

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 13/14
27. März 2024



12 Kantonsärzteschaft
Über einen zentralen Beruf
des Gesundheitssystems

16 Geschlechterentwicklung
Variationen bedürfen einer
individualisierten Therapie

26 Ambulanter Tarif
Die Genehmigung von
TARDOC ist notwendig

38 Kardioneuroablation
Therapeutische Bedeutung
bei vasovagalen Synkopen



Erkunden. Mitwissen.

Registrieren Sie sich jetzt auf swisshealthweb.ch und profitieren Sie von 3 Monaten Premium-Membership!



Nutzen Sie exklusive Services:

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

Herausforderungen



Carole Scheidegger
Leiterin journalistische
Redaktion
redaktion.saez[at]emh.ch

Die Kantonsärztinnen und -ärzte gerieten während der Corona-Pandemie plötzlich ins Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit und standen vor sehr grossen Aufgaben. Nicht nur aus diesem Grund hatten es etliche Kantone in den vergangenen Jahren schwer, Kantonsärztinnen und -ärzte zu finden und zu halten. Dabei ist es ein zentraler Beruf des Gesundheitssystems. In unserer Coverstory von Fabienne Hohl auf Seite 12 kommen Stimmen aus Freiburg, Bern und Nidwalden zu Wort und erzählen, was diese Arbeit trotz allem attraktiv macht und warum man die politischen Seiten dieses Amtes mögen muss.

Vasovagale Synkopen sind häufig und können die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Als Therapie stehen Lifestyle- und pharmakologische Massnahmen, physikalische Manöver sowie die Schrittmachertherapie zur Verfügung. Welche Rolle der vielversprechenden Kardioneuroablation zukommt, beschreiben Richard Kobza und Benjamin Berte im Swiss Medical Forum auf Seite 38.

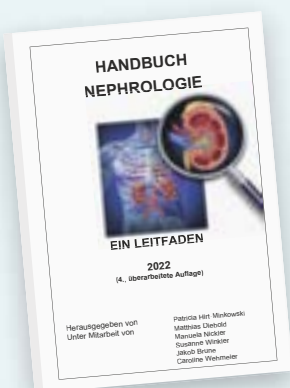
Dass der Ärztetarif TARMED veraltet ist und die medizinischen Leistungen nicht mehr korrekt abbildet, darüber sind sich alle Tarifpartner sowie Politik und Behörden einig. Bis jetzt ist es aber nicht gelungen, eine Revision auszuhandeln. Die FMH und curafutura haben im Dezember 2023 erneut ein Genehmigungsgesuch für den

geplanten Nachfolgetarif TARDOC eingereicht. Wo der Ball nun liegt und wer als Nächstes handeln muss, lesen Sie im Artikel von Patrick Müller, dem Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife der FMH, auf Seite 26.

Ihnen, liebe Leserinnen und Lesern, danke ich für Ihre Treue zur SÄZ. Ich wünsche Ihnen weiterhin eine gute Lektüre.

Ich schliesse dieses Editorial mit einer persönlichen Information: Ich habe mich entschlossen, die Schweizerische Ärztezeitung zu verlassen und eine neue Position anzutreten. Die Leitung der journalistischen Redaktion ist eine spannende Aufgabe, doch leider konnte ich sie nicht zufriedenstellend mit meinen familiären Aufgaben vereinbaren. Ich bedanke mich beim Team von EMH Schweizerischer Ärzteverlag für die gute Zusammenarbeit. Ihnen, liebe Leserinnen und Lesern, danke ich für Ihre Treue zur SÄZ. Ich wünsche Ihnen weiterhin eine gute Lektüre.

Anzeige



BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Patricia Hirt-Minkowski (Hrsg.)

**Handbuch Nephrologie –
Ein Leitfaden**



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

Neuer
Preis & nur
10% SB
fürs Original!

Präventiv: Nasonex[®] frühzeitig vor Beginn der Pollensaison nutzen²

- Zur symptomatischen Behandlung der saisonalen und chronischen allergischen (perennialen) Rhinitis²
- Nur einmal täglich zwei Sprühstösse in jede Nasenöffnung²



Referenzen

1. 10% Selbstbehalt (SB) wie für alle intranasale Kortikosteroide mit Mometason. <https://www.spezialitätenliste.ch/ShowPreparations.aspx>, abgerufen am 23.02.2024.
2. Fachinformation Nasonex[®], <https://www.swissmedicinfo.ch>, abgerufen am 23.02.2024.

Kopien der Studienpublikation können bei der unten angegebenen Adresse angefordert werden.

Nasonex[®] Dosier Nasenspray – Gekürzte Fachinformation

Nasonex[®] Dosier Nasenspray (Mometason-17-furoat): W: Mometason-17-furoat. **I:** Behandlung der saisonalen und chronischen allergischen (perennialen) Rhinitis ab 6 Jahren. Behandlung von Nasenpolypen ab 18 Jahren. Symptomatische Behandlung der unkomplizierten akuten Rhinosinusitis (Symptome > 1 Woche, < 4 Wochen) ohne Zeichen und Symptome einer schweren bakteriellen Infektion ab 12 Jahren. **D:** nur intranasal anwenden; die regelmässige Anwendung ist wichtig, um die volle therapeutische Wirkung zu erreichen. **Saisonale und chronische allergische Rhinitis:** ab 12 Jahren: 1x tgl. 2 Sprühstösse in jedes Nasenloch. 6 bis 11 Jahre: 1x tgl. 1 Sprühstoss in jedes Nasenloch. **Nasale Polypen:** 2x tgl. 2 Sprühstösse in jedes Nasenloch. **Akute Rhinosinusitis:** 2x tgl. 2 Sprühstösse in jedes Nasenloch. **KI:** Überempfindlichkeit. **WH:** nicht anwenden bei unbehandelten lokalen Infektionen der Nasenschleimhaut. Nach Trauma od. chirurg. Eingriff an der Nase erst nach Abschluss der Wundheilung verwenden. Vorsicht bei asymptomatischer Tuberkulose, unbehandelten Pilz-, bakteriellen oder systemischen viralen Infektionen oder bei Herpesinfektion des Auges. Bei Langzeitbehandlung regelmässig auf Ver-

änderungen der Nasenschleimhaut untersuchen. Bei lokalen Pilzinfektionen der Nase oder des Rachens Behandlung abbrechen od. antifungale Therapie einleiten. Vorsicht bei Umstellung von einer Langzeitbehandlung mit systemischen Kortikoiden. Unilaterale Polypen mit ungewöhnlichem oder unregelmässigem Aussehen weiter abklären. Erhöhtes Risiko für bestimmte Infektionskrankheiten. Bei Langzeitbehandlung von Kindern die Wachstumsentwicklung sorgfältig beobachten. Sehstörungen durch Ophthalmologen abklären. **Akute Rhinosinusitis:** Zeichen oder Symptome einer schweren bakteriellen Infektion sofort durch einen Arzt abklären lassen. Bei längerer Anwendung sind Reizungen oder Schwellungen der Nasenschleimhaut möglich. **DDI:** Metabol. Üb. CYP3A4: Komb. mit starken CYP3A4-Inhibitoren vermeiden. **SS:** nur anwenden, wenn eindeutig notwendig. **UAW:** häufig: Epistaxis, Pharyngitis, nasales Brennen, nasale Irritationen, nasale Ulzerationen, Kopfschmerzen, Infektionen des oberen Respirationstraktes, Irritationen des Rachens, Abdominalschmerzen, Diarrhö, Nausea. **P:** Dosier Nasenspray mit 140 Dosen. **AK:** B. Z: Organon GmbH, Weystrasse 20, 6006 Luzern, Schweiz. (V3.0); CH-XFY-00004.

Vollständige Arzneimittel-Fachinformation: www.swissmedicinfo.ch

Im Fokus



12

Gefragte Gesundheitshüter

Public Health Etliche Kantone hatten es in den vergangenen Jahren schwer, Kantonsärztinnen und -ärzte zu finden und zu halten. Corona war ein wichtiger Grund dafür, aber nicht nur. Über einen zentralen Beruf unseres Gesundheitssystems.

Fabienne Hohl



16

Jedes Kind ist ein Unikat

Geschlecht Das Parlament will eine bessere Behandlung von Kindern, die biologisch nicht eindeutig männlich oder weiblich sind. Ärztinnen und ein Arzt verschiedener Universitätsspitäler erklären, wie sie diese Kinder begleiten – und wo sie mehr Mittel brauchen, um die Behandlung noch zu verbessern.

Martina Huber



64

Hitzeschutz im Gesundheitswesen

Recht Der Begriff der Nachhaltigkeit ist im Kontext des Gesundheitssystems allgegenwärtig. Die rechtlichen Überlegungen zur Prävention und Bewältigung von Gesundheitsnotständen durch Hitzewellen sind dagegen nach wie vor lückenhaft.

Mélanie Levy

© Bombaert / Dreamstime; Oksun70 / Dreamstime; Luca Bartulovic

Anzeige

Das pflanzliche Einschlafduett^{1,2}

Dormiplant®



Beruhigungs- und Einschlaftabletten
für Erwachsene und Kinder ab 6 Jahren.^{3,4}

Zur Beruhigung bei Unruhe, Nervosität und Einschlafstörungen.⁴



Kassen-
zulässig



Gekürzte Fachinformation Dormiplant®: Z: 1 FT enthält: 160 mg Trockenextrakt aus Baldrianwurzel (3-6:1), Auszugsmittel: Ethanol 62% (m/m) und 80 mg Trockenextrakt aus Melissenblättern (4-6:1), Auszugsmittel: Ethanol 30% (m/m) I: Zur Beruhigung bei Unruhe, Nervosität und Einschlafstörungen. D: Erwachsene: zur Beruhigung 2x täglich 1-2 FT, Kinder ab 6 Jahren 2x täglich 1 FT, bei Einschlafschwierigkeiten etwa 1 Stunde vor dem Schlafengehen Erwachsene 2-3 FT, Kinder ab 6 Jahren 1 FT. UEW: Keine bekannt IA: Keine bekannt. S: Keine klinischen Daten vorhanden. P: 50 und 100 FT VK: D, kassenzulässig. VF: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedinfo.ch
Referenzen: 1. EMA (HMPC) Monograph on Valerian officinalis L., radix. 13.07.2006 2. EMA (HMPC) Monograph on Melissa officinalis L., folium. 14.05.2013 3. Müller S. F., Klement S., A combination of valerian and lemon balm is effective in the treatment of restlessness and dyssomnia in children. Phytomedicine 2006 (13): 383-7 4. www.swissmedinfo.ch. Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden. 05/2023



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

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Carole Scheidegger Herausforderungen	29	FMH Aktuell «Ein grosser Nutzen für alle»
8	REDAKTIONELLE INHALTE	33	Personalien
8	News	35	SWISS MEDICAL FORUM
8	Auf den Punkt Numerus clausus könnte fallen	36	Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause
12	Coverstory Gefragte Gesundheitshüter	38	Medizinisches Schlaglicht Kardioneuroablation: Chance bei Synkopen?
16	Hintergrund Jedes Kind ist ein Unikat	40	Der besondere Fall Rätselhafte bipulmonale Konsolidationen und Noduli
20	Forum Differenzierter Selbstbehalt bei Arzneimitteln	44	Der besondere Fall Erneute Gabe von Rocuronium nach Reversierung mit Sugammadex möglich
22	Mitteilungen	47	Was ist Ihre Diagnose? Ein Schwächezustand mit Folgen
62	Porträt Ida Schneider: eine Nichtärztin als Spiritus rector der «Pflegi»	50	SERVICES
64	Praxistipp Hitzeschutz im Gesundheitswesen	50	Stellenmarkt
66	Zu guter Letzt von Anne-Françoise Allaz Die Kunst der therapeutischen Kommunikation	57	FMH Services
23	FMH	67	Seminare und Veranstaltungen
24	Leitartikel des Zentralvorstandes Digitalisierung: das E-Rezept Schweiz als wegweisende Initiative		
26	FMH Aktuell Die Genehmigung von TARDOC ist notwendig		

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. Werfli, 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.vsdruck.ch

Fotos: Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: © Zentralbibliothek Solothurn /Wikimedia

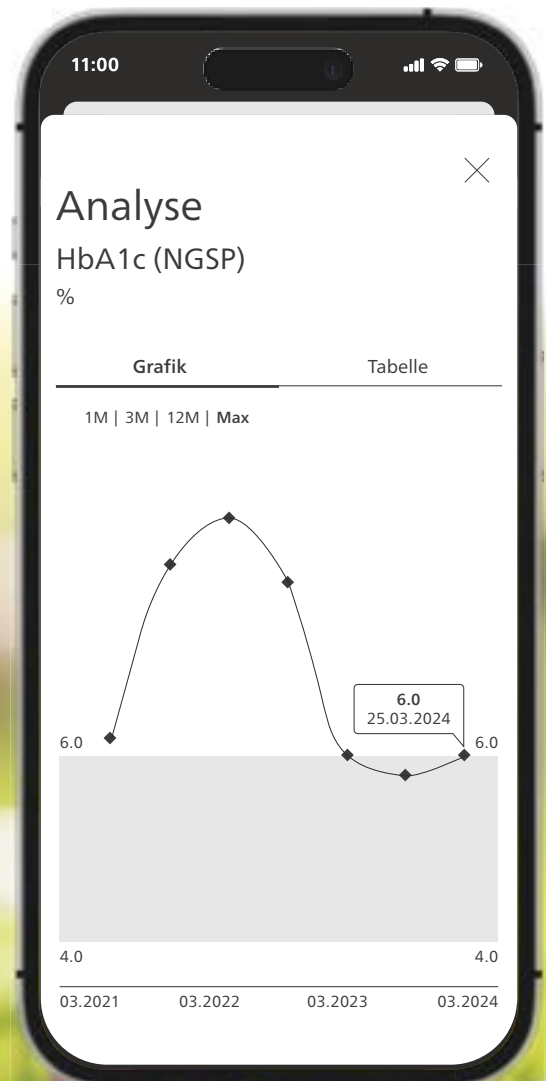
My Viollier – Die Patienten App

Kennen Sie Ihre Werte

Ist Ihnen Ihre Gesundheit wichtig? Welchen Einfluss haben Ihre Ernährungsgewohnheiten?

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.





© Péter Gudella / Dreamstime

Mehr Studienplätze und weniger Starthürden – damit will Nationalrat Benjamin Roduit dem Ärztemangel entgegenwirken.

Auf den Punkt

Numerus clausus könnte fallen

Studium Der Nationalrat hat eine Motion angenommen, die den Eignungstest ersetzen und die Zahl der Studienplätze erhöhen will. Mit dem Status quo ist kaum mehr jemand zufrieden. Nun liegt es am Ständerat, über die Motion zu entscheiden.

Simon Maurer

Das Verdikt des Nationalrats zur Abschaffung des Numerus clausus war diesen Monat überdeutlich: 144 Parlamentarierinnen und Parlamentarier stimmten für die Motion von Mitte-Nationalrat Benjamin Roduit, der eine Änderung der Selektionskriterien für die Auswahl von Medizinstudierenden erreichen will [1]. Nur 43 Abgeordnete von der SVP-Fraktion waren gegen den Vorschlag [2]. Der Bundesrat hatte zuvor die Ablehnung des Geschäfts empfohlen. Vergangene Versuche, den Test abzuschaffen, scheiterten stets am Widerstand der Politik [3–5].

Diesmal liess sich die grosse Kammer aber von den Argumenten von Nationalrat Roduit überzeugen. Der ehemalige Rektor eines Walliser Gymnasiums führte die Zahlen der FMH an, wonach heute rund 40% der in der Schweiz arbeitenden Ärztinnen und Ärzte ihr Studium nicht in der Schweiz absolviert haben [6], was ein zu hoher Wert sei. Der Nationalrat kritisierte in der Debatte auch, dass wegen des Studienplatzmangels immer mehr Schweizer Studierende für

das Medizinstudium nach Osteuropa ausweichen müssten, weil sie in der Schweiz nicht zugelassen würden. Er sei empört über die unglaublich hohe Durchfallquote beim Medizinertest, so Roduit in der Debatte mit Bundesrat Parmelin.

Veränderte Vorzeichen

Tatsächlich erhalten heute rund 65% aller Schweizer Jugendlichen, die Medizin studieren wollen, keinen Studienplatz [7]. Dabei wären laut Roduit viele von ihnen fähig, das Studium zu absolvieren und gute Ärztinnen und Ärzte zu werden, die das Land dringend brauche. Roduit forderte deshalb gleichzeitig auch eine Erhöhung der Anzahl Studienplätze. Das letzte Wort zum Geschäft hat nun der Ständerat, der demnächst über die Motion abstimmen wird.

Die Parlamentarierinnen und Parlamentarier der kleinen Kammer sind gegenüber dem Vorschlag zur Abschaffung des Numerus clausus traditionell kritischer eingestellt als die Abgeordneten des Nationalrats. Bei der letzten Abstimmung

2011 scheiterte der Vorschlag der damaligen Nationalrätin Brigitte Häberli-Koller am Ständerat [8]. Doch diesmal sind die Vorzeichen anders.

Der Ärztemangel hat sich nochmals zugespitzt und die COVID-Pandemie hat der Bevölkerung klargemacht, wie akut die Lage im Gesundheitswesen zurzeit ist. Zudem gibt es mit Brigitte Häberli-Koller neuerdings eine Ständerätin, die sich für das Anliegen stark einsetzen wird – und mit Marco Chiesa sogar einen Ständerat der SVP, der sich in der Vergangenheit mit einer Interpellation für die Abschaffung des Numerus clausus starkgemacht hatte [9]. Gut möglich, dass der scheidende Parteichef der SVP zumindest im Ständerat seine Partei umstimmen wird.

Vergangene Versuche, den Numerus clausus abzuschaffen, scheiterten stets am Widerstand der Politik.

Ärztenschaft für neues Verfahren

Wirklich zufrieden mit dem Numerus clausus ist heute kaum mehr jemand. Swissuniversities, die Organisation, welche die Durchführung des Tests verantwortet, will den Test inhaltlich nicht verteidigen und verweist auf einen sieben Jahre alten Beschluss der Schweizerischen Hochschulkonferenz, wonach manche Universitäten auch künftig auf den Numerus clausus setzen wollen. Seit dieser Entscheidung haben sich die Selektionsmethoden für Medizinstudierende aber international verändert.

Die FMH positionierte sich bereits vor sieben Jahren gegen den Numerus clausus. «Der heutige Eignungstest greift eher zu kurz: Er prüft die kognitiven Fähigkeiten und trifft keine Aussagen über die später im Beruf wichtigen Fähigkeiten wie Sozialkompetenz und emotionale Intelligenz», stellt FMH-Präsidentin Yvonne Gilli fest. Sie setzt sich deshalb für ein neues zweistufiges Verfahren ein, bei dem zusätzlich Situational Judgement Tests und Multiple Mini-Interviews eingeführt werden sollen [10].

Die Hauptursache für den Hausärztemangel und die Probleme bei der Gesundheitsversorgung ist laut Gilli aber nicht der Numerus clausus. Sondern die zu geringe Zahl an Studienplätzen für zukünftige Medizinerinnen und Mediziner. Gilli fordert deshalb, dass Ärztinnen und Ärzte zukünftig wieder vermehrt in der Schweiz ausgebildet werden. Die Chancen, dass die Politik diesmal für das Anliegen Gehör findet, stehen besser denn je.



Literatur

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

Persönlich

Spitäler Schaffhausen holen Notfallmedizinerin vom UZH



Dr. med. Judith Engeler

Schaffhausen Dr. med. Judith Engeler wird per 1. Juni 2024 Leitende Ärztin und Leiterin Interdisziplinäre Notfallstation am Kantonsspital Schaffhausen. Sie tritt damit die Nachfolge von Dr. med. Christoph Schmitz an. Judith Engeler schloss ihr Studium in Humanmedizin 2000 an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern ab. In den darauffolgenden Jahren arbeitete sie unter anderem am Kantonsspital St. Gallen, dem Universitätsspital Zürich sowie der Wake Forest University (USA). 2007 erlangte sie den Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin. Nach zwei weiteren Fellowships in der Nephrologie am Universitätsspital Zürich und am Spital Zollikerberg erlangte sie 2009 den Facharzttitel Nephrologie. Die nachfolgenden drei Jahre arbeitete Engeler als Oberärztin Nephrologie am Kantonsspital Frauenfeld, bevor sie 2014 zur Oberärztin mbF und stellvertretenden Leiterin der Abteilung für Nephrologie befördert wurde. 2017 wechselte sie in die Notfallmedizin und arbeitete als Oberärztin Notfallmedizin am Universitätsspital Zürich und ab 2019 am Inselspital Bern. 2020 erlangte sie den interdisziplinären Schwerpunkt Klinische Notfallmedizin (SGNOR) und kehrte ans Universitätsspital Zürich zurück.

Neue Chefärztin für Rheumatologie am Kantonsspital St. Gallen



Prof. Dr. med. Frauke Förger

KSSG Prof. Dr. med. Frauke Förger wird per 1. Oktober 2024 Chefärztin der Klinik für Rheumatologie des Kantonsspitals St. Gallen. Sie tritt die Nachfolge von Prof. Dr. med. Johannes von Kempis an, der Ende September 2024 pensioniert wird. Frauke Förger arbeitet seit 2008 als Kaderärztin am Inselspital Bern. Als Leitende Ärztin der Klinik für Rheumatologie und Immunologie ist sie dort für den Bereich der Schwangerschafts-Rheumatologie verantwortlich. Ihr Medizinstudium schloss sie 1997 an der Ludwig-Maximilians-Universität München (DE) ab. Nach der Facharztausbildung zur Internistin und Rheumatologin in München wechselte Förger von 2003 bis 2006 in das Forschungslabor der Klinik für Rheumatologie und Immunologie der Universität Bern, um dort an Toleranzmechanismen des Immunsystems während der Schwangerschaft zu forschen. Zwischen 2006 und 2008 baute sie als Oberärztin am Klinikum rechts der Isar (DE) die Poliklinik für Rheumatologie auf. Die Venia Docendi für das Gebiet Rheumatologie wurde ihr 2013 und die assoziierte Professur 2019 verliehen.

Aus der Wissenschaft

KI erkennt Herzfehler bei Neugeborenen

Künstliche Intelligenz Forschende der ETH Zürich und der KUNO Klinik St. Hedwig in Regensburg (DE) haben einen Algorithmus entwickelt, der pulmonale Hypertonie bei Neugeborenen erkennen kann. Das Team um Julia Vogt, Professorin für medizinische Datenwissenschaft an der ETH Zürich, trainierte den Algorithmus mit Videoaufnahmen von Herz-Ultraschalluntersuchungen von 192 Neugeborenen. Dem Computermodell gelang es in rund 80-90% der Fälle, die richtige Diagnose vorzuschlagen und in rund 65-85% der Fälle den korrekten Schweregrad der Erkrankung zu bestimmen. Die KI könne somit eine erste Einschätzung geben, ob ein Risiko besteht. Den Mensch könne sie jedoch nicht ersetzen, sagt Julia Vogt: «Künstliche Intelligenz hat das Potenzial, die Gesundheitsversorgung entscheidend zu verbessern. Zentral für uns ist aber, dass am Schluss immer ein Mensch, eine Ärztin oder ein Arzt entscheidet.»

doi.org/10.1007/s11263-024-01996-x

Neues radioaktives Arzneimittel

Krebstherapie Am Universitätsspital Basel (USB) wurde zum ersten Mal ein neues radioaktives Arzneimittel an einem Patienten mit einem neuroendokrinen Tumor erfolgreich eingesetzt. Das Radiopharmakon wurde am Paul Scherrer Institut (PSI) entwickelt und präklinisch geprüft. Die mit dem radioaktiven Nuklid Terbium-161 markierte Substanz soll künftig eingesetzt werden, wenn vorhandene Therapien nicht oder nicht mehr genügend wirken. Sie reichert sich selektiv in den Tumorzellen an und soll diese effizienter zerstören, als der momentan verwendete Wirkstoff. Bereits beim ersten Patienten wurde eine deutlich höhere Bestrahlung der Tumorzellen gezeigt, als bei der bisherigen Standardtherapie, die vor 30 Jahren ebenfalls am USB entwickelt wurde. Die Ergebnisse der Studie werden vom Schweizerischen Nationalfonds mit 800 000 Franken gefördert und im «European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging» als «Image of the Month» präsentiert.

doi.org/10.1007/s00259-024-06641-w

Preise und Auszeichnungen

Cédric Nesti erhält Award



Der Chirurg wird für seine Publikation über Lymphknotenmetastasen ausgezeichnet.

Auszeichnung Mit dem Håkan Ahlman Award honoriert die Europäische Gesellschaft für Neuroendokrine Tumoren (ENETS) die beste wissenschaftliche Publikation im Bereich neuroendokrine Tumore. In diesem Jahr geht der Preis an Dr. med. Cédric Nesti von der Universitätsklinik für Viszerale Chirurgie und Medizin am Inselspital in Bern. Er durfte den Award bei der Preisverleihung Mitte März in Wien entgegennehmen.

Nestis Studie weist deutlich darauf hin, dass Lymphknotenmetastasen bei neuroendokrinen Tumoren des Wurmfortsatzes mit einer Grösse von einem bis zwei Zentimetern ungefährlich seien. Somit sei eine rechtsseitige Dickdarmentfernung nicht notwendig, wenn der

Tumor bereits durch die Entfernung des Wurmfortsatzes beseitigt werden konnte. Damit konnte die bisher gültige Lehrmeinung zu den Folgen von Lymphknotenmetastasen bei neuroendokrinen Tumoren widerlegt werden, wie das Inselspital mitteilt.

Die multizentrische Studie (doi.org/10.1016/S1470-2045(22)00750-1) unter der Leitung des Inselspitals, Universitätsspital Bern, und der Universität Bern wurde im Februar 2023 im «The Lancet Oncology» publiziert und vom Wahlkomitee als extrem relevant im Bereich der neuroendokrinen Tumore beurteilt. Der Preis wird in Gedenken an Håkan Ahlman vergeben, der zu den Begründern von ENETS gehört.

Zitat der Woche

«Eine kantonsärztliche Region Innerschweiz ist angesichts des Ärztemangels denkbar.»

Dr. med. Peter Gürber

Der Nidwaldner Kantonsarzt in der Coverstory ab Seite 12.



Kopf der Woche

Sie wählt Bakteriophagen aus



**PD MER Dr. med.
Angela Koutsokera**
Leitende Ärztin der Abteilung für Pneumologie am CHUV

Phagentherapie Die Forschungsarbeit von PD MER Dr. med. Angela Koutsokera über die Wirkung von Bakteriophagen bei der Antibiotikaresistenz wurde mit dem Leenards-Wissenschaftspreis 2024 ausgezeichnet. Das transdisziplinäre Forschungsteam um die Leitende Ärztin der Abteilung für Pneumologie am Universitätsspital Lausanne (CHUV) hat ein Verfahren zur präzisen Auswahl von Bakteriophagen für Patienten mit Mukoviszidose oder Bronchiektasien entwickelt. «Die Phagentherapie stellt eine personalisierte Behandlung dar, da die Phagen aufgrund ihrer Aktivität gegen das Bakterium, das für die spezifische Infektion des Patienten verantwortlich ist, ausgewählt werden», sagt die Preisträgerin.

Bakteriophagen sind Viren, die pathogene Bakterien wie *Pseudomonas* infizieren und sich in ihnen vermehren. Diese haben eine Hülle, an die sich die Phagen anheften und den Erreger buchstäblich fressen. Mit einer Sputumprobe eines Patienten können die Forschenden die Empfindlichkeit des isolierten Bakteriums gegenüber den Bakteriophagen aus ihrer Sammlung testen. Sobald das Bakterienlysat hergestellt und seine Wirksamkeit in den Laboren von Dr. Resch am CHUV und von Prof. Persat an der Eidgenössischen

Technischen Hochschule Lausanne (EPFL) analysiert wurde, wird das Rohmaterial in ein Medikament umgewandelt und dem Patienten verabreicht.

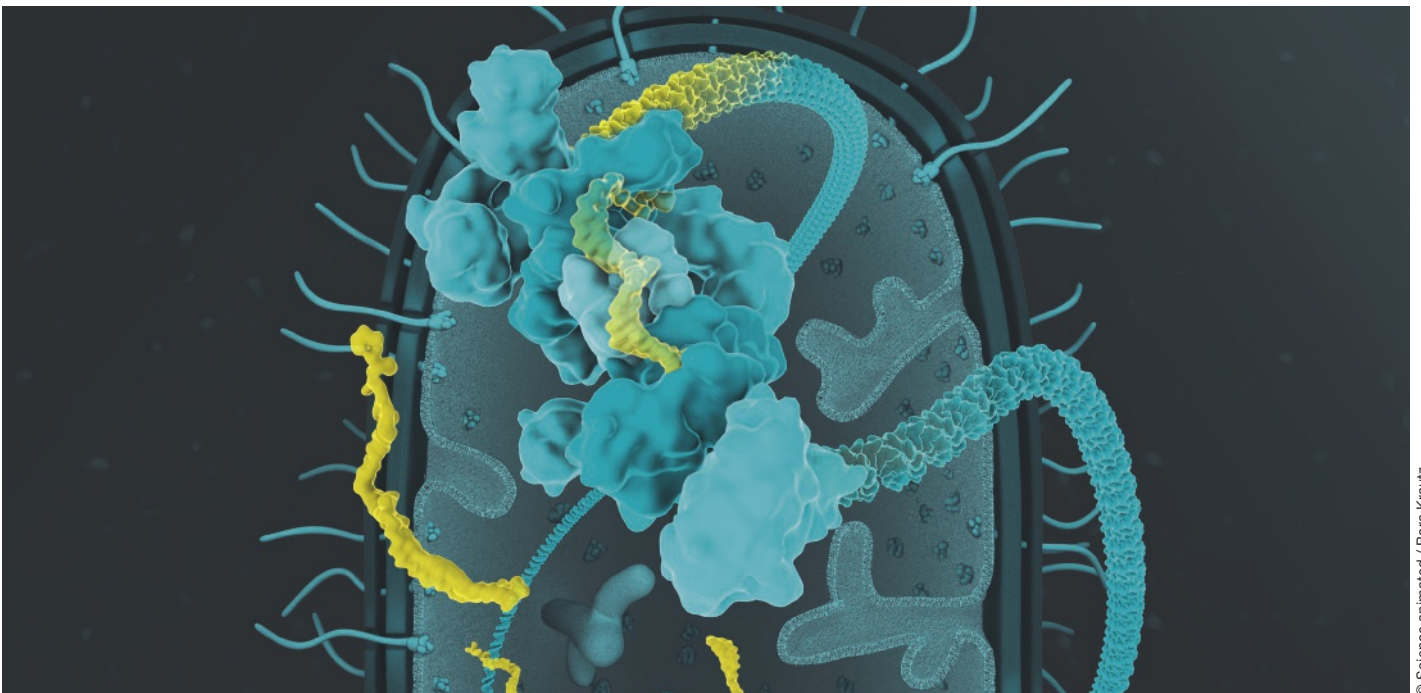
Während die Forschung bei *Pseudomonas*-Infektionen der Atemwege auf nationaler Ebene eine Premiere darstellt, ist die Phagentherapie in einigen ehemaligen Sowjetrepubliken wie Georgien weit verbreitet. «Die Phagentherapie war mit der massiven Einführung von Antibiotika in den 1960er Jahren eingestellt worden», sagt Koutsokera. Sie fügt hinzu, dass es «dringend notwendig ist, neue Behandlungsmethoden zu entwickeln, um auf die manchmal schweren Komplikationen aufgrund von Antibiotikaresistenzen zu reagieren, insbesondere bei Patienten mit Atemwegsinfektionen.»

Angela Koutsokera ist medizinische Leiterin der Abteilung für Lungentransplantation und der Sprechstunde für Mukoviszidose bei Erwachsenen am CHUV. Sie schloss ihr Studium 2003 nach einer Ausbildung an der medizinischen Hochschule der Universität Ioannina in Griechenland ab. Im Jahr 2014 erhielt sie den Facharztstitel für Pneumologie und im Jahr 2015 den Facharztstitel für Allgemeine Innere Medizin.



Aktuelle News aus Medizin und Wissenschaft. Jetzt QR-Code scannen und entdecken!

Aufgefallen



Darmbakterien Genetisch veränderte *E.-coli*-Bakterien können Veränderungen im Darm wahrnehmen und aufzeichnen. Entwickelt hat sie der Bioingenieur Randall Platt. Er ist Professor für Biological Engineering an der ETH Zürich und an der Universität Basel. Die nichtinvasive Diagnostik soll längerfristig dazu beitragen, Mangelernährung bei Kindern im Globalen Süden effektiver zu bekämpfen.

Gefragte Gesundheitshüter

Public Health Etliche Kantone hatten es in den vergangenen Jahren schwer, Kantonsärztinnen und -ärzte zu finden und zu halten. Corona war ein wichtiger Grund dafür, aber nicht nur. Über einen zentralen Beruf unseres Gesundheitssystems.

Fabienne Hohl

Der Kanton Jura hat seit Sommer 2022 nach mehrjähriger Suche wieder einen Kantonsarzt, der Kanton Schaffhausen seit letztem Herbst nach zwei Wechseln innert drei Jahren. Im Baselland hat letztes Jahr der vierte Kantonsarzt seit 2014 sein Amt angetreten und im Aargau wird der kantonsärztliche Dienst seit gut eineinhalb Jahren interimistisch geleitet. Während der Pandemie waren die Kantonsärztinnen und -ärzte stark gefordert: Auf einen Schlag und für lange Monate waren ihre Vermittlung und Koordination zwischen Bund, Kanton und Ärzteschaft unverzichtbar bei der Erarbeitung und Umsetzung der Massnahmen, ihre Auskünfte in den Medien permanent gefragt. Es sei eine kräftezehrende Zeit gewesen, bestätigt der Freiburger Kantonsarzt Thomas Plattner. «Dies hat sicher Einfluss auf gewisse Wechsel gehabt.»

Doch für ihn spielt bei diesem Thema auch das Alter der Stelleninhabenden eine Rolle: «Das Durchschnittsalter der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte und auch ihrer Stellvertretenden ist heute tiefer als noch in den Nullerjahren.» Sie ständen also in der ersten Hälfte ihrer Karriere und zögen allenfalls nach ein paar Jahren eine Stelle weiter. Oder sie rücken aus der Stellvertretungsfunktion nach, wenn eine Kantonsarzt-Position frei wird. So geschehen in den letzten Jahren etwa in den Kantonen Thurgau, Schwyz, Tessin und Zürich.

«Jeder Kanton ist anders»

Ein weiterer wichtiger Faktor für die Attraktivität kantonsärztlicher Aufgaben ortet Barbara Grützmacher, Präsidentin der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz (VKS), in der Verschiedenartigkeit, in der die Kantone diese Behörde organisieren. Zuständigkeiten und Ressourcen variieren teilweise stark. Beispielsweise ist in Bern,

wo Grützmacher als Kantonsärztin amtiert, die Aufsicht und Bewilligung der Ärzteschaft einer anderen Abteilung des Gesundheitsamtes angegliedert. «In anderen Kantonen, etwa der Waadt, übernimmt der Kantonsarzt diese Tätigkeit.» Ebenso unterschiedlich sieht es punkto Pensen aus: Zwar arbeitet ein Grossteil der Kantonsärztinnen und -ärzte vollamtlich, doch einige von ihnen gehen zusätzlich noch einer anderen klinischen Tätigkeit nach. Dies insbesondere in kleineren Kantonen. In den letzten Jahren wurden die Stellenprozente in einigen Kantonen erhöht, darunter Schaffhausen, Glarus und Graubünden. Teils vor, teils auch während Corona. Es gibt auch den Fall, dass ein Kantonsarzt für zwei Kantone zuständig ist, wie in Obwalden und Uri. Eine Entwicklung, die sich noch ausbreiten könnte, sagt der Nidwaldner Kantonsarzt Peter Gürber. «Eine kantonsärztliche Region Innerschweiz ist angesichts des Ärztemangels denkbar.»

Einige Kantone haben in den letzten Jahren die Pensen der Kantonsärztinnen und -ärzte erhöht.

Was allen kantonsärztlichen Stellen gleichermaßen obliegt, ist ihr im Epidemiegesetz festgehaltener Auftrag als Überwacherinnen der übertragbaren Krankheiten. Dazu gehört deren Meldung ans Bundesamt für Gesundheit wie auch das Contact Tracing. Zu den hoheitlichen Aufgaben der Kantonsärzteschaft zählen ferner das Meldewesen bei legalen Schwangerschaftsabbrüchen und der Vollzug des Betäubungsmittelgesetzes. Je nach Kanton sind Kantonsärztinnen und -ärzte zudem für Public-Health-Themen wie Schulgesund-



© Bombaert / Dreamstime

Kantonsärztinnen sind gefragt: In den Kantonen Obwalden und Uri gibt es einen Kantonsarzt, der für beide Kantone zuständig ist.

heit, Impfprogramme, Suchtberatung und -therapie zuständig und nehmen amtsärztliche Aufgaben wie Legalinspektionen bei aussergewöhnlichen Todesfällen oder die Anordnung fürsorglicher Freiheitsentziehung wahr.

Administration und Vielfalt

Ob dieser doch beachtliche Teil Verwaltungsarbeit die Suche nach Kantonsärztinnen und -ärzten mitunter erschwert? «Administration ist immer ein Mittel zum Zweck», führt Thomas Plattner aus und verweist auf interessante administrative Aufgaben wie die Überwachung von Gesundheitsberufen oder die Betreuung von suchtkranken Personen. «Sie sind mit grosser Verantwortung verbunden.» Zudem versuche man, Administration möglichst als Dienstleistung zu realisieren, die Bürgerinnen und Bürger tatsächlich etwas bringe. Peter Gürber sieht das Thema pragmatisch: «Irgendjemand muss fachlich beurteilen, ob die gesetzlichen Vorgaben in medizinischen Fragen eingehalten sind.» Er schätzt seine kantonsärztliche Tätigkeit von rund einem Tag pro Woche als Ergänzung zur Arbeit als Hausarzt.



«Eine kantonsärztliche Region Innerschweiz ist angesichts des Ärztemangels denkbar.»

Dr. med. Peter Gürber
Nidwaldner Kantonsarzt

Routineaufgaben wie das Meldewesen gehören auch für Barbara Grützmaker dazu, doch «unsere Arbeit ist enorm vielfältig». Da seien die Anfragen von Ärztinnen und Ärzten, die Zusammenarbeit mit unterschiedlichsten Ämtern, der kantonalen Ärztesgesellschaft und den Gesundheitsinstitutionen, der rege Austausch mit den Amtskolleginnen und -kollegen aus der ganzen Schweiz. So fühlt sie sich in ihrer Position viel eher als Initiantin und Begleiterin zukunfts-fähiger Gesundheitsinitiativen denn als reine Gesetzesvollzieherin: «Wir haben einige Möglichkeiten, Dinge zu verändern.» Zum Beispiel mit einem kürzlich abgeschlossenen Pilotprojekt zur Unterstützung des Wochenend-Notfalldienstes im Berner Oberland, das sie auf andere Regionen auszuweiten hofft [1].

Mehr Medizin oder Politik?

«Auf Kantonsebene kann ich Strategien mitentwickeln und Projekte umsetzen, die sich direkt auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirken», benennt Thomas Plattner das Interessante an seiner Aufgabe. Gleichzeitig müsse man ihre politische Seite mögen. Sie bedinge Verständnis für die politischen Prozesse und eine gewisse Frustrationstoleranz, etwa wenn ein Projekt nach langer Vorbereitung doch nicht durchgeführt werden könne. «Mit dieser demokratischen Realität muss man leben können.» Barbara Grützmaker versteht sich als Türöffnerin. «Ich will unsere Projekte weiterbringen, indem ich die richtigen Leute mit meinem Fachwissen davon überzeuge.» Dafür eigne man sich das nötige diplomatische Geschick nach und nach.

Jean Martin, Waadtländer Kantonsarzt von 1986 bis 2003, weist auf einen weiteren Aspekt der kantonsärztlichen Tätigkeit hin: Sie entferne die Kantonsärztinnen und -ärzte

vom täglichen Kontakt mit dem Patienten. Im Gegenzug bringe sie diese «in noch engeren Kontakt mit dem Gesundheitssystem und seinen Partnern» [2]. Für die vollamtlich tätige Kantonsärzteschaft trifft diese Feststellung sicher zu. Doch für Thomas Plattner hat auch diese Arbeitssituation eine wertvolle Qualität, denn er schätzt die breite Vernetzung und Zusammenarbeit mit zahlreichen Partnern aus dem Privatbereich, der nicht staatlichen Organisationen, der Administration und der Politik. Ausserdem: «Man könnte sagen, dass der Patient eines Kantonsarztes quasi die Bevölkerung ist.»

Ferner gilt es für die meisten Kantonsärztinnen und -ärzte ein Team zu führen, oder, wie es Barbara Grützmann ausdrückt: «Die Bedingungen schaffen, damit die Mitarbeitenden möglichst gut arbeiten können.» Zudem seien für ihre Aufgabe neben den Fachkompetenzen in Medizin und Public Health auch eine breite Erfahrung in verschiedenen Bereichen des Gesundheitssystems wesentlich. Ob durch die Arbeit in der Praxis oder im Spital, in der Forschung oder bei einer Behörde: «Man erhält Einblick in das Funktionieren jeder Institution und kennt überall Leute, was je nach Problem oder Frage sehr hilfreich ist.»

Corona-Schub für Netzwerk und Digitalisierung

Dieses rasant vergrösserte Netzwerk ist denn auch eines der Dinge, welches die Berner Kantonsärztin als positive Erfahrung aus den Pandemie-Jahren mitnimmt. Ebenso das hohe Tempo, mit dem in der Krise Massnahmen entwickelt und umgesetzt werden konnten. «Einige Wege sind dank der vielen neuen Kontakte bis heute kürzer», bestätigt Thomas Plattner. Doch die Zusammenarbeit zwischen Bund und Kantonen liesse sich immer noch verbessern, genau wie die Pandemiepläne: «Sie müssen pragmatischer und lösungsorientierter sein und die Führungsstrukturen und Verantwortlichkeiten besser klären.» Zudem gehört für ihn die Wissenschaft stärker in die Entscheidungsfindung einbezogen.



«Unsere Arbeit ist vielfältig und wir haben einige Möglichkeiten, Dinge zu verändern.»

Dr. med. Barbara Grützmaker
Kantonsärztin Bern und Präsidentin der Vereinigung der Kantonsärztinnen und Kantonsärzte der Schweiz

Beim Thema Digitalisierung sind sich alle Befragten einig: Richtig konzipiert, kann sie die Gesundheitsversorgung enorm unterstützen. Entsprechend zufrieden zeigt sich Barbara Grützmaker mit der Digitalisierung des Meldewesens, an welcher auch das Bundesamt für Gesundheit aktuell arbeitet [3]. Um eine nächste Pandemie besser stemmen zu können, vermisst sie aber noch einige digitale Tools. Beispielsweise für das nationale Contact Tracing. Deshalb entwickle der Kanton Bern zurzeit ein Contact-Tracing-Tool, welches auch von anderen Kantonen übernommen werden könnte. Doch ob mit oder ohne Pandemie, «die Medizin wird je länger, desto komplexer», sagt der Nidwaldner Kantonsarzt Peter Gürber. Heute überlebten die Menschen Krebs, hätten viele verschiedene Medikamente und Spezialisten, die Krankengeschichten seien schier nicht

mehr zu überblicken. Sein Fazit: «Ohne elektronische Unterstützung kann man heute eigentlich nicht mehr arbeiten.» So kann er schlecht nachvollziehen, weshalb sich hierzulande bisher noch kein praxistaugliches elektronisches Patientendossier etablieren konnte.



«Bei einer nächsten Pandemie müssen die Verantwortlichkeiten klarer sein und die Wissenschaft ist stärker einzubinden.»

Dr. med. Thomas Plattner
Freiburger Kantonsarzt

Ein Job mit Potenzial

Die Digitalisierung ist nicht das einzige nationale Public-Health-Thema, das auch die Kantonsärztinnen und -ärzte beschäftigt. Im Kanton Bern wolle man dem Ärztemangel entgegenwirken, indem man entsprechende Projekte initiiere oder unterstütze, berichtet Barbara Grützmann: Beim erwähnten Wochenend-Notfalldienst [1], in der Telemedizin oder bei neuen Praxismodellen wie das Medicentre des Spitals Berner Jura (heute Teil des Réseau de l'Arc, in dem Ärztinnen und Ärzte angestellt sind). «Dieses Projekt sollte Schule

machen.» Ebenso möchte die Berner Kantonsärztin die interprofessionelle Zusammenarbeit mit dem Einsatz von Advanced Practice Nurses (APN) fördern. Dass sie ein Gewinn für die Gesundheitsversorgung seien, zeige deren erfolgreiche Arbeit im Ausland wie auch in Schweizer Pilotprojekten, unter anderem in der Hausarztmedizin im Kanton Bern. Leider seien die APN als Leitungserbringer noch nicht im Gesetz verankert und entsprechend auch ihre Aufgaben und deren Vergütung noch nicht abgebildet. «Da muss der Bund vorwärtsmachen», sagt Barbara Grützmann energisch. Das Argument, neue Leistungserbringende brächten eine Mengenausweitung, lässt sie angesichts der Überlastung der Ärzteschaft nicht gelten. Der Einblick in die vielseitigen Aufgaben der Kantonsärzteschaft zeigt: Wer die öffentliche Gesundheit auf kantonaler Ebene mitgestalten möchte, findet in dieser Position reichlich Gelegenheit dazu.



Literatur

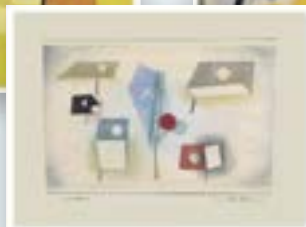
Vollständige Literaturliste unter www.saez.ch oder via QR-Code

Anzeige



KUNSTDRUCKE

EMH Schweizerischer Ärzteverlag



Paul Klee und August Macke – Kunstdrucke

Diese und weitere Kunstdrucke finden Sie hier:
shop.emh.ch/collections/kunstdrucke



Jedes Kind ist ein Unikat

Geschlecht Das Parlament will eine bessere Behandlung von Kindern, die biologisch nicht eindeutig männlich oder weiblich sind. Ärztinnen und ein Arzt verschiedener Universitäts-spitäler erklären, wie sie diese Kinder begleiten – und wo sie mehr Mittel brauchen, um die Behandlung noch zu verbessern.

Martina Huber

Jedes Jahr werden in der Schweiz etwa dreissig Kinder geboren, die biologisch nicht eindeutig weiblich oder männlich sind, sondern eine Variation der Geschlechtsmerkmale aufweisen (siehe Kasten). Nun hat das Parlament eine Motion angenommen, die die Behandlung dieser Kinder verbessern soll [1]. Konkret hat es den Bundesrat beauftragt, «dafür zu sorgen, dass die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) medizinisch-ethische Richtlinien für die Diagnose und Behandlung dieser Kinder rasch erarbeiten kann, im Sinne der Konkretisierung der Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin (NEK) zum Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung.»

«Oft sind Eltern im ersten Moment überfordert, wenn ihr Kind kein eindeutiges Geschlecht hat», sagt Uchenna Kennedy.

Wie die Stellungnahme der NEK von 2012 [2] festhält, wurden von den 1950er Jahren bis Ende des 20. Jahrhunderts Kinder mit unbestimmtem Geschlecht oft bereits in den ersten Lebensmonaten und -jahren operiert, um ihnen typische äussere Geschlechtsmerkmale zuzuweisen. Diese Behandlung führte oftmals zu schwerwiegenden körperlichen Komplikationen, chronischen Schmerzen, Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit, psychischen Folgeerkrankungen sowie Beeinträchtigungen des Sexuallebens und -erlebens, hält die NEK fest. «Vor allem die Tabuisierung, die Scham und der als stigmatisierend empfundene Umgang im klinischen Kontext wurden von den Betroffenen als sehr belastend und sogar traumatisierend empfunden.»

So lautete eine der Empfehlungen: «Alle nicht bagatelhaften, geschlechtsbestimmenden Behandlungsentscheide, die irreversible Folgen haben, aber aufschiebbar sind, sollten

daher aus ethischen und rechtlichen Gründen erst dann getroffen werden, wenn die zu behandelnde Person selbst darüber entscheiden kann.»

Komplexer als «Operieren: Ja oder Nein?»

«Oft wird bis heute das Bild vermittelt, dass wir Ärztinnen und Ärzte solche Kinder einfach möglichst schnell operieren wollen, aber das ist nicht der Fall», sagt Uchenna Kennedy, Oberärztin in der Urologie am Universitäts-Kinderspital Zürich und Teil des Teams, das Kinder und Jugendliche mit Variationen der Geschlechtsmerkmale und deren Angehörige begleitet. «Oftmals sind es eher die Eltern dieser Kinder, die zu uns kommen und sagen, wir möchten möglichst schnell eine Operation – weil sie im ersten Moment überfordert sind, wenn ihr Kind kein eindeutiges Geschlecht hat. Da ist es unsere Aufgabe, sie zu entlasten und zu sagen: Es braucht jetzt nicht sofort eine Operation, wir können uns genügend Zeit nehmen für die Diagnostik.»

In der Praxis seien die Fragen viel komplexer als: «Operieren: Ja oder Nein?». So gelte es etwa bei nicht funktionalen Eierstöcken oder Hoden im Bauchraum abzuschätzen, ob ein erhöhtes Krebsrisiko bestehe, und falls ja, ob und zu welchem Zeitpunkt solche Keimdrüsen entfernt werden sollten. Falls man sie nicht entfernt, gelte es zu entscheiden: Wie regelmässig und mit welchen Methoden überwacht man sie, um einen allfälligen Tumor frühzeitig zu erkennen? «Heute wissen wir, dass das Risiko in vielen Fällen erst mit der Pubertätsentwicklung steigt», sagt Kennedy.

Anders gelagert sind die Fragen zum Beispiel bei Kindern mit Adrenogenitalem Syndrom, die eine Gebärmutter und funktionstüchtige Eierstöcke haben, bei denen aber Harnröhre und Vagina miteinander verwachsen sind. Spätestens bei Kinderwunsch stelle sich die Frage nach einem chirurgischen Eingriff, bei dem Vagina und Harnröhre voneinander getrennt und zwei Öffnungen geschaffen werden. Aber ob das bereits im Kleinkindalter geschehen soll, wie dies früher empfohlen wurde, oder erst, wenn die Betroffenen in die Pubertät kommen oder ganz erwachsen sind,



© Oksun70 / Dreamstime

Kinder mit einer Variation der Geschlechtsorgane werden von Ärztinnen und Ärzten eng begleitet (Symbolbild).

Hintergrund

sei auch unter Fachleuten umstritten, sagt Kennedy. «Das sind manchmal ganz schwierige Entscheidungen, die wir zusammen mit der Familie und im besten Interesse des Kindes treffen müssen.»

Wichtig sei, diese Kinder ganz anzuschauen und nicht nur bezogen auf Fragen der Geschlechtsentwicklung, betont Kinder- und Jugend-Endokrinologin Christa Flück. Sie ist Professorin an der Universität Bern und hat nach 2012 am Inselspital ein DSD-Team ins Leben gerufen und eine Sprechstunde Geschlechtervielfalt mit einer spezialisierten Psychologin aufgebaut. Ebenfalls organisierte sie Drittmittel für eine Kohortenstudie, bei der Basisdaten zur Epidemiologie von Varianten der Geschlechtsentwicklung in der Schweiz zwischen 2000 und 2019 gesammelt wurden, die demnächst publiziert werden [3]. «Bis zu 30 Prozent dieser Kinder haben syndromale Formen, bei denen andere Organe beeinträchtigt sind und eine medizinische Behandlung notwendig ist», sagt Flück. «Das reicht von Wachstum und psychomotorischer Entwicklung zu Herz, Nieren und Nebennieren. Bei solchen Kindern sind viele andere Themen wichtiger als das atypische Genitale.» Probleme mit der Blasenentleerung oder komplizierte Harnwegsinfektionen können Gründe für eine frühe Operation sein. Aber viele Kinder seien gesund, betont Flück: «Ein kleinerer Penis, eine grössere Klitoris oder Hoden, die nicht ganz dort sind, wo sie sein sollten, sind kein akutes gesundheitliches Problem für ein Baby, das einen medizinischen Eingriff im frühen Kindesalter rechtfertigt.» Daher mache man am Inselspital bei solchen Kindern vorerst nichts, ausser einer engen, auch psychologischen Begleitung der Familien – und abwarten, was das Kind will. An die Adresse all jener, die geschlechtsangleichende Eingriffe bei Kindern ganz verbieten möchten, gibt sie zu bedenken, dass sich Kinder nicht erst mit 18 dazu äussern, welches Geschlecht sie haben möchten. Wenn Kinder stark darunter litten, dass sie anders seien als ihre Gspänli, wenn sie sich ein eindeutiges Geschlecht wünschten, müsse man das berücksichtigen. «Ich bin ganz klar dafür, dass es streng geregelt sein muss», sagt Flück. «Aber es gibt sehr viele Variationen, und jedes Kind ist ein Unikat, da brauchen wir eine Individualmedizin, die dem Kindeswohl gerecht wird.»

«Wir brauchen eine Individualmedizin, die dem Kindeswohl gerecht wird», sagt Christa Flück.

Individuelle Begleitung

Ähnlich klingt es von den Fachleuten des Universitätsspitals Genf. Die Stellungnahme der Nationalen Ethikkommission 2012 habe die Praxis am Spital kaum verändert, sondern einfach die Art der Behandlung gestützt, die sie bereits vorher praktiziert hätten, sagt Kinderurologe Jacques Birraux, der die Sprechstunde Variationen der Geschlechtsmerkmale leitet. «Schon als ich 2006 die Leitung der Kinderurologie übernahm, haben wir Kinder mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale in einem interdisziplinären Team begleitet», sagt er. Operative Geschlechtsanpassungen bei Säuglingen und Kleinkindern mit unklarem Geschlecht

werden laut Birraux in Genf bereits seit den frühen 2000er Jahren nicht mehr durchgeführt. «Was wir machen, sind beispielsweise Hormonbehandlungen, die aufgrund einer Stoffwechselerkrankung lebenswichtig sind für das Kind», erklärt er. Ebenfalls bereits bei Kindern notwendig seien Eingriffe wie Bauchspiegelungen und Biopsien, um das Krebsrisiko zu bestimmen, das von veränderten Eierstöcken oder Hoden im Bauchraum ausgeht.

«Wir begleiten Kinder mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale in einem interdisziplinären Team», sagt Jacques Birraux.

Mirjam Dirlewanger, pädiatrische Endokrinologin am Universitätsspital Genf und ebenfalls Teil des Teams, das Kinder mit Variationen der Geschlechtsmerkmale begleitet, betont: «Wir begleiten alle Familien sehr eng und individuell, je nach Bedürfnissen.» Man dürfe nicht vergessen, dass es zwar insgesamt sehr wenig Fälle sind. «Diejenigen, die wir begleiten, begleiten wir oftmals von der Geburt bis ins Erwachsenenalter.»

Als Folge eines Citizen-Science-Projektes des Kinderspitals Zürich [4] gründete eine gemischte Gruppe aus Betroffenen, Unterstützungsgruppen und Fachpersonen der Schweizer Universitätsspitäler letztes Jahr den Verein Varia

Die häufigsten Variationen

Bei der Konsensuskonferenz in Chicago von 2005 einigten sich über 50 internationale Fachpersonen auf neue Standards bei Klassifikation, Diagnose und Behandlung von «Störungen der Geschlechtsentwicklung» (Disorders of Sex Development, kurz DSD) [7]. Weil dieser Begriff teilweise kritisch aufgenommen wurde, spricht man heute von Kindern oder Menschen mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale.

Der Begriff umfasst eine grosse Vielfalt unterschiedlicher Bedingungen, bei denen entweder aufgrund der Chromosomen, der Keimdrüsen, der Hormone oder aber des äusseren anatomischen Geschlechts keine eindeutige Zuordnung zum weiblichen oder männlichen Geschlecht möglich ist. Je nachdem, welche Variationen mitgezählt werden oder nicht, variieren die Zahlen zur Häufigkeit. Das Konsenspapier, das aus der Chicago-Konferenz hervorging [7], schätzt, dass ungefähr eines von 4500 Kindern mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale geboren wird.

Zu den häufigsten zählen beispielsweise das Klinefelter-Syndrom, das Ullrich-Turner-Syndrom, das Adrenogenitale Syndrom (AGS), die Androgenresistenz und die Hypospadie, wobei bei Letzterer unter Fachleuten umstritten ist, ob die Betroffenen wirklich zu den Kindern mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale gezählt werden sollten.

Suisse [5], um Menschen mit angeborenen Variationen der Geschlechtsmerkmale, deren Familie und Fachpersonen noch besser untereinander zu vernetzen und den Austausch zu fördern.

Fachleute fordern mehr finanzielle Mittel

Dass das Parlament nun die Betreuung solcher Kinder verbessern will, begrüßen die befragten Ärztinnen und der befragte Arzt grundsätzlich. Alle betonen jedoch, dass sie schon heute gemäss den Empfehlungen der NEK arbeiten. Was fehle, seien finanzielle Mittel, um einige der Empfehlungen in die Praxis umzusetzen. So wäre es laut Flück und Birraux nötig, finanzielle Mittel bereitzustellen, damit die Daten dieser Kinder und Jugendlichen, ihren Variationen und den erfolgten Behandlungen in einem Register erfasst und regelmässig aktualisiert werden. Zudem müsste wie beim Krebsregister das Erfassen eines minimalen Datensets obligatorisch und ohne Zustimmung der Eltern und behandelnden Ärztinnen und Ärzte möglich sein, sagt Flück. «Bereits heute liefern verschiedene Schweizer Zentren auf freiwilliger Basis gewisse Daten ans europäische Register I-DSD [6]. Wir haben daher heute schon gewisse Daten für die Schweiz, was die Anzahl Kinder und ihre Diagnosen betrifft», sagt die Ärztin. «Aber wir wissen nicht, ob diese Kinder operiert wurden, wie genau sie operiert wurden und in welchem Alter. Und ob sie eine Hormontherapie erhalten, wissen wir nur, wenn die Eltern zu-

stimmen, diese Daten zu hinterlegen. Gerade bei komplexen, seltenen Fällen ist das leider oftmals nicht der Fall.»

Laut Birraux könnte mit entsprechender Finanzierung auch die psychologische Begleitung der betroffenen Familien weiter verbessert werden. Am Universitätsspital Genf fehle bis heute ein Psychologe oder eine Psychologin, die sich speziell in dieser Thematik auskenne – und dies, obschon das Genfer Kantonsparlament 2019 in einer Motion forderte, für Personen mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale und ihre Familien kostenlose psychosoziale Unterstützung zu schaffen. «Eigentlich bräuchten wir an jedem der Zentren, wo wir Kinder mit einer Variation der Geschlechtsmerkmale begleiten, eine Psychologin oder einen Psychologen, die oder der sich Vollzeit um diese Kinder und deren Eltern kümmern kann», sagt Birraux. «Wenn die Politik nun endlich Gelder dafür spricht, würde das die Situation der betroffenen Kinder und ihrer Familien tatsächlich verbessern.»



Literatur

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

Anzeige

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 StundenLeistung,
die ankommt.

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



* 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; 100mg Magnesium (= 4.0mmol) pro Kapsel bzw. 301mg Magnesium (= 12.4mmol) pro Sachet. **Indikation:** Prophylaxe und Therapie tachykarder Herzrhythmusstörungen, bei koronärer Herzkrankheit, bei neuromuskulärer Übererregbarkeit, tetanisches Syndrom, muskuläre Kramp fzustände, 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 Sachet pro Tag. Anwendungsdauer: mind. 6 Wochen. **Kontraindikationen:** Akute oder chronische Niereninsuffizienz, Magnesium-Ammoniumphosphat-Steindiathese, 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 Sachets; Abgabekategorie: B; kassenzulässig; Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Stand der Informationen: August 2017. Ausführliche Information siehe www.swissmedicinfo.ch.

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

DG
DOETSCH GRETHER
PHARMA • OTC • CONSUMER CARE

DG.R.03.09.02023.9



Der reguläre Selbstbehalt bei Arzneimitteln bleibt bei 10 Prozent.

Differenzierter Selbstbehalt bei Arzneimitteln

Klarstellung Die vom BAG kommunizierte Änderung beim differenzierten Selbstbehalt hat zu einigen Fragen und Missverständnissen geführt. Die Vereinigung Pharmafirmen in der Schweiz (vips) stellt die Sachlage klar.

Die Kosten für Arzneimittel, welche in der sogenannten Spezialitätenliste aufgeführt sind, übernimmt die Krankenkasse, wobei in der Regel 10 Prozent vom Versicherten selbst bezahlt werden müssen – der sogenannte Selbstbehalt. Allerdings ist es auch möglich, dass ein erhöhter Selbstbehalt zum Tragen kommt, wenn austauschbare Vergleichspräparate mit unterschiedlichen Preisen auf dem Markt sind. Dafür gibt es klare Regeln.

Zur besseren Illustration soll folgendes Beispiel dienen: Ein Originalprodukt verliert das Patent und verschiedene Generika-Anbieter drängen auf den Markt. So kommt es nicht selten vor, dass fünf weitere Vergleichspräparate neben dem Originalpräparat zur Verfügung stehen. Um nun den Selbstbehalt zu ermitteln, werden die Preise miteinander verglichen. Das günstigste Drittel, in unserem Beispiel wären das die zwei günstigsten Präparate, dient dafür als Basis. Wenn nun der Preis eines Arzneimittels die Basis nicht mehr als 10 Prozent übersteigt, so

gilt ein Selbstbehalt von 10 Prozent. Für alle anderen Produkte mussten Patientinnen und Patienten bis anhin 20 Prozent selber tragen.

Differenzierte Kommunikation

Das Eidgenössische Departement des Innern (EDI) hat am 22. September 2023 eine Änderung von Artikel 38a KLV per 1. Januar 2024 vorgenommen. Dies bedeutet, dass der erhöhte Selbstbehalt von 20 Prozent auf 40 Prozent angehoben wird und der Leistungserbringer Informations- und Dokumentationspflicht hat. Der reguläre Selbstbehalt von 10 Prozent bleibt bestehen.

Basierend auf der BAG-Kommunikation behaupten einige Marktteilnehmer in breit angelegten Kampagnen, dass für Originale generell ein Selbstbehalt von 40 Prozent gilt. Diese Aussage ist klar falsch. Für weit über 50 Prozent der patentabgelaufenen Originale gilt ebenfalls ein tiefer Selbstbehalt. Auf Ebene SKU (Stock Keeping Unit) oder einfach gesagt Artikelnum-

mer sind gerade mal 6 Prozent der Produkte vom erhöhten Selbstbehalt betroffen (siehe Infobox).

Die Regel für einen Selbstbehalt von 10 Prozent ist wie folgt: Günstigstes Drittel der auf dem Markt befindlichen Produkte plus maximal 10 Prozent. Alles, was teurer ist, hat einen Selbstbehalt von 40 Prozent. Das können Originale, aber auch Generika sein. Somit kann man davon ausgehen, dass die Originale, welche einen Selbstbehalt von 10 Prozent haben, zum praktisch gleichen Preis verkauft werden, wie die Generika. Damit tragen sie genauso zur Kostensenkung im Gesundheitswesen bei.

Versorgungssicherheit akut gefährdet

Die Konsequenz der ungenauen Kommunikation des BAG ist mehr als beunruhigend. So brechen die Umsätze vielerorts ein, obwohl die Preise bereits auf Generika-Niveau sind. Die Sachlage hat damit eine hohe Dringlichkeit, weil eine solche Entwicklung unweigerlich zu einer drastischen Reduktion der Angebotsvielfalt führen wird, was wiederum die Versorgungslücken markant ansteigen lässt. Stattdessen wäre es wichtig, den Patientinnen und Patienten in der Schweiz den Zugang zu einer grösstmöglichen Vielfalt an Therapieoptionen mit Originalen und Nachahmerprodukten bieten zu können.

Zur Stärkung des Standortes und damit eine sichere und breit gefächerte Versorgung mit Medikamenten auf lange Sicht gewährleistet ist, muss der Wettbewerb im Sinne von mehr Anbietern und mehr Produkten gefördert werden. Ein solcher Qualitätswettbewerb kommt letztendlich allen zugute.

*Ernst Niemack, Geschäftsführer, vips
Liliane Scherer, Leiterin Kommunikation und Politik, vips*

Begründung unserer Kritik

Unsere Daten zeigen, dass «nur» 591 SKUs von 10 196 SKUs einen Selbstbehalt von 40 Prozent aufweisen, was einen Anteil von lediglich 6 Prozent ergibt. Auch die aktuellsten Daten per 01.02.2024 – 10 195 SKUs versus 590 SKUs – bestätigen die 6 Prozent. Quelle: spezialitätenliste.ch / SL-Daten SKU-Ebene vom 30.01.2024

Dies ist Ihre Seite!

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



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

Mehr erfahren



Einfach sicher zusammenarbeiten im
Schweizer Gesundheitswesen

www.hin.ch/hinacademy

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Prüfung zur Erlangung der Fähigkeitsausweise Elektroenzephalographie (SGKN), Elektroneuromyographie (SGKN) und Zerebrovaskuläre Sonographie (SGKN)

Zur Erlangung der Fähigkeitsausweise Elektroenzephalographie (SGKN), Elektroneuromyographie (SGKN) und Zerebrovaskuläre Sonographie (SGKN) ist neben den übrigen Voraussetzungen, welche im Internet unter www.siwf.ch abrufbar sind, eine abschliessende bestandene theoretische und praktische Prüfung obligatorisch. Die gesamte Ausbildungszeit und die geforderten Untersuchungszahlen müssen bis zur Prüfungsanmeldefrist gemäss Fähigkeitsprogramm erreicht und dokumentiert sein.

Prüfungsdatum

Donnerstag und Freitag, 28.11. und 29.11.2024

Ort

Kantonsspital Aarau, Neurologische Klinik, Haus 4, Neurozentrum, Tellstrasse 25, 5001 Aarau

Gebühr

Mitglieder der SGKN: CHF 700.00
Nichtmitglieder der SGKN: CHF 1200.00

Anmeldung

Online unter www.sgkn.ch (Rubrik Weiterbildung, Prüfungen)

Auskünfte

Geschäftsstelle SGKN
Frau Christa Kubat
Blumenweg 13
5036 Oberentfelden
E-Mail: [info\[at\]sgkn.ch](mailto:info[at]sgkn.ch)

Anmeldefrist

15. Oktober 2024

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Pharmazeutische Medizin

Datum

Schriftliche Prüfung: 20. August 2024, 09.00 – 13.00 Uhr
Mündliche Prüfung: 10. September 2024, 09.00 – 16.00 Uhr

Ort

Schriftliche Prüfung: Biozentrum, Spitalstrasse 41, 4056 Basel
Mündliche Prüfung: Biozentrum, Spitalstrasse 41, 4056 Basel

Anmeldefrist

30. Mai 2024

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Gastroenterologie und Hepatologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum

Freitag, 29.11.2024

Ort

Der Prüfungsort wird nach Eingang der Anmeldungen und abhängig von der gewünschten Prüfungssprache festgelegt.

Anmeldefrist

30. September 2024

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

Vermischtes

Forschungsstipendium der Schweizerischen Hirnliga

Die Schweizerische Hirnliga verleiht 2025 ein neurowissenschaftliches Forschungsstipendium für die Anschub-Finanzierung einer Nachwuchswissenschaftlerin/eines Nachwuchswissenschaftlers. Unterstützt wird jegliche Art der Hirnforschung an einer anerkannten wissenschaftlichen Institution oder Klinik in der Schweiz. Jungakademikerinnen und Jungakademiker aus der Medizin, Biologie, Psychologie, Informatik oder einem verwandten Gebiet kommen als Empfängerin/Empfänger des Stipendiums infrage. Dieses Jahr soll klinische beziehungsweise translationelle Neuro-Forschung prämiert werden, bei der auch wissenschaftliche Untersuchungen an Patienten einen wichtigen Bestandteil darstellen.

Grundsätzlich soll die einjährige Besoldung einer Doktorandin/eines Doktoranden ermöglicht werden, wenn anderweitige finanzielle Ressourcen für die Entlohnung fehlen. Für die Besoldung gelten die Ansätze des Schweizerischen Nationalfonds mit einer Obergrenze von CHF 60 000.– inkl. Sozialversicherung.

Für die Zusprechung des Forschungsstipendiums müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Der Masterabschluss der Gesuchstellerin/des Gesuchstellers darf höchstens fünf Jahre zurückliegen;
- Es fehlt eine anderweitige Finanzierung;
- Das Forschungsprojekt muss in der Schweiz ausgeführt werden;
- Die/der Forschungsleitende bestätigt in einem Promotionsschreiben, dass die Stipendiatin/der Stipendiat für das Forschungsprojekt geeignet ist, und dass die infrastrukturellen, personellen und methodischen Voraussetzungen für das Forschungsprojekt gegeben sind.

Elektronische Bewerbungen (Word oder PDF) in deutscher, französischer, italienischer oder englischer Sprache enthalten:

- Skizze des gesamten Forschungsprojektes mit Präzisierung des anvisierten Meilensteins im finanzierten ersten Jahr: Fragestellung, Stand der Forschung, geplantes Vorgehen, Aufzeigen des wissenschaftlichen Werts, Zeitplan (maximal zehn Seiten exklusive Literaturverzeichnis) und eine kurze Zusammenfassung (maximal eine A4-Seite)
- Vollständige Publikationsliste inklusive Impact Factor und «Ranking» der Zeitschriften
- tabellarisches Curriculum Vitae
- Promotionsschreiben der/des Forschungsleitende(n)
- Erklärung, dass der Antrag oder ein ähnlicher Antrag keiner anderen Fördereinrichtung vorliegt oder vorgelegen hat
- Lohnauszahlungsstelle, welche das Stipendium verwaltet

Nach Ablauf des Jahres wird ein kurzer Bericht über das Erreichte erwartet (1 A4-Seite).

Die Unterlagen sind bis spätestens 30.06.2024 einzureichen an die Schweizerische Hirnliga: [info\[at\]hirnliga.ch](mailto:info[at]hirnliga.ch)

Das detaillierte Forschungsreglement kann bezogen werden bei der Geschäftsstelle der Schweizerischen Hirnliga ([info\[at\]hirnliga.ch](mailto:info[at]hirnliga.ch)) oder auf der Website www.hirnliga.ch.

FMH



24

Digitalisierung: das E-Rezept Schweiz als wegweisende Initiative

Elektronisches Rezept Das elektronische Rezept ist ein zentrales Element einer nutzenstiftenden Anwendung der Digitalisierung, welches die FMH und pharmaSuisse mit der Initiative «E-Rezept Schweiz» im Interesse der Leistungserbringer mitgestalten. Bis Ende 2024 soll es flächendeckend einlösbar sein und bis 2029 zum neuen Standard werden.

Urs Stoffel



26

Die Genehmigung von TARDOC ist notwendig

Ambulanter Tarif Die FMH und curafutura haben im Dezember 2023 erneut ein Genehmigungsgesuch für den TARDOC eingereicht. Sämtliche Forderungen des Bundesrates sind umgesetzt. Derzeit gibt es keine andere Tarifstruktur, welche die ambulanten ärztlichen Leistungen vollständig und aktuell abbildet. Eine rasche Einführung per 1. Januar 2025 ist dringend notwendig.

Patrick Müller



29

«Ein grosser Nutzen für alle»

Elektronischer Medikationsplan Im Jahr 2023 wurden in der Schweiz erstmals über eine Million Medikationspläne erstellt. Initiiert wurde diese Erfolgsgeschichte vor rund zehn Jahren vom Verein «IG eMediplan». Die Co-Präsidenten des Vereins blicken gemeinsam zurück – und zeigen auf, welche weiteren Meilensteine sie mit dem eMediplan anpeilen.

Andreas Bühner, Sven Streit, Yves Zenger



© pharmaSuisse

Das E-Rezept verbessert nicht nur die Patientenversorgung, sondern bietet auch den Leistungserbringern Vorteile.

Digitalisierung: Das E-Rezept Schweiz als wegweisende Initiative

Elektronisches Rezept Das elektronische Rezept ist ein zentrales Element einer nutzenstiftenden Anwendung der Digitalisierung, welches die FMH und pharmaSuisse mit der Initiative «E-Rezept Schweiz» im Interesse der Leistungserbringer mitgestalten. Bis Ende 2024 soll es flächendeckend einlösbar sein und bis 2029 zum neuen Standard werden.



Urs Stoffel

Dr. med., Mitglied des Zentralvorstandes, Departementsverantwortlicher Ambulante Versorgung und Tarife

Die digitale Transformation prägt zunehmend alle Lebensbereiche, auch das Gesundheitswesen. Auf Stufe Bund laufen derzeit mehrere Vorhaben parallel, welche auf diese Entwicklung Einfluss nehmen wollen, so namentlich zwei Revisionen des elektronischen Patientendossiers (EPD) [1], das Programm DigiSanté [2] und die Teilrevision des Heilmittelgesetzes (HMG) [3]. Letztere stellt die Weichen für das elektronische Rezept, das zum Alltag werden soll. Patientinnen und Patienten sollen auch einen Medikationsplan erhalten. Wir erachten gerade diese

Gesetzesrevision aus standespolitischer Sicht für hoch relevant, da ein digitaler Medikationsprozess die elektronische Zusammenarbeit mehrerer Leistungserbringer bedingt.

Während das Parlament verschiedene Vorstösse zur Digitalisierung des Medikationsprozesses an den Bundesrat überwiesen hat, arbeiten die beiden Berufsverbände pharmaSuisse und FMH seit 2022 daran, ein nationales E-Rezept zu etablieren. Dieses E-Rezept erweist sich als ein entscheidender Schritt zur Effizienzsteigerung und Verbesserung der Patientenversorgung. Es stellt eine enge

Verbindung zwischen den zentralen Leistungserbringern her – der Ärzteschaft und Apothekerschaft – und bündelt ihre gemeinsamen Interessen in einer wegweisenden Initiative, dem «E-Rezept Schweiz».

Das E-Rezept Schweiz bündelt die Interessen der unmittelbar am Medikationsprozess beteiligten Leistungserbringer.

Aktueller Stand «E-Rezept Schweiz»

In einer ersten Phase 2022/23 lag der Fokus auf einem breiten Stakeholdermanagement. Dabei zeigte sich erfreulicherweise, dass das E-Rezept Schweiz auf verschiedenen Ebenen grossen Anklang findet. Parallel wurde der zugrundeliegende E-Rezept Schweiz Service, welcher auf dem bewährten Datenformat CHMED16A basiert und höchsten Anforderungen an Sicherheit und Privatsphäre gerecht werden muss, von HIN bis zur Praxisreife entwickelt. Mit Pilotnutzern aus dem ärztlichen und pharmazeutischen Umfeld wurde der E-Rezept Schweiz Service auf Herz und Nieren getestet, damit dieser sich einfach in die bestehenden Abläufe in den Arztpraxen und Apotheken integrieren lässt. Rückblickend auf Phase 1 können wir durchaus zufrieden sein mit den erreichten Fortschritten: Schliessung und Bündelung der Interessen der

Das E-Rezept Schweiz ist für Ärzteschaft und Apothekerschaft ebenso wie für die gesamte Bevölkerung von grosser Bedeutung.

unmittelbar am Medikationsprozess beteiligten Leistungserbringer, die Entwicklung einer regelkonformen E-Rezept-Lösung mit hohen Sicherheitsstandards und breiter Akzeptanz sowie die kontinuierliche Weiterentwicklung der Technologie und das verstärkte Engagement aller Beteiligten.

In der zweiten Phase seit Ende 2023 haben die Verbände und HIN sich neu formiert. Die Organisation besteht nun aus einer Arbeitsgruppe der drei Parteien HIN, FMH und pharmaSuisse mit einem gemeinsamen Lenkungsausschuss. Dabei übernehmen die Verbände die Rolle des Enablers, während HIN als Dienstleisterin agiert. Die enge Einbindung der Dienstleisterin ist bedeutsam, insbesondere um eine Integration in die Primärsysteme der Leistungserbringer zu gewährleisten. Die

Hersteller dieser Systeme haben denn auch oberste Priorität für eine nutzenstiftende, effiziente und einfache Anwendung des E-Rezepts. Ebenfalls entscheidend ist die Offenheit des Services, um eine breite Teilnahme der Leistungserbringer zu ermöglichen. Die Partner haben sich das Ziel gesetzt, das E-Rezept Schweiz bis Ende 2024 flächendeckend einzuführen im Sinne, dass es möglich sein soll, schweizweit in jeder Apotheke ein E-Rezept einzulösen. Bis 2029 soll dann das E-Rezept im Schweizer Gesundheitswesen zur Regel und das herkömmliche Papierrezept zur Ausnahme werden. Dies nimmt die Teilrevision des Heilmittelgesetzes vorweg, welche eine Pflicht für elektronische Verschreibungen anstrebt.

Die Hersteller der Primärsysteme haben oberste Priorität für eine nutzenstiftende und einfache Anwendung des E-Rezepts.

Umfeld zunehmender Digitalisierung

Die Phase 2 der Initiative «E-Rezept Schweiz» markiert einen Meilenstein auf dem Weg zur Digitalisierung im Gesundheitswesen. Durch den Einsatz des E-Rezepts können wir nicht nur die Patientenversorgung verbessern, sondern auch den Leistungserbringern konkrete Vorteile bieten. Darunter fallen namentlich flexible und effiziente Erstellungs- und Einlöseprozesse sowie, da das E-Rezept Schweiz fälschungssicher und nicht doppelt einlösbar ist, eine Reduktion des Missbrauchspotenzials. Es ist dabei von entscheidender Bedeutung, dass alle relevanten Akteure an Bord sind. Daher appellieren wir an die Systemanbieter, jetzt auf den Zug aufzuspringen, falls sie es noch nicht getan haben, und auch an die Leistungserbringer, sich aktiv an der Initiative

Bis Ende 2024 soll das E-Rezept flächendeckend einlösbar sein und bis 2029 zum neuen Standard werden.

zu beteiligen, um ihren Erfolg zu gewährleisten. Denn eines ist klar: Das E-Rezept ist nicht nur für die Verbände und ihre Mitglieder von Bedeutung, sondern bringt der gesamten Bevölkerung einen Nutzen.

Die Initiative «E-Rezept Schweiz» beziehungsweise die zielgerichtete, engagierte Zusammenarbeit der Dachverbände FMH und pharmaSuisse ist ein Beispiel dafür, wie

Ärztinnen und Ärzte mit den Apothekerinnen und Apothekern und anderen relevanten Akteuren gemeinsam den Weg für eine effiziente und patientenzentrierte Digitalisierung im Gesundheitswesen ebnen können. Über die Digitalisierung nicht nur zu reden, sondern die guten Ideen und Vorhaben endlich auf den Boden zu bringen, ist das Gebot der Stunde. Das E-Rezept Schweiz ist ein entscheidender Baustein auf diesem Weg. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen Behörden, Politik und Leistungserbringern machen wir die Vorteile der Digitalisierung für Patientinnen und Patienten und Fachkräfte gleichermaßen zugänglich und sichtbar. Lassen Sie uns diese Chance gemeinsam nutzen.



Literatur

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



© Aaron Amat / Dreamstime

Es ist höchste Zeit, dass TARDOC eingeführt wird.

Die Genehmigung von TARDOC ist notwendig

Ambulanter Tarif Die FMH und curafutura haben im Dezember 2023 erneut ein Genehmigungsgesuch für den TARDOC eingereicht. Sämtliche Forderungen des Bundesrates sind umgesetzt. Derzeit gibt es keine andere Tarifstruktur, welche die ambulanten ärztlichen Leistungen vollständig und aktuell abbildet. Eine rasche Einführung per 1. Januar 2025 ist dringend notwendig.

Patrick Müller

Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Seit 2004 rechnen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ihre Leistungen im ambulanten Bereich über den mittlerweile veralteten und nicht mehr sachgerechten Ärztetarif TARMED ab. Die Kostenbasis des TARMED stammt aus den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts. Obwohl der TARMED mit einem Volumen von knapp 12 Milliarden Schweizer Franken einer der wichtigsten Tarife in der ob-

ligatorischen Krankenpflege OKP darstellt, ist es den Tarifpartnern bisher nicht gelungen, sich gemeinsam auf eine Revision zu einigen. Jedoch sind sich alle Tarifpartner sowie Politik und Behörden einig, dass der TARMED veraltet ist und die medizinischen Leistungen nicht mehr korrekt abbildet. Nicht einig sind sich die erwähnten Akteure, wie eine geeignete Nachfolgelösung aussehen soll. Während der Spitalverband

H+ und santésuisse primär ein ambulantes Pauschalensystem auf einer DRG-Basis anstreben, wollen FMH, SWICA, MTK und curafutura den TARMED durch die vollständig aktualisierte, umfassende und sachgerechte Einzelleistungstarifstruktur TARDOC ablösen. Dieser kann sehr gut mit sachgerechten und homogenen Pauschalen kombiniert werden. Im Jahr 2019 haben curafutura und FMH die ambulante

Tarifstruktur TARDOC erstmals beim Bundesrat zur Genehmigung eingereicht. Zwischenzeitlich wurde TARDOC auf Basis von Prüfberichten des BAG und den vom Bundesrat formulierten Auflagen mehrmals angepasst und nachgereicht – letztmals im Dezember 2023.

Nur mit TARDOC kann TARMED vollständig und komplett abgelöst werden.

TARDOC und ambulante Pauschalen eingereicht

H+ und santésuisse haben sich entschieden, ein Genehmigungsgesuch für ein so genanntes kohärentes Tarifsysteem, bestehend aus TARDOC und ambulanten Pauschalen, einzureichen. Damit unterstützen sie explizit auch den TARDOC für diejenigen Bereiche, welche nicht durch ambulante Pauschalen abgelöst werden können. Die Ärzteschaft anerkennt, dass H+ und santésuisse mit den nun vorliegenden ambulanten Pauschalen einen Schritt für ihre angestrebte Lösung gemacht haben. Aus Sicht der FMH ist das Pauschalensystem in der vorliegenden Form zu umfangreich und weist in vielen Bereichen konzeptionelle Lücken auf. Insbesondere fehlt die medizinisch-fachliche, aber auch die kostenbezogene Homogenität. Zahlreiche Fachgesellschaften haben vor der Einreichung der Pauschalen inhaltliche Rückmeldungen gegeben und auch ihre Bereitschaft zur Mitentwicklung der Pauschalen angeboten. Auf dies wurde jedoch enttäuschenderweise kaum eingegangen. Auch die FMH hat ihren Unmut über den Nichteinbezug und die Nichtberücksichtigung von medizinischen Grundlagen bei der Erarbeitung der ambulanten Pauschalen gegenüber H+ und santésuisse zum Ausdruck gebracht. Im Ergebnis erstaunt es nicht, dass die medizinische Homogenität in den Pauschalen vielerorts fehlt und diese somit nicht sachgerecht sind. Das klingt nach tarifarischen Spitzfindigkeiten, hat aber letztlich schwerwiegende und weitreichende Auswirkungen auf die Behandlung der Patientinnen und Patienten und den Preis einer medizinischen Leistung. Die eingereichte Version 1.0 ist aus ärztlicher Sicht nicht genehmigungsfähig. Die Mitunterzeichnung des Genehmigungsgesuchs zu den ambulanten Pauschalen der Version 1.0 konnte die FMH deshalb auf der Basis inhaltlicher Mängel nicht unterstützen. Die FMH steht aber nach wie vor hinter sachgerechten und homogenen ambulanten Pauschalen.

Die FMH und curafutura haben sich mit SWICA für ein separates Genehmigungsgesuch für TARDOC in der Version 1.3.2 entschieden. Gemeinsam wurden nach dem letzten Bundes-

ratsentscheid vom 3. Juni 2022 Konzepte zur Behebung der – aus Sicht des Bundesrates – materiellen Mängel erarbeitet. Die Konzepte halten detailliert fest, wie diese geforderten Anpassungen, sofern nicht schon geschehen, in den Jahren nach der Inkraftsetzung von TARDOC vorgenommen werden müssen. Zudem haben die FMH, curafutura und MTK die vom Bundesrat geforderten Änderungen am Kostenneutralitätskonzept umgesetzt.

Alle Tarifpartner haben innerhalb der gemeinsamen Tariforganisation OAAAT AG eine übergeordnete Vereinbarung verhandelt, in der die Kernpunkte zur Koordination von Einzelleistungstarif und Pauschalen festgehalten sind.

Per Anfang Dezember 2023 wurden die zwei separaten Genehmigungsgesuche und die gemeinsame Vereinbarung zur Koordination von TARDOC und ambulanten Pauschalen beim Bundesrat eingereicht.

Die laufende Weiterentwicklung und Pflege von TARDOC ist innerhalb der OAAAT AG gewährleistet.

Pflege und Weiterentwicklung von TARDOC

Die Tarifpartner haben aus den Fehlern unter TARMED gelernt. Bei der Weiterentwicklung von TARMED führte die vereinbarte Einstimmigkeit unter den Tarifpartnern zu der bis heute bestehenden Blockade. Künftig wird aber die OAAAT AG im Auftrag der Tarifpartner den TARDOC jährlich weiterentwickeln und pflegen und als neue Version – nach dem Vorbild der SwissDRG AG – durch die Tarifpartner jeweils

mit Mehrheitsentscheid beim Bundesrat einreichen. Dazu stehen der Geschäftsstelle neu entwickelte Tools, jährlich aktualisierte Daten und ausgewiesene Experten zur Verfügung. Zudem wurden die Grundlagen für ein langfristiges Tarifmonitoring geschaffen. Mit den Erkenntnissen daraus wird TARDOC weiter verbessert und an die realen Entwicklungen und Erfordernisse angepasst. Innerhalb der OAAAT AG gilt seit ihrer Gründung ein Mehrstimmigkeitsprinzip, um Blockaden wie in der Vergangenheit zu vermeiden. Damit ist die laufende Weiterentwicklung und Pflege von TARDOC mit jährlichen Versionen gewährleistet.

Ambulante Pauschalen wo sinnvoll

Die FMH erachtet ambulante Pauschalen für jene medizinischen Leistungen, welche von anderen klar abgrenzbar sind, als sinnvoll und sachgerecht, wenn sie auch in einer grossen Menge und in einer ressourcenintensiven Infrastruktur erbracht werden und wenn gleichzeitig die medizinische und kostenbezogene Homogenität gewährleistet ist. Die FMH bekennt sich zur Förderung von ambulanten Pauschalen, sofern die notwendigen Grundsätze eingehalten und die medizinischen Fachgesellschaften einbezogen werden. Die FMH ist daran, gemeinsam mit den medizinischen Fachgesellschaften anhand definierter Kriterien mögliche ambulante Pauschalen zu bestimmen und diese in die OAAAT AG zur Tarifierung einzubringen. Ambulante Pauschalen sollen dann zu einem späteren Zeitpunkt sukzessive die entsprechenden Leistungen aus dem TARDOC ersetzen.

Vorbereitung Inkraftsetzung

Nach der Einreichung ist vor der möglichen Inkraftsetzung. Curafutura und FMH fordern



Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider ist zu raschem Handeln aufgefordert.

Aktuell

in ihrem Genehmigungsgesuch ein Inkrafttreten des TARDOC per 1. Januar 2025. Wir stellen uns auf einen Entscheid des Bundesrates im zweiten Quartal 2024 ein. Nach der bereits fünften Überarbeitung des TARDOC seit der ersten Einreichung im Juli 2019 rechnen wir mit einem positiven Entscheid zu TARDOC – dies, nachdem die letzten vom Bundesrat aufgestellten Forderungen vom 3. Juni 2022 und vom 19. Juni 2023 erfüllt sind. Sobald der Entscheid vorliegt, werden die FMH und die ihr angeschlossenen Ärztesellschaften gemeinsam gefordert sein, unsere Mitglieder bei der Vorbereitung der Einführung des neuen ambulanten Arzttarifs bestmöglich zu unterstützen. Der Zeitpunkt der Inkraftsetzung wird letztlich vom Bundesrat bestimmt.

Mit einem umfangreichen Konzept stellen die Tarifpartner die kostenneutrale Einführung von TARDOC sicher.

Die FMH bereitet aktuell die Einführung von TARDOC intensiv vor, um einen möglichst einfachen und reibungslosen Übergang von TARMED zu TARDOC zu gewährleisten. Im März 2024 hat die FMH bereits eine umfangreiche Webseite tardoc.fmh.ch publiziert. Dort sind neben Basisinformationen zum TARDOC auch einzelne fachspezifische Aspekte pro Facharzt disziplin aufgeschaltet. Informationen zu Spartenanerkennungen, Besitzständen, Merkblättern, FAQ und Hinweise bezüglich Anfragen werden folgen. Zudem wird die FMH nach Bekanntgabe eines positiven Bundesratsentscheides eine spezifische TARDOC-Hotline für Anfragen per Telefon und E-Mail einrichten. Weiter stellen wir in Zusammenarbeit mit der Ärztekasse auch Tariftools zur Verfügung, so unter anderem für

Detailinformationen zu TARDOC

Die einzelnen Tarifpositionen der TARDOC-Version 1.3.2 können im Tarifbrowser <https://browser.tartools.ch/de/tardoc> konsultiert werden. Die FMH stellt Ihnen die Inhalte des Tarifs im von der Ärztekasse entwickelten Browser zur freien Verfügung.

Zusätzliche Informationen und Details zu TARDOC können unter tardoc.fmh.ch oder oat-otma.ch nachgeschlagen werden.

OAAT AG

Per Januar 2022 ist der Art. 47a im Krankenversicherungsgesetz in Kraft getreten, der auch für ambulant ärztliche Leistungen eine nationale Tariforganisation vorsieht, welche für die Weiterentwicklung und Pflege ambulanter ärztlicher Tarifwerke verantwortlich ist. Die Tarifpartner curafutura, H+, santésuisse, MTK und FMH haben Ende 2022 die gemeinsame Tariforganisation Organisation für Ambulante Arzttarife (OAAT AG) gegründet. In der Zwischenzeit wurde eine operative Geschäftsstelle aufgebaut und die beiden bisherigen Tariforganisationen ats-tms AG und solutions tarifaires suisse AG per Ende 2023 liquidiert. Sowohl die Mitarbeitenden, Tarifwerke wie auch Tools gingen per 1. Januar 2024 an die OAAT AG über. Fortan ist die OAAT AG als nationale Tariforganisation sowohl für TARDOC wie auch für ambulante Pauschalen oder weitere ambulante ärztliche Tarifwerke zuständig.

Simulationen und auch einen TARDOC-Lernbrowser. Wir planen zudem eine Artikelserie in der Schweizerischen Ärztezeitung zur Einführung des TARDOC.

Auch im Bereich der Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung soll zum selben Zeitpunkt wie im Krankenversicherungsgesetz TARDOC den bisherigen TARMED ablösen. Dazu laufen derzeit Verhandlungen mit der MTK.

Zeitnahe Einführung notwendig

Der Bundesrat und das BAG können nun Fakten schaffen und den TARDOC fünf Jahre nach der ersten Einreichung endlich genehmigen. Mit der Genehmigung des TARDOC werden alle ambulanten medizinischen Leistungen erstmals seit über 15 Jahren wieder korrekt abgebildet und sachgerecht tarifiert. Die Tarifpartner

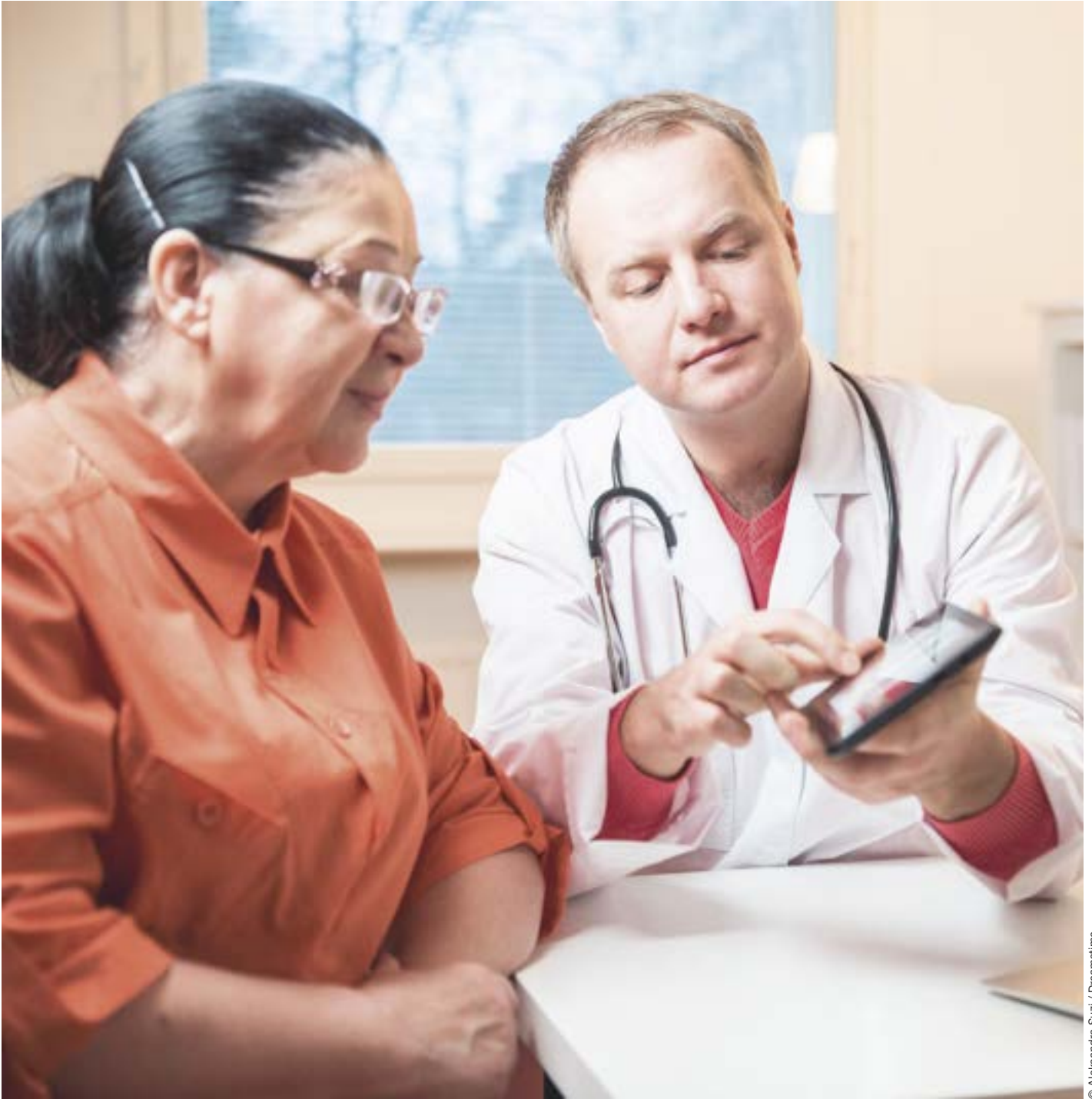
Derzeit gibt es keine andere Tarifstruktur, welche die ambulanten ärztlichen Leistungen vollständig und aktuell abbildet.

garantieren mit einem umfassenden Kostenneutralitätskonzept die vom Gesetz und Bundesrat geforderte Kostenneutralität. In einem detaillierten Monitoring wird während drei Jahren geprüft, ob sich das Taxpunkt volumen innerhalb des vereinbarten Korridors bewegt, nötigenfalls könnten Fehlentwicklungen, welche auf den Modellwechsel zurückzuführen sind, durch die Monitoringkommission der OAAT AG korrigiert werden. Mit der Version 1.3.2 sind alle Forderungen des Bundesrates erfüllt. Derzeit gibt es keine alternative Tarifstruktur, weder für Einzelleistungen noch für ambulante Pauschalen, welche die ambulanten ärztlichen Leistungen umfassend, vollständig und dem aktuellen Stand entsprechend abbildet. Nur mit TARDOC kann der TARMED vollständig abgelöst werden.

In der Vergangenheit wurde leider das bekannte Sprichwort mehrfach erfüllt: «*Wer will, findet Wege, wer nicht will, findet Gründe*». Die neue zuständige Bundesrätin und Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) Frau Baume-Schneider hat es nun in der Hand und könnte bereits kurz nach dem Amtsantritt beweisen, dass sie lösungsorientiert und bereit ist, Wege zu finden. Deshalb unser Appell mit den Worten von Alt-Ständerat und ehemaligem Verwaltungsratspräsidenten der ats-tms AG, Joachim Eder: «Handeln Sie – Frau Bundesrätin Baume-Schneider».

Korrespondenz

[tarife.ambulant\[at\]fmh.ch](mailto:tarife.ambulant[at]fmh.ch)



© Aleksandra Suzi / Dreamstime

Der eMediplan dient Gesundheitsfachpersonen ebenso wie Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen.

«Ein grosser Nutzen für alle»

Elektronischer Medikationsplan Im Jahr 2023 wurden in der Schweiz erstmals über eine Million Medikationspläne erstellt. Initiiert wurde diese Erfolgsgeschichte vor rund zehn Jahren vom Verein «IG eMediplan». Die Co-Präsidenten des Vereins blicken gemeinsam zurück – und zeigen auf, welche weiteren Meilensteine sie mit dem eMediplan anpeilen.

Andreas Bühner^a; Sven Streit^b; Yves Zenger^c

^a Dr. med. et sc. nat., Co-Präsident IG eMediplan; ^b Prof. Dr. med. Dr. phil., Co-Präsident IG eMediplan; ^c Kommunikationsspezialist FMH

Aktuell

Sven Streit, im Jahr 2023 wurden erstmals über eine Million Medikationspläne erzeugt. Was ist der Grund für das derzeitige steile Wachstum?

Sven Streit: Wir waren selber alle überrascht, wie die Anzahl erstellter eMedipläne rasch anstieg. Gleichzeitig passt es aber zum Eindruck, den ich in der Schweiz wahrnehme: Die Basis will nicht mehr auf Papier arbeiten und möchte ihren Patientinnen und Patienten einen Medikationsplan bieten können, der eine Übersicht erlaubt, der sie in die Entscheidungen rund um die Medikation einbindet, und der es erlaubt, unabhängig von Systemen und Sektoren mit dem eMediplan Informationen auch digital auszutauschen. Entscheidend für diese Verbreitung waren die Vermittlungen der IG eMediplan zwischen Leistungserbringern und Institutionen sowie Softwareentwicklern.

Andreas Bühler, Sie waren beim eMediplan seit Anbeginn dabei. Haben Sie damals mit diesem Erfolg gerechnet?

Andreas Bühler: Ja, Olivier Kappeler (Mitgründer und ehem. Co-Präsident, Anm. d. Red.) und ich waren immer überzeugt, dass eine aktuelle vollständige Medikation – ein eMediplan also –

gleichermaßen für Gesundheitsfachpersonen wie auch für Patientinnen und Patienten wichtig ist und die Initiative «eMediplan» Erfolg haben würde. Begonnen hatte alles im Sommer 2013: Im Rahmen von Brennpunkte Thurgau wurde der «eMediplan» als eine von drei Projektideen aus rund 25 Vorschlägen – also in einem Bottom-up-Ansatz – ausgewählt. Das Konzept eMediplan wurde insbesondere von Gesundheitsfachpersonen aus Arztpraxen, Spitex, Spital, Apotheken, Pflegeheimen entwickelt und im November 2014 in Fischingen vorgestellt.

«Der eMediplan verbessert die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen über den gesamten Behandlungsprozess.»

Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit
Co-Präsident IG eMediplan

Geht mit diesem Erfolg auch ein grosses Geschäft einher?

Andreas Bühler: Nein, es war nie die Idee, mit der Lancierung des eMediplans ein Geschäft zu


machen. Die Motivation war, gemeinsam ein Problem zu lösen, unter dem alle leiden und bei dem alle einen Beitrag zu leisten haben. Mit dieser Motivation wurde dann Ende 2015 die IG eMediplan als Nonprofit-Organisation gegründet, um auf nationaler Ebene eine Stimme zu haben.

Aber Medikationspläne bringen einen grossen Nutzen ...

Andreas Bühler: Ja, auf jeden Fall! Der eMediplan bringt einen grossen Nutzen für Gesundheitsfachpersonen, für Patientinnen, Patienten und deren Angehörige und für die Gesundheitsversorgung insgesamt.

Sven Streit: Der eMediplan erleichtert und verbessert zum Beispiel die Medikamentenanamnese. Er erhöht die Arzneimitteltherapiesicherheit und die Therapietreue. Er unterstützt die Kommunikation mit Patientinnen und Patienten. Der eMediplan ist eine ausgezeichnete Grundlage, um die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsfachpersonen über den gesamten Behandlungsprozess zu verbessern.

Lassen Sie uns noch etwas bei den Anfängen verweilen. Warum haben Sie sich damals




eMediplan
Der Schweizer Medikationsplan

Peter Muster
01.11.1943 (M)
Bergstrasse 14, 9209 Waldlichtung / +41 79 123 45 67

Körpergröße / Gewicht: 180 cm / 81 kg
Harnsäurewert: 400 µmol/l
Allergien: Penicillin, Aderge

erstellt von:
Dr. med. F. Weiss
Praxis Weibäck
9209 Berg



Ausstellungsdatum: 09.02.2023 09:42

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Einheit	Von	Bis u. mit	Anwendungsinstruktion	Anwendungsgrund	Verordnet durch
ANTIBIOTIKUM Tabl 800/100mg Doxoflosacin, Moxifloxacin	1	-	1	-	Stk	09.02.2023	19.02.2023	nach dem Essen	Infektion	Dr. Nori Franz, Frauenfeld
CO-ANTHYPP Filmtabl 160/12.5 mg Salsolan, Hydrochlorazid	1	-	-	-	Stk				Bluthochdruck	Dr. Sarah Dodier, Porentruy
CHOLE Filmtabl 20 mg Danuolitan	1/4	-	1	-	Stk				Cholesterinsenker	Dr. Séverine Example, Münchwil
ANTIKRAMPF Inj L06 10 mg/2ml i.m./i.v. Thiopyran	2	-	-	-	ml			nur i.m., nur durch instruierte Personen!	Berufungung	Dr. Karl Rezipt, Langenthal

Reservemedikation

Medikament	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Einheit	Von	Bis u. mit	Anwendungsinstruktion	Anwendungsgrund	Verordnet durch	
Eisigwickel	-	-	-	-				bei Bedarf	Fieber	Selbstmedikation	
ANTIPYRETIC Filmtabl 500 mg Antipyrac	siehe Anwendungsinstruktion								bis zu max. 4 mal täglich 1 Tablette einnehmen	Schmerzen	Selbstmedikation

Bemerkung:
Der Patient ist vom Medikationsplan begeistert!

Peter Muster (01.11.1943)
eMediplan by Softwaremeister AG (V2)
Seite 1 von 1

Abbildung: Ein eMediplan enthält die aktuelle vollständige Medikation einer Patientin oder eines Patienten.

«ausgerechnet» den Medikationsplan und nicht das E-Rezept vorgenommen?

Andreas Bühler: Faszinierend am eMediplan – an einem aktuellen vollständigen Medikationsplan – ist, dass kaum etwas anderes in der Medizin, der Gesundheitsversorgung sowohl für Gesundheitsfachpersonen wie auch für Patientinnen und Patienten gleichermaßen von Bedeutung ist. Wir wollten uns auf ein Thema fokussieren. Das E-Rezept stand gar nicht zur Diskussion.

«Die Basis möchte sich mit ihren Patientinnen und Patienten digital austauschen können.»

Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit
Co-Präsident IG eMediplan

Später wurden wir oft gefragt, wieso wir uns nicht auch für ein elektronisches Rezept engagieren würden. Die Antwort war, dass wir mit dem eMediplan mehr als ausgelastet waren und das Rezept beziehungsweise E-Rezept viel stärker gesetzlich reguliert ist. Mit dem Rezept sind standespolitische und kommerzielle Interessen verbunden. Und das Rezept ist nicht für alle Gesundheitsfachpersonen gleichermaßen von Bedeutung. Das alles erschwert eine Bottom-up Einführung. Aber klar, eMediplan und E-Rezept gehören wie Geschwister zusammen. Es ist zu überlegen, ob und wie man eMediplan und E-Rezept gemeinsam vorantreiben könnte.

Wenn es sich beim eMediplan also um eine Idee handelt, deren Nutzen allseits gewürdigt wird: Warum hat die Umsetzung dennoch so viel Zeit gebraucht?

Andreas Bühler: Als wir 2013 im Thurgau mit der Idee «eMediplan» starteten, war klar, dass kein Softwaresystem-Anbieter den eMediplan implementieren würde, wenn der eMediplan keine nationale Relevanz haben würde. Bereits im Frühjahr 2015 zeigte HCI Solutions auf eigene Initiative, dass das Konzept technisch funktioniert. Das war gewaltig. Trotzdem brauchte es noch viel Überzeugungsarbeit, bis die Softwarehersteller begannen, den eMediplan zu implementieren. Übrigens wurde damals der QR-Code von manchen als veraltete technische Methode belächelt ...

Sven Streit: Die Einführung des eMediplans ist digitale Transformation in Reinkultur. Dabei geht es bei weitem nicht nur um Technisches. Es geht um Menschen, um Ängste, zum Beispiel vor Haftung, vor zeitlicher Mehrbelastung, vor zusätzlichen Softwarekosten ... Das führt dazu, dass «alle» die Idee «eMediplan» grundsätzlich zwar gut finden, aber verschiedenste Argumente

ins Feld führen, wieso jetzt noch nicht der geeignete Zeitpunkt zur Umsetzung sei. Digitale Transformation braucht Zeit. Eine afrikanische Weisheit sagt: «Das Gras wächst nicht schneller, wenn man daran zieht.»

Aktuell ist man beim E-Rezept in dieser Phase der Implementierung. Das E-Rezept genießt in der Öffentlichkeit gefühlt mehr Aufmerksamkeit als der E-Medikationsplan. Täuscht dieser Eindruck und wie stehen diese beiden zueinander?

Sven Streit: Geniesst das E-Rezept in der Öffentlichkeit wirklich mehr Aufmerksamkeit als die E-Medikation? Es ist wichtig zu verstehen, wie eng die aktuelle vollständige Medikation – der eMediplan – und das Rezept beziehungsweise das E-Rezept zusammengehören. Das Rezept ist eine «Teilmenge» der vollständigen aktuellen Medikation – gewissermaßen des «Therapieplans» – und berechtigt die Person, für die das Rezept ausgestellt wurde, die rezeptierten Arzneimittel bei der Apotheke ihrer Wahl zu beziehen. Idealerweise steht der Apotheke bei der Abgabe der rezeptierten Arzneimittel nicht nur das E-Rezept sondern, auch der eMediplan zur Verfügung. Übrigens basiert der Standard des E-Rezept Schweiz Services auf dem Standard des eMediplans, dem CHMED16A.

«Es ist zu überlegen, ob und wie man eMediplan und E-Rezept gemeinsam vorantreiben kann.»

Dr. sc. nat. et med. Andreas Bühler
Ehem. Co-Präsident IG eMediplan

Andreas Bühler, Sie haben die Co-Präsidenschaft des Vereins IG eMediplan soeben abgegeben. Was ist der Grund?

Andreas Bühler: Olivier Kappeler und ich waren nun seit über zehn Jahren mit dem eMediplan unterwegs. Mit meinem Rücktritt an der Mitgliederversammlung Mitte März ist ein Generationenwechsel abgeschlossen. Es ist sehr schön zu sehen, dass die Idee hinter dem eMediplan – die vollständige, aktuelle Medikation zu kennen – gerade von jungen Gesundheitsfachpersonen mit grosser Selbstverständlichkeit weitergetragen wird. Das freut mich ungemein. Im Rahmen dieser Veränderungen ist der eMediplan auch aus der Ostschweiz nach Bern umgezogen. Das hat Symbolik und passt.

Sven Streit, Sie sind bereits seit letztem Jahr Co-Präsident. Was sind Ihre Pläne?

Sven Streit: Ich bin stolz auf die bisherigen Erfolge rund um den eMediplan, und dennoch sehe ich die digitale Transformation rund um

das Thema Medikation noch nicht abgeschlossen. Beispielsweise kennen die Romandie und das Tessin den eMediplan noch kaum. Daneben gibt es Sektoren beziehungsweise Software, wo der eMediplan technisch noch nicht implementiert ist, und schliesslich – für mich am wichtigsten – möchte ich es ermöglichen, dass alle Menschen beim Medikamentenbezug auch einen eMediplan erhalten. Dadurch sind sie über die eigene Medikation besser im Bild. Ich erlebe es als Hausarzt, der selbst eMedipläne abgibt, als grosse Befriedigung, wenn diese Patientinnen und Patienten dann später wieder mit ihrem eMediplan zurückkommen und mir zeigen, welche Medikation sich nun zum Beispiel verändert hat. Medikation wird auch sicherer, wenn Patient:innen von uns unterstützt werden, ihre Medikation zu verstehen und selber auch zu kontrollieren.

«E-Rezept und eMediplan gehören zusammen, entwickeln sich parallel und sollen mit dem EPD kompatibel sein.»

Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit
Co-Präsident IG eMediplan

Wie entwickelt sich der eMediplan inhaltlich weiter?

Andreas Bühler: Mit der Verbreitung des eMediplans erlebten wir auch, dass er sich an die Bedürfnisse der Nutzerinnen und Nutzer anpassen musste. Der neue Standard CHMED23A, der kurz vor der Einführung steht, wird es

Über die IG eMediplan

Ein eMediplan umfasst die gesamte aktuelle Medikation einer Patientin, eines Patienten. Er dient Gesundheitsfachpersonen gleichermaßen wie Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen. Der eMediplan ist im Rahmen von Brennpunkte Gesundheit Thurgau 2013/2014 entwickelt worden. Ein Jahr später wurde der Verein IG eMediplan gegründet. Dieser versteht sich als Interessengemeinschaft auf nationaler Ebene und ist offen für alle. Er koordiniert die Einführung und Pflege des eMediplan. Die IG eMediplan finanziert sich über Mitglieder- und Gönnerbeiträge. 2023 kamen neun weitere Mitglieder hinzu, darunter kantonale Ärzteorganisationen. Auch pharmaSuisse und die FMH sind Mitglied der IG eMediplan. Weitere Informationen auf www.emediplan.ch.

Aktuell

erlauben, komplexere Dosierungen besser abzubilden wie man es in der Onkologie zum Beispiel kennt. Auch ist es uns ein Anliegen, die Darstellung noch einfacher lesbar zu machen gerade für ältere Menschen.

Zum Abschluss: Was versprechen Sie sich vom E-Rezept?

Sven Streit: E-Rezept und eMediplan gehören zusammen, entwickeln sich parallel und im gegenseitigen Austausch, damit beide miteinander und auch mit dem EPD kompatibel sein werden. Als Hausarzt freue ich mich, wenn mir das E-Rezept dieselbe Freude bringt wie der eMediplan, indem Patientinnen und Patienten sowie andere Leistungserbringer – hier die Apotheke – von mir alle Informationen digital erhalten können, welche sie für die Medikationsüberprüfung, -beratung und -abgabe brauchen. Persönlich gehe ich davon aus, dass dadurch nicht einfach ein unnötiger administrativer Mehraufwand entsteht, sondern eine Erleichterung rund um das Thema Medikation, weniger Rückfragen von Patientinnen und Patienten, welche beispielsweise nicht mehr wissen, welches Medikament wir entschieden haben zu reduzieren

oder zu steigern, sowie eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärzteschaft und Apothekerschaft.

Korrespondenz

kommunikation[at]fmh.ch



Dr. med. et sc. nat. Andreas Bühler
ist als selbständiger Berater an der Schnittstelle zwischen Medizin und Informatik tätig. Er war von 2020 bis Mitte März 2024 Co-Präsident der IG eMediplan.



Prof. Dr. med. Dr. phil. Sven Streit
ist Hausarzt und Professor für Grundversorgung Medizin an der Universität Bern. Er ist seit 2023 Co-Präsident der IG eMediplan.

Anzeige



MARKET

Swiss Health Web

Und vieles mehr –
speziell für medizinisches
Fachpersonal

Gesucht? Gefunden!

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



market.swisshealthweb.ch

Powered by:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Bruno Bischof (1929), † 2.1.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9630 Wattwil
Alfred Jakob Harder (1941), † 27.2.2024, Facharzt für Neurologie, 8304 Wallisellen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Anja Herzog, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Psy-Bern AG, Neuengass-Passage 3, 3011 Bern

Adrian Bärtschi, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Länggassstrasse 8, 3012 Bern

Hergen Friedrich, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, HNO Zentrum, Seilerstrasse 8, 3011 Bern

Marc Beer, Facharzt für Pathologie, Mitglied FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

Maria Schild, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Praxis Dr. med. Sebastian B. Schild, Schölllistrasse 39, 3008 Bern

Simon Rauch, Facharzt für Radiologie, Radiologie VIVA AG, Bernstrasse 21, 3072 Ostermündigen

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Monika Klasa, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Familienpraxis Wilweg, Wilweg 1, 6037 Root

Urs Bürgi, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Facharzt Pneumologie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Entlebuch hat sich gemeldet:

Mark Belak, Praktischer Arzt, Gesundheitszentrum Entlebuch, Glaubenbergstrasse 4, 6162 Entlebuch

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu

richten an: Ärztegesellschaft des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Daniela Kim Vanessa Haiges, Fachärztin Dermatologie und Venerologie, ab 01.12.2019 zu 80% in Küsnacht 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.frischknecht@hin.ch.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

René Tardent, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Rütihofstrasse 8, 8400 Winterthur

Swantje Nathalie Simon, Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, Schochenwinkel 10, 8595 Altnau

Seyed Hamid Yazdani Badabi, Facharzt Allgemeine Innere Medizin, Minzeweg 38, DE-50999 Köln

Niklas Wenzel, Rosenweg 3, 8280 Kreuzlingen

Sarah Wenzel, Rosenweg 3, 8280 Kreuzlingen
Kristina Niedzwietzki de Cozzarelli, Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Badgasse 1, DE-78467 Konstanz

Jan Klein, Facharzt Urologie, Rheinstrasse 17, 8280 Kreuzlingen

Matthias Werner, Facharzt Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Alte Rutschwilerstrasse 15e, 8442 Heggingen

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei der Ärztegesellschaft Thurgau eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen

Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Peter Ink, Facharzt für Arbeitsmedizin und Praktischer Arzt, Arztpraxis Fabris, Adlergartenstrasse 15, 6467 Schattdorf

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Ge-suche und allfällige Einsprachen.

Walliser Ärztegesellschaft / Société Médicale du Valais

Se sont annoncés comme candidats à l'admission à la Société Médicale du Valais : Zur Aufnahme in die Walliser Ärztegesellschaft haben sich angemeldet:

Membres ordinaires / Ordentliche Mitglieder
Svenja Katharina Andenmatten, Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, Arztpraxis Fee, Haus Pan, 3906 Saas-Fee

Maha Myriam A Chahabi Ép. Hamwy, Pédiatre, Centre Prévention et Santé de Grône Sàrl, Rue centrale 123, 3979 Grône

Sarah Coupy-Kerkour, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, SANTECHABLAIS SA, Chemin du Verger 3, 1868 Collombey

Isabelle Françoise Marie Devouge, Spécialiste en psychiatrie, Consultation Couple et Famille, Chaussée du Canal 23, Bouveret

Stéphanie Dorsaz, Spécialiste en médecine interne générale, Cabinet médical du Verger SA, Chemin du Verger 3, 1868 Collombey

Agata Durdzinska Timóteo, Spécialiste en chirurgie de la main, SANTECHABLAIS SA, Chemin du Verger 3, 1868 Collombey

Stepan Esagian-Pouftsiss, Spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, Les Toises AG, Rue de l'Industrie 10, 1950 Sion

Hélène Catherine Sylvine Favre, Spécialiste en médecine physique et réadaptation, CRR SUVA, Avenue de Tourbillon 36, 1950 Sion

Vincent Serge Grek, membre FMH, Spécialiste en médecine interne générale, Avenue de Pratifori 8, 1950 Sion

Thibault Michel Florent Humbert, Médecin praticien, MediFully Sàrl, Rue de la Poste 12, 1926 Fully

Marcin Kaszuba, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, CHVR – Pôle de psychiatrie et psychothérapie, Route de Morgins 10, 1870 Monthey

Kim Anita Margrith Kuonen, Praktische Ärztin, Praxis Chabloz AG, Badnerstrasse 2, 3953 Leuk-Stadt

Ines Mahjoub Ép. Miniaoui, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, Cabinet Les Voilliers Sàrl, Avenue de la Gare 24, 1870 Monthey

Personalien

Anca Mairesse, Spécialiste en médecine interne générale, Cabinet Médical d'Ardon, Route du Simplon 70, 1957 Ardon

Marie Aline Shanta Michellod, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, CRR, Av. du Grand-Champsec 90, 1950 Sion

Jonathan Mudry, Spécialiste en endocrinologie/diabétologie, membre FMH, Medidranse, Route de la Gravenne 14, 1933 Sembrancher

Amelia Monica Nacu, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, membre FMH, Centre de psychiatrie « Les Toises », Rue de l'Industrie 10, 1950 Sion

Megan Alice Pannatier, Spécialiste en médecine interne générale, Angiomed Sàrl, Place de la Gare 3, 3960 Sierre

Michail Papadopoulos, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Praxis Dr. Christian Bannwart, Bahnhofplatz 6, 3920 Zermatt

Sébastien Pawlak, Spécialiste en radiologie, membre FMH, Affidea CIV, Rue de Pré-Fleuri 2C, 1950 Sion

Valentina Peiretti, Spécialiste en pédiatrie, Pédiatrie du Midi Sàrl, Rue de la Dixence 8, 1950 Sion

Chantal Patricia Plomb, Spécialiste en médecine physique et réadaptation, Clinique romande de réadaptation, Av. de Grand-Champsec 90, 1950 Sion

Claudia Béatrice Poloni, Spécialiste en pédiatrie, membre FMH, Spécialiste en neuropédiatrie, CHVR-Hôpital de Sion, Av. du Gd-Champsec 80, 1950 Sion

Luca Pulici, Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, FC Sion, Av. du Gd-St-Bernard 5, 1921 Martigny-Croix

Daniela Quental Ruas De Pinho, Spécialiste en gynécologie et obstétrique, Life Sierre SA, Maison de la Santé, Av. du Général-Guisan 12, 3960 Sierre

Khaled Romdhane, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Spécialiste en ophtalmochirurgie, CMC Ophta Léman Martigny, Rue du Léman 18B, 1920 Martigny

Katja Schnidrig, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Arztpraxis Brigerberg GmbH, Riedgasse 2, 3911 Ried-Brig

Vincent Jean-Marie Françoise Raphaëlle Soubeyran, Spécialiste en médecine nucléaire, membre FMH, CHVR-Hôpital de Sion, Av. du Gd-Champsec 80, 1951 Sion

David-Leander Taugwalder, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Ärztezentrum Zermatt AG, Matterstrasse 15, 3920 Zermatt

Cédric Varonier, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Praxis Chabloz AG, Badnerstrasse 2, 3953 Leuk-Stadt

Katharina Anna Maria Sofia von Gundlach, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Praxis Chabloz AG, Badnerstrasse 2, 3953 Leuk-Stadt

Amel Yahia Aissa, Spécialiste en endocrinologie-diabétologie, Centre médical du Rhône, En Arche 34, 1912 Leytron

Membres extraordinaires / Ausserordentliche Mitglieder :

Arthur Hammer, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Cabinet d'ophtalmologie Dr Christian de Courten, Rue des Sommets de Crans 2, Crans-Montana

Harry Krishna Ruben Roux, Spécialiste en ophtalmologie, membre FMH, Hamsa SA, c/o Vision Neuve, Route de Chippis 64A, Sion

Les avis opposés à l'une ou l'autre admission sont à adresser au Secrétariat de la Société Médicale du Valais (Av. de France 8, 1950 Sion) dans un délai de 2 semaines après publication.

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb von 2 Wochen seit der Publikation schriftlich an das Sekretariat der VSÄG (Av. de France 8, 1950 Sion) einzureichen.

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.



178

Kardioneuroablation – Chance bei Synkopen?

Medizinisches Schlaglicht Vasovagale Synkopen sind häufig und können die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Als Therapie stehen Lifestyle- und pharmakologische Massnahmen, physikalische Manöver sowie die Schrittmachertherapie zur Verfügung. Welche Rolle kommt der vielversprechenden Kardioneuroablation zu?

Richard Kobza, Benjamin Berte



180

Rätselfhafte bipulmonale Konsolidationen und Noduli

Amyloidose Eine rüstige, 84-jährige Patientin wird wegen Odynophagie, Inappetenz, ungewollten Gewichtsverlustes und Melaena zur weitergehenden Abklärung zugewiesen. Bekannt sind ein permanentes Vorhofflimmern, eine hypertensive Herzkrankheit und eine beidseitige periphere arterielle Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten.

Katharina Huss-Mischler, Jean-Luc Kurzen et al.



187

Ein Schwächezustand mit Folgen

Versäumte Diagnose Eine 23-jährige Patientin stellt sich auf der Notfallstation aufgrund einer akuten Verschlechterung eines seit Monaten progredienten Schwächezustandes mit Appetitlosigkeit, progredienter Muskelschwäche und Gewichtsverlust von circa 15 kg ohne Erbrechen oder Durchfall vor. Neu leidet die Patientin auch unter Unterbauchschmerzen.

Pascal Nyffenegger, Paula Hauser et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

Real World zum Ersten

Zoster-Impfung: zweite Dosis!

Bei der Zoster-Impfung für Erwachsene hat der adjuvantierte Subunit-Impfstoff (Shingrix®) die attenuierte Lebendimpfung abgelöst. Shingrix® wird in zwei Dosen mit Mindestabstand von zwei Monaten verabreicht. Wie gut ist der Schutz, wenn die Daten der «real world» analysiert werden? Basierend auf 7,6 Millionen Personendaten beträgt der Schutz im ersten Jahr nach der ersten Impfung 70%, mit einer raschen Abnahme im zweiten und dritten Jahr <50%. Nach der zweiten Impfung beträgt der Schutz 79% im ersten Jahr. Er fällt nur wenig ab in den Folgejahren und beträgt im vierten Jahr noch 73%. Die Einnahme von Kortikosteroiden reduzierte den Schutz um 12%. Fazit: Mit der zweiten Impfung wird ein jahrelanger Schutz gegen Herpes Zoster erreicht.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-2023.
Verfasst am 20.2.24_MK

Warnung

Hypervirulente *Klebsiella* auch multiresistent

Hypervirulente *Klebsiella pneumoniae* (hvKP) verursachen nicht nur Pneumonien, sondern – auch bei Immungesunden – nekrotisierende Haut-, Weichteil- und Knocheninfektionen. Zudem streuen hvKP in Auge, Leber und Zentralnervensystem, wo Abszesse entstehen. Seit 2021 wurden 143 hvKP-Isolate in zehn Staaten in Europa identifiziert. Das «European Centre for Disease Prevention and Control» (ECDC) warnt, dass sich hvKP nicht nur vermehrt verbreiten, sondern neu auch Carbapenemase-Gene tragen. Die Kombination von Hypervirulenz und Multiresistenz hat zur Folge, dass zuvor gesunde Personen mit lebensbedrohenden hvKP-Infekten nicht mehr behandelt werden können. Falls sich diese hvKP auch im Spitalsetting verbreiten, muss eine hohe Morbidität und Letalität befürchtet werden.

ECDC. 2024, doi.org/10.2900/993023.
Verfasst am 20.2.24_MK

Real World zum Zweiten

Screening Lungenkarzinom: die Kehrseite

Die «low-dose» Computertomographie (CT) zum Screening von Lungenkarzinomen verhindert mit 320 Untersuchungen einen Todesfall. Eine retrospektive Studie von >9000 Screenings in der «real world» bestätigte die hohe Sensitivität (93%) des Screenings, zeigte aber den Preis dafür auf: Bei einem Drittel der getesteten Personen wurde in der Folge eine Zusatzuntersuchung (CT, Magnetresonanztomographie oder Positronen-Emissions-Tomographie) durchgeführt und bei einer von 35 Personen erfolgte ein invasiver Eingriff (Bronchoskopie, Biopsie, Pleurapunktion, Mediastinoskopie, Thorakoskopie oder Thorakotomie). Im Vergleich zu den bisher veröffentlichten Daten war die Rate leichter und schwerer Komplikationen der Folgeeingriffe rund doppelt so hoch.

Ann Intern Med. 2024, doi.org/10.7326/M23-0653.
Verfasst am 20.2.24_MK

CME

Malaria

- Malaria ist eine durch die Stechmücke *Anopheles* übertragene parasitäre Infektion von Plasmodien, die in tropischen und subtropischen Regionen vorkommt. Pro Jahr kommt es zu circa 250 Millionen Infektionen und >0,6 Millionen Todesfällen.
- *Plasmodium (P.) falciparum* und *P. vivax* sind am bedeutendsten. Die Erkrankung entsteht durch Invasion der Erythrozyten, die hämolysieren und die in den kleinen Gefässen sequestrieren und die Mikrozirkulation behindern.
- 95% aller Malariafälle treten in Afrika mit *P. falciparum* auf. Weitere Malariagebiete

sind Südamerika und Südostasien, wo *P. falciparum* und *P. vivax* co-endemisch sind.

- Die Präsentation umfasst jegliche grippalen, respiratorischen und gastrointestinalen Symptome. Bei jedem Reiserückkehrer aus einem Endemiegebiet mit unspezifischen Beschwerden gehört Malaria zur Differentialdiagnose.
- Hämolytische Anämie und Thrombopenie sind Leitbefunde im Blutbild. Bei schwerem Verlauf entwickelt sich ein Multiorganversagen.
- Die Diagnose basiert auf dem Nachweis von intraerythrozytären Plasmodien. Die Quantifizierung der Parasitämie hat prognostische Bedeutung. Alternativ oder ergänzend werden Schnelltests verwendet,

mit denen ein Antigen von *P. falciparum* nachgewiesen wird.

- Die Therapie hat seit Einsatz von Artemisinin und dessen Derivaten, die kombiniert mit einem Zweitpräparat verabreicht werden, die Prognose der Erkrankung entscheidend verbessert. Für schwere Fälle ist intravenöses Artesunat geeignet. Leider trüben Resistenzentwicklungen gegen Artemisinin den Erfolg der Therapie.
- Das Thema Malaria ist bei Reiseberatungen obligat. Zur Prophylaxe werden in der Schweiz Atovaquon/Proguanil, Mefloquin und Doxycyclin verwendet. Diese Medikamente eignen sich nicht zur Therapie. Eine Impfung existiert bisher nicht.

Lancet. 2023, doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01249-7.
Verfasst am 28.2.24_MK

Endocarditis marantica

Klinische Präsentation und Outcome

Gemäss autoptischen Studien finden sich nicht-bakterielle thrombotische Klappenvegetationen (NBTE, «Endocarditis marantica») vorwiegend bei Krebskranken (80%) – umgekehrt weisen rund 5% der Patientinnen und Patienten mit einem fortgeschrittenen Malignom NTBE auf.

In einer retrospektiven Monozentrierstudie aus der Mayo Clinic wurden über einen Zeitraum von 20 Jahren alle Patientinnen und Patienten mit aktivem Malignom und echokardiographisch festgestellten NBTE analysiert [1]. Explizit ausgeschlossen wurden Erkrankte mit infektiöser Endokarditis oder bei Nachweis von Antiphospholipid-Antikörpern. Identifiziert wurden insgesamt 115 Fälle (mittleres Alter 63 Jahre, 66% Frauen). Am häufigsten waren Mitralklappe (62%) und Aortenklappe (50%) befallen. In den meisten Fällen lag ein Lungenkarzinom (Adenokarzinom!) vor, gefolgt von Pankreastumoren, gynäkologischen, gastrointestinalen und hämatologischen Neoplasien. Bereits bei Diagnosestellung der NBTE waren embolische Komplikationen häufig: insbesondere zerebral (>80%), aber auch in Milz, Nieren, Koronarien und Extremitäten. Die Mehrheit der Erkrankten wurde antikoaguliert (104/115), vorwiegend mit niedermolekularem Heparin. Die Inzidenz von arteriellen und venösen Thromboembolien war im Verlauf deutlich erhöht, ebenso von grösseren Blutungsereignissen. 94/115 Patientinnen und Patienten verstarben.

Bisher beruhten die klinischen Erfahrungen zu NBTE auf Fallberichten und Einzelfallserien. Bei der aktuellen Studie aus der Mayo Clinic konnten mehr Fälle identifiziert werden als durch alle von 1990–2020 publizierten Fallberichte zusammen. Die Studie zeigt, dass bei krebsassoziierten NBTE mehr Frauen betroffen und vorwiegend die Klappen der linken Herzseite befallen sind. Klinisch manifestieren sich die NTBE vor allem als Stroke. Meistens liegt ein Adenokarzinom zugrunde (Lunge, Pankreas). Auch unter Antikoagulation besteht ein hohes Rezidivrisiko für Thromboembolien, gleichzeitig sind Blutungsereignisse häufig. Direktvergleiche fehlen, aber ältere Studien suggerieren, dass Vitamin-K-Antagonisten weniger wirksam sind als Heparin [2]. Die Mortalität ist vergleichbar mit Erkrankten, die sich mit paraneoplastischer venöser Thromboembolie präsentieren: sie ist hoch und wird durch die Grundkrankheit beeinflusst.

1 Am J Hematol. 2024. doi.org/10.1002/ajh.27239.

2 Am Heart J. 1987, doi.org/10.1016/0002-8703(87)90719-8.

Verfasst am 27.2.24_HU

Lungenentzündung



Case courtesy of Sajoscha A. Sorrentino, Radiopaedia.org, ID: 14979

Der Nutzen des Pneumokokkenantigens im Urin ist bescheiden.

Pneumokokkenantigen im Urin

Bei einer Pneumonie kann – je nach klinischer Situation – die gezielte Suche nach atypischen Erregern (Mykoplasmen, Legionellen), Viren (SARS-CoV-2, Influenza), opportunistischen Erregern (*Pneumocystis jirovecii*, Pilze) oder Problemkeimen (*Pseudomonas*, Mykobakterien) sinnvoll sein. Von untergeordneter Bedeutung – «things we do for no reason» (!) – ist hingegen der Urin-Antigentest für *Streptococcus pneumoniae*, dem häufigsten Pathogen bei einer bakteriellen Pneumonie. Dies aus folgenden Gründen:

1. Die Vortestwahrscheinlichkeit für ein positives Ergebnis ist tief, da die meisten Untersuchungen negativ ausfallen. Eine retrospektive Analyse von 2021 aus drei Spitälern zeigte: von 1428 Tests waren 1408 (98,6%) negativ.
2. Die empfohlenen empirischen Therapien sind gegen Pneumokokken wirksam. In den meisten Fällen beeinflusst ein positives Resultat die Antibiotikawahl nicht. In der erwähnten Analyse wurde das therapeutische Management in lediglich einem einzigen Fall (0,07%) nach Erhalt des Resultats angepasst.
3. Ein negatives Testresultat schliesst aufgrund der suboptimalen Sensitivität das Vorliegen einer Pneumokokkenpneumonie nicht aus.
4. Weder ein positives noch ein negatives Resultat schliesst das Vorliegen zusätzlicher Pathogene aus.
5. Ob und wie die Sensitivität durch die neuen Pneumokokkenimpfungen und/oder vorgängige Antibiotikatherapien beeinflusst wird, ist unklar.

Zudem: Bei einer sehr häufigen Diagnose (Pneumonie!) verursacht ein routinemässiger eingesetzter diagnostischer Test schliesslich auch substantielle Kosten – im Falle des Urin-Antigentests mit überschaubarem Nutzen. Im klinischen Alltag ist initial ja oft unklar, ob eine Pneumonie oder eine alternative Diagnose (Herzinsuffizienz, Exazerbation einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung) vorliegt. Entsprechend kann davon ausgegangen werden, dass der Urin-Antigentest bei einer relevanten Zahl von Patientinnen und Patienten zum Einsatz kommt, bei denen gar keine Pneumonie besteht ...

Kurz: das Pneumokokkenantigen im Urin hat eine ungenügende diagnostische Wertigkeit und das Testresultat einen geringen Einfluss auf therapeutische Entscheidungen. Auf die Bestimmung kann verzichtet werden.

Schlaglicht: Kardiologie

Kardioneuroablation: Chance bei Synkopen?

Vasovagale Synkopen sind häufig und können die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen. Als Therapie stehen Lifestyle- und pharmakologische Massnahmen, physikalische Manöver sowie die Schrittmachertherapie zur Verfügung. Welche Rolle kommt der vielversprechenden Kardioneuroablation zu?

Prof. Dr. med. Richard Kobza; PD Dr. med. Benjamin Berte

Cardiopuls Medical Center, Luzern

Hintergrund

Die vasovagale Synkope stellt die häufigste Form der reflexbedingten Synkope dar. Obwohl vasovagale Synkopen im Allgemeinen als benigne gelten, können sie bei einigen Patientinnen und Patienten dennoch zu Verletzungen führen oder durch ihre Häufigkeit die Lebensqualität stark beeinträchtigen. Bei der vasovagalen Synkope kommt es zu einer Überaktivierung des parasympathischen Nervensystems.

Im Prinzip unterscheiden wir drei Formen:

1. Bei der vasodepressorischen Form kommt es zu einer übermässigen Vasodilatation und einem daraus resultierenden Blutdruckabfall.
2. Bei der kardioinhibitorischen Form führt der übermässige Vagusnervtonus zu einer erhöhten Freisetzung von Acetylcholin und konsekutiv kann es zur Bradykardie bis zur Asystolie kommen.
3. Bei der gemischten Form treten sowohl vasodepressorische als auch kardioinhibitorische Mechanismen auf.

Aufklärung und Lebensstilmassnahmen stellen aktuell die Basistherapie dar und sind auch Klasse-I-Empfehlungen in den aktuellen Guidelines der «European Society of Cardiology» (ESC) [1]. Hingegen sind die übrigen in den

Leitlinien erwähnten Therapien Klasse-IIa- oder -IIb-Empfehlungen, so das physikalische Gegendruckmanöver (IIa), das Tilt-Training (IIb) und bei orthostatischer Form der vasovagalen Synkope die Fludrokortisontherapie (bei jungen Patientinnen und Patienten) oder die Gabe von Midodrin (beide IIb) [1]. Gemäss den aktuellen ESC-Guidelines wird bei Patientinnen und Patienten über 40 Jahren mit häufigen rezidivierenden Synkopen und dokumentierter Asystolie eine Schrittmachertherapie empfohlen (IIa) [1]. Bei unter 40-Jährigen gibt es jedoch keine eindeutigen Belege für den Nutzen einer Herzschrittmachertherapie. Die Kardioneuroablation hat sich als vielversprechende Behandlungsstrategie für Patientinnen und Patienten mit erhöhtem Vagusnervtonus mit vasovagalen Synkopen, funktionellem atrioventrikulärem (AV-)Block und Sinusknotendysfunktion etabliert. Obwohl diese Therapie hauptsächlich in nicht randomisierten Studien untersucht wurde, scheint sie eine vielversprechende Option bei diesen Zuständen (die kardioinhibitorische und gemischte Form) zu sein [2].

Grundlagen für Kardioneuroablation

Das menschliche kardiovaskuläre autonome Nervensystem besteht aus einem komplexen

Netzwerk von Nerven und Neuronen, die im Ganglienplexus zusammenkommen, der in Fettgewebepolstern auf der äusseren Oberfläche des Herzens eingebettet ist. Die präganglionären parasympathischen Axone des Vagusnervs haben Synapsen mit den postganglionären parasympathischen Neuronen im Ganglienplexus. Diese Ganglien spielen eine entscheidende Rolle bei der Regulation der autonomen Innervation des Sinus- und des AV-Knotens.

Die Kardioneuroablation ist ein invasiver Eingriff, der bei wiederkehrenden oder schweren vasovagalen Synkopen angewendet werden kann, insbesondere bei der kardioinhibitorischen Form (Abb. 1).

Die Ablation zielt darauf ab, die übermässige Aktivität des Vagusnervs zu reduzieren und somit die Anzahl und Schwere der Synkopenepisoden zu verringern.

Das Rationale für die Kardioneuroablation beruht auf der Annahme, dass die übermässige Aktivität des Vagusnervs eine wesentliche Rolle bei der Pathophysiologie der vasovagalen Synkope spielt. Durch die gezielte Unterbrechung der Nervenfasern, die den Vagusnerven mit dem Herzen verbinden, wird versucht, die übermässige vagale Stimulation zu reduzieren.



Abbildung 1: Elektrokardiogramm einer jungen Patientin mit rezidivierenden Synkopen und funktionellem atrioventrikulärem Block.

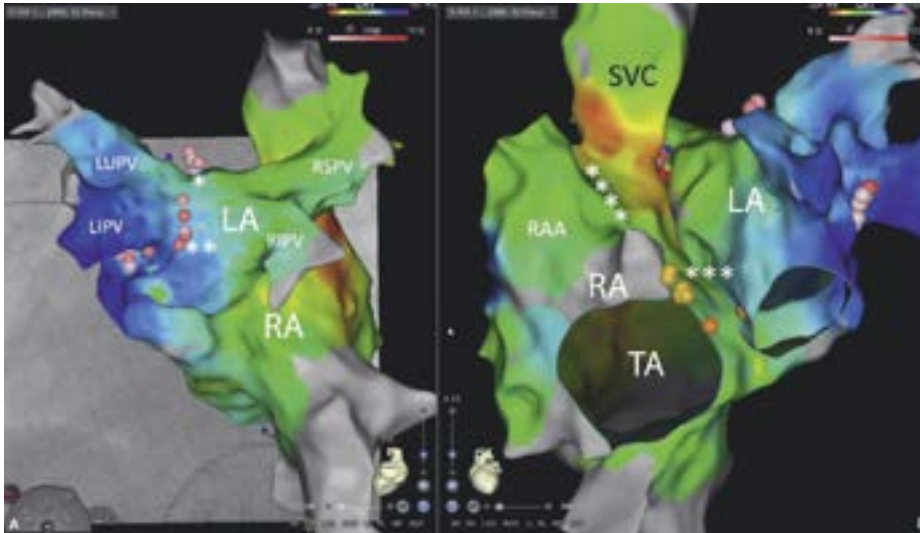


Abbildung 2: Schematische Ansicht der Ganglienplexus (superiorer rechter Vorhof-GP und posteromedialer linker Vorhof-GP nicht dargestellt). **A)** Sicht von hinten auf den linken Vorhof und den rechten Vorhof. **B)** Sicht auf den rechten Vorhof und den linken Vorhof von anterior. Die rosa-roten Punkte entsprechen Ablationspunkten der ablatierten Ganglien.

GP: Ganglienplexus; LA: linker Vorhof; RA: rechter Vorhof; LUPV: rechte obere Lungenvene; LIPV: linke untere Lungenvene; RSPV: rechte obere Lungenvene; RIPV: rechte untere Lungenvene; TA: Trikuspidalannulus; RAA: rechtes Vorhofohr; SVC: superiore Vena cava.

- * superiorer linker Vorhof-GP
- ** posterolateraler linker Vorhof-GP
- *** interatrialer septaler GP
- **** posteriorer rechter Vorhof-GP

Die autonomen Ganglienplexus, die Ziel der Ablation sind, werden folgendermassen klassifiziert (Abb. 2) [3]:

1. superiorer rechter Vorhof-Ganglienplexus (der untere Teil der Vena-cava-aortalen Ganglien);
2. superiorer linker Vorhof-Ganglienplexus;
3. posteriorer rechter Vorhof-Ganglienplexus;
4. posteromedialer linker Vorhof-Ganglienplexus;
5. interatrialer septaler Ganglienplexus;
6. posterolateraler linker Vorhof-Ganglienplexus.

Studienlage

In bisher publizierten Open-Label-Kohortenstudien blieben Patientinnen und Patienten mit vasovagaler Synkope nach einer Kardioneuroablation in über 90% der Fälle frei von Rezidiven. Die erste randomisierte, kontrollierte Studie schloss 48 Personen mit kardiinhibitorischer oder gemischter vasovagaler Synkope zu Kardioneuroablation oder optimaler nicht pharmakologischer Therapie ein [4]. Ablationsendpunkte waren eine Sinusfrequenzbeschleunigung $\geq 25\%$ und die Beseitigung von fragmentierten intrakardialen Elektrogrammen in den ablatierten Bereichen. Nach einer 2-jährigen Nachbeobachtung war das Wiederauftreten von Synkopen im Kardioneuroablation-Arm signifikant geringer (8% vs. 54%, $p = 0,0004$). Es wurden keine Komplikationen im Zusammenhang mit der Kardioneuroab-

lation berichtet. Eine kürzlich durchgeführte Metaanalyse umfasste 465 Patientinnen und Patienten (Durchschnittsalter $39,8 \pm 4$ Jahre) mit vasovagaler Synkope aus 14 Studien [5]. Bei 92% von ihnen wurde Freiheit von Synkopen berichtet. Die gezielte Ablation nur im rechten Vorhof zeigte jedoch im Vergleich zur alleinigen linksatrialen oder biatrialen Ablation schlechtere klinische Ergebnisse.

Die Kardioneuroablation ist ein relativ sicheres Verfahren und in den bisher veröffentlichten Studien werden sehr niedrige Komplikationsraten berichtet [6–12]. Als invasives elektrophysiologisches Verfahren sollten Risiken für vaskuläre, perikardiale und thrombotische Komplikationen berücksichtigt werden. Eine gelegentlich auftretende Sinustachykardie nach dem Eingriff kann effektiv mit Ivabradin oder Betablockern behandelt werden.

Konklusion

Die Kardioneuroablation ist eine vielversprechende Therapie der vasovagalen Synkope; sie führt zu einer Verringerung des Wiederauftretens von Synkopen und einer verbesserten Lebensqualität. Basierend auf der aktuellen Studienlage kann man bei Patientinnen und Patienten unter 40 Jahren mit kardiinhibitorischem oder gemischtem Typ der vasovagalen Synkopen, die weiterhin häufige und belastende Synkopenepisoden erleben, die Durchführung einer Kardioneuroablation evaluieren und als mögliche Therapiealternative anbieten.

Dabei soll aber auch in Betracht gezogen werden, dass Personen mit vasovagaler Synkope anfällig für Placeboeffekte sind. Daher braucht es sicher weitere randomisierte, Sham-kontrollierte Studien, um die Rolle der Kardioneuroablation bei der Behandlung der vasovagalen Synkope zu etablieren und den sichersten und effektivsten Ansatz zu bestimmen.

Korrespondenz

Prof. Dr. med. Richard Kobza
Cardiopuls Medical Center
Zentralstrasse 1
CH-6003 Luzern
richard.kobza[at]cardiopuls.ch

Conflict of Interest Statement

RK erhielt institutionelle Grants von Abbott, Biotronik, Biosense Webster, Boston Scientific, Medtronic und Sis-Medical zuhänden des Luzerner Kantonsspitals und war als wissenschaftlicher Berater für Biosense-Webster, Biotronik, Heart Force und Medtronic tätig. BB erhielt ein EHRA-Stipendium sowie Reisestipendien, Vortragshonorare und Consultancy Fees von Biosense Webster.

Author Contributions Statement

Alle Autoren haben einen wesentlichen Beitrag zu diesem Artikel geleistet.

Empfohlene Literatur

- 2 Kulakowski P, Baran J, Sikorska A, Krynski T, Niedzwiedz M, Soszynska M, Piotrowski R. Cardioneuroablation for reflex asystolic syncope – mid-term safety, efficacy and patient's acceptance. *Heart Rhythm*. 2023;S1547-5271(23)02972-7.
- 3 Aksu T, Po SS. How to perform cardioneuroablation for vasovagal syncope and functional bradycardia. *Heart Rhythm*. 2023;S1547-5271(23)02769-8.
- 4 Piotrowski R, Baran J, Sikorska A, Krynski T, Kulakowski P. Cardioneuroablation for Reflex Syncope: Efficacy and Effects on Autonomic Cardiac Regulation – A Prospective Randomized Trial. *JACC Clin Electrophysiol*. 2023;9(1):85–95.
- 5 Vandenberk B, Lei LY, Ballantyne B, Vickers D, Liang Z, Sheldon RS, et al. Cardioneuroablation for vasovagal syncope: A systematic review and meta-analysis. *Heart Rhythm*. 2022;19(11):1804–12.
- 6 Pachon JC, Pachon EI, Aksu T, Gopinathannair R, Kautzner J, Yao Y, Kusumoto F. Cardioneuroablation: Where are we at? *Heart Rhythm O2*. 2023;4(6):401–13.

Literatur

Die vollständige Literaturliste finden Sie unter: <https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1397762374>.



Prof. Dr. med. Richard Kobza
Cardiopuls Medical Center, Luzern



PD Dr. med. Benjamin Berte
Cardiopuls Medical Center, Luzern

Seltene Differentialdiagnose

Rätselhafte bipulmonale Konsolidationen und Noduli

Dr. med. Katharina Huss-Mischler^a; Dr. med. Jean-Luc Kurzen^b; Dr. med. Jan H. Rüschoff^c; Dr. med. Rahel Schwotzer^d^a Onkologie und Hämatologie Zentrum, Spital Männedorf, Männedorf; ^b Pneumologie, Klinik Medizin, Spital Männedorf, Männedorf; ^c Institut für Pathologie und Molekularpathologie, Universitätsspital Zürich, Zürich; ^d Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie, Universitätsspital Zürich, Zürich

Hintergrund

Im Folgenden schildern wir den seltenen Fall einer Differentialdiagnose von pulmonalen Konsolidationen und Noduli: eine pulmonale Amyloidose als Folge einer systemischen Leichtketten-(AL-)Amyloidose. Die Ursachen, Klinik und Therapiemöglichkeiten einer pulmonalen Amyloidose werden anhand des Fallbeispiels diskutiert.

Fallbericht

Anamnese

Eine rüstige, 84-jährige Patientin wird wegen Odynophagie, Inappetenz, ungewollten Gewichtsverlustes von 4 kg innert vier Monaten (Gewicht 50 kg, Grösse 1,64 m, Body Mass Index [BMI] 18,5 kg/m²) und Melaena zur weitergehenden Abklärung zugewiesen. Bei der Patientin sind ein permanentes Vorhofflimmern, eine hypertensive Herzkrankheit und eine beidseitige periphere arterielle Verschlusskrankheit der unteren Extremitäten bekannt.

Befunde

Die Patientin ist normo- bis hypoton (125/48 mm Hg) und weist einen bradykarden, unregelmässigen Rhythmus auf (Puls 48/min). Im Elektrokardiogramm (EKG) zeigt sich ein bradykardes Vorhofflimmern. Im Labor fällt eine normochrome, normozytäre, hyporegeneratorische Anämie mit einem Hämoglobinwert von 80 g/l auf. Die konventionelle Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt multiple noduläre bis fleckige Veränderungen pulmonal beidseits (Abb. 1).

In der Folge wird ein Computertomogramm (CT) des Thorax und Abdomens angefertigt, das im Verlauf durch eine Positronenemissionstomographie-Computertomographie

mit radioaktiv markierter F-18-Fluorodesoxyglukose (FDG-PET-CT) ergänzt wird. Soweit in diesen Bildgebungen ersichtlich, imponieren bipulmonal ausgedehnte, weichteildichte, azi-



Abbildung 1: Röntgenaufnahme des Thorax, posterior-anteriorer Strahlengang: bipulmonale, fleckförmige Konsolidationen und Noduli.

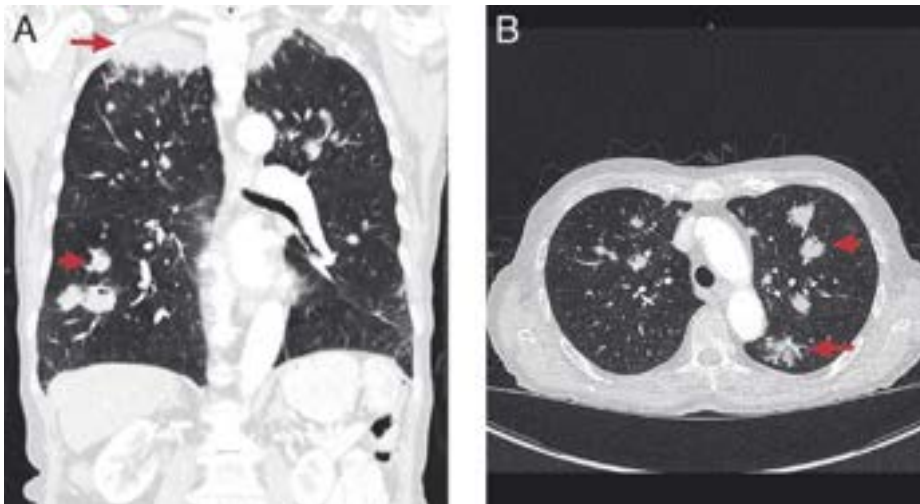


Abbildung 2: Computertomogramm des Thorax, Koronar- (A) und Transversalebene (B): A) Apikal dichte Konsolidationen beidseits (langer Pfeil), Noduli beidseits (kurzer Pfeil); B) Konsolidation (langer Pfeil) und Nodus (kurzer Pfeil).

näre Konsolidationen sowie Noduli mit teilweise marginalen Verkalkungen. Die grösste flächige Konsolidation im Lungenapex erstreckt sich über 3,5 cm × 8 cm (Abb. 2).

Insgesamt weisen die pulmonalen Befunde eine deutliche FDG-Aktivität auf. Andere Raumforderungen oder FDG-aktive Areale sind zerviko-thorako-abdomino-pelvin bis auf

ein FDG-aktives Areal im mittleren Ösophagus nicht darstellbar.

In den gastroscopisch entnommenen Biopsien kann die Diagnose einer durch Herpes-simplex-Viren (HSV) verursachten Ösophagitis gestellt werden. Koloskopisch findet sich zudem eine grosse Angiodysplasie im Colon ascendens, die mittels Argon-Plasma-Koagulation erfolgreich behandelt wird.

Die pulmonalen Konsolidationen werden mittels Bronchoskopie und Entnahme transbronchialer Biopsien weiter abgeklärt. Endobronchial finden sich keine auffälligen Befunde. Die transbronchialen Lungenbiopsien (TBB) zeigen keine Malignität, jedoch finden sich Ablagerungen von Amyloid, vereinbar mit einer Leichtketten-(AL-)Amyloidose vom Typ Lambda (Abb. 3).

Im Rahmen der weiteren hämatologischen Abklärung wird zur Suche einer systemischen AL-Amyloidose als Ursprung der pulmonalen Amyloidose eine Serumelektrophorese mit Immunfixation und Messung der freien Leichtketten durchgeführt. Dabei findet sich

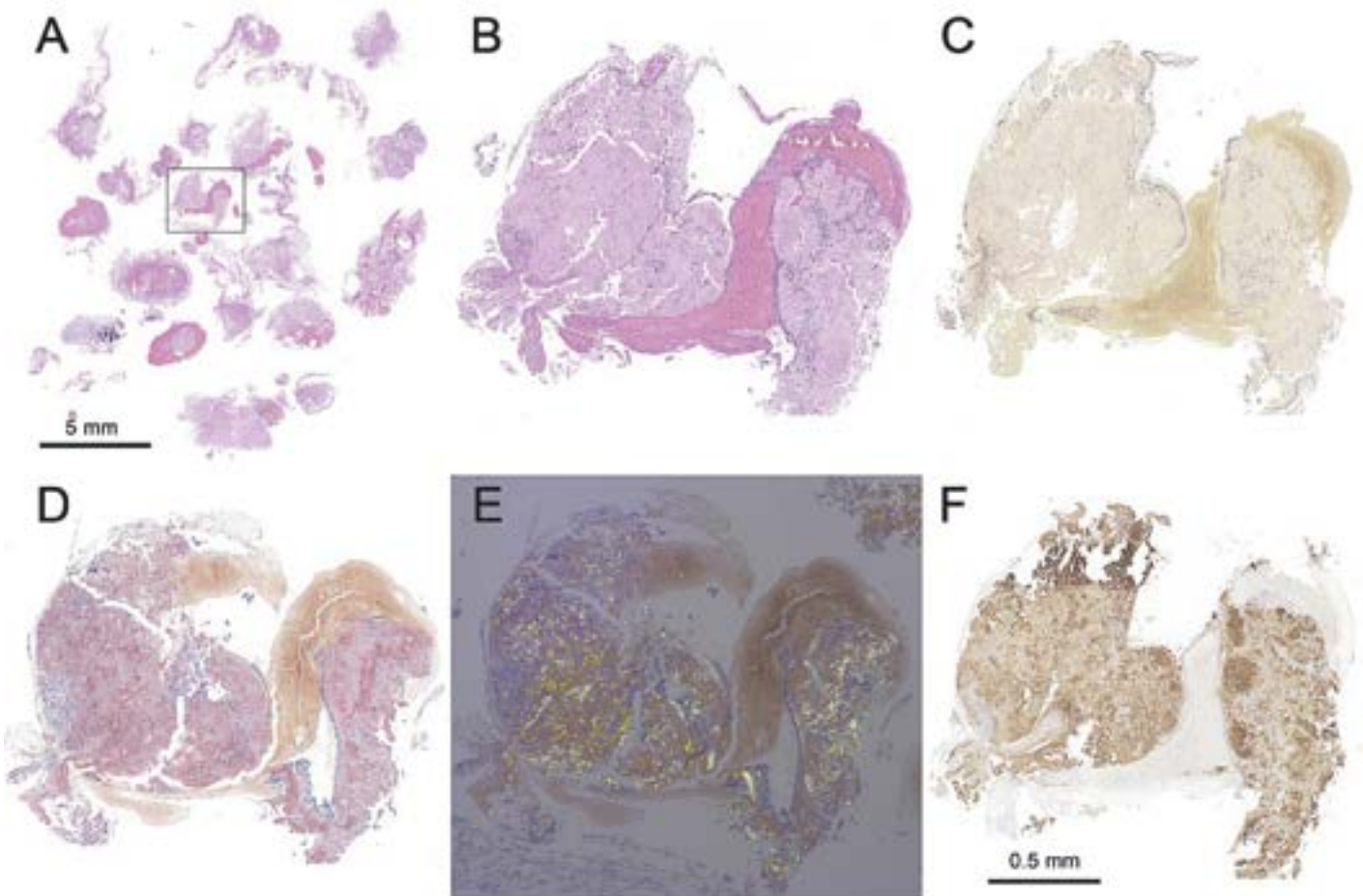


Abbildung 3: Histologische Schnitte der transbronchialen Lungenbiopsien, Hämatoxylin-Eosin-(H&E-) (A, B), Elastika-van-Gieson- (C), Kongorot-Färbung (D, E) und Immunhistochemie (F); Skalenbalken: 5 mm (A) respektive 0,5 mm (B-F). Lungenparenchym mit nodulären Amyloidablagerungen. In der H&E-Färbung kann eosinophiles, amorphes Material in der Übersicht (A) und im Detail (B) nachgewiesen werden. In der Elastika-van-Gieson-Färbung imponieren die Ablagerungen gelb (C), in der Kongorot-Färbung rot (D). Unter polarisiertem Licht zeigt das Material in Kongorot-Färbung eine apfelgrüne Doppelbrechung (E). Die Immunhistochemie für freie Lambda-Leichtketten fällt positiv aus (Nachweis von AL-Lambda-Antikörpern, Klon ULI/LAT; 1:5-Verdünnung; amYmed – Reference Center for Amyloid Diseases, Prof. Dr. med. Reinhold P. Linke, München) (F).

Der besondere Fall

eine biklonale Gammopathie vom Typ IgG Lambda sowie IgM Kappa. Sowohl die Messwerte der Leichtketten (Kappa 18,7 mg/l; Lambda 17,9 mg/l) als auch das Verhältnis der Leichtketten zueinander sind normal. Die M-Gradienten (pathologischer Peak vor oder innerhalb der Gamma- respektive Immunglobulinfraktion der Serumelektrophorese) sind mit 1,5 G/l sowie 0,3 G/l leichtgradig erhöht. In der Knochenmarkpunktion findet sich eine nur leichtgradige Vermehrung der Plasmazellen ohne klaren Nachweis einer klonalen Plasmazellpopulation bei gleichzeitig vorliegender kleiner monoklonaler B-Zellpopulation. Immunphänotypisch findet sich eine vermehrte Kappa-Leichtketten-Expression bei der B-Lymphozyten-Subpopulation, und die MYD88-Genotypisierung ergibt eine Punktmutation (p.L265P) im Exon 5 des MYD88-Gens. Dies ist eine typische Punktmutation im Gen MYD88, wie sie bei Lymphomen, typischerweise beim Morbus Waldenström, vorkommen kann.

Die bei den gastroenterologischen Untersuchungen entnommenen Biopsien werden aufgearbeitet, wobei keine Amyloidablagerungen gefunden werden. Auch zeigen sich in der kardiologischen Abklärung mittels Echokardiographie keine Hinweise auf eine kardiale Beteiligung an der Amyloidose. Letztendlich ergeben sich in der Lungenbiopsie keine Hinweise auf ein B-Non-Hodgkin-Lymphom, soweit sich dies in den transbronchial entnommenen Biopsien beurteilen lässt.

Insgesamt besteht bei serologisch vorliegender Gammopathie vom Typ IgG Lambda der hochgradige Verdacht auf eine systemische AL-Amyloidose vom Leichtketten-Typ Lambda mit isoliertem Befall der Lunge. Weiter liegt eine monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) vom Typ IgM Kappa mit Nachweis einer klonalen B-Zellpopulation vor, was aufgrund der MYD88-Punktmutation an einen Morbus Waldenström oder ein Marginalzonenlymphom denken lässt. Hinweise für ein hierfür symptomatisches Lymphom ergeben sich klinisch, laboranalytisch und bildgebend nicht.

Diskussion

Die systemische Amyloidose ist eine seltene Erkrankung, an der circa 10 pro 1 Million Menschen erkranken [1]. Als Amyloidose werden extrazelluläre Ablagerungen von unlöslichen, abnormalen Fibrillen bezeichnet. Diese entstehen aus unterschiedlichen, kleinen und löslichen Vorläuferproteinen, die falsch gefaltet werden [2]. Insgesamt sind mehr als 30 verschiedene Proteine bekannt, die amyloidogen sind. Die häufigste ist dabei die

Leichtketten-(AL-)Amyloidose [3]. Amyloidproteine weisen die klassische β -Faltstruktur auf. Unter dem polarisierten Lichtmikroskop kann zudem in der Kongorot-Färbung eine apfelgrüne Doppelbrechung des Lichts nachgewiesen werden. Grundsätzlich wird die Diagnose einer Amyloidose an einer Gewebepunktion gestellt, eine Typisierung des Amyloids ist zwingend, da sich die Behandlung danach richtet.

Eine AL-Amyloidose kann systemisch oder lokalisiert auftreten. Das Beschwerdebild respektive die klinische Manifestation hängt davon ab, wie ausgeprägt und wo die Amyloidablagerungen im Körper auftreten. Wird eine systemische Amyloidose nicht behandelt, nimmt der funktionelle Schaden der betroffenen Organe zu und führt schliesslich zum Tod. Eine lokalisierte AL-Amyloidose hingegen hat eine sehr gute Prognose [4].

Eine Mitbeteiligung der Lunge durch eine AL-Amyloidose ist relativ häufig, aber selten symptomatisch. Es werden bei der pulmonalen Amyloidose drei Formen beschrieben: die noduläre pulmonale Amyloidose, die diffuse alveolar-septale Amyloidose und die tracheobronchiale Amyloidose [5]. Diese können klinisch und radiologisch gut unterschieden werden.

Die *noduläre pulmonale Amyloidose* ist meist lokalisiert und tritt häufiger bei Männern als bei Frauen auf (Verhältnis 3:2) [6]. Da die Erkrankung häufig keine Symptome verursacht, wird die noduläre pulmonale Amyloidose meist als Zufallsbefund im Röntgen-Thorax gefunden. Sie kann Kavernen aufweisen, als einzelner Nodus oder auch an zahlreichen Stellen bilateral auftreten [7]. Häufig liegen die langsam wachsenden Raumforderungen peripher subpleural und sind im Durchmesser nur wenige Zentimeter gross. Allerdings sind auch grössere Raumforderungen mit bis zu 15 cm beschrieben worden [8]. Histologisch handelt es sich meist um eine lokalisierte AL-Amyloidose (Immunglobulin-Leichtketten) oder eine AL/AH-Amyloidose (Gemisch aus Immunglobulin-Leichtketten und -Schwerketten) [5]. Mutmasslich liegt eine lymphoproliferative Erkrankung zugrunde (v.a. extranodale Marginalzonenlymphome aus der Gruppe der «mucosa-associated-lymphoid-tissue»-[MALT-] Lymphome), wobei die lymphoproliferative Erkrankung klinisch nicht manifest sein muss. Therapeutisch genügt oft eine Exzision. Die Langzeitprognose ist gut [9].

Bei der *diffusen alveolar-septalen Amyloidose* (Synonym: diffuse parenchymale Amyloidose) finden sich die Amyloidablagerungen in den Alveolarsepten und den Gefässwänden. Fast immer ist sie Ausdruck einer systemischen Amyloidose (meistens AL-Amyloidose) [5]. Bildgebend können Mikronoduli, alveolar-sep-

tale Ablagerungen, Zysten und Verkalkungen gefunden werden [10]. Patientinnen und Patienten mit einer diffusen alveolar-septalen Amyloidose haben oft einen schwerwiegenderen klinischen Verlauf. Da die Amyloidablagerungen interstitiell liegen, kann der Gasaustausch beeinträchtigt sein und die Betroffenen weisen mit Husten, Dyspnoe und Belastungsintoleranz Zeichen einer interstitiellen Lungenerkrankung auf. Zudem können Ablagerungen im Bereich der Gefässe Ursache einer pulmonalen Hypertonie sein [11]. Seltener können diese Ablagerungen auch zu Gefässdissektionen mit Bronchialblutungen führen [12]. Behandelt wird die diffuse alveolar-septale Amyloidose entsprechend der zugrunde liegenden systemischen AL-Amyloidose. Ziel dabei ist es, die Konzentration der frei zirkulierenden freien Leichtketten schnell und tief zu senken. So können weitere Ablagerungen verhindert, die Organfunktion verbessert und das Leben verlängert werden [13]. Bestehende Amyloidablagerungen hingegen werden durch eine Systemtherapie nicht aufgelöst. Die Therapien sind denen des Multiplen Myeloms ähnlich. Allerdings sind Dosisanpassungen häufig und erlauben so eine bessere Verträglichkeit [14]. Bis vor Kurzem basierten die zur Verfügung stehenden klinischen Daten auf Ergebnissen aus Phase-II-Studien, retrospektiven Vergleichen sowie Fallserien. In Phase-II-Studien konnte dabei gezeigt werden, dass Daratumumab, ein gegen «cluster of differentiation 38» (CD38) gerichteter monoklonaler Antikörper, hocheffizient in der Therapie der AL-Amyloidose ist. Der Antikörper zeigte ein rasches und anhaltendes Ansprechen bei gleichzeitig günstigem Nebenwirkungsprofil [15, 16]. Mit der Publikation der Phase-III-Studie ANDROMEDA änderte sich die Therapie der systemischen Amyloidose grundlegend. In der Studie konnte gezeigt werden, dass Daratumumab kombiniert mit Cyclophosphamid, Bortezomib und Dexamethason (CyBorD) verglichen mit CyBorD alleine eine deutliche Verbesserung des hämatologischen Gesamtansprechens und des sehr guten partiellen Ansprechens («very good partial response» [VGPR]) erreichte. Auch kam es zu einer rascheren Verbesserung der kardialen sowie nephrologischen Funktion nach sechs Monaten [17]. Somit kann die Kombination aus Daratumumab und CyBorD als neuer Erstlinien-Therapiestandard in der Behandlung der systemischen AL-Amyloidose angesehen werden.

Die *tracheobronchiale Amyloidose* ist ein organlimitierter Typ der Amyloidose. Dabei finden sich submuköse Plaques laryngeal und tracheal, wobei das Lungenparenchym gespart bleibt [18]. Üblicherweise ist sie nicht mit einer Plasmazelldyskrasie assoziiert [5].

Symptomatisch werden die Betroffenen meist wegen einer stenosierend wirkenden Plaque im Bereich der zentralen Atemwege [19]. Bronchoskopisch finden sich unregelmässige, weissliche Ablagerungen, die fragil sind und nach der Biopsie bluten können. Je nach Lage der Amyloid-Plaques ist die Klinik unterschiedlich. So kann es zu Husten, Hämoptyse und Dyspnoe kommen. Die Verengung der Atemwege kann sich in Giemen oder Stridor äussern und zu poststenotischen Atelektasen und rezidivierenden Pneumonien führen. Ein einzelner submuköser Rundherd kann gegebenenfalls fälschlicherweise auch für eine endobronchiale Neoplasie gehalten werden. Die Therapie richtet sich primär nach den Symptomen, die durch die tracheobronchiale Amyloidose verursacht werden.

In der Abklärung von Lungenrundherden respektive pulmonalen Konsolidationen kommen zahlreiche Differentialdiagnosen in Betracht, die teilweise typische CT-Befunde aufweisen (s. Tab. S1 im Online-Appendix des Artikels).

Therapie und Verlauf

Unsere Patientin hat eine pulmonale Amyloidose mit klinisch hauptsächlich Elementen eines diffusen alveolaren Typs (Histologie mit stellenweiser Beteiligung der Alveolarsepten), bildgebend liegen jedoch sowohl Noduli als auch Konsolidationen vor. Aufgrund des serologisch messbaren M-Gradienten vom Typ IgG Lambda muss von einer systemischen AL-Amyloidose vom Typ Lambda ausgegangen werden, obwohl im Knochenmark kein klarer Nachweis einer klonalen Plasmazellpopulation als mutmasslicher Produktionsort der amyloidogenen Leichtkette gelingt. Entsprechend wird eine Erstlinien-Systemtherapie mit Bortezomib, Cyclophosphamid und Dexamethason in die Wege geleitet, um das Fortschreiten der pulmonalen Amyloidablagerungen zu bremsen. Nach zwei Monaten Therapie zeigt sich weder im Labor noch in der Verlaufsbildgebung ein Therapieansprechen: der M-Gradient vom Typ IgG Lambda persistiert (1,6 g/l), das Verhältnis der freien Leichtketten ist unverändert normal und die pulmonalen Infiltrate sind eher grössenprogredient. Die Patientin hat zunehmende Belastungsdyspnoe und neu auch unproduktiven Husten, was insgesamt für einen Progress der diffusen alveolaren Komponente der pulmonalen Amyloidose spricht. Es erfolgt eine Therapieumstellung auf Daratumumab, kombiniert mit Dexamethason. Nach zwei Monaten Therapie kommt es zu einer deutlichen Senkung des M-Gradienten, wobei dieser mit 0,2 g/l nur noch knapp messbar ist. Eine Verbesserung des Hustens und der Dyspnoe sind noch nicht zu verzeich-

Das Wichtigste für die Praxis

- Die pulmonale Amyloidose ist eine seltene Erkrankung, an die bei suggestiver Grunderkrankung gedacht werden sollte. Sie stellt eine Differentialdiagnose beim Vorliegen von meist multifokalen, möglicherweise kavernierenden und vor allem grössenprogredienten pulmonalen Rundherden oder Konsolidationen dar. Es ist nicht immer ein Malignom.
- Wichtig ist die Unterscheidung zwischen einer lokalisierten (noduläre und tracheobronchiale Amyloidose) und einer systemischen Form der AL-Amyloidose, da sich sowohl die Prognose als auch die Therapieansätze grundsätzlich unterscheiden.
- Häufig, aber nicht immer, sind die noduläre und die tracheobronchiale Manifestation Ausdruck einer lokalisierten Amyloidose und die diffuse alveolar-septale Manifestation Ausdruck einer systemischen AL-Amyloidose.
- Die Prognose der nodulären pulmonalen Form ist günstig, die der diffusen alveolar-septalen und der tracheobronchialen Form nicht.

nen, eine weitere Verschlechterung konnte aber verhindert werden.

Korrespondenz

Dr. med. Katharina Huss-Mischler
Onkologie und Hämatologie Zentrum
Spital Männedorf
Postfach
CH-8708 Männedorf
[k.huss\[at\]spitalmaennedorf.ch](mailto:k.huss[at]spitalmaennedorf.ch)

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

RS gibt an, finanzielle Unterstützung des «Center of Excellence» für Amyloidose von Alnylam und von SOBI an die Einrichtung erhalten zu haben, ebenso Zahlungen an die Einrichtung für Lehrveranstaltungen und Vortragshonorare von Janssen, Alnylam, SOBI, Pfizer, Amgen und BMS sowie Reisekostenunterstützung für die ATTR Masterclass in Porto durch SOBI. Zudem ist sie im Alnylam-Beirat bei SOBI. KHM, JLK und JHR haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Quock TP, Yan T, Chang E, Guthrie S, Broder MS. Epidemiology of AL amyloidosis: a real-world study using US claims data. *Blood Adv.* 2018;2(10):1046-53.
- 2 Pepys MB. Amyloidosis. *Annu Rev Med.* 2006;57:223-41.
- 3 Vaxman I, Dispenzieri A, Mughtar E, Gertz M. New developments in diagnosis, risk assessment and management in systemic amyloidosis. *Blood Rev.* 2020;40:100636.
- 4 Mahmood S, Bridoux F, Venner CP, Sachchithanant-ham S, Gilbertson JA, Rowczenio D, et al. Natural history and outcomes in localised immunoglobulin light-chain amyloidosis: a long-term observational study. *Lancet Haematol.* 2015;2(6):e241-50.

- 5 Milani P, Basset M, Russo F, Foli A, Palladini G, Merlini G. The lung in amyloidosis. *Eur Respir Rev.* 2017;26(145):170046.
- 6 Utz JP, Swensen SJ, Gertz MA. Pulmonary amyloidosis. The Mayo Clinic experience from 1980 to 1993. *Ann Intern Med.* 1996;124(4):407-13.
- 7 Zhang LN, Xue XY, Wang N, Wang JX. Mimicking pulmonary multiple metastatic tumors: a case of primary nodular parenchymal pulmonary amyloidosis with review of the literature. *Oncol Lett.* 2012;4(6):1366-70.
- 8 Lantuejoul S, Moulai N, Quetant S, Brichon PY, Brambilla C, Brambilla E, Ferretti GR. Unusual cystic presentation of pulmonary nodular amyloidosis associated with MALT-type lymphoma. *Eur Respir J.* 2007;30(3):589-92.
- 9 Grogg KL, Aubry MC, Vrana JA, Theis JD, Dogan A. Nodular pulmonary amyloidosis is characterized by localized immunoglobulin deposition and is frequently associated with an indolent B-cell lymphoproliferative disorder. *Am J Surg Pathol.* 2013;37(3):406-12.
- 10 Ohdama S, Akagawa S, Matsubara O, Yoshizawa Y. Primary diffuse alveolar septal amyloidosis with multiple cysts and calcification. *Eur Respir J.* 1996;9(7):1569-71.
- 11 Cordier JF, Loire R, Brune J. Amyloidosis of the lower respiratory tract. Clinical and pathologic features in a series of 21 patients. *Chest.* 1986;90(6):827-31.
- 12 Road JD, Jacques J, Sparling JR. Diffuse alveolar septal amyloidosis presenting with recurrent hemoptysis and medial dissection of pulmonary arteries. *Am Rev Respir Dis.* 1985;132(6):1368-70.
- 13 Palladini G, Dispenzieri A, Gertz MA, Kumar S, Wechalekar A, Hawkins PN, et al. New criteria for response to treatment in immunoglobulin light chain amyloidosis based on free light chain measurement and cardiac biomarkers: impact on survival outcomes. *J Clin Oncol.* 2012;30(36):4541-9.
- 14 Schwotzer R, Flammer A, Gerull S, Pabst T, Arosio P, Averaimo M, et al. Expert recommendation from the Swiss Amyloidosis Network (SAN) for systemic AL-amyloidosis. *Swiss Med Wkly.* 2020;150:w20364.
- 15 Roussel M, Merlini G, Chevret S, Arnulf B, Stoppa AM, Perrot A, et al. A prospective phase 2 trial of daratumumab in patients with previously treated systemic light-chain amyloidosis. *Blood.* 2020;135(18):1531-40.
- 16 Sancharawala V, Sarosiek S, Schulman A, Mistark M, Migre ME, Cruz R, et al. Safety, tolerability, and response rates of daratumumab in relapsed AL amyloidosis: results of a phase 2 study. *Blood.* 2020;135(18):1541-47.
- 17 Palladini G, Kastritis E, Maurer MS, Zonder J, Minnema MC, Wechalekar AD, et al. Daratumumab plus CyBorD for patients with newly diagnosed AL amyloidosis: safety run-in results of ANDROMEDA. *Blood.* 2020;136(1):71-80.
- 18 Wang Q, Chen H, Wang S. Laryngo-tracheobronchial amyloidosis: a case report and review of literature. *Int J Clin Exp Pathol.* 2014;7(10):7088-93.
- 19 O'Regan A, Fenlon HM, Beamis JF Jr, Steele MP, Skinner M, Berk JL. Tracheobronchial amyloidosis. The Boston University experience from 1984 to 1999. *Medicine (Baltimore).* 2000;79(2):69-79.



Der Online-Appendix ist verfügbar unter:
<https://smf.swisshealthweb.ch/de/article/doi/smf.2024.1174095777>.



Dr. med. Katharina Huss-Mischler
Onkologie und Hämatologie Zentrum,
Spital Männedorf, Männedorf

Muskelrelaxation bei Myasthenia gravis

Erneute Gabe von Rocuronium nach Reversierung mit Sugammadex möglich

Dr. med. univ. (AT) Nina Gründlinger^a; Margaux Eshaya-Chauvin^b, dipl. Ärztin; Dr. med. Isabel Marcolino^c

^a Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Stadtspital Triemli, Zürich; ^b Institut für Anästhesiologie, Kantonsspital Winterthur, Winterthur; ^c Institut für Anästhesie und Intensivmedizin, Spital Limmattal, Schlieren

Hintergrund

Muskelrelaxanzien erleichtern die endotracheale Intubation und verbessern die Operationsbedingungen. Die Blockade der neuromuskulären Übertragung wird mittels supramaximaler Stimulation des Nervus ulnaris und der daraus resultierenden Aktivierung des Musculus adductor pollicis gemessen. Obwohl heute mit der Akzelerometrie ein objektives neuromuskuläres Monitoring zur Verfügung steht, wird dieses nur ungenügend eingesetzt. Dies führt zur Gefahr einer postoperativen Restrelaxation («Relaxanzienüberhang»), die mit einer erhöhten Morbidität assoziiert ist [1]. Als Standardmessmethode wird intraoperativ die Train-of-four-Messung mittels Akzelerometrie verwendet. Hierbei werden sowohl die Muskelkontraktion pro Stimulation («train-of-four count») als auch das Verhältnis der vierten Muskelantwort zur ersten Muskelantwort («train-of-four ratio» [TOFR]) gemessen.

Im Kontext der neuromuskulären Restblockaden stellt die Myasthenia gravis, eine neuromuskuläre Erkrankung mit erhöhter Sensibilität gegenüber nicht depolarisierenden Muskelrelaxanzien, eine zusätzliche Herausforderung für das Anästhesieteam dar. Aufgrund der insgesamt niedrigen Fallzahlen können die einzelnen Anästhesisten und Anästhesistinnen mehrheitlich nur auf ihr theoretisches Wissen zurückgreifen.

Fallbericht

Anamnese

Wir berichten über eine 34-jährige Patientin (Gewicht 55 kg, Grösse 156 cm, Body Mass Index 22,6 kg/m²), die uns zur elektiven Thyrektomie bei generalisierter Myasthenia gravis zugewiesen wurde.

Nach Erstmanifestation der Erkrankung mit rezidivierenden Schwierigkeiten beim Sehen, Doppelbildern, Schluckbeschwerden und Dysarthrie war zwei Jahre später erstmalig

eine ärztliche Konsultation erfolgt. Nach Diagnosestellung und Einleitung einer immunsuppressiven Therapie mit Prednisolon und Azathioprin kombiniert mit Pyridostigmin

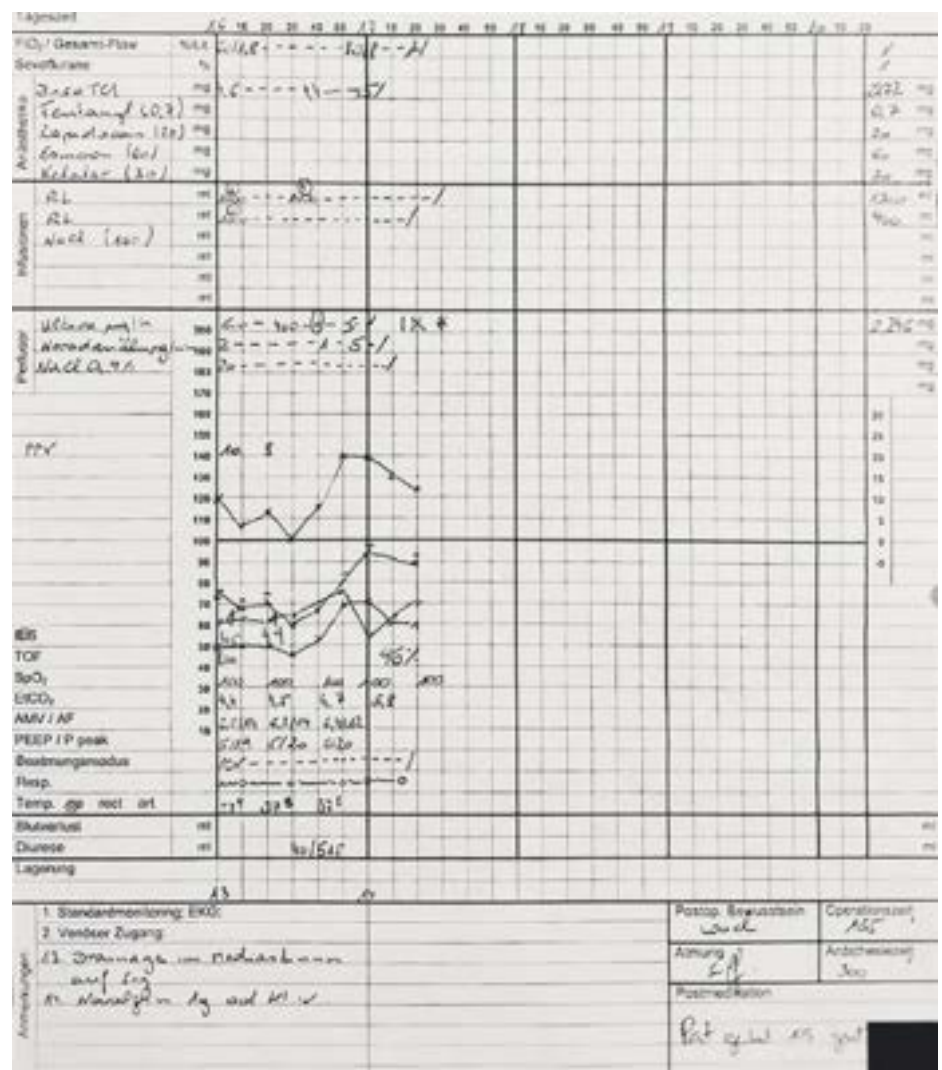


Abbildung 1: Protokoll der ersten Narkose.

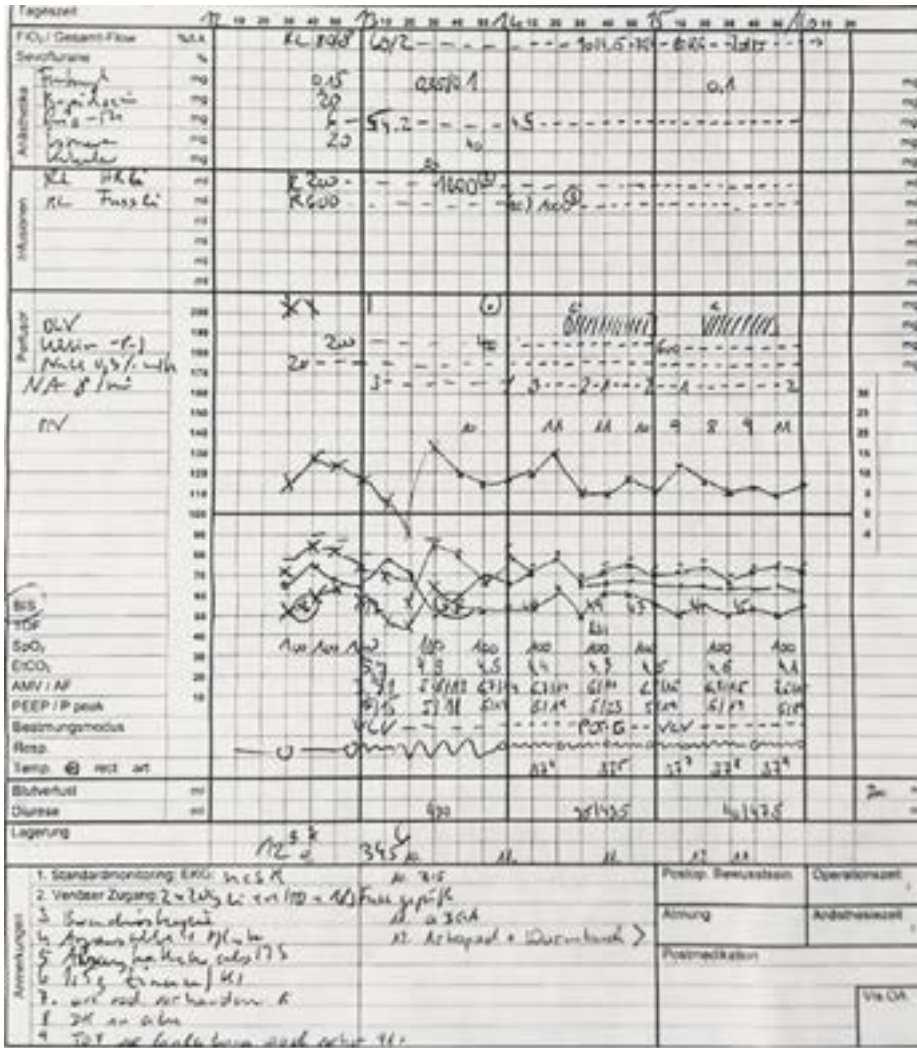


Abbildung 2: Protokoll der zweiten Narkose.

zur symptomatischen Behandlung wurde früh die Indikation zur Thyrektomie gestellt. Im vorliegenden Fall beschreiben wir das perioperative Vorgehen und die Besonderheiten bei einer Patientin mit Myasthenia gravis, mit besonderem Augenmerk auf der erneuten Gabe eines Muskelrelaxans nach vorheriger Reversierung mit Sugammadex.

Therapie und Verlauf

Der elektive Eintritt der klinisch beschwerdefreien Patientin ins Spital zur oberen partiellen Sternotomie und totalen Thyrektomie erfolgte zehn Monate nach Erstdiagnose.

Die medikamentöse Dauertherapie wurde am Operationstag fortgesetzt. Auf eine Prämedikation mit Sedativa wurde zugunsten der Grunderkrankung verzichtet. Es wurde eine intravenöse Narkoseform gewählt. Hierbei verwendeten wir Propofol mittels «target-controlled infusion» (TCI, Modell nach Marsh) sowie Remifentanyl als Dauerinfusion mittels Spritzenpumpe.

Die Messung der neuromuskulären Funktion erfolgte akzeleromyographisch am Mus-

culus adductor pollicis der linken Hand. Die Ausgangsmessung an der sedierten, nicht relaxierten Patientin ergab TOFR von 91%. Unter Single-Twitch-Kontrolle (repetitive Reize mit supramaximaler Reizstärke und einer Frequenz von 2 Hz) verabreichten wir 20 mg Rocuronium (0,36 mg/kg), woraufhin nach drei Minuten bei visuell fehlender Reizantwort problemlos intubiert werden konnte. Aufgrund einer notfallbedingten Ressourcenüberschneidung konnte die Operation nicht wie geplant stattfinden, sondern musste auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden. Die neuromuskuläre Blockade ergab bei Narkoseausleitung (80 Minuten nach Verabreichung von Rocuronium) eine TOFR von 63%. Zur Aufhebung der Relaxierung wurde Sugammadex 200 mg (circa 3,6 mg/kg) appliziert. Die Zeit bis zur vollständigen neuromuskulären Erholung betrug etwa zwei Minuten (TOFR bei Extubation 95%). Die Ausleitung verlief problemlos (Abb. 1).

Zur weiteren Überwachung erfolgte die Verlegung auf die postoperative Aufwachstation. Schliesslich konnte die Operation mit Einver-

ständnis der Patientin sowie aller involvierten Disziplinen 170 Minuten nach erstmaliger Narkoseausleitung durchgeführt werden (Abb. 2).

Wir wählten dieselbe Medikation wie zuvor, inklusive Rocuronium in derselben Dosierung (275 Minuten nach der ersten Gabe). Unter erneuter Single-Twitch-Kontrolle konnte nach circa drei Minuten bei visuell fehlender Reizantwort intubiert werden. Vor Hautschnitt wurde beim Nachweis rückkehrender Reizantwort im «Train-of-Four» (vier Muskelkontraktionen im «train of four count») erneut Rocuronium 40 mg verabreicht. Am Ende der Operation, 200 Minuten nach der letzten Gabe von Rocuronium (Gesamtdosis: 60 mg), zeigte sich spontan eine TOFR von 96%. Die Extubation konnte somit ohne erneute Reversierung erfolgen. Wieder wurde die Patientin auf die postoperative Aufwachstation verlegt. Es kam zu keinerlei postoperativen Komplikationen.

Diskussion

Die anästhesiologische Herausforderung im vorliegenden Fall beruhte auf der wiederholt notwendigen Muskelrelaxierung trotz vorheriger Reversierung einer Restblockade mit Sugammadex bei bestehender Myasthenia gravis.

Die Myasthenia gravis, eine Autoimmunerkrankung mit belastungsabhängiger Erschlaffung der quergestreiften Muskulatur, kann sich klinisch sehr variabel präsentieren. Intraoperativ gelten neben den speziellen anästhesiologischen Handlungsempfehlungen, wie dem Verzicht auf eine orale Prämedikation mittels Benzodiazepinen, die allgemein gültigen Prinzipien der Narkoseführung [2]. Besonderes Augenmerk gilt der Verwendung von Muskelrelaxanzien.

Die Schwierigkeit ergibt sich aus der variablen Sensitivität, der vorbestehenden Muskelschwäche sowie der Interaktion durch die Dauertherapie [3]. Eine Reduktion der Relaxansdosis wurde von mehreren Seiten empfohlen [2, 4]. Sungur Ulke et al. berichteten über die initiale Gabe von 0,3 mg/kg Rocuronium zur Intubation mit überwiegend exzellenten Intubationsbedingungen [4]. Die Nutzung eines quantitativen neuromuskulären Monitorings als Goldstandard sowohl zur Verifizierung des initialen Effekts als auch zur Detektion möglicher Restblockaden sollte allgemein zum Standard bei Verwendung von Muskelrelaxanzien gehören [5]. Die Messung der TOFR vor Gabe eines Muskelrelaxans sollte vor allem bei Patientinnen und Patienten mit Myasthenia gravis erfolgen, um einerseits bei einem erniedrigten Ausgangswert mit einer möglichen erhöhten Sensibilität auf Muskelrelaxanzien zu rechnen

Der besondere Fall

und andererseits postoperativ die anzustrebende TOFR zu kennen [6].

Mit Einführung von Sugammadex (Bridion®) in Europa im Jahr 2008 steht nun ein modifiziertes Gamma-Cyclodextrin zur Einkapsulierung aminosteroidaler Muskelrelaxanzien, speziell Rocuronium, im Plasma zur Verfügung. Die Möglichkeit der Reversierung einer Restblockade unabhängig vom Verabreichungszeitpunkt veränderte den Umgang mit dieser Substanzgruppe grundlegend [3, 7].

Effizienzprobleme bei der Nutzung von Sugammadex sind jedoch möglich und werden in zwei Kategorien unterteilt. Die erste Kategorie bezeichnet die fortbestehende neuromuskuläre Restblockade, wobei die TOFR nie einen Wert über 90% erreicht [3]. Fernandes et al. beschreiben in Bezug darauf ein Versagen der Reversierung trotz wiederholter Gabe von Sugammadex (Kumulativedosis 7,27 mg/kg) bei einem Patienten mit Myasthenia gravis. Erst nach Verabreichung von Neostigmin konnte eine Erholung der Blockade erreicht werden [8].

Die zweite Kategorie, ein Wiederauftreten der neuromuskulären Blockade nach bereits erreichter TOFR $\geq 90\%$, ist sehr selten. Die Inzidenz wird bei korrekter Dosierung mit 0,2% angegeben. Die Dosis sollte nach dem tatsächlichen Körpergewicht berechnet werden, wobei Dosierungen von < 2 mg/kg vom Hersteller nicht empfohlen werden [3, 7].

In einer Studie von Sungur Ulke et al. im Jahr 2013 wurde die Rocuronium-Sugammadex-Sequenzapplikation erstmals auch für Personen mit Myasthenia gravis zur Thymektomie als effektiv beschrieben [4]. Die Kombination erwies sich seither als sicher und zuverlässig [3].

Durch die Wirkung von Sugammadex im Plasma kommt es zu keiner Interferenz am Acetylcholinrezeptor. Eine bestehende Dauermedikation mit Acetylcholinesterase-Hemmern wird somit nicht beeinflusst beziehungsweise wird die Gefahr einer cholinergen Krise bei Verwendung ebendieser Substanzgruppe zur Antagonisierung einer Restblockade verhindert [2].

Die besonderen Umstände im vorliegenden Fall erforderten eine erneute neuromuskuläre Blockade nur 195 Minuten nach Reversierung mit Sugammadex. Laut Fachinformation für Bridion® sollte die zu verabreichende Dosis von Rocuronium nach einer Wartezeit von vier Stunden 0,6 mg/kg betragen (gültig bei vorheriger Gabe von Sugammadex bis zu 4 mg/kg) [7]. Eine spezielle Dosierungsempfehlung beim Vorliegen einer Myasthenia gravis existiert jedoch nicht. Aber auch hier kann die Verwendung eines quantitativen neuromuskulären Monitorings zur Steuerung der Blockadetiefe eine strukturierte

Herangehensweise ermöglichen [9]. Bei Notwendigkeit einer notfallmässigen Reintubation mit erneuter Relaxation nach Verwendung von Sugammadex, zum Beispiel bei einer Nachblutung, sollte vor Ablauf der empfohlenen Wartezeit für Sugammadex auf ein nicht steroidales Muskelrelaxans zurückgegriffen werden.

Ein interdisziplinärer Ansatz bezüglich des optimalen Operationszeitpunkts und des perioperativen Ressourcenmanagements wäre bei dieser vulnerablen Patientengruppe sicher wünschenswert. Retrospektiv hätte dies in unserem Fall die Mehrbelastung der Patientin durch das zweizeitige Vorgehen eventuell verhindert.

Das Wichtigste für die Praxis

- Durch die Verwendung eines objektiven neuromuskulären Monitorings während Narkosen mit Verwendung von Muskelrelaxanzien, speziell auch bei vorliegender Myasthenia gravis, können Restblockaden frühzeitig erkannt und behandelt werden, weshalb es als Goldstandard in der Beurteilung von Restblockaden gilt.
- Bei bestehender Myasthenia gravis sollte die Dosis der verwendeten Muskelrelaxanzien titriert verabreicht werden.
- Die bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnisse unterstützen die Verwendung der Rocuronium-Sugammadex-Sequenzapplikation für Personen mit Myasthenia gravis. Trotzdem sollte die erfolgreiche Reversierung einer neuromuskulären Restblockade objektiv verifiziert werden.

Korrespondenz

Dr. med. univ. Nina Gründlinger
Institut für Anästhesiologie
Universitäts-Kinderspital Zürich
Eleonorenstiftung
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
[nina.gruendlinger\[at\]kispi.uzh.ch](mailto:nina.gruendlinger[at]kispi.uzh.ch)

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

Die Autorinnen haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Kirmeier E, Eriksson LI, Lewald H, Jonsson Fagerlund M, Hoelt A, Hollmann M, Meistelman C, Hunter JM, Ulm K, Blobner M; POPULAR Contributors. Post-anaesthesia pulmonary complications after use of muscle relaxants (POPULAR): a multicentre, prospective observational study. *Lancet Respir Med*. 2019;7(2):129–40.
- 2 Blichfeldt-Lauridsen L, Hansen BD. Anesthesia and myasthenia gravis. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2012;56(1):17–22.

3 Schaller SJ, Lewald H. Clinical pharmacology and efficacy of sugammadex in the reversal of neuromuscular blockade. *Expert Opin Drug Metab Toxicol*. 2016;12(9):1097–108.

4 Sungur Ulke Z, Yavru A, Camci E, Ozkan B, Toker A, Senturk M. Rocuronium and sugammadex in patients with myasthenia gravis undergoing thymectomy. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2013;57(6):745–8.

5 Errando CL, Garutti I, Mazzinari G, Diaz-Cambronero Ó, Bebawy JF. Residual neuromuscular blockade in the postanesthesia care unit: observational cross-sectional study of a multicenter cohort. *Minerva Anesthesiol*. 2016;82(12):1267–77.

6 Fujimoto M, Terasaki S, Nishi M, Yamamoto T. Response to rocuronium and its determinants in patients with myasthenia gravis: a case-control study. *Eur J Anaesthesiol*. 2015;32(10):672–80.

7 European Medicines Agency [Internet]. Amsterdam: EMA; c1995–2021 [Abruf am 20.01.2021]. Bridion product information. Verfügbar unter: https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bridion-epar-product-information_en.pdf.

8 Fernandes HDS, Ximenes JLS, Nunes DI, Ashmawi HA, Vieira JE. Failure of reversion of neuromuscular block with sugammadex in patient with myasthenia gravis: case report and brief review of literature. *BMC Anesthesiol*. 2019;19(1):160.

9 Prottegeier J, Weith T, Muenster T. Orphan diseases: impact for anesthesia practice. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2015;28(6):691–6.



Dr. med. univ. (AT) Nina Gründlinger
Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Stadtspital Triemli, Zürich

Versäumte Diagnose

Ein Schwächezustand mit Folgen

Pascal Nyffenegger^{a*}, dipl. Arzt; Paula Hauser^{b*}, dipl. Ärztin; Dr. med. Reinhard Imoberdorf^c; Dr. med. Cornelia Keller^dKantonsspital Winterthur, Winterthur: ^a Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie; ^b Klinik für Pneumologie; ^c Zentrum für Allgemeine Innere Medizin;^d Klinik für Endokrinologie und Diabetologie

* Geteilte Erstautorschaft

Fallbeschreibung

Eine 23-jährige Patientin stellt sich bei uns auf der Notfallstation aufgrund einer akuten Verschlechterung eines seit Monaten progredienten Schwächezustandes mit Appetitlosigkeit, progredienter Muskelschwäche und Gewichtsverlust von circa 15 kg ohne Erbrechen oder Durchfall vor. Neu leidet die Patientin auch unter Unterbauchschmerzen. Die akute Verschlechterung des Schwächezustandes und die Unterbauchschmerzen seien nach einer COVID-Booster-Impfung aufgetreten, die fünf Tage vor dem Spitaleintritt durchgeführt wurde. Bei der Patientin ist seit schwerem Mobbing in der Kindheit eine komplexe posttraumatische Belastungsstörung bekannt. Sie befindet sich in langjähriger psychologischer Behandlung und lebt in einem Wohnheim für psychisch erkrankte junge Erwachsene. Im Rahmen der obigen Symptomatik und bei diversen unauffälligen Abklärungen, kam es in den Wochen vor der Notfallvorstellung zu einer vollumfänglichen Beistandschaft durch die Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde (KESB) im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung. Die Einnahme jeglicher Medikamente oder anderweitiger Substanzen wird verneint. Klinisch präsentiert sich die Patientin bei uns verlangsamt, mit Zittern des gesamten Körpers und Hypotonie (minimaler Blutdruck 67/47 mm Hg) sowie Tachykardie. Bei der abdominalen Palpation findet sich eine diffuse Druckdolenz im Unterbauch ohne Peritonismus. Es fällt zudem ein blasses Hautkolorit mit Hyperpigmentierungen im Bereich alter Narben an den Armen auf.

Frage 1

Welche paraklinische Untersuchung erscheint Ihnen zu diesem Zeitpunkt am sinnvollsten?

- Blutgasanalyse und Elektrokardiogramm
- Laboranalytische Bestimmung der Entzündungsparameter
- Drogen-Screening im Urin
- Computertomographie des Abdomens
- Alle oben genannten

Bei zunehmend kreislaufunstabiler Patientin mit Hypotonie und Tachykardie ist die Blutgasanalyse als erster diagnostischer Schritt rasch verfügbar. Es imponieren eine Hypoglykämie, eine schwere Hyponatriämie sowie eine

Hyperkaliämie. Zudem finden sich eine Hyperkalzämie und eine leichte hyperchlorämie Azidose. Aufgrund der Tachykardie und der Dyselektrolytämie gehört ein Elektrokardiogramm (EKG) zur weiteren Abklärung sicherlich dazu.

In der ergänzenden Labordiagnostik ist das Parathormon (PTH) adäquat supprimiert und das Thyreoidea-stimulierende Hormon (TSH) deutlich erhöht, bei allerdings normwertigen peripheren Schilddrüsenwerten. Es zeigen sich zusätzlich eine akute Niereninsuffizienz und ein Entzündungszustand. Die Transaminasen und Cholestaseparameter sind nicht relevant erhöht (Tab. 1).

Tabelle 1: Laborwerte bei Eintritt

Laborparameter	Wert bei Eintritt (Referenzwerte)
Glukose	3,2 mmol/l (3,9–5,8)
Natrium	117 mmol/l (136–145)
Kalium	5,3 mmol/l (3,5–5,1)
Calcium korrigiert	3,29 mmol/l (2,10–2,55)
Kreatinin	173 µmol/l (50–98)
CRP	78 mg/l (<5)
TSH	21,7 mU/l (0,35–4,94)
ft4	9,8 pmol/l (9,0–19,1)
PTH	<4 ng/l (15–68)

CRP: C-reaktives Protein; ft4: freies Thyroxin; PTH: Parathormon; TSH: Thyreoidea-stimulierendes Hormon.

Was ist Ihre Diagnose?

Wegen starker diffuser Unterbauchschmerzen mit Druckdolenz, erhöhten C-reaktiven Proteins (CRP) und Kreislaufinstabilität wird ein Computertomogramm (CT) des Abdomens angefertigt, in dem sich keine ursächliche Pathologie zeigt. Die Patientin verneint jegliche Substanzeinnahme. Ein Drogen-Screening im Urin erfolgt nicht, gehört zu den Differentialdiagnosen aber sicherlich dazu.

Frage 2

Welche Diagnose ist am wahrscheinlichsten?

- Nebennierensuffizienz
- Hypothyreose
- Insulinom
- Akute Nebenwirkung der COVID-Booster-Impfung
- Sepsis bei abdominellem Infekt

Aufgrund der Anamnese (schleichende Verschlechterung des Allgemeinzustandes über Monate, Appetit- und Gewichtsverlust, diffuse Abdominalschmerzen), des klinischen Status (Schläfrigkeit, Hypotonie, Tachykardie, Hyperpigmentation im Bereich von Narben) und der Laboranalyse (Hyperkaliämie, Hyponatriämie und PTH-unabhängiger Hyperkalzämie) ist die Diagnose einer Nebennierensuffizienz (NNI) mit Addison-Krise am wahrscheinlichsten. Bei einem Insulinom tritt lediglich eine Hypoglykämie auf, jedoch nicht die übrigen Elektrolytstörungen. Die subklinische Hypothyreose erklärt das Ausmass der Symptomatik und insbesondere die Tachykardie sowie den Gewichtsverlust nicht. Eine direkte Nebenwirkung der COVID-Booster-Impfung mit hämodynamischer Instabilität und schwerster Dyselektrolytämie nach fünf Tagen scheint wenig plausibel. Bei unauffälligem CT, fehlendem Infektfokus und längerer Vorgeschichte der Beschwerden ist eine Sepsis unwahrscheinlich.

Frage 3

Welchen laboranalytischen Marker bestimmen Sie als nächste?

- Cortisol
- Adrenocorticotropin (ACTH)
- Aldosteron/Renin
- Anti-21-Hydroxylase-Antikörper
- Thyreoperoxidase-(TPO-)Antikörper

Als unmittelbar nächster Wert sollte das Cortisol bestimmt werden, das hier – wie zu erwarten – nicht nachweisbar tief ist. Zur Differenzierung der primären versus sekundären NNI ist danach die Bestimmung von ACTH sowie Aldosteron/Renin notwendig. Die Konzentration von ACTH ist massiv erhöht und das Aldosteron nicht messbar tief, somit handelt es sich um eine primäre NNI (Tab. 2).

In 80–90% der Fälle liegt die Ursache des Morbus Addison in einer Autoimmunadrenalitis. Zur Überprüfung sollten die Anti-21-Hydroxylase-Antikörper bestimmt werden. Diese sind hier ebenfalls deutlich erhöht, womit die Diagnose einer primären, autoimmunnen NNI gesichert ist. Die TPO-Antikörper können in der Differentialdiagnose von Schilddrüsenfunktionsstörungen hilfreich sein.

Behandlung

Frage 4

Wie würden Sie nach initialer Stabilisierung mittels Volumengabe weiterbehandeln?

- Prednisolon 1000 mg als intravenöse Stosstherapie
- Hydrocortison 20 mg per os
- Hydrocortison 100–200 mg intravenös
- Hydrocortison 20 mg per os und Levothyroxin per os
- Hydrocortison 100 mg intravenös und Levothyroxin per os

Im Falle einer Addison-Krise steht die initiale Stabilisierung mittels Volumengabe und, falls nötig, mit Katecholaminen an erster Stelle, gefolgt von einer möglichst raschen Substitution mit Cortisol in Stressdosis. Eine Behandlung mit hoch dosiertem, intravenösem Prednisolon ist typischerweise für akute, schwere Entzündungen primär aus dem neurologischen (Multiple Sklerose) oder dem rheumatologischen Formenkreis reserviert. Bei der primären NNI, auch wenn eine Adrenalitis die Ursache ist, geht es nicht um die Behandlung der Entzündung, sondern um die Substitution des lebensnotwendigen Cortisols.

Hydrocortison per os ist die designierte Langzeittherapie bei stabilem Verlauf einer NNI. Üblicherweise werden Tagesdosierungen von 10–30 mg benötigt. Bei der lebensbedrohlichen Addison-Krise ist die intravenöse Verabreichung von hoch dosiertem Hydrocortison angezeigt. Wir behandeln unsere Patientin mit einem initialen Bolus von 100 mg intravenös, gefolgt von einer Dauerinfusion mit 100 mg über 24 Stunden.

Obwohl das TSH doch deutlich erhöht ist, interpretieren wir dies im Rahmen der TSH-Enthemmung bei Cortisol-Mangel und verzichten auf den Therapiebeginn bei möglicher Hypothyreose.

Prognose

Frage 5

Welche Aussage zur Prognose für unsere Patientin trifft nicht zu?

- Es besteht ein erhöhtes Risiko für Komplikationen bei Infekten.
- Es besteht ein erhöhtes Risiko für andere Autoimmunerkrankungen.
- Nach Behandlung der Adrenalitis kommt es zur Restitutio ad integrum.
- Eine lebenslange Therapie ist notwendig.
- Die psychiatrische Erkrankung ist unabhängig von der NNI.

Solange eine NNI persistiert, besteht bei jeglicher Stresssituation aufgrund des erhöhten Cortisol-Bedarfs das Risiko einer erneuten Addison-Krise. Hierzu zählen insbesondere auch eigentlich banale Infektionen. Patientinnen und Patienten mit Autoimmunadrenalitis haben ein erhöhtes Risiko für weitere Autoimmunerkrankungen wie Autoimmunthyreopathien, perniziöse Anämie oder Diabetes mellitus Typ 1 [1]. Eine Autoimmunadrenalitis kann auch Teil eines polyglandulären Autoimmunsyndroms sein.

Therapeutisches Ziel bei primärer NNI ist das Verhindern von Mangelsymptomen durch Substitution mit Hydrocortison. Die Destruktion der Nebenniere durch die Entzündung kann nicht rückgängig gemacht werden, in der Folge besteht in der Regel eine lebenslange Therapieindikation.

Die psychiatrische Grunderkrankung unserer Patientin trat viele Jahre vor der NNI auf. Wir gehen deshalb davon aus, dass es sich hierbei um zwei voneinander unabhängige Erkrankungen handelt. Bekannt ist aber, dass insbesondere psychotische Symptome unter hoch dosierter Steroidtherapie exazerbieren können, wie dies auch bei unserer Patientin

Tabelle 2: Zusätzlich bestimmte Laborwerte bei Eintritt

Laborparameter	Wert bei Eintritt (Referenzwerte)
Cortisol	<22 nmol/l, nicht messbar
Adrenocorticotropin (ACTH)	1998 ng/l (<61 ng/l)
Aldosteron	<19 nmol/l, nicht messbar
Anti-21-Hydroxylase-Antikörper	34,2 U/ml (<0,4 U/ml)

mit deutlich verstärkten Wahnvorstellungen unter Hydrocortison intravenös beobachtet werden kann.

Diskussion

Eine NNI wird häufig bei diversen diffusen Symptomen gesucht. Die eigentlichen Kardinalsymptome einer NNI sind neben allgemeiner Müdigkeit insbesondere ein ausgeprägter Gewichtsverlust und Appetitlosigkeit [2-4]. Im vorliegenden Fall präsentiert sich das Vollbild einer invalidisierenden primären NNI autoimmuner Genese. Aufgrund der zeitlichen Korrelation scheint es möglich, dass die COVID-19-Booster-Impfung zu einer Aktivierung des Immunsystems und somit auch zu einer Exazerbation der vorbestehenden autoimmunen Entzündung der Nebennieren geführt hat. Schliesslich ergab die manifeste Addison-Krise die Diagnosestellung der primären autoimmunen NNI.

Aufgrund der langjährigen psychiatrischen Vorerkrankung lag die Annahme nahe, dass auch die Zustandsverschlechterung in den sechs Monaten vor der Hospitalisation psychiatrisch begründet war. In der psychiatrisch-fachärztlichen Untersuchung war diese These durch die zusätzliche Diagnosestellung einer Borderline- und schizoaffektiven Störung weiter unterstützt worden, sodass eine NNI trotz grundlegender somatischer Abklärung nicht gesucht und nicht gefunden wurde. Der Entscheid der KESB für eine vollumfängliche Beistandschaft ist vor diesem Hintergrund nachvollziehbar.

Rückblickend lässt sich konstatieren, dass der Grossteil der Symptomatik der letzten sechs Monate vor der Hospitalisation mit der primären NNI erklärbar war und sich durch Einleitung einer Glukokortikoid- und Mineralokortikoids substitution rückläufig zeigte. Die Schilddrüsenwerte normalisierten sich nach Beginn der Steroids substitution. In der ambulanten Weiterbetreuung persistierten aber eine Müdigkeit und Antriebslosigkeit, die wir als durch die psychiatrische Erkrankung bedingt sehen.

Antworten

Frage 1: e. Frage 2: a. Frage 3: a. Frage 4: c. Frage 5: c.

Korrespondenz

Pascal Nyffenegger
Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie
Kantonsspital Winterthur
Brauerstrasse 15, Postfach
CH-8401 Winterthur
[pascal.nyffenegger\[at\]ksw.ch](mailto:pascal.nyffenegger[at]ksw.ch)

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

CK hat angegeben, Honorare für Vorträge oder Lehrveranstaltungen, Reiseunterstützung sowie Materialien oder Dienstleistungen von Novo Nordisk, Lilly und Merck Sharp & Dohme (MSD) erhalten zu haben, ebenso Materialien oder Dienstleistungen von Astra-Zeneca. PN, PH und RI haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- Zelissen PM, Bast EJ, Croughs RJ. Associated autoimmunity in Addison's disease. *J Autoimmun.* 1995;8(1):121-30.
- Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015;3(3):216-26.
- Erichsen MM, Lovås K, Skinningsrud B, Wolff AB, Undlien DE, Svartberg J, et al. Clinical, immunological, and genetic features of autoimmune primary adrenal insufficiency: observations from a Norwegian registry. *J Clin Endocrinol Metab.* 2009;94(12):4882-90.
- Mitchell AL, Pearce SH. Autoimmune Addison disease: pathophysiology and genetic complexity. *Nat Rev Endocrinol.* 2012;8(5):306-16.



Pascal Nyffenegger, dipl. Arzt
Klinik für Gastroenterologie und
Hepatologie, Kantonsspital Winterthur,
Winterthur



Paula Hauser, dipl. Ärztin
Klinik für Pneumologie, Kantonsspital
Winterthur, Winterthur

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

Platin Package: 2 x 1/1 Seite/page = CHF 6895.-

- 2 x 1/1 Seite (gleiches Inserat), 186 x 256 mm
max. 6110 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 60 Tage

Gold Package: 1/2 Seite/page = CHF 3375.-

- 1/2 Seite hoch, 88 x 256 mm
max. 3000 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/2 Seite quer, 186 x 126 mm
max. 2730 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Silver Package: 3/8 Seite/page = CHF 2780.-

- 3/8 Seite, 88 x 190 mm
max. 2100 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Bronze Package: 1/4 Seite/page = CHF 1795.-

- 1/4 Seite hoch, 88 x 126 mm
max. 1260 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage
- 1/4 Seite quer, 186 x 62 mm
max. 1170 Zeichen inkl. Leerzeichen, Laufzeit online: 30 Tage

Alle Preise zuzüglich 8,1% MWST.

Annahmeschluss: 14 Tage vor Erscheinen

Mediadaten: www.saez.ch/stellenmarkt

Tous les prix avec 8,1% TVA en sus.

Dernier délai: 14 jours avant parution



Die Verbesserung der Krebsbehandlung der Schweizer Bevölkerung ist das Ziel der SAKK. Seit 1965 sind wir das nationale Netzwerk für klinische Krebsforschung und primäre Ansprechpartnerin für Behörden, Verbände und pharmazeutische Unternehmen in der Schweiz. Im Berner Kompetenzzentrum unserer Non-Profit Organisation arbeiten rund 70 Mitarbeitende zusammen mit einem Netzwerk aller wichtigen onkologischen Kliniken.

Als Nachfolge des heutigen Stelleninhabers suchen wir nach Vereinbarung eine*n

CEO SAKK (m/w)

Ihre Aufgaben

Im Auftrag des Vorstandes leiten Sie personell, fachlich und finanziell die Geschäfte der SAKK. Sie sorgen für eine qualitativ hochstehende und wirtschaftliche Leistungserbringung mittels funktionstüchtiger Strukturen und Prozesse. Sie sind zuständig für die Weiterentwicklung der Bereiche Planung, Controlling, Reporting und Kommunikation und etablieren eine motivierende und integrative Führungs- und Unternehmenskultur. In Absprache und Kooperation mit dem Präsidenten der SAKK tragen Sie wesentlich zur Pflege und Stärkung des Kooperationsnetzwerkes bei.

Ihr Profil

Sie haben Führungserfahrung in Expertenorganisationen und kennen das schweizerische Gesundheitswesen. Sie besitzen ein hohes Verständnis für betriebswirtschaftliche und finanzielle Zusammenhänge und haben Erfahrung in den Bereichen Unternehmens- und Organisationsentwicklung. Sie sind vertraut mit Öffentlichkeitsarbeit und können Netzwerke weiterentwickeln. Dank Ihrer hohen Sozialkompetenz verfügen Sie über eine ausgezeichnete Kommunikationsfähigkeit, können gut repräsentieren und haben viel Verhandlungsgeschick. Ein Hochschulabschluss sowie sehr gute Sprachkenntnisse in Deutsch und Englisch vervollständigen Ihr Profil.

Unser Angebot

Als CEO der bedeutendsten Schweizer Organisation für klinische Krebsforschung übernehmen Sie die operative Gesamtverantwortung und eine vielseitige Führungsaufgabe. Sie tragen essenziell zur strategischen Weiterentwicklung und zum Ausbau der SAKK bei. Sie sind am Puls der neuesten Entwicklungen der Krebsforschung und haben direkten Kontakt zu den wichtigsten wissenschaftlichen, politischen und wirtschaftlichen Entscheidungsträgern. Es erwartet Sie ein Team mit hervorragender Fachkompetenz und ein schweizweites Netzwerk. Die SAKK bietet attraktive Anstellungsbedingungen und einen Arbeitsort inmitten der Bundeshauptstadt Bern, 5 Minuten vom Hauptbahnhof entfernt.

Bewerbungen nehmen wir gern via job@sakk.ch entgegen. Für Rückfragen steht Ihnen der Präsident der SAKK, Prof. Miklos Pless, unter der E-Mail-Adresse miklos.pless@sakk.ch zur Verfügung.



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

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





Ente Ospedaliero Cantonale



The Ente Ospedaliero Cantonale (EOC) and the University of Italian Switzerland (USI)
are seeking applications for the position of

Head of the Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano Full Professor of Gastroenterology and Hepatology at the Università della Svizzera Italiana

The successful applicant will hold the positions of:

- Head, Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano
- Medical Director of the future EOC Division of Gastroenterology and Hepatology
- Full Professor of Gastroenterology and Hepatology at the Faculty of Biomedicine of the University of Lugano in Switzerland, Institute of Human Medicine, responsible for organizing the theoretical and clinical teaching of gastroenterology and hepatology as part of the training programs in human medicine.

Essential criteria

The candidate must have:

- postgraduate qualification in gastroenterology in accordance with Art. 20 and 21 of the Federal Law on University Medical Professions (LPMed). For foreign qualifications, Mebeko recognition is required before starting work at the EOC;
- established experience in gastroenterology with expertise in diagnostic endoscopy, acquired at least in a leading role at a university or cantonal hospital or equivalent foreign institution;
- academic qualification to teach gastroenterology at a Swiss or foreign university;
- solid and proven experience in the clinical and managerial running of a hospital service;
- expertise in the clinical management of endoscopy rooms, outpatient clinics and ward patients;
- ability to manage quality and clinical governance programs for the Service's medical staff;
- willingness to collaborate with a proven team of physicians active in the various fields of gastroenterology and hepatology, both at the Lugano site and at the other EOC sites, in order to continue its development and maintain its clinical excellence;
- willingness to maintain and develop a culture of continuous improvement and optimization of patient value;
- Experience and willingness to promote multidisciplinary/interprofessional clinical collaboration (e.g. tumour boards);
- experience in actively promoting, contributing to and supporting the achievement of the objectives of the hospital as a whole;
- willingness to continue and strengthen collaboration with local doctors;
- commitment to develop training and research activities that foster the academic progression of staff members, ensuring continuity with the activities already developed;
- evidence of academic teaching, the development of basic and continuing education in gastroenterology and hepatology and a keen interest in scientific research;
- solid and proven experience in conducting a research program (clinical, translational and/or fundamental) and obtaining funds for research projects;
- willingness to collaborate with members of the Faculty of Biomedical Sciences of the Università della Svizzera Italiana (USI) in the definition and implementation of study paths and the development of research within the Faculty;
- interest and motivation to promote projects and positions related to the concept of equal opportunities;
- adequate knowledge of Italian, English and ideally one other national language.

The successful applicant will be offered

- the opportunity to join a solid and experienced staff;
- the role of head of the Division of Gastroenterology and Hepatology at the Regional Hospital of Lugano, and the future role of director of the EOC Division of Gastroenterology and Hepatology;
- involvement in the board of directors of the EOC Department of Medicine;
- involvement as full professor in a new and dynamic Faculty of Biomedicine;
- active participation in the realization of the Master in Human Medicine of the USI Faculty of Biomedicine.

The starting date is 1st January 2025, subject to negotiation.

The conditions of appointment are outlined in the recruitment policy for EOC staff and physicians and, for the academic part, in the Terms of Reference and Regulations on the general working conditions of academic staff at USI.

USI and EOC aspire to be an exemplary university and employer, ensuring equal opportunities in recruitment, development, retention and promotion of staff, and that no-one is disadvantaged on the basis of their gender, cultural background, disability, sexual orientation or identity. We encourage everyone who meets the selection criteria to apply.

Applications, in electronic format, complete with curriculum vitae and copies of study and work certificates, must be uploaded on the dedicated platform, at the following address: <http://www.eoc.ch/Offerte-lavoro.html> by **17.04.2024**. Incomplete applications, received at other addresses, in paper format or after the deadline, will not be accepted.

For further information, please contact:

Clinical matters:

Prof. Dr. med. Paolo Ferrari, Chief Medical Officer – Direzione generale, Ente Ospedaliero Cantonale (paolo.ferrari@eoc.ch – Phone +41 91 811 13 14).

Academic matters:

Prof. Dr. med. Giovanni Pedrazzini, Dean, Faculty of Biomedicine, Università della Svizzera Italiana (giovanni.pedrazzini@usi.ch – Phone +41 58 666 49 00).

Bellinzona / Lugano, 20 March 2024

The procedure in question is not subject to any means of appeal and/or remedy in law, since the contract to be concluded with the successful bidder is based on private law.

www.claraspital.ch

stClaraspital

In besten Händen.

Das Claraspital, grösstes Basler Privatspital, ist ein universitäres Lehr- und Forschungsspital mit einem vollumfänglichen Leistungsauftrag für die hochspezialisierte Bauchchirurgie und überregionaler Ausstrahlung seiner Zentren «Bauch» und «Tumor» sowie seiner Spezialgebiete. Im Claraspital finden Mitarbeitende Arbeitsplätze, an denen sie sich beruflich wie auch menschlich entfalten können. Grossen Wert legen wir im Claraspital darauf, unsere Unternehmenskultur bewusst zu pflegen und weiterzuentwickeln und die gemeinsam erarbeiteten Kulturkriterien «gemeinsam – kompetent – verantwortungsbewusst» aktiv zu leben.

Per 1. Juni 2025 oder nach Vereinbarung suchen wir eine/n

Chefärztin / Chefarzt Allgemeine Innere Medizin 100 %

für die Leitung der Abteilung Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie und Ernährungszentrum

Die Medizinische Klinik führt die Abteilungen Allgemeine Innere Medizin, Endokrinologie mit Ernährungszentrum, Kardiologie, Pneumologie und das Tumorzentrum mit den jeweiligen Bettenstationen. Das Team der Allgemeinen Inneren Medizin ist auf die Behandlung komplexer internistischer Krankheitsbilder spezialisiert und wird durch Spezialisten der Allgemeinen Inneren Medizin, sowie der Endokrinologie, Infektiologie und Nephrologie gebildet. Im Ernährungszentrum steht die interdisziplinäre Behandlung von Adipositas, Endokrinopathien und Ernährungsstörungen im Mittelpunkt.

Ihre Aufgaben

- fachliche und organisatorische Leitung der Abteilung Allgemeine Innere Medizin (AIM) mit den Teams AIM, Infektiologie, Endokrinologie und Stoffwechszentrum
- kompetente Abklärung, Behandlung und Weiterleitung von ambulanten und stationären Patientinnen und Patienten
- Weiterentwicklung der Abteilung AIM bezüglich Prozesse und Strukturen gemäss der Strategie und den Zielsetzungen des Claraspitals
- Führung des Ernährungszentrums (inkl. Ernährungs- und Diabetesberatung)
- Mitverantwortung in der Weiterbildung AIM

Ihr Profil

- Facharzt für Allgemeine Innere Medizin
- Spezialisierung in Endokrinologie und/oder Ernährungsmedizin
- breite klinische Erfahrung in den Fachgebieten der AIM
- Habilitation ist erwünscht
- führungsstarke, lösungsorientierte und integrative Persönlichkeit
- menschlich-patientenzentrierte, dienstleistungsorientierte, kommunikative Arbeitsweise

Unser Angebot

- eine verantwortungsvolle Position mit einem vielseitigen und anspruchsvollen Aufgabengebiet in einem zertifizierten, innovativen Privatspital
- universitäres Forschungs- und Lehrkrankenhaus mit Spitzenmedizin und exzellenter Pflege
- Zugang zu neuesten medizinischen Technologien und Möglichkeit zur klinischen Forschung
- vielfältige interne und externe Weiterbildungsmöglichkeiten

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Prof. Dr. med. Dieter Köberle, Leiter Medizinische Klinik, T +41 61 685 84 75.

Fühlen Sie sich angesprochen, dann freuen wir uns auf Ihre Online-Bewerbung bis zum **3. Mai 2024**.



RÉSEAU FRIBOURGEOIS
DE SANTÉ MENTALE
FREIBURGER NETZWERK
FÜR PSYCHISCHE GESUNDHEIT

Der Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Freiburger Netzwerks für psychische Gesundheit (FNPG) gewährleistet die psychiatrische Abklärung und Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Kanton Freiburg.

Der Bereich umfasst regionale ambulante Konsultationen, konsiliar- und liaisonpsychiatrische Leistungen, ein mobiles Team und eine Jugendstation. Gleichzeitig pflegt er eine enge Zusammenarbeit mit seinen Partnern des Netzwerks benachbarter Disziplinen und mit der Universität Freiburg.

Infolge eines Abgangs unter den drei Leitenden Ärztinnen und Ärzten des Bereichs suchen wir per **1. August 2024 oder nach Vereinbarung:**

Stellvertretende ärztliche Direktorin / Stellvertretender ärztlicher Direktor

des Bereichs Kinder- und Jugendpsychiatrie und
-psychotherapie (80 oder 100%)

Aufgabenbereich

- ✓ Auf Delegation der ärztlichen Direktion Aufträge und Projekte in den Bereichen Klinik, Management und interne und externe Repräsentation übernehmen und regelmässig und treu darüber Bericht erstatten
- ✓ Sich für die Entwicklung der gesamten Institution einsetzen und die Dekompartimentierung der Disziplinen fördern
- ✓ Die erhaltenen Aufträge kompetent, überzeugend, kohärent und sinnvoll umsetzen und die erforderlichen Weisungen erteilen
- ✓ Die Verantwortung für Querschnittsaufträge im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie oder im Netzwerk übernehmen und dabei mit den anderen Berufsgruppen positiv zusammenarbeiten
- ✓ In Abwesenheit des Ärztlichen Direktors die ärztliche Leitung übernehmen
- ✓ Die Verantwortung für eine zu definierende Fachexpertengruppe übernehmen

Anforderungen

- ✓ Eidgenössischer Facharzttitel in Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit mehreren Jahren klinischer Praxis als Kaderärztin oder Kaderarzt
- ✓ Wille, sich positiv in die Funktionsweise des Netzwerks einzufügen, seine Werte zu achten und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern
- ✓ Ein Abschluss in Management ist von Vorteil
- ✓ Beherrschung des Deutschen oder des Französischen mit guten Kenntnissen der anderen Sprache

Auskünfte erteilt Dr. Laurent Holzer, Ärztlicher Direktor (026 308 09 20; laurent.holzer@rfsm.ch).

Bitte reichen Sie Ihr Bewerbungsschreiben und Ihren aktualisierten Lebenslauf **bis am 30. April 2024** über den folgenden Link ein:
<https://jobs.fr.ch> (Job 7596).

188494-13-14



PRIVATKLINIK VILLACH
EINE HUMANOMED KLINIK



Die Privatlinik Villach ist Teil der Humanomed Gruppe und arbeitet seit 35 Jahren unter dem Leitmotiv:
Gemeinsam aktiv für unsere Patient:innen.

188859-13-14

Wir suchen ab sofort eine

Ärztliche Leitung (m/w/d)

Ihre Aufgaben

- Neben Ihrer Tätigkeit als Ärztliche Leitung behandeln und betreuen Sie Ihre Patient:innen in Ihrer Privatordeination sowie in der Privatlinik
- Medizinische Verantwortung für die Privatlinik Villach in enger Zusammenarbeit mit der Pflegedienstleitung und Verwaltungsleitung im Rahmen der kollegialen Führung
- Führung und Leitung des medizinischen Bereichs in fachlicher, organisatorischer und ökonomischer Sicht
- Strategische Weiterentwicklung des medizinischen Angebotes in Abstimmung mit der Geschäftsführung

Ihr Profil

- Abgeschlossene Ausbildung zum/zur Facharzt:ärztin
- Mehrjährige Berufserfahrung, vorzugsweise in leitender Funktion (Primarärztin:Primararzt, stationsleitende Oberärztin:Oberarzt) sowie Zusatzausbildung im Management von Vorteil
- Wertschätzender Umgang mit Patient:innen sowie Mitarbeiter:innen
- Führungspersönlichkeit mit analytischen Fähigkeiten, Entscheidungs- und Umsetzungsstärke

Wir bieten

- Abwechslungsreiche Tätigkeit mit Gestaltungsmöglichkeiten in einer der modernsten Privatkliniken Österreichs
- Fachlicher und sozialer Austausch in einem engagierten, interdisziplinären Team
- Möglichkeit zum Führen einer Privatordeination
- Über Ihr Einkommen sprechen wir gerne persönlich mit Ihnen

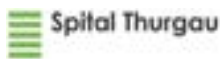
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung bis **29.04.2024:**

Mag. Ulrike Kocher-Preiss, Geschäftsführung
Humanomed Consult GmbH, Jesserniggstraße 9,
9020 Klagenfurt, Österreich

E: ulrike.koscher@humanomed.at

karriere.humanomed.at





Die **Kantonsspitäler Frauenfeld & Münsterlingen** gehören zur Spital Thurgau AG, einer Tochtergesellschaft der thur-med Gruppe. Unsere Akutspitäler versorgen jährlich rund 32000 stationäre Patientinnen und Patienten und bieten ein umfassendes Leistungsangebot in einer hochwertigen Infrastruktur. Die Spital Thurgau ist **eine der grössten und erfolgreichsten Spitalgruppen der Schweiz**.

Für die Medizinische Klinik am Kantonsspital Frauenfeld suchen wir **per 1. August 2024** oder nach Vereinbarung eine/n

Ärztliche Leiterin / Ärztlichen Leiter Kardiologie (80 – 100%)

Die Kardiologie am Kantonsspital Frauenfeld (FMH-Weiterbildungskategorie C) umfasst ein Katheterlabor sowie eine breite nicht-invasive Kardiologie.

Ihre Aufgaben

- Leitung der Kardiologie am Kantonsspital Frauenfeld, Supervision der kardiologischen Kaderärzte/innen
- Aktive Mitarbeit an der zukunftsgerichteten Weiterentwicklung der Kardiologie in der Spital Thurgau AG
- Engagement für Teaching im Team Kardiologie und der Medizinischen Klinik
- Eigene breite klinische kardiologische Tätigkeit, nach Möglichkeit auch interventionell

Sie bringen mit

- Eidgenössischer oder in der Schweiz anerkannter Facharzttitel sowie mehrjährige klinische Erfahrung in Kardiologie, Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin wünschenswert
- Selbständige interventionelle Tätigkeit wünschenswert
- Freude an Führungsaufgaben und Verantwortungsübernahme
- Kommunikative, integrative, konsens- und lösungsorientierte Persönlichkeit

Darauf dürfen Sie sich freuen

- Vielseitige und abwechslungsreiche Tätigkeit mit einem sehr breiten Patientengut
- Ausgezeichnete, moderne Infrastruktur
- Grosser Gestaltungsspielraum
- Fortschrittliche Anstellungsbedingungen und viele Benefits für Mitarbeitende

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Prof. Dr. med. Andreas Kistler, Chefarzt Medizinische Klinik Kantonsspital Frauenfeld (andreas.kistler@stgag.ch / 058 144 72 50).

Ihre Bewerbung reichen Sie bitte bis zum 30. April 2024 online ein unter: www.stgag.ch/jobs/

188588-13-14



Das Spital Linth ist ein mittelgrosses Regionalspital im landschaftlich reizvollen Linthgebiet am oberen Zürichsee. Zur Ergänzung des Ärzteteams der Frauenklinik suchen wir nach Vereinbarung eine/n

Oberärztin/-arzt Frauenklinik

Arbeitspensum 80–100%

Ihre Aufgaben und Perspektiven

- Sicherstellen des Betriebes sowie des ambulanten Dienstes in der Abteilung Gynäkologie und Geburtshilfe
- Fachgerechte Betreuung und Behandlung der Patientinnen
- Beteiligung an der Aus- und Weiterbildung der Assistenzärztinnen/-ärzte sowie fachliche Zusammenarbeit im kantonalen Spitalverbund

Was Sie für diese Stelle mitbringen

- Abgeschlossene Facharztausbildung im Bereich Gynäkologie
- Teamfähige und verantwortungsbewusste Persönlichkeit mit hohem Mass an Sozialkompetenz

Unser Angebot an Sie

- Möglichkeit zur Weiterentwicklung zur/zum Oberärztin/-arzt mbF
- Abwechslungsreiche Herausforderungen in einem dynamischen Arbeitsumfeld und in einem motivierten und kollegialen Team
- Verantwortungsvolle Tätigkeit, ein vielseitiges Aufgabengebiet und Gestaltungsmöglichkeiten, um Ihre Ideen einzubringen

Auskunft: Dr. med. Stefanie Huggle, Chefärztin Frauenklinik,
Telefon 055 285 50 38

Bewerbung an: bewerbung@spital-linth.ch, Betreff «OA Frauenklinik»

Weitere Informationen finden Sie unter www.spital-linth.ch

187685-13-14

Jetzt spenden!

«Von einem Tag auf den anderen liessen mich meine Beine im Stich»

Die Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft unterstützt Menschen, die von MS betroffen sind. Helfen auch Sie: www.multiplesklerose.ch

damit es besser wird **MS** Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft



HIRSLANDEN

KLINIK LINDE - CLINIQUE DES TILLEULS

ANÄSTHESIEZENTRUM

Das Anästhesiezentrum Linde ist eine selbständige Gruppe von Anästhesisten, die als exklusive Partnerin sämtliche anästhesiologischen Tätigkeiten für die Hirslanden Klinik Linde in Biel leistet.

Die Klinik Linde bietet eine ausgezeichnete Grundversorgung für die Region Biel - Seeland - Berner Jura. Jährlich werden rund 7000 Eingriffe in den Bereichen Viszeral- und Gefässchirurgie, Bariatrie, Orthopädie, Hand- und plastische Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Urologie, Ophthalmologie, ORL und Kieferchirurgie durchgeführt.

Per 1. Juni 2024 oder nach Vereinbarung besetzen wir eine Stelle als

FACHÄRZTIN, FACHARZT ANÄSTHESIE (80-100%)

(Jobsharing möglich)

Ihr Profil

Sie besitzen einen in der Schweiz anerkannten Facharzt-titel Anästhesie und verfügen über mindestens 3 Jahre Oberarztterfahrung in der Schweiz sowie gute Kenntnisse in Regionalanästhesie. Gute Kenntnisse in Deutsch und Französisch sind unabdingbar. Ihre offene, fröhliche Persönlichkeit und Ihr Bestreben nach einem guten Betriebsklima runden Ihr Profil ab.

Ihre Zukunft

Sie erhalten eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit an einer modernen Klinik mit grossem Anteil an Regionalanästhesien. Wir offerieren ein überdurchschnittliches Salär sowie eine attraktive Ferien- und Dienstregelung. Ihre Aufgaben bestehen vorwiegend im Durchführen von Anästhesien, aber auch die Betreuung von Aufwachraum, IMC und Weissner Zone fallen in Ihren Aufgabenbereich.

Ihr Kontakt

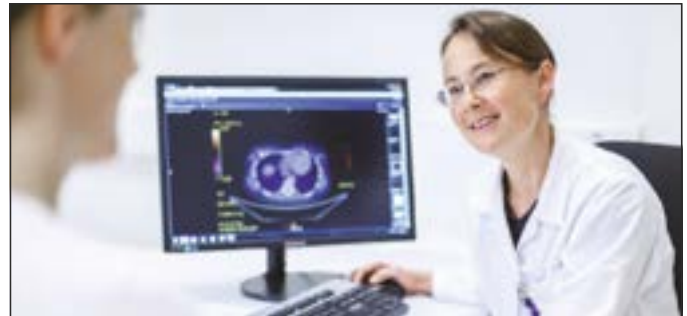
Nähere Auskünfte erteilt Ihnen gerne
Dr. med. Marco Bassi unter T +41 32 366 43 18

Ihre vollständige Bewerbung senden Sie bitte an: marco.bassi@hirslanden.ch

Wir nehmen nur Direktbewerbungen entgegen (keine Vermittlungsagenturen).



188344-13-14



Für die Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie suchen wir sofort oder nach Vereinbarung eine:n

Assistenzärztin/-arzt Onkologie 100% Assistenzärztin/-arzt Hämatologie 100%

Ihre Hauptaufgaben

Die Tätigkeit umfasst die gesamte diagnostische und therapeutische Onkologie bzw. Hämatologie / Hämostase / Hämato-Onkologie / Blutstammzelltransplantation.

Ihr Profil

- Sie streben den Facharzt Onkologie oder Hämatologie an (FMH Anerkennung Onkologie A, Hämatologie A, D1, D2, D3)
- Internistische Vorkenntnisse sind wünschenswert, bei anderweitig herausragender Qualifikation jedoch nicht Bedingung
- Sie haben Interesse an Forschung und Lehre
- Sie sind überdurchschnittlich engagiert und ein respektvoller Umgang mit Patienten und Mitarbeitenden ist für Sie selbstverständlich
- Sie verfügen über sehr gute Deutschkenntnisse

Unser Angebot

Wir bieten Ihnen eine interessante Stelle in einer universitär-innovativen Umgebung. Ein motiviertes und engagiertes Team unterstützt Sie dabei in allen Belangen. Die interne Vernetzung der Kliniken für Onkologie und Hämatologie fördert die breite Ausrichtung und Weiterbildung der Mitarbeiter und erlaubt die optimale Betreuung der Patienten auf höchstem klinisch-akademischem Niveau.

Wenn Sie in einem spitzenmedizinischen Umfeld mitarbeiten wollen, in dem Sie gefordert und gefördert werden, freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

Fühlen Sie sich angesprochen?

Prof. Dr. med. Markus G. Manz
Klinikdirektor Klinik für Medizinische Onkologie und Hämatologie

UniversitätsSpital Zürich
Raemistrasse 100
CH-8091 Zürich

Sekretariat
Tel +41 44 255 3899

www.haematologie-onkologie.usz.ch

www.usz.ch

USZ Universitäts
Spital Zürich

188564-13-14

Annahmeschluss für Stellenmarkt:
14 Tage vor Erscheinen

Immobilien | Immeubles | Immobili



Oensingen, Ostringstrasse 17

... Ihre neue Fläche im Gesundheitshaus?

Beste Voraussetzungen für Facharztpraxen.

Aktuell zu vermieten:

- 2. OG je 690 m²
- 3. OG je 483 m²

Kontaktieren Sie uns jetzt für ein Beratungsgespräch.



Räume voller Leben 

182739-13-14



**SPENDE BLUT
RETTE LEBEN**

 BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ

blutspende.ch

FMH SERVICES

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

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

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

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

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

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

BE – Stadt Bern Kinderarztpraxis abzugeben – Kinderarztpraxis in Ärzte-Zentrum im Westen von Bern altershalber abzugeben. Zentrale Lage mit Parkplätzen und guter Erreichbarkeit (Zug, Tram, Bus), grosszügige Praxisräume (98 m²), freundliche, wertschätzende Familien und Mitarbeiterinnen. Auskunft für interessierte/n Nachfolger/in: Dr. med. Matthias Winkler, Mühledorfstrasse 1, 3018 Bern, E-Mail: matthias_c_winkler@bluewin.ch, Tel. 079 754 99 47.

BE – Nachfolge in eine attraktive Hausarztpraxis mit Qualitätsgütesiegel und elektronischer KG im Raum Bern gesucht – In einer beliebten Wohngemeinde angrenzend an Bern ist per Anfang 2025 eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin (geeignet auch für 2 Ärzte Teilzeit) mit vollelektronischer Praxisadministration, Selbstdispensation und einem überdurchschnittlich grossen Patientenstamm an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Sie befindet sich an einer frequentierten Strasse und doch im Grünen. Das Zentrum von Bern ist in 15 Min. erreichbar. Kontaktaufnahme bitte unter Ref. 231 0909: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BE – Attraktive Gruppenpraxis für Allgemeine Innere Medizin mit vollelektron. Praxisadministration südlich von Bern – In einer beliebten Wohngemeinde in der Südagglomeration von Bern ist per Herbst 2024 eine etablierte Hausarztpraxis zu übergeben. Die ländliche, familienfreundliche Gemeinde in Stadtnähe zeichnet sich durch eine hohe Wohn- und Lebensqualität aus. Die rollstuhlgängige Praxis (221 m²) mit grosser Patientennachfrage befindet sich in einem repräsentativen Geschäftshaus und verfügt über ein grosszügiges Parkplatzangebot. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5399: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Praxisanteil einer modernen Doppelpraxis für Hausarztmedizin in einem beliebten Vorort von Bern zu übergeben – In eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin (132 m²) mit elektronischer Praxisadministration, gepflegter Praxiseinrichtung und einem angenehmen, jüngeren Praxispartner ist per Ende 2024 ein Nachfolger (m/w) gesucht. Die Praxis zeichnet sich durch konstante Umsatzzahlen, günstige Kostenstruktur und einen verkehrstechnisch sehr gut erreichbaren Standort mit einem grosszügigen Parkplatzangebot aus. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5286: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Etablierte Hausarztpraxis nahe der Altstadt Grossbasel zu übergeben – In eine verkehrstechnisch optimal gelegene Praxis für Allgemeine Innere Medizin im Zentrum von Basel mit einem gut durchmischten Patientengut, loyalen Mitarbeiterinnen und entsprechender Grundversorger-Infrastruktur suchen wir altershalber per Ende 2024 eine Nachfolge. Die Praxis (ca. 120 m²) befindet sich in einem ruhigen Wohnquartier und ist auch für 2 Ärzte (m/w) geeignet. Gut geregelter Notfalldienst, günstige Übernahmekonditionen und grosser Patientenstamm. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0706: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

BS – Klein aber fein: vollelektronisch geführte Quartierpraxis für Allgemeine Innere Medizin im Süden der Stadt Basel – In eine etablierte, verkehrstechnisch optimal gelegene Hausarztpraxis (98 m²) mit Tradition suchen wir altershalber per Ende 2024 oder n. V.

eine Nachfolge. Günstige Kostenstruktur, starke Nachfrage von Neupatienten, sehr gut geregelter und nicht belastender Notfalldienst, günstige Kostenstruktur und faire Übernahmekonditionen. Können Sie sich vorstellen in der beliebten Stadt Basel eine Praxis zu übernehmen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0704: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

NE – Remisé cabinet MG – Médecin généraliste installé en cabinet de groupe au bord du lac de Neuchâtel cherche à remettre sa clientèle. Cabinet moderne et très agréable. Excellentes conditions de travail. CA supérieur à 500KF. Contact tél. 0041 79 682 74 13, e-mail: jacques.boulan@groupemed.ch.

SG – Gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin am rechten Zürichseeufer zu übergeben – An bester Lage in einem ruhigen, zentrumsnahen Quartier einer beliebten Wohngemeinde am Zürichsee ist per Ende 2024 eine rollstuhlgängige Hausarztpraxis mit Röntgen, Ultraschall, Lufu, 24-h-EKG, EKG, Labordiagnostik und Selbstdispensation an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Günstige Mietkonditionen inkl. PP und TG, gut eingespieltes MPA-Team und der sehr gut organisierte Notfalldienst (in der Nacht nur Hintergrunddienst). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5423: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

SO – Zukunftsorientierte und moderne Gruppenpraxis in Agglomeration von Solothurn sucht Nachfolger/in – In der Nähe der Stadt Solothurn suchen wir für eine moderne, gut laufende und lebhaft Praxis eine/n motivierte/n und dynamische/n Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin als Nachfolger/in. Vom Vorgänger kann ein attraktives Patientengut übernommen werden. Die Praxisräumlichkeiten verfügen über eine moderne Infrastruktur mit elektronischer Administration, digitalem Röntgen und Labor. Darüber hinaus ist die Praxis verkehrstechnisch hervorragend gelegen mit einer Bushaltestelle in Gehdistanz und einem grossen eigenen Parkfeld mit mehreren Parkplätzen. Gut ausgebildete und motivierte Fachkräfte stehen hinter Ihnen und freuen sich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit. 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, Mittel-

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

dorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch,
E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

VS – Nachfolge in einer Praxis für Allgemeine Innere Medizin gesucht – Für meine Praxis in Naters suche ich eine Nachfolge (m/w) zur Weiterbetreuung meiner Patienten. Die Praxis befindet sich an verkehrsgünstiger Lage, Bahnhof in 2 Minuten erreichbar. Sie ist modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte und modernstem Labor. Sie verfügt über ein eingespieltes Praxisteam und einen großen Patientenstamm. Die Übernahmebedingungen sind fair. Die Region ist sehr schön mit vielen Sonnentagen und umfassendem Sportangebot. Sind sie auf der Suche nach einer spannenden und vielseitigen Herausforderung? Dann freue ich mich auf Ihre Kontaktaufnahme. E-Mail: monika.arnold@hin.ch, Tel. +41 79 370 44 84.

ZH – Praxis-Nachfolger/in gesucht – Für meine gut gehende Allgemein-Praxis suche ich per Ende 2024 altershalber einen italienisch sprechenden Nachfolger. Kontakt unter Chiffre I-42303.

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 – Nachfolge Augenarztpraxis – Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42205.

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

BE – Chirurg/in für Praxispartnerschaft in Thun – Gesucht wird ein/e Praxispartner/in infolge Pensionierung des jetzigen Arbeitskollegen. Die chirurgische Praxis Bestetti befindet sich zentral beim Bahnhof in Thun und verfügt über einen Operationsaal Klasse I sowie über schöne, helle Jugendstil-Räume. Die Anfrage richtet sich aufgrund der Praxisinfrastruktur an Fachärzte verschiedener chirurgischer Disziplinen. Web: www.praxis-bestetti.ch, E-Mail: valentina.bestetti@hin.ch, Tel. 078 689 53 70.

VD – Cabinet Montreux – Cabinet à Montreux, flambant neuf, 180 m², à deux minutes de la gare, recherche collaborateurs, toute spécialité possible. E-mail: info@gynecologie-montreux.ch.

ZH – Hausarzt/-ärztin gesucht – 5 Min. Gehdistanz zum Bahnhof Stadelhofen – Wir suchen eine Hausärztin oder einen Hausarzt zur Ergänzung unseres Teams. Unsere neu renovierte, moderne Praxis mit grossem Patientenstamm wird von erfahrenen, langjährigen

MPAs unterstützt. Es erwarten Sie familienfreundliche Arbeitszeiten/Ferien und niedrige Investitionskosten. Bei Interesse kontaktieren Sie bitte Angela Caddick unter Tel. 079 88 53 696 oder E-Mail: dr.angela.caddick@gmail.com.

Stellenofferten Offres d'emploi Offerte di posti

AG – Hausarzt/-ärztin zur Verstärkung einer sehr attraktiven Hausarztpraxis gesucht – Wir suchen für eine gut laufende und topmoderne Hausarztpraxis in der Nähe der Stadt Aarau eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin (60–100%) zur Ergänzung des Teams. Es werden Ihnen faire und kollegiale Anstellungsbedingungen mit guten Verdienstmöglichkeiten und flexiblen Arbeitszeiten auch mit Ausblick auf eine eventuelle zukünftige Partnerschaft geboten. Die Praxis ist vollumfänglich digitalisiert, sehr gut ausgelastet, gepflegt und befindet sich an einer bestens erreichbaren Lage. Wenn Sie über eine fundierte Ausbildung verfügen und gerne in einem motivierten, gut eingespielten und aufgestellten Team arbeiten, dann melden Sie sich bitte schriftlich. Falls wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 3015 bei: Federer und Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, 5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

AG – Moderne, humorvolle Hausarztpraxis (Kleindöttingen AG) sucht Verstärkung mit flexiblem Pensum – Wir suchen ab Oktober 2024 oder auf Vereinbarung einen/eine Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin FMH/praktischen Arzt oder eine Praxisassistentin im 20–100%-Pensum. Wir sind eine modern eingerichtete, langbestehende Praxis mit einem gut eingespielten Team. Eine wertschätzende Arbeitsatmosphäre ist uns wichtig. Wir bieten einen spannenden Berufsalltag mit flexiblen, zeitgemässen Arbeitszeiten. Wir arbeiten mit einer digitalen Krankengeschichte und digitalem Röntgen. Zudem findet sich in unserem Pausenraum immer was zum Naschen. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme: ursula.hesse@dorf-praxis.ch.

BE – Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 50–100% für Gruppenpraxis in Bern – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Bern nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharztstitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Anita Stalder, Leitende Ärztin (Tel. +41 31 385 71 11, E-Mail: anita.stalder@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% – Wir sind eine moderne, innovative und gleichzeitig familiäre Hausarztpraxis in der schönen Gemeinde Worb. Worb ist optimal gelegen, nicht weit von der Stadt Bern entfernt, liegt das Dorf zudem am Rande des Emmentals. Als Praxis möchten wir gerne den entscheidenden Unterschied in der Region und auf der Welt machen. Der positive und unterstützende Umgang mit unseren Patienten/-innen und den

Mitarbeitenden ist für uns zentral. Das vielseitige Angebot und eine anregende Arbeitsumgebung sind uns wichtig. Eine spannende und vielseitige Tätigkeit erwartet Sie. Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir Sie als motivierte Fachärztin/motivierten Facharzt Innere Medizin. Was Sie mitbringen: Freude am Umgang mit Patienten/-innen und der medizinischen Tätigkeit, Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin, evidenzbasierte Behandlung von Patienten/-innen, selbständiges Arbeiten, optimalerweise Chirurgie-Erfahrung. Was Sie erwartet: Ein anregendes Umfeld und ein motiviertes Team, Unterstützung bei Fortbildungen, Möglichkeit zur längerfristigen Mitarbeit, faire leistungsbezogene Entlohnung. Sie möchten die Reise mit uns zusammen wagen? Perfekt! Dann melden Sie sich bei uns! Dr. med. Doris von Muralt, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.

BE – Fachärztin/Facharzt Kinder- und Jugendmedizin 50–100% – Im Januar 2024 ist die Monvia Praxis in die neuen Räumlichkeiten an der Rodtmattstrasse 47 umgezogen. Wir wollen die Praxis mit einer neuen Sprechstunde im Bereich Kindermedizin erweitern. Kommen Sie in unser Team und lassen Sie uns gemeinsam die neue kindermedizinische Sprechstunde gestalten und etablieren. Haben wir Ihr Interesse geweckt etwas Neues zu wagen? Schreiben Sie Dr. med. Veronika Müller (Leitende Ärztin), E-Mail: veronika.mueller@monvia.ch.

BE – Verstärkung der Angiologie im Gefässzentrum Bern – Facharzt/Fachärztin für Angiologie 60–100%, Option für Partnerschaft, Bern VASC Angiologie Interventionen AG Wir sind eine Gruppe von Angiologinnen und Angiologen mit einem eigenen Katheterlabor und betreiben 3 moderne Praxen an den Standorten Bern und Solothurn. Hier bieten wir breite Gefässmedizinische Diagnostik wie auch minimalinvasive venöse Therapien an und bedienen ein überregionales Zuweisernetzwerk. Im Hinblick auf einen Generationenwechsel sind wir auf der Suche nach neuen Kolleginnen und Kollegen mit Interesse an einer langfristigen, teamorientierten Zusammenarbeit in einem kollegialen und interdisziplinär aktiven Umfeld. Es besteht die Aussicht auf Partnerschaft. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Erfahren Sie mehr in einem persönlichen Gespräch und beim Besuch unserer Praxisräumlichkeiten. Bitte wenden Sie sich für weitere Auskünfte oder Ihre Bewerbung an folgenden Kontakt: PD Dr. med. T. Willenberg Tel. 079 550 13 90, E-Mail: towillenberg@hin.ch.

BL – Hausärztin/Hausarzt idealerweise mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin 50–100% – Wir suchen eine/n engagierte/n Allgemeinmediziner/in, um unserem Team in unserer gut etablierten Hausarztpraxis in Binningen beizutreten. Wir legen grossen Wert auf die ganzheitliche Betreuung unserer Patienten/-innen und bieten eine breite Palette von Dienstleistungen an, um ihre medizinischen Bedürfnisse zu erfüllen. Anforderungen: Abgeschlossenes Medizinstudium und Approbation als Arzt/Ärztin, Facharzt/Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin oder vergleichbare Qualifikation, Empathie und Mitgefühl im Umgang mit Patienten/-innen, Teamfähigkeit und Kommunikationsfähigkeit. Wir bieten: Attraktive Vergütung und Arbeitsbedingungen, ein freundliches und unterstützendes Arbeitsumfeld, die Chance, ein Teil eines engagierten Teams zu sein, das sich der Gesundheit und dem Wohlbefinden unserer Patienten/-innen verschrieben hat. Wir freuen uns auf Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen per E-Mail an: doktor-karli@hin.ch.

BL – Hausärztin oder Hausarzt 50% – Wir sind eine familiäre Hausarztpraxis mit einem aufgestellten, motivierten und eingespielten MPA - Ärztinnen - Team nahe am Zentrumsspital mit guter Vernetzung zu den Spezialisten und suchen eine Allgemeininternistin oder einen Allgemeininternisten zu 50% ab Oktober 2024 im Anstellungsverhältnis. Die Praxis ist zentral gelegen und modern eingerichtet mit elektronischer Krankengeschichte, EKG, digitalem Röntgen, Praxislabor, Ultraschall und Praxis-apotheke. Wir freuen uns auf Deine Bewerbung! E-Mail an: michele.richert@hin.ch; www.myfamilydoc.ch.

FR – Recherche médecin Généraliste ou Praticien dans cabinet de groupe pour compléter notre équipe – Nous cherchons un médecin généraliste ou praticien pour rejoindre un cabinet de groupe avec 7 autres généralistes, 2 pédiatres et des paramédicaux à Bulle (FR), à un taux d'activité de 60–100%. L'équipe est jeune et dynamique, le cabinet quasiment neuf et très bien équipé. Merci de nous contacter par e-mail en cas d'intérêt: nt@cm-latour.ch.

LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 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 – Neues Ärztezentrum in der Gemeinde Uzwil sucht Kollegin/Kollege zur Teamverstärkung – Sind Sie Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin oder Gynäkologie und Geburtshilfe? Oder sind Sie im Bereich Schmerztherapie tätig? Unser Mandant sucht motivierte Ärzte für den Ausbau der Gruppenpraxis. Tätigkeit in Anstellung oder Selbstständigkeit (Teilzeit oder Vollzeit). Unterstützung durch Zentrumsleitung, kein Risiko, gegenseitiger Austausch und Nutzung der Synergien. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0520: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

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 Frühjahr 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.

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 – Fach- oder Assistenzarzt Allgemeine Innere

Medizin (alle) 50% für Gruppenpraxis in St. Gallen – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in St. Gallen nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt bzw. im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Christiane Biefer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 2240800, E-Mail: christiane.biefer@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

SO – Innovatives kardiologisches Team sucht Verstärkung – Unsere kardiologische Gruppenpraxis ist gut etabliert, hat eine dynamische, junge Kultur und deckt alle nicht invasiven kardiologischen Untersuchungen ab. Entsprechend suchen wir tatkräftige Verstärkung im Ärzteteam, wenn Ende 2024 unser Senior Kardiologe in den verdienten Ruhestand geht. Wenn Du Interesse hast zu mindestens 50% in unserer zentral gelegenen Praxis in einem sympathischen Team zu arbeiten, melde Dich per E-Mail (carola.ramazina@hin.ch) oder Telefon (062 297 00 33).

SO – Psychiater/in gesucht – Wir suchen ab 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine Fachkollegin/in mit abgeschlossener Facharztbildung FMH und Berufserfahrung aus Klinik oder zugehöriger Ambulanz, zu denselben Konditionen, die wir selbst haben (ertragsbasierte Entlohnung mit stellenprozentbezogener Beteiligung an den Gemeinkosten). Wir leisten uns eine betont flexible Ferien- und Abwesenheitsregelung, die so nirgends üblich ist. Unsere Praxis verfügt über ein Arztsekretariat mit Empfangsdienst und über die Möglichkeit, eigene Laboranalysen zu machen, sowie über eine ICT-Infrastruktur mit Praxissoftware. Im Rahmen des Anordnungsmodells arbeiten wir fallweise mit Fachpsychologen/-innen zusammen, die wir persönlich bestens kennen. Falls du interessiert bist, erwarten wir gerne deine Unterlagen (an E-Mail: mederga@hin.ch) und freuen uns sehr, dich kennenzulernen. Unsere Gruppenpraxis liegt ab Juli neu in unmittelbarer Nähe des Amthausplatzes und ist verkehrstechnisch bestens erschlossen.

VS – Cabinet médical à Sion – Cabinet de groupe, médecine générale, bien équipé (radiologie digitalisée, labo, ECG, spirométrie, échographie, cherche collaborateur(s); reprise à court ou moyen terme possible. Kontakt unter Chiffre I-42212.

ZG – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 20–100% – Facharzt/-ärztin (oder in Facharztbildung) zur Mitarbeit in familiärem Team in moderner Praxis mit grosszügigen Räumlichkeiten auf der familienfreundlichen, begehrten Sonnenterrasse des Kantons Zug mit attraktiven Arbeitszeiten und guten Verdienstmöglichkeiten gesucht. SIWF-Lehrpraktiker zur Praxisweiterbildung für 1 Jahr und Supervisor für Sono-Weiterbildung vorhanden. www.medicusmehl.ch. Bewerbung an E-Mail: medicus.mehl@hin.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/n weitere/n 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 zum 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.

ZH – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt – Wir suchen für unsere lebhafte Praxis vor den Toren Winterthurs eine engagierte ärztliche Unterstützung. Die Praxis ist mit der modernsten Infrastruktur ausgestattet und bietet somit die Möglichkeit einer optimierten Patientenbetreuung. Röntgen- und Sonographie-Zertifikat sind von Vorteil. Gynäkologie und Allgemeine Innere Medizin finden eine optimale Synthese unter einem Dach. Der kollegiale Austausch des gesamten Teams wird hier wieder gelebt. Flexible Arbeitszeiten, zeitgemässe Arbeits- und Vertragsmodelle sind uns ein Anliegen. Unser aufgeschlossenes Team freut sich über Ihre Mitarbeit! Kontakt unter E-Mail: praxis-wiesendangen@hinmail.ch, Tel. 052 338 23 23.

ZH – Fachärztin/-arzt Kinder- und Jugendmedizin (50–100%) – Die Arztpraxis beim Gemeindehaus in Regensdorf sucht Teammitglied mit Facharzttitel KJM. Praktische Berufserfahrung in der Schweiz von Vorteil. Wir bieten Teilzeit-Modelle, attraktive Anstellungsbedingungen, Unterstützung bei Weiterbildung, und minimale Administration durch zentralen Management-Support. Gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich. Bewerbungen an E-Mail: p.schneider@arztpaxis-beim-gemeindehaus.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Ophthalmologie (20–60%, konservativ) – Zur Verstärkung meiner modernen und grosszügigen Praxis im Zürcher Unterland suche ich per 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/einen Kollegen. Sie verfügen über einen Facharzttitel Ophthalmologie und legen grossen Wert auf menschliche und fachliche Kompetenz. Ihr Spektrum umfasst die ganzheitliche konservative Augenheilkunde. Auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail an: petra.luteijn@hin.ch freue ich mich.

ZH – Facharzt/-ärztin Dermatologie – Wir suchen eine/n Dermatologen/-in für unsere erfolgreiche Praxis in Zürich. 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.

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

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

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 – Augenarzt/Augenärztin – Wir suchen für die Mitarbeit in der Praxis einen/eine Augenarzt/Augenärztin 20–60%. Anfragen unter Tel. 076 416 65 75.

ZH – Kinderarzt/-ärztin 20–100% – Wir suchen nach einer engagierten Fachkraft, welche unsere jüngsten Patienten kompetent und liebevoll betreut. Die Praxis Ärzte am Graben, eine lebendige und familiäre Gemeinschaftspraxis in der Altstadt von Winterthur, bietet ein breites Spektrum an Fachgebieten, darunter Hausarztmedizin, Gynäkologie, Neurologie, Dermatologie, Urologie und Pädiatrie. Sie erwartet ein hochmotiviertes Team, sehr schöne Räumlichkeiten sowie äusserst attraktive Konditionen, die sich durch die Zusammenarbeit innerhalb unserer Praxis ergeben. Ihr Kontakt: Esther Scheitlin, Tel. 079 647 67 72, E-Mail: e.scheitlin@arzt-winterthur.ch. Praxis Lindengut AG, Unterer Graben 29, 8400 Winterthur.

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 Arbeitsbedingungen 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 – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Arbeitsbedingungen. 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/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 – FMH für Allgemeine Innere Medizin / Praktischer Arzt/Praktische Ärztin – Wir sind eine neue Permanence (Walk-In) für Allgemeinmedizin und einem angehenden Orthopäden/Traumatologen. Die Räumlichkeiten sind zentral gelegen und ein paar Gehminuten vom Zürcher Hauptbahnhof entfernt. Besonders attraktiv sind die flexiblen Arbeitszeiten. Urlaubszeit ist 5 Wochen bei einem 100% Arbeitspensum und kann selbstverständlich abgesprochen werden. Wenn wir Ihr Interesse geweckt haben, melden Sie sich einfach unverbindlich. Wir freuen uns auf ein persönliches Kennenlernen mit Ihnen! Ihr Team des Permanence Medical Center Bewerbungen bitte an E-Mail: muxelbernhard@gmail.com.

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.

Praxisgesuche Recherches de cabinets Ricerche di studi medici

Rentable Hausarztpraxis per Mitte 2024 gesucht – In Region Inner-/Ost-/Nord-CH. Voraussetzung: MPA-Team zur Übernahme, eKG, (halb)digitales Röntgen, faire Konditionen. Kontakt E-Mail: mediscan@bluewin.ch.

Interessante Nachfolgelösung für ophthalmologische Praxis – Sie planen Ihre Zukunft und möchten Ihre Praxis übergeben. Für eine renommierte Praxisorganisation mit Wachstumsstrategie suchen wir eine Praxis zur Übernahme. Das Kompetenzzentrum für Ophthalmologie und -chirurgie verfügt über ausgewiesene Fachärzte, welche auch eine sukzessive Übernahme sicherstellen können. Kooperationsformen sind ebenfalls verhandelbar. Dynamik, Motivation, Verlässlichkeit sowie ein zuvorkommender Umgang mit den Patienten sind Programm. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0279: FMH Consulting Services AG, Herr Gregor Dietrich, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch.

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

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



«Nach langjähriger Praxis-tätigkeit suche ich einen Nachfolger. Wie soll ich vorgehen?»

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

«Après des années d'activité couronnées de succès dans mon cabinet, je cherche un successeur. Comment dois-je procéder?»

Après avoir estimé votre cabinet (inventaire/goodwill), FMH Services peut vous aider à trouver un successeur grâce à son vaste réseau et à des contrats sur mesure.



*Wir sind für Sie da!
Nous sommes là pour vous!
Viera Rossi*

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

Personalversicherungen

| Einfach Personal versichern

Sonderkon-
ditionen für
Mitglieder von
FMH Services

Jetzt vergleichen und Prämien sparen
**Alle notwendigen Versicherungen für
Ihr Praxispersonal**

- Alles aus einer Hand: KTG, UVG, BVG
- Prämien sparen dank exklusiven Rahmenvertragskonditionen
- Tiefere Lohnnebenkosten für Sie und Ihre Mitarbeitenden

INSURANCE

Roth Gygax & Partner AG
Moosstrasse 2
3073 Gümligen
Tel. 031 959 50 00
mail@fmhinsurance.ch
www.fmhinsurance.ch



Von der FMH Services Genossenschaft empfohlenes, rechtlich und wirtschaftlich selbstständiges Unternehmen.

Ida Schneider: eine Nichtärztin als Spiritus rector der «Pflegi»

Pflegeausbildung Solide. Fundiert. Praktisch. So sollte die Ausbildung an der Zürcher Pflegerinnenschule sein. Dafür wollte die Krankenpflegerin Ida Schneider sorgen. Gemeinsam mit den Ärztinnen Anna Heer und Marie Heim-Vögtlin rief sie die Institution 1901 ins Leben und stand ihr bis 1914 als Oberin vor.

Iris Ritzmann; Eberhard Wolff

Die «Pflegerinnenschule mit Frauenspital» in Zürich war etwas absolut Einzigartiges: von Frauen gegründet, von Frauen geleitet, mit dem Zweck der Ausbildung von Frauen und der Behandlung von Frauen. Für die Krankenpflegerin Ida Schneider erfüllte sich mit der Eröffnung im Jahr 1901 ihr grösster Traum. Sie fand in der «Pflegi» eine Aufgabe, die ihrem Leben zentralen Sinn verlieh. Als «Oberin» leitete sie die Ausbildung der Krankenschwestern. Zugleich verantwortete sie die pflegerische Versorgung aller Patientinnen. Auch die Betriebsführung, von der Wäscherei bis zum Sekretariat, war ihr unterstellt. Überall sei sie gegenwärtig und ihre Kraft scheinbar unerschöpflich, schilderte eine Schülerin [1].

Auf dem ersten Frauenkongress der Schweiz 1896 in Genf fand das Projekt wohlwollende Annahme.

Ein Zweierteam mit einer Vision

Die Idee für eine solide Pflegerinnenausbildung ging von Ida Schneider und der Ärztin Anna Heer aus. Die beiden Frauen hatten sich 1892 im Krankenhaus zum Roten Kreuz in Zürich kennengelernt, wo Ida Schneider ihre Ausbildung absolvierte. Sie schrieb rückblickend: «Damals fesselte mich ihr ganzes Wesen, ihr Sein, ihr Tun, vorerst einmal als Ärztin.» [2] Die beiden Frauen fühlten grosse Sympathie füreinander und teilten ihre Begeisterung für eine gute medizinische Behandlung und Pflege. Daraus entstand eine Freundschaft, die zur Lebensgemeinschaft wurde.

Auf dem ersten Frauenkongress der Schweiz 1896 in Genf stellte Anna Heer das Projekt vor und fand wohlwollende Annahme. Das Vorhaben bedingte intensive organisatorische und fachliche Debatten, die Suche nach finanziellen Mitteln und politischer Unterstützung – die sich dank des guten Beziehungsnetzes von Ida Schneiders Vater fand. Albert Schneider wirkte als Rektor, Richter und Kantonsrat in Zürich. Als Jurist an der Universität Zürich hatte er die erste Schweizer Jurastudentin Emilie Kempin-Spyri unterstützt [2].

Die pflichtbewusste Managerin

Ab Herbst 1896 trafen sich Anna Heer und Ida Schneider regelmässig, um das Projekt voranzutreiben. Auch die erste Schweizer Ärztin Marie Heim-Vögtlin zählte zum Gründungskomitee. Die drei Frauen nahmen unterschiedliche Rollen ein. Während Marie Heim-Vögtlin vor allem ihren weitherum bekannten Namen einsetzte, vertrat Anna Heer die Anliegen gegen aussen. Sie war das Gesicht der Pflegi, weckte Vertrauen mit ihrer fachlichen Kompetenz und konnte das Publikum begeistern. Ida Schneider aber war die Managerin und organisierte jedes Detail für den komplexen Betrieb. Das war keine Selbstverständlichkeit: In die Gründung medizinischer Institutionen waren früher selten Frauen, und noch seltener Personen ohne akademischen Abschluss involviert.

Gewissenhaft bereitete sich Ida Schneider auf ihre neuen Aufgaben vor [1]: Sie arbeitete im Operationssaal der Zürcher Frauenklinik, im Diakonissenseminar in Stettin, in der Verwaltung des Berliner Krankenhauses Moabit und schliesslich als Volontärin im Allgemeinen Krankenhaus Eppendorf, einer Hamburger Vorzeitklinik. Zurück in Zürich lernte sie Buchhaltung und erweiterte ihr pharmazeutisches Wissen im Krankenasyl Neumünster [2].

Ida Schneider nahm die Position der «Oberin» ein und fühlte sich so glücklich, «als wohl ein Mensch auf Erden es sein kann».

Vom Traumberuf zur Kündigung

Schon zwei Monate vor der Eröffnung der Pflegi zog Ida Schneider in den Bau ein, um die Arbeiten vor Ort besser überprüfen zu können. Danach nahm sie als Vorgesetzte sämtlicher Schwestern und Oberschwestern die Position der «Oberin» ein und fühlte sich so glücklich, «als wohl ein Mensch auf Erden es sein kann», wie sie schrieb. Den Quellen zufolge war sie eine strenge Lehrerin [1, 3], besass aber auch einen unverwüstlichen Humor. Während die Ärztinnen



© Gosteli-Archiv AGoF 110-FS-438

Ida Schneider in ihrem Büro, Weihnachten 1909.

externe Praxen führten, war Ida Schneider in der Pflegerie stets präsent. Nur einmal verliess sie für längere Zeit ihren Posten, als sie sich 1912 mit Anna Heer auf eine fünfwöchige Schiffsreise nach Skandinavien begab.

Nachdem ihre grösste Kritikerin die ärztliche Leitung übernommen hatte, legte sie 1923 sämtliche Ämter endgültig nieder.

Die Anhäufung unterschiedlicher Funktionen brachte jedoch nicht nur eine enorme Arbeitslast mit sich, sie bot auch Anlass zur Kritik. Offenbar stiessen sich mehrere Ärztinnen an der Machtposition von Ida Schneider, die keine Berufskollegin war. Sie kritisierten auch ihre Arbeitsweise und Mängel in der Schulorganisation. Schliesslich reagierte sie 1914 «zu ihrem grossen Schmerze», wie es das Sitzungsprotokoll wiedergibt, mit der Kündigung ihrer Funktion als Oberin. Stattdessen übernahm sie das Quästorat.

Ein doppelter Abschied

Nach ihrer Zeit als Oberin besuchte Ida Schneider Vorlesungen an der Universität Zürich und plante eine Studienreise nach Berlin. Der Ausbruch des Ersten Weltkriegs änderte die Situation aber grundlegend. Die neue Oberin der Pflegerie musste nach Deutschland zurückkehren und Ida Schneider übernahm nochmals interimistisch ihren alten Posten. Nun aber starb Anna Heer plötzlich infolge einer Infektion, die sie sich während des Operierens zugezogen hatte.

An der Beerdigung im Dezember 1918 wurde die langjährige Beziehung der beiden Frauen als engste seelische und geistige Gemeinschaft beschrieben. Ida Schneider schrieb vom «Hinschied meiner liebsten Freundin», den sie in der «vereinsamten Arbeitsstube» zu verarbeiten suche [2].

1923 legte Ida Schneider sämtliche Ämter endgültig nieder, nachdem ihre grösste Kritikerin Anna Baltischwyler die ärztliche Leitung übernommen hatte. Den Kontakt zu «ihren» Schwestern und dem Unternehmen Pflegerie, «das allein für mich Lebenszweck bedeutet», hielt sie als dessen ursprünglicher «Spiritus rector» lebenslang aufrecht [2, 3].

Ida Schneider überlebte ihre Gefährtin Anna Heer um ein halbes Jahrhundert. 1968 verstarb sie 99-jährig in Zürich.



Literatur

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

Frauen in der Medizin

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

Hitzeschutz im Gesundheitswesen

Recht Der Begriff der Nachhaltigkeit ist im Kontext des Gesundheitssystems allgegenwärtig. Die rechtlichen Überlegungen zur Prävention und Bewältigung von Gesundheitsnotständen durch Hitzewellen sind dagegen nach wie vor lückenhaft.

Mélanie Levy

Hitzefrei? Schulschliessungen aufgrund einer Hitzewelle ist eine juristische Anekdote aus einer Zeit, in der der Klimawandel noch kein Thema war. Mehrere Kantone sahen früher derartige Regelungen vor. Im Jahr 2003 hat sie mit Basel-Stadt der letzte Kanton abgeschafft. Gründe hierfür waren die Unvereinbarkeit mit der Obhutspflicht der Schule und den beruflichen Verpflichtungen der Eltern.

Hitzewellen sind in Bezug auf ihre rechtliche Erfassung ein komplexes Phänomen. Das liegt an ihren übergreifenden Auswirkungen auf zahlreiche Bereiche wie Pflege, Schule, Arbeit und Raumplanung. Das Recht denkt in genau festgelegten Kategorien. Die Gesetzgebungskompetenzen sind häufig fragmentiert, und das föderale System der Schweiz bedingt eine komplexe Kompetenzaufteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden.

Nichtsdestotrotz ist das Recht ein unverzichtbares Instrument für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung – insbesondere der gefährdeten Personen – während einer Hitzewelle. Das Völkerrecht versteht das Menschenrecht auf Gesundheit in einem umfassenderen Sinne. Es geht über das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung hinaus und bezieht die sozioökonomischen Determinanten der Gesundheit (Ernährung, Bildung, Wohnen, Arbeit, Wärme) mit ein. Das Recht auf Gesundheit hat laut Bundesgericht programmatischen Charakter. Mit der Ratifizierung der internationalen Verträge hat sich die Schweiz verpflichtet, dieses Recht zu respektieren, zu schützen und umzusetzen. Es muss daher vom Gesetzgeber konkretisiert und durchgesetzt werden.

Hitzepläne der Kantone und Gemeinden

Um Gesundheitsnotstände im Zusammenhang mit Hitzewellen sowohl vorzubeugen als auch zu bewältigen, sieht das Gesundheitsrecht Instrumente wie Warnsysteme für Hitzewellen (wie etwa Warnungen von MeteoSchweiz) vor. In Ermangelung eines bundesweiten Aktionsplans bietet der Bund den kantonalen und kommunalen Behörden seit 2021 ein Instrumentarium für Hitzeschutzmassnahmen an. Parlamentarische Vorhaben zur Verabschiedung eines Plans auf Bundesebene blieben bis anhin erfolglos. Kantonale und kommunale Hitzepläne, die hauptsächlich in der Romandie und im Tessin verabschiedet wurden, spielen hingegen eine

zentrale Rolle für den Schutz gefährdeter Bevölkerungsgruppen. Sie sorgen für die Umsetzung von Massnahmen wie Sensibilisierungskampagnen, tägliche Kontaktaufnahme mit alleinlebenden älteren Menschen («Buddy-System») sowie Koordinationsmassnahmen zwischen den Behörden (Gesundheit, Sozialdienste, Zivilschutz und Polizei). Die Deutschschweizer Kantone setzen vorerst offenbar weiter auf das Konzept der Eigenverantwortung.

Über die staatlichen Notfallpläne hinaus wurden – ausgenommen im Kanton Waadt – kaum derartige Pläne auf Ebene der sozialmedizinischen Institutionen (wie etwa Spitäler oder Pflegeheime) entwickelt. Solche einrichtungsspezifischen Pläne sollten jedoch wesentliche Fragen im Zusammenhang mit der Betreuung der Patienten oder Bewohner sowie den Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden regeln. Dabei geht es vor allem um heikle rechtliche Fragen wie die Installation von Klimaanlage und das Tragen angemessener Kleidung.

Kapazitäts- und Ressourcenlücken

Empirisch betrachtet haben sich Hitzepläne als wirksame Rechtsinstrumente zur Prävention hitzebedingter Übersterblichkeit erwiesen. Sie gestatten die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit. Die kantonale und kommunale Vielfalt bei der Prävention und beim Management von Hitzewellen berücksichtigt zwar die lokalen geografischen und institutionellen Besonderheiten; oft spiegelt diese Vielfalt aber Kapazitäts- und Ressourcenlücken wider. Diese Lücken führen zu Ungleichheiten bei der Hitzeexposition, obgleich Hitzewellen in der Schweiz ein alle betreffendes Phänomen sind und die Situation gefährdeter Personen in allen Siedlungsräumen grundsätzlich ähnlich ist. Als dauerhafte rechtliche Lösung würden sich vom Bund verordnete Mindeststandards für Notfall- oder Aktionspläne anbieten.



Prof. Dr. Mélanie Levy

Assistenzprofessorin und Co-Direktorin am Institut für Gesundheitsrecht, Rechtsfakultät der Universität Neuenburg, Leiterin eines SNF Eccellenza-Forschungsprojekts



Die Kunst der therapeutischen Kommunikation



Anne-Françoise Allaz

Prof. Dr. med., Mitglied des Advisory Boards der Schweizerischen Ärztezeitung

Das Wort als Waffe? Zweifellos handelt es sich um ein mächtiges Instrument, das es gleichermaßen vermag, zu vermitteln, zu überzeugen und zu trösten wie zu verleumden, zu manipulieren und zu lügen. Sein Missbrauch zu ideologischen Zwecken wurde von vielen angeprangert, unter anderem von George Orwell mit dem berühmten «Neusprech» in seinem Roman «1984» oder vom Linguisten Victor Klemperer, der die «totalitäre» Entwicklung der deutschen Sprache im Dritten Reich analysierte [1]. Er widersetzte sich ihr mit seinen Schriften, die er als «meine kleinen Papiersoldaten» bezeichnete. Das Wort ist in der Tat eine Waffe.

Es waren diese Texte, die mich zum Nachdenken über den Stellenwert des gesprochenen Wortes in der Medizin veranlasst haben. Über die Wortgewandtheit, um genau zu sein. Ein Begriff von zentraler Bedeutung mit vielen Funktionen. Als Ärztinnen und Ärzte wissen wir, wie wichtig eine gute Kommunikation mit unseren Patientinnen und Patienten ist, um eine Vertrauensbeziehung aufzubauen und aufrechtzuerhalten, aber auch, um sie zu informieren, zu beruhigen und zu begleiten. Wir wissen aus Erfahrung, wie ungünstig gewählte Worte oder das Überbringen einer schlechten Nachricht, bei der die Balance zwischen Zurückhaltung und Offenheit nicht gefunden wurde, schlecht aufgenommen werden und sogar verheerend sein können. Oft genug hat ein gutes Wort der Ärzteschaft oder des Pflegepersonals seinen Beitrag zur Linderung und Heilung in verschiedenen Bereichen unter Beweis gestellt. Man denke etwa daran, wie Schmerzlinderung und Wohlbefinden bei verbaler Begleitung verschiedener Therapien statistisch betrachtet deutlich höher sind [2], oder auch an die positive Wirkung ermutigender Erklärungen, an Projekte zur gemeinschaftlichen Pflege, an hypnotische Suggestionen, an die «Talking Cure», also die Psychoanalyse, und vieles mehr.

Zwar steht die Macht des Wortes nicht infrage, doch Ärztinnen und Ärzte fühlen sich nicht immer gut geschult in ihren kommunikativen

Fähigkeiten, die nicht nur zur Qualität der medizinischen Tätigkeit beitragen, sondern auch manche Missverständnisse vermeiden helfen. Es ist zu begrüßen, dass in einer Reihe von Westschweizer Spitälern eine Sensibilisierung für «Therapeutische Kommunikation» in das Weiterbildungsangebot aufgenommen wurde [3]. Diese Schulungen machen unter anderem auf den Gebrauch der nonverbalen Sprache aufmerksam. Die von der kommunikativen Hypnose inspirierte Umformulierung von Sätzen mit positiv konnotierten Wörtern und Ausdrücken sorgt bei den Patientinnen und Patienten für eine willkommene Entspannung. Beispiele sind: «Dann legen wir jetzt los» statt «Ich werde Sie piksen» oder «Seien Sie beruhigt» statt «Machen Sie sich keine Sorgen».

Trotz ihres unbestreitbaren Nutzens ist bei diesen «Kommunikationswerkzeugen» eine gewisse Vorsicht geboten. Denn authentische Kommunikation und Begegnung funktionieren nicht nach Standards und Normen. Sie beruhen auf einer subtilen Verständigung zweier Partner, bei der Intersubjektivität, Intuition und sogar die Atmosphäre des Augenblicks [4] eine zentrale Rolle spielen. Gleiches gilt für den Raum, der dem anderen in der aufmerksamen Stille echten Zuhörens gegeben wird. Im Gespräch muss das Wort oft in den Hintergrund rücken. Catherine Chabert schreibt über Begegnungen mit Patientinnen und Patienten mit schwerem Leiden, dass «man in sich selbst genug Bereitschaft finden müsse, die Worte und das Schweigen eines anderen aufzunehmen, ohne diese sogleich mit der eigenen Redseligkeit und Unruhe zu überdecken» [5]. Neben aktiver Bereitschaft erfordert das Zuhören auch Offenheit gegenüber anderen und eine gewisse Demut. Auch der therapeutischen Kraft dieses Aspekts der Kommunikation gebührt Anerkennung.



Literatur

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

21. Juni 2024, 09:30–17:30

Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie

Uns erwarten am Freitag zum Schwerpunktthema Psychosomatik Referate zu Themen wie dem gelingenden interprofessionellen Umgang mit psychosomatischen Störungen in Gruppenpraxen anhand intuitiver Diagnostik als «Körperstress-Erkrankung» (ICD 11), zur Steigerung der Gesundheitskompetenz von Patienten durch Multimodale Programme und Coaching-Tools, zum Berufsbild der Pflegefachpersonen mit erweiterter Praxis (APNs), zum Management interprofessioneller Zusammenarbeit als Herausforderung im klinischen und ambulanten Alltag und zu interdisziplinären Ansätzen der Schmerztherapie. Im Abendvortrag stellen wir die Frage nach der Herausforderung für die psychische Gesundheit im Leistungs- und Freizeitsport.

Speaker

- Prof. Dr. Stefan Büchi
- Dr. sc. med. Nina Streeck
- Dr. phil. Bettina Berger
- Prof. Dr. Matthias Mitterlechner
- Prof. Dr. Romy Mahrer Imhof
- PD Dr. med. Malte Christian Claussen

Sprache

Deutsch

Informationen

www.cseb.ch/fachtagung

Veranstaltungsort

Hotel Belvédère, Seminarräumlichkeiten

Veranstalter

Clinica Curativa

Adresse

Stradun 330
7550 Scuol
Schweiz

Kontakt

Jacqueline Oesch
081 861 13 00
jacqueline.oesch@cseb.ch



06.04.2024–11.04.2024

GI Surgery Davos Course

The Davos Course 2024 offers three different levels of skills training and corresponding lectures. Participants interested in robotic surgery have the possibility to book a separate robotic training course.

Congress Center Davos, Switzerland, Talstrasse 49a,
7270 Davos Platz, Schweiz
Kontakt: c/o ak-medizin
davoscourse@ak-medizin.com

10.04.2024–13.04.2024

XXXII. Wissenschaftliche Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Gynäkologische Onkologie (AGO) der OEGGG 2024

Salzburg Congress, Auerspergstraße 6,
5020 Salzburg, Österreich
Kontakt: Tagungssekretariat: Sekretariat der
AGO Österreich, Frau Ingrid Zeimet-Kirchmair
kontakt@ago-austria.at

11.04.2024 | 09.15–17.00 Uhr

Diagnostikkurs in medizinischer Parasitologie: Darmprotozoen

Neben der Beobachtung lebender Parasiten und der Beurteilung mikroskopischer Präparate werden auch Biologie, Epidemiologie, Nachweismethoden und klinische Aspekte von intestinalen Protozoen behandelt.

Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut
(Swiss TPH), Kreuzstrasse 2,
4123 Allschwil, Switzerland
Kontakt: Ursina Mory
courses@swisstph.ch

22. Juni 2024, 09:30–17:30

Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie

Am Samstag steht die (Psycho-)Onkologie im Zentrum und wir zeigen, wie die Herzfrequenzvariabilität (HRV) ein Marker für den Therapieansatz und die Prognose sein kann. Wir stellen uns auch die Frage, was männliche Patienten in der Therapie brauchen und thematisieren die Sexualität. Den Tag runden wir ab mit dem Erfahrungsschatz eines Experten aus vierzig Jahren Therapieerfahrung mit der Misteltherapie.

Speaker

- Stefan Mamié
- MSc Oliver Bayer
- Dr. med. Doris Eller-Berndl
- PhD Andreas Walther
- Dr. med. Richard Heiligtag

Sprache

Deutsch

Informationen

www.cseb.ch/fachtagung

Veranstaltungsort

Hotel Belvédère, Tagungsräume

Veranstalter

Clinica Curativa

Adresse

Stradun 330
7550 Scuol
Schweiz

Kontakt

Jacqueline Oesch
081 861 13 00
jacqueline.oesch@cseb.ch



04.04.2024–06.04.2024

8. Österreichischer interprofessioneller Palliativkongress

Villach, 9500 Villach, Österreich
Kontakt: Tagungsorganisation: Mondial Congress & Events
opg@mondial-congress.com

06.04.2024

Kardiologie Netzwerk Burgenland: Update 2024

Hotel Galantha, Esterhazyplatz 3,
7000 Eisenstadt, Österreich
Kontakt: Barbara Horak, David Grünseis
kardio@maw.co.at

**Fehlt Ihre Veranstaltung?**

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.
events@emh.ch



Zur Linderung
von Beschwerden
infolge benigner
Prostatahyperplasie¹

Indikation auf
Augenhöhe mit
Tamsulosin¹ ✓

Ohne
Beeinträchtigung
der Sexualität¹ ✓

Prostaplant®-F

Kassenzulässig¹

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

Die überzeugende Lösung mit dem dualen Wirkmechanismus²

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

Gekürzte Fachinformation Prostaplant®-F

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

Referenzen

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

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.