

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 6
7. Februar 2024



12 Pflegekräfte

Temporärarbeit: Was dafür spricht und was dagegen

16

Social Media

Medfluencer zwischen Geld, Einfluss und Evidenz

28

Zwei neue Gesichter

Verjüngung: Das SIWF plant seine Zukunft

40

Update nach zehn Jahren

Zertifizierungskriterien für Stroke Centers und Units



Wish you
were here

Not
Here

BETMIGA™. LOGISCH!

Symptomatische Behandlung der hyperaktiven Blase (OAB) mit den Symptomen erhöhte Miktionsfrequenz, imperativer Harndrang und/oder Dranginkontinenz.

Abgabekategorie: B. Kassenzulässig.
Weitere Informationen finden Sie in der Betmiga™ Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch.



Astellas Pharma AG
Richtiring 28, CH-8304 Wallisellen
Switzerland, www.astellas.ch

Date of preparation 11/2023, MAT-CH-BET-2023-00112



Betmiga™
mirabegron

Erneuerung und Verjüngung



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

Nach 15 erfolgreichen Jahren im Dienste der Aus-, Weiter- und Fortbildung der Schweizer Ärzteschaft stand beim Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) der Einbezug einer jüngeren Generation an. Mit der Wahl von Dr. med. Nathalie Koch und Dr. med. Barbara Schild als SIWF-Vizepräsidentinnen im letzten November wurde der Prozess angestossen. «Die Wahl ist auch ein klares Bekenntnis für eine Erneuerung und Verjüngung unsere Organisation», schreibt SIWF-Präsidentin Monika Brodmann in ihrem Leitartikel ab Seite 24. Auf den darauffolgenden Seiten haben Sie ausserdem die Gelegenheit, die zwei neuen SIWF-Vizepräsidentinnen näher kennenzulernen.

Jüngere Generationen bringen notwendigerweise neue Entwicklung. Ob es allerdings nur an ihnen liegt, dass Festanstellungen in der Pflege seltener werden, sei dahingestellt. Eher tragen die höher werdende Arbeitsbelastung und der ausgeprägte Fachkräftemangel zur Entwicklung bei. Das fordert Institutionen, die auf Pflegende angewiesen sind, in vielfältiger Weise. Wie sie auf diesen Trend reagieren, lesen Sie ab Seite 12.

Der Fachkräftemangel und die steigende Lebenserwartung führen bei den Babyboomern dazu, dass vermehrt auch Ärztinnen und Ärzte über das Pensionsalter im Beruf bleiben möchten. In der Schweiz sind 21% der aktiven Chirurgeninnen und Chirurgen über 60 Jahr alt, 9,8% über 65

und 4,8% über 70. Aber sind diese Personen noch fit genug für ihren Beruf? Die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC/SSC) hat ein Assessment erarbeitet, das den Chirurgeninnen und Chirurgen ein Feedback zu ihrer Leistungsfähigkeit gibt. Lesen Sie mehr dazu ab Seite 32.

«Die Wahl ist auch ein klares Bekenntnis für eine Erneuerung und Verjüngung unserer Organisation.»

Vor 12 Jahren wurden die letzten Richtlinien und Anforderungsprofile für Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz erlassen. Eine Auffrischung und Anpassung an die aktuellen Begebenheiten und den neusten Wissensstand war auch hier notwendig. Speziell im Fokus stand bei der Überarbeitung die rasch voranschreitende interprofessionelle, fachliche Zusammenarbeit in diesem Bereich. Im Swiss Medical Forum erfahren Sie ab Seite 40 mehr zu den Anforderungen, die ein Stroke Unit und ein Stroke Center gemäss den Mitgliedern der Arbeitsgruppen Stroke Unit und Netzwerk Stroke Pflege der Schweizerischen Hirnschlaggesellschaft sowie der Hirnschlagkommission der «Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies» (SFCNS) erfüllen müssen.

Anzeige

Canephron®



Canephron® (Tausendgüldenkrout, Liebstöckelwurzel, Rosmarinblätter). Kat. D.
Pflanzliches Urologikum. Ausführliche Angaben siehe www.swissmedinfo.ch.

Biomed AG, Überlandstrasse 199, CH-8600 Dübendorf. © Biomed AG. 12/2023. All rights reserved.

BioMed®



Erkunden. Mitwissen.

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



Nutzen Sie exklusive Services:

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

Im Fokus

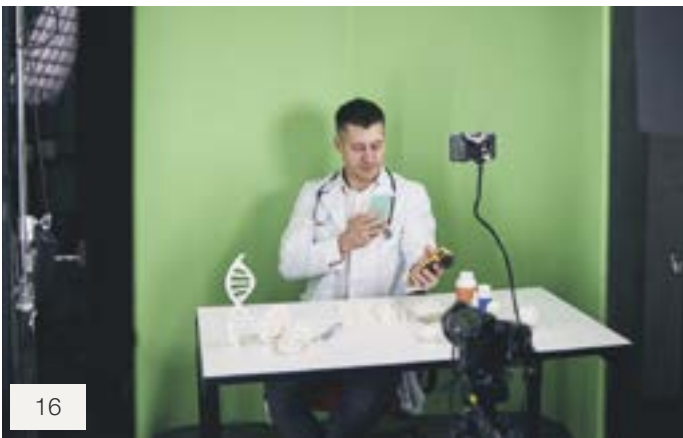


12

Wenn Pflegende nur noch temporär arbeiten

Arbeitsmarkt Mit der zunehmenden Arbeitsbelastung wollen sich immer mehr Pflegende nicht mehr fest anstellen lassen. In den Institutionen wird Temporärarbeit nicht gern gesehen. Doch die Entwicklung hat einiges in Bewegung gesetzt.

Andrea Söldi



16

Tiktok, der Doktor ist da

Soziale Medien Innert weniger Monate werden aus Gesundheitsfachleuten Stars auf Youtube, Instagram oder Tiktok. Sie informieren über Krankheiten und Behandlungen, plaudern über ihren Berufsalltag oder verbinden Gesundheit mit Humor. Aber es geht auch um Geld, um Einfluss und manchmal sogar um zweifelhafte medizinische Fakten.

Daniel Saraga



72

Gewalt gegen Medizinalpersonen

Recht Schläge, Tritte, Beleidigungen, Drohungen - Alltag in vielen schweizerischen Gesundheitseinrichtungen. Was vielen medizinischen Fachpersonen jedoch nicht klar ist: Gegen sie gerichtete Gewalt oder Drohungen können den Tatbestand der «Gewalt oder Drohung gegen Beamte» erfüllen. Katja Gfeller und Sascha Bättig erläutern die rechtliche Lage.

Katja Gfeller, Sascha Bättig

Anzeige

Kassenzulässig in der Liste B¹

Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

Die überzeugende Lösung mit dem dualen Wirkmechanismus²

Zur Linderung von Beschwerden infolge benigner Prostatahyperplasie¹

www.swissmedicinfo.ch | www.schwabepharma.ch

Referenzen

1. www.swissmedicinfo.ch 2. Koch E. et al. Pharmakologische Wirkungen von Sabal- und Urticaextrakten als Grundlage für eine rationale Therapie der BPH. Der Urologe (B) 1994; 34: 90-95. 07/20
Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.

Indikation auf Augenhöhe mit Tamsulosin¹ ✓

Ohne Beeinträchtigung der Sexualität¹ ✓



Schwabe
Pharma AG

From Nature. For Health.

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Sandra Ziegler Erneuerung und Verjüngung	28	SIWF Mit Forza und Verve für die ärztliche Bildung
8	REDAKTIONELLE INHALTE	31	Personalien
8	News	32 ORGANISATIONEN	
8	Auf den Punkt Das Heft allein genügt nicht mehr	32	Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie Nimmt die Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter ab?
12	Coverstory Wenn Pflegende nur noch temporär arbeiten	37 SWISS MEDICAL FORUM	
16	Hintergrund Tiktok, der Doktor ist da	38	Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause
20	Forum Wahrnehmen und Bewegen	40	Aktuell Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz
21	Mitteilungen	50	Kommentar Time is brain!
70	Wissen Weniger Versuchstiere dank neuer Forschungsmethode	52	Der besondere Fall Pulmonale Raumforderungen mit überraschendem Befund
72	Praxistipp Gewalt gegen Medizinalpersonen	66 SCHWERPUNKT: UROLOGIE	
74	Zu guter Letzt von Rouven Porz Lieber nicht	66	Der Schmerz im Zentrum
23 FMH		68	Funktionelle Ergebnisse nach fokaler Therapie
24	Leitartikel des Zentralvorstandes Das SIWF plant die Zukunft der ärztlichen Weiter- und Fortbildung	55 SERVICES	
26	FMH Aktuell Gesamterneuerungswahl 2024 Steuerungsausschuss SAQM	55	Stellenmarkt
		61	FMH Services
		75	Seminare und Veranstaltungen

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

Offizielles Organ der FMH, der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
Kontakt: Tel. +41 61 467 85 55, redaktion.saez@emh.ch, www.saez.ch

Redaktion: Rahel Gutmann, Carole Scheidegger, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, 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. Werli, Baden.
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.medicalforum.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: © Monkey Business Images / Dreamstime

Ohne komplizierte Rechnung?

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

MAGNESIUM

Diasporal®

12 mmol*

Mg

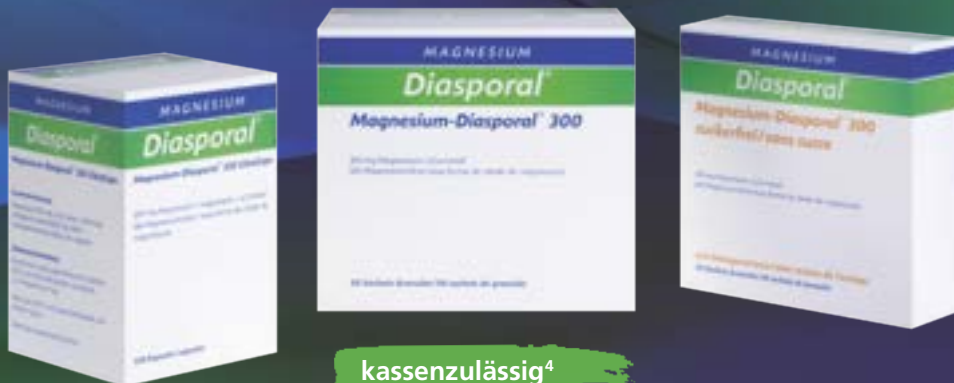
Magnesium
nur 1x Einnahme
pro 24 Stunden



Leistung,
die ankommt.

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

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



kassenzulässig⁴

* entsprechend der zugelassenen Dosierung

Referenzen

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

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

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

DG
DOETSCH GREETHER
PHARMA · OTC · CONSUMER CARE

DG.R.03.092023.9



Klicken statt blättern: Das Gesundheitsheft von Pädiatrie Schweiz soll digital werden.

Auf den Punkt

Das Heft allein genügt nicht mehr

Digitalisierung Das Gesundheitsheft enthält im Idealfall alle wichtigen Gesundheitsschritte eines Kindes von der Geburt bis zum Jugendalter. Im weniger idealen Fall ist es bald unauffindbar. Deshalb muss das Heft unbedingt digitalisiert werden, sagt Susanne Stronski, Vorstandsmitglied von Pädiatrie Schweiz und Präsidentin des Vereins Digitales Gesundheitsheft.

Interview: Rahel Gutmann

Susanne Stronski, seit 1994 wird das Gesundheitsheft von Pädiatrie Schweiz in gedruckter Form an frischgebackene Eltern verteilt. Ein Erfolgskonzept?

Mit dem Gesundheitsheft erreichen wir bei den Neugeborenen respektive bei ihren Eltern eine Abdeckungsrate von weit über 90%. Es wird in den Spitälern, Geburtshäusern und auch bei Hausgeburten verteilt und stellte 1994 einen der ersten sogenannten «patient-held records» dar. Eine Idee bei der Einführung war, das Selbstmanagement der Eltern zu fördern. Gleichzeitig gewährleistet das Gesundheitsheft die Kontinuität in der Versorgung der Kinder und Jugendlichen, vermeidet Redundanzen und dient als transdisziplinäres Tool. Denn es ist sowohl beim Besuch der Hebamme dabei wie auch beim Kinderarzt.

Weshalb soll es nun digitalisiert werden?

Das Thema Digitalisierung steht schon länger im Raum. Das gedruckte Heft genügt in der heutigen Zeit nicht mehr. Zum

Beispiel: Was passiert, wenn sich die Eltern trennen? Dann bleibt das Heft bei einem Elternteil, während der andere mit dem Kind in die Arztpraxis geht. Zudem gibt es viel Forschung dazu, wie Eltern mit digitalen Informationen umgehen. Etwa von Prof. Julia Dratva, die vonseiten der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) für das Projekt mitverantwortlich ist. Eltern sind heute digital orientiert und holen sich ihre Informationen im Internet. Auf Elternwebsites, bei Gesundheitsdiensten oder bei Kliniken. Da stellt sich die Frage: Warum bieten wir als Fachgesellschaft nichts Vergleichbares in Form einer Website und einer App an?



Dr. med. Susanne Stronski

Fachärztin für Kinder und Jugendliche, Master of Public Health, Vorstandsmitglied von Pädiatrie Schweiz, Präsidentin des Vereins Digitales Gesundheitsheft.

Das klingt einleuchtend. Trotzdem ist es bis jetzt schwierig, Geldgeber für das Projekt zu finden.

Das stimmt leider. Deshalb haben wir Ende 2021 den Verein Digitales Gesundheitsheft gegründet, der von Pädiatrie Schweiz, der ZHAW und vom Kollegium für Hausarztmedizin getragen wird. Dieses Jahr arbeiten wir intensiv daran, Gelder zu akquirieren und sind mit einigen Organisationen im Gespräch. Die Schwierigkeit ist, dass wir uns nicht für Forschungsfördergelder bewerben können – obwohl alle sehr interessiert an den Daten aus unserem Projekt sind.

Wie meinen Sie das?

Zurzeit ist viel in Bewegung, um Spitaldaten über die Kinder- und Jugendgesundheit zusammenzuführen. Aber diese decken längst nicht die gesamte Kinderpopulation ab. Aus dem ambulanten Bereich fehlen uns Daten. Hier könnte das digitale Gesundheitsheft eine Lücke schliessen, weil es auch die Daten von «gesunden» Kindern umfassen würde.

Ist auch eine Schnittstelle zum elektronischen Patienten dossier (EPD) geplant?

Wir streben eine Schnittstelle an, sodass die Daten aus dem Gesundheitsheft ins EPD übertragen werden können. Mir ist wichtig, anzumerken, dass das Gesundheitsheft keine Konkurrenz zum EPD darstellt.

Gibt es erfolgreiche Beispiele aus dem Ausland?

Ja, zum Beispiel aus den Niederlanden, wo es bereits eine entsprechende App gibt. An einem Kongress haben wir uns zu den Erfahrungen ausgetauscht. In den Niederlanden zeigt sich, dass die Väter sich bei der digitalen Version stärker involvieren. Zudem wird in der App auf weitere Gesundheitsinformationen für Kinder und Jugendliche verwiesen.

Ist das auch hier in Planung?

Vorerst ist es unser Ziel, bis Ende des Jahres ein Pilotprojekt auf die Beine zu stellen. Zu einem späteren Zeitpunkt möchten wir die Applikation auch mit glaubwürdigen externen Quellen verknüpfen. So können wir den Eltern eine Art Guide zur Verfügung stellen. Eine Auswahl an Informationen, bei denen sie wissen, dass sie verlässlich sind. Aus meiner Sicht gehört das zu den Aufgaben einer Fachgesellschaft.

Sie werden dieses Jahr eine Befragung zum Gesundheitsheft unter Ihren Mitgliedern durchführen. Was ist das Ziel der Befragung?

Mit der Befragung wollen wir zum einen abklären, wie wir das Gesundheitsheft inhaltlich verbessern können. Zum anderen wird sie Fragen zur Digitalisierung enthalten. Denn eine der Herausforderungen für das digitale Gesundheitsheft wird das Zusammenspiel mit dem Primärsystem in den Praxen sein. Bisher werden die Notizen von Hand eingetragen, das ist einfach.

Und in der Zukunft?

Setzen wir auf die Eltern. Diese kommen bereits heute mit Apps in die Praxis, in denen sie etwa die Wachstumskurve ihres Kindes eintragen. Sie werden deshalb keine Probleme haben, Daten in das digitale Gesundheitsheft einzutragen.

Persönlich

Neuzugang in der psychiatrischen Abteilung am CHVR



Dr. med. Agathe Greiser-Evain

CHVR Dr. med. Agathe Greiser-Evain ist zur Leitenden Ärztin der Abteilung für ambulante Psychiatrie und Psychotherapie der Spitäler des französischsprachigen Wallis (CHVR) ernannt worden. Greiser-Evain schloss ihr Medizinstudium 2013 in Genf ab. Nach einem Jahr in der allgemeinen Chirurgie am Freiburger Spital in Riaz begann sie ihre Spezialisierung in Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsspital Lausanne (CHUV), wo sie bis 2022 als Assistenzärztin und stellvertretende Leiterin der Klinik tätig war. Danach übernahm sie die Funktion der stellvertretenden Oberärztin in der Abteilung für Alterspsychiatrie und -psychotherapie des CHVR. Ihren Facharztstitel erlangte sie 2023.

Julian Cornelius leitet neue Uroviva-Praxis im Aargau



Dr. med. Julian Cornelius

Uroviva Dr. med. Julian Cornelius hat die Leitung der neuen urologischen Praxis der Uroviva AG im Kanton Aargau übernommen. Der neue Standort befindet sich in den Räumlichkeiten der Privatklinik Villa im Park, wo Cornelius seit Oktober 2023 als Belegarzt tätig ist. Der Urologe hat sich am Luzerner Kantonsspital und an der Universitätsklinik für Urologie des Inselspitals in Bern im Fachbereich Urologie spezialisiert. Neben der allgemeinen Urologie und Uro-Onkologie hat er einen klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkt in der funktionellen Urologie einschliesslich minimalinvasiver Behandlungen bei Prostatahyperplasie und der Andrologie und Sexualmedizin.

Neuer Chefarzt der HNO-Abteilung im Wallis



Dr. med. Bassel Hallak

Wallis Die Spitäler des französischsprachigen Wallis (CHVR) haben Dr. med. Bassel Hallak zum Chefarzt der HNO-Abteilung ernannt. Er ist dort seit 2013 als Leitender Arzt in der Abteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Hals- und Gesichtschirurgie tätig. Hallak ist syrischer Abstammung und kam 2004 nach Frankreich. 2008 begann er am Kantonsspital Freiburg zu arbeiten und wechselte 2010 für drei Jahre an das Universitätsspital Lausanne (CHUV), um seine Ausbildung in der HNO-Heilkunde zu vervollständigen. Der HNO-Facharzt verfügt über zahlreiche Abschlüsse und Zusatzausbildungen. Er wurde 2023 zum Fellow des American College of Surgeons ernannt.

Aus der Wissenschaft

Ursache für Herzfehler
entschlüsselt

Down-Syndrom Das Gen namens Dyrk1a ist für die Herzfehler verantwortlich, mit denen etwa die Hälfte aller Menschen mit Down-Syndrom geboren werden. Zu diesem Ergebnis kommt ein Forschungsteam um Victor Tybulewicz vom Francis Crick Institute in London. Die Forschenden verglichen das Herzgewebe von menschlichen Embryos mit und ohne Trisomie 21 mit verschiedenen Mausmodellen. Dabei fanden sie heraus, dass eine zusätzliche Kopie von Dyrk1a die Aktivität von Genen beeinträchtigt, die die Zellteilung während der embryonalen Herzentwicklung steuern. Zudem war die Funktion der Mitochondrien gestört. Diese Veränderungen standen im Zusammenhang mit einer fehlerhaften Trennung der Herzkammern, die Grundlage der Herzfehler beim Down-Syndrom ist. Dyrk1a wird mit den kognitiven Beeinträchtigungen und Gesichtsveränderungen beim Down-Syndrom in Verbindung gebracht, seine Rolle bei der Herzentwicklung war jedoch nicht bekannt.

doi.org/10.1126/scitranslmed.add6883

Syphilis schon vor
Kolumbus in Amerika

Prähistorisches Erbgut Forschende der Universitäten Basel und Zürich haben das Erbgut des Erregers *Treponema pallidum* in Knochen von Menschen entdeckt, die vor 2000 Jahren in Brasilien gestorben sind. Dieser bisher älteste gesicherte Fund des Erregers beweist, dass Menschen bereits lange vor der Entdeckung Amerikas durch Kolumbus an Syphilis-ähnlichen Erkrankungen, sogenannten *Treponematosen*, gestorben sind. «Da wir in Südamerika keine sexuell übertragene Syphilis gefunden haben, erscheint die Theorie, dass Kolumbus Syphilis nach Europa gebracht hat, immer unwahrscheinlicher», sagt Studienleiterin Prof. Dr. Verena Schünemann. Der DNA-Vergleich mit heutigen Krankheitserregern zeigt, dass die Erreger der *Treponema pallidum*-Familie im Zeitraum zwischen 12 000 und 550 v. Chr. entstanden sein müssen. Die Entstehungsgeschichte dieser Erreger reicht damit sehr viel weiter zurück, als bisher angenommen.

doi.org/10.1038/s41586-023-06965-x

Vermischtes

Sepsis bei Kindern



© Nitipong Choosompop / Dreamstime

Neue Forschungsergebnisse verbessern die Diagnose von Sepsis bei Kindern.

Diagnose Ein internationales Forschungsteam unter der Co-Leitung des Universitäts-Kinderspitals Zürich hat evidenzbasierte Kriterien erarbeitet, um Sepsis bei Kindern zu diagnostizieren. Die Forschenden analysierten mithilfe von Künstlicher Intelligenz die Daten von über 3,5 Millionen an Sepsis erkrankten Kindern. Sie nutzten Machine-Learning-Methoden, um die Kriterien abzuleiten. Dabei entwickelten sie den neuartigen «Phoenix Sepsis Score». Mit diesem lässt sich der Schweregrad des Organversagens bei Kindern mit Sepsis rasch und zuverlässig erfassen.

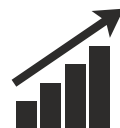
Für ihre Studie (doi.org/10.1001/jama.2024.0179) verwendeten die Forschenden erstmals auch Daten aus Ent-

wicklungsländern in Südamerika, Afrika und Asien. Die neuen Kriterien können in kleinen und grossen Spitalern sowie in unterschiedlichen Gesundheitssystemen weltweit eingesetzt werden. «Zum ersten Mal gibt es standardisierte und evidenzbasierte Kriterien, welche in Zukunft die Früherkennung dieser gefährlichen Krankheit nachhaltig verbessern können», sagt Co-Leiter Prof. Dr. med. Luregn Schlapbach, Professor für Pädiatrische Intensivmedizin an der Universität Zürich und Chefarzt Intensivmedizin am Universitäts-Kinderspital Zürich.

Weltweit sterben jährlich rund drei Millionen Kinder an Sepsis. Jedes dritte Kind, das eine Sepsis überlebt, leidet an zum Teil schweren Langzeitfolgen.

In Zahlen

Medikamentenkonsument nimmt zu



Im Jahr **2022** nahmen **55%** der Schweizer Wohnbevölkerung ab **15 Jahren** über einen Zeitraum von **7 Tagen** ein Medikament ein, wie die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamts für Statistik (BFS) zeigt.

Der Anteil der Personen, die Schmerzmittel einnehmen, ist von **12%** im Jahr **1992** auf **26%** im Jahr **2022** gestiegen. Der Anteil der Personen, die Psychopharmaka einnehmen, liegt seit **2007** bei **9%**.



Frauen (**59%**) nahmen häufiger Medikamente ein als Männer (**51%**). Der Konsum steigt mit zunehmendem Alter und erreicht bei Personen ab **75 Jahren 86%**.

© Elsa Nur Afiana / Dreamstime; Arkadi Bojaršnov / Dreamstime; Srengana Petrovskaya / Dreamstime

Kopf der Woche

Er geht neue Wege



Dr. med. Steven Maurer

Baden Keine Narkose, keine Schmerzmittel: Dr. med. Steven Maurer, stellvertretender Oberarzt Orthopädie am Kantonsspital Baden (KSB), hat erstmals einen hypnotisierten Patienten operiert – eine Premiere am KSB. Dem 55-jährigen Mann wurden eine Metallplatte und Schrauben aus dem linken Schien- und Wadenbein entfernt. Der Verzicht auf eine Narkose war gewünscht, so Maurer: «Das Anliegen war für uns sehr aussergewöhnlich. Ich hatte zwar schon davon gehört, hätte aber nie gedacht, dass ich jemals eine OP an einem hypnotisierten Patienten durchführen würde.» Das KSB wollte dem Wunsch des Patienten entsprechen: «Mir war wichtig, dass der Patient ein Aufklärungsgespräch mit der Anästhesie geführt hat und die Kollegen das Risiko für eine Komplikation als gering einschätzten.» Schmerzen seien bei der OP zu erwarten gewesen. «Ich persönlich gehe bei einem rund zehn Zentimeter langen Hautschnitt bis auf den Knochen des Schien- und Wadenbeins von stärkeren Schmerzen aus.»

Die Chirurgen des KSB hatten aber einen Notfallplan vorbereitet. «Bei Schmerzen hätten wir eine lokale Betäubung vorgenommen oder die OP gar abgebrochen.» Vierzig Minuten vor dem Start der OP habe sich der Patient mit

Audio-Aufnahmen in Trance versetzt, so das KSB. Die Operation sei problemlos verlaufen, sagt Steven Maurer: «Ich habe vom Patienten ab und an ein leichtes Stöhnen wahrgenommen, aber kein Zucken oder Zurückziehen des Beines.» Auch die Nachsorge sei problemlos gewesen. «Nach seiner ersten Operation hat er noch ziemlich viel Schmerzmittel benötigt. Dieses Mal verzichtete er komplett darauf.» Eine Stunde nach der OP verliess er das Spital wieder, «zu Fuss», wie das KSB mitteilt.

Steven Maurer ist offen für weitere kleinere Eingriffe an hypnotisierten Patienten. Zudem könne eine Hypnose begleitend zu einer lokalen Anästhesie zum Einsatz kommen, um den Patienten zu beruhigen. Ein Problem sieht Maurer aber bei der Planbarkeit: «Ein Patient muss in einem gewissen Zeitraum den Trancezustand für die OP erreichen, ansonsten kommt der ganze Plan ins Stocken. Auch unter ökonomischen Gesichtspunkten ist das schwierig.» Bei grösseren Eingriffen, vor allem solchen mit kardio-pulmonalem Schwerpunkt, sei eine Hypnose fahrlässig. «Ich sehe eine Zukunft für die Hypnose in der Schmerzmedizin und der Behandlung im ambulanten Bereich.» Die klassische Anästhesie bleibe weiterhin unverzichtbar.

Aufgefallen



© CreativeErdavors / Dreamsime

Resistente Keime Wenn Antibiotika nicht mehr wirken, wird die Therapie gegen krankmachende Bakterien schwieriger. Insbesondere Personen mit Vorerkrankungen können über viele Jahre resistente Keime in sich tragen und immer wieder an Infektionen leiden. Dies zeigt eine aktuelle Studie der Universität und des Universitätsspitals Basel (doi.org/10.1038/s41467-023-44285-w).

Wenn Pflegende nur noch temporär arbeiten

Arbeitsmarkt Mit der zunehmenden Arbeitsbelastung wollen sich immer mehr Pflegende nicht mehr fest anstellen lassen. In den Institutionen wird Temporärarbeit nicht gern gesehen. Doch die Entwicklung hat einiges in Bewegung gesetzt.

Andrea Söldi

Gegen Nachtschichten hat Bianca Kraus generell nichts einzuwenden. Doch als die Pflegefachfrau im Aufwachaum des Universitätsspitals Zürich (USZ) arbeitete, erhielt sie nach fünf bis sechs Nächten jeweils nur eineinhalb Freitage und musste dann schon wieder für den Frühdienst antreten. «Das hat mich geschlaucht», sagt die 37-Jährige. Sie habe jeweils die ganzen freien Tage durchgeschlafen.

Dies war einer der Gründe, weshalb sie sich vor vier Jahren für die Temporärarbeit entschied. Zunächst behielt sie eine Festanstellung von 60% bei und arbeitete zusätzlich im Pool der Klinik Hirslanden oder über eine Vermittlungsfirma. Seit letztem Sommer setzt sie nun vollständig auf das temporäre Arbeitsmodell. «Vielerorts treffe ich auf Teams mit häufigem Personalwechsel und vielen, die wenig Deutsch sprechen. Da passieren oft Fehler.» Unter diesen Umständen möge sie sich nicht voll auf ein Team einlassen. Zudem schätze sie die Abwechslung.

Kraus ist bei der Stellenvermittlungsfirma Carepeople unter Vertrag. Zu Beginn habe sie jeweils auf der App eingetragen, an welchen Tagen sie arbeiten kann. Oft bot sie sich auch für Spät- und Nachtdienste an. So wurde sie oft tageweise von diversen Spitälern gebucht und arbeitete mal da, mal dort. Seit etwa einem Jahr würden die Institutionen aber Temporäre lieber für längere Perioden einsetzen, macht Kraus die Erfahrung. Seit dem Oktober arbeitet sie nun im Universitätsspital Zürich auf der Abteilung für Stammzellentherapie, voraussichtlich noch bis im März.

Andere Branchen haben mehr

Temporärarbeit in der Pflege ist ein umstrittenes Thema. Seit der Pandemie und dem gestiegenen Personalmangel hat

sich das Modell stark verbreitet, liegt aber gemäss Erhebungen des Personaldienstleisterverbands Swisstaffing mit einem Anteil von 2,2% immer noch unter demjenigen im Gesamtmarkt von 2,6%. Doch Temporären geht der Vorwurf des Rosinenpickens voraus, weil sie teilweise Bedingungen bezüglich Arbeitszeiten stellen. Die Festangestellten müssten dann abdecken, was übrig bleibe, lautet die Kritik. Zudem würden Temporäre die prekäre Situation durch unanständige Lohnforderungen ausnutzen und die Kosten in die Höhe treiben.

Der Anteil von Temporärarbeit in der Pflege ist gestiegen, liegt aber unter demjenigen im Gesamtmarkt.

Mehr Aufwand für Ärzteschaft

Auch die FMH steht der Praxis kritisch gegenüber: «Temporärarbeitende sind mit der Kultur der Institution nicht vertraut und stellen sich nicht auf eine dauerhafte Zusammenarbeit ein», sagt Präsidentin Yvonne Gilli. Mit einem grösseren Anteil an Temporären sei es kaum möglich, eine positive gemeinsame Arbeitskultur auf der Basis von Beziehung und Vertrauen zu etablieren.

Für die Ärztinnen und Ärzte, die täglich eng mit den Pflegenden zusammenarbeiten, bedeute die Anstellungsform mehr Aufwand. Zudem würden temporäre Anstellungen deutlich mehr kosten, was sich negativ auf die Gesamtheit der Angestellten auswirke, so Gilli weiter. «Den vermehrten und auf die Dauer ausgerichteten Einsatz von temporär Ar-



© Monkey Business Images / Dreamstime

Neben zusätzlichem Aufwand für die Einarbeitung temporärer Arbeitskräfte wird auch die Wirkung auf den Teamspirit als herausfordernd beschrieben.

beitenden halten wir für problematisch.» Chancen sieht der Verband jedoch, um zeitlich begrenzte Lücken zu schliessen.

Temporärarbeit gebe es zwar auch im ärztlichen Beruf, sagt die Präsidentin, doch das sei wegen der grundsätzlich unterschiedlichen Rahmenbedingungen weit seltener. Während die meisten Pflegefachpersonen eine abgeschlossene Ausbildung haben, befindet sich die Mehrzahl der in Spitälern angestellten Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung für den Erwerb des Facharztstitels. In dieser begrenzten Phase seien sie eher bereit, Überstunden zu leisten, sagt Yvonne Gilli.

Bessere Bedingungen für Festangestellte

Wenig angetan von der Entwicklung ist man auch bei den Spitälern. Das Modell sei zwar schon länger verbreitet und auch sinnvoll, etwa um saisonbedingte Schwankungen aufzufangen, schreibt Caroline Johnson, Mediensprecherin am Universitätsspital Basel (USB). Seit Anfang 2023 sei aber das Ausmass stark gestiegen. «Temporärarbeit konkurrenziert zunehmend die Festanstellungen.» Aufgrund negativer Erfahrungen und unseriöser Praktiken im Bereich der Vermittlung arbeitet das USB mittlerweile nur noch mit wenigen Firmen zusammen und schliesst mit ihnen einen Vertrag ab, der unter anderem die Anforderungen und Weiterbildungspflichten regelt.

Unterdessen konnte das Spital den Einsatz von Temporären wegen wachsenden Interesses an Festanstellungen wieder reduzieren. Dazu tragen verbesserte Anstellungsbedingungen bei. Zum Beispiel werden Nacht- und Wochenenddienste sowie kurzfristiges Einspringen besser vergütet. Weiter hat das USB einen eigenen Pool geschaffen.

Statt in Vermittlungsgebühren sollte Geld in die Verbesserung der Bedingungen für Festangestellte fliessen.

Stimmung in Teams leidet

Auch das Kantonsspital Luzern (LUKS) will künftig so weit wie möglich auf Temporäre verzichten. Während man aber im Operationsbereich noch immer stark auf sie angewiesen ist, konnte der Anteil in der Intensiv- und Notfallpflege bereits deutlich reduziert werden. «Festangestellten Mitarbeitenden bleiben oft die unattraktiven Dienste, dafür haben sie zusätzlichen Aufwand für die Einarbeitung», erklärt Michael Döring, Leiter Gruppenbereich Pflege und Soziales. Zudem werde die Wirkung auf den Teamspirit als herausfordernd beschrieben. Das LUKS verfügt über einen grossen Pflegepool und konnte den Anreiz für Festanstellungen unterdessen verstärken, unter anderem mit höheren Zulagen, zusätzlichen Ferientagen, Jobsharing- und Gleitzeitmodellen, halben Diensten oder der Möglichkeit zur Weiterbeschäftigung im Pensionsalter.

SBK würde Geld lieber anders einsetzen

Der Verband der Schweizer Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) stört sich ebenfalls an den Mehrkosten aufgrund der Vermittlungsgebühren: «Wir würden es sehr viel lieber sehen, wenn dieses Geld in die Verbesserung der

Arbeitsbedingungen der Festangestellten fliessen würde», hält die stellvertretende Geschäftsführerin Christina Schumacher fest. Die Agenturen würden Pflegende teilweise aggressiv anwerben. Ein grosser Nachteil sei zudem, dass die Kontinuität in der pflegerischen Versorgung schwerer aufrechterhalten werden könne. «Temporäre Mitarbeitende kennen meist die Abläufe und das spezifische Fachgebiet nicht.» Besonders in den Pflegeheimen seien kurze Einsätze der Qualität wenig förderlich: «Es ist schwierig, in so kurzer Zeit eine Beziehung zu den Bewohnerinnen und Bewohner aufzubauen und es fehlt an Zeit, sich eingehend mit ihrer Situation zu befassen.»

Chance für Wiedereinsteigerinnen

Derweil heben die Vermittlungsagenturen erwartungsgemäss die Vorteile von Temporärarbeit hervor. «Mit unseren flexiblen Arbeitsmodellen ermöglichen wir ausgebildeten Fachkräften die Aufrechterhaltung der beruflichen Tätigkeit, respektive den Wiedereinstieg», betont Petra Fischer, stellvertretende Geschäftsleiterin der Firma Careanesth. Die Option, neben Familie und Freizeit zu arbeiten, bringe viele ins Gesundheitswesen zurück oder verhindere zumindest deren Ausstieg.

Modelle des selbstbestimmten Arbeitens seien zudem stabiler, der Zwang zu Schichtbetrieb nicht mehr zeitgemäss, ergänzt Philipp Balschert von der Firma Coople. Zudem sei es bei knappen Ressourcen nötig, diese möglichst effizient einzusetzen, statt dass jede Institution nur für sich allein Personal suche. Dass Temporärarbeit auch Wiedereinsteigerinnen Chancen bietet, sei auch volkswirtschaftlich von grosser Bedeutung.

Marge bleibt geheim

Bei einem Anteil von gut 2% der Belegschaft seien die höheren Lohnkosten zudem vernachlässigbar, sagt Balschert. Wie viel die Agenturen selbst pro Vermittlung verdienen, wollen die angefragten Firmen jedoch nicht offenlegen. Vonseiten Careanesth ist lediglich zu erfahren, dass den Arbeitgebern zwischen 1,3- und 1,4-mal der ausbezahlte Bruttolohn berechnet wird. Bei anderen Firmen soll der Faktor bis zu 1,8 betragen. Darin sind aber auch Ferien, Feiertage, der 13. Monatslohn sowie die Arbeitgeberanteile der Sozialabgaben enthalten. Der Gesamtarbeitsvertrag für den Personalverleih schreibt neben definierten Mindestlöhnen nämlich auch eine Absicherung bei Unfall oder Krankheit sowie Beiträge an die Altersvorsorge vor. Gemäss einer Studie der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) kosten temporäre Vollzeitangestellte im Durchschnitt 11% mehr.

Spitäler bewegen sich unter Druck

Mit den verschiedenen Aspekten der Temporärarbeit in der Pflege befasst sich das Forschungsprojekt CroWiS, an dem drei Hochschulen beteiligt sind. Wie eine Befragung von 600 Pflegepersonen in der Schweiz ergeben hat, kommt es im Alltag zu bis zu einem Drittel kurzfristigen Personalausfällen. 80% davon würden nicht ersetzt, sagt Michael Simon von der Universität Basel, und 20% würden mit Teammitgliedern abgedeckt, die «aus dem Frei» geholt werden. Unter diesem Gesichtspunkt scheint ihm der Einsatz von Temporären immer noch die bessere Lösung. In der Realität habe

das Thema sowieso eine weit weniger grosse Bedeutung als in der öffentlichen Wahrnehmung, betont der Professor für Pflegewissenschaft. «Es handelt sich um ein Randphänomen. Abwerbungen sind selten.»

Unter dem Druck der vermehrten Personalknappheit und Abwanderung zu Vermittlungsagenturen habe sich aber bereits einiges zum Besseren gewendet, beobachtet Simon. Zum Beispiel werde jetzt vermehrt über flexiblere Arbeitsmodelle nachgedacht und mancherorts auch über institu-

Temporärarbeit halte Fachkräfte im Arbeitsmarkt und ermögliche Wiedereinstiege, heisst es bei den Vermittlungsagenturen.

tionsübergreifende Pools. Weiteres Potenzial sieht er bei der Personalplanung. Die Gesundheitsindustrie habe sich lange nicht damit beschäftigt, wann wie viel Personal benötigt wird. Und erst seit Kurzem nutze man für das Erstellen von Dienstplänen nun endlich auch digitale Tools, bei denen alle ihre Wünsche eintragen können, sagt der Experte. «Die Software spuckt innert Sekunden einen Vorschlag aus, der zu mehr Zufriedenheit führt.»

Derartige Veränderungen wünscht sich auch Susan Elmer schon länger. Die Expertin für Anästhesiepflege arbeitet seit über zehn Jahren ausschliesslich temporär, weil sie gerne längere Reisen unternimmt, und hat sich 2019 sogar selbstständig gemacht. Zwischen den Reisen arbeitet sie immer wieder hochprozentig für mehrere Monate in einer Klinik und leistet daneben tageweise ambulante Einsätze bei Anästhesien in Zahnarztpraxen. Zurzeit hilft sie im Spital Bülach aus. «Ich decke alle Dienste ab», betont die 45-Jährige. «Wenn zum Beispiel das Ops-Fest ansteht, mache ich auch mal Spätdienst, damit die anderen zusammen feiern können.»

Anzeige

1) Fragkoulis C, et al. Arab J Urol. 2021;19(4):460-463. | 2) Fachinformation Orgovyx 120 mg Filmtabletten Stand 07/2023. | 3) Shore ND, et al. N Engl J Med. 2020;382(4):2187-2196. | *ADT: Androgen Deprivation Therapy | **bei Erwachsenen

Orgovyx® Filmtabletten

Z: Wirkstoff: Relugolix; Filmtabletten zu 120 mg. I: Fortgeschrittenes, hormonsensitives Prostatakarzinom. **D:** >18 J.: Aufsättigungsdosis 1, Tag: 360 mg, anschl. 120 mg 1×/Tgl. **KI:** Überempfindlichkeit. **IA:** Orale P-gp-Inhibitoren wie bestimmte Antinfektiva (z.B. Azithromycin, Erythromycin, Clarithromycin, Gentamicin, Tetracyclin), Antimykotika (Ketoconazol, Itraconazol), Antihypertensiva (z.B. Carvedilol, Verapamil), Antiarrhythmika (z.B. Amiodaron, Dronedaron, Propafenon, Chinidin), Arzneimittel gegen Angina pectoris (z.B. Ranolazin), Ciclosporin, Proteaseinhibitoren des humanen Immundefizienzvirus (HIV) oder des Hepatitis-C-Virus (HCV) (z.B. Ritonavir, Telaprevir), Kombinierte P-gp- und starke CYP3A-Induktoren, z.B. Apalutamid, bestimmte Antikonvulsiva (z.B. Carbamazepin, Phenytoin, Phenobarbital), Antinfektiva (z.B. Rifampicin, Rifabutin), Johanniskraut (Hypericum perforatum), HIV- oder HCV-Proteaseinhibitoren (z.B. Ritonavir) und nicht nukleosidische Reverse-Transkriptase-Inhibitoren (z.B. Efavirenz). Vorsicht bei Arzneimitteln, die bekanntermassen das QT-Intervall verlängern oder Torsade de Pointes auslösen können. **UAW:** Sehr häufig: Hitzevallungen (54%), Schmerzen des Muskel- und Skelettsystems (28%), Ermüdung (26%), Diarrhoe und Obstipation (jeweils 12%). ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen, siehe Fachinformation Orgovyx® auf www.swissmedicinfo.ch. **Swissmedic Liste B. Ausführliche Informationen siehe www.swissmedicinfo.ch. Accord Healthcare AG, 4103 Bottmingen. Stand: 07/2023.**

Accord Healthcare AG
Wuhrmattstrasse 23
CH-4103 Bottmingen

T +41 61 425 46 80
F +41 61 425 46 88
www.accord-healthcare.ch



Für mehr Informationen
besuchen Sie uns auf www.accord-healthcare.ch
oder senden Sie uns eine E-Mail an info_ch@accord-healthcare.com

Tiktok, der Doktor ist da

Soziale Medien Innert weniger Monate werden aus Gesundheitsfachleuten Stars auf Youtube, Instagram oder Tiktok. Sie informieren über Krankheiten und Behandlungen, plaudern über ihren Berufsalltag oder verbinden Gesundheit mit Humor. Aber es geht auch um Geld, um Einfluss und manchmal sogar um zweifelhafte medizinische Fakten.

Daniel Saraga

Nebenwirkungen häufig verordneter Arzneimittel, Wintersportverletzungen oder die Folgen von Arteriosklerose: In einminütigen Videos erklärt uns @der.hausarzt die Medizin. Der Instagram-Account gehört dem 26-jährigen David Reckers, zurzeit Facharzt in Weiterbildung am Gemeinschaftskrankenhaus Bonn. Mit 200 000 Followern auf Tiktok und 70 000 auf Instagram ist er ein erfolgreicher Influencer für Gesundheitsfragen, ein sogenannter Medfluencer. Dieses Phänomen gewinnt in Europa seit einigen Jahren an Bedeutung. In der Schweiz ist es noch nicht so verbreitet und beschränkt sich vorrangig auf die beliebten Instagram-Themen Kosmetik und Dermatologie (siehe Kasten «Zaghafte Anfänge in der Schweiz»).

«Für mich sind die Videos ein Ansporn, über aktuelle Studien auf dem Laufenden zu bleiben oder mich mit Fachleuten auszutauschen.»

Bis zu drei Stunden für ein Video

«Angefangen habe ich im Sommer 2022», erzählt David Reckers. «Ich wollte die Zeit nutzen, die die Leute mit Tiktok verbringen, um ihnen Informationen über Gesundheit zu vermitteln, die vielleicht nützlicher sind als Katzenvideos ... Schon nach kurzer Zeit gingen meine Videos viral und erzielten bis zu einer Million Views. Wahrscheinlich liegt das an den Algorithmen der Plattform, die so kalibriert sind, dass sie neue Accounts fördern.» Im Netz beantwortet der junge Deutsche Gesundheitsfragen, räumt mit medizinischen Mythen auf und spricht über Themen wie die medizinische Ausbildung oder das Gehalt von Ärztinnen und Ärzten.

Seine Motivation: «Ich glaube, meine Videos können den Leuten helfen, etwa indem sie sie ermuntern, sich bei Problemen Rat zu holen. Die Videos können ergänzende Informationen liefern, für die man im Sprechzimmer nicht genug Zeit hat. Für mich sind sie ein Ansporn, über aktuelle Studien auf dem Laufenden zu bleiben oder mich mit Fach-

leuten aus anderen Bereichen auszutauschen, die ebenfalls in den sozialen Netzwerken aktiv sind. Ausserdem entwickle ich meine kommunikativen Fähigkeiten weiter, vor allem mit meinen Patientinnen und Patienten. Und mich interessieren die Kommentare auf den Plattformen, besonders wenn sie Erfahrungen mit anderen Behandlungen schildern. Nicht zuletzt fördern die sozialen Netzwerke mein Image, was sich als nützlich erweisen könnte, wenn ich einmal niedergelassener Hausarzt sein werde.»

Er brauche zwischen einer und drei Stunden, um ein Video zu erstellen und zu posten, sagt Reckers. «Ich lese noch einmal die offiziellen Leitlinien durch, schaue nach, ob wichtige neue Studien veröffentlicht wurden, schreibe das Skript, mache ein paar Aufnahmen, schneide das Video und stelle es online. Anfangs postete ich jeden Tag. Heute sind es zwei bis drei Posts pro Woche. Es macht Spass und auch ein bisschen süchtig. Ich muss mich einschränken. Bei einer Arbeitswoche von 60 Stunden ist der Preis davon, dass man noch weniger Zeit für Freunde und Familie hat.»

Zaghafte Anfänge in der Schweiz

Der Auftritt von Gesundheitsfachleuten in sozialen Medien nahm seinen Anfang in den USA, und wurde durch den florierenden, liberalen Markt der medizinischen Kommunikation begünstigt. Europa folgte auf dem Fusse, vor allem mit Ländern wie Deutschland und Frankreich.

In der Schweiz kommt das Phänomen gerade erst an. Seit der COVID-19-Pandemie nutzen zwar zahlreiche wissenschaftliche Fachpersonen soziale Netzwerke als Sprachrohr, aus der Medizin sind es jedoch nur eine Hand voll, die so ihr Wissen verbreiten oder über ihren Berufsalltag reden. Vor allem die Bereiche Kosmetik und Dermatologie sind auf Instagram und Tiktok vertreten, etwa durch die Chirurgin Martina Schneider oder die Dermatologin @drliv.



© Hulko Svitlana / Dreamstime

In sozialen Netzwerken gewähren Ärztinnen und Ärzte Einblicke in ihr Berufsleben.

Katharsis auf Youtube

Soziale Netzwerke gewähren auch Einblicke in das Berufsleben. Der französische Arzt Walid Mekeddem spricht auf Youtube offen und ungekünstelt über seinen Praxisalltag: Untersuchungen, zu denen mehrere Personen gemeinsam erscheinen, die Anerkennung, die er erfährt, wenn ein Patient ihm dankt oder seine Erschöpfung nach langen Arbeitstagen.

Der 30-Jährige besitzt über 100 000 Follower und hat mehr als 400 Videos gepostet. Angefangen hatte er als Student in Lille, Frankreich, um sein «Leid» mit anderen zu teilen. Dies stets mit einer gehörigen Prise Humor. Heute vermittelt er medizinisches Wissen, kommentiert aktuelle Ereignisse, wenn gesundheitliche Probleme eine Persönlichkeit betreffen, analysiert eine Folge aus einer Arztserie oder berichtet aus seinem Berufsalltag.

«Mein Kanal hat sich mit meiner Laufbahn weiterentwickelt. Humor finde ich heute nicht mehr so passend», meint Walid Mekeddem. «Ein Teil meines Publikums ist an medizinischem Wissen interessiert, ein anderer mag eher die Anekdoten. Geblieben ist der Wunsch, mich spontan mitzuteilen, ohne grosse Vorbereitung, als ob man sich mit Freunden am Kaffeetisch über seinen Tag unterhält. Manchmal wirkt das wie eine Katharsis: Ich kann dann die hektischen Tage in der Praxis mit etwas Abstand betrachten.»

«Ein Teil meines Publikums ist an medizinischem Wissen interessiert, ein anderer mag eher die Anekdoten», sagt Walid Mekeddem.

2022 verabschiedete er sich von Twitter, Facebook und Instagram. «Ich fühlte mich mit den Kurzformaten, den egozentrischen, narzisstischen Inhalten und den mitunter aggressiven Kommentaren nicht mehr wohl. Ich beschloss, in meiner Youtube-Blase zu bleiben und ansonsten nicht viel Zeit mit sozialen Netzwerken zu verbringen.» Denn: Sich einem grossen Publikum auszusetzen, birgt gewisse Risiken. In einem seiner Videos spricht er über rassistische Kommentare gegen seine Person. Trotzdem ist er seit Sommer 2023 wieder auf Instagram zu finden.

Finanzielle, rechtliche und ethische Aspekte

Youtube-Videos mit ein paar hunderttausend Views können durch automatisch geschaltete Werbung vierstellige Einnahmen erzielen. Auf anderen Plattformen machen die Influencer mit Produktpräsentationen Profit. Etwas, das in der Gesundheitsbranche ethisch, rechtlich und moralisch umstritten ist. In der Schweiz ist es Ärztinnen und Ärzten untersagt, Werbung für ein Medizinprodukt zu machen, ebenso in Frankreich und Deutschland.

«Der Medizinethik zufolge besteht zwischen Ärzten und Patienten ein asymmetrisches Machtverhältnis, weshalb Letztere zu schützen sind. Die Wahl der Behandlung sollte sich nach den Belangen der Patienten richten anstatt nach einer Geschäftsbeziehung», so Samia Hurst, Professorin für Bioethik an der Universität Genf. «Werbung kann problematisch sein, ob direkt durch die explizite Nennung eines Produkts oder Spitals oder indirekt, indem Influencer von

Aktualisierung der Empfehlungen in der Schweiz

Im dritten Quartal 2024 werden voraussichtlich aktualisierte Empfehlungen der FMH für die Nutzung von sozialen Netzwerken erscheinen. Die FMH betont einerseits die rasante Entwicklung der sozialen Netzwerke und andererseits die Herausforderungen im Zusammenhang mit der Einbindung von Künstlicher Intelligenz, insbesondere beim Datenschutz. Sie verweist darauf, dass die Informationen sowohl verlässlich als auch sinnvoll für die Zielgruppe sein sollten.

Pharmaunternehmen bezahlt werden, wenn sie über eine Krankheit sprechen, gegen die nur diese Firma ein Medikament vertreibt. Die Schwierigkeit liegt darin, dass soziale Netzwerke per se international sind und somit jeweils andere juristische Rahmen gelten.»

Deshalb arbeiten Kommunikationsunternehmen im Medizinsegment gern mit Studierenden zusammen, die laut einem befragten Medfluencer weniger Auflagen unterliegen als Praktizierende. Doch auch «bei einer Person, die sich noch in der Ausbildung befindet, kann es zu Machtmissbrauch kommen, wenn sie als Wissensträger auftritt», betont Samia Hurst. Generell dürfen Gesundheitsfachleute aus der Ferne weder eine Diagnose stellen, noch eine individuelle Beratung durchführen, auch wenn ihnen konkrete Gesundheitsfragen gestellt werden. «Das ist bekannt», merkt David Reckers an, «und ich achte auf meine Worte, um nicht über Annahmen hinauszugehen und meine Beratung allgemein zu halten, ohne persönliche Therapieempfehlung.» Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht stellt ein weiteres Risiko dar, wenn in sozialen Netzwerken ein Fall so beschrieben wird, dass Betroffene von ihrem Umfeld erkannt werden könnten.

Zweifelhafte Einflussnahme

In Deutschland betreut das Beratungsunternehmen Medservation rund 15 deutschsprachige Medfluencer, darunter Studierende, Pflegekräfte, Ärztinnen und Ärzte. Für abgeschlossene Verträge mit seinen Kunden – Unternehmen im Gesundheitsbereich – erhält es eine Provision. «In Briefings werden die geplanten Kampagnen genau besprochen», sagt Geschäftsführer Philip Jones. «Ein Grossteil unserer Tätigkeit besteht darin, Anfragen abzulehnen, die gegen das Heilmittelwerbegesetz oder den ärztlichen Verhaltenskodex verstossen, und die Grenzen dieses Marktes zu erläutern.» Die Vision des Unternehmens ist es, «komplexen medizinischen Content zu simplifizieren und somit einen Beitrag zur gesundheitlichen Aufklärung zu leisten».

Schon die ersten drei der bei Medservation gelisteten Profile rufen jedoch gemischte Gefühle hervor. Das dritte Profil (@jonesrulez) ist beliebt, seriös und unterhaltsam. Das zweite (@docxalina) ist bereits nicht mehr in den sozialen Netzwerken aktiv. Das Video von @medsri [1] gibt zu denken. Es beginnt mit der Frage: «Sag mal, stimmt es, dass Schmerzmittel schneller wirken, wenn man auf der rechten Seite liegt?» «Ja», antwortet die Tiktokerin, «der Wirkstoff wird so zehnmal schneller freigesetzt als auf der linken Seite.»

@medsri hat diese Behauptung mit 200 000 Followern geteilt. Aber stimmt sie auch? Das Video beruft sich auf eine 2022 in der Zeitschrift «Physics of Fluids» veröffentlichte Studie, die auf den Ergebnissen eines digitalen, computersimulierten Modells eines Magens beruht [2]. Eine einzelne derartige Studie reicht jedoch nicht aus, um eine medizinische Tatsache zu belegen. Sieht Philip Jones darin ein Problem? «Ich gehe davon aus, dass der Inhalt hinreichend ist, denn die Studie wurde in einer Zeitschrift mit Peer-Review publiziert», antwortet er.

Fragwürdig ist zudem die Anonymität zahlreicher Medfluencer und das Fehlen von Angaben zu ihrem beruflichen Werdegang. Man fragt sich, wer die «angehende Ärztin» @medsri oder auch @doctor.anesthesia – ein «Anästhesist und Intensivmediziner» von der Côte d'Azur – ist. Diese Anonymität wirkt wenig vertrauenerweckend, dabei wäre das genau wichtig, wenn es um das Thema Gesundheit geht.

Nicht nur für Patienten informativ

Die Arbeit von seriösen Medfluencern kann dazu beitragen, die medizinische Kompetenz der Bevölkerung zu erhöhen. Insbesondere von Personen, die sich die entsprechenden Informationen nicht selbst auf Websites wie Wikipedia oder Doctissimo holen. «Über soziale Netzwerke können Ärzte Erklärungen verbreiten, die sie bei ihrer Arbeit oft wieder-

holen müssen, und die Patienten können sich auf eine Konsultation vorbereiten», sagt Philip Jones. «Es besteht jedoch die Gefahr unzuverlässiger oder falscher Informationen. Mir wurde erzählt, dass Behandelnde mitunter einen schlecht informierten Patienten erst einmal überzeugen müssen, dass seine selbst gestellte Diagnose falsch sei.»

«Diese Gefahr ist bekannt, seit es das Internet gibt, doch die Einstellung hat sich geändert», differenziert Samia Hurst. «Während zahlreiche Ärzte früher davor warnten, im Internet nachzulesen, empfehlen sie heute sogar, vertrauenswürdige Websites zu konsultieren. Weiss ein Patient gut Bescheid, vor allem über seine Erkrankung, arbeitet er bei der Behandlung besser mit.» Aufklärung steht für die Bioethikerin bei ihrer eigenen Tiktok-Präsenz allerdings nur an zweiter Stelle: «Ich bin hauptsächlich dort, um die Reaktionen der Leute zu lesen. Mehrheitlich sind das Personen, die ich sonst nie kennengelernt hätte.»



Literatur

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



Wahrnehmen und Bewegen

Buchbesprechung Sport ist gesund. Was aber, wenn Menschen krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, sich zu bewegen? In seinem phänomenologisch orientierten Buch erläutert Friedrich Edelhäuser den Zusammenhang zwischen menschlicher Bewegung und menschlicher Sinneswahrnehmung.

Friedrich Edelhäuser weiss, wovon er spricht. Als Facharzt für Neurologie, Professor an der Fakultät für Gesundheit an der Universität Witten/Herdecke und Leiter der Abteilung für Frührehabilitation am Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke erfährt er in seiner täglichen Arbeit, was es für uns Menschen bedeutet, wenn wir krankheitsbedingt nicht mehr in der Lage sind, uns zu bewegen. Und er hat sich über viele Jahre dieser Frage der Bewegung gewidmet und über dieses Thema habilitiert.

Dass wir uns zielsicher, gerichtet und koordiniert bewegen können, scheint uns in unserem alltäglichen Leben sehr selbstverständlich. Sobald man aber als Neurologin oder als Neurologe mit Bewegungsstörungen (beispielsweise dem Parkinsonsyndrom) oder den Folgen eines Schlaganfalles konfrontiert ist, wird deutlich, auf welchem hohem und bei weitem nicht selbstverständlichen Niveau Bewegung stattfindet und wie verwundbar wir in diesem Bereich sind. Interessanterweise lernen wir aber vor allem aus dem vorliegenden Buch, dass Bewegung immer auch etwas mit Wahrnehmung zu tun hat.

Das «Ich» steht im Zentrum

Dieses gegenseitige Ermöglichen von Wahrnehmen und Bewegung stellt Edelhäuser an dem Gestaltkreis Modell Viktor von Weizäckers dar [1]. Auch von Weizäcker beschreibt Wahrnehmung und Bewegung als einen Prozess der Kohärenz zwischen dem menschlichen Organismus und der Umwelt, ein unauflösbares, wechselseitiges Bezugsverhältnis, in dem das Subjekt, das «Ich» des Menschen, in und mit der Welt lebt. Das «Ich» des Menschen, das im Zentrum von denkendem Erkennen, Empfin-

den und Tun steht, ist der Ursprung der Selbstbewegung, die durch Ziele, das heisst durch geistige Motive, impulsiert wird. Überzeugend wird anhand von neurophysiologischen Beschreibungen sowie der Kindheitsentwicklung (gehen – sprechen – denken) gezeigt, wie Seelisch/Geistiges und Physisch/Leibliches eine sich entwickelnde Einheit bilden. Diese ermöglicht es dem «Ich» des Menschen, seine individuellen Handlungsmotive zu finden und zu verwirklichen. «Die Wahrnehmung der Welt führt zu einer Bereicherung des eigenen Wesens (Verinnerlichung), im Handeln zeigen sich die Intentionen des inneren Menschen (Wesensäusserung)» immer mit dem Bewusstsein, dass in jedem Wahrnehmen, notwendigerweise Bewegen hinzugehört, wie in jedem Bewegen, Wahrnehmen [2].

Präventive Bedeutung von Sport

Demzufolge wird das Embodiment – Konzept herangezogen, als Brücke zwischen Natur- und Geisteswissenschaft, wie sie am Beispiel von Rudolf Steiners funktioneller Dreigliederung des menschlichen Organismus nachvollziehbar wird [3].

Abschliessend ergibt sich hieraus aber insbesondere basierend auf der Betrachtungsweise des Embodiment – Konzeptes der funktionellen Dreigliederung des Menschen, eine Empfehlung mit therapeutischer Konsequenz. Für viele neurologische Erkrankungen (Kopfschmerz, Demenz, Parkinsonsyndrom, Schlaganfall etc.) gibt es in der Literatur zunehmend positive Evidenz für die präventive und kurative Bedeutung von Sport und Bewegung, die in verschiedenen Formen von Ausdauersport oder achtsamer Bewegungstherapie (Tai-Chi, Eurythmie, Yoga) statt-

finden kann. Wichtig ist das wiederholte Üben und die Regelmässigkeit, wodurch die Selbstwirksamkeit gesteigert wird. Und auch vor diesem Hintergrund ist die Frage nach einem anthropologischen Verständnis von Bewegung, wie sie in diesem Buch vorgestellt wird, von Bedeutung.

Dem Autor gelingt es, basierend auf einer phänomenologischen und naturwissenschaftlichen Betrachtung, unseren diagnostischen Blick auf Bewegung und Wahrnehmung zu erweitern. Eine lohnenswerte Auseinandersetzung mit einer sorgfältigen wissenschaftlichen Vorgehensweise, die einen neuen Blick auf den Menschen werfen lässt.

Dr. med. Stefan Hägele-Link, Facharzt für Neurologie, Oberarzt am Zentrum für Integrative Medizin, Kantonsspital St. Gallen



Edelhäuser F. **Wahrnehmen und Bewegen. Grundlagen einer allgemeinen Bewegungslehre.** Stuttgart: Kohlhammer; 2022.



Literatur

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

Dies ist Ihre Seite!

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

Mitteilungen

Divers

Podcast FMH – Épisode 14: Soignant et ami la double casquette du médecin de village

Le Dr Joël Berret, spécialiste en médecine interne, s'est installé dans son cabinet d'Alle, un petit village du canton du Jura, en 2006. Parmi ses patients, il compte son amie de longue date Sarah Mouttet, 52 ans et secrétaire dans un foyer. Dans cette région manquant de médecins, elle a choisi de lui confier son suivi médical, notamment concernant les aspects gynécologiques et psychologiques. Depuis quelques mois, des blessures du passé remontent à la surface, fragilisant Sarah dans sa vie. Le Dr Berret, qui est non seulement son généraliste mais également le parrain de l'un de ses quatre enfants, la comprend comme un ami et la guide comme un médecin. Vous trouverez le nouvel épisode du podcast FMH «À mes côtés» ici: www.a-mes-cotes.ch.

Facharztprüfungen

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Rheumatologie

Datum

Donnerstag, 4. Juli 2024

Ort

Lernzentrum Luegisland, Luegislandstrasse 31, 8051 Zürich

Anmeldefrist

31. März 2024

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Rheumatologie

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Gefässchirurgie

Datum

14.02.2024 / 15.04.2024 / 28.06.2024 / 10.09.2024 / 28.11.2024

(Der Prüfungstermin wird individuell vereinbart)

Ort

Klinik der Kandidatin oder des Kandidaten

Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Gefässchirurgie

Anzeige

NEU

VEOZA™
fezolinetant

FIGHT the FIRE
MIT NICHT-HORMONELLEM VEOZA™

VEOZA – Zur Behandlung moderater bis schwerer vasomotorischer Symptome (VMS) bei postmenopausalen Patientinnen.¹

Referenz: 1. Fachinformation VEOZA™, www.swissmedicinfo.ch.

Gekürzte Fachinformation VEOZA™: Z: Filmtablette zu 45 mg Fezolinetant. **I:** Behandlung moderater bis schwerer vasomotorischer Symptome (VMS) bei postmenopausalen Patientinnen. **D/A:** Empfohlene Dosis 45 mg einmal täglich, Maximaldosis 45 mg pro Tag. Für eine Therapiedauer von >12 Monaten liegen bisher keine Daten vor. Die Einnahme ist unabhängig von Mahlzeiten möglich. Nicht empfohlen bei leichter Leberfunktionsstörung (Child-Pugh A). Keine Indikation für eine Therapie mit VEOZA bei Schwangerschaft. Anwendung bei stillenden Frauen nicht empfohlen. Keine Daten zu einem Therapiebeginn >65 Jahre. Keine Dosisanpassung bei leichter (eGFR 60 bis <90 ml/min/1.73 m²) oder moderater (eGFR 30 bis <60 ml/min/1.73 m²) Nierenfunktionsstörung. **KI:** Moderate oder schwere Leberinsuffizienz (Child-Pugh B oder C), schwere oder terminale Niereninsuffizienz (eGFR <30 ml/min/1.73 m²), Komedikation mit CYP1A2-Inhibitoren, Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. **WH/VM:** Diese Informationen entnehmen Sie bitte der publizierten, vollständigen Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **IA:** Fezolinetant wird hauptsächlich durch CYP1A2 und geringer durch CYP2C9 und CYP2C19 metabolisiert. Bei gleichzeitiger Anwendung mit CYP1A2-Inhibitoren werden C_{max} und AUC von Fezolinetant im Plasma erhöht. Die gleichzeitige Verabreichung mit Fluvoxamin (starker CYP1A2-Inhibitor) erhöhte die C_{max} von Fezolinetant auf das 1.8-fache und die AUC auf das 9.4-fache. Interaktionsstudien mit moderaten oder schwachen CYP1A2-Inhibitoren wurden nicht durchgeführt. Rauchen (moderater Induktor von CYP1A2) reduzierte die C_{max} von Fezolinetant um 28% und die AUC klinisch nicht relevant um 52% im Vergleich zu Nichtrauchern. Eine grundsätzliche Dosisanpassung bei Raucherinnen wird nicht empfohlen. **UW:** Die Sicherheit von Fezolinetant wurde an 2203 postmenopausalen Frauen mit VMS untersucht, die in klinischen Phase-III-Studien einmal täglich 30 mg oder 45 mg Fezolinetant erhielten. In den Phase-III-Studien waren die häufigsten unerwünschten Wirkungen unter Fezolinetant Diarrhoe (3.2%), und Insomnie (3.0%). Die häufigsten unerwünschten Wirkungen, die zum Absetzen von Fezolinetant beobachtet wurden, entsprechend der MedDRA-Klassifikation aufgeführt. Die Häufigkeitskategorien sind dabei wie folgt definiert: Sehr häufig (≥1/10); häufig (≥1/100 bis <1/10); gelegentlich (≥1/1000 bis <1/100); selten (≥1/10'000 bis <1/1000); sehr selten (<1/10'000). **Erkrankungen des Nervensystems:** Häufig: Insomnie. **Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts:** Häufig: Diarrhoe, Bauchschmerzen. **Leber- und Gallenerkrankungen:** Häufig: Transaminasenerhöhung. **P:** Blisterpackungen für Einzeldosen in Kartons zu 30 bzw. 100 Filmtabletten. Abgabekategorie: **B.** Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der vollständigen Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Astellas Pharma AG, Richtiring 28, 8304 Wallisellen, www.astellas.ch.** Stand der Information: Dezember 2023.

Basel, Januar 2024

Sicherheitsrelevante Informationen zum Produkt Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Tabletten, Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Tabletten

Mepha Pharma AG möchte Sie in Abstimmung mit Swissmedic über folgenden Sachverhalt informieren:

Zusammenfassung

Beim Produkt Comilorid-Mepha® und Comilorid-Mepha® mite mit 5mg resp. 2.5mg Amiloridhydrochlorid und 50mg resp. 25mg Hydrochlorothiazid sind Packungen im Schweizer Markt erhältlich, die nicht die jeweilige zuletzt genehmigte Patienteninformation enthalten.

In der Patienteninformation der betroffenen Chargen fehlen folgende wichtige Informationen:

«Wann ist bei der Einnahme / Anwendung von Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite Vorsicht geboten?»

«Falls Sie einen Sehkraftverlust bemerken oder Augenschmerzen auftreten, kann dies auf eine Flüssigkeitsansammlung im Gefässbett des Auges zurückführbar sein (Aderhauterguss) oder auf eine Druckzunahme im Auge. Dies kann nach Einnahme von Comilorid-Mepha innerhalb von Stunden bis Wochen auftreten und kann zu einem permanenten Sehkraftverlust führen, falls nicht rechtzeitig eine Behandlung eingeleitet wird. Falls sie eine Penicillin- oder Sulfonamid-Allergie

haben, ist das Risiko einen Aderhauterguss zu erleiden möglicherweise erhöht.»

«Welche Nebenwirkungen kann Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite haben?»

„Flüssigkeitsansammlung im Gefässbett des Auges (Aderhauterguss) (Häufigkeit unbekannt).“

Hintergrundinformation zu den fehlenden Informationen

Aufgrund eines Pharmakovigilanz-Signals für Thiazide und Thiazid-ähnliche Diuretika, und in Übereinstimmung mit den Massnahmen in der EU, wurden für Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite Ergänzungen für die Fach- bzw. Patienteninformation aufgenommen und auf dem Swissmedic Portal publiziert.

Die Implementierung der neuen Packmittel wurde auf den 01. Juli 2022 festgelegt.

Bei der Implementierung der neuen Packmittel per 01. Juli 2022 für die Produktion ist ein Fehler aufgetreten, der zu dem obengenannten Vorfall geführt hat.

Die **Fachinformation (SmPC) entsprach jederzeit dem aktuellen Stand** und inzwischen wurden bereits Chargen mit der aktuell genehmigten Patienteninformation für den Schweizer Markt freigegeben.

Aufgrund der 60-monatigen Laufzeit der Produkte Comilorid-Mepha® und Comilorid-Mepha® mite, können Patienten möglicherweise die Präzisierungen in der Packungsbeilage länger nicht finden. Daher empfehlen wir, bei der Verschreibung, Abgabe oder Kontrollterminen die Patienten ausdrücklich auf die mögliche Nebenwirkung und der sofortigen Kontaktaufnahme mit dem Arzt bzw. der Ärztin hinzuweisen. Die primäre Therapie besteht gemäss Fachinformation im unverzüglichen Absetzen des Arzneimittels.

Die Fach- und Patienteninformationen von Comilorid-Mepha®/ Comilorid-Mepha® mite sind unter www.swissmedicinfo.ch abrufbar.

Meldung unerwünschter Wirkungen

Für Meldungen über unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW) empfiehlt Swissmedic, das dafür entwickelte Meldeportal zu verwenden. Mit dem sogenannten Electronic Vigilance System (EViS) können UAW gemeldet werden. Alle erforderlichen Informationen sind zu finden unter www.swissmedic.ch.

Kontakt

Mepha Pharma AG
Tel: 0800 00 55 88
medizinschweiz@mepha.ch

Betroffene Chargen:

Präparat	Chargen-Nr.	Verfalldatum	Pharmacode
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Tabletten OP 100	X29418A	02.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Tabletten OP 100	X42387B	09.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Tabletten OP 100	X46550B	11.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Tabletten OP 100	X46596C	11.2027	1438483
Comilorid-Mepha® 5mg/50mg Tabletten OP 20	X42442A	09.2027	1438477
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Tabletten OP 100	X29493A	03.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Tabletten OP 100	X35311C	05.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Tabletten OP 100	X46866B	11.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Tabletten OP 100	X46938C	11.2027	1438514
Comilorid-Mepha® mite 2.5mg/25mg Tabletten OP 30	X46938D	11.2027	1438508

FMH



24

Das SIWF plant die Zukunft der ärztlichen Weiter- und Fortbildung

15 Jahre jung 2024 begeht das SIWF sein 15-jähriges Bestehen – ein guter Moment für die Planung der nächsten Jahre. Mit der Reform der ärztlichen Weiterbildung in Richtung kompetenzbasierte Bildung wurde ein erster Schritt getan. Neue Herausforderungen warten auf das Institut mit aktuell etwas über 30 festangestellten Mitarbeitenden.

Monika Brodmann Maeder



26

Gesamterneuerungswahl 2024

Steuerungsausschuss SAQM Im Rahmen des nächsten Treffens des Forum Qualität der SAQM am 13. Juni 2024 findet die Gesamterneuerungswahl des Steuerungsausschusses der SAQM statt. Alle Qualitätsdelegierten derjenigen Organisationen, die der Ärztekammer der FMH angeschlossen sind, bilden das Forum Qualität. Dessen Wahlberechtigte wählen jeweils vier Mitglieder für vier Jahre in den Steuerungsausschuss.

Roxane Kübler, Esther Kraft, Christoph Bosshard



28

Mit Forza und Verve für die ärztliche Bildung

SIWF-Geschäftsleitung Am 23. November 2023 hat die Plenarversammlung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung zwei neue Vizepräsidentinnen gewählt. Nathalie Koch aus der Romandie und Barbara Schild aus dem Tessin freuen sich darauf, die ärztliche Bildung in allen Schweizer Sprachregionen mitzugestalten.

Interview: Fabienne Hohl



© Punrawit Suwattananun / Dreamstime

Wie für die Besteigung des K2 braucht es auch für die Herausforderungen in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung Ausdauer, Strategie und Geschick.

Das SIWF plant die Zukunft der ärztlichen Weiter- und Fortbildung

15 Jahre jung 2024 begeht das SIWF sein 15-jähriges Bestehen – ein guter Moment für die Planung der nächsten Jahre. Mit der Reform der ärztlichen Weiterbildung in Richtung kompetenzbasierte Bildung wurde ein erster Schritt getan. Neue Herausforderungen warten auf das Institut mit aktuell etwas über 30 festangestellten Mitarbeitenden.



**Monika Brodmann
Maeder**
PD Dr. med. et MME,
Präsidentin SIWF

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) hat viele verschiedene Facetten. Die einen kennen das Institut aufgrund einer in ihrer Klinik durchgeführten Visitation. Andere haben realisiert, dass hinter der jährlichen Befragung der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, die durch die ETH Zürich durchgeführt wird, das SIWF als Auftraggeber fungiert. Viele aber werden im Rahmen ihres Antrags für einen eidgenössischen Facharzt-

titel (seit 2009 sind es keine «FMH»-Titel mehr) mit uns in Kontakt gekommen sein – mit mehr oder weniger guten Erinnerungen an die herausfordernden Prozesse und Vorgaben.

Als Ärztin oder Arzt mit einem Facharzttitel unterliegen Sie der Fortbildungspflicht, und über die Fortbildungsplattform des SIWF können Sie unkompliziert Ihr Fortbildungsdiplom anfordern. Vielleicht engagieren Sie sich als Lehrärztin oder Lehrarzt für die Weiterbildung in Ihrer Praxis oder arbeiten in einer vom

SIWF akkreditierten Weiterbildungsstätte mit einem Bildungsauftrag. Oder Sie arbeiten mit einem Mandat des SIWF in einer unserer Kommissionen oder sind Mitglied des Vorstands oder Plenums des SIWF. Dies ist ein Teil unserer täglichen Arbeit, die ohne die engagierte Mithilfe von Vertreterinnen und Vertretern der Fachgesellschaften, ärztlichen Mandatsträgerinnen und -trägern mit einer speziellen Bildungsexpertise oder auch den Kolleginnen und Kollegen der FMH und Ihnen allen nicht machbar wäre. An dieser Stelle möchte ich mich bei Ihnen herzlich für Ihr engagiertes Mitarbeiten und Mitdenken danken.

Wachstum und Stabilität

Am 11. Dezember 2008 entschied die Ärztekammer der FMH, die Kommission für Weiter- und Fortbildung (KWFB) zu verselbständigen und das SIWF zu schaffen. Am 1. April 2009 nahm das SIWF seine Aktivitäten auf. Die ersten «Kapitäne» waren der kürzlich verstorbene Dr. med. Werner Bauer als Präsident und Christoph Hänggeli als erster Jurist und Geschäftsführer des SIWF. Dabei waren auch Barbara Linder, Petra Bucher und Renate Jungo, die immer noch im SIWF arbeiten und es mitgeprägt haben. Und diese fünf Personen stellten die Belegschaft des SIWF im Jahr 2009 dar. Nicht zu vergessen sind die beiden langjährigen Vizepräsidenten Jean-Pierre Keller und Raphael Stolz, die auch seit den Anfängen des SIWF dessen Aufbau unterstützt haben.

Die Wahl der zwei neuen Vize-Präsidentinnen ist ein klares Bekenntnis für eine Erneuerung und Verjüngung unserer Organisation.

Heute ist das Institut ein KMU mit über dreissig Angestellten und fünf Bereichen. In diesen 15 Jahren wuchs das Institut und seine Aufgaben wurden vielfältiger. So wurden beispielsweise im Geburtsjahr des SIWF im Jahre 2009 gerade mal 1 271 Facharzttitel erteilt. Im Jahre 2023 waren es knapp 2 000 Facharzttitel. Aber nicht nur die Anzahl der Titel ist gestiegen: Viel zentraler ist die über die Jahre entstandene hohe Komplexität und Individualisierung der Titel, die durch das SIWF verwaltet werden. Diese Komplexität stellt für alle Beteiligte eine grosse Herausforderung dar.

Neue Gesichter an der Spitze

Am 23. November 2023 wählte das Plenum des SIWF zwei neue Vizepräsidentinnen:

Dr. med. Nathalie Koch und Dr. med. Barbara Schild. Das Porträt dieser beiden neuen Gesichter des SIWF finden Sie in dieser Ausgabe der Schweizerischen Ärztezeitung auf Seite 28. Mit ihnen hat das SIWF eine exzellente und dringend notwendige Verstärkung im Bildungsbereich und in der Bildungspolitik erhalten. Die Wahl ist aber auch ein klares Bekenntnis für eine Erneuerung und Verjüngung unserer Organisation. Bisher waren alle Mitglieder der Geschäftsleitung über 60 Jahre alt. Mit den beiden neuen Vizepräsidentinnen wird das Durchschnittsalter merklich sinken. Gleichzeitig müssen wir aber auch unsere Strukturen grundsätzlich überdenken. Wenn eine neue Person in den Bundesrat gewählt wird, beginnt die Diskussion um die Verteilung der Departemente. Wir werden einen ähnlichen Prozess innerhalb unserer Geschäftsleitung beginnen, sobald unsere neuen Kolleginnen ihre Arbeit bei uns aufnehmen. So können wir sicherstellen, dass alle Mitglieder der Geschäftsleitung gemäss ihren Kompetenzen und Präferenzen eingesetzt werden.

Reformen nicht nur intern

Neben den notwendigen Reformen unserer Strukturen fokussieren wir uns selbstverständlich weiterhin auf die Modernisierung der ärztlichen Weiterbildung und die Einführung der kompetenzbasierten Bildung. Die ersten zwei Jahre dieser grundlegenden Reform waren geprägt von einer dynamischen Entwicklung der verschiedenen Teile der Reform: Die EPA-Kommission hat sich zahlenmässig vergrössert und vermehrt Betreuungen der Fachgesellschaften übernommen. Wir werden eine Firma beauftragen, die für uns eine elektronische Applikation für die Durchführung der Assessments der EPAs (Entrustable Professional Activities) entwickelt.

Wir betreuen mehrere sogenannte Pilotspitäler, die sich bis auf die Stufe der CEOs dafür einsetzen, dass die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte als zentrale Aufgabe der Spitäler angesehen wird. Dafür hat eine Gruppe von «medical educators» EPAs entwickelt, die den Pilotspitalern als übergeordnete EPAs zur Verfügung gestellt werden, solange es noch zu wenig fachspezifische EPAs gibt. Die «Teach-the-teachers»-Kurse haben sich unter der neuen Leitung dezentralisiert: Im neuen Jahr gibt es erstmals einen Kurs auf Italienisch im Tessin und einen im Engadin – aber (leider) nicht auf «Rumantsch» – ganz zum Leidwesen unseres Vizepräsidenten Giatgen Spinas!

Immer mehr realisieren wir, wie gross die Abhängigkeiten dieser verschiedenen Initiativen voneinander sind. Deshalb hat sich das

SIWF entschlossen, vermehrt in die Steuerung der Bemühungen und Bündelung der Kräfte zu investieren. Ein kleiner Stab koordiniert nun diese einzelnen Gruppen und Projekte. Vor allem aber haben wir uns auch in die Forschungswelt begeben, einerseits mit einem gemeinsamen SNF-Projekt mit einem Team der Universität Genf, und andererseits mit eigenen Forschungsprojekten im Bereich der Implementierung von Bildungsinhalten.

Das SIWF hat sich entschlossen, vermehrt in die Steuerung der Bemühungen und Bündelung der Kräfte zu investieren.

Chronos und Kairos

Veränderung braucht Zeit. Das merken wir immer wieder, wenn wir begeistert sind von einer Innovation einer Fachgesellschaft, die pionierhaft voranschreitet, und wir danach realisieren, dass viele andere Fachgesellschaften noch gar nicht in diese Veränderung einsteigen konnten. Mit Kairos, dem griechischen Gott des (richtigen) Zeitpunkts haben wir die Reform begonnen. Nun aber fordert Chronos, der griechische Gott der Zeit, sein Tribut: Es wird noch mehrere Jahre dauern, bis wir die Reform der ärztlichen Weiterbildung stabil eingeführt haben.

Die Fortbildung nicht vergessen

Am gleichen Plenum, an dem wir unsere neuen Vizepräsidentinnen gewählt haben, konnten wir mit Graham McMahon, dem Chef der Akkreditierungsbehörde aller Gesundheitsberufe in den USA, von einem sehr lebhaften Austausch über die Ausgestaltung der ärztlichen Fortbildung profitieren. Wir haben realisiert, dass hier Handlungsbedarf besteht. Das Ziel des SIWF ist es, nicht nur die Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte so zu gestalten, dass wir in der Schweiz weiterhin auf gute Ärztinnen und Ärzte zählen dürfen. Wir wollen auch erreichen, dass sie ihre Kompetenzen bis zum Ende ihrer beruflichen Laufbahn erhalten oder sogar erweitern können. Dafür setzen sich unsere Mitarbeitenden täglich ein.

Ich hoffe, dass mein Leitartikel Ihr Interesse an der medizinischen Bildung geweckt hat. Wir haben in der Schweizerischen Ärztezeitung ein Dutzend Artikel zum Thema Reform und ärztliche Weiterbildung publiziert, die Ihnen weitere Informationen geben.



© Yuri_arcurs / Dreamstime

Am 13. Juni werden vier Mitglieder in den Steuerungsausschuss der SAQM gewählt.

Gesamterneuerungswahl 2024

Steuerungsausschuss SAQM

Kandidierende willkommen! Im Rahmen des nächsten Treffens des Forum Qualität der SAQM am 13. Juni 2024 findet die Gesamterneuerungswahl des Steuerungsausschusses der SAQM statt. Alle Qualitätsdelegierten derjenigen Organisationen, die der Ärztekammer der FMH angeschlossen sind, bilden das Forum Qualität. Dessen Wahlberechtigte wählen jeweils vier Mitglieder für vier Jahre in den Steuerungsausschuss.

Roxane Kübler^a; Esther Kraft^b; Christoph Bosshard^c

^a MA, Operative Leiterin der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) der FMH; ^b lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Daten, Demographie und Qualität (DDQ) der FMH; ^c Dr. med., Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität

Die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin (SAQM) (www.saqm.ch) ist eine ärzteigene Qualitätsorganisation und beschäftigt sich mit allen Belangen der Qualität in der Medizin. Der Steuerungsausschuss der SAQM ist ein beratendes Organ für den Zentralvorstand der FMH und wird vom Forum Qualität – den Qualitätsdelegierten der Fachgesellschaften und kantonalen Ärztsorganisationen – gewählt.

Die Mitglieder des Steuerungsausschusses nehmen ihre Aufgaben mit einem fach- und organisationsübergreifenden Blick wahr.

Forum Qualität SAQM

Das Gremium «Forum Qualität» der SAQM stellt sicher, dass das fachspezifische und organisationsbezogene Wissen zu Qualitätsfragen in der Medizin berücksichtigt wird. Pro Jahr finden dafür circa zwei Treffen zu je vier Stunden in Bern statt.

Für das Forum Qualität können folgende Organisationen je eine Delegierte oder einen Delegierten und eine Ersatzdelegierte oder einen Ersatzdelegierten stellen: die Fachgesellschaften, die kantonalen Ärzteorganisationen, die Dachverbände, der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) und der Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS). Wahlberechtigt sind alle Delegierten der Fachgesellschaften und der kantonalen Ärztesellschaften im Forum Qualität mit der Stimmkraft von je einer Stimme. Die Delegierten der Dachverbände, des VSAO und des VLSS besitzen eine beratende Stimme und sind entsprechend nicht wahlberechtigt.

Die Wahlberechtigten des Forum Qualität wählen die vier Steuerungsausschussmitglieder für die Dauer von vier Jahren. Wählbar sind alle Mitglieder des Forum Qualität (Delegierte und Ersatzdelegierte) sowie die amtierenden Mitglieder des Steuerungsausschusses, sofern sie sich wieder zur Wahl stellen.

Werden Sie Teil des Steuerungsausschusses der SAQM und gestalten Sie die Qualitätsdiskussionen aktiv mit!

Steuerungsausschuss SAQM

Der Steuerungsausschuss der SAQM ist ein beratendes Organ für den Zentralvorstand der FMH. Er trägt die übergeordnete Verantwortung



Abbildung: Organigramm SAQM.

für alle SAQM-Projekte und die Begleitung SAQM-externer Projekte. Die Entschädigung der Mitglieder des Steuerungsausschusses erfolgt analog zur Entschädigung der Mitglieder von FMH-Kommissionen. Es finden jährlich circa sechs Sitzungen, alternierend physisch in Bern und virtuell, statt. Dazu kommen die Teilnahme an den beiden jährlichen Treffen des Forum Qualität sowie dem Treffen des Dialog Qualität in Bern.

Setzen Sie sich bei Interesse bis spätestens 8. März 2024 mit Ihrer Ärzteorganisation in Verbindung.

Der Steuerungsausschuss setzt sich zusammen aus dem amtierenden Departementsverantwortlichen der Abteilung Daten, Demographie und Qualität (DDQ) Dr. med. Christoph Bosshard und der Abteilungsleiterin der DDQ lic. rer. oec. Esther Kraft sowie aus vier gewählten Qualitätsdelegierten des Forum Qualität.

Wichtig ist, dass die Mitglieder des Steuerungsausschusses ihre Aufgaben mit einem fach- und organisationsübergreifenden Blick wahrnehmen, da sie nicht als Vertretung ihrer Ärzteorganisation, sondern ad personam gewählt werden. Gewählte Steuerungsausschussmitglieder geben daher ihren bisherigen Sitz im Forum Qualität ab. Dieser wird durch die betroffene Ärzteorganisation neu besetzt.

Ihre Möglichkeit zur Kandidatur

Wenn Sie Interesse an einer Kandidatur für den Steuerungsausschuss haben, bitten wir Sie, sich diesbezüglich mit Ihrer Ärzteorganisation bis spätestens 8. März 2024 in Verbindung zu set-

zen. Ihre Ärzteorganisation kann Sie als Qualitätsdelegierte, Qualitätsdelegierten oder als Ersatzdelegierte, Ersatzdelegierten in das Forum Qualität entsenden. Und als solche/solcher sind Sie in den Steuerungsausschuss wählbar. Über Ihr Interesse würden wir uns sehr freuen und stehen für Fragen gerne zur Verfügung.

Korrespondenz
saqm[at]fmmh.ch



Noch mehr lateinische Schweiz im SIWF-Vizepräsidium: Barbara Schild und Nathalie Koch.

Mit Forza und Verve für die ärztliche Bildung

SIWF-Geschäftsleitung Am 23. November 2023 hat die Plenarversammlung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung zwei neue Vizepräsidentinnen gewählt. Nathalie Koch aus der Romandie und Barbara Schild aus dem Tessin freuen sich darauf, die ärztliche Bildung in allen Schweizer Sprachregionen mitzugestalten.

Interview: Fabienne Hohl

Herzliche Gratulation zur Ihrer Wahl als neue Vizepräsidentinnen des SIWF – war das eine Überraschung für Sie?

Barbara Schild: Ja – umso grösser ist die Freude! Nun bieten wir im Tessin nicht nur ein Masterstudium in Medizin an, dank meiner neuen Aufgabe wird jetzt auch bei uns die ärztliche Weiter- und Fortbildung noch mehr Aufmerksamkeit erhalten.

Nathalie Koch: Mich hat meine Wahl ebenfalls sehr gefreut. Sie gibt mir die Möglichkeit, mich künftig noch intensiver mit Weiter- und Fortbildungsfragen zu beschäftigen. Gleichzeitig ist es für mich eine willkommene Fortsetzung meiner Tätigkeit auf nationaler Ebene, wo ich bereits in verschiedenen Gremien mitarbeite.

Was hat Sie dazu motiviert, für dieses Amt zu kandidieren?

Nathalie Koch: Ich war am Universitätsspital Lausanne während sieben Jahren für die Weiterbildung zuständig. Diese Aufgabe habe ich sehr gerne wahrgenommen, in organisatorischer und didaktischer Hinsicht ebenso sehr wie als Laufbahn-Beraterin für die jungen Ärztinnen und Ärzte. Dadurch kam ich mit dem SIWF in Kontakt, wie auch über die SIWF-Visitationen in diesem Spital als Weiterbildungsstätte und seit 2018 vermehrt in Verbindung mit meinem Präsidium in der Medizinalberufekommission. Ausserdem liegt mir die Arbeit auf nationaler Ebene und die Funktion als «interkulturelle Mediatorin» zwischen Romandie und Deutschschweiz.

Barbara Schild: Da geht es mir ähnlich mit dem Tessin. Neben dem nationalen Aspekt, den ich unter anderem als Co-Präsidentin der Schweizerischen Gesellschaft für Notfall- und Ret-

tungsmedizin bereits schätzen gelernt habe, ist es mir wichtig, meinen fachlich so stark spezialisierten Fokus zu öffnen. So bekomme ich wieder die ganze Breite der Medizin in den Blick, für die ich mich insgesamt einsetzen möchte. Der wachsende Ärztemangel zeigt, wie dringend nötig wir den ärztlichen Nachwuchs fördern müssen. Wer Medizin studiert, will lernen, ein Leben lang. Diese Lernfreude müssen wir durch eine attraktive und zeitgemässe Weiter- und Fortbildung nähren, um insbesondere bei jungen Kolleginnen und Kollegen die Faszination für die Medizin zu erhalten. Als langjährige Weiterbildnerin kann ich viel dazu beitragen.

«Wir Lehrenden müssen auf die Bedürfnisse der Jungen eingehen, obwohl es uns herausfordern kann.»

Dr. med. Barbara Schild
Vizepräsidentin SIWF

Worauf kommt es für Sie als erfahrene Medical Educators bei der Vermittlung medizinischer Kompetenzen an?

Nathalie Koch: Die Lehrenden müssen gute Klinikerinnen und Kliniker sein und insofern gute Vorbilder. Sie müssen ihre Fähigkeiten weitergeben wollen und Freude am Teaching haben. Weiterbildende sollten merken, wo ihr Trainee gerade steht und was er oder sie braucht, um Fortschritte zu machen. Und natürlich sollten sie über ein gutes Repertoire an didaktischen Fähigkeiten verfügen, die man sich ja inzwischen

Neu im SIWF-Vizepräsidium

Die beiden neu gewählten Vizepräsidentinnen des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung folgen auf Dr. med. Jean Pierre Keller, der nach 26 Jahren sein Amt weiterreicht. Dr. med. Nathalie Koch ist ärztliche Direktorin des Centre Neuchâtelois de Psychiatrie (CNP). Dr. med. Barbara Schild CAS medlaw wirkt als Medical Educator e collaboratrice in der Area Formazione et Ricerca Innovazione (AFRI) der Tessiner Spitalbehörde, als Dozentin und ärztliche Leiterin zweier Rettungsdienste der italienischen Schweiz.

an vielen Institutionen aneignen kann, etwa in den «Teach the teachers»-Kursen des SIWF, an den Fakultäten oder über einen Master in Medical Education.

Barbara Schild: Die jungen Kolleginnen und Kollegen haben berechnete Ansprüche an uns Weiterbildende. Konkret heisst das beispielsweise, dass heute viel mehr und spezifischeres Feedback gefragt ist als zu unserer Weiterbildungszeit. Ausserdem sollten wir als Lehrende innerlich etwas jung bleiben und auf die Bedürfnisse des Nachwuchses eingehen, obwohl es uns herausfordern kann. Ein Beispiel: Podcast statt Präsenzvorlesung [1] – warum soll der Assistenzarzt die Vorlesung nicht entspannt im Grünen hören statt müde nach einem langen Arbeitstag in einem Konferenzraum? Die da-

durch gewonnene Zeit könnte durch Fallbeispiele und – unersetzlichen – Erfahrungsaustausch genutzt werden.

Beide sind Sie nördlich des Gotthards aufgewachsen, leben und arbeiten aber seit vielen Jahren in der lateinischen Schweiz: Nathalie Koch in Lausanne und Neuchâtel, Barbara Schild in Bellinzona. Wie können die drei Sprachregionen in der ärztlichen Bildung voneinander profitieren?

Nathalie Koch: In den geografisch kleineren Regionen wie der Romandie oder auch dem Tessin kristallisieren sich gemeinsame regionale Bedürfnisse manchmal schneller heraus als in der Deutschschweiz. Diese können dann Pilotcharakter haben und landesweit Schule machen, wie beispielsweise die Weiterbildungs-Netzwerke. Andererseits bilden sich oft sprachgetrennte Initiativen parallel zu nationalen Projekten, weil sich Personen mit französischer oder italienischer Muttersprache darin zu wenig vertreten fühlen. Ich kann dies nachvollziehen, dominiert doch in meiner Erfahrung in nationalen Gremien die deutsche Sprache. Insofern finde ich wichtig, dort bewusst auch Französisch oder Italienisch zu sprechen, sofern es die Sprachkompetenzen der Teilnehmenden erlauben.

Barbara Schild: Ich betrachte es als Glücksfall, dass ich eine Brücke zwischen dem Tessin und der restlichen Schweiz schlagen kann. Ein Grossteil der italienischsprachigen Ärzteschaft stammt heute aus Italien. Deshalb ist es umso wichtiger, dass ich nationale Bildungsthemen in die Südschweizer Gremien tragen kann und umgekehrt Tessiner Ideen nach Bern. Die verschiedenen Sprachen und ihre Kulturen unseres Landes sind eine grosse Chance, und unsere gemeinsame Wahl ins SIWF-Vizepräsidium zeigt, dass sie erkannt ist.

Wie haben Sie das SIWF und seine Aktivitäten im Verlauf Ihres beruflichen Weges bisher wahrgenommen?

Nathalie Koch: Bis nach der Weiterbildung war das SIWF wie eine Behörde für mich, welche die Facharzttitle erteilte. Durch meine vertiefte Auseinandersetzung mit der ärztlichen Bildung hat sich diese Sichtweise verändert, ich lernte die Rolle des SIWF bei der Verbesserung der Weiterbildungsqualität kennen und schätzte es, als das Institut begann, die Bildungsverantwortlichen der medizinischen Institutionen zu vernetzen und vermehrt Konferenzen mit Bildungsthemen anzubieten.

Barbara Schild: Durch die Gründung des SIWF im Jahr 2008 bekam die ärztliche Weiterbildung eine Stimme, die sich mit der Entwicklung der «Teach the teachers»-Kurse und des MedEd-Symposiums akzentuiert hat. Eine solche Plattform zum Austausch unter Bildungs-

interessierten gab es vorher nicht, und sie war für mich sehr wertvoll. Denn damals hatte die koordinierte und strukturierte Weiter- und Fortbildung sehr oft noch keinen grossen Stellenwert in vielen Spitälern.

Wie soll sich das SIWF in den nächsten Jahren entwickeln – und wo möchten Sie im neuen Amt dafür ansetzen?

Nathalie Koch: Das SIWF leistet bereits heute sehr gute Arbeit als Qualitätsinstanz der Weiterbildungsstätten und mit seinem Weiterbildungsangebot zu Bildungsthemen. Diese Funktion als zentrale Anlaufstelle soll und wird es weiter pflegen. Es kann zudem ein Ansprechpartner für die Spitalleitungen sein und diese noch stärker dabei unterstützen, die Weiterbildung innerhalb der Institutionen zu entwickeln und ihren Wert hochzuhalten. Denn die Weiterbildung wird noch zu oft «nebenbei» von den Klinikern und Klinikern geleistet, sie muss noch deutlich mehr Anerkennung und Raum erhalten, von den Spitalleitungen und an den Fakultäten. Wir müssen hier eine Gleichwertigkeit der Weiterbildung gegenüber der Forschungstätigkeit anstreben, die noch immer wichtiger ist für eine akademische Karriere als ein kompetentes und zuverlässiges Bildungsengagement für die aufstrebende Generation.

«Wir müssen eine Gleichwertigkeit der Weiterbildung gegenüber der Forschungstätigkeit anstreben.»

Dr. med. Nathalie Koch
Vizepräsidentin SIWF

Barbara Schild: Idealerweise verfügt jede Disziplin in einer Institution offiziell über jemanden, der oder die zu einer vernünftigen Anzahl Stellenprozente für die Weiterbildung zuständig ist. Ich denke hier an Kanada, wo viele Kolleginnen und Kollegen bereits seit langem 50% klinisch und 50% in anderen medizinischen Bereichen tätig sind. Sei es in der Ethik, Forschung oder eben der Weiter- und Fortbildung. Meines Erachtens eine äusserst attraktive Kombination, welche die Motivation im Team enorm stärkt. Ich bin auch überzeugt, dass die begonnene Einführung der kompetenzbasierten medizinischen Bildung (Competency Based Medical Education / CBME) in der Lehre die Weiterbildenden in ihrer wichtigen Aufgabe bestätigt und anspornt. Hier ist es also am SIWF, weiterhin intensiv dranzubleiben und seine zentrale Rolle als beratende und vernetzende Instanz wahrzunehmen, damit die Fachgesellschaften bei der Umstellung auf die EPAs

(Entrusted Professional Activities) bestmöglich voneinander profitieren können. Dasselbe gilt für die Stärkung der Allgemeinen Lernziele in allen Disziplinen. Gute Ärztinnen und Ärzte brauchen neben ihrer fachlichen Qualifikation gleichermaßen die häufig etwas vernachlässigten Kompetenzen in Kommunikation, interprofessioneller Zusammenarbeit oder Ethik, um nur drei zu nennen. Sie alle können wesentlich dazu beitragen, dass man als Ärztin, als Arzt seinem wunderbaren Beruf treu bleibt.



Literatur

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

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Henry Riggenbach (1932), † 28.12.2023,
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
9542 Münchwilen TG

Erich Schnurrenberger (1930), † 30.12.2023,
Facharzt für Arbeitsmedizin und Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, 4148 Pfeffingen

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

BE

Tobias Traupe, Facharzt für Kardiologie und
Facharzt für Allgemeine Innere Medizin,
Mitglied FMH, Stadtplatz 60, 3270 Aarberg

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Andreas Christe, Facharzt für Radiologie,
Mitglied FMH, Universitätsinstitut für Diag-
nostische, Interventionelle und Pädiatrische
Radiologie (DIPR), Inselspital, Freiburg-
strasse, 3010 Bern

Michael Schmutz, Facharzt für Anästhesiologie,
Mitglied FMH, Klinik Sonnenhof, Buchser-
strasse 30, 3006 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen
innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung
schriftlich und begründet bei den Co-Präsi-
denten 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 Schwyz

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

Kremer Michael, Facharzt für Chirurgie
(Heidelberg, 2010, MEBEKO anerkannt 2019),
Schwerpunkt Viszeralchirurgie (2020), Mitglied
FMH, ab sofort als Chefarzt im Spital Lachen Sz.
Alexander Richard Löw, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, Mitglied FMH, ab 15.01.2024
zu 100%, als Leitender Arzt im Gesundheits-
zentrum Rigi, Küssnacht am Rigi.

Einsprachen gegen diese Aufnahme richten
Sie schriftlich innert 20 Tagen an Dr. med.
Jörg Frischknecht, Bahnhofstrasse 31, 6440
Brunnen oder per Mail an joerg.frisch-
knecht[at]hin.ch.

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, Schwerekranken 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). (D) [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



© Robert Kneschke / Dreamstime

Die Fähigkeit, als Chirurg oder Chirurgin tätig zu sein, ist nicht nur bei älteren Personen zu hinterfragen, sondern muss lebenslanglich gefordert werden.

Nimmt die Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter ab?

Chirurgie Mit der steigenden Lebenserwartung, der verbesserten Lebensqualität und dem zunehmenden Ärztemangel dürfte es zu einer deutlichen Zunahme von älteren praktizierenden Chirurginnen und Chirurgen kommen. Eine strukturierte Bewertung kann helfen, das Spannungsfeld zwischen einerseits kognitivem und körperlichem Abbau und andererseits dem Vorsprung an Erfahrung zu prüfen.

Raffaele Rosso^a; Rolf Zemp^b; Christian Toso^c; Stefan Breitenstein^d; Markus Furrer^e

^a Prof Dr. med., Geschäftsführer Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie; ^b EMBA, Wirtschaftspsychologe, Führungsberater & Coach; ^c Prof Dr. med., Präsident Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie, Abteilung für Viszeralchirurgie, Universitätsspital Genf; ^d Prof Dr. med., Departementsleiter Chirurgie, Ärztlicher Direktor, Kantonsspital Winterthur; ^e Prof Dr. med., Departementsleiter Chirurgie, Ärztlicher Direktor, Kantonsspital Graubünden

Das Durchschnittsalter der Chirurginnen und Chirurgen hat im Verlaufe der vergangenen zwei Jahrzehnte deutlich zugenommen. In Australien sind 19% der aktiv praktizierenden chirurgischen Fachpersonen über 65 Jahre alt [1]. 46% der Chirurginnen und Chirurgen in den Vereinigten Staaten sind älter als 55; in Kanada sind es 38% der praktizierenden Personen und 16% sind sogar älter als 65 [2–3]. In der Schweiz sind 21,6% der aktiven Chirurginnen und Chirurgen über 60 Jahre alt, 9,8% über 65 und 4,8% über 70 (FMH-Statistik 2022).

Natürlich sind auch diese operativ tätigen Ärztinnen und Ärzte, wie die übrige Bevölkerung, einem Alterungsprozess ihrer kognitiven, sensorischen und motorischen Funktionen ausgesetzt, der sich zwar durch Erfahrung und technisches Fachwissen kompensieren lässt, sich aber dennoch auf die Qualität der Versorgung ihrer Patienten auswirken kann.

Evaluationsinstrumente sind notwendig

Zur Ausübung des chirurgischen Berufs sind sowohl ein gutes chirurgisches Urteilsvermögen als auch manuelle Geschicklichkeit und körperliche Fähigkeiten erforderlich. Mit zunehmendem Alter dürfte daher eine Überprüfung dieser Eigenschaften notwendig sein, um sicherzustellen, dass der alternde Chirurg, die alternde Chirurgin nach wie vor in hohem Masse umfassend kompetent ist. Umgekehrt kann auch ein Operateur, eine Operateurin weiter praktizieren, wenn die chirurgischen Fähigkeiten objektiv auf einem angemessenen Kompetenzniveau gehalten werden können.

In der Schweiz sind 21,6% der aktiven Chirurginnen und Chirurgen über 60 Jahre alt, 9,8% über 65 und 4,8% über 70 (FMH-Statistik 2022).

In der spärlichen aktuellen Literatur werden mehrere Assessment-Programme für ältere chirurgische Fachpersonen beschrieben, von denen einige den Schwerpunkt auf kognitive, sensorische und motorische Fähigkeiten legen [4], während andere eine Beurteilung durch Peers vorsehen [5]. Aber keines dieser Programme bietet ein standardisiertes, anerkanntes und weit verbreitetes Instrument. Zu den Herausforderungen – durch frühere Forschungen gestützt [6] – gehören der Mangel an validierten Tests, und die Schwierigkeit, an zuverlässige Chirurgie-spezifische Ergebnisdaten zu gelangen. Es bestehe dann Bedenken, ob die bekannten kognitiven Tests, die für die Allgemeinbevölkerung Anwendung finden, auch für eine hochleistungsfähige Gruppe wie die Chirurgen anwendbar sind.

Verschiedene Simulationsinstrumente, die für die Ausbildung junger Chirurginnen und Chirurgen verwendet werden, mögen zwar für die Bewertung der technischen Aspekte nützlich sein, sie sind aber nicht in der Lage, das Wesentliche in der chirurgischen Tätigkeit zu bewerten, nämlich die intraoperativen kognitiven Fähigkeiten (Thinking Skills), Eigenschaften und Elemente, die vor allem auch mit der Erfahrung wachsen.

Es ist nachgewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte nur begrenzt in der Lage sind, ihre Fähigkeiten und Leistungen selbst richtig einzuschätzen.

Es reicht auch nicht aus, sich nur auf kontinuierliche Einhaltung der Anforderungen der Continuing Medical Education oder auf eine Rezertifizierung der Weiterbildung zu verlassen. Die tatsächliche Fähigkeit einer Person wird damit nicht genügend abgebildet [7–9]. Es ist ausserdem nachgewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte nur begrenzt in der Lage sind, ihre Fähigkeiten und Leistungen selbst richtig einzuschätzen [10]. Schliesslich ist die Fähigkeit, als Chirurg oder Chirurgin tätig zu sein, nicht nur bei älteren Personen zu hinterfragen, sondern muss lebenslanglich gefordert werden. Daher befürworten mehrere Autoren [6] eine «Whole-of-Career-Beurteilung», bei welcher die Eignung und Leistungsfähigkeit beispielsweise ab einem Alter von 55 Jahren überprüft werden, was auch eine Diskriminierung älterer Fachpersonen vermeidet.

Das Senior Surgeons Assessment

Die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC/SSC) hat deshalb für alle in der Schweiz akkreditierten Chirurgen und Chirurginnen ab einem Alter von 55 Jahren ein freiwilliges Assessment-Instrument entwickelt, welches erlaubt, die chirurgischen Kompetenzen professionell überprüfen zu lassen.

Mit dem Absolvieren eines SGC-zertifizierten Assessments werden folgende Ziele angestrebt:

- Sicherheit und Legitimation für den Chirurgen / die Chirurgin, Patientinnen und Patienten sowie Arbeitgeber
- Persönlicher Schutz vor möglichen rechtlichen Konsequenzen
- Proaktive, eigenverantwortliche Handlung
- Identifizierung potenziell behandelbarer oder reversibler Beeinträchtigungen, die, wenn sie behandelt werden, die Berufsfähigkeit wiederherstellen oder verbessern können

- Persönliches, anerkanntes Qualifikationslabel
- Aufzeigen von Alternativen zur bisherigen operativen Tätigkeit
- Schutz der Kliniken vor möglichen Haftungsrisiken
- Schutz vor möglichen, nicht validierten und willkürlichen Bewertungen
- Schutz des Berufsstandes

Die Begutachtung umfasst drei Phasen.

- In einer ersten Phase spricht der Experte respektive die Expertin mit dem Kandidaten oder der Kandidation über den Gesundheitszustand, die aktuelle chirurgische Tätigkeit (Portfolio) und die beruflichen Erwartungen/Pläne (Frühpensionierung, mögliche Verlängerung der Tätigkeit über das Pensionsalter hinaus).
- In der zweiten Phase führt die zu bewertende Person an ihrem üblichen Arbeitsplatz einen chirurgischen Eingriff durch, der ihrem aktuellen Portfolio an Operationen entspricht. Dabei wird sie von zwei Experten, einem Chirurgenkollegen oder einer –kollegin und einer OP-Pflegefachperson, beobachtet. Bewertet werden die folgenden technischen Fähigkeiten von denen einige mit Punkten bewertet werden: logische Handlungen und Ruhe bei der Durchführung der Operation, Bewegungssicherheit, Geschicklichkeit, Sicherheit im Umgang mit möglichen Komplikationen Harmonisches Zusammenspiel mit allen Akteuren am Tisch, insbesondere mit der Anästhesie.
- Schliesslich wird in einer dritten Phase ein Gespräch mit zwei Personen aus dem Kreise Anästhesie, OP-Pflege, Assistenzärztinnen und –ärzte geführt. Die Elemente, die bewertet werden, sind: Auffälligkeiten-Veränderungen der letzten zwölf Monate bezüglich Ruhe, Umgang/Verhalten, Rhythmus, Komplikationen, technische Fähigkeiten.

Angesichts des hohen Durchschnittsalters der Chirurgen scheint es angebracht, sie einer gründlichen Bewertung zu unterziehen.

Alle Erkenntnisse werden in einem schriftlichen, standardisierten Bericht festgehalten, und am Ende findet ein Abschlussgespräch mit dem Kandidaten, der Kandidatin mit Empfehlung statt. Nach erfolgreich absolvierter Visitation wird der assessierten Person durch die SCG als Nachweis ein Zertifikat aus- und zugestellt.

Es wird ein grosser Wert auf die Qualifikation der Experten gelegt, damit eine hohe Akzeptanz der erzielten Bewertungen sichergestellt

Organisationen

werden kann. Für die im Pool der SGC-SSC eingesetzten Expertinnen und Experten geltend daher nachstehende Anforderungen: mehrjährige, leitende Position aus dem jeweiligen Fachgebiet, hohe Akzeptanz und Glaubwürdigkeit innerhalb des Berufsstandes, Alter zwischen 45 und 55 Jahren, Kommunikationsfähigkeit und Empathie.

Zur Beurteilung des interventionellen Umfelds und zur Erhöhung der Objektivität und Unabhängigkeit ist jeweils ein Technischer Operationsassistent (TOA) Teil des Expertenteams.

In bestimmten Situationen darf die SGC die Ergebnisse dem Arbeitgebenden oder der kantonalen Aufsichtsbehörde melden.

Rechtliche Implikationen

Zur Abklärung und Beleuchtung der rechtlichen Situation hat die SGC eine entsprechende Rechtsabklärung treffen lassen. Demnach gibt es keinerlei rechtliche Verpflichtungen, die Ergebnisse in irgendeiner Form allfällig interessierten Dritten zugänglich zu machen. Es handelt sich bei den Ergebnissen um eine Empfehlung ohne arbeitsrechtliche oder sonstige juristische Konsequenzen. Beide Parteien verpflichten sich, alle im Zusammenhang mit einem Vertrag ausgetauschten Informationen absolut vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben.

Die SGC behält sich das Recht vor, Informationen an Dritte unter bestimmten Umständen weiterzugeben. Dies kann zum Beispiel erfolgen, wenn das Assessment gravierende Defizite (Gefährdung Patientensicherheit in groben Masse) ergibt und der Auftraggebende trotz erfolgten Hinweisen seine chirurgische Tätigkeit unbeirrt weiter führt, ohne geeignete Massnahmen zur Verbesserung zu ergreifen. In solchen Situationen hat die SGC das Recht, die Ergebnisse dem Arbeitgebenden oder der kantonalen Aufsichtsbehörde zu melden.

Validierung durch die Pilotphase

Das eigentliche Assessment, Inhalt und Ablauf sowie die Ergebnisdarstellung in Form eines Berichtes wurden in der Zeit zwischen Oktober und Dezember 2022 in einer Pilotphase evaluiert.

Dafür haben sich sechs Chirurgen im Alter zwischen 56 und 70 Jahren zur Verfügung gestellt. Diese kamen aus den Fachgebieten Viszeral-, Trauma-, Gefäss- und Thoraxchirurgie, drei davon bekleideten eine Chefarztposition, zwei waren Leitende Ärzte und einer agiert als Belegarzt. Fünf davon waren in der

deutschsprachigen, einer in der französischsprachigen Schweiz tätig. Fünf der sechs waren in einem öffentlichen Spital tätig und einer in einer Privatklinik.

Das Expertenteam bestand aus vier Chirurgen und einer Chirurgin im Alter von 40 bis 54 Jahren. Vier der fünf Experten waren als Chefarzt/Chefärztin, ein Experte als Leitender Arzt, tätig. Alle fünf waren in öffentlichen Spitälern tätig, vier davon in der Deutschschweiz, einer in der Romandie. Die sechs Kandidaten wurden alle für geeignet befunden, ihre chirurgische Tätigkeit fortzusetzen.

Die Pilotphase ermöglichte es, das Bewertungsinstrument durch die Beobachtungen und Kritiken der Kandidaten und Experten und der Expertin zu verfeinern. Insbesondere wurde erkannt, dass eine solche Bewertung im Laufe der Zeit wiederholt angeboten werden sollte, beispielsweise ab dem Alter von 55 Jahren und dann alle fünf Jahre. Dies würde es den Chirurginnen und Chirurgen ermöglichen, ihre eigene Entwicklung zu beurteilen, und würde Diskriminierungen allein aus Altersgründen vermeiden. Schliesslich könnte dies auch ein Instrument zur Vorbereitung auf den Rückzug aus der Chirurgie sein.

Empfehlung

Angesichts des hohen Durchschnittsalters der Schweizer Chirurginnen und Chirurgen scheint es angebracht, sie einer gründlicheren Bewertung zu unterziehen, da altersbedingte Leistungsveränderungen unbestreitbar auftreten. Es ist auch nicht ausgeschlossen, dass Aufsichtsbehörden zukünftig solche Abklärungen von sich aus treffen lassen werden. In der aktuellen, wenn auch spärlichen Literatur herrscht Einigkeit darüber, dass ein kooperativeres und schrittweises Vorgehen bei der Bewertung der Leistung älterer chirurgischer Fachpersonen erforderlich ist.

Der chirurgische Berufsstand benötigt robustere Instrumente, um sich auf Lebensübergänge vorzubereiten.

Es mehren sich jedoch die Hinweise darauf, dass nachhaltigere Lösungen lange vor der Pensionierung beginnen müssen. Der chirurgische Berufsstand benötigt robustere Instrumente, um sich auf Lebensübergänge vorzubereiten, indem die Leistungen, insbesondere von älteren Chirurginnen und Chirurgen, zu bewerten versucht werden. Damit können allenfalls die Rollen Anpassungen während der gesamten Laufbahn erfolgen.

Mit dem von der Schweizerischen Chirurgischen Gesellschaft erarbeiteten Bewertungsinstrument wurde ein erster Schritt in diese Richtung gemacht. Als Hauptvorteil dieses Assessment-Inhalts besticht die konzeptionelle Eigenentwicklung von Chirurgen für Chirurgen.

Korrespondenz

Raffaele.rosso[at]sgc-ssc.ch



Literatur

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

Leben ohne Unterbrechung für Ihre COPD-Patient:innen

ANORO ELLIPTA
Umeclidinium/Vilanterol

LAMA / LABA

Verbesserte Lungenfunktion* bei Ihren symptomatischen Patient:innen^{1,2}**

TRELEGY ELLIPTA
Fluticasonfuroat/Umeclidinium/Vilanterol

ICS / LAMA / LABA

Signifikante Reduktion von Exazerbationen† für Ihre Patient:innen, mit ≥1 Exazerbation in den letzten 12 Monaten††³⁻⁵



Diese fiktive Patientenbilder dienen nur zur Veranschaulichung.

* gegenüber Spiolto (TIO/OLO)²

** die auf eine tief dosierte Monotherapie mit LAMA oder LABA allein nicht genügend ansprechen.¹

† von hospitalisierungsbedürftigen Exazerbationen im Vergleich zu LAMA/LABA (UMEC/VI) und von mässigen/schweren Exazerbationen im Vergleich zu zwei ICS/LABA-Vergleichspräparaten (Symbicort Turbuhaler und FF/VI).^{4,5}

†† die unter einer Kombination mit ICS und LABA oder einer Kombination mit LAMA und LABA nicht ausreichend eingestellt sind.³

Abkürzungen: COPD, chronisch-obstruktive Lungenerkrankung; LAMA, langwirksames Muskarinrezeptor-Antagonist; LABA, langwirksamer β -2-Agonist; ICS, inhalatives Kortikosteroid; FF, Fluticasonfuroat; UMEC, Umeclidinium; VI, Vilanterol; TIO, Tiotropium; OLO, Olodaterol.

Referenzen: 1. Anoro Ellipta Fachinformation, GlaxoSmithKline AG, www.swissmedinfo.ch. 2. Feldman GJ et al. Comparative Efficacy of Once-Daily Umeclidinium/Vilanterol and Tiotropium/Olodaterol Therapy in Symptomatic Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Randomized Study. Adv Ther. 2017; 34(11):2518–2533. 3. Trelegy Ellipta Fachinformation, GlaxoSmithKline AG, www.swissmedinfo.ch. 4. Lipson DA et al., FULFIL Trial: Once-Daily Triple Therapy for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Am J Respir Crit Care Med 2017; 196:438–46. 5. Lipson DA et al., Once-Daily Single-Inhaler Triple versus Dual Therapy in Patients with COPD, N Engl J Med 2018; 378:1671–80.

Anoro Ellipta (einzeldosiertes Pulver zur Inhalation). **W:** Umeclidinium 55 μ g, Vilanterol 22 μ g. **I:** Bronchial-erweiternde Langzeittherapie bei Erwachsenen mit COPD, welche auf eine tief dosierte Monotherapie mit langwirksamen Anticholinergika oder langwirksamen Betaagonisten nicht genügend ansprechen. **D:** Erwachsene ab 18 Jahren: 1 \times tgl. 1 Inhalation. Bei Patienten > 65 Jahren sowie bei eingeschränkter Nierenfunktion oder leichter bis mittelschwerer Leberfunktionsstörung ist keine Dosisanpassung erforderlich. Anoro Ellipta wurde bei schwerer Leberfunktionsstörung nicht untersucht. **KI:** schwere Milcheiweissallergie, Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe. **W/V:** Nicht zur Behandlung von Asthma zugelassen. Potentiell lebensbedrohlicher paradoxe Bronchospasmus möglich; in diesem Fall Anoro Ellipta absetzen und wenn nötig alternative Therapie beginnen. Kardiovaskuläre Wirkungen wie Arrhythmien möglich; vor Therapie Abklärung bezüglich kardiovaskulärer Begleiterkrankungen (u.a. EKG zur Abklärung von QTc-Verlängerung empfohlen). Vorsicht bei Diabetes, Hypokaliämie, Harnretention, Engwinkelglaukom, Krampfleiden, Thyreotoxikose. **IA:** Gleichzeitige Anwendung von β -Blockern vermeiden. Vorsicht bei gleichzeitiger Verabreichung von starken CYP3A4-Hemmern (wie Ritonavir), langwirksamen Anticholinergika oder β -2-Agonisten, Methylxanthinen, Steroiden, nicht-kaliumsparenden Diuretika. **S/S:** Anoro Ellipta darf nicht in der Schwangerschaft verwendet werden, es sei denn es ist klar notwendig. Abstillen oder Therapie mit Anoro Ellipta abbrechen. **UW:** Häufig: Pharyngitis, Nasopharyngitis, Sinusitis, Husten, Infektionen der oberen Atemwege, oropharyngeale Schmerzen, Harnwegsinfektionen, Verstopfung, Mundtrockenheit. **Gelegentlich:** Hypersensitivitätsreaktionen (seltene Angioödem, Anaphylaxie), Vorhofflimmern, Tachykardie, supraventrikuläre Tachykardie, Angst, Tremor, Muskelkrämpfe, Dysgeusie. **Unbekannt:** erhöhter Augeninnendruck, verschwommenes Sehen, Dysurie. **Post-Marketing-Daten:** unbekannt: u. a. Augenschmerzen. **AK:** B, kassenzulässig. **Stand der Information:** Mai 2023. GlaxoSmithKline AG. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com. Fachpersonen können die genannten Referenzen bei GlaxoSmithKline AG anfordern.

Trelegy Ellipta (einzeldosiertes Pulver zur Inhalation). **W:** Fluticasonfuroat 92 μ g, Umeclidinium 55 μ g, Vilanterol 22 μ g. **I:** Erhaltungstherapie bei erwachsenen Patienten mit moderater bis schwerer COPD mit ≥ 1 Exazerbation in den letzten 12 Monaten, die unter ICS/LABA-, oder LABA/LAMA-Kombination nicht aus-

reichend eingestellt sind. **D:** Erwachsene ab 18 Jahren: 1 \times tgl. 1 Inhalation. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber einem Inhaltsstoff, schwere Milcheiweiss-Allergie. **W/V:** Nicht zur Behandlung akuter Symptome, oder Asthma zugelassen. Paradoxe Bronchospasmus umgehend mit kurzwirksamem Bronchodilatator behandeln, Trelegy Ellipta absetzen, andere Therapien in Erwägung ziehen. Kardiovaskuläre Wirkungen wie Herzrhythmusstörungen möglich; vor Therapie Abklärung bezüglich kardiovaskulärer Begleiterkrankungen (u. a. EKG zur Abklärung von QTc-Verlängerung empfohlen). Vorsicht bei Diabetes, Hypokaliämie, Lungentuberkulose, chronischen/unbehandelten Infektionen, Engwinkelglaukom, oder Harnverhaltung. Patienten mit mässig oder schwerer Leberfunktionsstörung sollten überwacht werden. Bei hohen Dosen über längere Zeit können systemische unerwünschte Wirkungen auftreten. Sehstörungen können auftreten. Pneumonien wurden beobachtet. **IA:** Vorsicht bei gleichzeitiger Gabe von β -Blockern, sowie Arzneimitteln, welche QTc-Intervall verlängern, oder Kaliumspiegel beeinflussen. Gleichzeitige Verabreichung von starken CYP3A4 Inhibitoren (z.B. Ketoconazol, Itraconazol, Clarithromycin, Ritonavir oder Produkte, welche Cobiciclat enthalten) sollte vermieden werden, ausser Nutzen überwiegt erhöhtes Risiko systemischer Kortikosteroid-Nebenwirkungen; dann sollten Patienten bezüglich systemischer Kortikosteroid-Nebenwirkungen überwacht werden. Zeitgleiche Behandlung mit anderen langwirksamen Muskarinrezeptor-Antagonisten, oder langwirksamen β -2-adrenergen Agonisten wird nicht empfohlen. **S/S:** Schwangerschaft: Trelegy Ellipta darf während der Schwangerschaft nicht angewendet werden, ausser wenn klar notwendig. **Stillzeit:** Abstillen oder Behandlung mit Trelegy Ellipta abbrechen. **UW:** Sehr häufig: Nasopharyngitis. Häufig: Pneumonie, Infektionen oberer Atemwege, Bronchitis, Pharyngitis, Rhinitis, Sinusitis, Influenza, virale Atemwegsinfektion, Schmerzen und Candidose im Mund- und Rachenraum, Harnwegsinfektionen, Kopf-, Gelenk- und Rückenschmerzen, Husten, Dysphonie, Obstipation. **Gelegentlich:** Dysgeusie, supraventrikuläre Tachyarrhythmie, Tachykardie, Vorhofflimmern, Mundtrockenheit, Frakturen. **Post-Marketing-Erfahrungen:** **Gelegentlich:** u. a. Glaukom. **Selten:** u. a. Überempfindlichkeit (einschliesslich Anaphylaxie), Urinretention. **Nicht bekannt:** u. a. Hyperglykämie. **AK:** B, kassenzulässig (Lim). **Stand der Information:** Mai 2023. GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee. Ausführliche Angaben finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen melden Sie bitte unter pv.swiss@gsk.com. Fachpersonen können die genannten Referenzen bei GlaxoSmithKline AG anfordern.

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3, CH-3053 Münchenbuchsee

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2024 GSK group of companies or its licensor. TRELEGY Ellipta, ANORO Ellipta were developed in collaboration with INNOVIVA.

Für medizinische Fachpersonen in der Schweiz.

GSK

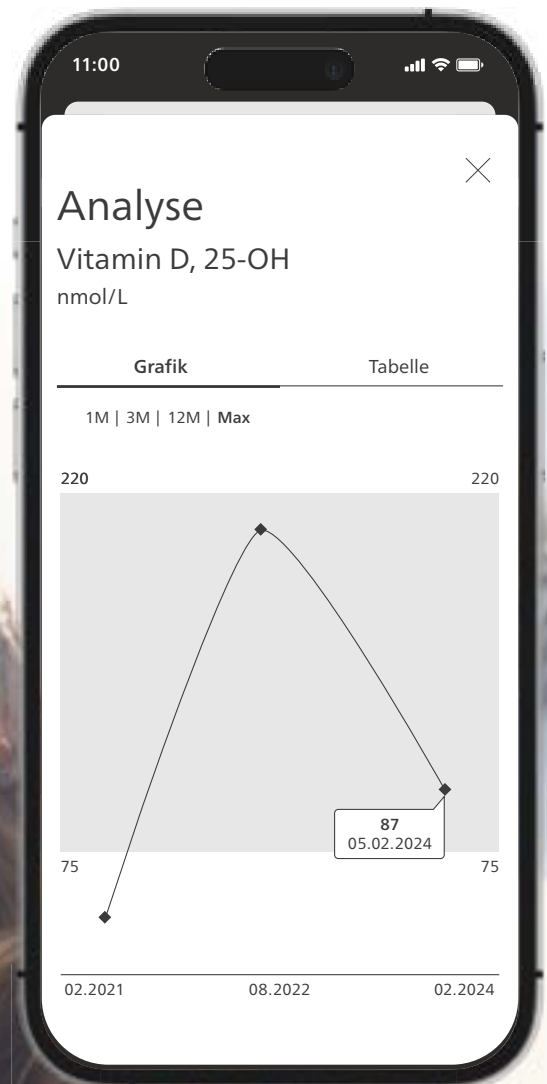
My Viollier – Die Patienten App

Kennen Sie Ihre Werte

Ist Ihnen Ihre Gesundheit wichtig? Wie behalten Sie diese im Blick?

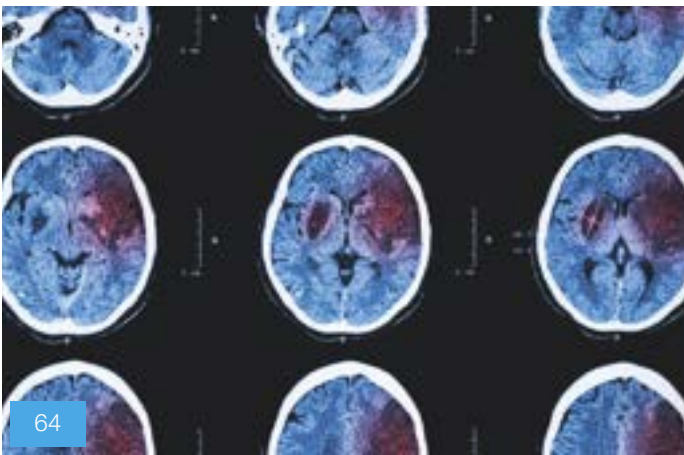
Mit der My Viollier App haben Sie als Patient – nach einmaliger Freigabe durch Ihren Arzt – Zugang zu all Ihren Laborresultaten von Viollier und aus dem Praxislabor. Sie kennen damit Ihre Werte und können deren Verlauf über die Zeit verfolgen, sowohl tabellarisch als auch grafisch.

Nutzen Sie die My Viollier App als Motivation zum Erhalt und zur Verbesserung Ihrer Gesundheit.



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.



64

Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz

Update Der Hirnschlag ist eine häufige Todesursache und eine der häufigsten Ursachen für bleibende körperliche Behinderung im Erwachsenenalter. Diese Empfehlungen umfassen die angepassten Zertifizierungskriterien für Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz und stellen eine Revision der letztmals 2012 publizierten Richtlinien und Anforderungsprofile dar.

Philippe Lyrer, Stefan Engelter et al.

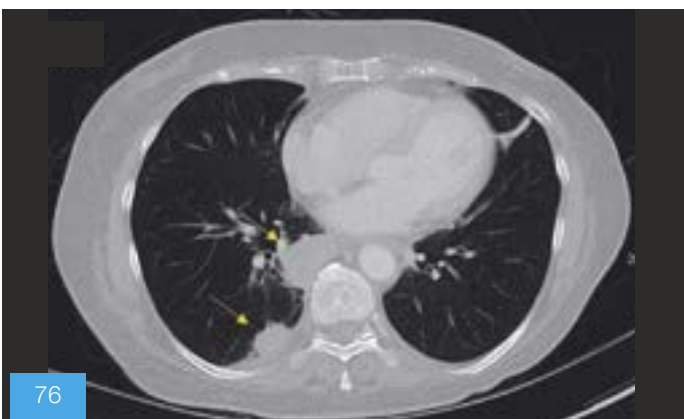


74

Time is brain!

SGAIM und ICKS Oberstes Ziel der akuten Schlaganfallbehandlung muss eine rasche und entsprechend wohnortnahe Diagnostik und Reperfusionstherapie sein. Grosse Städte und Ballungszentren verfügen häufig über mehrere Stroke Units und Centers, während in ländlichen und geographisch abgelegenen Gebieten grosse Behandlungslücken klaffen.

Thomas Brack, Andreas Kistler



76

Pulmonale Raumforderungen mit überraschendem Befund

Multisystemerkrankung Eine 73-jährige Patientin wurde mit systemischen Entzündungszeichen und erhöhten Leberwerten zugewiesen. Seit zwei Wochen litt sie an Schmerzen zwischen den Schulterblättern mit Ausstrahlung in den Nacken und unteren Rücken. Sie berichtete im Weiteren über eine Rhinitis sowie Nachtschweiss.

Oray Kahraman, Samuel Henz et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Grippe und Oseltamivir

Hospitalisationsrisiko: inkonklusive Resultate

Es ist bis dato die grösste Metaanalyse zur Frage, ob Oseltamivir bei ambulanten Grippe-erkrankten das Risiko für eine Hospitalisation reduziert: eingeschlossen wurden 15 randomisiert kontrollierte Studien und insgesamt 6166 Fälle mit bestätigter Influenza. Untersucht wurden Hospitalisationen aufgrund jeglicher Ursache, nicht nur wegen Influenza – in Anbetracht der Folge- und Begleiterkrankungen einer Grippe (unter anderem Pneumonie, akute Herzinsuffizienz) ein sinnvoller Ansatz. Nur: Die Konfidenzintervalle für das Outcome Hospitalisation waren sehr breit, und entsprechend inkonklusiv sind die Resultate. Auch bei besonders gefährdeten Subgruppen (zum Beispiel ≥ 65 -Jährige) fand sich kein überzeugendes Signal für ein reduziertes Hospitalisationsrisiko.

JAMA Intern Med. 2024, doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.0699. Verfasst am 10.1.24_HU

Erythema nodosum

Phänotypisierung atypischer Fälle

Das Erythema nodosum (EN) ist eine akute Entzündung der Subkutis («Pannikulitis»). Die unscharf begrenzten, leicht erhabenen und rötlich-lividen Knoten treten typischerweise an den Unterschenkeln auf, aber auch atypische Lokalisationen an Rumpf, Armen und Gesicht sind beschrieben. Eine kleine retrospektive Monozenterstudie hat diese atypischen Fälle erstmals systematisch charakterisiert. Keine relevanten Unterschiede fanden sich hinsichtlich Ätiologie (idiopathisch >> infektiös > autoimmun > andere), Geschlechterverteilung ($\frac{3}{4}$ Frauen), Alter bei Erstmanifestation (circa 40 Jahre), Symptomatik (Schmerz!) und Krankheitsverlauf (Zeit bis zur Resolution 3–4 Monate). Mit einer Ausnahme: eine Sarkoidose scheint häufiger mit atypischem EN einherzugehen.

Dermatology. 2024, doi.org/10.1159/000535617. Verfasst am 6.1.24_HU

Vintage Corner

Athlete's nose: störend, aber harmlos

Bei 8 gesunden, nichtrauchenden Probanden (2 Frauen, 6 Männer) im Alter von 16–45 Jahren wurde der Zusammenhang von sportlicher Aktivität und Nasenlaufen untersucht: nasaler Widerstand und Sekretion wurden vor, während und nach einem 12-Minutenlauf quantifiziert. Unter sportlicher Aktivität kam es bei allen Probanden zu einer Zunahme der nasalen Sekretion bei gleichzeitiger Abnahme des nasalen Widerstandes. Beide Parameter normalisierten sich zwölf Minuten nach Ende der Aktivität wieder. Diese «exercise induced rhinorrhea» ist eine Form der vasomotorischen Rhinitis – in Kombination mit kalter Luft (anderer Pathomechanismus!) ist sie auch als «Skifahrernase» bekannt. Je nach individueller Ausprägung und Beschwerdebild störend, aber harmlos.

BMJ. 1988, doi.org/10.1136/bmj.297.6649.660. Verfasst am 7.1.24_HU

CME

Kardiovaskuläre Krankheiten und Diabetes

Diabetes mellitus Typ 2 (DM2) ist einer der wichtigsten kardiovaskulären Risikofaktoren. Zur Anpassung der Behandlungsstrategie und für die Prognose ist die frühzeitige Identifikation entscheidend. Die «European Society of Cardiology» hat in ihrer Guideline dazu «10 Gebote» publiziert. Die praxisrelevanten Empfehlungen:

Screening

1. Alle Patientinnen und Patienten mit kardiovaskulärer Erkrankung (CVD) sollten auf das Vorliegen eines DM2 getestet werden (**HbA_{1c}**).

- Umgekehrt sollten alle Personen mit DM2 regelmässig nach Symptomen einer Arteriosklerose (CAD) befragt werden (**Anamnese**).
- Bei jeder Konsultation sollten Patientinnen und Patienten mit DM2 systematisch auf Zeichen einer Herzinsuffizienz (HI) untersucht werden (**Untersuchung**).
- Bei DM2 sollte regelmässig hinsichtlich einer chronischen Nierenerkrankung (CKD) getestet werden (**glomeruläre Filtrationsrate, Albuminurie**).

Komorbiditäten und Therapie

- Blutzucker-(BZ-)senkende Medikamente mit evidenzbasiertem Nutzen sollten anhand der jeweiligen Komorbiditäten priorisiert werden (siehe 6.–8.), andere Präparate kommen sekundär zum Einsatz (**Studienlage**).
- Um das kardiovaskuläre Risiko zu vermindern, sollten Patientinnen und Patienten, bei

denen DM2 und CAD vorliegen, mit einem GLP-1-Rezeptorantagonisten und einem SGLT2-Inhibitor behandelt werden – unabhängig von BZ-Kontrolle und HbA_{1c} (**DM2 und CAD**).

7. Personen mit DM2 und allen Formen einer HI sollten mit einem SGLT2-Hemmer behandelt werden (**DM2 und HI**).

8. Personen mit DM2 und CKD sollten mit einem SGLT2-Hemmer und – bei relevanter Albuminurie (>30 mg/g) – mit dem neuen MRA Finerenon behandelt werden. In diesem Setting gehört zudem ein ACE-Hemmer respektive ein Sartan zur Standardtherapie. Ein Blutdruck $\leq 130/80$ mm Hg sollte angestrebt werden (**DM2 und CKD**).

Eur Heart J. 2024, doi.org/10.1093/eurheartj/ehad881. Verfasst am 10.1.24_HU

Gegen ärztliches Burnout

Mehr Zeit für Aufmerksamkeit!

Fokussierte Aufmerksamkeit der Arztperson auf die Patientinnen und Patienten ist die Basis für Vertrauen, gute Kommunikation, Verständnis, gute Betreuung und schliesslich ärztliche Zufriedenheit. Leider hat die elektronische Datenbank nebst zahlreichen «Zeitfressern» entscheidend diese Aufmerksamkeit erodiert.

Hier einige Ratschläge, um dieser Erosion ein Ende zu setzen:

1. Nicht auf den Bildschirm schauen, wenn Patientinnen oder Patienten uns gegenüber sitzen und kommunizieren. Sie nehmen die unterbrochene Zuwendung wahr. Zudem überschätzen wir unsere Multitasking-Fähigkeiten.
2. Ärztliche Einträge kürzer, konziser und informativ halten. Lange und umständliche Ausschweifungen sind zeitraubend, unnötig und werden kaum gelesen. Wiederholungen («copy-paste») vermeiden!

3. Ärztinnen und Ärzte von Arbeiten befreien, die von anderen gleich gut oder sogar kompetenter erledigt werden können. Mitarbeitende können Aufgaben im Ablauf der Patientenkonsultation übernehmen, bei der Instruktion der Medikamenteneinnahme mithelfen, bei der Bearbeitung von Mail und Post Vorarbeiten leisten und sogar bei Überweisungen Verantwortung übernehmen. Die Optimierung der Teamarbeit erfordert Schulungen und Vertrauen.

4. Das Zeitfenster der Konsultation so gestalten, dass der Eintrag von Notizen und weitere Anordnungen gleich nach dem Patientenkontakt erfolgen, wenn die Erinnerung noch frisch und vollständig ist. Dies ist grundsätzlich effizient und zeitsparend. Zudem wird verhindert, dass diese Formalitäten im Zustand von Müdigkeit und Unlust nach Feierabend und am Wochenende erledigt werden müssen.

5. Für die Zukunft wird viel Hoffnung auf die künstliche Intelligenz gesetzt. Wie viel Entlastung durch diese erbracht werden kann, ist noch unklar. Klar ist, dass gegen das ärztliche Ausbrennen Handlungsbedarf besteht.

JAMA Intern Med. 2024,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.5987.
Verfasst am 3.1.2024_MK

Auf dem Prüfstand



© Michele Ursi / Dreamstime

Kaltwasserbaden ist populär und soll gesundheitsfördernd sein. Letzteres ist aber umstritten. Was sagen die wissenschaftlichen Daten?

Ist Kaltwasserbaden gesund?

Seit der Corona-Pandemie genießt das Kaltwasserbaden (KWB) grosse Popularität. Von zahlreichen Prominenten sowie Influencerinnen und Influencern wird über eine positive Wirkung auf die allgemeine Gesundheit berichtet. Dazu sollen Stärkung des Immunsystems, Anti-Stress- und antidepressive Wirkung, Verbesserung der peripheren Zirkulation und Kalorienverbrennung gehören. Der bedeutendste Protagonist des Eisbadens ist Wim Hof, ein niederländischer Extremsportler mit mehreren Weltrekorden im Ertragen extremer Kälte. Sein Rekord im Eiswasser beträgt 1 Stunde und 52 Minuten.

Gibt es wissenschaftliche Grundlagen, die diese angeblich positiven Effekte des KWBs untermauern? In einer Review [1] von 106 Studien kommt man zum Schluss, dass in den meisten Untersuchungen die Zahl der Studienteilnehmenden zu klein und die Ausgangsbedingungen zu unterschiedlich sind, um solide Rückschlüsse zu ziehen. In einigen Studien wurden signifikante Veränderungen zahlreicher biochemischer und immunologischer Parameter erfasst. So steigen beim KWB die Konzentrationen von Parathormon, Thyreoidea-stimulierendem Hormon, Noradrenalin, Troponin, Zink und Interleukin-6 an, die T-Lymphozyten und Monozyten nehmen zu und die Insulin-Sensitivität erhöht sich. Gleichzeitig nehmen die Konzentrationen von Cortisol, α -1-Antitrypsin, Homocystein und Insulin sowie die Titer der Immunglobuline IgG, IgA und IgM ab. Was die Bedeutung dieser Veränderungen für die Gesundheit ist, bleibt allerdings unbeantwortet.

Ein häufig zitierter Antagonist des KWB ist Mike Tipton aus England [2]. Er macht seit Jahren auf die möglichen Risiken aufmerksam, die durch den sogenannten «Kaltwasser-Schock» auftreten können. Initial tritt eine Hyperventilation auf, die von einem raschen und starken Blutdruckanstieg begleitet wird. Letzterer kann bei älteren Personen oder kardiovaskulären Vorerkrankungen gefährliche bis fatale Folgen haben. Die rasche Abkühlung der Muskeln reduziert deren Kraft und Kontrolle, sodass koordiniertes Schwimmen plötzlich nicht mehr möglich ist.

Fazit: Es fehlen bisher genügend evidenzbasierte Daten, die nachweisen, dass KWB gesundheitsfördernd ist. Bei einer ärztlichen Beratung kann KWB aktuell nicht empfohlen werden. Unbedingt sollte auf die Risiken hingewiesen werden.

1 Int J Circumpolar Health. 2022, doi.org/10.1080/22423982.2022.2111789.

2 Br J Sports Med. 2022, doi.org/10.1136/bjsports-2022-105953.

Verfasst am 7.1.24_MK

Empfehlungen 2022

Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz

Die nachfolgenden Empfehlungen umfassen die angepassten Zertifizierungskriterien für Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz und stellen eine Revision der letztmals 2012 an dieser Stelle publizierten Richtlinien und Anforderungsprofile dar.

Prof. Dr. med. Philippe Lyrer^a; Prof. Dr. med. Stefan Engelter^{a,b}; Prof. Dr. med. Jan Gralla^c; PD Dr. med. Andrea M. Humm^d; Prof. Dr. med. Javier Fandino^e; Prof. Dr. med. Urs Fischer^{a,f}; Prof. Dr. med. Hans Pargger^g; Prof. Dr. med. Werner Z'Graggen^h; PD Dr. med. Georg Kägiⁱ; Prof. Dr. med. Andrea Luft^j; Prof. Dr. med. Krassen Nedeltchev^k; Prof. Dr. phil. Elke Steudter^l; Dr. med. Heinz J. Schaad^m; PD Dr. med. Carlo Ceredaⁿ; Prof. Dr. med. Stephan G. Wetzel^o; Dr. med. Guido Schwegler^p; Doris Mösinger^q, MScN; Bartosch Nowak^a, MScN; Dr. med. Emmanuel Carrera^g; Prof. Dr. med. Christoph Stippich^{r,s}; Prof. Dr. med. Leo H. Bonati^a; Prof. Dr. med. Marcel Arnold^t; Prof. Dr. med. Patrik Michel^u; PD Dr. med. Susanne Renaud^v; Arbeitsgruppen Stroke Unit und Netzwerk Stroke Pflege* der Schweizerischen Hirnschlaggesellschaft (SHG – neurovasc.ch) sowie Hirnschlagkommission der «Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies» (SFCNS)

^a Neurologie, Universitätsspital Basel, Basel; ^b Neurorehabilitation, Universitäre Altersmedizin Felix-Platter Basel, Basel; ^c Universitätsklinik für Neuroradiologie, Inselspital Bern, Bern; ^d Service de neurologie, Médecine, HFR Fribourg - Hôpital Cantonal Fribourg, Fribourg; ^e Neurochirurgie, Klinik Hirslanden, Zürich; ^f Universitätsklinik für Neurologie, Inselspital Bern, Bern; ^g Intensivstation, Universitätsspital Basel, Basel; ^h Neurointensivmedizin, Inselspital Bern, Bern; ⁱ Klinik für Neurologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen; ^j Neurologie, Limmattalspital, Schlieren; ^k Klinik für Neurologie, Kantonsspital Aarau, Aarau; ^l Careum Hochschule Gesundheit, Zürich; ^m Innere Medizin, Spitäler fmi AG, Interlaken; ⁿ Neurocentro della Svizzera Italiana, Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), Lugano; ^o Zentrum für Neuroradiologie, Klinik Hirslanden, Zürich; ^p Universitäre Akut-Neurorehabilitation, Inselspital Bern, Bern; ^q Service de neurologie, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève; ^r Klinik für Neurologie, Universitätsspital Zürich, Zürich; ^s Schmieder Kliniken Allensbach, Allensbach (Deutschland); ^t Service de neurologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne; ^u Service de neurologie, Réseau hospitalier neuchâtelois (RHNe), Neuchâtel

Den Kommentar zu diesem Artikel finden Sie auf S. 74 in dieser Ausgabe

Hintergrund

Die vorliegende Revision beinhaltet die im Laufe der Jahre adaptierten Zertifizierungskriterien und wurde durch Fachpersonen, die die Fachgesellschaften in der Hirnschlagkommission der «Swiss Federation of Clinical Neurosocieties» (SFCNS) repräsentieren, und Mitgliedern des zwischenzeitlich entstandenen Netzwerkes Stroke Pflege in den reglementarischen Sitzungen der SFCNS-Hirnschlagkommission sowie auf dem Korrespondenzweg revidiert. Diese Empfehlungen wurden von der SFCNS, der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft, der Schweizerischen Gesellschaft für Neuroradiologie, der Schweizerischen Gesellschaft für Neurorehabilitation, der Schweizerischen Gesellschaft für Neurochirurgie, der Schweizerischen Gesellschaft für Klinische Neurophysiologie sowie der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin gutgeheissen.

Einleitung und Ausgangslage

Der Hirnschlag (Synonym: Schlaganfall, englisch: «stroke») ist eine häufige Todesursache und eine der häufigsten Ursachen für bleibende körperliche Behinderung im Erwachsenen-

alter [1–3]. Eine Stroke Unit (SU) ist eine Behandlungseinheit eines Spitals, die spezifisch für Hirnschlagpatientinnen und -patienten konzipiert ist. Die Behandlung in einer SU ist für alle Schweregrade und alle Altersgruppen von Personen mit Hirnschlag wirksam. Sie verfügt über monitorisierte und nicht monitorisierte Behandlungsplätze. Patientinnen und Patienten, die in SUs behandelt werden, haben – im Vergleich zur herkömmlichen, weniger strukturierten Behandlung – eine signifikant höhere Wahrscheinlichkeit zu überleben, ihre Selbständigkeit wiederzuerlangen und nach Hause zurückzukehren [4, 5]. Ein Stroke Center (SC) beinhaltet als Kernbehandlungseinheit eine SU und erweitert das Konzept der SU um weitere spezifische strukturelle, neuroradiologische und neurochirurgische Leistungen, die insbesondere auch Therapien umfassen, die unter die Definition der «hochspezialisierten Medizin» (HSM) fallen. SUs und SCs bilden in ihrer jeweiligen Region ein entsprechendes Netzwerk, das eine Behandlungskette von der Erstversorgung über die Rehabilitation bis zur ambulanten Nachsorge gewährleistet (Abb. 1).

Im Jahre 2012 wurden letztmals Richtlinien und Anforderungsprofile für SUs und SCs in der Schweiz publiziert [6]; dies in enger Abstimmung mit denjenigen der «European Stroke Organisation» (ESO) [7]. Die Kernelemente einer SU und des SC sind in den später folgenden Tabellen 1–7 aufgeführt. Die Folgejahre waren in der Schweiz geprägt durch die Entwicklung und Bildung von SUs und SCs sowie den Aufbau entsprechender Zertifizierungen nach Operationalisierung der Richtlinien in überprüfbare Kriterien. Hierfür wurde die SFCNS vom HSM-Organ der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) im Jahre 2011 mandatiert. Die Umsetzung obliegt der Zertifizierungskommission, dem Exekutivorgan der multidisziplinären SFCNS-Hirnschlagkommission, dies mit Unterstützung durch Sanacert und das Institut für Medizin und Kommunikation AG (IMK), was konzeptionelle, operative und administrative Prozesse angeht. In den vergangenen zehn Jahren hat sich das Zertifizierungsprozedere von SUs und SCs in der Schweiz etabliert und dazu beigetragen, dass sich die zertifizierten SUs und SCs zu einem entscheidenden Tragpfeiler der qua-



Abbildung 1: Stroke Unit und Stroke Centers, Grundlage für die Bildung von Behandlungsketten zwischen Stroke Center, Stroke Unit, Spital ohne Stroke Unit und Rehabilitationskliniken. HSM: hochspezialisierten Medizin; i.a.: intraarteriell; i.v.: intravenös.

litativ hochstehenden Hirnschlagbehandlung in der Schweiz entwickeln konnten [8].

In Rezertifizierungsaudits konnte in fast allen Zentren eine stetige Zunahme der Prozess- und Ergebnisqualität festgestellt werden. Eine solche Entwicklung ist auch europaweit durch die Einführung der «ESO Certification for Stroke Units and Stroke Centers» feststellbar [9]. Die ESO-Zertifizierung ist der schweizerischen Version sehr ähnlich und in vielen Kriterien weitgehend deckungsgleich. Daher ist eine ESO-Zertifizierung für Schweizer SUs/SCs seit 2019 in einem stark vereinfachten, schlanken Administrativverfahren möglich (<https://eso-certification.org/application/eso-certification-application-forms>).

Parallel mit der Etablierung der nationalen SU- und SC-Zertifizierung wurde mit der Idee eines einheitlichen Datenerfassungsstandards 2014 das «Swiss Stroke Registry» etabliert [10]. Dieses dient der Erfassung von Behandlungsdaten und Qualitätszahlen inklusiv durchgeführter HSM-Eingriffe und ermöglicht die jährliche Berichterstattung an das HSM-Beratungsgorgan der GDK.

Eine Revision der Richtlinien 2022 ist nicht zuletzt auch deshalb angezeigt, um den erheblichen interprofessionellen fachlichen Entwicklungen der letzten Jahre gerecht zu werden.

Die Behandlung des akuten Hirnschlages erfolgt in einer SU, einem SC oder auf einer zertifizierten Intensivstation, wenn die Indika-

tion zur Applikation intensivmedizinischer Massnahmen gegeben ist. Bei Okklusion einer grossen Hirnbasisarterie erfolgt die Behandlung mittels geeigneter und konzeptualisierter Zuweisung in einem entsprechend eingerichteten SC oder einer Intensivstation. Seit der Publikationen von erfolgreichen intraarteriellen Therapien mittels Stent Retriever hat sich diese Art der Therapie durchgesetzt. Patientinnen und Patienten, die nicht unmittelbar in ein SC eingewiesen werden, werden nach Erstevaluation in einer SU meist nach Beginn einer intravenösen Thrombolysetherapie unmittelbar in ein SC zur intraarteriellen Behandlung überwiesen [11]. Die ESO sieht in ihrem «Stroke Action Plan for Europe 2018–2030» (<https://actionplan.eso-stroke.org>) für Patientinnen und Patienten mit akutem ischämischen Hirnschlag oder intrazerebralen Blutungen vor, dass:

1. 90% der akut von einem Hirnschlag Betroffenen in einer entsprechend ausgerüsteten Institution mit SU behandelt werden können,
2. 95% der Betroffenen, die eine Indikation für eine revaskularisierende Therapie aufweisen, diese erhalten,
3. die Zeit vom Symptombeginn bis zur Behandlung median <120 Minuten beträgt, für eine endovaskuläre Therapie <200 Minuten,
4. intravenöse Therapie mit rekombinatem Plasminogenaktivator bei mindestens 15% aller Hirnschlagbetroffenen appliziert werden und

5. die Letalität innerhalb der ersten 30 Tage für Patientinnen und Patienten mit intrazerebralen Blutungen weniger als 25% beträgt.

Evidenzbasiert wirksame Elemente einer SU

Gestützt auf kontrollierte randomisierte Studien führt die Behandlung von Hirnschlagpatientinnen und -patienten in einer hierfür vorgesehenen Behandlungseinheit durch ein multiprofessionell zusammengesetztes Team (ärztliches Personal, Pflegendes, Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialdienst, Case Management, Ernährungsberatung) kombiniert mit dem Einsatz von medikamentösen und interventionellen Therapien und dem frühzeitigen Beginn rehabilitativer Massnahmen im Vergleich zur Therapie auf einer nicht spezialisierten Station zu einer tieferen Mortalität und geringeren Morbidität [5, 12]. Die Behandlung von Hirnschlagpatientinnen und -patienten in einer organisierten Einheit, SU oder SC, kommt allen Betroffenen zugute. Das relative Risiko für eine bleibende Pflegebedürftigkeit oder Tod ist reduziert (Odds Ratio [OR] = 0,78; 95% Confidence Intervall [CI] 0,68–0,91 im Vergleich zum «general medical ward»). Pro 100 Behandelte bedeutet dies zwei Verstorbene weniger, sechs Patientinnen und Patienten mehr, die zu Hause leben können, und sechs zusätzlich, die keine bleibende Behinderung aufweisen [4, 13, 14].

Die SU ist eine räumlich definierte Station mit einer spezifischen Infrastruktur, in der Patientinnen und Patienten mit Hirnschlag aufgenommen werden. Sie ist in jedem SC integriert und kann auch in Institutionen ohne SC eingerichtet werden. Eine räumlich definierte SU ist einer funktionellen SU (das heisst einer Behandlung durch ein Stroke Team, das Hirnschlagbetroffene auf verschiedenen Stationen im Spital betreut) überlegen [14–17]. Hier erfolgt die Hirnschlagbehandlung durch speziell ausgebildetes Personal nach vordefinierten Kriterien und Algorithmen [6, 18]. Die Behandlung ist umfassend, das heisst, sie schliesst definierte Zuweisungswege in der Vorspitalphase, Sofortmassnahmen bei Spitaleintritt inklusive akuter Revaskularisierungsmassnahmen, Prävention und Therapie von Akutkomplikationen sowie die Klärung der zugrunde liegenden Ursachen und deren Nachbehandlung ein. Therapien und Komplikationen, die eine akute Lebensbedrohung für die Patientinnen und Patienten bedeuten, verlangen eine Weiterbehandlung auf einer zertifizierten Intensivstation. Die SU-Behandlung umfasst auch Massnahmen, die der Prävention weiterer Hirnschläge, dem frühzeitigen Beginn der Rehabilitation sowie deren Planung über den Aufenthalt in der SU hinaus dienen.

All diese Elemente, wie auch die kontinuierliche Überwachung der Vitalparameter, die regelmässige klinische Überprüfung des neurologischen Befundes und die Einleitung angepasster Massnahmen bei Schluckstörungen, sind die wesentlichen Gründe des günstigen Effektes der SU-Behandlung [19]. Die SU ermöglicht mit ihren infrastrukturellen und prozeduralen Voraussetzungen die Anwendung wirksamer und spezifischer Einzelmassnahmen, die im Kontext einer SU anzuwenden sind und die die günstige Wirkung der SU auf die funktionelle Erholung noch verstärken. Diese sind:

- Die intravenöse Thrombolyse in der SU mit rekombinanten Plasminogenaktivator (rt-PA) ist eine hochwirksame Einzelmassnahme. Die «number needed to treat» (NNT) für ein funktionell günstiges Behandlungsergebnis ist zeitabhängig und nimmt von 4,5 bis 14,1 zu, je nach Latenz des Behandlungsbeginns von <90 Minuten bis 4,5 Stunden nach Symptombeginn [11, 19]. Aufgrund der grossen prognostischen Bedeutung des Faktors «Zeit bis zum Thrombolysebeginn» kommt der Optimierung der Vorspitalphase und der akuten Behandlungsprozesse eine wesentliche Bedeutung zu.
- Die intraarterielle Thrombektomie im SC bis sechs Stunden nach Symptombeginn, in besonderen Situationen auch bis 24 Stunden,



Abbildung 2: Stroke Units (rot) und Stroke Centers (blau) in der Schweiz.

den, geht mit einer höheren Wiedereröffnungsrate der okkludierten Arterien einher und kann die Erholungschancen der Patientinnen und Patienten verbessern. Die mechanische Thrombektomie ohne pharmakologische Thrombolyse und die Kombination von systemischer Thrombolyse und mechanischer Thrombektomie wurden in Fallserien und kontrolliert randomisierten Studien erfolgreich eingesetzt. Der Effekt der gefässeröffnenden Therapie ist erheblich. Insgesamt müssen bei verzögerungsfreier Applikation, neben dem Effekt der SU, drei Personen behandelt werden, um einen Fall von Pflegebedürftigkeit oder Tod zu verhindern [11, 20].

- Die dekompressive Kraniektomie bei Patientinnen und Patienten mit raumfordernden Hirninfarkten hat sich als wirksame Akutherapie zur Verhinderung von Todesfällen und schwerer Behinderung erwiesen [21, 22].
- Auch für Patientinnen und Patienten mit Hirnblutungen konnte ein günstiger Effekt der SU-Behandlung gezeigt werden, der mindestens so gross wie derjenige beim ischämischen Hirnschlag ist [4].

Situation in der Schweiz

Jährlich erleiden rund 15 000 Personen in der Schweiz einen Hirnschlag [23] und schätzungsweise 5000 eine transitorische ischämische Attacke (TIA). Im Entscheid zur Planung der HSM betreffend die Behandlung von Hirnschlägen hatte das Beschlussorgan der Interkantonalen Vereinbarung für Hochspezialisierte Medizin (IVHSM) der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesund-

heitsdirektorinnen und -direktoren an seiner Sitzung vom 20.5.2011 («Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin [HSM] im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen.» Bericht vom 21.6.2011 [24]) festgehalten, dass die hochspezialisierte Behandlung bei Hirnschlägen die (i) akute endovaskuläre Behandlung des akuten Hirnschlages mit intraarterieller oder in loco applizierter Thrombolyse und mechanischer Thrombusauflösung, (ii) die dekompressive Kraniektomie in der akuten oder subakuten Krankheitsphase und (iii) die revaskularisierenden Behandlungen (chirurgisch und/oder endovaskulär) an extra- und intrakraniellen, obstruktiv erkrankten Hirnarterien umfasst. Das IVHSM-Beschlussorgan der GDK hat in seinem Schreiben vom 8.1.2012 an die SFCNS-Hirnschlagkommission die Zertifizierung von Spitälern als Voraussetzung formuliert und die SFCNS als Dachverband der klinischen Neurowissenschaften als Mandatnehmerin bestimmt. Eine Voraussetzung für die Zertifizierbarkeit eines SC oder einer SU ist das Vorhandensein einer zertifizierten Intensivstation im selben Spital, welche die Behandlung des akuten Hirnschlages in Zusammenarbeit mit den Fachkräften, die auch auf der SU und im SC tätig sind, übernimmt, sobald eine zusätzliche Intensivbehandlung notwendig ist. Die SFCNS hat ihrer Hirnschlagkommission die Aufgabe zur Zertifizierung von SUs und SCs übertragen. Die Zertifizierung der Intensivstation erfolgt durch die Zertifizierungskommission Intensivstationen (ZK-IS) der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin. Die 2012 publizierten Richtlinien und Anforderungsprofile für SUs

und SCs stellen seither die Grundlage für die Zertifizierung und Rezertifizierung dar, die von der aus Mitgliedern der SFCNS-Hirnschlagkommission gebildeten Zertifizierungskommission operationalisiert wurden. In der Schweiz sind derzeit zehn SC mit Mandat für Applikation von HSM-Therapien und 14 SUs zertifiziert (Abb. 2).

Methodik

Die Vertreterinnen und Vertreter der SHG und SFCNS-Hirnschlagkommission beschreiben hier das revidierte Anforderungsprofil für SUs und für SCs in der Schweiz. Dafür wurden die folgenden Dokumente und Grundlagen berücksichtigt:

1. Das 2004 und 2012 publizierte Anforderungsprofil und die Richtlinien für SUs in der Schweiz sowie die Erfahrungen der Zertifizierungen und Rezertifizierungen seit 2012 [6, 25]
2. Bericht zur hochspezialisierten Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz zuhnden des Beschlussorganes IVHSM der GDK (Hochspezialisierte Behandlung von Hirnschlägen in der Schweiz. Bericht für das Beschlussorgan GDK IVHSM/CDS CIMHS. 14.1.2011 [26])
3. Entscheid des Beschlussorgans IVHSM der GDK zur hochspezialisierten Medizin von Hirnschlägen (Sitzung vom 20.5.2011; Bericht vom 21.6.2011) [6, 25]
4. «ESO recommendations to establish organised stroke unit care». 2013, [7]
5. Schweizerische Operationsklassifikation 2021 [27], CHOP 89.13.1 «Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls» und CHOP 89.13.A «Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ausserhalb einer spezialisierten Einheit» im Swiss-DRG (Komplexbehandlung des Schlaganfalls [28])
6. Die aktuellen ESO-Zertifizierungskriterien [29]
7. Ausgewählte Literatur [4, 9, 30–36]
8. Gründung der SHG-Arbeitsgruppe «Netzwerk Stroke Pflege Schweiz» und die Erarbeitung eines Vorschlages für pflegerische Zertifizierungskriterien

Basierend auf diesen Dokumenten haben die Mitglieder der Arbeitsgruppe «Stroke Unit» der SHG, die sich aus zerebrovaskulär interessierten Expertinnen und Experten der Neurologie, Neuroradiologie, Neurochirurgie, Neurorehabilitation, Intensivmedizin und Allgemeinen Inneren Medizin sowie Pflegepersonen aus spezialisierten Einrichtungen zusammensetzt, unter Verwendung des Konsensusprinzips bei der Formulierung qualitativer wie quantitativer Anforderungen die

ursprünglichen Richtlinien überarbeitet und aktualisiert. Diese wurde von der SFCNS-Hirnschlagkommission, in der Vertreterinnen und Vertreter aller eingangs erwähnten Fachgesellschaften sowie Pflegende und Therapeutinnen und -therapeuten Einsitz haben, genehmigt. Parallel hat die Zertifizierungskommission die Richtlinien bereits in auditierte revidierte Zertifizierungskriterien operationalisiert. Hierbei wurde auch erarbeitet, welche der Kriterien obligat zu erfüllen sind [37].

Die Nomenklatur und das Anforderungsprofil lehnen sich an diejenigen der ESO an [9].

Anforderungsprofil für SUs und SCs

Jede SU und jedes SC muss – in Übereinstimmung mit den Ausführungen der GDK [6, 25] – dem nachfolgend beschriebenen, allgemeinen Anforderungsprofil entsprechen, um das Spektrum der zerebrovaskulären Erkrankungen behandeln zu können:

- Erfüllen von fachlichen, personellen, strukturellen und technischen Voraussetzungen, um das neurologische Ausfallssyndrom und die zugrunde liegende Ätiologie zu erfassen sowie die Gefahr von Komplikationen abzuschätzen, diese zu verhindern und zu behandeln;
- Durchführung und Applikation von Therapien (medizinisch, interventionell, chirurgisch), auch unter Zeitnot während 24 Stunden an 365 Tagen im Jahr;
- Massnahmen zur Optimierung der Prähospitalisationsphase;
- Aufbau und Weiterentwicklung von Behandlungsketten und -netzwerken;
- Zusammenarbeit mit der Intensivstation;
- Massnahmen, um eine multidisziplinäre neurologische Rehabilitation zu gewährleisten;
- Rehabilitationsplanung und rehabilitative Weiterbehandlung unter fachlicher Beratung einer Neurorehabilitationsspezialistin / eines Neurorehabilitationsspezialisten;
- Rezidivprophylaxe und -prävention, inklusive Edukation von Patientinnen und Patienten sowie der Bevölkerung;
- interprofessionelle Fort- und Weiterbildung;
- Qualitätssicherung;
- Dateneingabe ins «Swiss Stroke Register» garantieren;
- Prinzipien des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses umsetzen.

Die Schweizer SU und SC bilden in gegenseitiger, vertraglich geregelter Absprache regionale Netzwerke der Hirnschlagversorgung. Sie erfüllen hiermit den HSM-Entscheid vom 21.6.2011 (beziehungsweise des Anhangs: Be-

gründung Teil c): «Die Organisation in Form von acht Regionen mit SC und SU gewährleistet die flächendeckende Versorgung mit den kleinstmöglichen Distanzen und nimmt Rücksicht auf die bereits etablierten Entwicklungen. Die verlangte Organisation in Netzwerken, auch unter Einsatz von telemedizinischen Mitteln, klärt die Abläufe und trägt zur Vermeidung von Verzögerungen bei der Aufnahme von Patienten zur indizierten Behandlung bei.» Die Einweisungen in die entsprechenden Institutionen wurden in einer separaten kürzlich publizierten Richtlinie festgehalten [38].

Zur flächendeckenden Versorgung empfiehlt die Arbeitsgruppe, Behandlungsketten von der Zuweisung bis zur Nachsorge zu bilden und eine ausgewogene regionale Verteilung der SUs und SCs anzustreben (Abb. 1). Das regionale Stroke Netzwerk beinhaltet ein (oder mehrere) SCs, keine bis mehrere SUs sowie allfällige weitere Spitäler der Region, Neurorehabilitationseinrichtungen sowie Notfalldienste innerhalb eines (geographischen) medizinischen Versorgungsraumes. Die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Netzwerks sind geregelt. Die Zusammenarbeit der einzelnen SUs, zuweisenden Spitalern ohne SU und des SCs wird jeweils unter Berücksichtigung der lokalen Verhältnisse mit einem Kooperationsvertrag vereinbart. Solche Verträge werden auditiert.

Basierend auf diesem Anforderungsprofil sind im Folgenden in den Tabellen 1–7 die detaillierten, revidierten Kriterien, unterteilt in Kriterien für SUs und SCs, die zum Inhalt des Zertifizierungsprozesses gehören, aufgeführt.

Korrespondenz

Schweizerische Hirnschlaggesellschaft (SHG)
Prof. Dr. med. Philippe A. Lyrer
Universitätsspital Basel
Stroke Center Neurologie
Petersgraben 4
CH-4031 Basel
philippe.lyrer[at]usb.ch

Funding Statement

PL: Forschungsgrants (an die Institution) vom Schweizerischen Nationalfonds (TICH-DOAC, ESTREL). MA: Forschungsgrants vom Schweizerischen Nationalfonds und der Schweizerischen Herzstiftung. UF: Forschungsgrants (an die Institution) von Medtronic (SWIFT DIRECT, BEYOND SWIFT), Stryker (DISTAL), Phenox (DISTAL), vom Schweizerischen Nationalfonds und der Schweizerischen Herzstiftung. AL: Forschungsunterstützung von The LOOP Zurich (University of Zurich Clinical Research Focus program). PM: Forschungsgrants (an die Institution) vom Schweizerischen Nationalfonds, der Schweizerischen Herzstiftung und der Universität Lausanne. Die anderen Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Conflict of Interest Statement

PL: Beiträge (an die Institution) von ACTICOR France (ACTIMIS) und Alexion-Astra Zeneca (ANNEXA-1). MA: Vortragshonorare von Astra Zeneca, Bayer, Medtronic, Novartis, Sanofi; Honorare für die Teilnahme an Scien-

Tabelle 1: Leitungsfunktionen

Nr.	Bewertungskriterium	SU	SC
A 1	Leitung, Aufgaben und Funktionsweise der Behandlungseinheit sind definiert. Das zugehörige Organigramm ist sichtbar auf der Homepage des Spitals.	X	X
A 2	Die ärztliche Leitung der Behandlungseinheit liegt in der Hand einer erfahrenen Fachärztin / eines erfahrenen Facharztes für Neurologie. ¹ Die Stellvertretung ist geregelt.	X	X
A 3	Die ärztliche Leitung zeichnet sich durch entsprechende Kompetenzen aus. ²	X	X
A 4	Die ambulante Sprechstunde für Hirn Schlagpatientinnen und -patienten wird von einer in Hirn Schlagmedizin erfahrenen Fachärztin / einem in Hirn Schlagmedizin erfahrenen Facharzt für Neurologie geleitet. ³	X	X
A 5	Die Bettendisposition der Behandlungseinheit liegt in der Verantwortung der diensttuenden Fachärztin / des diensttuenden Facharztes für Neurologie.	X	X
A 6	Die pflegerische Leitung der Behandlungseinheit liegt in den Händen einer in der Behandlung von Hirn Schlagpatientinnen und -patienten geschulten und erfahrenen diplomierten Pflegekraft. ⁴ Die Stellvertretung ist geregelt.	X	X
A 7	Die Leitung der Therapiedienste der Behandlungseinheit liegt in den Händen einer/eines in der Behandlung von Hirn Schlagpatientinnen und -patienten erfahrenen Therapeutin/Therapeuten. ⁵ Die Stellvertretung ist geregelt.	X	X

Mit Behandlungseinheit ist entweder das Stroke Center (SC) oder die Stroke Unit (SU) gemeint.

1 Eine Fachärztin / ein Facharzt für Neurologie (FMH Neurologie oder Äquivalent) mit nachgewiesener Expertise in Hirn Schlagbehandlung und mindestens 2-jähriger Erfahrung als Oberärztin/Oberarzt oder Leitende Ärztin / Leitender Arzt (zu 100% oder entsprechend länger bei einem Teilpensum) in einer zertifizierten SU / einem SC mit Nachweis kontinuierlicher Hirn Schlag-spezifischer Weiterbildung.

2 Kompetenzen sind: Fallverantwortung; Erstellung von Konzepten und Richtlinien («Standard Operating Procedure» [SOP]), Verantwortung für deren Durchsetzung; Weisungsbefugnis für SU/SC-Mitarbeitende; Personalführungskompetenz; Budgetverantwortung.

3 In Hirn Schlagmedizin erfahrene Fachärztin / erfahrener Facharzt für Neurologie bedeutet Fachärztin/Facharzt für Neurologie SIWF/FMH oder Äquivalent und mit Nachweis kontinuierlicher Stroke-spezifischer Weiterbildung.

4 Die Erfahrung in Hirn Schlagbehandlung ist erbracht durch eine 2-jährige praktische Berufserfahrung in Hirn Schlagbehandlung in einer zertifizierten SU / einem SC (zu 100% oder entsprechend länger bei einem Teilpensum) mit Nachweis kontinuierlich spezifischer Fortbildung. Unter «geschult» wird eine Fort- oder Weiterbildung verstanden, die entweder in einer öffentlich anerkannten Institution der höheren Weiterbildung (z.B. Certificate/Diploma/Master of Advanced Studies [CAS/DAS/MAS]) oder eine Ausbildung auf Tertiärstufe mit Master of Science mit Ausrichtung Advanced Practice Nurse) erfolgt ist oder wenn die Inhalte der Schulung, respektive der jeweiligen Fort- oder Weiterbildung, fundierte Kenntnisse zu zerebraler Hämodynamik und Perfusion, klinischer Semiologie, Monitoring, Atmung und Kreislauf inklusive deren Überwachung, Positionierung, Mobilisation, Schlucken, Nutrition, Kommunikation, Stimulationstechniken etc. vermitteln.

5 Umfasst nachgewiesene Expertise in Hirn Schlagbehandlung mit 2-jähriger praktischer Berufserfahrung (zu 100% oder entsprechend länger bei einem Teilpensum) mit Nachweis kontinuierlicher spezifischer Weiterbildung.

FMH: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum); SIWF: Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung.

tific Advisory Boards von Amgen, Bayer, BMS, Daiichi Sankyo, Medtronic, Novartis, Novonordisk. EC: Zuschüsse von Boehringer (an die Institution) für die Teilnahme an einem Advisory Board. UF: Beraterhonorare von Medtronic und CLS Behring, Teilnahme an Data Safety Monitoring oder Advisory Boards (TITAN trial, IN EXTREMIS); Clinical event committee (COATING trial, Phenox). JG: Beraterhonorare (an Institution) von Medtronic (Global co-PI of Swift Direct) und Johnson and Johnson; angemeldete Patente (Aneurysmabehandlung). AF: Beratungshonorar von Boehringer Ingelheim, Vortragshonorar von Moleac Snc. Die anderen Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

1 Bundesamt für Statistik BSF. Spezifische Todesursachen [Internet]. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html>

2 World Health Organization WHO. The top 10 causes of death [Internet]. c2020 Dec 09 [letzter Abruf: 26.05.2021]. Verfügbar unter: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

3 Feigin VL, Rita V, Krishnamurthi, Priya Parmar, Bo Norrving, George A Mensah, Derrick A Bennett, et al. Update on the Global Burden of Ischemic and Hemorrhagic Stroke in 1990–2013: The GBD 2013 Study. *Neuroepidemiology*. 2015;45(1):161–76.

4 Langhorne P, Ramachandra S, Stroke Unit Trialists C. Organised inpatient (stroke unit) care for stroke: network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020;4(4):CD000197.

5 Seenan P, Long M, Langhorne P. Stroke units in their natural habitat: systematic review of observational studies. *Stroke*. 2007;38(6):1886–92.

6 Lyrer P, Michel P, Arnold M, Hungerbühler H, Gralla J, Humm A, et al. Stroke Units and Stroke Centers in der

Schweiz: Richtlinien und Anforderungsprofil. *Schweiz Med Forum*. 2012;12:918–22.

7 Ringelstein EB, Chamorro A, Kaste M, Langhorne P, Leys D, Lyrer P, et al. European Stroke Organisation recommendations to establish a stroke unit and stroke center. *Stroke*. 2013;44(3):828–40.

8 Arnold M, Engelter S, Lyrer P, Renaud S, Michel P, Nedeltchev K. Certification of stroke centre and stroke units in Switzerland. *Clinical and Translational Neuroscience*. 2018;2(1):2514183X1773840.

9 Waje-Andreassen U, Nabavi DG, Engelter ST, Dippel DW, Jenkinson D, Skoda O, et al. European Stroke Organisation certification of stroke units and stroke centres. *Eur Stroke J*. 2018;3(3):220–6.

10 SSR – Swiss Stroke Registry. Auszug aus der Register Online-Plattform der FMH-Website. Stand 2020. Available from: <https://www.fmh.ch/apps/medreg/pdfs/swiss-stroke-registry-de.pdf>

11 Michel P, Diepers M, Mordasini P, Schubert T, Bervini D, Rouvé JD, et al. Acute revascularization in ischemic stroke: Updated Swiss guidelines. *Clinical & Translational Neuroscience*. 2021;5(1):1–11.

12 Fuentes B, Diez-Tejedor E. Stroke units: many questions, some answers. *Int J Stroke*. 2009;4(1):28–37.

13 Ciccone A, Celani MG, Chiaramonte R, Rossi C, Righetti E. Continuous versus intermittent physiological monitoring for acute stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;5:CD008444.

14 Cereda CW, George PM, Pelloni LS, Gandolfi-Decristophoris P, Mlynash M, Biancon Montaperto L, et al. Beneficial effects of a semi-intensive stroke unit are beyond the monitor. *Cerebrovasc Dis*. 2015;39(2):102–9.

15 Busse O. Stroke units and stroke services in Germany. *Cerebrovasc Dis*. 2003;15 Suppl 1:8–10.

16 Kalra L, Evans A, Perez I, Knapp M, Donaldson N, Swift CG. Alternative strategies for stroke care: a prospective randomised controlled trial. *Lancet*. 2000;356(9233):894–9.

17 Lyrer P. Acute stroke units and teams. *Handb Clin Neurol*. 2009;94:1195–203.

18 Indredavik B, Bakke F, Slordahl SA, Rokseth R, Haheim LL. Treatment in a combined acute and rehabilitation stroke unit: which aspects are most important? *Stroke*. 1999;30(5):917–23.

19 Lees KR, Bluhmki E, von Kummer R, Brodt TG, Toni D, Grotta JC, et al. Time to treatment with intravenous alteplase and outcome in stroke: an updated pooled analysis of ECASS, ATLANTIS, NINDS, and EPITHET trials. *Lancet*. 2010;375(9727):1695–703.

20 Wahlgren N, Moreira T, Michel P, Steiner T, Jansen O, Cognard C, et al. Mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke: Consensus statement by ESO-Karolinska Stroke Update 2014/2015, supported by ESO, ESMINT, ESNR and EAN. *Int J Stroke*. 2016;11(1):134–47.

21 Vahedi K, Hofmeijer J, Juettler E, Vicaut E, George B, Algra A, et al. Early decompressive surgery in malignant infarction of the middle cerebral artery: a pooled analysis of three randomised controlled trials. *Lancet Neurol*. 2007;6(3):215–22.

22 Michel P, Engelter S, Arnold A, Hungerbühler H, Nedeltchev K, Georgiadis D, et al. Thrombolysse beim ischämischen Hirn Schlag. *Schweiz Med Forum*. 2009;9:892–4.

23 Meyer K, Simmet A, Arnold M, Mattle H, Nedeltchev K. Stroke events, and case fatalities in Switzerland based on hospital statistics and cause of death statistics. *Swiss Med Wkly*. 2009;139(5–6):65–9.

24 Entscheid zur Planung der hochspezialisierten Medizin (HSM) im Bereich der hochspezialisierten Behandlung von Hirn Schlägen. 21.6.2021. Available from: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/hsm/hsm_spitalliste/bb_dc_stroke_praez_20110520_def_d.pdf

25 Engelter S, Lyrer P. Stroke Units in der Schweiz: Bedarfsanalyse, Richtlinien und Anforderungsprofil. *Schweiz Med Forum*. 2004:200–3.

26 Hochspezialisierte Behandlung von Hirn Schlägen in der Schweiz. Bericht für das Beschlussorgan GDK

Tabelle 2: Fachpersonen

Nr.	Bewertungskriterium	SU	SC
B 1	Für alle in der Behandlungseinheit tätigen Fachpersonen ist es für jede Berufsgruppe obligat, den Umfang ihrer Tätigkeit anzugeben. Die Angabe erfolgt in (i) «Full-time equivalent» (FTE) und (ii) «Headcount»	X	X
B 2	Tagsüber kontinuierliche Anwesenheit einer Fachärztin / eines Facharztes für Neurologie ¹ , die/der die Hirn Schlagpatientinnen und -patienten betreut. Nachts und am Wochenende ist ein Pikettdienst verfügbar, der die Verantwortung übernimmt. Der Einsatz ist in monatlichen Arbeitseinsatzplänen aufgeführt, die transparent erkennen lassen, welche Person an welchem Tag anwesend ist und wer wann Pikettdienst leistet. ²	X	X
B 3	Eine Fachärztin / ein Facharzt für Neurologie ² mit Erfahrung in Neurosonologie steht zur Verfügung. ³	X	X
B 4	Eine Ärztin / ein Arzt mit fachlicher Expertise für Hirn Schlagrehabilitation ist im Stroke Team integriert. ⁴	X	X
B 5	In der Behandlungseinheit arbeiten für die Betreuung von Hirn Schlagpatientinnen und -patienten speziell geschulte Pflegefachpersonen. ⁵	X	X
B 6	Geschulte und kontinuierlich spezifisch weitergebildete Mitarbeitende der Physiotherapie sind fachlich ins Stroke Team integriert. ⁶	X	X
B 7	Geschulte und kontinuierlich spezifisch weitergebildete Mitarbeitende der Ergotherapie sind fachlich ins Stroke-Team integriert. ⁶	X	X
B 8	Geschulte und kontinuierlich Stroke-spezifisch weitergebildete Mitarbeitende der Logopädie sind fachlich ins Stroke Team integriert. ⁶	X	X
B 9	Das Stroke Team wird unterstützt durch Mitarbeitende des Sozialdienstes. ⁷	X	X
B 10	Eine Fachärztin / ein Facharzt für Radiologie mit Schwerpunkt diagnostische und invasive Neuroradiologie steht jederzeit zur Verfügung. ⁸		X
B 11	Eine Fachärztin / ein Facharzt für Neurochirurgie steht jederzeit zur Verfügung. ⁹		X
B 12	Eine Fachärztin / ein Facharzt für Gefässchirurgie steht jederzeit zur Verfügung. ⁹		X
B 13	Eine Fachärztin / ein Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und eine Fachärztin / ein Facharzt für Kardiologie stehen zur Verfügung. ¹⁰	X	X
B 14	Eine Intensivstation mit gültigem Zertifikat ist im Haus.	X	X

FMH: Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (Foederatio Medicorum Helveticorum); SU: Stroke Unit; SC: Stroke Center.

- 1 Definition Fachärztin/Facharzt für Neurologie FMH oder FMH-Äquivalent oder eine Ärztin / ein Arzt in der Weiterbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Neurologie unter fachärztlicher Supervision.
- 2 Diese Aufgabe kann in Ausnahmefällen an eine Fachärztin / einen Facharzt für Innere Medizin übertragen werden, die/der über eine – nachweisbare – äquivalente Expertise in Hirn Schlagmedizin verfügt. Dies beinhaltet eine nachweisgewiesene kontinuierliche Hirn Schlag-spezifische Weiterbildung. Nachts und am Wochenende ist ein Pikettdienst verfügbar, wobei eine Fachärztin / ein Facharzt für Neurologie jederzeit die Verantwortung trägt.
- 3 Fest angestellt, mit mindestens 1-jähriger Erfahrung in der neurosonologischen, extra- und intrakraniellen Diagnostik und Behandlung von zerebrovaskulären Erkrankungen. Zur Verfügung bedeutet, dass der Dienst in der Institution vorhanden ist und bei Indikation angefordert werden kann.
- 4 Fachliche Expertise in Hirn Schlagrehabilitation (Fachärztin/Facharzt für Neurologie mit mindestens 2 Jahren Ausbildung/Tätigkeit in Neurorehabilitation in einer anerkannten Institution, die Hirn Schlagpatientinnen und -patienten rehabilitiert). Mindestens 1x/Woche aktive Teilnahme an Reha-Rapport und Visite von Patientinnen und Patienten. Eine Stellvertretung ist geregelt.
- 5 Die Pflegefachpersonen werden intern und extern geschult. Es besteht ein Nachweis für den Besuch der Schulungen. Ziel ist es, dass mindestens 60% aller Pflegenden das Stroke Teams ≥ 1 Tag pro Jahr spezifische Fortbildung für Hirn Schlagmedizin nachweisen (z.B. «Annual Meeting Swiss Stroke Society», regionale oder lokale Schulungsevents der SUs/SCs wie «Stroke Summer School», «Fit for Stroke-Days» Stroke-Symposien, Interprofessionelles Stroke Symposium für Pflege und Therapie etc. oder äquivalente, ausländische oder internationale Schulungen oder Stroke-spezifische Onlineveranstaltungen). Zudem liegt ein jährlicher Fort- und Weiterbildungsplan vor, aus dem hervorgeht, wer wann welche Veranstaltungen besucht hat und besuchen wird.
- 6 Es besteht ein Nachweis für besuchte Aus-, Fort- oder Weiterbildungen zum Thema Hirn Schlag. Ziel ist es, dass mindestens 60% aller Therapeutinnen und Therapeuten des Stroke Teams ≥ 1 Tag pro Jahr Stroke-spezifische Fortbildung für Hirn Schlagmedizin nachweisen (z.B. «Annual Meeting Swiss Stroke Society», regionale oder lokale Schulungsevents der SUs/SCs wie «Stroke Summer School», «Fit for Stroke-Days» Stroke-Symposien etc. oder äquivalente, ausländische oder internationale Schulungen oder Stroke-spezifische Onlineveranstaltungen). Die Integration im Stroke Team ist belegt durch mindestens 1x/Woche aktive Teilnahme am Patientenrapport sowie an interprofessionellen Teamsitzungen sowie Fortbildungen. Die Stellvertretung ist geregelt.
- 7 Die Unterstützung ist belegt durch Teilnahme an interdisziplinären Teamsitzungen (mindestens 1x/Woche) Die Stellvertretung ist geregelt.
- 8 Fachärztin/Facharzt oder analog mit äquivalenter Weiterbildung in diagnostischer und invasiver Neuroradiologie.
- 9 «Zur Verfügung»: tätig in der gleichen Institution wie das Stroke Center.
- 10 «Zur Verfügung»: Fachärztin/Facharzt für Innere Medizin und Fachärztin/Facharzt für Kardiologie, falls Bedarf besteht, jederzeit am Krankenbett.

IVHSM/CDS CIMHS. 14.1.2011. Available from: <https://sfscs.ch/certification/stroke>

27 Bundesamt für Statistik. Schweizerische Operationsklassifikation 2021. © BFS, Neuchâtel 2020. Available from: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheits/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizinische-kodierung.asset-detail.14880301.html>

28 Swiss-DRG. Fallpauschalenkatalog. Komplexbehandlung des Schlaganfalles. Available from: <https://www.swissdr.org/de/akutsomatik/archiv-swissdr-system/swissdr-system-1002021>

29 European Stroke Organisation. ESO Certification Platform. Available from: <https://eso-stroke.org/welcome-eso-certification-platform>

30 Adams HP Jr., del Zoppo G, Alberts MJ, Bhatt DL, Brass L, Furlan A, et al. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke: a guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups: The American Academy of Neurology affirms the value of this guideline as an educational tool for neurologists. *Circulation*. 2007;115(20):e478–534.

31 Chassin MR, Loeb JM, Schmaltz SP, Wachter RM. Accountability measures--using measurement to promote quality improvement. *N Engl J Med*. 2010;363(7):683–8.

32 George MG, Tong X, McGruder H, Yoon P, Rosamond W, Winquist A, et al. Paul Coverdell National Acute Stroke Registry Surveillance - four states, 2005–2007. *MMWR Surveill Summ*. 2009;58(7):1–23.

33 Summers D, Leonard A, Wentworth D, Saver JL, Simpson J, Spilker JA, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary care of the acute ischemic stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2009;40(8):2911–44.

34 Heuschmann PU, Biegler MK, Busse O, Elsner S, Grau A, Hasenbein U, et al. Development and implementation of evidence-based indicators for measuring quality of acute stroke care: the Quality Indicator Board of the German Stroke Registers Study Group (ADSR). *Stroke*. 2006;37(10):2573–8.

Tabelle 3: Infrastruktur

Nr.	Bewertungskriterium	SU	SC
C 1	Die Institution verfügt über eine örtlich abgegrenzte und funktionell einheitliche Behandlungseinheit, die im Spital sichtbar ausgeschildert und im Briefkopf und im Organigramm des Spitals erkennbar ist. ¹	X	X
C 2	Die Behandlungseinheit enthält monitorisierte ² und nicht monitorisierte Betten.	X	X
C 3	Die Behandlungseinheit befindet sich in einer Institution, die über eine multidisziplinäre Notfallstation verfügt.	X	X
C 4	Die Behandlungseinheit befindet sich in einer Institution, die über eine zertifizierte Intensivstation verfügt. ³	X	X
C 5	In der Behandlungseinheit wird eine ambulante Sprechstunde für Hirnschlagpatientinnen und -patienten betrieben.	X	X

SU: Stroke Unit; SC: Stroke Center.

1 Funktionell einheitlich bedeutet Uniformität der Leitungsstrukturen, Prozeduren und Abläufe inklusive Berichtswesen. Örtlich abgegrenzt und einheitlich bedeutet, dass die Behandlungseinheit (SU oder SC) eine monokuläre Behandlungseinheit darstellt, die von anderen Stationen sichtbar abgegrenzt ist.

2 Monitorisierte Betten ermöglichen ein kontinuierliches Monitoring.

3 Durch zertifizierte Intensivstation innerhalb der Institution mit gültigem Zertifikat, ausgestellt durch die Zertifizierungskommission der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin.

Tabelle 4: Diagnostische Prozesse

Nr.	Bewertungskriterium	SU	SC
D 1	Die Computertomographie (Spiral-CT) oder Kernspintomographie des Kopfes mit jeweils Darstellung der Kopf-/ Halsarterien ist 24/7 notfallmässig durchführbar. ¹ Das Zeitintervall zwischen Spitaleintritt und Durchführung wird für alle Fälle mit Akutintervention evaluiert. ²	X	X
D 2	Die diagnostische zerebrale Angiographie steht jederzeit zur Verfügung.		X
D 2.1	Die zerebrale Angiographie steht, in Kooperation mit einem Stroke Center, jederzeit zur Verfügung. Die endovaskuläre Behandlung (EVT) wird über die Kooperation mit einem oder mehreren Stroke Centers gewährleistet. ³ Diese Verlegungen zur EVT werden erfasst und inklusive «door-in-door-out»-(DIDO)-Zeit dokumentiert und evaluiert.	X	
D 3	Die Schluckabklärung ist jederzeit durch entsprechend qualifiziertes Personal möglich. Die Abklärung erfolgt nach einem einheitlichen Konzept. ⁴	X	X
D 4	Neurosonologische Untersuchungsverfahren (extra-/transkranial) stehen innerhalb von 24 Stunden zur Verfügung. Auch am Wochenende und an Feiertagen.	X	X
D 5	Transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitidiagnostik, Elektroenzephalographie und andere Verfahren zur ätiologischen Klärung des Hirnschlags stehen zur Verfügung. ⁵	X	X
D 6	Fachleute für die neuropsychologische Untersuchung stehen zur Verfügung. ⁶	X	X
D 7	Die Kernspintomographie des Kopfes mit arterieller Darstellung ist jederzeit, bei gegebener Indikation, durchführbar.		X

SU: Stroke Unit; SC: Stroke Center.

1,2 Durchführbar bedeutet, dass die Untersuchung bei entsprechender Indikation vorgenommen wird. Das Zeitintervall soll in allen Fällen, in denen eine akute Revaskularisation möglich ist, <30 Minuten ab Eintritt betragen (Median).

3 Die Zusammenarbeit ist vertraglich vereinbart. Ziel: DIDO:<60 Minuten.

4 Die Schluckabklärung ist systematisiert, dokumentiert und wird regelmässig evaluiert.

5 Die Abklärung ist innerhalb von zwei Arbeitstagen möglich.

6 «Zur Verfügung»: In der Institution oder – vertraglich geregelt – durch institutionsexterne Leistungserbringer vorhanden.

35 Fiehler J, Cognard C, Gallitelli M, Jansen O, Kobayashi A, Mattle HP, et al. European recommendations on organisation of interventional care in acute stroke (ER-OICAS). *Eur Stroke J.* 2016;1(3):155–70.

36 Turc G, Bhogal P, Fischer U, Khatri P, Lobotesis K, Mazighi M, et al. European Stroke Organisation (ESO)-European Society for Minimally Invasive Neurological Therapy (ESMINT) guidelines on mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke. *J Neurointerv Surg.* 2019;11(6):535–8.

37 Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies SFCNS. Certification of Stroke Centers and Stroke Units. Available from: https://www-sfcns.ch.translate.google/Stroke.html?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=de&_x_tr_hl=de&_x_tr_pto=op,sc

38 Kägi G, Schurter D, Niederhäuser J, De Marchis GM, Engelter S, Arni P, et al. Swiss guidelines for the prehospital phase in suspected acute stroke. *Clinical and Translational Neuroscience.* 2021;5(1):1–8

Tabelle 5: Behandlungsprozesse und Monitoring

Nr.	Bewertungskriterium	SU	SC
E 1	Das Stroke Team hält sich an medizinische Guidelines. Diese werden periodisch evaluiert und bei Bedarf dem Wissensstand angepasst.	X	X
E 2	Das Stroke Team arbeitet nach einem fachlich-interprofessionellen Behandlungskonzept, das Diagnose, Behandlung und Nachsorge regelt. Dieses Konzept ist – ärztlich orchestriert – interprofessionell entwickelt worden und berücksichtigt die besondere Expertise der einzelnen Professionen. Das Konzept wird periodisch evaluiert und angepasst.	X	X
E 3	Das Stroke Team hat ein Konzept der Aufklärung und Edukation von Patientinnen und Patienten und Angehörigen sowie der Nachsorge und Prävention implementiert. Das Konzept wird periodisch evaluiert und angepasst.	X	X
E 4	Das Stroke Team überprüft die Qualität seiner Leistungen mit den Instrumenten des Qualitätsmanagements. Dazu gehören ein Fehler-/Risikomanagement und kontinuierliche Verbesserungsprozesse.	X	X
E 5	Das Stroke Team arbeitet nach einem Prähospitalisations- und Netzwerk-Konzept, das die Zusammenarbeit mit Notfallärztinnen und -ärzten, regionalen Rettungsdiensten, Akutspitalern, anderen SUs/SCs und der Intensivstation regelt. Das Konzept wird periodisch evaluiert und bei Bedarf angepasst.	X	X
E 6	Das Stroke Team arbeitet nach einem Konzept der frühzeitig beginnenden Neurorehabilitation für Hirn Schlagpatientinnen und -patienten. Das Konzept wird regelmässig evaluiert. Das Konzept beinhaltet interprofessionelle Mobilisations-, Lagerungs-, Schluck- und rehabilitative Therapiekonzepte sowie ein Weiterbetreuungskonzept. Letzteres definiert die Evaluations- und Entscheidungsalgorithmen für die stationäre, teilstationäre oder ambulante Neurorehabilitation inklusive der Klärung von Rehapotential und -fähigkeit oder des Bedarfs eines alternativen Betreuungsrahmens. Das Konzept wird periodisch evaluiert und bei Bedarf angepasst. ¹	X	X
E 7	Die Behandlung mittels intravenöser Thrombolyse kann jederzeit erfolgen. Die Indikation wird von der Fachärztin / vom Facharzt für Neurologie gestellt. Das Zeitintervall zwischen Spitaleintritt und Beginn der Thrombolyse wird gemessen, dokumentiert und im Rahmen des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses evaluiert. ²	X	X
E 8	Die endovaskuläre Revaskularisation sowie weitere interventionelle neuroradiologische oder neurochirurgische Eingriffe stehen jederzeit zur Verfügung. Die Zusammenarbeit mit der Intensivstation ist geregelt. Bei Patientinnen und Patienten, die eine endovaskuläre Revaskularisation erhalten, wird die «door-to-groin puncture time» gemessen, dokumentiert und periodisch evaluiert. ³		X
E 8.1	Die endovaskuläre Revaskularisation sowie weitere interventionelle neuroradiologische oder neurochirurgische Eingriffe stehen jederzeit, in Kooperation mit einem Stroke Center, zur Verfügung. Bei Patientinnen und Patienten, die zur Thrombektomie in das Stroke Center verlegt werden, wird die «door-in-door-out»-(DIDO)-Zeit gemessen, dokumentiert und periodisch evaluiert. ⁴	X	
E 9	Revaskularisationen der Karotis mittels Endarterektomie oder Stenting stehen jederzeit in der eigenen Institution innert 24 Stunden zur Verfügung. ⁵		X
E 9.1	Revaskularisationen der Karotis mittels Endarterektomie oder Stenting stehen in Kooperation mit einem Stroke Center innert 24 Stunden zur Verfügung.	X	
E 10	Die Ausrüstung der Patientenbetten gewährleistet eine kontinuierliche Überwachung. ⁶	X	X
E 11	Das Stroke Team hält sich an Richtlinien für die Überwachung der Patientinnen und Patienten. Diese Richtlinien werden regelmässig evaluiert. ⁷	X	X
E 12	Neurochirurgische und interventionelle neuroradiologische Eingriffe sind, auch in Allgemeinanästhesie, jederzeit durchführbar. ⁸		X

SU: Stroke Unit; SC: Stroke Center.

1 Beginn therapeutischer Massnahmen innerhalb 24 Stunden (Physiotherapie an allen Tagen, Ergotherapie und Logopädie Montag bis Freitag) mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag, falls Vorliegen eines entsprechenden Defizits unter Berücksichtigung der therapeutischen Voraussetzungen (Kooperationsfähigkeit, klinisch stabiler Zustand).

2 Ziel ist ein möglichst kurzes Zeitintervall («door-to-needle time»): Ziel median <30 Minuten und 90%-Perzentile bei <60 Minuten seit Spitaleintritt. Die Dokumentation erfolgt im Swiss Stroke Registry (SSR).

3 Als Richtzeit ist eine «door-to-groin puncture time» von <90 Minuten anzustreben, dies zu optimieren ist Teil des kontinuierlichen Verbesserungsprozesses. Die Dokumentation erfolgt im SSR.

4 Die Eingriffe erfolgen am Stroke Center durch Fachärztinnen und -ärzte für Neurochirurgie bzw. Fachärztinnen und -ärzte für Radiologie mit Schwerpunkt diagnostische und invasive Neuroradiologie oder äquivalenter Expertise*. Die Verlegung ins Stroke Center sollte nicht mehr als 60 Minuten in Anspruch nehmen (DIDO-Zeit).

5 Die Eingriffe werden von qualifizierten Chirurgeninnen und Chirurgen (Neuro- oder Gefässchirurgie) oder interventionell tätigen Neuroradiologinnen und -radiologen durchgeführt. Der Eingriff kann innerhalb von 24 Stunden nach Anmeldung erfolgen.

6 In monitorisierten Betten werden – je nach Bedarf – Elektrokardiogramm (EKG), Sauerstoffsättigung, Atmung kontinuierlich überwacht, Blutdruck und Puls bei Bedarf bis in 15-minütigen Intervallen kontrolliert und die Glukosewerte sowie die Temperatur jeweils nach Bedarf kontrolliert. In nicht monitorisierten Betten werden EKG, Sauerstoffsättigung, Temperatur, Blutdruck, Puls, Atmung, Glukose bis zu 4-stündlich überwacht, wenn der Bedarf dazu besteht.

7 Die Richtlinien regeln unter anderem, dass der klinisch neurologische Befund (zur Früherkennung von Hirn Schlagprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen) im Minimum 4x in 24 Stunden systematisiert überprüft wird. (z.B. mittels «National Institutes of Health Stroke Scale» [NIHSS] oder ausgewählten Items des NIHSS). Dies kann ärztlich oder durch eine entsprechend ausgebildete nichtärztliche Fachperson des SCs durchgeführt werden, z.B. Pflegenden, Therapeutinnen/Therapeuten etc.

8 Die Eingriffe erfolgen durch Fachärztinnen und -ärzte für Neurochirurgie bzw. Fachärztinnen und -ärzte für Radiologie mit Zusatzbezeichnung diagnostische und invasive Neuroradiologie oder äquivalenter Expertise*. Das Zeitintervall zwischen Anmeldung und Beginn des Eingriffs wird dokumentiert und soll – als Empfehlung – 90 Minuten nicht überschreiten.

* Bescheinigung der «äquivalenten Expertise» unter Berücksichtigung von Richtlinien der entsprechenden Fachgesellschaft.

Tabelle 6: Weiterbildung und Forschung

Nr.	Bewertungskriterium	SU	SC
F 1	Die Mitarbeitenden des Stroke Teams nehmen am internen interprofessionellen und interdisziplinären Weiter- und Fortbildungsprogramm teil. Das Programm wird periodisch evaluiert und bei Bedarf angepasst. Das Programm steht weiteren interessierten Fachpersonen offen. ¹	X	X
F 2	Mitarbeitende des Stroke Teams nehmen mindestens 1× jährlich an einem regionalen, nationalen oder internationalen Weiter- und Fortbildungsprogramm zum Thema Stroke teil. ²	X	X
F 3	Das SC beteiligt sich oder betreibt selbst klinische Forschungsprojekte.		X

SU: Stroke Unit; SC: Stroke Center.

1 Die Punktzahl berücksichtigt, (i) welcher Anteil der SC-Mitarbeitenden (in %) am Weiter- und Fortbildungsprogramm teilnimmt und (ii) wie interdisziplinär die Teilnehmenden im Hinblick auf die Berufszugehörigkeit aufgestellt sind. Unterschieden werden: ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Therapiedienst, Sozialdienst und sonstige Teilnehmende.

2 Die Beispiele sind: «Annual Meeting Swiss Stroke Society», regionale oder lokale Schulungsveranstaltungen der SUs/SCs wie «Stroke Summer School», «Fit for Stroke-Days» Stroke-Symposien etc. oder äquivalente, ausländische oder internationale Schulungen oder Stroke-spezifische Onlineveranstaltungen.

Tabelle 7: Kennzahlen und Indikatoren

Nr.	Bewertungskriterium	SU	SC
G 1	Die Behandlungseinheit überwacht die Qualität der Arbeit mittels Eingabe der Schlüsselvariablen in das Swiss Stroke Registry. ¹ Diese Eingabe ist obligatorisch. ²	X	X
G 2	Das funktionelle 3-Monats-Outcome wird mit der «modified Rankin Scale score» erfasst und im Swiss Stroke Registry dokumentiert. ³	X	X
G 3	Mindestzahl für monitorisierte Betten	3	6
G 4	Mindestzahl für Betten SU/SC am gleichen Standort	6	12
G 5	Mindestfallzahl für Hirnschlagpatientinnen und -patienten, die von SUs/SCs pro Jahr untersucht und/oder behandelt werden ⁴	200	400
G 6	Mindestfallzahl durchgeführter intravenöser Thrombolyse oder endovaskulärer Behandlungen bei akutem Hirnschlag ⁵ pro Jahr		50
G 6.1	Mindestfallzahl durchgeführter intravenöser Thrombolyse oder endovaskulärer Behandlungen bei akutem Hirnschlag ⁵ durch Verlegung pro Jahr	20	
G 7	Mindestfallzahl akuter endovaskulärer Behandlungen pro Jahr ⁶		40

SU: Stroke Unit; SC: Stroke Center.

1 Schlüsselvariablen sind im Minimum: Alter, Geschlecht, Ereignistyp, «symptom onset-to-door time», National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), Akutbehandlung («intravenous thrombolysis» [IVT], «endovascular therapy» [EVT]), «door-to-needle (DTN) time», «door-to-groin (DTG) puncture time», Verlegung in SC (ja/nein), «door-in-door-out (DIDO) time».

2 Diese Vorgabe ist erfüllt, wenn für >90% der Patientinnen und Patienten die obengenannten Schlüsselvariablen der Akutphase eingegeben sind (Zeitraum: das vergangene Jahr bis 30. März. des aktuellen Jahres).

3 Die Beurteilung berücksichtigt den Grad der Vollständigkeit des 3-Monats-Follow-up (des Vorjahres bis 30. Juni des aktuellen Jahres).

4 Weiterverlegungen von SUs an SCs werden auch berücksichtigt. Unter Hirnschlagpatientinnen und -patienten werden solche mit akutem ischämischem Hirnschlag, solche mit akuten intrakraniellen Blutungen, TIA-Patientinnen und -Patienten und solche mit Stroke Mimics verstanden. Stroke Mimics sind Patientinnen und Patienten, bei denen beim Eintritt durch die verantwortliche Neurologin / den verantwortlichen Neurologen die Verdachtsdiagnose «akuter Stroke» gestellt wurde, bei denen sich dies jedoch bis zum Austritt nicht bestätigte, sondern eine andere Austrittsdiagnose gestellt wurde. Das Verhältnis Stroke Mimics zu Stroke-/TIA-Patientinnen und -Patienten wird dokumentiert; ein Wert <10% ist anzustreben.

5 Thrombolyse von Patientinnen und Patienten mit Stroke Mimics werden mitgezählt. Stroke Mimics sind Patientinnen und Patienten, bei denen bei Eintritt durch die verantwortliche Neurologin / den verantwortlichen Neurologen die Verdachtsdiagnose «akuter Stroke» gestellt wurde, bei denen sich dies jedoch bis zum Austritt nicht bestätigte, sondern eine andere Austrittsdiagnose gestellt wurde. Der Anteil thrombolysierter Patientinnen und Patienten mit Stroke Mimics sollte 3% nicht überschreiten.

6 Hierzu zählen auch notfallmässige endovaskuläre Eingriffe bei zerebralen Gefässmalformationen.

Unterschreiben Sie sicher
elektronisch und sparen Sie Zeit
und Aufwand – mit HIN Sign.

Mehr erfahren

Einfach sicher zusammenarbeiten im
Schweizer Gesundheitswesen

www.hin.ch/sign





© Sudokt / Dreamstime

Oberstes Ziel der akuten Schlaganfallbehandlung ist eine rasche und entsprechend wohnortnahe Diagnostik und Reperfusionstherapie.

Kommentar von SGAIM und ICKS

Time is brain!



PD Dr. med. Thomas Brack
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Glarus, Glarus



Prof. Dr. med. Andreas Kistler
Klinik für Innere Medizin,
Kantonsspital Frauenfeld, Frauenfeld

Patientinnen und Patienten mit Schlaganfällen sind häufig auf Notfallstationen: der ischämische Hirnschlag stellt einen der häufigsten und schwerwiegendsten arteriellen «Endorganschäden» dar. Die Therapie des ischämischen Schlaganfalles konnte in den letzten beiden Jahrzehnten deutlich verbessert werden. Bestrebungen, eine optimale Behandlung möglichst vielen Patientinnen und Patienten zugutekommen zu lassen, sind daher sehr zu begrüssen. Die in dieser Ausgabe

in Form von Empfehlungen publizierte Revision der Richtlinien von 2012 für Stroke Units und Stroke Centers [1] wird diesem Ziel aber unseres Erachtens nicht in optimaler Weise gerecht.

Entscheidend für ein gutes Outcome ist eine möglichst rasche Reperfusion mittels intravenöser Thrombolyse (IVT) beziehungsweise endovaskulärer Therapie (EVT), für welche die Kriterien in den letzten Jahren stetig erweitert und verfeinert wurden. Oberstes Ziel der akuten Schlaganfallbehandlung muss

deswegen eine rasche und entsprechend wohnortnahe Diagnostik und Reperfusionstherapie sein – «time is brain»! Wie die Schweizer Karte in der Publikation der Empfehlungen [1] zeigt, erfüllt die geographische Verteilung der zurzeit betriebenen Stroke Units diese Anforderung nicht. Grosse Städte und Ballungszentren verfügen häufig über mehrere Stroke Units und Centers, während in ländlichen und geographisch abgelegenen Gebieten grosse Behandlungslücken klaffen. Bereits 2021 wurde in den Leitlinien für die akute Revaskularisation beim ischämischen Hirnschlag [2] respektive für die Prähospitalphase beim akuten Hirnschlag [3] gefordert, dass «die IVT [...] nur in gemäss Schweizer Kriterien zertifizierten Stroke Units oder Stroke Centers erfolgt» [2] beziehungsweise dass «die grosse Mehrheit (~90%) der Patienten mit einem akuten Hirnschlag auf einer Stroke Unit / in einem Stroke Center behandelt werden» [3]. In den in dieser Ausgabe publizierten Empfehlungen werden die Kriterien für die Zertifizierung von Stroke Units nun dergestalt verschärft, dass ein Ausbau des Netzes in der Schweiz kaum mehr möglich und gar die Rezertifizierung gewisser bestehender Stroke Units infrage gestellt ist. Kritisch ist beispielsweise die Forderung nach Leitungspersonal mit einer mindestens zweijährigen Erfahrung in einem zertifizierten Stroke Center respektive einer Stroke Unit. Eine Neuzertifizierung einer Stroke Unit wäre somit nur möglich, wenn entsprechendes Personal einer anderen, bereits zertifizierten Institution «abgeworben» würde. Die Empfehlungen enthalten überdies etliche formelle Kriterien (zum Beispiel bezüglich Ausschilderung, Leitungsstruktur, Briefkopf, Budgetverantwortung etc.), die unnötig in die Strukturen der Spitäler und Kliniken eingreifen, ohne dass daraus ein Nutzen für die Patientinnen und Patienten ersichtlich wäre. Schliesslich sollten in Zeiten zunehmender Knappheit von Fachpersonal und Spitalfinanzen Massnahmen besonders gut im Hinblick auf «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» geprüft werden. Während die Wirksamkeiten einer IVT oder EVT und auch jene einer Rezidivprophylaxe sehr gut evidenzbasiert sind, ist die Datenlage für die anderen im Rahmen einer Stroke Unit erbrachten Leistungen weniger solide.

Eine Umsetzung der aktuell geltenden Leitlinien für die Prähospitalphase [3] mit dem derzeitigen Netz an Stroke Units und Centers in der Schweiz würde zu einem Nebeneinander von Unter- und Überversorgung führen: für viele Patientinnen und Patienten würden sich die Transportwege und somit die Zeit bis zur Reperfusionstherapie verlängern. Gleich-

zeitig nähme die Expertise für die Hirnschlagdiagnostik und -therapie in Spitälern ohne Stroke Unit deutlich ab, was problematisch wäre, da sich viele Patientinnen und Patienten mit Schlaganfall selbständig auf der Notfallstation vorstellen. Andererseits würden viele Patientinnen und Patienten mit Stroke Mimics, transient-ischämischer Attacke (TIA) oder sehr kleinen Strokes unnötigerweise in eine Stroke Unit transportiert und potentiell überversorgt. Wir plädieren deshalb dafür, dass einerseits auch in Zukunft eine Primärdiagnostik und IVT in abgelegeneren Spitälern ohne Stroke Unit möglich bleiben – selbstverständlich in enger Zusammenarbeit mit einem Stroke Center und unter regelmässiger Qualitätskontrolle. Andererseits sollte die Neuzertifizierung von Stroke Units ohne ungerechtfertigte Hürden möglich sein – insbesondere dort, wo geographische Versorgungslücken bestehen. Kolleginnen und Kollegen der Allgemeinen Inneren Medizin und medizinischer Spezialfächer spielen eine tragende Rolle bei der Versorgung von Schlaganfallbetroffenen: sie stehen oft an der Front und gewährleisten die 24/7-Präsenz auf Notfallstationen; sie sind als ärztliche Fachkräfte der Inneren Medizin, Kardiologie, Endokrinologie und Angiologie Expertinnen und Experten in der Behandlung der den Schlaganfällen zugrunde liegenden Systemerkrankungen. Viele Stroke Units sind ausserdem in medizinische Kliniken respektive Departemente integriert, ohne deren Strukturen sie nicht funktionieren könnten. Gerne beteiligen wir uns deshalb aktiv an einem offenen und konstruktiven Dialog über die optimale Schlaganfallbehandlung in der Schweiz!

Korrespondenz

PD Dr. med. Thomas Brack
Klinik für Innere Medizin
Kantonsspital Glarus
Burgstrasse 99
CH-8750 Glarus
[thomas.brack\[at\]ksgl.ch](mailto:thomas.brack[at]ksgl.ch)

Hinweise zu den Autoren

PD Dr. med. Thomas Brack ist Präsident des Vereins Internistischer Chef- und Kaderärzte der Schweiz (ICKS). Prof. Dr. med. Andreas Kistler ist seit November 2022 Delegierter der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) in der Hirnschlagkommission der Swiss Federation of Clinical Neuro-Societies.

Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenkonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Lyrer P, Engelter S, Gralla J, Humm AM, Fandino J, Fischer U, et al. Stroke Units und Stroke Centers in der Schweiz. *Swiss Med Forum*. 2024;24(6):64–72.
- 2 Michel P, Diepers M, Mordasini P, Schubert T, Bervini D, Rouvé JD, et al. Akute Revaskularisation beim ischämischen Hirnschlag. *Swiss Med Forum*. 2021;21(21–22):362–8.

3 Kägi G, Schurter D, Niederhäuser J, De Marchis GM, Engelter S, Arni P, et al. Prähospitalphase beim akuten Hirnschlag. *Swiss Med Forum*. 2021;21(19–20):322–8.

Entzündliche Multisystemerkrankung

Pulmonale Raumforderungen mit überraschendem Befund

Dr. med. univ. (AT) Oray Kahraman^a; Dr. med. Samuel Henz^a; Dr. med. Yella Rottländer^b; Prof. Dr. med. Andrea Rubbert-Roth^b
Kantonsspital St.Gallen, St. Gallen: ^a Klinik für Allgemeine Innere Medizin; ^b Klinik für Rheumatologie

Hintergrund

Vaskulitiden sind Multisystemerkrankungen, ihre Klassifikation erfolgt nach der Grösse der betroffenen Gefässe (gemäss Kriterien der «Chapel Hill Consensus Conference»). Zu den Vaskulitiden gehören die Anti-Neutrophile-cytoplasmatische-Antikörper-(ANCA-)assoziierten Vaskulitiden (AAV). Dabei handelt es sich typischerweise um nekrotisierende Vaskulitiden der kleinen und mittelgrossen Gefässe (Kapillaren, Venen, Arteriolen, kleine Arterien). Laborchemisch ist der Nachweis von ANCA gegen Myeloperoxidase (MPO-ANCA) oder Proteinase 3 (PR3-ANCA) charakteristisch. Zu den AAV zählen die mikroskopische Polyangiitis (MPA), die Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) und die eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) [1]. Bei der GPA ist das Zielantigen in 95% der Fälle die Proteinase 3 und in 5% der Fälle die Myeloperoxidase. Der ANCA-Nachweis ist in der Initialphase bei circa 50% der Betroffenen, in der Generalisationsphase bei circa 90% von ihnen positiv [2].

Die GPA zeichnet sich durch eine nekrotisierende granulomatöse Vaskulitis aus, die meist die oberen und unteren Atemwege sowie die Nieren befällt. Im Weiteren können Granulome auch in anderen Organen wie der Lunge oder retroorbital auftreten [1]. Selten sind weitere Organsysteme betroffen, wie bei der Otitis mit Hörverlust.

Initial sind Symptome der oberen Atemwege wie Sinusitiden, blutiges Nasensekret und Krustenbildung typisch. Auch beim Auftreten pulmonaler Granulome wird noch von einer lokalisierten Form der GPA ausgegangen. Ohne immunsuppressive Therapie kann sich die Vaskulitis systemisch manifestieren und zur Beteiligung der Nieren, des Nerven-

systems und der Haut oder zu einer alveolären Hämorrhagie führen. Selten kommt es zu einer Beteiligung des Gastrointestinaltrakts [2, 3].

Fallbericht

Anamnese und Status

Eine 73-jährige Patientin wurde mit systemischen Entzündungszeichen und erhöhten Leberwerten zugewiesen. Seit zwei Wochen litt sie an Schmerzen zwischen den Schulterblättern mit Ausstrahlung in den Nacken und unteren Rücken. Sie berichtete im Weiteren über eine seit zwei Wochen bestehende Rhinitis sowie Nachtschweiss. Bei der klinischen Untersuchung zeigten sich eine klopfdolente Hals- (HWS) und Brustwirbelsäule (BWS), ansonsten ergaben sich keine wegweisenden Befunde. An Vorerkrankungen war bisher nur eine arterielle Hypertonie bekannt, die mit Candesartan gut eingestellt war.

Befunde und Diagnose

Laboranalytisch zeigten sich bei der Erstvorstellung ein C-reaktives Protein (CRP) von

227 mg/l, leicht erhöhte Leberwerte (Aspartat-Aminotransferase [ASAT] 80 U/l, Alanin-Aminotransferase [ALT] 59 U/l, alkalische Phosphatase [AP] 194 U/l, γ -Glutamyltransferase [GGT] 103 U/l), ein Hämoglobin von 118 g/l, eine Leukozytose von 13,2 G/l mit unauffälliger Verteilung und eine Thrombozytose von 668 G/l. Das Kreatinin war normwertig, der Urin-Status unauffällig. Die Patientin war afebril und ihr Gewichtsverlauf war stabil.

Bei der computertomographischen Untersuchung des Thorax (Abb. 1A), die ambulant bereits durch den Hausarzt veranlasst worden war, kamen malignitätsverdächtige hilomediastinale Raumforderungen und pulmonale Runderde beidseits zur Darstellung, die in der daraufhin durchgeführten Untersuchung mittels Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie (PET/CT; Abb. 1B) einen stark erhöhten 18F-Fluorodesoxyglukose-(FDG-)Uptake aufwiesen.

Die Bronchoskopie war unauffällig, aber im endobronchialen Ultraschall (EBUS) konnte eine grosse Raumforderung dorsal am Abgang des Oberlappens dargestellt werden. In der bron-

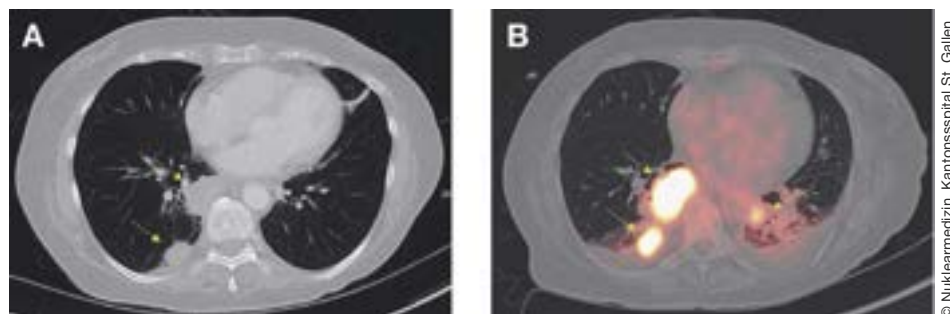


Abbildung 1: A) Computertomogramm des Thorax, Transversalebene: pulmonale hilomediastinale und pleuraständige Raumforderungen der rechten Lunge (Pfeile). B) Positronen-Emissions-Tomographie mit Computertomographie (PET/CT) des Thorax, Transversalebene: kräftiger 18F-Fluorodesoxyglukose-(FDG-)Uptake der pulmonalen hilomediastinalen und pleuraständigen Raumforderungen beidseits (Pfeile).

choalveolären Lavage (BAL) war die Gesamtzellzahl mit 108 M/l normal, mit Vermehrung der Lymphozyten (35,7%) und der neutrophilen Granulozyten (15,5%). Der CD4/CD8-Quotient war mit 7,3 deutlich erhöht. Maligne Zellen oder Mykobakterien konnten nicht nachgewiesen werden. Ebenfalls konnten in den abgenommenen Kulturen keine Mykobakterien nachgewiesen werden. Eine Sarkoidose wurde erwogen, angesichts der nicht erhöhten Gesamtzellzahl in der BAL aber als nicht wahrscheinlich angesehen.

Nach der Bronchoskopie entwickelte die Patientin ein tachykardes Vorhofflimmern und einen Schlaganfall bei Verschluss eines grossen Astes der Arteria cerebri media links, am ehesten aufgrund eines embolischen Geschehens. Ein intermittierendes Vorhofflimmern war nicht bekannt, und es wurde umgehend eine Antikoagulation mit Apixaban eingeleitet. Nach klinischer Stabilisierung fanden sich Immunglobulin-gamma-(IgG-)Antikörper gegen *Francisella tularensis* bei negativem IgM. Bei passender Klinik wurde vorübergehend Ciprofloxacin gegeben. Es zeigte sich jedoch keine Besserung der Entzündungsparameter, sodass bei negativem Polymerase-Kettenreaktions-(PCR-)Test aus dem Lymphknotenbiopsat die Verdachtsdiagnose einer Tularämie wieder abkam.

Bei ansteigenden Entzündungsparametern (CRP bis 260 mg/dl) und Leberwerten (ALAT bis 804 U/l, AP bis 960 U/l) sowie einer Zunahme der Thrombozytose (bis 959 G/l) wurde eine Leberbiopsie durchgeführt, die eine minimale portale Entzündung mit hepatozellulären Einzelzellnekrosen zeigte. In einer thorakalen Lymphknotenbiopsie war eine granulomatöse Entzündung mit Nekrosen nachweisbar. In der Autoimmundiagnostik konnten PR3-ANCA mit 22 U/ml (Referenzwert: <2 U/ml) nachgewiesen werden. In Zusammenschau der laborchemischen, radiologischen und histologischen Befunde wurde daher der hochgradige Verdacht auf eine GPA mit Lungen- und Leberbefall geäussert.

Therapie und Verlauf

ANCA-assoziierte Vaskulitiden (AAV) sind, insbesondere bei Vorliegen einer Organbeteiligung, potentiell lebensbedrohliche Erkrankungen. Die rasche Einleitung einer immun-suppressiven Therapie ist für die Prognose der Erkrankung wesentlich. Bei neu aufgetretenen Organmanifestationen, lebensbedrohlichen Komplikationen oder in der Rezidivsituation wird mit einer Induktionstherapie begonnen. Bei einer relevanten Organbeteiligung und hohen Entzündungswerten werden Methylprednisolon und Cyclophosphamid oder Rituximab eingesetzt [4]. Wir initiierten daher eine Therapie mit Methylprednisolon in einer Dosis von 500 mg intravenös für drei Tage, danach

wurde eine orale Prednison-Therapie (initial 50 mg/d) begonnen. Zusätzlich erhielt die Patientin eine Therapie mit 700 mg Cyclophosphamid. Darunter beobachteten wir eine deutliche Besserung der klinischen Symptomatik sowie rückläufige Entzündungsparameter.

Kompliziert wurde der weitere Verlauf durch einen Abfall des Hämoglobins und das Auftreten von Meläna. In der Gastroskopie konnte keine aktive Blutungsquelle gefunden werden, jedoch zeigten sich in der Koloskopie mehrere Ulzerationen. Im Rahmen der Biopsie kam es zu einer Perforation, die sofort mit zwei Clips versorgt werden konnte. Noch am selben Abend entwickelte die Patientin ein akutes Abdomen, sodass die Indikation zur Laparotomie gestellt wurde. Intraoperativ zeigten sich mehrere Dünndarmperforationen, sodass eine Dünndarm-Segmentresektion von etwa 50 cm mit Anlage eines Ileostomas erfolgte. In der Histologie zeigte sich eine ulzerierende und perforierende Entzündung mit fibrös-eitriger Serositis. Trotz fehlendem Nachweis von Granulomen interpretierten wir die Befunde im Rahmen einer gastrointestinalen Beteiligung der GPA.

Bei fortgesetzter Therapie mit Steroiden und Cyclophosphamid zeigte sich zunächst eine weitere klinische Besserung, und die PR3-ANCA fielen von 22 U/ml auf 5,4 U/ml ab. Im Verlauf zeigten sich jedoch kontinuierlich ansteigende Leberwerte (ASAT 637 U/l, ALAT 804 U/l, AP 958 U/l, GGT 1690 U/l, Bilirubin 24 µmol/l). Bei unauffälliger Abdomensonographie und Hepatitisserologie interpretierten wir den Transaminasenanstieg als möglicherweise medikamentös-toxisch bedingt. Paracetamol, Mirtazapin, Cotrimoxazol und Cyclophosphamid wurden pausiert, die Steroidmonotherapie wurde fortgesetzt. Eine erneute Leberbiopsie zeigte eine minimale portale und lobuläre Entzündung ohne Hinweis auf eine Vaskulitis. Unter diesen Massnahmen verbesserten sich die Laborwerte rasch.

Erfreulicherweise konnte im Verlaufs-PET/CT eine vollständige Regredienz der Weichteilformationen in der Lunge gesehen werden. Zudem zeigte sich eine Schleimhautschwellung im Sinus sphenoidalis links. Klinisch entwickelte die Patientin unter der Steroidmonotherapie eine langsam progrediente Hörminderung, eine sichere Zuordnung zur Grunderkrankung wurde jedoch im Hals-Nasen-Ohren-(HNO-)ärztlichen Konsil nicht bestätigt.

Nach Normalisierung der Transaminasen und Stoma-Rückverlegung konnte eine immun-suppressive Therapie mit Azathioprin begonnen werden. Eine Therapie mit Rituximab wurde, im Rahmen der damals herrschenden Corona-Pandemie, trotz Überlegenheit in der Erhaltung der Remission von der Patientin abgelehnt [5].

Diskussion

In der hier dargestellten Fallpräsentation konnte die Diagnose einer GPA mit Beteiligung der Lunge und des Gastrointestinaltrakts diagnostiziert werden. Initial gingen wir aufgrund des CT-Befundes am ehesten von einer malignen Raumforderung aus, weshalb die Diagnose der GPA erst sekundär neben einer möglichen Sarkoidose oder infektiösen Erkrankung in Betracht gezogen wurde.

Die Diagnose einer GPA basiert auf einer Kombination aus klinischen Manifestationen im Sinne einer Multiorgan- oder lokalisierten Erkrankung, dem Nachweis von PR3- respektive MPO-ANCA sowie dem histologischen Nachweis einer Vaskulitis aus einer relevanten Organbiopsie, beispielsweise von Haut, Lunge oder Niere. Bei unserer Patientin zeigten sich die PR3-ANCA mit 22 U/ml erhöht. In der entnommenen Lymphknotenbiopsie fand sich eine unspezifische granulomatöse Entzündung, die mit einer GPA vereinbar, aber nicht für diese beweisend ist. Die Histologie von Gewebe des rechten Hemikolons und des Dünndarmteilresektats aus dem Jejunum zeigten eine ulzerierende Entzündung. Somit hatte die hier vorgestellte Patientin zwar eine entzündliche Systemerkrankung mit Nachweis von PR3-ANCA, wobei der formelle Nachweis von Granulomen jedoch ausblieb.

Bei der Differentialdiagnostik pulmonaler Raumforderungen muss neben einem Bronchialkarzinom oder Metastasen auch das Vorliegen einer granulomatösen Erkrankung in Erwägung gezogen werden. Eine Anreicherung im PET/CT kann diese Erkrankungen nicht zuverlässig differenzieren, sodass als Goldstandard die biopsische Klärung eines derartigen Befundes angesehen wird. In unserem Fall waren der Nachweis einer granulomatösen Entzündung im Lymphknotenbiopsat sowie der Nachweis von PR3-ANCA diagnostisch wegweisend [6].

Eine gastrointestinale Beteiligung wird in der Literatur mit einer Häufigkeit von circa 10–24% eher selten berichtet. Die am häufigsten beschriebenen makroskopischen Veränderungen bei gastrointestinalem Befall sind Ulzerationen, Darmwandnekrosen und Perforationen. Endoskopisch entnommene Biopsien zeigen häufig nur eine unspezifische Entzündung – so auch in unserem Fall [7]. Eine mögliche Ursache dafür könnte sein, dass die endoskopisch gewonnenen Biopsien häufig sehr oberflächlich entnommen werden, die Gefässe mit kleinem und mittlerem Durchmesser jedoch eher in der tieferen Schicht der Submukosa liegen [8].

Die Nasen- und Nasennebenhöhlen gehören zu den häufigsten Lokalisationen der GPA im HNO-Bereich – bei bis zu 85–100% aller an GPA Erkrankten –, während ein otologischer

Befall in etwa 35% der Fälle gefunden wird [9]. Insbesondere im initialen Verlauf der GPA sind otologische Manifestationen nicht ungewöhnlich [10]. Auch wenn formal eine HNO-Beteiligung bei unserer Patientin nicht nachgewiesen werden konnte, so wäre die im PET/CT dargestellte Schwellung im Bereich des Sinus sphenoidalis grundsätzlich mit einer HNO-Manifestation vereinbar.

Differentialdiagnostisch hatten wir initial auch an eine Sarkoidose gedacht. Dazu passend zeigte sich ein initial erhöhter CD4/CD8-Quotient in der BAL, ein erhöhter Wert für den löslichen Interleukin-2-Rezeptor (sIL2R) bei jedoch unauffälligem «angiotensin converting enzyme» (ACE). Untypisch wären hingegen der Nachweis von PR3-ANCA sowie die gastrointestinale Beteiligung und eine nachfolgend unauffällige BAL.

Konklusion

Unsere Kasuistik zeigt, dass die GPA eine wichtige Differentialdiagnose bei der Abklärung pulmonaler Raumforderungen ist. Insbesondere bei Vorliegen weiterer Organsymptome, beispielsweise der Nieren, im HNO-Bereich, an der Haut oder im Gastrointestinaltrakt, sollte daher an eine GPA gedacht werden. Eine frühe Diagnosestellung und die rasche Einleitung einer immunsuppressiven Therapie sind wichtig im Hinblick auf die Mortalität und Morbidität der Erkrankung.

Korrespondenz

Dr. med. univ. Oray Kahraman
Innere Medizin
Spital Herisau
Spitalstrasse 6
CH-9100 Herisau
oray.kahraman[at]svar.ch

Verdankung

Die Bilder wurden mit freundlicher Genehmigung der Nuklearmedizin des Kantonsspitals St. Gallen bereitgestellt.

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen und Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Jennette JC, Falk RJ, Bacon PA, Basu N, Cid MC, Ferrario F, et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Arthritis Rheum.* 2013;65(1):1–11.
- De Groot K, Reinhold-Keller E. Wegener-Granulomatose und mikroskopische Polyangiitis. *Z Rheumatol.* 2009;68(1):49–64.
- Ahmad I, Lee WC, Nagendran V, Wilson F, Shortridge RT. Localised Wegener's granulomatosis in otolaryngology: a review of six cases. *ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec.* 2000;62(3):149–55.
- Yates M, Watts RA, Bajema IM, Cid MC, Crestani B, Hauser T, et al. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(9):1583–94.

Das Wichtigste für die Praxis

- Bei einer pulmonalen Raumforderung mit systemischen Entzündungszeichen oder Symptomen der Atemwege wie Rhinitis oder Otitis sollte die Granulomatose mit Polyangiitis (GPA) als eine mögliche Differentialdiagnose bedacht werden.
- Die frühe Diagnostik und Therapie haben einen wesentlichen Einfluss auf die Morbidität und Mortalität.
- Selten können massive gastrointestinale Ulzerationen und Perforationen bei Personen mit GPA auftreten. Ein Hämoglobin-Abfall mit zunehmender Abdominalgie gehören abgeklärt.

5 Charles P, Perrodeau E, Samson M, Bonnotte B, Néel A, Agard C, et al. Long-term rituximab use to maintain remission of antineutrophil cytoplasmic antibody-associated vasculitis: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2020;173(3):179–87.

6 Lutalo PM, D'Cruz DP. Diagnosis and classification of granulomatosis with polyangiitis (aka Wegener's granulomatosis). *J Autoimmun.* 2014;48–49:94–8.

7 Masiak A, Zdrojewski Ł, Zdrojewski Z, Bułto-Piontecka B, Rutkowski B. Gastrointestinal tract involvement in granulomatosis with polyangiitis. *Prz Gastroenterol.* 2016;11(4):270–5.

8 Camilleri M, Pusey CD, Chadwick VS, Rees AJ. Gastrointestinal manifestations of systemic vasculitis. *Q J Med.* 1983;52(206):141–9.

9 Greco A, Marinelli C, Fusconi M, Macri GF, Gallo A, De Virgilio A, et al. Clinic manifestations in granulomatosis with polyangiitis. *Int J Immunopathol Pharmacol.* 2016;29(2):151–9.

10 Fauci AS, Haynes BF, Katz P, Wolff SM. Wegener's granulomatosis: prospective clinical and therapeutic experience with 85 patients for 21 years. *Ann Intern Med.* 1983;98(1):76–85.



Dr. med. univ. (AT) Oray Kahraman
Klinik für Allgemeine Innere Medizin,
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



Das Spital Muri bietet für alle Lebensphasen eine qualitativ hochwertige Grundversorgung und ist SIWF-zertifizierte Weiterbildungsstätte für Allgemeine Innere Medizin. 930 Mitarbeitende stellen eine umfassende Betreuung im Spital sicher.

Nach Vereinbarung suchen wir eine/n

Oberärztin / Oberarzt oder Leitende Ärztin / Leitender Arzt Endokrinologie 50–100%

Integriert ins Team der Endokrinologie führen Sie selbstständig eine endokrinologische Sprechstunde und nehmen am Konsiliardienst teil. Sie sind im Team der Inneren Medizin integriert, nehmen an den Kaderdiensten teil und engagieren sich in der Weiter- und Fortbildung der ärztlichen Mitarbeitenden. Sie sorgen für eine reibungslose und kollegiale interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ernährungsberatung und Diabetesberatung sowie den Disziplinen der Chirurgie, Anästhesie und Gynäkologie im Hause.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Wunderbar – dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung auf unserer Website über das Online-Tool unter <https://www.spital-muri.ch/jobs>. Für fachliche Informationen wenden Sie sich bitte an Dr. med. Chris Heimgartner, Chefarzt Medizin, unter 056 675 13 92 oder Dr. med. Birgit Bucher, Leitende Ärztin Endokrinologie, unter 056 675 13 44.



Spital Muri
Spitalstrasse 144
CH-5630 Muri AG
T +41 56 675 11 80
www.spital-muri.ch

181542-6

**Da für
alle.**

**Weil jeder 12. uns
einmal braucht.**

**Gönner werden:
rega.ch/goenner**

rega





Wir suchen für unser Notfallzentrum per 1. Juni 2024 oder nach Vereinbarung eine/n

Chefärztin / Chefarzt Notfallzentrum 80 - 100 %

Spital Langenthal

Das bewirken Sie bei uns

Sie übernehmen die Leitung und Organisation des interdisziplinären Notfallzentrums und stellen mit ihrem gut eingespielten Team die Notfallversorgung im Oberraargau und in den angrenzenden Gebieten sicher. In unserem interdisziplinären Notfallzentrum werden Patientinnen und Patienten aus allen Fachgebieten betreut. Das Notfallzentrum der SRO AG ist eine anerkannte Weiterbildungsstätte für Innere Medizin Kategorie IV und klinische Notfallmedizin der Kategorie 2 (SGNOR). Die Gestaltung der Zukunft der Notfallversorgung im Oberraargau wird durch Sie aktiv mitgeprägt und Sie führen das Zentrum sicher in die Zukunft. Sie bringen sich aktiv und gestaltend in Aus-, Fort- und Weiterbildung ein.

Das bringen Sie mit

Sie sind im Besitz des Facharzttitels für Allgemeine Innere Medizin mit dem interdisziplinären Schwerpunkt «Klinische Notfallmedizin (SGNOR)» oder einer gleichwertigen Ausbildung. Sie verfügen über nachgewiesene Führungserfahrung und zeichnen sich durch gute kommunikative Fähigkeiten aus. Auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit legen Sie sehr grossen Wert. Idealerweise sind Sie Supervisor oder Tutor für den POCUS Notfallsonographie und / oder das Modul Abdomen. Zusätzliche Führungsausbildungen oder Managementenerfahrungen sind von Vorteil.

Bei uns arbeiten

Wir bieten eine verantwortungsvolle und abwechslungsreiche Position sowie die Möglichkeit, Ihre Erfahrungen und Ideen einzubringen und die Notfallmedizin im Oberraargau mitzuprägen. Das Notfallteam ist hochmotiviert und bekannt für die kollegiale Atmosphäre und hohe gegenseitige Wertschätzung. Die SRO AG ist gross genug, um mit unseren vielen Spezialistinnen und Spezialisten die meisten Fälle vor Ort selber behandeln zu können. Das Spital hat aber eine gute Grösse, um sich noch persönlich zu kennen. Es erwarten Sie attraktive Anstellungsbedingungen und fortschrittliche Sozialleistungen.

Kontakt

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr PD Dr. med. Alexander Imhof, Chefarzt Medizinische Klinik, Tel. 062 916 31 02 oder per E-Mail: a.imhof@sro.ch

Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die SRO AG, Frau Mirella Masoch, Human Resources, St. Urbanstrasse 67, CH-4900 Langenthal, job@sro.ch

www.sro.ch

181640-6



LEITENDER ARZT/LEITENDE ÄRZTIN ANGIOLOGIE (M/W/D) | 60 % - 100 %

**GEFÄSSZENTRUM SOH | BÜRGERSPITAL
SOLOTHURN / AUSSENSTANDORT
PER 1. APRIL 2024 ODER NACH
VEREINBARUNG**

Ihre Aufgaben

- Unterstützung / Teamergänzung Gefässzentrum soH am Bürgerspital Solothurn sowie angiologische Leitung Ausseenstandort
- Eigenständiges Führen der angiologischen Spezialsprechstunde und enge Zusammenarbeit im interdisziplinären und interprofessionellen Team
- Freude am Teaching / Weiterbildung
- Aufbau der Weiterbildungsstätte Kategorie B für Angiologie soH
- Möglichkeit zur Mitarbeit im Katheterlabor

Ihr Profil

- Facharzt oder Fachärztin Angiologie oder eine äquivalente Ausbildung mit Anerkennung MEBEKO
- Idealerweise mehrjährige Berufserfahrung mit umfassenden klinischen Kenntnissen
- Beherrschung des gesamten Spektrums der konservativen Angiologie
- Einwandfreie Deutschkenntnisse in Wort und Schrift
- Belastbare, engagierte und teamfähige Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz

Ihre Vorteile

- Grösster Arbeitgeber im Kanton
- Kollegiale Teams, motivierendes Arbeitsklima
- Kantonales Spital mit hohen Qualitäts- und Leistungsstandards

Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1509):
Herr Dr. med. Pascal Kissling
Chefarzt Gefässzentrum soH
Tel: +41326273226

Ihre Bewerbung

stellen.soh@spital.so.ch (mit Angabe der Referenznummer 1509)

181422-6

Bürgerspital
Solothurn **solothurner
spitäler** **soH**



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 (CHVR) et son unité interprofessionnelle de diabétologie-endocrinologie un-e

Médecin cadre spécialiste en diabétologie-endocrinologie à 80-100%

L'Unité déploie ses activités sur les sites de Sion, Martigny et Sierre

Vos missions:

- Être (co-)responsable de la gestion de l'unité
- Assurer et développer les relations de l'unité auprès des partenaires internes et externes du CHVR
- Prendre en charge les patients suivis en ambulatoire et donner des avis transversaux dans tous les services stationnaires et ambulatoires du CHVR (multi-sites)
- Travailler au sein d'une petite équipe médicale et paramédicale dynamique et motivée
- Promouvoir la formation intégrée aux médecins en formation et aux étudiants ainsi qu'au personnel paramédical

Votre profil:

- Titre de spécialiste fédéral en endocrinologie-diabétologie ou formation jugée équivalente
- Plusieurs années d'expérience professionnelle y compris de la responsabilité institutionnelle.
- Compétence de leadership, gestion et communication
- Sens de la coopération, engagement et disponibilité
- Bonnes connaissances de l'environnement hospitalier (praticiens installés, CMS, etc.)

Nous offrons:

- Une activité clinique intéressante et variée dans un environnement en constante évolution
- Un soutien au développement de nouvelles prestations selon les besoins des réseaux partenaires ou du CHVR
- Des conditions de travail selon le statut des médecins-cadres de l'Hôpital du Valais

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieu de travail: Hôpital de Sion

Entrée en fonction: Juillet 2024 ou à convenir

Délai de postulation: 1^{er} mars 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès de la Dre Isabelle Hagon-Traub, cheffe de l'Unité de diabétologie-endocrinologie +41 27 603 19 13, isabelle.hagon-traub@hopitalvs.ch ou auprès du Dr Thomas Nierlé, Directeur Médical du CHVR, +41 79 523 67 29, thomas.nierle@hopitalvs.ch

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

181557-6



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 et ses sites de Sierre, Martigny et St-Maurice un-e

Médecin adjoint-e spécialiste en gériatrie à 80-100%

Notre service de gériatrie (reconnu FMH catégorie A-IFSM) comprend 230 lits de médecine aigüe de la personne âgée, de réadaptation polyvalente gériatrique et de soins palliatifs gériatriques.

Votre mission:

- Prendre en charge cliniquement des patients hospitalisés et ambulatoires
- Conduire une équipe interdisciplinaire
- Participer aux filières et consultations sur les différents sites de l'Hôpital du Valais: filière gériatrique aux urgences, filière d'ortho-gériatrie avec unité de lits dédiés, filière de neuro-réadaptation gériatrique post stroke unit avec unité de lits dédiés, consultation mémoire ambulatoire, consultation ambulatoire d'ostéoporose (filière FLS), consultation d'évaluation gériatrique globale ambulatoire et intra-hospitalière gestion médicale d'un EMS
- Participer aux gardes du service
- Dispenser de l'enseignement aux assistants, aux étudiants en médecine et au personnel paramédical
- Possibilité de participer à des projets internes avec activité scientifique

Votre profil:

- Titre de spécialiste fédéral en médecine interne générale ou formation jugée équivalente
- Formation approfondie en gériatrie
- Plusieurs années d'expérience comme chef-fe de clinique
- Capacité à collaborer et à travailler en réseau sur plusieurs sites hospitaliers

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Entrée en fonction: A convenir


Délai de postulation: 3 mars 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Martial Coutaz, chef du Service de gériatrie, +41 27 603 90 43, martial.coutaz@hopitalvs.ch

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

181559-6



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 adjoint-e du service de pédiatrie à 80%

Vos missions:

- Assurer la prise en charge clinique des patients dans trois secteurs (l'hospitalisation, la néonatalogie et l'ambulatoire/les urgences).
- Prendre en charge les nouveau-nés de notre néonatalogie de niveau IIB (inborn dès 32 SG, 1250g, CPAP, ...).
- Participer aux gardes du service.
- Participer à la gestion du service.
- Assurer l'enseignement aux chefs de clinique, aux assistants, aux étudiants et au personnel paramédical.
- Collaborer avec les centres universitaires.

Votre profil:

- Titre fédéral de spécialiste en pédiatrie ou formation jugée équivalente
- Plusieurs années d'expérience comme chef de clinique ou médecin adjoint dans un hôpital universitaire.
- Une expérience en néonatalogie dans un centre universitaire est nécessaire.
- Sens de la coopération, particulièrement dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire étroite au sein du Pôle enfant
- Engagement, disponibilité
- Compétence en management d'équipe
- Une spécialité approfondie serait un atout.

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieu de travail: Hôpital de Sion

Entrée en fonction: 1^{er} juin 2024


Délaï de postulation: 3 mars 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Juan Llor, médecin chef de Service, +41 27 603 87 70, juan.llor@hopitalvs.ch ou du Dr Thomas Nierle, Directeur médical du CHVR, +41 27 603 41 32, thomas.nierle@hopitalvs.ch

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

181427-6



Wir suchen per 1.5.2024 oder nach Vereinbarung eine/n

Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Intensivmedizin 50–100 % (m,w,d)

Das Spital Herisau in der Ostschweiz ist Teil des Spitalverbund Appenzell Ausserrhodens (SVAR) und verfügt über ein Departement Innere Medizin, ein Departement Chirurgie, eine Frauenklinik sowie eine Klinik für Anästhesiologie und Rettungsmedizin. Das Spital Herisau betreibt eine zertifizierte Intensivpflegestation.

Ihr Aufgabengebiet

- Sie sind Teil eines erfahrenen Teams der interdisziplinären Intensivstation mit 6 Betten und verantwortlich für eine qualitativ hochstehende Versorgung der intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten
- Sie beteiligen sich am kaderärztlichen Hintergrunddienst und gestalten Weiterbildungsveranstaltungen mit
- Sie übernehmen zusätzliche Aufgaben entsprechend Ihren Fach- und Führungskompetenzen

Ihr Profil

- Sie sind eine engagierte Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz
- Sie haben mehrjährige klinische Erfahrung und Freude an der interdisziplinären Zusammenarbeit
- Sie verfügen über einen anästhesiologischen oder internistischen Hintergrund
- Sie führen einen anerkannten Facharzttitel für Intensivmedizin

Unser Angebot

- Als wichtige Führungsperson erhalten Sie die Gelegenheit, Ihren Fachbereich weiterzuentwickeln und im Departement entscheidende Impulse zu geben
- Wir bieten attraktive Anstellungsbedingungen und persönliche Entwicklungsmöglichkeiten

Weitere Informationen zum SVAR finden Sie unter www.spitalverbund.ch

Ihr Kontakt

Für nähere Auskünfte steht Ihnen Dr. med. Simon Ritter, Chefarzt und Leiter Departement Innere Medizin, Telefon +41 (0)71 353 23 62, gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung.



Ihre Bewerbung reichen Sie bitte über unser Bewerberportal ein www.svar.ch/jobs-karriere.

181564-6

Soziales Engagement!

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

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

multiplesklerose.ch, Spenden & Helfen

damit es besser wird

MS Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft



Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est l'un des 5 hôpitaux universitaires suisses.

Le Service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle se consacre au diagnostic et au traitement médical basés sur l'imagerie radiologique.

Chef-fe de Clinique (Adjoint-e) en Radiologie Oncologique et Digestive, 80–100% dès le 1.5.2024

MISSION:

- Vous assurez et supervisez les activités cliniques dans l'unité d'imagerie oncologique et digestive sous la supervision d'un-e médecin-cadre de l'unité
- Vous assurez un service de garde
- Vous participez à la recherche clinique
- Vous participez à un travail scientifique dans ce domaine.

PROFIL:

- Vous êtes titulaire d'un titre ISFM de radiologue ou d'un titre jugé équivalent
- Vous êtes apte à superviser une équipe d'assistant-e-s et à collaborer avec les différents services de l'hôpital
- Vous avez un intérêt pour le travail scientifique
- Vous maîtrisez la langue française (niveau B2 exigé.)

NOUS OFFRONS:

- Une activité spécialisée avec un plateau technique moderne
- Une grande autonomie dans la réalisation des examens de l'unité sous la supervision d'un-e médecin-cadre
- Une formation complète en radiologie oncologique et digestive.

Contact pour informations sur la fonction: Professeur Alban Denys, tél. 021 314 97 68 ou Professeure Clarisse Dromain, tél. 021 314 76 55.

Merci d'envoyer votre dossier complet par le biais de notre site internet: <https://recrutement.chuv.ch>, réf: 10644-ME-211-2024.

181413-6



Le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) est l'un des 5 hôpitaux universitaires suisses.

Chef-fe de Clinique (Adjoint-e) au Centre de Transplantation d'Organes 80–100% dès le 1.4.2024

MISSION:

- Vous prenez en charge des patients candidats à une greffe hépatique et des patients greffés du foie
- Vous travaillez en équipe multidisciplinaire au CHUV, ainsi qu'avec l'équipe de transplantation des HUG
- Vous supervisez des médecins assistant-e-s et collaborez avec l'ensemble des collègues du CTO et du Service de gastro-entérologie et d'hépatologie
- Vous participez à la recherche clinique et à l'enseignement, sous la supervision d'un médecin cadre académique

PROFIL:

- Vous êtes titulaire d'un diplôme fédéral de médecin et d'une formation de base en médecine interne et/ou gastro-entérologie et hépatologie (ou équivalent)
- Vous êtes apte à superviser une équipe d'assistant-e-s et à collaborer avec les différents services de l'hôpital
- Vous maîtrisez le français (niveau C1)

NOUS OFFRONS:

- Une activité spécialisée avec un plateau technique moderne
- Une autonomie dans la prise en charge des patients sous la supervision d'un médecin-cadre
- Une perspective de développement académique

Contact pour informations sur la fonction:

Dr Julien Vionnet, tél. 021 314 24 03.

Merci d'envoyer votre dossier complet par le biais de notre site internet: <https://recrutement.chuv.ch>, réf: 10689-ME-202-2024.

181649-6



La Fondation privée *admed*, avec plus de 220 collaborateurs, réalise les analyses médicales (chimie clinique, hématologie, immuno-hématologie, microbiologie et médecine transfusionnelle) ainsi que les diagnostics médicaux en pathologie pour les patients de divers hôpitaux, homes et institutions de santé et cabinets médicaux. *admed* est une entreprise accréditée ISO/CEI 17025 et 15189.

Pour compléter son équipe de médecins, *admed* recherche un(e):

Médecin chef(fe) de clinique en pathologie (80–100%)

Votre mission:

- Vous exercerez une activité diagnostique générale, avec participation aux examens extemporanés et piquets
- Vous assurerez au quotidien la prise en charge macro- et microscopique des biopsies et pièces opératoires
- Vous participerez à la formation et à l'encadrement du médecin assistant
- Vous préparerez les différents tumorboards multidisciplinaires et colloques internes et externes

Compétences requises:

- Vous êtes titulaire d'un diplôme fédéral de médecin et d'une spécialisation FMH en pathologie, ou d'un titre étranger équivalent reconnu MEBEKO
- Vous bénéficiez d'une formation solide et complète en pathologie chirurgicale
- Vous êtes rigoureux-se, précis-e, fiable, responsable, vous faites preuve d'engagement personnel
- Vous avez la capacité de travailler seul(e) et en équipe
- Vous disposez d'une facilité d'adaptation et d'intégration ainsi qu'un bon esprit d'équipe
- Vous maîtrisez le français écrit et oral (niveau B2 minimum)

Nous offrons:

- Une ambiance agréable et un travail diversifié
- Un contrat de durée indéterminée
- Des prestations salariales et sociales à l'image d'une fondation privée (Règlements du personnel de la Fondation *admed*)

Lieu de travail: Neuchâtel

Entrée en fonction: à convenir

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Samir Benabidallah au 032 720 00 50.

Votre offre de candidature accompagnée des documents usuels (lettre de motivation, CV et certificats) est à adresser par courrier électronique à admed.rh@ne.ch.

181587-6/8

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 Biel 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 Zimmer

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!

BL – Nachfolge / Praxisübernahme in Neurologischer Gemeinschaftspraxis – ich suche wegen meiner anstehenden Pensionierung auf Ende 2024 / Anfang 2025 eine/n Nachfolger/in (oder zwei mit jeweils 50% Pensum) in unsere etablierte, modern eingerichtete und grosszügige Gemeinschaftspraxis (254 m²) in einer direkt an Basel angrenzenden Gemeinde. Wir sind zwei Ärzte in Vollzeitpensum und eine Kollegin in 15% Teilzeitpensum. Wir bieten EEG, ENMG, SEP, LP und Praxisapotheke. Die Praxis hat eine ausgezeichnete Anbindung an den öffentlichen Verkehr mit einer Tramhaltestelle vor der Tür. Kontakt unter Chiffre I-41842.

GE – Arsanté recherche des médecins généralistes et spécialistes – Pour renforcer l'offre médicale actuelle et répondre au mieux aux besoins de la population locale, nous recherchons des médecins généralistes et spécialistes avec titre FMH pour les centres médicaux de La Jonction, Léman (Pâquis), Meyrin, Belle-Terre (Thônex). Vous souhaitez vous installer en cabinet privé, dans un lieu pluridisciplinaire, nous mettons à disposition tout l'environnement nécessaire à une pratique médicale de haute qualité. Taux d'activité à choix. Condition: Droit de pratique requis. Contact et informations e-mail: partenariat-medecin@arsante.ch, www.arsante.ch.

GE – La Maison de Santé de Belle-Terre recherche un/e psychiatre et un/e pédiatre – Pour compléter l'offre de soins de la Maison de Santé de Belle-Terre et pour répondre aux besoins de la population, nous recherchons un/e psychiatre et un/e pédiatre avec titre FMH. Nous offrons: Une activité variée dans une équipe pluridisciplinaire; un cabinet équipé avec le matériel nécessaire à votre activité; une infrastructure moderne avec l'utilisation du dossier médical informatisé et le rendez-vous en ligne; taux d'activité et horaires flexibles selon vos besoins; une culture d'entreprise saine et respectueuse des valeurs professionnelles; une collaboration interactive avec l'ensemble du groupe. Maison de Santé de Belle-Terre, 7 Place du Traité-de-Turin, www.cmbelleterre.ch, e-mail: partenariat-medecin@arsante.ch.

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.

SO – Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in – In der Agglomeration der Stadt Solothurn suchen wir für eine moderne, gut laufende und lebhaftige Praxis eine/n motivierte/n und dynamische/n Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin als Nachfolger/in. Die Praxis-räumlichkeiten 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

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

Praxisteam und den Synergieeffekten eines Ärztezentrums. 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 Selbständigkeit liebäugeln und wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns über Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2530 bei: Federer & Partners AG, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch, www.federer-partners.ch.

TG – Praxisräume mit OP – In den interdisziplinären Ärzteetagen 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 2ème psychiatre du cabinet. Situation calme, proche de transports publics, place de parc. Contact par e-mail: admin@psychiatrie-psychotherapie.ch.

ZH – Praxisraum zu vermieten in attraktiver psychiatrischer Praxis an Toplage (www.praxis-guet.ch) – Die praxis-guet ist eine psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis in unmittelbarer Nähe zum Bahnhof Wetzikon ZH. Wir sind ein Kollegium von 5 motivierten Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, teilen uns moderne Praxisräumlichkeiten in einem Neubau und pflegen einen wertschätzenden Umgang miteinander. Jede Ärztin / jeder Arzt ist unabhängig und führt eine Einzelpraxis. Ein Kollege geht in Pension, weshalb ab 01.03.2024 oder nach Vereinbarung ein Sprechzimmer zur Verfügung steht. Wir suchen eine Fachärztin / einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, die/der gerne selbständig ambulant tätig sein will und gleichzeitig den Austausch mit Kolleginnen und Kollegen mit unterschiedlichen Spezialgebieten schätzt. Die monatlichen Kosten für Miete, Nebenkosten (Strom, Wasser etc.), IT-Infrastruktur sowie Reinigung belaufen sich auf rund CHF 1'400.-. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an: praxis-guet, KD Dr. med. Markus Baumgartner, Gütliststrasse 4, 8620 Wetzikon ZH oder E-Mail: mbaumgartner@hin.ch. Telefonische Auskünfte erteilen wir gerne nach vorgängiger Absprache per E-Mail.

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.



Informer simplement
avec compétence

Séminaires pour
médecins et
cabinets

Ouverture du cabinet
Cabinet de groupe
Remise du cabinet



Plus d'informations sur
www.fmhconsulting.ch

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 Facharzt Ausbildung 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 verkehrsmedizinische 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.

ZH – Verstärkung in Hausarztpraxis gesucht – Wir sind eine gut eingespielte, langjährige Hausarztpraxis (drei Ärzte/-innen) mit je eigenem Patientenstamm. In Zürich, fünf Minuten vom Bhf. Stadelhofen. Exzellentes MPA-Team. Zum Sommer geht eine Kollegin in Pension. Deshalb suchen wir eine/n Nachfolger/in in selbständiger Tätigkeit für die Weiterbetreuung des Patientenstamms (z. T. Expats, gute Englischkenntnisse von Vorteil). Pensum bisher ca. 60% (sechs Halbtage Sprechstunde). Flexible Arbeitszeiten und Ferienplanung. Elektronische KG, Selbstdispensation, Praxislabor, EKG, LuFu. Geringe Investitionskosten. www.praxis-d29.com. Gerne beantwortet Angela Caddick Ihre Fragen unter Tel. 079 88 53 696. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: dr.angela.caddick@gmail.com.

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 freizeittechnische 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.

GL – Praxisassistent Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen eine Praxisassistentin für Allgemeine Innere Medizin. Anstellungsbeginn/-dauer gemäss gegenseitiger Absprache ab Sommer 2024. Wir sind eine SIWF zertifizierte Weiterbildungsstätte für den/die Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin. In unserer modern eingerichteten Praxis (Labor, Röntgen, Ultraschall, Endoskopie) mit grossem, breitgefächertem Patientenstamm finden Sie ein äusserst interessantes und vielseitiges Betätigungsfeld in der Grundversorgung. Telefonische Auskünfte sind möglich und erwünscht. Einen Eindruck erhalten Sie auch auf unserer Homepage: www.aerztenetstal.ch. Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an Ärzte Netstal AG, Tschuoppisstrasse 39, 8754 Netstal, Tel. 055 640 63 63, E-Mail: aerztenetstal@hin.ch.

LU – Suche Fachärztin/-arzt Innere / Allgemeine Medizin – Für unsere gut etablierte Allgemeinarztpraxis 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@praxisdrwest.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 Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin und Flair für Personalführung und Betriebswirtschaft. Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Claudia de Rossi, Regionenleiterin (Tel. +41 44 318 60 00, E-Mail: claudia.derossi@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Luzern-Löwencenter und Paulusplatz – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in Luzern Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

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

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

TG – Wir suchen Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder Praxisassistent/Praxisassistentin – Pensum 50–100%: Zur Ergänzung unseres Teams suchen wir per 01.07.2024 oder nach Vereinbarung eine/n Arzt/Ärztin in unsere bestens etablierte, ärzteigene Gruppenpraxis. Wir bieten zeitgemässe Anstellungsbedingungen mit 42h-Woche, flexiblen Arbeitszeiten und grosszügiger Ferienregelung, sowie ein sehr gutes, familiäres Arbeitsklima in einem Team mit 7 Grundversorgerinnen und Grundversorgern, 2 Praxisassistent/innen, 12 MPAs und 4 Lernenden. Die Praxis bietet grosszügige, moderne Räumlichkeiten und ist technisch auf dem neuesten Stand, komplett digital, mit Labor, Ekg, Röntgen und Sonographie. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme an Sandra Hutter-Grisenti, Ärztzentrum Müllheim AG, Hintere Gärten 8, 8555 Müllheim, Tel. 052 763 13 00, E-Mail: sandra.hutter@aerztezentrum-muellheim.ch; www.aerztezentrum-muellheim.ch.

TG – Kaderärztin/Kaderarzt (a) Allgemeine Innere Medizin – Ihre Hauptaufgabe als 'Kaderarzt/Kaderärztin Allgemeine Innere Medizin' in der Rehabili-

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

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

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

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/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 Allgemeinmedizin – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten 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: job@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 Bauchzentrum 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.arzttzentrum-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/Fachärztin für 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 Mettmens-

tetten, Bahnhofstrasse 2, 8932 Mettmenstetten (<https://www.zentrumspraxis-mettmenstetten.ch/>).

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (alle) 80–100% für Gruppenpraxis in Zürich-Oerlikon

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

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

ZH – Winterthur: Hausärztin/Hausarzt 50–100% in Gruppenpraxis

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

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin

– Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte Institution für dringende Konsultationen mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an zentraler Lage vis-à-vis vom lebhaften Bahnhof Zürich-Oerlikon. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (40–100%). Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allg. Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin (40–80%) und Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (30–60%)

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



Praxisgesuche
Recherches de cabinets
Ricerca 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
Ricerca 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.



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

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

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

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



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

CONSULTING

FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1
6208 Oberkirch
Tel. 041 244 60 60

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

mail@fmhconsulting.ch
www.fmhconsulting.ch

Der Schmerz im Zentrum

Schmerzmechanismus Chronische Schmerzen im Beckenbereich stellen für Betroffene und Behandelnde eine grosse Herausforderung dar. Dies betrifft nicht nur die therapeutischen Möglichkeiten, sondern auch das Verständnis der Krankheit an sich. Wichtig bei der modernen Betrachtung von Schmerzsyndromen des Beckens ist, dass der Schmerz als Krankheitsprozess gesamthaft ins Zentrum rückt.

PD Dr. Daniel S. Engeler

In früheren Jahren fokussierte sich die Forschung im Bereich des chronischen Beckenschmerzes vorwiegend auf periphere Endorgan-Mechanismen wie entzündliche oder infektiöse Vorgänge. Jedoch machten Grundlagenforschung und klinischen Erkenntnisse klar, dass sich viele krankheitsrelevante Vorgänge im zentralen Nervensystem abspielen. Heutzutage geht man davon aus, dass bei diesen Schmerzsyndromen ein peripherer Stimulus, beispielsweise eine Infektion oder ein Trauma, eine Reihe von Folgeerscheinungen auslöst. Diese verselbständigen sich im Rahmen einer Modulation des Zentralnervensystems, unabhängig von der primären Ursache. Neben dem Schmerz äussert sich diese Modulation im Rahmen von verschiedenen anderen sensorischen, funktionellen (z.B. Miktion oder Defäkation), verhaltensmässigen oder psychologischen Phänomenen. Solche individuell ausgeprägten Erscheinungen bilden dann die Basis der Diagnose eines Schmerzsyndroms [1].

Es ist wichtig, dass bei vielen dieser Schmerzsyndrome keine periphere persistierende Pathologie mehr festzustellen ist, wie beispielsweise eine Entzündung oder Infektion, welche durch das Krankheitsuffix «-itis» reflektiert sind. Somit ist eine Nomenklatur, welche sich allein auf das periphere Endorgan fokussiert, unpassend und irreführend, ja gefährlich, da daraus möglicherweise falsche therapeutische Konsequenzen gezogen werden. Aus diesem Grund wird in der neuen Terminologie, unter anderem in den Guidelines der European Association of Urology (EAU) [1], der chronische Beckenschmerz in spezifisch-krankheitsassoziierten Beckenschmerz mit bekannter Ätiologie sowie in die Beckenschmerzsyndrome unterteilt. Die häufigsten Beckenschmerzsyndrome sind im urologischen Bereich das Prostata schmerzsyndrom (Prostate Pain Syndrome, PPS, früher chronische Prostatitis) und das Blasenschmerzsyndrom (Bladder Pain Syndrome, BPS, früher interstitielle Zystitis). Von einem chronischen Schmerzsyndrom gemäss ICD-11-Klassifikation spricht man ab einer Dauer von drei Monaten [2]. Diese neue Klassifikation nimmt zum ersten Mal chronischen Schmerz als eigenständige Erkrankung auf und unterteilt diesen in chronischen primären Schmerz und sekundären Schmerz. Chronisch primärer Schmerz

entspricht einem Konzept, das auf der Einsicht beruht, dass chronische Schmerzzustände als eigenständige Erkrankung anerkannt werden sollen, selbst wenn das Verständnis für die zugrunde liegende Ätiologie und Pathophysiologie fehlt. Die Beckenschmerzsyndrome entsprechen zum grossen Teil der Definition des chronisch primären Schmerzes.

Die Hintergründe des chronischen Schmerzes

Mechanismen des chronischen Beckenschmerzes können verschiedene Prozesse beinhalten, welche weitgehend bekannt sind. Einerseits sind persistierende akute Schmerzmechanismen möglich, wie diejenigen, welche mit entzündlichen Veränderungen assoziiert sind, andererseits bestehen vor allem chronische Mechanismen, welche das Zentralnervensystem involvieren.

Bei der sogenannten peripheren Sensibilisierung geht man davon aus, dass unmyelinisierte viszerale Afferenzen (Typ C-Fasern), welche normalerweise nicht oder wenig aktiv sind (50% bis 90%), durch verschiedene Vorgänge eine reduzierte Aktivierungsschwelle oder eine gesteigerte Antwort aufweisen. Dies geschieht über eine Änderung der Konzentration von Botenstoffen oder einer Modifikation von Rezeptoren [3, 4]. Bei der zentralen Sensibilisierung sind verschiedene Mechanismen, vor allem auf spinaler Ebene, involviert, insbesondere Änderungen in der Proteinaktivität, Proteintranskription oder auch strukturelle Änderungen in neuronalen Verbindungen [5]. Weiter zentral spielt die Modulation von spinalen Signalen eine wichtige Rolle, insbesondere das periaquäduktale Grau, welches unter dem Einfluss von höheren Zentren steht, die mit Kognition und Emotion assoziiert sind. Untersuchungen mit funktioneller Magnetresonanztomographie haben gezeigt, dass bei der wichtigen psychischen Modulation von visze-

Für Sie zusammengefasst von der:

SGU Jahresversammlung 2023 | 20.09.-25.09.2023 |
Lausanne

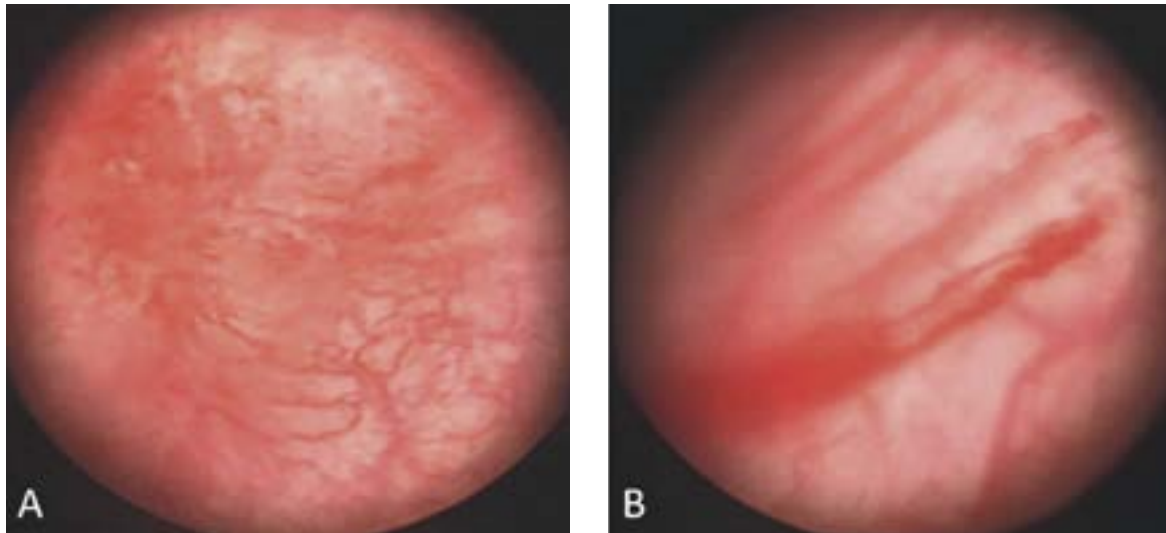


Abbildung 1: Zystoskopie bei Blasenschmerzsyndrom Typ 3C (entsprechend «klassischer» interstitieller Zystitis). **A)** Typische Hunner-Läsion mit zentraler Narbe und radiären Gefässen. **B)** Typisches Bild des «Wasserfall-Blutens» nach Hydrodistension.

ralen Schmerzen möglicherweise mehrere neuronale Bahnen involviert sind [6].

Im Rahmen der meisten Schmerzsyndrome kommt es zur sekundären Ausbildung von Störungen der Organfunktion. Dabei sind diese häufig nicht nur Funktionsänderungen des (vermutlich) in die primäre Entstehung des Schmerzes involvierten Organs, sondern auch von anderen, häufig benachbarten Organen. Diese Funktionsstörungen wiederum können dann die Schmerzsymptomatik negativ beeinflussen. Es wurde im Rahmen von verschiedenen randomisierten Placebo-kontrollierten Studien gezeigt, dass einzelne Monotherapien über das Gesamtkollektiv häufig keinen signifikanten Effekt zeigten [1]. Aus diesem Grunde wird versucht, entsprechend der Symptomatologie verschiedene Phänotypen abzugrenzen und die Therapie daran zu orientieren.

Das Blasenschmerzsyndrom als Beispiel

Das chronische Blasenschmerzsyndrom ist charakterisiert als das Auftreten von anhaltenden oder wiederkehrenden Schmerzen, die in der Harnblasenregion wahrgenommen werden, begleitet von mindestens einem weiteren Symptom, wie z. B. einer Verschlechterung der Schmerzen durch Blasenfüllung oder der gesteigerten Harnfrequenz am Tag und/oder in der Nacht [1]. In der Literatur wird angegeben, dass ein chronisches Blasenschmerzsyndrom eine Prävalenz von 0,06% bis 30% [7-9] hat, bei einer weiblichen Dominanz von etwa 10:1. Es wird angenommen, dass eine anfängliche, nicht identifizierte Affektion der Blase, die zu Urothelschäden, neurogenen Entzündungen und Schmerzen führt, die Ursache für ein Blasenschmerzsyndrom sein könnte. Zystoskopische und biopsische Befunde zeigen Defekte in der Urothel-Glycosaminoglycan-Schicht (GAG), welche submukosale Strukturen schädlichen Urinkomponenten mit zytotoxischer Wirkung aussetzen können [10-12].

Das Blasenschmerzsyndrom ist primär eine klinische Diagnose. Zum Ausschluss anderer intravesikaler Pathologien und zur Klassifikation ist jedoch eine Zystoskopie mit Hydrodistension und ggf. eine Biopsie indiziert [13]. Zystoskopisch zeigt das klassische Blasenschmerzsyndrom gerötete Schleimhautbereiche, die häufig mit kleinen Gefässen

verbunden sind, die in Richtung einer zentralen Narbe ausstrahlen und manchmal von einem kleinen Gerinnsel oder einer Fibrinablagerung bedeckt sind – die sogenannten Hunner-Läsionen [14] (Abb. 1). Die Narbe reisst mit zunehmender Blasendehnung und führt zu einem charakteristischen Bluten wie bei einem Wasserfall. Im Kontrast dazu zeigt eine Nicht-Läsionskrankheit bei der initialen Zystoskopie eine normale Blasenschleimhaut.

Nebst den bei allen Beckenschmerztypen möglichen Therapieverfahren wie oral-medikamentöse Analgetika und Antidepressiva (Amitriptylin), Physiotherapie und Verhaltensstrategien, spielen beim Blasenschmerzsyndrom auch Instillationen (z.B. Lokalanästhetika, Hyaluronsäure, Chondroitin-Sulphat und Heparin) oder eine orale Substitution der GAG-Schicht mit Pentosanpolysulfat eine Rolle. Die Hydrodistension der Blase mit Injektion von Botulinumtoxin Typ A kann gute Resultate beim chronischen Blasenschmerzsyndrom liefern [15]. Als weitere Möglichkeit steht die elektrisch-neuromodulative Therapie mit verschiedenen Optionen zur Verfügung. Als Ultima Ratio kann die Zystektomie in ausgewählten Fällen basierend auf dem Entscheid eines multidisziplinären Boards in Betracht gezogen werden.

Korrespondenz

daniel.engeler[at]kssg.ch



Literatur

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



PD Dr. Daniel S. Engeler

ist Chefarzt der Klinik für Urologie des Kantonsspitals St. Gallen und Vorsitzender der Europäischen Leitlinienkommission für chronischen Beckenschmerz.



Die fokale Therapie wird beim lokal begrenzten Prostatakarzinom zunehmend klinisch eingesetzt, trotz teilweise ungenügender Evidenz.

Funktionelle Ergebnisse nach fokaler Therapie

Prostatakarzinom Bei der Behandlung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms mittels fokaler Therapien zeigt sich aufgrund der positiven funktionellen Ergebnisse ein zunehmendes Interesse und eine wachsende Anzahl von Literatur – die meisten Daten stammen jedoch aus nicht-vergleichenden, monozentrischen oder retrospektiven Studien mit unterschiedlichen Behandlungsmethoden und Ergebnisdefinitionen.

Dr. med. Basil Kaufmann; Prof. Dr. Dr. med. Daniel Eberli

Bei der fokalen Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms handelt es sich um eine minimalinvasive Behandlung, die im Gegensatz zu den Standardtherapien wie der radikalen Prostatektomie, der perkutanen Strahlentherapie oder der Brachytherapie dem Konzept der Teildrüsenbehandlung folgen. Dies bedeutet, dass nur eine Region der Prostata, die das Karzinom trägt, behandelt wird. Somit werden gezielt einzelne Krebsherde oder mehrere beieinanderliegende Karzinomherde therapiert. Das Ziel ist die Kuration, wobei die Multifokalität und Heterogenität des Prostatakarzinoms eine Herausforderung darstellen. Aus diesem Grund ist die Therapie nur nach einer umfassenden Diagnostik und bei lokal begrenztem Karzinom möglich. Zudem sind nach der Behandlung Kontrollbiopsien, ähnlich wie bei der aktiven Überwachung, notwendig [1].

Obwohl die Standardtherapien onkologisch betrachtet äusserst wirksam sind, führen sie häufig zu Nebenwirkungen

mit Verschlechterung der erektilen Funktion und/oder Harnkontinenz, die die Lebensqualität einschränken [2, 3]. Folglich besteht ein wachsendes Interesse an Teildrüsenbehandlungen, um Schäden an den anatomischen Strukturen, welche für die Kontinenz und die Erektionsfunktion verantwortlich sind, zu minimieren.

Prinzipien der fokalen Therapie

Die fokale Therapie, die auf die gezielte Zerstörung von Krebsgewebe in der Prostata fokussiert, wird stark von der Anatomie der Prostata und ihrer umliegenden Strukturen beeinflusst. Die neurovaskulären Bündel, die für die erektile Funktion entscheidend sind, befinden sich entlang des posterolateralen Randes der Prostata. Der Rhabdosphinkter und die umgebende glatte Muskulatur, die sich vom Blasenhalshals bis zur membranösen Harnröhre erstrecken, spielen eine Schlüsselrolle für die Kontinenz. Generell gilt: Je mehr

Gewebe in diesen Bereichen behandelt wird, desto höher ist das Risiko für Folgeschäden. Besondere Vorsicht ist daher im Bereich des Prostata-Apex geboten, um Schäden am äusseren Schliessmuskel und am Rektum zu vermeiden [4, 5]. Ein erhöhtes Risiko für Fisteln zwischen Rektum und Harnröhre besteht besonders bei Salvage-Therapien oder bei Karzinomen, die im hinteren Bereich der Prostata liegen [6].

Obwohl die fokale Therapie auf optimale funktionelle Ergebnisse abzielt, wirft sie aufgrund der multifokalen Natur des Prostatakarzinoms onkologische Bedenken auf, wobei etwa 80% der Patienten mehrere Karzinomherde aufweisen [7]. Trotzdem sind die Langzeitergebnisse, einschliesslich des metastasenfreien Überlebens, des progressionsfreien Überlebens und des krebsspezifischen Überlebens, vielversprechend. Die am häufigsten verwendete Energiequelle ist der hochintensive fokussierte Ultraschall (HIFU), der in Europa ermutigende Ergebnisse zeigt. Hier werden in Studien nach 12 und 30 Monaten bei 81% [8] bzw. 73% [9] der Patienten karzinomfreie Biopsien berichtet. Weiterhin zeigt sich das Ausbleiben von radikaler oder systemischer Therapie, Metastasen und krebsspezifischer Mortalität bei 99% der Patienten nach einem Jahr, 92% nach drei Jahren und 88% nach fünf Jahren [10]. Ähnlich positive Ergebnisse werden in Studien zur Kryotherapie berichtet, mit einem krebsspezifischen und metastasenfreien Überleben von 100% nach drei bis fünf Jahren [11-13] und einer Zehnjahresrate an systemischer Therapiefreiheit von 65% [14].

Auswirkungen auf die erektile Funktion

In einer kürzlich veröffentlichten systematischen Übersichtsarbeit [15] wurde die Auswirkung der fokalen Therapie auf die erektile Funktion untersucht. Insgesamt wurden 42 Studien mit 1 317 Patienten eingeschlossen, von denen vor der Intervention 70% eine zufriedenstellende Potenz mit der Fähigkeit zur Penetration angaben. Die am meisten verwendete Behandlungsmethode war der HIFU, der in 45% der Fälle angewandt wurde, gefolgt von der Kryoablation mit 21%. Photodynamische Therapie und irreversible Elektroporation wurden am seltensten eingesetzt. Die Autoren fanden unter allen Methoden und Behandlungsmustern eine Abnahme der erektilen Funktion nach drei Monaten, wobei sich diese nach sechs und zwölf Monaten meist wieder erholte. Ein signifikanter Unterschied zwischen den verschiedenen Energiequellen wurde nicht festgestellt. Die Datenlage ist jedoch aufgrund von Inkonsistenzen in der Messung der Ergebnisse, unterschiedlichen Ausgangsniveaus der Potenz, dem Einsatz von Phosphodiesterase-5-Inhibitoren wie Sildenafil oder hohen Abbruchraten bei postoperativen Fragebögen eingeschränkt [16, 17].

Im Vergleich zu Standardtherapien für die gesamte Prostata zeigt die fokale Therapie einen klaren Vorteil bezüglich der Erhaltung der erektilen Funktion [18]. In einer multizentrischen Studie wurde eine erektile Dysfunktionsrate von 65%, 63% und 57% zwei Jahre nach radikaler Prostatektomie, Strahlentherapie bzw. Brachytherapie festgestellt [19].

Auswirkungen auf die Harnkontinenz

Die verfügbaren Daten zur Harninkontinenz nach fokaler Therapie stammen grösstenteils aus monozentrischen oder retrospektiven Studien und sind ebenfalls von eingeschränk-

ter Qualität. Eine Meta-Analyse [20] untersuchte 72 Studien mit verschiedenen Energiequellen. Diese zeigten Einlage-freie Kontinenzraten von mehr als 95% für alle Energiequellen.

Generell führt die fokale Therapie zu deutlich besserem Erhalt der Harnkontinenz. Laut der ProtecT-Studie [12] benötigten 18% bis 24% der Patienten nach einer Prostatektomie Einlagen, verglichen mit 9% bis 11% in der Gruppe der aktiven Überwachung und 3% bis 8% in der Strahlentherapiegruppe. Zudem treten im Rahmen einer Strahlentherapie des Öfteren irritative Harnwegssymptome auf, die den Einsatz von Alpha-Blockern erforderlich machen [22, 23].

Die meisten Patienten erlangen die Kontinenz nach einer fokalen Therapie natürlich wieder, obwohl einige Betroffene möglicherweise eine Beckenbodenphysiotherapie benötigen. Es gibt keine Berichte über die Notwendigkeit von künstlichen Harnschliessmuskeln oder anderen invasiven Verfahren [6].

Schlussfolgerung

Aktuelle Studien zeigen, dass fokale Behandlungsmethoden wie der HIFU bei lokal begrenztem Prostatakrebs das Risiko einer nach der Behandlung neu auftretenden erektilen Dysfunktion im Vergleich zu Ganzdrüsenbehandlungen wie der radikalen Prostatektomie oder der perkutanen Strahlentherapie signifikant verringern, wobei Harninkontinenz selten auftritt (95% bis 100% Einlagen-frei, 83% bis 100% Tröpfchen-frei). Obwohl die erektile Funktion anfänglich nach der Behandlung abnimmt, erreichen die meisten Patienten ihre ursprüngliche Funktion wieder. Trotz dieser Vorteile birgt die fokale Therapie das Risiko einer geringeren onkologischen Kontrolle, was jedoch die Mortalität bei Prostatakrebs mit niedrigem Risiko nicht zu erhöhen scheint, wenn man den langen natürlichen Krankheitsverlauf und die verfügbaren Salvage-Behandlungen berücksichtigt.

Korrespondenz

Daniel.Eberli[at]jusz.ch



Literatur

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



Prof. Dr. Dr. med. Daniel Eberli

ist seit 2022 Direktor an der Klinik für Urologie am Universitätsspital Zürich.



Dr. med. Basil Kaufmann

ist Facharzt für Urologie, arbeitet seit 2017 am Universitätsspital Zürich. Aktueller Forschungsaufenthalt an der Mount Sinai Klinik, New York.

Weniger Versuchstiere dank neuer Forschungsmethode

Genschere In der Schweiz sind zehntausende Menschen von Muskelkrankheiten betroffen. Um diese zu erforschen, sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler auf Mäuse als Modellorganismus angewiesen. Ein neuartiges Verfahren setzt ethische Fragestellungen nun vermehrt in den Vordergrund.

Nathalie Zeindler

Im Gegensatz zu Nieren, Lunge oder Herz lässt sich erkranktes Muskelgewebe nicht austauschen, was eine intensive wissenschaftliche Arbeit voraussetzt. Im Hinblick auf eine Heilung oder Verbesserung beispielsweise im Bereich Muskelschwund müssen mutierte Gene repariert werden.

Seit nunmehr 20 Jahren setzt sich Prof. Dr. Markus A. Rüegg, Neurobiologe und Professor am Biozentrum der Universität Basel, mit den Krankheitsmechanismen auseinander, die bei kongenitalen Muskeldystrophien im Zentrum stehen [1]. Nach wie vor gehören Mäuse zu den wichtigsten Modellorganismen in der Forschung.

«Bisherige Methoden haben auf Stammzellen zurückgegriffen, mit dem Ziel, Gene zu eliminieren. Diese wurden schliesslich in die Nager implantiert, um die Genmutation weiterzuvererben. Besagtes Gen war daraufhin bei den Nachkommen nicht mehr nachweisbar», sagt Markus A. Rüegg. Auch Zellkulturen kämen zum Einsatz. Dadurch liessen sich aber nicht alle Vorgänge nachvollziehen: «Der Muskel zählt zu den komplexen Organen, und die Zellen wachsen in Kultur oft nur in zwei Dimensionen», erklärt der Neurobiologe. Diesbezüglich bestehe der Vorteil aber darin, dass man mithilfe von Viren ein Gen direkt in den Zellen ausschalten könne.

Rascheres und effizienteres Verfahren

Inzwischen wurde jedoch eine neue Methode entwickelt, die nicht nur schneller und effizienter als die herkömmlichen ist, sondern gleichzeitig bei der Erforschung der Genfunktion in Muskelfasern die Anzahl der benötigten Versuchstiere erheblich reduziert. Die im Fachjournal *Nature Communications* [2] publizierte Methode basiert auf der CRISPR/Cas9-Methode, eine molekularbiologische Vorgehensweise, welche die DNA gezielt schneidet und verändert. [3] Diese existiert schon seit mehreren Jahren und wurde an HIV- und Krebspatienten in ersten klinischen Studien getestet –

allerdings bisher noch nicht im Zusammenhang mit Muskelfasern.

Die publizierte neue Vorgehensweise ermöglicht es, Gene direkt in der Muskelfaser zu beseitigen, ohne dass zunächst Stammzellen benutzt werden müssen. Markus Rüegg: «Wir sprechen hier von der genetisch modifizierten Maus, welche in Muskelfasern das Protein Cas9 exprimiert. Letzteres ist in der Lage, Gene zu schneiden, wenn mithilfe von Viren Erkennungsmoleküle, sogenannte «Guide-RNAs» in die Muskelfasern eingeschleust werden. Dabei wird das Gen nur in den Muskelfasern ausgeschaltet, sodass wir in einem Schritt direkt im Muskel schauen können, wie sich dieses verhält. Anstatt ein Jahr lang Mäuse zu züchten, weiss man bereits nach sechs Wochen über die Vorgänge Bescheid.» Während man normalerweise innerhalb von sechs bis zwölf Monaten rund 100 Versuchstiere benötigte, bis ein korrekter Genotyp gefunden werden konnte, erfordere das neue Verfahren lediglich zehn Mäuse. Diese neue Vorgehensweise führt wiederum dazu, dass sich die 3R-Prinzipien (Replacement, Reduction, Refinement) in die Praxis umsetzen lassen, wonach Forschende in der Schweiz dazu verpflichtet sind, Tierversuche auf ein Minimum zu beschränken und Alternativmethoden anzubieten.

Grundlagenforschung im Fokus

Es stellt sich die Frage, ob sich das Verfahren auch beim Menschen einsetzen lässt. Laut Markus A. Rüegg besteht die Gefahr darin, auch andere Gene zu tangieren, was potenziell Mutationen verursachen und unter anderem Leukämie bei Kindern provozieren kann. Demzufolge wären andere Voraussetzungen gefragt, um die Sicherheit einer solchen Therapie zu gewährleisten.

Prof. Dr. med. Andrea Klein, Leiterin Neuropädiatrie Kinderklinik Inselspital Bern und Vorstandsmitglied der Schweizerischen Muskelgesellschaft, begrüsst es, mittels eines Mausmodells die Funktionen mehrerer Gene gleich-



© Natalia Mysik / Dreamstime

Mit der CRISPR/Cas9-Methode kann DNA gezielt geschnitten und verändert werden.

zeitig untersuchen zu können und die Anzahl Tierversuche zu minimieren. So lasse sich rascher herausfinden, welcher Teil der Signalwege tatsächlich ausschlaggebend sei und wie sich diese gegenseitig beeinflussen. «Die Muskelzellen-Forschung ist notwendig, auch wenn es noch Jahre dauern dürfte, bis passende Medikamente entwickelt werden können.»

Nicht zuletzt liessen sich die Erkenntnisse auch auf andere Forschungsgebiete übertragen. «Theoretisch könnte man unser Verfahren auch im Bereich der Nieren einsetzen. Denkbar wäre auch, Krankheiten zu untersuchen, bei welchen Motoneuronen, Nervenzellen des zentralen Nervensystems, absterben, was über die gesamte muskuläre Achse Aufschluss geben würde», so Prof. Rüegg.

Alterungsprozess unter die Lupe nehmen

In einigen Jahren dürfte sich zeigen, ob die neue Methode langfristig Früchte trägt. Tatsache ist: Die Forschung von Muskelerkrankungen ist äusserst anspruchsvoll.

In einer Zeit, in der die Menschen immer älter werden, gewinnt das Thema zusätzlich an Bedeutung, da man nach wie vor nicht weiss, welche Mechanismen eine Rolle spielen, was den Verlust der Muskelmasse betrifft. Lediglich ist bekannt, dass regelmässige Körpertrainings zu einer Verlang-

samung beitragen können. Da auch Mäuse altern, dürfte es sinnvoll sein, die im Alterungsprozess involvierten Gene zu analysieren.

Besagte Grundlagenforschung dient als Basis für die ärztliche Praxis, aber dennoch ist man noch weit davon entfernt, Tierversuche gänzlich zu eliminieren. Markus A. Rüegg stellt die neue Vorgehensweise derzeit vermehrt im Rahmen von Meetings vor und Andrea Klein ergänzt: «Es ist zentral, die Abläufe genau anzusehen und die Vorgänge zu verstehen, bevor man Einfluss nehmen kann. Das ist der Hauptgewinn dieser Methode.» Innovation ist gefragt, wenn man bedenkt, dass zahlreiche progrediente Muskelerkrankungen existieren, bei welchen man keine nachhaltigen Erfolge erzielt hat.



Literatur

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

Gewalt gegen Medizinalpersonen

Recht Schläge, Tritte, Beleidigungen, Drohungen – Alltag in vielen schweizerischen Gesundheitseinrichtungen. Was vielen medizinischen Fachpersonen jedoch nicht klar ist: Gegen sie gerichtete Gewalt oder Drohungen können den Tatbestand der «Gewalt oder Drohung gegen Beamte» erfüllen. Katja Gfeller und Sascha Bättig erläutern die rechtliche Lage.

Katja Gfeller; Sascha Bättig

Die Zunahme von verbaler und körperlicher Gewalt gegenüber medizinischen Fachpersonen scheint auch nach der Pandemie nicht abzuflachen [1, 2]. Das Personal auf Notfallstationen und Mitarbeitende von Rettungsdiensten sind besonders häufig betroffen, es wird aber zunehmend auch von Vorfällen auf Normal- und Intensivstationen berichtet. Die Täter sind dabei nicht nur die Patienten selbst, sondern Gewalt geht auch von Familienangehörigen, Freunden und Bekannten der Patienten aus, wie internationale Analysen zeigen [3].

Das Erleben von verbaler oder körperlicher Gewalt ist für Betroffene einschneidend. Gemäss einer kürzlich publizierten Umfrage von sechs grossen Deutschschweizer Gesundheitseinrichtungen, erhöht ein Gewalterlebnis die Wahrscheinlichkeit für einen Stellenwechsel oder gar die Aufgabe des Berufes massiv [4]. Um dies zu verhindern, setzen viele Spitäler auf präventive Massnahmen, wie beispielsweise einen Sicherheitsdienst, Deeskalationstrainings, Konfliktmanagement-Schulungen oder Selbstverteidigungskurse. Demgegenüber erfolgt vielerorts keine konsequente strafrechtliche Verfolgung bei Gewalt und Drohungen gegen das Spitalpersonal. Mutmasslich ist dies auf fehlendes Wissen oder schlicht fehlende Zeit im klinischen Alltag zurückzuführen.

Medizinalpersonen können als Beamte gelten

Es dürfte vielen medizinischen Fachpersonen nicht bewusst sein, dass sie bei ihrer Tätigkeit unter Umständen strafrechtlich als Beamte gelten und gegen sie gerichtete Gewalt oder Drohungen den Tatbestand der «Gewalt oder Drohung gegen Beamte» (Art. 285 StGB) erfüllen können. Dies ist ein qualifiziertes Delikt, das von der Staatsanwaltschaft von Amtes wegen verfolgt werden muss und eine Freiheitsstrafe bis zu 3 Jahren oder Geldstrafe nach sich ziehen kann [5].

Das Bundesgericht bejahte die Beamtenstellung eines Pflegers des CHUV im Kontext einer fürsorglichen Unterbringung und verurteilte den fehlbaren Patienten wegen Gewalt und Drohung gegen Beamte [6]. Auch das Zürcher Obergericht hat bereits mehrere Verurteilungen nach Art. 285 StGB bei Gewalt oder Drohungen gegen Pflegenden [7] oder die Ärzteschaft [8] bestätigt. Auch wenn Art. 285 StGB in der Rechtsprechung bisher nur im Zusammenhang mit fürsorglichen Unterbringungen zur Anwendung kam,

handelt es sich nach unserer Ansicht auch dann um Gewalt gegen Beamte, wenn auf verbindliche Anweisungen des Medizinalpersonals mit Gewalt oder Drohungen reagiert wird. Zumindest solange sich der Vorfall in einem Listenspital ereignet, das einen öffentlichen Auftrag erfüllt, ist es für die Beamtenstellung unerheblich, ob es sich um ein öffentliches oder privates Spital handelt. Zur Anwendung kommt Art. 285 StGB auch bei Gewalt oder Drohungen gegen Mitarbeitende von Blaulichtorganisationen.

Unabhängig von der Beamtenstellung kann bei Gewalt oder Drohungen gegen Medizinalpersonal auch eine Strafbarkeit wegen Tötlichkeiten (Art. 126 StGB), einfacher Körperverletzung (Art. 123 StGB) oder Drohung (Art. 180 StGB) gegeben sein, wobei diese Straftatbestände aber einen Strafantrag (das heisst eine Anzeige innerhalb von 3 Monaten) der betroffenen Medizinalperson voraussetzen.

In der Online-Version erfahren Sie, welche konkreten Massnahmen in einem Vorzeige-Betrieb getroffen werden.



Literatur

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



Dr. iur. Katja Gfeller

Rechtsanwältin und Postdoc, spezialisiert auf Gesundheits- und Medizinalrecht



Dr. med. Sascha Bättig

Anästhesiologie, Notfallmedizin, Notarzt



Lieber nicht



Rouven Porz
Prof. Dr., Medizinethik
und ärztliche Weiterbildung,
Insel Gruppe,
Inselhospital Bern

Der neu aufgeflamnte Nahost-Konflikt hält uns alle in Atem. Israel führt Krieg gegen palästinensische Gebiete. Nein, ein Moment: Krieg, hm? Ist das überhaupt das richtige Wort? Immerhin wurde Israel zuerst von einer palästinensischen Terrormiliz angegriffen. Nein, das ist auch nicht ganz gut. Nicht Terrormiliz, sondern besser Hamas. Die Hamas hat die verheerende Tat begangen, oder? Ich werde unsicher, das ist zu komplex. Da kann man aus Versehen so viel Falsches sagen. Da schreibe ich lieber nichts drüber. Lieber nicht.

Auch in unserer Nähe im geografisch europäischen Gebiet herrscht schon seit beinahe zwei Jahren Krieg in der Ukraine. Hm, Krieg. Das ist doch schon wieder nicht das richtige Wort. Wie sagen die immer in den Nachrichten? Angriffskrieg! Ja, das ist es. Dort herrscht ein russischer Angriffskrieg. Dann hört man direkt, wer hier der Aggressor ist. Oje, schon wieder schwierig. Ich will nicht wieder von Leserbriefen überschwemmt werden und hören, was ich alles falsch verstanden habe. Lieber nicht dieses Thema. Lieber auch nicht.

Genug Krieg, Drama und Weltpolitik, lieber etwas Einfaches aus unserem Gesundheitswesen.

Etwas Positives besser, etwas zum Thema Aus- und Weiterbildung. Positiv? Hm? Ja, ich habe eine Idee. Bei uns in Bern fangen jetzt jedes Jahr beinahe 400 Studierende an, Human- und Zahnmedizin zu studieren. Toll. Rund drei Viertel davon sind Frauen, und nur noch ein Viertel Männer. Oh Mist, das bezieht sich nur auf das biologische Geschlecht, diese Begriffsbildung «Männer und Frauen». Genderfluides wird hier ja gar nicht abgebildet. Ein paar von den Studierenden haben sicherlich nicht ganz klare männliche oder weibliche Identitäten in ihrer eigenen Wahrnehmung. Denen will ich jetzt auch nicht zu nahetreten, wenn ich so plump nur von Männern und Frauen spreche. Auch blöd. Auch lieber nicht.

Eher etwas Anderes, auch positiv, aber weltpolitisch: In unserem Nachbarland Frankreich wurde gerade Gabriel Attal zum Premierminister ernannt. Er ist mit nur 34 Jahren der jüngste Premierminister in der jüngeren Geschichte Frankreichs. Er ist auch offen homosexuell, wird zumindest in jeder Nachricht zu seiner Person so benannt. Aber stopp mal. Was hat denn seine sexuelle Orientierung mit seiner Politikkarriere zu tun oder seiner Expertise? Eigentlich nichts, oder? Schon wieder Unsicherheit. Würde man besser nicht erwähnen, oder doch? Heikel. Lieber nicht.

Genug Krieg, Drama und Weltpolitik, lieber etwas Einfaches aus unserem Gesundheitswesen. Gestern hat mir ein älterer Arzt erzählt, dass er ganz alleine eine Stunde lang eine Entscheidung mit einer Patientin gewälzt habe. Ganz grosse Tragik. Danach waren sie beide so emotional und erschöpft, dass sie sich kurz in den Arm genommen hätten, ganz glücklich mit der neuen Therapieoption ... Nein, das geht doch auch nicht. Ein einzelner Arzt? Eigentlich schreibt man doch heute immer über Teams und Multi- und Interprofessionalität. Und hat die Patientin umarmt? Nein, ein No-Go. Davon darf ich sicher nicht erzählen. Lieber nicht.

Letzter Versuch. Der begradete deutsche Fussballer Franz Beckenbauer ist kürzlich 78-jährig gestorben, der erste und einzige wahre Libero der deutschen Fussballgeschichte. Ein Held. Und dann: uneheliche Kinder, Unklarheiten in der Geldvergabe zur Weltmeisterschaft 2006. Oje, die Deutschen haben so eine Art, ihre Helden zu demolieren. Besser auch nicht.

Hatte nicht letztens Thomas Gottschalk, altgedienter TV-Moderator, bei seiner Verabschiedung gesagt, er wolle kein Fernsehen mehr machen, weil man da nicht mehr «frei Schnauze» reden könne, weil alles auf politische Korrektheit geprüft werde? Ach die beim Fernsehen, die müssen immer so aufpassen, was sie sagen. Da ist man doch in so einer Kolumne noch viel freier.

16. bis 18. Februar 2024 / 15. bis 17. März 2024 / 18. Mai 2024

BWRT Level 1 Intro Wochenende

BWRT (Brain Working Recursive Therapy) ist eine neuartige Methode für effiziente Kurzzeitinterventionen bei Trauma, Angstspektrum, Stresserkrankungen.

Ausgangspunkt für Entwicklung des Ansatzes: Libet Experiment mit Aktivierung von Bereitschaftspotential ca. 1/2 Sek. und Aktionspotential ca. 1/3 Sek. vor bewusstem Handlungsimpuls.

Das Vorgehen unterscheidet sich insofern von bisher als wirksam beschriebenen psychotherapeutischen Verfahren, als keine vertiefte inhaltliche Analyse und Besprechung der Problematik oder Management der aktivierten Stressdynamik stattfindet:

Durch die Blockade des zunächst maximal aktivierten Problemnetzwerkes (A) werden die autopilotenhaft vorprogrammierte Vorurteilschablonen des Bewertens, Fühlens und Handelns unterbrochen. Unter Anleitung wird in dieser «Bedeutungslücke» durch den kreativen Teil des Klienten eine «neue gewünschte Ersatz-Erinnerung (B) und «zukünftige Rückblende-Erinnerung (C)» aktiviert und durch eine rasche 6-fache Wiederholung der verschiedenen Phasen (A-C)) wird ein neues Narrativ implementiert trotz Weiterbestehen der faktischen Erinnerung. Die Abnahme des Belastungsgrades (mindestens unter 3/10) wird wiederholt getestet und durch interaktive Verstärkung in allen Modalitäten verankert.

Aufbauend auf dem Verständnis des neuartigen therapeutischen Paradigmas werden schrittweise die technischen Interventionen vorgestellt, als Geber und Empfänger praktisch geübt und erfahren. Die spezifischen technischen Schwierigkeiten werden (unterstützt durch Videobeispiele) detailliert erläutert und im Zusammenführen des ganzen Ablaufs wiederholt angewendet, sodass dank der Selbsterfahrung und des erworbenen Vertrauens die Methode nach 2.5 Tagen Intensivtraining mit Klienten erfolgreich angewendet werden kann.

Speaker

- Pascal Wohlgemuth
- Dr. med. FMH-Psychiatrie und Psychotherapie

Sprache

Deutsch

Informationen

<https://bwrt-ch.com/>

Veranstaltungsort

BWRT Schweiz, Praxis Blümlisalp

Veranstalter

Pascal Wohlgemuth Dr. med.
FMH-Psychiatrie und Psychotherapie

Adresse

Blümlisalpstrasse 3, 8006
Zürich, Schweiz

Kontakt

Pascal Wohlgemuth Dr. med.
079 546 79 26
bwrt.switzerland@gmail.com



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 Zürich, 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

16.03.2024 | 08.15–17.45 Uhr

Doctor On Board – Medizinischer Notfall über den Wolken

36.000 Fuß über dem Atlantik und der Flugbegleiter macht eine Bordsangabe: «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

Kaloba®

Extrakt *Pelargonium sidoides* EPs® 7630

Bei akuter Bronchitis

- Verstärkt die Virenabwehr^{1,2}
- Hemmt die Bakterienvermehrung³
- Sekretomotorisch⁴

Jetzt auch als
Sirup
mit Dosierpipette⁷!

Kaloba® – der Spezialextrakt aus *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) – zur effizienten Behandlung einer akuten Bronchitis.^{5,6}



Für alle
Krankenkassen
zugelassen (SL)

Für
Kinder* und
Erwachsene
*unter 2 Jahren nach
ärztlicher Abklärung⁷



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

Gekürzte Fachinformation Kaloba® Lösung und Kaloba® Sirup: **Z:** *Pelargonium sidoides*-Wurzel-Flüssigextrakt, 1 g (= 0,975 ml) Flüssigkeit enthält 800 mg Flüssigextrakt aus *Pelargonium sidoides*-Wurzeln (1:8–10). Auszugsmittel Ethanol 11% (m/m). Sirup: 5 ml Sirup enthält 14,3 mg Trockenextrakt von *Pelargonium sidoides* **I:** Lösung: Akute Bronchitis. Sirup: Symptomatische Behandlung einer akuten Bronchitis. **D:** Erwachsene und Jugendliche über 12 Jahre 3 mal täglich 30 Tropfen; Kinder von 6–12 Jahren 3 mal täglich 20 Tropfen; Kleinkinder von 2–5 Jahren 3 mal täglich 10 Tropfen. Sirup: Erwachsene und Kinder über 12 Jahren 3-mal täglich 7,5 ml; Kinder im Alter 6–12 Jahren 3-mal täglich 5 ml. **KI:** Bei Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Arzneimittels. Bei schweren Lebererkrankungen. **IA:** Bisher nicht bekannt. Eine verstärkte Wirkung gerinnungshemmender Medikamente wie Phenprocoumon und Warfarin bei gleichzeitiger Einnahme von Kaloba® ist nicht auszuschließen. **S/S:** Keine Daten vorliegend. **UEW:** Gelegentlich gastrointestinale Beschwerden, selten leichtes Zahnfleisch- oder Nasenbluten. In seltenen Fällen Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp, derartige Reaktionen können schon bei der ersten Einnahme des Medikamentes eintreten. In sehr seltenen Fällen können schwere Überempfindlichkeitsreaktionen mit Gesichtsschwellung, Dyspnoe und Blutdruckabfall auftreten. **P:** Lösung 20 ml, 50 ml. Sirup 120 ml. **VK:** D, kassenzuässig. **ZI:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedicinfo.ch. 05/2023

1: Papiés J, Emanuel J, Heinemann N, Kulić Ž, Schroeder S, Tenner B, Lehner MD, Seifert G and Müller MA (2021) Antiviral and Immunomodulatory Effects of *Pelargonium sidoides* DC. Root Extract EPs® 7630 in SARS-CoV-2-Infected Human Lung Cells. *Front. Pharmacol.* 12:757666. doi: 10.3389/fphar.2021.757666. 2: Theisen et al. EPs® 7630, an extract from *Pelargonium sidoides* roots, exerts anti-influenza virus activity in vitro and in vivo. *Antiviral Research* 2012, 94(2): 147–156. 3: Conrad A et al. Extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro. *Phytomedicine* 14 (2007); Suppl. VI: 52–59. 4: Neugebauer P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures – exemplary measurements under *Pelargonium sidoides* extract (EPs® 7630). *Phytomedicine* 12 (2005); 46–51. 5: Kamin W, Funk P, Seifert G, Zimmermann A, Lehmacher W. EPs® 7630 is effective and safe in children under 6 years with acute respiratory tract infections: clinical studies revisited. *Curr Med Res Opin.* 2017 [Epub ahead of print] 6: Bereznoi V.V., Heger M., Lehmacher M., Seifert G. Clinical Efficacy and Safety of Liquid *Pelargonium sidoides* Preparation (EPs® 7630) in Children with Acute Non-Streptococcal Tonsillopharyngitis. *J Compred Ped.* 2016 November; 7(4):e42158 7: Fachinformation Kaloba® www.swissmedicinfo.ch.

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.