry Roger ist neuer Direktor des SUR-Programms



Prof. Thierry
Roger

Lausanne Prof. Thierry Roger ist zum Direktor des Summer Undergraduate Research Programms (SUR) der Biologischen und Medizinischen Fakultät der Universität Lausanne (UNIL) ernannt worden. Der Immunologe leitet das Forschungslabor der Abteilung für Infektionskrankheiten am Universitätsspital Lausanne (CHUV) und war seit 2019 Co-Direktor des SUR-Auswahlkomitees. Er erhielt den Pfizer-Preis (2003) und den Preis der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie (2006, 2009 und 2016). Das SUR-Programm ermöglicht Studierenden der Biologie, Medizin und verwandten Disziplinen, erste Erfahrungen in einem CHUV/UNIL-Labor zu sammeln.

Matthias Bossard folgt dem Ruf der Universität Luzern



PD Dr. med.
Matthias Bossard

Luzern Dr. med. Matthias Bossard wird Privatdozent der Universität Luzern. Er ist Leitender Arzt Kardiologie am Herzzentrum des Luzerner Kantonsspitals (LUKS) und verfügt über die Facharzt-titel Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie. Bossard studierte Medizin in Bern und war danach an verschiedenen Spitälern in der Schweiz tätig. Nach mehreren Fellowships im In- und Ausland wurde er 2017 Oberarzt Interventionelle Kardiologie am Herzzentrum des LUKS. Zu seinen Schwerpunkten gehören die invasive Abklärung und Therapie von koronaren und nichtkoronaren Herzkrankheiten, das intravaskuläre Imaging sowie die allgemeine Kardiologie.



Literatur

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

Aus der Wissenschaft

Darmflora beeinflusst
Operationsergebnis

Dysbiose Veränderungen in der Darmflora könnten bereits während einer Operation eine Rolle bei der Entstehung von Infektionen spielen. Zu dieser Erkenntnis kommt das Forschungsteam um Prof. Dr. med. Guido Beldi, Chefarzt Viszerale Chirurgie der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin des Inselspitals Bern. In ihrer Studie untersuchten die Forschenden die Bakterien im Enddarm von 41 Patientinnen und Patienten, die am Mastdarm, am Zwölffingerdarm oder an der Bauchspeicheldrüse operiert wurden. Die Bakterienzusammensetzung wurde sowohl vor als auch unmittelbar am Ende der Operation analysiert. Eine Untergruppe von Patientinnen und Patienten wies bereits am Ende des Eingriffs eine schwere intestinale Dysbiose auf. Diese war durch ein starkes Wachstum bestimmter Bakterienarten (einschliesslich *E. coli*) gekennzeichnet. Besonders ausgeprägt war die Dysbiose bei Personen, die den Eingriff im Bereich des Mastdarms hatten.

doi.org/10.1038%2Fs41598-023-49034-z

Ursache des Guillain-
Barré-Syndroms

Autoimmunerkrankung Bei Patientinnen und Patienten mit Guillain-Barré-Syndrom (GBS) greifen autoreaktive T-Zellen periphere Nerven an. Das ist das Ergebnis einer Studie unter der Leitung von Daniela Latorre, SNF-Gruppenleiterin am Institut für Mikrobiologie der ETH Zürich. In Zusammenarbeit mit klinischen Forschenden des Universitätsspitals Zürich und des Neurozentrums der Südschweiz (EOC) in Lugano suchte Latorre nach Autoimmunfaktoren, die für diese Krankheit verantwortlich sind. Mit hochempfindlichen Messverfahren konnte Latorres Gruppe nachweisen, dass die T-Lymphozyten bei GBS-Betroffenen in das Nervengewebe eindringen und auf die isolierende Hülle der Nervenfasern, die Myelinscheide, reagieren. Darüber hinaus identifizierten die Forschenden in einer Untergruppe von GBS-Patienten nach einer Virusinfektion T-Lymphozyten, die sowohl auf die Selbstantigene der Myelinscheide als auch auf die Virusantigene reagierten.

doi.org/10.1038/s41586-023-06916-6

Vermischtes

Kompetenzbasiertes Studium



© Anmentorp / Dreamstime

Coaching und Reflexion erhalten an der Universität Zürich mehr Gewicht.

Curriculum Mehr klinisches Denken und Handeln statt klassische Wissensvermittlung: Die Medizinische Fakultät der Universität Zürich (UZH) richtet ihr Curriculum neu aus. Damit will sie dem kompetenzbasierten Ansatz des Schweizerischen Lernzielkatalogs Humanmedizin (PROFILES) gerecht werden.

Die Gesamtstrategie sieht drei Teilprojekte in den Bereichen Lernbegleitung, neue Assessmentformate und Faculty Development vor, wie die UZH in einer Mitteilung bekannt gibt.

Die Lernbegleitung wird derzeit mit 36 Studierenden und sechs Fakultätsmitgliedern getestet. In Sechsergruppen können die Studierenden in halb- bis vierteljährlichen Coaching-Sessions ihre Stärken

und ihr Entwicklungspotenzial reflektieren.

Daneben sollen Multiple-Choice-Tests neuen Formaten weichen: «Wir müssen neue formative Assessments entwickeln, die das Potenzial der Studierenden aufzeigen – zum Beispiel Simulationen oder Reflexionen», sagt Judith Engeler Dusel, Gesamtleiterin des Projekts.

Das Herzstück der Gesamtstrategie bildet gemäss Mitteilung das Faculty Development, also die Weiterbildung der Dozierenden. Das Team Curriculumentwicklung wird Dozierende in die neuen Lehrkonzepte einführen und sie bei der Umsetzung unterstützen. «Wir möchten die Fakultät für den neuen Weg begeistern», sagt Engeler Dusel.

Zitat der Woche

«Das Spannende ist die Breite an Fällen und Patienten: vom Baby bis zum Greis, vom Bauern aus Schanfigg bis zum Millionär aus London.»

Dr. med. Jonas Maxén

Der ärztliche Leiter des Medizinischen Zentrums Arosa in der Reportage zum Thema Ärzte in Tourismusregionen ab Seite 12.



Kopf der Woche

Er ist neuer Co-Chefarzt am LUKS



Dr. med. Alexander Vogetseder

Pathologie Das Luzerner Kantonsspital (LUKS) hat zwei Personen zu Co-Chefärzten der Pathologie ernannt. Einer davon ist Dr. med. Alexander Vogetseder.

Nach seinem Studium in Pretoria, Innsbruck und Barcelona arbeitete Alexander Vogetseder ab 2003 im Anatomischen Institut der Universität Zürich als Assistenzarzt. 2007 bis 2013 absolvierte er die Facharztausbildung Pathologie am Institut für Pathologie des Universitätsspitals Zürich mit einem einjährigen Abstecher 2008 nach Luzern. Seit 2013 ist er in der Luzerner Pathologie tätig, seit 2018 als Leitender Arzt. Seine Spezialisierungen liegen in der Weichgewebspathologie, der Molekularpathologie und der Dermatopathologie.

Mit seinem Kollegen und Co-Chefarzt Dr. med. Wilhelm Nimphius, der auf Uropathologie, Zytopathologie, Mamma- und Gynäkopathologie spezialisiert ist, ergänzt er sich gut: «Die Diagnostik in der Pathologie verfeinert sich zunehmend und wird methodisch immer komplexer. Dies hat dazu geführt, dass die meisten Pathologen neben breiten Kenntnissen im gesamten Fachgebiet einen diagnostischen Schwerpunkt in der Pathologie eines bestimmten Organs haben.» Diese Schwerpunktsetzung sei auch deshalb wichtig,

weil die Zahl an Autopsien in den vergangenen Jahren immer mehr zurückgegangen sei: «Die Tätigkeit der Pathologen besteht heute zu über 95 Prozent aus der Beurteilung von Zell- und Gewebeprobe für Patientinnen und Patienten fast aller klinischen Fächer.»

Die Pathologie erlebt gemäss Alexander Vogetseder derzeit eine dynamische Entwicklung: «Nachdem in den letzten Jahren die Molekularpathologie ein besonders starkes Entwicklungsfeld darstellte, ist nun die digitale Pathologie als grosses innovatives Thema hinzugekommen.» Das LUKS lege grossen Wert darauf, diese Entwicklung zu fördern: «Alle Mitarbeitenden unserer Pathologie, einschliesslich Chefarzt und Co-Chefärzte, schätzen am LUKS, dass das Spital zukunftsorientiert ist, die Digitalisierung vorantreibt und mit dem aktuellen Neubau der Pathologie die notwendige Infrastruktur zur Verfügung stellt.»

Aufgefallen



Anatomie Der Anatomieunterricht an der medizinischen Fakultät der Universität Genf wird inklusiver. Im neuen Studiengang «Anatomie des Fortpflanzungs- und Sexualsystems» lernen angehende Ärztinnen und Ärzte die verschiedenen Variationen von Geschlechtsorganen kennen. Mit dabei sind auch Organ-Modelle von Intersexuellen und Transgenderpersonen.

Skidaunen und Herzinfarkt

Bergregionen Wenn die Sonne scheint und der Schnee glitzert, haben Hausarztpraxen in Tourismusregionen alle Hände voll zu tun. Ein Augenschein im Medizinischen Zentrum der Gesundheit Arosa AG in den Bündner Bergen zeigt, wie diese logistische Meisterleistung gelingen kann.

Carole Scheidegger

Die Bergkulisse liegt noch im Dunkeln, als sich das Team des Medizinischen Zentrums Arosa zum Morgenrapport trifft, der hier «Allegra» heisst. «Angesichts des Wetters können wir uns auf einen vollen Tag einstellen», sagt der ärztliche Leiter, Dr. med. Jonas Maxén. Es ist Samstag, der 30. Dezember, ein Tag vor Jahreswechsel. In Arosa, das rund 3000 ständige Einwohnerinnen und Einwohner zählt, halten sich zu dieser Zeit etwa 20 000 Menschen auf. Viele von ihnen werden bei prächtigem Wetter ihre Schwünge über die Skipiste ziehen. Manche werden stürzen.

Bevor die ersten Verletzten eintreffen, steht um 8 Uhr ein Einheimischer in der Agenda. Jonas Maxén ist per Du mit ihm. «Ich hatte abartige Bauchschmerzen in den letzten Tagen», sagt der Patient. Aber er habe erst einmal eine Schmerztablette genommen. «Du weisst ja, im Moment brätscht es wie verrückt.» Der Patient ist im Tourismusgeschäft tätig und hat alle Hände voll zu tun. Doch seine Frau habe gesagt, er müsse jetzt zum Doktor gehen. Jonas Maxén hört zu und tippt gleichzeitig. Dann untersucht er den Bauch manuell, wenig später fährt er mit dem Ultraschallkopf darüber. Trotz Sigmaresektion vor zwei Jahren zeigt sich erneut eine unkomplizierte Divertikulitis, die mittels peroraler antibiotischer Therapie behandelt wird.

In Arosa mit seinen rund 3000 ständigen Einwohnerinnen und Einwohnern halten sich über den Jahreswechsel etwa 20 000 Menschen auf.

Danach wartet in Sprechzimmer 1 der erste «Unterländer». Eine medizinische Praxisassistentin hat ihm bereits eine Infusion gelegt, als Jonas Maxén ins Zimmer tritt. Der Patient leidet an einem Gedächtnisverlust. Dass er morgens ein Brot backen wollte, weiss er noch – aber wie dieses Brot

aus dem Ofen herauskam, nicht mehr. Das heutige Datum fällt ihm ein, was Jonas Maxén aber kurz zuvor über die Anwesenheit der Journalistin gesagt hat, nicht. Die Partnerin ergänzt die Erzählungen des Patienten, berichtet von einem Hirnschlag im vergangenen Jahr. Nach der Untersuchung klärt Jonas Maxén die beiden darüber auf, dass vielleicht nur eine transiente globale Amnesie vorliege, dass er aber angesichts der Vorgeschichte eine genauere diagnostische Abklärung angezeigt finde. Dafür muss der Patient ins Kantonsspital Chur verlegt werden. Weil er mit dem öffentlichen Verkehr angereist ist, verständigt MPA Angela Della Bella die Ambulanz, die wie das medizinische Zentrum, das Altersheim und die Spitex zu der Gesundheit Arosa AG gehört, die wiederum zu 100 Prozent im Eigentum der Gemeinde Arosa ist.

Es geht nur mit Hilfe

Die nächste Patientin ist ein kleines Mädchen mit verklebten Augen. Jonas Maxén diagnostiziert eine virale Infektion und rät zum Auswaschen mit Kamillen- oder Schwarztee. Derweil stellt sich eine St. Gallerin mit Blasenentzündung bei PD Dr. med. Dominik Heim vor. Der pensionierte Chirurg aus Frutigen hilft in Arosa an geschäftigen Wochenenden aus. Denn mit den drei festangestellten Ärzten und Ärztinnen, die sich bei Gesundheit Arosa derzeit 190 Stellenprozente teilen, wäre dem Ansturm in den Weihnachtsferien nicht beizukommen. «Mir macht die Arbeit hier Spass, und ich werde definitiv gebraucht», erklärt Dominik Heim. Kleine chirurgische Eingriffe nimmt er direkt in der Praxis vor. So zum Beispiel bei dem jungen Mann, bei dem er als Nächstes eine Wundkontrolle macht. Zwei Tage zuvor hatte Dominik Heim ihm einen Spriessen aus dem Oberschenkel gezogen, den sich der Patient schlicht durch das Sitzen auf einer Holzbank zugezogen hatte.

Dann folgt der erste «Skidaunen»: Eine Unterländerin ist beim Langlauf hingefallen und hat sich den Skistock so unglücklich in der Hand eingeklemmt, dass diese nun schmerzt und geschwollen ist. Sie wird zur MPA zum Röntgen



Ohne MPA geht auch im Medizinischen Zentrum Arosa nichts.

geschickt. Danach erhält sie einen «St. Moritzer Gips» – eine Gipstechnik, die vom Engadiner Kurort den Namen erhalten hat. «Bis wann sind Sie oben?», will Dominik Heim von der Patientin wissen – eine der häufigsten Fragen, die an diesem Tag fallen.

Verwurzelt im Dorf

MPA Angela Della Bella steckt den Kopf ins Zimmer: «Der erste Rettungsschlitten ist auf dem Weg.» Es ist 10.38 Uhr. Die Bergrettung bringt eine Tessinerin, die von einem anderen Skifahrer umgefahren wurde. «Er hat nicht mal angehalten», sagt die Patientin den Tränen nahe. Nach dem Röntgen ist klar: Eine Fraktur liegt nicht vor. Aber die klinische Untersuchung zeigt, dass das vordere Kreuzband vom Sturz beschädigt ist. Dass ein MRI-Termin in Chur nicht mehr gleichentags, sondern frühestens fünf Tage später möglich sein wird, heitert die Patientin nicht auf. Zudem muss sie den Rücktransport auf die Lenzerheide organisieren. Sie verbringt die Ferien eigentlich dort, ist nur durch das verbundene Skigebiet auf die andere Seite des Berges gelangt. Logistische Herausforderungen der anderen Art.

«Das Spannende hier oben ist die Breite an Patienten und an Fällen: Wir haben alles vom Baby bis zum Greis, vom Bauer aus Schanfigg bis zum Millionär aus London», erklärt Jonas Maxén, der selbst in Arosa aufgewachsen ist. Nach dem Studium in Basel und Trondheim und beruflichen Stationen in Herisau, Chur und in einer Hausarztpraxis in Schweden ist er 2020 zusammen mit seiner Familie ins Heimatdorf zurückgezogen. Seine Frau Corina ist als MPA in der gleichen Praxis tätig. Wenn beide Elternteile gleichzeitig arbeiten, sind die Kinder in der Kinderbetreuung der Schule, an Wochenenden und Feiertagen schauen die Grosseltern zu den Kindern. «Dass ich von hier bin, ist manchmal Vor- und manchmal Nachteil», sagt der 39-Jährige.

«Manche hatten mich noch als kleinen Bub in Erinnerung und mussten sich zuerst mal daran gewöhnen, dass sie nun von mir untersucht werden. Mittlerweile hat es sich aber eingespielt.»

Um 10.38 Uhr steckt die MPA den Kopf ins Zimmer: Der erste Rettungsschlitten ist auf dem Weg.

Volle Gänge, leere Mägen

Kurz vor Mittag sind alle vier Sprechzimmer in der grosszügigen und hellen Praxis belegt, auch im Gang liegen Patienten auf Betten, das Wartezimmer ist voll. Essen fällt für das Team erst mal aus. «Manche staunen, wie gross unsere Praxis ist», sagt Jonas Maxén. «Unsere Auslastung ist aber sehr volatil. In den Weihnachts- und Skiferien haben wir jeweils die vollsten Tage. In der Zwischensaison ist weniger los.» Dann versucht Gesundheit Arosa, Routineuntersuchungen der lokalen Bevölkerung zu erledigen.

Die Arbeit hält sich natürlich nicht an Bürozeiten: Mehr als 200 Notfalldienste übernimmt das Medizinische Zentrum Arosa im Jahr. Bis um 22 Uhr werden Patientinnen und Patienten in der Praxis behandelt. Danach wird das Telefon auf den Notfall in Chur umgestellt und die Ärztinnen und Ärzte in Arosa sind auf Pikett fürs 144. In ganz dringenden Fällen fahren sie nachts mit der Ambulanz aus.

Verständigung auf Englisch

Die nächste Patientin stammt aus Hongkong, die Verständigung läuft auf Englisch. Sie ist am Vortag beim Skifahren gestürzt. Ihr Knie ist dermassen geschwollen, dass Dominik



«Das Spannende ist die Breite an Fällen und Patienten»: PD Dr. med. Dominik Heim und Dr. med. Jonas Maxén im Gespräch.

Heim nach dem Röntgen keine klinische Untersuchung durchführen kann. Er erklärt ihr seine Verdachtsdiagnose und weist darauf hin, dass sie für den Rückflug in fünf Tagen vielleicht einen zweiten Sitz buchen muss. «14 Stunden Flug in Economy-Class sehe ich mit diesem Bein in nur einem Sitz nicht als realistisch an.»

Am frühen Nachmittag wirkt die Stimmung erstmals angespannt. Corina Maxén schreibt gerade ein EKG bei einem rund 50-jährigen Mann, der bei einem Spaziergang zusammengebrochen ist. Er ist selbst wieder aufgewacht und hat sich in die Praxis begeben. Jonas Maxén blickt auf das EKG und erhebt die Anamnese. Am Ende rät er dem Patienten zu einer Untersuchung in Chur. Ein weiteres Mal rückt die Ambulanz an. Vor der Übergabe empfiehlt eine MPA dem Patienten ein Medikament gegen die Übelkeit, die auf der knapp einstündigen, kurvigen Fahrt nach Chur viele Passagiere in der Ambulanz ereilt.

Wie Tag und Nacht

«Ohne MPA würde dieser Betrieb nicht funktionieren», betont Moja Gadiant, die leitende MPA. Sie haben den Überblick und sorgen dafür, dass niemand im Trubel vergessen geht. Es fällt auf, dass die MPA hier viele Aufgaben übernehmen: von der ersten Triage übers Infusion-Stecken bis zum «Gipsen» – auch wenn statt Gips meistens Kunststoff verwendet wird. «Mir gefällt, dass wir weitgehende Kompetenzen haben», sagt Moja Gadiant. In einer ruhigen Minute montieren die MPA auch mal Spikes an Krücken, damit niemand auf eisigen Böden ausrutscht. «Das habe ich in Zürich nicht gemacht», sagt MPA Jessica Dalla Nora, die im vergangenen Sommer von der Limmatstadt in die Berge gezogen ist. «Der Betrieb unterscheidet sich wie Tag und Nacht von dem in Zürich. Hier sehen wir so viele Fälle, die in der Stadt gar nicht erst zum Hausarzt gehen würden, sondern direkt in den Notfall.»

Die Behandlung dieser Fälle müsse man sich als Arzt aber auch zutrauen, sagt Jonas Maxén. «In der Ausbildung lernen angehende Hausärzte leider manche Eingriffe gar nicht mehr.» Er ist überzeugt, dass die Hausärzteschaft auch in urbaneren Gegenden ein breiteres Spektrum an Behandlungen abdecken könnte. «Was ich hier oben mache, davon träumten während des Studiums viele meiner Kollegen, die es nun aber doch in die Spezialisierung gezogen hat.»

Seine Praxis kämpft zwar mit ähnlichen Problemen wie im Unterland: überbordende Bürokratie, ein veralteter Tarif, Fachkräftemangel. «Aber wer selbstständiges Arbeiten mag, liebt es hier oben.» Ganz abgesehen von der Möglichkeit, an freien Tagen auf die Skipiste oder auf eine Bergwanderung zu gehen.

Der restliche Nachmittag ist etwas ruhiger als der Vormittag, das Team kommt dazu, Administratives zu erledigen. Weiter reiht sich aber Infekt an Kreuzbandriss und gebrochene Finger. Als die Praxis gegen 23 Uhr geschlossen wird, glitzert der zugefrorene Arosener Obersee im Mondlicht.

Balgrist

Universitätsklinik

Programm
2024



Fachkurse, Lectures und Symposien im Überblick

Fort- und Weiterbildungsprogramm der Universitätsklinik Balgrist

Endo-Spine Academy

Donnerstag, 6. Juni 2024 bis

Freitag, 7. Juni 2024

Fachgebiet: Wirbelsäulenchirurgie

Balgrist MR-Kurs der Gelenke

Freitag, 6. September 2024 bis

Samstag, 7. September 2024

Fachgebiet: Radiologie

Fortbildungskurs Sonographie der Hand und peripheren Nerven

Donnerstag, 12. September 2024

14.00 - 18.15 Uhr

Fachgebiet: Handchirurgie / Sonographie

13. Physio Update

Freitag, 20. September 2024

16.30 - 20.30 Uhr

Fachgebiet: Physiotherapie

Balgrist International Shoulder Course

«Rotator Cuff Disorders»

Donnerstag, 3. Oktober 2024 bis

Freitag, 4. Oktober 2024

Fachgebiet: Schulterchirurgie

5. Interdisziplinäres Symposium für Hausärztinnen und Hausärzte

Donnerstag, 24. Oktober 2023

15.00 - 19.00 Uhr

Fachgebiet: Orthopädie

3. Zürcher Sportmedizin Symposium

Freitag, 6. Dezember 2024

Fachgebiet: Sportmedizin

Durchführungsort

Universitätsklinik Balgrist

Forchstrasse 340

8008 Zürich

Programme und Anmeldung

www.balgrist.ch/kongresse

kongresse@balgrist.ch

T +41 44 386 38 33

Gesundheitsfürsorge für alle

Indien Der Gliedstaat Kerala im Südwesten des Landes hat sich einen Ruf für sein beeindruckendes Gesundheitssystem erarbeitet. Mit einer Bevölkerung von 35 Millionen Menschen hat das kommunistisch geprägte Kerala eine hohe Lebensqualität und die höchste Alphabetisierungsrate im Land. Doch was macht das Kerala-Modell aus?

Natalie Mayroth





Lokale Familienzentren sind ein Pfeiler der Gesundheitsversorgung in Kerala.

Hintergrund

Sein Ruf eilt Kerala voraus: Der Bundesstaat im Südwesten Indiens ist bekannt für seine malerischen Strandlandschaften, seine hohe Entwicklung und das Gesundheitswesen. Als die Corona-Pandemie Indien erschütterte, trotzte Kerala dem SARS-CoV-2-Virus. Obwohl es auch hier eine Herausforderung war, Kontaktpersonen zurückzufolgen sowie Patienten und Patientinnen in Quarantäne unterzubringen und wenn nötig zu versorgen, wurde Kerala zum Vorbild.

«Wir bekamen regelmässig Anrufe und Tipps, wie wir den Tag produktiv verbringen können. Das hat uns Hoffnung und Mut gegeben.»

In dieser turbulenten Zeit kehrte Informatiker Paulose Devassy überstürzt aus Bahrain in seine Heimat Kerala zurück, um sich um seine Eltern zu kümmern. Zur Behandlung gingen sie damals in eine kleine Privatklinik, um Menschenansammlungen zu meiden. Die Ausgangssperre und die ungewisse Zukunft belasteten Devassy. «Ich fühlte mich hilflos», erinnert er sich an die schwierige Zeit.

Unterstützung erhielt er damals vom kommunalen Gesundheitsdienst. «Wir bekamen regelmässig Anrufe und Tipps, wie wir den Tag produktiv verbringen können. Das hat uns Hoffnung und Mut gegeben», sagt der 53-Jährige. Für die Corona-Impfung im darauffolgenden Jahr gingen die Devassys wie viele andere in die staatlichen Impfzentren, da sie dort kostenlos waren.

Das «Kerala-Modell»

Bereits 2018 und erneut 2023 hat Kerala die Ausbreitung des zoonotischen Nipah-Virus erfolgreich eingedämmt. «Kerala hatte zuvor aus der Bewältigung des Nipah-Ausbruchs wertvolle Lehren gezogen und das Vertrauen gewonnen, künftige Epidemien mit unbekanntem Erregern zu bewältigen», sagt Rajeev Sadanandan, ehemaliger Beamte im Gesundheitsministerium von Kerala. Dies kam dem Gliedstaat auch bei der Bewältigung der Corona-Pandemie zugute und prägte zuletzt den Ruf des «Kerala Modells» in der Gesundheitsversorgung, das 2020 weltweit Aufmerksamkeit erregte. Die Vereinten Nationen (UN) wurden auf Kerala aufmerksam und würdigten die damalige Gesundheitsministerin K. K. Shailaja. Sie wurde zu einer UN-Sonderveranstaltung über Frauen in Führungspositionen als Sprecherin eingeladen.

Shailaja, die vor ihrer politischen Karriere als Lehrerin tätig war, sieht den Erfolg des Gesundheitsministeriums



Die Jugendorganisation der Kommunistischen Partei betreibt Krankenwagen mit Che-Guevara-Konterfei.

von Kerala während der verschiedenen Krisen zwischen 2016 und 2021 als «Bestätigung des kommunistischen Traums», wie die 67-Jährige in ihrer kürzlich erschienenen Biografie schreibt. Für sie ist die linke Ideologie, die hinter der gleichberechtigten Entwicklung steht, ein wesentlicher Grund, warum sich Kerala seit der Unabhängigkeit Indiens 1947 besser entwickelt hat als andere Staaten.

Der indische Nobelpreisträger Amartya Sen hebt hervor, dass Kerala, obwohl es bei seiner Gründung 1956 zu den ärmsten Bundesstaaten des Landes gehörte, innerhalb weniger Jahrzehnte einen bemerkenswerten Aufschwung erlebt hat. Kerala «wetteifert um einen Platz unter den ersten drei bei den Pro-Kopf-Ausgaben», was ein Marker für die Erfolgsgeschichte ist. Sen führt dies auf historische Faktoren zurück, darunter den Einfluss christlicher Missionare und aufgeklärter Fürstentümer, die Bildung und moderne Medizin förderten. Er betont wie Politikerin Shailaja zudem den Einfluss der ersten Regierung Keralas, die kommunistisch war. Sie setzte Schwerpunkte auf die Bekämpfung der Unberührbarkeit, Bildung, Gesundheit und Beschäftigung.

Kerala gehörte bei seiner Gründung zu den ärmsten Bundesstaaten Indiens und hat einen bemerkenswerten Aufschwung erlebt.

Der Medizinhistoriker Prof. Dr. Rajasekharan Nair merkt an, dass die Bildung von Frauen in den 1930er Jahren zu einer stillen Revolution führte. Die Gesundheitsversorgung in Südindien hat sich seitdem stark verbessert. Kerala, das kleiner ist als die Schweiz, hat einen der höchsten Indizes für menschliche Entwicklung in Indien. Im Jahr 2021 lag dieser bei 0,752 und damit über dem weltweiten Durchschnitt, wenn auch unter dem von europäischen Industrienationen. Seit den 1970er Jahren wird der Gliedstaat für seine hohen Sozialindikatoren gelobt: Das Bildungsniveau in Kerala ist im Durchschnitt höher als in Indien, die Alphabetisierungsrate ist die höchste des Landes und die Lebenserwartung liegt durchschnittlich bei 75 Jahren. Das sind über fünf Jahre mehr als der indische Durchschnitt.

Der indische Wirtschaftswissenschaftler Prabhat Patnaik erklärt das Phänomen so: «Dass Kerala in der Lage war, seiner Bevölkerung ein so beeindruckendes Niveau in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Ernährung zu bieten [...], hat viele Autoren dazu veranlasst, von einem 'Kerala Modell' zu sprechen.»

Durch den Kommunismus geprägt

Die Gründungsväter Indiens beschlossen nach dem Zweiten Weltkrieg, dass das Land den Weg einer sozialistischen Republik einschlagen sollte. Seit 1949 ist dies in der Verfassung verankert. Heute sagen so manche, dass die Zentralregierung unter der hindunationalistischen Volkspartei BJP von anderen Werten geleitet wird als vor über 75 Jahren. Und die Freiheitskämpfer von damals rücken langsam in die Vergangenheit.

Kerala ist als rote Hochburg übrig geblieben. Begonnen hat der Kommunismus dort mit Widerstand: Er richtete sich



Dr. Sidharthan Binoy, orthopädischer Chirurg.

gegen die britische Kolonialherrschaft, setzte sich für Landumverteilung ein und gegen eine Gesellschaftsordnung, die stark durch das Kastensystem reglementiert wurde. Der Gliedstaat Kerala wird seit seinem Bestehen von zwei liberalen politischen Koalitionen – einer marxistischen und einer Mitte-links –, die den Ausgaben für Gesundheit und Bildung Priorität einräumten, regiert. Seit 2016 stellen die Marxisten wieder den Ministerpräsidenten.

Die Gesundheitsministerin Keralas will die öffentlich-private Partnerschaft im Gesundheitswesen stärken.

Präsent ist die Kommunistische Partei auch auf dem Campus des Universitätsspitals in der Landeshauptstadt Trivandrum. An der überdachten Busstation nahe der Notaufnahme stehen am Nachmittag Angehörige und Patienten Schlange. Frische, in Bananenblätter gewickelte Hausmannskost, wird von Mitgliedern ihrer Jugendorganisation DYFI verteilt. Vormittags werden die Lebensmittelspenden gesammelt und anschliessend ausgegeben. Es ist ein zusätzlicher Baustein, die Gesundheitsversorgung für alle erschwinglich zu gestalten. Die Aktion begann wenige Monate, nachdem die Kommunistische Partei 2016 in Regierungsverantwortung im Gliedstaat gewählt wurde. Die DYFI betreibt auch Krankenwagen, auf deren Aussenseite unter anderem das Konterfei von Che Guevara prangt.

Hintergrund

Dazwischen arbeitet Dr. Sidharthan Binoy, Assistenzprofessor für Orthopädie. Er operiert zweimal pro Woche, ist einmal in der Woche in den Ambulanzen im Einsatz und unterrichtet an den anderen Tagen Studierende im Grund- und Aufbaustudium.

Ob mittellos oder bessergestellt, im Universitätsspital werden täglich etwa 3000 Menschen versorgt. Es verfüge über eine Kapazität von 2500 Betten, die gut ausgelastet seien, sagt Binoy. «Die Behandlung ist für Patienten unter der Armutsgrenze kostenfrei», fügt er hinzu. Dementsprechend hoch ist der Andrang: Viele Stühle im Warteraum der Notfallstation sind besetzt. Über den Wartenden rotieren Deckenventilatoren und sorgen für eine angenehme Brise.

Wer eine Krankenversicherung besitze, könne diese etwa für teurere Medikamente oder bessere Implantate einsetzen, sagt Dr. Binoy. Obligatorisch ist sie aber nicht – auch wenn es seit 2018 ein staatliches Krankenversicherungsprogramm für Einkommensschwache gibt, für das mehr als ein Drittel der 1,4 Milliarden Einwohner anspruchsberechtigt wäre.

Privat versus öffentlich

Behandlungskosten im Privatsektor können schnell Summen erreichen, die bei Tageslöhnen von wenigen Franken – ohne Versicherung – unerschwinglich sind. Dr. Binoy hebt daher die Rolle von kleinen und mittelgrossen Spitälern in Kerala hervor, die Zugang zu einer preiswerten Gesundheitsversorgung bieten. Durch sie stieg die Zahl der Krankenhausbetten an, die der Bevölkerung einen einfachen Zugang zur medizinischen Behandlung ermöglichen.

«Sie sind das Rückgrat des Gesundheitsmodells in Kerala», sagt Dr. Samuel Koshy, Ex-Präsident des Ärztesbundes Indian Medical Association (IMA) in Kerala. In der Fachzeitschrift *The Lancet* wurde das «Modell Kerala» 1998 nicht grundlos als «Gesundheit zu geringen Kosten» betitelt. Gute Gesundheit bei niedrigem Einkommen galt bis dahin als Paradoxon.

Das primäre Gesundheitssystem im Gliedstaat basiere auf einer öffentlich-privaten Partnerschaft, sagt der 62-jährige Chefarzt für Pädiatrie in einem Privatspital in der Malabar Region. Er schätzt, dass 65 Prozent der Patienten und Patientinnen in Kerala privat versorgt werden. Sie haben die Wahl, sich kostengünstig behandeln zu lassen: öffentlich mit Wartezeiten oder privat mit etwas mehr Komfort.

Die aktuelle Gesundheitsministerin Keralas Veena George kündigte an, dass die öffentlich-private Partnerschaft im Gesundheitswesen im Gliedstaat gestärkt werden soll. Unterstützung von der Regierung habe der Privatsektor aber keine, so Koshy.

Kleine Spitäler, grosse Herausforderungen

Der Betrieb von kleinen Spitälern ist aber nicht mehr so rentabel. Manche wurden durch Polikliniken, andere durch Ketten ersetzt. «Ein kleiner Bundesstaat wie Kerala bringt eine grosse Anzahl von Ärzten und Krankenpflegern hervor», sagt Dr. Binoy. «Wir haben ein Verhältnis von 1:500 zwischen Ärzten und Bevölkerung», berichtet er, was über den UN-Kriterien von 1:1000 liege.

Dennoch spüren gerade die kleinen Einrichtungen die Fachkräfteabwanderung. Sie können weder gewisse staatliche Privilegien bieten, noch hohe Löhne wie Grosseinrichtungen zahlen. Sie sind auch einem Preisdruck ausgesetzt

durch die noch günstigeren staatlichen Einrichtungen. Die niedrigen Kosten sind ein Grund für die Beliebtheit öffentlicher Einrichtungen, aber auch das Vertrauen in das öffentliche Gesundheitssystem. So bleiben die Universitätsspitäler zentral. Die Gesundheitsversorgung setzt aber früher an mit lokalen Gesundheitszentren, die derzeit zu Familienzentren ausgebaut werden. Langfristig sollen sie die Spitäler entlasten.

Der Gesundheitssektor, wie jeder andere Bereich auch, kann nicht in einem Vakuum funktionieren.

Finanzielle Engpässe

«Die Versorgung mit hochwertiger Gesundheitsfürsorge war aber schon vor der Gründung des Staates ein Anliegen», sagt Dr. Saleena Shah, Co-Direktorin der staatlichen Krankenpflegeausbildung in Kerala. Diese reicht von Ayurveda und indigenen Heilpraktiken bis hin zur klassischen Medizin. Heute sind medizinische Berufe weiter gefragt und die Zahl der Ausbildungsplätze wurde jüngst erhöht, sagt sie. Wie Dr. Binoy bemerkt auch sie das wachsende Interesse unter Frauen, was sie begrüsst: «Eine Frau zu unterrichten, bedeutet nicht nur, ein Individuum zu bilden, sondern auch die Gesellschaft», sagt Shah.

Die Regierung bemüht sich, mehr Personal auszubilden. In öffentlichen Einrichtungen würde Dr. Binoy gerne mehr Kollegen und Kolleginnen in verschiedenen Bereichen sehen. Doch Kerala sieht sich mit einer finanziellen Krise konfrontiert. Die Regierung beschloss, frühzeitig Kredite aufzunehmen. Denn zwischen dem oppositionellen Gliedstaat und der BJP-geführten Zentralregierung in Delhi gibt es immer wieder Reibungen: Keralas Regierung klagte kürzlich vor dem Obersten Gerichtshof, dass die Zentralregierung mit der Einmischung in deren Finanzen grossen Schaden anrichten würde. Kerala gehört zudem zu den Staaten in Süd- und Westindien, die mehr Steuern abgeben, als sie bei der Verteilung anteilig erhalten.

Ob andere indische Staaten das Entwicklungsmodell von Kerala nachahmen könnten? Dazu müsse man erst mit der allgemeinen sozialen Entwicklung beginnen, fasst Shailaja zusammen. Ohne die Grundlagen Nahrung, Einkommen und Zugang zu Bildung falle es schwer, über die Lebensqualität nachzudenken. «Der Gesundheitssektor, wie jeder andere Bereich auch, kann nicht in einem Vakuum funktionieren», sagt sie abschliessend.

Die Ostschweizer Kantone spannen zusammen

Hausarztmedizin Das Weiterbildungsangebot optimal nutzen, es weiterentwickeln und einen einfachen Zugang zu den Programmen gewährleisten: Die Ostschweizer Kantone haben eine Vereinbarung unterzeichnet, um die hausärztliche Weiterbildung gemeinsam zu koordinieren. Am 1. Januar ist sie in Kraft getreten.

Um die ambulante medizinische Grundversorgung in der Ostschweiz nachhaltig sicherzustellen, braucht es genügend Hausärztinnen und Hausärzte, welche in hoher Qualität und mit einer breiten medizinischen Kompetenz weitergebildet sind.

Am 2. November 2023 haben die Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren der Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus, Graubünden, St. Gallen, Schaffhausen und Thurgau eine Vereinbarung unterzeichnet, welche die Zusammenarbeit in der hausärztlichen Weiterbildung in der Ostschweiz regelt. Die Vereinbarung ist am 1. Januar 2024 in Kraft getreten.

Ein attraktives hausärztliches Weiterbildungsangebot ist für die Region Ostschweiz ein wirkungsvolles Instrument, um die Entscheidung, Hausärztin oder Hausarzt zu werden, positiv zu beeinflussen und damit den Hausärztemangel zu lindern und die medizinische Grundversorgung zu gewährleisten.

Hürden für die Nutzung

Mittlerweile bietet fast jeder Kanton, sei es selbstständig oder in Kooperation mit einem anderen Kanton, ein hausärztliches Weiterbildungsprogramm an. Diese kantonalen Programme unterscheiden sich aber hinsichtlich ihres Angebots und ihrer Finanzierung. Zudem erschweren oft spezielle kantonale Bedingungen eine Teilnahme. Eine Durchlässigkeit zwischen den kantonalen Programmen ist vielfach nicht gegeben.

Für junge Assistenzärztinnen und Assistenzärzte ist diese Situation unbefriedigend, da es für sie einerseits schwierig ist, sich eine Übersicht über die aktuellen kantonalen Angebote und deren Bedingungen zu verschaffen. Andererseits stehen einer individuellen Planung ihrer Weiterbildung, welche nicht selten einen Wechsel zwischen den kantonalen Programmen

erfordern würde, Hürden im Wege, welche – wenn überhaupt – nur mühsam zu überwinden sind.

Die interkantonale Vereinbarung

Damit die kantonalen Programme optimal genutzt werden und die hausärztlichen Weiterbildungsangebote möglichst vielen Interessentinnen und Interessenten einfach zugänglich werden, haben sich die oben genannten Ostschweizer Kantone zur Zusammenarbeit in der hausärztlichen Weiterbildung entschlossen. Die Zusammenarbeit tritt unter der Bezeichnung «Curriculum Hausarztmedizin Ostschweiz (CHO)» auf.

- Die Vereinbarung hat zum Ziel,
- die hausärztliche Weiterbildung in der Ostschweiz zu fördern, zu koordinieren und weiterzuentwickeln,
 - eine Curriculum-Weiterbildung (Praxisassistentenz und spezifische Weiterbildung in Spezialfächern wie Pädiatrie, Chirurgie, Orthopädie etc.) anzubieten,
 - den Interessentinnen und Interessenten einen einfachen Zugang zu den curricularen Angeboten zu ermöglichen,
 - den Weiterzubildenden die Nutzung der verschiedenen Programme (Durchlässigkeit der Programme) zu gewährleisten,
 - das curriculare Angebot der Ostschweiz auf einer gemeinsamen Plattform darzustellen,
 - und für die kontinuierliche Weiterentwicklung des hausärztlichen Weiterbildungsangebotes besorgt zu sein.

Insbesondere wird auf eine Niederlassungs- respektive Rückerstattungsverpflichtung innerhalb der teilnehmenden Kantone verzichtet.

Kantone beteiligen sich anteilmässig

Die operativen Aufgaben übernimmt die Koordinationsstelle (KS), welche vom Zentrum

für Hausarztmedizin des Kantonsspitals St. Gallen geführt wird. Sie ist zudem Beratungsstelle für Interessentinnen und Interessenten, welche bei der Wahl der Ostschweizer Programme keine kantonale Präferenz geltend machen. Eine Begleitkommission (BK), zusammengesetzt mit je einer oder einem Delegierten der beteiligten Kantone, legt die Aufgaben der Koordinationsstelle fest, unterstützt diese bei der Umsetzung der Ziele der Vereinbarung und nimmt den jährlichen Tätigkeitsbericht der Koordinationsstelle entgegen. Über die Delegierten ist die Informationsweitergabe an die Kantone gewährleistet. Die Kantone beteiligen sich anteilmässig nach der kantonalen Einwohnerzahl an den Kosten.

Was im April 2022 den kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren als Projektidee vorgestellt wurde, hat nun in einer Vereinbarung zur konkreten Zusammenarbeit ein gutes Ende gefunden. Es ist diesem neuen Weiterbildungsangebot zu wünschen, dass dieses gemeinsame, hausärztliche Ostschweizer-Curriculum, welches nun weitgehend ohne die bisherigen Einschränkungen angeboten werden kann, von möglichst vielen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten genutzt wird. Ein herzlicher Dank geht an die kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und ihre Mitarbeitenden für ihre grosse Mitarbeit an diesem Projekt.

*Dr. med. Christian Häuptle, Stiftungsratspräsident der Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin WHM FMF
Bruno Damann, Regierungsrat, Vorsteher des Gesundheitsdepartements des Kantons St. Gallen*

Dies ist Ihre Seite!

Sie können uns Ihre Texte für die Rubrik «Forum» einreichen. Weiterführende Informationen unter saez.ch/publizieren

Mitteilungen

Vermischtes

Korrigendum

In den Personalien vom 17. Januar 2024, Schweiz Ärztztg. 2024;105(03):32, wurde fälschlicherweise geschrieben, Herr Dr. med. Stefan Thelemann, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, KMG-Kompetenz mentale Gesundheit GmbH, Grabenstrasse 25, 6340 Baar habe sich im Kanton Schwyz zur Aufnahme in die Ärztesgesellschaft angemeldet. Korrekt ist die Anmeldung zur Aufnahme in die Ärztesgesellschaft des Kantons Zug als ausserordentliches Mitglied.

Korrigendum

Im Kopf der Woche vom 17. Januar 2024, Schweiz Ärztztg. 2024;105(03):9 hiess es fälschlicherweise, dass sich das neu eröffnete Psychiatriezentrum für junge Erwachsene (PZJE) in Thun an 15-18-Jährige richtet. Korrekt ist, dass sich das PZJE an junge Erwachsene im Alter von 18-25 Jahren richtet.

Anzeige



Trendtage
Gesundheit
Luzern

Trends und Perspektiven im Gesundheitswesen
Machbarkeit – Finanzierbarkeit – Ethik

6. und 7. März 2024
KKL Luzern

Informationen und Anmeldung
trendtage-gesundheit.ch



Burcu Demiray

Leitung Forschungsgruppe «CogInno», Healthy Longevity Center, Universität Zürich



Selma Kadi

Soziologin und Forscherin, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Wien



Tobias Nef

Professor für Gerontechnologie und Rehabilitation, ARTORG, Universität Bern



Andreas Simm

Professor und Forschungsleiter für Herzchirurgie, Universitätsklinikum Halle



#TGL2024



FMH



24

Es ist Zeit, das Leiden der Ärztinnen und Ärzte ernst zu nehmen

Notstand in den Praxen Die Bedingungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten haben sich in allen Bereichen verschlechtert. Ärztinnen und Ärzte nehmen es auf sich, der steigenden Nachfrage und den legitimen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden – sie wollen aber nicht wortlos weiterleiden.

Philippe Eggimann



27

Beschlussprotokoll der zweiten ordentlichen Ärztekammer 2023

Ärztekammer Alle Wortmeldungen und Beschlüsse im Überblick. Die zweite ordentliche Ärztekammer 2023 fand am 9. November im Kongresshaus Biel statt.

Katharina Meister



© Wavebreakmedia Ltd. / Dreamstime

Viele Ärztinnen und Ärzte fragen sich, ob sie ihren Beruf wirklich bis zum offiziellen Rentenalter ausüben wollen.

Es ist Zeit, das Leiden der Ärztinnen und Ärzte ernst zu nehmen

Notstand in den Praxen Die Bedingungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeiten haben sich in allen Bereichen verschlechtert. Ärztinnen und Ärzte nehmen es auf sich, der steigenden Nachfrage und den legitimen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten gerecht zu werden – sie wollen aber nicht wortlos weiterleiden.



Philippe Eggimann
Dr. med., Vizepräsident der FMH und Departementsverantwortlicher Dienstleistungen und Berufsentwicklung

Wie Umfragen aus dem Jahr 2023 zeigen [1–3], wird das Leiden der Ärztinnen und Ärzte die Auswirkungen des Ärztemangels noch einmal massiv verschärfen.

Während viele Ärztinnen und Ärzte der Babyboomer-Generation ihre Tätigkeit bereits aufgegeben oder reduziert haben, stellen sich ihre Nachfolgerinnen und Nachfolger die berechnete Frage, ob sie diesen Beruf wirklich bis zum offiziellen Rentenalter ausüben sollen. Sollten sich die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit nicht verbessern, werden auch die nachfolgenden Generationen von dieser

Problematik betroffen sein. Laut einer Umfrage der Société Vaudoise de Médecine [4] könnten Ärztinnen und Ärzte bei einer Verkürzung der Wochenarbeitszeit auf ein Mass, das einigermaßen demjenigen der übrigen Bevölkerung entspricht, jedoch besser mit der von ihnen zu tragenden Verantwortung und dem von ihnen zu leistenden persönlichen Einsatz zurechtkommen.

Die Not der Ärzte in Ausbildung

Bereits die Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung stehen unter Druck, sodass ein Teil von ihnen überlegt, lieber auf eine klinische Tätigkeit zu

verzichten. Diese Entwicklung ist besorgniserregend, soll diese Generation doch eine erhebliche Anzahl aus dem Beruf scheidender Ärztinnen und Ärzte ersetzen. Noch schwieriger wird es, wenn man sich überlegt, wie der medizinische Bedarf bei einer Bevölkerung von bald zehn Millionen Menschen zunehmen wird, noch dazu mit einer starken Zunahme der Einwohnerinnen und Einwohner in der dritten und vierten Lebensphase.

Die Zweifel der Medizinstudierenden

Als ob diese düsteren Aussichten nicht schon genug wären, bringen nun auch die Studierenden der Medizin ihre Not und die Zweifel an ihrer beruflichen Zukunft zum Ausdruck.

Viele Berufe bieten mittel- und langfristig attraktivere Entwicklungsperspektiven. Die Gründe, warum sich der Nachwuchs gerade vom Arztberuf abwendet, sind zahlreich und angesichts der Rahmenbedingungen, über die ältere Kolleginnen und Kollegen klagen, nachvollziehbar.

Nun gilt es, schnell zu handeln. Schliesslich sollen die Ambitionen unserer Studierenden nicht am Kontakt mit der klinischen Praxis zerbrechen. Immerhin wird ihre Ausbildung acht bis zwölf Jahre in Anspruch nehmen, bis sie beruflich eigenständig arbeiten können.

Warum leiden Ärztinnen und Ärzte?

Aus den Umfragen ergeben sich mehrere Aspekte. Eine wichtige Rolle spielt dabei die angebliche Verantwortung der Ärzteschaft für die steigenden Gesundheitskosten, die von den Medien und einem Teil der Politikerinnen und Politiker seit mehreren Jahren im Übermass angeprangert wird. Wie soll man seiner medizinischen Verantwortung gerecht werden, wenn man beim Verschreiben von Leistungen so sehr unter Druck steht, dass darunter die Versorgungsqualität leidet?

An erster Stelle muss jedoch der Verwaltungsaufwand genannt werden. Dieser Aufwand ist so gross, dass er bei Studierenden im klinischen Praktikum, bei Ärztinnen und Ärzten in der Ausbildung und im tatsächlichen Beruf mehr als die Hälfte der Zeit in Anspruch nimmt. Die Berufung macht es möglich, an der Seite von Patientinnen und Patienten und ihren Familien gegen die Krankheit und ihre Folgen, den Tod eingeschlossen, zu kämpfen und einen Sinn zu sehen. Demgegenüber entfaltet die administrative Entropie eine zerstörerische Wirkung. Diese Entropie ist auf die Vielzahl gesetzlicher Regelungen und deren Umsetzung durch die Kantone, Versicherer und Spitalleitungen zurückzuführen. Auf jeder Ebene werden sie komplexer. Jede Minute, die man mit Verwaltungsaufgaben verbringt, geht für die Patien-

tinnen und Patienten verloren und verschärft somit den medizinischen Mangel.

Es braucht attraktive Perspektiven

Einige angebliche Expertinnen und Experten verkünden, unser Gesundheitssystem stünde kurz vor dem Zusammenbruch. Eine von manchen propagierte Verstaatlichung wird aber kaum das Problem lösen. Wer dauerhafte Lösungen finden will, muss vor allem die Probleme der Ärzteschaft und der Beschäftigten im Gesundheitswesen sowie die damit einhergehenden Konsequenzen erfassen. Die Debatte über unser Gesundheitswesen muss wieder zielführend werden. Im Vordergrund muss stehen, wie vernünftige Rahmenbedingungen für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit gewährleistet werden können. Ebenso gilt es, attraktive Perspektiven zu schaffen für Ärztinnen und Ärzte in Ausbildung sowie – vielleicht noch wichtiger – für Studierende, die tatsächlich bereit sind, sich für die nächsten Jahrzehnte im Dienst der Medizin zu engagieren.

Nachdem das Jahr 2023 wenig gebracht hat, bietet das Jahr 2024 die Perspektive, die Diskussion über das Gesundheitswesen wieder auf das Wesentliche zurückzuführen, nämlich die Zugänglichkeit und Qualität der erbrachten Leistungen, um die wir weithin beneidet werden. Auch wenn der Vergleich hinken mag: Wie beim Klimawandel und seinen Auswirkungen sind die Ursachen und möglichen Lösungen bestens bekannt. Allerdings wird ihre Umsetzung immer wieder auf die lange Bank geschoben, weil sie schon viel zu lange in den Hintergrund der politisch-medialen Aufmerksamkeit gerückt sind.

Neue Perspektiven im Jahr 2024?

Für neuen Schwung könnten das neu gewählte Parlament, die neue Vorsteherin des Departements des Innern sorgen – und die Tatsache, dass im Moment keine weiteren Wahlen anstehen.

Wir haben die Kosten besser im Griff als die uns umgebenden Länder. Leider wird genau hier der Schwerpunkt gesetzt und versucht, verschiedene Formen der Rationierung durchzusetzen. Stattdessen müssten vor allem die Auswirkungen des Mangels an Ärztinnen und Ärzten und entsprechendem Nachwuchs angegangen werden.

Die Debatte müsste neu ausgerichtet werden. Dazu bedarf es weniger Politik und weniger Rhetorik mitsamt ihren so zahlreichen wie unpassenden Vorschlägen. Wichtig wäre mehr Transparenz über die Gesundheitskosten und ihre Finanzierung. Es gilt, Vorschläge der Ärzteschaft für pragmatische Lösungen einzubinden, anstatt sie zu verunglimpfen, weil sie einem nicht in die eigene Ideologie passen.

Vorschläge der Ärzteschaft

Diverse Massnahmen könnten dazu beitragen, die Gesundheitsberufe attraktiv zu machen und die beruflichen Perspektiven der Ärzteschaft deutlich zu verbessern.

Oberste Priorität sollte die sofortige Reduzierung der für Verwaltungsaufgaben aufgewendeten Zeit zugunsten klinischer Tätigkeiten haben. Dies könnte auch dazu beitragen, dass praktizierende Ärztinnen und Ärzte nicht davon abgehalten, sondern vielmehr ermutigt werden, ihre Tätigkeit über das offizielle Rentenalter hinaus fortzusetzen.

Von grösster Bedeutung ist zudem, den Ärztinnen und Ärzten in Ausbildung rasch attraktive Karriereperspektiven zu bieten. Dringend erforderlich ist in diesem Zusammenhang eine Überarbeitung der gesetzlichen Bestimmungen zur Begrenzung von Berufsausübungsbewilligungen (KVG 58a). Kantonale Bestimmungen, die ohne gesetzliche Grundlage erlassen werden, sind in Zeiten der Knappheit kontraproduktiv und dürfen nicht dazu beitragen, die Auswirkungen zu verschärfen [5].

Es gilt, die Interprofessionalität auszubauen. Dabei sind die Rollen und Verantwortlichkeiten jeder Berufsgruppe zu respektieren, ohne zu versuchen, eine Gruppe durch eine andere zu ersetzen. Es geht darum, die Kompetenzen aller Beteiligten anzuerkennen und optimal zu nutzen [6].

Die Digitalisierung muss pragmatisch und effizient umgesetzt werden und im Dienste der Angehörigen der Gesundheitsberufe und ihrer Patientinnen und Patienten stehen – nicht umgekehrt. In diesem Sinne fordert die FMH den Bundesrat und das Parlament auf, bei der Revision des Elektronischen Patientendossier-Gesetz (EPDG) die Vorschläge der FMH zu berücksichtigen, anstatt weitere Pflichten und Sanktionen aufzuerlegen, die den unproduktiven Verwaltungsaufwand erhöhen und die Auswirkungen des Ärztemangels verstärken [7].



Literatur

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

Für Ihre Patienten
ab 65 Jahren¹

Efluelda®

Der quadrivalente Hochdosis-Influenza-Impfstoff
mit 4-facher Antigenmenge

Seit
März 2023
erstattet^{2,0}

Vom BAG
empfohlen³

Gutes Sicherheits- und Verträglichkeits-Profil⁴

Ko-Administration mit
Covid-19-Impfstoff möglich¹

+ 24.2 %

Verhinderung symptomatischer,
laborbestätigter Influenza-Fälle^{5,*}

Erfahrung aus 12 Saisons
mit > 45 Mio. Geimpften
im Ausland^{6,***}

– 48.9 %

Gesamtmortalität^{7,**}



Weitere Infos
finden Sie hier.

– 64.4 %

Influenza- oder Pneumonie-
bedingte Hospitalisationen^{7,**}

Daten im Vergleich zu Standard-
dosis-Influenza-Impfstoffen

* Studie(n) verglich(en) trivalenten Standarddosis- mit Hochdosis-Influenza-Impfstoff.

** Efluelda im Vergleich mit Standarddosis-Influenza-Impfstoff. Daten beziehen sich auf den Studienzeitraum. Der primäre Endpunkt der Studie war die Feasibility (Umsetzbarkeit) des Studiendesigns.

*** Metaanalyse verglich trivalente und quadrivalente Standarddosis- und Hochdosis-Influenza-Impfstoffe.

⁰ Erstattet für alle Personen ab 75 Jahren und Personen ab 65 Jahren mit mind. 1 Risikofaktor. Risikofaktoren sind: Personen mit chronischer Erkrankung von Herz, Lunge, Nervensystem, Muskeln, Knochen, Leber, Niere, Milz, Stoffwechsel, Immundefizienz.

Referenzen

1. Fachinformation Efluelda®, www.swissmedicinfo.ch. Stand Juli 2023. 2. Bundesamt für Gesundheit, Spezialitätenliste, abrufbar unter www.spezialitaetenliste.ch. 3. Bundesamt für Gesundheit. Empfehlungen Grippeimpfung Kurzversion 2023, siehe www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/infektionskrankheiten/grippe/empfehlung-grippeimpfung-kurz.pdf.download.pdf/empfehlungen-grippeimpfungkurz-de.pdf. Stand der Information: April 2023. 4. Pepin S et al. Immunogenicity and safety of a quadrivalent high-dose inactivated influenza vaccine compared with a standard-dose quadrivalent influenza vaccine in healthy people aged 60 years or older: a randomized Phase III trial. *Hum Vaccin Immunother* (2021); 17(12): 5475-5486. 5. DiazGranados C.A. et al.: Efficacy of High-Dose versus Standard-Dose Influenza Vaccine in older adults. *The New England Journal of Medicine*, 2014; 371: 635-45. 6. Lee JKH et al. High-dose influenza vaccine in older adults by age and seasonal characteristics: Systematic review and meta-analysis update. *Vaccine X*. 2023;14:100327. 7. Johansen ND et al. A Pragmatic Randomized Feasibility Trial of Influenza Vaccines. *NEJM Evidence*. 2023; 2(2):1-11.

Fachpersonen können die Referenzen beim Unternehmen anfordern.

Efluelda® W: Je 60 µg Hämagglutinin von Grippeviren der vier Influenza – Stämme nach den jährlichen Empfehlungen der WHO für die nördliche Hemisphäre. I: Zur aktiven Immunisierung ab 65 Jahren zur Prophylaxe der echten Virusgrippe (Influenza). **D:** Injektion zu 0,7 ml. Injektion erfolgt intramuskulär oder tief subkutan. **KI:** Überempfindlichkeit gegen die Wirkstoffe oder einen der sonstigen Bestandteile oder gegen andere Komponenten, von denen möglicherweise Spuren enthalten sind. **VM:** Darf unter keinen Umständen intravasal verabreicht werden. Bei Patienten mit einer moderaten bis schweren akuten Infektion muss die Impfung verschoben werden. **IA:** Kann zeitgleich mit anderen injizierbaren Impfstoffen gegeben werden. Die Immunantwort kann bei gleichzeitiger immunsuppressiver Behandlung reduziert sein. **NW:** Schmerzen an der Injektionsstelle; Erythem, Schwellung, Verhärtung und blauer Fleck an der Injektionsstelle, Schüttelfrost; Fieber, Jucken an der Injektionsstelle, Ermüdung; Myalgie; Kopfschmerzen. **P:** 0,7 ml Suspension in einer Fertigspritze mit oder ohne separater Nadel. 1, 5 oder 10er Packungen. **AK:** B. Zul-Inh.: sanofi-aventis (Schweiz) ag, 1214 Vernier. **Stand der Information:** Juli 2023. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch.

⚠ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen siehe Fachinformation Efluelda auf www.swissmedicinfo.ch.



© Stefan Marthaler

Die zweite ordentliche Ärztekammer 2023 fand am 9. November im Kongresshaus Biel statt.

Beschlussprotokoll der zweiten ordentlichen Ärztekammer 2023

Katharina Meister

Protokollführerin

Am Ende des Beitrags befindet sich ein Glossar der verwendeten Abkürzungen. Die männliche Form steht stellvertretend für beide Geschlechter.

Donnerstag, 9. November 2023

1. Begrüssung und Mitteilungen

Nach Erreichen des Quorums eröffnet *Yvonne Gilli*, Präsidentin der FMH, die Herbst-Ärzttekammer 2023 im Kongresshaus Biel. Sie heisst alle Delegierten herzlich willkommen.

Zusammen mit *Generalsekretär Stefan Kaufmann* werden die üblichen organisatorischen Punkte erörtert und beschlossen.

Gäste

Als Gäste begrüsst die Präsidentin Bruno Bærswyl, Datenschutzberater; David Schwappach, Universität Bern; Katharina Meister, Protokoll-

führerin; Markus Lehmann, Geschäftsführer FMH Services AG; Nicole Beutler, Les Tailleurs Communication SA; Sheila Unger, Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Genetik; Stefan Marthaler, Fotograf; Sulpice Piller, Dolmetscherin.

Entschuldigt haben sich Jean-Pierre Keller, Vizepräsident SIWF; Giatgen A. Spinaz, Vizepräsident SIWF; Alessandra Köchli, Les Tailleurs Communication; Peter Urs Naef, Verwaltungsratspräsident EMH; Joachim Eder, Verwaltungsratspräsident der ats-tms; René Heller, Geschäftsführer FMH Services AG; Damian Müller, Ständerat; Raphael Stolz, Vizepräsident SIWF; Sandra Ziegler, Geschäftsführerin EMH.

1.1. Einführung der Präsidentin

Yvonne Gilli, Präsidentin FMH dankt allen, die sich im diesjährigen Wahlkampf engagiert haben, und betont, wie wichtig dieses Engage-



© Stefan Marthaler

Yvonne Gilli, Präsidentin der FMH.



© Stefan Märthaler

Monika Brodmann Maeder, Präsidentin SIWF.

ment ist, um die **Weichen für ein gutes Gesundheitswesen** in der Schweiz zu stellen. Dies gerade auch, weil erneut Wahlkampf und Prämiensprung zeitlich miteinander verflochten waren. Die FMH hat erstmals den kantonalen Ärztesellschaften vor der Prämienverkündung ein Argumentarium zur Verfügung gestellt und gemeinsame Hauptbotschaften definiert, damit die Ärzteschaft mit einer Stimme auftreten konnte, hat FAQ zur Prämien Diskussion und Antworten dazu formuliert, um **einheitlich und fundiert argumentieren** zu können. Diese Art von Zusammenarbeit wollen wir weiterentwickeln, dadurch **wirksam wählen** und die **Politik mitgestalten**.

Die anstehenden Abstimmungen zur **Prämienentlastungs-Initiative** und zur **Kostenbremse**, beide mit indirektem Gegenvorschlag, halten den Druck hoch. Sie fördern die Prämienpolemik und können eine Unterversorgung provozieren. Die FMH wird sich im Abstimmungskampf engagieren müssen. Und es wird weiter parallellaufende Reformen im Krankenversicherungswesen geben, die wir begleiten müssen: zum Beispiel die einheitliche Finanzierung EFAS sowie das **zweite Kostendämpfungspaket**. Auch hier gibt es noch Herausforderungen bezüglich Einzelleistungstarif und zur Diskussion stehenden zusätzlichen Kompetenzen für die Versicherer.

Weitere politische Geschäfte fordern uns – viele sind hier unerwähnt. Wir hoffen auf einen grossen Schritt vorwärts durch die Genehmigung des TARDOC im nächsten Jahr. Die FMH ist aber zunehmend besser aufgestellt: mit **geschlossenen Reihen, gebündelten Kräften, guter Verankerung** in der Basis und breit gestreuten Ergebnissen erzielen wir **mehr Wirkung**. Packen wir es an – gemeinsam und gut koordiniert!

2. Mitteilungen aus dem SIWF

Monika Brodmann, Präsidentin SIWF präsentiert in einem interaktiven Quiz den Stand der **Reform der ärztlichen Weiterbildung**, die auf kompetenzbasierter medizinischer Bildung (CBME) aufbaut. Der grosse Unterschied gegenüber der herkömmlichen Weiterbildung ist, dass diese in Zukunft nicht mehr in Bezug auf die Inhalte, sondern auf das Outcome definiert ist: welches theoretische Wissen, welche manuellen Fähigkeiten, Fertigkeiten und welche sozialen Kompetenzen und Haltungen sind nötig, um den eidgenössischen Facharztstitel zu erlangen? Nebst den CBME bilden die Entrustable Professional Activities (EPA) einen wichtigen Bestandteil, um dieses theoretische Konstrukt der kompetenzbasierten Bildung praktisch umzusetzen. Die Weiterbildungsprogramme der Fachgesellschaften müssen also überarbeitet, Zusatzkompetenzen erworben werden und ein Kulturwandel in den Weiterbildungsstätten wird stattfinden müssen, damit die Reform gelingen kann. Die Fachgesellschaft für Kardiologie hat als erste die EPAs bereits integriert, 28 weitere Fachgesellschaften und mehrere Pilotspitäler sind mit der Umsetzung auf gutem Weg. Diese Reform – nebst vielen anderen Projekten – wird das SIWF in den nächsten Jahren beschäftigen.

Im engen Zusammenhang mit der Qualitätsdiskussion (Anforderungen im Rahmen des Art. 58a KVG) und als eines der wichtigsten allgemeinen Lernziele der Reform der Weiterbildung und Fortbildung steht die **Patientensicherheit**. Dazu konnte ein Mandat gemeinsam mit der FMH vergeben werden, ausgerüstet mit einer hochgeschätzten Expertise unter der Leitung von Prof. Dr. David Schwappach, der gleich anschliessend die Resultate und den Stand des Mandats vorstellen wird.

Gemeinsames Projekt SIWF und FMH: Kompetenzkatalog Patientensicherheit

Prof. Dr. David Schwappach, Leiter *Forschungsschwerpunkt Patientensicherheit am ISPM an der medizinischen Fakultät Bern* Patientensicherheit ist wichtig für die Patientinnen und Patienten, aber auch für den kollegialen Umgang miteinander und sich selbst, die interprofessionellen, interdisziplinären und intersektoralen Schnittstellen sowie die Positionierung in der Gestaltung des Gesundheitssystems.

Die **Ziele** des Kompetenzkatalogs sind:

- Kompetenzen von Relevanz in der ganzen Breite abbilden für alle Fächer
- Ein Dokument für Weiterbildungsverantwortliche und Weiterbildende erstellen

Die Mandatsgruppe hat intensiv existierende internationale Kompetenzkataloge recherchiert und die vorgeschlagenen Kompetenzen analysiert, kritisch reflektiert und diskutiert. Grund-

sätzliche Überlegungen führten zur Entwicklung von **vier Leitfragen** zur Organisation der Kompetenzen: Wie sicher ist es bei uns? Wie können wir Schäden vermeiden? Was tun, wenn ein Schaden eingetreten ist? Wie lernen wir aus Ereignissen?

Aus diesen Fragen resultierten:

- Inhalte mit Methoden zur Beurteilung der Patientensicherheit, damit Ärztinnen und Ärzte vigilant sind und feststellen, wenn das System sich in die falsche Richtung bewegt
- Rahmenbedingungen auf organisationaler und individueller Ebene, im Team und in der Interaktion
- Massnahmen für einen konstruktiven Umgang mit Zwischenfällen
- Kommunikation gegenüber Patientinnen und Patienten und Methoden des kollegialen Austausches

Viele Interventionen und Ideen zur Förderung der Patientensicherheit hat es bereits gegeben, leider bisher ohne nachhaltige Wirkung. Es wäre wichtig und eine grosse Sache, wenn dieser Kompetenzkatalog in der Weiterbildung der Fachgesellschaften und damit im Alltag von Ärztinnen und Ärzten einen wirklichen Unterschied machen würde.

3. Ambulante Tarifrevision

Urs Stoffel, Zentralvorstand FMH Gerade in den letzten Tagen hat es wieder viel Bewegung zum Thema **TARDOC** gegeben. Aber auch auf der Zielgerade kann man stolpern und wir hoffen, diese letzte Meile nun erfolgreich ins Ziel zu bringen. Er dankt dem Team in Olten, dem ZV und den Fachgesellschaften für die ausdauernde Unterstützung und die gute Zusammenarbeit.

Der Bundesrat erwartet bis Ende 2023 eine neue Einreichung von TARDOC und falls vorhanden von ambulanten Pauschalen. Curafutura und FMH haben **Anpassungen** am Kostenneutralitätskonzept vorgenommen.

- Der Fokus der Anpassung in Version 1.3.2 liegt im Bereich der Kostenneutralität
- Dies, weil der Bundesrat absolut sicher sein möchte, dass die Einführung eines Tarifs nicht zu Mehrkosten in der OKP führt (vgl. Art. 59c Abs 1c KVV)
- Ansonsten hat das BAG keine materiellen Punkte festgehalten, die eine Genehmigung verunmöglichen
- Die **Delegiertenversammlung** hat am 31. Oktober 2023 der **Version 1.3.2 zugestimmt** und damit die Freigabe zur Einreichung beim Bundesrat erteilt

Ambulante Pauschalen

Aufgrund der teilweise sehr dünnen Datengrundlage eignet sich nicht das gesamte vorgese-



Christoph Bosshard, Jana Siroka und Urs Stoffel vom Zentralvorstand der FMH.

hene Spektrum der Version 1.0 zur Pauschalierung. Der Umfang der ambulanten Pauschalen müsste daher stark gekürzt werden. Aus Sicht der FMH müsste die Überarbeitung der ambulanten Pauschalen innerhalb der OAAT AG gemeinsam mit allen Tarifpartnern und unter Einbezug der Fachgesellschaften erfolgen.

Die vorliegende Version 1.0 der ambulanten Pauschalen erfüllt aus Sicht der FMH die wichtigsten Vorgaben und Bedingungen nicht, die vom BAG im Juni 2023 für eine Genehmigung aufgestellt wurden. Damit sind die ambulanten Pauschalen V1.0 nicht genehmigungsfähig.

Die **Delegiertenversammlung** hat die **Mitunterzeichnung der ambulanten Pauschalen V1.0 abgelehnt**.

Ein begleitendes **Dachschreiben** ist aus Sicht der Tarifpartner und für den Bundesrat zentral. Es beschreibt den gemeinsamen Willen bei Genehmigung beider Tarifstrukturen, diese anzuerkennen und gemeinsam umzusetzen. Es enthält wichtige Aussagen zur laufenden Weiterentwicklung und Pflege der Tarifwerke unter dem Dach der OAAT AG sowie zwei zentrale Verweise auf die übergeordnete Vereinbarung und die übergeordneten Tarifierungsgrundsätze.

Die **übergeordnete Vereinbarung** dient nur im Falle der gleichzeitigen Inkraftsetzung der beiden Tarifstrukturen dazu, dass eine Koordination und gleichzeitige Anwendung möglich sind. Insbesondere regelt es die Definition des Anwendungsbereichs, den TARMED-Volumensplit, eine einheitliche Monitoringstelle, den Monitoringinhalt sowie abgeleitete Massnahmen aus dem Monitoring.

Die **Delegiertenversammlung** hat dem **gemeinsamen Dachschreiben und der übergeordneten Vereinbarung zugestimmt**.

Die OAAT AG wird ab 2024 für die Pflege und Weiterentwicklung der beiden Tarifwerke verantwortlich sein. Eine Inkraftsetzung wäre per 1. Januar 2025 möglich und angedacht (Entscheidung zur Einführung durch den Bundesrat).

4. Anpassung Dauer Mitgliedschaft zur Beitragsbefreiung

Ralf Novacek, Leiter Finanzen & Controlling FMH; Claudia Blackburn, Leiterin DLM FMH
Die Erträge der FMH werden unter den jetzigen Voraussetzungen langfristig stagnieren und die Kosten steigen, wenn keine weiteren Massnahmen ergriffen werden. Der **demographische**



Ralf Novacek, Leiter Finanzen & Controlling.

und gesellschaftliche Wandel sowie die **politischen Herausforderungen verlangen** von der FMH **gezielte Massnahmen**, wofür entsprechende Ressourcen nötig sind. Die FMH steht vor der Wahl, Angebote zu streichen oder Mehreinnahmen zu generieren. Aktuell erfolgt die Beitragspflichtbefreiung nach 40 Jahren. Neu soll dieser Wert schrittweise auf 45 Jahre erhöht und die Geschäftsordnung der FMH entsprechend angepasst werden.

Antrag

Die Ärztekammer beschliesst, die Anzahl Jahre bis zur Beitragsbefreiung schrittweise ab 1.1.2024 von heute 40 Jahren Mitgliedschaft auf neu 45 Jahre Mitgliedschaft zu erhöhen.

Beschluss

Der Antrag wird mit 129 Ja, bei 11 Gegenstimmen und 9 Enthaltungen angenommen.

5. Budget 2024

5.1. Budget 2024 SIWF

Christoph Hänggeli, Geschäftsführer SIWF
Das SIWF rechnet gegenüber dem Jahr 2022 mit einem Rückgang bei den Erträgen aus Titelanerkennung von TCHF 900 und bei den Weiterbildungsstätten mit einem Rückgang von TCHF 300. Mehrkosten ergeben sich bei den Projekten e-Plattform Fortbildung (200), Informatisierung Bereich WBS (100), Akkreditierung (300), EPA (562). Im Budget 2024 wurde mit dem Personalsollbestand gerechnet, den das SIWF benötigt, um die anstehenden Aufgaben wahrnehmen zu können. Der Personalaufwand steigt daher um TCHF 1300. Das SIWF rechnet für das **Jahr 2024** mit einem **Verlust von TCHF -249**.

5.2. Budget 2024 FMH

Ralf Novacek, Leiter Abteilungen Finanzen & Dienste FMH
Die grössten Abweichungen im Vergleich zur Rechnung 2022 bei der FMH ergeben sich durch einen Rückgang der Erträge (Beitrag PEPrä, Beitrag Kanton an den Neubau, Beitrag Tabakprävention), höhere Kosten für die Einführung TARDOC, den Leitfaden Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag, Ausbau Sicherheit ICT, IFAS 2024, höhere Personalkosten, tiefere Abschreibungen und einen Gewinn aus den Finanzanlagen anstelle des Verlusts. Das Projekt Mitgliedermanagement sowie politische Aktivitäten werden über Rückstellungen, die Kommunikationskampagne 2023-2025 über Sonderbeiträge finanziert. Die FMH rechnet für das **Jahr 2024** mit einem Gewinn von **TCHF 75**.

5.3. Budget GPK

Philippe Vuillemin, Präsident Geschäftsprüfungskommission
Die GPK hatte im 2023 ein erhöh-



© Stefan Märthaler

Philippe Vuillemin, Präsident GPK.

tes Budget aufgrund verschiedener Zusatzaufwände. Für das Jahr 2024 ist das Budget auf das normale Niveau von TCHF 72 veranschlagt.

5.4. Bericht GPK

Philippe Vuillemin, Präsident Geschäftsprüfungskommission Die Sitzungen fanden in Anwesenheit der Präsidentin der FMH, des Generalsekretärs, des Zentralvorstands der FMH sowie der Geschäftsleitung und der Präsidentin des SIWF am 15. und 16. August 2023 statt.

Die Vorgaben der GPK an den Zentralvorstand, die zu einem ausgeglichenen Haushalt der FMH führen sollten, sind: klare Aufgabenbeschreibung des ZV im Hinblick auf die Strategie, weniger Sitzungen des ZV, Fokus auf die wesentlichen Fragen und Priorisierung der Aufgaben, Gewinne/Verluste dürfen nicht auf Kosten der Aus- und Weiterbildung oder der Rückstellungen gehen, klare Unterscheidung zwischen Betriebsbudget und Investitionsbudget.

Die GPK empfiehlt der ÄK die **Genehmigung der präsentierten Budgets 2024**.

5.5. Mitgliederbeiträge 2024

- Grundbeitrag für 2024: Kat. 1 und 2 = CHF 710.-, Kat. 3 = CHF 475.-, Kat. 4 = CHF 355.-, Kat. 5 = CHF 284.-, Kat. 6 = CHF 178.-, Kat. 7 = CHF 142.-
- Sonderbeitrag für 2024 zugunsten NAKO mit CHF 40.- für die beiden Kat. 1 und 2
- Sonderbeitrag für 2024 zugunsten «Revue Médicale Suisse» von CHF 10.- für die Kategorien 1, 2, 3, 5 und 6
- Sonderbeitrag für 2024 zugunsten der Kommunikationskampagne 2023-2025 von CHF 40.- für die Kategorien 1, 2, 3, 5 und 6 sowie von CHF 20.- für die Kategorie 4

Antrag

Die Ärztekammer beschliesst, die – im Vergleich zum Vorjahr unveränderten – Mitgliederbeiträge 2024 zu genehmigen.

Beschluss

Der Antrag wird mit klarer Mehrheit mit 1 Gegenstimme und 1 Enthaltung angenommen.

5.6. Budget 2024 konsolidiert

Ralf Novacek, Leiter Abteilungen Finanzen & Dienste FMH Die FMH kann auch in Zukunft ein finanzielles Gleichgewicht zwischen den getätigten Ausgaben und Projekten sowie den generierten Einnahmen gewährleisten. Die Einnahmen eines Berufsverbandes sind auf drei Säulen aufgebaut: das Erheben von Mitgliederbeiträgen, die Fakturierung von Dienstleistungen und Erträge aus Aus- und Weiterbildung. Je diversifizierter diese Erträge sind, desto stabiler sind sie über den Zeitablauf. Die Entwicklung zeigt, dass es Phasen gibt, in denen die FMH Ertragsüberschüsse und das SIWF Verluste erzielt hat, dann aber auch Phasen, wo es umgekehrt war. Berechnet man den Durchschnitt über die Jahre, ist ersichtlich, dass die Ertragssituation relativ stabil bleibt.

Das vorliegende **konsolidierte Budget 2024** weist einen Verlust in der Höhe von TCHF -174 auf, resultierend aus einem Gewinn FMH von TCHF 75 und einem Verlust SIWF von TCHF -249.

5.7. Wahl der Revisionsstelle BDO AG

Beschlussantrag

Die Ärztekammer wählt die Revisionsgesellschaft BDO in Bern als Revisionsstelle für weitere zwei Jahre (Jahresrechnungen 2024 und 2025).

Beschluss

Der Antrag wird mit klarer Mehrheit mit 0 Gegenstimmen und 1 Enthaltung angenommen.

Beschlussantrag

Die ÄK beschliesst, über die folgenden Traktanden in einer einzigen Abstimmung abzustimmen:

5.1 Budget 2024 SIWF

5.2 Budget 2024 FMH

5.3 Budget 2024 GPK

5.6 Budget 2024 konsolidiert

Beschluss

Der Antrag wird mit klarer Mehrheit, 17 Gegenstimmen und 5 Enthaltungen angenommen.

Beschlussantrag

Die Ärztekammer genehmigt das Budget 2024. Im Detail genehmigt sie:

5.1. das Budget 2024 des SIWF mit einem Verlust von TCHF 249

5.2. das Budget 2024 der FMH mit einem Gewinn von TCHF 75

5.3. das Budget 2024 der GPK von TCHF 72

5.6. das konsolidierte Budget 2024 der FMH mit einem Verlust von TCHF 174

Beschluss

Der Antrag wird mit 120 Ja, 11 Nein und 15 Enthaltungen angenommen.

6. Wahlen und Bestätigungswahlen

6.1. Bestätigungswahl von nominierten DV-Delegierten

Die antragstellende Organisation SMSR beantragt der Ärztekammer, den folgenden (neuen) Delegierten für die Delegiertenversammlung der FMH zu bestätigen:

SMSR

bisher

Jean-Marie Michel, Freiburg

neu

Anouk Osiek Marmier, La Roche

Beschluss

Die neue DV-Delegierte wird mit Applaus bestätigt.

6.2. Bestätigungswahl von nominierten DV-Ersatzdelegierten

Die antragstellenden Organisationen beantragen der Ärztekammer, die folgenden (neuen) Ersatzdelegierten für die Delegiertenversammlung der FMH zu bestätigen:

KHM-CMPR

bisher

Gian Paolo Ramelli, Bellinzona

neu

Andreas Nydegger, Estavayer-le-Lac

SFSM

bisher

vakant

neu

Sylvia Höller, Zürich

Beschluss

Die neuen DV-Ersatzdelegierten werden mit Applaus bestätigt.

7. Änderungen in den Statuten

Keine Änderungen in den Statuten.

8. Änderungen in der Geschäftsordnung

Yvonne Gilli, Präsidentin FMH Über die Änderungen in der Geschäftsordnung wurde bereits abgestimmt (Beitragsbefreiung).

9. Änderungen in der Standesordnung

9.1. Aufnahme revidierte SAMW-Richtlinien «Lebenspende von soliden Organen» in die Standesordnung der FMH

Gabriela Lang, Leiterin Rechtsdienst FMH Die SAMW-Richtlinien «Lebenspende von soliden Organen» sind Teil der Standesordnung der FMH. Aufgrund der **Entwicklung der letzten zwei Jahrzehnte** im Bereich der Lebenspende sowie der Revision des Bundesgesetzes über die Transplantation von Organen, Geweben und Zellen hat eine Subkommission der SAMW **im Auftrag der zentralen Ethikkommission** diese **Richtlinie einer Aktualisierung unterzogen**. Die öffentliche Vernehmlassung bei der SAMW und bei unseren betroffenen Mitgliederorganisationen hat ergeben, dass den aktualisierten Richtlinien zugestimmt wird. Sowohl der ZV als auch die Delegiertenversammlung empfehlen Ihnen die Aufnahme der revidierten Richtlinien in die Standesordnung der FMH.

Beschlussantrag

Die Ärztekammer beschliesst, die aktualisierten SAMW-Richtlinien «Lebenspende von soliden Organen» (2023) in die Standesordnung der FMH aufzunehmen und damit jene von 2008 zu ersetzen.

Beschluss

Der Antrag wird einstimmig bei 0 Gegenstimmen und 0 Enthaltungen angenommen.

10. Informationen Gesamterneuerungswahlen Legislatur 2024 – 2028

Yvonne Gilli, Präsidentin FMH Im Rahmen der nächsten ÄK am 6. Juni 2024 stehen Gesamterneuerungswahlen für folgende Mandate an:

1. sieben Mitglieder des Zentralvorstandes der FMH inklusive Präsidium (2x Vize)
2. PräsidentIn des SIWF
3. Präsidium (4x Vize) der Standeskommission
4. fünf Mitglieder der Geschäftsprüfungskommission
5. Mitglieder der Delegiertenversammlung (DV)

Aktuell entwickelt der ZV die **zukünftige Organisation des Zentralvorstands** weiter. Wichtige Ziele sind

- Stärkung des Milizsystems
- Stabilität der Organisation

- Synergien statt Silos
- Fokussierung auf die Kernthemen der Ärzteschaft
- Bessere Trennung strategischer und operativer Aufgaben für zeitliche Entlastung des ZV und Konstanz durch breit abgestützte Expertise, Themenleads und Vernetzung

Bewerber und Bewerberinnen für all diese Wahlen – mit Ausnahme der Delegierten der Delegiertenversammlung (der entsprechende Aufruf an die nominierenden Dachverbände wird drei Monate vor der Ärztekammer per E-Mail erfolgen) – **können sich** in der Schweizerischen Ärztezeitung **in strukturierten Porträts vorstellen**. Ein Formular zur Publikation in der SÄZ ist unter [wahlen2024\[at\]fmh.ch](mailto:wahlen2024@fmh.ch) erhältlich. Auch Fragen zu den Gesamterneuerungswahlen können Sie an [wahlen2024\[at\]fmh.ch](mailto:wahlen2024[at]fmh.ch) senden.

11. Stand der Arbeiten zur Strategie Planetary Health

Carlos B. Quinto Zentralvorstand FMH Die ÄK hat am 7. Oktober 2021 die Strategie Planetary Health angenommen. Operativ wird das Ganze von Robin Rieser geleitet, strategisch im Departement Public Health. Wir haben die **Strategie partizipativ entwickelt** in konstruktiver Zusammenarbeit mit einer Begleitgruppe aus verschiedenen Organisationen und Dachorganisationen. Um mit gutem Beispiel voranzugehen, hat das Generalsekretariat FMH inklusive SIWF und der Zweigstelle am Standort Olten eine Umweltanalyse durchführen lassen. Ein Bericht dazu wird folgen. **Werkzeuge und Lösungen für Arztpraxen und Spitäler** stehen seit kurzem mit dem **Tool-Kit** auf der Website der FMH zur Verfügung www.planetary-health.fmh.ch. Hier können Sie sich bedienen, um Massnahmen auf geeignetem Level in Ihrer Praxis bzw. Ihrem Spital umzusetzen. Im 2024 ist zudem ein Innovationspreis geplant: Ideen und Projekte können eingereicht werden, eine Jury wird diese beurteilen und bewerten.

12. Informationen aus Zentralvorstand und Generalsekretariat

Diese Informationen finden Sie auf myFMH.ch: Dokument «RS_ÄK 2023_11_12 Departementsberichte 2023».

Ärzteeigene Datensammlung Neufinanzierung Nationale Datensammlung – aktueller Stand

Christoph Bosshard, Zentralvorstand FMH Vor einem Jahr hat die ÄK den Auftrag für dieses Projekt der Ärzte eigenen Datensammlung erteilt. Diese wird auch **im Kontext zukünftiger Tarifaueinandersetzungen und Tarifansprü-**

che eine sehr wichtige Rolle spielen. Die heutige Finanzierung der Datensammlung weist **Handlungsbedarf** in dreifacher Hinsicht auf: bei der **Finanzierung**, bei der **Datenabdeckung** und bei der **Vertragssituation**. Im April 2023 hat der Zentralvorstand festgestellt, dass der vorgesehene Zeitplan gestreckt und der Entscheid für die Ärztekammer Juni 2024 geplant werden muss, um die notwendige Sorgfalt bei der Erarbeitung der Entscheidungsgrundlagen zu gewährleisten. Die Leistungsvereinbarung zwischen der FMH und NewIndex ist im August 2023 verabschiedet worden unter dem Vorbehalt, dass die Erhöhung der Mitgliederbeiträge zur nationalen Finanzierung per 1.1.2025 durch die Ärztekammer auch genehmigt wird. Ab 1.1.2024 sind die Tarife in der OAAT und wir werden die Daten für die Weiterentwicklung und Pflege dieser Tarife zwingend benötigen. Deshalb müssen wir dieses Projekt sehr sorgfältig bewirtschaften, weil es die Basis ist, um die Datensammlung sicherzustellen. Ein grosses Danke geht an Esther Kraft, die dieses Geschäft mit sehr viel Engagement begleitet.

13. Varia

13.1. Informationen aus dem Wallis

Monique Lehky Hagen, Walliser Ärztegesellschaft informiert über die mit 14000 Unterschriften eingereichte Petition für eine qualitativ hochstehende ambulante Gesundheitsversorgung, die einen Kulturwandel im Gesundheitswesen anstossen soll.



© Stefan Marthaler
Carlos B. Quinto, Mitglied Zentralvorstand FMH.

13.2. Sitzungsdaten 2024 – 2026 DV und ÄK

Daten der DV 2024 – 2026

Mittwoch,	31. Januar 2024
Donnerstag,	25. April 2024
Mittwoch,	26. Juni 2024
Donnerstag,	12. September 2024

Mittwoch,	27. November 2024
Donnerstag,	30. Januar 2025
Mittwoch,	30. April 2025
Mittwoch,	25. Juni 2025
Donnerstag,	11. September 2025
Mittwoch,	26. November 2025

Donnerstag,	29. Januar 2026
Mittwoch,	29. April 2026
Mittwoch,	1. Juli 2026
Donnerstag,	10. September 2026
Mittwoch,	25. November 2026

Die Termine der Delegiertenversammlungen bis und mit 2028 finden Sie auf myFMH.

Daten der ÄK 2024 – 2026

Donnerstag,	6. Juni 2024 (Gesamterneuerungswahlen)
Donnerstag,	7. November 2024

Donnerstag,	5. Juni 2025
Donnerstag,	6. November 2025
Donnerstag,	4. Juni 2026
Donnerstag,	5. November 2026

Die Präsidentin schliesst die Sitzung um 15:35 Uhr.

Glossar

Abkürzungen

ÄK
ats-tms AG
BAG
BDO
CBME
curafutura
DV
EFAS
EMH
EPA
FAQ
FMCH
FMH
GPK
GS
ICT
IFAS
ISPM
KÄG
KHM-CMPR
NAKO
NewIndex AG
OAAT
OKP
PEPra
SAMW
SFSM
SIWF
SMSR
sts AG
Tarmed
TARDOC
VLSS
VSAO/ASMAC
WBS
ZV

Erläuterung

Ärztammer FMH
AG für die Entwicklung des TARDOC: arztarief schweiz – tarif médical suisse
Bundesamt für Gesundheit
Wirtschaftsprüfungs-, Treuhand- und Beratungsgesellschaft BDO AG
Competency based Medical Education
Krankenversicherer CSS, Helsana, Sanitas und KPT
Delegiertenversammlung FMH
Einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen
Schweizerischer Ärzteverlag AG
Entrustable Professional Activities
Frequently asked questions
Foederatio Medicorum Chirurgicorum Helvetica
Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Geschäftsprüfungskommission
Generalsekretariat FMH
Informations- und Kommunikationstechnologie
Branchentreffpunkt des Gesundheitswesens in der Schweiz (Messe Zürich)
Institute of Social and Preventive Medicine / Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern
Kantonale Ärztesgesellschaft
Kollegium für Hausarztmedizin
Nationale Konsolidierungsstelle
Ärzteneigener Datenpool
Organisation für ambulante Arzttarife AG
Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Prävention mit Evidenz in der Praxis
Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
Swiss Federation of Specialities
Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
Société Médicale de la Suisse Romande
Solutions tarifaires suisses AG
Ärztliche Leistungsstruktur
Neue Tarifstruktur ambulante ärztliche Leistungen
Verein leitender Spitalärzte Schweiz
Verband Schweizerische Assistenz- und OberärztInnen
Weiterbildungsstätten
Zentralvorstand FMH

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Willy Krauthammer (1930), † 15.9.2023, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 8800 Thalwil

Dominique Eichenberger (1958), † 4.12.2023, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 4102 Binningen

Paul Günter (1943), † 10.1.2024, Facharzt für Anästhesiologie, 3006 Bern

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BL

Nadine Donnerstag, Fachärztin für Anästhesiologie, Mitglied FMH, Hauptstrasse 3, 4102 Binningen

VD

Sheila Lorraine Unger, Spécialiste en génétique médicale, membre FMH, Rue du Petit-Chêne 38, 1003 Lausanne

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Christoph Bieri, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Bern West Med, Dr. Gurtner Med AG, Mühledorfstrasse 2a, 3018 Bern

Laurin Imholz, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Hausarztpraxis Längenberg, Längenbergstrasse 34, 3132 Riggisberg

Nadine Kaiser, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Medical Center Wankdorf, Papiermühlestrasse 79, 3014 Bern

Ellen Christina Obermann, Fachärztin für Pathologie FMH, Mitglied FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Helene Schott, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medizinisches Zentrum VIVA, Bernstrasse 21, 3072 Ostermundigen

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:

Kerstin Burki, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Lumenpraxis AG, Grenzstrasse 5B, 6214 Schenkön

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Peter Boshnyakov, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychiatrisch-Psychotherapeutisches Zentrum am Rotsee GmbH, Rotseehöhe 9, 6006 Luzern

Lukas Burget, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Endokrinologie/Diabetologie, Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16

Alexandra Staiber, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Herzgrund Dr. med. Alexandra Staiber, Stadthalterstrasse 4, 6003 Luzern

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 Zug

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Marvin Marti, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenzentrum Zug, Bahnhofstrasse 14, 6340 Baar

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.



© Davidgrutz / Dreamstime

Aktionismus in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht führt nicht zwangsläufig zu besseren Ergebnissen.

Neue Top-5-Liste Pädiatrie

Empfehlungen smarter medicine publiziert in Zusammenarbeit mit pädiatrie schweiz eine zweite Top-5-Liste. Getreu dem Motto «Weniger ist manchmal mehr» sind darin fünf diagnostische Untersuchungen in der Pädiatrie aufgeführt, auf welche verzichtet werden kann.

Trägerschaft «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland»

Zwei Jahre nach der Veröffentlichung einer ersten Top-5-Liste publiziert pädiatrie schweiz in Zusammenarbeit mit der gemeinnützigen Organisation smarter medicine eine zweite Top-5-Liste. Diese konzentriert sich auf zusätzliche Untersuchungen bei Kindern, auf die in Anbetracht des Risikos einer Überbehandlung sowie zusätzlicher Kosten ohne nachgewiesenen Nutzen verzichtet werden sollte.

Die Arbeitsgruppe Choosing Wisely (CW) von pädiatrie schweiz wurde im November 2018 gegründet und besteht aus Vertretern der Kindermedizin im stationären und ambulanten Bereich. Den Schwerpunkt ihrer ersten Top-5-Liste legte die Arbeitsgruppe auf Behandlungen, die nur geringen Mehrwert bieten oder deren Nutzen leicht durch mögliche unerwünschte Wirkungen relativiert wird. Im Rahmen der hier genannten zweiten Liste, an der seit 2022 gearbeitet wird, konzentriert sich die Arbeitsgruppe auf diagnostische Massnahmen, die keine wirklichen Entscheidungshilfen bieten oder bei denen eine erhebliche Gefahr von Überdiagnosen mit den entsprechenden Eskalationsrisiken durch zusätzliche Untersuchungen oder Behandlungen ohne Nutzen für die Patientinnen und Patienten besteht.

Wie lässt sich «smarter medicine» in der Pädiatrie umsetzen?

Überdiagnosen sind fester Bestandteil unseres Berufs. Sie lassen sich nicht vollständig ausschliessen und ergeben sich beispielsweise aus zu empfindlichen Tests oder den unterschiedlichen Interpretations-Schwellenwerten zweier Ärzte. Die beste Möglichkeit, falsch positive Ergebnisse bei Tests mit fester Spezifität zu vermeiden, bleibt nach wie vor die bestmögliche Auswahl der getesteten Patientinnen und Patienten.

Angesichts einer Ungewissheit wird der Mensch jedoch von dem Wunsch getrieben, zu handeln, etwas zu tun und diese Ungewissheit so weit wie möglich zu reduzieren. Hinzu kommt noch, dass die Entwicklung einer immer leichter zugänglichen und immer technischeren Medizin bei manchen Patientinnen und Patienten den Eindruck erwecken kann, dass gute medizinische Behandlung mit immer zahlreicheren Untersuchungen einhergehen muss. Die Patienten und Patienten sowie ihr Umfeld üben dann einen immer stärkeren Druck auf die Ärztinnen und Ärzte aus. Kommt dazu noch die Furcht vor gerichtlichen Massnahmen, liegt es nahe, dass sich die Ärztinnen und Ärzte durch Untersuchungen abzusichern versuchen, die insgesamt gesehen nicht im Interesse der Patientinnen und Patienten liegen.

Angesichts dieser Zusammenhänge ist es nicht überraschend, dass bisweilen Medikamente ohne belastbares medizinisches Motiv verschrie-

ben werden. Dies kann Eingriffe des Gesetzgebers wie die Einschränkung der Kostenerstattung für Vitamin D im Jahr 2022 erforderlich machen.

Die Arbeitsgruppe möchte hier Elemente vorschlagen, die durch starke Evidenz gestützt werden, guter Praxis entsprechen und somit als Ausgangspunkt für Patientengespräche genutzt werden können. Dies soll als Gedächtnisstütze und Unterstützung für Mediziner dienen, die im gegenseitigen Austausch gemeinsam mit ihren Patientinnen und Patienten entscheiden müssen, ob angesichts von Risiken und unerwünschten Wirkungen, die den zu erwartenden Nutzen übersteigen, nicht besser auf eine bestimmte Massnahme verzichtet werden sollte. Die zentrale Botschaft lautet, dass Aktionismus in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht nicht zwangsläufig zu besseren Ergebnissen führt («more is not always better»).

Die fünf Empfehlungen auf einen Blick:

1. Distorsion des oberen Sprunggelenks (OSG)

Kein Röntgenbild bei einer OSG-Distorsion mit niedrigem Risiko für eine relevante Fraktur [1–5].

Nach einer OSG-Distorsion ist bei isolierter Druckdolenz über der distalen Fibula und/oder den lateralen Ligamenten distal der anterioren Gelenklinie der Tibia gemäss Low Risk Ankle Rule (LRAR) keine Röntgenbilddiagnostik indiziert. Die Mehrheit der OSG-Distorsionen geht einher mit einer Verletzung der Weichteile oder mit Frakturen, die ohne spezifische Interventionen ausheilen und kein orthopädisches Follow-up benötigen. Wird die LRAR angewendet, können Röntgenbilder um 60% reduziert werden, ohne dass dabei relevante Frakturen verpasst werden. Art und Dauer der Ruhigstellung sollen der Klinik (Schwellung, Schmerzen) angepasst werden.

Evidence quality (AAP): A

2. Chronische Müdigkeit und Borreliose

Keine Borrelien-Serologie ohne klinischen Verdacht auf eine Lyme-Borreliose [6–8].

Eine Lyme-Borreliose geht mit Symptomen unterschiedlicher Spezifität einher. Zu den spezifischeren Symptomen gehören Erythema chronicum migrans, Hirnnervenpareesen, eine Meningitis oder eine Karditis. Zu den unspezifischen Symptomen gehören Fieber, Müdigkeit und Myalgien. Liegen lediglich Letztere vor, besteht klinisch kein Verdacht auf eine Lyme-Borreliose.

Je niedriger die Vortestwahrscheinlichkeit eines diagnostischen Tests ist, desto tiefer ist

Zu smarter medicine

Die gemeinnützige Organisation smarter medicine setzt sich seit dem Jahr 2014 gegen eine Über- beziehungsweise Fehlbehandlung in der Schweizer Medizin ein. Um ihre Ziele zu erreichen, fördert smarter medicine die Diskussion und die Forschung zu unnötigen Behandlungen. Sie stellt Informationsmaterial zur Verfügung und gibt in sogenannten «Top-5-Listen» regelmässige Empfehlungen an das medizinische Fachpersonal sowie an Patientinnen und Patienten ab. Weitere Informationen unter www.smartermedicine.ch

dessen positiv-prädiktiver Wert. Dies gilt auch für die Borrelien-Serologie bei unspezifischen Symptomen – eine positive Serologie wäre in diesem Fall eher auf eine früher durchgemachte, die aktuelle Symptomatik jedoch nicht erklärende Infektion zurückzuführen. Um solche unklaren Situationen und eine unnötige, aber potenziell schädigende antimikrobielle Therapie zu vermeiden, ist bei fehlendem klinischem Verdacht auf eine Borrelien-Serologie zu verzichten.

Evidence quality (AAP): D

3. Fieberkrampf

Keine Routineuntersuchungen für Kinder, die nach einem einfachen Fieberkrampf ihren üblichen Bewusstseinszustand wiedererlangt haben [9–13].

Veranlassen Sie keine routinemässigen Blutuntersuchungen, Neurobildgebungen oder EEG-Untersuchungen zur Ursachenabklärung eines einfachen Fieberkrampfes bei vollständig geimpften Kindern über 12 Monaten, die nicht unter einer laufenden antibiotischen Behandlung

Über die Fachgesellschaft

pädiatrie schweiz ist die offizielle Fachgesellschaft der Kinder- und Jugendmedizin in der Schweiz und seit 1901 die kompetente Ansprechpartnerin für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Die Mission der Gesellschaft ist auf das Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz ausgerichtet, für das eine qualitativ hochstehende Kinder- und Jugendmedizin unerlässlich ist. Weitere Informationen unter www.paediatricschweiz.ch

Organisationen

stehen und ihren üblichen Bewusstseinszustand wiedererlangt haben.

Nach einem einfachen Fieberkrampf sind in der Regel weder eine stationäre Überwachung noch eine besondere Nachsorge erforderlich. Ergänzende Untersuchungen können durchgeführt werden, wenn die Umstände dies rechtfertigen. Beispielsweise kann bei jüngeren, unvollständig geimpften Kindern oder bei Kindern, die eine antibiotische Behandlung erhalten, eine Lumbalpunktion in Betracht gezogen werden, da in dieser Population das klinische Bild einer Meningitis oder Enzephalitis atypisch ausfallen kann.

Evidence quality (AAP): B

4. Tonsillopharyngitis

Keine Bluttests bei Kindern mit akuter Tonsillopharyngitis [14–18].

Die Tonsillopharyngitis wird meist durch Viren ausgelöst (Kleinkinder >95%, Schulkinder 70%). Steht eine antibakterielle Therapie zur Diskussion, wird die bakterielle Tonsillopharyngitis (*S. pyogenes*) mittels klinischer Befunde und positivem Streptokokken-Antigen-Schnelltest

diagnostiziert. Blutuntersuchungen (Blutbild, CRP) sind für die Unterscheidung zwischen viral und bakteriell nicht hilfreich und somit für die initiale Diagnostik und den Entscheid für oder gegen eine antibiotische Behandlung nicht notwendig. Zudem ist die Streptokokken-Angina meist spontan regredient, und die eitrigen sowie die nicht eitrigen Komplikationen (Peritonsillarabszess, akutes rheumatisches Fieber, Poststreptokokken-Glomerulonephritis) sind auch ohne die Verabreichung von Antibiotika äusserst selten.

Evidence quality (AAP): C

5. Bronchiolitis

Keine routinemässigen Thorax-Röntgenbilder bei Kindern mit Bronchiolitis [19–23].

Die Diagnose der Bronchiolitis und die Beurteilung des Schweregrads basieren auf Anamnese und klinischer Untersuchung. Das Thorax-Röntgenbild trägt nicht zu einer Verbesserung der Behandlung bei. Vielmehr führen Thorax-Röntgenbilder bei typischer Bronchiolitis neben der unnötigen Strahlenbelastung vermehrt zu inkorrekten Diagnosen einer bakteriellen

Pneumonie und zu unnötiger antibiotischer Therapie.

Evidence quality (AAP): A

Korrespondenz

sekretariat[at]paediatrieschweiz.ch
lars.clarfeld[at]sgaim.ch



Literatur

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

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 diarrheic 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 (2x 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

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.

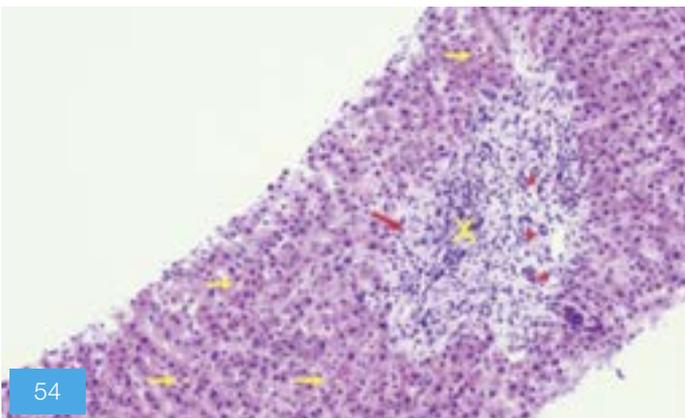


50

Die nicht expandierbare Lunge

Wenig bekannt Die «unexpandable lung», also nicht expandierbare Lunge, ist eine Komplikation chronischer Pleuraergüsse. Anhand einer Übersicht über die aktuelle Fachliteratur soll dieser Artikel die Grundlagen des diagnostischen und therapeutischen Managements dieser Pathologie zusammenfassen.

Maude Carballares, Philippe Dumont, Philipp Suter

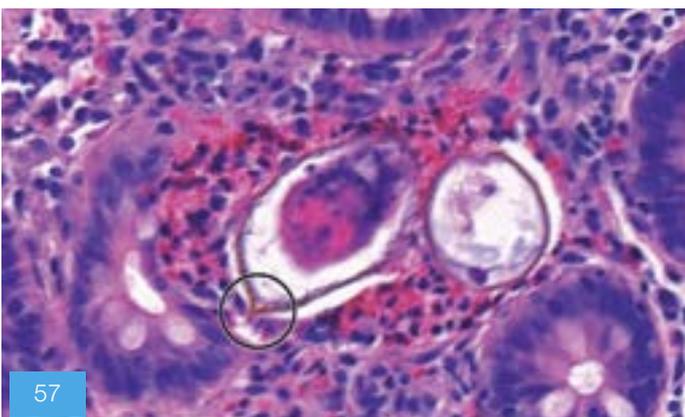


54

Ein besonders besorgniserregender Ikterus

Schmerzlose Hepatomegalie Ein 69-jähriger wird von seinem Hausarzt überwiesen, weil er seit zehn Tagen an einem Ikterus leidet und innert zweier Monate 10 kg (oder 12% seines Körpergewichts) verloren hat. Er hat keine Bauchschmerzen und kein Fieber, berichtet aber über hellen Stuhl, dunklen Urin und Nachtschweiss.

Virgile Zimmermann, Pierre-Alexandre Bart et al.



57

Die intestinale Schistosomiasis

Vernachlässigte Tropenkrankheit Ein 22-jähriger, aus Eritrea stammender Patient stellte sich in der Hausarztpraxis vor. Der Grund war ein seit zwei Monaten persistierender Leistungsknick mit abendlichen krampfartigen Schmerzen im mittleren Bauch im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme (Schwarztee, Rotwein, Bier, Milch). Die Schmerzen würden etwa ein bis zwei Stunden andauern und nach dem Stuhlabgang verschwinden.

Ioana A. Foege, Nils Ruckstuhl et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Krebsfrüherkennung

Lebensverlängerndes Screening?

Die Krebsfrüherkennung soll unser Leben verlängern. Tut sie dies wirklich? In einer grossen Metaanalyse (18 randomisierte Studien: Screening versus Non-Screening, 2,1 Millionen Personen) war nur die Sigmoidoskopie zur Erkennung des Kolonkarzinoms für lediglich drei Monate lebensverlängernd [1]. Nicht verlängernd waren Mammographie, Prostata-spezifisches Antigen und Lungenkrebs-Screening mit Computertomographie. Nicht unerwartet kamen lebhaftere Reaktionen. Ein Leserbrief [2] zeigt die Resultate aus einem anderem Blickwinkel: Unsere +3,5 Lebensjahre in den letzten 25 Jahren beruhen auf der Summe von zahlreichen medizinischen Innovationen, deren Einzelbeitrag zum Leben aber auch nur Wochen bis Monate beträgt. Viele kleine Schritte sind ein grosser ... Screening nicht aufgeben!

1 JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3798.

2 JAMA Intern Med. 2024, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.7076.

Verfasst am 4.1.2024_MK

Akuttherapie der Migräne

Welche Substanzklasse wirkt am besten?

In dieser «Real World»-Studie wurden die Handy-basierten Kopfschmerz-Tagebücher von >250 000 Personen mit Migräneleiden und >3 Millionen Attacken analysiert. Welche Medikamentenklasse hat bei der Akuttherapie einer Migräne die beste Wirksamkeit? 66% der Patientinnen und Patienten benutzten bei akuter Attacke nur eine Substanz, 23% gleichzeitig zwei und 7% drei. Am besten wirkten Triptane, gefolgt von Ergotaminen (in der Schweiz aktuell nicht erhältlich), Opioiden und nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR). Antiemetika waren meist hilfreich. Unter den Triptanen schnitt Eletriptan am besten ab. Paracetamol wirkte am schlechtesten. Zur Therapie einer akuten Migräne sind Triptane als erste Wahl zu empfehlen.

Neurology. 2023, doi.org/10.1212/WNL.0000000000207964.

Verfasst am 4.1.2024_MK

Klinik-Forschung

Doppelrolle am Aussterben

Vor 40 Jahren haben unsere Vorbilder die 3-fache Arztrolle in Klinik, Lehre und Forschung noch vorgelebt. Die kompetitive Forschung forderte immer mehr Fokus und Zeit, sodass klinische Kompetenz und Lehre zweitrangig wurden. In einer Stellungnahme bedauert O'Rahilly, dass die Doppelrolle Klinik/Forschung am Aussterben und damit die Interaktion Forschende / in Klinik Tätige gefährdet ist [1]. Wissenschaftliche Neugier ist in der klinischen Tätigkeit wertvoll und bereichernd. Umgekehrt ist klinisch-praktisches Verstehen in Forschungszentren sehr gefragt. Nur noch 1,5% der biomedizinischen Forschenden sind Ärztinnen und Ärzte [2]. O'Rahilly ist vom wertvollen Beitrag der in Klinik und Forschung tätigen Arztpersonen für die Medizin überzeugt und fordert weniger Barrieren, um die Doppelrolle zu ermöglichen.

1 Nat Med. 2023, doi.org/10.1038/s41591-023-02626-8.

2 JAMA Netw Open. 2023, doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.32982.

Verfasst am 5.1.2024_MK

CME

Therapieresistente Hypertonie

- Meist kann eine Hypertonie mit Renin-Angiotensin-System-Hemmer + Kalziumantagonist + Thiaziddiuretikum kontrolliert werden. Wenn in der Sprechstunde der Blutdruck mit zwei Antihypertensiva + Diuretikum dennoch >140/90 mmHg beträgt, liegt eine *therapieresistente* arterielle Hypertonie vor.
- Als Untergruppe davon wird die *therapieresistente* Hypertonie unterschieden, bei der trotz fünf Antihypertensiva noch erhöhte Werte gemessen werden.
- Die Häufigkeit einer *therapieresistenten* Hypertonie ist <15%, davon liegt bei <10% die *therapieresistente* Untergruppe vor.

- Ist eine Hypertonie resistent, muss vor Erweiterung der Therapie sichergestellt werden, dass keine Pseudoresistenz besteht (meist >50%!): 1. korrektes Messen: 5 Minuten Ruhe, richtige Cuff-Grösse, nicht reden, Handy ausgeschaltet, leere Blase, 30 Minuten zuvor kein Kaffee, Rauchen oder Sport; 2. Medikamentendosis zu tief: Dosis maximieren; 3. Weisskittel-Effekt durch Selbstmessungen vermeiden; 4. Adhärenz sicherstellen – wird von den Ärztinnen und Ärzten unterschätzt! Verbesserung durch Pillenzählen, Pillenbox.
- Pathophysiologisch spielen bei der Resistenz ein Salz-(Natrium-)Überschuss, eine Volumenüberladung oder/und ein Hyperaldosteronismus eine Rolle.
- Zusätzlich zur bestehenden Therapie sind Salzrestriktion und eine medikamentöse

- Aldosteronblockade (Spironolacton, Eplerenon, Finerenon) erfolgreich.
- Spironolacton ist am wirksamsten. Die Halbwertszeit von Spironolacton beträgt >24, diejenige von Eplerenon 4–6 und die von Finerenon 2–3 Stunden. Hyperkaliämie ist die häufigste und wichtigste Nebenwirkung.
- Sind diese Blocker nicht wirksam, ist die medikamentöse Suppression des sympathischen Nervensystems (α - α/β -Blockade) indiziert.

Am J Med. 2024, doi.org/10.1016/j.amjmed.2023.09.015. Verfasst am 31.12.23_MK

Harnsäuresenkende Therapie bei Gicht

Mit oder ohne Anfallsprophylaxe?

Die medikamentöse Therapie der Gicht zielt im Akut-Setting auf eine Reduktion von Entzündung und Schmerz. Eine Senkung der Serumharnsäure soll im Langzeitverlauf zudem die Frequenz von Gichtschüben vermindern. Die harnsäuresenkende Therapie («urate lowering therapy» [ULT]) erfolgt in der Regel mit Allopurinol, empfohlen wird ein niedrigdosierter Start mit 50–100 mg/d und monatlicher Dosissteigerung bis zum Erreichen des Zielwertes (Serumharnsäure <360 µmol/l). Der Beginn einer ULT geht allerdings mit einem erhöhten Risiko für einen Gichtschub einher. Zwei aktuelle Studien haben diese Problematik untersucht:

In einer randomisiert kontrollierten Studie wurde bei 2 × 100 Gichterkrankten eine ULT mit Allopurinol nach obigem Schema begonnen [1]. Die Therapiegruppe erhielt Colchicin (0,5 mg/d für sechs Monate), die andere Gruppe Placebo. Unter Placebo kam es im Mittel zu 0,61 Gichtschüben pro Monat, unter Colchicin zu 0,35. Die Noninferiorität von Placebo gegenüber Colchicin konnte damit nicht bestätigt werden. Nach Stoppen der Prävention kam es zudem zu einer Zunahme der Gichtattacken im Colchicinarm: Nach zwölf Monaten fand sich kein Unterschied mehr in der Anzahl Schübe.

Die zweite Studie war als retrospektive Beobachtungsstudie zur Inzidenz unerwünschter Wirkungen konzipiert [2]: Gichtpatientinnen und -patienten unter neu begonnener ULT wurden mit und ohne konkomitant verschriebener Anfallsprophylaxe verglichen (je 13 945 Personen mit/ohne Colchicin bzw. 25 980 mit/ohne nichtsteroidale Antirheumatika [NSAR]). Insgesamt traten unerwünschte Ereignisse unter Prophylaxe selten auf – mit Ausnahme von Diarrhoe (bei Colchicin) und pektanginösen Beschwerden (bei NSAR). Die «number needed to harm» lag bei knapp 15 für Colchicin, bei 48 für NSAR. Die Studie bestätigt damit die relative Sicherheit einer medikamentösen Gichtprophylaxe – wobei man sich bei den NSAR konkrete Angaben zum Präparat, zur Dosis und zur Dauer gewünscht hätte.

Verschiedene Guidelines empfehlen eine Prävention von Gichtattacken für mehrere Monate bei Start einer ULT – und favorisieren Colchicin als erste Wahl. Die beiden Studien stützen diese Praxis grundsätzlich.

1 Ann Rheum Dis. 2023, doi.org/10.1136/ard-2023-224731.
2 Ann Rheum Dis. 2023, doi.org/10.1136/ard-2023-224154.
Verfasst am 5.1.2024_HU

Nosokomiale Pneumonie



© Dana Rothstein / Dreamstime

Gute Mundhygiene während des Spitalaufenthalts hilft nosokomialen Pneumonien vorzubeugen – besonders bei beatmeten Patientinnen und Patienten.

Zähneputzen

«Pneumonia is a leading cause of death» meinte William Osler – der selbst an einem Epyem nach Pneumonie verstarb. Sein Zitat hat keine Aktualität eingebüsst, ganz besonders im Zusammenhang mit der im Spital erworbenen Pneumonie («hospital-acquired pneumonia» [HAP]): sie ist die häufigste nosokomiale Infektion und geht mit erhöhter Mortalität, längerem Spitalaufenthalt, vermehrter Intensivpflichtigkeit und entsprechenden Folgekosten einher.

Eine systematische Übersicht [1] hat die Datenlage zur Wirksamkeit einer simplen Intervention – Zähneputzen! – für die Prävention einer HAP untersucht. Insgesamt wurden 15 Originalarbeiten mit 10742 Patientinnen und Patienten eingeschlossen: allesamt mit randomisiert kontrolliertem Studiendesign, wobei eine effektive Verblindung aus offensichtlichen Gründen natürlich in keinem Fall erfolgen konnte. Die überwiegende Mehrheit der Studien (14/15) wurde auf Intensivstationen durchgeführt, die meisten mit ventilerten Patientinnen und Patienten (13/15). Die Zähne wurden in einer Frequenz von zwei- bis viermal täglich geputzt. Häufig kam dabei eine weiche, manuell geführte (das heisst nicht elektronische) Zahnbürste zum Einsatz.

Über die gesamte Studienpopulation war Zähneputzen mit einem deutlich tieferen Risiko für die Entwicklung einer HAP assoziiert (relative Risikoreduktion, RR 0,67) – statistisch signifikant allerdings nur in der Gruppe der mechanisch ventilerten Patientinnen und Patienten (RR 0,68 respektive 0,32 bei nicht beatmeten Personen). Es fand sich zudem eine Assoziation von Zähneputzen und tieferer Mortalität auf der Intensivstation (RR 0,81), eine kürzere Beatmungszeit (im Durchschnitt -1,24 Tage) und eine kürzere Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation (-1,78 Tage). Kein Unterschied fand sich im Einsatz von Antibiotika – vermutlich, weil die Schwerkranken auf der Intensivstation bereits anderweitige Indikationen für eine antibiotische Therapie haben. Keinen zusätzlichen Nutzen hatte das Zähneputzen, wenn es mehr als zweimal täglich durchgeführt wurde.

Diese Metaanalyse unterstreicht die Wichtigkeit einer guten Mundhygiene bei der Prävention einer nosokomialen Pneumonie. Als isolierte Massnahme aus einem ganzen Bündel an wirksamen Interventionen [2] scheint es vor allem bei ventilerten Patientinnen und Patienten von Bedeutung zu sein.

1 JAMA Intern Med. 2023, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.6638.
2 Lancet Infect Dis. 2023, doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00812-X.
Verfasst am 6.1.2024_HU

Häufig, doch wenig bekannt

Die nicht expandierbare Lunge

Die nicht expandierbare Lunge – «unexpandable lung» – ist eine Komplikation chronischer Pleuraergüsse. Anhand einer Übersicht über die aktuelle Fachliteratur soll dieser Artikel die Grundlagen des diagnostischen und therapeutischen Managements dieser Pathologie zusammenfassen.

Maude Carballeas^{a,b}, dipl. Ärztin; Dr. med. Philippe Dumont^c; Dr. med. Philipp Suter^{a,d}

^a Service de médecine interne, HFR Hôpital fribourgeois, Fribourg; ^b Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^c Service de pneumologie, HFR Hôpital fribourgeois, Fribourg; ^d Universitätsklinik für Pneumologie, Inselspital, Universitätsspital, Bern

Einführung

Thorakozentese und Pleuradrainage werden in der Allgemeinen Inneren Medizin, der Notfallmedizin, der Pneumologie und der Thoraxchirurgie regelmässig durchgeführt. Die Punktionsstechniken und die labormedizinische Auswertung waren kürzlich Gegenstand eines Artikels in dieser Zeitschrift [1]. Komplikationen werden jedoch selten beschrieben, obwohl in bis zu 6% der Fälle ein Pneumothorax jeglicher Ätiologie, in 1–2% der Fälle Blutungen und in 0,5–2,2% der Fälle Reexpansionsödeme auftreten [2–6]. Die nicht expandierbare Lunge, besser bekannt unter dem englischen Begriff «unexpandable lung», ist eine häufige und dennoch wenig bekannte Komplikation, die nach Thorakozentese bei chronischem Pleuraerguss auftritt. Wird sie nicht erkannt, kann dies zu unnötigen invasiven Verfahren, erhöhter Morbidität und höheren Kosten führen [7, 8].

Der postinterventionelle Pneumothorax ist eine gefürchtete Komplikation der Thorakozentese, die in der täglichen Praxis häufig durchgeführt wird. Die Inzidenz ist seit der systematischen Anwendung der Sonographie deutlich zurückgegangen und wird derzeit auf 0,6–3% geschätzt [4]. Heute sind drei ätiologische Mechanismen bekannt: eine Laceration der Pleura visceralis durch die Nadel, ein lokaler Riss der Pleura visceralis durch einen raschen Abfall des intrapleurales Drucks sowie ein Lufteintritt durch die Punktionsnadel [3]. Die Empfehlungen der «British Thoracic Society» (BTS) gelten als Leitfaden für die Behandlung von spontanem und postinterventionellem Pneumothorax. Wenn Symptome auftreten, kann eine Feinnadelaspiration oder eine Drainage mit hermetisch abgedichteter Kammer erfolgen. Bei asymptomatischen Patientinnen und Patienten kann eine konserva-

tive Behandlung mit Sauerstofftherapie und Röntgen-Thorax zur Kontrolle vorgezogen werden [9]. Die nicht expandierbare Lunge ist zwar eine eigene Entität, sie kann allerdings im Röntgen-Thorax nach einer Thorakozentese einen postinterventionellen Pneumothorax vortäuschen. Gemäss den BTS-Empfehlungen ist ein Röntgen-Thorax nach Thorakozentese jedoch nicht zwingend erforderlich, wenn während des Eingriffs keine besonderen Vorkommnisse auftreten [9].

Eine nicht expandierbare Lunge ist definiert als eine Pleura-Apposition von weniger als 50% der gesamten Pleurafläche [8, 10]. Diese Entität beschreibt die Unfähigkeit von Lunge und Pleura visceralis, sich bis zur Pleura parietalis und zur Brustwand auszudehnen. Schätzungen zufolge tritt diese Komplikation bei 0,62–19% der Thorakozentesen auf, abhängig von der Primärpathologie [8, 10–12]. Die Pathophysiologie der nicht expandierbaren Lunge ist komplex und lässt sich leichter verstehen, wenn man sie in zwei ätiologische Hauptgruppen unterteilt: 1. bronchiale und parenchymatöse Läsionen, zu denen die chronische Atelektase und die akute Bronchialobstruktion mit lobärem oder segmentalem Kollaps zählen, sowie 2. pleurale Läsionen. Zu letzteren gehören entzündliche Pleuraerkrankungen («lung entrapment» [LE]: durch pathologische Pleura eingengte Lunge), die in der Regel reversibel sind, sich aber zu irreversiblen, fibrotischen Pleuraerkrankungen («trapped lung» [TL]: durch chronische Atelektase eingengte Lunge) entwickeln können, wenn sie unzureichend behandelt werden (Abb. 1) [13].

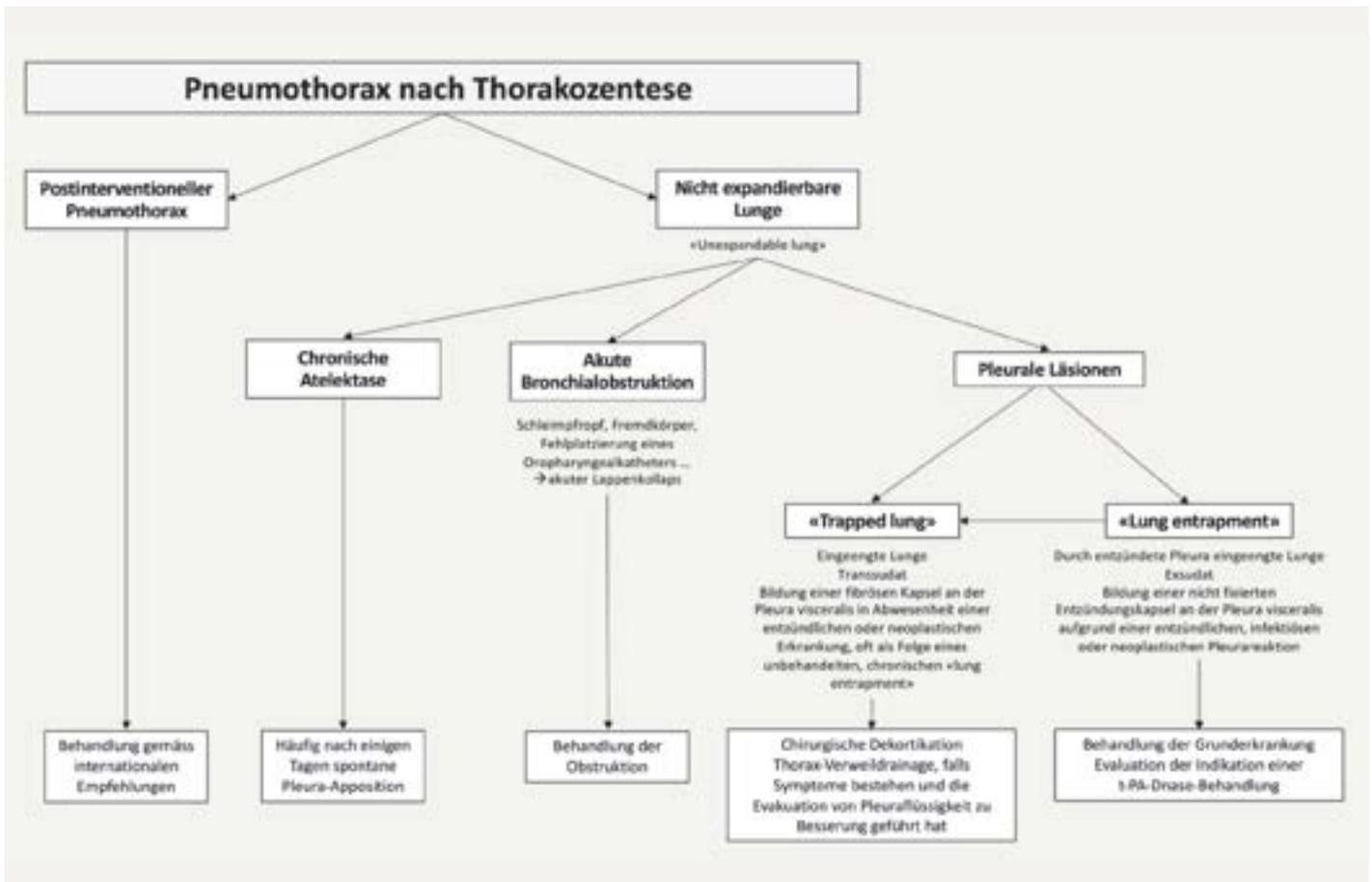
Die Fachliteratur zu diesem Krankheitsbild ist rar, was die verbreitete Unkenntnis der Entität in der Praxis erklärt. Mithilfe dieses Übersichtsartikels möchten wir eine Unterstützung für die praktische Behandlung bereitstellen.

Pathophysiologie

In allen Fällen ist die Ursache für eine nicht expandierbare Lunge infolge einer Pleuraläsion eine mechanische Restriktion mit Verdickung der Pleura. Die Pleuraläsion kann aktiv sein und mit einem – in der Regel reversiblen – Entzündungszustand einhergehen, sich aber zu einem irreversiblen fibrotischen Zustand entwickeln. Man spricht von LE, um die Entzündungsphase zu bezeichnen, die auf einen parapneumonischen, urämischen oder nach einer Thoraxoperation auftretenden, restriktiven Prozess, einen posttraumatischen Hämorthorax oder eine maligne Ursache zurückgehen kann. Die Pleuraläsion ist noch reversibel und klingt üblicherweise nach Behebung der zugrunde liegenden Primärursache ab [10]. Auch wenn der Begriff TL bisweilen fälschlicherweise als Synonym für «unexpandable lung» verwendet wird, bezieht er sich auf eine fibröse Pleura infolge einer chronisch-entzündlichen Schädigung ohne aktiven Prozess. Es handelt sich also um ein Kontinuum eines LE. Der Unterschied ist auch auf histologischer Ebene zu beobachten: Bei LE dauert die entzündliche Veränderung an, während bei TL ein fibrotischer Prozess abläuft [10].

Klinisches Bild

Die Symptomatik vor der Drainage ist wenig spezifisch. In der Fachliteratur werden einige Methoden vorgeschlagen, um die Wahrscheinlichkeit eines LE abzuschätzen. Insbesondere können die Sonographie zur Beurteilung der Pleurabeweglichkeit mittels M-Mode sowie die Messung der Gewebespannung («strain») mittels Elastographie im STI-Mode («speckle tracking imaging») hilfreich sein. Wenn die Pleurabewegung <0,8 mm und die Spannung <5% betragen, können diese Ergebnisse auf ein



© Dr. Philipp Suter

Abbildung 1: Pneumothorax nach Thorakozenese [7, 10, 29].

LE hinweisen [14]. In der Praxis ist es nach wie vor sehr schwierig, das Vorliegen eines LE vorherzusagen. Dyspnoe ist das häufigste Leitsymptom und resultiert aus einer verminderten Lungenexpansion und einem inadäquaten Verhältnis von Zwerchfelllänge zu -spannung [8]. Dieses Symptom geht indes häufig auch mit anderen Ursachen einher, besonders im Falle eines Pleuraergusses. Eine nicht expandierbare Lunge bei Pleuraläsion wird oftmals erst während oder nach einer Thorakozenese festgestellt. Daher sollte bei Symptomen wie Schmerzen in der Brust oder der homolateralen Schulter zum Zeitpunkt der Punktion oder danach der Verdacht auf eine nicht expandierbare Lunge erwogen werden. Sie werden durch den raschen Abfall des intrapleurales Drucks verursacht, sind aber ebenfalls nicht spezifisch für diese Erkrankung und können auch bei Pneumothorax, Hämorthorax, subkutanen oder subpleuralen Hämatomen und Fehlplatzierung oder Riss des Katheters oder allgemein im Zusammenhang mit der Intervention selbst auftreten (Einstich, Anästhesie, nervale Reizung der Pleura durch die Drainage) [10, 12]. Das Auftreten von Husten bei der Punktion ist im Allgemeinen auf die physiologische Reexpansion der Lunge zurückzuführen [15].

Paraklinische Untersuchungen Radiologie

Bei TL zeigt die Computertomographie eine Pleuraverdickung, die üblicherweise 3 mm nicht überschreitet [8, 16]. Der Röntgen-Thorax nach Thorakozenese ist oftmals entscheidend, da er bei nicht expandierbarer Lunge einen Hydropneumothorax erkennen lässt [17]. Die pathologische Pleura, die an Dehnbarkeit

verloren hat, lässt die Lunge nicht mehr expandieren und hinterlässt einen leeren Pleuraraum, der im Röntgen-Thorax sichtbar ist (Abb. 2).

Analyse der Pleuraflüssigkeit

Die Analyse der Pleuraflüssigkeit kann einen Hinweis auf die Ursache der Pleurarestriktion liefern. Bei LE wird ein Exsudat beobachtet, während bei TL ein pauciszelluläres Transsudat

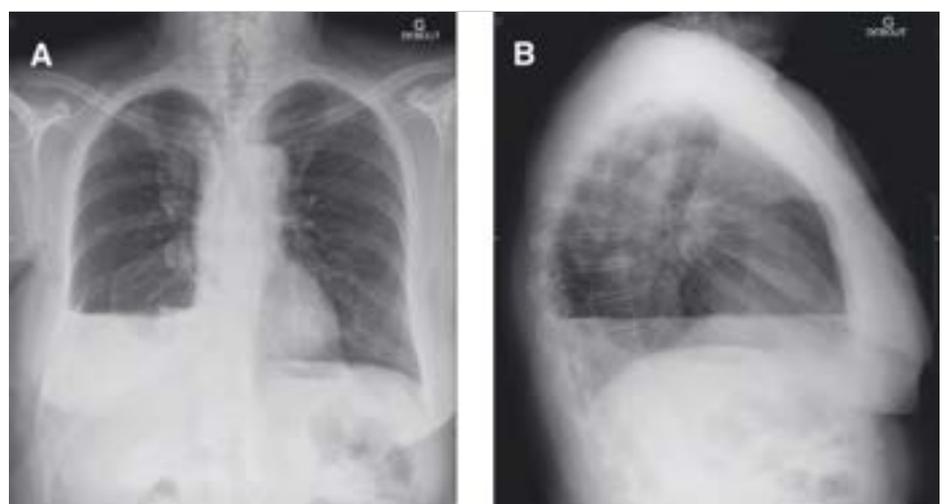


Abbildung 2: Röntgen-Thorax in anteroposteriorer (A) und seitlicher (B) Projektion: Hydropneumothorax rechts mit partieller Atelektase des Lobus medius.

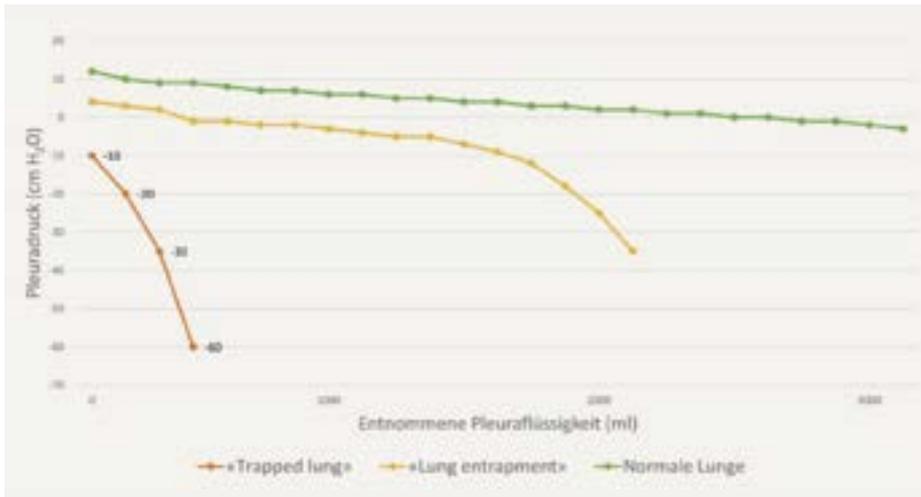


Abbildung 3: Pleuramanometrie während einer Thorakozentese.

nachgewiesen wird, wobei bisweilen auch ein Exsudat mit einer zytoalbuminären Dissoziation vorliegt [10]. Dieser Befund ist wichtig, um das therapeutische Vorgehen festzulegen.

Nutzen der Pleuramanometrie

Sowohl die Symptome als auch die Analyse der Pleuraflüssigkeit sind wenig spezifisch, um eine nicht expandierbare Lunge zu diagnostizieren. Der Nutzen der Manometrie wird derzeit diskutiert. Sie könnte es ermöglichen, die Entitäten, die eine nicht expandierbare Lunge verursachen können, während der Intervention zu unterscheiden und den therapeutischen Ansatz anzupassen [8].

Der physiologische intrapleurale Druck wird auf -3 bis -5 cm H₂O geschätzt. Bei einem Pleuraerguss steigt dieser bis zu einem positiven Wert an. Im Falle einer Thorakozentese bei einer reexpandierbaren Lunge sinkt der intrapleurale Druck allmählich auf physiologische Werte. Bei einer nicht expandierbaren Lunge ist die Elastance der Pleura erhöht und die Druck-Volumen-Kurve zeigt während der Drainage im Vergleich zu einem gesunden Menschen eher negative intrapleurale Druckwerte (Abb. 3) [3]. Bei LE ist der Druck initial positiv mit einer Kurve, die anfangs nahe der physiologischen Kurve liegt, und fällt dann schneller als normal gegen Ende des Eingriffs ab. Zu diesem Zeitpunkt der Kurvenneigung treten die typischen Symptome auf. Bei TL ist bereits der anfängliche Druck negativ und sinkt aufgrund der kaum vorhandenen Lungencompliance sofort und schnell nach dem Einführen der Nadel.

Einige Autorinnen und Autoren schlagen vor, dass man durch die routinemässige Manometrie während der Pleurapunktion die Pleura-compliance durch Interpretation der Druck-Volumen-Kurve und den Typ der nicht

expandierbaren Lunge bestimmen könnte. So wäre es möglich, eine nicht expandierbare Lunge frühzeitig zu erkennen, Beschwerden während des Verfahrens zu vermeiden, das Risiko von Komplikationen wie Reexpansionsödemem zu senken und den Erfolg der Pleurodese vorherzusagen [3, 10, 18]. Darüber hinaus könnte es die Manometrie ermöglichen, die verschiedenen Arten von Pneumothorax nach einer Punktion zu unterscheiden und die Behandlung entsprechend anzupassen. Sie wäre jedoch nutzlos, um das Auftreten von Symptomen im Zusammenhang mit der Punktion zu verhindern [19]. Ihr Nutzen in der täglichen medizinischen Praxis ist indes fraglich, da sie dem Eingriff eine zusätzliche Komplexität verleiht, um eine Diagnose festzustellen, die in der Regel durch ein Röntgen-Thorax nach Thorakozentese gestellt werden kann. Bisherige retrospektive Studien haben zudem keine Verringerung der Komplikationsraten gezeigt [18]. Darüber hinaus wird die Kontroll-Röntgenuntersuchung in den neuesten BTS-Leitlinien für Pleuraerkrankungen derzeit nicht empfohlen [20, 21]. Ihr Nutzen sollte von Fall zu Fall bei ausgewählten Patientinnen und Patienten diskutiert werden.

Therapeutischer Ansatz

«Lung entrapment»

Die Behandlung eines LE unterscheidet sich je nach Ätiologie. Die Therapie der Wahl ist die Behandlung der Primärursache in Kombination mit einer temporären Drainage, wenn die betroffene Person symptomatisch ist, entweder durch wiederholte Thorakozentese oder durch Legen einer Pleura-Verweildrainage.

Bei maligner Ursache steht die Behandlung der Neoplasie im Vordergrund. Die chemische Pleurodese (Talkum) scheint ebenso wenig wirksam wie die Behandlung mit Fibrinolytika [10, 17, 22, 23]. Sklerosierende Wirkstoffe, die

über einen Thoraxdrain verabreicht werden, setzen vor der Injektion eine mehr oder weniger vollständige Pleura-Apposition voraus [24]. Von Nutzen könnte die Pleuramanometrie sein, um die Durchführbarkeit und den Erfolg der Pleurodese im Falle einer nicht expandierbaren Lunge bei Personen mit malignem Pleuraerguss vorherzusagen. Eine hohe Pleura-Elastance gibt eher zum Legen eines Verweilkatheters Anlass, eine niedrige Pleura-Elastance hingegen zu einer chemischen Pleurodese [25, 26].

Eine intrapleurale Kombinationstherapie mit dem gewebespezifischen Plasminogenaktivator und Desoxyribonuklease (t-PA/DNase) bei parapneumonischem Erguss (in dieser Studie definiert als makroskopisch eitrige Flüssigkeit, die im Kulturnachweis oder Grampräparat positiv ist oder einen pH-Wert von weniger als 7,2 aufweist) scheint eine Pleuraläsion verhindern und bekämpfen zu können, wodurch die Notwendigkeit einer Thoraxoperation und das Fortschreiten zu TL verringert werden können [27]. Die Entscheidung über eine chirurgische Dekortikation ist individuell zu diskutieren [10].

«Trapped lung»

TL ist ein Zeichen einer chronischen Erkrankung. Die Patientinnen und Patienten sind häufig asymptomatisch, die Risiken diagnostischer und therapeutischer Eingriffe überwiegen dann den erwartbaren Nutzen. Wenn Symptome vorliegen, sollte ihre – auch nur teilweise – Linderung nach der Punktion dazu Anlass geben, das Legen einer Verweildrainage oder eine chirurgische Dekortikation zu diskutieren [10, 28] (Tab. 1).

Schlussfolgerung

Die nicht expandierbare Lunge in Form von LE ist eine Komplikation maligner oder entzündlicher Pleuraläsionen [8, 10]. In Form von TL kann diese Pathologie auch als Spätkomplikation einer chronischen Pleuraläsion auftreten. Klinische Hinweise sowie radiologische Befunde sind die Grundlage der korrekten Diagnose. Die Pleuramanometrie kann in ausgewählten Fällen diskutiert werden. Eine bessere Kenntnis dieser Entität könnte den Patientinnen und Patienten wiederholte und unnötige diagnostische und «therapeutische» Eingriffe (üblicherweise wiederholte Thorakozentese) ersparen, hohe Kosten vermeiden sowie schädlichen Auswirkungen und einer signifikanten Morbidität vorbeugen.

Perspektiven

Unsere Literaturübersicht zeigt einen Mangel an Daten zum diagnostischen und therapeuti-

Tabelle 1: Unterschiede zwischen «trapped lung» und «lung entrapment» [10]

	«Trapped lung»	«Lung entrapment»
Ätiologie	Infolge einer chronischen Pleuraentzündung (abgeklungene Pleurainfektion, Neoplasie, urämisch, Hämothorax)	Aktive Pleuraentzündung (Infektion, Neoplasie, urämisch, nach Thoraxoperation, posttraumatischer Hämothorax)
Symptome	Üblicherweise asymptomatisch	Pleuritis, Dyspnoe
Druck-Volumen-Kurve	Monophasisch, linear	Biphasisch
Initialer Pleuradruck	Negativ	Vermindert, kann positiv sein
Pleura-Elastance	>14,5 cm H ₂ O/l entnommener Pleuraflüssigkeit	Initial <14,5 cm H ₂ O/l, dann >14,5 cm H ₂ O/l nach dem Wendepunkt
Röntgen-Thorax	Keine kontralaterale Mediastinalverlagerung, Pneumothorax ex vacuo	Kontralaterale Mediastinalverlagerung möglich
Analyse der Pleuraflüssigkeit	Pauszelluläres Transsudat oder Exsudat mit zytoalbuminärer Dissoziation	Exsudat
Vorgehen	Beobachtung, falls asymptomatisch; Pleuraverweildrainage oder chirurgische Dekortikation, falls erhebliche Symptome	Behandlung der zugrunde liegenden Erkrankung Intrapleurale Kombinationstherapie t-PA/DNase bei parapneumonischem Erguss Pleuraverweildrainage, wiederholte Thorakozentese, chirurgische Dekortikation, falls Symptome andauern

t-PA/DNase: gewebespezifischer Plasminogenaktivator und Desoxyribonuklease

Aus [10]. © 2017 Asian Pacific Society of Respirology; mit freundlicher Genehmigung von John Wiley & Sons – Books, Genehmigung erteilt durch Copyright Clearance Center, Inc.

schen Ansatz bei nicht expandierbarer Lunge im Zusammenhang mit einer Pleurapathologie. Die meisten unserer Empfehlungen basieren auf retrospektiven Studien, die mit kleinen Gruppen von Patientinnen und Patienten durchgeführt wurden und deren ursprüngliches Forschungsthema nicht direkt die nicht expandierbare Lunge war. Prospektive, randomisierte Studien wären nützlich, um diesbezügliche Empfehlungen zu belegen und insbesondere den Nutzen der routinemässigen Pleuramanometrie bei der Behandlung von Pleuraergüssen zu bewerten.

Korrespondenz

Maude Carballares
Service de médecine interne
HFR Hôpital fribourgeois
Case postale
CH-1708 Fribourg
Mcarballares[at]gmail.com

Verdankung

Wir danken Dr. med. Lucien Widmer, Radiologie, HFR Freiburg – Kantonsspital, für die Unterstützung bei der Erstellung und Interpretation der Röntgenbilder.

Conflict of Interest Statement

Die Autorin und die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Das Wichtigste für die Praxis

- Die nicht expandierbare Lunge ist eine häufige Komplikation maligner oder entzündlicher Pleuraläsionen und kann akut («lung entrapment» [LE]) oder als Spätkomplikation («trapped lung» [TL]) auftreten.
- Bei LE ist die Behandlung der Primärursache in Kombination mit einer temporären Drainage die Therapie der Wahl.
- Im Falle von LE kann eine adäquate Behandlung den Übergang zu einem irreversiblen Sekundärzustand in Form von TL verhindern.
- Bei TL sind eine Verweildrainage oder eine Dekortikation zu erwägen, falls Symptome vorliegen und nach der Thorakozentese eine Linderung zu beobachten ist.



Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter:
<https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1317934072>.



Maude Carballares, dipl. Ärztin
Service de médecine interne,
HFR Hôpital fribourgeois, Fribourg

Schmerzlose Hepatomegalie

Ein besonders besorgniserregender Ikterus

Virgile Zimmermann^a, dipl. Arzt; Prof. Dr. med. Pierre-Alexandre Bart^a; Dr. med. Haithem Chtioui^b; Dr. med. François Fasquelle^c; Dr. med. Florent Artru^{d,e}

^aService de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^bService de pharmacologie clinique, CHUV, Lausanne; ^cInstitut universitaire de pathologie, CHUV, Lausanne; ^dService de gastroentérologie et d'hépatologie, CHUV, Lausanne; ^eInstitute of Liver Studies, King's College Hospital, London, UK

Fallbeschreibung

Ein 69-jähriger wird von seinem Hausarzt überwiesen, weil er seit zehn Tagen an einem Ikterus leidet und innert zweier Monate 10 kg (12% seines Körpergewichts) verloren hat. Er hat keine Bauchschmerzen und kein Fieber, berichtet aber über hellen Stuhl, dunklen Urin und Nachtschweiss.

Der Patient ist nicht kürzlich verreist, gibt in der Anamnese keine Hinweise auf Infektionen und kein Risikoverhalten an und konsumiert gelegentlich Alkohol.

Bei der Befragung erklärt er, dass er eine Woche lang Paracetamol in einer Dosierung von 2–3 g/Tag als Schmerzmittel (Gelenkschmerzen) eingenommen habe. Er habe zusätzlich keine neue Wirkstoffe, auch keine Phytotherapien oder magistrale Zubereitungen, verwendet.

Der Patient hat vor zehn Jahren einen Aortenklappenersatz erhalten, steht unter wirksamer Antikoagulation (Acenocoumarol) und leidet an Vorhofflimmern, das mit Metoprolol (50 mg/Tag) behandelt wird. Da er Amiodaron schlecht vertragen haben soll (Unwohlsein und Brustschmerzen), erhält er seit zwei Monaten Propafenon (150 mg/Tag). Der Patient leidet an Schlafstörungen, die mit Trazodon (192 mg/Tag) behandelt werden, sowie an einer Hypercholesterinämie, gegen die er Atorvastatin (40 mg/Tag) einnimmt.

Der Hausarzt hat eine Laboruntersuchung veranlasst, laut der der Wert der Transaminasen das Zweifache des Normwerts (vor allem der Aspartat-Aminotransferase [ASAT]) beträgt und eine Cholestase besteht; γ -GT und die alkalische Phosphatase (AP) sind auf das Vierfache des Normwerts erhöht. Das Gesamtbilirubin wurde nicht bestimmt. Ein Jahr zuvor waren die Leberwerte normal. Vor der Hospitalisierung wurde eine Leberultrasonographie durchgeführt, die eine Erweiterung der intra-

und extrahepatischen Gallenwege zeigte. Bei der klinischen Untersuchung sind eine Hepatomegalie ohne Bauchschmerzen und ein Ikterus an Haut und Schleimhäuten zu beobachten. Der Laborbefund bestätigt die Cholestase und ergibt eine Bilirubinämie von 321 μ mol/l, verbunden mit erhöhten Entzündungswerten (C-reaktives Protein [CRP] 81 mg/l) und einem Quick-Wert von 9% (INR 5,76).

Frage 1

Welche klinischen und labormedizinischen Faktoren müssen beachtet und gemessen werden, um zur Diagnosestellung beizutragen?

- Anzeichen von hepatischer Enzephalopathie
- Faktor V
- Andere Anzeichen chronischer Lebererkrankung
- Anzeichen von Malnutrition
- Alle Antwortmöglichkeiten sind richtig

Die hepatische Enzephalopathie ist ein Kriterium für den Schweregrad einer akuten Hepatitis. Daher ist auf entsprechende klinische Anzeichen zu achten, dazu gehören beispielsweise eine Umkehr des Schlaf-Wach-Rhythmus, die psychomotorische Verlangsamung, Asterixis. In unserem Fall weist der Patient keines dieser Anzeichen auf. Die Faktor-V-Bestimmung ist wichtig, um die hepatische Synthesekapazität bei einem Patienten zu beurteilen, der mit Acenocoumarol behandelt wird, weshalb der Quick-Wert nicht interpretierbar ist. Die Faktor-V-Aktivität ist bei unserem Patienten normal (100%). Im Falle akuter Leberschädigung ist das Vorhandensein einer chronischen Lebererkrankung mit einer schlechteren Prognose verbunden, weshalb nach klinischen Anzeichen gesucht werden sollte, die darauf hindeuten. Dazu zählen ein Naevus stellatus, ein Palmarerythem, eine Gynäkomastie, ein Aszites usw. Keines dieser Anzeichen ist bei

dem Patienten festzustellen. Auch eine Protein-Energie-Malnutrition steht mit der Prognose akuter und chronischer Lebererkrankungen im Zusammenhang, weshalb es wichtig ist, darauf zu achten.

Frage 2

Welche Diagnose ist angesichts der bisher bekannten Faktoren am wahrscheinlichsten?

- Primärer oder sekundärer maligner Lebertumor
- Bakterielle Cholangitis obstruktiven Ursprungs
- Akute cholestatische Hepatitis medikamentösen Ursprungs
- Akute cholestatische Hepatitis viralen Ursprungs
- Akute alkoholische Hepatitis

Angesichts eines Ikterus mit nicht schmerzhafter Hepatomegalie und paraneoplastischen Symptomen (Gewichtsverlust, Nachtschweiss) scheint eine primäre oder sekundäre neoplastische Lebererkrankung als Ursache am wahrscheinlichsten. Eine bakterielle Cholangitis kann nicht ausgeschlossen werden, allerdings fehlen Fieber und Schmerzen, um die Charcot-Trias zu vervollständigen.

Eine medikamentös induzierte Hepatitis ist möglich, das Fehlen einer vor allem hepatocellulären Schädigung und das hauptsächlich cholestatische Bild schliessen jedoch eine toxische Hepatitis durch Paracetamol, die typischerweise zytolytisch ist, a priori aus. Zur Erinnerung: Eine zytolytische Hepatitis ist definiert durch das Verhältnis von Alanin-Aminotransferase (ALAT) und AP, also durch einen ALAT-AP-Quotienten von >5 (wobei ALAT und AP als Anzahl der Male des Normalwerts ausgedrückt sind), während eine cholestatische Hepatitis durch einen ALAT-AP-Quotienten von <2 (idem) gekennzeichnet ist. Liegt das Verhältnis zwischen 2 und 5, wird

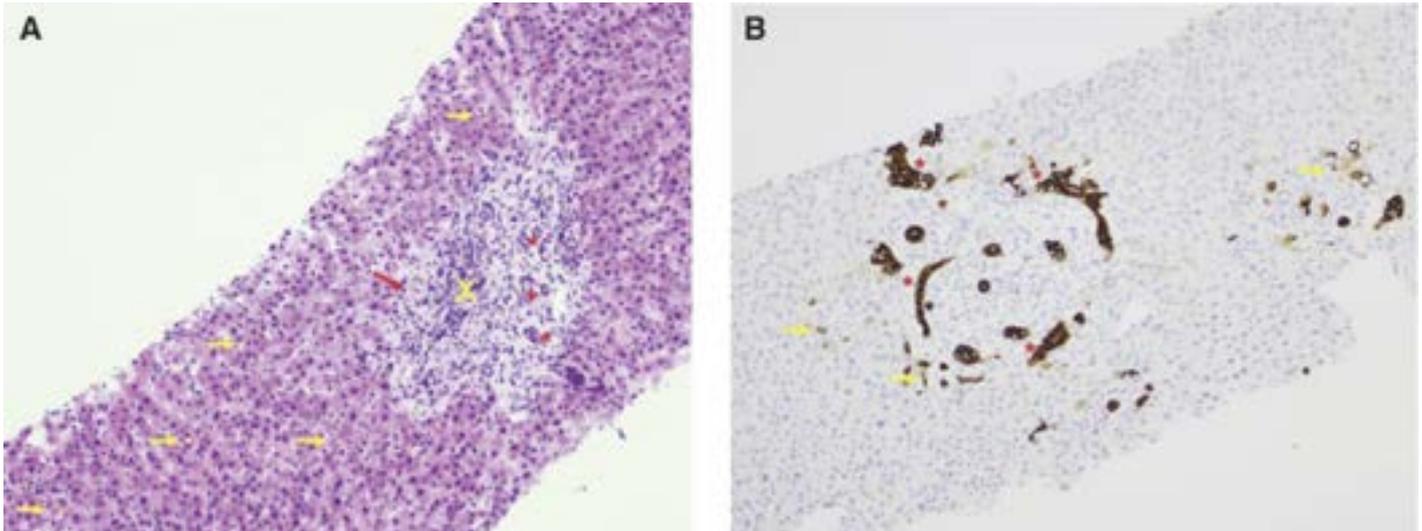


Abbildung 1: Leberbiopsie. **A)** Hämatoxylin-Eosin-Färbung (HE), Vergrößerung $\times 10$; *gelbe Pfeile:* intrakanalikuläre und intrahepatozytäre Bilirubinostase; *roter Pfeil:* Grenzflächenhepatitis; *rote Sternchen:* dukuläre Reaktion; *gelbes X:* entzündetes Periportalfeld. **B)** Zytokeratin-7-Immunmarkierung, Vergrößerung $\times 10$; *rote Sternchen:* dukuläre Reaktion; *gelbe Pfeile:* biliäre Metaplasie von Hepatozyten.

die Hepatitis als gemischt (zytolytisch und cholestatisch) bezeichnet.

Der andere kürzlich eingeführte Wirkstoff ist Propafenon. Laut LiverTox®-Register geht Propafenon selten (in weniger als 1%) mit einer Hepatotoxizität einher, die innert 2–8 Wochen nach Behandlungsbeginn auftritt [1]. Eine Lebertoxizität ist bei den übrigen vom Patienten angewandten Wirkstoffen (Trazodon, Atorvastatin, Acenocoumarol) zwar dokumentiert, sie wird allerdings weniger häufig beschrieben. Angesichts der guten Verträglichkeit dieser seit längerer Zeit verabreichten Arzneistoffe scheint es zunächst weniger wahrscheinlich, dass sie die Ursache sind.

Die Wahrscheinlichkeit einer viralen Hepatitis ist gering, da keine Ansteckung und kein Risikoverhalten bekannt sind, auch wenn insbesondere Hepatitis A und Hepatitis E nicht ausgeschlossen werden können. Darüber hinaus gibt der Patient keinen übermässigen Alkoholkonsum an, was die Hypothese einer akuten alkoholischen Hepatitis unwahrscheinlich macht.

Frage 3

Welche dieser weiteren Interventionen und Untersuchungen ist im vorgestellten Fall nicht gerechtfertigt?

- Absetzen aller potentiell hepatotoxischen Wirkstoffe
- Laborbefund zur ätiologischen Abklärung akuter und chronischer Lebererkrankungen
- Suche nach einem Hindernis in den Gallenwegen mittels diagnostischer endoskopischer retrograder Cholangiopankreatikographie (ERCP)
- Suche nach einem Hindernis in den Gallenwegen oder einer Leberläsion mittels Magnetresonanztomographie (MRT) der Gallenwege und Leber

e) Leberbiopsie, falls kein Hindernis in den Gallenwegen

Auch wenn eine medikamentöse Ursache weiterhin eine Ausschlussdiagnose ist, wird bei akuter Hepatitis stets das Absetzen potentiell hepatotoxischer Wirkstoffe empfohlen [2]. In unserem Fall werden Propafenon, Trazodon und Atorvastatin abgesetzt. Acenocoumarol wird auf Heparin umgestellt. Bei einer akuten ikterischen Hepatitis sollte systematisch auf akute und chronische Lebererkrankungen untersucht werden, insbesondere zum Nachweis einer viralen oder autoimmunen Ätiologie.

Die ERCP wird nicht mehr als diagnostische Massnahme empfohlen, da die Nutzen-Risiko-Abwägung bei dieser Indikation zuungunsten dieses Verfahrens ausfällt [3]. Sie sollte lediglich zu therapeutischen Zwecken nach entsprechender diagnostischer Abklärung (am besten mittels Endosonographie oder Cholangio-MRT) erfolgen. Die Cholangio-MRT ist die nichtinvasive Untersuchung der Wahl, mit der die gesamten Gallen- und Pankreasgänge mit guter Sensitivität (87%) und ausgezeichneter Spezifität (92%) dargestellt werden können [3]. Sie wird mit einer Leber-MRT kombiniert, die eine feine Untersuchung des Leberparenchyms ermöglicht. Die Alternative ist die Endosonographie, die eine höhere Sensitivität aufweist, aber invasiver ist. Eine Leberbiopsie ist bei cholestatischer Hepatitis ohne Dilatation der Gallenwege angezeigt, um den histologischen Zustand genauer zu beurteilen.

In unserem Fall können nach Durchführung einer Cholangio-MRT mit Leber-MRT eine Dilatation der Gallenwege, ein Hindernis in den Gallenwegen und eine maligne Leber-

läsion ausgeschlossen werden. Die Leber ist ansonsten homogen und nicht dysmorph. Wir veranlassen eine Leberbiopsie (Abb. 1). Sie zeigt ein Leberparenchym mit normaler Architektur und ohne zugrunde liegende Lebererkrankung (keine Fibrose und Steatose). In den Portalen bestehen eine portale Entzündung mit einem Infiltrat aus Lymphozyten, neutrophilen und eosinophilen Polynukleären sowie Cholangitis-Läsionen mit periportal-dukulärer Reaktion. Die portale Entzündung geht mit einer entzündlichen Schädigung der Grenzfläche und des Lobulus sowie einer ausgeprägten intrakanalikulären und intrahepatozytären Bilirubinostase einher. Die Zytokeratin-7-Immunmarkierung unterstreicht die dukuläre Reaktion und markiert auf abnormale Weise Hepatozyten, die einen biliären Phänotyp annehmen, was auf eine anhaltende Cholestase hindeutet. Dieses morphologische und immunhistochemische Bild lässt den Schluss zu, dass es sich um eine unspezifische cholestatische Hepatitis handelt, die in dieser Situation mit einem medikamentösen Ursprung vereinbar ist.

Folglich diagnostizieren wir eine durch Propafenon induzierte cholestatische Hepatitis.

Frage 4

Welche Aussage über den Verlauf der medikamentös induzierten, cholestatischen Hepatitis ist nicht korrekt?

- Die medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis kann mit Pruritus einhergehen.
- Die medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis kann sich zu einer Duktopenie entwickeln.
- Die medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis kann sich zu einer sekundär biliären Zirrhose entwickeln.

Was ist Ihre Diagnose?

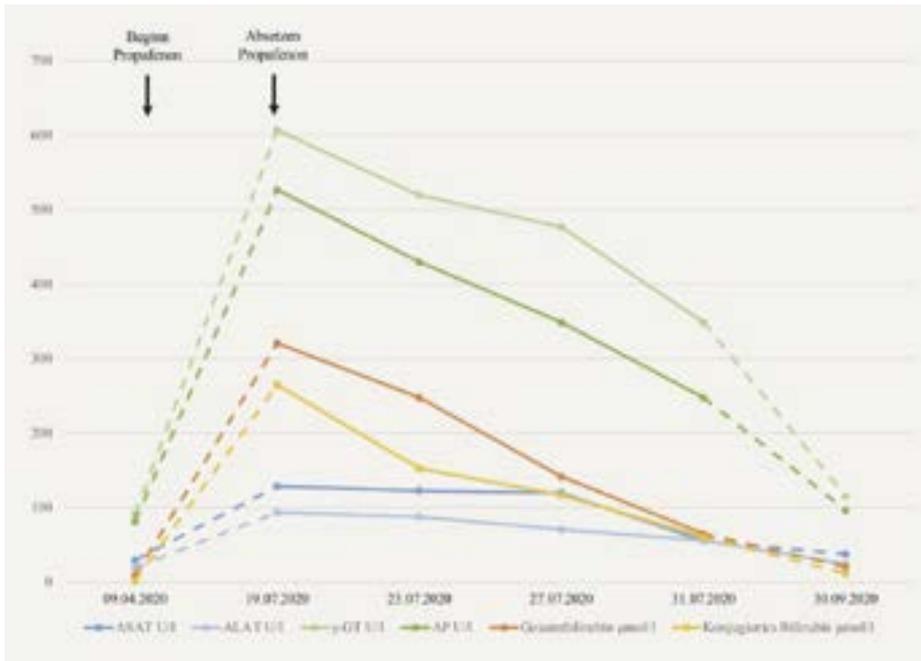


Abbildung 2: Schematische Darstellung der Entwicklung der Leberwerte nach Beginn und nach Absetzung der Behandlung mit Propafenon.

ASAT: Aspartat-Aminotransferase; ALAT: Alanin-Aminotransferase; γ-GT: γ-Glutamyltransferase; AP: alkalische Phosphatase.

- d) Die medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis ist eine Kontraindikation für eine Lebertransplantation.
- e) Die medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis kann bei erneuter Wirkstoffexposition rezidivieren.

Eine medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis kann mit einem bisweilen schwer zu behandelnden Pruritus einhergehen, dessen Mechanismus komplex ist und teilweise ungeklärt bleibt [4, 5]. Der Pruritus kann zudem im Vordergrund des klinischen Bildes stehen und der Grund für die Konsultation sein. Eine Duktopenie, die durch eine Reduktion oder das Verschwinden der Gallenwege in mehr als 50% der Periportalfelder gekennzeichnet ist, ist ein Schweregradkriterium und ein Hinweis auf die Irreversibilität der Leberschädigung. Diese kann sich zu einer sekundär biliären Zirrhose entwickeln, die bisweilen eine Lebertransplantation erforderlich macht. Eine cholestatische Hepatitis kann bei erneuter Wirkstoffexposition rezidivieren. Aufgrund des genannten potentiell schweren Verlaufs muss Propafenon daher endgültig vermieden werden.

Diskussion

Im vorgestellten Fall weist die Cholestase in Verbindung mit einer Hyperbilirubinämie angesichts von Gewichtsverlust, Nachtschweiss und fehlendem Fieber auf eine obstruktive neoplastische Ursache hin. Auch eine nicht tumorbedingte obstruktive Ursache kommt

infrage. Die Bestimmung der antimitochondrialen Antikörper zum Nachweis einer primär biliären Zirrhose ist bei der Cholestase-Befundung von Interesse, wenn kein Hindernis in den Gallenwegen vorliegt. In unserem Fall wird nach umfassender Untersuchung, die durch eine Leberbiopsie ergänzt wird, eine akute medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis diagnostiziert, wobei als Auslöser vor allem Propafenon, ein Antiarrhythmikum der Klasse Ic, infrage kommt.

Eine akute cholestatische Hepatitis kann sich also ungünstig zu einer sekundär biliären Zirrhose entwickeln. Es ist zu beachten, dass sich ein refraktärer Pruritus entwickeln kann, der die Lebensqualität beeinträchtigt und bereits eine Indikation für eine Lebertransplantation sein kann. Die symptomatische Behandlung von refraktärem Pruritus ist standardisiert und besteht in der Regel aus einer sequentiellen Therapie mit Colestyramin, Rifampicin, Naltrexon und Sertralin [3].

Unter den Wirkstoffen, die häufig für eine medikamentös induzierte, cholestatische Hepatitis verantwortlich sind, sollte auch die Clavulansäure genannt werden, die etwa in Augmentin® enthalten ist. Die Internistinnen und Internisten sollten auf die Existenz des hochwertigen, online verfügbaren, kostenlosen und ständig aktualisierten LiverTox®-Registers hingewiesen werden, das es ermöglicht, sich vor und nach der Exposition über das Risiko und die Mechanismen der Lebertoxizität von Arzneimitteln zu informieren. Der Mechanismus, der an der Hepatotoxizität von Propafenon beteiligt

ist, ist noch nicht geklärt, könnte aber idiosynkratisch sein. In einigen Artikeln wurde auch die Hypothese aufgestellt, dass es sich um einen toxischen Metaboliten handelt. Immunoallergische oder autoimmune Eigenschaften sind bei Propafenon nicht üblich, wurden aber selten in einigen Publikationen gemeldet [1]. Der Verlauf nach Absetzen der Behandlung wird als günstig beschrieben, wobei in einem Zeitraum von 1–3 Monaten die Hepatitis abklingt.

Nach Absetzen der Behandlung zeigt unser Patient eine günstige klinische Entwicklung, parallel normalisieren sich die Leberwerte vollständig (Abb. 2).

Es gilt zu beachten, dass die Behandlung mit Trazodon und Atorvastatin nicht wieder aufgenommen wird und die beiden Wirkstoffe darum als Ursache nicht endgültig ausgeschlossen werden können. Dies verdeutlicht die Schwierigkeit, im Falle einer Kombinationstherapie einen einzigen Wirkstoff als Ursache zu identifizieren.

Antworten

Frage 1: e. Frage 2: a. Frage 3: c. Frage 4: d.

Korrespondenz

Dr méd. Florent Artru
Service de gastroentérologie et d'hépatologie
Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
Rue du Bugnon 44
CH-1005 Lausanne
florent.artru[at]chuv.ch

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

HC ist Mitglied des Vorstands der Schweizerischen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Toxikologie (SGKPT). Die übrigen Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Propafenone. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury, Bethesda (MD): National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. 2012.
- 2 Andrade RJ, Aithal GP, Björnsson ES, Kaplowitz N, Kullak-Ublick GA, Larrey D, et al. EASL Clinical Practice Guidelines: Drug-induced liver injury. *J Hepatol.* 2019;70(6):1222-61.
- 3 European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines: management of cholestatic liver diseases. *J Hepatol.* 2009;51:237–67.
- 4 Bolier R, Oude Elferink RPJ, Beuers U. Advances in pathogenesis and treatment of pruritus. *Clin Liver Dis.* 2013;17:319–29.
- 5 Kremer AE, Beuers U, Oude-Elferink RPJ, Pust T. Pathogenesis and treatment of pruritus in cholestasis. *Drugs.* 2008;68:2163–82.



Virgile Zimmermann, dipl. Arzt
Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Vernachlässigte Tropenkrankheit

Die intestinale Schistosomiasis

Dr. med. univ. (RO) Ioana A. Foage^a; Dr. med. Nils Ruckstuhl^b; Dr. med. Rainer Kaaden^c; Dr. med. Michael B. Schmid^d;PD Dr. med. Frank Boxberger^{b,c}^aKlinik für Allgemeine Innere Medizin / Hausarztmedizin und Notfallmedizin, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^bKlinik für Innere Medizin, Spital Linth, Uznach;^cGastroenterologie, Klinik für Innere Medizin, Spital Linth, Uznach; ^dInstitut für Pathologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Hintergrund

Bauchschmerzen sind eine der häufigsten Beschwerden in der Hausarztpraxis. Die Trias aus abdominellen Beschwerden, dünnem Stuhl und Müdigkeit findet sich bei zahlreichen Differentialdiagnosen, die das ganze Spektrum von organischen bis funktionellen Leiden abdecken. Die Angaben in der Anamnese können manchmal irreführend sein.

Fallbericht

Anamnese

Ein 22-jähriger, aus Eritrea stammender Patient, der seit Längerem in der Schweiz lebte, stellte sich in der Hausarztpraxis vor. Der Grund war ein seit zwei Monaten persistierender Leistungsknick mit abendlichen krampfartigen Schmerzen im mittleren Bauch im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme (Schwarztee, Rotwein, Bier, Milch). Die Schmerzen würden etwa ein bis zwei Stunden andauern, manchmal von dünnen Stühlen begleitet sein und nach dem Stuhlgang verschwinden. Probleme beim Wasserlassen wurden verneint. Es wurde probatorisch mit einem Protonenpumpenhemmer begonnen. Zusätzlich erhielt der Patient Metamizol bei Bedarf.

Status und Befunde

Klinisch zeigte sich der Patient in einem guten Allgemeinzustand. Die körperliche Untersuchung brachte keinen wegweisenden Befund. Im Routinelabor fanden sich bis auf eine grenzwertige Hyperglykämie keine anderen Auffälligkeiten. Aufgrund der persistierenden abdominellen Beschwerden, ohne wesentliche Besserung auf Protonenpumpenhemmer, erfolgte unter dem initialen Verdacht auf eine Nahrungsmittelunverträglichkeit die Überweisung auf eine gastroenterologische Abteilung. Im Rahmen der durchgeführten Ösophago-

Gastro-Duodenoskopie konnte eine Laktoseintoleranz ausgeschlossen werden. Es gab keine Hinweise auf eine Zöliakie, einen Morbus Whipple oder eine Lambliasis. In der Ileo-Koloskopie fanden sich im terminalen Ileum und im Zökumbereich kleine, punktförmige Entzündungsläsionen (Abb. 1).

Diagnose

In der histologischen Untersuchung zeigten sich in den Biopsien aus dem Zökum und in den Kolonstufenbiopsien eine akute Entzündung mit Vermehrung der eosinophilen Granulo-



Abbildung 1: Koloskopie. Entzündliche Veränderungen und Hyperämie in Zökum (A) und terminalem Ileum (B).

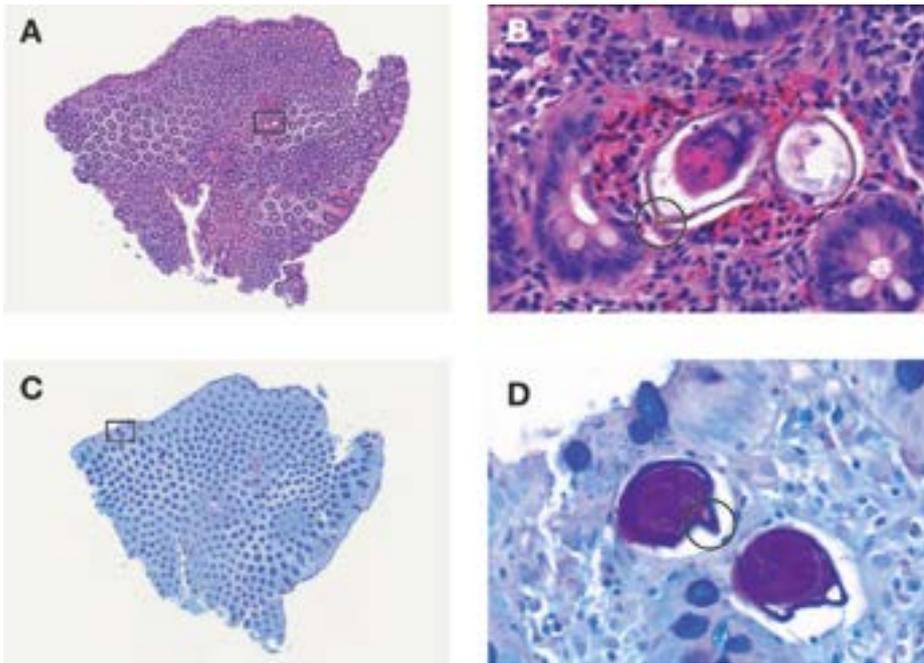


Abbildung 2: Histologische Schnittbildgebung der Kolonstufenbiopsien; Hämatoxylin-Eosin-(HE-) Färbung in 25-facher (A) und 400-facher (B) Vergrößerung; Alcianblau-Periodic-Acid-Schiff-(PAS-) Färbung in 25-facher (C) und 400-facher (D) Vergrößerung. Nachweis von bis zu 150 µm grossen parasitären Organismen, vereinbar mit *Schistosoma*-Eiern (B, D), und begleitender Gewebeseosinophilie (B).

zyten sowie in die Schleimhaut eingelagerte, bis 150 µm grosse, parasitäre Organismen, vereinbar mit *Schistosoma*-Eiern (Abb. 2).

In den Magenbiopsien fand sich eine begleitende, mässig ausgeprägte, chronisch-aktive *Helicobacter-pylori*-Gastritis (Typ-B-Gastritis), die Duodenalbiopsien ergaben keinen pathologischen Befund. Weder im Magen noch im Duodenum liessen sich Parasiten (weitere Schistosomen, Lamblien) nachweisen. Anhaltspunkte für eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung ergaben sich nicht.

Zudem wurden in einer Stuhlprobe Eier von *Schistosoma mansoni* gesehen. Eine Untersuchung mittels «enzyme linked immunosorbent assay» (ELISA) ergab keinen eindeutigen Hinweis auf *Schistosoma mansoni* (*Schistosoma*-Immunglobulin[Ig]G-Antikörper: 2 AE; Referenz: 1–19 AE). Der «immunofluorescence antibody test» (IFAT) erbrachte den serologischen Hinweis auf eine Schistosomiasis (*Schistosoma*-IgG-Antikörper-Titer: 1:1280; Referenz: <1:20). Somit konnte die Diagnose einer intestinalen Schistosomiasis gesichert werden.

Therapie und Verlauf

Gemäss Schweizerischer Gesellschaft für Tropenmedizin wurden vor Beginn der Medikation, zur Quantifizierung des Infektionsausmasses, eine abdomensonographische Untersuchung sowie eine Urinuntersuchung veranlasst. Diese zeigten sich unauffällig. Eine Zystizerkose wurde ausgeschlossen (*Taenia-solium*-Serologie: negativ). Im Differentialblutbild waren die Eosino-

philen normwertig (0,37 G/l). Unter Kontrolle des Kaliumwerts und der Transaminasen wurde Praziquantel 60 mg/kg Körpergewicht (KG) per os in zwei Dosen (Tag 0 und Tag 30) verabreicht. Nach der ersten Dosis Praziquantel zeigte sich ein Eosinophilenanstieg (0,56 G/l). Das Anthelminthikum wurde vom Patienten sehr gut vertragen. Bereits kurze Zeit nach der zweiten Praziquantel-Dosis berichtete der Patient über eine deutliche Verbesserung seiner intestinalen Beschwerden. In den Verlaufskontrollen waren die Schistosomen in den Stuhluntersuchungen nicht mehr nachweisbar. Abschliessend planten wir 24 Monate nach Therapiebeginn nochmals eine Stuhluntersuchung, begleitet von einem Differentialblutbild sowie einer serologischen Testung auf Schistosomiasis.

Diskussion

Die in Europa wenig bekannte Schistosomiasis [1] gehört wie Lepra und 15 andere Leiden [2] zu den Erkrankungen, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als vernachlässigte tropische Krankheiten klassifiziert [3]. Rund 200 000 000 Menschen weltweit tragen die Würmer in sich [3]. Bis zu 200 000 Personen sterben jedes Jahr an den Folgen der Erkrankung [4].

Die Infektion wird beim Menschen durch Zerkarien von *Schistosoma* (S.) [5] (Saugwürmer der Gattung Pärchenegel) verursacht. Die Larven nutzen Schnecken in Binnengewässern als Zwischenwirt [2, 5] und dringen als Zerkarien in die intakte Haut der Menschen ein.

Nach adaptiver Transformation durch Verlust des Schwanzes wandern sie als Larven durch die Blutbahn. Sie erreichen zuerst die Lunge, anschliessend das Herz und gelangen durch den linken Herzkreislauf in die Leber. Dort werden sie geschlechtsreif. Sie verlassen die Leber paarweise, und durch die mesenterischen Venen erreichen sie je nach Parasitenart die Zielorgane: den Dickdarm (*S. mansoni*), die (unter anderem mesenterialen) Blutgefässe (*S. japonicum*) [6] und die Harnblase (*S. haematobium*) [2, 4, 5]. Sie fixieren sich an der Wand und beginnen, die Eier auszuscheiden, die durch den Urin oder den Stuhl freigesetzt werden. Aus den Eiern schlüpfen Mirazidien (Wimpernlarven), die erneut die Süsswasserschnecken infizieren [4, 5].

Bei Personen, die aus Endemiegebieten stammen [1], erfolgt die Kontamination im Kindesalter [3, 4] nach wiederholtem Kontakt mit dem Erreger durch Schwimmen oder Waten in Süssgewässern. Es kommt zu einem kumulierten Effekt mit manifester Erkrankung bei jungen Erwachsenen [2]. Obwohl es sich um eine Infektionskrankheit handelt, ist der Verlauf dem eines chronischen Leidens ähnlich [5]. Die Diagnose wird durch mikroskopischen Nachweis der Eier in Stuhl oder Urin oder aus endoskopisch gewonnenen Gewebeproben gestellt [4]. Die Eierausscheidung erfolgt intermittierend. Deswegen sollten bei Verdacht drei Stuhlproben an drei verschiedenen Tagen entnommen werden [4, 5]. Bei negativer Mikrobiologie können ein Polymerase-Kettenreaktions-(PCR-)Test aus Stuhl oder Blut und der serologische Antikörpernachweis Aufschluss geben [4, 7]. Die Subtypisierung der *Schistosoma*-Eier am histologischen Material ist je nach Schnittebene durch die parasitären Organismen nicht immer eindeutig möglich. Im vorliegenden Fall zeigten einzelne Eier einen Seitenstachel (Abb. 2 B und D), sodass differentialdiagnostisch am ehesten *S. mansoni* infrage kam. Diese Spezies tritt weiträumig in Afrika und im mittleren Osten auf [8].

Leberfibrose, Splenomegalie oder Harnblasenveränderungen sollten sonographisch ausgeschlossen werden. Vor dem Therapiebeginn mit Praziquantel muss eine Zystizerkose ausgeschlossen werden [4, 5]. Aufgrund seiner Aktivität gegen *Taenia-solium*-Larven kann Praziquantel eine möglicherweise vorliegende, intraokulare Zystizerkose oder Neurozystizerkose verschlimmern.

Bei 30–60% der Erkrankten ist eine initiale Eosinophilie vorhanden [5]. Ein Anstieg der Eosinophilenzahl circa sieben Tage nach der ersten Praziquantel-Dosis unterstützt die Diagnose. Unbehandelt ist bei dieser Infektion mit Langzeitschäden wie portaler Hypertonie, Ösophagusvarizen und Leberfibrose zu rechnen.

Das Wichtigste für die Praxis

- Weil die Schistosomiasis in Europa praktisch unbekannt ist, meistens asymptomatisch verläuft und selten Auffälligkeiten im Routinelabor zeigt, ist die Diagnosestellung für die Alltagspraxis sehr herausfordernd.
- Bei abdominellen Beschwerden mit dünnem Stuhl in Verbindung mit der Herkunft aus einem Endemiegebiet sollte an eine intestinale Schistosomiasis (*Schistosoma mansoni*) gedacht werden. Bei einer Infektion mit *Schistosoma haematobium* sind eher Störungen im Sinne einer Hämaturie zu vermuten.
- Die Diagnosestellung erfolgt durch Nachweis der Parasiteneier in Stuhl oder Urin oder aus endoskopisch gewonnenen Gewebeproben. Bei negativer Mikrobiologie können ein Polymerase-Kettenreaktions-(PCR-)Test aus Stuhl oder Blut und der serologische Antikörpernachweis Aufschluss geben.
- Vor dem Therapiebeginn mit Praziquantel muss eine Zystizerkose ausgeschlossen werden. Nach der ersten Dosis Praziquantel kann ein Anstieg der Eosinophilenzahl eintreten. Dies unterstützt die Diagnose. Nach circa sechs Monaten sollten sich die Eosinophilen normalisiert haben. Die serologischen Verlaufskontrollen sollten nach 12 und 24 Monaten stattfinden. Der Antikörperabfall ist ein guter Indikator für eine erfolgreiche Therapie.
- Praziquantel ist in der Schweiz nicht zugelassen. Die Medikationsgabe erfolgt in individuell definierter Menge und wird dann offiziell vom Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH) übernommen.

Nebenbefundlich wurden beim Patienten Zysten von *Endolimax nana*, *Dientamoeba fragilis* und *Blastocystis hominis* im Stuhl gefunden. Elf Monate nach der initialen Stuhluntersuchung blieb *Endolimax nana* weiterhin mikroskopisch nachweisbar. *Endolimax* zählt zu den apathogenen Amöben und erfordert keine therapeutischen Massnahmen, *Dientamoeba* und *Blastocystis* sind nur selten pathogen. Ihr Hinweis allein stellt keine zwingende Therapieindikation dar.

Eine *Helicobacter-pylori*-Besiedelung der Magenschleimhaut wurde beim beschwerdefreien Patienten zunächst nicht behandelt.

Korrespondenz

Dr. med. univ. Ioana A. Foege
 Arztpraxis Reichenburg
 Kantonsstrasse 21
 CH-8864 Reichenburg
[arztpraxis-reichenburg\[at\]hin.ch](mailto:arztpraxis-reichenburg[at]hin.ch)

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autorin und die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Isenring E, Fehr J, Gültekin N, Schlagenhaut P. Infectious disease profiles of Syrian and Eritrean migrants presenting in Europe: a systematic review. *Travel Med Infect Dis.* 2018;25:65–76.
- 2 Deol AK, Fleming FM, Calvo-Urbano B, Walker M, Bucumi V, Gnaudou I, et al. Schistosomiasis – assessing progress toward the 2020 and 2025 global goals. *N Engl J Med.* 2019;381(26):2519–28.
- 3 McManus DP. Defeating Schistosomiasis. *N Engl J Med.* 2019;381(26):2567–8.
- 4 Kantele A. *EbM-Guidelines 28.3.2020 Schistosomiasis (Bilharziose)*. Köln: Deutscher Ärzteverlag (Abruf am 28.07.2022). Verfügbar unter: <https://www.ebm-guidelines.com/ebmga/home#>
- 5 Kasper DL, Braunwald E, Hauser S, Longo D, Jameson JL, Fauci AS. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 16. Aufl. New York: McGraw-Hill Professional; 2004. S. 1266–71.
- 6 Rivadeneira DJ, Luo HS. Intestinal schistosomiasis caused by schistosoma japonicum: a literature review. *J Infectiology.* 2019;2(1):9–13.
- 7 Ochodo EA, Gopalakrishna G, Spek B, Reitsma JB, van Lieshout L, Polman K, et al. Circulating antigen tests and urine reagent strips for diagnosis of active schistosomiasis in endemic areas. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(3):CD009579.
- 8 Colley DG, Bustinduy AL, Secor WE, & King CH. (2014). Human schistosomiasis. *Lancet.* 2014;383(9936):2253–64.



Dr. med. univ. (RO) Ioana A. Foege
 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 Ärzteverlag 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



Avec plus de 1700 collaborateurs, les eHmv représentent le premier employeur du Nord Vaudois. Basés à Yverdon-les-Bains, Saint-Loup, Cossonay, Chamblon et Orbe, ils ont à cœur de favoriser le développement personnel et professionnel de chacun par la formation continue et l'esprit de service.

LE SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE DES EHMV RECHERCHE

Un.e médecin-chef.fe à 80–100% – réf. 50-008

VOTRE MISSION

- Effectuer tout type d'anesthésie dans un environnement multisite
- Encadrer les médecins anesthésistes en formation
- Participer à la bonne marche du service
- Développer un pôle de compétences au sein du service

COMPÉTENCES – EXIGENCES REQUISES

- Diplôme de médecin suisse ou équivalent
- Titre ISFM de spécialiste en anesthésiologie ou titre équivalent
- Expérience de plusieurs années comme chef de clinique dans un établissement de catégorie A
- Bonne expérience en médecine intensive
- Bonne expérience en anesthésie loco-régionale
- Intérêt pour l'anesthésie ambulatoire
- Engagement, disponibilité et sens des responsabilités
- Flexibilité, bonne capacité d'adaptation
- Personnalité collégiale et consensuelle
- Aptitudes pour l'enseignement et le développement de projets
- Capacité de décision et de mise en œuvre

DATE D'ENTRÉE: 1^{er} JUILLET 2024 OU A CONVENIR

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du
Dr Xavier Jaton au T. +41 24 424 42 69

VOUS ÊTES INTÉRESSÉ.E?

Les offres avec documents usuels sont à adresser d'ici au
17 février 2024 par email à l'adresse suivante:

candidatures@ehmv.ch

Objet: un.e médecin-chef.fe à 80–100% – réf. 50-008

179327-5

**” Rheuma?
Ich? “**
Sarah, 31 Jahre

Wir stärken Betroffene
in ihrem Alltag mit Rheuma.

Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Legg svizzera contro il reumatismo



Das Landesspital Liechtenstein sichert mit rund 200 engagierten Mitarbeitenden die medizinische Grundversorgung der liechtensteinischen Bevölkerung. Darin enthalten sind die Bereiche Innere Medizin, Gastroenterologie, Kardiologie, Onkologie, Pneumologie, Endokrinologie/Diabetologie, Angiologie Anästhesie, Allgemeinchirurgie, Gefässchirurgie, Gynäkologie, HNO, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Orthopädie/Traumatologie, Urologie und Viszeralchirurgie.

Zur Verstärkung für den Bereich Innere Medizin suchen wir per 1. April 2024 oder nach Vereinbarung eine/-n

Ärztliche Leiterin / Ärztlichen Leiter Akutgeriatrie & Leitende Ärztin / Leitender Arzt Innere Medizin

Arbeitspensum 80–100%

Ihre Hauptaufgaben

- Organisatorische, personelle und fachliche Führung und Weiterentwicklung des etablierten Angebots der geriatrischen Akutrehabilitation in enger Zusammenarbeit mit der Klinik für Allgemeine Innere Medizin
- Sie leiten und verantworten Ihren Fachbereich und garantieren das hohe Qualitätsniveau der medizinischen Dienstleistungen im ambulanten und stationären Setting
- Sie nehmen am internistisch/kaderärztlichen Hintergrunddienst teil
- Mitverantwortung für die Begleitung und Supervision der zugeteilten Assistenzärztinnen und -Ärzte
- Beteiligung an internen Fortbildungen und anderen Teamaufgaben
- Mitarbeit in Projekten

Ihr Anforderungsprofil

- Sie verfügen über einen Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin FMH mit Schwerpunkt Geriatrie (oder äquivalent) sowie idealerweise Erfahrung als Oberärztin/Oberarzt
- Sorgfalt, Exaktheit und Zuverlässigkeit in hoher Ausprägung
- Integrative, kommunikative, teamorientierte und belastbare Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz
- Hohe Patienten- und Zuweiserorientierung

- Freude an Führungsaufgaben sowie der Aus-, Weiter- und Fortbildung von jungen Kollegen
- Sehr gute Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems
- Effiziente, zupackende und zielstrebige Arbeitsweise
- Qualitäts-, Verantwortungs- und Kostenbewusstsein

Wir bieten Ihnen

- Ein ausgezeichnetes Arbeitsklima in einem harmonisierenden und familiären Team sowie einem zukunftsorientierten Betrieb
- Attraktive Anstellungsbedingungen
- Eine vertrauensvolle Unternehmenskultur, die sich durch ein offenes und konstruktives Miteinander auszeichnet

Weitere Auskunft erhalten Sie gerne von

Herr Dr. med. Tomas V. Karajan,
Ärztlicher Direktor und Chefarzt Innere Medizin
Telefon +423 235 44 99

Ihre Bewerbung freut uns!

Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen in elektronischer Form an:
Frau Fabienne Ederer, Leiterin HR,
personal@landesspital.li



Universität
Zürich UZH

179133-5

Departement für Anästhesiologie

Professur für Herz-, Thorax- und Gefässanästhesiologie 100 %

An der Medizinischen Fakultät der Universität Zürich ist eine Professur für Herz-, Thorax- und Gefässanästhesiologie neu zu besetzen.

Zu den Aufgaben der Professur gehören die Förderung der anästhesiologischen Forschung mit Schwerpunkt Herz-, Thorax- und Gefässanästhesie auf klinischer und translationaler Ebene, die Führung eines eigenen Forschungsprogramms, die aktive Beteiligung an der Lehre im Rahmen des Medizinstudiums sowie die Koordination der Nachwuchsförderung und der fachärztlichen Weiterbildung.

Die erfolgreichen Kandidatinnen und Kandidaten weisen einen Facharztstitel, klinische Erfahrung, Spezialkompetenzen in der Herz-, Thorax- und Gefässanästhesiologie sowie eine Habilitation (oder äquivalente Qualifikation) im Fachgebiet der Anästhesiologie auf. Erwartet wird ein herausragender und international anerkannter Forschungsnachweis in einem zukunftsreichen und innovativen Forschungsfeld der Anästhesiologie und eine erfolgreiche eigene Drittmittelerwerbungen. Besonders wichtig für diese Position ist ein hohes Mass an Integrationsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft mit den chirurgischen Fachdisziplinen und Sinn für übergeordnete Ziele. Ausserdem ist eine ausgeprägte Fähigkeit und Freude an der Pflege von Aussenbeziehungen mit externen Spitälern und Zuweisenden sowie lokalen, nationalen und internationalen Fachgesellschaften für diese Funktion essentiell.

Die ausgeschriebene Professur wird eine von drei Professuren im neu geschaffenen Departement Anästhesiologie am Universitätsspital Zürich sein: Professur für Allgemeine Anästhesiologie, Professur für Schmerztherapie und ambulante Anästhesiologie sowie Professur für Herz-, Thorax- und Gefässanästhesiologie. Jede der drei Professuren leitet eines von drei Instituten mitsamt der dazugehörigen Klinik innerhalb des Departements Anästhesiologie. Zusammen bilden die drei Professuren gemeinsam das Departementsdirektorium und besetzen die Leitung im Rotationsprinzip.

Deutschkenntnisse auf Niveau B2 des gemeinsamen europäischen Referenzrahmens für Sprachen sollten vorhanden sein oder müssen innert nützlicher Frist erworben werden.

Die Universität Zürich strebt eine Erhöhung des Frauenanteils in Forschung und Lehre an und bittet deshalb qualifizierte Wissenschaftlerinnen ausdrücklich um ihre Bewerbung.

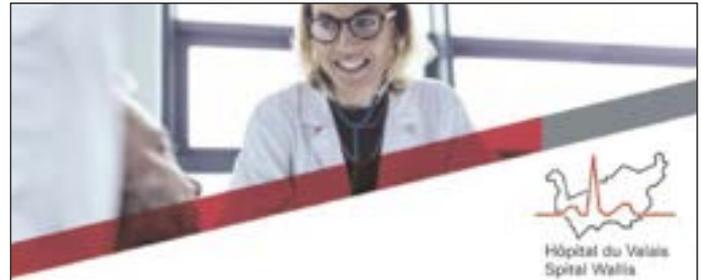
Die Universität Zürich versteht Forschende als moderne Führungspersönlichkeiten, die exzellente Forschung – unter der Berücksichtigung der Open Science-Grundsätze – durch eigene Forschungsprojekte wie auch die Förderung von exzellenten Nachwuchsforschenden betreiben und die mit innovativer forschungsbasierter Lehre eine zukunftsorientierte Universität mitgestalten.

Bitte reichen Sie Ihre elektronische Bewerbung für diese Stelle online bis zum 29. Februar 2024 ein. Bewerbungen per Post oder E-Mail können nicht berücksichtigt werden. Für allfällige Auskünfte wenden Sie sich bitte an den Präsidenten der Berufungskommission, Prof. Hanns U. Zeilhofer und den ärztlichen Direktor des Universitätsspitals Zürich, Prof. Malcolm Kohler.

Weitere Auskünfte

Prof. Dr. Hanns U. Zeilhofer, zeilhofer@dekmed.uzh.ch
Prof. Dr. Malcolm Kohler, malcolm.kohler@usz.ch

Bitte bewerben Sie sich über unser Stellenportal
www.jobs.uzh.ch



1^{er} employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5900 collaborateurs-trices. Chaque année, 40000 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 633000 visites ambulatoires sont assurées.

L'Hôpital du Valais cherche pour le Centre Hospitalier du Valais Romand un-e

Médecin cadre pour le service de gastro-entérologie à 50–80%

Vos missions:

- Prise en charge des patients ambulatoires et hospitalisés
- Activité de consultations et d'endoscopie sur les sites de Martigny et de Sion.
- Participation aux formations et colloques du service
- Participation aux piquets du service
- Possibilité d'avoir si désiré un cabinet privé dans ou hors de l'hôpital (conditions à définir).

Votre profil:

- Diplôme fédéral de médecin ou porteur d'un diplôme équivalent de l'UE
- Un titre de spécialiste ISFM en gastro-entérologie ou une formation jugée équivalente (MEBEKO)
- De bonnes compétences en endoscopie de routine et d'urgence
- Formation en examens fonctionnels: manométrie, ph-impédancemétrie (un atout)
- Bonne maîtrise du français (allemand un atout)
- Autonomie, flexibilité et travail en équipe

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieux de travail: Hôpitaux de Martigny et de Sion

Entrée en fonction: 1^{er} juin 2024 (ou à convenir)

Délai de postulation: 1^{er} mars 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Thomas Nierle, Directeur médical du Centre Hospitalier du Valais Romand, +41 (0)79 523 67 29 ou thomas.nierle@hopitalvs.ch ou Dr Christian Mottet, Médecin chef de service, christian.mottet@hopitalvs.ch, +41 (0)27 603 43 14

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page www.hopitalvs.ch/emploi.

www.hopitalvs.ch/emploi

179404-5



Dieses Inserat ist umsonst.

Damit es Ihre Spende nicht ist:

Stiftung Menschen für Menschen
Stockerstrasse 10 | 8002 Zürich | Tel. 043 499 10 60
info@mfm-schweiz.ch | www.menschenfuermenschen.ch





Wir suchen für unsere neue Anästhesie-Abteilung per 1. Juni 2024 eine/n

LEITENDE ÄRZTIN / LEITENDER ARZT KINDERANÄSTHESIE (100%)

Ihre Aufgaben

- Als Stellvertretung der ärztlichen Leitung Kinderanästhesie unterstützen Sie die umfassende Weiterentwicklung des Faches am OKS
- Aus-, Weiter- und Fortbildung von Assistenzärzten/-innen und Studierenden
- Ambulante und stationäre anästhesiologische Versorgung von Früh- und Neugeborenen, sowie Kleinkindern und jungen Erwachsenen

Ihr Profil

- Abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt in Anästhesiologie (SIWF oder MEBEKO-anerkannt) sowie Zusatzweiterbildung in Notfallmedizin und Intensivmedizin Erfahrung und Kenntnisse im Bereich des pädiatrischen Luftwegsmanagements wünschenswert
- Ausgewiesene langjährige Erfahrung im Bereich der Kinderanästhesie einschliesslich Routineeingriffe sowie komplexe Eingriffe bei Früh- und Neugeborenen. Erfahrungen in der pädiatrischen Intensivmedizin sind von Vorteil sowie Erfahrung auf dem Gebiet der Kinderbronchoskopie wünschenswert
- Sie verfügen über umfassende Kenntnisse in der anästhesiologischen perioperativen Versorgung von Kindern

Wir bieten Ihnen

- Verantwortung, weil wir auf die Kompetenz unserer Mitarbeitenden vertrauen
- Perspektiven, weil wir uns zusammen mit Ihnen stetig weiterentwickeln
- Wissen, weil wir die interne und externe Weiterbildung fördern
- Teamwork, weil wir wissen, dass wir das Ziel nur gemeinsam erreichen

BEWERBEN SIE SICH JETZT!

Weitere Informationen zur Stelle und das Bewerbungsformular finden Sie unter www.kispisg.ch/stellen



Wir suchen für unsere neue Anästhesie-Abteilung per 1. Juni 2024 eine/n

OBERÄRZTIN/-ARZT KINDERANÄSTHESIE (100%)

Ihre Aufgaben

- Durchführung von präoperativen Untersuchungen und Bewertung der Anästhesierisiken bei Kindern und Jugendlichen
- Planung und Durchführung von Anästhesieverfahren für Patienten unterschiedlichen Alters und Gesundheitszustands
- Überwachung der Vitalfunktionen während der Operation und Anpassung der Anästhesie entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Kindes

Ihr Profil

- Abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt Anästhesiologie (SIWF oder MEBEKO-anerkannt)
- Erfahrung im Bereich der Kinderanästhesie wünschenswert
- Fundierte Kenntnisse über die spezifischen Anästhesieverfahren und -medikation bei Kindern

Wir bieten Ihnen

- Verantwortung, weil wir auf die Kompetenz unserer Mitarbeitenden vertrauen
- Perspektiven, weil wir uns zusammen mit Ihnen stetig weiterentwickeln
- Wissen, weil wir die interne und externe Weiterbildung fördern
- Teamwork, weil wir wissen, dass wir das Ziel nur gemeinsam erreichen

BEWERBEN SIE SICH JETZT!

Weitere Informationen zur Stelle und das Bewerbungsformular finden Sie unter www.kispisg.ch/stellen



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, Schweiz
Kontakt: Ursina Mory
courses@swissth.ch

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

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

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 Mitgefühlspraktiken, die auf Erkenntnissen der wissenschaftlichen und buddhistischen Psychologie beruhen.

Marriott Hotel, Neumühlequai 42, 8006 Zürich, Schweiz
Kontakt: Nicole Eisele
seminare@ikp-therapien.com

19.02.2024 | 09.15–18.30 Uhr

Embodiment: Körperliche Ressourcen aufbauen auf Basis des Zürcher Ressourcenmodells ZRM®

In dieser Fortbildung erleben Sie die Wirkung der Körperhaltung und -bewegung auf die Psyche und erfahren, wie Sie diese massgeschneidert beeinflussen können.

IKP Zürich, Kanzleistrasse 17, 8004 Zürich, Schweiz
Kontakt: Nicole Eisele
seminare@ikp-therapien.com

23.02.2024–24.02.2024

Rheuma trifft Herz - Herz trifft Rheuma

Tech Gate Vienna, Donau-City-Straße 1, 1220 Wien, Österreich
Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

24.02.2024

"Beziehung, die berührt" – 25. Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin

Hotel Schloss Wilhelminenberg, Savoyenstraße 2, 1160 Wien, Österreich
Kontakt: Informationen bei: ÄrzteZentrale Med.Info, Herr Dominik Udolf
azmedinfo@media.co.at

29.02.2024 | 08.30–18.00 Uhr

29. St.Galler Infekttag – Am Puls der Zeit

Mit topaktuellem Wissen und spannenden Vorträgen aus der Welt der Infektiologie.

Kantonsspital St. Gallen Klinik Infektiologie/Spitalhygiene, Rorschacher Strasse 95, 9000 St. Gallen, Schweiz
Kontakt: Karalic Elza
elza.karalic@kssg.ch

29.02.2024 | 13.30–18.00 Uhr

Jahressymposium SGSP 2024

Das diesjährige Jahressymposium SGSP widmet sich ganz dem Bergsport. Das Symposium soll exemplarisch psychiatrische und psychologische Aspekte des Bergsports beleuchten. Mit dabei als Referent ist Alexander Huber, einer der bekanntesten Alpinisten.

Solothurner Spitäler AG, Kantonsspital Olten, Baslerstrasse 150, 4600 Olten, Schweiz
Kontakt: Corinne Gerber
marketing@privatklinik-wyss.ch

02.03.2024–09.03.2024

52. Internationale Kieferorthopädische Fortbildungstagung

K3 Kitzkongress, Josef-Herold-Straße 12, 6370 Kitzbühel, Österreich
Kontakt: Tagungsbüro
tagung-kitz@oegkfo.at

04.03.2024–07.03.2024

69. Fortbildungstagung der Österreichischen wissenschaftlichen Gesellschaft für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene

Gemeinsam mit Verein Heilanstalt Alland

Kongresszentrum Bad Hofgastein, Tauernplatz 1, 5630 Bad Hofgastein, Österreich
Kontakt: Information: ÄrzteZentrale Med.Info
azmedinfo@media.co.at

04.03.2024–08.03.2024

31. Ärzteforum Davos

Die Fortbildungsveranstaltung richtet sich an Teilnehmende aus Praxis und Spital. Das Ärzteforum bietet aktuelle und praxisrelevante Themen und Referate, hauptsächlich aus der Allgemeinen Inneren Medizin und den Spezialgebieten der Inneren Medizin.

Kongresszentrum Davos, Talstrasse 49a, 7270 Davos Platz, Schweiz
Kontakt: Nina Hochholdinger
nina.hochholdinger@davos.ch

16.03.2024 | 08.15–17.45 Uhr

Doctor On Board – Medizinischer Notfall über den Wolken

36.000 Fuß über dem Atlantik & der Flugbegleiter macht eine Bordansage: "Eine Passagierin benötigt dringend medizinische Hilfe" Jetzt zählen wir auf Sie! Mit dem Kurs Doctor On Board bereiten wir Sie optimal auf diese Notfallsituation an Bord vor.

Lufthansa Aviation Training Switzerland AG, Cherstrasse 1, 8152 Opfikon, Schweiz
Kontakt: Sebastian Wilker
hfa@lat.dlh.de

**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

BE – Erfolgreiche Arztpraxis in Biel sucht ebensolche Nachfolge – Alles ist da. Die hellen, grosszügigen Räume. Mehrere Behandlungszimmer. Der grosse, treue Patientenstamm. Das langjährig eingespielte Praxisteam. Die optimale ÖV-Erreichbarkeit in Biels Zentrum und diverse Parkmöglichkeiten. Die voll digitalisierte Infrastruktur. Kurz: Die ideale, langjährig etablierte und erfolgsstarke Hausarztpraxis. Fehlt nur noch jemand, der die Erfolgsgeschichte weiterführt. Vielleicht sind das Sie? Alternativ bietet sich auch die Tätigkeit in der Praxis in angestellter oder selbständiger Stellung. – So oder so: Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 1965 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch, www.federer-partners.ch.

BE – Übergabe einer Hausarzt-Doppelpraxis im Länggassquartier der Stadt Bern – Ab Anfang 2025 ist – nach Absprache – eine gut etablierte Doppelpraxis mit erfahrenem MPA-Team wegen Erreichen des Pensionsalters der aktuell praktizierenden Ärzte abzugeben. Die Praxis ist geräumig (5 Zim-

mer auf 115 m²) und mit verfügbaren Parkplätzen und einer 30 m entfernten Bushaltestelle sehr gut erschlossen. Melden Sie sich bei Interesse auf E-Mail: praxis-brueckfeld@hin.ch. Wir freuen uns auf Ihre Nachricht!

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, 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.

LU – Praxisraum zu vermieten in Luzern – Mitbenutzung der bestehenden Infrastruktur (Labor, Geräte, Empfang, Personal Sprechstunde und Labor, etc.). Modernes Sprechstundenzimmer ca. 25 m² in neu gebauten Räumlichkeiten. Es handelt sich um eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin, Nephrologie und Hausarztmedizin. Fachrichtungen wie Endokrinologie, Diabetologie oder Chirurgie wären in diesem Setting geeignet. Der Raum eignet sich aber auch für Ergo- und/oder Physiotherapeuten, Ernährungsberater, Podologie sowie Wundprechstunden. Wir freuen uns auf Anfragen für weitere Auskünfte unter Tel. 079 529 87 17 oder E-Mail: diane.maechler@fmc-ag.com.

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.

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 Praxisräume in grosszügiger moderner Hausarztpra-

xis 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.

SO – Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in – In der Agglomeration der Stadt Solothurn suchen wir für eine moderne, gut laufende und lebhaft Praxis eine/n motivierte/n und dynamische/n Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin als Nachfolger/in. Die Praxisräumlichkeiten verfügen über eine moderne Infrastruktur mit elektronischer Administration, digitalem Röntgen und Labor. Darüber hinaus ist die Praxis verkehrstechnisch hervorragend gelegen mit einer Bushaltestelle in Gehdistanz und einem grossen eigenen Parkfeld mit mehreren Parkplätzen. Zudem profitieren Sie von der guten Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten ärztlichen und nichtärztlichen Praxisteam und den Synergieeffekten eines Ärztezentrum. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2640 bei: Federer und Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.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 Selbstständigkeit 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 Marktfließen 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 Eigen-

tumsstruktur. 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.

TG – Praxisräume mit OP – In den interdisziplinären Ärztetagen des attraktiv gelegenen TKB Gebäudes im Zentrum von Kreuzlingen sind ca 220 m² moderne Praxisräume mit OP zu vermieten. E-Mail: reichel.martin@hin.ch.

VD – Pully, pour cause de départ à la retraite, nous cherchons pour début août 2024, un/e Psychiatre ou Psychologue – Bureau en sous-location ou en association avec le 2^{ème} psychiatre du cabinet. Situation calme, proche de transports publics, place de parc. Contact par e-mail: admin@psychiatrie-psychotherapie.ch.

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 patientèle 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 – Verkauf einer Praxis für Plastische Chirurgie in Zürich – Verkauf einer State-of-the-art Praxis Klinik für Plastische Chirurgie im Herzen von Zürich. 272 m², Infrastruktur für 3 Ärzte. Kontakt unter Chiffre I-41748.

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: rzh@hin.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 – Nachfolger (m/w) in eine etablierte Hausarztpraxis mit elektronischer KG am rechten Zürichseeufer gesucht – An optimaler Lage in einer steuergünstigen Gemeinde im Bezirk Meilen ist im Laufe des Jahres 2024 eine Hausarztpraxis (ca. 150 m²) in Bahnhofsnähe in einem repräsentativen Wohn- und Geschäftshaus mit Lift zu übergeben. Notfalldienst bis 22.00 Uhr, gute S-Bahn-Verbindung nach Zürich (ca. 25 Min.) oder Rapperswil (ca. 20 Min.) sind nur einige Vorteile dieses Angebotes. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5057: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch.

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

AG – Dringend Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin für Praxisgemeinschaft in Möhlin gesucht zu 80–100% – Zur Verstärkung suche ich dringend eine/n Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin zu 80–100% für meine moderne und grosszügige, im 08/2021 neu eröffnete Praxis, welche ich bislang alleine führe. Da in der näheren Umgebung 02/2023 ein Hausarzt unerwartet verstarb, sowie mehrere Ärzte im Jahr 2024 in Rente gehen, besteht eine grosse Nachfrage nach einem neuen Hausarzt. Anforderung: Abgeschlossene Facharztausbildung in Allgemeine Innere Medizin, Empathie, Sozialkompetenz und Freude am selbständigen Arbeiten. Die Praxis befindet sich an zentraler Lage und ist gut mit dem öffentlichen Verkehr erreichbar. Ebenso steht ein Parkplatz in der Tiefgarage zur Verfügung. Die Praxis bietet voll-elektronische Krankengeschichte, moderne Geräte, Labor, EKG, Lungenfunktion, 24-Stunden-EKG und -Blutdruck, nächtliche Pulsoxymetrie, Ultraschall. Von meiner Seite her besteht auch die Möglichkeit für verkehrs-

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

medizinische Untersuchungen der Gruppe 1 und 2. Teilnahme am regionalen Notfalldienst von Montag bis Freitag 08:00 – 18:00 Uhr. Sind Sie interessiert? Dann freue ich mich auf Ihre Bewerbung an E-Mail: sabine.wirthlin@hin.ch.

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

BE – Top Gelegenheit für Deinen Einstieg in die Hausarztmedizin! – Top Praxis: eKG und eAgenda; digitales Röntgen; leistungsfähiges Praxislabor; Medikamentenroboter u.a.m.. Top Team: Perfekt eingespieltes Team mit 8 MPAs, 5 Hausärzten/-innen und wechselnder Anzahl Azubis. Top Konditionen: Arbeitspensum wählbar, überdurchschnittliche Anstellungsbedingungen oder mit wenig Eigenmittel zur/-m Praxispartner/in! Top Perspektiven: Entwicklungsmöglichkeiten in der Gemeinschaft nach Bedarf und Bedürfnissen; gut geregelter Notfalldienst; familien- und freizeitechnische Freiheiten dank gegenseitiger Vertretung; wirtschaftliche Vorteile der Gemeinschaft mit Selbstdispensation. Top Lage: fünf Minuten vom S-Bahnhof; kompetentes Spital mit allen Spezialitäten in der Nähe. Falls Oberburg für Dich als Arbeitsort in Frage kommt, sollten wir uns unbedingt kennenlernen! Kontakt E-Mail: samuel.jordi@besonet.ch oder Tel. 034 422 11 00.

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 – Praxisassistentz Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen eine Praxisassistentz 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 – Suche Fachärztin/-arzt Innere / Allgemeine Medizin – Für unsere gut etablierte Allgemein- arztpraxis 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 Facharzt Ausbildung 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.

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 Facharzttitle 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 Facharzttitle 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).

SG – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin 20–60% – Zur Verstärkung unseres Teams in Gruppenpraxis in Ebnat-Kappel/SG ab April 2024 oder nach Vereinbarung.

SG – Facharzt/-ärztin Dermatologie – Wir suchen eine/n Dermatologen/-in für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. 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.

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 Zu-

sammenarbeit 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 <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 Facharzttitle 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 Facharzttitle 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 Schlampp 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 rheumatolo-

gischen 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 Facharzt/-ärztin für physikalische Medizin und Rehabilitation, sowie der Facharzt/-ärztin für 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 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 – Facharzt/Fachärztin Dermatologie – Für unsere moderne Praxis (500 m²) mitten im Zürcher Seefeld suchen wir eine/n sympathische/n Dermatologin/-en mit Freude an Teamarbeit, gerne mit FA. Pensum 30–100%. Erfahrung in Dermatochirurgie von Vorteil. Wir bieten das ganze Spektrum der Dermatologie, inkl. Laser, ästhetische Medizin, Allergologie u.a. an. Anerkannte Weiterbildungsstätte (C). Weitere Informationen: www.decamed.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail: jobs@decamed.ch.

ZH – Fachärztin/Facharzt Gastroenterologie 40–100% zur Ergänzung unseres Teams des Bauchzentrums Rapperswil/Rüti – Wir sind eine gastroenterologisch-chirurgische Gemeinschaftspraxis

mit den Hauptstandorten Rapperswil und Rüti ZH sowie neu auch in Wetzikon. In einem hervorragend vernetzten, interdisziplinären Umfeld (Chirurgie, Onkologie mit lokalem Tumorboard, Radioonkologie, Gynäkologie mit interdisziplinärer Beckenbodensprechstunde) und einem treuen Zuweiserstamm, bieten wir das gesamte Spektrum der ambulanten Gastroenterologie in der Praxis an. Für eine langfristige Zusammenarbeit suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/n engagierte/n, sorgfältig arbeitende/n, motivierte/n und teamfähige/n Facharzt/-ärztin Gastroenterologie mit guten Deutschkenntnissen. Neben flexiblen Arbeitszeiten, guter Entlohnung und grosszügigen Sozialleistungen, erwartet Sie ein motiviertes, gut eingespieltes Team. Unsere Praxen sind sowohl mit dem öffentlichen Verkehr, als auch mit dem Auto gut erreichbar. Bei Wunsch und guter Eignung ist eine spätere Partnerschaft denkbar. Wir freuen uns auf Ihre vollständige Bewerbung, die Sie gerne an E-Mail: hansueli.ehrbar@hin.ch schicken. Für weitere Auskünfte wenden Sie sich bitte direkt an Dr. med. Hansueli Ehrbar, Tel. 055 220 17 76.

ZH – Facharzt (oder Assistenzarzt in WB) FMH Allgemeine Innere Medizin – Die mediX Gruppenpraxis ZH-Wipkingen sucht zur Ergänzung ihres Hausarzt-Teams (per sofort oder n. V.) eine/n Facharzt/-ärztin FMH, Allgemeine Innere Medizin (Pensum 60–100%). Die Stelle ist ebenfalls für eine/n Assistenzarzt/-ärztin im letzten Jahr der Facharzt-Weiterbildung (AIM) geeignet (SIWF Weiterbildungsstätte Kat. 3, 1 Jahr). In unserer Gruppenpraxis arbeiten 33 Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen unter einem Dach. Wir wünschen uns eine/n Kollegen/-in, die/der den interdisziplinären Austausch schätzt und Freude an patientenorientierter, evidenz-basierter Medizin hat. Es erwartet Sie eine moderne Praxis und ein gut eingespieltes Team von erfahrenen Hausärzten und MPA. Unsere Praxis ist Mitglied von mediX Zürich, einem Netzwerk von über 170 erfahrenen und engagierten Ärztinnen und Ärzten aus den Kantonen Zürich und Aargau, welches unabhängig ist von Krankenkassen. Weitere Informationen finden Sie hier www.medix-gruppenpraxis.ch. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: florian.christmann@medix.ch.

ZH – Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin 60–100% – Für unsere gut laufende Praxis im Zentrum von Glattbrugg suchen wir per sofort oder ab 1.4.24 aufgrund Pensionierung einer Praxispartnerin eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin. Wir sind ein gut eingespieltes kollegiales Team von 3 Ärztinnen und 5 MPAs. Unsere moderne Praxis verfügt über digitales Röntgen, grosses Labor, EKG und elektronische KG. Sie verfügen über eine abgeschlossene Facharztausbildung, sind teamfähig und interessiert daran uns bei der Weiterführung und Entwicklung der Praxis zu unterstützen. Eine spätere Übernahme der Praxisanteile ist möglich. Haben wir ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns über ihre Bewerbung an E-Mail: bmatzinger@gmx.net (Dr. Bettina Matzinger), www.arztzentrum-glattbrugg.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 Facharzt/-ärztin 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 - 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 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 Facharzt/-ärztin 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,

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

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 Amitirigala: E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

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 gynäkologisches Kompetenzzentrum mit Grundversorgung und Spezialisierungen in den Bereichen Endometriose sowie Blasen- und Beckenbodenkrankungen. 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 – Winterthur: Hausärztin/Hausarzt 50–100% in Gruppenpraxis

– Unabhängige, moderne Gruppen-Grundversorgerpraxis im Rosenbergquartier 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 Kontaktnahme 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 An-

gebot: 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.schaublin@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.

Praxisgesuche Recherches de cabinets Ricerche di studi medici

Hausarztpraxis ZH, SZ – Rentable Hausarztpraxis

Kanton ZH/SZ, per Mitte 2024 gesucht. Erwünscht: MPA-Team zur Übernahme, eKG, (halb)digitales Röntgen, zu fairen Konditionen. Kontakt E-Mail: info@praxisvermittlung.ch.

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

Stellengesuche Ärzte – Facharzt Allgemeine Innere Medizin

– frisch pensioniert, mit 30-jähriger Berufserfahrung sucht neue Herausforderung als Praxisstellvertreter in der Deutschschweiz, in Teilzeit oder Vollpensum, ab dem 12.02.2024. Angebote richten an E-Mail: zaugg@hin.ch.

Endokrinologie/Diabetologie – Facharzt/Fachärztin

– erfahren, sucht Option zur Mitarbeit/Vertretung. Kontakt unter Chiffre G-3123.




fmhjob.ch
 | Führende Schweizer Plattform
 im Gesundheitswesen

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



Lebenslange Selbstbehauptung als Wissenschaftlerin

Bejubelt und verfolgt Weil ihr in Russland das Medizinstudium verwehrt bleibt, kam Lina Stern nach Genf. Dort wurde sie als erste Frau zur Professorin ernannt. Als sie 1925 ins stalinistische Russland zurückkehrte, erlebte sie auch einen rasanten Aufstieg, jedoch einen ebenso tiefen Fall. Nach Haft und Verbannung nahm sie als 75-Jährige ihre Forschungstätigkeit wieder auf.

Iris Ritzmann, Eberhard Wolff

Über ein Viertel der Studierenden an der Genfer Universität stammte 1890 aus dem zaristischen Russland, 1908 war es sogar die Hälfte [1]. Viele davon waren Frauen. Denn in Russland waren die wenigen Studienplätze für Frauen den Angehörigen adeliger Familien vorbehalten.

Eine schwierige Ausgangslage für Lina Stern, die 1878 in Liepāja (im heutigen Lettland) als ältestes von sieben Geschwistern in eine gut gestellte jüdische, deutschsprachige Kaufmannsfamilie geboren wurde. Ihr Wunsch war es, Ärztin zu werden. Nach erfolglosen Versuchen in Russland entschied sie sich für ein Medizinstudium im weltoffenen Genf.

Erste Professorin in Genf

Bereits während des Studiums begeisterte sich Stern für die Physiologie und erhielt einen Platz im Labor des Lehrstuhlinhabers Jean-Louis Prévost. Frisch promoviert kehrte sie 1903 nach Russland zurück, um sich dort als Ärztin niederzulassen. Doch dann erhielt sie ein Schreiben von Prévost, der sie um die Rückkehr in sein Institut bat. Lina Stern nahm die Einladung an. Wieder in Genf, publizierte sie zahlreiche

Artikel, darunter massgebende Arbeiten zur Zellatmung und zum Organstoffwechsel [1].

1918 ernannte die Universität Genf Lina Stern zur ausserordentlichen Professorin für medizinische Biochemie, damals noch unter dem Namen «chimie physiologique». So wurde die Vierzigjährige zur ersten Professorin an dieser renommierten Institution. Sie nutzte die Position, um ein neues Forschungsgebiet zu eröffnen. Ihr Interesse galt unter anderem der Erforschung der Blut-Hirn-Schranke, deren Bezeichnung Stern in die Wissenschaften einführte [1].

Nachdem ihr Antrag auf eine ordentliche Professur abgelehnt worden war, liess sie sich von russischen Kollegen überzeugen, den Lehrstuhl für Physiologie an der Zweiten Universität Moskau anzutreten. Lina Stern verliess die Schweiz definitiv im Jahre 1925, nicht zuletzt, um beim Aufbau der jungen Sowjetunion mitzuhelfen [1].

Wissenschaft unter sowjetischer Herrschaft

Dort machte sie Karriere. Ab 1929 leitete sie ein Physiologisches Institut, gründete eine wissenschaftliche Zeitschrift und wurde 1932 in die renommierte deutsche Wissenschaftsakademie Leopoldina aufgenommen [2].



Die Physiologin Lina Stern im Jahr 1929.

© Acc. 90-105, Science Service, Records, 1920s-1970s, Smithsonian Institution Archives

zusammen mit 14 führenden Mitgliedern des nun aufgelösten Jüdischen Antifaschistischen Komitees verhaftet. Unmenschliche Haftbedingungen, Folter und Schauprozesse folgten. 13 Komiteekollegen wurden zum Tode verurteilt und hingerichtet, einer starb in Haft [2]. Lina Stern überlebte als Einzige, wurde zu einer mehrjährigen Haftstrafe verurteilt und nach der Haft nach Schambyl, einem Wüstengebiet im Süden Kasachstans, verbannt [3]. Abgesehen von einem Gespräch mit einem ebenfalls verfolgten Wissenschaftler sind keine Äusserungen Sterns zu diesem Lebensabschnitt bekannt [3].

Lina Stern wurde als Wissenschaftlerin angegriffen. Gleichzeitig wuchs der staatlich-sowjetische Antisemitismus.

Rehabilitierung und Ehrendokortitel

Erst als 75-Jährige konnte Lina Stern nach dem Tod Stalins 1953 nach Moskau zurückkehren. Die verhängten Urteile wurden 1955 aufgehoben, Sterns Rehabilitierung erfolgte 1958. Ausgestattet mit Privilegien wie einer Hausangestellten und einem Chauffeur forschte sie im hohen Alter erneut zur Blut-Hirn-Schranke sowie zu den Auswirkungen radioaktiver Strahlung und organisierte mehrere Kongresse. 1960 erhielt sie das Ehrendoktorat der Universität Genf [2]. Mit 90 Jahren verstarb sie 1968 in Moskau.

In Erinnerung an Lina Stern würdigt die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften seit 2018 Medizinerinnen mit dem Stern-Gattiker-Preis.

Die zunehmende Politisierung der Wissenschaften unter Josef Stalin verhinderte mehr und mehr eine ergebnisoffene Forschung. Als richtig galt, was politisch genehm war. Die Parolen gaben der Agrarwissenschaftler Trofim Denissowitsch Lyssenko und seine Geistesgenossen vor, deren wissenschaftliche Vorstellungen zur Staatsideologie passten [3]. Viele Forschende wurden verhaftet, verurteilt und verschwanden. Aus treuen Kommunisten konnten über Nacht Staatsfeinde werden.

Doch zunächst ging es für Lina Stern aufwärts im Sowjetstaat. 1938, mitten in den schlimmsten stalinistischen Verfolgungswellen, konnte sie nach langem Warten der Kommunistischen Partei der Sowjetunion (KPdSU) beitreten. 1939 wurde sie als erste Frau Mitglied der sowjetischen Akademie der Wissenschaften. 1943 erhielt sie den hoch angesehenen «Stalinpreis» für ihre Forschungen über die Blut-Hirn-Schranke. Noch während des Zweiten Weltkriegs wurde Stern Mitglied in drei der fünf gegründeten «Antifaschistischen Komitees», darunter im Jüdischen Antifaschistischen Komitee. Ihre europäischen Kontakte wurden als hilfreich erachtet für Stalins Versuch, Unterstützung westlicher Staaten gegen Nazideutschland zu erhalten [3].

Verbannung nach Kasachstan

Nach Kriegsende wandte sich die Partei allerdings gegen sie. Sie wurde als Wissenschaftlerin angegriffen. Gleichzeitig wuchs der staatlich-sowjetische Antisemitismus. Hatte sie zuvor noch die Entlassung jüdischer Kollegen verhindern können, wurde ihr Institut 1948 geschlossen. Stern wurde



Literatur

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

Frauen in der Medizin

Die Porträtserie stellt in lockerer Folge historische weibliche Persönlichkeiten aus dem medizinischen Umfeld der Schweiz vor. Jede dieser Frauen beschritt eigenwillig ihren Weg. Und nicht selten weisen ihre Geschichten erstaunliche Bezüge zur Gegenwart auf.

Bloss nicht die Fassung verlieren

Arzt-Patienten-Kommunikation Immer wieder wird ein Defizit in professioneller Kommunikation beklagt. Dennoch wird dieses Problem nur selten in Form von konkreten Interventionen adressiert. Unser Autor erklärt, welche Rolle hierbei die Angst vor einem Authentizitätsverlust spielt – und warum diese unbegründet ist.

Wolf Langewitz

Die Art, wie wir kommunizieren, ist immer auch Ausdruck unserer Persönlichkeit. Auf die Bitte, im Rollenspiel etwas Neues zu versuchen, folgt deshalb häufig der Einwand: «So kann ich nicht mit Patienten reden – das bin einfach nicht ich!»

Hier wird implizit das Konzept der *Authentizität* bemüht, die es als hohes Gut zu schützen gilt. Denn: Wer sich in der Kommunikation «verstellen» muss, verliert seine Glaubwürdigkeit. Authentizität ist aber ein schwieriger Begriff: Authentisch ist eine Person, wenn sie genau so ist, wie sie wirklich ist. Nur, wie wollen wir das beurteilen? Wir müssten ja wissen, um wen genau es sich handelt, was «der Kern» einer Person ist. Wie soll das gehen? Offenkundig wandeln wir uns selbst, wir entdecken unbekannte Züge an uns (und anderen), beispielsweise wenn wir schwer erkranken [1]. Wir kennen nie «die ganze Person» eines anderen Menschen. Wir haben allerdings vom anderen einen «ersten vielsagenden Eindruck», der die wesentlichen Merkmale einer Person aufnimmt und uns hilft, uns auf ihn oder sie einzustellen. Aber wie wir wissen, kann auch der erste Eindruck trügen.

Eine Person hat mehrere Fassungen

Die Neue Phänomenologie bietet für die Kontaktzone mit einem anderen Menschen den Begriff der *Fassung* an. Dieser ist in einer trivialen Analogie zwischen der Persönlichkeit eines Menschen und einem gekochten Pudding am einfachsten zu beschreiben: Auf dem schwer greifbaren «Fluiden» oder Wabbeligen der Persönlichkeit liegt eine Schicht aus genau dem gleichen Material, die berüchtigte Haut auf dem Pudding. Sie bietet sozusagen eine verdichtete Version des Wabbeligen, unterscheidet sich nicht dem Inhalt nach, sondern im Aggregatzustand. Daher gilt der Satz: «In der Fassung identifiziert sich der Mensch mit etwas, das eindeutiger ist als er selbst» [2]. Eine Person hat mehrere Fassungen, was deutlich wird, wenn man sich fragt, was einen als Grossvater, als Partnerin, als Fachperson «an den Rand der Fassung» bringt. Während des Studiums und der gesamten Weiterbildung geht es nicht nur um die Erweiterung unseres Wissens und unserer Fertigkeiten, sondern implizit immer auch um das Arbeiten an der eigenen Fassung als Arzt. Sie antwortet auf die Frage: «Wer bin ich, wenn ich als Arzt/Ärztin tätig bin?»

Flexibel bleiben

Schulungen in professioneller Kommunikation arbeiten an der Ausgestaltung einer *professionellen* Fassung. Diese kann mehr oder weniger rigide sein. «Wer seine Fassung starr festhält, wie der nur an ordentlicher Einordnung der Kunstregeln des Berufes bei dessen Ausübung interessierte [...] Arzt [...], wird verschlossen bleiben wie ein blinder Spiegel und an Mitmenschen wie an allem, was ihm etwas zu sagen hat, mehr oder weniger vorbeisehen [...]. Wer dagegen seine Fassung etwas locker schwingen lässt, ohne sie gleich zu verlieren, kann damit jene Schwingungen der Nuancen vielsagender Eindrücke auffangen und damit auf die anderen und die Umstände sensibel eingehen.» [3]

Das Eingehen auf einen Patienten, beispielsweise im Aufklärungsgespräch oder bei der Mitteilung einer Diagnose, bedarf einer flexibleren Fassung als das nüchterne Handhaben interventioneller Techniken. Manche Kollegen und Kolleginnen können beides mit ihrer ärztlichen Haltung vereinbaren, andere wirken entweder zu «weich» oder zu unnachgiebig. Die eigene Fassung souverän handhaben zu können, wäre das übergeordnete Ziel einer erfolgreichen Schulung in Kommunikation – und nicht die Veränderung der Persönlichkeit einer Fachperson.



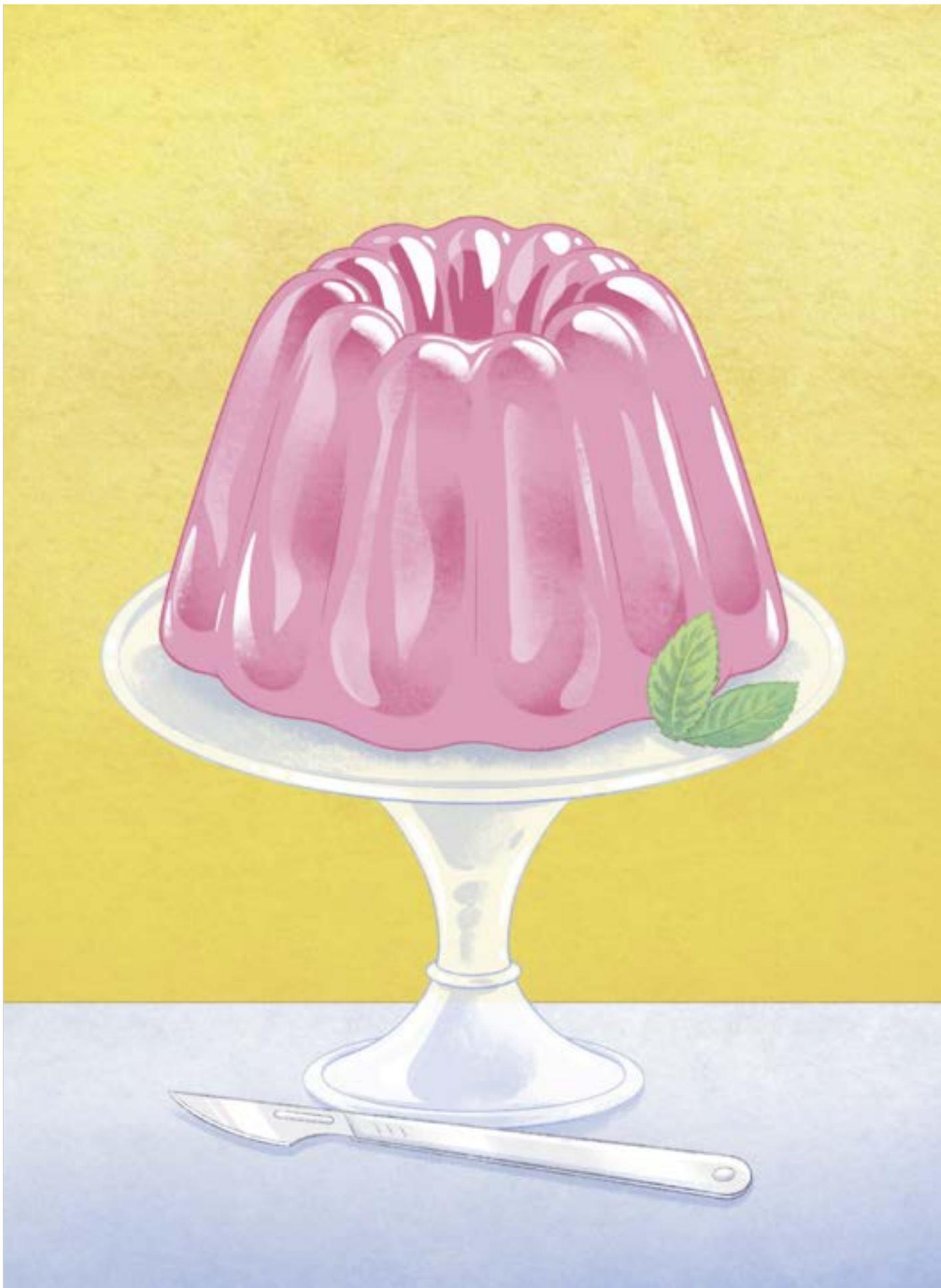
Literatur

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



Wolf Langewitz

ist Professor emeritus für Psychosomatik am Universitätsspital Basel und schreibt an dieser Stelle regelmässig über Arzt-Patienten-Kommunikation.



Über Scherztabletten



Eberhard Wolff
Prof. Dr. rer. soc., Redaktor Kultur, Geschichte, Gesellschaft

Nein, der Titel enthält keinen Schreibfehler. Es geht um die unzähligen Spass-Medikamente aus Geschenkshops in Fussgängerzonen oder im Internet [1]. Sie sehen aus wie echte Medikamentenpackungen, doch bei genauerem Hinsehen sind es humorige «Gute-Noten-Pillen», «Anti-Shopping-Drops», «Hochzeits-Dragées» oder eine «Schleckimpfung». Statt Medikamenten enthalten sie Süsses, meist in Tablettenform.

Als Humor-Dosis zum «Tag der Kranken» sind sie weniger empfehlenswert. Sie eignen sich besser bei Einladungen als Mitbringsel, als Verlegenheitsgeschenk bei Praxis-Eröffnungen oder als Party-Gag mit überschaubarem Humorniveau. Danach liegen sie meist einfach rum. Mein Kollege hat neulich so etwas geschenkt bekommen, bezeichnenderweise beim «Schrott-Wichteln».

Es würde aber zu kurz greifen, die Scherztabletten mit einem müden Lächeln als unbedeutend oder gar als Ärgernis abzutun. Denn sie werfen von ungewohnter Seite ein Licht auf unsere Medizin. Etwa, wie diese sich visuell darstellt.

Die Spass-Medikamente machen mit der parodistischen Nachahmung deutlich, dass wir Medikamentenschachteln schon mit dem ersten kurzen Blick als solche wahrnehmen. «Ikonisch sein» nennt man das. Über das zurückhaltende Design, die meist weisse Grundfarbe, den dominanten, vielleicht latinisierten Markennamen in nüchterner, deutlicher Schriftart bis zu den wenigen grafischen Elementen wie waagerechten Strichen oder Balken. Und dabei sind wir noch nicht einmal bei den Beipackzetteln, die in den Spass-Medikamenten genauso parodiert werden. Der Markenauftritt als Medikament ist noch weit mehr als das, was die ohnehin schon detaillierten Swissmedic-Regelungen der «Wegleitung Packmittel für Humanarzneimittel» [2] vorgeben.

Die Humormedizin spielt mit der typischen Sprache leichtverständlicher Wirkstoff-, Indikations- und Wirkungsbeschreibungen sowie Anwendungshinweise und ihrer diskreten Selbstanpreisung. Die «Happy-Birthday-Pillen» enthalten den Wirkstoff «Hochsollstduleben».

Das «Idiotikum Akut» sei «bei anhaltender Dummheit» anzuwenden und «wirkt auch bei Vollidioten». Die «Gute-Noten-Pille» wiederum «wirkt bei bildungsdistanzierten Schülern». Die «Schleckimpfung» (drei Lollipops) soll «immun gegen Krisen» machen und sei «lokal im Mundraum aufzutragen». Die «Teenager-Nerve-Pille» kommt dagegen medikamentenkritisch daher: «Nützt eigentlich nicht, aber tut gut.»

Die Spass-Medikamente zeigen mit der parodistischen Nachahmung, wie «ikonisch» Medikamentenschachteln sind.

Scherztabletten fordern schliesslich sogar die starren Krankheitsklassifikationen à la ICD heraus. Hinter der «Prüfungsstress-Kombi», den «Anti-Alderungs-», «Liebeskummer-», «Putzfimmel-» und «Heimweh-Pillen», hinter «Herzklopfen-Drops», «Rente Akut» (bei Workaholics) und «Dickes Fell Egal Dragées» stehen patientenzentrierte Beschwerdekompexe, die in der alltäglichen hausärztlichen Praxis durchaus relevant sein dürften. Die Humormedizin tanzt so spielerisch auf den fließenden salutogenetischen Grenzen zwischen Krankheit und Unangenehmem, Gesundheit, Wohlergehen und Glück.

Spass-Medikamente spiegeln die «richtige» Medizin ironisch. Deshalb sollte man sie ernst nehmen. Das werden sie übrigens auch anderswo: Kürzlich sind sie einem bierernsten Test auf Preis, Umweltfreundlichkeit und Allergene hin verglichen worden [3]. Die meisten konnten das Zusatz-Kriterium «sieht echt aus» erfüllen. Ob sie lustig sind, wurde nicht getestet.



Literatur

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



Lernen Sie, wie Sie Daten-
sicherheit in der Praxis umsetzen –
mit der HIN Academy.

Mehr erfahren



Einfach sicher zusammenarbeiten im
Schweizer Gesundheitswesen

www.hin.ch/hinacademy

Laitea[®]
Lavendelöl (Silexan[®])

Laitea[®] weist den Weg bei Ängstlichkeit und Unruhe!

Einziges
pflanzliches
Anxiolytikum
in der SL³

- Vergleichbare anxiolytische Wirkung wie Lorazepam und Paroxetin^{1,2}
- Einmal täglich³
- Nicht sedierend⁴
- Gut kombinierbar mit Kontrazeptiva^{5,6}
- Enthält das Lavendelöl Silexan[®]



Kassenzulässig

Mikrokapsel
1x täglich

Gekürzte Fachinformation Laitea[®]: Z: 1 Kapsel enthält 80 mg Lavendelöl (Silexan[®]). I: Bei Ängstlichkeit und Unruhe. D: Erwachsene über 18 Jahre nehmen 1 Kapsel pro Tag ein. KI: Überempfindlichkeit gegen Lavendelöl, SS, Stillzeit, Leberinsuffizienz, Personen unter 18 Jahren und Patienten mit hereditärer Fructose-Intoleranz. UEW: Häufig: Aufstossen, Übelkeit und allergische Hautreaktionen. Selten: Kopfschmerzen. Sehr selten: Müdigkeit. IA: Keine bekannt. P: 14, 28 und 56 Kapseln. VK: D, kassenzulässig (SL) mit Limitatio siehe www.spezialitätenliste.ch ZI: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch

Referenzen: 1. Woelk H, Schläfke S. A multi-center, double-blind, randomised study of the Lavenderoil preparation Silexan in comparison to Lorazepam for generalized anxiety disorder. *Phytomedicine* 2010; 17:94–99. 2. Kasper et al. Lavender oil preparation Silexan is effective in generalized anxiety disorder--a randomized, double-blind comparison to placebo and paroxetine. *Int J Neuropsychopharmacol.* 2014 Jun;17(6):859–69. 3. www.swissmedinfo.ch 4. Mueller WE, Schwald A, Noeldner M, Kasper S, Friedland K. Pharmacological Bases of the therapeutic use of Silexan (Lasea[®]). *Psychopharmakotherapie* 2015; 22: 3–14. 5. Heger-Mahn D1, Pabst G, Dienel A, Schläfke S, Klipping C. No interacting influence of lavender oil preparation silexan on oral contraception using an ethinyl estradiol/levonorgestrel combination. *Drugs R D.* 2014 Dec;14(4):265–72. 6. Doroshenko O, Rokitta D, Zadayan G, Klement S, Schläfke S, Dienel A, Gramatté T, Lück H, Fuhr U. Drug cocktail interaction study on the effect of the orally administered lavender oil preparation Silexan on cytochrome P450 enzymes in healthy volunteers. *Drug Metab Dispos* 2013; 41:987–993. 05/2023

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.



**Schwabe
Pharma AG**
From Nature. For Health.