

# SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 17/18  
24. April 2024



## 26 FMH-Wahlen Die Kandidierenden 2024 im Porträt



12 **Architektur**  
Wie Spital-Bauprojekte  
simuliert werden

18 **Palliative Care**  
Viel mehr als eine  
Sterbebegleitung

62 **Fingerarterienverschluss**  
Aneurysma vera der Arteria  
radialis in der Tabatière

Anzeige



Kaum Energie,  
wenig Motivation, gedrückte Stimmung  
schlechte Konzentration, ohne Freude

Aus der Depression  
kraftvoll zurück ins Leben!

**Brintellix®**

Wirkt auf Stimmung, Konzentration sowie Antrieb  
und kann helfen, im Alltag wieder zurechtzukommen.¹

Ref. 1. Fachinformation Brintellix® [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch)  
Brintellix® Kurzfachinformation auf der 3. Umschlagseite



**Laitea<sup>®</sup>**  
Lavendelöl (Silexan<sup>®</sup>)

# Laitea<sup>®</sup> weist den Weg bei Ängstlichkeit und Unruhe!

Einziges  
pflanzliches  
Anxiolytikum  
in der SL<sup>3</sup>

- Vergleichbare anxiolytische Wirkung wie Lorazepam und Paroxetin<sup>1,2</sup>
- Einmal täglich<sup>3</sup>
- Nicht sedierend<sup>4</sup>
- Gut kombinierbar mit Kontrazeptiva<sup>5,6</sup>
- Enthält das Lavendelöl Silexan<sup>®</sup>



Kassenzulässig

Mikrokapsel  
1x täglich

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

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

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.



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

# Anfang und Ende



**Bahador Saberi**  
Leiter Journalistische  
Redaktion  
bahador.saberi[at]emh.ch

«Und jedem Anfang wohnt ein Zauber inne», schrieb Hermann Hesse einmal sehr treffend. Ein neuer Anfang ist auch dieses Editorial, das ich im Wechsel mit meinen Kolleginnen schreibe. Seit April 2024 leite ich die journalistische Redaktion der Schweizerischen Ärztezeitung. Zauberhaft, dachte ich anfangs. Jetzt, nach den ersten Wochen denke ich: Zaubern wäre gut.

Ein neues Kapitel beginnt mit der vierjährigen Legislatur für den Verband der Schweizer Ärztinnen und Ärzte. Am 6. Juni 2024 wählt die Ärztekammer alle Organe der FMH in einer Gesamterneuerungswahl: Ab Seite 26 lesen Sie die Porträts der Kandidierenden, die sich für die Wahl aufstellen. Für den Zentralvorstand kandidieren neu Michael Andor, Dennis Bernoulli und Murielle Mormont. Karen Peier-Ruser und Adrien Tempia lassen sich für die Geschäftsprüfungskommission neu zur Wahl aufstellen. Paul Wiesel bewirbt sich mit seiner Kandidatur neu für das Vizepräsidium der Standeskommission.

Simon Koechlin beleuchtet in seinem Artikel ab Seite 18 nicht den Anfang, sondern das Ende des menschlichen Lebens in der Palliative Care. Chronisch Kranke und sterbende Patientinnen und Patienten stehen im Mittelpunkt. Am Lebensende ginge es eben nicht bloss um biomedizinische Fragen, manche Herausforderungen in der Palliative Care seien «medizinischer Natur», sagt Prof. Dr. med. David Blum, Leiter des Zentrums für Palliative Care am Stadtspital Zürich. In den vergangenen Jahren

hat sich in der Palliative Care einiges geändert, vieles zum Guten, nicht zuletzt. Weil der Bedarf an Palliative Care gestiegen ist. Bund und Kantone haben diese Entwicklung frühzeitig erkannt und in den Jahren 2010 bis 2015 die «Nationale Strategie zur Förderung der Palliative Care» umgesetzt.

Im hinteren Teil des Heftes lesen Sie ein Porträt über Elisabeth Kübler-Ross. Die umstrittene Medizinerin trieb in den 1960er Jahren die moderne Sterbeforschung der Nachkriegsjahre voran. Jedoch polarisierte sie später mit ihren esoterischen Thesen zu Nahtoderfahrungen reanimierter Personen. Das Porträt finden Sie auf den Seiten 78 und 79.

«Der besondere Fall» im Swiss Medical Forum bespricht ein ungewöhnlich lokalisiertes Aneurysma der Arteria radialis in der Tabatière bei einer 54-jährigen Frau, die mit Perfusionsstörungen und schmerzhafter livider Verfärbung an Daumen und Zeigefinger rechts ins Spital eingewiesen wurde. Die Behandlung umfasste eine stationäre Schmerztherapie, Antikoagulation und den Einsatz von Iloprost zur Verbesserung der Mikrozirkulation, was zu einer signifikanten Besserung führte. Die Patientin erholte sich vollständig ohne chirurgische Eingriffe und setzte die Behandlung ambulant mit Acetylsalicylsäure fort, woraufhin nur minimale Residualsymptome blieben. Sie lesen den Artikel ab Seite 62.

Anzeige



**KUNSTDRUCKE**  
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Paul Klee und  
August Macke –  
Kunstdrucke



Diese und weitere  
Kunstdrucke finden Sie hier:  
[shop.emh.ch/collections/  
kunstdrucke](https://shop.emh.ch/collections/kunstdrucke)

EGb 761®<sup>1</sup>



Sie kann immer noch alleine ihren Garten pflegen.

Die Demenz hinausschieben.<sup>2,3,4</sup>

Neue  
Tebokan®  
Kompakttablette



alte Tablette  
240 mg

neue Tablette  
240 mg

# Tebokan® 240

Ginkgo-biloba-Spezialextrakt EGb 761®



- 1x 240 mg am Tag<sup>1</sup>
- Kassenzulässig, Liste B<sup>1,5</sup>
- Eigener Ginkgo-Anbau<sup>6</sup>

**Gekürzte Fachinformation Tebokan® 120/Tebokan® 240:** Z: 1 FT enthält 120 mg bzw. 240 mg Ginkgo-biloba-Extrakt (EGb 761®) (DEV 35–67.1), quantifiziert auf 26.4–32.4 mg bzw. 52.8–64.8 mg Flavonglycoside und 6.48–7.92 mg bzw. 12.96–15.84 mg Terpenlactone (Ginkgolide, Bilobalid). Auszugsmittel: Aceton 60% m/m. I: Symptomatische Behandlung von Einbussen der mentalen Leistungsfähigkeit. Adjuvans bei ausgeschöpftem Gehörtraining bei Claudicatio intermittens. Bei Vertigo und Tinnitus. D: Morgens und abends 1 FT (120 mg) bzw. 1x täglich 1 FT (240 mg). KI: Überempfindlichkeit gegen Ginkgo-biloba-Extrakte. UEW: Sehr selten leichte Magen-Darm-Beschwerden, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen. I: Eine Wechselwirkung mit Arzneimitteln, die die Blutgerinnung hemmen, kann nicht ausgeschlossen werden. P: 90 und 120 FT (120 mg) bzw. 30, 60 und 90 FT (240 mg). VK: B, kassenzulässig. ZI: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).

**Referenzen:** 1. Fachinformation Tebokan®; <https://www.swissmedinfo.ch/>; Stand: April 2022. 2. Kaschel R et al., Ginkgo biloba: specificity of neuropsychological improvement – a selective review in search of differential effects. Hum. Psychopharmacol Clin Exp 2009;24:345–370. 3. Kurz A et al., Leichte kognitive Störung: Fragen zu Definition, Diagnose, Prognose und Therapie. Nervenarzt 2004; 75: 6–15. 4. Tian J et al., Chinese herbal medicine Ginkgoshoutao for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. Alzheimers Dement (N Y), 2019;5:441–449. Published 2019 Sep 4. doi:10.1016/j.trci.2019.03.001. 5. <https://www.spezialistenliste.ch/>; Tebokan®; Letzter Zugriff 1.6.2023. 6. Schmid W., Balz J. P. et al., Cultivation of Ginkgo biloba L. On three continents. Acta Horti; 2005; 676, 177–180. 10.17660/actahortic.2005.676.23. **Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden. Schwabe Pharma AG, Erlistrasse 2, 6034 Küssnacht am Rigi.**



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

06/2023

Im Fokus



12

## Ein Bauplan zum Anfassen

**Architektur** Wie Räume gestaltet werden, wirkt sich aus. Deshalb können Spital-Bauprojekte am Swiss Center for Design and Health simuliert und evaluiert werden. Ziel davon ist es, eine ansprechende Atmosphäre, eine sichere Nutzung und effiziente Arbeitsabläufe zu ermöglichen – und die Gesundheit zu fördern. Ein Einblick.

Eveline Rutz



18

## Mehr als Händchenhalten und Morphin verabreichen

**Lebensende** Die Palliative Care entwickelt sich erfreulich. Die Angebote wachsen und der medizinische Nachwuchs interessiert sich für die Versorgung von chronisch kranken und sterbenden Patientinnen und Patienten. Trotzdem bestehen weiterhin Lücken – unter anderem, weil eine angemessene Finanzierung auf sich warten lässt.

Simon Koechlin



80

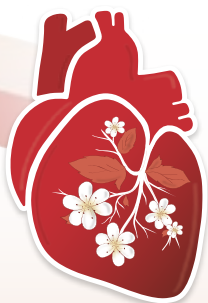
## Ein Nein zu anderen ist ein Ja zu sich selbst

**Wellbeing** Nein heisst nein. Anders als manche Erwachsene haben Kinder keine Scheu, ihre Ablehnung zum Ausdruck zu bringen. Doch auch wenn sich in den Gesundheitsberufen alles um das Wohlergehen von Patientinnen und Patienten dreht, müssen medizinische Fachpersonen nicht jeder Forderung nachgeben.

Vanessa Kraege

© Eve Kohler, Dominik Lange / Unsplash; Luca Bartulovic

Anzeige



# Cardiplant® 450

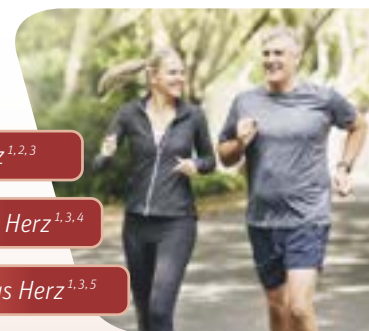
Quantifizierter Weissdorn-Spezialextrakt WS® 1442

**Ein starkes Herz für ein aktives Leben.**  
Bei nervösen Herzbeschwerden<sup>†</sup>

Stärkt das Herz<sup>1,2,3</sup>

Beruhigt das Herz<sup>1,3,4</sup>

Schützt das Herz<sup>1,3,5</sup>



Kassenzulässig

**Gekürzte Fachinformation Cardiplant® 450:** Z: 1 FT enthält 450 mg Trockenextrakt aus Weissdornblättern mit Blüten (4–6,6:1), quantifiziert auf 71,6–97,0 mg oligomere Procyanidine. Auszugsmittel Ethanol 45% (m/m). I: Nervöse Herzbeschwerden wie rascher Puls, Herzklopfen, Herzstechen, Schwindelgefühl, Druck- und Beklemmungsgefühl in der Herzgegend. D: Erwachsene täglich 1–2 FT mit etwas Flüssigkeit. Bei der Einnahme von 2 FT empfiehlt es sich, morgens und abends je 1 FT zu nehmen. KI: Nicht anwenden bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren sowie bei Überempfindlichkeit. UEW: Keine bekannt. IA: Keine bekannt. S/S: Keine klinische Daten vorhanden. P: 50 und 100 FT. VK: D, kassenzulässig. ZI: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch)  
**Referenzen:** 1 [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) 2 Chatterjee et al. 2004. Crataegus special extract WS® 1442 improves cardiac function and reduces infarct size in a rat model of prolonged coronary ischemia and reperfusion. Life Sci. Feb 27; 74(15): 1945–55. 3 Holubarsch et al. 2018. Benefit-Risk Assessment of Crataegus Extract WS® 1442: An Evidence-Based Review. Am J Cardiovasc Drugs. Feb; 18(1): 25–36. 4 Koller et al. 2005. Weissdorn-Spezialextrakt in der Therapie früherer Stadien der KHK-assoziierten, Herzinsuffizienz. MMW Originalien; 147 (IV): 159–164. 5 Chatterjee et al. 1997. In vitro and in vivo studies on the cardioprotective action of oligomeric procyanidins in an Crataegus extract of leaves and blooms. Arzneimittelforschung; 47: 821–825. Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden. 04/2024

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

## Inhaltsverzeichnis

3	<b>Editorial von Bahador Saberi</b> Anfang und Ende	44	<b>FMH Aktuell</b> Wirtschaftlichkeitsprüfung: wegweisendes Bundesgerichtsurteil
8	<b>REDAKTIONELLE INHALTE</b>	48	<b>Ärzttekammer</b> Traktanden
8	<b>News</b>	50	<b>Personalien</b>
8	<b>Auf den Punkt</b> Wie Fitness-Tracker die Behandlung von MS verbessern können	51	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
12	<b>Reportage</b> Ein Bauplan zum Anfassen	52	<b>Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause</b>
18	<b>Hintergrund</b> Mehr als Händchenhalten und Morphin verabreichen	54	<b>Was ist Ihre Diagnose?</b> Tückische Thoraxschmerzen
22	<b>Forum</b> Qualität statt Romantik	58	<b>Der besondere Fall</b> Eine seltene Krankheit mit Komplikationen
78	<b>Porträt</b> Einsatz für ein humaneres Sterben	62	<b>Der besondere Fall</b> Blaue Finger aus heiterem Himmel
80	<b>Praxistipp</b> Ein Nein zu anderen ist ein Ja zu sich selbst	66	<b>Forum</b> In eigener Sache
82	<b>Zu guter Letzt von Ludwig T. Heuss</b> Manche Fragen bleiben offen	68	<b>SERVICES</b>
23	<b>FMH</b>	68	<b>Stellenmarkt</b>
24	<b>Leitartikel des Zentralvorstandes</b> Die Kostenbremse schafft grosse Probleme – und löst kein einziges	72	<b>FMH Services</b>
26	<b>Ärzttekammer</b> Gesamterneuerungswahlen 2024: Porträts der Kandidierenden		

## 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, 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. Werltli, 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: © Wavebreakmedia Ltd / Dreamstime

# Post-COVID- Syndrom

Möglichkeiten in der labordiagnostischen Abklärung

- Persistenz von SARS-CoV-2
- Immunologische Diagnostik
- Autoimmunität
- Reaktivierung latenter Viren
- Cortisol-Spiegel
- Serotonin-Spiegel
- Intrazelluläres ATP



Erfahren Sie mehr über unsere labordiagnostischen Lösungen für die Post-COVID-Diagnostik auf unserer Website [www.laborteam.ch](http://www.laborteam.ch).

Ihr Wegbereiter für individuelle Diagnostik.

[www.laborteam.ch](http://www.laborteam.ch)

**labor  
team**



© Burdett Singhaku / Dreamstime

Laut Forschenden der ETH können Smartwatches zur Behandlung von MS eingesetzt werden.

#### Auf den Punkt

# Wie Fitness-Tracker die Behandlung von MS verbessern können

**Multiple Sklerose** Smartphones und Smartwatches liefern verlässliche Daten zu körperlicher Aktivität und Puls. Forschende der ETH Zürich zeigen in einer aktuellen Studie, dass sich diese digitalen Marker für die Therapie von MS nutzen lassen. Ärztinnen und Ärzte könnten so den Krankheitsverlauf besser verfolgen und früher wirksame Therapien vorschlagen.

Sarah Bourdely

**B**ei der Behandlung von Multipler Sklerose (MS) sind Ärztinnen und Ärzte auf die Angaben ihrer Patientinnen und Patienten angewiesen. Um wirksame Therapien empfehlen zu können, benötigen sie regelmässig Informationen zu den aktuellen Beschwerden und zum Krankheitsverlauf. Weil die MS-Betroffenen aus dem Gedächtnis Auskunft über ihr Befinden und ihre Leistungsfähigkeit geben müssen, können die so erhobenen Daten ungenau und unvollständig sein.

#### Eine Krankheit mit vielen Gesichtern

MS ist eine chronische Erkrankung des zentralen Nervensystems, die das Gehirn und das Rückenmark betrifft. Die Symptome sind vielfältig und hängen davon ab, welche Bereiche

des Nervensystems betroffen sind. Sie reichen von Müdigkeit und Taubheitsgefühlen in Armen oder Beinen über Sehstörungen bis hin zu schweren Koordinationsproblemen und Lähmungen. MS ist nicht heilbar, aber verschiedene Therapieansätze können dazu beitragen, die Symptome zu lindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern. Die Krankheit verläuft bei jedem Betroffenen anders, was die Diagnose und Behandlung erschwert.

#### Digitale Marker für MS

Forschende der ETH Zürich, des Universitätsspitals und der Universität Zürich stellen in ihrer Studie eine Lösung für dieses Problem vor [1]. Das Team um die ETH-Professoren Christian Holz und Gunnar Rättsch zeigte, dass Puls- und



Sportuhren sowie Smartphones relevante Daten liefern können. «Ärztinnen und Ärzte würden davon profitieren, wenn sie Zugang hätten zu verlässlichen Langzeitmessungen der Gesundheitsparameter ihrer Patienten. Diese Daten zeigen ein genaues und umfassendes Bild vom Zustand der Patienten», sagt Shkurta Gashi, Erstautorin der Studie, in einer Mitteilung der ETH [2].

Die Forschenden rüsteten 79 Freiwillige mit einer Fitnessuhr aus. Von diesen Personen hatten 55 MS, 24 waren gesunde Kontrollpersonen. Nach zwei Wochen werteten sie die Daten statistisch und mittels maschinellen Lernens aus, um zu ermitteln, welche dieser Informationen für die Ärzte nützlich sind. Als besonders aussagekräftig erwiesen sich nach Angaben der ETH dabei Daten zur körperlichen Aktivität und zum Puls: Je geringer die körperliche Aktivität und der Puls, desto stärker beeinträchtigt und müder waren die Studienteilnehmenden.

### Smartphonenuutzung deutet auf Ermüdung hin

Die Häufigkeit der Smartphone-Nutzung lieferte weitere Informationen zu Leistungsfähigkeit und Ermüdung: Je seltener die Testpersonen ihr Handy benutzten, desto stärker waren sie ermüdet. Rückschlüsse auf die motorischen Fähigkeiten gewannen die Forschenden durch einen spielähnlichen Test auf dem Smartphone, der vor wenigen Jahren an der ETH entwickelt wurde. Die Probandinnen und Probanden mussten dabei eine virtuelle Person durch möglichst schnelles Tippen auf den Bildschirm dazu bringen, sich fortzubewegen. Aus der Tippgeschwindigkeit und deren Veränderungen im Laufe des Tests konnten die Forschenden auf die motorischen Fähigkeiten der Testpersonen schliessen. «Durch die Kombination der Daten der Sportuhren und der Smartphones können wir gut zwischen Gesunden und MS-Erkrankten unterscheiden», sagt Shkurta Gashi.

### Sammeln von Langzeitdaten wird erleichtert

Nach Meinung der Forschenden können mit dem neuen Ansatz MS-Betroffene in ihrem Alltag einfach und unkompliziert verlässliche und nützliche Langzeitdaten sammeln. Sie gehen davon aus, dass sich durch diese Daten die Qualität der Behandlung verbessert: Auf einer umfassenden, präzisen und zuverlässigeren Datenbasis können Fachpersonen besser entscheiden und gegebenenfalls früher als bisher wirksame Therapien vorschlagen. Ausserdem können Fachleute durch die Auswertung der Patientendaten die Wirksamkeit von Therapien überprüfen.

### Persönlich

## Urs Pfefferkorn wird Chefarzt der Bariatric der Solothurner Spitäler



Dr. med. Urs Pfefferkorn

**soH** Dr. med. Urs Pfefferkorn wird per 1. Juli 2024 Chefarzt der Adipositaschirurgie (Bariatric) der Solothurner Spitäler (soH). Gleichzeitig übernimmt er die Führung des Departements Operative Medizin am Kantonsspital Olten. Er folgt dort auf Dr. med. Lukas Eisner, der pensioniert wird, wie es in einer Mitteilung der soH heisst. Urs Pfefferkorn ist seit 2013 als Leitender Arzt Bariatric Chirurgie in der soH tätig. Er studierte Humanmedizin in Basel, ist Facharzt für Chirurgie und besitzt die Schwerpunkttitel Viszeralchirurgie sowie Allgemein Chirurgie und Traumatologie. Zudem erweiterte er seine Managementfähigkeiten durch ein MAS-Studium in Managed Health Care und ein Mentoringprogramm «Management in der Gesundheitswirtschaft für das deutschsprachige Europa». Er ist seit Jahren als Guest Faculty am Advanced Bariatric Module des International Gastrointestinal Surgery Workshop in Davos sowie als Instruktor am Basiskurs Laparoskopie am Universitätsspital Basel für die Ausbildung von jungen Chirurginnen und Chirurgen tätig. Für seinen chirurgischen Schwerpunkt Bariatric absolvierte Urs Pfefferkorn diverse Hospitationen unter anderem in Kanada, Österreich und Schweden.

## Wallis: Christophe Bonvin wird Chefarzt Neurologie



Dr. med. Christophe Bonvin

**CHVR** Dr. med. Christophe Bonvin wurde zum Chefarzt der Abteilung für Neurologie am Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) ernannt. Der Stroke-Spezialist ist dort seit 2014 als stellvertretender Chefarzt tätig, wie das CHVR mitteilt. Christophe Bonvin schloss sein Medizinstudium an der Universität Lausanne 1999 ab. Anschliessend absolvierte er seine Weiterbildung in Neurologie am Universitätsspital Genf (HUG) und erhielt 2010 seinen Facharztstitel. Bonvin hat die seit 2013 zertifizierte Stroke Unit Wallis sowie die neurovaskuläre US-Einheit mit aufgebaut und geleitet. Parallel dazu habe er zur Entwicklung einer leistungsfähigen Behandlung von Multipler Sklerose und Migräne sowie zur klinischen Forschung in der Neurologieabteilung beigetragen, so das CHVR. Christophe Bonvin ist Präsident des College of Executive Physicians des CHVR. Ausserdem gehört er dem Vorstand des Schweizerischen Schlaganfallregisters an und ist in der Arbeitsgruppe der Schweizerischen Zerebrovaskulären Gesellschaft.



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

## Aus der Wissenschaft

## Frauenherzen und Gesundheit

**Gendermedizin** Schwangerschaft, Stillen oder die Wechseljahre beeinflussen die Gesundheit des weiblichen Herz-Kreislauf-Systems. Dies konnte ein Forschungsteam der Medizinischen Universität Innsbruck nachweisen. Haben Frauen im Laufe ihres Lebens gestillt, erleiden sie seltener einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall. Ein möglicher Grund sei die «Reset-Hypothese», der zufolge Stillen den weiblichen Stoffwechsel wieder in den Zustand vor der Geburt zurücksetze. Hingegen stelle insbesondere die Schwangerschaft einen Stresstest für den weiblichen Organismus dar. So hänge beispielsweise eine Präeklampsie mit einem höheren Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen im späteren Leben der Frau zusammen. Auch der Zeitpunkt der letzten Regelblutung habe einen Einfluss auf die Herzgesundheit der Frau: Je früher die Menopause einsetze, desto höher sei das Schlaganfall-Risiko – und zwar um 9% pro 5 Jahre.

doi.org/10.1161/JAHA.123.030280

## Hoffnung für NPC-Betroffene

**Erbkrankheit** Ein Schwindel-Medikament zeigt Potenzial bei der Behandlung der Niemann-Pick-Typ-C-Krankheit (NPC). Dies ist das Ergebnis einer Studie, bei der das Inselspital, Universitätsspital Bern, und die Universität Bern eine führende Rolle einnahmen. Dabei wurde die in den 1950er Jahren gegen Schwindel entwickelte Substanz N-Acetyl-L-Leucin (kurz NALL) als neue Behandlungsoption für NPC untersucht. Bereits vor elf Jahren habe Tatiana Brémová-Ertl, Oberärztin an der Universitätsklinik für Neurologie, das Potenzial von NALL zur Behandlung neurologischer Dysfunktionen bei NPC nachgewiesen, so das Inselspital. Nun wurde die Wirksamkeit und Sicherheit von NALL bei 60 NPC-Patienten untersucht. Die Ergebnisse zeigen, dass NALL, verglichen mit Placebo, die neurologischen Anzeichen und Symptome von NPC und die Lebensqualität der Patienten signifikant verbessert.

doi.org/10.1056/NEJMoa2310151

## Vermischtes

## Initiative gegen Zuckerkonsum



© Tigran Gasparyan / Dreamstime

Zu viel Zucker kann zu gesundheitlichen Problemen führen.

**Prävention** Die Kampagne «MAYbe Less Sugar» zielt darauf ab, die Bevölkerung mit konkreten Massnahmen bei der Reduktion ihres Zuckerkonsums zu unterstützen. Die Aktion wurde letztes Jahr in der Westschweiz lanciert und findet im Mai 2024 erstmals in der Deutschschweiz statt. Fast 7000 Personen haben sich 2023 der Initiative angeschlossen, in diesem Jahr sollen es noch mehr sein. MAYbe Less Sugar wird von diabètevaud, diabèteschweiz und der Allianz Ernährung und Gesundheit unterstützt.

Wer sich im Mai auf der Website [www.maybeless-sugar.ch](http://www.maybeless-sugar.ch) anmeldet, kann seinen Konsum an zugesetztem Zucker mit einem Rechner kostenlos ermitteln, Ideen und Rezepte für Genuss ohne oder

mit weniger Zucker entdecken und sich persönliche Ziele in Bezug auf den eigenen Zuckerkonsum setzen. Veranstaltungen laden über den ganzen Mai dazu ein, sich über Zucker zu informieren.

In der Schweiz konsumiert jede zweite Person zu viel Zucker. Im Durchschnitt nehmen die Schweizerinnen und Schweizer 107 Gramm pro Tag zu sich – mehr als das Doppelte der empfohlenen Menge. Dies kann der Gesundheit schaden und zu Übergewicht, Herz-Kreislauf-Problemen und chronischen Krankheiten wie Typ-2-Diabetes beitragen.

## In Zahlen

## Adipositas-Gen



Ein Gendefekt erhöht das Adipositasrisiko im Erwachsenenalter. Das fanden britische Forschende in einer exomweiten Assoziationsstudie heraus (doi.org/10.1038/s41588-024-01694-x).

Das Team um John Perry von der Universität Cambridge verglich die Exom-Daten für **18 548** Proteine aus den **419 668** Teilnehmenden der UK Biobank mit dem BMI der jeweiligen Personen.



Demnach war eine Protein-trunkierende Mutation im Gen BSN mit einem **dreifach** erhöhten Risiko auf eine Adipositas (BMI über **30**) assoziiert. Die Fallprävalenz betrug **49%**. Fast jeder **zweite** Teilnehmer mit dieser Mutation war also adipös.

© Roberto Scardola / Dreamstime; Tairilastock / Dreamstime; Inna Miroshnichenko / Dreamstime

## Kopf der Woche

# Sie forscht an Mini-Organen



© ETH Zürich / Daniel Geringross

**Prof. Dr. Barbara Treutlein**

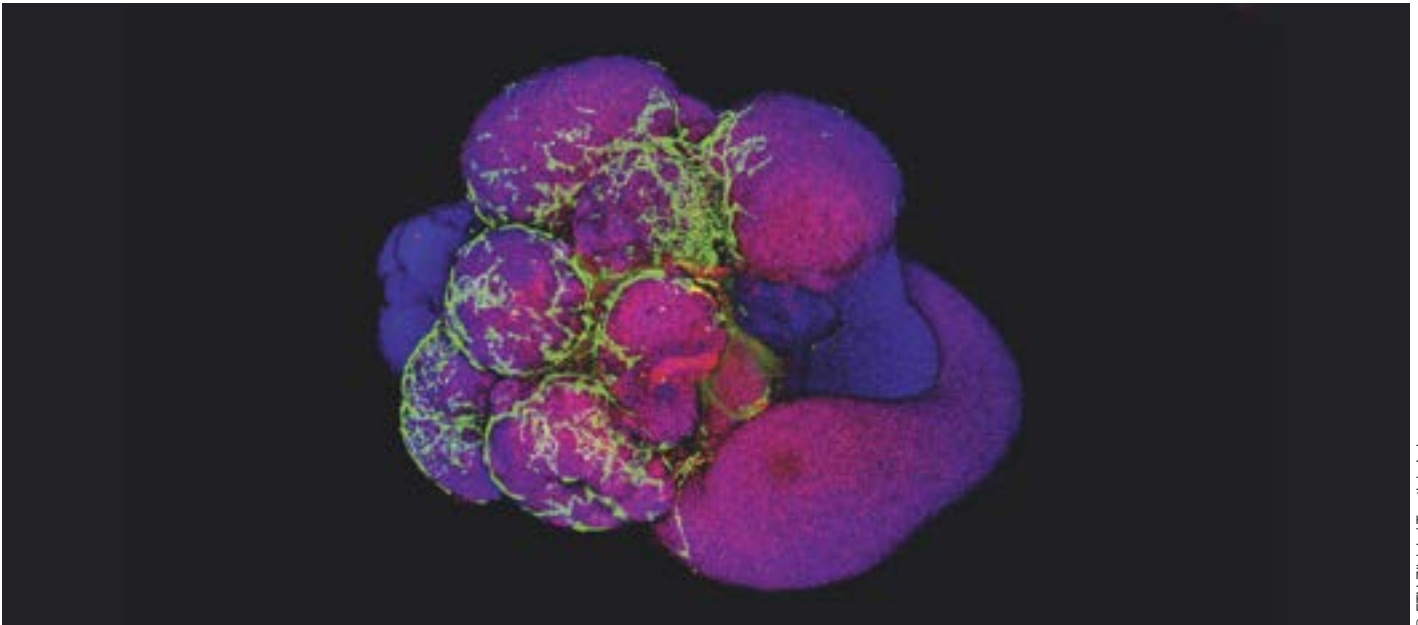
**Organoide** Manche züchten Orchideen. Die ETH-Professorin Barbara Treutlein züchtet Organoide. Dabei handelt es sich um winzige Zellklümpchen aus menschlichen Stammzellen. «Mit diesen Mini-Organen arbeiten wir an verschiedenen medizinischen Fragestellungen», sagt die Professorin für Quantitative Entwicklungsbiologie. Mit ihrem Team forscht sie an den möglichen Ursachen einer Autismus-Spektrum-Störung, wie die ETH Zürich mitteilt.

Welche Gene mit Autismus in Verbindung stehen, sei aus Patientendaten bekannt. Um ihren Einfluss auf die Entwicklung des Gehirns zu untersuchen, liessen die Forschenden aus Stammzellen ein Hirn-Organoid aus Nervenzellen wachsen. Mithilfe der Genschere CRISPR/Cas wurden gewisse Gene gezielt ausgeschaltet. Treutleins Team wertete die Datenmenge der Einzelzellanalyse mit Bioinformatik-Methoden aus. «So konnten wir am Ende herausfinden, was dieses Ausschalten der Gene bewirkt hat. Gibt es Mechanismen, die allen Genen übergeordnet sind? Gibt es genspezifische Mechanismen?», führt Treutlein aus. «Mit diesem Ansatz können wir versuchen, eine Krankheit besser zu verstehen.» So fanden die Forschenden heraus, welche Gennetzwerke in welchen Zelltypen des Gehirns für die Entwicklung von Autismus verantwortlich sind.

Ein Teil der Organoide in Treutleins Labor stammt von embryonalen Stammzellen ab. Die Forschungsgruppe generiert aber auch Stammzellen aus adultem Gewebe, zum Beispiel aus Hautzellen. Mit entsprechenden Faktoren, die in die Zellen geschleust werden, wandeln sich diese Körperzellen in Stammzellen zurück, aus denen ein neues Organoid entstehen kann. «Das Spannende daran ist, dass wir Zellen von Patientinnen und Patienten isolieren können, daraus Stammzellen gewinnen und schliesslich ein Organoid generieren können», sagt Treutlein. «Dies widerspiegelt die Organentwicklung jedes einzelnen Patienten.» So können die Forschenden die Entstehung von Krankheiten nachahmen und versuchen, mechanistisch zu verstehen.

Organoide können zudem für das Wirkstoff-Screening genutzt werden, möglicherweise auch für die Zucht von transplantierbaren Organen oder Organteilen, so Treutlein. Die Forscherin setzt grosse Hoffnungen in die Mini-Organen: «In Zukunft könnten sie dabei helfen, die beste individuelle Behandlung für einen Patienten zu finden. Ich hoffe auch, dass sie Tierexperimente in klinischen Studien teilweise ablösen und dazu beitragen, neue Medikamente effizienter zu entwickeln und auf den Markt zu bringen.»

## Aufgefallen



© ETH Zürich / Treutlein Lab

**Mini-Organ** Ein Hirn-Organoid (blau/magenta) mit Gefässstrukturen (grün), die mittels Zellprogrammierung im Labor von Barbara Treutlein (siehe oben) entstanden sind. Organoide sind einige Millimeter bis wenige Zentimeter klein. Diese organähnlichen Systeme sind die dreidimensionale Weiterentwicklung von Zellkulturen und bestehen aus unterschiedlichen Zelltypen in komplexen Gewebestrukturen.



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



Im Living Lab auf einer Fläche von 600 Quadratmetern werden Baupläne mit Karton verwirklicht.

# Ein Bauplan zum Anfassen

**Architektur** Wie Räume gestaltet werden, wirkt sich aus. Deshalb können Spital-Bauprojekte am Swiss Center for Design and Health simuliert und evaluiert werden. Ziel davon ist es, eine ansprechende Atmosphäre, eine sichere Nutzung und effiziente Arbeitsabläufe zu ermöglichen – und die Gesundheit zu fördern. Ein Einblick.



© Eve Kohler

**E**in älteres Paar betritt das Ambulatorium. Der Mann soll heute an der Schulter operiert werden. Er sitzt im Rollstuhl und wird von seiner Frau geschoben. Am Empfang stossen die beiden erstmals auf Schwierigkeiten. Die hohe Theke erschwert es dem Patienten, mit der medizinischen Praxisassistentin zu kommunizieren. Ohne Begleitung hätte er sichtlich Mühe, ihr seine Versicherungskarte zu reichen und die geforderten Daten anzugeben. Im Wartebereich versperrt der Mann im Rollstuhl daraufhin anderen den Weg. Beim Eintrittsgespräch, beim Umkleiden und in der Toilette fehlt es ihm an Platz. Seine Partnerin fühlt sich ebenfalls eingeengt und etwas verloren. Wo sie während der bevorstehenden Operation warten soll, ist nicht klar.

Die beschriebene Szene spielt sich nicht zwischen Beton-, sondern zwischen Kartonwänden ab. Sie ist nicht real, sondern simuliert. Der Mann und die Frau sind kein Paar. Sie arbeiten zusammen und wirken an einem Workshop im

Swiss Center for Design and Health (SCDH) in Nidau im Kanton Bern mit.

### Zimmer werden 1:1 aufgebaut

Am SCDH werden unter anderem Pläne für Spitalbauten getestet. Auf der Extended-Reality-Simulationsfläche im Living Lab, auf einer Fläche von maximal 600 Quadratmetern, erhalten sie erstmals eine konkrete Form. Die Grundrisse werden 1:1 auf den weissen Bodenbelag projiziert. Wände, Türen und Fenster werden in der vorgesehenen Grösse aus Karton realisiert. Schliesslich werden die Räumlichkeiten mit medizinischen Geräten, Patientenliegen und weiterem Mobiliar bestückt. «Ob die Räume den unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht werden, zeigt sich jeweils schnell. Beim Aufbau lassen sich bereits erste Schwachstellen erkennen», sagt Rahel Inauen, die im Forschungsteam des SCDH tätig ist. «Man sieht beispielsweise, ob ein Bett durch einen Durchgang passt.»

### Die Teilnehmenden erfahren, wie Arbeits- und Behandlungsabläufe im geplanten Neubau funktionieren würden.

Heute sind Projektleitende der Hirslanden Bern AG und der Hirslanden Klinik Linde AG zu Gast, welche in der Unternehmensentwicklung arbeiten. In einem Workshop erleben sie unmittelbar, wie eine realitätsnahe Simulation ablaufen und wirken kann. Die eine Hälfte der Gruppe beobachtet das Geschehen und macht sich Notizen. Die andere Hälfte schlüpft in die Rollen des Personals.

Die «Anästhesistin» bereitet den Patienten auf die Operation vor. Die «Chirurgin» führt den Eingriff durch und ein «Pfleger» betreut den Mann anschliessend im Aufwachraum. So erfahren die Teilnehmenden, wie Arbeits- und Behandlungsabläufe im geplanten Neubau funktionieren würden. Sie spüren körperlich, wie es ist, eine Person von einem Zimmer zum nächsten zu schieben. Sie nehmen wahr, dass es im doppelt belegten Anästhesieraum schwierig ist, ein vertrauliches Gespräch zu führen. Manchmal vermissen sie den Sichtkontakt zu den Kolleginnen oder dem Patienten. Und zum Ausguss und zur Händedesinfektion müssen sie lange Strecken zurücklegen.

### Nutzende bringen ihre Sicht ein

«Wer in einem Spital arbeitet, weiss viel über Räume – auch ohne Architektur studiert zu haben», sagt Stefan Sulzer, Managing Director am SCDH. Von diesem Praxiswissen gelte es zu profitieren. An den Simulationen werden daher jeweils möglichst alle Nutzergruppen einbezogen. Dazu zählen die Ärzteschaft und das Pflegepersonal. Vertreten sind aber auch Mitarbeitende des Empfangs, der Hotellerie und des Facility Managements. Es gehe nicht darum, Architektinnen und Architekten zu kritisieren, betont Sulzer. Die Methode diene vielmehr der Unterstützung komplexer Bauvorhaben. Die unterschiedlichen Perspektiven frühzeitig zu berücksichtigen, zahle sich aus. So liessen sich teure Baufehler, ineffiziente Abläufe sowie Sicherheitsrisiken ver-

## Reportage



Oben: Ist der Rollstuhl zu tief oder die Rezeption zu hoch? In der Simulation zeigen sich bauliche Herausforderungen.  
Unten: Weil Rettungskräfte auf kurze Wege angewiesen sind, werden häufig Notfall-Situationen getestet.

meiden. «Es ist viel billiger, mit Karton zu bauen als mit Beton.»

Die Besuchergruppe spielt im Living Lab abschliessend ein Notfallszenario durch. Der «Patient» erholt sich nach der Operation nicht wie gewünscht: Er übergibt sich und kollabiert. Die Ambulanz wird alarmiert und zwei «Sanitäterinnen» eilen herbei. Hastig schieben sie die Trage in den Aufwachraum, laden den Mann auf und bringen ihn zum Ausgang. «Rettungskräfte sind besonders auf kurze Wege angewiesen», sagt Rahel Inauen, welche die Simulation moderiert. Daher würden oft Notfall-Situationen getestet. Simuliert werden in der Regel auch logistische Prozesse. Zum Beispiel, wie medizinisches Material angeliefert und gelagert wird.

### Sehen, hören, sprechen

Die Workshop-Teilnehmenden verlassen den provisorischen Bau. Sie schlüpfen aus den Filzpantoffeln, die sie zum Schutz des speziellen Belags getragen haben, und versammeln sich um einen grossen Tisch. Im Debriefing berichten sie einander, was sie im Living Lab beobachtet haben. «Am Empfang ist man ziemlich exponiert», meint eine Besucherin. Andere Personen könnten vertrauliche Informationen hören, was man – gerade in einem Spital – vermeiden wolle. «Der Datenschutz ist bei vielen Bauvorhaben ein Thema», sagt Dr. phil. Minou Afzali, Leiterin Forschung am SCDH. In einer Simulation werde rasch deutlich, ob Räumlichkeiten die Privatsphäre der Nutzenden genügend schützten. Allein aufgrund von Plänen sei dies schwieriger zu beurteilen.

«Ich konnte den Patienten nicht direkt sehen», sagt jener Teilnehmer, der den Aufwachbereich von einem multifunktionalen Vorraum aus überwachen sollte. Dies erschwere nicht nur den Behandlungsverlauf und die Zusammenarbeit im Team, sagt Afzali. Fehlender Sichtkontakt könne auch gefährlich sein. «Studien belegen, dass Stürze häufiger vorkommen, wenn das Personal die Patientinnen und Patienten zu wenig im Blick hat.» Bauliche Anpassungen können die Sicherheit verbessern, wie aktuell in einem Musterzimmer im Living Lab zu sehen ist. Wird die Nasszelle an einer Ecke abgeschrägt, kann man vom Gang her einen grösseren Bereich überblicken.

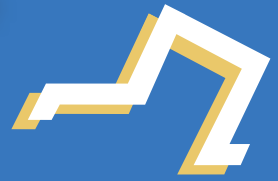
### Dem Wissenstransfer verpflichtet

«Wir machen nicht Design, sondern wir unterstützen den Designprozess, indem wir Entwürfe testen und wissenschaft-

## Swiss Center for Design and Health

Das Swiss Center for Design and Health (SCDH) ist seit 2022 in Nidau operativ tätig. In den Bereichen «Visuelle Kommunikation», «Objekte und Umwelt» sowie «Systeme und Prozesse» entwickelt und erforscht es Designlösungen, welche die Gesundheit fördern. Es erbringt Dienstleistungen, geht Forschungskooperationen ein und führt Weiterbildungen durch. Fachleute aus dem In- und Ausland bringen ihre Expertise in Begleitgremien ein. Das Kompetenzzentrum wird vom Bund, dem Kanton Bern und privaten Partnern finanziert. Aktuell beschäftigt es 25 Mitarbeitende ([www.scdh.ch](http://www.scdh.ch)).

# Lyman®



## 50 000

Hochdosiertes natives Heparin,  
Allantoin und Dexpanthenol<sup>1</sup>

...bei chronisch venösen Bein-  
beschwerden, Schweregefühl  
und Stauungsödemen<sup>1</sup>

# CHRONISCH

Das meistver-  
schriebene topische  
Venenpräparat  
der Schweiz<sup>3</sup>

Gel | Emgel | Salbe



- Wirkt antithrombotisch und entzündungshemmend<sup>1,2</sup>
- Lindert Schmerzen und Juckreiz<sup>1</sup>

kassenzulässig

Referenzen: **1** [Swissmedinfo.ch](http://Swissmedinfo.ch). **2** Zimmermann R E: Untersuchungen zur transkutanen Heparinapplikation. Therapiewoche (12/1982) Heft 49, 32: 6157 – 6164. **3** IQVIA, C05B, Lyman Mengen Total, per 25.04.23.

Gekürzte Fachinformation: Siehe Seite 17



«Der Datenschutz ist bei vielen Bauvorhaben ein Thema», sagt Minou Afzali.

liche Erkenntnisse einbringen», sagt die Forschungsleiterin Minou Afzali. Das Kompetenzzentrum arbeitet dafür mit Hochschulen, Stiftungen und Wirtschaftspartnern zusammen. Es begleitet alle durchgeführten Projekte wissenschaftlich und veröffentlicht die Resultate. Es hat beispielsweise untersucht, wie gut eine neue Signaletik in einem geriatrischen Zentrum funktioniert. Die Studie ergab, dass es der Orientierung dient, wenn sich verschiedene Situationsbereiche farblich unterscheiden «Einfache Änderungen haben oft eine grosse Wirkung», sagt Rahel Inauen.

Die Tests im Living Lab regen zuweilen neue Entwicklungen an. Einfache Prototypen aus Holz, Metall, Stoff oder Papier stellen SCDH-Mitarbeitende selbst her. «Wir sind gut ausgerüstet und können Ideen schnell umsetzen», sagt Roger Zimmermann, Verantwortlicher für die Metallwerkstatt. Damit spare man Zeit, wenn man Projektteams begleite. Das Zentrum verfolge aber nicht das Ziel, selbst marktfähige Produkte zu entwickeln.

In den Musterzimmern werden Innovationen von Start-ups eingesetzt und Wandfarben, Beläge sowie Textilien verschiedener Lieferanten getestet. In einem Doppelzimmer sind zurzeit Vorhänge in verschiedenen Farben aufgehängt. Der textile Raumteiler ist nicht auf ganzer Höhe blickdicht gestaltet. Im oberen Bereich lässt er viel Licht durch, was eine angenehme Atmosphäre schafft.

### Umgebung beeinflusst Heilung

«Räume beeinflussen den Genesungsprozess», sagt Christine Nickl-Weller, Architektin in München und emeritierte Professorin der Technischen Universität in Berlin. Sie ist Experte für «Healing Architecture», ein Gebiet, mit dem sie sich seit 20 Jahren beschäftigt. Nickl-Weller erwähnt eine Studie

von Roger Ulrich aus dem Jahr 1984, die erstmals messbare Effekte einer Umgebung dokumentierte: Patientinnen und Patienten erholten sich nach einer Gallenblasenoperation besser, wenn sie von ihrem Zimmer aus in die Natur statt an eine Backsteinmauer blickten. Sie benötigten weniger starke Schmerzmittel, hatten seltener Komplikationen und konnten das Spital früher verlassen [1]. Christine Nickl-Weller sagt daher: «Man sollte sich sehr gründlich mit dem Patientenzimmer befassen.» Der meist enge Raum müsse viele Vorgaben und Funktionen erfüllen. Eine virtuelle Simulation könne einen ersten Eindruck vermitteln. In einem Musterzimmer sei jedoch eine vertiefte Auseinandersetzung möglich. «Man nimmt die Beschaffenheit eines Materials, das Licht und die Farbgebung intensiver wahr.» In einem Spital gelte es, Lebenswelten zu gestalten, sagt die Architektin



In den Musterzimmern werden Innovationen von Start-ups eingesetzt.



weiter. Jene der Patientinnen und Patienten, des Personals sowie der Besuchenden. Sie erlebten den Bau in unterschiedlichen Situationen und aus unterschiedlichen Perspektiven. «Nutzende einzubeziehen, ist daher wichtig.»

## Stefan Sulzer hofft, dass das Living Lab künftig noch breiter belebt wird und sich diese Art der Bauplanung etabliert.

### Distanzen besser einschätzen

Der Teufel liege bekanntlich im Detail, sagt eine Workshop-Besucherin in Nidau. Es ergebe daher Sinn, einzelne Handgriffe durchzuspielen. «Es ist etwas anderes, durch Räume zu gehen, als sie ausschliesslich auf Plänen zu sehen», sagt auch Nicole Burri, Leiterin Stab und Business Development Hirslanden Bern. Man könne Distanzen besser einschätzen und nehme Dinge wahr, die man sonst kaum bemerken würde. Laut den SCDH-Mitarbeitenden werden beispielsweise häufig Ablageflächen vermisst. Sei es für medizinische Geräte oder persönliche Gegenstände der Patienten.

Die Simulation habe wertvolle Impulse gegeben und Optimierungen angeregt, sagt Daniel Pauli, der an der Planung des im Workshop gezeigten Ambulatoriums beteiligt war. Der Zugang für die Ambulanz sei gradliniger gestaltet worden. Die einzelnen Plätze im Aufwachaum seien verbreitert worden, um die Pflege zu erleichtern. Bauvorhaben derart zu testen und eine Aussensicht einzuholen, sei in jedem Fall empfehlenswert, sagt der Spitalplaner und Architekt. «Man sollte es bei jedem Projekt machen.»

Stefan Sulzer spricht einen weiteren Vorteil an: «Nutzende einzubinden und ihre Bedürfnisse ernst zu nehmen, erhöht die Akzeptanz eines Vorhabens.» Der Managing Director erwähnt als negatives Beispiel eine Klinik, in der sich die Garderobe der Mitarbeitenden in einem dunklen Untergeschoss und hinter einer Recycling-Sammel-Station befinde. «Das ist ein Statement, welches die Leute zwei Mal am Tag wahrnehmen, wenn sie sich umziehen.» Das Wohlbefinden der Belegschaft im Auge zu behalten, sei entscheidend. Gerade in einer Zeit des Fachkräftemangels.

Dies gelte ebenso für andere Branchen und Bereiche. Gesundheit spiele auch in einem Büro, in einem Schulhaus oder im Strassenverkehr eine Rolle. Sulzer hofft, dass das Living Lab künftig noch breiter belebt wird und sich diese Art der Bauplanung etabliert. Die Gestaltung von Räumlichkeiten zu testen, sollte seiner Meinung nach Standard werden. «Es ist ein Irrglaube, zu wissen, wie man es macht.»



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

# Lyman®

## 200 000 forte

Maximale Heparin-Wirkung!<sup>2</sup>

...bei akuten, ausgeprägten  
Entzündungen  
im Zusammenhang mit  
venösen Beinbeschwerden<sup>2</sup>

AKUT

Lyman® –  
breiteste Palette  
an Formen und  
Dosierungen<sup>1</sup>

Gel | Emgel | Salbe



**Referenzen:** 1. [swissmedinfo.ch](http://swissmedinfo.ch), 2. Zimmermann R E: Untersuchungen zur transkutanen Heparinapplikation. Therapiewoche (12/1982) Heft 49, 32: 6157 – 6164

**Lyman® 50 000 / 200 000 – Salbe / Emgel / Gel Z:** Heparin 500 I.E./g, resp. 2000 I.E./g; Allantoin 3 mg/g; Dexpanthenol 4 mg/g **I:** Beschwerden im Zusammenhang mit Krampfadern wie Schmerzen, Schweregefühl, geschwollene Beinen (Stauungsödeme) und stumpfe Sport- und Unfallverletzungen. Auf ärztliche Verschreibung auch bei (oberflächlichen) Venenentzündungen, zur Nachbehandlung von Verödungen sowie unterstützend bei Venenthrombosen. **D:** 2–3mal täglich auf die erkrankten Stellen sowie die umgebenden Hautpartien auftragen. Bei Venenentzündungen nicht einreiben, sondern dick auftragen und Verband anlegen. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber den Wirk- oder den Hilfsstoffen, bekannte Heparin-induzierte/assoziierte Thrombozytopenie (HIT). **VM:** Nicht auf offene Wunden und Schleimhäute und/oder bei eitrigen Prozessen nicht auf die Infektionsstelle applizieren. Kontakt mit Schleimhäuten und der Augenbindehaut vermeiden. Bei thrombotischen und thromboembolischen Prozessen nicht massieren. **IA:** Für systemisch verfügbares Heparin besteht die Möglichkeit der Steigerung des Blutungsrisikos bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien durch Kumulation der Wirkung. **SS:** Es liegen keine klinischen Daten mit Anwendung bei Schwangeren vor. Es liegen keine hinreichenden tierexperimentellen Studien vor. Das potentielle Risiko für den Menschen ist nicht bekannt. Bei der Anwendung während der Schwangerschaft ist Vorsicht geboten. **UW:** In seltenen Fällen lokale allergische Reaktionen. **P:** Tuben zu 40 g und 100 g, Emgel 200 000: Tuben zu 60 g und 100 g. Abgabekategorie D, 50 000: SL. Drossapharm AG, 4002 Basel. Ausführliche Informationen entnehmen Sie bitte [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Alle Referenzen können bei Drossapharm angefordert werden.

# Mehr als Händchenhalten und Morphin verabreichen

**Lebensende** Die Palliative Care entwickelt sich erfreulich. Die Angebote wachsen und der medizinische Nachwuchs interessiert sich für die Versorgung von chronisch kranken und sterbenden Patientinnen und Patienten. Trotzdem bestehen weiterhin Lücken – unter anderem, weil eine angemessene Finanzierung auf sich warten lässt.

Simon Koechlin



Mit manchen Krankheiten, die früher zu einem raschen Tod führten, lässt sich heute noch Monate oder gar Jahre leben. Deshalb steigt der Bedarf an Palliative Care und wird weiter steigen.

**V**ielleicht in keinem Bereich des Gesundheitswesens ist die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen wichtiger als in der Palliative Care. Bei der Betreuung von Patientinnen und Patienten in ihrer letzten Lebensphase würden Ärzteschaft und Pflege auf Augenhöhe zusammenarbeiten, sagt Prof. Dr. med. David Blum, Leiter des Zentrums für Palliative Care am Stadthospital Zürich und des Kompetenzzentrums Palliative Care am Universitätsspital Zürich. «Teams haben oft ärztlich-pflegerische Co-Leitungen; Aufnahmegespräche, Visiten und Konsile werden gemeinsam durchgeführt.» Darüber hinaus sind Spezialistinnen und Spezialisten aus Fachgebieten wie Psychologie, Ernährungsberatung oder Seelsorge mit an Bord.

Denn in der letzten Lebensphase geht es nicht nur um biomedizinische Fragen, sondern vor allem darum, was die Patientin oder der Patient will – und was nicht. Die Palliative Care verstehe sich als Paradedisziplin der patientenzentrierten Medizin, sagt Blum. Man diskutiere gemeinsam die Vor- und Nachteile einer Therapie. «Vielleicht ist es dann für eine Patientin oder einen Patienten wichtiger, noch einmal nach Italien zu reisen, als wegen einer Behandlung ans Spital gebunden zu sein.» Das alles macht die Palliative Care zu einem abwechslungsreichen und spannenden Berufsfeld – aber es bringt auch Herausforderungen mit sich.

Manche dieser Herausforderungen sind medizinischer Natur. «Viele Menschen, die wir in der Palliative

Care behandeln, leiden stark und aus unterschiedlichen Gründen», sagt Blum. Er spricht von einer «diffusen Wolke» aus körperlichen Symptomen wie Schmerzen, Übelkeit und Schwäche, aber auch aus psychischen Belastungen – aufgrund der Krankheit, des Arbeitsausfalls oder der Belastung der Familie. Im Team gelte es, diese Wolke aufzuteilen und Stück für Stück zu lindern: die Schmerzen mit Schmerztherapie, Appetitlosigkeit mit Ernährungsberatung oder Schuldgefühle mit Psychotherapie.

Andere Schwierigkeiten der Palliative Care sind politisch und finanziell begründet. Es ist ein relativ junger, noch immer etwas unbeachteter Zweig der Medizin. Früher galten der Tod und chronische, unheilbare Krankheiten als Tabu. Das Lebensende war ein Schicksal, das jeden Menschen einfach irgendwann ereilte. Das hat sich in den vergangenen Jahren gewandelt – und der medizinische Fortschritt trägt dazu bei: Mit manchen Krankheiten, die früher zu einem raschen Tod führten, lässt sich heute noch Monate oder gar Jahre leben. Deshalb steigt der Bedarf an Palliative Care und wird weiter steigen.

### Das Angebot wird grösser

Bund und Kantone haben das erkannt – und von 2010 bis 2015 eine Nationale Strategie zur Förderung der Palliative Care umgesetzt. «Seither ist die Entwicklung insgesamt erfreulich», sagt Renate Gurtner Vontobel, Geschäftsführerin von palliative.ch, der Schweizerischen Gesellschaft

## Hintergrund

für Palliative Medizin, Pflege und Betreuung. Die Angebote hätten sich kontinuierlich vergrössert. Verfügten 2013 erst 15 Kantone über ein kantonales Palliative-Care-Konzept, sind es 2023 bereits 23 Kantone [1]. In 20 Kantonen gibt es heute mindestens eine spezialisierte Palliativstation, also eine eigenständige Abteilung in einem Akutspital, die auf die Versorgung von Palliativpatientinnen und -patienten spezialisiert ist. 2013 waren es 16 Kantone.

Trotzdem, sagt Gurtner Vontobel, bestünden Lücken in der Versorgung – vor allem in der ambulanten Versorgung zuhause, in Langzeiteinrichtungen und bei den Hospizen. Der grösste Nachholbedarf liege im ambulanten Sektor, ergänzt David Blum. «Wenn man Menschen fragt, wo sie gerne sterben würden, dann sagen die meisten: daheim.» Doch gute Angebote, um Patientinnen und Patienten auf ihrem letzten Lebensabschnitt bei sich zuhause zu betreuen, bestünden nicht flächendeckend.

Das habe mit der Finanzierung zu tun, sagen beide Fachpersonen. «Im Gesundheitswesen werden meist Eingriffe vergütet, weniger das Gespräch», sagt Blum. «Aber in der Palliative Care müssen wir viel mit Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen sprechen – und ihnen zuhören. Wir müssen organisieren und zwischen Fachdisziplinen koordinieren.» Gerade die Finanzierung der spezialisierten mobilen Palliative-Care-Dienste (MPD) sei nicht geregelt, ergänzt Renate Gurtner Vontobel. Ungenügend finanziert seien auch die Hospize, die Menschen betreuen, bei denen eine Behandlung zu Hause oder im Pflegeheim nicht möglich und die Infrastruktur eines Akutspitals nicht sinnvoll ist. Sie sind im Krankenversicherungsgesetz nicht als Leistungserbringer aufgeführt. Und nicht zuletzt, sagt Gurtner Vontobel, sei der Aufwand für die palliative Versorgung von hochbetagten, vielfach kranken Menschen in Pflegeheimen um ein Vielfaches höher, als es die aktuelle Tarifstruktur zulasse.

### Finanzierung in der Schwebel

Eigentlich weiss die Politik um diese Probleme. Im Juni 2021 beauftragte das Parlament per Motion den Bundesrat, die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care [2]. Doch eine Umsetzung lässt bis heute auf sich warten. Eine breite Allianz von Verbänden aus dem Gesundheitswesen, darunter palliative.ch, hat deshalb im November ein gemeinsames Positionspapier veröffentlicht [3]. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) lasse sich viel Zeit mit der Ausarbeitung von Finanzierungsvarianten und Vorschlägen, moniert Renate Gurtner Vontobel. «Dabei würde es die aktuelle Gesetzgebung zulassen, manche Anpassungen rasch auf Verordnungsebene zu beschliessen.» So könnte der Bundesrat in Eigenregie die Beiträge für die ambulante Pflege und Palliativpflege erhöhen oder Pflegebedarfsstufen für die stationäre Pflege erweitern.

Das BAG seinerseits sieht sich bei der Umsetzung der Motion «grundsätzlich auf Kurs», wie es auf Anfrage mitteilt. Es habe sich gezeigt, dass noch nicht alle benötigten Informationen vorhanden seien, damit Massnahmen gezielt ergriffen und deren Kostenwirkungen abgeschätzt werden könnten. Um diese Informationen zusammenzustellen, hat das BAG mehrere Mandate vergeben – momentan etwa läuft eine Untersuchung, um die verfügbaren Daten zu den aktuellen Kosten und der Finanzierung von Palliative Care

## Kurse für Hausärztinnen und Hausärzte

Bei der Behandlung und Betreuung von älteren, schwer kranken Menschen nehmen Hausärztinnen und Hausärzte eine Schlüsselrolle ein. Für sie bietet die Gesellschaft palliative.ch einen viertägigen Fortbildungskurs in Geriatrie und Palliativmedizin an [6]. Der Kurs stosse auf grosses Interesse, sagt Renate Gurtner Vontobel. «Er gibt ihnen das Rüstzeug für schwierige Entscheidungen am Lebensende und mehr Sicherheit, um mit solchen Patientinnen und Patienten über ihre Wünsche zu sprechen.»

zusammenzutragen und wo nötig zu ergänzen.

Renate Gurtner Vontobel lässt die Argumentation der ungenügenden Datengrundlage nur teilweise gelten. «Dieses Problem ist hausgemacht», sagt sie. Es sei ein Fehler des BAG, dass für die Umsetzung der Nationalen Palliative-Care-Strategie kein nationales Monitoring und keine Begleitforschung eingeführt worden seien. «Dass das BAG jetzt Studien zu Angebot, Bedarf und Finanzierung in Auftrag gibt, mag taktisch richtig und wichtig sein, wirkt jedoch verkomplizierend und wie ein Spiel auf Zeit.»

Das BAG verweist darauf, dass beispielsweise Betreuungsleistungen per Gesetz nicht durch die obligatorische Krankenpflegeversicherung vergütet werden könnten. Die Kantone könnten aber solche Leistungen finanzieren – und einige täten dies bereits. Zudem seien die Palliative-Care-Versorgungsstrukturen teilweise recht neu und noch sehr heterogen – etwa was Grösse oder Personalausstattung angeht. «Unter diesen Voraussetzungen war es in gewissen Bereichen schlichtweg zu früh, um Fragen zu Tarifierung und Kosten zu analysieren.»

### Noch immer ein falsches Bild

Finanzielle Unsicherheiten können für junge Fachleute eine abschreckende Wirkung haben, wenn sie sich für ihr künftiges Berufsfeld entscheiden. Bei der Palliativmedizin scheint das zumindest momentan kaum der Fall zu sein. Palliative Care sei zwar noch immer ein Nischenfach, sagt David Blum. Aber er spüre, dass sich viele Studierende sehr dafür interessierten – gerade weil es eine abwechslungsreiche Medizin mit vielen Aspekten sei.

Dem pflichtet Dr. med. Tania Torrado bei. Die Fachärztin für Innere Medizin hat kürzlich als 150. Ärztin das Weiterbildungsdiplom in Palliativmedizin von palliative.ch erhalten [4] und arbeitet künftig als Spitalfachärztin für Palliative Care im Spital Thun. Sie habe sich für die Palliativmedizin entschieden, weil sie deren Vielseitigkeit, Komplexität, Interprofessionalität, die bio-psycho-sozial-spirituellen Aspekte, aber auch die Menschlichkeit faszinierten, erzählt sie.

Laut Torrado herrscht in der Gesellschaft und teilweise auch unter Ärztekolleginnen und -kollegen noch immer ein falsches Bild von der Palliativmedizin: «Palliativmedizin ist viel mehr als eine Sterbebegleitung, bei der wir überspitzt gesagt Händchen halten und den Morphin-Perfusor anhän-

gen.» Im Idealfall werde die Palliative Care frühzeitig in die Behandlung integriert – damit beispielsweise eine Krebsbehandlung und die palliative, gesundheitliche Vorausplanung gleichzeitig und Hand in Hand erfolgen.

Unter Umständen betrage die Lebenserwartung einer Patientin oder eines Patienten zu einem solchen Zeitpunkt noch Monate oder Jahre, sagt Torrado. Diese verbleibende Zeit, mit all ihren Herausforderungen, gelte es zusammen mit den Betroffenen und ihren Angehörigen auszuhalten und – so gut es geht – vorausschauend zu gestalten. «Hier braucht es jemanden, der die Koordination der verschiedenen Fachleute in die Hand nimmt, die Patientin oder den Patienten als Ganzes ins Zentrum stellt und den Überblick behält.»

### Gewappnet für schwierige Zeiten

Ein frühes Beiziehen der Palliative Care sei wichtig, sagt auch David Blum. «Patientinnen und Patienten erhalten dadurch eine bessere Lebensqualität und oft bleiben ihnen unnötige Behandlungen erspart.» Schwierige Themen wie Prognosen, Wünsche und die Gestaltung des Lebensendes zur richtigen Zeit zu besprechen, Sorge für Erleichterung [5]. Die Forscherin Camilla Zimmermann habe Palliative Care einmal mit einem Regenschirm [6] verglichen, sagt er. «Es kann sein, dass bessere Zeiten kommen, dann kann man diesen Regenschirm zur Seite stellen – aber wenn man ihn dabei hat, ist man für schwierige Zeiten gewappnet.»

Entscheidend ist der Einbezug der Angehörigen. Diese würden oft ihr Wohl jenem des Patienten hintenanstellen. «Es ist zum Teil erschreckend, wie sehr Angehörige leiden. Sie können nicht mehr schlafen, nehmen zu oder ab und haben keine Zeit mehr für sich selbst.» Wenn er in der Sprechstunde eine Angehörige frage, wie es ihr gehe, komme es regelmässig vor, dass sie in Tränen ausbreche und sage: «Ich begleite meinen Mann nun schon seit mehreren Jahren – und noch nie hat jemand nach meinem Befinden gefragt.»

Die Schicksale der Betroffenen lassen das interprofessionelle Team nicht kalt. Gerade akute, unerwartete Verläufe könnten belastend sein, sagt Tania Torrado. «Doch die enorme Dankbarkeit der Patientinnen und Patienten und ihrer Angehörigen entschädigen dafür.» Sie selbst versuche, sich eine Scheibe abzuschneiden von der Lebenseinstellung und der Tapferkeit der Patientinnen und Patienten – und das Leben bewusst im Hier und Jetzt zu geniessen. «So ist die Palliativmedizin auch eine bereichernde Lebensschule.»



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

Anzeige



**accord**

**ORGOVYX®**

**One & Only**  
oral ADT\*

**Schnelle, anhaltende  
Unterdrückung  
von Testosteron ohne  
initialen Schub.<sup>3</sup>**



Bei fortgeschrittenem  
hormonsensitivem  
Prostatakarzinom\*\*<sup>1,2</sup>



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

#### Orgovyx® Filmtabletten

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

Accord Healthcare AG  
Wuhrmattstrasse 23  
CH-4103 Bottmingen

T +41 61 425 46 80  
F +41 61 425 46 88  
[www.accord-healthcare.ch](http://www.accord-healthcare.ch)



#### Für mehr Informationen

besuchen Sie uns auf [www.accord-healthcare.ch](http://www.accord-healthcare.ch)  
oder senden Sie uns eine E-Mail an [info\\_ch@accord-healthcare.com](mailto:info_ch@accord-healthcare.com)



Mediziner haben eine Mission: die Verbesserung der Versorgungsqualität.

## Qualität statt Romantik

**Desillusionierung** Wenn wir über unser Gesundheitssystem sprechen, macht sich schnell Katastrophenstimmung breit: explodierende Kosten, Fachkräftemangel, ausgebranntes Personal. Eine Desillusionierung geht unter anderem auf das romantisierende Idealbild vom Gesundheitsberuf zurück, findet Arnaud Chiolero.

Dem Gesundheitswesen geht es immer schlechter. Es wird mit düsteren Worten wie Zusammenbruch, Explosion, Tsunami oder Mangel beschrieben. Die Lage wirkt verfahren, Meinungen gehen auseinander und Interessen scheinen unvereinbar zu sein. Hinzu kommen gravierende Führungs- und Ressourcenprobleme. Meiner Meinung nach wird dieser Katastrophismus durch die Romantisierung der Medizin befeuert, die uns intolerant gegenüber Belastungen macht, ohne einen realistischen Ausweg aus der Situation aufzuzeigen. Diese Romantisierung äussert sich in der Idealisierung der Klinik Tätigkeit, der Abneigung gegenüber administrativen Arbeiten und der Erwartung, soziale Ungerechtigkeit und Umweltprobleme zu beseitigen, während die Möglichkeiten des Fortschritts angezweifelt werden.

### Idealisierung der Klinik Tätigkeit

Immer mehr junge Medizinerinnen und Mediziner sind angesichts der Zustände in den Spitälern enttäuscht oder sogar schockiert. Erstaunlicherweise wurden sie darauf nicht vorbereitet. Ihnen wurde ein verklärtes Bild vermittelt von schönen Kliniken mit nettem Personal und unkomplizierter Arbeit mit Patientinnen und

Patienten – man müsse einfach nur lernen, ihnen zuzuhören. Die Realität gestaltet sich komplexer. Spitäler sind nervenaufreibend. Mit den Kolleginnen und Kollegen kommt man zwar gut aus, aber manchmal sind sie erschöpft oder gereizt, besonders in schlecht geführten, unterbesetzten und unterfinanzierten Einrichtungen. Da fehlt oft die Zeit, den Patienten zuzuhören, denen es schlecht geht, die aber auch anspruchsvolle Konsumenten von Gesundheitsleistungen sind.

Ein weiteres Problem ist die kritische Haltung des medizinischen Personals gegenüber administrativen Aufgaben, sei es im Hinblick auf finanzielle oder versicherungstechnische Aspekte in der Versorgung, die Personalverwaltung oder die Dokumentationspflicht zwecks Qualitätsmonitoring. Die Romantisierung der Medizin gaukelt uns eine Bilderbuchklinik vor, in der sich alles um die Beziehung zum Patienten dreht, frei von administrativen, juristischen oder finanziellen Zwängen, die als reine Bürokratie abgetan werden. Stattdessen sollten wir Ärztinnen und Ärzte von Anfang an auf die Klinikrealität vorbereiten und ihnen Instrumente an die Hand geben, mit denen sie die administrativen Pflichten in den Griff bekommen.

### Können Ärzte die Welt retten?

Die Schönfärberei verleitet auch zunehmend dazu, Ärztinnen und Ärzte für die Lösung gesellschaftlicher Probleme heranzuziehen, vor allem im Zusammenhang mit gesundheitlichen Ungleichheiten. Einerseits werden Gesundheit und Krankheit durch sozioökonomische und politische Faktoren bestimmt [1] – und im Gesundheitswesen bestehen erhebliche Ungleichheiten, die durch Umweltbeeinträchtigungen noch zugespitzt werden. Diese Tatsachen müssen Gesundheitsfachleute berücksichtigen, ihr Möglichstes dagegen tun und durch ihr Handeln eine Verschlimmerung der Missstände verhindern. Andererseits müssen sie aber auch akzeptieren, dass die Lösung dieser Probleme weitgehend ausserhalb ihres Einflussbereichs liegt. Sie erfordert sozioökonomische und politische Massnahmen auf Bevölkerungsebene und nicht auf Patientenebene. Sich eine solche Mission aufzubürden, kann das Gefühl der Ohnmacht verstärken. Ausserdem – und das ist angesichts des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen das grössere Problem – entstehen dadurch Opportunitätskosten, da das Medizinpersonal dann weniger Zeit für seine Kernaufgaben wie Diagnose, Versorgung und Behandlung hat [2].

### Den Beruf wieder attraktiver gestalten

In einem unter Druck stehenden Gesundheitsökosystem muss sich die Ausbildung und Tätigkeit von Ärztinnen und Ärzten weiterentwickeln. Ohne Romantik oder Zynismus [3] könnte man sie, um dem Beruf zu neuer Attraktivität zu verhelfen, zu Unternehmerinnen und Unternehmern ausbilden, deren Hauptaufgabe in der Verbesserung der Versorgungsqualität besteht. Das bedeutet, sowohl die klinische Praxis zu beherrschen als auch administrative Prozesse, die die medizinische Tätigkeit beeinflussen. Dafür braucht es berufsübergreifende medizinische Ausbildungsstätten unter der Leitung von Gesundheitsfachleuten, die auf der Grundlage von evidenz- und datenbasierter Medizin arbeiten [4].

*Prof. Arnaud Chiolero, MD PhD, Labor für Bevölkerungsgesundheit (#PopHealthLab), Universität Freiburg und McGill University, Montreal (Kanada)*



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

# FMH



## Die Kostenbremse schafft grosse Probleme – und löst kein einziges

**Kostenbremse-Initiative** Vor den Abstimmungen vom 9. Juni wird mit Schreckensnachrichten Stimmung gemacht. Dies soll davon ablenken, dass die Kostenbremse kein einziges Problem löst. Im Gegenteil: Sie wird einem der besten Gesundheitswesen der Welt und allen, die es benötigen, massiv schaden.

Yvonne Gilli



## Gesamterneuerungswahlen 2024: Porträts der Kandidierenden

**Ärztammer 6. Juni 2024** Am 6. Juni 2024 finden die Gesamterneuerungswahlen aller Organe der FMH statt. Diejenigen Kandidierenden, welche ihr Kandidierendenprofil für den Zentralvorstand, das Präsidium des SIWF, die Standeskommission und die Geschäftsprüfungskommission fristgerecht bei der FMH eingereicht haben, stellen sich im Folgenden in einem Porträt vor.

Yvonne Gilli



## Wirtschaftlichkeitsprüfung: wegweisendes Bundesgerichtsurteil

**Wirtschaftlichkeitsprüfung** Das Bundesgericht hat in einem richtungweisenden Urteil publiziert, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 56 Abs. 6 KVG stets aus einer Screeninganalyse und bei auffälligem Resultat einer anschliessenden Einzelprüfung zusammensetzt. Praxistypologische Merkmale sind auf Stufe der Einzelfallprüfung zu berücksichtigen.

Gabriela Lang, Iris Herzog-Zwitter et al.



Mit der Kostenbremse würden durch Unterfinanzierung Wartezeiten und Zweiklassenmedizin entstehen, weil der «erlaubte» Kostenzuwachs viel zu niedrig wäre.

## Die Kostenbremse schafft grosse Probleme – und löst kein einziges

**Kostenbremse-Initiative** Vor den Abstimmungen vom 9. Juni wird mit Schreckensnachrichten Stimmung gemacht. Dies soll davon ablenken, dass die Kostenbremse kein einziges Problem löst. Im Gegenteil: Sie wird einem der besten Gesundheitswesen der Welt und allen, die es benötigen, massiv schaden.



**Yvonne Gilli**  
Dr. med., Präsidentin der FMH

Ende März verkündete der Versicherer-  
verband santésuisse wieder einmal  
«dramatische» Kostensteigerungen  
und lancierte damit seine Kampagne für die  
Kostenbremse-Abstimmung am 9. Juni [1].  
Die provozierten Schlagzeilen ohne seriöse  
Datenbasis dürften nur der Auftakt dessen  
sein, was uns in den kommenden zwei Monaten  
erwartet. Wer sich noch erinnert, wie Gerhard  
Pfister Gesundheitsfachpersonen als «Geldgieri-  
ge» im «Selbstbedienungsladen» verunglimpfte  
[2], ahnt, was hier noch folgen könnte.

### Alarmismus im eigenen Interesse

Nicht nur Exponenten von Mitte-Partei und  
santésuisse, auch andere Akteure haben  
aktuell kein echtes Interesse an einer ehrlichen

Analyse der Situation und guten Lösungen im  
Sinne von Versicherten und Patientinnen und  
Patienten – sie verfolgen klare politische Ziele.  
Die Mitte möchte mit ihrer Initiative politischen  
Profit aus steigenden Prämien schlagen – ohne  
sich mit konkreten Lösungsvorschlägen  
angreifbar zu machen. Santésuisse möchte  
sich als Fürsprecher der Prämienzahlenden  
präsentieren – denen man nach Einführung  
eines Kostendeckels in der Grundversicherung  
viele gewinnbringende Zusatzversicherungen  
verkaufen könnte.

### Instrumentalisierung der Kosten

Dass die Kostenentwicklung im Sinne politi-  
scher Ziele instrumentalisiert und sogar  
skandalisiert wird, hat in der Gesundheitspolitik



eine lange Tradition. Sogar die Bundesverwaltung pflegt einen rhetorischen Daueralarm. So warnte der Bundesrat bereits vor 30 Jahren (!) im Abstimmungsbüchlein «Die Kosten für unser Gesundheitswesen steigen ungebremst. Für immer mehr Menschen werden die Prämien zu einer untragbaren Belastung» [3]. Auch in den letzten Jahren warb das BAG mit erschreckenden «Faktenblättern» und fragwürdigen Statistiken für mehr Regulierung [4,5]. Es warnte, wir würden «unser Gesundheitssystem an die Wand fahren» [6] und Bundesrat Berset drohte, ohne seine Reformen setze sich das «ungebremste Kostenwachstum» fort «bis das System irgendwann kollabiert» [7].

### Nachweislich falsche Warnungen

Bis heute werden Katastrophennachrichten mit der Aussicht auf viele Klicks medial dankbar aufgenommen – und wenig kritisch hinterfragt. Weil sachliche Einordnungen deutlich weniger Raum erhalten, weiss kaum jemand, dass viele Warnungen nachweislich falsch sind: Die Kostenentwicklung beschleunigt sich nicht, wie die «Experten» des Bundesrats behaupteten – im Gegenteil: sie flacht international und in der Schweiz seit etwa 15 Jahren ab [8]. In der Schweiz wuchsen die Kosten seit 2019 nicht mehr stärker als die Wirtschaftskraft – auch für die nächsten Jahre wird Stabilität erwartet [9].

### Es braucht soziale Finanzierung ...

Trotzdem fallen die Schreckensszenarien auf fruchtbaren Boden: Die mittleren Prämien von aktuell 427 Franken für Erwachsene, 301 Franken für 19 bis 25-Jährige und 112 Franken für Kinder [10] beanspruchen im Durchschnitt knapp 7% der Bruttohaushaltseinkommen [11]. Damit sind sie für alle Haushalte spürbar – und für einige auch eine erhebliche Belastung. Auch wenn 40% der Kinder und jungen Erwachsenen ihre Prämien zu 80% beziehungsweise 69% verbilligt erhalten [12], lassen einige Kantone deutlich zu hohe Belastungen zu [13]. Hier braucht es Nachbesserungen für eine sozial ausgewogene Finanzierung.

### ... für ein starkes Gesundheitswesen

Gleichzeitig müssen wir aber die Stärken unseres Gesundheitswesens erhalten: Gemäss den Daten der OECD [14] verhindert kein anderes Land so erfolgreich wie die Schweiz vermeidbare Todesfälle. Auch unser allgemeiner Zugang zu einer guten Versorgung ist einzigartig! In keinem anderen Land auf der Welt ist eine so überwältigende Mehrheit – nämlich 94% der Bevölkerung – zufrieden mit der Zugänglichkeit und Qualität der Gesundheitsversorgung.

### Die Kostenbremse ist unsozial

Mit der Kostenbremse würde sich dies massiv ändern: Die Ausgaben der Grundversicherung würden an die Wirtschaftsentwicklung gekoppelt. Damit würden Leistungen nicht mehr abhängig vom *Bedarf* finanziert, sondern abhängig von der *Konjunktur*. In wirtschaftlichen Krisen dürfte die Patientenversorgung weniger kosten – also genau dann, wenn sie am meisten benötigt wird. Am Eindrücklichsten lässt sich die falsche Koppelung am Beispiel der COVID-Pandemie zeigen. Die Wirtschaft musste mit Milliarden unterstützt werden und die teure Intensivmedizin wurde beansprucht wie noch nie.

### Zweiklassenmedizin und Rationierung

Wo ein Gesundheitswesen unterfinanziert ist, entstehen Wartezeiten und Zweiklassenmedizin. Dies wäre mit der Kostenbremse nicht nur in Wirtschaftskrisen und Pandemien zu befürchten. Auch in «normalen» Zeiten könnte die Grundversicherung immer weniger Leistungen übernehmen, weil der laut Initiative «erlaubte» Kostenzuwachs viel zu niedrig ist. Notwendige Versorgungsleistungen müssten also privat bezahlt werden – oder würden nicht erbracht. Vor allem die Grundversorgung, die sich fast ausschliesslich aus der Grundversicherung finanziert, würde darunter leiden. Diese Rationierung, vor der auch der Bundesrat warnte, träge vor allem einkommensschwächere Haushalte und Familien: Die Kostenbremse würde genau denjenigen schaden, denen sie angeblich helfen soll.

### Kostenbremse bringt keine Lösungen

Hätte die Mitte-Partei mehrheitsfähige Lösungen für eine Kostendämpfung, hätte sie diese zur Abstimmung gebracht. Weil sie aber keine Lösungen hat, fordert sie ein Kostenziel – ohne zu sagen, wie es erreicht werden soll. Dies sollen «Massnahmen» richten, die Jahr für Jahr noch mehr Bürokratie brächten. Dass «Kostenbremsen» kein Geld sparen, zeigen die Erfahrungen anderer Länder wie Deutschland oder Frankreich: Sie haben höhere Kosten und eine schlechtere Versorgung [16].

### Was tut die FMH?

Es wären die Gesundheitsfachpersonen, die künftig Patientinnen und Patienten nicht mehr versorgen könnten, wie diese es brauchen. Wir müssen darum heute für unsere gute Gesundheitsversorgung eintreten und verhindern, dass am 9. Juni 2024 mit falschem Alarmismus eines der weltweit erfolgreichsten Gesundheitssysteme bachab geschickt wird. Um der Stimmbewölkerung die verheerenden Auswirkungen der Initiative aufzuzeigen, haben zahlreiche Organisationen aus dem

Gesundheitswesen eine überparteiliche Kampagne lanciert. Auf der Kampagnen-Website [www.nein-zur-kostenbremse.ch](http://www.nein-zur-kostenbremse.ch) erfahren Sie auch, was Sie für eine klare Ablehnung der schädlichen «Kostenbremse» tun können.

### Und was können SIE tun?

Abonnieren Sie den Newsletter der Kampagne und folgen Sie ihr auf den sozialen Medien. So bleiben Sie auf dem Laufenden, erfahren Möglichkeiten zum Mithelfen und können die Inhalte weiterverbreiten. Auf der Website können Sie mit einem Beitritt zum Abstimmungskomitee und einem persönlichen Testimonial die Kampagne unterstützen.

Sie können an Ihrem Arbeitsort vor der Kostenbremse warnen, zum Beispiel über Screens, Flyer in den Wartezimmern, das Tragen eines Kampagnen-Buttons oder ein Kampagnensujet in Ihrer Mailsignatur und auf Ihrer Website. Sie können sich auch auf regionaler Ebene engagieren, wo einzelne Persönlichkeiten als glaubwürdige Absender die grösste Wirkung erzielen! Sie können zum Beispiel in Ihrem regionalen Komitee mitarbeiten, bei Flyeraktionen helfen, Inserate mit Ihrem Testimonial in den regionalen Medien schalten oder bei Anlässen in Ihrer Region über die schädliche Kostenbremse informieren. Kostenloses Material für Ihre Aktivitäten erhalten Sie über die Kampagnen-Webseite oder unter [info\[at\]kostenbremse-nein.ch](mailto:info[at]kostenbremse-nein.ch).

Wer sich weniger exponieren möchte, kann die Kampagne zum Beispiel durch eine Spende unterstützen. Und vor allem kann jeder und jede von Ihnen sein oder ihr persönliches Umfeld informieren und motivieren am 9. Juni 2024 die schädliche Kostenbremse mit einem klaren NEIN abzulehnen!

Vor diesem politisch herausfordernden Hintergrund ist es umso wichtiger, dass sich kompetente Ärztinnen und Ärzte politisch und standespolitisch engagieren – für die Ärzteschaft und für eine gute medizinische Versorgung für alle. Am 6. Juni 2024 finden die FMH-Gesamterneuerungswahlen statt. Wir danken allen Kandidierenden, die sich zur Wahl stellen. Diejenigen Kandidierenden, welche ihr Profil fristgerecht zur Publikation bei der FMH eingereicht haben, stellen sich auf den Seiten 26 bis 42 in einem Porträt vor.



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code



© Stephan Marthaler

Am 6. Juni wird gewählt: Hier stellen sich die Kandidierenden für die Gesamterneuerungswahlen der FMH vor.

# Gesamterneuerungswahlen 2024: Porträts der Kandidierenden

**Ärzttekammer 6. Juni 2024** Am 6. Juni 2024 finden die Gesamterneuerungswahlen aller Organe der FMH statt. Diejenigen Kandidierenden, welche ihr Kandidierendenprofil für den Zentralvorstand, das Präsidium des SIWE, die Standeskommission und die Geschäftsprüfungskommission fristgerecht bei der FMH eingereicht haben, stellen sich im Folgenden in einem Porträt vor.

**Yvonne Gilli**

Dr. med., Präsidentin der FMH

**D**iverse Herausforderungen im Gesundheitswesen beschäftigen die FMH in den kommenden vier Jahren der neuen Legislatur. Der Kostenröhrenblick droht, die Zugänglichkeit zur in der Schweiz noch hochstehenden medizinischen Versorgung zu gefährden und zu rationieren. Auch die Arbeitsbedingungen für die Gesundheitsfachpersonen drohen, sich weiter zu verschlechtern. Wegweisende politische Entschei-

de stehen an. Umso wichtiger ist es, dass sich kompetente Ärztinnen und Ärzte standespolitisch für die Ärzteschaft engagieren. Wir danken daher allen Kandidierenden, dass sie sich zur Wahl stellen.

Gewählt werden an der Ärztekammer vom 6. Juni 2024 die Mitglieder des Zentralvorstandes der FMH (7 Personen) inklusive Präsidium (1) und Vizepräsidium (2), das Präsidium des SIWE, das Präsidium (1) und das

Vizepräsidium (4) der Standeskommission sowie die Mitglieder der Geschäftsprüfungskommission (5). Zudem werden die von den Dachverbänden nominierten Delegierten für die Delegiertenversammlung bestätigt. Wählbare Kandidatinnen beziehungsweise Kandidaten müssen FMH-Mitglieder sein. Die Kandidierenden für den Zentralvorstand haben gemäss Beschluss der Ärztekammer vom Mai 2011 ein Anforderungsprofil zu erfüllen.

## Kandidatur für: Zentralvorstand



### Michael Andor

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	01.10.1970
<b>Wohnort:</b>	Rapperswil-Jona SG
<b>E-Mail:</b>	michael.andor@hin.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Rheumatologie, Physikalische Medizin und Rehabilitation

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 1998 FMH
- Seit 2008 Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie SGR
- Seit 2010 Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ
- Seit 2012 Schweizerische Gesellschaft für physikalische Medizin und Rehabilitation SGPMR

#### Weitere:

- Zürcher Fachgesellschaft für Rheumatologie ZFGR
- Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Zürcher Oberlandes AGZO
- Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin SGUM

#### Interessenbindungen

- Mitglied Verwaltungsrat Newindex AG
- Präsidium Stiftungsrat SCQM ([www.scqm.ch](http://www.scqm.ch))

#### Weitere Qualifikationen

- Fähigkeitsausweis Sonographie (SGUM)
- Interdisziplinäre Schwerpunkte Manuelle Medizin (SAMB)
- Fähigkeitsausweis Praxislabor (KHM)
- Fähigkeitsausweis Strahlenschutz in der Physikalischen Medizin und Rehabilitation und Rheumatologie (SGPMR / SGR)

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Französisch (B2)
- Italienisch (B2)
- Englisch (C1)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Seit 8/19 selbständige ärztliche Praxistätigkeit – Rheumatologie im Zürcher Oberland (RZO), 8610 Uster

#### Parteizugehörigkeit

- keine

#### Bisherige politische Mandate

- keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2011 Mitglied des Vorstandes der Zürcher Gesellschaft für Rheumatologie ZFGR (Seit 2019 Co-Präsident)
- Seit 2016 Mitglied des Vorstandes der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie SGR (Tarifdelegierter)
- Seit 2017 Mitglied des Vorstandes der Ärztesgesellschaft des Kanton Zürich AGZ, seit 2023 Vizepräsidium (Ressort Tarife und Verträge, davor e-health)
- Seit 2017 Mitglied des Vorstandes der Schweizerischen Gesellschaft für Physikalische Medizin & Rehabilitation SGPMR (Tarifdelegierter)
- 2017-2023 Vorstandsmitglied der Stammgemeinschaft XAD (EPD)
- 2019 Mitglied der Arbeitsgruppe 'Inhalte EPD' (e-health suisse)
- Seit 2019 Mitglied des Verwaltungsrates der Newindex AG
- 2021-2022 Mitglied der FMH-Arbeitsgruppe 'Elektronisches Patientendossier'
- Seit 2023 Ärztekammerdelegierter (AGZ)
- Seit 2023 Assoziiertes Mitglied der K-OCH

#### Führungserfahrung

- Seit 2019 Präsidium Stiftungsrat SCQM ([www.scqm.ch](http://www.scqm.ch))
- Seit 2019 Co-Präsidium der Zürcher Fachgesellschaft für Rheumatologie

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Zuhören und integrieren, für die gemeinsame Sache begeistern und für diese kämpfen, das sind meine Stärken. Ich bin kein Einzelkämpfer, im Team ist es mir wohl und gerade als Mediziner ist es wichtig, dass wir uns unserer Kompetenzen, aber auch Grenzen bewusst sind. Viele Jahre Arbeit in den oben aufgeführten Vorständen und Arbeitsgruppen haben mir gezeigt, dass es entscheidend ist, das Wissen und die Erfahrung aller Teammitglieder zusammenzuführen. Am deutlichsten ist mir dies wohl bei meiner Arbeit als SCQM-Präsident bewusst geworden. Die Symbiose von behandelndem Arzt, forschender

Ärztin, Patienten, Statistikerinnen und Juristen brachte unglaubliches Potential hervor.

Die Motivation, in all diesen Gremien mitzuarbeiten, war von Beginn weg der Wunsch, den Dingen nicht ausgeliefert zu sein und unseren Berufstand aktiv zu fördern, dies sowohl bezüglich Respekt und Wertschätzung als auch wirtschaftlich. Faire Rahmenbedingung für uns Ärztinnen und Ärzte sind indirekt ein entscheidender Qualitätsfaktor für unserer Patienten – daraus resultiert genügend Zeit für Beratung und Behandlung. Die Ziele sind also gesteckt.

## Kandidatur für: Zentralvorstand



### Dennis Bernoulli

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	08.02.1972
<b>Wohnort:</b>	Basel BS
<b>E-Mail:</b>	dennis.bernoulli@hin.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Psychiatrie und Psychotherapie

die bezahlt, sinnvoll und benutzerfreundlich sind, damit der ärztliche Beruf uns weiterhin Freude bereitet.

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2006 FMH
- Seit 2012 Medizinische Gesellschaft Basel MedGes
- Seit 2012 Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP

Weitere:

- Seit 2012 Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie BS

#### Interessenbindungen

- Stiftungsratspräsident Medizinische Notrufzentrale MNZ (Kantone BS, BL, AG, ZG)

#### Weitere Qualifikationen

- Lehrerdiplom

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Französisch (C1)
- Englisch (C1)
- Italienisch (B2)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Seit 2012 eigene psychiatrisch-psychotherapeutische Praxis in Basel-Stadt

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2023 Präsident Medizinische Gesellschaft Basel MedGes
- Seit 2022 Delegierter der MedGes in der Ärztekammer FMH
- Seit 2020 Vizepräsident MedGes
- Seit 2015 Vorstandsmitglied MedGes
- Seit 2023 Mitglied Ausschuss Psychiatriekommission beider Basel
- Seit 2019 Mitglied Ausschuss Psychiatriekommission BS
- Seit 2019 Präsident Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie Basel

- Seit 2015 Vorstandsmitglied Fachgruppe Psychiatrie und Psychotherapie Basel
- Seit 2023 Stiftungsratspräsident Medizinische Notrufzentrale MNZ (Kantone BS, BL, AG, ZG)
- Seit 2020 Mitglied Stiftungsrat MNZ
- Seit 2013 Delegierter der Fachgruppe BS bei der Schweizerischen Gesellschaft Psychiatrie und Psychotherapie SGPP
- 2020-2022 Mitglied Steuerungsgruppe Zukunft Psychiatrie im gemeinsamen Gesundheitsraum Nordwestschweiz GGR, Mitverfasser Psychiatriekonzept
- Seit 2022 Mitglied Konsultativgruppe ambulante Steuerung/Planung im GGR
- Seit 2021 Vertretung Medges in Strategieguppe Offensive
- Seit 2023 Mitglied Medizinische Standeskommission BS

#### Führungserfahrung

- Oberarzt Externe Psychiatrische Dienste BL 2011/12
- Militär: Arzt im Führungsstab Spitab 61 a.D.
- Standespolitisch s.o.

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Als Präsident einer kantonalen Ärztesgesellschaft bin ich mit den breitgefächerten Geschäften unseres Berufsverbandes bestens vertraut und mit den vielen, hinter den Geschäften stehenden Personen gut vernetzt. Die Zusammenarbeit mit allen Partnern im Gesundheitswesen stellt für mich eine reizvolle Aufgabe dar. Ich setze mich dafür ein, dass die Standpunkte der Ärztinnen und Ärzte auf nationaler Ebene stärker zur Kenntnis genommen werden, und wir unsere Expertise sowohl in der Politik als auch in der breiten Öffentlichkeit verständlich und stufengerecht einbringen können. Mit meiner offenen, kommunikativen und klaren Art kann ich Hand bieten für konstruktive Lösungen. Wichtig sind mir gute Rahmenbedingungen für alle Ärztinnen und Ärzte in Spital und Praxis, z.B. mittels Abbau von Administrativhürden und Regulationsmassnahmen, der Förderung sachgerechter Entlohnung und digitaler Lösungen,

## Kandidatur für: Zentralvorstand



### Philippe Eggimann (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med., Privatdozent, Lehr- und Forschungsrat
<b>Geburtsdatum:</b>	07.09.1960
<b>Wohnort:</b>	Sullens VD
<b>E-Mail:</b>	philippe.eggimann@fmh.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Infektiologie, Intensivmedizin, Allgemeine Innere Medizin

von der Ärztekammer in den Zentralvorstand gewählt werden, würde ich gerne weiter an den derzeitigen Entwicklungen im Departement Dienstleistungen und Berufsentwicklung arbeiten. Dies umfasst ein Konzept zur Anerkennung der durch nicht ärztliche Gesundheitsberufe ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten, die Vertretung der FMH in Arbeitsgruppen des BAG und das Einbringen meiner Fachkenntnisse in die strategischen Dossiers des Zentralvorstands. Auch möchte ich die Präsenz der FMH in der Westschweiz aufrechterhalten und stärken.

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2022 Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz VLSS
- Seit 2015 Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
- Seit 2006 Waadtländer Ärztesgesellschaft SVM
- Seit 2001 Schweizerische Gesellschaft für Infektiologie SSI
- Seit 2001 Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI
- Seit 1985 FMH

#### Sonstige:

- Europäische Gesellschaft für klinische Mikrobiologie und Infektionskrankheiten (ESCMID)
- Europäische Gesellschaft für Intensivmedizin (ESICM)

#### Interessenbindungen

- Seit 2023 Verwaltungsratsmitglied von AD Swiss
- Seit 2022 Verwaltungsratsmitglied von FMH Services
- Seit 2018 Verwaltungsratsmitglied von New-Index

#### Weitere Qualifikationen

Wissenschaftliche und akademische Aktivitäten:

- H-Index (Web of Science): 41 (6035 Zitierungen); 250 Publikationen ([https://www.researchgate.net/profile/Philippe\\_Eggimann](https://www.researchgate.net/profile/Philippe_Eggimann))

#### Aktivitäten in den Medien:

- Seit 2016 523 Auftritte in den Medien (TV, Radio, Printmedien) im Zusammenhang mit der Standespolitik, davon 93 seit 2022 als Mitglied des Zentralvorstands bzw. Vizepräsident der FMH

#### Sprachen

- Französisch (Muttersprache)
- Deutsch (B1)
- Englisch (C1)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Leitender Arzt (Teilzeit), Abteilung für den Bewegungsapparat (Département de l'appareil locomoteur, DAL), Waadtländer Universitätsspital (CHUV), Lausanne

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Standespolitische Mandate

- Seit 2022 Mitglied des Zentralvorstands der FMH, Vizepräsident seit 2023
- Seit 2018 Präsident der Société Médicale de la Suisse Romande SMSR
- 2016-2024 Präsident der Waadtländer Ärztesgesellschaft SVM
- 2016-2022 Delegierter der SMSR bei der Delegiertenversammlung der FMH
- 2012-2022 Delegierter der Waadtländer Ärztesgesellschaft SVM in der Ärztekammer der FMH
- 2009-2028 Vorstandsmitglied der Waadtländer Ärztesgesellschaft SVM

#### Führungserfahrung

- Standespolitik, siehe oben
- 1999-2016 Präsident der Kommission für den Jahreskongress der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Ich habe meine Laufbahn, die bis 2016 gänzlich auf die Intensivmedizin und die klinische Forschung mit Schwerpunkt auf der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung durch die Prävention nosokomialer Infektionen fokussiert war, schrittweise hin zur Standespolitik entwickelt und wurde 2022 in den Zentralvorstand der FMH gewählt.

Ich möchte meinen Einsatz für bessere Bedingungen bei der Ausübung der ärztlichen Tätigkeit – unabhängig vom jeweiligen Rahmen und Fachgebiet – fortführen. Sollte ich erneut

## Kandidatur für: Zentralvorstand



### Yvonne Gilli (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	07.03.1957
<b>Wohnort:</b>	Wil SG
<b>E-Mail:</b>	yvonne.gilli@fmh.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Allgemeine Innere Medizin

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2014 Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe
- Seit 2007 medswiss.net – Schweizer Dachverband der Ärztenetze
- Seit 2005 Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
- Seit 2001 Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe SGGG
- Seit 1996 Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen
- Seit 1996 Ärztinnen und Ärzte für Umweltschutz AefU
- Seit 1992 FMH
- Seit 1992 Verband Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO

#### Weitere:

- Seit 1996 Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin SGUM
- Seit 1996 Assoziation Schweizer Ärztesgesellschaften für Akupunktur und Chinesische Medizin ASA
- Seit 1996 Schweizerischer Verein Homöopathischer Ärztinnen und Ärzte SVHA

#### Interessenbindungen

- Beteiligungsgesellschaften der FMH
- Health Info Net AG, Mitglied Verwaltungsrat
  - AD Swiss EPD Gemeinschaft, Präsidentin Verein

#### Gremien/Organisationen mit FMH-Einsatz

- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), Vorstand und Senat

#### Eidgenössische Kommissionen

- Expertengruppe «Indikationsliste», BAG, Mitglied

#### Internationale Organisationen

- Comité permanent des médecins européens (CMPE), Head of delegation
- World Medical Association (WMA), Council Member

#### Weitere Funktionen und Ämter

- Thurvita AG, Mitglied Verwaltungsrat

- Ärztenetzwerk xundart AG, Mitglied Verwaltungsrat
- Stiftung für Naturheilkunde und Erfahrungsmedizin (SNE), Mitglied Stiftungsrat
- Stiftung zur Förderung der Gesundheit gemäss Meikirch-Modell, Mitglied Stiftungsrat
- Interuniversitäres Weiterbildungsprogramm Public Health, Dozentin UZH

#### Weitere Qualifikationen

- Fähigkeitsausweis Praxislabor (KHM)
- Fähigkeitsausweis Röntgenaufnahmen im niedrigen und mittleren Dosisbereich (KHM)
- Fähigkeitsausweis Schwangerschaftsultraschall (SGUM)
- Fähigkeitsausweis Homöopathie (SVHA)
- 2019 Psychotherapie IBP
- 1979 Dipl. Pflegefachfrau AKP
- 1976 Handelsdiplom

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Englisch (C1)
- Französisch (C1)
- Italienisch (B2)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Seit 2020 Präsidentin FMH
- Seit 1996 Freiberufliche hausärztliche Tätigkeit in Gruppenpraxis in Wil SG
- Seit 2018 Dozentin MPH Universität Zürich

#### Parteizugehörigkeit

- Grüne Partei

#### Bisherige politische Mandate

- 2007-2015 Nationalrätin und Mitglied der nationalrätlichen Kommissionen «soziale Sicherheit und Gesundheit», «Wissenschaft, Bildung und Kultur» sowie «Finanzen»
- 2004-2007 Kantonsrätin Kanton St. Gallen, Mitglied der Finanzkommission
- 2000-2005 Mitglied Stadtparlament Wil SG, Mitglied Bau- und Präsidium Verkehrskommission

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2020 Präsidentin FMH
- 2016-2020 Mitglied Zentralvorstand der FMH, Departementsverantwortliche Digitalisierung/eHealth

#### Führungserfahrung

- Seit 2007 Gründung, Aufbau und Führung (Geschäftsleitung und Mitglied Verwaltungsrat) des Ärztenetzwerkes xundart AG (gemischtes Netzwerk von Spezial-, Beleg- und Hausärztinnen und -ärzten)
- 2017-2020 Leitende Ärztin Psychiatrisches Ambulatorium IBP Winterthur
- Seit 2013-2020 Präsidium Stiftungsrat Sexuelle Gesundheit Schweiz (Dachorganisation der kantonalen und kommunalen Familienberatungsstellen)
- 2014-2017 Präsidium Patientenstelle Ostschweiz
- 2012-2015 Vizepräsidium Bundeshausfraktion der Grünen Partei
- 2011-2014 Interventionell organisiertes branchenübergreifendes Führungstraining für Frauen in Führungsfunktionen (240 Stunden)
- 2007-2012 Präsidium Grüne Partei Kanton St. Gallen

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

«Es ist Gegenwind, der den Drachen steigen lässt.» Mit dieser chinesischen Weisheit hatte ich mich beworben für das Präsidium der FMH. In der Zwischenzeit hat die Windstärke noch zugenommen, der Drache fliegt und damit steigen Motivation und Tatkraft im Zentralvorstand und in den Entscheidungsgremien Ärztekammer und Delegiertenversammlung. Gemeinsam ist es gelungen, das Globalbudget zu verhindern. Die Organisation ambulante Arzttarife ist gegründet und der Tardoc beim Bundesrat bereit zur Genehmigung. Eine wichtige Finanzierungsreform, die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen, fand im Parlament die Mehrheit. Die wichtigste Aufgabe steht uns noch bevor: für die Zukunft des ärztlichen Berufes die Rahmenbedingungen deutlich zu verbessern: weniger Bürokratie, eine Digitalisierung mit Nutzen, eine gute work-life-Balance, mehr Ausbildungsplätze und eine angemessene Entschädigung. Dafür werde ich mich einsetzen: mit Kopf, Herz und Tatkraft, im Team mit Ihnen.

## Kandidatur für: Zentralvorstand



### Murielle Mormont

<b>Titel:</b>	Dr. med. (Belgien)
<b>Geburtsdatum:</b>	22.09.1982
<b>Wohnort:</b>	Brent VD
<b>E-Mail:</b>	mormontmurielle@gmail.com
<b>Facharzttitel:</b>	Chirurgie

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2022 Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Seit 2018 Walliser Ärztengesellschaft VSÄG
- Seit 2018 FMH

#### Sonstige:

- 2022 Mitglied der EAES (European Association for Endoscopic Surgery)
- 2022 Mitglied von Swiss-MIS
- 2021 Mitglied der ASRCC (Association Suisse Romande de Chirurgie Coelioscopique)
- 2020 Mitglied der SBV (Schweizerische Belegärzte-Vereinigung)
- 2020 European Endometriosis League EEL
- 2020 Société Nationale Française de Colo-Proctologie SNFCP

#### Interessenbindungen

- Keine

#### Weitere Qualifikationen

- Fähigkeitsausweis «Strahlenschutz in der Chirurgie (SGC)»
- Wissenschaftliche und unternehmerische Aktivitäten
- 2024 CAS im Bereich der Verwaltung öffentlicher und privater Gesundheitseinrichtungen
- 2023 Mitglied von UCreate (HUB Universität Lausanne)
- 2022-2023 Executive MBA in Healthcare Management (HEC Lausanne)
- 2008 Doktorarbeit über Grundlagenforschung in den Neurowissenschaften, unter der Aufsicht von Prof. Serge Schiffmann (ULB)
- 2006 Humanitärer Einsatz in Vietnam, Ho-Chi-Minh-Stadt

#### Sprachen

- Französisch (Muttersprache)
- Niederländisch (Muttersprache)
- Englisch (C1)
- Deutsch (B1)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- 2023 Strategiebeauftragte (HEC Lausanne)
- Seit 2022 Konferenzen (Schweizer Chirurgenkongress – SBV) und Beraterin für Entwicklungs- und Tarifstrategie (verschiedene Institutionen und Tarifsysteme)
- 2021 Aufbau eines Netzwerks von Praxen
- Seit 2018 Tätigkeit als selbstständige Chirurgin in eigener Praxis

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Standespolitische Mandate

- 2022-2023 Mitglied der Interessenkommission für Spitalärzte der Walliser Ärztesellschaft
- Seit 2022 Mitglied im Vorstand der SBV
- Seit 2020 Mitglied der Ständekommission der Walliser Ärztesellschaft
- 2003-2005 Delegierte für akademische Karriere
- 2003-2005 Stellvertretendes Mitglied im Fakultätsrat der Freien Universität Brüssel

#### Führungserfahrung

- Leitung von Praxen
- 2023 Gründerin Retr'aide (HUB-Projekt)
- 2021 Gründerin Swiss Fast Care
- 2003-2005 Vorsitzende der GESQ (BE)

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Nach langjähriger Arbeit im öffentlichen und privaten Sektor kenne ich die unterschiedlichen Problematiken dieser beiden Bereiche gut. Da ich mich schon immer für die Gesundheitspolitik interessiert habe, bin ich mir der Schwierigkeiten junger Ärztinnen und Ärzte und ihrer Sorgen ebenso wie der Bedeutung von Tariffragen bewusst. Ich konnte meine Kenntnisse in diesem Bereich auf anerkannte Weise ausbauen. In der Ständekommission habe ich Mediation sowie den Umgang mit heiklen Dossiers gelernt. Da ich mich sehr für die Komplexität der

aktuellen Herausforderungen im Gesundheitsbereich interessiere, bin ich stets auf der Suche nach innovativen Lösungen, die allen Partnern gerecht werden. Dank meiner Erfahrungen in den Bereichen Strategie und Unternehmertum weiss ich, welche Aspekte in Finanzverwaltung und Management für einen ordnungsgemässen Betrieb gewährleistet sein müssen. Ich wünsche mir zudem, die Kommunikation zwischen verschiedenen Organisationen zu verbessern und den Zusammenhalt der Gesundheitsberufe zu stärken, damit alle sich repräsentiert fühlen.

## Kandidatur für: Zentralvorstand



### Carlos Beat Quinto (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med., MPH
<b>Geburtsdatum:</b>	08.09.1966
<b>Wohnort:</b>	Basel BS
<b>E-Mail:</b>	carlos.quinto@fmh.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Allgemeine Innere Medizin

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2018 Swiss Public Health Doctors SPHD
- Seit 2015 Schweizerische Gesellschaft für Innere Medizin SGAIM
- Seit 2014 Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe
- Seit 1999 Ärztesgesellschaft Baselland AeG BL
- Seit 1992 Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Seit 1992 FMH
- Seit 2003 Hausärzterein Angenstein HVA

#### Interessenbindungen

- Vorstand AeG BL
- Verwaltungsrat Trustcenter syndata
- Public Health Schweiz: Fachrat
- Vorstand Trägerverein SMW
- SSPH+: Fellow, ad personam
- Swiss Public Health Conference: Conference Board

#### Weitere Qualifikationen

- Master of Public Health, 2007
- Fähigkeitsausweis Praxislabor (KHM)
- Fähigkeitsausweis Röntgenaufnahmen im niedrigen und mittleren Dosisbereich (KHM)

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Französisch
- Englisch
- Spanisch
- Niederländisch

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

Hauptberuflich selbständig erwerbend, seit 1999 Partner in der Gemeinschaftspraxis Pfefingen/BL, zusammen mit Dres. med. A. Käppeli und K. Lippay sowie Assistenzärzt:innen in Ausbildung zum Facharzt AIM

Nebenberuflich: Lehrbeauftragter am Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel; «senior scientific collaborator» Swiss TPH, Dept. Epidemiology and Public Health, Chronic Disease Epidemiology Unit

#### Parteilzugehörigkeit

- Parteilos

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2016 Mitglied Zentralvorstand FMH, Departementsverantwortlicher Public Health und Gesundheitsberufe
- Ärztesgesellschaft BL, Mitglied im Ausschuss des Vorstands seit 2012; Redaktionsmitglied Synapse seit 2012
- VBAO (ehem. VSAO beider Basel): Während der Assistenzzeit bis zu Beginn der Praxistätigkeit zehnjährige Vorstandstätigkeit; zuerst Vorstandsmitglied, dann Kassier und später Vizepräsident

#### Gremien/Organisationen mit FMH-Einsatz:

- Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK)
- Stiftungsrat Gesundheitsförderung Schweiz
- Nationale Arbeitsgemeinschaft Suchtpolitik (NASCPA)
- Dachverband IPSILON
- Allianz Gesunde Schweiz, Vorstandsmitglied
- Arbeitsgruppe «Zusammenarbeit IV Ärzteschaft» (Leitung)
- Präsidium Kommission B&Q, MPA EFZ
- Vizepräsident odamed, Oda Berufsbildung Medizinische Praxisassistentin

#### Eidgenössische Kommissionen:

- Expertengruppe «Indikationsliste», BAG, Mitglied

#### Internationale Organisationen

- Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO)

#### Führungserfahrung

- Departementsverantwortlicher Departement Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel, Zentralvorstand der FMH, seit Mai 2016
- Personalführung in der Gemeinschaftspraxis, seit 2003
- Selbständiges Führen von Evaluationsprojekten auf nationaler Ebene, seit 2006

- Dienst als Stabsarzt (Hauptmann): Organisation des Sanitätsdienstes, über 12 Jahre bis 2016

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Seit 2016 führe ich im Zentralvorstand mit einem engagierten Team das Departement Public Health, Gesundheitsberufe und Heilmittel. Im Public Health Bereich sind Ärztesgesundheit und neu Planetary Health wichtige Themen. Die Position der FMH im Public Health Bereich ist national gefestigt und relevante Drittmittel wurden akquiriert. Der MPA-Bereich wurde gestärkt, das Qualifikationsverfahren modernisiert. Im Heilmittel- und Medizinalproduktebereich sind die Patienten- und Versorgungssicherheit prioritär.

In der FMH verstehe ich mich als Brückenbauer zwischen Hausarztmedizin und Public Health, zwischen Medizin aus Individual- und Bevölkerungsperspektive. Wichtig ist mir unser ärztlicher Nachwuchs. So vertrete ich die FMH in der SMIFK und bei der Swiss Medical Weekly. Die Arzt-Patienten Beziehung steht für mich im Zentrum. Es gilt, die Rahmenbedingungen für unseren Beruf so mitzugestalten, dass er uns, Sinn stiftend, weiterhin Freude macht. Dafür möchte ich mich im Zentralvorstand einsetzen.



## Kandidatur für: Zentralvorstand



### Jana Siroka (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	04.08.1972
<b>Wohnort:</b>	Dornach SO
<b>E-Mail:</b>	jana.siroka@fmh.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Allgemeine Innere Medizin, Intensivmedizin

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2021 Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
- Seit 2021 Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte VLSS
- Seit 2020 Ärztesgesellschaft Baselland
- Seit 2018 Schweizerische Gesellschaft für Intensivmedizin SGI
- Seit 2012 FMH
- Seit 2012 Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Seit 2012 Vereinigung anthroposophisch orientierter Ärzte in der Schweiz VAOAS

#### Interessenbindungen

- Keine

#### Weitere Qualifikationen

- 2020 Somatic Experiencing (Körperorientierte Traumatherapie)
- 1993 Dipl. Pflegefachfrau, AKP

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Tschechisch (Vatersprache)
- Französisch (B2)
- Englisch (B2)
- Spanisch (B2)
- Grosses Latinum

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Seit 2020 Leitende Ärztin Notfallstation & IMC, Innere Medizin, Klinik Arlesheim

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2022 Mitglied Verwaltungsrätin bzw. Vizepräsidentin, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
- Seit 2022 Mitglied Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (AEMH)

- Seit 2021 Mitglied Verwaltungsrätin, SwissDRG AG
- 2021-2022 Stiftungsrätin Tox Info Suisse
- Seit 2020 Mitglied Zentralvorstand FMH, Departementsverantwortliche für «Stationäre Versorgung und Tarife»
- Seit 2019 Mitglied Geschäftsausschuss VSAO Schweiz
- 2018-2021 Mitglied Vorstand UNION
- Seit 2018 Mitglied Vorstand VAOAS
- 2017-2020 Präsidentin VSAO, Sektion Zürich
- 2016-2017 Mitglied Vorstand VSAO, Sektion Zürich
- 2016-2020 Mitglied Vorstand Mediservice VSAO
- 2011-2020 FMH Ärztekammer-Delegierte für den VSAO
- 2010-2014 Vorstandsmitglied VSAO, Sektion Basel

#### Führungserfahrung

- Seit 2020 Strategische Tätigkeiten im Zentralvorstand FMH mit diversen Mandaten
- Seit 2020 Leitende Ärztin Notfallstation & IMC, Innere Medizin, Klinik Arlesheim
- 2019/2020 Oberärztin Interdisziplinäre Notfallstation, Hirslanden Zürich
- Seit 2019 Mitglied Geschäftsausschuss VSAO Schweiz
- 2017-2020 Präsidentin VSAO, Sektion Zürich (Vertretung von ca. 5000 Mitgliedern)

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Aufbauend auf meiner ersten Legislatur als Mitglied des Zentralvorstandes der FMH will ich mich gerne weiter für die Schweizer Ärzteschaft einsetzen. Wir müssen angesichts der anstehenden Herausforderungen über Fachrichtungen und Kantons Grenzen hinweg zusammenstehen, um uns erfolgreich für unsere Anliegen einzusetzen. Veränderungen im Gesundheitswesen gehen nur mit – und nicht gegen – uns. Als erfahrene Standespolitikerin weiss ich Brücken zu bauen, sinnvollen Konsens zu finden und – wo nötig – dezidiert die Interessen der Ärzteschaft gegenüber den diversen Stakeholdern zu vertreten. Seit vier Jahren führe ich das

Departement „Stationäre Versorgung und Tarife“. Zentral dabei ist die Interessenvertretung der FMH im Verwaltungsrat der SwissDRG AG. Die Legislatur war erfolgreich: ST Reha wurde unter klarem Einbezug der ärztlichen Interessen eingeführt und wir konnten unseren Ein-sitz im Verwaltungsrat verdoppeln.

Primär bin ich «Ärztin» und stehe am Patientenbett. Gerade diese tiefe Verbindung zu unserem Berufsstand lässt mich erneut zur Wahl antreten, um für einen freien Arztberuf einzustehen.

## Kandidatur für: Präsidium des SIWF



### Monika Brodmann Maeder (bisher)

<b>Titel:</b>	PD Dr. med., MME
<b>Geburtsdatum:</b>	01.04.1962
<b>Wohnort:</b>	Bern BE
<b>E-Mail:</b>	monika.brodmannmaeder@siwf.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Allgemeine Innere Medizin

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2020 Ärztesgesellschaft des Kantons Bern BEKAG
- Seit 2015 Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
- Seit 2000 Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin SGNOR
- Seit 1989 FMH

#### Interessenbindungen

- International Society of Mountain Medicine (Präsidentin), IPPNW, AefU, SGBE

#### Weitere Qualifikationen

- Fähigkeitsausweis Präklinische Notfallmedizin / Notarzt (SGNOR)
- Schwerpunkt Klinische Notfallmedizin (SGNOR)

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Englisch (fließend)
- Französisch (fließend)
- Italienisch fließend;
- Spanisch (Grundkenntnisse)
- Nepalesisch (Grundkenntnisse)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Präsidentin SIWF
- Lehrauftrag EHTZ Bachelor Humanmedizin

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Gremien BAG, SAMW Senat

#### Bisherige standespolitische Mandate

- UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes)

#### Führungserfahrung

- Präsidentin SIWF seit 2021, vorher Mitglied Klinikleitung Universitäre Klinik für Notfallmedizin Inselspital Bern, langjährige Tätigkeit in Präsidien verschiedener NGOs

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Mit der Übernahme des Präsidiums des SIWF 2021 habe ich mich ganz der medizinischen Bildung gewidmet. Dabei waren diese Themen und Projekte im Vordergrund:

- Initiierung der Reform der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz, (siehe <https://www.siwf.ch/siwf-projekte/cbme.cfm>)
- Aufbau eines nationalen und internationalen Netzwerkes mit medizinischen Bildungsexpertinnen und -experten, Fachgesellschaften und anderen Stakeholders
- Erfolgreiche Auslösung der Akkreditierung mit Eingabe aller 45 Selbstbeurteilungsberichte
- Einsitz in die UEMS als Head of Delegation für die Schweiz
- Einladung als Expertin für kompetenzbasierte Bildung in internationale Tagungen (z.B. Karolinska Stockholm)

#### Aktuelle Schwerpunkte:

- Reform der ärztlichen Weiterbildung: Aufbau einer Steuerungsgruppe und einer internationalen Begleitgruppe
- Reorganisation der Geschäftsführung (Neuwahl von zwei Vizepräsidentinnen und Wechsel des Geschäftsführers)

Gerne engagiere ich mich dafür in einer weiteren Amtsperiode.

## Kandidatur für: Geschäftsprüfungskommission



### Rosilla Bachmann Heinzer (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	04.01.1972
<b>Wohnort:</b>	Zürich ZH
<b>E-Mail:</b>	rosilla.bachmann@hin.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Psychiatrie und Psychotherapie

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2016 Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie SGPP und Dachverband FMPP
- Seit 2015 Zürcher Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ZGPP
- Seit 2012 Ärztengesellschaft des Kantons Zürich AGZ
- Seit 2003 FMH
- Seit 2002 Verband Schweizerischer Assistenz- und OberärztInnen VSAO

#### Interessenbindungen

- Keine

#### Weitere Qualifikationen

- Seit 2023 Editorial Board Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy SANPP
- 2009-2012 Lehrauftrag an der Universität Zürich (StudentInnenunterricht)
- Seit 2013 Lehrauftrag Postgradualer Studiengang für ärztliche Psychotherapie an der Universität Zürich
- Forschungstätigkeit 2002-2005 National Institutes of Health, Bethesda, USA, 2009-2011 Universität Zürich

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Englisch (C1)
- Französisch (B2)
- Italienisch (B2)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Praxisambulante Tätigkeit in eigener Praxis

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Präsidentin der Ständigen Tarifkommission FMPP
- Vorstandsmitglied SGPP Ressort Finanzen
- Vorstandsmitglied ZGPP Ressort Finanzen

#### Führungserfahrung

- Standespolitik siehe oben
- Seit 2012 in eigener Praxis
- 2009-2011 medizinische Leitung Forschungsteam

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Nach der ersten Legislatur in der Geschäftsprüfungskommission der FMH engagiere ich mich gerne weiterhin für dieses Amt. Ich schätze die lösungs- und zielorientierte, sachbezogene und verantwortungsvolle Teamarbeit mit meinen Kollegen in der Kommission sowie mit der FMH und dem SIWF. Durch meine standespolitische Erfahrung in den Bereichen Finanzen und Tarife sowie durch die Vorstandsarbeit in drei Verbänden sind mir die wichtigen Themen der ärztlichen Verbände vertraut. Es ist mir ein grosses Anliegen, dass die GPK als neutrales Geschäftsprüfungsorgan die FMH unterstützen und stärken kann in ihrer zentralen und verantwortungsvollen Aufgabe, die Ärzteschaft zu vertreten, die Attraktivität unseres Berufes zu wahren und sich einzusetzen für eine gute Gesundheitsversorgung.

## Kandidatur für: Geschäftsprüfungskommission



### Nicola Edoardo Ghisletta (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	01.02.1964
<b>Wohnort:</b>	Cureglia TI
<b>E-Mail:</b>	nighi@bluewin.ch, nicola.ghisletta@moncucco.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Chirurgie

Schweiz, weiterhin dafür einsetzen, dass wir Ärztinnen und Ärzte unseren Beruf unter den besten Voraussetzungen ausüben können und unsere Anliegen bei den Entscheidungsträgerinnen und -trägern gehört werden. Es wäre mir eine Freude, mich innerhalb der GPK für 4 weitere Jahre bei der Gestaltung der bestmöglichen Rahmenbedingungen für uns Ärztinnen und Ärzte einzubringen, insbesondere auch für die jüngeren Generationen.

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2002 Ordine dei Medici del Canton Ticino OMCT
- Seit 1991 bis 2009 Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Seit 1991 FMH

Weitere:

- Seit 2001 Circolo Medico di Lugano CML

#### Interessenbindungen

- Keine

#### Weitere Qualifikationen

- Schwerpunkt Allgemeinchirurgie und Traumatologie
- Fähigkeitsausweis Strahlenschutz in der Chirurgie (SGC)

#### Sprachen

- Italienisch (Muttersprache)
- Deutsch (C1)
- Französisch(C1)
- Englisch

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Seit 2021 chirurgische Sprechstunde in einer gastroenterologischen Praxis (Gastronassa 21)
- Seit 2019 chirurgische Sprechstunde in einer Gruppenpraxis in Manno
- Seit 2007 chirurgische Sprechstunde und operative Tätigkeit als Allgemeinchirurg in der Clinica Luganese di Moncucco (Gruppo ospedaliero Moncucco)

#### Parteizugehörigkeit

- FDP

#### Bisherige politische Mandate

- 2016-2021 Mitglied des Gemeinderates und der Geschäftsprüfungskommission (GPK) in Cureglia
- Seit 2021 Mitglied der Delegiertenversammlung für die Croce Verde Lugano
- (Ambulanz)

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2021 Mitglied Begleitgruppe Planetary Health FMH
- Seit 2020 Mitglied der Geschäftsprüfungskommission (GPK) der FMH
- Seit 2020 Mitglied Commissione Vigilanza sanitaria cantonale (Kantonale Gesundheitsaufsichtskommission)
- 2003-2009 Vorstandsmitglied Ordine dei Medici del Canton Ticino als VSAO-Vertreter
- Seit 2009 Vorstandsmitglied OMCT als Vertreter der Circolo Medico di Lugano
- 2012-2019 Präsident der «Gruppo di Chirurgia regionale Ticino»
- 2001-2006 Vorstandsmitglied ASMACT (VSAO), Sektion Tessin

#### Führungserfahrung

- 2001-2007 Oberarzt Departement Chirurgie Ospedale Regionale di Lugano (Sede Civico e Italiano)
- 2008-2014 Chirurgischer Leiter des Ärzteteams Hockey Club Lugano
- Seit 2009 verantwortlich für Koordination und Durchführung von Charity Events (Golf Gerre Losone- B52)
- Militär: Oberleutnant
- 2007-2019 Funktion als leitender Arzt, Departement Chirurgie, Clinica Luganese di Moncucco (Verantwortlich für Ausbildung der Assistenzärzte)

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Ich stelle mich zur Wiederwahl in der Geschäftsprüfungskommission (GPK), um mein Engagement innerhalb der FMH weiterzuführen und die Arbeit an den wichtigen Dossiers der letzten 4 Jahre zu vertiefen und voranzutreiben. Während meines Mandats konnte ich meine Kompetenzen auf zwischenmenschlicher, sprachlicher und Führungsebene in diesem Aufsichtsgremium einbringen, im offenen und konstruktiven Austausch mit dem Vorstand der FMH und der Leitung des SIWF. Ich möchte mich deshalb, als Vertreter des OMCT (Ordine dei medici del Canton Ticino) und der lateinischen

## Kandidatur für: Geschäftsprüfungskommission



### Karen Peier-Ruser

<b>Titel:</b>	Dr.med., MPH
<b>Geburtsdatum:</b>	24.01.1975
<b>Wohnort:</b>	St. Gallenkappel SG
<b>E-Mail:</b>	karen.peier@aerzte-sg.ch
<b>Facharzttitel:</b>	keine

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2019 Ärztegesellschaft des Kantons St. Gallen KAeG SG
- Seit 2014 (Schweizerische Gesellschaft Vertrauens- und Versicherungsärzte) SGV
- Seit 2001 FMH
- 2001-2019 Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO

#### Weitere:

- Seit 2018 Public Health Schweiz

#### Interessenbindungen

- Medbase, aiconnect GmbH, Spitex, KÄG

#### Weitere Qualifikationen

- 2018 Master of Public Health (MPH)

#### Sprachen

- Deutsch (Muttersprache)
- Englisch (C1)
- Französisch (B2)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Seit 2021 Regionenleiterin Medical Center medbase Seit 2016: Geschäftsführerin aiconnect GmbH

#### Parteizugehörigkeit

- FDP.Die Liberalen

#### Bisherige politische Mandate

- Seit 2023 Vorstand Spitexverband SG/AI/AR
- Seit 2021 Vorstand Spitex Linth
- Seit 2020 Vize-Gemeindepräsidentin Gemeinde Eschenbach SG
- 2017-2021 Mitglied diverser Kommissionen und Arbeitsgruppen im BAG und Kanton SG (Krebsregistrierungsverordnung, erleichterte Abgabe Arzneimittel, EPDG, Ethik)

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2023 Vize-Präsidentin KÄG SG (seit 2022 Mitglied GL KÄG)
- Seit 2023 Mitglied Ärztekammer, Tarifdelegierte

#### Führungserfahrung

- Seit 2021 Regionenleitung (8 Gruppenpraxen)
- Seit 2020 Vorsteherin Pflegezentrum Eschenbach
- 2020-2022 Präsidentin Spitexverein Eschenbach-Schmerikon
- 2020-2021 Mitglied kantonalen Führungstab, Gesamtleitung Contact Tracing und Covid-Testcenter, Kanton St. Gallen
- 2018-2021 Präsidentin Fachkommission «Gesundheitsfragen im Asylbereich»
- 2018-2021 Kantonsärztin-Stv., Kanton St. Gallen

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Durch meinen nicht alltäglichen Werdegang von Psychiatrie über Toxikologie, Pharmaindustrie, Kantonsarztamt, Politik zur Privatwirtschaft habe ich viele Perspektiven des Gesundheitswesens, das erfolgreiche interprofessionelle Arbeiten, sowie nutzenstiftende Digitalisierung und deren Auswirkungen kennengelernt.

Zudem kann ich dadurch auf ein breit aufgestelltes Netzwerk zurückgreifen.

Mein Wissen, meine Erfahrungen und angeeigneten Kompetenzen zusammen mit meinem strukturierten, analytischen und pragmatischen Denken, lassen mich komplexe Sachverhalte und Zusammenhänge schnell erfassen und tragen zu nachhaltigen Lösungen bei. Gerne möchte ich mich in der GPK und den damit verbundenen Aufgaben einbringen und für die Ärzteschaft sowie dem Gesundheitswesen einen Mehrwert schaffen.

## Kandidatur für: Geschäftsprüfungskommission



### Adrien Tempia

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	20.07.1972
<b>Wohnort:</b>	Lausanne
<b>E-Mail:</b>	atempia@gmail.com
<b>Facharzttitel:</b>	Chirurgie

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2012 Waadtländer Ärztegesellschaft (SVM)
- Seit 2012 Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR)
- Seit 2004 Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (SGC)
- Seit 1998 FMH

#### Sonstige:

- Schweizerische Gesellschaft für Viszeralchirurgie
- Swiss Minimal Invasive Surgery
- Association Suisse Romande de Chirurgie Coelioscopique
- Swiss Society for the Study of Morbid Obesity
- Association Française de Chirurgie
- International Hepato-Pancreato-Biliary Association
- International Society of Surgery

#### Interessenbindungen

- Keine

#### Weitere Qualifikationen

- Schwerpunkt Viszeralchirurgie
- Fähigkeitsausweis «Strahlenschutz in der Chirurgie (SGC)»

#### Sprachen

- Französisch (Muttersprache)
- Deutsch (C1)
- Englisch (B2)
- Italienisch (B1)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Selbstständige Chirurgie in einer Gemeinschaftspraxis
- Administrator einer Gemeinschaftspraxis

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Vorstandsmitglied der Waadtländer Ärztegesellschaft (12 Jahre)

- Vizepräsident der Waadtländer Ärztegesellschaft (8 Jahre)
- Delegierter der Waadtländer Ärztegesellschaft im Büro für DDQ (Daten, Demographie und Qualität) der FMH
- Delegierter der Waadtländer Ärztegesellschaft im Qualitätsforum der SAQM (Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin) der FMH

#### Standespolitische Mandate

- Mitglied des Gesundheitsrats im Kanton Waadt

#### Führungserfahrung

- Administrator einer Gemeinschaftspraxis

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Seit 12 Jahren bin ich im Vorstand der Waadtländischen Ärztegesellschaft. Dadurch konnte ich an zahlreichen Kommissionen und Arbeitsgruppen unter Einbezug von Behörden, Versicherern und anderen Vereinigungen teilnehmen. In den letzten Jahren konnte ich durch mein Verhandlungsgeschick tragfähige Kompromisse finden. Ich halte es für wichtig, den Interessen der Ärzteschaft in der heutigen, sich ständig verändernden Welt zu dienen. Aufgrund meiner Erfahrungen in der Berufspolitik kann ich die Funktionsweise einer Ärztegesellschaft gut nachvollziehen. Zudem finde ich es wichtig, dass die Westschweizer angemessen vertreten sind, um das föderalistische Gleichgewicht zu wahren, auch in der Geschäftsprüfungskommission.

Deshalb möchte ich der FMH in einer weiteren, für ihr gutes Funktionieren entscheidenden Funktion dienen.

Dank meiner Kenntnisse des Deutschen und der schweizerdeutschen Dialekte kann ich meine Kolleginnen und Kollegen verstehen, kommuniziere jedoch auf Deutsch oder besser auf Französisch, um dem genannten föderalistischen Gleichgewicht gerecht zu werden.

## Kandidatur für: Geschäftsprüfungskommission



### Daniel Rudolf Zwahlen (bisher)

<b>Titel:</b>	Prof. Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	17.10.1967
<b>Wohnort:</b>	Winterthur ZH
<b>E-Mail:</b>	daniel.zwahlen@hin.ch, daniel.zwahlen@ksw.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Radio-Onkologie / Strahlentherapie

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2020 Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich AGZ
- Seit 2004 Schweizerische Gesellschaft für Radio-Onkologie SRO
- Seit 2014 Ärztesgesellschaft des Kantons St. Gallen KAeG SG
- Seit 2012 Verein der leitenden Spitalärztinnen und -ärzte Schweiz VLSS
- Seit 1998 FMH

#### Interessenbindungen

- Keine

#### Weitere Qualifikationen

- Titularprofessur im Fachgebiet Radio-Onkologie/Strahlentherapie, Medizinische Fakultät, Universität Zürich
- Master of Business Administration, Strathclyde University, Glasgow, UK
- Fähigkeitsausweis Vertrauensarzt (SGV)

#### Sprachen

- Deutsch
- Französisch
- Italienisch
- Englisch

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Direktor/Chefarzt Institut für Radio-Onkologie, Kantonsspital Winterthur
- Direktor/Chefarzt, Zentrum für Radiotherapie Rüti, Zürich-Ost-Linth AG

#### Parteizugehörigkeit

- FDP

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Präsident Swiss Society for Radiation Oncology SRO
- Vorstandsmitglied und Vizepräsident Bündner Ärzteverein 2015-2018
- Mitglied der Ärztekammer seit 2013, standespolitisch tätig seit 1997

- Mitglied Geschäftsausschuss VSAO 1998-1999

#### Führungserfahrung

- Klinikleitung

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Seit 2020 Mitglied der GPK. Ich bin sehr motiviert und kandidiere für eine zweite Amtsperiode 2024-2028. Die Arbeit in der GPK interessiert und erfüllt mich. Ich setze mich sehr gerne für die FMH und deren Wohlergehen ein.

#### Kompetenzen:

Präsident der Swiss Society for Radiation Oncology SRO seit 2013, Mitglied der Ärztekammer seit 2013, standespolitisch tätig seit 1997, Mitglied Geschäftsausschuss VSAO 1998-1999, Vorstandsmitglied und Vizepräsident Bündner Ärzteverein 2015-2018.

#### Motivation:

Zuverlässig, kollegial, konsens- und lösungsorientiertes Arbeiten.

#### Ziel:

Eine bestens funktionierende, florierende und in die Zukunft ausgerichtete FMH. Effiziente und konstruktive Zusammenarbeit in der GPK.

## Kandidatur für: Präsidium der Standeskommission



### Francesca Mainieri (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	22.11.1957
<b>Wohnort:</b>	Muzzano TI
<b>E-Mail:</b>	francesca.mainieri@hin.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Allgemeine Innere Medizin

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 2001 Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
- Seit 2010 Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte mfe
- Seit 1990 Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Seit 1991 Ordine die Medici del Canton Ticino OMCT
- Seit 1990 FMH

#### Weitere:

- Seit 2002 Società Svizzera di Medicina Interna Generale del Canton Ticino SSMIG (aktuell Präsidentin)
- Seit 1998 Società Svizzera di Ultrasonografia in Medicina SSUM
- Seit 1998 Società di Ultrasonologia medica della Svizzera Italiana SGUMSI

#### Interessenbindungen

- Keine

#### Weitere Qualifikationen

- Fähigkeitsausweis Sonographie (SGUM)
- Fähigkeitsausweis Praxislabor (KHM)
- Fähigkeitsausweis Röntgenaufnahmen in niedrigen und mittleren Dosisbereich (KHM)

#### Sprachen

- Italienisch (Muttersprache)
- Deutsch (C2)
- Französisch (B2)
- Englisch (B1)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Seit 1998 Studio medico di medicina di famiglia a Lugano-Paradiso

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2006 Presidente della Commissione di deontologia FMH
- Seit 2002 Presidente della Società Svizzera di Medicina Interna Generale del Canton Ticino SSMIG-TI

#### Führungserfahrung

- Siehe oben

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Mit unveränderter Motivation und grossem Eifer kandidiere ich erneut für das Amt der Präsidentin der Standeskommission der FMH.

Ein Sinn für Gerechtigkeit und Korrektheit begleitet mich von jeher in all meinem Handeln (mein Vater war Magistrat in Rom): von meiner Arbeit als Hausärztin in Paradiso (TI) bis zu meinem Amt als Präsidentin der Standeskommission der FMH, das ich seit 2006 innehave.

Die Standesethik ist die Grundlage für das Vertrauensverhältnis zu unseren Patienten. Sie ist auch der Bezugspunkt für die Beziehungen zwischen Kollegen und die Visitenkarte unserer Profession. Es ist mir daher eine Ehre, über die Standeskommission der FMH zur Verbreitung der berufsethischen Kultur unserer Föderation in einer Gesellschaft beizutragen, die verlässliche Kräfte braucht.

Durch meine langjährige Beschäftigung mit Standesfragen habe ich viel Erfahrung, die ich im Falle meiner Wiederwahl auch als Vertreterin des Gesundheitswesens der italienischen Schweiz in den Dienst der Patienten und Kollegen stellen möchte.



## Kandidatur für: Vizepräsidium der Standeskommission



### Beat Niklaus Manser (bisher)

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	11.04.1956
<b>Wohnort:</b>	Eich LU
<b>E-Mail:</b>	manser@hin.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Allgemeine Innere Medizin

#### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- 1994-2022 Haus- und Kinderärzte Schweiz mfe
- 1989-2022 Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM
- Seit 1989 Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern VZAG
- Seit 1988 Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO
- Seit 1983 FMH

#### Interessenbindungen

- Seit 2011 Verwaltungsratspräsident und Mitglied der Geschäftsleitung Notfallpraxis der Hausärzte Sursee AG
- Seit 2010 Vorstandsmitglied Ärzte mit Patientenapotheke APA
- Seit 2003 Verwaltungsratspräsident des Trust-Centers Zentralschweiz medkey AG

#### Weitere Qualifikationen

- Aktive Standespolitik in unterschiedlichen Mandaten seit 1989
- Fähigkeitsausweis Praxislabor (KHM)
- Fähigkeitsausweis Röntgenaufnahmen im niedrigen und mittleren Dosisbereich (KHM)

#### Sprachen

- Deutsch (C2)
- Französisch (B2)
- Englisch (B2)
- Italienisch (B2)

#### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- 1989-2021 Hausarzt in eigener Praxis in Eich (LU), pensioniert

#### Parteizugehörigkeit

- Keine

#### Bisherige politische Mandate

- Keine

#### Bisherige standespolitische Mandate

- Seit 2016 Vizepräsident der Standeskommission der FMH

- Seit 2010 Vorstandsmitglied Verein Ärzte mit Patientenapotheke APA
- Seit 1998 Aufbau der Datensammelstelle Zentralschweiz
- 2004-2008 Mitglied der Geschäftsleitung der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften KKA
- 2004-2008 Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern
- 2002 Vorstandsmitglied der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern, Tarifbeauftragter
- 1997-2001 Präsident Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin Kanton Luzern
- 1995-2002 Vorstandsmitglied Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin Kanton Luzern

#### Führungserfahrung

- Militärische Ausbildung: ehemaliger Leutnant der Sanitätstruppen
- Standespolitik, siehe oben

#### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Schutz des Berufsstandes vor inneren und äusseren Angriffen

Freude an der Mithilfe zur Beilegung von Streitigkeiten der FMH Mitglieder

## Kandidatur für: Vizepräsidium der Standeskommission



### Paul Wiesel

<b>Titel:</b>	Dr. med.
<b>Geburtsdatum:</b>	06.01.1960
<b>Wohnort:</b>	Lausanne VD
<b>E-Mail:</b>	dr.wiesel@svmed-hin.ch, wieselp@bluewin.ch
<b>Facharzttitel:</b>	Gastroenterologe

### Mitglied bei medizinischen Gesellschaften

- Seit 1987 FMH
- Seit 2001 Mitglied der Waadtländer Ärztesgesellschaft SVM
- Seit 2011 Mitglied der Schweizerischen Gesellschaft für Gastroenterologie SGG
- Seit 2021 Präsident der Delegiertenversammlung

### Sonstige:

- Swiss Neurogastro-Motility Network (SwissNGM) / Mitglied des Vorstands
- IBSnet (The Functional Bowel Network)
- Mitglied der Société Nationale Française de Gastroentérologie SNFGE
- Mitglied der Société Française d'Endoscopie Digestive SFED
- Mitglied der Groupe Français de Neuro-Gastroentérologie

### Interessenbindungen

- Forschung im Bereich der gastroenterologischen Funktionen
- Gastrointestinale Endoskopien
- <https://www.drpaulwiesel.ch>

### Weitere Qualifikationen

- Fähigkeitsausweis «Strahlenschutz in der Gastroenterologie (SGG)»

### Sprachen

- Französisch
- Deutsch
- Englisch
- Rumänisch

### Aktuelle berufliche Tätigkeit

- Freiberuflicher Gastroenterologe in einer Gemeinschaftspraxis

### Parteizugehörigkeit

- Keine

### Bisherige politische Mandate

- Keine

### Standespolitische Mandate

- Vorsitz der Association des Étudiants en Médecine de Lausanne (AEML), anschliessend der Association des Médecins Assistants Vaudois (ASMAV), gefolgt von 10 Jahren Vorsitz des Groupement des Gastroentérologues Vaudois und seit 3 Jahren Vorsitz der Delegiertenversammlung der SVM.
- Vorsitzender der Arbeitsgruppe für Kolo-proktologie (2009-2010)
- Stellvertretender Vorsitzender der Association Romande de la Coeliakie (2017-2023)

### Führungserfahrung

- Im Rahmen meiner Praxis und durch meine standespolitischen Mandate

### Kompetenzen, Motivation und Ziele

Seit langem befasse ich mich mit berufsethischen Überlegungen und den ethischen Aspekten der medizinischen Praxis, namentlich im Rahmen der verschiedenen Kommissionen, in denen ich bislang tätig war, und über meine zahlreichen Kontakte zu den politischen Instanzen im Kanton Waadt. Ich bin der Meinung, dass unser mit einer hohen zwischenmenschlichen Verantwortung einhergehender Beruf danach verlangt, dass wir eine Vorbildfunktion im Hinblick darauf einnehmen, wie wir arbeiten, uns verhalten und mit unseren Patientinnen und Patienten, Kolleginnen und Kollegen und unseren Mitarbeitenden kommunizieren. Ich denke, dass ich mit 64 Jahren und nach 30 Jahren ärztlicher Tätigkeit ausreichend Erfahrung erlangt habe, um hierzu innerhalb der FMH einen Beitrag leisten zu können.

# Kaloba®

Extrakt *Pelargonium sidoides* EPs® 7630



**NEU** als  
**Direct Sticks**

- reduziert Arbeitsunfähigkeit um 1.73 Tage<sup>1</sup>
- reduziert Antibiotikabedarf<sup>2</sup>
- reduziert Symptomstärke<sup>3-7</sup>

**Direkt im Alltag!**



**antiviral**<sup>8-11</sup>  
**antibakteriell**<sup>12</sup>  
**sekretomotorisch**<sup>13</sup>



**Kassen-  
zulässig**

**Kassen-  
zulässig**

**Kassen-  
zulässig**

**NEU**  
ab 2 Jahren

**NEUE**  
Galenik



**Jetzt passende  
Galenik für alle**

**Gekürzte Fachinformation Kaloba® Tropfen, Kaloba® Sirup und Kaloba® Direct:** Z: *Pelargonium sidoides*-Wurzel-Extrakt, Tropfen: 1 g (= 0,975 ml) Flüssigkeit enthält 800 mg Flüssigextrakt aus *Pelargonium sidoides*-Wurzeln (DEV 1:8-10), Auszugsmittel Ethanol 11% (m/m). Sirup: 5,33 g (5 ml) Sirup enthält 13,4 mg Trockenextrakt aus *Pelargonium sidoides*-Wurzeln (DEV 4-25:1), Auszugsmittel Ethanol 11% (m/m). Direct: 1 Beutel (800 mg) Granulat enthält 20,0 mg Flüssigextrakt, getrocknet, aus *Pelargonium sidoides*-Wurzeln (DEV 1:8-10), Auszugsmittel Ethanol 11% (m/m). I: Tropfen: Akute Bronchitis. Sirup und Direct: Symptomatische Behandlung einer akuten Bronchitis (Entzündung der Bronchien). D: Tropfen: Erwachsene und Jugendliche über 12 Jahre 3 mal täglich 30 Tropfen; Kinder von 6-12 Jahren 3 mal täglich 20 Tropfen; Kleinkinder von 2-5 Jahren 3 mal täglich 2.5 ml Sirup. Direct: Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren 3-mal täglich 1 Beutel direkt in den Mund. KI: Bei Überempfindlichkeit gegenüber einem der Bestandteile des Arzneimittels. Bei schweren Lebererkrankungen. IA: Bisher nicht bekannt. Eine verstärkte Wirkung gerinnungshemmender Medikamente wie Phenprocoumon und Warfarin bei gleichzeitiger Einnahme von Kaloba® ist nicht auszuschließen. S/S: Sollte nicht eingenommen werden, da keine ausreichenden Erfahrungen. UEW: Gelegentlich gastrointestinale Beschwerden, selten leichtes Zahnfleisch- oder Nasenbluten. In seltenen Fällen Überempfindlichkeitsreaktionen vom Soforttyp, derartige Reaktionen können schon bei der ersten Einnahme des Medikamentes eintreten. In sehr seltenen Fällen können schwere Überempfindlichkeitsreaktionen mit Gesichtsschwellung, Dyspnoe und Blutdruckabfall auftreten. P: Tropfen 20 ml und 50 ml. Sirup 120 ml. Direct 36 Beutel VK: D, kassenzulässig. ZI: Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedicinfo.ch.

**Referenzen:** 1. Matthys H et al. W. Effects of EPs 7630 on the duration of inability to work in acute bronchitis - a meta-analysis. Multidiscip Respir Med. 2023 Jun 13;18(1):914. doi: 10.4081/mm.2023.914.PMID: 37476531; PMCID: PMC10355130. 2. David Martin, Marcel Konrad, Charles Christian Adarkwah & Karel Kostev (2020): Reduced antibiotic use after initial treatment of acute respiratory infections with phytopharmaceuticals - a retrospective cohort study, Postgraduate medicine, DOI: 10.1080/00325481.2020.1751497. 3. Matthys H, Eisebitt R, Seith B, Heger M. Efficacy and safety of an extract of *Pelargonium sidoides* (EPs 7630) in adults with acute bronchitis. A randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Phytomedicine. 2003;10 Suppl 4:7-17. doi:10.1078/1433-187x-00308 4. Kamin W, Maydannik VG, Malek FA, Kieser M. Efficacy and tolerability of EPs 7630 in patients (aged 6-18 years old) with acute bronchitis. Acta Paediatr. 2010;99(4):537-543. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01656.x 5. Bachert C et al. Treatment of acute rhinosinusitis with the preparation from *Pelargonium sidoides* EPs® 7630: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Rhinology 2009;47:51-58. 6. Bereznoj VV et al. Efficacy Of Extract Of *Pelargonium Sidoides* In Children With Acute Non-group A Beta-hemolytic Streptococcus Tonsillopharyngitis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-controlled Trial. Altern Ther Health Med 2003;9(5):68-79. 7. Schapoval A, Dobos G, Cramer H, Ong KC, Adler M, Zimmermann A, Brandes-Schramm J, Lehmann W. Treatment of signs and symptoms of the common cold using EPs 7630 - results of a meta-analysis. Heliyon. 2019 Nov 26;5(11):e02904. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02904. PMID: 31844762; PMCID: PMC6888731 8. Michaelis, M et al. Investigation of the influence of EPs® 7630, a herbal drug preparation from *Pelargonium sidoides*, on replication of a broad panel of respiratory viruses Phytomedicine 2011; 18: 384-386. 9. Theisen, L et al. EPs® 7630 (Umckaloabo®), an extract from *Pelargonium sidoides* roots, exerts anti-influenza virus activity in vitro and in vivo Antiviral Research 2012; 94: 147-156. 10. Papies et al. Antiviral and immunomodulatory Effects of *Pelargonium sidoides* DC. Root Extract EPs® 7630 in SARS-CoV-2-Infected Human Lung Cells, Front Pharmacol 2021 Oct 25;12:75666. 11. Roth M et al. *Pelargonium sidoides* radix extract EPs® 7630 reduces rhinovirus infection through modulation of viral binding proteins on human bronchial epithelial cells PLoS ONE 2019; 14(2): e0210702. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210702. 12. Conrad, A et al. Extract of *Pelargonium sidoides* (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro Phytomedicine 2007; 14 (Suppl. VI): 46-59. 13. Neugebauer, P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures - exemplary measurements under *Pelargonium sidoides* extract (EPs® 7630) Phytomedicine 2005; 12: 47-52. 02/2024

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.





© Flynt / Dreamstime

Eine statistische Auffälligkeit ist nicht ausreichend, um unwirtschaftliches Handeln einer Ärztin oder eines Arztes festzustellen.

# Wirtschaftlichkeitsprüfung: wegweisendes Bundesgerichtsurteil

**Wirtschaftlichkeitsprüfung** Das Bundesgericht hat in einem richtungsweisenden Urteil publiziert, dass sich die Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Art. 56 Abs. 6 KVG stets aus einer Screeninganalyse und bei auffälligem Resultat einer anschliessenden Einzelprüfung zusammensetzt. Praxistypologische Merkmale wie zum Beispiel die Selbstdispensation sind auf Stufe der Einzelfallprüfung zu berücksichtigen.

**Gabriela Lang<sup>a</sup>; Iris Herzog-Zwitter<sup>b</sup>; Patrick Müller<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Leiterin Abteilung Rechtsdienst, FMH; <sup>b</sup> Dr. iur., Abteilung Rechtsdienst, FMH; <sup>c</sup> Leiter Abteilung Ambulante Versorgung und Tarife, FMH

Die Krankenversicherer sind nach Art. 56 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) verpflichtet zu überprüfen, ob die Betreuung der Patientinnen und Patienten durch die medizinischen Leistungserbringer dem im KVG geforderten Gebot der Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit (WZW-Kriterien gemäss Art. 32 KVG) folgt. Gegen Leistungserbringer, die dem im Gesetz vorgesehenen Wirtschaftlichkeitsgebot zuwider handeln, können Sanktionen ergriffen werden (Art. 59 Abs. 1 i.V.m.

Abs. 3 lit. a KVG). Zu den Sanktionen gehört unter anderen «die gänzliche oder teilweise Rückerstattung der Honorare, welche für nicht angemessene Leistungen bezogen wurden» (Art. 59 Abs. 1 lit. b KVG). Das Bundesgericht spricht dann von einer Überarztung «wenn ein Arzt im Vergleich mit anderen Ärzten im gleichen Einzugsgebiet und mit etwa gleichem Krankengut im Durchschnitt erheblich mehr verrechnet, ohne dass er Besonderheiten geltend machen könnte, die den Durchschnitt beeinflussen (...)». Voraussetzung für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit nach der statistischen Methode (...)

(...) ist zunächst, dass die Referenzgruppe hinreichend ähnlich zusammengesetzt ist (...).» [1]

## Neues Leiterteil 9C\_135/2022

Das inzwischen öffentliche Urteil 9C\_135/2022 vom 12. Dezember 2023 ist für die Publikation in der amtlichen Sammlung vorgesehen. Diesem Urteil wird dadurch eine inhaltliche Leitfunktion für die Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der Praxis zugeschrieben. Das Urteil hält fest, dass eine statistische Auf-

# Tilur®

## Das löwenstarke<sup>1,2</sup> und **verträgliche**<sup>2-6</sup> **NSAR**



Bei Arthrose<sup>4</sup>

Bei Lumbago<sup>8</sup>

Bei entzündlichen Zuständen  
(Gelenke, Muskeln, Sehnen)<sup>9</sup>

nur  
**40%**  
renale  
Elimination<sup>3,7</sup>



**Kassenzulässig**

**Tilur® | Tilur® retard:** **Zus.:** 1 Kapsel Tilur® enthält 60 mg Acemetacin, 1 Kapsel Tilur® retard enthält 90 mg Acemetacin. **Dos.:** Übliche Dosierung bei Tilur®: 1–3 mal täglich 1 Kapsel Tilur®, 1–2 mal täglich 1 Kapsel Tilur® retard. **Indik.:** Chronische Polyarthrit, degenerative Gelenkerkrankungen, Bechterew-Erkrankung, Gicht, entzündliche Zustände der Gelenke, Muskeln und Sehnen, Sehnencheidenentzündungen, Schleimbeutelentzündungen, Hexenschuss Kontr.: Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe, Anamnese von Bronchospasmus, 3. Trimenon der Schwangerschaft und Stillzeit, aktive Magen- und/oder Duodenalulzera, entzündliche Darmerkrankungen, schwere Leberfunktionsstörungen, schwere Niereninsuffizienz. **Warnh.:** Für alle NSAR: Mögliche gastrointestinale Ulzerationen, erhöhtes Risiko für thromboembolische oder kardiovaskuläre Komplikationen können nicht ausgeschlossen werden. Unter Langzeitanwendung von NSAR wurden Nierenschädigungen beobachtet. Bei Patienten mit fortgeschrittener Nierenerkrankung nicht empfohlen ohne Labor-Kontrolle. Tilur® kann die Serum-Kaliumspiegel erhöhen. Selten schwerwiegende Hautreaktionen. Kopfschmerzen und Schwindel können Lenken und das Bedienen von Apparaten und Fahrzeugen beeinträchtigen. Vorsicht bei Patienten mit psychischen Störungen, Epilepsie oder Parkinsonismus und bei Patienten mit Lebererkrankungen. Hemmung der Thrombozyten-Aggregation möglich. **Interak.:** Methotrexat, Schleifendiuretika. **Unerw. Wirk.:** Tinnitus, gastrointestinale Nebenwirkungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Leberfunktionsstörungen. **Schw./Stillz.:** Von einer Anwendung in der Schwangerschaft und Stillzeit ist abzusehen. **Pack.:** Tilur® Kapsel 20\* und 50\*, \*kassenzulässig, Tilur® retard Kapsel 20\* und 50\*, \*kassenzulässig. Verkaufskategorie B. Zulassungsinhaber: Drossapharm AG, Basel. Weitere Informationen unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Stand: Januar 2023

**Referenzen:** 1 Jacobi H., Dell H.-D.: *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* (II), 1348-1362 (1980); 2 Pelster B (1993). Retardierte NSAR bei aktivierten Arthrosen. *Acemetacin und Diclofenac im Doppelblindvergleich.* *Z. Allg. Med* 69: 1033-1038. 3 Ribeiro H. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), pain and aging: Adjusting prescription to patient features. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 150 (2022) 112958 4 Leeb BF et al. (2004). Behandlung der Gonarthrose. *Wirksamkeit und Verträglichkeit von retardiertem Acemetacin im Vergleich zu Celecoxib.* *Orthopäde* 33: 1032-1041. 5 Sedman E (1994): Recent Research on Acemetacin in the UK. *Topics in Arthritis and Rheumatism*, Raven Press New York. 6 Rechziegler H, 1985. In: Miehike K (Hrsg.), *Moderne Antirheumatika – ihre Stellung in einem Gesamtherapiekonzept unter Berücksichtigung der Multimorbidität.* pmi Verlag, Frankfurt, 48 – 57. 7 Rechziegler H. Nicht steroidale Antirheumatika. Kriterien für eine rationale Auswahl. *Fortschr. Med* 102, 497-502 (1984). 8 Laws D(1994). Double blind parallel group investigation in general practice of the efficacy and tolerability of Acemetacin in comparison with diclofenac in patients with acute low back pain. *Br J Clin Res* 5: 55-64. 9 Fachinformation Tilur®/retard, [www.swissmedic.ch](http://www.swissmedic.ch). Alle Referenzen können bei Drossapharm angefordert werden. \*PG-Hemmung: Prostaglandinsynthese-Hemmung

**DROSSA PHARM**

03/2024

## Aktuell

fälligkeit als Beweismittel nicht ausreichend ist, um unwirtschaftliches Handeln festzustellen. Dafür braucht es zwingend eine nachgelagerte Einzelfallprüfung.

**Sachverhalt**

Verschiedene Krankenkassen, vertreten durch santésuisse, reichten 2019 gegen Dr. med. A., Facharzt für Allgemeine Innere Medizin mit einer Bewilligung zur Führung einer Praxisapothek (sogenannte Selbstdispensation), beim kantonalen Schiedsgericht in Sozialversicherungsstreitigkeiten Klage ein.

## Ein auffälliges Ergebnis der Screening-Methode bedeutet keine Feststellung von Unwirtschaftlichkeit.

Sie beantragten, Dr. med. A. sei wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise zu verpflichten, für das Jahr 2017 eine Rückzahlung von CHF 336 368.- (gemäss Regressions-Index) oder von CHF 790 761.- (gemäss ANOVA-Index), eventuell eine solche nach richterlichem Ermessen zu leisten.

Das Schiedsgericht vereinigte das Klageverfahren betreffend das Jahr 2017 mit einem hängigen Rückforderungsverfahren der Jahre 2013 bis 2015. Das Schiedsgericht verpflichtete Dr. med. A. für den Zeitraum 2013 bis 2015 zur Rückerstattung von CHF 2 872 696.55. Das Bundesgericht wies die Sache zur neuen Beurteilung an das Schiedsgericht zurück.

Am 18. Juni 2020 einigten sich die Parteien auf einen Rückerstattungsbetrag für die Jahre 2013 bis 2015 per Saldo aller Ansprüche auf CHF 500 000.-. Für das Jahr 2017 wurde keine Einigung erzielt. Das Schiedsgericht verurteilte Dr. med. A. den Klägern für das Jahr 2017 den Betrag von CHF 266 998.40 zurückzuerstatten.

Dr. med. A. erhob dagegen Beschwerde beim Bundesgericht. Der schiedsgerichtliche Entscheid vom 18. Januar 2022 sei aufzuheben und die Klage abzuweisen. Eventuell sei die Sache zur Neubeurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen und diese anzuweisen, zur Überprüfung der behaupteten Überarztung die analytische Methode anzuwenden, das heisst eine systematische Einzelfallprüfung oder repräsentative Einzelfallprüfung mit Hochrechnung respektive eine Einzelfallanalyse im Rahmen der Screening-Methode durchzuführen. Strittig war somit die Rückforderung der Krankenversicherer über CHF 266 998.40 für das Jahr 2017.

Nachfolgend zu Kernaussagen des Urteils:

- Die bislang herrschende Ansicht, die statistische Methode sei ein Beweismittel, ist überholt.

- Die Wirtschaftlichkeitsprüfung setzt sich nach der tarifpartnerschaftlich vereinbarten Screening-Methode stets aus einer Regressionsanalyse und bei auffälligem Resultat einer anschliessenden Einzelfallprüfung zusammen. *Ein auffälliges Ergebnis der Regressionsanalyse bedeutet keine Feststellung von Unwirtschaftlichkeit.*
- Dr. med. A. rügte zu Recht, dass die Vorinstanz in casu die Einzelfallanalyse als zweiten Teil der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht vollständig umgesetzt hatte. Dies verletzte Art. 56 KVG.
- Insgesamt verletzt die Ausserachtlassung der Praxisbesonderheit «Selbstdispensation» die bundesrechtlichen Anforderungen an die Feststellung einer unwirtschaftlichen Behandlungsweise. Praxistypologische Merkmale (zum Beispiel Selbstdispensation) sind auf Stufe der Einzelfallprüfung zu berücksichtigen, wenn sie nicht als Screening-Faktor implementiert werden können. Ebenso sind Weiterbildungen wie zum Beispiel im Bereich Alternativmedizin in die Einzelfallprüfung einzubeziehen.
- Die Krankenversicherer haben den Beweis zur Grundlage der Rückforderung zu erbringen. Erst wenn die Ergebnisse der Einzelfallprüfung zeigen, dass eine unwirtschaftliche Behandlung vorliegt, ist der Beweis für eine Rückforderung gegeben.

## Eine Screening-Methode kann nur statistische Auffälligkeiten hervorbringen, jedoch nie den Nachweis einer Unwirtschaftlichkeit.

**Information zur Screening-Methode**

Im Vertrag zu Art. 56 Abs. 6 KVG haben santésuisse, curafutura und die FMH die statistische Screening-Methode als ersten Schritt der Wirtschaftlichkeitsprüfung bei Pauschalbeanstandungsverfahren vertraglich geregelt. Diese Screening-Methode hat zum Ziel, mittels statistischer Methoden Leistungserbringer mit auffälligen (zu hohen) Kosten zu identifizieren. Seit dem Jahr 2018 wird dazu eine zweistufige Regressionsmethode angewendet. Diese Screening-Methode berücksichtigt als kostenrelevante Parameter Alter, Geschlecht, Pharmaceutical Cost Groups (PCG), Spitalaufenthalte im Vorjahr, tiefe/hohe Franchise sowie den Ort der Leistungserbringung (Kanton) und die Facharztgruppe. Aus dem bereinigten Praxiseffekt wird in der Regressionsanalyse schliesslich ein Index berechnet. Er zeigt an, um wie viele Prozentpunkte die Kosten einer Arztpraxis über dem erwarteten Wert liegen. Ärztinnen und Ärzte,

## Weiterführende Informationen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung

Weiterführende Informationen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung sind auf der Webseite der FMH zu finden. ([www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Themen → Ambulante Tarife → Wirtschaftlichkeitsprüfung). Darunter finden Sie spezifische FAQ, ein Handbuch zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, den Vertrag nach Art. 56 Abs. 6 KVG und ein Positionspapier der FMH zur Screening-Methode. Betroffene Ärztinnen und Ärzte können sich für eine erste Beratung an die FMH wenden. Schriftliche Anfragen richten Sie bitte an folgende E-Mail-Adresse: [tarife.ambulant\[at\]fmh.ch](mailto:tarife.ambulant[at]fmh.ch). Zudem führt die FMH eine Infoline TARMED durch – jeweils montags von 9.00 bis 12.00 Uhr unter Tel. 0900 340 340 zum Ortstarif.

die den mittleren Indexwert von 100 deutlich überschreiten, gelten als statistisch auffällig und werden einer Einzelprüfung – mittels Analyse der Tarif- und Medikamentenanwendung und des Patientenkollektivs – unterzogen.

Der Vertrag über die vereinbarte Screening-Methode findet Anwendung in der statistischen Wirtschaftlichkeitsprüfung, welche Ärztinnen und Ärzte jeweils mit dem Referenzkollektiv der zugewiesenen Facharztgruppe vergleicht. Diese Methode der Wirtschaftlichkeitsprüfung ist eine statistische Prüfung auf Basis der Kosten und nicht auf Ebene der Tarifanwendung oder einzelner Tarifpositionen.

**Vertragsanpassung im Jahr 2023**

Aufgrund der gesammelten Erfahrungswerte wurde der Vertrag zwischen santésuisse, curafutura und der FMH per Anfang 2023 letztmalig angepasst. Aus Sicht der Ärzteschaft konnte mit den Anpassungen am Vertrag eine deutliche Verbesserung gegenüber dem bisherigen Vertrag erreicht werden. Insbesondere die Präzisierung und Notwendigkeit der Einzelfallanalyse wurde im angepassten Vertrag klar festgehalten. Weist ein Leistungserbringer auffällige Kosten auf, so heisst dies nicht per se, dass der Leistungserbringer unwirtschaftlich arbeitet. Um näher abzuklären, ob ein im Sinne der angewandten Methode auffälliger Leistungserbringer unwirtschaftlich arbeitet oder nicht, muss bei Leistungserbringern mit erhöhten Indexwerten immer eine interne Einzelfallanalyse entweder durch santésuisse oder durch den einzelnen Versicherer oder durch santésuisse und einen einzelnen Versicherer durchgeführt werden.

Ziel ist jeweils die Plausibilisierung des erhöhten Indexwertes. Dies hat nun das Bundesgericht mit seinem Leiturteil im Dezember 2023 bestätigt. Dies hat zur Konsequenz, dass die Krankenversicherer den Beweis für die Grundlage einer Rückforderung zu erbringen haben.

## Die Krankenversicherer müssen unwirtschaftliches Handeln mittels einer analytischen Einzelfallprüfung nachweisen.

### Schlussfolgerungen der FMH

Die FMH begrüsst dieses wegweisende Urteil des Bundesgerichts in Sachen Wirtschaftlichkeitsverfahren. Das Bundesgericht stützt dabei die Auslegung der FMH, dass im Anschluss an eine mittels Screening-Methode detektierte statistische Auffälligkeit mittels einer Einzelfallprüfung gezielt untersucht und plausibilisiert werden muss, um eine potentielle Unwirtschaftlichkeit gegebenenfalls nachzuweisen. Das Ergebnis des Screenings zeigt nicht eine unwirtschaftliche Behandlungsweise auf, sondern erst einmal nur eine auffällige Kostenstruktur und damit die Notwendigkeit einer zwingenden Einzelfallprüfung. Erst wenn die Ergebnisse der Einzelfallprüfung zeigen, dass eine unwirtschaftliche Behandlung vorliegt, ist der Beweis für eine Rückforderung gegeben. Diesen Beweis haben die Krankenversicherer zu erbringen. Damit werden auch die langjährigen Bemühungen der FMH zur Auslegung der Screening-Methode belohnt, denn *santésuisse* versuchte in der Vergangenheit immer wieder, geltend zu machen, dass die Screening-Methode alleine bereits Nachweis der Unwirtschaftlichkeit ist und sämtliche Praxisbesonderheiten abzudecken vermag. Diese Auslegung von *santésuisse* ist nicht korrekt und wurde nun durch das Urteil des Bundesgerichts korrigiert. Die bislang herrschende Ansicht, die statistische Methode sei seit Einführung des Screening-Modells eine «Beweismethode», ist damit überholt.

Die FMH wird dieses Leiturteil zum Wirtschaftlichkeitsverfahren im Soundingboard der Arbeitsgruppe Wirtschaftlichkeitsprüfung im Mai 2024 mit Vertretungen der Ärzteorganisationen sowie in der juristischen Austauschplattform von Mitte Mai 2024 mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten eingehend diskutieren. Des Weiteren setzt sich die FMH in der Arbeitsgruppe mit *santésuisse* und *curafutura* für eine weitere Verfeinerung der Screening-Methode ein. Jedoch immer im Wissen, dass die eingesetzte Methode nur eine statistische Auffälligkeit hervorbringen kann, jedoch

nie den Nachweis einer Unwirtschaftlichkeit. Dieser kann erst im Anschluss daran mit einer Einzelfallanalyse erfolgen. Ebenso wird die FMH ein besonderes Augenmerk auf die Daten legen, die der Screening-Methode als Grundlage dienen, insbesondere auf die Vergleichskollektive. Eine reine Fokussierung auf Ebene Facharzttitel scheint auch mit dem Urteil in Bezug auf die Selbstdispensation nicht mehr sachgerecht, denn das Bundesgericht bejaht die Praxisbesonderheit der Selbstdispensation, so dass eine Verfeinerung der Vergleichsgruppen angestrebt werden muss.

### Korrespondenz

tarife.ambulant[at]fmh.ch



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://www.saez.ch) oder via QR-Code

# Ärzttekammer

**Donnerstag, 6. Juni 2024**

## **Traktanden**

- Begrüssung /Mitteilungen
- Mitteilungen aus dem SIWF
- Gesamterneuerungswahlen Legislatur 2024–2028
- Jahresberichte 2023
- Jahresrechnung 2023
- Dechargen-Einteilung
- Wahlen und Bestätigungswahlen
- Änderungen in der Statuten, Geschäftsordnung, Standesordnung
- Ärztteigene Datensammlung
- Ambulante Tarifrevision
- Informationen aus dem Zentralvorstand und Generalsekretariat
- Varia

Die Frist zur Einreichung von neuen Traktanden ist am **2. Mai 2024**.

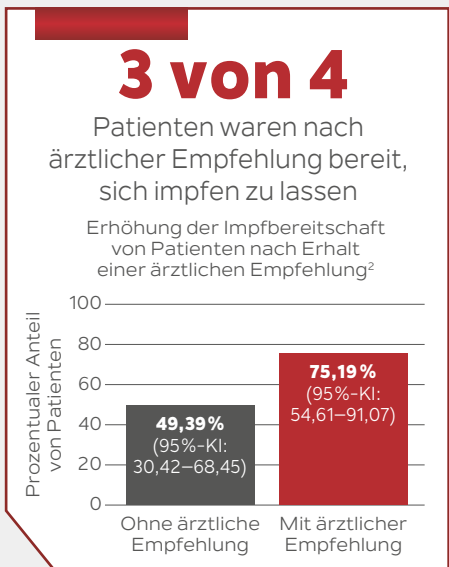
Bitte einreichen an Direktionssekretariat: **direction[at]fmh.ch**



# Eine aktuelle Übersichtsarbeit in allen WHO-Regionen unterstreicht die entscheidende Rolle von ärztlichen Empfehlungen zum Schutz vor Gürtelrose

Eine im Jahr 2023 veröffentlichte Übersichtsarbeit verdeutlicht nicht nur die entscheidende Rolle, die Ärzte beim Schutz von Patientinnen und Patienten spielen, sondern auch den positiven Einfluss, den ihre proaktive Empfehlung auf die Impfbereitschaft haben kann.<sup>2</sup>

Erwachsene ab 50 Jahren sind einem erhöhten Risiko ausgesetzt, an einer Gürtelrose und ihren potenziell schwerwiegenden Komplikationen wie der postherpetischen Neuralgie zu erkranken.<sup>1</sup> Obwohl in über 60 Ländern der Welt Impfstoffe gegen Gürtelrose erhältlich sind, könnte die Durchimpfungsrate durchaus verbessert werden.<sup>2</sup>



Diese Ergebnisse wurden erstmals publiziert in Wang Q, et al. JMIR Public Health Surveill. 2023; die Grafik wurde durch GSK auf Basis der Originaldaten unabhängig erstellt.

In einer aktuellen systematischen Übersichtsarbeit und Metaanalyse wurden die Bereitschaft zur Gürtelrose-Impfung in allen Regionen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) geschätzt und Faktoren ermittelt, die Einfluss auf die Entscheidungsfindung der Patientinnen und Patienten haben.<sup>2,\*</sup>

56% der Erwachsenen ab 50 Jahren waren bereit, sich gegen Gürtelrose impfen zu lassen. Zu den Hindernisse für eine Impfung gehörten Bedenken hinsichtlich der Wirksamkeit, der Sicherheit oder Kosten sowie die schlichte Tatsache, dass die Gürtelrose-Impfung nicht bekannt war.<sup>2</sup>

Laut der Übersichtsarbeit erhöht sich die Impfbereitschaft, wenn die Impfung ärztlich empfohlen wird. Nach entsprechender ärztlicher Empfehlung waren 75% der Personen bereit, sich gegen Gürtelrose impfen zu lassen, während die Bereitschaftsrate ohne ärztliche Empfehlung nur 49% betrug. Dies macht deutlich, welche wichtige Rolle die Ärzteschaft bei der Vorbeugung dieser Krankheit spielt und wie wichtig es ist, mit den Patientinnen und Patienten aktiv über die Vorbeugung zu sprechen und diese zu empfehlen, um die Durchimpfung gegen Gürtelrose zu erhöhen.<sup>2</sup>

**Weltweit ist jeder 2.**

Erwachsene ab 50 Jahren bereit, sich gegen Gürtelrose impfen zu lassen<sup>2</sup>

56,06% (95%-KI: 37,26–74,02)

Daten von Wang Q, et al. 2023.

## Schützen Sie Ihre Patientinnen und Patienten ab 50 Jahren vor Gürtelrose<sup>3†</sup> – jetzt ist der richtige Zeitpunkt, um über Gürtelroseprävention zu sprechen.

† SHINGRIX/Immunisierung schützt nicht 100% der geimpften Personen.

\* Globale systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse zur Impfbereitschaft gegen Gürtelrose in allen Regionen der WHO. Es wurden insgesamt 13 Artikel bis zum 20. Juni 2022 berücksichtigt, die 14'066 Personen aus 8 Ländern (Australien, Kanada, China, Frankreich, Südkorea, Vereinigte Arabische Emirate, Vereinigtes Königreich und USA) in 4 WHO-Regionen (Östliche Mittelmeerregion, Europäische Region, Region Amerika und Westpazifische Region) umfassten. Die Impfbereitschaftsrate und die damit verbundenen Faktoren, darunter soziodemographische Faktoren sowie individuelle Überzeugungen, wurden auf Grundlage von Konstrukten des Health-Belief-Modells nach geographischem Kontext zusammengefasst. Die gepoolte Bereitschaftsrate wurde mit Hilfe einer doppelten Arkussinus-Transformation mit 2 Variablen berechnet: der Anzahl der befragten Personen und der Anzahl der Personen, die bereit waren, sich gegen Gürtelrose impfen zu lassen.<sup>2</sup>

**Shingrix** (Herpes-Zoster-Impfstoff, rekombinant, adjuvantiert). **W:** Varicella-Zoster-Virus-Glykoprotein E (gE-Antigen). **I:** Prävention von Herpes Zoster (HZ) bei Erwachsenen im Alter von 50 Jahren und älter und bei Erwachsenen im Alter von 18 Jahren und älter mit erhöhtem HZ-Risiko. **D:** Übliche Dosierung: Grundimmunisierung: Zwei Dosen (je 0,5 ml), Abstand mind.

2 Monate. Spezifische Dosierung: siehe Fachinformation. Intramuskulär in den *M. deltoides*. Zur Notwendigkeit von Auffrischungen liegen keine Daten vor. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber einem der Inhaltsstoffe. **W/V:** Shingrix kann möglicherweise nicht bei allen Geimpften eine schützende Immunantwort erzielen. **IA:** Shingrix kann gleichzeitig mit einem nicht-adjuvantierten, saisonalen Grippeimpfstoff, PPV23 Impfstoff, PCV13 Impfstoff oder dTpa Impfstoff verabreicht werden. Die Impfstoffe stets an unterschiedlichen Stellen injizieren. **S/S:** Keine klinischen Daten zur Anwendung in Schwangerschaft und Stillzeit vorhanden. **UW:** *Sehr häufig:* Kopfschmerzen, gastro-intestinale Beschwerden (einschliesslich Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und/oder Bauchschmerzen), Myalgie, Reaktionen an der Injektionsstelle (Schmerzen, Rötung, Schwellung), Müdigkeit, Schüttelfrost, Fieber. *Häufig:* Pruritus an der Injektionsstelle, Unwohlsein. *Gelegentlich:* Lymphadenopathie, Schwindel, Arthralgie. *Post-Marketing-Erfahrung:* *Selten:* Überempfindlichkeitsreaktionen. *Sehr selten:* Guillain-Barré-Syndrom. *Unbekannt:* schwerwiegende Hauttoxizität. **Lag:** Im Kühlschrank (2-8°C). **P:** Durchstechflasche mit Pulver und Durchstechflasche mit Suspension, x1. **AK:** B. **Stand der Information:** März 2023. GlaxoSmithKline AG, 3053 Münchenbuchsee. Ausführliche Angaben finden Sie unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

melden Sie bitte unter [pv.swiss@gsk.com](mailto:pv.swiss@gsk.com). Fachpersonen können die genannten Referenzen bei GlaxoSmithKline AG anfordern.

- ▼ Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Für weitere Informationen, siehe Fachinformation Shingrix auf [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).
- Referenzen:** 1. Harpaz R et al; Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of herpes zoster: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recomm Rep. 2008;57(RR-5):1–30. 2. Wang Q, et al. Willingness to vaccinate against herpes zoster and its associated factors across WHO regions: Global systematic review and meta-analysis. JMIR Public Health Surveill. 2023;9:e43893. 3. Shingrix Fachinformation. [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch), zugegriffen im Nov. 2023. 4. Strezova A, et al. Long-term Protection Against Herpes Zoster by the Adjuvanted Recombinant Zoster Vaccine: Interim Efficacy, Immunogenicity, and Safety Results up to 10 Years After Initial Vaccination. Open Forum Infectious Diseases, Volume 9, Issue 10, October 2022, ofac485, <https://doi.org/10.1093/ofid/ofac485>.

Dieser Beitrag wurde ermöglicht durch eine finanzielle Unterstützung der GlaxoSmithKline AG.

Interessiert, mehr zu den 10-Jahres-Daten<sup>4</sup> von SHINGRIX zu erfahren?



Schauen Sie sich dieses Video mit der Expertenmeinung von Prof. Cunningham (Australien) an.



Möchten Sie über den Lieferstatus der GSK Impfstoffe Bescheid wissen? Abonnieren Sie den Newsletter.

## GÜRTELROSE MUSS NICHT SEIN – WORAUF WARTEN SIE?





(ZOSTER VACCINE RECOMBINANT, ADJUVANTED)

Symbolbild

GlaxoSmithKline AG, Talstrasse 3, CH-3053 Münchenbuchsee, Tel. +41 (0)31 862 21 11, Fax +41 (0)31 862 22 00, [www.glaxosmithkline.ch](http://www.glaxosmithkline.ch)  
Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. ©2023 GSK group of companies or its licensor.



# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Dieter Haldimann* (1941), † 5.1.2024, Facharzt für Ophthalmologie, 3655 Sigriswil  
*Hans-Ulrich Oeri* (1932), † 27.3.2024, Facharzt für Chirurgie, 3015 Bern

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### TG

*Nevelina Ivanova Schoene*, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Weinstrasse 5, 8500 Frauenfeld

### VD

*Cécilia Denise Wenker Dabiri*, Spécialiste en médecine interne générale, Membre FMH, Avenue de Rumine 13, 1005 Lausanne

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

*Ramtin Lichtenberger*, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Praxis Dr. P. Schorno und R. Lichtenberger, Kramgasse 82, 3011 Bern

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:

*Ionela Luchian*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Praxis Gruppe Ebikon, Zentralstrasse 34, 6030 Ebikon

*Manuela März*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

*Alina Loredana Zamfir*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Docstation Gesundheitszentrum, Mooshüsli-strasse 6, 6032 Emmen

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

Anzeige



## BUCH-SHOP

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Wir freuen uns  
auf Ihren Besuch!



## Lesen, was lesenswert ist!

- Umfangreiche Auswahl an Fachbüchern
- Spannende Kriminalromane
- Kinderbücher, Comics ... und mehr!



shop.emh.ch

Powered by:  
**EMHMedia**  
 SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
 EDITIONS MEDICALES SUISSES

# SWISS MEDICAL FORUM

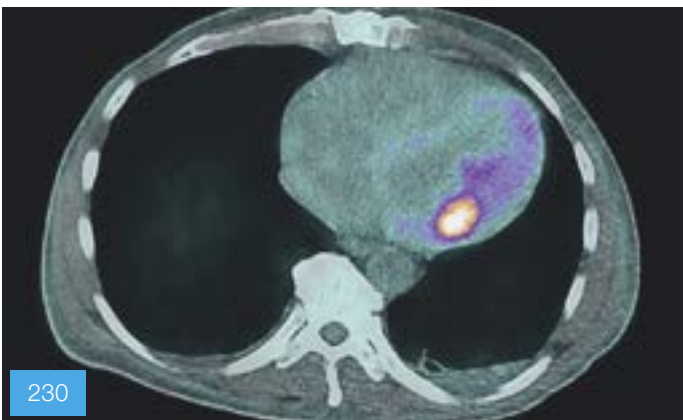
Seit 2001 veröffentlicht das SMF praxisorientierte Beiträge aus dem gesamten Spektrum der Medizin. Es ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Das SMF ist Mitglied von COPE und erfüllt die Kriterien des SIWF an ein Journal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



## Tückische Thoraxschmerzen

**Der verkannte Notfall** Eine 75-jährige Patientin stellte sich wegen seit mehr als sechs Stunden intermittierend auftretender flächiger Brustschmerzen ohne Ausstrahlung und Dyspnoe auf der Notfallstation vor. Der systolische Blutdruck war erhöht, es bestanden vesikuläre Atemgeräusche und reine, regelmässige Herztöne. Das bei Eintritt geschriebene 12-Kanal-Elektrokardiogramm ergab einen normofrequenten Sinusrhythmus ohne Hinweise auf neu aufgetretene Re- oder Depolarisationsstörungen.

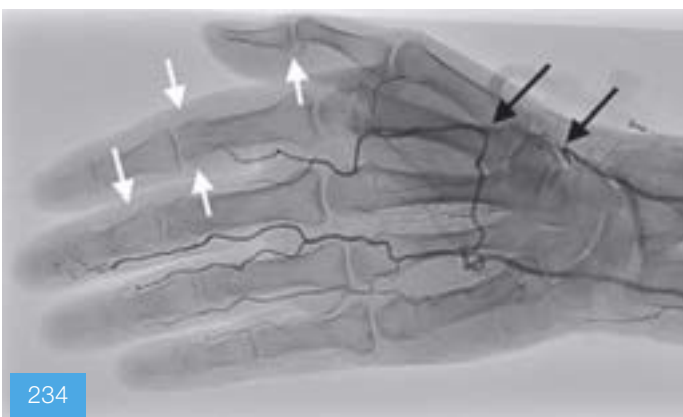
Katarína Zoričáková, Robert von Wattenwyl et al.



## Eine seltene Krankheit mit Komplikationen

**Kratzer mit Folgen** Ein über 60-jähriger Patient mit bekannter koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1 und Status nach biologischem Aortenklappenersatz wurde aufgrund progredienter Beinödeme ins Spital zugewiesen. Er berichtete über eine Gewichtszunahme und vermehrte Müdigkeit. Beruflich bestehe eine Tierexposition.

Florian Köhn, Linda Berney-Meyer et al.



## Blaue Finger aus heiterem Himmel

**Aneurysma vera** Die Zuweisung der 54-jährigen Patientin erfolgte zur angiologischen Beurteilung bei Verdacht auf Perfusionsstörung des Daumens und des Zeigefingers rechts. Anamnestisch wurde von einer lividen Verfärbung der beiden Finger berichtet, wobei die Schmerzen in der Nacht jeweils am stärksten gewesen seien.

Argyro Boutali, Urs Mantel

## Journal Club

# Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

## Epstein-Barr-Virus

### Reaktivierung bei kritisch Kranken

Das Epstein-Barr-Virus (EBV) hat eine hohe Seroprävalenz in der Bevölkerung – im Unterschied zu anderen Herpesviren (Zytomegalievirus!) ist die Inzidenz einer Reaktivierung bei Immunkompetenten mit schwerer Krankheit bisher wenig untersucht. Gemäss dieser prospektiven Multizenterstudie kommt es bei rund der Hälfte der kritisch Kranken auf einer Intensivstation zu einer EBV-Reaktivierung (70/129, 54%). Eine Reaktivierung geht mit höherer Morbidität einher: längere Beatmungszeit, septischer Schock und Notwendigkeit einer Hämofiltration. Die Unterschiede in der Mortalität waren statistisch nicht signifikant. Ein kausaler Zusammenhang zum Outcome lässt sich nicht herstellen: Eine EBV-Reaktivierung scheint vor allem ein Surrogatmarker für einen schweren Krankheitsverlauf zu sein.

Intensive Care Med. 2024,  
doi.org/10.1007/s00134-024-07345-3.  
Verfasst am 17.3.24\_HU

## Zentralvenenkatheter

### Rate schwerwiegender Komplikationen

Etwa 3% der Patientinnen und Patienten mit einem Zentralvenenkatheter (ZVK) entwickeln eine oder mehrere schwere Komplikationen. Zu diesem Schluss kommt eine systematische Übersicht aus 130 Studien, publiziert zwischen 2015–2023 mit einem Datensatz aus insgesamt 214 325 ZVKs (Jugularis >> Subclavia >> Femoralis). Die drei häufigsten Komplikationen bei der Kathetereinlage waren: inkorrekte Platzierung (20/1000 Katheter), arterielle Punktion (16/1000) und Pneumothorax (4/1000); deutlich tiefer war die Rate mit einer konsequent ultraschallgesteuerten Einlage – sie sollte heute eigentlich Standard sein. Im weiteren Verlauf über die folgenden drei Tage kamen Malfunktion (5,5/1000 Kathetertage), Infekt (4,8/1000) und katheterassoziierte Thrombose (2,7/1000) hinzu.

JAMA Intern Med. 2024,  
doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.8232.  
Verfasst am 18.3.24\_HU

## Vintage Corner

### Pemberton's sign: retrosternale Struma

Das Pemberton-Zeichen wurde von H.S. Pemberton (1891–1956) in einem Elfzeiler im Lancet beschrieben. Es wird mit ausgestreckten Armen durchgeführt – über Kopf, das heisst beidseits berühren die Arme die Ohren. Es ist positiv, wenn sich über 1–3 Minuten faziale Stauung, Zyanose, Unbehagen entwickeln, und suggeriert eine grosse retrosternale Struma, die eine transiente obere Einflusstauung provoziert. Pathophysiologisch verschliesst die Struma als Korke die obere Thoraxapertur. Alternativ wurde postuliert, dass die Schlüsselbeine bei der Armelevation die venösen Strukturen wie ein Nussknacker komprimieren. Sympathisch ist die bescheidene Tonalität des Erstbeschreibers: «doubtless the sign has been described before and even bears a name, but I am unaware of it».

Lancet. 1946, doi.org/10.1016/S0140-6736(46)91790-4.  
Verfasst am 23.3.24\_HU

## CME

### Subakute Thyreoiditis

- Die subakute Thyreoiditis (sT) stellt den Prototyp einer destruktiven Thyreoiditis dar. Synonym verwendet werden auch «subakute granulomatöse Thyreoiditis» oder «Thyreoiditis de Quervain».
- Die pathophysiologischen Mechanismen sind nicht vollständig bekannt – es scheint sich um einen postviralen inflammatorischen Prozess zu handeln, ausgelöst etwa durch Coxsackieviren, Mumps, SARS-CoV-2.
- Klinisch präsentiert sich die sT mit den Symptomen eines vorausgehenden viralen Atemwegsinfekts, Schwellung und Schmerzen über der Schilddrüse mit Ausstrahlung in den Kiefer oder die Ohren, dazu der Klinik

einer Thyreotoxikose mit Sinustachykardie und Fieber (gut 30% der Fälle). Bei der Untersuchung findet sich eine verhärtete, schmerzhafte Schilddrüse.

- Im Labor zeigen sich erhöhte Entzündungszeichen (C-reaktives Protein, Blutsenkungsreaktion >50 mm/h, Leukozytose), im Schilddrüsenpanel ein erniedrigtes Thyreoidea-stimulierendes Hormon (TSH). Der Quotient der freien Schilddrüsenhormone [T3 (ng/dl) / T4 (µg/dl)] kann diagnostisch hilfreich sein. Ein Wert <20 weist auf eine destruktive Thyreoiditis hin, Werte >20 finden sich bei Morbus Basedow oder toxischem Adenom.
- Die Differenzierung der Thyreotoxikose erfolgt mit der Schilddrüsenzintigraphie: bei sT zeigt sich eine weitgehend fehlende Radioiodaufnahme.

- Die Behandlung erfolgt primär mit nicht-steroidalen Antirheumatika, Glukokortikotide kommen bei fehlender Antwort oder schwerer Symptomatik zum Einsatz. Eine Betablockade kann zur Verminderung thyreotoxischer Symptome und zur Verhinderung atrialer Arrhythmien sinnvoll sein.
- Durch die Leckage von Schilddrüsenhormonen aus destruierten Follikeln stellt sich eine transiente Hyperthyreose während 2–8 Wochen ein, nach Ausbrennen eine euthyreote Phase, variabel gefolgt von einer hypothyreoten Stoffwechsellage. Zu einer vollständigen Erholung kommt es bei >85% der Erkrankten.

N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMcp2312724.  
Verfasst am 23.3.24\_HU

## Interleukin-23

## Immunsuppression durch Autoantikörper

Zytokine sind kleine Eiweissmoleküle, die wesentlich an der Regulation der immunologischen Antwort beteiligt sind. Autoantikörper (AAK) gegen Zytokine unterdrücken die Zytokin-assoziierte regulative Funktion, sodass Infektionen einen schweren Verlauf nehmen. Dies ist beispielsweise der Fall bei AAK gegen Interferon- $\gamma$ , die bei Infektionen mit Mykobakterien den Verlauf verschlechtern, oder bei AAK gegen Interleukin-(IL-)17 bei der chronischen mukokutanen Candidiasis. Des Weiteren führen AAK gegen IL-6 zu gefährlichen Staphylokokken-Infektionen und AAK gegen Typ-1-Interferone zu einem schweren Verlauf bei COVID-19.

Eine internationale Forschergruppe berichtet nun von der zentralen Bedeutung von AAK gegen IL-23, in deren Folge ungewöhnliche und opportunistischen Infektionen mit Bakterien, Mykobakterien und Pilzen auftreten. Die Entdeckung machten sie bei Thymom-Patientinnen und -Patienten, bei denen die Produktion von AAK gegen IL-23 am häufigsten vorkommt. Bei jeder vierten Person mit einem Thymom lassen sich AAK gegen IL-23 nachweisen. Die AAK schwächen oder neutralisieren IL-23, wodurch die Aktivierung von Interferon- $\gamma$ , IL-17 und -22 sowie Granulozyten-Makrophagen-Wachstumsfaktor abgeschwächt wird oder ausbleibt. Die Folge dieses Stimulationsverlusts betrifft CD4-T-Zellen, lymphatische Killerzellen und Mukosa-assoziierte T-Zellen. Das daraus entstehende Infektionsmuster besteht aus Infektionen mit zahlreichen gramnegativen Bakterien (*Pseudomonas*, *Klebsiella*, *Burkholderia*), Nocardien, Mykobakterien und verschiedenen Pilzen (*Candida*, *Pneumocystis*). Es wurde gezeigt, dass der Neutralisationsgrad dieser AAK parallel mit dem Schweregrad der Erkrankung einhergeht: Bei Patientinnen und Patienten mit chronisch-disseminierten Infektionen oder ungewöhnlichen chronischen intrakraniellen Infektionen lag eine vollständige Blockade der IL-23-Stimulation vor, während bei solchen mit lokalisierten opportunistischen Infektionen nur eine partielle Neutralisierung nachweisbar war. Man darf daraus schliessen, dass IL-23 eine bedeutende Funktion in der Abwehr gegen intra- und extrazelluläre Pathogene hat.

Mit dieser Arbeit wurde auch klargestellt, dass AAK gegen IL-12, die bei Thymom-Erkrankten ebenfalls häufig vorkommen, für die Immunsuppression nicht von Bedeutung sind.

N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2210665.  
Verfasst am 26.3.24\_MK

## Kolonkarzinom-Screening



Koloskopie: frühes kolorektales Karzinom / High-Grade-Dysplasie (Auszug Fig. 1 [3]).

© 2022 by Gong EJ, et al. Licensee MDPI, Basel, Switzerland; CC BY.

## Künftig im Blut statt im Stuhl?

Die Frühentdeckung von kolorektalen Karzinomen ist entscheidend für die Prognose dieser häufigen Krebserkrankung: Das 5-Jahres-Überleben bei lokaler Erkrankung beträgt >90%, beim Vorliegen von Metastasen <15%. Das beste Screening bietet heute die Koloskopie, bei der auch präkanzeröse Läsionen erfasst und entfernt werden können (Abbildung). Dem hohen Aufwand dieser Screenings stehen die einfachen Stuhl-Screeningtests gegenüber, die ohne Vorbereitung und regelmässig (z.B. 1–2-jährlich) durchgeführt werden können. Der weitem empfohlene Test dazu ist der «fecal immunochemical test» (FIT), mit dem okkultes Blut im Stuhl entdeckt wird, das als Marker für das Vorliegen einer malignen Läsion gilt. Der fäkale Blutnachweis als Screening bei asymptomatischen Personen reduziert sowohl die Häufigkeit als auch die Todesfälle des kolorektalen Karzinoms.

Die Prüfung von zwei neuen Screeningtests [1, 2] ist in derselben Ausgabe des New England Journal of Medicine veröffentlicht worden:

Der Multitarget-Stuhl-DNS-Test (MTSDT) weist verschiedene krebstypische DNS-Mutationen in Karzinomzellen nach, die im Stuhl ausgeschieden werden [1]. Gleichzeitig wird in diesem Test okkultes Blut im Stuhl detektiert. Der MTSDT wurde bei 20 176 >40-jährigen Personen getestet und mit dem FIT verglichen. Die MTSDT-Sensitivität für Karzinome lag bei 94%, für präkanzeröse Läsionen bei 43%. Der FIT im Vergleich zeigte mit 67% und 23% signifikant tiefere Sensitivitäten. Die Spezifität des MTSDT betrug 93%, die des FIT 96%. Dies bedeutet, dass mit MTSDT mehr Karzinome und Präkanzerosen als mit FIT entdeckt werden, allerdings auf Kosten einer relevanten Anzahl unnötiger Koloskopien.

Beim DNS-Blut-Test (DBT) dagegen wird nach krebstypischen genomischen Veränderungen und aberrierenden Methylierungen gesucht, die in DNS-Fragmenten aus dem kolorektalen Karzinom ins Blut gelangen [2]. Der DBT wurde bei 7861 >45-jährigen Personen getestet. Die Sensitivität bei Karzinomen betrug 83%, bei präkanzerösen Adenomen 13%. Die Spezifität lag bei 90%.

Screeningtests sollen breit einsetzbar, leicht zugänglich und mit wenig Aufwand durchführbar sowie bezahlbar sein. Für das kolorektale Krebs-Screening hat eine Blutentnahme bei Patientinnen und Patienten vermutlich eine höhere Akzeptanz als ein Fäkaltest, da das Testblut leicht zusammen mit dem Blut für Routine-Laborbestimmungen abgenommen werden kann. Der DBT scheint mit seiner hohen Sensitivität und Spezifität dafür in Zukunft ein ausgezeichneter Kandidat zu sein.

1 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2310336.

2 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2304714.

3 J Pers Med. 2022, doi.org/10.3390/jpm12060963.

Verfasst am 29.3.24\_MK

## Der verkannte Notfall

## Tückische Thoraxschmerzen

Katarína Zoričáková<sup>a</sup>, dipl. Ärztin; Dr. med. Robert von Wattenwyl<sup>b</sup>; Prof. Dr. med. Justus Roos<sup>c</sup>; Prof. Dr. med. Michael Christ<sup>d</sup>Luzerner Kantonsspital, Luzern: <sup>a</sup> Innere Medizin; <sup>b</sup> Herzzentrum (Herzchirurgie); <sup>c</sup> Radiologie; <sup>d</sup> Notfallzentrum

## Fallbeschreibung

Eine 75-jährige Patientin stellte sich wegen seit mehr als sechs Stunden intermittierend auftretender flächiger Brustschmerzen ohne Ausstrahlung und Dyspnoe auf dem Notfall vor. In der klinischen Untersuchung zeigte sich die Patientin afebril, ohne Erkältungssymptome, wach, orientiert und eupnoisch, mit guten peripheren Sättigungswerten unter Raumluft. Der systolische Blutdruck war mit 183/100 mm Hg erhöht, es bestanden vesikuläre Atemgeräusche und reine, regelmässige Herztöne. Die Haut war normal warm, Halsvenen und Peripherie zeigten keine Stauungszeichen. Das bei Eintritt geschriebene 12-Kanal-Elektrokardiogramm (EKG) ergab einen normofrequenten Sinusrhythmus ohne Hinweise auf neu aufgetretene Re- oder Depolarisationsstörungen (Abb. 1).

Laborchemisch war das Troponin T («high sensitivity» [hs]) mit 11 ng/l (Norm <14 ng/l) nicht erhöht, die D-Dimere waren negativ, die Entzündungswerte zeigten sich ebenso unauffällig. Nach Applikation eines Nitroglycerin-Pflasters und Gabe von 10 mg Amlodipin besserten sich die Beschwerden rasch, die Blutdruckwerte normalisierten sich.

## Frage 1

Welche Diagnose würden Sie bei der vorliegenden Symptomatik und Befundkonstellation vermuten?

- Perikarditis/Myokarditis
- Akuter Herzinfarkt
- Hypertensive Gefahrensituation / Notfall
- Lungenembolie
- Aortendissektion

Jede der aufgeführten Erkrankungen kann mit thorakalen Beschwerden und/oder Dyspnoe vergesellschaftet sein. Myokarditis oder Perikarditis sind entzündliche Erkrankungen des Myokards respektive des Herzbeutels, meist als Folge einer viralen oder bakteriellen Infektion. Myokarditis und Perikarditis sind häufig mit einer Verschlechterung des Allgemeinzustands und Fieber assoziiert, ebenso können elektrokardiographische respektive laborchemische Pathologien auftreten. Bei der Patientin waren keine derartigen Befunde darstellbar. Ein akuter Herzinfarkt ist auch bei normalem EKG möglich, aber bei Beschwerden nach sechs Stunden und bei einem «high sensitive» Troponin T unterhalb des Cut-offs (von 14 ng/l) ist diese Differentialdiagnose ebenso unwahrscheinlich. Thoraxschmerzen und Dyspnoe sind Leitsymptome einer akuten

Lungenembolie, eine niedrige Vortestwahrscheinlichkeit (vereinfachter Wells Score bei der Patientin: 1 Punkt) und ein D-Dimer im Normbereich machen eine Lungenembolie aber eher unwahrscheinlich.

Die Aortendissektion stellt eine mögliche Differentialdiagnose dar, bei jedoch negativem D-Dimer und Verschwinden der Beschwerden nach Einnahme von 10 mg Amlodipin und Nitroglycerin-Pflaster wurde die Diagnose als nicht wahrscheinlich erachtet. Wobei zu beachten ist, dass bei negativen D-Dimeren (Cut-off <500 mg/l) eine Aortendissektion nicht komplett ausgeschlossen werden kann. Dies zeigte auch eine retrospektive Studie des Universitätsspitals Basel. In dieser Arbeit wurden 25 Patientinnen und Patienten mit bestätigter Aortendissektion aufgelistet, bei 22 von ihnen war der D-Dimer-Wert positiv, bei

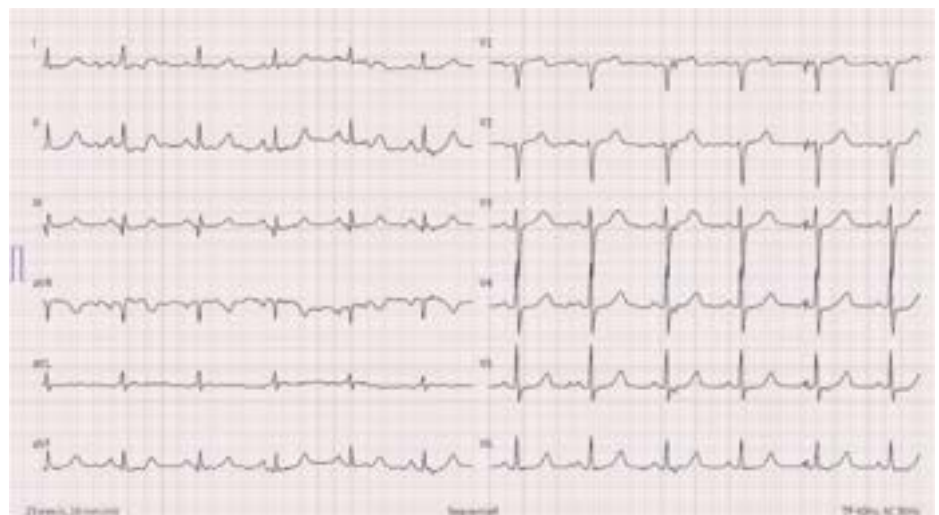
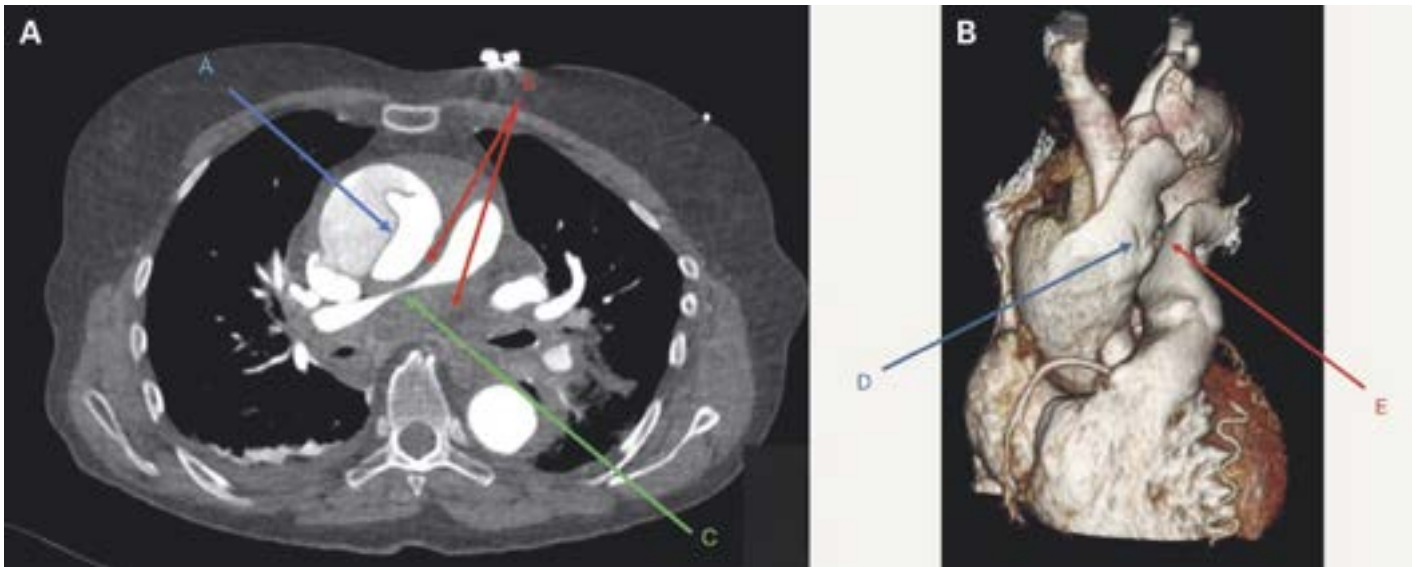


Abbildung 1: Elektrokardiogramm. Fehlende Hinweise für ausgeprägte Re- oder Depolarisationsstörungen.



**Abbildung 2:** Computertomographisches Angiogramm (Angio-CT); Axiale Ebene (A) und 3-D-Rekonstruktion der Aorta (B). Im Axialschnitt (A) Aorta ascendens mit Dissektionsmembran [A], ausgedehntem mediastinalen Hämatom [B] und Kompression der rechten Pulmonalarterie [C]. Auch in der dreidimensionalen Rekonstruktion (B) fallen die erweiterte und dissezierte Aorta ascendens [D] sowie eine angedeutete Einengung der Arteria pulmonalis dextra [E] auf.

den restlichen 3 Personen zeigte sich jedoch ein falsch negativer Wert [1].

Im Jahr 2021 erschien im Swiss Medical Forum ein Artikel zum Thema «Die hypertensive Krise» [2]. Die hypertensive Krise wird unterteilt in die hypertensive Gefahrensituation ohne akute Organmanifestation und in den hypertensiven Notfall mit einem akuten Endorganschaden [2, 3]. Das betreuende Team stellte im vorliegenden Fall die Diagnose einer hypertensiven Gefahrensituation, da zum Zeitpunkt der Vorstellung keine eindeutigen Hinweise für einen Endorganschaden bestanden. Nach Besserung der Beschwerden und unauffälliger Überwachung auf dem Notfall wurde die Patientin nach Hause entlassen.

Wegen erneuter Beschwerden am Folgetag stellte sich die Patientin hausärztlich vor. Bei erneut negativen Befunden erfolgte zunächst keine Spitalweisung. Im weiteren Tagesverlauf verstärkten sich die Brustschmerzen. Kurz nach zusätzlich aufgetretener akuter Atemnot kam es zu einem beobachteten Herz-Kreislauf-Stillstand mit sofortiger Laienreanimation, die 11 Minuten nach diesem Ereignis durch den Rettungsdienst fortgesetzt wurde. Der initiale Rhythmus war im Rettungsprotokoll nicht beschrieben (a.e. ein nicht defibrillierbarer Rhythmus). Nach der sequentiellen Gabe von Adrenalin kam es nach etwa 21 Minuten zum Spontankreislauf. Beim Eintreffen auf dem Notfall präsentierte sich eine intubierte und sedierte Patientin mit beidseits belüfteten Lungenflügeln, regelmässigen Herztönen und ohne periphere Stauungszeichen. Die Point-of-Care-Ultraschalluntersuchung (POCUS) zeigte einen Perikarderguss, sodass umgehend

eine thorako-abdominelle Computertomographie (CT) durchgeführt wurde (Abb. 2).

#### Frage 2

Welche der Diagnosen trifft anhand der im Computertomogramm ersichtlichen Pathologien am besten zu?

- Pulmonaldissektion
- Spannungspneumothorax
- Lungenembolie
- Grosser Perikarderguss
- Aortendissektion Stanford Typ A

Im axialen computertomographischen Angiogramm (Abb. 2A) sind eine Dissektionsmembran der Aorta ascendens (A) sowie ein ausgedehntes mediastinales Hämatom (B) mit Kompression der rechten Pulmonalarterie (C) sichtbar. Die Kompression der Pulmonalarterie wird in der 3-D-Rekonstruktion der Aorta (Abb. 2B) verdeutlicht. Eine begleitender Perikarderguss wurde im POCUS ebenso nachweisbar, während eine Lungenembolie sowie ein Spannungspneumothorax ausgeschlossen werden konnten.

#### Frage 3

Welche der unten genannten möglichen Ursachen für einen Herz-Kreislauf-Stillstand ist in unserem Fall am wenigsten zu erwarten?

- Hypovolämie
- Hypoxämie
- Herzbeutelamponade
- Herzinfarkt
- Zentrale Lungenembolie

Im Rahmen einer Aortendissektion Stanford Typ A mit begleitender Ruptur der Aorta kann

es zur massiven Blutung und zu einem hypovolämischen Schock kommen, der konsekutiv zur Minderperfusion führt. Eine daraus resultierende Folge ist die Hypoxämie des Gewebes. Eine Herzbeutelamponade wäre als mögliche Ursache des Kreislaufstillstands zu erwarten. Ein Herzinfarkt aufgrund der Aortendissektion, entweder durch Kompression der Koronararterien oder durch retrograde Dissektion der Koronarien, wäre aber bei einer Aortendissektion gut denkbar. Am wenigsten wahrscheinlich ist eine fulminante zentrale Lungenembolie.

Es erfolgten ausführliche Gespräche mit den Angehörigen, da bei einer Aortendissektion Typ A eine Indikation für eine notfallmässige Operation vorlag. Im interdisziplinären Austausch sowie in Anbetracht des mutmasslichen Willens der Patientin wurde initial eine Aufnahme auf die Intensivstation vorgenommen, und bei schneller Stabilisierung der Kreislaufsituation und guter neurologischer Erholung auf der Intensivstation wurde in der Folge die Operation der Aortendissektion Stanford A am Tag der Einweisung durchgeführt. Intraoperativ zeigte sich eine aneurysmatisch erweiterte Aorta ascendens mit ausgedehnter Dissektionsmembran, die in den Aortenbogen und die supraaortalen Kopfgefässe reichte. Zusätzlich fiel eine gedeckte Ruptur mit Aneurysma spurium im Bereich der kleinen Krümmung in Richtung des Truncus und der rechten Arteria pulmonalis auf. Es wurden der Ersatz der Aorta ascendens und des Hemibogens sowie die Wurzelrekonstruktion vorgenommen. Die Aortenklappe wurde resuspendiert.

Im postoperativ angefertigten zerebralen Magnetresonanztomogramm (MRT) zeigten

## Was ist Ihre Diagnose?

sich neu aufgetretene bilaterale kleine Kleinhirninfarkte. Die klinische Präsentation der neurologischen Symptome wurde als enzephalopathisch, multifaktoriell bedingt beschrieben. Die Patientin erholte sich im weiteren Verlauf. In der postoperativen Echokardiographie zeigte sich eine normale Auswurfraction (Ejektionsfraktion [EF] 65%) ohne Wandbewegungsstörungen, höhergradige Klappenvitien oder Perikarderguss. Nach einer 14-tägigen Hospitalisation wurde die Patientin in eine neurologische Rehabilitationsklinik verlegt. In der neurologischen Rehabilitation erfolgte initial ein prolongiertes pulmonales «Weaning» bei Critical-Illness-Polyneuropathie. Im Verlauf standen die neurologischen Probleme im Sinne von links- und beinbetonter Tetraparese, Dysphagie, Hypophonie und breitspektralen kognitiven Defiziten (Gedächtnis, Konzentration, Exekutivfunktionen, visuell-räumliche Funktionen, Orientierung) im Vordergrund.

## Diskussion

Die akute Aortendissektion stellt eine lebensbedrohliche Notfallsituation dar, die eine hohe prä- sowie innerklinische Mortalität aufweist. Bei der Aortendissektion entsteht ein Intima-Einriss mit nachfolgender Einblutung in die Media, wodurch die Ausbildung eines falschen Lumens entsteht. Die Häufigkeit einer akuten Aortendissektion liegt bei etwa 3/100 000 pro Jahr. Das prädisponierende Alter liegt bei über 50 Jahren. Nach Alter der Entstehung unterscheiden wir eine akute (<14 Tage), eine subakute (15–90 Tage) und eine chronische Aortendissektion (>90 Tage). Hinsichtlich der Lokalisation gibt es hauptsächlich zwei mögliche Klassifikationen, zum einen die Klassifikation nach DeBakey (seltener verwendet), zum anderen die nach Stanford. Bei der Stanford-Typ-A-Dissektion ist die Aorta ascendens (unabhängig von Beginn und Ausdehnung) betroffen, bei der Typ-B-Dissektion die Aorta descendens [4, 5].

Die akute Stanford-Typ-A-Dissektion ist trotz rascher Versorgung auch heute noch ein lebensbedrohlicher Notfall, bei dem der Zeitfaktor eine entscheidende Rolle spielt. Die Versorgung der akuten Typ-A-Dissektion erfolgt primär chirurgisch, wobei bei der Typ-B-Dissektion ein primär konservatives Vorgehen im Vordergrund steht.

## Frage 4

Wie hoch schätzen Sie die 30-Tage-Mortalität nach einer chirurgischen Versorgung einer Stanford-Typ-A-Dissektion?

- 70%
- 50%
- 17%
- 10%
- 5%

Gemäss einer Übersichtsarbeit der Gruppe des «International Registry of Acute Aortic Dissection» (IRAD) «versterben etwa 58% von medizinisch Behandelten mit der Aorten-Stanford-Typ-A-Dissektion», bezogen auf die Gesamtmortalität aller Patientinnen und Patienten, die die Klinik erreicht hatten [6]. Die Komplexität und die Dringlichkeit der Stanford-Typ-A-Dissektion spiegeln sich in ihrem unmittelbaren komplikationsträchtigen Verlauf wider. So ist trotz moderner medizinischer Möglichkeiten die Sterblichkeit bei der akuten Typ-A-Aortendissektion relativ hoch. Gemäss GERAADA-Studie («German Registry for Acute Aortic Dissection Type A») lag die 30-Tage-Mortalität nach einer chirurgischen Versorgung bei 16,9%, wobei die Angabe der 30-Tage-Mortalität alle Todesfälle umfasste, die von der intraoperativen Phase bis zum 30. postoperativen Tag aufgetreten waren [6].

Weigang et al. stellten fest: «Die Patienten mit konservativ behandelter Typ-B-Aortendissektion haben eine 30-Tages-Letalität von etwa 10%, wohingegen für Patienten mit Komplikationen, die bisher einer offenen Operation Anlass boten, am zweiten Tag die Letalitätsrate

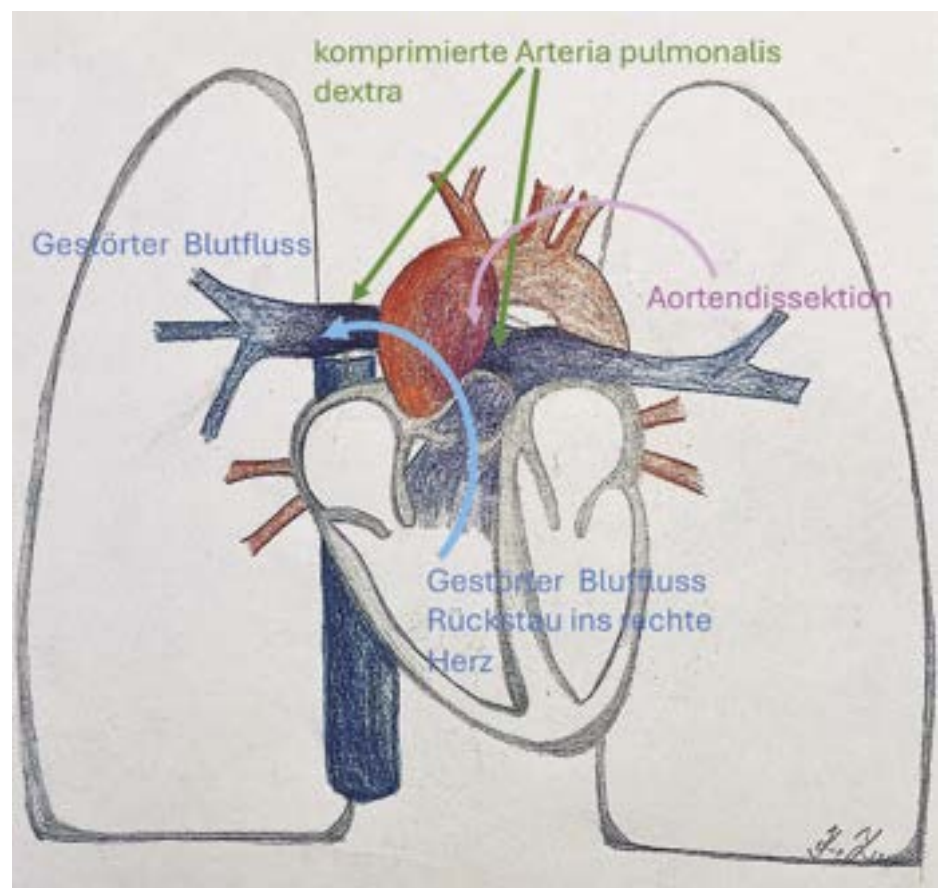
circa 20% beträgt und nach einem Monat circa 30%. Fortgeschrittenes Alter, Schock und Fehlpfusion prädisponieren für eine höhere frühe Sterblichkeit.» [7].

## Frage 5

Welche der angeführten Möglichkeiten würden Sie am wenigsten als Komplikation einer akuten Typ-A-Aortendissektion erwarten, die zu einer Frühsterblichkeit führt?

- Ruptur
- Hirninfrakt
- Perikardtamponade
- Viszerale Ischämie
- Komprimierung der Koronarien

Die Komplikationen wie gedeckte oder freie Rupturen der frisch dissezierten Aorta, kardi-ale Probleme durch die Komprimierung der Koronarien, vor allem im Bereich der ostialen Abgänge, die Perikardtamponade, aber auch konsekutive Perfusionsdefizite in der Peripherie, die zum Beispiel zu einer viszeralen Ischämie führen, können zur Frühsterblichkeit beitragen. Ein Hemisyndrom im Rahmen eines Hirninfarkts als Folge einer Minderdurchblutung gehört ebenso zu den Komplikationen,



**Abbildung 3:** Schematische Darstellung des Zusammenhangs zwischen Aortenaneurysma/-dissektion und Einengung der Arteria pulmonalis dextra. Die Kompression der Arteria pulmonalis dextra führte zum verminderten Fluss in der Pulmonalarterie, was einerseits die Thrombusbildung begünstigt, andererseits zum Rückstau des Blutes ins rechte Herz und zum konsekutiv resultierenden Rechtsherzversagen führt.



führt jedoch nicht zu einer erhöhten Frühsterblichkeit bei Aortendissektion.

Häufig ist die Typ-A-Dissektion von einem periaortalen Hämatom begleitet, das im Extremfall umliegende anatomische Strukturen verdrängen kann. So beschreiben Mukherjee et al. in ihrer Studie, dass bei rund einem Viertel der 971 erfassten Personen mit Typ-A-Dissektion ein periaortales Hämatom beobachtet werden konnte, wobei der schlechte klinische Outcome und die Mortalität dieser Patientinnen und Patienten signifikant höher waren als die der Vergleichsgruppe [8]. Die Kompression des pulmonalen Ausflusstrakts, wie in unserem Fall beschrieben, ist eine sehr seltene und aussergewöhnliche Situation, die überraschend war. Ihr seltenes Auftreten könnte an der hohen akuten Mortalität bei grossen Hämatomen der Betroffenen liegen, die oft rasch verbluten, sodass diese Pathologie nicht gefunden wird. Nach unserer Recherche sind nur einzelne Berichte zu finden, jedoch keine zusammenfassende Arbeit, die die Fälle einer Typ-A-Aortendissektion mit Pulmonaliskompression beschreiben würden.

In unserem Fall hatte ein Riss an der konkavseitigen Aorta ascendens eine akute Blutung bedingt, die wahrscheinlich aufgrund des Widerlagers der rechten Pulmonalarterie zur Formierung eines stabilen Hämatoms geführt hatte, was die akute Blutung vermutlich zum Sistieren brachte.

Bezüglich der Pathologie und der anatomischen Verhältnisse, wurde ein interessanter Autopsiefall bereits 1972 beschrieben. In dem Autopsiefall zeigten die Autoren überzeugend, wie anfällig durch die enge anatomische Beziehung von Aorta und Pulmonalarterie die rechte Pulmonalarterie für eine extrinsische Kompression bei Aortendissektion ist [9, 10] (Abb. 3).

In unserem Fall wurde die Patientin noch vor dem Eintritt in die Klinik reanimationspflichtig. Wahrscheinlich hatte die Kombination aus Perikarderguss und Kompression der rechten Pulmonalarterie mit akuter Rechtsherzbelastung zu einer hämodynamisch instabilen Situation geführt. Erstaunlicherweise vermochte das Hämatom auch während der mechanischen Reanimation den Aortenriss weiterhin zu decken. Die rasche Abklärung mittels CT-Thorax führte dann auch zur entscheidenden Diagnosestellung.

Menschen mit Aortendissektion können sich mit einer Vielzahl an typischen Beschwerden (Thoraxschmerzen, Rückenschmerzen) und atypischen Symptomen (Synkope, Kurzatmigkeit, Schlaganfall, Paraparese/Paraplegie, Bauchschmerzen, Beinschämie, Kreislaufstillstand) präsentieren, die die rechtzeitige Diagnosestellung erschweren können [11]. Gemäss der IRAD-Studie waren mit 84% starke

Schmerzen das häufigste Symptom, die Mehrheit der Betroffenen klagte über Brustschmerzen (72%). Ventrale Brustkorbschmerzen waren typisch bei Personen mit Typ-A-Dissektion, wobei diejenigen mit Typ-B-Dissektion häufiger Bauch-/Rückenschmerzen aufwiesen. Bei 12% der von einer Typ-A-Dissektion Betroffenen zeigte sich eine Synkope [11].

Komplizierend können ähnliche klinische Erscheinungsbilder von der korrekten Diagnose ablenken. So vermutet man hinter einer apparenten Rechtsherzbelastung eher eine Lungenembolie denn eine Komprimierung der rechten Lungenarterie im Rahmen einer Typ-A-Dissektion. In unserem Fall hatte die Reanimationspflichtigkeit eine Abklärungskaskade ausgelöst, die schlussendlich zu der entscheidenden Diagnose der Stanford-Typ-A-Dissektion geführt hatte.

#### Antworten

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

#### Korrespondenz

Katarína Zoričáková  
Innere Medizin  
Luzerner Kantonsspital  
Spitalstrasse  
CH-6000 Luzern 16  
katarina.zoricakova[at]luks.ch

#### Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

#### Conflict of Interest Statement

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

#### Literatur

- Wiegand J, Koller M, Bingisser R. Does a negative D-dimer test rule out aortic dissection? *Swiss Med Wkly.* 2007;137(31-32):462.
- Bopp A, Herren T, Matter H, Wyder D, Rudiger A. Die hypertensive Krise. *Swiss Medical Forum.* 2021;21(4142):702-11.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL Jr, et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension.* 2003;42(6):1206-52.
- Herold G, Hg. *Innere Medizin 2021.* Köln: Herold; 2021.
- AMBOSS GmbH [Internet]. Berlin: AMBOSS; c2024 [Abruf am 23.01.2023]. Aortendissektion. Verfügbar unter: <https://www.amboss.com/de/wissen/aortendissektion/>
- Conzelmann LO, Weigang E, Mehlhorn U, Abugameh A, Hoffmann I, Blettner M et al. Mortality in patients with acute aortic dissection type A: analysis of pre- and intraoperative risk factors from the German Registry for Acute Aortic Dissection Type A (GERAADA). *Eur J Cardiothorac Surg.* 2016;49(2):44-52.
- Weigang E, Nienaber CA, Rehders TC, Ince H, Vahl CF, Beyersdorf F. Management of patients with aortic dissection. *Dtsch Arztebl Int.* 2008;105(38):639-45.
- Mukherjee D, Evangelista A, Nienaber CA, Sechtem U, Suzuki T, Trimarchi S, et al. Implications of periaortic hematoma in patients with acute aortic dissection (from the International Registry of Acute Aortic Dissection). *Am J Cardiol.* 2005;96(12):1734-8.
- Buja LM, Ali N, Fletcher RD, Roberts WC. Stenosis of the right pulmonary artery: a complication of acute dissecting aneurysm of the ascending aorta. *Am Heart J.* 1972;83(1):89-92.
- Neri E, Toscano T, Civelli L, Capannini G, Tucci E, Sassi C. Acute dissecting aneurysm of the ascending thoracic aorta causing obstruction and thrombosis of the right pulmonary artery. *Tex Heart Inst J.* 2001;28(2):149-51.
- Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): new insights into an old disease. *JAMA.* 2000;283(7):897-903.



**Katarína Zoričáková, dipl. Ärztin**  
Innere Medizin, Luzerner Kantonsspital,  
Luzern

Kleiner Kratzer – grosse Folgen

# Eine seltene Krankheit mit Komplikationen

Florian Köhn<sup>a,c</sup>, dipl. Arzt; Dr. med. Linda Berney-Meyer<sup>b</sup>; Dr. med. Andrea Fisler<sup>b</sup>; PD Dr. med. Helmut Hopper<sup>d</sup>; Dr. med. Hans-Rudolf Rätz<sup>b</sup>; Dr. med. Andrée Friedl<sup>c</sup>; Dr. med. Lilly Meyer<sup>c</sup>Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Baden, Baden: <sup>a</sup> Allgemeine Innere Medizin, <sup>b</sup> Nephrologie, <sup>c</sup> Infektiologie; <sup>d</sup> Klinik für Pathologie, Universitätsspital Basel, Basel

## Hintergrund

Die infektiöse Endokarditis ist eine Erkrankung mit hoher Morbidität und einer 1-Jahres-Mortalität bis zu 30% trotz optimaler Therapie [1]. In 5–7% der Fälle kann auch nach sieben Tagen Inkubation kein Erreger in den Blutkulturen nachgewiesen werden, man spricht dann von einer Kultur-negativen Endokarditis [2].

Die häufigste Ursache für ein fehlendes Keimwachstum ist eine antibiotische Therapie vor Abnahme der Blutkulturen. Anspruchsvolle Erreger, wie beispielsweise die Bakterien der HACEK-Gruppe (*Haemophilus* spp., *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*) oder Pilze, können durch moderne mikrobiologische Methoden nach fünftägiger Inkubation von Blutkulturen in den meisten Fällen isoliert werden. Bei Verdacht auf Infektion mit *Cutibacterium acnes* (Risikofaktor u.a. künstliche Herzklappe) muss eine längere Bebrütung veranlasst werden [3, 4]. «Echte» Ursachen einer Kultur-negativen Endokarditis stellen Bakterien dar, die nicht routinemässig kultiviert werden können (z.B. intrazelluläre Erreger) oder spezielle Kulturmedien benötigen (z.B. Legionellen, Pilze) (Tab. 1). Die drei häufigsten Erreger sind *Coxiella burnetii*, *Bartonella* spp. und *Tropheryma whippelii* [5].

Zu den häufigen Komplikationen der infektiösen Endokarditis zählt das akute Nierenversagen, man findet es in bis zu 50% der Patientinnen und Patienten. Die Ursachen reichen von prärenal Niereninsuffizienz über Parenchyminfarkte, Mikroabszesse und

**Tabelle 1: Erreger einer Kultur-negativen Endokarditis [6, 7]**

Erreger	Diagnostik
<i>Coxiella burnetii</i>	Serologie (IgG Phase I >1:800), PCR aus Blut oder Gewebe, Kultur und Immunhistologie aus chirurgischem Material
<i>Bartonella</i> spp. ( <i>B. henselae</i> , <i>B. quintana</i> )	Blutkulturen, Serologie (IgG >1:800), PCR aus Blut oder Gewebe, Kultur und Immunhistologie aus Gewebe
<i>Tropheryma whippelii</i>	PCR aus Blut, Histologie und PCR aus chirurgischem Material
<i>Brucella</i> spp.	Blutkulturen, Serologie, Kultur, Immunhistologie und PCR aus Gewebe
<i>Mycoplasma</i> spp.	Serologie, Kultur, Immunhistologie und PCR aus chirurgischem Material
<i>Legionella</i> spp.	Blutkulturen, Serologie, Kultur, Immunhistologie und PCR aus chirurgischem Material
Pilze ( <i>Aspergillus</i> spp., <i>Candida</i> spp.)	Blutkulturen, Serologie, PCR aus chirurgischem Material

IgG: Immunglobulin G; PCR: Polymerase-Kettenreaktion.

interstitielle Nephritiden bis hin zu Glomerulonephritiden.

Wir schildern den Fall eines Patienten mit akutem Nierenversagen aufgrund einer c(anti-PR3)-ANCA-positiven Glomerulonephritis bei Kunstklappenendokarditis mit *Bartonella henselae*.

## Fallbericht

### Anamnese

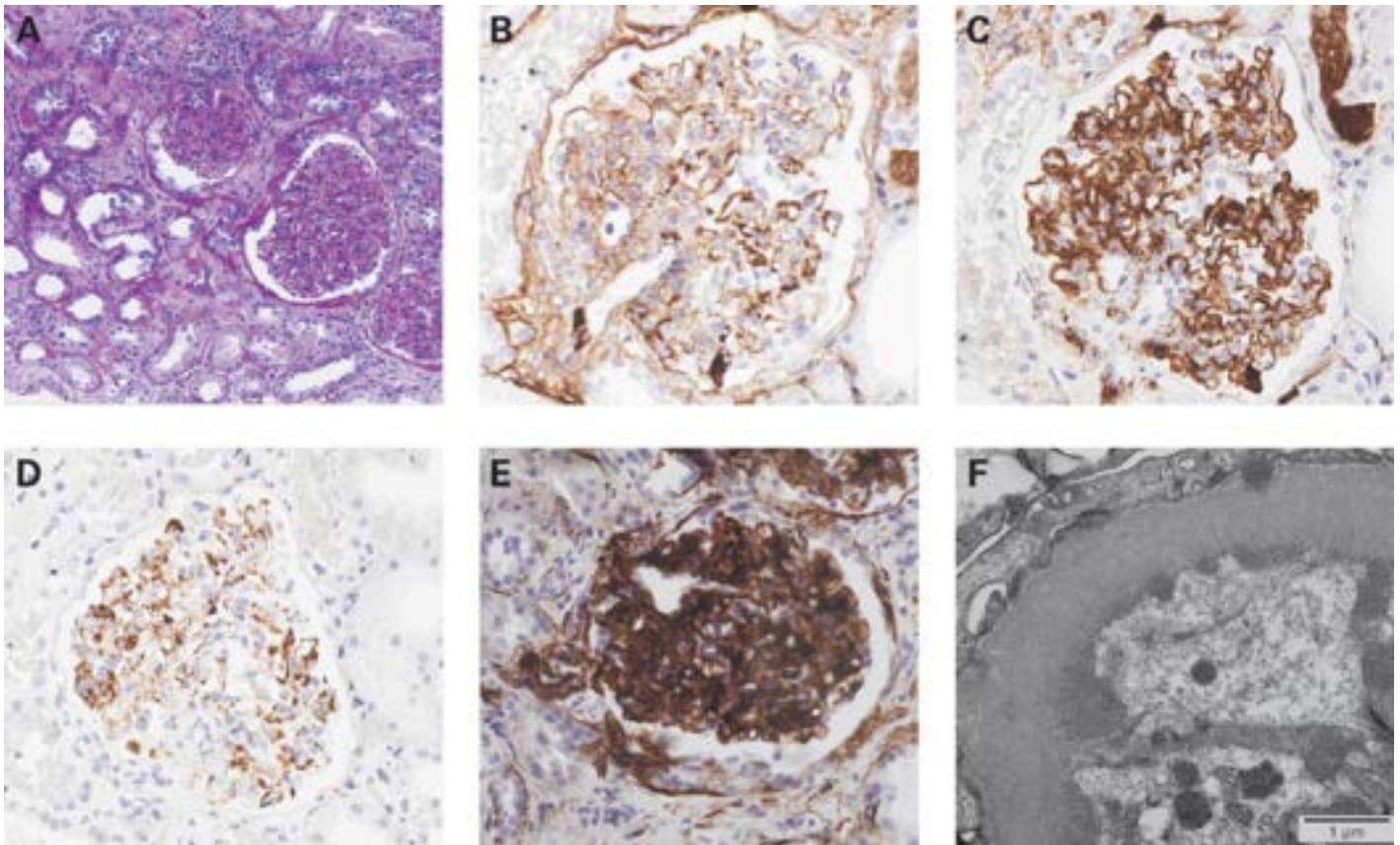
Ein über 60-jähriger Patient mit bekannter koronarer Herzkrankheit, Diabetes mellitus Typ 1

und Status nach biologischem Aortenklappenersatz wurde vom Hausarzt aufgrund progredienter Beinödeme ins Spital zugewiesen.

Der Patient berichtete über eine Gewichtszunahme in den letzten drei Monaten und vermehrte Müdigkeit. Fieber, Dyspnoe oder pektanginöse Beschwerden wurden verneint. Beruflich bestehe eine Tierexposition, unter anderem zu Katzen.

### Status

Bei Eintritt war der Patient in leicht reduziertem Allgemeinzustand, subfebril bei 37,4 °C.



**Abbildung 1:** Histologische Schnitte der Nierenbiopsie. **A)** Periodic-Acid-Schiff-(PAS)-Färbung, 400-fache Vergrößerung: Proliferative Immunkomplex-Glomerulonephritis; **B–E)** Immunhistochemie, 400-fache Vergrößerung: Immunkomplexe mit Ablagerung von IgG (minimal) (**B**), IgM (stark) (**C**), C3c (moderat) (**D**) und C5b-9 (**E**); **F)** Transmissionselektronenmikroskopie, 4400-fache Vergrößerung: mesangiale und subepitheliale «humps».

In der klinischen Untersuchung fiel ein 3/6-Systolikum mit Punctum maximum im zweiten Intercostalraum rechts mit Ausstrahlung in die Arteriae carotis beidseits auf. Es zeigten sich gestaute Halsvenen und ausgeprägte Beinödeme bei unauffälliger pulmonaler Auskultation. Klinisch fanden sich weder ein Infektfokus noch fokale neurologische Defizite.

### Befunde

Laboranalytisch fielen eine Inflammation (C-reaktives Protein 59 mg/l; Norm <5 mg/l) und ein akutes Nierenversagen mit einem Kreatinin von 307 µmol/l (Kreatinin-Baseline 89 µmol/l drei Monate zuvor) mit einer Proteinurie von 3,7 g/Tag und einer glomerulären Mikrohämaturie (>50 Erythrozyten/Gesichtsfeld) auf. Eine postrenale Abflussstörung wurde sonographisch ausgeschlossen. Als Ursache der akuten Niereninsuffizienz mit nephritischem Urinsediment wurde bei begleitendem Entzündungszustand und Systolikum bei voroperierter Herzklappe eine Infekt-assoziierte Glomerulonephritis, differentialdiagnostisch eine Endokarditis vermutet.

Die weitere Abklärung ergab erhöhte Rheumafaktoren mit 73 U/ml (Norm <14 U/ml), grenzwertige Titer der Anti-Neutrophilen cytoplasmatischen Antikörper (ANCA) von

1:80, negative Myeloperoxidase-(MPO-)Antikörper, positive c-(anti-MPO)-ANCA (im Verlauf bis maximal 19 U/ml; Norm <7 U/ml) und tiefe Komplementfaktoren C3 und C4. Die übrigen Autoantikörper und Serologien auf virale Hepatitiden und HIV waren negativ. Trotz anhaltendem Entzündungszustand und intermittierendem Fieber blieben wiederholte Blutkulturen ohne Wachstum. Die Nierenbiopsie zeigte eine Immunkomplex-Glomerulonephritis in Kombination mit einer fokalen und segmental proliferativen diffusen diabetischen Glomerulosklerose (Abb. 1).

Differentialdiagnostisch wurde neben einer Infektion auch an eine Kryoglobulinämie oder eine Autoimmunkrankheit als Ursache für die Glomerulonephritis gedacht, wobei diese weniger wahrscheinlich schienen. Im Verlauf musste aufgrund der sich rasch verschlechternden Nierenfunktion mit urämisches Symptomen eine Dialysetherapie begonnen werden.

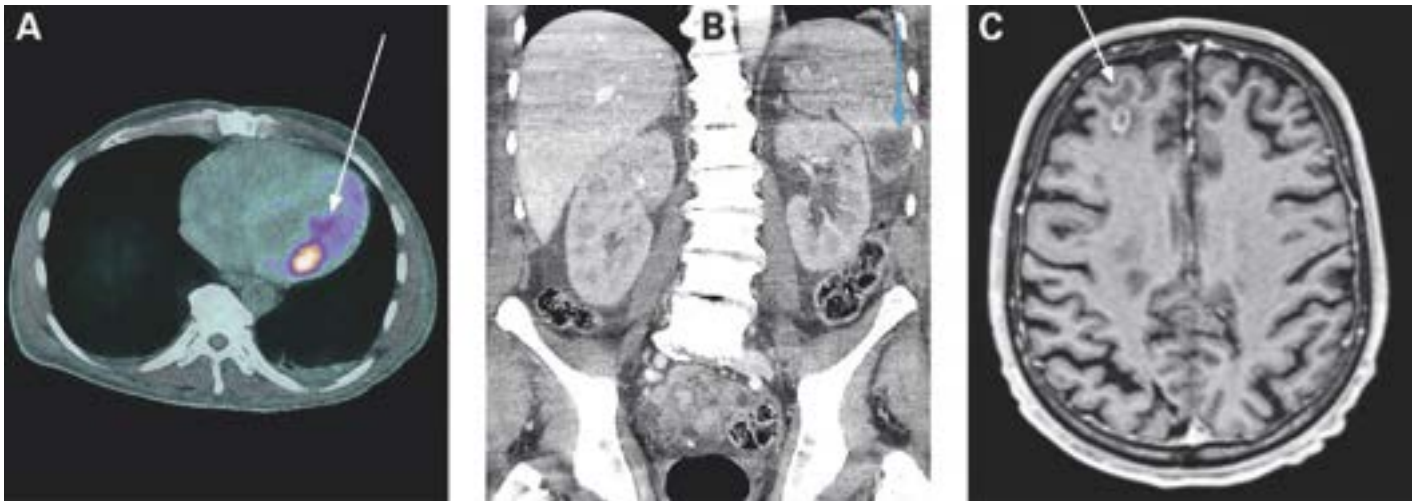
### Verlauf, Diagnose und Therapie

Zur weiteren Abklärung des Verdachts einer Endokarditis erfolgte eine transösophageale Echokardiographie, bei der sich fragliche Vegetationen im Bereich des Klappenersatzes zeigten. Mittels Positronenemissionstomographie-Computertomographie (PET-CT) konnte bei

vermehrter metabolischer Aktivität um die Aortenklappenprothese die Diagnose einer Kultur-negativen Prothesenklappenendokarditis gestellt werden (1 Major-Duke-Kriterium: abnorme metabolische Aktivität im PET-CT; 3 Minor-Duke-Kriterien: Fieber, Prädisposition, Immunkomplex-Glomerulonephritis) [6].

Die empirische antibiotische Therapie erfolgte bei Implantation der Prothesenklappe vor >1 Jahr mit Co-Amoxicillin und Gentamicin intravenös. Gentamicin wurde trotz potentieller Nephrotoxizität im Sinne einer optimalen Therapie bei kritisch krankem Patienten mit bereits bestehender Dialysepflichtigkeit gewählt.

Zur Suche Kultur-negativer Endokardiserreger wurden Serologien auf *Coxiella burnetii*, *Bartonella henselae*, *Brucella* spp., *Mycoplasma pneumoniae* und *Chlamydia pneumoniae* abgenommen. *Tropheryma whippelii* wurde mittels Histologie aus dem Duodenum und Polymerase-Kettenreaktion (PCR) im Blut gesucht. Die Resultate waren bis auf eine schwach positive Serologie auf *Coxiella burnetii* (IgG Phase I negativ, IgM Phase II 1,3 [Norm <0,8], IgG Phase II 36 IU/ml [Norm <20 IU/ml]) negativ. Bei möglicher beruflicher Exposition mit Coxiellen und fehlender Alternativdiagnose, inklusive nicht infektiöser Ursachen, wurde bei Verdacht auf eine



**Abbildung 2:** A) (18F)FDG-PET-CT-Aufnahme des Herzens (Axialschnitt) mit vermehrter Aktivität im Bereich der Aortenklappenprothese. B) Computertomogramm des Abdomens (Koronarschnitt) mit septischen Embolien in der Milz. C) Magnetresonanztomogramm des Neurokraniums (Axialschnitt) mit septischen zerebralen Embolien.

(18F)FDG-PET-CT: Positronenemissionstomographie-Computertomographie mit radioaktiv markierter 18F-Fluor-desoxyglukose.

Q-Fieber-Endokarditis die antibiotische Therapie auf Doxycyclin und Hydroxychloroquin umgestellt. Die Verlaufsserologien auf *Coxiella burnetii* nach drei Wochen zeigten keine Befunddynamik. Weiterhin waren lediglich die Immunglobulin-G-(IgG-)Phase-II-Antikörper diskret positiv bei negativen IgG-Phase-I-Antikörpern. Diese Konstellation passte nicht zu einer chronischen Q-Fieber-Infektion, die bei einer Endokarditis vorliegen würde. Zusätzlich war die erregerspezifische PCR im Blut auf *Coxiella burnetii* negativ. In der Zwischenzeit hatten sich stark erhöhte IgG-Antikörpertiter auf *Bartonella henselae* von 1:8192 (Norm <1:64) gezeigt. Passend zur Exposition (Kontakt mit Katzen) und Prädisposition (Klappenprothese) konnte die Diagnose einer Prothesenklappenendokarditis mit *Bartonella henselae* gestellt werden. Die antibiotische Therapie wurde auf Doxycyclin per os plus Gentamicin intravenös umgestellt entsprechend internationalen Empfehlungen [7]. Am interdisziplinären Endokarditis-Board wurde aufgrund der stabilen Klinik primär gegen eine notfallmässige Operation entschieden.

Im Verlauf konnte echokardiographisch eine Progression mit möglicher Abszedierung an der Aortenklappe gezeigt werden, zusätzlich fanden sich radiologisch septische Embolien in die Milz und zerebral (Abb. 2).

Daraufhin erfolgte der kardiochirurgische Aortenklappenersatz. Die bakterielle Breit-spektrum-PCR der resezierten Aortenklappenprothese war positiv auf *Bartonella henselae*. Postoperativ musste der Patient reanimiert werden. Aufgrund der schlechten Prognose und bei erneut drohender Dialysepflichtigkeit (nach kurzzeitiger Erholung der Nierenfunktion) wurde auf ein palliatives Prozedere umgestellt. Der Patient verstarb kurze Zeit später.

## Diskussion

### Einleitung und Epidemiologie

*Bartonella henselae* ist ein global vorkommendes gramnegatives, fakultativ intrazelluläres Stäbchenbakterium. Das Reservoir sind Katzen, eine Übertragung auf den Menschen erfolgt durch einen Kratzer, Biss oder durch Katzenflöhe. Die häufigste klinische Manifestation ist die Katzenkratzkrankheit. Bei Immunsupprimierten kann eine bazilläre Angiomatose auftreten. Eine Endokarditis durch *Bartonella* spp. ist insgesamt eine seltene Erkrankung, der Erreger stellt nach *Coxiella burnetii* jedoch die zweithäufigste Ursache einer Kultur-negativen Endokarditis dar. Sechs verschiedene *Bartonella* spp. sind als Ursache einer Endokarditis beschrieben, wobei 95% der Fälle durch *Bartonella henselae* oder *Bartonella quintana* verursacht werden. Eine voroperierte Herzklappe ist ein Risikofaktor für eine Infektion mit *Bartonella henselae* [8].

### Klinik

Die Symptome einer Endokarditis sind unspezifisch und der Verlauf ist häufig subakut. Neben einem neuen Herzgeräusch, Fieber, Schwäche oder Müdigkeit können im Verlauf unter anderem septische Embolien oder immunologische Phänomene klinisch apparent werden, wie im vorliegenden Fall. Bei einer Prothesenklappenendokarditis kommt es häufiger zu einem schweren Verlauf mit Notwendigkeit einer operativen Intervention [9].

### Diagnose

Die weitere Abklärung einer anhand der Duke-Kriterien gesicherten Endokarditis mit negativen Blutkulturen ist herausfordernd, wobei die Anamnese erste Hinweise geben kann (vorgängige antibiotische Therapie, Ex-

position zu nicht routinemässig kultivierbarem Erreger). Neben einer verlängerten Inkubation von Blutkulturen oder dem Verwenden spezieller Kulturmedien in Abhängigkeit des epidemiologischen Verdachts sollten Serologien für *Coxiella burnetii* und *Bartonella* spp. veranlasst werden. In der Praxis werden aufgrund der Schwere der Erkrankung oft parallel zusätzlich seltene Erreger (*Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumophila*, *Brucella* spp., *Legionella pneumophila*, Pilze) gesucht. Eine Diagnostik auf *Tropheryma whippelii* ist in einem weiteren Schritt empfohlen. Im Falle einer Operation sollte die resezierte Klappe mikrobiologisch (Kultur, PCR) und histologisch aufgearbeitet werden. Bei negativen Befunden sollten auch nicht infektiöse Ursachen einer Endokarditis bedacht werden (marantische Endokarditis bei Tumorleiden, systemischer Lupus erythematoses, Antiphospholipidsyndrom) [10].

Gemäss einem kürzlich erschienenen Update der modifizierten Duke-Kriterien gelten IgG-Antikörpertiter auf *Bartonella henselae* und *Bartonella quintana* >1:800 sowie der Nachweis von *Bartonella* spp. mittels PCR aus dem Blut neu als Major-Kriterien für eine Bartonellenendokarditis. Bei inkonklusiver Echokardiographie und klinischem Verdacht einer Prothesenklappenendokarditis ist ein PET-CT mit radioaktiv markierter 18F-Fluor-desoxyglukose (18F-FDG) indiziert [6].

Eine Glomerulonephritis kann in bis zu 26% der Fälle einer Endokarditis auftreten (Minor-Duke-Kriterium) [11]. *Bartonella*-assoziierte Glomerulonephritiden zeigen meistens eine Immunkomplex-Glomerulonephritis, die mehrheitlich mit einer extrakapillären Proliferation einhergeht (Abb. 1) [12]. Selten sieht man eine pauci-immune Glo-

merulonephritis mit positiven ANCA-Titern, eine ANCA-Vaskulitis imitierend wie in diesem Fall. Dabei sind in bis zu 50% PR3-spezifische ANCA, seltener MPO-spezifische ANCA, beschrieben [13, 14].

### Therapie

Zur Behandlung der Bartonellenendokarditis wird eine duale Therapie mit Doxycyclin und Gentamicin für zwei Wochen mit anschließender Monotherapie mit Doxycyclin empfohlen. Die Therapiedauer ist lang und in Abhängigkeit von Verlaufserologien und des kardiochirurgischen Vorgehens interdisziplinär festzulegen, optimalerweise im Endokarditis-Board [7]. Die Therapie der Endokarditis-assoziierten Glomerulonephritis besteht aus der Behandlung der Infektion und benötigt in der Regel keine Immunsuppression.

### Korrespondenz

Florian Köhn  
Klinik für Innere Medizin  
Kantonsspital Baden AG  
Im Ergel 1  
CH-5404 Baden  
florian.koehn[at]ksb.ch

### Verdankung

Ein Dank für die Bereitstellung der Radiologiebilder geht an Herrn Dr. med. Philippe Appenzeller (Radiologie, Kantonsspital Baden). Für die kritische Durchsicht des Manuskripts bedanken wir uns herzlich bei Frau Prof. Dr. med. Barbara Hasse (Klinik für Infektionskrankheiten und Spitalhygiene, Universitätsspital Zürich).

### Conflict of Interest Statement

AFi erhielt ein Vortragshonorar sowie Reisekostenunterstützung von Fresenius Medical Care. LBM, FK, HH, HRR, AFr und LM haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

- 1 Thuny F, Grisoli D, Collart F, Habib G, Raoult D. Management of infective endocarditis: challenges and perspectives. *Lancet*. 2012;379(9819):965–75.
- 2 Mylonakis E, Calderwood SB. Infective endocarditis in adults. *N Engl J Med*. 2001;345(18):1318–30.
- 3 Schneider L, Greiner M, Köpfl P, Beer J H. Ein Pickel auf der Klappe. *Swiss Med Forum*. 2022;22(00). Epub 2022 Jan 1.
- 4 Fihman V, Faury H, Moussafeur A, Huguet R, Galy A, Gallien S, et al. Blood cultures for the diagnosis of infective endocarditis: What is the benefit of prolonged incubation? *J Clin Med*. 2021;10(24):5824.
- 5 Tattevin P, Watt G, Revest M, Arvieux C, Fournier PE. Update on blood culture-negative endocarditis. *Med Mal Infect*. 2015;45(1–2):1–8.
- 6 Fowler VG, Durack DT, Selton-Suty C, Athan E, Bayer AS, Chamis AL, et al. The 2023 Duke-International Society for Cardiovascular Infectious Diseases Criteria for Infective Endocarditis: Updating the Modified Duke

- Criteria. *Clin Infect Dis*. 2023;77(4):518–26.
- 7 Habib G, Lancellotti P, Antunes MJ, Bongiorni MG, Casalta JP, Del Zotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of infective endocarditis: The task force for the management of infective endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*. 2015;36(44):3075–128.
  - 8 Brouqui P, Raoult D. Endocarditis due to rare and fastidious bacteria. *Clin Microbiol Rev*. 2001;14(1):177–207.
  - 9 Fournier PE, Lelievre H, Eykyn SJ, Mainardi JL, Marrie TJ, Bruneel F, et al. Epidemiologic and clinical characteristics of Bartonella quintana and Bartonella henselae endocarditis: a study of 48 patients. *Medicine (Baltimore)*. 2001;80(4):245–51.
  - 10 Fournier PE, Thuny F, Richet H, Lepidi H, Casalta JP, Arzouni JP, et al. Comprehensive diagnostic strategy for blood culture-negative endocarditis: a prospective study of 819 new cases. *Clin Infect Dis*. 2010;51(2):131–40.
  - 11 Majumdar A, Chowdhary S, Ferreira MA, Hammond LA, Howie AJ, Lipkin GW, Littler WA. Renal pathological findings in infective endocarditis. *Nephrol Dial Transplant*. 2000;15(11):1782–7.
  - 12 Raybould JE, Raybould AL, Morales MK, Zaheer M, Lipkowitz MS, Timpone JG, Kumar PN. Bartonella endocarditis and pauci-immune glomerulonephritis: a case report and review of the literature. *Infect Dis Clin Pract (Baltimore Md)*. 2016;24(5):254–60.
  - 13 Khalighi MA, Nguyen S, Wiedeman JA, Palma Diaz MF. Bartonella endocarditis-associated glomerulonephritis: a case report and review of the literature. *Am J Kidney Dis*. 2014;63(6):1060–5.
  - 14 Dietz BW, Winston LG, Koehler JE, Margaretten M. Copycat. *N Engl J Med*. 2021;385(19):1797–802.

## Das Wichtigste für die Praxis

- Bei Patientinnen und Patienten mit künstlicher Herzklappe und unklarem Entzündungszustand muss eine Kultur-negative Endokarditis differentialdiagnostisch in Betracht gezogen werden. *Coxiella burnetii* und *Bartonella* spp. gehören zu den häufigsten Erregern.
- Die diagnostische Abklärung umfasst nebst einer guten Anamnese eine verlängerte Bebrütung von Blutkulturen und die Suche nach speziellen Erregern (Tab. 1), wobei die serologische Beurteilung herausfordernd sein kann. Nicht infektiöse Ursachen müssen bei negativen Befunden bedacht werden.
- Die Diagnose einer Bartonellenendokarditis wird basierend auf den Duke-Kriterien gestellt. Ein IgG-Antikörpertiter >1:800 oder eine positive PCR aus dem Blut gehören neu zu den Major-Kriterien.
- Eine Endokarditis ist in bis zu 25% der Fälle mit einer Glomerulonephritis assoziiert, die als Minor-Duke-Kriterium gilt und mittels Urinsediment gesucht werden soll.



**Florian Köhn, dipl. Arzt**  
Allgemeine Innere Medizin, Klinik für Innere Medizin, Kantonsspital Baden, Baden

### Anzeige



**Universität St. Gallen**  
Schweizerisches Institut für KMU und Unternehmertum

## Jetzt Praxisführung stärken.

Informationen unter [kmuhs.g.ch/aerzte](http://kmuhs.g.ch/aerzte)




**Prakt. med. Andrea Blanc Bühlmann und  
Prakt. med. Liliane Weisenseel  
Die Hausärztinnen Münchenbuchsee AG**

Ein ungewöhnlich lokalisiertes Aneurysma

# Blaue Finger aus heiterem Himmel

Argyro Boutali, dipl. Ärztin; Dr. med. Urs Mantel

Klinik für Angiologie, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

## Hintergrund

Aneurysmata vera der Arteria radialis sind im Vergleich zu Pseudoaneurysmata sehr selten. Sie treten meist in der Tabatière auf und gelten in der Mehrzahl der Fälle als idiopathisch. Bei den in der Literatur beschriebenen Fällen lassen sich ursächlich nebst diesen oft repetitive lokale Traumata eruieren. Im folgenden Artikel wird der Fall eines am ehesten Entrapmentbedingten wahren Aneurysmas vorgestellt.

## Fallbericht

### Anamnese

Die Zuweisung der 54-jährigen Patientin erfolgte zur angiologischen Beurteilung bei Verdacht auf Perfusionsstörung des Daumens und des Zeigefingers rechts. Anamnestisch wurde von einer seit mehreren Wochen bestehenden, plötzlich aufgetretenen, schmerzhaften lividen Verfärbung der beiden Finger der rechten Hand berichtet, wobei die Schmerzen in der Nacht jeweils am stärksten gewesen seien und die Patientin nur in sitzender Position habe schlafen können – mit Herunterhängenlassen der rechten Hand. Die Anamnese war bland bezüglich kardiovaskulärer Erkrankungen und bis auf einen mässigen Nikotin-

konsum und eine arterielle Hypertonie bestanden keine kardiovaskulären Risikofaktoren.

### Status

Klinisch zeigten sich an der rechten Hand ein kühler, livide verfärbter Daumen und Zeigefinger mit ausgeprägter Druckdolenz im Bereich des Endglieds des Zeigefingers ohne trophische Hautläsionen. Der Pulsstatus war an beiden oberen Extremitäten unauffällig, allerdings fanden sich ein pathologischer Allen-Test sowie eine pathologische Faustschlussprobe am ersten und zweiten Finger rechts mit anhaltender Weissverfärbung radial und ulnar. Dazu passend zeigten sich schwer pathologische Oszillographien an den entsprechenden Fingern, weshalb von Fingerarterienverschlüssen ausgegangen wurde.

Durch eine bereits auswärts durchgeführte Duplexsonographie des rechten Arms war bekannt, dass keine arteriosklerotischen Wandveränderungen oder hämodynamisch signifikanten Stenosen vorlagen, bei offen darstellbarer Arteria radialis und Arteria ulnaris bis zum Thenar respektive Hypothenar.

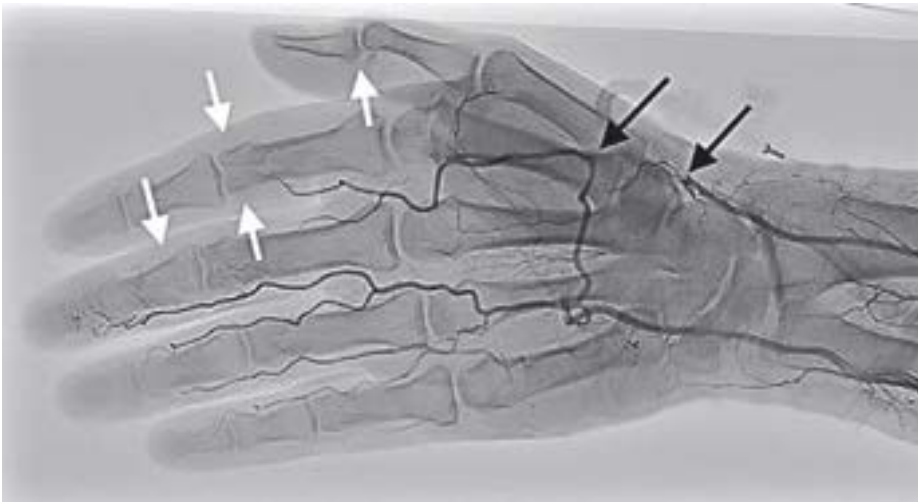
Aufgrund des kritischen Perfusionsdefizits des rechten Daumens und Zeigefingers und der massiven Schmerzsymptomatik nahmen

wir die Patientin zur analgetischen Therapie stationär auf, begannen eine Antikoagulation bei differentialdiagnostisch möglichen embolischen Verschlüssen und setzten aufgrund der akralen kritischen Ischämie eine Therapie mit Iloprost zur Verbesserung der Mikrozirkulation ein.

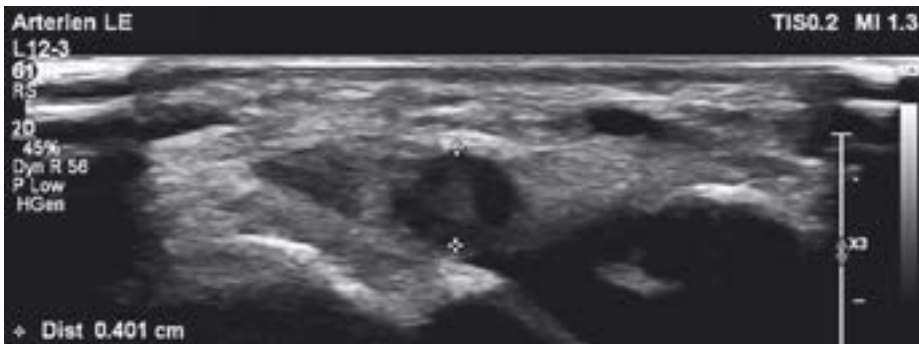
### Befunde

Zur ätiologischen Klärung der Fingerarterienverschlüsse führten wir eine Emboliequellen-suche mittels Angiographie-Computertomographie (Angio-CT) des Aortenbogens und der supraaortalen Gefässe, Echokardiographie und 24-Stunden-Elektrokardiogramm durch, jeweils ohne wegweisende Befunde. Laborchemisch erfolgten die Bestimmung des Differentialblutbilds sowie allgemein internistischer Laborparameter, eine Thrombophilie-Abklärung und ein Vaskulitis-Screening, wobei sich auch hier bis auf eine grenzwertig erhöhte Thrombozytenzahl keine Auffälligkeiten zeigten.

Bei weitgehend unklarer Ätiologie wurde eine diagnostische Angiographie der rechten oberen Extremität veranlasst. Dabei zeigte sich auf Höhe des Carpus ein Verschluss der distalen Arteria radialis mit entsprechend fehlender



**Abbildung 1:** Angiographie der rechten Hand. Verschluss der Arteria radialis (schwarze Pfeile), Verschlüsse respektive nicht dargestellte Fingerarterien der Digi I-III rechts (weisse Pfeile).



**Abbildung 2:** Duplexsonographie der Tabatière der rechten Hand. Darstellung des Aneurysmas der Arteria radialis mit gemischt echoreichem Thrombenmaterial.

Kontrastierung des tiefen Hohlhandbogens sowie der proximalen Digitalarterien der Digi I und II ulnar- und radialeseitig sowie des Digtus III radialeseitig auf Höhe des proximalen Interphalangealgelenks (Abb. 1).

Aufgrund dieses Befunds führten wir nun unsererseits nochmals eine fokussierte Duplexsonographie durch. Hier zeigte sich ursächlich für den angiographisch dargestellten Verschluss ein thromboses Aneurysma der Arteria radialis in der Tabatière (Abb. 2).

### Verlauf und Therapie

In der ergänzenden spezifischen Anamnese schilderte die Patientin eine Jahre zurückliegende Ganglionoperation an beiden Händen, allerdings wurde das rechtsseitige Ganglion auf Höhe des Metakarpophalangealgelenks des Digtus III entfernt, womit dies ätiologisch für das Aneurysma nicht infrage kam. Linksseitig wurde tatsächlich in der Tabatière ein Ganglion entfernt, dort konnte jedoch duplexsonographisch ein Aneurysma ausgeschlossen werden.

Neben einem idiopathischen Aneurysma ist aufgrund der Berufsanamnese der Patientin, die als Etikettiererin arbeitete, ursächlich eine Genese im Rahmen einer repetitiven

Traumatisierung respektive im Rahmen eines Entrapments der Arteria radialis zwischen der Sehne des Musculus extensor pollicis longus und dem Os trapezium möglich.

Unter konservativer Therapie mit Iloprost, die wir für insgesamt 28 Tage – initial stationär und in der Folge ambulant – fortführten, zeigte sich eine deutliche Besserung des Lokalbefunds bei diesbezüglich beschwerdefreier Patientin.

### Diskussion

Arterielle Aneurysmata sind umschriebene Gefässerweiterungen, wobei eine lokalisierte Arterienerweiterung im Sinne eines Aneurysma verum bei einer Verdoppelung der normalen Lumenweite angenommen werden kann [1]. Aneurysmata vera der Arteria radialis sind sehr selten mit einer Prävalenz von 2,9% aller Aneurysmata der oberen Extremitäten [2]. Deutlich häufiger sind traumatisch oder iatrogen bedingte Pseudoaneurysmata im Rahmen eines arteriellen Zugangs [3].

Aneurysmata vera der Arteria radialis treten meist in der Tabatière auf und gelten in der Mehrzahl der Fälle als idiopathisch. Madeline Chee et al. [2] führten 2020 eine MEDLINE-

Suche durch, bei der sie insgesamt 23 auf Englisch publizierte Fallbeschreibungen von wahren Aneurysmata der Arteria radialis seit 1966 fanden. Als Ursachen waren Arteriosklerose, Bindegewebserkrankungen [4], Gefäßstumoren und idiopathische Genese [5] genannt, ebenso ein mykotisches Aneurysma im Rahmen eines Infekts.

In den meisten Fällen von Aneurysmata der oberen Extremitäten besteht keine Prädisposition für Aneurysmata an anderen Lokalisationen, wobei es hierzu Ausnahmen gibt, zum Beispiel beim Loeys-Dietz-, Marfan- oder Ehlers-Danlos-Syndrom. Hierfür ergaben sich im vorliegenden Fall jedoch klinisch keine Hinweise. Bekanntermassen können auch Vaskulitiden zur Bildung von Aneurysmata aortal, viszeral, zerebral sowie in der Peripherie führen. Diesbezüglich veranlassten wir, wie oben erwähnt, ein Vaskulitis-Screening, das unauffällig ausfiel.

In der Literatur gibt es Fallberichte über die Assoziation von viszeralen Aneurysmata mit intrazerebralen und peripheren Aneurysmata, dies zum Beispiel bei einer segmentalen arteriellen Mediolyse [6], wobei es sich hier, wie auch bei der fibromuskulären Dysplasie [7], häufig um perlschnurartige Veränderungen handelt. In der Duplexsonographie der oberen Extremitäten wie auch in der zur Emboliequellensuche durchgeführten Angio-CT thorakal ergaben sich, wie im Text beschrieben, abgesehen vom lokalisierten Aneurysma der distalen Arteria radialis keine Hinweise auf das Vorliegen weiterer Aneurysmata, sodass wir auf eine ergänzende zerebrale und abdominale Bildgebung verzichteten.

In weiteren Fallberichten wird bei der Ätiologie die Möglichkeit repetitiver Traumata beschrieben, dies zum Beispiel als sogenannter Tailor's thumb [8]. Hierbei wird vermutet, dass es durch den repetitiven Gebrauch der Schere bei einem Schneider aufgrund der rezidivierenden Kompressionen der Arteria radialis zu einem erhöhten Druck und konsekutiv zu einer Aneurysmabildung kommen kann.

Am wahrscheinlichsten bei unserer Patientin erschien uns die Hypothese eines Entrapments der Arteria radialis zwischen der Sehne des Musculus extensor pollicis longus und dem Os trapezium [9], auch hier im Zusammenhang mit repetitiven Traumata bei ihrer Arbeit als Etikettiererin.

Patientinnen und Patienten, die an einem Aneurysma der Tabatière leiden, stellen sich mit einer lokalen, oft pulsierenden Aufwölbung oder, bei Nervenkompression respektive Ruptur, mit Schmerzen im Thenar vor, bei einer Thrombosierung oder distalen Embolisation, wie bei unserer Patientin, mit einer

## Der besondere Fall

ischämischen Symptomatik mit Ruheschmerzen der Hand oder der Finger respektive Kälte- und gegebenenfalls Taubheitsgefühl. Die Diagnose wird mittels Duplexsonographie und/oder Angio-CT gestellt.

Das Risiko für eine Ruptur oder für periphere Embolisationen ist nicht endgültig bekannt. Es wird vermutet, dass das Rupturrisiko umso grösser ist, je weiter proximal das Aneurysma lokalisiert und je grösser dessen Durchmesser respektive Grad der Teilthrombosierung ist [10].

Was die Therapie von Aneurysmata in der Tabatière anbelangt, gibt es aktuell keine Behandlungsrichtlinien. In der Literatur wurde das konservative Vorgehen mit regelmässigen Verlaufskontrollen mit der chirurgischen Ausschaltung verglichen, wobei sich die offene chirurgische Behandlung sowohl bei symptomatischen als auch asymptomatischen Personen als tendenziell überlegen zeigte – dies sowohl zur Eliminierung des Ruptur- als auch des Embolisationsrisikos bei tiefer Komplikationsrate [11].

Im oben vorgestellten Fall gab es bei vollständig thrombosiertem Aneurysma keine Indikation zur chirurgischen Sanierung. Die Patientin wurde wie beschrieben mit Iloprost für 28 Tage behandelt. Daneben führten wir eine orale Antikoagulation mit Rivaroxaban durch, dies in erster Linie zur Verhinderung einer sekundären Aufthrombosierung. Nach drei Monaten sistierten wir die Therapie mit dem direkten oralen Antikoagulans (DOAK) und führen seither eine Therapie mit 100 mg Acetylsalicylsäure durch. Hierunter ist die Patientin bis auf ein residuelles, in Kälte auftretendes Raynaud-Phänomen sowie eine residuelle Schwellung des Zeigefingers beschwerdefrei.

## Korrespondenz

Argyro Boutali  
Klinik für Angiologie  
Kantonsspital Aarau AG  
Tellstrasse 25  
CH-5001 Aarau  
argyro.boutali[at]gmail.com



**Argyro Boutali, dipl. Ärztin**  
Klinik für Angiologie,  
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen



**Dr. med. Urs Mantel**  
Klinik für Angiologie,  
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

## Das Wichtigste für die Praxis

- Aneurysmata vera der Arteria radialis sind im Vergleich zu Pseudoaneurysmata sehr selten und treten meist in der Tabatière auf.
- Mögliche Komplikationen sind eine Ruptur und insbesondere eine Thrombosierung des Aneurysmas mit distalen Embolisationen und konsekutiv möglicher kritischer Ischämie.
- Bei Fingerarterienverschlüssen sollte nebst anderen Differentialdiagnosen ursächlich auch an ein Aneurysma der Arteria radialis in der Tabatière gedacht werden.
- Bei einer lokalen, pulsierenden Aufwölbung in der Tabatière und anamnestisch repetitiven Traumata empfiehlt sich eine angiologische, nicht invasive Beurteilung inklusive Duplexsonographie.

## Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

## Conflict of Interest Statement

Die Autorin und der Autor haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

## Literatur

- 1 Ludwig M, Rieger J, Ruppert V, Hg. Gefässmedizin in Klinik und Praxis. 1.7 Arterielle Aneurysmen. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme; 2010.
- 2 Madeline Chee YM, Lew PS, Darryl Lim MJ. True idiopathic radial artery aneurysm: a case report and review of current literature. *EJVES Vasc Forum*. 2020;49:34–9.
- 3 Ho PK, Weiland AJ, McClinton MA, Wilgis EF. Aneurysms of the upper extremity. *J Hand Surg Am*. 1987;12(1):39–46.
- 4 Yukios U, Matsuno Y, Imaizumi M, Mori Y, Iwata H, Takiya H. Bilateral radial artery aneurysms in the anatomical snuff box seen in Marfan syndrome patient: case report and literature review. *Ann Vasc Dis*. 2009;2(3):185–9.
- 5 Pinjala R. Masson's hemangioma of proximal radial artery. *Indian J Surg*. 2014;76(1):8–9.
- 6 Schönefeld E, Völker W, Torsello G. Segmental mediolytische Arteriopathie der zentralen, viszeralen und peripheren Gefässe. *Dtsch Med Wochenschr*. 2010;135(15):745–9.
- 7 Narula N, Kadian-Dodov D, Olin JW. Fibromuscular dysplasia: contemporary concepts and future directions. *Prog Cardiovasc Dis*. 2018;60(6):580–5.
- 8 Behar JM, Winston JS, Knowles J, Myint F. Radial artery aneurysm resulting from repetitive occupational injury: Tailor's thumb. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. 2007;34(3):299–301.
- 9 Alabisi H, Goetz T, Murphy DT. Radial artery aneurysm secondary to dynamic entrapment by extensor pollicis longus tendon: a case of snapping thumb. *Skeletal Radiol*. 2019;48(6):971–5.
- 10 Dawson J, Fitridge R. Update on aneurysm disease: current insights and controversies: peripheral aneurysms: when to intervene – is rupture really a danger? *Prog Cardiovasc Dis*. 2013;56(1):26–35.
- 11 Cronenwett JL, Johnston WK, Hg. Rutherford's vascular surgery. 7. Aufl. Philadelphia (PA): Saunders Elsevier; 2010.





# Eisen?

# CSL Vifor.

- In der Schweiz entwickelt und hergestellt
- Über 70 Jahre Erfahrung
- Bewährte Liefersicherheit



Erleben Sie unsere Produktion:  
[swiss-made-iron.ch](http://swiss-made-iron.ch)

03/24-D-CH-FCM-2400059



## CSL Vifor

Vifor Pharma Switzerland AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne

# In eigener Sache

## Retraction Notice

Betrifft: Duwor S, Sowah T. Akute Methotrexat-Toxizität bei niedrig dosierter Therapie. Swiss Med Forum. 2024;24(11):144-8.

Der oben genannte, am 13.3.2024 publizierte Artikel wird hiermit auf Ersuchen des Autors und der Autorin zurückgezogen.

Nach der Veröffentlichung des Artikels wurde die Autorenschaft durch Rückmeldungen aus dem ehemaligen Arbeitsumfeld des Erstautors darauf aufmerksam gemacht, dass wesentliche Inhalte, die für den beschriebenen Fall relevant sind, nicht korrekt wiedergegeben sind.

Gemäss den Kollegen der klinischen Pharmakologie am Universitätsspital Zürich hätte die Kausalitätsbeurteilung als «möglich» eingestuft werden müssen, nicht als «wahrscheinlich», da andere potentielle Ursachen für die Panzytopenie und Hepatitis nicht

gänzlich ausgeschlossen werden konnten. Zudem hätten Hydroxychloroquin und Paracetamol als Ursache der unerwünschten Arzneimittelwirkungen in Betracht gezogen werden müssen. Sie führen aus:

«Zusammenfassend beurteilen wir aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs, der Dokumentation in der Arzneimittelinformation sowie in den Datenbanken, der positiven Dechallenge und der negativen Rechallenge, jedoch möglicher anderer, nicht ausschliessbarer nichtmedikamentöser Ursachen (Risikofaktoren, endogene Ursachen) die Kausalität zwischen der Anwendung von Methotrexat und Hydroxychloroquin und dem Auftreten der Panzytopenie (mit Aggravation einer Anämie und Thrombozytopenie, neu Leukopenie/Neutropenie), Transaminasenerhöhung und enorale Ulzerationen mit Metamizol, Paracetamol und Esomeprazol als potentiell

interagierenden Medikamenten gemäss WHO/CIOMS<sup>1</sup>-Kriterien formal jeweils und insgesamt als möglich».

1 WHO: World Health Organization; CIOMS: Council for International Organizations of Medical Sciences.

Anzeige



## BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Wilhelm Felder, Kurt Schürmann

Supervision in der Psychotherapie  
mit Schwerpunkt systemische Kinder-  
und Jugendpsychiatrie



Wilhelm Felder,  
Kurt Schürmann

Supervision in der Psychotherapie mit Schwerpunkt systemische Kinder- und Jugendpsychiatrie



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



# Eisen?

# CSL Vifor.

- In der Schweiz entwickelt und hergestellt
- Über 70 Jahre Erfahrung
- Bewährte Liefersicherheit



Erleben Sie unsere Produktion:  
[swiss-made-iron.ch](http://swiss-made-iron.ch)

03/24 D CH-FCM-2400059



## CSL Vifor

Vifor Pharma Switzerland AG, CH-1752 Villars-sur-Glâne

# STELLENMARKT

Alle Stellenanzeigen online unter [jobs.saez.ch](https://jobs.saez.ch)

## Insertionen

### Inseratenannahme

EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG  
Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz  
Telefon 061 467 85 71, E-Mail: [stellenmarkt@emh.ch](mailto: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](http://www.saez.ch/stellenmarkt)

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

Dernier délai: 14 jours avant parution



Augenklinik Heuberger AG  
Beim Kantonsspital I Haus M  
Fährweg 10 I CH-4600 Olten  
Tel. +41 62 206 77 22  
[info@spitalpark.ch](mailto:info@spitalpark.ch)  
[www.spitalpark.ch](http://www.spitalpark.ch)

Zur Verstärkung unseres jungen und innovativen Ärzteteams suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine\*n

## Fachärztin/Facharzt Ophthalmologie (spez. Ophthalmochirurgie) 80–100%

Unsere Kliniken im Mittelland verfügen über ein grosses Leistungsspektrum, das die gesamte konservative Augenheilkunde inkl. Orthoptik umfasst. Modernste Geräte erlauben den Einsatz aller gängigen Diagnostikverfahren (OCT, Biometrie, etc.) und die Durchführung von verschiedenen Lasereingriffen (u.a. YAG-KT, YAG-IT, SLT, retinale Laserbehandlungen).

Unsere operative Tätigkeit umfasst Katarakt-, Glaukom-, Netzhaut- und Lidchirurgie sowie ergänzend die refraktive Chirurgie. Diese Eingriffe führen wir an den beiden OP-Zentren in Olten und Solothurn durch.

### Wir suchen

eine initiative, motivierte und engagierte Persönlichkeit mit abgeschlossener Ausbildung zur Fachärztin / zum Facharzt für Augenheilkunde mit einem Anstellungspensum zwischen 80 und 100%. Bei Vorliegen des Schwerpunkts Ophthalmochirurgie ist auch eine operative Tätigkeit möglich, oder es besteht die Möglichkeit, die Ausbildung zum Ophthalmochirurgen zu absolvieren.

### Ihre Aufgaben

Sie betreuen selbständig Ihre eigene konservative Sprechstunde auf qualitativ hohem Niveau. Zusätzlich übernehmen Sie die Entwicklung und Leitung einer Praxis der Augenklinik Heuberger AG in der Region. Dabei werden Sie von einem jungen, motivierten und eingespielten Team unterstützt.

### Wir bieten

ein Anstellungsverhältnis zu modernen und attraktiven Konditionen sowie ein selbständiges Arbeiten in einer schönen und gut ausgestatteten Praxis und Klinik. Als Ausbildungsklinik bieten wir zahlreiche Fortbildungsmöglichkeiten an. Ausserdem geniesst der fachliche Austausch unter unserem kollegialen Ärzteteam einen hohen Stellenwert.

Für Fragen steht Ihnen Daniela Gaiotto unter [daniela.gaiotto@spitalpark.ch](mailto:daniela.gaiotto@spitalpark.ch) gerne zur Verfügung.

Wir freuen uns darauf, Sie persönlich kennenzulernen. Bitte senden Sie uns Ihr Bewerbungsdossier an [bewerbung@spitalpark.ch](mailto:bewerbung@spitalpark.ch).

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

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

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.  
IBAN CH21 0900 0000 3000 4356 3  
[www.swissheart.ch/spenden](http://www.swissheart.ch/spenden)

Schweizerische Herzstiftung



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

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

## Médecin cadre pour l'unité de chirurgie thoracique à 80 – 100%

### Vos missions

- Prise en charge des patients ambulatoires et hospitalisés en chirurgie thoracique.
- Activité de consultations sur les sites de Martigny, de Sion et dans la partie alémanique du canton (Viège).
- Développement ou maintenance d'une collaboration avec un centre universitaire.
- Participation aux gardes et piquets du service.
- Participation à la gestion et au développement du service.
- Enseignement aux assistants, étudiants et personnel paramédical.
- Participation aux formations et colloques du service.

### Votre profil

- Diplôme fédéral de médecin ou porteur d'un diplôme équivalent de l'UE.
- Un titre FMH de spécialiste en chirurgie thoracique ou une formation jugée équivalente (MEBEKO).
- Bonne maîtrise du français et allemand (oral et écrit).
- Autonomie, flexibilité et travail en équipe

**Seules les offres répondant au profil seront traitées.**

**Lieu de travail:** Hôpital de Sion

**Entrée en fonction:** A convenir

**Délai de postulation:** 30 juin 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Michel Christodoulou, Médecin-chef, +41 (0) 27 603 75 22, michel.christodoulou@hopitalvs.ch ou Dr Thomas Nierle, Directeur médical du Centre Hospitalier du Valais Romand, +41 (0)79 523 67 29 ou thomas.nierle@hopitalvs.ch

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page [www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi).

[www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi)

192274-17-18



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

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

## Médecin chef-fe de Service de réadaptation musculosquelettique à 80 – 100%

### Vos missions:

- Prise en charge des patients ambulatoires et hospitalisés
- Activité de consultations sur les sites de Martigny et de Sierre
- Participation à la gestion du service
- Enseignement aux assistants, étudiants et personnel paramédical
- Participation aux formations et colloques du service
- Participation aux piquets du service

### Votre profil:

- Diplôme fédéral de médecin ou porteur d'un diplôme équivalent de l'UE
- Un titre de spécialiste en médecine physique et de réadaptation (MPR) ou une formation jugée équivalente (MEBEKO)
- Bonne maîtrise du français (allemand un atout)
- Autonomie, flexibilité et travail en équipe

**Seules les offres répondant au profil seront traitées.**

**Lieux de travail:** Hôpital de Sierre et de Martigny

**Entrée en fonction:** de suite ou à convenir

**Délai de postulation:** 15 mai 2024

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du Dr Thomas Nierle, Directeur médical du Centre Hospitalier du Valais Romand, +41 (0)79 523 67 29 ou thomas.nierle@hopitalvs.ch

Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page [www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi).

[www.hopitalvs.ch/emploi](http://www.hopitalvs.ch/emploi)

192141-17-18

# VORSICHTIG

**Ihre Spende in guten Händen.**

Achten Sie auf das Zewo-Gütesiegel. Dann können Sie darauf zählen: Ihre Spende kommt am richtigen Ort an und bewirkt Gutes.





191971-17-18

Das Luzerner Kantonsspital mit den Standorten Luzern, Sursee und Wolhusen ist ein Unternehmen der LUKS Gruppe und gehört damit einer der führenden Spitalgruppen der Schweiz an. Die über 8000 Mitarbeitenden sind mit Herzlichkeit, Kompetenz und Engagement rund um die Uhr für das Wohl der Patientinnen und Patienten da. Die Kliniken und Institute der LUKS Gruppe bieten medizinische Leistungen von höchster Qualität. Für unser Team suchen wir per 01.08.2024 oder nach Vereinbarung eine/n

## Oberarzt/Oberärztin für Elektrophysiologie mit dem Schwerpunkt Devicetherapie 100% (Schrittmacher/ICD/CRT) Luzern 100%

### Ihr Wirkungsfeld

- Die Betreuung der ambulanten und der stationären kardiologischen Patienten sowie die Beteiligung am kardiologischen Dienst sind Ihre zentralen Wirkungskreise
- Die praktische Ausbildung der Assistenzärzte/-innen, die fachliche Unterstützung vom Team der Oberärzte/-innen und mögliche Forschung (mit Option zur Habilitation an der Uni Luzern) ergänzen Ihr spannendes Aufgabengebiet
- Deviceimplantationen und Revisionen (Schrittmacher/ICD/CRT/Leadless/Sondenextraktionen, S-ICD)
- Supervision und Durchführung von Devicekontrollen (ca. 1500/Jahr) sowie der Ausbau vom Remote Monitoring

### Ihre Erfahrung

- Sie verfügen über einen Facharzttitel in Kardiologie und haben bereits Erfahrung mit der Implantation und Nachsorge von Herzschrittmachern/ICDs/CRTs. EHRA Cardiac Pacing Examen Level 1 und/oder 2 wünschenswert.
- Sie sind eine empathische, integrierende Persönlichkeit mit einer hohen Dienstleistungs- und Patientenorientierung sowie ausgeprägten Kommunikationsfähigkeiten
- Sie zeichnen sich durch eine exakte und zuverlässige Arbeitsweise aus, arbeiten gerne im Team und behalten in herausfordernden Situationen stets den nötigen Weitblick
- Eine vernetzte und pragmatische Arbeitsweise und das Verständnis für komplexe Organisationen kommt Ihnen in der Umsetzung der Aufgabe sehr entgegen

### Ihre Perspektiven

- Wir bieten Ihnen eine anspruchsvolle und vielseitige Tätigkeit mit interprofessionellen Herausforderungen im grössten Zentrumsspital der Schweiz
- Das Herzzentrum Luzern ist mit nahezu 400 Deviceeingriffen/Jahr (PM, ICD, CRT, S-ICD und leadless PM) eines der grössten Implantationszentren der Schweiz
- Sie erhalten die Chance mit Ihren Fähigkeiten und Ihrem Engagement die Abteilung Kardiologie aktiv mitzugestalten und weiterzuentwickeln
- Es erwartet Sie eine partnerschaftliche Zusammenarbeit mit allen Fachbereichen des LUKS

### Ihr Weg zu uns

Wir freuen uns auf Ihre vollständige online Bewerbung. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an Prof. Dr. med. Florim Cuculi  
Chefarzt Kardiologie  
Tel.: 041 205 79 34 (Sekretariat, J. Dovoda).



### Top Medizin. Persönlich. Individuell.

Als bedeutendes Schwerpunktspital mit umfassendem Ausbildungsauftrag übernimmt das Spital Limmattal die erweiterte medizinische Grundversorgung von über 96000 Patientinnen und Patienten jährlich. Es bietet zudem Top Medizin und vertieftes Expertenwissen in zahlreichen chirurgischen wie medizinischen Fachdisziplinen. Das Spital verfügt über 188 Betten im Akutbereich, 126 Betten in der Langzeitpflege sowie neun Operationssäle und acht Intensivpflegeplätze. Mehr als 1577 Mitarbeitende aus 57 Nationen erbringen täglich qualitativ hochstehende und vielfältige Leistungen.

Unser Zentrum für Notfallmedizin nimmt eine zentrale Rolle in der Versorgung chirurgischer Patienten aus der Region ein. In unserer topmodernen Notfallstation und der angegliederten Notfallpraxis behandeln wir jährlich über 30000 Notfallpatienten. Wir arbeiten eng und interprofessionell mit unseren Kollegen der Inneren Medizin zusammen.

Wir sind überzeugt, dass Vielfalt eine Chance ist. In unserem modernen, diversen Team erwartet Sie ein interessantes und breites Spektrum an allgemein-, gefäss-, thorax- & viszeralchirurgischen, traumatologisch-orthopädischen, sowie urologischen Patient:innen in einem neuen topmodernen Notfallzentrum und die ständige Erweiterung ihres fachlichen Spektrums durch überdurchschnittliche Weiterbildungs- und Entwicklungsmöglichkeiten.

## Oberarzt oder Oberärztin chirurgisches Notfallzentrum

### Hier engagieren Sie sich

- Das gesamte Spektrum der klinischen Notfallmedizin mit chirurgischem Fokus
- Betreuung und Behandlung der chirurgischen Notfallpatient:innen
- Supervision und Weiterbildung der Assistenzärztinnen/-ärzte unserer Fachkliniken
- Enge Zusammenarbeit mit allen Fachspezialisten der nachbehandelnden Kliniken und Pflegen eines interdisziplinären Austauschs mit den Kolleg:innen des medizinischen Notfallzentrums
- Die Erweiterung Ihres fachlichen Spektrums durch überdurchschnittliche Weiterbildungsmöglichkeiten
- Möglichkeit zur Erlangung des POCUS-Zertifikats

### Sie

- Eidgenössisches oder in der Schweiz anerkanntes Facharzt Diplom für Chirurgie, Orthopädie, Anästhesie oder Innere Medizin (mit vertiefter Erfahrung & Kenntnis in allgemeiner Chirurgie)
- MEBEKO-Anerkennung zwingend erforderlich
- Interdisziplinärer Schwerpunkt Klinische Notfallmedizin SGNOR oder auf dem Weg dazu wünschenswert
- ATLS-Kurs und Erfahrung in Bedside Sonographie
- Klinische Kenntnisse und Erfahrung im Umgang mit chirurgischen Notfall- und Schockraumsituationen
- Freude an einer vielseitigen Aufgabe in einem spannenden Umfeld
- Bereitschaft für einen Schichtbetrieb ohne Nachdienste mit Berücksichtigung einer ausgeglichenen Work-Life-Balance

### Unsere Top-Lage (Limmattalbahn, 4 S-Bahnen, 1 Buslinie in unmittelbarer Nähe) wird durch das LIMMI-Mobilitätskonzept ergänzt:

- vergünstigte Mitarbeitenden-Parkplätze
- Motorradparkplätze, abschliessbare Veloparkplätze
- Wir beteiligen uns mit bis maximal CHF 350.00 jährlich (100% Arbeitspensum) an Ihrem ÖV-Abonnement

### Interessant? Interessiert?

Wir freuen uns auf Ihre Onlinebewerbung auf <https://www.spital-limmattal.ch/jobs-karriere/offene-stellen/>. Für Fragen steht Ihnen Frau Dr. med. Claudia Büeler zur Verfügung, Tel. +41 (0)44 736 85 22.  
Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Spital Limmattal | Urdorferstrasse 100 | CH-8952 Schlieren  
T +41 44 733 11 11 | [info@spital-limmattal.ch](mailto:info@spital-limmattal.ch) | [spital-limmattal.ch](http://spital-limmattal.ch)

191600-17-18

Immobilien | Immeubles | Immobili



Oensingen, Ostringstrasse 17

**... Ihre neue Fläche im Gesundheitshaus?**

Beste Voraussetzungen für Facharztpraxen.

**Aktuell zu vermieten:**

- 2. OG je 690 m<sup>2</sup>
- 3. OG je 483 m<sup>2</sup>

Kontaktieren Sie uns jetzt für ein Beratungsgespräch.



Räume voller Leben 

182739-17-18



**SPENDE BLUT  
RETTE LEBEN**

 BLUTSPENDE SRK SCHWEIZ

blutspende.ch

# FMH SERVICES

**Insertionen** aufzugeben auf [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch) oder gegen eine Erfassungspauschale bei: FMH Consulting Services, Tel. 041 244 60 60, E-Mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Chiffre-Anfragen sind zu richten an E-Mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Konditionen auf [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch).

**Les annonces** sont à passer sur [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch) ou chez: FMH Consulting Services, tél. 021 922 44 35, e-mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Les réponses relatives à des annonces sous chiffre sont à adresser à e-mail: [mail@fmhjob.ch](mailto:mail@fmhjob.ch).

Conditions sur [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch).

Praxismarkt  
Marché des cabinets  
Mercato studi medici

**BE – Nachfolger/in gesucht für gynäkologische Praxis in Bern** – An bester Lage in Bern suchen wir für eine langjährig etablierte gynäkologische und senologische Praxis eine/n motivierte/n und versierte/n Nachfolger/in. Die vollelektronische Praxis befindet sich an zentraler Lage in modernen, hellen Räumlichkeiten. Sie profitieren neben der guten Zusammenarbeit mit dem langjährig eingespielten Praxisteam auch von der Möglichkeit der Belegarztstätigkeit an renommierten Kliniken. Falls Sie den Schritt in die selbstständige Praxistätigkeit wagen möchten und wir mit diesem attraktiven Angebot Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihre schriftliche Kontaktaufnahme unter der Referenznummer 2855 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, [www.federer-partners.ch](http://www.federer-partners.ch), E-Mail: [janick.merkofer@federer-partners.ch](mailto:janick.merkofer@federer-partners.ch).

**BE – Praxisanteil einer modernen Doppelpraxis für Hausarztmedizin in einem beliebten Vorort von Bern zu übergeben** – In eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere Medizin (132 m<sup>2</sup>) mit elektronischer Praxisadministration, gepflegter Praxis-einrichtung und einem angenehmen, jüngeren Praxis-

partner 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](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**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 m<sup>2</sup>), 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](mailto:matthias_c_winkler@bluewin.ch), Tel. 079 754 99 47.

**BE – Moderne Hausarztpraxis mit Selbstdispensation nordwestlich von Bern zu attraktiven Konditionen zu übergeben** – In einer ländlichen Gemeinde mit wunderschöner Aussicht auf die Alpenkette und viel Sonnenschein, nur 15 Min. von Bern entfernt, ist per Anfang 2026 eine attraktive Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit vollelektronischer Praxisadministration und zahlreichen Patienten an einen oder zwei Nachfolger (m/w) zu günstigen Konditionen zu übergeben. Die grosse rollstuhlgängige Praxis (190 m<sup>2</sup>) befindet sich im Zentrum der Gemeinde mit gutem ÖV-Anschluss. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 2496: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**BL – Übergabe Arztpraxis / Gemeinschaftspraxis** – in BL (Vorortgemeinde BS). Nach Absprache gut gepflegte Praxis günstig abzugeben. Gemeinschaftspraxis räumlich möglich (4–7 Zimmer). Sehr gute Bus-/Tramverbindung, mit Parkplätzen (+ für Personal Tiefgarage). Kontakt unter Chiffre I-42671.

**BS – Klein aber fein: vollelektronisch geführte Quartierpraxis für Allgemeine Innere Medizin im Süden der Stadt Basel** – In eine etablierte, verkehrstechnisch optimal gelegene Hausarztpraxis (98 m<sup>2</sup>) 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](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**LU – Attraktive Hausarztpraxis mit vollelektronischer Praxisadministration in der Agglomeration von Luzern** – Im Zentrum einer beliebten Vorortsgemeinde von Luzern ist per Anfang 2025 oder nach Vereinbarung eine moderne, überdurchschnittlich grosse Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit Selbstdispensation und entsprechender Grundversorger-Infrastruktur (inkl. Ultraschall und digit. Röntgen) zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (200 m<sup>2</sup> Empfang, Wartezimmer, Labor, 4 Sprechzimmer, Röntgen, Multifunktionsraum für EKG, Ergometrie und Lungenfunktion, Stauraum, Aufenthaltsraum und 2 Toiletten) befindet sich in einem gepflegten Wohn- und Geschäftshaus mit Lift. Optimaler Standort, beste Erreichbarkeit mit dem ÖV (Bushaltestelle vor dem Haus) oder Auto, abwechslungsreiche hausärztliche Tätigkeit und sehr gut geregelter Notfalldienst runden das Angebot ab. Die Praxis ist auch für 2-3 Kolleginnen oder Kollegen geeignet. Möchten Sie Ihre Arbeitszeiten selbst bestimmen und die Wochenenden zusammen mit Ihrer Familie verbringen? Können Sie sich eine selbstständige Tätigkeit in einer unterversorgten Region in Spitalnähe vorstellen? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 231 5066: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**NE – Remise de cabinet de médecine générale à La Chaux-de-Fonds** – Médecin généraliste cherche à remettre dès janvier 2026 son cabinet et sa nombreuse patientèle en raison de son départ à la retraite. Grand cabinet de 200 m<sup>2</sup> partagé avec un autre médecin généraliste depuis 1997, situé au centre-ville, aux normes pour handicapés avec accès direct en ascenseur. Gestion informatisée des dossiers. Idéal pour un médecin à 100% ou deux médecins à temps partiel. Contact: tél. 078 768 56 03 ou e-mail: [drfwillemin@hin.ch](mailto:drfwillemin@hin.ch).

**TG – Praxisräume mit OP** – In den interdisziplinären Ärztetagen des attraktiv gelegenen TKB Gebäudes im Zentrum von Kreuzlingen sind ca 220 m<sup>2</sup> moderne Praxisräume mit OP zu vermieten. E-Mail: [reichel.martin@hin.ch](mailto:reichel.martin@hin.ch).



**TG – Neueröffnung einer Hausarztpraxis am Bodensee?**

Wir suchen eine Nachfolge (w/m) für eine Spezialarztpraxis mit einem kleinen Anteil Allgemeinmedizin zwischen Rorschach und Kreuzlingen. Da in der Region ein Mangel an Fachärzten für Allgemeine Innere Medizin vorhanden ist, würde sich die Praxis sehr gut auch für eine Praxiseröffnung mit vorhandener Infrastruktur eignen. Die Praxis (230 m<sup>2</sup>) präsentiert sich einladend und liegt verkehrstechnisch an guter Lage. Die grosszügige, ansprechende Raumeinteilung bietet Platz für eine funktionale, fachspezifische Infrastruktur und kann auch mit anderen Fachrichtungen kombiniert werden. Die Bodensee-Region gewährt überdurchschnittliche Wohn- und Lebensqualität. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0502\_A: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

**VD – Cabinet de Psychiatrie Psychothérapie à remettre à Thierrens**

Raison prise de la retraite, cabinet à remettre pour le 1.9.2024. Enseignements: e-mail: eliane.guenat@svmed.ch ou guenat.eliane@bluewin.ch.

**VS – Nouveau cabinet de santé dans le Valais central**

Dans la nouvelle Maison de la santé à Ayent, nous proposons des locaux à louer pour l'installation d'un nouveau cabinet médical. Vous êtes un médecin généraliste ou spécialiste et vous désirez vous installer en Valais central comme indépendant ou créer un cabinet groupé, ne ratez pas cette opportunité. Le cabinet a une surface de 200m<sup>2</sup>, occupant toute la surface du 3ème étage / combles (ascenseur) d'un immeuble neuf. Il se compose de 4 salles de consultation/soins, 1 réception, 1 salle d'attente, salle de détente/cuisine, 1 local back office, 1 sanitaire handicapé et un sanitaire personnel. L'environnement est lumineux et chaleureux. Dans la Maison de la santé se trouve également une pharmacie, un cabinet dentaire, six divers thérapeutes et un local pour le CMS. Une aide financière d'installation est prévue et la patientèle est garantie dans cette région. Plus d'informations: Mme Lies Blanc – tél. 079 258 79 52 ou M. Jérôme Blanc – tél. 079 213 51 04 ou e-mail: maisondelasante.ayent@gmail.com.

**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 Übernahmekonditionen 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.

**Zentralschweiz – Praxis für Neurologie zu übergeben**

Für eine etablierte Einzelpraxis für Neurologie in der Region Zürich/Zentralschweiz suchen wir einen Nachfolger (m/w). Die Praxis liegt an ruhiger Lage im Ortskern einer bekannten Ortschaft, die regionaler Verkehrsknotenpunkt und entsprechend sehr gut erschlossen ist. Hohe und konstante Auslastung sowie bestehendes Zuweisernetz. Kanton mit Selbstdispensation. Möglichkeit, am nahegelegenen Spital als Konsiliararzt tätig zu sein. Praxisestieg im

Angestelltenverhältnis möglich. Aktuell keine Höchstzahlen im entsprechenden Kanton für zugelassene Ärztinnen und Ärzte der Fachrichtung Neurologie. Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 1090: FMH Consulting Services AG, Herr Christoph Müller, E-Mail: christoph.mueller@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

**ZG – Moderne Doppelpraxis für Allgemeine Innere Medizin mit Tradition im Kanton Zug zu übergeben**

Hausarztpraxis mit einladender Atmosphäre in einer beliebten Wohngemeinde in der Region am Zugensee suchen wir per Ende 2024 zwei Nachfolger (m/w). Die rollstuhlgängige Praxis mit Selbstdispensation, elektronischer KG und halbdigit. Röntgenanlage ist 165 m<sup>2</sup> gross. Sie befindet sich mitten in einem Wohnquartier und doch zentrumsnah. Die Praxis zeichnet sich durch helle, frisch renovierte Räumlichkeiten mit Charme aus. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0714: FMH Consulting Services AG, Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

**ZH – Praxisnachfolge Rheumatologie**

Für eine attraktive, langjährig etablierte rheumatologische Belegarztpraxis an bester Lage in der Stadt Zürich bietet sich auf Sommer 2025 oder nach Vereinbarung die Möglichkeit zur Praxisübernahme durch erfahrene, gut ausgebildete Rheumatologin/Rheumatologen (mehrjährige Kaderarztstätigkeit). Die Praxis ist Teil des Ärztezentrum für Rheumatologie und bietet die Möglichkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit Spezialisten anderer Fachrichtungen. Neben der ambulanten Praxis-tätigkeit ist die Behandlung auch von stationären Patienten und die Teilnahme am rheumatologischen Hintergrunddienst und vielseitige Konsiliarstätigkeit gegeben. Mehr Informationen erhalten Sie unter E-Mail: info@rheumahrslanden.ch oder Tel. 044 387 39 11 (zwischen 14 und 16h) oder unter Vermerk «Praxisnachfolge» via E-Mail: info@rheumahrslanden.ch.

**ZH – Praxisraum Kreis 6**

Schöner Praxisraum zu vermieten auf Anfang Juli 2024 in zentraler Lage. Bei Interesse bitte Kontakt aufnehmen mit Frau Dr. phil. Zogg, Tel. 043 243 75 93.

**ZH – Nachfolge Augenarztpraxis**

Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42582.

**ZH – Volldigitalisierte Hausarztpraxis an zentraler Lage in einer Kleinstadt im Bezirk Horgen zu übergeben**

In einer beliebten Wohngemeinde (15 Min. von Zürich entfernt) ist per Sommer 2024 eine gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin Praxis (176 m<sup>2</sup>) günstig zu übernehmen. Es erwarten Sie engagierte MPAs und abwechslungsreiche Tätigkeit mit wenigen Notfalldiensten (kein Nachtdienst). Hohe Lebensqualität der Gemeinde nicht zuletzt dank optimaler Verkehrserschliessung und attraktiver Lage im Grünen in Stadtnähe. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0783: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

**ZH – Etablierte Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe**

In einer grösseren Ortschaft in der Agglomeration von Zürich ist eine renommierte und erfolgreiche Praxis für Gynäkologie und Geburtshilfe an einen Nachfolger (m/w) zu übergeben. Die Praxis kann

auch als Gruppenpraxis mit gut 200% im Parallelbetrieb geführt werden. Der Standort ist verkehrstechnisch optimal gelegen: Rund um das Praxisgebäude stehen Parkplätze zur Verfügung und die nächste Bushaltestelle befindet sich in knapp 100 m Entfernung. Attraktive Übernahmekonditionen runden das Angebot ab. Interessiert? Kontaktaufnahme unter Ref. 231 4013: FMH Consulting Services AG, Gregor Dietrich, E-Mail: gregor.dietrich@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

### Praxispartner Angebote

### Offres de partenaires de cabinet

### Offerte di partner di studio medico

**VD – Cabinet Montreux**

Cabinet à Montreux, flam-bant neuf, 180 m<sup>2</sup>, à deux minutes de la gare, cherche collaborateurs, toute spécialité possible. E-mail: info@gynecologie-montreux.ch.

**VD – Cabinet médical à céder**

Médecin généraliste région Riviera-Chablais, avec une importante activité, pour 1 ou 2 médecins. Equipement moderne et complet, avec un laboratoire et une radiologie numérique. Situation très agréable. Contact: tél. 076 708 98 49.

**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. 079 885 36 96 oder E-Mail: dr.angela.caddick@gmail.com.

### Stellenofferten

### Offres d'emploi

### Offerte di posti

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

Wir suchen als weitere Verstärkung für unsere schnell wachsende hausärztliche Gruppenpraxis eine Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Eine Beteiligung an der Praxis ist bei Interesse im Verlauf möglich. Unsere moderne, ärzteigene Praxis mit einem stabilen Team befindet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in unserer Praxis das ganze Spektrum der Hausarztmedizin an und haben eine attraktive Ferien- und Fortbildungsregelung sowie eine zeitgemässe Entlohnung. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unverbindlich bei unserem ärztlichen Leiter Dr.med. Dominik Weber (E-Mail: d.weber@hin.ch oder Tel. 062 822 00 50). Weitere Informationen finden Sie auch auf unserer Homepage [www.aerztezentrum-buchs.ch](http://www.aerztezentrum-buchs.ch).

**BE – Hausärztin/Hausarzt gesucht in familiäre Gruppenpraxis in 3232 Ins (in Pendelnähe zu Bern)**

Wir sind ein junges und motiviertes Team von 3 Ärztinnen im wunderschönen Berner Seeland und suchen zur Verstärkung in unsere Gruppenpraxis die Nadel im Heuhaufen, nämlich DICH: Fachärztin/-arzt für Allg. Innere Medizin mit Interesse und Flair für vielseitige Hausarztmedizin und Freude an der Mitarbeit in einem offenen und engagierten Team; Pensum nach Vereinbarung. Wir bieten abwechslungsreiche Hausarztmedizin inkl. Kleinchirurgie in einem familiären

## FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

und gut eingespielten Team mit 3 Ärztinnen, moderne Praxisräume, elektronische KG, digitales Röntgen, modernes Labor, Sonographie, Selbstdispensation, kein finanzielles Risiko (Anstellung, spätere Teilhaberschaft möglich), flexible Arbeitszeiten und Arbeitspensum, grosszügige Ferien- und Gehaltsregelung. Wir stehen für respektvolle und faire Medizin mit individuellem Umgang mit Patienten sowie auch untereinander im Team. Kontakt: Dres. med. Eva Bettler, Aline Häusermann, Marjolein Kramer, Rebstockweg 6, 3232 Ins; E-Mail: e.bettler@hin.ch, Tel. 032 313 19 39; www.hausarztpraxis-rebstock.ch.

**BE – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–100% für Gruppenpraxis in Biel** – 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 Biel 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: Daniela Hera, Leitende Ärztin (Tel. +41 32 328 11 00, E-Mail: daniela.hera@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

**BE – Fachärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin 40–60% in Köniz** – Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir eine/n motivierte/n Hausärztin/-arzt. Wir bieten geregelte Arbeitszeiten mit fairer Entlohnung, sowie Zukunftsperspektive. In unserer vollständig digitalisierten Praxis erwartet Sie ein vielfältiges medizinisches Spektrum in familiärem Arbeitsklima. Stellenantritt nach Vereinbarung. Auf Ihre Bewerbung freuen wir uns per E-Mail: gabriel.suess@hin.ch. www.husaerzt.ch, Schwarzenburgstrasse 257, 3098 Köniz.

**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 Mural, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.

**BL – Orthopäden/Orthopädin im Fachbereich Hüfte (50–100%)** – Du stehst für eine qualitativ hochwertige medizinische Versorgung deiner Patienten/Patientinnen und suchst eine neue berufliche Herausforderung in einem modernen Arbeitsumfeld? Du wünschst Dir geregelte Arbeitszeiten in einem angenehmen Arbeitsklima mit flachen Hierarchien? Dann ist diese Stelle die richtige für Dich! Es erwartet Dich ein spannendes Tätigkeitsfeld in einem professionellen Umfeld. Ein engagiertes Team freut sich auf Deine Erfahrungen und Ideen. Mehr zur Stelle erfährst Du auf www.leonardo-ortho.ch/offene-stellen oder bei Rebekka Schweizer, Praxismanagerin, erreichbar Tel. 061 335 24 34 oder E-Mail: schweizer.leonardo-ortho@hin.ch.

**Ganze Schweiz – Facharzt / Assistenzarzt Allgemeine Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit Russischkenntnissen gesucht** – Ab sofort oder nach Absprache suchen wir ärztliche Verstärkung für unser Ärztezentrum mit 2 Praxen in Winterthur. Die Praxen sind modern ausgerüstet. Wir sind als Weiterbildungsstätte für 1 Jahr Allgemeine Innere Medizin anerkannt und bieten unseren Patienten eine breite Versorgung in Notfallmedizin, Kardiologie, Psychosomatik und allgemeiner Hausarztmedizin. Wir betreuen 4000 ukrainische Flüchtlinge, daher sind Russischkenntnisse bei uns sehr wichtig. Unseren Mitarbeitern bieten wir 6 Wochen Urlaub, eine deutlich überdurchschnittliche Entlohnung und ein spannendes Aufgabenfeld. Wir freuen uns darauf, Sie in unserem freundlichen Team begrüßen zu dürfen. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung an: Notfallklinik Dr. Eismann, Bankstrasse 20, 8400 Winterthur, E-Mail: info@notfallklinik-eismann.ch.

**LU – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 50–100%** – Wir suchen zur Verstärkung unseres Ärzteteams in Wolhusen (von Luzern in 30 Minuten erreichbar) per sofort oder nach Vereinbarung eine/einen Fachärztin/Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten nebst einer neuen und topmodern eingerichteten Praxis (ROWA-Mediroboter, innovative cloud-basierte Software, digitales Röntgen, Ultraschall, Labor) auch attraktive Anstellungsbedingungen. Die Inhaber-geführte Hausarztpraxis punktet u.a. mit einem grossen Patientenstamm, einem topmotivierten/ingespielten Praxisteam und mit der unmittelbaren Nähe zu einer spezialärztlichen Praxis (Endokrinologie, Kardiologie) inklusive gemeinsame Benutzung der Aufenthaltsräume. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an: info@hausarztpraxis-thalmann.ch. Unter Tel. 078 793 49 88 beantworten wir gerne allfällige Fragen.

**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



«Wie kann ich die Prozesse in meiner Arztpraxis noch besser gestalten?»

Die Berater der FMH Services analysieren gerne Ihre praxis-internen Abläufe. Nutzen Sie das Potential, Abläufe noch effizienter zu gestalten.

«Comment puis-je optimiser les processus dans mon cabinet?»

Les conseillers de FMH Services analyseront volontiers les processus internes à votre cabinet. N'hésitez pas à nous demander conseil pour gagner en efficacité.



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

### CONSULTING

#### FMH Consulting Services AG

Burghöhe 1  
6208 Oberkirch  
Tel. 041 244 60 60

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

mail@fmhconsulting.ch  
www.fmhconsulting.ch

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](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**NW – Hausarzt/-ärztin gesucht! Top Stelle am See für FA für Allgemeine Innere Medizin oder Praktische/r Arzt/Ärztin** – Für unser bestens laufendes Ärztezentrum direkt am See im schönen und steuerungsfördernden Hergiswil (Nidwalden) bei Luzern, suchen wir ein/e motivierte/n Hausärztin/Hausarzt mit oder ohne Facharzttitel Allgemeine Innere Medizin. Wir bieten beste Arbeits- und flexible Anstellungsbedingungen sowie eine gute Entlohnung. [www.aerztezentrum.ch](http://www.aerztezentrum.ch); E-Mail: [marcelo.walker@hin.ch](mailto:marcelo.walker@hin.ch); Tel. 041 630 26 67.

**SG – Ärztin/Arzt für Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt in St. Gallen** – Für unsere ärztlich geleitete, modern eingerichtete Praxisgemeinschaft am Roten Platz im Zentrum von St. Gallen suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung eine/einen Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin/praktischen Arzt oder Praxisassistent. Bei Wunsch ist eine Beteiligung an der Praxisgemeinschaft möglich. Kontaktaufnahme: E-Mail: [gemeinschaftspraxis@gmx.ch](mailto:gemeinschaftspraxis@gmx.ch).

**SG – Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100%** – Wir suchen eine/n Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, 50–100% für unsere erfolgreiche Praxis in St. Gallen. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein starkes Team und gute Anstellungsbedingungen. Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: [stellensuche@arzthaus.ch](mailto:stellensuche@arzthaus.ch).

**SG – Narkosearzt/-ärztin 50–80%** – Privatklinik in der Ostschweiz sucht Narkosearzt/-ärztin 50–80%. Kontakt unter Chiffre I-42594.

**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](mailto:info@xundart.ch).

**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](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Christiane Biefer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 224 08 00, E-Mail: [christiane.biefer@sanacare.ch](mailto:christiane.biefer@sanacare.ch)) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

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

**SO – Psychiater/in gesucht** – Wir suchen ab 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine/n Fachkollegin/-en mit abgeschlossener Facharztausbildung 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](mailto: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.

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

**TG – Fachärztin/Facharzt Gynäkologie** – Wir wachsen weiter...und suchen für unsere moderne, erfolgreiche Praxis in Kreuzlingen eine motivierte Fachärztin Gynäkologie und Geburtshilfe, gerne mit operativer Befähigung, die unser kompetentes Team ergänzt. Selbständiges Arbeiten mit sehr guten, individuell abgestimmten Konditionen erwarten Sie bei uns. Bewerben Sie sich gern bei Dr. med. Heike Scholz, Praxis g(y)n+, Löwenstrasse 16, 8280 Kreuzlingen, E-Mail: [heike.scholz@hin.ch](mailto:heike.scholz@hin.ch).

**TG – Hausarzt/internistischer Konsiliararzt, Facharzt (a) für Allgemeine Innere Medizin 60–100%** – Infolge der Pensionierung des aktuellen Stelleninhabers suchen wir eine/n Nachfolger/Nachfolgerin für eine Hausarztpraxis, die der Neurorehabilitationsklinik Zihlschlacht angegliedert ist. Ihre Aufgaben sind das selbstständige Führen einer Hausarztpraxis, sowie der dazugehörigen Apotheke. Ausserdem sind sie aktives Mitglied im regionalen Ärztenetzwerk und übernehmen Konsiliararzdienste in der Rehaklinik Zihlschlacht. Neben dem anerkannten Facharzttitel in der allgemeinen inneren Medizin gehört ein Fähigkeitsausweis für Abdomen-Sonographie, sowie gute Deutschkenntnisse zu Ihrem Profil. Ausserdem sind Sie ein

Sachverständiger für den Strahlenschutz und haben bereits Erfahrungen in einer Kaderfunktion einer internistischen A- oder B-Klinik. Bei weiteren Fragen steht Ihnen Dr. med. D. Zutter, Ärztlicher Direktor, Tel. +41 71 424 30 02 gerne zur Verfügung.

**ZG – Leitende Ärztin / Leitender Arzt Allgemeine Innere Medizin 80–100%** – Wir suchen eine/n Leitende Ärztin / Leitenden Arzt Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit, ein starkes Team und gute Anstellungsbedingungen. Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Führungserfahrung, Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: [stellensuche@arzthaus.ch](mailto:stellensuche@arzthaus.ch).

**ZG – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 20–100%** – Facharzt/-ärztin (oder in Facharztausbildung) 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](http://www.medicusmehl.ch). Bewerbung an E-Mail: [medicus.mehl@hin.ch](mailto:medicus.mehl@hin.ch).

**ZH – Fachärztin/-arzt Allgemeine Innere Medizin gesucht (50–100%)** – Die Arztpraxis beim Gemeindehaus in Regensdorf sucht Teammitglied mit Facharzttitel AIM. Praktische Berufserfahrung in der Schweiz von Vorteil. Wir bieten Teilzeit-Modelle, attraktive Anstellungsbedingungen, Unterstützung bei Weiterbildung und u.a. minimale Administration durch zentralen Management-Support. Gute Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglich. Bewerbungen an E-Mail: [p.schneider@arztpraxis-beim-gemeindehaus.ch](mailto:p.schneider@arztpraxis-beim-gemeindehaus.ch) (Tel. 079 631 26 33).

**ZH – Hausärztin/-arzt oder Fachärztin/-arzt mit internistischer Ausrichtung** – Wir sind auf der Suche nach einer Fachärztin oder einem Facharzt mit internistischer Ausrichtung für eine Teilzeit- oder stundenbasierte Anstellung, auch am Wochenende, ab sofort oder nach Vereinbarung. Es besteht auch die Möglichkeit, Hospital@Home mit einer Praxistätigkeit zu kombinieren. Ihre Hauptaufgaben umfassen die Betreuung akut erkrankter Patienten in ihrem Zuhause und die interprofessionale Zusammenarbeit mit unseren Pflege- und Spitex-Partnern. Wir bieten ein spannendes Umfeld, in dem Sie an der Gestaltung eines innovativen medizinischen Versorgungskonzepts mitwirken können, flexible Anstellungsbedingungen, eine offene und wertschätzende Betriebskultur und eine interprofessionelle Zusammenarbeit in einem kleinen Team. Wir unterstützen Sie bei Ihrer Einarbeitung. Sollten wir Ihr Interesse geweckt haben, freuen wir uns auf Ihr vollständiges Bewerbungsdossier, das Sie gerne per E-Mail an [info@hospitalathome.ch](mailto:info@hospitalathome.ch) oder per Post an Hospital at Home AG, z.Hd. Simone Kurmann, Rietstrasse 41, 8702 Zollikon senden können.

**ZH – Dermatologe (m/w) in Winterthur gesucht** – Wegen grosser Beliebtheit suchen wir Verstärkung. Schöne moderne Praxis, nette Kollegen. Wir freuen uns auf Sie! E-Mail: [doris.hoeping@hin.ch](mailto:doris.hoeping@hin.ch).

**ZH – FMH Rheumatologie - Praxisübergabe** – Wir bieten die einzigartige Gelegenheit, an unserem erstklassigen Standort in Zürich als Rheumatologe tätig

## FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

zu werden. Aufgrund der bevorstehenden Pensionierung unseres aktuellen Rheumatologen steht ein grosser Patientenstamm zur Übernahme bereit. Nutzen Sie die Chance, um sich in einer renommierten Praxis zu etablieren und hochqualifizierte Versorgung fortzusetzen. Wir freuen uns darauf, von Ihnen zu hören. Kontakt unter Chiffre I-42572.

**ZH – FÄ Dermatologie beg. 1.7. oder n.V.** – in Uster 70–100%, [www.plazakliniken.ch](http://www.plazakliniken.ch), Erf. Las.+Ästh. v.V., E-Mail: [t.plaza@plazakliniken.ch](mailto:t.plaza@plazakliniken.ch).

**ZH – Phlebologe/-in/Angiologe/-in mit FA endoluminale Thermoablation** – gesucht in grossem Derm. Ambul., zur Leitung Phlebologieabt. 40–50%, Start n. Vereinb. 15 Min. HB. Kontakt unter Chiffre I-42509.

**ZH – Fachärztin/Facharzt Dermatologie** – Wir suchen eine Kollegin / einen Kollegen für die angestellte oder selbstständige Mitarbeit in unserer erfolgreichen dermatologischen Praxis in Kloten. Wir sind sehr gut im lokalen medizinischen Netzwerk integriert und behandeln das ganze Spektrum der Dermatologie (inkl. Praxisop). Bei Interesse melden Sie sich bitte bei Dr. med. Michael Geiges (E-Mail: [michael@geiges.ch](mailto:michael@geiges.ch), Tel. 078 661 00 44, [www.dermakloten.ch](http://www.dermakloten.ch)).

**ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für Gruppenpraxis in der Stadt Zürich** – 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 der Stadt Zürich (Praxisstandorte Zürich-Wiedikon, Zürich-Oerlikon und Zürich-Affoltern) Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://www.sanacare.ch/aerzte). Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**ZH – Allgemeinarzt/-ärztin 40–60%** – Arztpraxis Kalkbreite, mitten in Zürich, ausgezeichnet angebunden an ÖV, sucht Haus- oder Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin 40–60% nach Vereinbarung. Wir sind eine Gruppe von fünf Fachärztinnen/-innen und bieten eine breite Grundversorgung in gut ausgerüsteten modernen Praxisräumlichkeiten bei geregelten Arbeitszeiten und in einem aufgestellten Team. Wir freuen uns über Ihre Bewerbung an die Arztpraxis Kalkbreite (E-Mail: [arztpraxiskalkbreite@hin.ch](mailto:arztpraxiskalkbreite@hin.ch)). Weitere Auskünfte erteilen gerne Dr. med. Susanne Nagel und Dr. med. Michael Burkhard, Tel. 044 350 39 39.

**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 ge-

hört 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](http://www.medix-praxis-duebendorf.ch). Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme per E-Mail oder Telefon. Dr. med. Margarete Schäublin, Leitende Ärztin, mediX Praxis Dübendorf, Tel. 044 802 10 00, E-Mail: [margarete.schaebulin@medix.ch](mailto:margarete.schaebulin@medix.ch).

**ZH – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt** – Wir suchen für unsere lebhafteste 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 abgeschlossenes Team freut sich über Ihre Mitarbeit! Kontakt unter E-Mail: [praxis-wiesendangen@hinmail.ch](mailto: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 Facharzt/-ärztin Titel 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@arztpraxis-beim-gemeindehaus.ch](mailto:p.schneider@arztpraxis-beim-gemeindehaus.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](mailto:job@arzthaus.ch). Unter [www.arzthaus.ch](http://www.arzthaus.ch) finden Sie weitere Informationen.

**ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin** – Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter [www.arzthaus.ch](http://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](mailto:job@arzthaus.ch).

**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 Fachärztinnen und eine vielseitige Infrastruktur. Unter [www.arzthaus.ch](http://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](mailto: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 Fachärztinnen und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: [job@arzthaus.ch](mailto:job@arzthaus.ch). Unter [www.arzthaus.ch](http://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](mailto: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](http://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](mailto:kbaki@permanence-oerlikon.ch).

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

**Suche Tätigkeit in der Orthopädie/Chirurgie/Traumatologie (100%)** – FA Orthop.Chir./Trauma. (51, D), überwiegend konservativ tätig (Diagnostik, Infiltr. Gelenke, SWT etc.) sucht neue berufl. Herausforderung. Fähigkeitsausweis Sonographie Bew.apparat/Röntgen, SIM-Gutachter. BAB für Angestelltenverhältnis im Kt. ZH vorhanden. Zuschriften bitte an E-Mail: [orthomail@gmx.ch](mailto:orthomail@gmx.ch).

Mehr Inserate und Gesuche  
auf [www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch)

Plus d'annonces et des requêtes sur  
[www.fmhjob.ch](http://www.fmhjob.ch)

# Seminare / Séminaires / Seminari

## Praxiseröffnung/-übernahme

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

### Themen

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

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

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

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

## Praxisübergabe/-aufgabe

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

### Themen

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

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

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

**K09**, Donnerstag, 19. September 2024, 13.30–18.00 Uhr,  
**Zürich, Volkshaus**

## Praxissoftware-Workshop

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

### Themen

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

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

**K15**, Donnerstag, 21. November 2024, 13.15–17.45 Uhr,  
**Olten, Stadttheater Olten**

## Röntgen in der Arztpraxis

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

### Themen

- **Rentabilität Röntgen** in der Arztpraxis
- **Evaluation und Beschaffung** neuer oder gebrauchter Anlagen
- Möglichkeiten der **Umrüstung** von analogen zu digitalen Anlagen
- Vor- und Nachteile analoger und digitaler Systeme
- **Komplette Marktübersicht** mit Preisen und Leistungskomponenten
- BAG-Vorschriften ab 1.1.2018
- Nötige Ausbildungen für das Betreiben einer Röntgenanlage in der Arztpraxis
- Fortbildungspflichten

**K16**, Donnerstag, 22. August 2024, 09.30–16.00 Uhr,  
**Niederscherli, digitalXray AG**

## Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

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

### Contenu

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

**K28**, Mercredi 26 juin 2024, 13h30–18h00,  
**Lausanne, Hôtel Aquatis**

## Ouverture et reprise d'un cabinet médical

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

### Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, autorisations, admission à pratiquer à la charge de l'assurance sociale, dossier patients, droit du travail, formes juridiques, droit matrimonial et droit successoral)

- **Business plan / passage du statut de salarié à celui d'indépendant** (préparation du plan de financement, financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation & aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (gestion d'un cabinet, facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

**K21**, Jeudi 13 juin 2024, 09h00–17h30,

**Genève, Hôtel Royal**

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

**Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers**

## Remise et cessation d'un cabinet médical

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

### Contenu

- **Aspects juridiques** (contrats en général, dossiers patients, autorisations)
- **Estimation d'un cabinet et remise du cabinet** (calcul de l'inventaire et du goodwill comme base de négociation, recherche de succession, recommandations)
- **Assurances/prévoyance/patrimoine** (remise/résiliation des contrats d'assurances, formes de prévoyance, planification de la retraite et des finances)
- **Conséquences fiscales d'une remise ou d'une cessation** (optimisation de l'impact fiscal lors d'une remise/cessation, impôt sur les bénéfices et gains immobiliers, détermination de la date optimale pour la remise/cessation)

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

**Genève, Crowne Plaza**

## Apertura e rilevamento di uno studio medico

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

### Contenuto

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

**K51**, Mercoledì, 9 ottobre 2024, dalle 16.00 alle 18.00,  
**Chiasso, FMH Services (Consulting)**

Anmeldung/  
Inscription/  
Registrazione

www.fmhservices.ch



# Einsatz für ein humaneres Sterben

**Tabubruch** Es ist wie bei « $E = mc^2$ »: Berühmte Menschen werden in der öffentlichen Wahrnehmung oft mit einer Idee gleichgesetzt. Wer den Namen Elisabeth Kübler-Ross hört, denkt deshalb meistens an das Fünf-Phasen-Modell zum Umgang mit dem Sterben. Was steckt hinter der Frau, die das Lebensende enttabuisierte?

Iris Ritzmann; Eberhard Wolff

**G**renzsituationen bestimmten die Biografie von Elisabeth Kübler-Ross. Als untergewichtiges Drillingsgeschwister war sie 1926 in Meilen am Zürichsee zur Welt gekommen. Bereits in ihrer Kindheit kämpfte sie für ein selbstbestimmtes Leben. Der Vater verwehrte ihr den Besuch des Gymnasiums und damit ihren Herzenswunsch, Ärztin zu werden. Nach ihrem Lehrabschluss als Laborantin engagierte sie sich im Rahmen der Friedensbewegung in mehreren Ländern des vom Zweiten Weltkrieg zerstörten Europas für den Wiederaufbau, besuchte sogar das Todeslager Majdanek. Nachdem der Vater ihr die Rückkehr ins Elternhaus und jegliche finanzielle Unterstützung verweigert hatte, holte sie ohne dessen Wissen und völlig selbstständig die Matura nach und wurde Ärztin [1].

Mit ihrem Mann Emanuel Ross, einem amerikanischen Juden, den sie im Studium kennengelernt hatte, zog sie 1957 nach New York. Als Psychiaterin arbeitete sie in unterschiedlichen Spitälern der USA mit psychotischen Patientinnen und Patienten und geistig beeinträchtigten Kindern, auch auf Forschungsabteilungen. Sie entsetzte sich darüber, wie Sterbende damals in entfernten Klinikteilen allein liegen gelassen wurden [2].

## Sterbende im Hörsaal

Als sie am Billings Hospital in Colorado, wo sie mehrere Jahre tätig war, bei einer grösseren Vorlesung einsprang, führte sie im Hörsaal ein Gespräch mit einer sterbenden Patientin. So lehrte sie die ergriffenen Studierenden, sich mit dem Tod auseinanderzusetzen. Als Kübler-Ross später an der Universität Chicago Seminare über Psychiatrie hielt, wurde sie von Theologiestudierenden gebeten, zum Umgang mit Sterbenden zu sprechen. Sie wagte erneut das Experiment, sterbende Personen in die Vorlesung einzubeziehen. Kübler-Ross vermutete hinter der Tabuisierung des Todes die eige-

ne Angst vor dem Sterben und versuchte, die Studierenden zur Selbstreflexion anzuregen. Seit 1966 wurden ihre Veranstaltungen bei Studierenden der Medizin, der Theologie und beim Pflegepersonal immer beliebter. Doch bei ihrer ärztlichen Kollegenschaft stiess sie auf wachsenden Widerstand, sogar schroffe Ablehnung. «Spitalgeier» wurde sie abschätzig genannt [2].

## Elisabeth Kübler-Ross entsetzte sich darüber, wie Sterbende in entfernten Klinikteilen allein liegen gelassen wurden.

### Im Blickpunkt der Öffentlichkeit

Den Ausgangspunkt und Kristallisationskern für ein explodierendes öffentliches Interesse sollte ein zunächst unauffälliger Beitrag in einer theologischen Universitätszeitschrift werden, in dem Kübler-Ross 1969 ihre Seminare vorstellte. Der Macmillan Verlag in New York trat mit dem Auftrag an sie heran, ein Buch zu ihren Erkenntnissen zu schreiben. Es war der Startschuss zu «On Death and Dying» (Deutsch: «Interviews mit Sterbenden»), das noch im selben Jahr erschien. In ihrem Werk stützte sich Kübler-Ross auf über 200 Sterbeprotokolle, die sie als Material nutzte, aber nicht systematisch auswertete. Weltweit bekannt wurde sie für ihr Modell des Sterbeprozesses, in dem Menschen fünf Phasen (Leugnung, Zorn, Verhandeln, Depression und Akzeptanz) durchlaufen würden. Das Modell lieferte wertvolle Anregungen, war aber von Anfang an umstritten. In den Mittelpunkt stellte Kübler-Ross die bis heute zentrale und bedeutende Forderung, den Sterbenden zuzuhören und mit ihnen zu sprechen [2].

Durch eine offensive Verkaufsstrategie des Verlags landete das Buch 1969 auf mehreren Bestsellerlisten. Fast zeitgleich mit ihrem Erstlingswerk wurde Kübler-Ross von der bekannten Zeitschrift «Life» gebeten, einem Reporter Zutritt zu ihrer Lehrveranstaltung zu gewähren. Sie kam dem Wunsch nach und führte im vollbesetzten Hörsaal ein Gespräch mit einer an Leukämie erkrankten jungen Frau. Nur eine Woche später, im November 1969, publizierte die Zeitschrift eine emotionale, reich bebilderte Story. Kübler-Ross wurde so fast über Nacht weltberühmt [1].

Dabei war Kübler-Ross nicht allein mit ihrem Thema: Die moderne Sterbeforschung hatte in den frühen Nachkriegsjahren bereits einige Publikationen hervorgebracht, auf denen Kübler-Ross in den 1960er Jahren aufbaute. Und während in den USA zahlreiche Hilfsorganisationen begannen, das Sterben zuhause professionell zu begleiten, entstanden in Europa Hospize als externe Orte des würdigen Sterbens [3]. Fünf Jahre nach Erscheinen von «On Death and Dying» wurde auch in den USA das erste Hospiz gegründet. Danach gewann die Hospizbewegung weltweit rasanten Aufschwung.

## Im geistigen Umfeld der 68-Bewegung kam Kübler-Ross zu der Überzeugung, dass der Tod nur eine Zwischenphase darstelle.

### Der Tod als Übergang

Die Jahre um 1968 brachten Tabuthemen wie Sexualität oder auch Tod zur Sprache, sie bildeten die Kulisse, vor der sich die Thanatologie als «Lehre des Sterbens» entwickeln konnte. Der gesellschaftliche Aufbruch machte möglich, Autoritäten infrage zu stellen und nach neuen Erkenntnissen zu fragen, die auch jenseits naturwissenschaftlicher Denkweisen liegen. Es wurde möglich, über individuelle Orientierung, Selbstsuche und religiös-spirituelle Bedürfnisse zu sprechen.

In diesem geistigen Umfeld kam Kübler-Ross in den 1970er Jahren zu der Überzeugung, dass der Tod nur eine Zwischenphase darstelle, einen Tunnel, an dessen Ende ein gleissendes Licht stehe. Ihre Aussagen wollte sie als Tatsachen verstanden wissen und begründete sie mit Nahtoderfahrungen reanimierter Personen. Für die esoterische Richtung, in die sie sich entwickelte, erntete sie einerseits viel Häme und Ablehnung. Als prominente Medizinerin war sie nur noch bedingt mehrheitsfähig. Auch ihre Ehe zerbrach. Andererseits brachte ihr anhaltender, ruheloser Einsatz für ein humaneres Sterben ihr zahlreiche Ehrendoktorate und sonstige Auszeichnungen aus aller Welt ein [4].

1977 gründete Kübler-Ross im kalifornischen Escondido ein Hospiz und Begegnungszentrum, das sie «Shanti Nilaya» (Haus des Friedens in Sanskrit) nannte. Nachdem es von einem Brand zerstört worden war, eröffnete sie eine Farm in Head Waters (Virginia), wo sie 1994 Aids-kranke Kinder aufnehmen wollte [4]. Doch auch dieses Anwesen brannte bis auf die Grundfeste nieder und ihre ganzen Besitztümer, darunter auch sämtliche Aufzeichnungen der Sterbeinterviews, gingen in Flammen auf. Nur von ihrem Bernhardiner begleitet, liess sich Elisabeth Kübler-Ross daraufhin in Scotts-



© Hanna Holborn Gray Special Collections Research Center, University of Chicago Library (image ID: apr1-10298).

Die Psychiaterin Elisabeth Kübler-Ross circa 1970.

dale in der Wüste Arizonas nieder. Dort erlitt sie mehrere Schlaganfälle, publizierte jedoch auch danach noch mehrere Jahre weiter. Ihre letzten beiden Lebensjahre verbrachte sie in einem betreuten Wohnheim, wo sie 2004 verstarb [5].



### Literatur

Vollständige Literaturliste unter [www.saez.ch](http://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.

# Ein Nein zu anderen ist ein Ja zu sich selbst

**Wellbeing** Nein heisst nein. Anders als manche Erwachsene haben Kinder keine Scheu, ihre Ablehnung zum Ausdruck zu bringen. Doch auch wenn sich in den Gesundheitsberufen alles um das Wohlergehen von Patientinnen und Patienten dreht, müssen medizinische Fachpersonen nicht jeder Forderung nachgeben.

Vanessa Kraege

**N**ei» war eines der ersten Wörter meines kleinen Neffen, direkt nach «Banane», «Gesundheit» und «Bär». Das beeindruckt mich in zweifacher Hinsicht: nicht nur, weil er mich, eine Welsche, mit seiner schweizerdeutschen Aussprache zum Schmunzeln bringt, sondern vor allem, weil er viel besser «Nein» sagen kann als ich. Sein «Nei!» wirkt auf alle, die es zu hören bekommen, sehr bestimmt. Darum beneide ich ihn.

Als Kinder lernen wir, Frust hinzunehmen, guten Willen zu zeigen und nachzugeben, damit wir in der Gesellschaft klarkommen. Als Berufstätige müssen wir uns jedoch ab und zu in Erinnerung rufen, dass Nein sagen auch ein Recht ist. Wie in allen menschlichen Beziehungen fällt ein Nein oft schwer, besonders in unserem als altruistisch geltenden Beruf.

Uns wird beigebracht, mit Patientinnen und Patienten zu kommunizieren, sie in Entscheidungen einzubeziehen und Konflikte zu vermeiden. Dennoch fällt es vielen schwer, ein «Nein» zu akzeptieren. Ich weiss noch, wie ich einem verärgerten Vater lang und breit erläuterte, warum ich seinem Kind keinen Hustensaft verschreibe. Seine Antwort: «Ich will ein Rezept. Ich zahle meine Versicherung, also habe ich ein Recht darauf.» Ein anderes Mal erklärte ich Freunden in meinen Ferien, warum eine einfache Erkältung keine Indikation für Antibiotika ist, nur um am nächsten Tag zu erfahren, dass ihnen ein anderer Arzt Antibiotika verschrieben hatte, die sie direkt «geheilt» haben. Oder man verhandelt lange mit den Angehörigen eines sterbenden Patienten über die Gabe von Sondennahrung. Das Nein hat in der Medizin nicht mehr die endgültige Bedeutung wie früher. Es wird ständig infrage gestellt, was sehr ermüdend sein kann.

Noch schwieriger wird das Neinsagen auf Managementebene, denn es gibt weder ein evidenzbasiertes Management noch eine Begrenzung unseres Pflichtenhefts, mit der wir unsere Ablehnung begründen könnten. Unsere Anwesenheit sei «unverzichtbar» und es seien ja auch «nur ganze wenige Sitzungen». Wenn sich dann die (nicht immer nützlichen) Sitzungen häufen und in die Länge ziehen, bereut man die Zusage. Der Arbeitstag füllt sich mit den Bedürfnissen und Prioritäten anderer, während wir unsere eigenen nach hinten verschieben, in die Freizeit.

Manchmal kann aber auch ein Ja sehr wertvoll sein. Nehmen wir zum Beispiel diesen Artikel. Wie mein Kollege Angelo Barrile, fange ich zwei Wochen vor dem Abgabetermin an, zu überlegen. Auf einmal ist es nur noch eine Woche, dann der Tag vor der Deadline – ständiger Last-Minute-Stress! Aber das Schreiben hat auch eine therapeutische Wirkung: Ich muss mir Zeit zum Nachdenken nehmen und es öffnet Türen zum schweizweiten Austausch. Deshalb bin ich froh, dass ich zugesagt habe, auch wenn es Mehrarbeit bedeutet! Dasselbe gilt für Konferenzen und Lehrveranstaltungen. Oft fallen die Termine ungünstig, die Vorbereitung dauert stets länger als erwartet, aber die investierte Energie lohnt sich!

## Wir müssen das Neinsagen neu lernen

Was schliessen wir daraus? Wie finden wir ein gutes Gleichgewicht aus Altruismus, Selbstschutz und Offenheit für Chancen? Auch hierfür habe ich kein Patentrezept. Aber ich denke, dass wir in einer Welt, in der alles immer schneller geht und in der Ärztinnen und Ärzte zunehmend mit den Prioritäten anderer konfrontiert werden, (neu) lernen müssen, ohne schlechtes Gewissen Nein zu sagen. Zunächst könnten Sie diese Schwierigkeit im Kollegenkreis ansprechen. So legitimieren Sie Ihr Recht und können sich davon überzeugen, dass man als «Neinsager» nicht allein dasteht. Hilfreich ist auch ein transparenter Umgang mit Ihren Mitmenschen, die sich der Konsequenzen ihrer Forderungen meistens nicht bewusst sind, weil sie nicht wissen, welcher Verwaltungs- oder Weiterbildungsaufwand dahintersteckt. Nicht zuletzt könnten Sie Nutzen und Häufigkeit einiger Sitzungen hinterfragen. Und vor allem: Behalten Sie den Mut, sich für das Wohl Ihrer Patientinnen und Patienten einzusetzen, selbst wenn diese nicht das bekommen, was sie wollen.



**Dr. Vanessa Kraege, MD, MBA**

Internistin, stellvertretende Medizinische Leiterin des CHUV und der École de formation postgraduée médicale der UNIL-FBM





# Manche Fragen bleiben offen



**Ludwig T. Heuss**  
Prof. Dr. med., Chefarzt  
Klinik für Innere Medizin,  
Zollikerberg

«Ihre Meinung ist uns wichtig» steht auf dem Fragebogen, den wir konsequent all unseren Patientinnen und Patienten mitgeben, wenn sie das Spital wieder verlassen. Und das stimmt auch. Denn als Dienstleistungsunternehmen sind wir von der Gunst unserer Kundschaft abhängig. Alles, was an Antworten zurückkommt, nehmen wir ernst. Im Direktionssekretariat werden die Fragebogen fein säuberlich auf zwei Haufen sortiert. Einen positiven und einen negativen. Dann beugt sich der Direktor höchstpersönlich mit ernster Miene darüber, liest jede einzelne Rückmeldung und verteilt die Blätter weiter zur Kenntnis-, oder Stellungnahme. Bleiben wir ehrlich. Jede euphorische Lobhudelei geht einem herunter wie Honig. Jede Kritik schmerzt, ist ganz bestimmt ungerechtfertigt oder höchstens Folge einer erklärbaren Verknüpfung unglücklicher Ereignisse. Und überhaupt ist eine Hospitalisation schliesslich kein Wellnessurlaub. Wenn das ideale Bild, das man von sich selbst hat, nicht bestätigt wird, dann ist der Reflex trotzig Rechtfertigung und kaum Einsicht. Damit ist die Sache auch klar: Umfragen dienen nicht dem Erkenntnisgewinn, sondern in erster Linie dazu, eine vorgefasste Meinung zu bestätigen.

**Jede euphorische Lobhudelei geht einem herunter wie Honig. Jede Kritik schmerzt und ist ganz bestimmt ungerechtfertigt.**

Das ist zumindest eine Seite der Wahrheit. Eine andere kann es sein, einen durch die Fragerei erst auf dumme Gedanken zu bringen: «Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den nächsten Monaten Ihren Telefonanbieter oder Ihr Auto oder Ihre Zahnpasta wechseln?» – Habe ich keine anderen Sorgen? Und nein: Eine neue Zahnpasta kommt mir nicht ins Haus! DELETE. Ich gebe es zu: Die meisten Umfragen, die tagtäglich per Mail hereinkommen, schaue ich gar nicht an. Das Leben ist so schon schwierig genug. Ich halte mich an den letzten Gewissheiten

fest, die noch beständig sind, und will weder gefragt, noch auf andere Gedanken gebracht werden. Basta.

**Die Umfrage lässt mir keine Ruhe: Ist mein Erfahrungsschatz so wertvoll? Ist meine Zeit so kostbar?**

Umso mehr musste ich staunen, als kürzlich ein eingeschriebener Brief eines Unternehmens, das die Vielfragerei im Namen trägt, eintraf. «Ihre Meinung ist wichtig», stand auch hier auf einem beiliegenden Faltblatt und um dies noch zu bestärken: «Auszahlung Ihrer Entschädigung für die Teilnahme an der Umfrage.» Wir haben ja alle eine latente Angst vor den ersten Zeichen des kognitiven Leistungsabfalls ... So sehr ich mein Gedächtnis auch bemühte – ich konnte mich nicht an die Teilnahme an einer Umfrage zum genannten Themenkreis erinnern. Noch mehr musste ich staunen, als zwischen den Blättern drei bunte Scheine herausfielen: ein blauer, ein grüner und ein gelber. 160 Franken in bar! Für die angebliche Teilnahme an einer Umfrage, an die ich mich nicht erinnere. Natürlich nehme ich keine Geldgeschenke an. Natürlich habe ich den Vorgang meiner Direktion gemeldet. Natürlich habe ich die drei Scheine samt Begleitbrief wieder zurückgeschickt.

Aber seither lässt mir die Umfrage keine Ruhe: War es für die Firma tatsächlich so interessant zu erfahren, wie häufig ich bestimmte Medikamente einsetze? Ist mein Erfahrungsschatz so wertvoll? Ist meine Zeit so kostbar? Das gibt einem schon ein tolles Gefühl, so wichtig zu sein.

Vielleicht war das ja aber auch eine Feldstudie über die Bestechlichkeit der Ärzteschaft. Auf die Resultate bin ich gespannt.



# BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag



Simone Haller, Helen Jung,  
Beatrice Krähenbühl

## Ausbildungsprogramm für die Lehrbetriebe – Medizinische Praxis- assistentin EFZ



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



# BUCHVORSTELLUNG

EMH Schweizerischer Ärzteverlag

## Belletristik

Unterhaltung und Spannung  
aus der Feder von Ärzten.



Diese und weitere  
Bücher finden Sie hier:  
[shop.emh.ch/collections/  
belletristik](http://shop.emh.ch/collections/belletristik)

**Brintellix®** (Vortioxetin). **I:** Behandlung von depressiven Episoden bei Erwachsenen („Major Depressive Episodes“) sowie anschliessende Erhaltungstherapie bei Patienten, deren depressive Symptomatik in der Akutbehandlung gut auf Brintellix angesprochen hat. **D:** Die empfohlene Dosierung ist 10 mg pro Tag für Erwachsene < 65 Jahren, mit oder ohne Nahrung eingenommen. Die Dosis kann auf max. 20 mg pro Tag oder auf min. 5 mg pro Tag eingestellt werden. **KI:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe. Gleichzeitige Anwendung mit nicht-selektiven Monoaminoxidase-Hemmern (MAO) oder selektiven MAO-A Hemmern. **VM:** Kinder und Jugendliche, Suizidversuche/Suizidgedanken, Krampfanfälle, Serotonin-Syndrom oder Malignes Neuroleptisches Syndrom, Manie/Hypomanie, Aggression/Agitation, Hämorrhagie, Hyponatriämie, Glaukom, ältere Patienten, Patienten mit Nieren- oder Lebererkrankungen. **IA:** irreversible, nicht-selektive MAO-Hemmer, reversible, selektive MAO-A Hemmer (Moclobemid), reversible, nicht-selektive MAO-Hemmer (Linezolid), irreversible, selektive MAO-B Hemmer (Selegilin, Rasagilin), serotonerge Arzneimittel, Johanniskraut, Krampfschwellen-senkende Arzneimittel, Elektrokrampf-Therapie, Cytochrom P-450 Hemmer (starke CYP2D6-Hemmer (z.B. Bupropion, Chinidin, Fluoxetin, Paroxetin)), Cytochrom P-450 Induktoren (z.B. Rifampicin, Carbamazepin, Phenytoin), Antikoagulantien und Thrombozytenhemmer, Lithium, Tryptophan, Einfluss auf Urin-Drogenscreens. **SS/S:** nicht empfohlen, erhöhtes Risiko einer postpartalen Hämorrhagie. **UAW:** sehr häufig: Nausea; häufig: abnormale Träume, Schwindel, Durchfall, Obstipation, Erbrechen, (generalisierter) Pruritus, Hyperhidrose. **P:** Filmtabletten zu 5 mg: 28 [B], 10 mg und 20 mg: 28, 98 [B]. Tropfen zum Einnehmen, Lösung 20 mg/ml (10.1% V/V Alkohol): 15 ml [B]. Zurzeit nicht im Handel: Tabletten 15 mg: 28, 98. **Kassenzulässig.** Die vollständige Fachinformation ist unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) publiziert.  
**Lundbeck (Schweiz) AG, Opfikon, [www.lundbeck.ch](http://www.lundbeck.ch)**

17082022FI



KALIUM HAUSMANN®  
**ION**

DAS POSITIVE POWERION  
bei Hypokaliämie

- Für die erfolgreiche Substitution bei Kaliummangel<sup>1,2</sup>
- Einzige kassenzulässige orale Kaliumsubstitution für Erwachsene<sup>1,2,3</sup>
- KCl Retard Hausmann® Retardtabletten und Kalium Hausmann® Brausetabletten – zwei Darreichungsformen angepasst an die Stoffwechsellage<sup>1,2</sup>

**Mehr «Power»  
für die  
wichtigen Dinge  
des Lebens!**

#### Referenzen

1) Fachinformation Kalium Hausmann® Brausetabletten unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) 2) Fachinformation KCl Retard Hausmann® Retardtabletten unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) 3) [www.spezialtaetenliste.ch](http://www.spezialtaetenliste.ch)  
Alle Referenzen stellen wir auf Anfrage zur Verfügung.

**KCl Retard Hausmann®, Retardtablette.** Z: Kaliumpräparat, säuernd. Retardtablette 745,5mg Kaliumchlorid entsprechend 10mmol Kalium bzw. 391mg Kalium. I: Kalium-Substitution bei Kaliummangel mit Tendenz zur Alkalose oder manifester metabolischer, hypochlorämischer Alkalose, z.B. bei Abführmittel-Abusus; Kaliummangel infolge von Saluretica-Behandlung bzw. Missbrauch (Ödeme, Hypertonie, Leberzirrhose oder andere Leberkrankheiten), insbesondere bei digitalisierten Patienten. D: Tagesdosen > 30mmol in 2–4 Gaben. Erhalt: Erw.: 40–80mmol tgl.; max. 150mmol tgl. Therapie: Erw.: 70–100mmol tgl.; max. 150mmol tgl. Prophylaxe: Erw.: 30–50mmol tgl.; max. 150mmol tgl. Retardtabletten unzerkaut nach dem Essen mit viel Flüssigkeit einnehmen. Keine Daten bei Kindern. KI: Hyperkaliämie, Niereninsuffizienz, Oligurie, Hypoaldosteronismus, schwere Dehydratation, Magen-Darm-Ulzera, schwere Verbrennungen, gleichzeitig mit kaliumsparenden Diuretika, behinderte oder verzögerte Magen-Darm-Passage, gleichzeitig mit Anticholinergika. VM: Bei herzkranken Patienten. Kalium-Präparate können die Symptome der Thomsen-Krankheit erschweren. Die Diurese muss vor der Darreichung von Kalium gesichert werden. Beim Coma diabeticum wird Kalium erst nach erfolgter Behandlung der initialen Dehydratation gegeben, sobald die Diurese eingesetzt hat. UW: Gastrointestinale Störungen sind selten. Bei Patienten mit gestörter Kalium-Nierenausscheidung und Verteilung im Körper kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln. IA: Mit Arzneimitteln, die durch Kaliumretention eine Hyperkaliämie fördern können (Spironolacton, Triamteren, Amilorid, Canrenon), ACE-Hemmer, Digitalis-Glykoside, Anticholinergika. S/S: Eine Kaliumtherapie kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Die Plasmakaliumkonzentration der Mutter muss überwacht werden. Bei einer normalen Kaliämie der Mutter kann gestillt werden. Liste B. Detaillierte Informationen: [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Zulassungsinhaber: Doetsch Grether AG, 4051 Basel. Stand: Dezember 2021.

**Kalium Hausmann® Brausetabletten.** Z: Kaliumpräparat, alkalisierend. Brausetablette: 1685,9mg Kaliumcitrat und 1444mg Kaliumhydrogencarbonat entsprechend 30mmol Kalium bzw. 1172,9mg Kalium. I: Kalium-Substitution bei Kaliummangel, kombiniert mit Tendenz zur Azidose oder manifester metabolischer Azidose. D: Tagesdosen > 30mmol in 2–4 Gaben. Erhalt: Erw.: 40–80mmol tgl.; max. 150mmol tgl. Therapie: Erw.: 70–100mmol tgl.; max. 150mmol tgl. Prophylaxe: Erw.: 30–50mmol tgl.; max. 150mmol tgl. Brausetabletten zu den Mahlzeiten, in 1–2dl Wasser aufgelöst einnehmen; langsam trinken. Keine Daten bei Kindern. KI: Hyperkaliämie, Niereninsuffizienz, Oligurie, Hypoaldosteronismus, schwere Dehydratation, Magen-Darm-Ulzera, schwere Verbrennungen, gleichzeitig mit kaliumsparenden Diuretika. VM: Bei herzkranken Patienten. Kalium-Präparate können die Symptome der Thomsen-Krankheit erschweren. Die Diurese muss vor der Darreichung von Kalium gesichert werden. Beim Coma diabeticum wird Kalium erst nach erfolgter Behandlung der initialen Dehydratation gegeben, sobald die Diurese eingesetzt hat. UW: Gastrointestinale Störungen sind selten. Bei Patienten mit gestörter Kalium-Nierenausscheidung und Verteilung im Körper kann sich eine Hyperkaliämie entwickeln. IA: Mit Arzneimitteln, die durch Kaliumretention eine Hyperkaliämie fördern können (Spironolacton, Triamteren, Amilorid, Canrenon), ACE-Hemmer, Digitalis-Glykoside. S/S: Eine Kaliumtherapie kann während der Schwangerschaft angewendet werden. Die Plasmakaliumkonzentration der Mutter muss überwacht werden. Bei einer normalen Kaliämie der Mutter kann gestillt werden. Liste B. Detaillierte Informationen: [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Zulassungsinhaber: Doetsch Grether AG, 4051 Basel. Stand: Dezember 2021.