

# SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 21  
22. Mai 2024



**12 Doctor on Board**  
Was es im Fall der Fälle  
zu beachten gibt

**32 Integrierte Versorgung**  
Keine neue KVG-  
Regulierung notwendig

**43 Medikamentenengpass**  
Mit Unterschriften die  
Versorgung sichern

**50 Derangierte Elektrolyte**  
Grunderkrankung mit  
seltener Folge

abbvie

# Wirksam bei trockenen Augen<sup>1,2</sup> Auch bei Sonneneinstrahlung im Sommer<sup>3</sup>



Kassenzulässig<sup>4</sup>  
Kontaktlinsen-kompatibel<sup>1</sup>

**1.** Fachinformation Optava® Unit Dose. [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) **2.** Kaercher T et al. Treatment of patients with keratoconjunctivitis sicca with Optive: results of a multi-center, open-label observational study in Germany. Clin Ophthalmol 2009;3:33-39. **3.** van Setten G et al. Evidence of seasonality and effects of psychrometry in dry eye disease. Acta Ophthalmol 2016;94(5):499-506. **4.** Spezialitätenliste [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch)

Die Referenzen können durch Fachpersonen bei [medinfo.ch@abbvie.com](mailto:medinfo.ch@abbvie.com) angefordert werden.

#### Kurzfachinformation Optava® Unit Dose (Carmellosum natriicum)

**I:** Erw.: Behandlung der Symptome des trockenen Auges. **D:** 1-2 Tropfen 2x täglich oder nach Bedarf in das/die betroffene(n) Auge(n) einträufeln. Weitere gleichzeitig verabreichte ophthalmologische Arzneimittel sollten mindestens 15 Minuten vor der Instillation von Optava® Unit Dose angewendet werden, um einen Auswaschungseffekt zu verhindern. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. **W:** Präparat absetzen und Neubeurteilung bei Reizungen, Schmerzen, Rötungen oder Änderungen im Sehvermögen, Verschlechterung dieser Beschwerden oder Andauern von > 3 Tage. Nicht verwenden, wenn die Farbe der Lösung anders oder die Lösung trüb wird. Kontaktlinsen müssen vor der Anwendung von Optava® Unit Dose nicht entfernt werden. **IA:** Es wurden keine Interaktionsstudien durchgeführt. **UW:** Gelegentlich: Augenschmerzen, Augenpruritus und verschwommenes Sehen. Weitere UW nach Markteinführung: Augenreizungen und okuläre Hyperämie. **P:** Optava® Unit Dose: 30 x 0,4 ml. Liste D. **Z:** AbbVie AG, Alte Steinhauserstrasse 14, 6330 Cham. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation: [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) (V2).

**optava**<sup>®</sup>  
UNIT DOSE

# Gut zu wissen



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

In zwei Wochen stimmen wir über zwei Initiativen ab, welche die zukünftige Versorgung im schweizerischen Gesundheitswesen massgeblich beeinflussen werden: die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP und die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei. Die Meinungsbildung zu den beiden Initiativen ist immer noch im Gang. Gemäss der 1. SRG-Umfrage, die im April stattgefunden hat, hat sich erst ein Fünftel der Stimmberechtigten, die an der Umfrage teilgenommen haben, eine Meinung zur Kostenbremse-Initiative gebildet. Im Leitartikel auf S. 30 beschreibt Yvonne Gilli die beiden Initiativen kurz und liefert uns Fakten und Argumente für den Entscheidungsfindungsprozess. Während die FMH für die Prämien-Entlastungs-Initiative Stimmfreigabe beschlossen hat, bekämpft sie zusammen mit allen anderen Gesundheitsberufen die Kostenbremse-Initiative.

## Was geschieht, wenn auf einem Flug dringend nach einem Arzt oder einer Ärztin gesucht wird? Welche Aspekte gilt es zu beachten?

Verläufe von Krankheiten und Therapien nehmen immer wieder unerwartete Wendungen. Da empfiehlt es sich, breit informiert zu sein. Darum nimmt der Fallbericht in der medizini-

schon Publizistik einen grossen Stellenwert ein. Gut geschrieben und vollständig dargelegt erhöhen die Case Reports die Transparenz in der Medizin und können zur Entdeckung von relevanten medizinischen Problemen führen. In diesem Sinn möchte ich Ihnen die zwei Fallberichte im Swiss Medical Forum ab S. 54 beliebt machen. Der erste Fall widmet sich einer Neuroborreliose mit einer untypischen Verlaufsform, der zweite dem seltenen Insulinom.

Ein leichteres Thema beleuchtet Simon Maurer ab S. 12. Er geht der Frage nach, was geschieht, wenn auf einem Flug dringend nach einem Arzt oder einer Ärztin gesucht wird. Welche rechtlichen Aspekte gilt es zu beachten, welche Verpflichtung hat man in einer solchen Situation als medizinisch ausgebildete Person und was kann man schon im Vorfeld einer Reise unternehmen? In der Seitenspalte lesen Sie ausserdem den Erfahrungsbericht des Assistenzarztes Patrick Thalmann, der auf dem Flug nach Guadeloupe einen medizinischen Notfall an Bord betreuen musste.

Und falls Sie, so wie ich, klassische Musik mögen, so freut es Sie allenfalls, zu erfahren, dass das Benefizkonzert des European Doctors Orchestra am 23. Juni 2024 im Stadtcasino Basel stattfindet. Wir stellen ab S. 18 sieben Ärztinnen und Ärzte vor, die da musizieren werden.

Anzeige

# Wirksam bei trockenen Augen<sup>1,2</sup> Übers ganze Jahr<sup>3</sup>



1. Fachinformation Optava® Unit Dose. [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) 2. Kaercher T et al. Treatment of patients with keratoconjunctivitis sicca with Optiva: results of a multicenter, open-label observational study in Germany. *Clin Ophthalmol* 2009;3:33-39. 3. van Setten G et al. Evidence of seasonality and effects of psychrometry in dry eye disease. *Acta Ophthalmol* 2016;94(5):499-506. 4. Spezialitätenliste [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch)

Die Referenzen können durch Fachpersonen bei [medinfo.ch@abbvie.com](mailto:medinfo.ch@abbvie.com) angefordert werden.

Kurzfachinformation Optava® Unit Dose: Siehe Anzeige gegenüber vom Inhaltsverzeichnis.

Kassenzulässig<sup>4</sup>  
Kontaktlinsen-kompatibel<sup>1</sup>

**optava**  
UNIT DOSE



FIRST PRIORITY

---

CARDIAC

---

I R O N

---

REDUCTION

Ferriprox<sup>®</sup> provides proven survival and reduction in:<sup>1,2,3</sup>

- ✓ Cardiac iron
- ✓ Liver iron
- ✓ Serum ferritin



1. [swissmedicinfo.ch/ferriprox](http://swissmedicinfo.ch/ferriprox)

2. Antonio Piga and al, Comparative effects of deferiprone and deferoxamine on survival and cardiac disease in patients with Thalassemia major: a retrospective analysis, Journal of Hematology, vol 88, may 2003

3. Dudley J. Pennell and al, Randomized controlled trial of deferiprone or deferoxamine in beta-thalassemia major patients with asymptomatic myocardial siderosis, BLOOD, 1 MAY 2006 VOLUME 107, number 9

**Ferriprox<sup>®</sup> C:** Comprimés pelliculés de déféripnone 500 mg . **IN:** Traitement de la surcharge en fer chez les patients avec thalassémie majeure, chez lesquels un traitement par la déféroxamine est contre-indiqué ou inadapté. **PO:** La déféripnone est administrée par voie orale à raison de 25 mg/kg de poids corporel trois fois par jour. **CI:** Hypersensibilité au principe actif, médicaments pouvant provoquer une neutropénie ou une agranulocytose, grossesse, allaitement. **Préc:** Lors de neutropénie/agranulocytose, femme en âge de procréer . **Gross./All.:** Pas de données chez la femme enceinte; l'allaitement est contre-indiqué. **EI:** Neutropénie (fréquents), agranulocytose (fréquents), augmentation d'appétit, céphalées, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, chromaturie, arthralgie, augmentation des enzymes hépatiques, asthénie. **IA:** Les antiacides à base d'aluminium et les préparations contenant du sucralfate ne doivent pas être coadministrés et la vitamine C. **S:** Ne pas conserver au-dessus de 30 °C. **Prés:** Comprimés pelliculés avec sillon de sécabilité à 500 mg. Liste B. **Informations détaillées:** [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). **Titulaire de l'autorisation:** Chiesi SA. Mise à jour de l'information : mars 2022.

## Im Fokus



12

## Notfall in luftiger Höhe

**Auf Reisen** Es ist Ferienzeit, Sie sind im Flugzeug und plötzlich ruft die Cabin Crew händeringend nach einem Arzt oder einer Ärztin. Wie vorgehen, wenn man nicht gerade Intensivmedizinerin oder Notarzt bei der Rega ist? Neben rechtlichen Stolperfallen gibt es an Bord einiges zu beachten.

Simon Maurer



18

## Das ultimative Team

**Musizierende Mediziner** Etwa 100 Ärztinnen und Ärzte aus ganz Europa treffen sich zweimal jährlich, um gemeinsam für einen guten Zweck zu musizieren. Das diesjährige Benefizkonzert des European Doctors Orchestra zugunsten der Krebsliga beider Basel findet am 23. Juni 2024 im Stadtkasino Basel statt. Wir haben die Teilnehmenden zum Zusammenspiel von Musik und Medizin befragt.

Sarah Bourdely



80

## Wer hat Angst vorm Sensenmann?

**Arzt-Patienten-Kommunikation** Dieser Praxistipp greift eine Diskussion mit den Fachverantwortlichen für Palliativmedizin in der universitären Lehre an deutschen Universitäten auf. Sie ereignete sich vergangenes Jahr im November in München.

Wolf Langewitz

© Luca Bartulovic / HE&amp;AD

Anzeige

Kassenzulässig in der Liste B<sup>1</sup>

# Prostaplant®-F

Sabal WS® 1473 · Urtica WS® 1031

## Die überzeugende Lösung mit dem dualen Wirkmechanismus<sup>2</sup>

Zur Linderung von Beschwerden infolge benigner Prostatahyperplasie<sup>1</sup>

www.swissmedinfo.ch | www.schwabepharma.ch

Referenzen

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

Indikation auf Augenhöhe mit Tamsulosin<sup>1</sup> ✓

Ohne Beeinträchtigung der Sexualität<sup>1</sup> ✓



Schwabe  
Pharma AG

From Nature. For Health.

## Inhaltsverzeichnis

3	<b>Editorial von Sandra Ziegler</b> Gut zu wissen	34	<b>SIWF</b> Swiss Medical Education Course Compass
<b>8</b>	<b>REDAKTIONELLE INHALTE</b>	36	<b>FMH Aktuell</b> Ambulantisierung durch bessere Rahmenbedingungen stärken
8	<b>News</b>	39	<b>Personalien</b>
8	<b>Auf den Punkt</b> «Es gibt etliche Erschwernisse»	<b>40</b>	<b>ORGANISATIONEN</b>
12	<b>Coverstory</b> Notfall in luftiger Höhe	40	<b>Universitätsspital Genf</b> Psychedelika: therapeutischer Gebrauch vs. Freizeitkonsum
18	<b>Hintergrund</b> Das ultimative Team	43	<b>Ärzte mit Patientenapotheke (APA)</b> Medikamentenmangel? Als FMH-Mitglied Unterschriften für eine bessere Versorgung sammeln
24	<b>Forum</b> In memoriam: Walter Irniger (1933–2024)	44	<b>Stiftung Dialog Ethik</b> Leitlinie für die Gesundheitszentren für das Alter Zürich
26	<b>Forum</b> Briefe an die Redaktion	<b>47</b>	<b>SWISS MEDICAL FORUM</b>
78	<b>Porträt</b> «Ich bin ein Spitalbienli»	48	<b>Weekly Briefing von Lars C. Huber und Martin Krause</b>
80	<b>Praxistipp</b> Wer hat Angst vorm Sensemännli?	50	<b>Was ist Ihre Diagnose?</b> Derangierte Elektrolyte
82	<b>Zu guter Letzt von Daniel Schröpfer</b> Alles neu macht der Mai	54	<b>Der besondere Fall</b> Neuroborreliose mit meningovaskulitischer Verlaufsform
<b>29</b>	<b>FMH</b>	58	<b>Der besondere Fall</b> Insulinom: selten, aber unverkennbar
30	<b>Leitartikel des Zentralvorstandes</b> Was jeder und jede zur Kostenbremse-Abstimmung wissen sollte	61	<b>Forum</b> Briefe an die Redaktion
32	<b>FMH Aktuell</b> Die integrierte Versorgung braucht keine neue KVG-Regulierung	<b>62</b>	<b>SERVICES</b>
		62	<b>Stellenmarkt</b>
		68	<b>FMH Services</b>

## 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.vsdruk.ch

**Fotos:** Alle Fotos sind, sofern nicht anders angegeben, zur Verfügung gestellt. Titelbild: © HE&AD





SAEKK

Schweizerische  
Ärzte-Krankenkasse

# Weil auch Ärztinnen verunfallen.



Jetzt mehr  
erfahren.

Ein Erwerbsausfall durch Krankheit oder Unfall kann uns alle unerwartet treffen. Aber schon Hippokrates wusste: «Der beste Arzt scheint mir der zu sein, der sich auf Voraussicht versteht.»

Wir decken Ihren Lohnausfall mit einer Taggeld-Versicherung. Darum schon **heute für morgen sorgen.**

[saekk.ch/erwerbsausfall](https://saekk.ch/erwerbsausfall)



© Sophon Mangmeetanawong / Dreamstime

In den Kantonen Basel, Bern und Zürich gibt es universitäre Pilotprojekte, die die Abgabe von Cannabis über längere Zeiträume untersuchen.

#### Auf den Punkt

## «Es gibt etliche Erschwernisse»

**Alternative Arznei** Cannabis als First-Line-Treatment? Cannabinoide Arzneimittel können Patientinnen und Patienten zu besserem Schlaf, weniger Schmerzen und mehr Lebensqualität verhelfen – davon ist Bea Goldman überzeugt. Doch Wissensdefizite bei medizinischem Fachpersonal und hohe Kosten bremsen den Einsatz.

Interview: Dominique Fischer

#### Welche Vorteile hat der Einsatz von Cannabis in der Pflege?

Bei hochaltrigen Patientinnen und Patienten kann der Einsatz von Cannabinoiden Arzneimitteln (CAM) hilfreich sein, um Leiden zu reduzieren und die Lebensqualität positiv zu beeinflussen. Wenn Betroffene weniger Schmerzen haben, sich mehr bewegen können, besser schlafen, essen und besser mit ihrer Situation oder Erkrankung umgehen können, dann hat das sicherlich einen positiven Einfluss auf die Pflegenden und Angehörigen, ob zuhause oder in Pflegeinstitutionen.

#### Bei welchen Krankheiten empfehlen Sie den Einsatz von Cannabis?

In vielen Disziplinen wird Cannabis bereits eingesetzt, allerdings nicht als First-Line-Treatment, sondern erst, wenn alle anderen Optionen ausgereizt sind und das Leid anhält.

CAM wird eingesetzt bei den degenerativen Erkrankungen, bei Polyneuropathie und diversen Schmerzzuständen verschiedener Ursachen, besonders bei Lower Back Pain, Rückenmarksverletzten, um nur ein paar zu nennen. Spastik ist einer der Hauptverschreibungsgründe für CAM. In der Onkologie sind häufige Indikationen Übelkeit, Kachexie, Muskel-/Nervenschmerzen, Schlafstörungen etc. Bei geriatrischen oder palliativen Patienten kann CAM wesentlich zur Reduktion ihrer Symptomlast beitragen und durch verbesserten Schlaf kann sich die Stimmung und Coping verbessern. Patientinnen und Patienten mit dermatologischen Indikationen, im



**Bea Goldman**

MSc APN, Specialty Care Medical Cannabis & Neuro-palliation, Stauffacher Apotheke ZH



Speziellen bei Neurodermitis, Psoriasis oder Tumorthherapie bedingten Hautschäden, kann CBD-Creme sehr wertvoll sein.

### Warum ist Cannabis besser geeignet als andere Medikamente?

Das kann man so pauschal nicht sagen. CAM sollte einfach einen Platz haben in der Medizin als eine Therapieoption, und zwar nicht als Allerletztes «wenn alles nichts hilft». Ausserdem, wie bei vielen anderen Medikamenten, geht man auch bei CAM von einer Non-Responder-Rate von etwa 30% aus. Wenn man den medizinischen Grundsatz «primum non nocere» wirklich ganz beherzigen würde, dann müsste man in ganz vielen medizinischen Gebieten CAM vielleicht schon als First-Line-Treatment versuchen. Bevor Therapien mit zum Teil gravierenden Nebenwirkungen, Suchtrisiko oder probatorischen, riskanten (Off-Label) Verschreibungen erfolgen.

### Nach welchen Richtlinien wird auf den Einsatz von Cannabis zurückgegriffen?

Seit August 2022 ist die Therapie mit CAM in den Händen der Ärzteschaft und braucht keine Einzelbewilligung des BAG mehr. Die Schweizerische Gesellschaft für Cannabis in der Medizin (SGCM) hat zur Therapie mit CAM verschiedene Therapieempfehlungen publiziert und wird weitere erarbeiten. Bei CAM über 1% THC kommen reguläre Kontrollmassnahmen, wie für andere kontrollierte Substanzen aus dem Verzeichnis zur Anwendung. Jede Medizinalfachperson mit Verschreibungsberechtigung kann mit einem Betäubungsmittelrezept CAM verschreiben. Jedoch müssen Patientinnen und Patienten ins BAG-MeCanna-Register eingetragen werden. Mit dieser prospektiven, obligatorischen BAG-Datensammlung erhofft man sich Erkenntnisse zur CAM-Anwendung in der Schweiz.

### Wie sehen Sie das Thema Cannabis in der Medizin in der Zukunft?

Es gibt etliche Erschwernisse. Das Wissensdefizit bei medizinischen Fachpersonen, Vorurteile und die hohen Kosten sind für die Sache der CAM nicht förderlich. Ebenso ist die Forschungsfinanzierung ein Problem und milliardenschwere ausländische Grosskonzerne versuchen, auf verschiedene Arten in der Schweiz an Einfluss zu gewinnen. Es gibt auch viele positive Entwicklungen. Drei Vorstandsmitglieder der SGCM haben mit Unterstützung der Ostschweizer Fachhochschule (FH OST) und der Patientenvereinigung Medcan eine industrieunabhängige, interprofessionelle erfolgreiche CAM-Fortbildung auf die Beine gestellt, welche nun vom BAG und vom Kanton SG gefördert wird. Auch auf politischer Ebene ist einiges im Gange: In den Kantonen Basel, Bern und Zürich gibt es universitäre Pilotprojekte, die die Abgabe von Cannabis über längere Zeiträume untersuchen.

### Persönlich

## Kantonsspital Baselland befördert Alessandra Angelini



Dr. med.  
Alessandra  
Angelini

**KSBL** Dr. med. Alessandra Angelini hat Anfang Mai 2024 die stellvertretende Leitung der Klinik Innere Medizin am Kantonsspital Baselland (KSBL) übernommen. Sie ist seit 22 Jahren am KSBL tätig und seit 2017 Leitende Ärztin in der Inneren Medizin, so das KSBL. Das Studium in Humanmedizin hat Angelini an der Universität Basel absolviert und 1998 mit dem Staatsexamen abgeschlossen. Ihre Weiterbildungsjahre führten sie schon früh ans Kantonsspital Baselland, wo sie seit 2002 in verschiedenen Abteilungen tätig war und im 2023 die Allgemeine Innere Medizin im Zentrum Bauch leitete. 2005 erlangte Alessandra Angelini den Facharzttitel für Allgemeine Innere Medizin und wurde zur Oberärztin befördert. 2008 erwarb sie den Fähigkeitsausweis Notfallmedizin. 2019 erhielt sie eine Auszeichnung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) für ihr Engagement in der ärztlichen Weiterbildung. Ihre Schwerpunkte liegen in der Allgemeinen Inneren Medizin, in der Notfallmedizin, in der Aus- und Weiterbildung des Nachwuchses, sowie in der Sonographie, wo sie 2024 den Fähigkeitsausweis «POCUS Basisnotfallsonographie Komponente 1» erwarb.

## Schaffhausen: neue Leitende Ärztin Senoradiologie



Dr. med. Barbara  
Grüber-Hoffmann

**SSH** Dr. med. Barbara Grüber-Hoffmann ist per 1. Juli 2024 zur Leitenden Ärztin Senoradiologie am Kantonsspital Schaffhausen gewählt worden. Dies teilen die Spitäler Schaffhausen (SSH) mit. Grüber-Hoffmann ist seit 2020 als Leitende Ärztin Radiologie am Bürgerspital Solothurn tätig. Sie studierte Humanmedizin in Deutschland und schloss im Jahr 1989 ab. 1994 wurde ihr die ärztliche Approbation erteilt. Zur Facharztausbildung war sie als Assistenzärztin und anschliessend als Oberärztin am Universitätsklinikum Heidelberg (DE) tätig. Im Jahr 2003 erlangte Grüber-Hoffmann den Facharzttitel für Diagnostische Radiologie. Von 2006 bis 2013 arbeitete sie als Fachärztin in zwei radiologischen Praxen im Raum Mannheim und Heidelberg, überwiegend im Fachgebiet der Mamma-Diagnostik. Nach ihrem Wechsel in die Schweiz im Jahr 2013 wirkte Barbara Grüber-Hoffmann als Oberärztin mbF Radiologie am Spital Grabs und anschliessend am Kantonsspital Aarau. Ab 2015 war sie als Leitende Ärztin Radiologie erst am Bürgerspital Solothurn und ab 2016 am Kantonsspital Winterthur tätig.

## Aus der Wissenschaft

## Lepra: Eichhörnchen unter Verdacht

**Archäologie** Forschende der Universitäten Basel und Zürich konnten nachweisen, dass rote Eichhörnchen schon im mittelalterlichen England Lepraerreger in sich getragen haben, wie die Universität Basel mitteilt. Die Forschenden stellten zudem fest, dass die Leprabakterien der Eichhörnchen nah verwandt mit Leprabakterien sind, die man aus mittelalterlichen menschlichen Skeletten aus derselben Region isoliert hat. Die Ergebnisse erschienen im Fachmagazin «Current Biology». Wahrscheinlich habe es einen Austausch der Bakterien zwischen Tier und Mensch zu dieser Zeit gegeben, so die Forschenden. Nach dem heutigen Kenntnisstand sei aber nicht klar, ob die Eichhörnchen die Menschen ansteckten oder umgekehrt. Die Ergebnisse seien auch für heute relevant, da Tiere als Wirte von Lepra noch immer sehr wenig Beachtung finden, auch wenn sie für das Verständnis der Persistenz der Krankheit von Bedeutung sein könnten.

doi: 10.1016/j.cub.2024.04.006

## Gel baut Alkohol im Körper ab

**Rauschfrei** Ein neues Präparat könnte die negativen Folgen des Alkoholkonsums eindämmen. Entwickelt wurde das Gel von Forschenden der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich (ETH); es soll die gesundheitsschädigende und berauschende Wirkung von Alkohol reduzieren, wie die ETH mitteilt. Das neu entwickelte Protein-Gel baue Alkohol bereits im Magen-Darm-Trakt ab, so die ETH. In einer kürzlich in der Fachzeitschrift «Nature Nanotechnology» erschienenen Studie zeigen die ETH-Forschenden an Mäusen, dass das Gel Alkohol schnell und effizient in harmlose Essigsäure umwandelt, bevor dieser ins Blut gelangt und dort seine berauschende und gesundheitsschädigende Wirkung entfaltet. «Das Gel verlagert den Alkoholabbau von der Leber in den Verdauungstrakt. Im Gegensatz zum Alkoholstoffwechsel in der Leber entsteht dabei aber nicht das schädliche Zwischenprodukt Acetaldehyd», erklärt Raffaele Mezzenga, Professor für Lebensmittel und weiche Materialien an der ETH Zürich.

doi.org/10.1038/s41565-024-01657-7

## Preise und Auszeichnungen

## «Time» ehrt Bloch und Courtine



Jocelyne Bloch und Grégoire Courtine geniessen weltweit ein hohes Ansehen.

© Weber Gilles / CHUV 2023

**Neurologie** Sie sind Rockstars: Prof. Dr. med. Jocelyne Bloch, Neurochirurgin am Universitätsspital und an der Universität Lausanne, und Prof. Grégoire Courtine, Neurowissenschaftler an der ETH Lausanne, gehören zu den wenigen Vertretern Europas, die das US-Magazin «Time» zu den 100 einflussreichsten Personen im globalen Gesundheitswesen gewählt hat.

Ausgezeichnet wurden die beiden Forschenden in der Kategorie «Pioneers», wie das Magazin schreibt. Bloch und Courtine arbeiten seit Jahren an Methoden, um zerstörte Nerven und Nervenverbindungen wiederherzustellen. So entwickelten sie eine «digitale Brücke», die die Verbindung zwischen den Befehlen des Gehirns und den Beinen

wiederherstellen kann, wenn das Rückenmark zerstört wurde. Bis in zehn Jahren soll die Technologie der Allgemeinheit zur Verfügung stehen, wie Grégoire Courtine gegenüber «Time» sagte.

Im Jahr 2023 gelang es ihnen, einem Parkinson-Patienten mit einer Neuroprothese – einem Implantat im Rückenmark – zu flüssigem Gehen zu verhelfen. Publiziert wurde dieser Erfolg im Fachmagazin «Nature».

Dank einer Spende der Parkinson-Stiftung des Schauspielers Michael J. Fox kann das Duo dieses Jahr klinische Versuche an sechs weiteren Patienten durchführen, die aufgrund ihrer Krankheit an Gehbehinderungen leiden.

## In Zahlen

## Impfprogramm rettet Leben



Seit der Einführung des weltweiten Impfprogramms für Kinder durch die Weltgesundheitsorganisation im Jahr **1974** konnten rund **154 Millionen** Todesfälle verhindert werden.

Davon **146 Millionen** bei Kindern unter **5 Jahren**, wie eine Studie unter Mitwirkung des Schweizerischen Tropen- und Public Health-Instituts zeigt (doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00850-X).



Gemäss der Studie sind Impfungen für **40%** des beobachteten Rückgangs der weltweiten Säuglingssterblichkeit verantwortlich, in Regionen wie Afrika sogar für **52%**.



© Zis / Dreamstime; Sergei Sizkov / Dreamstime; Ramesh Chinnasamy / Dreamstime

## Kopf der Woche

## Mr. Hausarzt tritt ab



Dr. med. Philippe Luchsinger

**Präsidiumswechsel** Nach sieben Jahren an der Spitze des Verbands Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) übergibt Philippe Luchsinger sein Amt. Seine Nachfolge treten Monika Reber und Sébastien Jotterand im Co-Präsidium an. Sie wurden Anfang Mai an der Delegiertenversammlung gewählt.

Philippe Luchsinger kam 2014 als Vorstandsmitglied zu mfe. In den vergangenen zehn Jahren hat er sich dafür eingesetzt, die Haus- und Kinderärzteschaft in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen und ihr eine Stimme zu geben. «Wir haben es geschafft, die Position der Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte in der Politik, in der Verwaltung, bei den Partnern, bei den Versicherern und in den Medien zu stärken. An uns kommt man nicht vorbei.»

Blickt Luchsinger in die Zukunft, sieht er vor allem zwei Herausforderungen, die den Verband in den nächsten Jahren beschäftigen werden. «Zum einen müssen unbedingt mehr Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte aus- und weitergebildet werden, sonst fällt unser Gesundheitswesen wie ein Kartenhaus zusammen. Zum anderen braucht es eine Entschädigung, die unsere Arbeit korrekt abbildet. Seit 20 Jahren arbeiten wir mit einem verzerrten Tarif und mit Tax-

punktwerten, die schlicht zu tief sind. Ohne TARDOC und ohne Anpassung der Taxpunktwerte wird die Grundversorgung ausgeblutet.» Auch nach seiner Präsidentschaft bleibt Luchsinger mfe als Vorstandsmitglied erhalten. «Nach so vielen Jahren hat man einen rechten Erfahrungsrucksack. Meine Nachfolgerin und mein Nachfolger, der Vorstand und der Verband sollen davon profitieren können.»

Neben seinem standespolitischen Engagement ist der Allgemeinmediziner seit über 36 Jahren als Hausarzt in Affoltern am Albis tätig. Doch auch in diesem Bereich steht eine Veränderung an: Im Juni wird Philippe Luchsinger seine Praxis übergeben und in Pension gehen. «Ich werde die Menschen, mit denen ich einen Teil meines und ihres Lebens verbracht habe, vermissen. Gleichzeitig bin ich erleichtert, dass ich die Praxis, so wie sie ist, weitergeben kann, und die Verantwortung nicht mehr auf meinen Schultern liegt», sagt der 66-Jährige. Er freue sich auf einen neuen Abschnitt mit deutlich weniger Verpflichtungen und mehr Zeit. Gleichzeitig möchte er die Jahre als Hausarzt nicht missen: «Nirgends ist man in der Medizin näher beim Menschen, beim Leben, in seinem ganzen Umfang, bis zum Tod, mit allen Facetten, die so ein Leben beinhalten kann.»



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

## Aufgefallen



© ETH Zürich / Alessandro Della Bella

**Spitzenforschung** Mitte Mai wurde das neue Forschungsgebäude BSS der ETH Zürich auf dem Life-Science-Campus in Basel eingeweiht. Das fünfeckige Atriumgebäude der Münchner Nickl & Partner Architekten AG erhielt den «Iconic Award 2023». In unmittelbarer Nähe zu Partnern aus Medizin und Pharma arbeiten hier rund 320 Forschende aus 42 Ländern an innovativen medizinischen Lösungen, wie die ETH mitteilt.



# Notfall in luftiger Höhe

Grü  
ich

**Auf Reisen** Es ist Ferienzeit, Sie sind im Flugzeug und plötzlich ruft die Cabin Crew händeringend nach einem Arzt oder einer Ärztin. Wie vorgehen, wenn man nicht gerade Intensivmedizinerin oder Notarzt bei der Rega ist? Neben rechtlichen Stolperfallen gibt es an Bord einiges zu beachten.

Simon Maurer



Es ist nicht das Szenario, das sich Medizinerinnen und Mediziner wünschen: Nachdem man den Dienst im Spital oder der Praxis beendet hat, sitzt man entspannt im Flugzeug und freut sich auf ein paar freie Tage. Doch so einfach kommt man nicht von der Arbeit los, denn plötzlich geht es der Sitznachbarin zwei Reihen weiter hinten schlecht. Nach einem kurzen Röcheln sackt sie zusammen. Die Flight Attendants suchen über das Bordmikrofon medizinisches Fachpersonal, welches die Frau retten könnte. Was tun in dieser Situation, wenn die letzte intensivmedizinische Fortbildung schon ein paar Jahre her ist, und man sich wegen der Rechtslage unsicher ist?

**Das Bordpersonal ist notfallmedizinisch ausgebildet und lässt sich jedes Jahr neu zertifizieren.**

#### Erster Schritt beim Einsteigen

Wer an diesem Punkt angelangt ist, hat bereits einen ersten hilfreichen Schritt ausgelassen, denn mit der Suche der Cabin

«Ezi,  
bin Ärztin!»



Crew geht wertvolle Zeit verloren. «Im Idealfall stellen sich Ärztinnen und Ärzte bereits beim Einsteigen dem Bordpersonal vor», erklärt Patricia Klaus, Head of Medical Training bei Lufthansa Aviation Training und Initiantin des «Doctor

on Board»-Kurses der Lufthansa. Viele hätten Hemmungen, dies zu tun, weil sie befürchten würden, arrogant zu wirken. Doch das sei unbegründet, das Bordpersonal sei froh, wenn es wisse, wen es im schlimmsten Fall kontaktieren könne.

### Tipps für den Fall der Fälle

1. Sich als Arzt oder Ärztin bereits beim Einsteigen identifizieren.
2. ABCDE selbst durchführen, die Herzdruckmassage aber der ausgebildeten Besatzung überlassen.
3. Kontaktaufnahme mit MedAire bei Unsicherheiten. Absprache mit Kapitän und Besatzung bezüglich Notwendigkeit einer Notlandung.
4. Ruhe bewahren: Die allermeisten Notfälle sind nicht lebensbedrohlich.
5. Sich vom Umgebungslärm nicht verwirren lassen und Druckverhältnisse in der Kabine beachten.
6. Sich nach dem Einsatz an Bord eine Versicherungsbestätigung aushändigen lassen.

### «Im Idealfall stellen sich Ärztinnen und Ärzte bereits beim Einsteigen dem Bordpersonal vor», sagt Patricia Klaus von der Lufthansa.

Wem das trotzdem zu unangenehm ist, der kann sich online beim «Doctor on Board»-Programm anmelden, das heute viele Fluggesellschaften anbieten. Ein Kursbesuch ist dafür nicht nötig, wird von den Fluggesellschaften aber empfohlen, weil die Teilnehmenden praktische Trainings in Flugzeugattrappen absolvieren und so für den Ernstfall viel Sicherheit gewinnen. Das kann neben dem Wissen um flugphysiologische Aspekte entscheidend sein, wenn man sich plötzlich als Nothelferin oder Nothelfer auf einem Flug wiederfindet.

### Unterschiede bei Fluggesellschaften

Normalerweise braucht man die Inhalte aus dem Kurs zum Glück nicht – nur in einem von 604 Flügen tritt gemäss einer Studie tatsächlich ein medizinischer Notfall auf [1]. Wenn es aber so weit kommt, ist es wichtig, dass sich alle Helferinnen und Helfer melden, die medizinisches Fachwissen besitzen. Ob sie dazu rechtlich verpflichtet sind, ist allerdings von verschiedenen Faktoren abhängig. Denn sobald die Türen eines Flugzeugs geschlossen sind, gilt in der Kabine Flaggenrecht: Also das Recht des Landes, in dem das Luftfahrzeug immatrikuliert ist [2]. Das bedeutet, dass beispielsweise bei Flügen der Swiss Schweizer Recht gilt und Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind, notleidenden Personen erste Hilfe zu leisten. Das gleiche gilt für deutsche und französische Fluggesellschaften, nicht aber für amerikanische [3]. Auch an Bord von britischen Fluggesellschaften müssen Medizinerinnen und Mediziner rechtlich gesehen nicht aushelfen – sie sind nur in moralischer Pflicht.

### Kommt es zu einem Notfall, ist es wichtig, dass sich alle Personen melden, die medizinisches Fachwissen besitzen.

Vor rechtlichen Querelen muss man sich auch nach einem notfallmedizinischen Einsatz an Bord zumindest bei der Swiss nicht fürchten. Die Fluggesellschaft deckt mit einer Versicherung allfällige Haftungsansprüche gegenüber Ärztinnen und Ärzten ab. Davon ausgeschlossen sind nur Fälle, bei denen grob fahrlässig gehandelt wurde. Und selbst in amerikanischen Inlandflügen gilt die 1998-AMAA-Regelung, welche festlegt, dass die Haftung für nothelfende Ärztinnen und Ärzte an Bord beschränkt ist und nur für «grobe Fahrlässigkeit und bewusst schädliches Verhalten» gilt [4, 5]. Allerdings wird bei Flügen mit amerikanischen Fluggesellschaften oft nach einer schriftlichen Bestätigung gefragt, die garantiert, dass man tatsächlich Medizinerin oder Mediziner ist.

### Inhalt des Emergency Medical Kit der Swiss

- Blutdruckmessgerät
- Stethoskop
- Pulsoxymeter
- Glucometer (Sensor, Lanzette, Umrechnungstabelle mg/mmol)
- Kleiderschere gebogen
- Reflexhammer
- Mundspatel
- Lampe
- Handschuhe, Einweg, nicht steril
- Diverse Medikamente

## Versicherung



### Äusserst selten lebensbedrohlich

Wenn man sich die formellen Bedingungen klargemacht hat, steht einem engagierten Einsatz nichts mehr im Weg. Nachdem sich Ärztinnen und Ärzte bei der Cabin Crew gemeldet haben, erhalten sie einen standardisierten Medikamentenkoffer und ein Emergency Medical Kit (siehe Kasten). Darin sind neben diversen Medikamenten auch ein Stethoskop, Blutdruckmessgerät sowie ein Glucometer enthalten. Diagnostik ist also möglich, wobei zu beachten ist, dass die meisten Notfallursachen an Bord harmlos sind. Nur um die 2% der Vorfälle nehmen ein lebensbedrohliches Ausmass an [6]. Die mit Abstand häufigsten Gründe für einen medizinischen Notfall sind laut Pressestelle der Swiss kurzzeitige Synkopen wegen Dehydration sowie Atemwegsstörungen. Bereits deutlich seltener ist Notfallursache Nummer drei: gastrointestinale Infektionen, die sich Reisende in den Ferien aufschnappen.

### Wichtig: Team miteinbeziehen

Im Ernstfall werden Ärztinnen und Ärzte mit dem Notfalldkoffer von der Cabin Crew zu der notleidenden Person geführt. Diese wird zur Behandlung in die Bordküche gebracht, wenn das möglich ist. Dort sollten Medizinerinnen und Mediziner die Person analysieren und ein notfallmedizinisches ABCDE ausführen. «In diesem Moment ist schnelles und ruhiges Handeln Gold wert», sagt Patricia Klaus vom



Lufthansa Aviation Training. Man dürfe sich dabei nicht von der hektischen Atmosphäre verunsichern lassen. Anders als am Boden halten sich die Passagierinnen und Passagiere in einem engen, begrenzten Raum auf, es könne schnell hektisch werden. Todesfälle wegen medizinischer Probleme an Bord seien aber extrem selten.

## Der Entscheid für eine Notlandung liegt beim Flugkapitän, für Ärztinnen und Ärzte ist eine konsiliarische Rolle vorgesehen.

Das liegt auch am Bordpersonal, das notfallmedizinisch ausgebildet ist und sich jedes Jahr neu zertifizieren lassen muss. Die Leiterin der medizinischen Dienste der Swiss, Dr. med. Angela Ensslin, erklärt: «Ein unterstützender Arzt sollte nicht vergessen, die CPR der ausgebildeten Kabinenbesatzung zu überlassen und selbst in der Rolle des Fallmanagers zu bleiben.» Wer als Arzt oder Ärztin keine speziellen Erfahrungen mit Herzdruckmassagen bei Kreislaufstillstand hat, muss die Wiederbelebung also nicht selbst durchführen und kann allenfalls den automatischen externen Defibrillator bedienen.

«Bei Bedarf kann auch die Unterstützung von MedAire hinzugezogen werden», sagt Arbeitsmedizinerin Ensslin. MedAire ist der weltweit grösste Anbieter von notfallmedizinischen Konsilien für Airlines. Täglich berät die Firma Flugzeuge, die von medizinischen Notfällen betroffen sind [7]. Sie kommt auch zum Einsatz, wenn auf einem Flug einmal keine medizinische Fachperson gefunden werden kann und liefert eine Einschätzung, bei welchen Notfällen ein Flug tatsächlich notlanden muss – und ob das am Aufenthaltsort des Flugzeugs überhaupt sinnvoll ist. Der Entscheid für eine Notlandung liegt allerdings immer beim Flugkapitän, für Ärztinnen und Ärzte ist eine konsiliarische Rolle vorgesehen.

## Man müsse beachten, dass Personen in der Flugzeugkabine einen verminderten Sauerstoffpartialdruck aufweisen.

### Was in der Luft anders ist

Notfallmedizinisch unterscheidet sich das Vorgehen an Bord nicht allzu sehr von dem Gewohnten. «Grundsätzlich kann man sich am medizinischen Vorgehen am Boden orientieren», sagt Angela Ensslin. Beachten müsse man aber, dass Personen in der Flugzeugkabine einen verminderten Sauerstoffpartialdruck aufweisen, weil die Druckverhältnisse erniedrigt sind, etwa so wie auf 2000 Metern über Meer [8, 9]. Konkret bedeutet dies, dass im Flugzeug ein Blut-Sauerstoffpartialdruck von um die 60 mmHg vorliegt im Vergleich mit Normalwerten von über 80 mmHg

am Boden auf Meereshöhe. Ähnlich verhält sich die Sauerstoffsättigung  $SpO_2$ , die beim durchschnittlichen Fluggast bei nur 93% liegen kann [10].

«Bei Patienten mit respiratorischen Vorerkrankungen können diese Umstände relevant sein», erklärt Angela Ensslin. Hinzu komme, dass die Fluggäste wegen der Flugreise oft gestresst seien. Die Gefahren von Hyperventilation muss man beim Patientenmanagement an Bord demnach auch im Hinterkopf behalten. Der Druckabfall in der Kabine nach dem Abflug sorgt entsprechend Boyle's Gesetz auch dafür, dass sich im Körper gefangene Luft ausdehnt – Werte bis zu einer Rate von 30% wurden schon beobachtet [11]. Deshalb sollten Personen mit einer kürzlich erfolgten Bauchoperation möglichst ein paar Wochen warten bis zum nächsten Flug. Langes Sitzen auf Interkontinentalflügen erhöht ausserdem das Thromboserisiko, weshalb bei entsprechender Klinik speziell auch an diese Möglichkeit gedacht werden sollte.

### Versicherung nicht vergessen

Weiter können der hohe Geräuschpegel und die schlechten Lichtverhältnisse im Flugzeug den behandelnden Arzt oder die behandelnde Ärztin verwirren. Es gibt mehrere Berichte von Medizinerinnen und Mediziner, die vermuteten, das



Bord-Stethoskop sei kaputt, als sie weder Herztöne noch Atemgeräusche über der Lunge hörten. Später stellte sich dann aber heraus, dass dies an den zu lauten Hintergrundgeräuschen lag, welche die Einschätzung des Zustandes des Patienten erschwerten. Darum gilt an Bord: Nicht jede auf den ersten Versuch nicht auskultierbare Lunge ist ein Pneumothorax. Und nicht jeder initial fehlende Herzton muss ein klinisches Korrelat haben.

## Personen mit einer kürzlich erfolgten Bauchoperation sollten ein paar Wochen warten bis zum nächsten Flug.

Nach der Lösung des Falles folgt am Boden in der Regel die Übergabe der notleidenden Person an die bereits alarmierte Ambulanz. Die Fälle bleiben aus Datenschutzgründen geheim, die Cabin Crew und die beteiligten medizinischen Fachpersonen erfahren normalerweise nicht, wie es der geretteten Personen weiter erging. Ratsam ist aber, sich vom Kabinenpersonal vor dem Verlassen des Flugzeugs die Versicherungsbestätigung der Fluggesellschaft aushändigen zu lassen, wenn das nicht schon passiert ist. Danach steht den hoffentlich patientenfreien Ferien nichts mehr im Weg.



### Literatur

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

© HE&AD

### Erlebnisbericht

## «Das Adrenalin unterdrückte den Würgereiz»

Der ganze Flug war für mich eine Torpedur! Einer Lebensmittelvergiftung sei Dank, verbrachte ich die Hälfte der Zeit auf der Bordtoilette. Als ich vom gefühlt hundertsten Toilettengang zurückkehrte, kam der Ausruf: «Is there a doctor on board?». Das Adrenalin schien meinen Würgereiz Gott sei Dank zu unterdrücken und nach einer kurzen Besprechung mit meiner Freundin, die ebenfalls Ärztin ist, meldeten wir uns.

Auf dem Weg zum Patienten spürten wir die Blicke der restlichen Passagiere auf uns. Weil niemand Schweizerdeutsch sprach, konnten meine Freundin und ich uns gegenseitig Mut zusprechen.

Der Patient war offenbar einige Male synkopiert und hatte mehrmals erbrochen. Ansonsten war er am Bauch voroperiert, hatte seit mehreren Tagen keinen Stuhlgang und am «Vorstellungstag» auch keinen Wind. Die Vitalparameter waren stabil. Das Stethoskop hatte ich glücklicherweise im Rucksack und so schritten wir zur klinischen Untersuchung. Darmgeräusche: einzelne metallische. Druckdolentes, balloniertes Abdomen.

Die Verdachtsdiagnose war schnell gestellt, von einem lebensbedrohlichen Zustand gingen wir bei stabilen Vitalparametern nicht aus. Daraufhin folgte die Frage der Crew: Ist der Patient stabil oder braucht es eine Notlandung? Wir waren zu diesem Zeitpunkt mitten auf dem Atlantik. Meine Freundin und ich berieten uns und kamen zum Schluss: stabiler Patient, keine Notlandung! Trotzdem wollten wir die Vitalparameter regelmässig messen und dem Patienten etwas Volumen intravenös zukommen lassen. Der Wunsch nach einem venösen Zugang stellte die Crew aber vor Probleme: Offenbar dürfen sie dies nur nach telefonischer Rücksprache mit einem Arzt der Airline. Nach weiteren Fragen danach, wie sicher wir unserer Diagnose seien und nach diversen Gesprächen mit dem «Airlinearzt», teilte die Crew uns mit, dass sie auf einen venösen Zugang verzichten würde. Während des restlichen Flugs erbrach der Patient noch zweimal. Nach der Landung übergaben wir ihn der Ambulanz und erhielten von der Airline für unsere Mühen einen Gutschein.

Es war ein spannendes Erlebnis, vor allem weil man sich mit einer Situation konfrontiert sieht, in der man kein Blutbild, keine Bildgebung und keinen erfahrenen Hintergrund hat und trotzdem eine unter Umständen sowohl ökonomisch als auch gesundheitlich relevante Entscheidung zu treffen hat.

Meine Lektion: In Zukunft melde ich mich bei Flügen bereits beim Einsteigen beim Kabinenpersonal und gebe mich als Arzt zu erkennen (ausser bei amerikanischen Airlines), um die Verwirrung und die vielen Blicke zu vermeiden.



### Dr. med. Patrick Thalmann

Assistenzarzt in der Abteilung für Gastroenterologie des Centre hospitalier universitaire in Guadeloupe. Auf der Hinreise erlebte er einen medizinischen Notfall.

Neu  
kassen-  
zulässig<sup>1</sup>

# Vita Hepa 600

Artischockenblätter-Extrakt  
bei Magen-Darm-Beschwerden

## Für eine ausgeglichene Verdauung<sup>2-4</sup>

### Vita Hepa 600® Dragées – regen den Gallenfluss an und unterstützen die Fettverdauung<sup>3,4</sup>

- zur Behandlung von Magen-Darm-Beschwerden wie Verdauungsstörungen, Völlegefühl und Blähungen<sup>2</sup>
- günstiges Verträglichkeitsprofil<sup>2</sup>
- kassenzulässig<sup>1</sup>



**Referenzen:** **1)** Bundesamt für Gesundheit, Spezialitätenliste, [www.spezialitaetenliste.ch](http://www.spezialitaetenliste.ch), Status 1. Juli 2023. **2)** Patienteninformation Vita Hepa 600® unter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). **3)** Holtmann G et al. Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia: a six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:1099 – 1105. doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01767.x. **4)** Ben Salem M et al. Pharmacological Studies of Artichoke Leaf Extract and Their Health Benefits. *Plant Foods Hum Nutr.* 2015;70(4):441 – 453. doi: 10.1007/s11130-015-0503-8. Medizinische Fachleute können bei Bedarf die zitierte Literatur bei Doetsch Grether AG (Adresse unten) anfordern.

#### Gekürzte Fachinformation Vita Hepa 600 Dragées

**Wirkstoffe:** Artischockenblättertrockenextrakt (*Cynara cardunculus* L., folium), DEV 4 – 6:1, Auszugsmittel: Wasser für Extraktionszwecke. **Indikationen:** zur Behandlung von Magen-Darm-Beschwerden wie Verdauungsstörungen, Völlegefühl und Blähungen. **Dosierung:** Erwachsene 2-mal täglich 1 Dragée. **Kontraindikationen:** Bei Allergie gegen Artischocken und andere Korbblütler sowie bei Verschluss der Gallenwege; bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. **Warnhinweise:** Bei Gallensteinleiden und Zuckerunverträglichkeit. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Risiken sind keine bekannt, es fehlen aber systematische wissenschaftliche Untersuchungen. **Unerwünschte Wirkungen:** bei bestimmungsgemäsem Gebrauch sind keine bekannt. **Packungen:** 20, 50 oder 100 Dragées. **Liste D;** Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Stand der Information: August 2022.

Informationen basieren auf der Patienteninformation. Ausführliche Information siehe [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).





Das European Doctors Orchestra veranstaltet jedes Jahr zwei Benefizkonzerte.

# Das ultimative Team

**Musizierende Mediziner** Etwa 100 Ärztinnen und Ärzte aus ganz Europa treffen sich zweimal jährlich, um gemeinsam für einen guten Zweck zu musizieren. Das diesjährige Benefizkonzert des European Doctors Orchestra zugunsten der Krebsliga beider Basel findet am 23. Juni 2024 im Stadtkasino Basel statt. Wir haben die Teilnehmenden zum Zusammenspiel von Musik und Medizin befragt.

Sarah Bourdely

**E**in Laienorchester, bestehend aus musikbegeisterten Medizinerinnen und Medizinern aus ganz Europa: So könnte man das European Doctors Orchestra (EDO) beschreiben. Tatsächlich ist es aber mehr, als derselbe Beruf und dasselbe Hobby, das die knapp 100 Ärztinnen und Ärzte verbindet – nämlich die Überzeugung, dass man gemeinsam mehr erreichen kann als allein.

## Gründung vor zwanzig Jahren in London

Der englische Allgemeinmediziner Dr. Michael Lasserson und sein australischer Kollege Dr. Miklos Pohl gründeten das EDO im Jahr 2004. Letzterer hatte bereits 1993 das Australian Doctors Orchestra (ADO) ins Leben gerufen. Mit seinem Umzug nach London, wo er fortan am St. George's Hospital arbeitete, nahm er auch die Liebe zur Musik mit



nach England. Schnell sammelten sich um Lasserson und Pohl zahlreiche musizierende Ärztinnen und Ärzte aus ganz Europa – das EDO war geboren. Das erste gemeinsame Konzert fand am 21. November 2004 in der Blackheath Hall statt. Seither finden zweimal jährlich Benefizkonzerte statt. Nach Stationen in Verona, Oslo, Berlin, Budapest und Rotterdam, reist das Orchester diesen Sommer nach Basel.

### Musik für den guten Zweck

Damals wie heute sammeln die Ärztinnen und Ärzte mit ihrem Konzert Spendengelder für einen guten Zweck mit einem medizinischen Thema. Am 23. Juni 2024 findet das diesjährige Benefizkonzert zugunsten der Krebsliga beider Basel im Stadtkasino statt (Tickets auf: kulturticket.ch). Der Erlös kommt dem AYA-Programm (Adolescents and Young Adults with cancer) zugute.

Um die Ausgaben so gering wie möglich zu halten, zahlen alle Mitglieder ein «Eintrittsgeld», um an dem Konzert mitspielen zu dürfen. Auch Kost und Logis zahlen sie aus eigener Tasche. Der Andrang auf das Medizinerorchester sei trotzdem jedes Jahr so hoch, dass für jede Instrumentengruppe eigene Aufnahmeverfahren durchgeführt werden, sagt Dr. med. Regula Capaul: «Wir bekommen wöchentlich neue Anfragen und haben bei jedem Projekt mehr als die doppelte Anzahl der benötigten Anmeldungen.»

Warum spielen eigentlich so viele Ärztinnen und Ärzte ein Instrument? Was verbindet Musik und Medizin? Wir haben mit einigen Teilnehmenden gesprochen und sie nach ihrer persönlichen Motivation gefragt.

# 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** Swissmedicinfo.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 23





Neben dem gemeinsamen Musizieren schätzt Regula Capaul besonders die persönlichen Begegnungen.

## Regula Capaul

**Nationalität:** Schweizerin

**Beruf:** Fachärztin Allgemeine Innere Medizin, Ärzte im Sternen Oerlikon

**Musikinstrument:** Cello

Dr. med. Regula Capaul spielt seit ihrem 5. Lebensjahr Cello. Neben ihrer Tätigkeit als Hausärztin in eigener Praxis sowie ihren standespolitischen Aktivitäten spielt sie regelmässig bei Projekten der Winterthurer Symphoniker mit und ist darüber hinaus Teil eines Streichquartetts. Zum Üben komme sie zwei- bis dreimal pro Woche. Wenn das Programm sehr schwierig sei, nutze sie «jede freie Minute». Parallelen zwischen Musik und Medizin sieht die Hausärztin einige: «Meiner Meinung nach ist für beide Bereiche Leidenschaft eine gute Voraussetzung.» Sowohl beim Orchesterspiel als auch bei der medizinischen Tätigkeit gehe es darum, dass jeder versucht «mit seiner Einzelleistung ein passender Teil des Gesamtklangs zu sein».

Regula Capaul ist seit 2014 Mitglied des European Doctors Orchestra und Teil des Schweizer Organisationskomitees. Sie ist als Section Organizer für die Auswahl der Cellistinnen und Cellisten verantwortlich. Neben dem instrumentalen Niveau achte sie besonders darauf, dass auch regelmässig neue Personen zum Laienorchester hinzustossen: «Bei der grossen Anzahl von Mitspielwilligen ist es wichtig, dass nicht immer die Gleichen dabei sind, sondern auch Neue und Junge die Erfahrung machen dürfen. Damit ist auch der Nachwuchs gesichert.»

Gemeinsam geprobt werde an drei Tagen. Davor werde auf die eigenverantwortliche Vorbereitung gesetzt: «Wir Mediziner sind hochmotiviert, leistungsbereit und Teamplayer, das geht gar nicht anders in unserem Beruf. Es ist jedes Mal faszinierend, wie rasch sich die einzelnen Stimmen zu einem grossen Ganzen fügen. Bisher war jedes Konzert zu ein Erfolg.» Neben dem Musizieren schätzt sie die persönlichen Begegnungen: «Während der Proben ist die Konzentration bei der Musik, in den Pausen und an den gemeinsamen Abenden gibt es immer wieder Diskussionen zu medizinischen Themen und den jeweiligen nationalen Gesundheitssystemen.»



«Das EDO ist wie eine grosse Familie, die stetig wächst», erzählt Anette Friedrichs.

## Anette Friedrichs

**Nationalität:** Deutsche

**Beruf:** Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie, Fachärztin für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein

**Musikinstrument:** Geige und Bratsche

Dr. med. Anette Friedrichs sieht viele Gemeinsamkeiten zwischen ihrer Arbeit am Spital und dem Spielen im Orchester: «Als Medizinerin bin ich bestrebt, jeden Tag mein Bestes zu geben, um den Patienten zu helfen. Am Uniklinikum klappt das nur, wenn viele unterschiedliche Bereiche zusammenarbeiten. Hierbei sehe ich Parallelen zum Orchesterspiel: Der optimale Klang kann nur entstehen, wenn alle Instrumentalisten auf ihrem jeweiligen Instrument ihr Bestes geben und zusammen spielen.»

Am Uniklinikum Kiel behandelt sie Menschen mit vermuteten oder bestätigten Infektionserkrankungen. «Wir arbeiten interdisziplinär, beispielsweise mit der Mikrobiologie bei der Diagnostik und Therapie von Blutstrominfektionen sowie mit der Orthopädie und Unfallchirurgie bei Patienten mit Knochen- und Gelenkinfektionen oder prothesenassoziierten Infektionen.» Viele ihrer Kolleginnen und Kollegen zeichnen sich durch Eigenschaften aus, die sowohl in der Medizin als auch Musizieren wichtig sind: «Medizinerinnen und Mediziner sind sehr vielseitige und zum anderen sehr ehrgeizige und fleissige Menschen.» Die Musik sei ein wichtiger Ausgleich zum Berufsalltag: «Musizieren gibt mir Kraft, positive Energie und Motivation. Es hilft mir, schwierige Erfahrungen des ärztlichen Alltags zu verarbeiten.»

Anette Friedrichs spielt seit 35 Jahren Geige und seit 18 Jahren Bratsche. Bereits während des Studiums war sie Mitglied des European Medical Students' Orchestra: «Ich habe es immer sehr genossen, mit Gleichgesinnten aus verschiedenen Ländern zu musizieren.» Der Entschluss, Teil des EDO zu werden, lag nahe: «Das EDO ist wie eine grosse Familie, die stetig wächst.» Besonders schätzt sie den kulturellen Austausch: «Da in der Medizin Globalisierung eine grosse Rolle spielt und durch Migration Menschen anderer kultureller Herkunft in unseren Ländern medizinische Behandlung suchen, ist die Offenheit anderen Kulturen gegenüber und der gegenseitige Respekt essenziell, um helfen zu können.»





Im stressigen Alltag habe Dave Tomson die Musik stets geholfen, ausgeglichen zu sein und sich zu zentrieren.

## Dave Tomson

**Nationalität:** Engländer

**Beruf:** Allgemeinmediziner im Ruhestand, Newcastle upon Tyne

**Musikinstrument:** Oboe und Englischhorn

Seit er pensioniert sei, habe Dr. Dave Tomson keine Ausrede, nicht mindestens eine Stunde pro Tag zu üben. Der Ehrgeiz packe ihn spätestens, wenn ein Konzert anstehe. Als er mit zwölf Jahren angefangen habe, ein Instrument zu erlernen, habe das zu den Dingen gehört, «die man eben tut, wenn man aus einer wohlhabenden Familie kommt». So wie ihm sei es vielen anderen gegangen: «Viele angehende Ärztinnen und Ärzte stammen aus Familien, die hohe Erwartungen an ihre Nachkommen haben und es sich leisten können, diesen zum Musikunterricht zu schicken.»

Einen persönlichen Zugang zur Musik fand er aus demselben Grund, wie er zur Medizin fand: «Ich denke, es ist die Liebe zum Engagement und zur Leistung. Vor allem aber ging es mir immer um die Verbindung zu anderen Menschen. Um ein guter Arzt zu sein, muss man dazu bereit sein, etwas von sich selbst zu geben. Man muss Beziehungen schaffen. Das tut man auch, wenn man zusammen musiziert.» Im stressigen Alltag habe ihm die Musik stets geholfen, ausgeglichen zu sein. «Es hilft, wenn man etwas tut, dass zwar genauso schwierig ist, sich aber vom Stress und den Herausforderungen des Arztberufs unterscheidet.»

Mittlerweile ist er Präsident des EDO. Davor war er 18 Jahre aktives Mitglied. Zwei Momente beschenken ihm jedes Mal Gänsehaut: «Die erste gemeinsame Probe, bei der man Freunde aus dem Orchester wieder sieht und sich über das Leben und die Liebe austauscht, und der Moment, wenn man den Solisten das erste Mal mit dem Orchester spielen hört. Das ist immer wieder besonders.» Der internationale Austausch, sei so wichtig wie nie zuvor: «Wir leben in einer zerbrechenden Welt. Gegenseitiges Verständnis ist entscheidend, in der Medizin, aber auch in allem anderen.» Als neuer Präsident des EDO möchte er dafür sorgen, dass weiterhin neue Akteure auszusammenfinden und über die Musik ein Gefühl von Zusammengehörigkeit erfahren.



Die Liebe zu Musik und Medizin teilt Eva Müller-Stucki mit ihrem Mann, der Kardiologe und Geigenspieler ist.

## Eva Müller-Stucki

**Nationalität:** Schweizerin

**Beruf:** Gynäkologin mit Schwerpunkt Fertilitätsmedizin, 360° Kinderwunsch Zentrum Zürich

**Musikinstrument:** Viola

Eva Müller-Stucki ist Teil des Schweizer Organisationskomitees für das Konzert in Basel und gehört zu den «alten Hasen»: «Bereits als Medizinstudentin spielte ich im EMSO mit. Dort bildeten sich langjährige internationale Freundschaften. Eine dieser Freundinnen entdeckte zufällig im Jahr 2004 die Gründungsankündigung des EDO und informierte den Freundeskreis. So fanden wir ein neues Gefäss für unsere Passion.» Besonders schätzt sie, dass sie trotz ihres anstrengenden Berufs, Musik mit Gleichgesinnten spielen kann und gleichzeitig andere Städte kennenlernt: «Die Probeform mit den intensiven, aber kurzen Sessionen ermöglicht eine Vereinbarung des fordernden Berufsalltags mit der Probe- und Konzertarbeit.» Nicht selten haben Kontakte, die im Orchester geknüpft wurden, zu Arbeitsmöglichkeiten im Ausland geführt: «Die Welt der Ärzteschaft ist mobil und insbesondere in den Jahren der Aus- und Weiterbildung sind die Ärzte häufig auf Wanderschaft.»

Wie ihre Kolleginnen und Kollegen, empfindet auch sie in beiden Bereichen die Anforderungen als sehr hoch: «Der persönliche Einsatz und der Perfektionswille sind unabkömmlich. Beide Tätigkeiten erfordern langjähriges Training, Durchhaltewillen und ständiges Weiterentwickeln.» Nicht zuletzt sei beiden Berufen ein hoher Erfolgsdruck und ein gewisser Konkurrenzkampf gemeinsam. Dieser Sorge dafür, dass vor jedem Konzert eine steile Lernkurve zu beobachten sei: «Alle Mitglieder sind es aus ihrem Arbeitsleben gewohnt, auf Druck mit der besten Leistung zu reagieren und das Beste zu geben. Die Probenarbeit ist unglaublich fokussiert. Dennoch wird viel gelacht und es herrscht eine konzentrierte, angenehme und aufgelockerte Stimmung.»

Die Liebe zu Musik und Medizin teilt Eva Müller-Stucki mit ihrem Mann, der Kardiologe und Geigenspieler ist. Es sei ein ganz besonderes Privileg, diese Passion mit ihm teilen zu dürfen.

## Hintergrund



Am Musizieren schätzt Martina Bürge besonders die Freude am Zusammenspielen.

## Martina Bürge

**Nationalität:** Deutsche

**Beruf:** Anästhesistin und Intensivmedizinerin, St Bartholomew's Hospital, London

**Musikinstrument:** Geige

Dass Martina Bürge heute in London praktiziert, führt sie unter anderem auf ihre Mitgliedschaft im EDO zurück: «Ich selbst wäre ohne das Orchester, über das ich in den ersten Jahren viele britische Kollegen und Städte kennengelernt habe, ziemlich sicher nicht auf die Idee gekommen, nach meiner Facharztweiterbildung in Deutschland zum Arbeiten nach England zu gehen.» Es sei keine Seltenheit, dass Kolleginnen und Kollegen durch das Orchester zu gemeinsamen beruflichen Projekten finden – und das über fachliche und Ländergrenzen hinweg. «Aber häufiger sind es eher Denkanstösse von ausserhalb des eigenen Systems. Über den direkten Austausch wird man sich darüber bewusst, wie viele Themen und Herausforderungen unseres Berufes von Land zu Land oft sehr ähnlich sind, so unterschiedlich die Gesundheitssysteme auch auf den ersten Blick aussehen mögen.»

Die Intensivmedizinerin hat mit acht Jahren angefangen, Geige zu spielen. Als Hauptgrund dafür, dass so viele Ärztinnen und Ärzte ein Instrument spielen, sieht auch sie Herkunft und Erziehung an: «Leider hängt sowohl der Zugang zum Instrumentalunterricht, als auch zum Medizinstudium, in den meisten Ländern nach wie vor sehr stark vom sozialen Status des Elternhauses ab.» Im Gegensatz zu anderen Hobbies stehe beim Musizieren eher das Miteinander im Vordergrund und nicht so sehr die kompetitiven Aspekte: «Meine persönliche Motivation ist die Freude am Zusammenspielen, der Klang der entsteht, wenn einige oder viele Instrumente sich ergänzen und jeder und jede Einzelne dazu beiträgt, so etwas zu erschaffen.»

Anders als bei ihrer beruflichen Tätigkeit seien Fehler, die beim Musizieren passieren, nicht lebensgefährlich. Trotzdem bemüht sich Martina Bürge um eine «künstlerische Perfektion». Dabei konzentrierte sie sich aber hauptsächlich auf den Genuss: «Es ist ein sehr guter Ausgleich zum Abschalten mithilfe der 'schönen Dinge' des Lebens.»



Die grössten Gemeinsamkeiten zwischen Medizin und Musik sind für Sean Knox Struktur und Disziplin.

## Sean Knox

**Nationalität:** Südafrikaner und Engländer

**Beruf:** Pharmazeutischer Arzt, Pharmaunternehmen

**Musikinstrument:** Cello und Klavier

Sean Knox ist einer der Organisatoren des diesjährigen Benefizkonzerts. Der ehemalige Psychiater spielt seit über 42 Jahren Cello und seit 38 Jahren Klavier. Vor ein paar Jahren fing er an, Harfe zu lernen. Obwohl er ein erfahrener Musiker ist, fühlt er sich mit dem neuen Instrument noch wenig vertraut: «Ich nehme regelmässig Unterricht und ich nehme mir Zeit zum Üben. Bei Klavier und Cello ist das anders, da übe ich eher sporadisch und vor allem für Konzerte.» Die nötige Hingabe brauche man sowohl in der Musik als auch in der Medizin: «Ich denke, es beginnt mit der Art der Ausbildung, die wir erhalten. Es ist nicht ungewöhnlich, dass Kinder, die leistungsorientiert sind, ein Instrument lernen. Ich würde sagen, die grössten Gemeinsamkeiten zwischen Medizin und Musik sind Struktur und Disziplin. Beide Bereiche sind sehr bereichernd, da sie danach streben, die Lebensqualität zu verbessern.»

Auf das EDO wurde der Südafrikaner über eine Internetrecherche aufmerksam: «Die Mission des Orchesters gefällt mir sehr gut. Ich finde es sehr sinnvoll, Geld für medizinische Wohltätigkeitsorganisationen zu sammeln.» Die intensiven Proben und die anschliessenden Konzerte liessen sich gut mit seinem Zeitplan vereinbaren, im Gegensatz zu einer Mitgliedschaft in einem Orchester, das wöchentlich probt. Als EDO-Vorstand möchte er sich vor allem darauf konzentrieren, wie digitale Kommunikation dazu beitragen kann, mehr Sichtbarkeit für das EDO zu schaffen: «Mein Wunsch ist es, unsere Anhängerschaft und unser Publikum zu vergrössern und somit mehr Mittel für die Wohltätigkeitsorganisationen, mit denen wir zusammenarbeiten, sammeln zu können.»

Das EDO schaffe, neben dem internationalen Austausch auf musikalischer Ebene, auch die Möglichkeit, zu vergleichen, wie Medizin in anderen Ländern praktiziert wird, «und zwar auf eine weniger formelle Weise als bei medizinischen Kongressen. Es gibt immer genügend Zeit, um Kontakte zu knüpfen und Netzwerke aufzubauen.»



«Ich kann mit der Musik nicht aufhören. Ich liebe das Spielen!», sagt Caroline Poon.

## Caroline Poon

**Nationalität:** Engländerin

**Beruf:** Allgemeinmedizinerin, Bournemouth

**Musikinstrument:** Geige

Nach über 40 Jahren hat Caroline Poon die Leidenschaft fürs Musizieren nicht verloren. Diese teilt sie mit ihrem Mann, einem Chirurgen und Pianisten, mit dem sie zuhause Sonaten spielt. «Für mich ist das Geigenspiel ein Teil meiner Sprache. Ich kann mich nicht an eine Zeit erinnern, in der ich nicht Geige gespielt habe.» Als sie einmal in einem Vorstellungsgespräch danach gefragt wurde, wann sie endlich mit «dieser ganzen Musik» aufhören und «sich voll ihrem Beruf widmen» würde, habe sie sofort gewusst, dass sie in diesem Krankenhaus nicht arbeiten wollte. «Ich kann mit der Musik nicht aufhören. Ich liebe das Spielen!»

Zum EDO kam die Allgemeinmedizinerin über dessen mittlerweile verstorbenen Gründer, Dr. Michael «Mike» Lasserson: «Mike war ein alter Freund, denn seine Frau Nadia war meine Klavierlehrerin und Kammermusiklehrerin. Gemeinsam sorgten sie während meiner gesamten Schullaufbahn für Hausaufgabenbetreuung und Abendessen nach der Schule und vor Konzerten.» Durch das gemeinsame Musizieren seien Freundschaften entstanden, die seit über drei Jahrzehnten bestehen: «Heute haben wir alle mehr Verantwortung und mehr Falten als mit Anfang zwanzig, aber die Musik bringt uns jedes Jahr wieder zusammen.»

Sowohl in der Musik als auch in der Medizin gehe es darum, zuzuhören und zusammenzuarbeiten. «Daher denke ich, dass sich diese Bereiche so gut ergänzen. Ein Orchester ist das ultimative Team.»

# 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. [swissmedicinfo.ch](http://swissmedicinfo.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.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). Alle Referenzen können bei Drossapharm angefordert werden.



# In memoriam: Walter Irniger (1933–2024)

**Nachruf** Im Januar 2024 hat uns ein weiteres Urgestein der Schweizer Allgemeinmedizin verlassen. Der Hausarzt Dr. med. Walter Irniger verstarb im Alter von 90 Jahren. Mit unermüdlichem Engagement hat er die Entwicklung und das Gesicht der Allgemeinmedizin in der Schweiz geprägt. Seine Weggefährten nehmen Abschied.

1967 übernimmt Walter Irniger die Nachfolge seines Vaters als Dorfarzt im ländlichen Urnäsch, wo er aufgewachsen ist. Seine breite Ausbildung inklusive internistischer Oberarztstätigkeit in den USA befähigen ihn, das grosse Spektrum der ärztlichen Gesundheitsversorgung einer Landbevölkerung zu bewältigen. 20 bis 40 Konsultationen pro Tag plus Hausbesuche sind die Regel, wie auch die ständige Erreichbarkeit, Tag und Nacht und das ganze Jahr hindurch. Zusätzlich hält er in Basel und Zürich Vorträge über Aspekte der Hausarztmedizin – für die Studierenden meist der einzige Einblick in die Realität ausserhalb der fakultären Spezialistenmedizin. Seine Praxis wird so zu einer idealen, wenn auch fordernden Umgebung für viele Medizinstudierende, welche im letzten Studienjahr eine Assistenzzeit oder gar Praxisvertretung in Urnäsch absolvieren können. Diese profitieren von den didaktischen Fähigkeiten von Walter, der das Praktikum klar strukturiert organisiert und viel Verantwortung überträgt. Als einfühlsamer Arzt, genauer Untersucher und belesener Mediziner ist er für viele ein lebenslanges Vorbild.

## Als Mitglied der Schweizer Delegation an der WHO-Weltkonferenz ist er an der Deklaration von Gesundheit als Menschenrecht beteiligt.

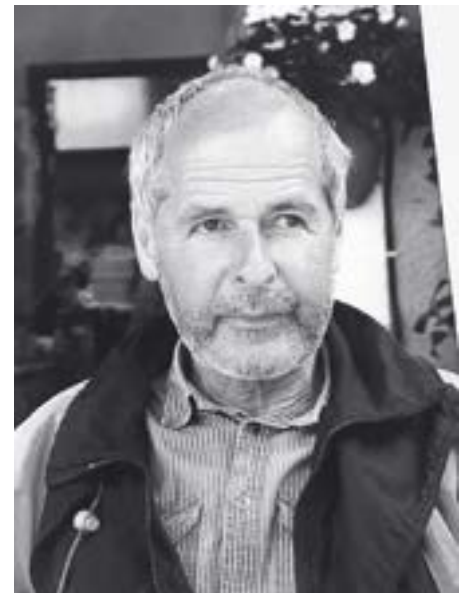
### Ein gern gesehener Referent

1977 gründet Walter Irniger mit Gleichgesinnten die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM), übernimmt im Vorstand das Ressort Aus- und Weiterbildung und motiviert Kollegen zur Gründung von Dozentengruppen an den Fakultäten. Dies führt in Bern ab 1978

zu Gruppenunterricht in der Hausarztpraxis, zur Schaffung des Kollegiums Hausarztmedizin an der medizinischen Fakultät und letztlich zur Etablierung eines Blockkurses in hausärztlichen Praxen. Diese Initiativen finden an den übrigen Fakultäten Nachahmung und sind als Vorläufer der heutigen universitären Institute für Hausarztmedizin anzusehen. Regelmässig publiziert er Artikel über die speziellen Aspekte medizinischer Problemlösung sowie über organisatorische Fragen in der Allgemeinpraxis. Er ist gern gesehener Referent an in- und ausländischen Fortbildungsveranstaltungen.

## Die Pensionierung und Praxisübergabe 1997 verbindet er mit einem Rückzug aus allen medizinischen Tätigkeiten und Verantwortungen.

Walter Irnigers grösster standespolitischer Erfolg ist es, gegen vielseitigen Widerstand die Berücksichtigung der spezifischen Belange der Allgemeinmedizin in das eidgenössische Medizinal-Prüfungsreglement zu erreichen. Letzteres hat zum Ziel, «dass die Ausbildung der Medizinstudenten vermehrt auf die Bedürfnisse der praktischen ärztlichen Tätigkeit ausgerichtet wird». In der erarbeitenden 36-köpfigen Expertenkommission ist kein einziger Hausarzt vorgesehen, der Einsitz muss erst mühsam erkämpft werden. Die in den Vernehmlassungsentwurf aufgenommenen Postulate der SGAM werden aber aus der Schlussfassung gestrichen und die Verordnung ohne diese der zuständigen Parlamentskommission vorgelegt. Eine intensive politische Interventionskampagne mit Information aller Mitglieder der zuständigen ständerätlichen Kommission führt 1981, zur Konsternation des



anwesenden Bundesrates, zur Rückweisung des Verordnungsentwurfs – ein seit Jahrzehnten einmaliger Vorgang. Die nachfolgende politische Arbeit bringt die Aufnahme der SGAM-Postulate in der Verordnung und die Festschreibung koordinierter Lehrveranstaltungen über Allgemeinmedizin ins Curriculum – die gesetzliche Grundlage zur Gründung der universitären Institute für Hausarztmedizin. All diese Erfolge sind nur dank grosser Unterstützung von vielen engagierten Hausärzten aus der ganzen Schweiz möglich.

### Gesundheit als Menschenrecht

Walter Irniger ist auch aktiv an der Organisation der gesamtschweizerischen hausärztlichen Fortbildung beteiligt, insbesondere im Rahmen der Arosener Ärztekongresse für Hausarztmedizin, wie auch an Veranstaltungen im deutschsprachigen Ausland. Als aktives Mitglied der

Schweizer Delegation an der WHO Weltkonferenz 1978 in Alma Ata wirkt er an der Deklaration von Gesundheit als Menschenrecht und von primärer Gesundheitsversorgung als Schlüsselkonzept mit. Die Internationale Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SIMG) verleiht ihm später für seine Verdienste als höchste mögliche Auszeichnung für Allgemeinmediziner die Hippokrates Medaille, die SGAM ernennt ihn 1987 zum Ehrenmitglied.

Walter Irnigers gesellschaftliches Engagement reicht weit über die Medizin hinaus. Er ist Kommandant einer Sanitätsabteilung und Staboffizier, wo von Untergebenen seine pragmatische Lösungsorientierung abseits reglementierter Denkweise geschätzt wird, und wirkt in kulturellen Institutionen seines Kantons mit. Eine Herzensangelegenheit ist das Projekt, der Öffentlichkeit den Zugang zu einem der Gemeinde geschenkten grossen Nachlass an appenzellischen Kulturgütern zu ermöglichen. Die Suche nach Finanzierung, der Kauf und Umbau eines alten Hauses im Dorfbauzentrum, das Ordnen und Katalogisieren der Exponate absorbieren über Jahre Zeit und Kraft. 1976 wird das Appenzeller Brauchtummuseum in Urnäsch

eröffnet, wo es heute noch mit anhaltend grossem Erfolg Besucher in die Volkskultur des Kantons einführt

Alle diese Verpflichtungen sind nur möglich dank der immensen Unterstützung seiner Ehefrau und Kinder sowie durch die Entlastung seines nach langen Jahren der Suche 1979 gefundenen Praxispartners Erhard Taverna.

### Im Ruhestand widmet er sich der Kunst

Die Pensionierung und Praxisübergabe 1997 verbindet Walter Irniger mit einem Rückzug aus allen medizinischen Tätigkeiten und Verantwortungen. Endlich kann er seine schon in der Mittelschulzeit geweckte künstlerische Ader entfalten und ausleben. Seine Produktivität findet in zahlreichen Ausstellungen seiner Bilder Niederschlag, letztmals 2022 im Brauchtummuseum. Dies ist zusammen mit dem im gleichen Jahr geschenkt erhaltenen Bürgerrecht der Gemeinde Urnäsch ein Ausdruck seiner tiefen Verwurzelung im Heimatdorf.

Seine Bilder bringen auch Farbe ins Alters- und Pflegezentrum Urnäsch, wo er, eingeschränkt durch seine fortschreitende Parkinsonerkrankung, die letzten 6 Jahre verbringt. Seine Wohn-

partner sind häufig ehemalige Mitschülerinnen oder Patienten, das Personal Kinder oder Enkel derselben, der betreuende Arzt sein Praxisnachfolger. So findet das übervolle Leben eines ausserordentlich engagierten Menschen, eines vorbildlichen Hausarztes, eines prägenden Lehrers, Mitstreiters und Freundes in heimischer Umgebung ein friedvolles Ende.

*Dr. med. Dr. hc. M. Röthlisberger, Arosa*

*Prof. em. Dr. med. B. Horn, Interlaken*

*Dr. med. J. Gubler, Winterthur*



#### Literatur

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

Anzeige



## JOBS

Schweizerische Ärztezeitung

Jetzt  
reinschauen!



## Stellen ausschreiben, wo sie gefunden werden!

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



[jobs.saez.ch](http://jobs.saez.ch)

Powered by:  
**EMH Media**  
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG  
EDITIONS MEDICALES SUISSES

# Briefe an die Redaktion

## Nahtod-Erfahrungen

Brief zu: Ritzmann I, Wolff E. Einsatz für ein humaneres Sterben. Schweiz Ärztsztg. 2024;105(17-18):78-79

Vielen Dank für das Porträt der schweizerisch-amerikanischen Ärztin Elisabeth Kübler-Ross, die es verdient hat, für ihren Einsatz für ein humaneres Sterben in unseren medizinischen Institutionen und als Pionierin der Hospizbewegung erinnert zu werden. Nur schade, dass die Autoren Ritzmann/Wolff sie zum Schluss wegen ihrer Publikationen zu Nahtod-Erfahrungen (NTE) doch noch in die esoterische Ecke stellen müssen.

NTE sind wissenschaftlich breit erforschte Erfahrungen, über die nicht bloss in der Esoterikszene geschrieben wird. Spätestens seit der Publikation der Studie des niederländischen Kardiologen Pim van Lommel im Lancet (2001) über die NTE reanimierter kardiologischer Notfallpatienten in den Niederlanden [1], sollte das Thema meines Erachtens im Medizinstudium ebenso wie in der Ausbildung aller pflegender Berufe obligatorisch sein. Neben van Lommel haben in den letzten 50 Jahren eine ganze Reihe weiterer Wissenschaftler intensiv zum Phänomen der NTE geforscht und publiziert, so zum Beispiel der amerikanische Psychologieprofessor Kenneth Ring (University of Connecticut) [2].

Ich kann allen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen die Lektüre der entsprechenden Literatur sehr ans Herz legen, sie werden sowohl privat wie beruflich nur davon profitieren.

Dr. med. Alexander Erlach, Winterthur



### Literatur

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

## Intraoperative technische Leistung

Brief zu: Rosso R, Zemp R et al. Nimmt die Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter ab? Schweiz Ärztsztg. 2024;105(6):32-34

Für alle chirurgischen Fachgebiete ist die «intra-operative surgical performance quality» als wichtigster Einzelfaktor nachgewiesen -

eine relevante Variation der Performance Quality ist auch für junge Chirurgen belegt [1-4]. Auch für einzelne Chirurgen sind Schwankungen von Tag zu Tag und für verschiedene Eingriffstypen zu erwarten. Die Beurteilung während einer einzigen Operation ist nicht ausreichend. Die Beurteilung eines Eingriffs durch zwei «peer senior surgeons» garantiert ein gutes Niveau. Eine weitere Verbesserung ist denkbar durch Dokumente, die eine «sekundäre Analyse» durch ein breiteres Gremium oder durch «supervised machine-learning Algorithmen» [5] erlauben würde. Bleibende Dokumente zur sekundären Analyse entsprechen der anerkannten wissenschaftlichen Forderung nach «Repetibilität» in der Forschung. Kritische Phasen in der Industrie werden immer mit Bildern dokumentiert: Rohrverschweissung und -abdichtung in der Öl- und Gasindustrie, Sterilphasen in der Pharmaindustrie. Zu prüfen wäre deshalb [6], ob nicht auch in der Chirurgie die entscheidende intraoperative Phase eines Behandlungsprozesses mit Bildern dokumentiert werden sollte. Dadurch wird ein tieferes Verständnis für mögliche Komplikationen möglich. Eine sekundäre Bildanalyse hilft bei der Aufarbeitung von Pannen. Die Anonymisierung der Daten schützt vor juristischer Willkür [7]. Die Evidenzbasierte Medizin (EBM) hat in internistischen Fächern grosse Fortschritte gebracht. Leider gilt dies für die Chirurgie nicht. Ein wesentlicher Grund ist die fehlende Daten-Homogenität in den Behandlungsgruppen. Diese ist wiederum bedingt durch das Fehlen von sekundär analysierbaren intraoperativen (Bild-)Daten. Viele randomisierte Studien (RCT) enden deshalb mit nicht eindeutigen Resultaten [8]. Zukünftig ist eine Verschärfung der Anforderungen für eine Neuzulassung von MedTech-Produkten zu erwarten. Dazu wird die Forderung nach rückverfolgbaren Daten gehören. Ohne intraoperative Bilder ist dies nicht möglich.

Prof. Pietro Regazzoni, Lugano-Soragno



### Literatur

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

## Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

[saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen](http://saez.ch/de/publizieren/leserbrief-einreichen)





Das Staatssekretariat für Migration (SEM) schreibt die medizinischen Dienstleistungen bei Rückführungen aus.

Weitere Informationen:



[www.sem.admin.ch/med\\_dienstleistungen](http://www.sem.admin.ch/med_dienstleistungen)

Publikation Ausschreibung: 31. Mai 2024

Eingabefrist: 20. August 2024

Ausreisepflichtige Personen müssen die Schweiz verlassen. Ein medizinisches Team beurteilt, ob die Personen transportfähig sind (Los 1) und übernimmt gegebenenfalls die medizinische Begleitung (Los 2). Die medizinischen Dienstleistungen bei Rückführungen werden durch ein unabhängiges Controlling überprüft (Los 3).



Effizienz durch  
Digitalisierung in der  
Arztpraxis  
31.05.24, 12:00 Uhr  
Delhi

# Am Puls der Medizin



Digitale Wissens- & Serviceplattform für medizinische  
Fachkräfte in der Schweiz.

Geniessen Sie exklusive Vorteile mit dem SHW Beta Abo

- Uneingeschränkter Zugriff auf alle Inhalte und Services
- Fachzeitschriften online, als PDF oder als E-Paper lesen

- Evidenzbasierte EbM-Guidelines
- Fort- und Weiterbildungsangebote
- Erstzugriff auf neue Funktionen

# FMH



30

## Was jeder und jede zur Kostenbremse-Abstimmung wissen sollte

**Versorgungsbremse** Bereits in zwei Wochen werden wir über die Zukunft unseres Gesundheitswesens abstimmen. Doch viele wissen noch nicht, was die zwei Initiativen unterscheidet – und warum die Kostenbremse der Mitte-Partei so gefährlich ist. Mit diesem Argumentarium können Sie das Wichtigste erklären.

Yvonne Gilli



32

## Die integrierte Versorgung braucht keine neue KVG-Regulierung

**Massnahmenpaket 2** Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hält eine breite Palette an Instrumenten und Anreizen bereit, um die integrierte Versorgung effizienter zu gestalten. Die relevanten Stakeholder und Anbieter der integrierten Versorgung konnten aufzeigen, dass der «Netzwerkartikel» als KVG-Vehikel für einen neuen Leistungserbringer keinen Mehrnutzen stiften wird.

Guido Klaus, Christoph Bosshard



34

## Swiss Medical Education Course Compass

**Medizin-Didaktik** Der «Swiss Medical Education Course Compass»: Die neue Plattform des SIWF beleuchtet die Didaktik-Landschaft der Schweiz, macht Medizindidaktik-Kurse zugänglicher und soll die Rolle von Medical Educators stärken.

Andi Gashi, Monika Brodmann Maeder, Eva K. Hennel



# Was jeder und jede zur Kostenbremse-Abstimmung wissen sollte

**Versorgungsbremse** Bereits in zwei Wochen werden wir über die Zukunft unseres Gesundheitswesens abstimmen. Doch viele wissen noch nicht, was die zwei Initiativen unterscheidet – und warum die Kostenbremse der Mitte-Partei so gefährlich ist. Mit diesem Argumentarium können Sie das Wichtigste erklären.

**A**m 9. Juni 2024 wird die Schweiz eine wichtige Entscheidung über die Zukunft unserer Patientenversorgung treffen. Es wird über zwei Initiativen zum Gesundheitswesen abgestimmt: Über die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP und über die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei. Diese zwei Initiativen klingen sehr ähnlich, unterscheiden sich jedoch ganz erheblich.

## Was fordert die Prämien-Initiative?

Die Prämien-Entlastungs-Initiative der SP betrifft die *Finanzierung* der Gesundheitsversorgung, möchte also ändern, wer welchen Anteil der Kosten übernehmen muss. Neu soll niemand mehr als 10% seines verfügbaren Einkommens für die Krankenkassenprämien ausgeben. Ausserdem soll der Bund neu zwei Drittel der Prämienverbilligungen bezahlen, statt wie bisher etwa die Hälfte. Die Kantone, und vor allem solche mit hohen Prämien, erhielten damit mehr Geld vom Bund. Zu dieser Initiative hat die FMH Stimmfreigabe beschlossen. Von den nationalen Parteien lehnen die SVP, FDP, GLP und Mitte die Initiative ab, während SP und Grüne die Initiative unterstützen.

## Was fordert die Kostenbremse?

Die Kostenbremse-Initiative der Mitte-Partei ist brandgefährlich, weil sie einen unrealistischen *Kostendeckel* für die Gesundheitsversorgung plant – ohne zu sagen, wie diese Kostenobergrenze eingehalten werden soll. Die Kosten der Grundversicherung sollen an die Wirtschaftsentwicklung gekoppelt werden und maximal 20% mehr als die Nominallöhne steigen dürfen. Damit hinge nicht mehr vom *Bedarf* der Patientinnen und Patienten ab, was die Grundversicherung bezahlt, sondern von

der *Konjunktur*! Dagegen wehren sich nicht nur sämtliche Gesundheitsberufe. Auch der Bundesrat warnte deutlich vor dieser starren Vorgabe, weil sie zu Rationierung führen kann – und auch alle Parteien ausser der Mitte sprachen sich dagegen aus.

## Versorgung wäre konjunkturabhängig

Mit der «Kostenbremse» dürfte die Patientenversorgung mehr kosten, wenn die Wirtschaft gut läuft – und sie dürfte weniger kosten, wenn die Wirtschaft schlecht läuft. Damit begrenzt die Initiative die Gesundheitsversorgung ausgerechnet dann am strengsten, wenn es am meisten davon braucht, denn bei schlechter Wirtschaft werden Menschen häufiger krank. Wie fatal dieser Mechanismus wäre, zeigte auch die COVID-Pandemie: Die Wirtschaft ging zurück, während es das Gesundheitswesen brauchte wie noch nie. Es wäre verheerend gewesen, genau dann die Gesundheitskosten zu reduzieren.

## Die zwei Initiativen, die zur Abstimmung kommen, klingen sehr ähnlich, unterscheiden sich jedoch ganz erheblich.

### Das Konzept ist nicht durchdacht

Die Kostenbremse würde damit auch völlig anders funktionieren als die Schuldenbremse, mit der sie gerne verglichen wird. Die *Schuldenbremse* erlaubt ein situationsangemessenes Handeln: In einer Rezession lässt sie Defizite zu, in einer Hochkonjunktur fordert sie Überschüsse. Die *Kostenbremse* ist hingegen starr und legt ihr Globalbudget unabhängig von der Situation und vom Bedarf fest. Und

im Gegensatz zur Schuldenbremse kennt die Kostenbremse nur Prozente, was zu weiteren Problemen führt.

### Der Kostendeckel ist unrealistisch

Mit der Kostenbremse dürften die von der Grundversicherung bezahlten Leistungen höchstens ein Fünftel (=20%) stärker steigen als die Nominallöhne. Wenn die Löhne also beispielsweise um 1% steigen, dürften die Kosten der Grundversicherung um 1,2% steigen. Doch dies ist viel zu wenig! Das lässt sich an einem einfachen Beispiel zeigen: Im Jahr 2022 betrug ein Brutto-Medianlohn 6788 Franken, die Netto-Kosten der Grundversicherung betragen 309 Franken [1, 2]. Bei einem Lohnanstieg von 1% wäre ein Medianlohn um knapp 68 Franken gewachsen. Die Kosten der Grundversicherung hätten dann aber nur um 1,2%, also nicht einmal 4 Franken steigen dürfen. Dass dieser Kostendeckel viel zu niedrig wäre, ist offensichtlich.

### Rationierung und Zweiklassenmedizin

Über einen längeren Zeitraum entstünde so eine massive Unterfinanzierung in der Grundversicherung. Und wo die Grundversicherung über zu wenig Geld verfügt, entstehen Rationierung und Wartezeiten für grundversicherte Patientinnen und Patienten. Unsere Berechnungen [3] zeigen: Hätten wir eine solche Kostenbremse im Jahr 2000 eingeführt, würde heute mehr als jede dritte Behandlung von der Krankenversicherung nicht mehr bezahlt! Die Menschen müssten also benötigte Behandlungen selbst bezahlen, bräuchten Zusatzversicherungen – oder würden Behandlungen nicht mehr oder nur mit Wartezeiten erhalten. Diese Zweiklassenmedizin trifft besonders die Menschen, die auf eine gute Grundversicherung angewiesen sind.

Einkommenschwächere Personen, chronisch oder schwer erkrankte Menschen aber auch Familien, die Behandlungen für mehrere Personen benötigen, hätten unter der «Kostenbremse» besonders zu leiden.

## Die «Kostenbremse» verursacht eine massive Unterfinanzierung der Grundversicherung.

### Schaden für die Grundversorgung

Die Begrenzung der von der Grundversicherung übernommen Kosten träge nicht nur die Versicherten. Sie träge auch die ambulante Grundversorgung stark, die sich fast ausschliesslich aus Geldern der Grundversicherung finanziert. Spitäler und Spezialdisziplinen, die auch Geld aus Zusatzversicherungen verdienen, wären weniger betroffen. Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte träge die Verknappung besonders.

### Eine gefährliche Katze im Sack

Die Kostenbremse nennt keine einzige Lösung, wie ihr unrealistisches Kostenziel eingehalten werden soll. Der hohe Zeit- und Kostendruck durch die Initiative würde sicher nicht besonders klugen Kostendämpfungsansätzen zum Erfolg verhelfen. Sicher ist nur, dass die Grundversicherung nicht mehr ausreichend finanziert wäre – und niemand weiss, wer bei einer Umsetzung der «Kostenbremse» auf welche Leistungen verzichten müsste. Dem Stimmvolk wird eine gefährliche Katze im Sack verkauft.

### Noch mehr Bürokratie

Mit der Kostenbremse-Initiative müssten Jahr für Jahr neue administrative «Massnahmen» eingeführt werden, weil das unrealistische Kostenziel nicht eingehalten werden könnte. Das Gesundheitssystem würde immer träger und die knappen Fachpersonen müssten sich mit immer mehr Kontrollbürokratie beschäftigen – statt mit ihren Patienten und Patientinnen. Bereits heute fordert die Bürokratie immer mehr teure Arbeitszeit. Diese Entwicklung würde auf die Spitze getrieben.

### Verschärfter Fachkräftemangel

Die Kostenbremse träge neben den Patientinnen und Patienten vor allem das Gesundheitspersonal – und hier vor allem das Pflegepersonal als grösste Gruppe. Die Pflegeinitiative könnte mit der «Kostenbremse» kaum umgesetzt werden. Der heute im beruflichen Alltag bereits sehr belastende Kostendruck würde erhöht und die Arbeit im Gesundheitswesen

## Jede Stimme zählt!

Bitte stimmen Sie am 9. Juni 2024 ab und sagen NEIN zur schädlichen Kostenbremse-Initiative. Und mobilisieren Sie auch Ihr Umfeld – motivieren Sie Ihre Arbeitskolleginnen und -kollegen, Ihre Verwandten, Freunde sowie Bekannten, es Ihnen gleichzutun. Weitere Informationen finden Sie unter <https://nein-zur-kostenbremse.ch/>



© TOMZ; Auftrag und Erstpublikation: Ärztegesellschaft des Kantons Bern

immer unattraktiver. Der Fachkräftemangel würde deutlich verschärft – und mit ihm die Versorgungsprobleme.

## Kostendämpfung braucht keine «Kostenbremse» – im Gegenteil: «Kostenbremsen» können Kosten sogar erhöhen.

### Hohe Folgekosten

Dass «Kostenbremsen» ein Gesundheitswesen sogar teurer machen können, zeigen auch Erfahrungen aus dem Ausland, wo Länder mit «Kostenbremsen» höhere Ausgaben und eine schlechtere Versorgung aufweisen. Mit der Grundversorgung würde die günstigste aller Behandlungsformen besonders leiden. Auch verspätete Behandlungen können die Kosten erhöhen, weil sie oft aufwändiger sind. Wo es weniger gute und schnelle Behandlungen gibt, fallen Menschen auch länger bei der Arbeit oder im persönlichen Umfeld aus und sind länger pflegebedürftig. Hier gefährdet die Kostenbremse unsere Lebensqualität – und erhöht die Kosten für Invaliden- und Hinterbliebenenrenten, die Pflege und vieles mehr.

### Was passiert ohne die Kostenbremse?

Die Kostenbremse-Initiative hätte nicht nur verheerende Auswirkungen auf unsere Gesundheitsversorgung. Sie wäre auch völlig überflüssig: Mit dem indirekten Gegenvorschlag werden ohnehin Kostenziele eingeführt – aber ohne die verheerende starre Kopplung an die Konjunktur, die zur Rationierung führen würde. Kostendämpfung braucht keine «Kosten-

bremse»: Viele Lösungen zur Kostendämpfung sind aktuell auf dem Weg, unter anderem die Förderung kostengünstiger ambulanter Behandlungen und aktuelle sachgerechte Tarife. Es braucht darum ein klares NEIN zur Kostenbremse-Initiative am 9. Juni 2024!



### Literatur

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



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



© Steve Roberts / Dreamstime

Statt mehr Fragmentierung der Leistungserbringerlandschaft braucht es Brücken.

# Die integrierte Versorgung braucht keine neue KVG-Regulierung

**Massnahmenpaket 2** Das Krankenversicherungsgesetz (KVG) hält eine breite Palette an Instrumenten und Anreizen bereit, um die integrierte Versorgung effizienter zu gestalten. Die relevanten Stakeholder und Anbieter der integrierten Versorgung konnten aufzeigen, dass der «Netzwerkartikel» als KVG-Vehikel für einen neuen Leistungserbringer keinen Mehrnutzen stiften wird.

**Guido Klaus<sup>a</sup>; Christoph Bosshard<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Lic.rer.pol., Executive M.B.L.-HSG, Vorstand medwissnet; <sup>b</sup> Vizepräsident der FMH, Departementsverantwortlicher Daten, Demographie und Qualität



Politik und Regulator sind auf der Suche nach Ansätzen und Regulierungslücken, um die integrierte Versorgung und die interprofessionelle Zusammenarbeit noch stärker zu fördern. Von einer optimalen Betreuung chronisch kranker Menschen, der Stärkung der Prävention, der Sicherstellung des Datenflusses über den ganzen Behandlungsprozess und der Vermeidung unnötiger Untersuchungen erhofft man sich grosse Einsparpotenziale. Effizienz- und Qualitätsvorteile, die seit Jahrzehnten in alternativen Versicherungsmodellen (AVM) untersucht und auch nachgewiesen werden, sollen nun zu nachhaltigen Kosteneinsparungen im Gesamtsystem beitragen.

Mit dieser Begründung hatte der Bundesrat den sogenannten «Netzwerkartikel» als neues KVG-Vehikel lanciert. Die relevanten Stakeholder und Anbieter der integrierten Versorgung konnten an Hearings aufzeigen, dass dieser neue Leistungserbringer als neues eigenes Silo keinen Mehrnutzen stiften wird. Deshalb distanzierte sich der Nationalrat von diesem Ansatz. Doch das Narrativ, dass es für eine optimale integrierte Versorgung einen neuen Leistungserbringer brauche, der umfassende Leistungen unter einem Dach bündelt, hält sich hartnäckig. Die Gesundheitskommission des Ständerats hat den bundesrätlichen Vorschlag reaktiviert – notabene ohne die etablierten Player der integrierten Versorgung anzuhören. Dabei geht vergessen, dass das heutige KVG den Akteuren und Tarifpartnern bereits umfassende Instrumente zur Verfügung stellt. So können im aktuellen Setting innovative Versorgungsmodelle entwickelt und bestehende ausgebaut werden. An dieser Stelle soll deshalb in Erinnerung gerufen werden, welche umfassenden und integrierten Versorgungskonzepte das KVG bereits heute ermöglicht:

### Im aktuellen Setting können innovative Versorgungsmodelle entwickelt und bestehende ausgebaut werden.

- Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten zusammen mit den Kantonen und mit der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz gemäss Art. 19 und 20 KVG.
- Die medizinische Prävention ist in Art. 26 KVG verankert und sieht Früherkennung und vorsorgliche Massnahmen explizit vor.
- Als Leistungserbringer im Sinne des KVG sind gemäss Art. 35 Abs 2e auch Organisationen aller Art vorgesehen, die Gesundheitsfachpersonen beschäftigen, die auf Anordnung oder im Auftrag der Ärztin oder des Arztes Leistungen erbringen.

- Die Tarifpartner können Patientenpauschalen oder Pauschalen für ein Versichertenkollektiv vereinbaren (Art. 43 KVG).
- Das KVG lässt gemäss Art. 59b Pilotprojekte zu, insbesondere auch in der Notfallversorgung, für Modelle mit eingeschränkter Wahl des Leistungserbringers (AVM), für eine einheitliche Finanzierung, zur Förderung der koordinierten und integrierten Versorgung, zur Stärkung der Qualität und zur Förderung der Digitalisierung.
- Die Kostenbeteiligung kann gemäss Art. 64 Abs. 6 differenziert ausgestaltet werden beziehungsweise es kann sogar auf die Erhebung der Kostenbeteiligung verzichtet werden (für AVM oder auf Präventionsleistungen).

### Das heutige KVG bietet den Akteuren und Tarifpartnern bereits umfassende Instrumente zur integrierten Versorgung.

Wir brauchen nicht neue Inseln mit Fragmentierung der Leistungserbringerlandschaft, wir brauchen Brücken! Die massgeblichen Akteure im Gesundheitswesen sind sich einig, dass die einheitliche Finanzierung (EFAS) das Denken in Behandlungsketten fördern wird. Ebenso positiv ist die Wirkung des differenzierten Risikoausgleichs, der den Fokus der Versicherer auf die optimale Betreuung chronisch kranker Menschen lenkt. Bevor bereits wieder neu reguliert wird, sollten die Auswirkungen dieser Reformen genau analysiert werden. Zudem stehen aktuell konkrete Verbesserungsvorschläge für die alternativen Versicherungsmodelle zur Debatte: Gemäss Motion 23.3502 sollen die alternativen Versicherungsmodelle im KVG ihre Kostenvorteile vollständig in Form einer attraktiven Netto-Prämie an die Versicherten weitergeben können. Ausserdem muss präzisiert werden, dass die Versicherer die Abrechnungsdaten der Versicherten auch den Ärztenetzen zur Verfügung stellen können, damit diese wiederum kostendämpfende Massnahmen und Empfehlungen für ihre betroffenen Patientinnen und Patienten ableiten können, beispielsweise zur Verschreibung günstiger Medikamente oder für den Zugang zu sinnvollen Präventionsleistungen.

**Korrespondenz**  
info[at]medswissnet.ch



© Patrick Daxenbichler / Dreamstime

Der neue «Kompass» des SIWF zeigt die Medizindidaktik-Kurse in der Schweiz im Überblick.

# Swiss Medical Education Course Compass

**Medizin-Didaktik** Der «Swiss Medical Education Course Compass»: Die neue Plattform des SIWF beleuchtet die Didaktik-Landschaft der Schweiz, macht Medizindidaktik-Kurse zugänglicher und soll die Rolle von Medical Educators stärken.

**Andi Gashi<sup>a</sup>; Monika Brodmann Maeder<sup>b</sup>; Eva K. Hannel<sup>c</sup>**

<sup>a</sup> Medizinische Fakultät, Universität Bern; Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung; <sup>b</sup> PD., Dr. med., MME, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung; <sup>c</sup> Dr. med, PhD, MME, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung

Das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF/ISFM) leistet mit seinen «Teach the Teacher»-Kursen und dem MedEd-Symposium bereits einen bedeutsamen Beitrag zur Didaktik-Landschaft in der Schweiz. Diese Initiativen tragen massgeblich dazu bei, die Qualität der medizinischen Lehre zu verbessern, sodass Ärztinnen und Ärzte kompetente «Medical Educators» werden. Neben den Programmen des SIWF gibt es auch Kurse anderer Institutionen, um didaktische Fähigkeiten für den Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung zu fördern. Viele dieser Angebote sind jedoch schwer auffindbar und werden oft nur intern innerhalb bestimmter Institutionen angeboten. Diese Situation hat ein Bedürfnis nach einer umfassenderen Recherche für eine frei zugängliche Plattform aufgezeigt, die die Sichtbarkeit von Didaktik-Kursen verbessert.

## Viele Angebote sind schwer auffindbar und werden oft nur intern innerhalb bestimmter Institutionen angeboten.

### Versteckte Bildungsressourcen

Als Reaktion auf diese Lücke wurde der «Swiss Medical Education Course Compass» ins Leben gerufen. Diese Online-Plattform ([compass.siwf.ch](https://compass.siwf.ch)) ist das Ergebnis einer Forschungsarbeit, die von Mai 2023 bis März 2024 durchgeführt wurde und die darauf abzielt, die Didaktik-Landschaft in der Schweiz transparenter und zugänglicher zu machen.

## Der «Compass» ist ein Zeugnis der Anstrengungen vieler für die Verbesserung der medizinischen Bildung in der Schweiz.

### Zielgruppe und Nutzen

Durch die Bereitstellung einer umfassenden Liste von Medizindidaktik-Kursen soll der «Compass» in Zukunft allen in der medizinischen Bildung engagierten Personen als wichtige Ressource dienen. Er ermutigt dazu, sich von vorhandenen Kursen inspirieren zu lassen und diese vielleicht an den eigenen Kontext anzupassen oder gar durch den Besuch eines vielleicht noch nicht bekannten Angebotes die eigene didaktische Kompetenz zu erweitern.

Diese Bildungsangebote haben oft ein breites Zielpublikum – von Einsteigerinnen und Einsteigern bis zu erfahrenen Lehrpersonen –



Screenshot der Vernetzungen von Kompetenzen und Kursen im «Course Compass» ([compass.siwf.ch](https://compass.siwf.ch)).

und zielen darauf ab, eine Kultur des kontinuierlichen Lernens und der Verbesserung innerhalb der Lehre zu fördern.

## Die Situation hat das Bedürfnis eines Angebots aufgezeigt, das die Sichtbarkeit von Didaktik-Kursen verbessert.

### Kontinuierliche Weiterentwicklung

Der «Swiss Medical Education Course Compass» bietet somit nicht nur einen Überblick über die vorhandenen Bildungsangebote, sondern ist auch ein Instrument, das die kontinuierliche Verbesserung der Lehrfähigkeiten unterstützt. Er repräsentiert einen entscheidenden Schritt einer umfassenderen Initiative des SIWF, die darauf abzielt, die Rolle von Weiterbildnerinnen und Weiterbildnern zu stärken und deren Errungenschaften sichtbar zu machen. Dies fördert ein Umfeld, in dem exzellente Lehre anerkannt und wertgeschätzt wird.

## Die Plattform ist das Ergebnis einer Forschungsarbeit, welche die Didaktik-Landschaft in der Schweiz zugänglicher macht.

Für die Entwicklung dieser Plattform möchten wir unsere tiefe Dankbarkeit gegenüber allen zum Ausdruck bringen, die uns bei der Informationssuche und Erstellung des Kompasses

unterstützt haben. Ihr Beitrag ist von unschätzbarem Wert und hat massgeblich zum Erfolg dieses Projekts beigetragen. Der «Compass» ist ein Zeugnis für die kollektiven Anstrengungen vieler, die sich der Verbesserung der medizinischen Bildung in der Schweiz verschrieben haben. Er lädt dazu ein, die Didaktik-Landschaft der Schweiz besser zu navigieren und zu bereichern.

**Korrespondenz**  
[forschung\[at\]siwf.ch](mailto:forschung[at]siwf.ch)





© Roman Sahaedachny / Dreamstime

Stimmungsmesser: Wie beurteilen Spitalärztinnen und -ärzte die Liste «Ambulant vor Stationär»?

# Ambulantisierung durch bessere Rahmenbedingungen stärken

**Ambulantisierungsbedingungen** Eine Mehrheit der in der Akutsomatik tätigen Spitalärzteschaft unterstützt die Regelung «Ambulant vor Stationär» (AvS). Um die Ambulantisierung zu stärken, bedarf es geeigneter Rahmenbedingungen, insbesondere in den Bereichen Patientensicherheit, Weiterbildung und Finanzierung.

**Mirjam Rufer<sup>a</sup>; Bruno Trezzini<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Dr. med., Expertin, stv. Abteilungsleiterin Stationäre Versorgung und Tarife, FMH; <sup>b</sup> Dr. phil., Experte, Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife, FMH

Die «Ambulantisierung» bezeichnet den Verlagerungsprozess von medizinischen Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor. Zum einen können damit Kosten eingespart und knappe Ressourcen effizient genutzt werden (Stichwort: Fachkräftemangel). Zum anderen schätzen es Patientinnen und Patienten oftmals, wenn sie einen stationären Krankenhausaufenthalt vermeiden können. Um die Ambulantisierung zu fördern, gibt es seit 2019 eine schweizweit gültige Liste von Eingriffen, die in der Regel ambulant durchgeführt

werden müssen (Art. 3c und Anhang 1a KLV). Ausnahmekriterien legen fest, unter welchen Umständen eine stationäre Behandlung dennoch im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) vergütet wird. Per 1. Januar 2023 wurde die Liste von 6 auf 18 Eingriffsgruppen aus jetzt acht Fachgebieten erweitert. Die Liste erfuhr auf den 1. Januar 2024 einzelne Anpassungen bei den Ausnahmekriterien. Ausserdem ergaben sich Neuerungen durch die Anpassung der Liste an die aktuell gültige Schweizerische Operationsklassifikation (CHOP) 2024.

## Antragsverfahren wird von FMH genutzt

Zur Weiterentwicklung der AvS-Liste etablierte das Bundesamt für Gesundheit (BAG) ein Antragsverfahren zuhanden der Eidgenössischen Kommission für allgemeine Leistungen und Grundsatzfragen (ELGK). Die FMH und ihre Fachgesellschaften nutzen das Antragsverfahren regelmässig. Daraus resultierten wichtige Anpassungen bei den Ausnahmekriterien. Letztes Jahr reichten die Krankenversicherer den Antrag auf Erweiterung der 18 Eingriffsgruppen um gewisse Eingriffe am Nasenseptum, an der

Schulter, am Ellenbogen, am Fuss sowie die Hydrocelenkorrektur ein. Ursprünglich strebte das BAG die Umsetzung dieser Listenerweiterung per 1. Januar 2024 an. Die FMH sowie die betroffenen Fachgesellschaften konnten sich in konstruktiven Gesprächen beim BAG mit ihrem medizinischen Wissen zu diesem Antrag einbringen. So zeigten die Fachgesellschaften auf, dass die selektionierten Eingriffe teilweise ein sehr inhomogenes Patientenkollektiv betreffen. Aus medizinischer Sicht ist es wichtig, dass die ambulante Durchführung die Behandlungsqualität und Patientensicherheit nicht einschränkt. Dieser Austausch des BAG mit der FMH und den betroffenen Fachgesellschaften verdeutlichte, dass eine Erweiterung der Eingriffsliste umfassende Abklärungen seitens BAG erfordert. Eine allfällige Listenerweiterung wird frühestens für 2025 realisierbar.

### Ambulantisierung – ja, und

Was denken die Ärztinnen und Ärzte über die AvS-Bestrebungen? Das Forschungsinstitut gfs.bern führt im Auftrag der FMH alljährlich eine repräsentative Befragung der Ärzteschaft zu den Rahmenbedingungen der ärztlichen Arbeit durch. Von den im Jahr 2023 befragten Spitalärztinnen und -ärzten in der Akutsomatik waren 55% voll oder eher damit einverstanden, dass es die gesetzliche Regelung «Ambulant vor Stationär» gibt. Mit der im Befragungsjahr gültigen Liste der ambulant durchzuführenden Eingriffe (AvS-Liste) waren demgegenüber nur 45% voll oder eher einverstanden. Eine Ausweitung der Liste auf weitere Fachgebiete oder Eingriffe

befürworteten lediglich 31%, während 41% sie ablehnten und 28% keine Meinung hierzu hatten. Im Jahr 2022 waren von den Ärztinnen und Ärzten, die selbst schon solche Listen-Eingriffe durchgeführt hatten, 60% der Ansicht, dass sich die Liste für die Patientinnen und Patienten insgesamt bewährt habe. Dieser Anteil ist im Jahr 2023 auf 49% gesunken, was aufhorchen lässt. Der Zustimmungsrückgang könnte mit der bereits erfolgten Erweiterung der Liste und noch ungelösten Herausforderungen der Ambulantisierung zusammenhängen.

## Neue Tarifmodelle wie Hybrid-DRGs sind im schweizerischen Kontext prüfenswert.

### Erweiterung sorgfältig planen

In diesem Zusammenhang ist es hilfreich, die Punkte zu betrachten, die als Gründe gegen eine Ausweitung der AvS-Regelung aufgeführt werden (siehe Abbildung 1). Auch im Jahr 2023 werden Probleme mit der Patientensicherheit und Einschränkungen bei der Behandlungsfreiheit mit jeweils 51% am häufigsten genannt. Beide Faktoren weisen jedoch über die vier verfügbaren Jahre betrachtet (2020 bis 2023) abnehmende Zustimmungswerte auf. Der Anteil der Befragten, der eine Ausweitung für medizinisch nicht sinnvoll hält, weist demgegenüber einen Aufwärtstrend auf (von 33% auf 38%). Drohender Qualitätsverlust und erhöhter

## Weitere Resultate und Antragsverfahren

Weitere Informationen zur Befragung der Ärzteschaft durch gfs.bern im Auftrag der FMH finden sich unter [www.fmh.ch](http://www.fmh.ch) → Themen → Stationäre Tarife → Begleitforschung. Dort sind auch zusätzliche Resultate zum Arbeitsumfeld und den Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit in der Schweiz verfügbar.

Weiterführende Informationen zum Antragsverfahren zur Anpassung des Anhangs 1a KLV (d.h. Neuaufnahme, Änderung oder Streichung von ambulant durchzuführenden Eingriffen und Ausnahmekriterien) finden sich unter [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch) → Versicherungen → Krankenversicherung → Leistungen und Tarife → Ärztliche Leistungen → Ambulant vor Stationär. Gerne unterstützt die Abteilung Stationäre Versorgung und Tarife der FMH die Fachgesellschaften bei der Antragstellung.

administrativer Aufwand sind weitere mögliche Folgen, die bei einem Teil der Befragten zu einer ablehnenden Haltung geführt haben. Unter die nicht weiter spezifizierten «andere Gründe» (14%), die gegen eine Ausweitung sprechen, dürften negative Auswirkungen auf die ärztliche Weiterbildung fallen. Denn zurzeit

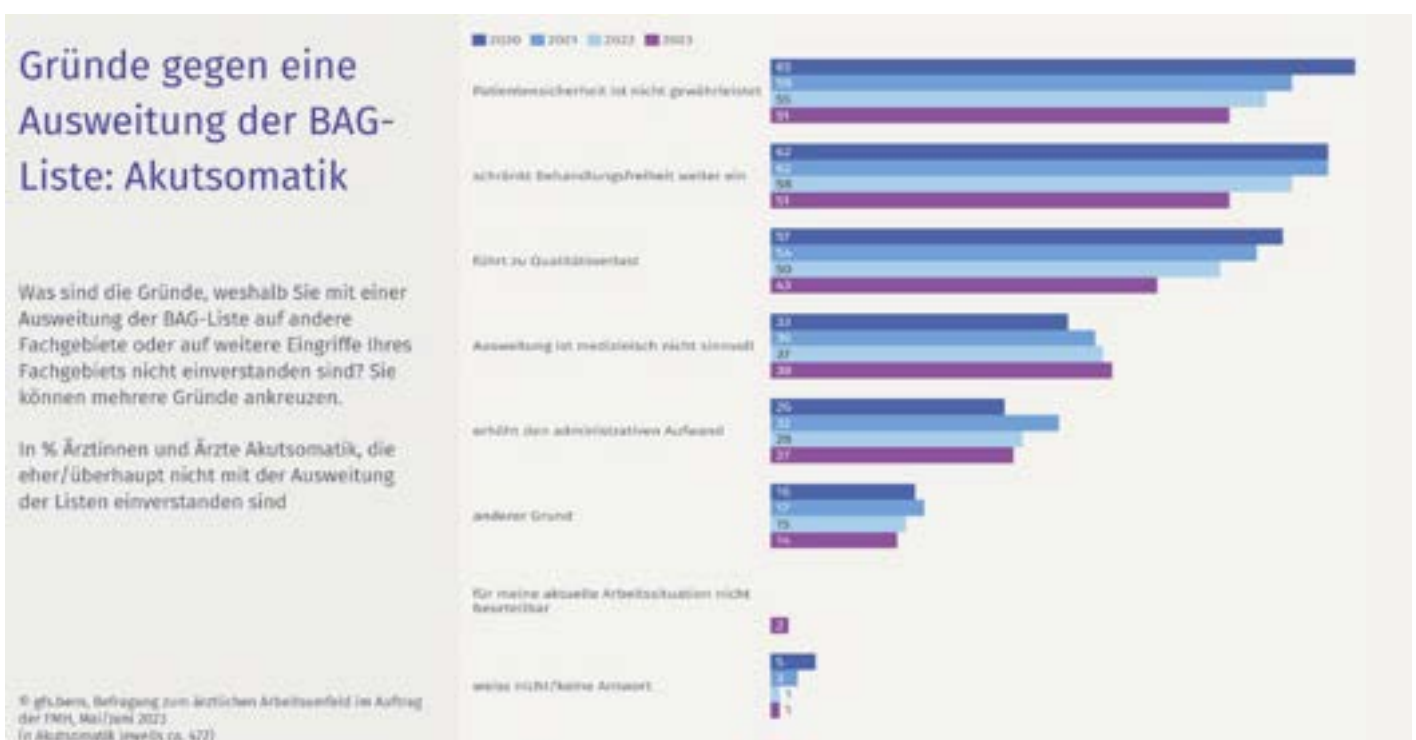


Abbildung 1: Gründe gegen eine Ausweitung der BAG-Liste «Ambulant vor Stationär».



Abbildung 2: Gründe für eine Ausweitung der BAG-Liste «Ambulant vor Stationär».

bestehen im ambulanten Setting noch zu wenig Lernmöglichkeiten. Ausserdem ist die derzeitige finanzielle Abgeltung ambulanter Eingriffe für die Leistungserbringer oft nicht kostendeckend. Entscheidend für eine erfolgreiche Stärkung der Ambulantisierung ist letztlich die Verbesserung dieser Rahmenbedingungen.

### Neue Prozesse sind zu etablieren

Die befragte Ärzteschaft sieht auch die Vorteile einer Ausweitung der Ambulantisierung. Abbildung 2 widerspiegelt das ärztliche Bewusstsein für Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen und die Bereitschaft, Fehlanreize im Tarifsysteem entgegenzuwirken. Als wichtigsten Faktor für ihre Zustimmung nennen 68% der Befragten den Umstand, dass viele Eingriffe gut ambulant durchgeführt werden können. In diesem Zusammenhang muss jedoch auf die hierzu notwendigen Voraussetzungen und die sich daraus ergebenden neuen Herausforderungen hingewiesen werden. Diese betreffen beispielsweise das postoperative Schmerzmanagement und die engmaschige, frühpostoperative Betreuung im ambulanten Setting. Auch für die bereits erwähnte Problematik der ärztlichen Weiterbildung müssen tragfähige Lösungen gefunden werden. Denn die in der AvS-Liste aufgeführten Interventionen finden im stationären Setting oftmals als Weiterbildungseingriffe statt. Wegen der unzureichenden Vergütung besteht bei ambulanten Interventionen aktuell ein hoher Zeit- und Effizienzdruck. Es fehlt sowohl die kosten- und sachgerechte Ta-

rifizierung als auch die Vergütung der Ausbilderinnen und Ausbilder, um Erklärungen und Anleitungen integrieren zu können. Es gilt also, die ärztliche Weiterbildung auch im ambulanten Setting kostendeckend zu verankern.

### Alternativen in Erwägung ziehen

Aus ärztlicher Sicht ist jedes Vergütungsmodell daraufhin zu prüfen, welche Auswirkungen es auf das Patientenwohl, die Behandlungsfreiheit und die administrative Belastung hat. Zudem sollen Vergütungsmodelle leistungsgerecht ausgestaltet sein und Fehlanreize möglichst gering halten. In Deutschland kommen seit dem 1. Januar 2024 parallel zur Liste ambulant durchzuführender Eingriffe auch sogenannte Hybrid-DRGs zur Anwendung. Mit Hybrid-DRGs wird ein Fall gleich vergütet unabhängig davon, ob dieser ambulant oder stationär (mit einer Übernachtung) erbracht wurde [1]. Dazu etablierte das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zwölf Hybrid-DRGs für fünf vorgegebene Indikationen [2]. Die Weiterentwicklung von spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien [3] fördert ein homogenes Fallkollektiv in den neuen DRGs. Zudem minimieren sie die Gefahr, dass auch komplexe Fälle in eine dieser DRGs eingruppiert werden. Die sich abzeichnende Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) ist für die Schweiz eine gute Ausgangslage, die Anwendbarkeit solcher Hybrid-DRGs im schweizerischen Kontext zu prüfen. Mit Hybrid-DRGs beziehungsweise einer sektorengleichen Vergü-

tung ambulanter Eingriffe oder kurzstationärer Aufenthalte würde die Ambulantisierung gestärkt, ohne die Behandlungsfreiheit einzuschränken. Gleichzeitig könnte der administrative Aufwand verringert werden, da im Gegensatz zur AvS-Liste keine Begründung erforderlich ist, weshalb ein Eingriff stationär durchgeführt werden muss.

Es gibt zu einer allfälligen Ausweitung der AvS-Listen also durchaus prüfungswerte alternative Ansätze, um die Ambulantisierung zu fördern. Unabhängig davon, welcher Weg in der Schweiz künftig gewählt wird, dürfte die leistungsgerechte Vergütung im ambulanten beziehungsweise kurzstationären Bereich ein zentraler Schlüssel zum Erfolg sein. Wichtig ist dabei, dass die Vergütung eine ärztliche Weiterbildung auch im ambulanten Setting ermöglicht.

**Korrespondenz**  
tarife.spital[at]fmh.ch



### Literatur

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



# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Gisela Berger-Benz* (1968), † 4.3.2024, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, 8304 Wallisellen

*Louy Kayasseh* (1937), † 18.3.2024, Facharzt für Gastroenterologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4123 Allschwil

*Hans-Joachim Hohberg* (1953), † 21.4.2024, Praktischer Arzt, 2560 Nidau

*Claude Gailloud* (1930), † 27.4.2024, Spécialiste en ophtalmologie, 1020 Renens VD

## Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied in leitender Funktion hat sich angemeldet:

*Michael Peter Michlig*, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Chefarzt KJP UPD Ambulanter Bereich, Poliklinik Bern und Regionale Kompetenzzentren Kt. Bern KJP, Untere Zollgasse 99, 3063 Ittigen

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

*Sophie Bauer*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Infektiologie, Mitglied FMH, Gemeinschaftspraxis Muri, Mettlegässli 2, 3074 Muri b. Bern

*Odett Haller*, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Gesellschaftsstrasse 34, 3012 Bern

*Anne Mugglin*, Fachärztin für Neurologie, Mitglied FMH, Neurologie im Zentrum, Aarberggasse 30, 3011 Bern

*Beatrice Pfister*, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medi24 AG, Bolligenstrasse 54, 3006 Bern

*Alex Soltermann*, Facharzt für Pathologie, Mitglied FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

*Andrei Zdroveac*, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Gefässchirurgie, Mitglied FMH, Aorten- und Gefässchirurgie, c/o Dr. med. Roman Bühlmann, Waaghaus-Passage 8, 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 Schwyz

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

*Hans-Jürgen Richter*, Facharzt für Chirurgie, Mitglied FMH, ab 04/2024 zu 100% in 6440 Schwyz

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

Anzeige

# Ohne komplizierte Rechnung?

Die Lösung: 1 x täglich, 12 mmol\*, 100% Citrat<sup>1,2,3</sup>



\* entsprechend der zugelassenen Dosierung

## Referenzen

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

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

DOETSCH GRETHER AG, 4051 Basel, Tel. 061 287 34 11, [info@doetschgrether.ch](mailto:info@doetschgrether.ch), [www.doetschgrether.ch](http://www.doetschgrether.ch)

DG  
DOETSCH GRETHER  
PHARMA · OTC · CONSUMER CARE

DG.R.03.09.02023.9



© Yar Photographer / Dreamstime

Die Unterscheidung zwischen therapeutischem und nicht therapeutischem Gebrauch einer Substanz hängt von verschiedenen Faktoren ab.

# Psychedelika: therapeutischer Gebrauch vs. Freizeitkonsum

**Regulierung** Das steigende Interesse an der Nutzung psychedelischer Substanzen sowohl zu therapeutischen als auch zu Freizeitzielen geht einher mit einer bedenklichen Konfusion. Dabei unterscheiden sich diese beiden Anwendungsweisen wesentlich voneinander – in Bezug auf ihren Zweck, ihre Regulierung und die entsprechenden Entscheidungsprozesse.

**Federico Seragnoli<sup>a</sup>; Gabriel Thorens<sup>b</sup>; Louise Penzenstadler<sup>c</sup>; Albert Buchard<sup>d</sup>; Leonice Furtado<sup>e</sup>; Silke Bachmann<sup>f</sup>; Radu Iuga<sup>d</sup>; Michel Sabe<sup>b</sup>; Tamara Corino<sup>f</sup>; Maëlle Bisson<sup>f</sup>; Daniele Zullino<sup>g</sup>**

<sup>a</sup> PhD Cand., Psychologin, Abteilung für Psychiatrie, Suchtmedizinischer Dienst, Universitätsspital Genf; <sup>b</sup> PD, Psychiater, Abteilung für Psychiatrie, Suchtmedizinischer Dienst, Universitätsspital Genf; <sup>c</sup> PD, Psychiaterin, Abteilung für Psychiatrie, Suchtmedizinischer Dienst, Universitätsspital Genf; <sup>d</sup> MD, Psychiater, Abteilung für Psychiatrie, Suchtmedizinischer Dienst, Universitätsspital Genf; <sup>e</sup> MD, Psychiaterin, Abteilung für Psychiatrie, Suchtmedizinischer Dienst, Universitätsspital Genf; <sup>f</sup> MSc, Psychologin, Abteilung für Psychiatrie, Suchtmedizinischer Dienst, Universitätsspital Genf; <sup>g</sup> Prof., Psychiater, Abteilung für Psychiatrie, Suchtmedizinischer Dienst, Universitätsspital Genf

Die Unterscheidung zwischen therapeutischer und nicht therapeutischer Verwendung einer Substanz ist abhängig von der Absicht, dem Kontext und dem angestrebten Nutzen. Hier sind einige wichtige Aspekte zu beachten.

Der therapeutische Gebrauch einer Substanz zielt darauf ab, ein bestimmtes medizinisches Problem unter der Aufsicht qualifizierter Gesundheitsfachkräfte anzugehen. Von einem Arzt verschrieben oder von einem Apotheker gehandhabt, verfügen diese Substanzen über spezifische pharmakologische Eigenschaften, die es erlauben, die Gesundheit der Patientin oder des Patienten zu verbessern.

Der nicht therapeutische Gebrauch zielt darauf ab, ohne ärztliche Aufsicht und unabhängig von einem spezifischen medizinischen Problem, Genuss, Vergnügen, Entspannung oder eine Veränderung des Gemütszustands zu erreichen. Die Substanzen werden aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung und nicht aufgrund eines spezifischen medizinischen Nutzens ausgewählt. In diesem Zusammenhang werden die Substanzen nicht von medizinischem Fachpersonal verschrieben und können je nach lokaler Gesetzgebung legal oder illegal erworben werden. Sie werden auch ausserhalb des medizinischen Kontexts zu sozialen Zwecken oder zur Leistungssteigerung eingesetzt, und gelegentlich sogar im Rahmen kultureller Rituale verwendet. Die Legalität und die Risiken des Konsumverhaltens variieren je nach Substanz, Region und Rechtsprechung: Es kann entweder sozial akzeptiert oder illegal sein.

## Ärzte und nicht autorisierte Personen führen rechtswidrige Therapien mit illegal beschafften Psychedelika durch.

### Wissenschaft vs. Politik

Die *Wissenschaft* ist ein geordnetes System von Erkenntnissen, die aus Beobachtung, Experiment, Analyse und methodischer Erforschung der Welt und ihrer Phänomene resultieren. Sie zielt darauf ab, diese Phänomene zu verstehen, zu erklären, vorherzusagen und gelegentlich, wie beispielsweise in der Medizin, zu kontrollieren. Gestützt auf die wissenschaftliche Methode minimiert sie persönliche Vorurteile und verlangt, dass Theorien und Hypothesen testbar sind und durch empirische Daten widerlegt werden können, um als wissenschaftlich anerkannt zu werden.

Die *Politik* zielt darauf ab, Werte durch politische Massnahmen umzusetzen, die Prioritäten der Gesellschaft widerspiegeln. Ent-

scheidungsträger sind dafür verantwortlich, Beschlüsse zu fällen, die den Austausch von Ansichten, Verhandlungen und Kompromissen zwischen unterschiedlichen Wertvorstellungen erfordern. Im Gegensatz zur Wissenschaft wird die Politik nicht immer von empirischen Massstäben geleitet und kann gelegentlich wissenschaftliche Beweise zugunsten politischer Interessen ausser Acht lassen.

## Die Anwendung psychedelischer Substanzen zu therapeutischen Zwecken erfordert eine Validierung durch klinische Studien.

### Therapeutischer vs. Freizeitgebrauch

Die Legalisierung einer Droge für den nicht therapeutischen Gebrauch beendet ihr gesetzliches Verbot und kann durch die Ziele der Kriminalitätsreduktion, Marktregulierung, Steuereinnahmengenerierung und individuellen Rechte motiviert sein. Der demokratische Prozess umfasst unter anderem öffentliche Debatten und Volksbefragungen, welche es den Bürgern ermöglichen, Einfluss auf Regierungsentscheidungen zu nehmen. Entsprechende Gesetze regeln den Verkauf, die Verteilung und den Konsum der Substanz.

Im Gegensatz zur Regulierung der therapeutischen Anwendungen stützt sich die Legalisierung des Freizeitkonsums weniger auf wissenschaftliche Erkenntnisse und wird stärker durch politische, soziale und wirtschaftliche Überlegungen geleitet. Die vorherrschenden Ansichten, gestützt durch Argumente, die auf Werten, individuellen Rechten und wirtschaftlichen Überlegungen basieren, prägen die demokratische Regulierung massgeblich.

Die Regulierung des therapeutischen Gebrauchs bezweckt, die Anwendung potenziell riskanter medizinischer Substanzen zu lenken, um die Sicherheit und Wirksamkeit der Behandlungen zu gewährleisten und gleichzeitig das Risiko für Patientinnen und Patienten zu minimieren. Von Gesundheitsbehörden wie der Food and Drug Administration (FDA) in den Vereinigten Staaten etabliert, basiert diese Regulierung auf wissenschaftlichen Daten, einschliesslich klinischer Studien, strenger Produktionsstandards und kontinuierlicher Überwachung unerwünschter Nebenwirkungen. Ihr Ziel ist es, sicherzustellen, dass Behandlungen auf soliden wissenschaftlichen Beweisen beruhen.

### Legalisierung vs. Regulierung

Die Interaktionen zwischen Legalisierung und Regulierung werden von zwei wesentlichen Dynamiken beeinflusst:

1. *Die Politik kann lenkend auf die Auswahl der Themenbereiche der Forschung wirken und die Wissenschaft in bestimmte Richtungen steuern.* Häufig werden wissenschaftliche Entscheidungen und Finanzierungen von wirtschaftlichen und politischen Interessen beeinflusst. Politische Entscheidungen können auch die Verbreitung von Ergebnissen erschweren, insbesondere in umstrittenen Bereichen wie dem Klimawandel oder der Forschung zu verbotenen Substanzen. Trotzdem sollte die Wissenschaft frei bleiben für objektive und unabhängige Untersuchungen, auch wenn die Ergebnisse den politischen Zielen entgegenstehen.

2. *Die Wissenschaft kann Evidenz liefern, um eine Politik zu unterstützen oder infrage zu stellen, aber Politik kann diese Evidenz aufgrund von Voreingenommenheit, Vorurteilen oder wirtschaftlichen Überlegungen ignorieren.* Eine aufgeklärte Politik könnte wissenschaftliche Daten für fundierte Entscheidungen zugunsten des öffentlichen Interesses nutzen. Trotz der Forderungen nach einer vermehrten Abstützung auf wissenschaftliche Evidenzen [1] bleibt der Prozess, diese in politische Massnahmen umzuwandeln, jedoch komplex.

## Die Anerkennung des Konsums von Psychedelika als Bürgerrecht bedarf eher einer Regulierung als einer Medikalisierung.

### Die «Underground»-Praktiken

Das Problem mit den kürzlich aufgetretenen «Underground»-Praktiken unterstreicht die Notwendigkeit, klar zwischen therapeutischer und nicht therapeutischer Nutzung zu unterscheiden. Dazu gehören rechtswidrige Therapien mit illegal beschafften psychedelischen Substanzen, die von Ärzten oder nicht autorisierten Personen durchgeführt werden. Gelegentlich wird versucht, dies als ziviler Ungehorsam einzustufen, als legitimer Ausdruck politischer Aktionen, die darauf abzielen, auf Ungerechtigkeiten aufmerksam zu machen oder sozialen Wandel einzuleiten. Einige argumentieren, dass diese «Underground»-Praktiken die Entwicklung der psychedelischen unterstützten Psychotherapie fördern könnten. Hier werden aber erneut die Logiken von therapeutischen und Freizeitwendungen vermengt.

Der illegale Gebrauch von Substanzen, auch wenn er die Meinung zugunsten der Freizeitlegalisierung beeinflussen kann, ist kein Beleg für die therapeutische Wirksamkeit. Die wissenschaftliche Prüfung ist nach wie vor entscheidend, um die Wirksamkeit eines therapeutischen Ansatzes zu bestimmen, selbst wenn



## Organisationen

sich die öffentliche Meinung möglicherweise zugunsten der Legalisierung verändert hat. Es ist unangebracht, Daten aus illegalen Praktiken zur Bewertung ihrer Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit heranzuziehen, da diese Praktiken oft nicht den grundlegenden Kriterien wissenschaftlicher Forschung entsprechen. Dadurch wird die Auslegung und Gültigkeit der Daten ernsthaft beeinträchtigt.

### Die Gefahren der Vermischung

Das Angebot von Therapien durch Nicht-Fachleute wie Schamanen, Heiler und Druiden birgt Risiken für die Sicherheit der Patientinnen und Patienten, die Wirksamkeit der Behandlungen und das Ansehen des medizinischen Fachgebietes. Die strengen ethischen und regulatorischen Normen, denen Gesundheitsfachkräfte und Wissenschaftler unterliegen, gewährleisten die Integrität der Forschung und den Schutz der Rechte der Patientinnen und Patienten. Die Anwendung psychedelischer Substanzen zu therapeutischen Zwecken erfordert eine wissenschaftliche Validierung durch strenge klinische Studien. Allerdings könnte die Teilnahme von Personen ohne wissenschaftliche Ausbildung zu nicht validierten Praktiken führen, die auf persönlichen Überzeugungen basieren und die Effektivität der Behandlungen gefährden.

Auf der anderen Seite birgt die Medikalisierung des Freizeitgebrauchs von Psychedelika die Gefahr einer ärztlichen Bürokratisierung von Bürgerrechten. Die Anerkennung des Konsums von Psychedelika als Bürgerrecht bedarf eher einer Regulierung als einer Medikalisierung. Die Beschränkung des Zugangs auf den medizinischen Bereich beeinträchtigt die persönliche Freiheit der Bürger, indem sie finanzielle und administrative Hürden schafft, die einen Teil der Bevölkerung ausschliessen und zu Ungleichheiten im Zugang zu diesen Substanzen führen würden. Die medizinische Bürokratisierung würde zudem zu einer eingeschränkten Konzeptualisierung der psychedelischen Erfahrungen führen, und der Vielfalt individueller Motivationen und kulturellen Kontexte nicht Rechnung tragen.

### Schlussfolgerung

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die grundlegenden Unterschiede zwischen dem therapeutischen und nicht therapeutischen Einsatz von psychedelischen Substanzen die Diskussionen über ihre Regulierung leiten sollten. Die therapeutische Nutzung konzentriert sich auf die Behandlung von medizinischen Problemen unter ärztlicher Aufsicht, während die nicht therapeutische Nutzung eher rekreativen oder kulturellen Zwecken dient. Es kommt zwangsläufig zu einer Auseinandersetzung zwi-

sehen Wissenschaft und Politik, wobei die Wissenschaft Fakten liefert und die Politik die Richtlinien bestimmt. Es ist essenziell, dass die Unabhängigkeit der Wissenschaft bewahrt und ihre beratende Funktion im politischen Prozess anerkannt wird.

Zusammenfassend ist eine klare Unterscheidung zwischen therapeutischem und nicht therapeutischem Gebrauch von psychedelischen Substanzen unerlässlich, um Fehler der Vergangenheit zu vermeiden. Gleichzeitig ist die ergänzende Rolle von Wissenschaft und Politik bei Entscheidungsfindungen zu berücksichtigen.

### Korrespondenz

federico.seragnoli[at]hcuge.ch



### Literatur

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

# Medikamentenmangel? Als FMH-Mitglied Unterschriften für eine bessere Versorgung sammeln!

**Versorgungssicherheit** Die Gesundheit der Schweizer Bevölkerung ist durch das Fehlen von über 1000 Medikamenten und weiterer medizinischer Güter gefährdet. Deshalb unterstützen 19 Verbände, Organisationen und Unternehmen des schweizerischen Gesundheitswesens, darunter auch die FMH, die Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit». Helfen auch Sie mit und sammeln Sie Unterschriften.

## Sven Bradke

Dr. rer. publ. HSG, Geschäftsführer der Ärzte mit Patientenapotheke (APA)

**A**ktuell fehlen in der Schweiz über 1000 Medikamente – Tendenz steigend. Zudem gibt es Engpässe bei medizinischen Gütern, beispielsweise bei wichtigen Materialien für medizinische Labore. Hier setzt die Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» an. Sie soll eine bessere Versorgung ermöglichen. Helfen Sie mit, dass die benötigte Anzahl an Unterschriften von über 100 000 in den nächsten Monaten zusammenkommt. Jede einzelne Unterschrift zählt! Vielen Dank für Ihr Engagement!

## Ursachen für den Mangel

Verursacht wurde diese spezielle Mangellage durch den jahrelangen, massiven Preisdruck auf Medikamente und medizinische Güter und die damit verbundene Verlagerung der Produktion in Drittstaaten. Heute werden Medikamente der Grundversorgung fast ausnahmslos in asiatischen Ländern wie Indien und China produziert. In der Schweiz und dem europäischen Ausland werden kaum mehr Medikamente oder medizinische Güter hergestellt.

Die in Drittstaaten ansässigen Firmen haben sich in den vergangenen Jahren – unabhängig von der Pandemie – als unzuverlässige Lieferanten erwiesen. Die Pandemie hat diese Missstände verstärkt sowie ins allgemeine Bewusstsein gerückt. Wie sich zeigte, können auch politische oder technische Ursachen vor Ort

oder auf den Lieferwegen zu Mangellagen bei uns führen. Deshalb besteht Handlungsbedarf. Die Gesundheit unserer Bevölkerung steht auf dem Spiel!

## Die Initiative und ihre Forderungen

Die Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» will über einen neuen Artikel in unserer Bundesverfassung die Versorgung mit wichtigen Arzneimitteln und medizinischen Gütern in der Schweiz sicherstellen. Sie setzt dabei im Wesentlichen auf drei Punkte:

Über eine Verfassungsänderung soll neu der Bund für die Versorgung mit Heilmitteln und anderen wichtigen medizinischen Gütern zuständig sein und Massnahmen vorsehen. Spätestens seit der Corona-Pandemie wissen wir, dass die Kantone die Zielsetzung einer best- und schnellstmöglichen Versorgung unseres Landes nur sehr eingeschränkt erfüllen können.

Des Weiteren soll der Standort Schweiz in den Bereichen Forschung, Entwicklung, Produktion und Lagerhaltung gestärkt werden. Dafür sind gute Rahmenbedingungen erforderlich. Dabei sind auch die Lagerhaltung und Steuerung zur Vermeidung weiterer Versorgungsengpässe zu verbessern.

In Zusammenarbeit mit dem Ausland sollen zudem zuverlässige Lieferketten für wichtige Heilmittel und medizinische Güter sichergestellt werden.

Dies alles erfordert eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zwischen Politik, Verwaltung, Industrie und Leistungserbringern. Denn nur gemeinsam kann eine optimale Versorgung mit Heilmitteln sowie eine dezentrale Abgabe und Beratung erzielt werden.

## Breite Unterstützung der Initiative

Die Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» genießt breite Unterstützung: 19 Verbände, Organisationen und Unternehmen des schweizerischen Gesundheitswesens stehen hinter dem Anliegen. Auch die FMH und die Vereinigung der Ärzte mit Patientenapotheke (APA) sehen sie als geeigneten Weg für eine sicherere Versorgung mit Arzneimitteln an. Deshalb sollten auch Sie die Volksinitiative «Ja zur medizinischen Versorgungssicherheit» unterstützen und weitere Unterschriften sammeln. Unterschriftbögen sowie weitere Informationen finden Sie auf der Webseite: <https://versorgungssicherheit.ch/>

## Korrespondenz

info[at]patientenapotheke.ch  
sven.bradke[at]mediapolis.ch



© Alltudevs / Dreamstime.com

Für Personen in Gesundheitszentren kann die Lebensqualität durch Schluckstörungen derart eingeschränkt sein, dass ein hoher Leidensdruck entsteht.

# Leitlinie für die Gesundheitszentren für das Alter Zürich

**Ernährung Urteilsunfähiger** Darf die Ernährung bei urteilsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern am Lebensende mit Schluckstörung unterlassen werden? Auf diese Frage geht die Leitlinie für die Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich ein. Ziel ist es, die Stellvertretung der Betroffenen sowie die Behandlungs- und Pflegeteams im Umgang mit diesem ethischen Dilemma zu unterstützen.

Ruth Baumann-Hölzle<sup>a</sup>; Gaby Bieri-Brüning<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr. theol., Stiftung Dialog Ethik; <sup>b</sup> Dr. med., MHA, MSc, Ärztliche Direktorin der Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich



Bestimmte Ernährungssituationen bei urteilsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern in Gesundheitszentren für das Alter mit einer irreversiblen progredienten Erkrankung sind eine besondere Herausforderung für die sie betreuenden Menschen [1–4]. Aufgrund ihrer Grunderkrankung kann es bei der Nahrungsaufnahme zu Schluckstörungen kommen. Dies ist mehrheitlich der Fall bei Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung [5–6], kann jedoch auch bei anderen Patientengruppen auftreten. Manchmal müssen Bewohnerinnen und Bewohner manuell mit taktiler Stimulation durch Ausstreichen des Kehlkopfes oder der Wangentaschen unterstützt werden, damit sie Nahrung und Flüssigkeiten schlucken können. Gleichwohl kommt es öfters während der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zum Verschlucken. Dies kann mittels angepasster Ernährung meist vermieden werden, es sei denn, dass sie zufällig etwas essen, was eigentlich nicht für sie bestimmt ist. Es kann zu einer Aspirationspneumonie kommen, an der sie versterben können. Durch parenterale Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr lassen sich diese Komplikationen nur bedingt lösen. Denn diese Bewohnerinnen und Bewohner können sich trotzdem am eigenen Speichel verschlucken. Auch eine PEG-Sonde (PEG steht für Perkutane endoskopische Gastrostomie, Anm. d. Red.) ist wegen Regurgitations- und Aspirationsgefahr häufig keine Lösung, beziehungsweise bei fortgeschrittener Demenz ohnehin kontraindiziert.

## Haben Menschen das Bedürfnis nach Nahrung und sie verbessert ihre Lebensqualität, besteht eine Ernährungspflicht.

Für Bewohnerinnen und Bewohner kann die Lebensqualität durch solche Schluckstörungen derart eingeschränkt sein, dass ein hoher Leidensdruck entsteht. In dieser Situation geraten Pflegefachpersonen oftmals in moralischen Stress und ein ethisches Dilemma [7–9]: Auf der einen Seite fühlen sich die Pflegefachpersonen verpflichtet, diese Bewohnerinnen und Bewohner zu ernähren. Auf der anderen Seite besteht die reale Gefahr, dass die Betroffenen während der Nahrungseingabe per os an den Folgen einer entstehenden Aspirationspneumonie versterben. Die Pflegefachpersonen fühlen sich dann für den Tod verantwortlich, wobei sich das ethische Dilemma in doppelter Hinsicht zeigt, denn wenn die Ernährung unterlassen wird, um diese Komplikationen zu vermeiden, versterben die Bewohnerinnen und Bewohner mangels Ernährung.

Bei der Ernährung von urteilsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer irreversibel progredienten Erkrankung am Lebensende mit Schluckstörungen stellt sich damit die folgende ethische Kernfrage: Darf bei der Nahrungs- und Flüssigkeitseingabe per os das Risiko der Aspirationspneumonie in Kauf genommen oder darf die Ernährung per os unterlassen werden? Die neue Leitlinie der Stadt Zürich, unter dem Titel «Leitlinie für die Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich – Ernährung bei urteilsunfähigen Bewohnenden mit einer irreversibel progredienten Erkrankung mit Schluckstörungen am Lebensende», geht auf diese Frage ein. Sie soll die Gesundheitsfachpersonen vom moralischen Stress entlasten, sich für den Tod der Bewohnerin oder des Bewohners verantwortlich zu fühlen. Die Leitlinie wird in der ersten Hälfte von 2024 in allen Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich implementiert werden.

### Zusammenfassung der Leitlinie

Die folgenden fünf Punkte beschreiben das gewünschte Vorgehen für die Ernährung bei

urteilsunfähigen Bewohnerinnen und Bewohnern mit einer irreversiblen progredienten Erkrankung mit Schluckstörungen am Lebensende. Das Vorgehen wird auch in der Grafik beschrieben (Abbildung 1).

## Ein Ernährungsverzicht bedeutet nicht, dass man die Person verhungern lässt, sondern einen guten Sterbeprozess ermöglicht.

1. Solange Menschen am Lebensende das Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit verbal oder averbal zeigen und die Nahrungsaufnahme ihre Lebensqualität verbessert (oder zumindest nicht negativ beeinflusst), besteht ihnen gegenüber eine Ernährungspflicht per os, und zwar selbst dann, wenn kein physiologischer Ernährungsbedarf mehr vorhanden ist. Ein mögliches Verschlucken muss dabei so lange in Kauf genommen werden, als dieses die Lebensqualität der Betroffenen nicht einschränkt. Es soll eine



Abbildung 1: Vorgehen bei Bewohnerinnen und Bewohnern mit Schluckstörungen.

## Entwicklung der Leitlinie

Die Leitlinie wurde im Rahmen des Ethik-Forums mit dem Team des Gesundheitszentrums für das Alter Bombach und der Stadtärztin, Dr. med. Gaby Bieri-Brüning, MHA, MSc, Ärztliche Direktorin der Gesundheitszentren für das Alter der Stadt Zürich, entwickelt. Korrekturgelesen haben die Leitlinie Dr. sc. nat. Daniel Gregorowius, Leiter Forschung Dialog Ethik, und Dr. med. Hannah Schmieg, wissenschaftliche Mitarbeiterin Dialog Ethik. Die Mitglieder des Ethik-Forums des Gesundheitszentrums für das Alter Bombach zum Zeitpunkt der Erstellung der Leitlinie waren:

- Urs Leu (Betriebsleiter)
- Bea Wozny-Wettstein (Leiterin Pflegedienst)
- Ruth Baumann-Hölzle (Institutsleitung Stiftung Dialog Ethik)
- Christian Braunschweiger (Berufsbildungsverantwortlicher)
- Maja Dietrich (Sozialdienst)
- Fabienne Hasler (Leiterin Med. Therapien)
- Eva Jakab (Leitende Ärztin) Ky Klay (Leiter Verpflegung)
- Karin Krönert (kaufmännische Angestellte)
- Michael Vesti (Fachmann Betreuung)
- Slavi Marjanovic (Pflegerxperte)
- Vanessa Marti (Leitung Hauswirtschaft)
- Liki Radulovic (Wohngruppenleiterin)
- Sven Brenner (Demenzxperte)

adäquate Nahrung angeboten werden und auf eine Körper- und Kopfhaltung, die den Schluckakt vereinfacht, geachtet werden. In diesem Fall soll unter Umständen für die Nahrungsaufnahme taktil am Hals oder an den Backentaschen stimuliert werden. Eine daraus entstehende Aspirationspneumonie ist auch eine Möglichkeit, dass der Leidensweg ein Ende findet. Stirbt eine Person nach einer Nahrungseingabe, so ist dies ein natürliches Ereignis und niemand kann für ihren Tod verantwortlich gemacht werden.

### Stirbt eine Person nach einer Nahrungseingabe, kann niemand dafür verantwortlich gemacht werden.

2. Verschluckt sich jedoch ein Mensch am Lebensende häufig und wird dadurch seine Lebensqualität eingeschränkt, weil er offensichtlich am Verschlucken leidet, dann ist auf die Ernährung per os nach einer sorgfältigen ethischen Abwägung im Rahmen des Behandlungs- und Pflegeteams zu verzichten. Einem eventuell gezeigten Bedürfnis nach Nahrung und Flüssigkeit ist mit guter Mundpflege zu begegnen. Unterlässt man die Ernährung per os, so muss die Bewohnerin oder der Bewohner während des natürlichen Sterbeprozesses weiterhin begleitet und unterstützt werden.
3. Entscheidungen über einen Ernährungsverzicht per os bei urteilsunfähigen Bewohnerinnen

und Bewohnern mit einer irreversibel progredienten Erkrankung am Lebensende, deren Lebensqualität aufgrund von häufig auftretenden Komplikationen der Schluckstörungen stark eingeschränkt ist, sind individuell zu treffen. Der Entscheidungsfindungsprozess soll im Rahmen einer moderierten ethischen Fallbesprechung innerhalb des Behandlungs- und Pflegeteams stattfinden. Die Moderation erfolgt durch eine Person, die die Bewohnerin oder den Bewohner nicht kennt und darin geschult ist, ethische Fallbesprechungen professionell durchzuführen. Der Entscheid stellt dann einen individuellen Therapieplan dar, dem auch die medizinische Stellvertretung der Bewohnerin oder des Bewohners zustimmen können muss.

4. Eine klare Kommunikation des Entscheides an jedes Mitglied im Behandlungs- und Betreuungsteam ist äusserst wichtig. Alle Personen, die die Bewohnerin oder den Bewohner betreuen, sind auf den gleichen Wissenstand zu bringen. Auch muss ihnen die Möglichkeit zur Teilnahme an der Fallbesprechung oder bei Nichtteilnahme für Rückfragen gegeben werden.
5. Die Stellvertretung und die Angehörigen sind über die Gründe und die Folgen des Ernährungsverzichts gut zu informieren und ebenfalls während des Sterbeprozesses des betroffenen Bewohners beziehungsweise der betroffenen Bewohnerin zu begleiten. Es ist ihnen bewusst zu machen, dass am Lebensende Hunger und Durst verschwinden, das Unterlassen von Nahrung und Flüssigkeit dem natürlichen Sterbeprozess entspricht und eine Ernährung den Sterbeprozess negativ beeinflusst.

Die Kommunikation mit der Stellvertretung und den betroffenen Angehörigen ist äusserst sorgfältig zu planen und durchzuführen. Wichtig dabei ist, dass den nahestehenden Personen verdeutlicht wird, dass ein Ernährungsverzicht nicht bedeutet, dass man den Bewohner oder die Bewohnerin verhungern oder verdursten lässt, sondern damit einen guten Sterbeprozess ermöglicht. Schwerpunkt des Gesprächs ist dann auch die Sterbebegleitung.

## Der Entscheid stellt einen Therapieplan dar, dem die medizinische Stellvertretung des Betroffenen zustimmen muss.

### Ein ethisches Dilemma

Die Frage für Situationen am Lebensende: «Darf bei der Nahrungseingabe per os das Risiko des Erstickens und der Aspirationspneumonie in Kauf genommen oder darf die Ernährung per os unterlassen werden?» wird mit der Leitlinie differenziert beantwortet. Dabei ist zu bedenken, dass ein ethisches Dilemma nicht «gelöst» werden kann. Es bleibt als ethisches Spannungsverhältnis bestehen. Die Leitlinie soll die Stellvertretung der Patientin oder des Patienten und die Behandlungs-, Pflege- und Betreuungsteams im Umgang mit diesem Dilemma unterstützen und den dabei auftretenden moralischen Stress mindern.

### Korrespondenz

Rbaumann[at]dialog-ethik.ch



### Literatur

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

# 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.

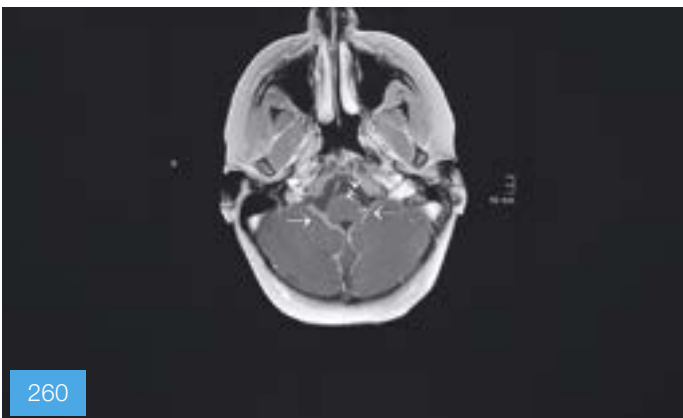


256

## Derangierte Elektrolyte

**Grunderkrankung mit Folge** Ein 62-jähriger Patient stellte sich auf der Notfallstation mit Obstipation und Harnverhalt seit einem Tag und konsekutiv suprapubischen Schmerzen vor. Auf Nachfrage gab er an, sich bereits seit ein bis zwei Monaten geschwächt zu fühlen und an progredienten Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich zu leiden. Die weitere Systemanamnese war unauffällig. Es waren keine Vorerkrankungen bekannt, und der Patient nahm keinerlei Medikamente ein.

Sara Kubatzki, Thomas Fehr et al.

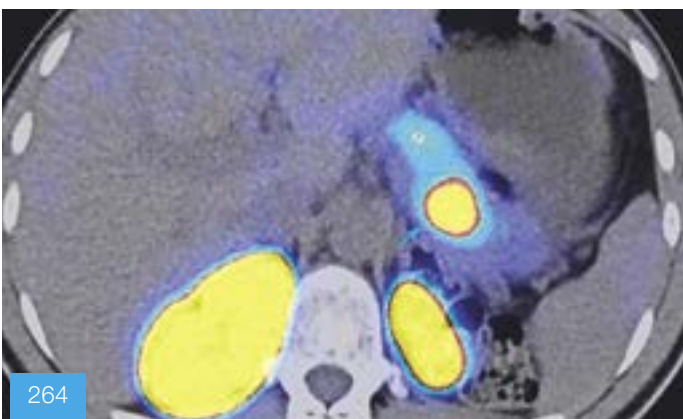


260

## Neuroborreliose mit meningo-vaskulitischer Verlaufsform

**Rarität** Die 22-jährige Patientin stellte sich mit einer akuten, persistierenden Gefühlsstörung der linken Körperhälfte sowie einem Schwächegefühl des linken Arms vor. Klinisch-neurologisch zeigte sich ein linksseitiges, armbetontes, sensomotorisches Hemisyndrom. In der Bildgebung imponierte eine Ischämie im rechten Thalamus.

Matúš Velický Bächeler, Antonia Thieme, Matthias Arnold



264

## Insulinom: selten, aber unverkennbar

**Diagnostisches Workup essentiell** Die notfallmässige Vorstellung des 28-jährigen Patienten erfolgte bei passagerer Absence, Kaltschweissigkeit, Zittern und allgemeinem Schwächegefühl seit dem Morgen. Er berichtete über rezidivierende derartige Episoden seit etwa zehn Jahren, gehäuft bei Nahrungskarenz.

Lukas Storz, Rubén Fuentes Artiles et al.



## Journal Club

## Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

## Unklares Fieber

## Rolle der PET-CT

Eine systematische Übersicht (36 Originalarbeiten, 3516 Patientinnen und Patienten) findet: Die Positronen-Emissions-Computertomographie (PET-CT) hat im Abklärungsgang eines unklaren Fiebers oder Entzündungszustandes (fever of unknown origin, FUO, or inflammation of unknown origin, IUO) eine ausgezeichnete Sensitivität – in 75% trägt es zur Diagnosefindung entscheidend bei (Infektionen, 29% > nicht-infektiöse Entzündung, 27% > Malignome, 15% > andere, 5%). Allerdings: Hinsichtlich der diagnostischen Wertigkeit liegt die Computertomographie nicht signifikant tiefer. Und: In fast 25% der Fälle kommt es auch ohne Diagnose zu einer spontanen Remission. Die Ursachenklärung bleibt damit mit und ohne PET-CT herausfordernd. In den meisten Fällen genügt eine CT als bildgebende Modalität.

Am J Med 2024, doi.org/10.1016/j.amjmed.2024.03.017.  
Verfasst am 5.4.2024\_HU

## Pneumonie

## Was häufig ist...

...ist häufig – aber nicht immer richtig, wie hier prominent am Beispiel «Pneumonie» gezeigt. Eine grosse Kohortenstudie – 17290 hospitalisierte Patientinnen und Patienten in 48 Spitälern – hat die Inzidenz und die Risikofaktoren für eine Fehldiagnose retrospektiv untersucht: In einem von acht Fällen (12%) wurde die Diagnose Pneumonie inkorrekt gestellt. Alter, Demenz und veränderter Bewusstseinszustand wurden als wichtigste Risikofaktoren für eine Fehldiagnose identifiziert – und damit eine gegenüber den Folgen von antibiotikaassoziierten Problemen besonders vulnerable Population. Neben den unerwünschten Wirkungen verzögert eine Fehldiagnose Detektion und Behandlung der zugrundeliegenden Entität: akute Herzinsuffizienz, Bronchuskarzinom...

JAMA Intern Med 2024,  
doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0077.  
Verfasst am 7.4.24\_HU

## Vintage Corner

## Rauchen und Blutbild

Rauchen kann nicht nur zu einer Leukozytose, sondern auch zu einer Polyglobulie führen: 22 Probanden – 18 Männer, 4 Frauen – wurden aufgrund eines erhöhten Hämatokrits (54% [48–63%]) abgeklärt. Als einzige Ursache konnte eine signifikante Rauchexposition (1,5–4 Zigaretenschachteln pro Tag) identifiziert werden – mit 11,6% [4–21%!] war auch das Carboxyhämoglobin entsprechend hoch. Als Ursache der Polyzythämie fand sich eine erhöhte Erythrozytenzahl, eine Volumenkontraktion oder beides. Fünf Probanden reduzierten ihr Rauchverhalten substantiell: Die Erythrozytenzahl reduzierte sich in allen Fällen prompt, die Hauptsymptome – Müdigkeit und Kopfschmerzen – verschwanden. «Cessation of smoking therefore is both diagnostic and therapeutic (...).»

N Engl J Med 1978,  
doi.org/10.1056/NEJM197801052980102.  
Verfasst am 2.4.24\_HU

## CME

## Thiazid-Diuretika

- Thiazid-Diuretika und Thiazid-ähnliche Diuretika (TD) haben alle den identischen Effekt am Nephron. Sie wirken diuretisch und werden vor allem zur Hypertonie-Behandlung eingesetzt.
- In der Schweiz stehen vier TD zur Verfügung: Indapamid, Hydrochlorothiazid, Chlortalidon und Metazolol. Indapamid und Hydrochlorothiazid werden als Einzelsubstanz und in Kombination mit Antihypertensiva, Chlortalidon nur in Kombipräparaten und Metazolol nur als Einzelsubstanz verwendet.
- Im Nephron blockieren TD am distalen Tubulus die Rückresorption von Natrium und Chlorid, die vermehrt im Urin ausge-

schieden werden. Mit Natrium wird auch vermehrt Wasser ausgeschieden.

- Die diuretische Wirkung der TD ist schwach im Vergleich zu Schleifendiuretika, die rund die vierfache Urinmenge produzieren. Wegen der sequentiellen Blockade im Nephron können TD aber die Diurese der Schleifendiuretika verstärken.
- Mit zunehmender Niereninsuffizienz (GFR <30 ml/min) sistiert die diuretische Wirkung, während der antihypertensive Effekt erhalten bleibt. Letzterer scheint bei TD unabhängig vom Diurese-Effekt zu sein. Dennoch wird davon abgeraten, bei einer GFR <30 ml/min oder bei Anurie TD einzusetzen.
- Hypokaliämie und Hyponatriämie sind die bedeutendsten Nebenwirkungen. Es wird empfohlen, nach ein bis zwei Wochen eine

Elektrolytkontrolle durchzuführen. Gelegentlich können eine Hyperkalzämie oder eine Hyperurikämie durch TD entstehen.

- Der Patient oder die Patientin ist über die Symptome einer Hyponatriämie zu informieren. Diese tritt meist in den ersten zwei Wochen nach Therapiebeginn auf und äussert sich anfänglich mit Nausea, Erbrechen, Fatigue und Kopfschmerzen. Selten sind epileptische Anfälle Erstmanifestation.
- Die gleichzeitige Gabe von TD und Lithium kann zu einer Lithium-Intoxikation führen.

BMJ 2024, doi.org/10.1136/bmj-2023-075174.  
Verfasst am 17.4.24\_MK

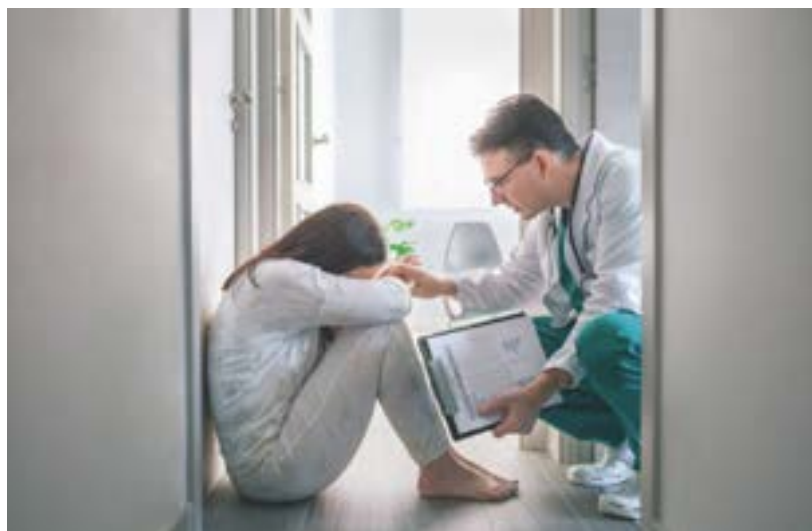
## Repetition

## My greatest fear: repetition

... meinte Max Frisch in «Montauk». Nach vielen positiven Rückmeldungen auf unser letztes Quiz blicken wir hier aber gerne wieder kurz auf die Ausgaben 11–20 zurück:

- Wie lange nach Rauchstopp persistieren die Effekte auf das Immunsystem? *Die angeborene Immunität normalisiert sich rasch – die erworbene Immunantwort ist hingegen auch >10 Jahre nach Rauchstopp noch beeinträchtigt.*
- Soll zur Krebsprophylaxe bei einem Barrett-Ösophagus eine Refluxchirurgie empfohlen werden? *Daten einer grossen Langzeitkohorte sprechen dagegen. Empfohlen wird: regelmässig endoskopisch überwachen und Dysplasien rechtzeitig entfernen.*
- Nicht-thrombotische Klappenvegetationen (Endocarditis marantica): Was ist die häufigste klinische Manifestation? *Ein Stroke, gefolgt von Embolisierungen in weitere Stromgebiete. Meist findet sich ein Adenokarzinom als Ursache.*
- Wann müssen Vitamin-K-Antagonisten gegenüber direkten oralen Antikoagulantien bevorzugt werden? *Zwingende Indikationen sind: mechanische Herzklappen, Vorhofflimmern wegen Mitralstenose, Antiphospholipidsyndrom.*
- Wann sollte an eine Pylephlebitis gedacht werden? *Bei der Konstellation von Pfortaderthrombose und intraabdomineller Sepsis (häufig: polymikrobielle Bakteriämie).*
- In welcher Sequenz werden Tuberkulostatika nach einer Therapiepause aufgrund eines Leberschadens wieder etabliert? *Ethambutol + Isoniazid oder Ethambutol + Rifampicin, sequenziell ergänzt mit Rifampicin oder Isoniazid und zuletzt Pyrazinamid.*
- Woran denken Sie bei konkomitantem Vorliegen von Fieber, bilateraler Lymphadenopathie, Erythema nodosum, Arthritis des oberen Sprunggelenks? *An eine akute Sarkoidose (Löfgren-Syndrom). Der positive Prädiktionwert dieser pathognomonischen Konstellation liegt bei >95%.*
- Schwere Verläufe bei COVID und Influenza: Was hat die höhere Letalität? Welches sind die Morbiditäts-Muster? *Nach 18 Monaten liegt die Letalität bei beiden Infektionen sehr hoch: rund 20% bei Influenza, fast 30% bei COVID. COVID hinterlässt systemische Schäden renal, gastrointestinal, hämatologisch und zerebral – Influenza dagegen vorwiegend pulmonale Folgeschäden.*

## Chronischer Schmerz



© David Pereiras Villagra / Dreamstime

Schwierig zu messen, aber wichtig für die Arzt-Patienten-Beziehung: ärztliche Empathie.

## Ärztliche Empathie

Mit Empathie bezeichnet man die Fähigkeit, Emotionen, Gefühle und Motive einer anderen Person wahrzunehmen, mitzufühlen und zu antizipieren. Viele sind der Überzeugung, dass ärztliche Empathie ein elementares Fundament darstellt, um Medizin zu praktizieren. Wie kann man die Empathie einer ärztlichen Fachperson messen und hat sie einen Einfluss auf therapeutische Resultate?

In einer Studie mit 1470 Patientinnen und Patienten (Durchschnittsalter 53 Jahre, 74% Frauen) mit chronischen Rückenschmerzen wurde versucht, den Effekt von ärztlicher Empathie auf Schmerz, Funktion und Lebensqualität aufzuzeigen. Die Messung von Empathie erfolgte mittels eines Scores, der von den Patienten erfasst wurde. 10 Empathie-Charakteristika des Arztes mussten bei den Konsultationen alle drei Monate mittels einer Skala von 1–5 beurteilt werden. Ärztinnen und Ärzte mit  $\geq 30$  Punkten galten als sehr empathisch, während die mit  $< 30$  Punkten als weniger empathisch eingestuft wurden. 1133 Patienten wurden von sehr empathischen Ärzten, 337 von weniger empathischen Ärzten betreut. Der Prozentanteil von Patienten, die für die Rückenschmerzen zusätzlich Physiotherapie, Yoga, Massage, Wirbelsäulenmanipulationen, Akupunktur, Verhaltenstherapie, Opiode oder chirurgische Eingriffe erhielten, war praktisch gleich.

Schmerz, Funktion und Lebensqualität wurden alle drei Monate über zwölf Monate erfasst. Sowohl Schmerz als auch Funktion zeigten sich in der Gruppe mit sehr empathischen Ärzten signifikant besser. Dies galt auch für alle fünf erfragten Lebensqualitäten (Ängste, Depression, Fatigue, Schlaf, Schmerzbehinderung im Alltag). Offensichtlich besteht bei chronischen Rückenschmerzen eine umgekehrte Assoziation zwischen ärztlicher Empathie einerseits und Schmerzintensität, Funktionsbehinderung und Lebensqualität andererseits. Kritisch muss auch bei dieser Studie hinterfragt werden, ob es richtig ist, dass jeder Patient die Empathie bei seinem eigenen betreuenden Arzt gemessen hat. Zudem wurden keine objektiven Daten, sondern nur patientenbasierte Antworten verwertet. Und Assoziation bedeutet nicht Kausalität (einmal mehr ...).

Man darf bezweifeln, ob Empathie erlernbar und messbar ist. Doch scheint sie aus Patientensicht ein bedeutender ärztlicher Charakterzug für die gute Arzt-Patienten-Beziehung zu sein, was diese Studie wohl bestätigt. Dass die ärztliche Empathie heute durch Zeitmangel, Zeitdruck und die unlimitiert wachsenden formalistischen Anforderungen in Gefahr geraten ist, bleibt kaum widersprochen.

JAMA Network Open 2024, doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.6026.  
Verfasst am 22.4.24\_MK

## Grunderkrankung mit seltener Folge

## Derangierte Elektrolyte

Dr. med. Sara Kubatzki<sup>a</sup>; Prof. Dr. med. Thomas Fehr<sup>a,b</sup>; Dr. med. Niklaus Kamber<sup>a,c</sup>; Dr. med. Lukas Dürst<sup>a</sup><sup>a</sup> Departement Innere Medizin, Kantonsspital Graubünden, Chur; <sup>b</sup> Universität Zürich, Zürich; <sup>c</sup> Fachbereich Endokrinologie und Diabetologie, Departement Innere Medizin, Kantonsspital Graubünden, Chur

## Fallbeschreibung

Ein 62-jähriger Patient stellte sich auf der Notfallstation mit Obstipation und Harnverhalt seit einem Tag und konsekutiv suprapubischen Schmerzen vor. Auf Nachfrage gab er an, sich bereits seit ein bis zwei Monaten geschwächt zu fühlen und an progredienten Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich zu leiden. Die weitere Systemanamnese war unauffällig. Es waren keine Vorerkrankungen bekannt, und der Patient nahm keinerlei Medikamente ein. Es bestand kein Nikotinkonsum und die Familienanamnese war bland.

Der Patient war in einem deutlich reduzierten Allgemeinzustand. Ein Dauerkatheter wurde eingelegt. Der Blutdruck war hypertensiv mit 206/103 mm Hg, die übrigen Vitalparameter waren unauffällig. Pulmonal war ubiquitär ein abgeschwächtes Atemgeräusch auskultieren, das Abdomen war ausladend, aber weich und ohne Druckdolenz. Der rest-

liche Status zeigte keine Auffälligkeiten, insbesondere keine sensomotorischen Defizite. Die perianale Sensibilität war erhalten.

Laboranalytisch waren die Leukozyten und das C-reaktive Protein (CRP) erhöht. Die Nierenretentionsparameter waren ebenfalls erhöht. Daneben sahen wir eine Hyperkalzämie, eine Hypokaliämie sowie eine leicht erhöhte Laktatdehydrogenase. In der venösen Blutgasanalyse zeigte sich eine metabolische Alkalose (Tab. 1).

Computertomographisch wurde eine 9 cm durchmessende, Nierenzellkarzinom-verdächtige Läsion in der linken Niere detektiert (Abb. 1), daneben zeigten sich Metastasensuspekte pulmonale Rundherde, akzentuierte Lymphknoten retroperitoneal, mediastinal und bilhilar sowie multiple ossäre Metastasen.

Letztere wurden magnetresonanztomographisch als grösster Befall von Brustwirbelkörper (BWK) 10 mit Einengung des Spinal-

kanals (Abb. 2) sowie von Sakralwirbelkörper (SWK) 1 mit Kompression der Nervenwurzel S1 konkretisiert.

## Frage 1

Welcher Laborparameter ist durch die bisherigen anamnestischen, klinischen und bildgebenden Erkenntnisse am wenigsten zu erklären?

- a) Leukozytose und erhöhtes C-reaktives Protein (CRP)
- b) Erhöhtes Kreatinin
- c) Hyperkalzämie
- d) Hypokaliämie
- e) Erhöhte Laktatdehydrogenase

Es bestand der hochgradige Verdacht auf ein metastasiertes Tumorleiden. In diesem Zusammenhang waren die erhöhten Entzündungsparameter durch Gewebeschaden durch den Tumor erklärbar, zusätzlich war auch eine



**Abbildung 1:** Computertomographie des Abdomens, Transversalschnitt. Nierenzellkarzinom links, 9 cm durchmessend (blaue Pfeile).



**Abbildung 2:** Magnetresonanztomogramm der Brustwirbelsäule in T1-Gewichtung, Transversalschnitt. Grosse extraossäre Tumorkomponente in Brustwirbelkörper (BWK) 10 (blaue Pfeile) mit Einengung des Spinalkanals.



Harnwegsinfektion bei Harnverhalt denkbar. Auch die mässig erhöhten Nierenretentionsparameter können durch den Tumor, den Harnverhalt oder aber eine chronische Niereninsuffizienz bedingt sein. Die Hyperkalzämie kann primär durch die ossären Metastasen bedingt oder paraneoplastischen Ursprungs sein. Die Laktatdehydrogenase kann als Marker des Zellerfalls ebenfalls erklärt werden. Die ausgeprägte Hypokaliämie mit begleitender metabolischer Alkalose brauchte eine eigene Erklärung. Die vorliegenden Bedingungen mit Niereninsuffizienz und Gewebeschaden würden eher eine Hyperkalzämie begünstigen.

Aufgrund der relevanten Spinalkanalstenosen durch die deutliche ossäre Metastasierung erhielt der Patient Dexamethason als abschwellende Therapie. Ergänzend wurde im Verlauf eine Radiotherapie durchgeführt. Differentialdiagnostisch sahen wir die Kompression des Sakralmarks als Ursache für den Harnverhalt.

Zur Behandlung der Hyperkalzämie begannen wir eine Volumentherapie und verabreichten einmalig Denosumab. Eine durch Parathormon-verwandtes Peptid (engl. «parathyroid hormone-related peptide» [PTHrP]) verursachte Hyperkalzämie wurde laboranalytisch ausgeschlossen.

## Frage 2

Was gehört in der Notfallsituation als nächstes zur weiterführenden Abklärung der Hypokaliämie?

- Detaillierte Medikamentenanamnese im Hinblick auf Diuretika- oder Laxanzien-einnahme
- Nephrologische Abklärung bei möglicher Polyurie bei akuter Niereninsuffizienz
- Aldosteron-Renin-Quotient
- Insulin im Serum
- Transtubulärer Kaliumgradient (TTKG)

Der Patient litt an Obstipation und nahm keine Laxanzien ein, ein gastrointestinaler Kaliumverlust war somit unwahrscheinlich. In der polyurischen Phase der akuten Niereninsuffizienz kann es zwar zu Hypokaliämien kommen, bei unserem Patienten ergaben sich aber keine Hinweise auf eine Polyurie. Eine Insulintherapie führt über die Stimulation der Natrium-Kalium-Adenosintri-phosphatase zu einem vermehrten Einstrom von Kalium in die Zelle, der allerdings nur passager anhält. Es lag weder eine Insulintherapie vor, noch ein Hinweis auf eine «Hypoglycaemia factitia». Die zuverlässige Bestimmung des Aldosteron-Renin-Quotienten ist von der korrekten Präanalytik abhängig und daher in der Notfallsituation nicht empfohlen.

Um eine Elektrolytstörung allgemein adäquat einordnen zu können, bedarf es neben einer Abschätzung der Einfuhr auch der Evaluation der aktuellen Ausscheidung. Hier hilft im vorliegenden Fall der TTKG am meisten. Dieser war mit 8,3 bei gleichzeitiger Serum-Hypokaliämie deutlich erhöht (Norm <2) und sprach somit für einen renalen Kaliumverlust. Der dimensionslose TTKG gibt die Nettokaliumexkretion am distalen Tubulus unter Berücksichtigung der Wasserreabsorption im Sammelrohr an. Dabei wird das Verhältnis von Kalium im Urin zu Kalium im Serum unter Beachtung der Urinkonzentration berechnet (Abb. 3).

Die Hypokaliämie mit hohem renalem Kaliumverlust in Kombination mit der metabolischen Alkalose und der therapierefraktären arteriellen Hypertonie interpretierten wir als typisches Muster eines Mineralokortikoid-

$$\text{TTKG} = \frac{\text{Kalium}_{\text{Urin}} \times \text{Osmolalität}_{\text{Serum}}}{\text{Osmolalität}_{\text{Urin}} \times \text{Kalium}_{\text{Serum}}}$$

**Abbildung 3:** Formel zur Berechnung des transtubulären Kaliumgradienten (TTKG).

Überschusses. Zunächst dachten wir an einen primären Hyperaldosteronismus. Bei im Verlauf normwertigem Renin-Aldosteron-Quotienten verwarfen wir diese Verdachtsdiagnose allerdings wieder. Nach Dexamethason-Gabe stellten wir ein nicht supprimiertes Morgenkortisol von 553 nmol/l fest. Adrenocorticotropin (ACTH) war mit 15,1 pmol/l inadäquat hoch (Tab. 1). Der Laborbefund legte damit die Diagnose eines sekundären Hyperkortisolismus im Kontext einer paraneoplastischen ACTH-Produktion nahe.

**Tabelle 1: Laborwerte bei Eintritt**

Parameter	Laborwert bei Eintritt	Normwerte
Leukozyten	15,4 × 10 <sup>3</sup> /μl	3,9–10,2 × 10 <sup>3</sup> /μl
Hämoglobin	137 g/l	135–172 g/l
Thrombozyten	209 × 10 <sup>3</sup> /μl	150–370 × 10 <sup>3</sup> /μl
Kreatinin	137 μmol/l	59–104 μmol/l
CRP	103 mg/l	<5 mg/l
Natrium	142 mmol/l	136–145 mmol/l
Kalium	2,1 mmol/l	3,4–4,5 mmol/l
Calcium	3,24 mmol/l	2,19–2,54 mmol/l
Calcium korrigiert	3,26 mmol/l	2,19–2,54 mmol/l
Phosphat anorganisch	0,75 mmol/l	0,81–1,45 mmol/l
LDH	291 U/l	<250 U/l
pH	7,47	7,25–7,45
pCO <sub>2</sub> venös	48 mm Hg	28–55 mm Hg
Standardbikarbonat venös	33 mmol/l	20–28 mmol/l
Kortisol	553 nmol/l (6.00 Uhr am Folgetag)	133–537 nmol/l
ACTH	15,1 pmol/l (6.00 Uhr am Folgetag)	1,3–13,9 pmol/l
Parathormon	1,8 pmol/l	1,6–6,9 pmol/l
Renin	7,5 mU/l	1,5–34,9 mU/l
Aldosteron	164 pmol/l	82,8–439,1 pmol/l
Aldosteron-Renin-Quotient	13	<19
Parathormon-related Peptide	<1,00 pmol/l	<1,3 pmol/l

ACTH: Adrenocorticotropin; CRP: C-reaktives Protein; LDH: Laktatdehydrogenase; pCO<sub>2</sub>: Kohlendioxid-partialdruck

## Was ist Ihre Diagnose?

Nach Gabe von Spironolacton 100 mg/d sowie ergänzender Kaliumsubstitution normalisierte sich das Kalium langsam. Der Blutdruck war weiterhin hyperten.

## Frage 3

Welche weitere medikamentöse Therapie sollte für den Patienten evaluiert werden?

- a) Ketoconazol
- b) Metyrapon oder Osilodrostat
- c) Etomidat
- d) Mitotan
- e) Somatostatin-Analogon

Ketoconazol hemmt die 11 $\beta$ - und 17-Hydroxylase und damit die Kortikosteroidogenese. Es wirkt zwar schnell, macht aber eine relevante Hemmung von Cytochrom P450 3A4, daneben ist es sehr lebertoxisch. In der Schweiz sind keine oralen Präparate mehr verfügbar. Etomidat ist die einzige intravenöse Therapieoption und somit eher schweren Fällen vorbehalten. Mitotan wirkt direkt toxisch auf die Nebennieren und wird daher in erster Linie beim primären Hyperkortisolismus eingesetzt. Somatostatin-Analoga sind Agonisten am Somatostatin-Rezeptor. Sie wirken bei Hypophysentumoren, die Somatostatin-Rezeptoren exprimieren, beim paraneoplastischen Cushing-Syndrom aber eher nicht.

Im weiteren Verlauf entschieden wir uns für eine medikamentöse Therapie mit Metyrapon, was durch Hemmung der adrenalen Steroid-11 $\beta$ -Hydroxylase sowohl die Kortisol- als auch die Aldosteronsynthese hemmt. Dieser Wirkstoff zeigte für uns im Vergleich zu den anderen Therapieoptionen ein akzeptables Nebenwirkungsprofil (hinsichtlich eines Hirsutismus). Die Halbwertszeit ist kurz, weshalb eine mehrmals tägliche Gabe notwendig ist. Im Vergleich dazu kann bei Osilodrostat, das ebenfalls die 11 $\beta$ -Hydroxylase hemmt, erst seit wenigen Jahren zur Verfügung steht und eine höhere Halbwertszeit besitzt, das Dosierungsintervall ausgedehnt werden. Die Kosten hierfür sind allerdings erheblich höher [1]. In der Evaluation der Behandlung spielt

natürlich auch die Tumorprognose eine wichtige Rolle.

Die Biopsie einer gut zugänglichen Metastase links sakral ergab Tumordinfiltrate, die mit einem Nierenzellkarzinom vereinbar waren. Ein Nebennierenrindenzellkarzinom konnte histologisch ausgeschlossen werden.

Es wurde eine Therapie mit dem Tyrosinkinase-Inhibitor Lenvatinib begonnen. Im Verlauf wurde Pembrolizumab ergänzt.

Unter dieser Therapie kam es zunächst zu einer Besserung des Allgemeinzustands. Auch die Elektrolyte und der Blutdruck waren normwertig (Tab. 2).

Im weiteren Verlauf verschlechterte sich der Zustand jedoch wieder und der Patient verstarb acht Monate nach Diagnosestellung.

## Diskussion

Dass Nierenzellkarzinome paraneoplastische Syndrome aufweisen, kommt bei etwa einem Drittel der Patientinnen und Patienten vor und ist nicht unbedingt mit einer schlechten Prognose gleichzusetzen. Der Einfluss eines paraneoplastischen Syndroms auf die genaue Prognose ist aber noch nicht abschliessend gesichert [2].

Etwa 20% der an einem Nierenzellkarzinom Erkrankten leiden an einer Hyperkalzämie [3]. Diese kann zum einen durch ossäre Metastasen bedingt sein. Diese aktivieren Osteoklasten, die das Calcium aus den Knochen mobilisieren. Zusätzlich spielen auch Prostaglandine und proinflammatorische Zytokine eine Rolle in diesem Prozess [3, 4]. Zum anderen kann eine Hyperkalzämie auch vom Nierenzellkarzinom direkt verursacht werden, denn es kann PTHrP ausschütten, das an Parathormon-Rezeptoren in Knochen und Nierengewebe bindet. Dies führt zu einem gesteigerten Knochenmetabolismus, zu einer verminderten renalen Calciumausscheidung und einer verstärkten Phosphatausscheidung. Klinisch kann eine Hyperkalzämie mit Müdigkeit, Übelkeit, Verwirrtheit, Schwäche und Obstipation assoziiert sein.

Elektrokardiographisch finden sich verlängerte PQ- und QT-Zeiten mit möglichen

kardialen Arrhythmien. Neben einer Volumentherapie können Schleifendiuretika zur Senkung des Calciumspiegels eingesetzt werden, Thiaziddiuretika sollten aufgrund einer Calciumrückresorption vermieden werden. Langfristig helfen Bisphosphonate. Denosumab ist bei Kontraindikationen für Bisphosphonate (z. B. Niereninsuffizienz) oder ungenügendem Ansprechen Therapie der Wahl.

Das Cushing-Syndrom entsteht durch einen chronischen Glukokortikoid-Exzess. Die häufigste Ursache für einen ACTH-abhängigen Hyperkortisolismus ist ein Hypophysenadenom (80%). Seltener wird ACTH von einem ektopen, nicht hypophysären Tumor sezerniert (20%) [1].

## Frage 4

Wie gross ist die Wahrscheinlichkeit, dass es sich bei einer Neoplasie, die ein Cushing-Syndrom auslöst, um ein Nierenzellkarzinom handelt?

- a) 0,5%
- b) 2%
- c) 8%
- d) 20%
- e) 35%

Am häufigsten kommen paraneoplastische Cushing-Syndrome beim kleinzelligen Bronchialkarzinom und bei bronchialen Karzinoidtumoren vor. Lediglich 2% aller Neoplasien, die ein Cushing-Syndrom auslösen, sind Nierenzellkarzinome [3]. Dabei werden ektop durch den Tumor entweder Corticotropin-Releasing-Hormon (CRH) oder Proopiomelanocortin (POMC) produziert. Letzteres wird zu ACTH gespalten, was zu einer Kortisolsekretion durch die Nebennieren führt. Kortisol hat üblicherweise keine mineralokortikoide Wirkung, da es unter anderem in der Niere durch die 11 $\beta$ -Hydroxysteroid-Dehydrogenase Typ 2 in das inaktive Kortison umgewandelt wird, das keine mineralokortikoide Aktivität hat. Beim Kortisol-Exzess wird die Kapazität dieses Enzymsystems überschritten. Dadurch kommt es dann über eine gesteigerte

Tabelle 2: Laborwerte im Verlauf

	Tag 0 (bei Eintritt)	Tag 1	Tag 3	Tag 7	Normwerte
Kalium	2,1 mmol/l	2,5 mmol/l	3,4 mmol/l	3,8 mmol/l	3,4–4,5 mmol/l
Calcium	3,24 mmol/l	3,11 mmol/l	2,98 mmol/l	2,17 mmol/l	2,20–2,55 mmol/l
Calcium korrigiert	3,26 mmol/l	3,18 mmol/l	3,13 mmol/l	2,37 mmol/l	2,19–2,54 mmol/l
Bikarbonat	33 mmol/l	33 mmol/l	24 mmol/l	21 mmol/l	20–28 mmol/l

gerte renale Kaliumsekretion zu einer Hypokaliämie und zur metabolischen Alkalose in Assoziation mit einer Hypertonie. Insgesamt ist die Ausprägung der klassischen klinischen Zeichen beim paraneoplastischen Cushing-Syndrom durch die raschere Entwicklung sehr unterschiedlich, und die mineralokortikoiden Effekte sind oft vergleichsweise prominenter.

#### Frage 5

Welcher Test ist nicht für die initiale Abklärung eines vermuteten Hyperkortisolismus geeignet?

- 24-Stunden-Messung des freien Kortisols im Urin
- Speichelkortisol um Mitternacht
- Serumkortisol um Mitternacht
- Morgenkortisol
- 1-mg-Dexamethason-Suppressionstest (DST)

Um einen Hyperkortisolismus auszuschließen, kann entweder eine 24-Stunden-Messung des freien Kortisols im Urin erfolgen, eine Speichelkortisol-Messung um Mitternacht, der 1-mg-Dexamethason-Suppressionstest oder aber eine Serumkortisol-Bestimmung um Mitternacht. Bei letzterer muss allerdings darauf geachtet werden, dass übermäßiger Stress durch die Blutentnahme vermieden wird. Die Bestimmung des Morgenkortisols stellt keinen geeigneten Screeningtest dar, um einen Hyperkortisolismus abzuklären – die Kortisolspiegel sind morgens physiologischerweise am höchsten. Die Morgenkortisol-Messung ist oft der erste Test bei der Frage nach einem Hypokortisolismus.

Beim hospitalisierten, schwer Kranken sind alle diese Tests eher unzuverlässig. Im vorliegenden Fall war die Diagnosestellung aufgrund der schweren Ausprägung des Hyperkortisolismus dennoch möglich. Sie wird gestützt durch ein erhöhtes Serum-Kortisol nach Dexamethason-Gabe (>550 nmol/l) und ein erhöhtes ACTH (>15 pmol/l). Die weiterführende Lokalisationsdiagnostik mit inferiorem Petrosal-Sinus-Sampling (IPSS) wäre in unserem Fall natürlich nicht sinnvoll gewesen, in Fällen von kleineren Tumoren kann sie aber essentiell in der Diagnosestellung sein.

#### Fazit

Paraneoplastische Syndrome können auch in einer palliativen Situation die Lebensqualität wesentlich beeinträchtigen. Gelegentlich führen sie auch zu einer frühzeitigen Diagnosestellung eines malignen Geschehens und können dadurch das Outcome verbessern. Im Allgemeinen sollte ein paraneoplastisches Syndrom im Sinne eines Glukokortikoid-Exzesses bei Personen mit entsprechendem

Phänotyp (Hypertension, hypokaliämische metabolische Alkalose mit/ohne Hyperglykämie) – mit oder ohne (bisher) bekannten Tumor – in Erwägung gezogen werden.

#### Antworten

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

#### Korrespondenz

Dr. med. Sara Kubatzki  
 Departement Innere Medizin  
 Kantonsspital Graubünden  
 Loëstrasse 170  
 CH-7000 Chur  
[sara.kubatzki\[at\]ksggr.ch](mailto:sara.kubatzki[at]ksggr.ch)

#### Verdankung

Die Autorin und die Autoren bedanken sich beim Departement Radiologie des Kantonsspitals Graubünden für die Bereitstellung der radiologischen Abbildungen.

#### 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

- Richa CG, Saad KJ, Halabi GH, Gharios EM, Nasr FL, Merheb MT. Case-series of paraneoplastic Cushing syndrome in small-cell lung cancer. *Endocrinol Diabetes Metab Case Rep.* 2018;18–0004.
- Sun R, Breau RH, Mallick R, Tanguay S, Pouliot F, Kapoor A, et al. Prognostic impact of paraneoplastic syndromes on patients with nonmetastatic renal cell carcinoma undergoing surgery: results from Canadian Kidney Cancer information system. *Can Urol Assoc J.* 2021;15(4):132–7.
- Palapattu GS, Kristo B, Rajfer J. Paraneoplastic syndromes in urologic malignancy: the many faces of renal cell carcinoma. *Rev Urol.* 2002;4(4):163–70.
- Mundy GR. Pathophysiology of cancer-associated hypercalcemia. *Semin Oncol.* 1990;17(2Suppl5):10–5.



Dr. med. Sara Kubatzki  
 Departement Innere Medizin,  
 Kantonsspital Graubünden, Chur



Rarität mit typischer Ausprägung

# Neuroborreliose mit meningo-vaskulitischer Verlaufsform

Matuš Velický Būcheler<sup>a</sup>, dipl. Arzt; Dr. med. Antonia Thieme<sup>b</sup>; Dr. med. Matthias Arnold<sup>a</sup>  
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen: <sup>a</sup> Klinik für Neurologie; <sup>b</sup> Netzwerk Radiologie

## Hintergrund

Die Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Zoonose in Europa – sie wird durch die Spirochäte *Borrelia burgdorferi sensu lato* verursacht und durch den Holzbock (*Ixodes ricinus*) auf den Menschen übertragen [1, 2]. Gemäss der Meldeplattform des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) für Borreliose – dem Sentinella-Meldesystem – ist es in der Schweiz in der ersten Jahreshälfte 2022 geschätzt zu 4400 Fällen von Lyme-Borreliose gekommen [3]. Im Gegenteil zur Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME), einer ebenfalls durch den Holzbock übertragenen Zoonose, gibt es für die Lyme-Borreliose bisher keine Impfung. Denn der zwar effektive, aber aufgrund der methodisch fragwürdig durchgeführten Zulassungsstudie umstrittene und wenig nachgefragte Impfstoff von SmithKline Beecham (SKB) – von Seiten der Studienfreiwilligen war es gegen den Impfstoffhersteller zu Klagen hinsichtlich eines erlittenen Schadens gekommen – wurde im Jahr 2002 in den USA vom Markt genommen [4, 5]. Eine Neuroborreliose kann sowohl im Rahmen eines frühen disseminierten Krankheitsstadiums als auch im späten generalisierten Stadium auftreten und sich am peripheren und/oder zentralen Nervensystem (ZNS) manifestieren [2, 6]. Die häufigste Verlaufsform der frühen akuten Neuroborreliose in Europa besteht in einer (meist) schmerzhaften Meningopolyradikulitis unter (beidseitiger) Einbeziehung des Nervus facialis (Garin-Bujadoux-Bannwarth-Syndrom, kurz Bannwarth-Syndrom).

In den USA wird noch häufiger eine isolierte Fazialisparese als Erstsymptom gesehen [2]. Beide Symptome können jedoch im Rahmen der Erkrankung auch fehlen. Die meningo-vaskulitische Verlaufsform ist ein sehr seltenes (ca. 0,3% der Neuroborreliosefälle), jedoch schwerwiegendes Krankheitsbild mit assoziierter Vaskulitis unabhängig vom Gefässkaliber und mit möglichen hieraus resultierenden vaskulären Komplikationen [2, 7–13].

## Fallbericht

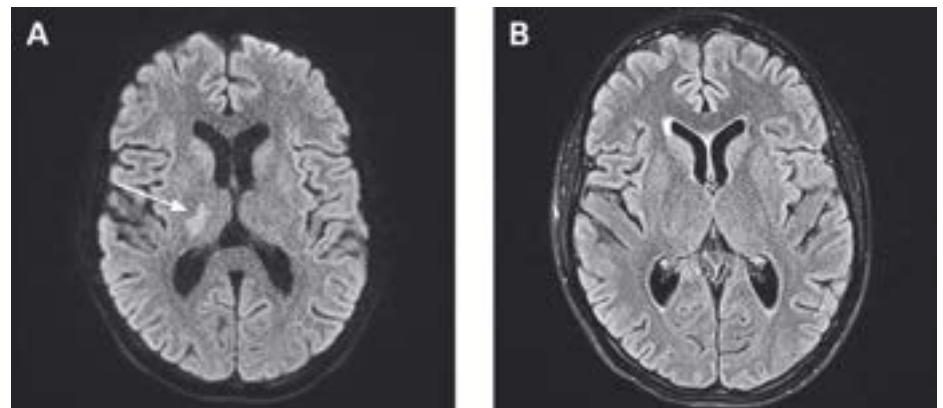
### Anamnese

Die 22-jährige Patientin stellte sich im Dezember aufgrund einer akuten, seit etwa 45 Minuten persistierenden Gefühlsstörung der linken

Körperhälfte sowie eines Schwächegefühls des linken Arms auf unserem Notfall vor. Klinisch-neurologisch zeigte sich ein linksseitiges, armbetontes, sensomotorisches Hemisyndrom – 4 Punkten auf der «National Institutes of Health Stroke Scale» (NIHSS) entsprechend. In der notfallmässigen Bildgebung (kraniale Magnetresonanztomographie [MRT]) imponierte eine akute Ischämie im rechten Thalamus als Ursache der Symptomatik (Abb. 1).

Es wurde eine systemische Thrombolyse mit 45 mg «recombinant tissue plasminogen activator» (rt-PA; Gewebstreptaseaktivator) durchgeführt.

In der erweiterten Anamnese berichtete die Patientin von seit etwa sechs Monaten anhaltenden, täglichen, okzipital betonten



**Abbildung 1:** Magnetresonanztomogramm des Neurokraniums nativ, Diffusionssequenz (DWI; **A**) und Flair-Sequenz (**B**), Transversalschnitt. DWI-Flair-Mismatch: Während in der DWI eine Hyperintensität zu sehen ist (Pfeil), fehlt diese in der Flair-Sequenz, was einer akuten Ischämie (<4,5 Stunden seit Beginn) entspricht.



**Abbildung 2:** Magnetresonanztomogramm des Neurokraniums mit Kontrastmittel, Transversalschnitt. Leptomeningeale Kontrastmittelanreicherung in der hinteren Schädelgrube (Pfeile).

Kopfschmerzen, subfebrilen bis febrilen Temperaturen sowie rezidivierendem Augenflimmern und fluktuierenden Wortfindungsstörungen.

### Befunde

Die am Folgetag durchgeführte Bildgebung (MRT des Neurokraniums mit Kontrastmittel/Magnetresonanztomographie extra-/intrakraniell) zeigte ein vermehrtes leptomeningeales Kontrastmittel-Enhancement infratentoriell beidseits, vereinbar mit einer Leptomeningitis (Abb. 2) sowie eine segmentale Stenosierung der Arteria posterior inferior cerebelli links und eine moderate Stenose der Arteria vertebralis im V4-Segment rechts – als Hinweis auf eine Vasculitis.

Der bildgebende Befund, die persistierenden Kopfschmerzen sowie die Entzündungskonstellation im Eintrittslabor mit grenzwertiger Erhöhung des C-reaktiven Proteins (CRP: 8 mg/l; Normwert: <8 mg/l) bei deutlicher Leukozytose (16,7 G/l; Normwert: 4–10 G/l) gaben Anlass für eine Lumbalpunktion. Liquordiagnostisch offenbarte sich die Befundkonstellation eines entzündlichen, wahrscheinlich erregerspezifischen Liquorsyndroms mit überwiegend granulozytärer Pleozytose (92 Zellen/ $\mu$ l), ausgeprägter Schrankenstörung, leicht erhöhtem Laktat sowie verminderter Liquor-Glukose (Tab. 1).

Die Borrelien-Serologie (Serum) war positiv für Immunglobulin G (IgG) und IgM, die Liquor-Serum-Indizes für *Borrelia burgdorferi* (IgG und IgM) fielen in der ersten Lumbalpunktion negativ aus. Der Borrelien-Immunoblot zeigte sich deutlich positiv für die Antikörper gegen Antigene VlsE und P18 und somit für die Bildung Borrelien-spezifischer Antikörper. Die Borrelien-Polymerase-Kettenreaktion (PCR) aus dem Liquor fiel negativ aus.

### Therapie und weiterführende Diagnostik

Aufgrund der entzündlichen Liquorkonstellation wurde eine empirische antibiotische Therapie mit Ceftriaxon 2 g alle 12 Stunden sowie Aciclovir 10 mg/kg/Körpergewicht intravenös begonnen und die weitere erregerspezifische Diagnostik in Auftrag gegeben.

Die Bestimmung des Chemokins CXCL-13 im Liquor (chemischer Lockstoff für B- und T-Helfer-Zellen, unter anderem durch dendritische Zellen produziert [14]) – einem sensitiven Marker für eine frühe Neuroborreliose [15] – fiel deutlich positiv aus (1022 pg/ml; Normwert: <250 pg/ml).

Bei klinisch und laborchemisch weiterhin hochgradigem Verdacht auf eine Neuroborreliose erfolgte sechs Tage später eine erneute Lumbalpunktion, die den Befund einer lymphozytären Pleozytose mit vereinzelt Plasmazellen (112 Zellen/ $\mu$ l) erbrachte. Es zeigte sich eine intrathekale Synthese von Immunglobulinen der Klasse IgM und IgG. Der Liquor-Serum-Index für Borrelien-IgG war nun deutlich positiv (>3,27; Normwert: <1,5), bei einem im Verlauf angestiegenen, jedoch formal weiterhin unauffälligen Liquor-Serum-Index für IgM (Anstieg von initial 0,81 auf 1,22; Normwert: <1,5) (Tab. 1).

Die weitere Diagnostik hinsichtlich anderweitiger neurotroper oder durch Zecken übertragener Erreger aus Serum und Liquor fiel unauffällig aus:

- PCR aus Liquor für Varizella-zoster-Virus [VZV] und Herpes-simplex-Virus [HSV] 1 und 2,
- Liquor-Serum-Index für HSV und VZV,
- Serologie inklusive Liquor-Serum-Index für Lues und FSME,
- Serologie für Humanes Immundefizienz-Virus [HIV] und HIV-Antigen,
- Serologie für Zytomegalievirus [CMV] und *Coxiella burnetii*; Antigentest und Serologie für Schweres-Akutes-Atemwegssyndrom-Coronavirus-2 [SARS-CoV-2],
- Quantiferontest.

Auch das serologische Rheuma-/Vaskulitis-Screening für systemische Vasculitiden (mit ZNS-Beteiligung) und die klinische Beurteilung ergaben keinen auffälligen Befund – bei positiver Serologie (IgG) für das Epstein-Barr-Virus (EBV) im Sinne einer Seronarbe. Die vollumfängliche Abklärung hinsichtlich einer anderweitigen Schlaganfallgenese erbrachte keinen Hinweis auf eine konkurrierende Ätiologie:

- Duplexsonographie der hirnzuführenden Gefäße ohne Nachweis einer relevanten Makroangiopathie.

- Transthorakale und transösophageale Echokardiographie ohne Nachweis eines persistierenden Foramen ovale oder einer anderweitigen kardialen Emboliequelle.
- Gynäkologisches Konsil und Positronenemissionstomographie-Computertomographie (PET-CT) ohne Nachweis eines Malignoms.

### Therapie und Verlauf

Die therapierefraktären Kopfschmerzen besserten sich rasch nach Beginn der Antibiose (Ceftriaxon 2 g, im Verlauf auf 1x/d reduziert), die leitliniengemäss über drei Wochen intravenös fortgeführt wurde [16].

Zusätzlich zur empirischen antiinfektiösen Therapie wurde sekundärprophylaktisch mit Acetylsalicylsäure 100 mg/d und Atorvastatin 40 mg/d behandelt. In den Verlaufskontrollen sechs Wochen und drei Monate nach Austritt in die stationäre Neurorehabilitation zeigte sich eine deutliche Besserung der klinischen und paraklinischen Befunde. Klinisch bestanden weiterhin eine diskrete linksseitige Hemihypästhesie und Dysmetrie im Finger-Nase-Versuch (einem NIHSS von 2 Punkten entsprechend). Die Lumbalpunktion zeigte einen deutlichen Rückgang der Pleozytose (17 Zellen/ $\mu$ l), der Schrankenstörung sowie der CXCL-13-Konzentration, die nun unter dem Cut-Off-Wert lag (Tab. 1).

Im MRT des Neurokranium war kein leptomeningeales Enhancement mehr nachweisbar, bei nun unauffälligem Gefässstatus. Die Statintherapie wurde drei Monate nach Auftreten des Initialereignisses beendet, Acetylsalicylsäure konnte nach zwölf Monaten unter der Annahme eines sehr geringen Wiederholungsrisikos ebenfalls abgesetzt werden.

### Diskussion

Wir demonstrieren den Fall eines meningo-vaskulitischen Verlaufs einer frühen Neuroborreliose mit hierfür typischen klinischen und bildgebenden Befunden. Die Diagnosestellung der Neuroborreliose basierte in unserem Fall klinisch auf dem seriellen Auftreten therapierefraktärer okzipitaler Kopfschmerzen als Ausdruck der meningitischen Pathologie sowie im Verlauf auf der zerebralen Ischämie als Ausdruck der assoziierten Vasculitis. Paraklinisch basierte sie auf dem Nachweis eines leptomeningealen Enhancements (MRT) und dem entzündlichen Liquorbefund mit früher Positivität des Chemokins CXCL-13 im Liquor sowie der im Verlauf positiven intrathekalen Synthese spezifischer Borrelien-Antikörper (positiver Liquor-Serum-Index) [8, 14–16]. Die Sensiti-

Tabelle 1: Laborchemische Diagnostik im zeitlichen Längsschnitt

Parameter (Norm)	1. Lumbalpunktion (Tag 1)	2. Lumbalpunktion (Tag 7)	3. Lumbalpunktion (Tag 44)
Zellzahl (<3/ $\mu$ l)	92	112	17
– davon mononukleär	50	112	16
– davon polynukleär	40	0	1
Zytologischer Befund	Granulozytäre Pleozytose	Lymphozytäre Pleozytose	N/A
Proteine gesamt (0,15–0,45 g/l)	1,77	0,91	0,45
Albumin (0,11–0,35 g/l)	1,22	0,59	0,3
Laktat (<2,4 mmol/l)	4,4	2,2	N/A
Glukose (2,2–3,9 mmol/l)	2,1	1,8	3,2
Oligoklonale IgG-Banden	Typ II (ausschliesslich im CSF)	Typ II (ausschliesslich im CSF)	N/A
	CSF-spezifische Banden 5–10	CSF-spezifische Banden >15	N/A
Blut-Liquor-Schrankenfunktion	Hochgradige Funktionsstörung	Mittelgradige Funktionsstörung	Geringgradige Funktionsstörung
<b>Serologien</b>			
<i>Borrelia burgdorferi</i> IgG [<10 AU/ml]	145	162	211
<i>Borrelia burgdorferi</i> IgM [<18 AU/ml]	39	39	39
CXCL-13 (<250 pg/ml)	>1022	745,4	<0,2
<b>Liquor-Serum-Indizes</b>			
<i>Borrelia burgdorferi</i> IgG (Li/Se-Index) [<1,5]	1,24	>3,27	19,75
<i>Borrelia burgdorferi</i> IgM (Li/Se-Index) [<1,5]	0,81	1,22	3,89

Die granulozytäre Pleozytose an Tag 1, die leichte Laktaterhöhung und die schwere Störung der Blut-Hirn-Schranke sind Ausdruck eines erregerbedingten entzündlichen Liquorsyndroms. Unter Therapie zeigt sich eine lymphozytäre Pleozytose mit einzelnen Plasmazellen. Während CXCL-13 bereits in der ersten Punktion hoch positiv ist, zeigen die Liquor-Serum-Indizes erst im Verlauf eine Borrelien-Infektion im Zentralnervensystem an. CSF: Zerebrospinalflüssigkeit; Ig: Immunglobulin; Li: Liquor; N/A: Werte nicht vorhanden; Se: Serum.

vität der Liquor-Serum-Indizes nimmt im zeitlichen Verlauf der Erkrankung zu [16]. Bei unserer Patientin zeigten sie sich erst in der Verlaufspunktion eine Woche nach Indexereignis (zerebrale Ischämie) positiv, während CXCL-13 bereits bei der ersten Lumbalpunktion hoch positiv war. Dieser Befund stellt die Wertigkeit von CXCL-13 in dieser Situation heraus.

Dieser Biomarker ist sowohl diagnostisch bei hier zu Beginn negativen Liquor-Serum-Indizes als auch für die Beurteilung von Erkrankungsverlauf und Therapieerfolg bedeutsam, da er isoliert im Liquor mit hoher Sensitivität (89%) und Spezifität (96%) positiv ist [15]. Unter Antibiotikatherapie zeigt sich eine schnelle und signifikante Abnahme des CXCL-13, was bei den Liquor-Serum-Indizes und den Serologien nicht der Fall ist [14] (Tab. 1). Die Borrelien-PCR weist eine geringe Sensitivität (10–30%) auf und schliesst bei einem Negativbefund die Erkrankung nicht aus [16].

Zwischen der meningovaskulitischen Verlaufsform der Neuroloues und der Neuroborreliose scheint es pathophysiologische Gemeinsamkeiten zu geben. Die neuropathologischen Befunde sind charakterisiert durch eine chronische lymphozytäre basale Meningitis, assoziiert mit Ependymitis und dem Übergang in eine Gefässmitbeteiligung mit daraus folgenden okklusiven arteriellen Thrombosen und sekundären ischämischen Hirninfarkten (bei der Neuroloues als «Endarteriitis obliterans» bekannt). Dies hatte sich in Autopsiestudien eines Patienten mit meningovaskulitischer Neuroborreliose gezeigt [11]. Die Prädominanz von Infarkten im hinteren Stromgebiet in Kombination mit basaler Meningitis legt eine direkte Ausbreitung der Infektion von den Meningen auf die Blutgefässe nahe [8]. Passend zur klinischen Präsentation unserer Patientin ging der zerebralen Ischämie und damit der vaskulitischen Phase der Erkrankung eine längere meningitische Prodromalphase mit Kopfschmerzen voraus.

Die Lyme-Neuroborreliose sollte bei passender Symptomatik unabhängig von der Jahreszeit als Differentialdiagnose berücksichtigt werden, da die saisonale Häufung der Erkrankung keinen sicheren negativen Prädiktor darstellt [17]. Die Diagnose wurde in diesem Fall erst im Winter gestellt, einer nicht für eine hohe Zeckenaktivität typischen Jahreszeit. Der zur Hospitalisation führenden zerebralen Ischämie ging jedoch eine mehrmonatige Prodromalphase mit dem klinischen Korrelat therapierefraktärer Kopfschmerzen voraus, sodass – auch wenn die Inkubationszeit nicht genau bestimmt werden kann – klinisch davon ausgegangen werden muss, dass die Infektion in der Zecken-Hochsaison stattgefunden hatte [3].

Okzipital betonte Kopfschmerzen, fehlende meningeale Reizzeichen, ein langsam progredienter Verlauf und Ischämien im hinteren Stromgebiet stellen somit typische Befunde einer meningovaskulitischen Form der Lyme-Neuroborreliose dar [8].



## Das Wichtigste für die Praxis

- Die meningovaskulitische Form der Lyme-Neuroborreliose ist ein sehr seltenes Krankheitsbild mit jedoch typischer klinischer Präsentation. Persistierende, therapierefraktäre Kopfschmerzen sind üblicherweise das erste Symptom und sollten Anlass zur Abklärung mittels Magnetresonanztomographie (MRT) und Lumbalpunktion geben.
- Eine basale leptomeningeale Kontrastmittelaufnahme im MRT und im Verlauf ischämische Hirninfarkte vor allem im hinteren Stromgebiet stellen eine typische Befundkonstellation dar.
- Der frühe Beginn einer antibiotischen Therapie ist assoziiert mit einem guten klinischen Outcome.

### Korrespondenz

Matúš Velický Bächeler  
Klinik für Neurologie  
Universitätsspital Zürich  
Frauenklinikstrasse 26  
CH-8091 Zürich  
matus.velickybaecheler[at]usz.ch

### Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

### Conflict of Interest Statement

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

### Literatur

- Schwartz I. Lyme borreliosis – biology, epidemiology and control. *Emerg Infect Dis.* 2004;10(3):556.
- Marques AR. Lyme neuroborreliosis: Continuum (Minneapolis Minn). 2015;21(6 Neuroinfectious Disease): 1729–44.
- Bundesamt für Gesundheit BAG, Hg. Zeckenübertragene Krankheiten [Internet]. Bern: BAG; 2022 [Aufruf am 18.04.2024]. Verfügbar unter: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/infektionskrankheiten/zecken/zecken-lagebericht-schweiz.pdf.download.pdf/2101044\\_BAG\\_Bulletin\\_DE\\_16\\_2021\\_Zeckenbericht.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/mt/infektionskrankheiten/zecken/zecken-lagebericht-schweiz.pdf.download.pdf/2101044_BAG_Bulletin_DE_16_2021_Zeckenbericht.pdf)
- Kullberg BJ, Vrijmoeth HD, van de Schoor F, Hovius JW. Lyme borreliosis: diagnosis and management. *BMJ.* 2020;369:m1041.
- Aronowitz RA. The rise and fall of the Lyme disease vaccines: a cautionary tale for risk interventions in American medicine and public health. *Milbank Q.* 2012;90(2):250–77.
- Garcia-Monco JC, Benach JL. Lyme neuroborreliosis: clinical outcomes, controversy, pathogenesis, and polymicrobial infections. *Ann Neurol.* 2019;85(1):21–31.
- Garkowski A, Zajkowska J, Zajkowska A, Kułakowska A, Zajkowska O, Kubas B, et al. Cerebrovascular manifestations of Lyme neuroborreliosis – a systematic review of published cases. *Front Neurol.* 2017;8:146.
- May EF, Jabbari B. Stroke in neuroborreliosis. *Stroke.* 1990;21(8):1232–5.
- Uldry PA, Regli F, Bogousslavsky J. Cerebral angiopathy and recurrent strokes following *Borrelia burgdorferi* infection. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1987;50(12):1703–4.
- Topakian R, Stieglbauer K, Aichner FT. Unexplained cerebral vasculitis and stroke: keep Lyme neuroborreliosis in mind. *Lancet Neurol.* 2007;6(9):756–7.

- Miklossy J, Kuntzer T, Bogousslavsky J, Regli F, Janzer RC. Meningovascular form of neuroborreliosis: similarities between neuropathological findings in a case of Lyme disease and those occurring in tertiary neurosyphilis. *Acta Neuropathol.* 1990;80(5):568–72.
- Topakian R, Stieglbauer K, Nussbaumer K, Aichner FT. Cerebral vasculitis and stroke in Lyme neuroborreliosis. *Cerebrovasc Dis.* 2008;26(5):455–61.
- Wilke M, Eiffert H, Christen HJ, Hanefeld F. Primarily chronic and cerebrovascular course of Lyme neuroborreliosis: case reports and literature review. *Arch Dis Child.* 2000;83(1):67–71.
- Senel M, Rupprecht TA, Tumani H, Pfister HW, Ludolph AC, Brettschneider J. The chemokine CXCL13 in acute neuroborreliosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 2010;81(8):929–33.
- Rupprecht TA, Manz KM, Fingerle V, Lechner C, Klein M, Pfirrmann M, Koedel U. Diagnostic value of cerebrospinal fluid CXCL13 for acute Lyme neuroborreliosis. A systematic review and meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2018;24(12):1234–40.
- Mygland A, Ljøstad U, Fingerle V, Rupprecht T, Schmutzhard E, Steiner I. EFNS guidelines on the diagnosis and management of European Lyme neuroborreliosis: guidelines on neuroborreliosis. *Eur J Neurol.* 2010;17(1):8–16, e1–4.
- Petersen BB, Møller JK, Vilholm OJ. Season is an unreliable predictor of Lyme neuroborreliosis. *Dan Med J.* 2015;62(6):A5084.



**Matúš Velický Bächeler, dipl. Arzt**  
Klinik für Neurologie,  
Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

## Diagnostisches Workup essentiell

# Insulinom: selten, aber unverkennbar

Lukas Storz<sup>a\*</sup>, dipl. Arzt; Dr. med. Rubén Fuentes Artilés<sup>a\*</sup>; PD Dr. med. Silke Potthast<sup>b</sup>; KD Dr. med. Sonia Frick<sup>a</sup>Spital Limmattal, Schlieren: <sup>a</sup> Medizinische Klinik; <sup>b</sup> Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

\* Geteilte Erstautorschaft

## Hintergrund

Das Insulinom ist zwar ein seltenes Krankheitsbild, dabei jedoch einer der häufigsten pankreatischen sezernierenden neuroendokrinen Tumoren [1]. Es stellt die häufigste Ursache einer endogenen hyperinsulinämischen Hypoglykämie bei nichtdiabetischen Patientinnen und Patienten dar und tritt mit einer Inzidenz von 1–4 Fällen pro Million Personen pro Jahr und einem Peak zwischen dem 40. und 50. Lebensjahr auf [2]. Der Zusammenhang zwischen einer Hyperinsulinämie und einem funktionellen Tumor der pankreatischen Inselzellen wurde bereits 1927 von William J. Mayo, dem berühmten amerikanischen Chirurgen und Begründer der heute weltweit bekannten Mayo Clinic, hergestellt [3]. Bis zu 10% der Fälle sind mit einer multiplen endokrinen Neoplasie vom Typ 1 (MEN-1) assoziiert, insbesondere bei jüngeren Patientinnen und Patienten.

Klassischerweise erfolgt die Diagnose des Insulinoms über die sogenannte Whipple-Trias. Diese beinhaltet die Dokumentation einer Blutglukose  $<3$  mmol/l, Symptome einer Neuroglykopenie sowie eine umgehende Regredienz der Klinik nach Glukosegabe [4]. Jedoch kann sich das klinische Bild, vor allem jenes der Neuroglykopenie, variabel präsentieren. Es kann von Verwirrung, Konzentrationsstörungen und Kribbelparästhesien bis hin zu Verhaltensstörungen und Krampfanfällen reichen [5]. Aus diesem Grund erfordert die Sicherung der Diagnose

eines Insulinoms neben der Whipple-Trias die Durchführung eines oralen Glukosetoleranztests sowie eines 72-Stunden-Fastentests [6].

Nachfolgend wird der Fall eines jungen Patienten diskutiert, anhand dessen die Notwendigkeit und die Zielführung eines sorgfältigen diagnostischen Workups hervorgehoben werden soll.

## Fallbeschreibung

### Anamnese

Die notfallmässige Vorstellung des 28-jährigen Patienten erfolgte bei passagerer Absence, Kaltschweissigkeit, Zittern und allgemeinem Schwächegefühl seit dem Morgen des Vorstellungstags. Er berichtete über rezidivierende derartige Episoden seit etwa zehn Jahren, gehäuft bei Nahrungskarenz. Ebenso sei am Vorstellungstag erst sehr spät seine erste Nahrungsaufnahme erfolgt.

Der Patient habe im Alter von 17 Jahren unter paroxysmalen Tachykardien gelitten. Diese hätten im Rahmen einer elektrophysiologischen Untersuchung einer atrioventrikulären (AV-)Knoten-Reentrytachykardie (AVNRT) zugeordnet werden können und seien nach erfolgter Ablation nicht mehr aufgetreten. Im Rahmen präinterventioneller Abklärungen hätten sich damals neurologisch keine pathologischen Befunde gezeigt, laborchemisch habe man jedoch hypoglykämische Blutzuckerwerte festgestellt. Diese seien je-

doch nicht weiter abgeklärt worden. Die heutigen sowie die vorangegangenen Symptomepisoden würden sich deutlich von jenen der AVNRT unterscheiden. Im Vorfeld habe der Patient – mit dem Blutzuckermessgerät der Grossmutter – Werte bis minimal 2,6 mmol/l gemessen. Der Konsum von Nahrung oder zuckerhaltigen Getränken verschaffe dabei jeweils eine rasche Linderung. Zudem habe er in den letzten drei Jahren 5 kg Körpergewicht zugenommen.

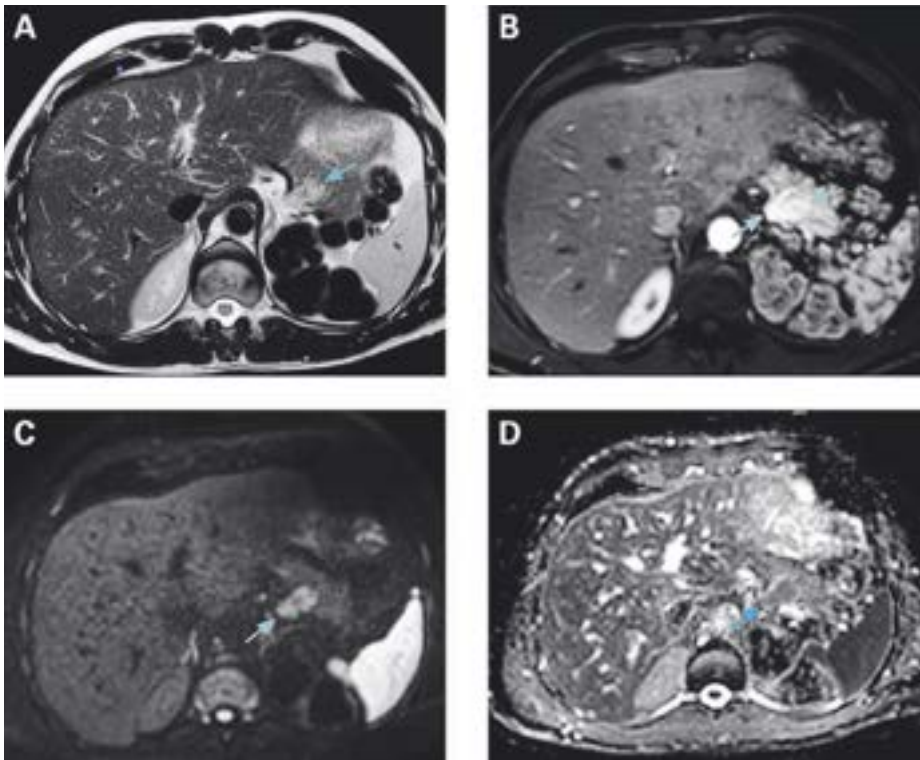
Die Systemanamnese war blande, insbesondere verneinte der Patient grippale Symptome, eine B-Symptomatik oder das Vorliegen einer endokrinologischen Erkrankung.

### Status

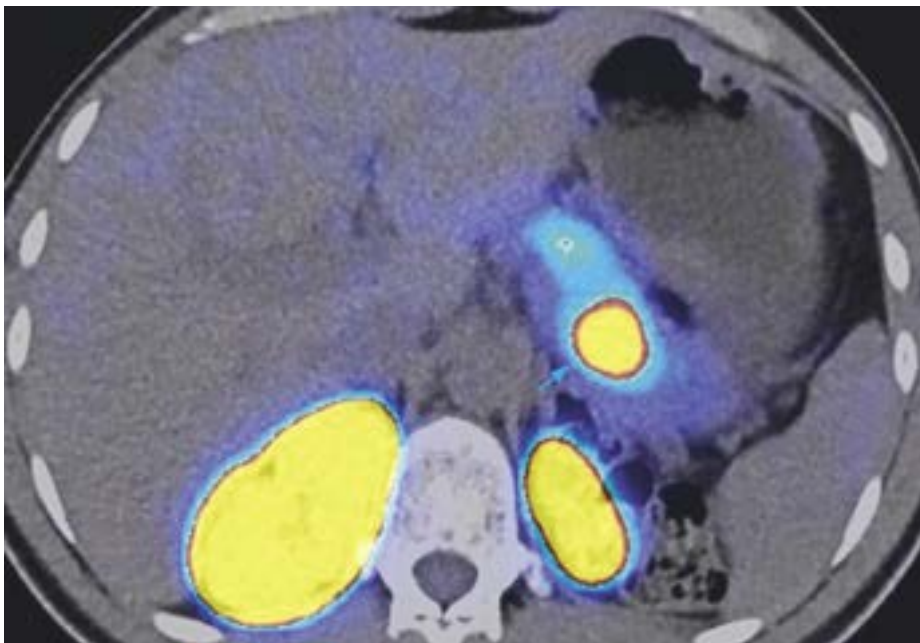
Es präsentierte sich ein allseits orientierter, hämodynamisch stabiler und afebriler Patient in normalem Ernährungszustand. In der klinischen Untersuchung zeigten sich keine Auffälligkeiten.

### Befunde

Laborchemisch fand sich ein tiefer Blutzucker von 3,8 mmol/l als einziger pathologischer Befund. Hämoglobin, Entzündungsparameter, Kreatinin, Elektrolyte, Thyroidea-stimulierendes Hormon (TSH) und Hämoglobin A<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>) waren normwertig. Im Elektrokardiogramm (EKG) zeigte sich ein normokarder Sinusrhythmus mit normwertigen Zeiten ohne Hinweise auf eine De- oder Repolarisationsstörung.



**Abbildung 1:** Magnetresonanztomogramm des Pankreas, Transversalschnitte: **A)** T2-gewichtete SPIR-MVXD-Sequenz: hypervaskuläre Raumforderung (2,6 × 1,8 cm) dorsal im Pankreasschwanz (Pfeil), gut passend zu neuroendokriner Neoplasie. Keine vergrößerten Lymphknoten abgrenzbar. **B)** Arterielle Dixon-Sequenz: korrespondierend hypervaskularisierte, kräftig arteriell kontrastmittelaufnehmende Raumforderung im Pankreasschwanz (Pfeile). **C, D)** Diffusionsgewichtete Sequenz (**C:** B800 und **D:** ADC): Nachweis einer Diffusionsrestriktion im Bereich der Raumforderung im Pankreasschwanz (Pfeil).  
ADC: Apparent Diffusion Coefficient; MVXD: MultiVane XD; SPIR: Spectral Presaturation with Inversion Recovery.



**Abbildung 2:** GLP-1-Exendin-4-PET-CT vom Abdomen, Transversalschnitt: Ausgeprägte <sup>68</sup>Gallium-Exendin-4-Anreicherung der Raumforderung im Pankreasschwanz mit teils exophytem Wachstum. Aufgrund der renalen Ausscheidung sowie hoher tubulärer Rückresorption von <sup>68</sup>Gallium-Exendin-4 zeigt sich dort ebenfalls eine starke Anreicherung.  
GLP-1: Glucacon-like Peptide 1; PET-CT: Positronenemissionstomographie-Computertomographie.

## Diagnose

Nach intravenöser Hydratation sowie Gabe von Orangensaft und Brot auf der Notfallstation zeigte sich die Klinik vollständig regredient. Der Blutzucker stieg auf 6,8 mmol/l. Darauf erfolgte eine elektive stationäre Aufnahme zum oralen Glukosetoleranztest (oGTT) und anschliessenden 72-Stunden-Fastentest. Letzterer war pathologisch und wurde bei adrenergen Symptomen sowie Neuroglykopenie (Abfall im Mini Mental Status von 29 auf 23 und im Uhrentest von 7 auf 4 Punkte) nach 18 Stunden abgebrochen.

Laborchemisch hatte der Patient zu diesem Zeitpunkt eine Hypoglykämie von 1,8 mmol/l, der Insulinspiegel betrug 52 pmol/l, das C-Peptid 0,4 nmol/l. Im Verhältnis zum Blutzuckerspiegel war das Insulin folglich zu hoch. Das ebenfalls erhöhte C-Peptid, das bei einer exogenen Insulinzufuhr erniedrigt gewesen wäre, wies auf die endogene Komponente der Hyperinsulinämie hin. Das β-Hydroxybutyrat als Surrogatmarker für die Ketogenese war mit 729 μmol/l nach 18 Stunden zu tief, dieses hätte bei normalem Fastentest mit entsprechend inhibierter Insulinsekretion sowie gegenregulatorischer Lipolyse und Ketogenese stärker ansteigen müssen [7].

Nach intravenöser Gabe von Glukose zeigte sich die Klinik wiederum vollständig regredient. Eine selbstinduzierte Hypoglykämie wurde dreimalig (Notfallstation, beim stationären Eintritt sowie nach Abbruch des Fastentestes) mittels serologischer Testung auf C-Peptid und Sulfonylharnstoffe ausgeschlossen. Ebenso war das Basal-Cortisol am Tag nach dem Fastentest normwertig, sodass ein Cortisolmangel als Ursache der Hypoglykämie ausgeschlossen werden konnte.

Bei zweimalig beobachteter Whipple-Trias und pathologischem Fastentest mit einer endogenen hyperinsulinämischen Hypoglykämie ergab sich der hochgradige Verdacht auf ein Insulinom.

Zur weiterführenden Diagnostik erfolgte eine Magnetresonanztomographie (MRT) des Abdomens. Dabei ergab sich eine 2,6 × 1,8 cm grosse, kräftig arteriell kontrastmittelaufnehmende, T2-gewichtet hyperintense Raumforderung im Pankreasschwanz. Zudem wies die Raumforderung eine Diffusionsrestriktion auf (Abb. 1).

Insulinome exprimieren primär «Glucagon-like Peptide 1»-(GLP-1-)Rezeptoren und können daher mittels Positronenemissionstomographie-Computertomographie (PET-CT) mit GLP-1-Exendin-4 mit einer Sensitivität von >97% lokalisiert werden [8]. Die weltweit ersten derartigen Scans wurden am Universitätsspital Basel durchgeführt, so auch die präoperativen Scans des Patienten (Abb. 2).



## Der besondere Fall

Beim Patienten zeigte sich eine singuläre 2,8 cm grosse GLP-1-positive Anreicherung im Pankreasschwanz ohne Zeichen einer Infiltration oder Metastasierung.

## Therapie

Der Patient wurde zur milzerhaltenden laparoskopischen Pankreaslinksresektion mit intraoperativer Pankreassonographie und Resektion der Nebenzug an ein Zentrumsspital überwiesen. Die Intervention war erfolgreich und es folgte ein komplikationsloser postoperativer Verlauf.

## Verlauf

Histologisch zeigte sich im Resektat ein unifokaler, solider Tumor am kaudo-dorsalen Pankreasrand im Bereich des Pankreasschwanzes mit demarkierten Abständen zu den Pankreasresektionsrändern.

Der Patient erholte sich nach dem Eingriff sehr gut und gab im weiteren Verlauf an, sich deutlich vitaler als davor zu fühlen, einzig klagte er über eine eingeschränkte Alkoholtoleranz. In der Abschlusskontrolle wurde ihm geraten, sich insbesondere bei Familienwunsch einer genetischen Testung auf eine MEN-1 zu unterziehen.

## Diskussion

Das vor fast 100 Jahren erstmalig beschriebene Insulinom ist und bleibt ein seltenes Krankheitsbild, das sich durch eine umfassende Anamnese mit entsprechender Diagnostik jedoch schnell diagnostizieren lässt. Die Pathologiebefunde lassen sich durch folgende 90%-Assoziationen festhalten: 90% sind solitäre Adenome, 90% davon sind benigne, 90% davon haben einen Durchmesser von <2 cm und 90% sind im Pankreas lokalisiert [9]. Im Falle unseres Patienten konnte durch die rasche Assoziation bei der erstmaligen Vorstellung auf der Notfallstation, die zeitnahe erweiterte Diagnostik im stationären Setting sowie die unverzügliche Überweisung an ein Zentrumsspital nach Diagnosesicherung eine optimale Versorgung gewährleistet werden. Es gilt hervorzuheben, dass die Symptome der Neuroglykopenie gemäss Whipple-Trias absolut zentral sind. Ferner sollte man bei jeder unklaren Hypoglykämie auf der Notfallstation das Insulin und C-Peptid sowie einen venösen Blutzucker direkt mitbestimmen. Gelingt es nämlich bereits im Notfallsetting, die inadäquate Regulation aufzuzeigen, kann man auf den 72-Stunden-Fastentest im stationären Setting verzichten und somit Zeit und Ressourcen einsparen.

Das in der Medizin altbewährte Sprichwort «Häufiges ist häufig, Seltenes ist selten»

## Das Wichtigste für die Praxis

- Die Whipple-Trias weist auf ein Insulinom hin: Symptome einer Neuroglykopenie, Blutglukose <3 mmol/l sowie eine umgehende Regredienz der Klinik nach Glukosegabe.
- Bei jeder unklaren Hypoglykämie auf der Notfallstation sollten Insulin, C-Peptid sowie ein venöser Blutzucker bestimmt werden.
- Die Diagnosesicherung erfolgt durch einen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) und einen 72-Stunden-Fastentest.
- Selbstinduzierte Hypoglykämien durch Sulfonylharnstoffe müssen ausgeschlossen werden.
- Insbesondere bei Betroffenen <30 Jahren gilt es, das Vorliegen einer multiplen endokrinen Neoplasie vom Typ 1 (MEN-1) zu überprüfen.

hat durchaus seine Daseinsberechtigung und hilft, den klinischen Fokus zu schärfen. Dabei soll und darf das Seltene jedoch nicht ausser Acht geraten – unsere Patientinnen und Patienten werden es uns danken.

## Korrespondenz

Lukas Storz  
Institut für Anästhesiologie  
Stadthospital Zürich  
Birmensdorferstrasse 497  
CH-8055 Zürich  
lukas.storz[at]stadthospital.ch

## Verdankung

An dieser Stelle möchten wir uns bei PD Dr. med. Freitag von der Klinik für Nuklearmedizin des Universitätsspitals Zürich für die PET-CT-Aufnahmen sowie deren Befundung bedanken.

## Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

## Disclosure Statement

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

## Literatur

- 1 Sada A, Habermann EB, Szabo Yamashita T, Thompson GB, Lyden ML, Foster TR, et al. Comparison Between Sporadic and Multiple Endocrine Neoplasia Type 1-Associated Insulinoma. *J Am Coll Surg.* 2022;235(5):756–63.
- 2 De Herder WW, Niederle B, Scaozec JY, Pauwels S, Kloppel G, Falconi M, et al. Well-differentiated pancreatic tumor/carcinoma: insulinoma. *Neuroendocrinology.* 2006;84(3):183–8.
- 3 Shin JJ, Gorden P, Libutti SK. Insulinoma: pathophysiology, localization and management. *Future Oncol.* 2010;6(2):229–37.
- 4 Valente LG, Antwi K, Nicolas GP, Wild D, Christ E. Clinical presentation of 54 patients with endogenous hyperinsulinaemic hypoglycaemia: a neurological chameleon (observational study). *Swiss Med Wkly.* 2018;148:w14682.
- 5 Fayyaz F, Reardon MF, Byrne L. Insulinoma as a cause of seizure-like activity and spontaneous hypoglycaemia. *BMJ Case Rep.* 2023;16(1):e250799.
- 6 Service FJ. Hypoglycemic disorders. *N Engl J Med.* 1995;332(17):1144–52.
- 7 Vella A. Insulinoma [Internet]. 01.12.2022 [abgerufen am 21.02.2023]. Verfügbar unter: <https://www.uptodate.com/contents/insulinoma>
- 8 Antwi K, Fani M, Heye T, Nicolas G, Rottenburger C, Kaul F, et al. Comparison of glucagon-like peptide-1 receptor (GLP-1R) PET/CT, SPECT/CT and 3T MRI for the localisation of occult insulinomas: evaluation of diagnostic accuracy in a prospective crossover imaging study. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2018;45(13):2318–27.
- 9 Okabayashi T, Shima Y, Sumiyoshi T, Kozuki A, Ito S, Ogawa Y, et al. Diagnosis and management of insulinoma. *World J Gastroenterol.* 2013;19(6):829–37.



**Lukas Storz, dipl. Arzt**  
Medizinische Klinik, Spital Limmattal,  
Schlieren



**Dr. med. Rubén Fuentes Artiles**  
Medizinische Klinik, Spital Limmattal,  
Schlieren

# Briefe an die Redaktion

## Polypharmazie bei Älteren

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

Im Artikel «Akute Methotrexat-Toxizität bei niedrig dosierter Therapie» wird das Auftreten einer «Panzytopenie und Hepatitis» bei einer 71-jährigen multimorbiden Patientin, die unter einer ausgeprägten Polypharmazie steht, diskutiert.

Dass eine Polypharmazie dieses Ausmasses bei einer älteren Frau vermieden werden sollte, steht ausser Zweifel. Polypharmazie ist besonders bei älteren, meist multimorbiden Menschen verbreitet: 46% der über 65-jährigen Bewohnenden Schweizer Pflegeheime erhalten neun und mehr Arzneimittel [1]. Die zunehmende Spezialisierung der Medizin beziehungsweise Schaffung neuer Symptom-respektive Krankheitseinheiten, erweiterte Diagnostik und Therapiemöglichkeiten sowie das zunehmende Überlebensalter steigern das Ausmass der Polypharmazie [2]. «Medikationsreview» und «Deprescribing» sind die Stichwörter dazu [3–8]. Eine Rehospitalisierung kann verhindert werden [9]. Eine detaillierte Erhebung der Selbstmedikation und ärztlich verschriebenen Medikation – inklusive Arzneimittelunverträglichkeiten und -allergien – bei Spital- oder Pflegeheimen ist aus Gründen der Patientensicherheit obligatorisch. Desgleichen ein geriatrisches Assessment bei älteren Menschen. Ein kritischer Blick auf die Arzneimittelanamnese lässt oft zahlreiche Probleme (Doppelmedikation, Arzneimittel mit fragwürdigem Potential, hohes Interaktionsrisiko) sowie potentiell inadäquate Arzneimittel (PIM) [10] erkennen. Moderne Hilfsmittel («Clinical Decision Support») [11] sollten sicherstellen, dass Folgen bekannter unerwünschter Wirkungen und Interaktionen vermieden werden können. Die Patientensicherheit fordert deren Einsatz spätestens bei Verschreibung von zwei und mehr Arzneimitteln. Die Therapie mit Analgetika sollte patientenzentriert, gemäss registrierter Indikation – unter Beachtung des Alters sowie der Nierenfunktion – und klinischem Erfolg angepasst werden. So kann Off-Label-Use von Metamizol, das trotz spärlichen Wirksamkeitsnachweises und bekannten Gefährdungspotentials [12] in zunehmendem Umfang verabreicht wird, minimiert werden. Der Einsatz psychoaktiver Arzneimittel bedarf einer kritischen Analyse. Schlafmittel, insbesondere Benzodiazepine und Z-Substanzen

sollten vermieden werden [13]. Der Off-Label-Use atypischer Neuroleptika als Schlafmittel ist der potentiellen Gefährdung wegen obsolet [14]. Die arzneimittelrechtlich obligatorische Orientierung über die zur Behandlung vorgeschlagenen Arzneimittel und deren Verabreichung im expliziten Einverständnis der Patientin oder des Patienten, namentlich bei Off-Label-Use von Metamizol, ist als weiteres Puzzleteil der sicheren Medikation zu erwähnen [15]. Unter Beachtung der elementaren Regeln der «Good Medical Practice» und der Patientensicherheit hätten die arzneimittelinduzierte Leukopenie und Hepatotoxizität vermieden werden können. Last but not least: Ein elektronisches Patientendossier (EPD) könnte den Medikationsprozess effizienter und sicherer gestalten.

*Dr. med. Max Giger, Winterthur;*

*Dr. med. Etzel Gysling, Wil (SG)*

### Conflict of Interest Statement

Die Autoren haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

### Literatur

- Giger M, Anliker M, Bartelt G. Polymedikation und Neuroleptika in Schweizer Pflegeheimen in den Jahren 2019 und 2020. *Praxis*. 2022;111(11):612–7.
- Gao L, Maidment I, Matthews F, Robinson L, Bayne C. Medication usage change in older people (65+) in England over 20 years: findings from CFAS I and CFAS II. *Age Ageing*. 2018;47(2):220–5.
- Scott IA, Hilmer SN, Reeve E, Potter K, Le Couteur D, Rigby D, et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. *JAMA Intern Med*. 2015;175(5):827–34.
- Robinson M, Mokrzecki S, Mallett AJ. Attitudes and barriers towards deprescribing in older patients experiencing polypharmacy: a narrative re-view. *NPJ Aging*. 2024;10(1):6.
- Rochon PA, Petrovic M, Cherubini A, Onder G, O'Mahony D, Sternberg SA, et al. Polypharmacy, inappropriate prescribing, and deprescribing in older people: through a sex and gender lens. *Lancet Healthy Longev*. 2021;2(5):e290–e300.
- GOV.UK, Department of Health and Social Care [Internet]. London: Good for you, good for us, good for everybody. A plan to reduce overprescribing to make patient care better and safer, support the NHS, and reduce carbon emissions. 22.09.2021 [eingesehen 16.04.2024]. Verfügbar unter: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/614a10fed3bf7f05ab786551/good-for-you-good-for-us-good-for-everybody.pdf>
- Neuner-Jehle S, Senn O. Polypharmazie. Guidelines Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich (IHAMZ). 11/2021 [aktualisiert 06/2023; eingesehen 16.04.2024]. Verfügbar unter: <https://www.hausarztmedizin.uzh.ch/de/guidelines.html>
- Hoel RW, Giddings Connolly RM, Takahashi PY. Polypharmacy Management in Older Patients. *Mayo Clin Proc*. 2021;96(1):242–56.
- Bülöw C, Sonderstedt Clausen S, Lundh A, Christensen M. Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;1(1):CD008986.
- Mann NK, Mathes T, Sönnichsen A, Pieper D, Klager E, Moussa M, Thürmann PA. Potentially inadequate medications in the elderly: PRISCUS 2.0 – first update of the PRISCUS list. *Dtsch Arztebl Int*. 2023;120(1–2):3–10. 11 HCl Solutions. Bern: <https://pharmavista.ch> [eingesehen 16.04.2024]
- Lüböw C, Rotthauwe J, Behles C, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Metamizol: schwerwiegende Nebenwirkungen – Update. 2022. *Bulletin zur Arzneimittelsicherheit*. 2022;4:24–8 [eingesehen: 16.04.2024]. Verfügbar unter: <https://www.bfarm.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Bulletin/Ausgaben/2022/4-2022.html>
- Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhals KE, Gee ME, Vollmer KA, Mergenhagen KA. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults. *Clin Ther*. 2016;38(11):2340–72.
- Mok PLH, Carr MJ, Guthrie B, Morales DR, Sheikh A, Elliott RA, et al. Multiple adverse outcomes associated with antipsychotic use in people with dementia: population based matched cohort study. *BMJ*. 2024;385:e076268.
- Giger M, Saxer U, Wildi A, Fritz MB (Hrsg.). Off-Label-Use. In: *Arzneimittelrecht*. Zürich: Schulthess; 2013.

## Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

<https://smf.manuscriptmanager.net/>







Als fachliche Wegbegleiter unterstützen und begleiten wir im ambulanten Setting Patientinnen und Patienten aller Altersstufen mit Störungsbildern aus dem gesamten Spektrum der Psychiatrie. Als von der SIWF- anerkannte Weiterbildungsstätte für Psychiatrie und Psychotherapie, Kategorie A im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie und Kategorie C im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, arbeiten wir evidenzbasiert und nach dem neuesten psychiatrisch- und psychotherapeutischen Wissensstand.

Das Zentrum für Angst- und Depressionsbehandlung Zürich (ZADZ AG) sucht eine(n)

## Chefärztin/Chefarzt FA Psychiatrie und Psychotherapie

### Aufgaben

In dieser Chefarztfunktion sind Sie zuständig für ein modernes ambulanzpsychiatrisches Leistungsangebot und eine hochstehende, effiziente Leistungserbringung, die sich an den neusten Qualitätsstandards misst. Unterstützt werden Sie von einem grossen Fachteam und weiteren Fachspezialistinnen und Fachspezialisten. Als ambulante Weiterbildungsstätte der Kategorie A im Bereich Erwachsenenpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Kategorie C im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie legen wir grössten Wert auf eine exzellente Weiter- und Fortbildung aller Mitarbeitenden. Die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen entwickeln sich dynamisch. Sie bringen deshalb Expertise und Weitblick mit und verstehen es, Fachkompetenz, Innovation und Menschlichkeit zu vereinen. Als Mitglied der Geschäftsleitung repräsentieren Sie die ZADZ AG nach innen und aussen und stehen im regen Austausch mit den relevanten Zielgruppen. Sie beteiligen sich an strategisch relevanten Klinikprojekten und fördern angewandte klinische Forschung. Ihre Stärken liegen in der Kommunikation, in der Teamführung und in der Arbeit mit Ihren Patientinnen und Patienten.

### Anforderungen

Voraussetzung für diese medizinische Führungsposition sind eine Facharztausbildung in Psychiatrie und Psychotherapie sowie Führungs- und Managementenerfahrung, wenn möglich sowohl in der stationären als auch in der ambulanten psychiatrischen Versorgung. Ein Plus wäre ein eigenes Forschungsprofil sowie Erfahrungen als Dozentin oder Dozent in Lehre, Aus- und Weiterbildung. Sie sind eine offene und gewinnende Persönlichkeit, der es Freude bereitet, täglich klinisch zu arbeiten und sich nach modernstem Wissensstand für Menschen mit psychischen Erkrankungen und deren Angehörige einzusetzen. Bringen Sie ebenfalls ein ausgeprägtes unternehmerisches Denken und Handeln mit? Dann suchen wir definitiv Sie!

### Angebot

Was Sie erwartet, bestimmen Sie mit! Sie werden von einem multiprofessionellen Team von fast 50 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unterstützt, das sich kompetent und mit viel Herz für ihre Patientinnen und Patienten engagiert. Zeitgemässe Anstellungsbedingungen, eine angemessene Entlohnung sowie ein Arbeitsplatz an Zürich's schönster Lage erwarten Sie.

Sind Sie bereit für den nächsten Karriereschritt? Dann freuen wir uns auf Sie! Ihre Bewerbungsunterlagen senden Sie per E-Mail an die Geschäftsführerin, Karin Yerebakan, kyerebakan@zadz.ch. Fachliche Fragen beantwortet Ihnen der aktuelle Chefarzt, Dr. med. Josef Hättenschwiler, jhaettenschwiler@zadz.ch, gerne.

ZADZ AG Zürich  
Riesbachstrasse 61  
CH-8008 Zürich  
EIN UNTERNEHMEN DER CLIENIA-GRUPPE  
Telefon +41 44 386 66 00

195508-21



Wir suchen ab sofort oder nach Vereinbarung engagierte Persönlichkeiten zur qualifizierten Verstärkung unseres Teams.

Diese spannende Aufgabe bietet Ihnen ein Arbeitsumfeld auf hohem medizinischem Niveau, langfristige Perspektiven und die Möglichkeit zur Weiterentwicklung Ihrer ärztlichen Karriere. Die Klinik legt sehr viel Wert auf eine qualitativ hochwertige Versorgung nach neuestem Wissensstand und eine sorgfältige Betreuung unserer Patientinnen und Patienten.

In der Funktion als:

## Oberärztin/Oberarzt Onkologie (m/w/d) oder Oberärztin/Oberarzt mbF Onkologie (m/w/d) oder Leitende Ärztin/Leitender Arzt Onkologie (m/w/d)

gehören folgende **Tätigkeiten** zu Ihrem Aufgabenbereich:

- Fachliche Betreuung und Sicherstellung höchster Versorgungsqualität
- Weiterentwicklung der onkologischen Angebote
- Enge Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen und externen Partnern
- Förderung einer Lernatmosphäre für das gesamte medizinische Teams nach Vereinbarung engagierte Persönlichkeiten zur qualifizierten Verstärkung unseres Teams.

### Ihr Profil:

- Abgeschlossene Facharztausbildung in Medizinischer Onkologie (SIWF/FMH)
- Empathische und kommunikative Persönlichkeit
- Motivation und Freude an Teamarbeit
- Deutschkenntnisse auf mindestens C1-Niveau

### Haben Sie Fragen?

Herr Dr. med. Thomas Bregenzer, Chefarzt Klinik Innere Medizin oder Herr Dr. med. Axel Mischo, Leitender Arzt Klinik Innere Medizin, Onkologie stehen Ihnen gerne unter 055 451 31 03 zur Verfügung.

### Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

194857-21

## Kantonsspital Baselland genau für Sie

194891-21

Wir suchen zur Ergänzung unseres Teams nach Vereinbarung eine/n

## Oberärztin/Oberarzt Neurologie (a)

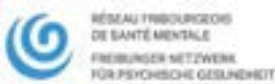
50-60%

Universitäres Zentrum Innere Medizin/Neurologie  
Liestal

### Interessiert?

Weitere Informationen zu dieser Stelle und Online-Bewerbung unter  
ksbl.ch/karriere/offene-stellen





Le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) est responsable de la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de la population bilingue du canton de Fribourg comptant plus de 300 000 habitant-e-s. Le canton de Fribourg, offre une qualité de vie incomparable, de par sa situation entre villes, campagnes et montagnes.

Le secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour adultes, avec ses 4 filières de soins de psychiatrie générale et ses 3 filières de soins spécialisés (psychiatrie forensique, troubles addictifs, interventions de crise et liaison hospitalière), a récemment élargi son offre de soins et étoffé la prise en charge intégrée des troubles psychiques dans le Canton.

Dans le cadre de ce développement, le RFSM met au concours, avec entrée en fonction au **1<sup>er</sup> septembre 2024** ou à convenir, un poste de:

### Médecin adjoint-e (100%)

**au sein du secteur de psychiatrie et psychothérapie pour personnes adultes, service de psychiatrie générale**

**Responsable des unités hospitalières pour les troubles de la personnalité (nouvelle unité) et les troubles de l'humeur (Callisto) et du programme ambulatoire pour la dépression résistante (psychiatrie interventionnelle)**

#### Votre rôle comme Médecin adjoint-e

- Sous la direction de Mme Prof Dr med Isabelle Gothuey, médecin directrice du secteur, vous assurez la conduite clinique, l'organisation, et la coordination des entités suivantes:
  - l'unité hospitalière de Callisto (20 lits) sur le site du RFSM Marsens
  - l'unité hospitalière de Neptune (20 lits) sur le site du RFSM Marsens
  - le programme ambulatoire pour la dépression résistante.
- Grâce à vos compétences et votre personnalité convaincante, vous savez donner vie, cohérence et sens au cadre de la prise en charge des patients de vos unités de soins et transmettre les directives nécessaires.
- Vous collaborez de manière active avec les structures de soins hospitalières, ambulatoires et intermédiaires du secteur, avec les autres corps professionnels et pilotez la trajectoire institutionnelle des patients.
- Vous assumez une activité de formateur direct auprès des médecins-assistants et chefs de cliniques, vous contribuez activement à l'enseignement postgradué du RFSM, et prégradué à l'université de Fribourg.
- Vous assumez des représentations institutionnelles pour le secteur adulte et le RFSM.

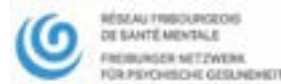
#### Les exigences

- Titulaire d'un diplôme de spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie pour adultes ou titre jugé équivalent, avec si possible quelques années de pratique clinique en tant que médecin cadre;
- Volonté de vous inscrire positivement dans le fonctionnement du réseau, d'en respecter les valeurs et de promouvoir le travail pluridisciplinaire;
- Une formation complémentaire en gestion constituerait un atout;
- Maîtrise du français avec de bonnes connaissances de la langue allemande

Des renseignements peuvent être obtenus auprès de Mme Prof Isabelle Gothuey, médecin directrice (026 308 04 81), isabelle.gothuey@rfsm.ch ou du Dr Luca Rampa, médecin-directeur adjoint (tél. 026 308 13 01), luca.rampa@rfsm.ch.

Merci d'envoyer votre dossier complet de candidature **jusqu'au 30 juin 2024** via jobs.fr.ch (job n° 7844)

194523-21



Le Réseau fribourgeois de santé mentale (RFSM) organise les soins psychiatriques ambulatoires, intermédiaires et hospitaliers pour la population du canton de Fribourg comptant 340 000 habitant-e-s. Il offre des prestations de consultation-liaison dans les sept hôpitaux somatiques du canton. Il est constitué d'un réseau dynamique d'unités de soins en interaction couvrant le territoire fribourgeois et respectant le bilinguisme cantonal. Le réseau fribourgeois de santé mentale est un Hôpital de formation universitaire et collabore étroitement avec l'université de Fribourg dans le domaine de la recherche et de l'enseignement.

Le secteur de psychiatrie et de psychothérapie pour adultes recherche pour le **1<sup>er</sup> novembre 2024** ou à convenir

### des chef/fes de clinique (adjoint/e-s), activité de 80 à 100%

pour les unités hospitalières Hermès et nouvelle unité à Marsens et pour l'unité hospitalière de crise Vénus à Villars-sur-Glâne

#### Vous apportez

- Une expérience préalable en psychiatrie et psychothérapie hospitalière et ambulatoire (vous êtes en fin de formation en psychiatrie et psychothérapie)
- De bonnes connaissances du français
- La motivation à vous inscrire dans le développement d'un secteur dynamique et moderne qui met les besoins des patients au centre de ses activités

#### Votre champ d'activité

- Assurer l'encadrement et la formation directe des médecins-assistants de l'unité hospitalière.
- Organiser et être répondant de projet thérapeutique hospitalier individualisé pour chaque patient.
- Développer en équipe pluridisciplinaire des programmes thérapeutiques hospitaliers.
- Assurer des consultations psychothérapeutiques sur place.

#### Notre offre

- Des conditions de travail attractives, une excellente qualité de vie dans un canton en pleine évolution démographique.
- Le soutien de votre formation postgradué de spécialiste en psychiatrie dans son intégralité.
- La possibilité d'entreprendre toutes les formations approfondies existantes (psychiatrie de liaison, psychiatrie forensique, psychiatrie des addictions, psychiatrie de la personne âgée)
- Le soutien actif de votre développement personnel et professionnel au travers d'une politique de formation large.

Prof. Dr. méd. Gothuey, Médecin-Directrice du secteur psychiatrie et psychothérapie pour des personnes adultes, attend votre appel et se tient à votre disposition pour d'éventuels renseignements complémentaires, ☎ +41 26 308 04 81 ou isabelle.gothuey@rfsm.ch

Candidature complète à adresser via jobs.fr.ch (job N° 7842) jusqu'au **30 juin 2024**

194522-21



Die Psychiatrische Universitätsklinik Zürich behandelt und betreut psychisch kranke Menschen jeden Alters. Die über 2500 Mitarbeitenden der 55 verschiedenen Berufsbilder leisten in interdisziplinären Teams ihren Beitrag zur ganzheitlichen Versorgung der Patientinnen und Patienten, von der Abklärung über die Therapie bis zur Nachsorge. Unsere Arbeit basiert auf gegenseitigem Vertrauen und Eigenverantwortung und wir fördern gemeinsam eine innovative Unternehmenskultur. Als universitäre Klinik engagieren wir uns erfolgreich an nationalen und internationalen Forschungsprojekten.

Das Zentrum für Soziale Psychiatrie (ZSP) ist eingebettet in die klinischen Versorgungs- und universitären Forschungsstrukturen der Erwachsenenpsychiatrie und Psychotherapie (Direktor: Prof. Dr. med. Erich Seifritz).

Der Mobile Dienst für Wohnversorgung (MDW) ist Bestandteil des ZSP. Er richtet sein Angebot an Wohnrichtungen für Menschen mit psychischen Erkrankungen und arbeitet eng vernetzt mit den stationären und teilstationären Angeboten der PUK zusammen.

Für den Mobilen Dienst Wohnversorgung suchen wir ab 01.06.2023 oder nach Vereinbarung eine/n

## Oberärztin / Oberarzt 40–80%

### Ihre Aufgaben

- ambulant aufsuchende psychiatrische Versorgung in betreuten Wohnrichtungen in Stadt und Kanton Zürich
- Unterstützung betreuter Wohnrichtungen bei der Versorgung von Bewohnern mit hohem Betreuungsaufwand durch Supervisionen, Schulungen und Kriseninterventionen vor Ort
- Möglichkeit des Aufbaus neuer Forschungsprojekte
- Beteiligung an Lehre

### Ihr Profil

- Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie oder kurz davor
- Abgeschlossene Psychotherapieausbildung vorzugsweise in kognitiver Verhaltenstherapie
- Deutschkenntnisse in Wort und Schrift auf Niveau C2
- Führungsvorerfahrung von Vorteil
- Hohe Eigenverantwortlichkeit und Selbstorganisation

### Unser Angebot

- Vielseitiges Tätigkeitsfeld in einem innovativen Zentrum mit einem motivierten Team
- Umfangreiche Möglichkeiten zur internen und externen Weiterbildung
- Möglichkeit von Forschungstätigkeit
- Weitgehend eigenständige Arbeitszeit-Einteilung ohne Dienste
- Anstellungsbedingungen nach dem kantonalen Personalgesetz
- Attraktive Sozialleistungen (Übernahme von 60% der Pensionskassenbeiträge)

Vergünstigte Einkaufsmöglichkeiten sowie Sportangebote, Beteiligung am ZVV-BonusPass/Generalabonnement, Lunch Check's, Betriebseigene Kinderkrippe u.v.m.

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gerne Herr Dr. med. Marius Knorr, marius.knorr@pukzh.ch, +41 (0)58 384 28 60.

Wir freuen uns auf Ihre vollständige Online-Bewerbung.

Bewerbungen per E-Mail sowie auf dem Postweg können aus Datenschutzgründen nicht berücksichtigt werden. Bitte bewerben Sie sich ausschliesslich über [www.pukzh.ch/karriere-bildung](http://www.pukzh.ch/karriere-bildung), wo Sie auch weitere Informationen über unsere Klinik erhalten.

Für diese Position nehmen wir keine Bewerbungen von Personalvermittlern entgegen.



195467-21



Arbeitsort: Klinik St. Anna | Luzern  
Besetzung per: sofort oder nach Vereinbarung  
Anstellungsart: unbefristet  
Referenznummer: 49423

Für unser Belegarztsystem suchen wir eine/n

## FACHÄRZTIN / FACHARZT FÜR GYNÄKOLOGIE UND GEBURTSHILFE FMH 50-100%

### IHRE AUFGABEN

Sie schätzen die Selbstständigkeit und die Eigenverantwortung eine eigene Praxis zu betreiben und weiterzuentwickeln. Zur Sicherstellung einer kontinuierlichen Betreuung der Patientinnen beteiligen Sie sich am Dienstsystem, welches durch die Fachgruppe Gynäkologie / Geburtshilfe organisiert wird. Neben Ihrer Praxistätigkeit können Sie sich im Rahmen der interdisziplinären Zentrenbildung in diversen Projekten einbringen und damit die vernetzte Entwicklung der Gynäkologie / Geburtshilfe in der Klinik mitbeeinflussen.

### IHR PROFIL

Sie verfügen über den Facharzttitel Gynäkologie und Geburtshilfe FMH und breite klinische Erfahrung in der operativen und konservativen Gynäkologie sowie in der Geburtshilfe. Ihr Profil wird abgerundet durch mehrjährige Erfahrung als mindestens Oberärztin/Oberarzt. Ihr Wissen und Können setzen Sie gerne für Ihre Patientinnen ein und stellen damit eine bestmögliche medizinische Versorgung sicher. Kollegialität wird von Ihnen gelebt. Dabei engagieren Sie sich für einen regelmässigen fachlichen Austausch und für eine gute Zusammenarbeit mit Ihren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen sowie der Klinik.

### Unser Angebot

Wir bieten eine breitgefächerte Aufgabe in einem kompetenten Ärztenetz, ein gut eingespieltes Hebammenteam, eine hervorragende Infrastruktur und persönlichen Gestaltungsraum. Wir bieten Ihnen unsere Unterstützung sich selbstständig zu machen und als niedergelassener Arzt direkt an der Hirslanden Klinik St. Anna ambulant wie stationär tätig zu sein. Wir bieten Ihnen hierbei den Zugang zu unserem Zuweisernetz und dem interdisziplinären Notfall. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie Teil unseres gynäkologisch-geburtshilflichen Teams werden wollen.

### Ihre Bewerbung

Für Rückfragen und Bewerbungen wenden Sie sich bitte an: Stefanie Amann, Fachgruppenvorsitzende, [stefanie.amann@hin.ch](mailto:stefanie.amann@hin.ch)

HIRSLANDEN KLINIK ST. ANNA  
HUMAN RESOURCES  
ST. ANNA-STRASSE 32  
6006 LUZERN  
[WWW.HIRSLANDEN.CH](http://WWW.HIRSLANDEN.CH)



KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.

HIRSLANDEN  
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY

194036-21





Stadtspital Zürich

195304-21



## Mis Spital. Min Job.

Die **Kinderklinik im Triemli** bietet eine umfassende pädiatrische Versorgung für Patient\*innen mit unterschiedlichen Bedürfnissen und spielt eine wichtige Rolle in der pädiatrischen Notfallversorgung und neonatologischen Betreuung. Neben der allgemeinpädiatrischen Behandlung sind Sie bei uns auch in die neonatologische Erstversorgung involviert. Falls Sie Interesse an einer vielseitigen Position in diesem Bereich haben, könnte dies eine ausgezeichnete Gelegenheit für Sie sein! Haben wir Ihr Interesse geweckt?

Wir suchen nach Vereinbarung ein\*e

### Fachärzt\*in Kinder- und Jugendmedizin 50–100%

**Ihre Aussichten**

- Möglichkeit, sowohl im allgemein-pädiatrischen Aufgabenbereich sowie der Neonatologie tätig zu sein
- Mindestens 6 Wochen Ferien und 10 bezahlte Fortbildungstage
- Überdurchschnittliche PK- und weitere Sozialleistungen
- Familiäres und kollegiales Arbeitsumfeld mit Du-Kultur

**Interessiert? Bewerben Sie sich über das Online-Inserat**  
Das ausführliche Inserat mit Bewerbungszugang finden Sie über den QR-Code oder unter [stadtspital.ch/jobs](http://stadtspital.ch/jobs) (Stichwortsuche: 4485). Für weitere Informationen steht Ihnen Frau Prof. Dr. med. Maren Tomaske, Chefärztin, T +41 44 416 21 51, gerne zur Verfügung.




localmed<sup>®</sup>  
Ärztzentrum Biel  
Centre médical Bienne

### Fachärztin/-arzt Allg. Innere Medizin 40–100%

Das Ärztezentrum Localmed in Biel baut seine Hausarztpraxis und den Walk-In aus und sucht Dich als neue(n) Kollegen/Kollegin. Du findest bei uns eine hochstehende Infrastruktur mit praxisinternem Kleingriffsaal, Labor, Röntgen und Ultraschall. Wir bieten Dir eine abwechslungsreiche ärztliche Tätigkeit mit Langzeitbetreuung und Akutmedizin, Kleinchirurgie, eine Kombination von Einsätzen mit dem Walk-In ist möglich.

**Dein Profil**

Du bist eine dynamische, kollegiale Persönlichkeit und möchtest die Praxis aktiv mitgestalten. Du verfügst über einen Facharzttitel in Allgemeiner Innerer Medizin FMH oder bist nahe an der Facharztprüfung. Du bist zweisprachig (D/F) oder interessiert, Sprechstunden in beiden Sprachen zu halten und Deine Sprachkenntnisse dorthin zu entwickeln.

**Wir bieten**

- Familienfreundliche und individuell planbare Arbeitsmodelle
- Attraktive (fixe und variable) Vergütungs- bis hin zu Beteiligungsmodellen
- Interne und externe Weiterbildungen und Förderung der Sprachkenntnisse;
- 43 Stunden Woche, 6 Wochen Ferien, regelmässige Arbeitszeiten
- Bezahlte Weiterbildungen, inkl. Sprachkurse
- Möglichkeit zum Erwerb FA Sonografie und FA Dosisintensives Röntgen etc.

Haben wir Dein Interesse geweckt? Dann sende bitte die vollständigen Bewerbungsunterlagen an [beatrice.diallo@localmed-bienne.ch](mailto:beatrice.diallo@localmed-bienne.ch).

Weitere Informationen zur Stelle und uns findest du unter:  
<https://medin-bielbienne.ch/ueber-uns/stellen>

194898-21



© Rob Lewis

## «Vieles ist wieder möglich nach einer Hirnverletzung. Wichtig ist der Support.»

Daniel Albrecht, Ex-Skirennfahrer



**FRAGILE  
SUISSE**

**Hirnschlag, Schädel-Hirn-Trauma, Hirntumor:  
Hirnverletzungen können alle treffen.**

Hilfe für Menschen mit Hirnverletzung und Angehörige.  
Helfen auch Sie! PC 80-10132-0



## Immobilien | Immeubles | Immobili

**Praxisräumlichkeiten  
an sehr zentraler Lage in Aarau  
zu vermieten**

Aufgrund altersbedingter Praxisaufgabe vermieten wir per 1. Dezember 2024 oder nach Vereinbarung eine geräumige Arztpraxis mit 6 Zimmern (mit Wartezimmer, Empfangs- und Behandlungszimmern, Labor sowie 2 WCs) an sehr zentraler Lage in Aarau, nahe dem Bahnhof und des Kantonsspitals Aarau (Jurastrasse 1, 5000 Aarau).

Zur Praxis gehören vier Aussenparkplätze gleich beim Eingang der Praxis, die von den Patienten genutzt werden können, sowie mindestens ein Parkplatz in der Tiefgarage.

Zurzeit werden die Praxisräumlichkeiten für die Tätigkeit als Hausarzt/Innere Medizin genutzt, wobei die Praxisräumlichkeiten aber für jede Fachrichtung geeignet sind.

**Eckdaten:**

Verfügbar ab: 1.12.2024 oder nach Vereinbarung  
Anzahl Zimmer: 6  
Etage: EG  
Nutzfläche: 180 m<sup>2</sup>

Zusätzliche Ausstattung: 4 Aussenparkplätze und 1 Parkplatz in der Tiefgarage

Mietzins und weitere Details auf Anfrage.

194127-21

**Wiedervermietung einer gutgehenden  
Kinder- und Jugendarztpraxis**

In der Altstadt von St. Gallen

5.5 Zimmer, 85 m<sup>2</sup>, 1. Stock  
Verfügbar ab: nach Vereinbarung  
Mietpreis pro Monat: CHF 2670.- inkl.



Detais siehe <https://www.comparis.ch/immobilien/marktplatz/details/show/31967563>

**BFG-IMMOBILIEN-VERWALTUNG**

W. Jsaac, Erlenbach 18, 9100 Herisau  
Tel. +41-71 352 27 67 Mobil: +41-79 423 17 93  
E-mail: w.jsaac@bfg-immobilien.ch

195196-21

# Da für alle.



Jetzt Gönner werden: [rega.ch/goenner](https://www.rega.ch/goenner)

# 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

**AG – Aarau renovierte Praxisräumlichkeiten 101 m<sup>2</sup> (ev. + 101 m<sup>2</sup>) mit 2 Parkplätzen** – Unmittelbar vor der Praxis. Rollstuhlgängig, Ärztehaus, nahe Hirslandenklinik. Miete CHF 2370.- inkl. NK. ab 1.12.2024 oder früher. E-Mail: [haueter.eyedoc@bluewin.ch](mailto:haueter.eyedoc@bluewin.ch).

**AG – Praxis Chirurgie mit Institutions Nr. zu verkaufen** – Chirurgie Praxis Kt. Solothurn mit Institutionsnummer, und auch Kt. ZH und AG. E-Mail: [sorm@gmx.ch](mailto:sorm@gmx.ch).

**BE – Cabinet de médecine de premier recours à Reconvilier, Jura bernois** – Emplacement: Route de Chaindon 7, 2732 Reconvilier / Personne de contact: M. Daniel Buchser, tél. 079 299 47 54 - e-mail: [d.buchser@reconvilier.ch](mailto:d.buchser@reconvilier.ch) (Président de la Fondation du Petit-Marais) Cabinet disposition et surface: 5.5 pièces (120 m<sup>2</sup>) / Salle d'examen: 15 m<sup>2</sup> / Salle de consultation 22 m<sup>2</sup> / Salle d'attente 14 m<sup>2</sup> / Locale « pharmacie » 7 m<sup>2</sup> / Radiologie de 15 m<sup>2</sup> (dont DEVEL 4 m<sup>2</sup>) / Accueil et WC 18 m<sup>2</sup> / Réception et secrétariat 26 m<sup>2</sup> (inclus labo). Situé au centre de village, proche de l'administration municipale, le cabinet est facile d'accès et dispose de places de parc en suffisance. La Commune de Reconvi-

lier est située dans la Vallée de Tavannes et compte près de 2'400 habitants. Incluant les Communes limitrophes de Saules et Loveresse, le nombre d'habitants avoisine les 3000. Le bassin de population dans un rayon de 6 kilomètres s'élève à près de 11'000 résidents et les citoyens de notre région sont habitués à une médecine de proximité. La Fondation du Petit-Marais a pour but l'exploitation de 12 appartements à loyers modérés pour personnes âgées ou handicapées du Jura bernois, bâtiment dans lequel est situé le cabinet à louer. La Fondation a un caractère d'utilité publique; elle ne poursuit donc aucun but lucratif. Elle est neutre tant sur le plan politique que confessionnel et est composée des Communes de Reconvilier, Saules, Loveresse et Saicourt (Canton de Berne, Grand Chasseral). Elle manifeste un important intérêt à soutenir l'implantation d'un médecin généraliste à Reconvilier.

**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.

**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.

**LU – Attraktives Ärztezentrum mit vollelektronischer Praxisadministration in der Nordagglomeration von Luzern** – Im Zentrum einer Vorortgemeinde von Luzern ist per Mitte 2025 oder n. V. ein modernes Ärztezentrum (erweiterte Grundversorgung) mit Selbstdispensation zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (145 m<sup>2</sup> mit u.a. 4 SZ; zusätzlich Archivraum und Aufenthaltsraum) befindet sich in einem gepflegten Wohn- und Geschäftshaus mit Lift. Optimaler Standort, beste Erreichbarkeit mit dem ÖV oder Auto, grosszügiges Parkplatzangebot. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0741: FMH Consulting Services AG, Frau V. Rossi, E-Mail: [viera.rossi@fmhconsulting.ch](mailto:viera.rossi@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**SG – Therapieraum zu vermieten in erfolgreicher psychosomatischer/psychotherapeutischer Praxis** – Die Praxis für Hypnose, Schmerz- und Psychotherapie in Flawil wurde 2011 gegründet, ist erfolgreich und etabliert. Die Praxis besteht aus zwei ruhigen und hellen Therapieräumen und einem Sekretariat mit Empfang. Ich suche per sofort oder nach Vereinbarung ein/e Kollege/-in mit FMH Psychiatrie und Psychotherapie mit Freude am selbstständigen Arbeiten und wertschätzendem Austausch. Jede/r Therapeut/in ist unabhängig und führt eine Einzelpraxis. Die Mitbenutzung der Infrastruktur (Möblierung, IT, WLAN, Küche, WC...) ist inklusive; Empfang- bzw. Sekretariatsleistungen können nach eigenem Bedürfnis festgelegt werden. Faire und transparente Kostenrechnung ist garantiert. Ich freue mich auf Ihre Kontaktaufnahme unter E-Mail: [dr.reutschatzmann@hin.ch](mailto:dr.reutschatzmann@hin.ch). Telefonische Auskunft erteile ich gerne nach vorgängiger Absprache per E-Mail.

**SZ – 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. Praxiseinstieg 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](mailto:christoph.mueller@fmhconsulting.ch), Tel. 041 244 60 60.

**TG – Praxisräume mit OP** – In den interdisziplinären Ärzteetagen 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).

**VD – Cabinet de Psychiatrie Psychothérapie à remettre à Thierrens** – Raison prise de la retraite, cabinet à remettre pour le 1.9.2024. Renseignements: e-mail: [eliane.guenat@svmed.ch](mailto:eliane.guenat@svmed.ch) ou [guenat.eliane@bluewin.ch](mailto:guenat.eliane@bluewin.ch).





«Wir gründen zusammen eine Gruppenpraxis. Welche Gesellschaftsform ist für uns die richtige?»

Die Berater der FMH Services zeigen Ihnen die auf Ihre Situation bezogenen Vor- und Nachteile der möglichen Gesellschaftsformen auf.

«Nous voulons créer un cabinet de groupe. Quelle est la forme juridique la mieux adaptée?»

Les conseillers de FMH Services vous permettront de vous faire une idée des avantages et des inconvénients des formes juridiques adaptées à votre situation.



*Wir sind für Sie da!  
Nous sommes là pour vous!  
Gregor Dietrich*

## 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

**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 Übernehmbedingungen sind fair. Die Region ist sehr schön mit vielen Sonntagen 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.

**ZG – Etablierte, gut positionierte Gruppenpraxis in Zug zu übergeben** – Die langjährig etablierte, modern eingerichtete und gut positionierte Gruppenpraxis (Grösse ca. 250 m<sup>2</sup>, 4 Kollegen) an zentraler Lage in Zug bietet ein breites Leistungsangebot (neben der Hausarztmedizin auch andere Spezialgebiete u.a. Schmerztherapie) an. Die Prozesse sind voll digitalisiert, das Ärzte- und Pflegeteam optimal eingespielt, der treue und vielfältige Patientenstamm wächst stetig. Selbstdispensation. Aufgrund der baldigen Pensionierung des ärztlichen Leiters wird ein ärztlicher Nachfolger (w/m) gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42823.

**ZG – Psychiatrisch Psychotherapeutische Praxisgemeinschaft** – in Zug sucht eine/n Nachfolger/in für in Pension gehenden Psychiater. Die Raummiete inkl. Infrastruktur beträgt 750.-. Zeitpunkt nach Vereinbarung. Weitere Infos: Manfred Riedle, Tel. 076 369 98 77.

**ZH – Hausarztpraxis mit Selbstdispensation direkt am linken Zürichseeufer zu übergeben** – Zentral gelegene, helle, moderne allgemein-internistische Hausarztpraxis in attraktiver, steuergünstiger Gemeinde am linken Zürichsee (200 m<sup>2</sup>) mit Seesicht sucht 1-2 sympathische junge Nachfolger/innen. Ideal für Doppelpraxis oder Kombination Allgemeininternist/Spezialist. Geschäftshaus mit weiteren Ärzten. Gutes Potential. Wir freuen uns über Ihre schriftliche Bewerbung an Herrn Janick Merkofer unter der Referenznummer 2885 bei: Federer & Partners, Unternehmensberatung im Gesundheitswesen AG, Mitteldorfstrasse 3, CH-5605 Dottikon, www.federer-partners.ch, E-Mail: janick.merkofer@federer-partners.ch.

**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 Praxistätigkeit ist die Behandlung auch von stationären Patienten und die Teilnahme am rheumatologischen Hintergrunddienst und vielseitige Konsiliarität gegeben. Mehr Informationen erhalten Sie unter E-Mail: info@rheumahirslanden.ch oder Tel. 044 387 39 11 (zwischen 14 und 16h) oder unter Vermerk «Praxisnachfolge» via E-Mail: info@rheumahirslanden.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 – Moderne Hausarztpraxis mit elektronischer Praxisadministration im Bezirk Hinwil zu übergeben** – Zentrumsnah in einer grösseren Gemeinde im Zürcher Oberland mit wunderschönem Bergpanorama und stetig wachsender Bevölkerung ist per Ende des Jahres 2024 eine Praxis für Allgemeine Innere Medizin (292 m<sup>2</sup>) an einen oder mehrere Nachfolger (m/w) zu übergeben. Bestens geregelter Notfalldienst (kein Nachtdienst), Selbstdispensation, optimale ÖV-Verbindung nach Zürich, Wetzikon oder Rapperswil und kein zusätzlicher Investitionsbedarf. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 241 0094: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

Stellenofferten  
Offres d'emploi  
Offerte di posti

**AG – Facharzt/Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendmedizin 50–100%** – Wir sind eine vielseitige Gruppenpraxis für Kinder- und Jugendmedizin in Wettingen AG und suchen ab August 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/Kollegen zur Aufstockung unseres Fachärztenteams. Auch eine Subspezialität wäre willkommen. Die Praxis ist gut mit ÖV oder PW (Tiefgarage im Haus) erreichbar und bietet gute Einkaufsmöglichkeiten in nächster Nähe. Arbeitsbeginn und Anstellungsmodalitäten besprechen wir gerne in einem persönlichen Gespräch. Bewerbungen bitte an Frau Dr. med. Tanja Belzer, Bahnhofstrasse 88, 5430 Wettingen oder per E-Mail an tanja.belzer@hin.ch.

**AG – Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin (50–100%) in Buchs AG** – Wir suchen als weitere Verstärkung für unsere schnell wachsende hausärztliche Gruppenpraxis eine Fachärztin/Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Eine Beteiligung an der Praxis ist bei Interesse im Verlauf möglich. Unsere moderne, ärzteeigene Praxis mit einem stabilen Team befindet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in

## FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

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).

**AG – Hausarztmedizin in Suhr** – Raus aus der Komfortzone - Einstieg in die Hausarztmedizin - Arbeit an der Basis. Du bist motiviert und einsatzbereit, liebst unseren Beruf, bist teamfähig und willst Dich immer weiter entwickeln? Wir bieten den Rahmen dafür. Werde Teil eines starken Teams! Praxispartnerschaft in der AG möglich. Melde Dich: E-Mail: [ivo.bugmann@hin.ch](mailto:ivo.bugmann@hin.ch); Tel. 062 855 20 30; [www.arzt-suhr.ch](http://www.arzt-suhr.ch); [www.medix.ch](http://www.medix.ch).

**BE – Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 50–100% für Gruppenpraxis in Bern** – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt oder Hausärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun sucht unser motiviertes Team in Bern nach Vereinbarung Sie als Arzt/Ärztin (mit Facharzt/Fachärztin Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: [www.sanacare.ch/aerzte](http://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](mailto:anita.stalder@sanacare.ch)) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto: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](mailto:dr.portmann@mail.ch), [www.hausarztpraxis-worb.ch](http://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 Um-

feld. Ein engagiertes Team freut sich auf Deine Erfahrungen und Ideen. Mehr zur Stelle erfährst Du auf [www.leonardo-ortho.ch/offene-stellen](http://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](mailto: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](mailto:info@notfallklinik-eismann.ch).

**GR – Im Zentrum von Davos 50–100% Fachärztin/Facharzt Dermatologie und Venerologie** – Möchten Sie Teil einer führenden Praxis für Dermatologie und Aesthetische Medizin sein? Dermis Hautklinik Zürich Bülach ist seit 2013 die Anlaufstelle im Grossraum Zürich für Dermatologie, Allergologie, Aesthetische Chirurgie sowie Aesthetische Medizin. Mit mehreren Jahren Erfahrung, Kompetenz und Leidenschaft für Aesthetik und Patientensicherheit, eröffnen wir im April 2023 unseren vierten Standort im Zentrum von Davos. Davos liegt inmitten der atemberaubenden Schweizer Alpen und bietet eine malerische und inspirierende Umgebung zum Arbeiten. Ebenfalls ist Davos für sein internationales Umfeld bekannt, da es Gastgeber des jährlichen Weltwirtschaftsforum ist (WEF). In Davos können Sie eine gute Work Life Balance erleben, da die Stadt eine gesunde Lebensweise fördert. Insgesamt bietet Davos als Arbeitsort für Dermatologen eine einzigartige Kombination aus natürlicher Schönheit, hochwertiger medizinischer Versorgung in einem internationalen Umfeld, die es zu einem attraktiven Arbeitsort machen. Wir bieten auf höchstem Niveau dermatologische Behandlungen, chirurgische Eingriffe sowie das gesamte Spektrum der ästhetischen Dermatologie und ästhetischen Medizin an. Dazu stehen uns die neuesten, innovativsten Geräte und Materialien zur Verfügung. Teamwork steht bei uns an oberster Stelle. Ihre Hauptaufgaben: • Selbständige ärztliche Tätigkeit als Fachärztin/Facharzt für Dermatologie & Venerologie • Medizinische Versorgung unserer Patientinnen • Beratung und Behandlung der Patienten im Bereich der ästhetischen Dermatologie. Ihr Profil: • Fachärztin/Facharzt für Dermatologie und Venerologie (FMH oder MEBEKO anerkannt) • Mehrjährige ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung • Verantwortungsbewusste, empathische und engagierte Persönlichkeit mit Interesse an teamorientierter und interdisziplinärer Zusammenarbeit • Hohe Sozialkompetenz, Teamfähigkeit, Flexibilität und Freude am selbständigen Arbeiten • Geübter Umgang mit digitalen Arbeitsmitteln. Ihr Gewinn: • Herzliche und Leidenschaftliche Arbeitsatmosphäre • Aktive Mitgestaltung der Praxis • Mitwirkung bei der Abdeckung unverzichtbarer medizinischer Leistungen • Höchste Wertschätzung sowie die Basis sich fachlich und persönlich weiterzubilden • Hohe Work Life Balance • Internationales wie einheimisches Patientengut • Sehr

gute Verdienstmöglichkeiten • Und vieles mehr... Mehr über die Dermis Hautklinik und das Praxisteam erfahren Sie auf unserer Website. Fühlen Sie sich angesprochen? Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung per E-Mail an [burch@dermis-hautklinik.ch](mailto:burch@dermis-hautklinik.ch).

**LU – Fachärztin/Facharzt Endokrinologie/Diabetologie** – Für meine zentral in Luzern gelegene, frisch renovierte und gut laufende Praxis für Endokrinologie und Diabetologie suche ich Unterstützung. Es erwartet Sie eine abwechslungsreiche Tätigkeit mit einem breiten Spektrum an Patienten. Ich biete flexible Anstellungsbedingungen, das Arbeitspensum sollte mindestens 40% betragen. Mehr Informationen zur Stelle erhalten Sie telefonisch (Tel. 041 410 73 71) oder per E-Mail ([schwandenpraxis@hin.ch](mailto:schwandenpraxis@hin.ch)).

**LU – Facharzt Allgemeine Innere Medizin (m/w/d) 60–100% für unsere Gruppenpraxen in Luzern** – Sie wollen 100% Medizin? Dafür stehen wir. Als Hausarzt/-ärztin bei Sanacare betreuen Sie Ihre Patienten ganzheitlich, arbeiten in interprofessionellen Teams und entscheiden ganz im Sinne einer optimalen medizinischen Versorgung. Nun suchen unsere motivierten Teams in Luzern Sie als Arzt/Ärztin mit Facharzt/Fachärztin 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)).

**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 Patientensystem, einem topmotivierten/eingespielten 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-thalman.ch](mailto:info@hausarztpraxis-thalman.ch). Unter Tel. 078 793 49 88 beantworten wir gerne allfällige Fragen.

**SG – Fach- oder Assistenzarzt/-ärztin 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 Facharzt/Fachärztin 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 Bieffer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 224 08 00, E-Mail: [christiane.bieffer@sanacare.ch](mailto:christiane.bieffer@sanacare.ch)) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

**SG – Ärztin/Arzt für Allgemeine Innere Medizin, Praktischer Arzt in St. Gallen** – Für unsere ärztlich geleitete, modern eingerichtete Praxismgemeinschaft 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.

**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 Frühherbst 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).

**SO – Mitarbeit in orthopädischer und traumatologischer Praxis** – Zentral in Solothurn in unmittelbarer Nähe zur Privatklinik Obach suche ich Unterstützung in meiner orthopädischen und traumatologischen Praxis. Gesucht wird Hilfe bei der Sprechstunde und Assistenz im OP. Es besteht die Möglichkeit einer Anstellung oder der Aufbau einer eigenen Selbstständigkeit. Operationen bei Belegarztstätigkeit möglich. E-Mail: [alex.fischer@ortho-praxis-fischer.ch](mailto:alex.fischer@ortho-praxis-fischer.ch), Tel. 076 594 44 68.

**SO – Facharzt (m/f) Allgemeine Innere Medizin 80–100% für Hausärztegruppenpraxis in Solothurn** – Für einen unseren 5 Fachärzte in einer langjährigen, gut etablierten Gruppenpraxis (Ärzte-eigene AG) im Zentrum von Solothurn suchen wir nach Absprache eine/n Nachfolger/in: breiter Patientenstamm, voll digitalisiert (Labor, EKG, Ultraschall, Röntgen), eingespieltes erfahrenes Team, Notfalldienst in Spitalpraxis, hohe Lebensqualität. Sehr gute Anstellungsbedingungen, Wechsel zu Miteigentum erwünscht. Bewerbungen bitte an E-Mail: [gruppenpraxis.westbahnhof@hin.ch](mailto:gruppenpraxis.westbahnhof@hin.ch). Auskunft R. Schoenenberger, Tel. 077 487 30 23.

**SO – Psychiater/in gesucht** – Wir suchen ab 1. Juli 2024 oder nach Vereinbarung eine/n Fachkollegin/-en mit abgeschlossener Facharztusbildung 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 Amthauplatzes 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 Facharztstitel 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 – 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 – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin 60–100%** – Wir suchen eine/n Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin für unsere erfolgreiche Praxis am Bahnhof in Zug. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten 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 – 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 Fachärzten/-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 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 Team-

arbeit 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/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 – 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 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)).

**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



## FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

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 – Facharzt/-ärztin Gynäkologie

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

### ZH – FMH Rheumatologie - Praxisübergabe

Wir bieten die einzigartige Gelegenheit, an unserem erstklassigen Standort in Zürich als Rheumatologe tätig 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 – Facharzt/-ärztin für Allgemeine Innere Medizin (40–80%) und Facharzt/-ärztin für Gynäkologie (30–60%)

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

– Wir sind eine neue Permanence (Walk-In) für Allgemeinmedizin und einem angehenden Orthopäden/Traumathologen. 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).

### Assistentenstellen Postes d'assistants Posti per medici assistenti

### ZH – Assistenzarzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin (alle) 60–80% für Gruppenpraxis in Zürich Stadelhofen

– Die Hausarztmedizin fasziniert Sie? Holen Sie sich das praktische Rüstzeug für Ihre Karriere mit einer Praxisassistenz von Januar 2025 bis August 2025. 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 Zürich Stadelhofen Sie als Assistenzarzt/-ärztin 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. Karin Oberbörsch, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 261 00 04, E-Mail: [karin.oberboersch@sanacare.ch](mailto:karin.oberboersch@sanacare.ch)) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: [personal@sanacare.ch](mailto:personal@sanacare.ch)).

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



«Kann ich beim Verkauf meiner Praxis heute noch mit einer Goodwill-Leistung rechnen?»

Ja, denn ein Praxisnachfolger profitiert von den durch Sie erarbeiteten immateriellen Werten, wie z.B. dem Patientenstamm oder der Lage. Im Rahmen einer Praxisbewertung ermittelt die FMH Services den Inventarwert und den Goodwill Ihrer Praxis.

«Lors de la vente de mon cabinet, puis-je encore compter sur la valeur du goodwill?»

Oui c'est souvent le cas, car votre successeur pourra bénéficier des valeurs immatérielles que vous avez créées telles que la clientèle ou l'emplacement. Grâce à l'estimation de votre cabinet, FMH Services pourra déterminer le goodwill et la valeur d'inventaire.



*Wir sind für Sie da!  
Nous sommes là pour vous!  
Olivier Dousse*

## 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](mailto:mail@fmhconsulting.ch)  
[www.fmhconsulting.ch](http://www.fmhconsulting.ch)



# Seminare / Séminaires / Seminari

## Praxiseröffnung/-übernahme

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

### Themen

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

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

**Bern, Hotel Bern**

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

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

## Praxisübergabe/-aufgabe

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

### Themen

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

**K07**, Donnerstag, 23. Mai 2024, 16.00 – 20.30 Uhr,

**St. Gallen, Hotel Einstein**

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

**Bern, Hotel Bern**

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

## Praxissoftware-Workshop

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

### Themen

- **Anforderungen an ein Praxisinformationssystem** (Einführung)

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

**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**

## 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, les financements, comptabilité, fiscalité, TVA)
- **Lieu d'implantation & aménagement** (implantation, projet et concept d'aménagement, choix du mobilier et des matériaux)
- **Estimation d'un cabinet** (processus d'une estimation, inventaire et goodwill, recommandations)
- **Administration d'un cabinet médical** (gestion d'un cabinet, facturation)
- **Assurances** (questions d'assurances et de prévoyance)

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

**Genève, Hôtel Royal**

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

**Lausanne, Hôtel Alpha Palmiers**

**K23**, Jeudi 14 novembre 2024, 09h00 – 17h30,

**Genève, Crowne Plaza**

## 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 de 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**

## Atelier consacré au logiciel de gestion du cabinet médical

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

### Contenu

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

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

**Lausanne, Hôtel Aquatis**

## Apertura e rilevamento di uno studio medico

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

### Contenuto

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

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

**Chiasso FMH Services (Consulting)**

Anmeldung/  
Inscription/  
Registrazione

www.fmhservices.ch



## FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

### Seminarsponsoren / Sponsors de séminaires 2024

Die Unterstützung durch verschiedene Sponsoren ermöglicht es der FMH Consulting Services AG, ihre Seminarreihen für FMH Services Mitglieder mehrheitlich kostenlos oder zu günstigen Konditionen anzubieten. Gerne stellen wir Ihnen diese Firmen in einem Kurzporträt vor: Le soutien de différents sponsors permet à FMH Consulting Services AG d'offrir ses séminaires aux membres de FMH Services pour la plupart gratuitement ou à des conditions favorables. Nous avons le plaisir de vous présenter ces entreprises dans un bref portrait:



Invenimus Medizinische Laboratorien AG  
Industriestrasse 30, 8302 Kloten  
Tel. 044 800 10 20, Fax 044 800 10 29  
info[at]invenimus.ch  
www.invenimus.ch

#### Invenimus – Begeistert für Analytik

Wir sind ein Schweizer Unternehmen, welches massgeschneiderte, persönliche Labordienstleistungen von höchster Qualität für Ärzte und Privatpersonen anbietet. Invenimus, lateinisch «wir entdecken», steht für unsere Begeisterung an der Laboranalytik. Bei uns wird Qualität, Präzision und grosses Fachwissen mit kurzer Reaktionszeit verbunden. Dabei kombinieren wir das neuste aus Wissenschaft und Technik mit einem engagierten Team. Es ist uns wichtig, dass das Gesundheitssystem ganzheitlich betrachtet wird. Eine Erfolgsstory für den Patienten wird es nur dann, wenn sämtliche Akteure Hand in Hand arbeiten und so für den Patienten Mehrwert kreieren. Diesen Anforderungen verpflichtet sich das Labor Invenimus. Für Ihre Fragen nehmen wir uns gerne Zeit, wir sind Ihr persönlicher, individueller Unterstützungspartner rund um Labordienstleistungen.



Analytica Medizinische Laboratorien AG  
Falkenstrasse 14, 8024 Zürich  
Tel. 044 250 50 50, Fax 044 250 50 51  
info[at]analytica.ch  
www.analytica.ch

#### Werte. Verbinden.

Sehr geehrte Frau Kollega, sehr geehrter Herr Kollege  
Die ANALYTICA MEDIZINISCHE LABORATORIEN AG ist ein **seit 1957 unabhängiges, Schweizer Familienunternehmen**, das generationenübergreifend von der Familie Isler getragen wird. Als Familienbetrieb sehen wir uns in der Pflicht, eine umfassende Labordiagnostik zu garantieren und unternehmerische Verantwortung gegenüber Menschen und Umwelt zu tragen. Mit über 300 engagierten und kompetenten Mitarbeitenden stellen wir unseren Unternehmenserfolg **nachhaltig sicher**. Begleitet von BMA, Naturwissenschaftlern und Medizinern, bieten wir ein breites Analysenspektrum in allen medizinischen Fachbereichen an. Wir sind Ihr verlässlicher Partner und unterstützen Sie mit einem umfangreichen **individuellen Angebot, persönlichen Dienstleistungen**, sowie einem etablierten und innovativen digitalen Service.  
Dr. med. Peter Isler



Dianalabs SA  
Rue de la Colline 6, 1205 Genève  
Tél. 022 807 12 40, Fax 022 807 12 44  
infodiana[at]dianalabs.ch  
www.dianalabs.ch

#### Dianalabs, avant d'être une entreprise, est une association humaine de compétences pour garantir le meilleur suivi biologique des patients et offrir l'outil le plus adapté au corps médical.

Dianalabs, laboratoire d'analyses médicales genevois, créé en 1988, offre une gamme complète d'analyses médicales pour couvrir tous les besoins de la médecine ambulatoire et hospitalière.

Dianalabs, au travers de ses publications et présentations, a été reconnu internationalement pour la qualité de son dépistage des maladies infectieuses. Dianalabs s'est distingué particulièrement en sérologie dans le suivi de la grossesse et dans l'univers de la microbiologie.

Dianalabs est membre du réseau suisse de laboratoires régionaux Medisupport.



Schmid Mogelsberg AG  
Sonnmattstrasse 1, 9122 Mogelsberg  
Tel. 071 375 60 80, Fax 071 375 60 81  
info[at]schmid-mogelsberg.ch  
www.schmid-mogelsberg.ch

#### Ärztedrucksachen – 80 Jahre im Dienste der Ärzte

Seit 80 Jahren pflegen wir die Kunst des Details. Deshalb vertrauen uns im Bereich Mediprint über 9000 Ärzte in der ganzen Schweiz. Qualität, Perfektion und Vertrauensbildung sind für uns ebenso ausschlaggebend wie für Sie als Kunde. Nehmen Sie unsere sorgfältige Beratung oder unsere Druckmusterkollektion in Anspruch. Anruf genügt.



Schweizerische Ärzte-Krankenkasse  
Oberer Graben 37, 9001 St. Gallen  
Tel. 071 227 18 18, Fax 071 227 18 28  
info[at]saekk.ch  
www.saekk.ch

#### Die richtige Adresse für Erwerbsausfalldeckungen, Kollektivkrankenkasse und Versicherungsplanung.

Mit mehr als 120 Jahren Erfahrung kennt unsere Organisation auch heute die Bedürfnisse der Ärztinnen und Ärzte. Sie bietet entsprechend durchdachte und kostengünstige Lösungen an, sowohl für Praxiseröffner/-innen wie auch für selbstständige und angestellte Ärztinnen und Ärzte.



archiv suisse AG  
KG-archiv suisse  
Bernstrasse 23, 3122 Kehrsatz  
Tel. 031 960 10 70, Fax 031 960 10 71  
kg[at]archiv suisse.ch  
www.archiv suisse.ch

KG-archiv suisse bietet in Zusammenarbeit mit FMH Services datenschutzkonforme Systeme, um Ärzten/-innen die Archivierung der Krankengeschichten gemäss Standesregeln abzunehmen.

Wir übernehmen sämtliche Archivaufgaben nach der Praxisaufgabe. Wir bieten mit Scanning on demand eine einfache und kostengünstige Lösung bei der Umstellung von der physischen zur digitalen Krankengeschichte an.

Das Krankengeschichten-Archiv ist eine spezifische Dienstleistung der archiv suisse AG. Die sehr sensiblen Patientendaten verlangen nach einem sorgfältigen, fachgerechten und datenschutzkonformen Handling. Entsprechend zertifiziertes Fachpersonal erfüllt diese Aufgabe gemäss den ISO-Normen 9001/2008, Goodpriv@cy + VDSZ Datenmanagement.



MEIERZOSSO PLANUNGS AG  
Eschenstrasse 10, 8603 Schwerzenbach  
Tel. 044 806 40 80  
planung[at]meierzosso.ch  
www.meierzosso.ch

Seit 1978 planen und bauen wir Arztpraxen. Motivierte und bestens ausgebildete Planer und Innenarchitekten beraten und begleiten Sie in jeder Projektphase, kümmern sich um Ausführung, Termine und überwachen die Kosten.

Für unsere Kunden haben wir unter unterschiedlichsten räumlichen und finanziellen Voraussetzungen immer wieder innovative Lösungen entwickelt. Heute sind uns die medizinischen Einrichtungen ebenso vertraut wie die Arbeitsprozesse in Spitälern, Arzt-, Zahnarzt- und Radiologiepraxen, sowie OP-Zentren. Auch wissen wir, welche Normen, Vorschriften und Richtlinien zu beachten sind, und haben diese bei der Planung stets im Blick. Bei aller Technik muss uns das Ergebnis immer auch ästhetisch überzeugen.

Die besten Ergebnisse werden gemeinsam erzielt. Wir halten uns an unsere Aussagen zu Kosten, Terminen und Zielen. Sie können sich voll und ganz auf uns verlassen.



Zürcher Kantonalbank  
Ärztedesk / 00F82, Firmenkunden Zürich-City  
Bahnhofstrasse 9, 8001 Zürich  
Tel. 044 292 63 46  
aerzte[at]zkb.ch  
www.zkb.ch

#### Der Ärztedesk der Zürcher Kantonalbank

Wir beraten und betreuen Sie als selbstständige Ärztin und selbstständiger Arzt in allen Fragen rund um Ihre unternehmerischen und privaten Finanzbedürfnisse. Unser Ärztedesk der ZKB kennt die besonderen Anforderungen und unterstützt Sie gerne in der Umsetzung Ihrer Wünsche und Ziele.

**Ärzte-/Praxisfinanzierungen**

Massgeschneiderte Finanzierungslösungen für die Gründung, die Übernahme oder den Umbau einer bestehenden Praxis.

**Für Sie persönlich**

Professionelle Begleitung in allen privaten Finanzthemen. Sei es zum Beispiel bei der Realisierung Ihrer privaten Immobilienprojekte, Anlage-, Vorsorge- oder Nachfolgebedürfnisse.



Unilabs SA  
Chemin des Perrières 2, 1296 Coppet  
Tel. 022 716 20 00, Fax 022 716 20 22  
www.unilabs.ch

Révéler les secrets des cellules: voilà la mission assignée à nos experts lors des 40 000 analyses médicales que nous effectuons quotidiennement.

Unilabs mobilise toutes les compétences de près de 700 professionnels en Suisse, dont 60 spécialistes scientifiques et académiques, pour vous aider à affiner votre diagnostic. Ainsi, vous pouvez prendre la meilleure décision pour chacun de vos patients.

Unilabs est l'un des plus importants réseaux de laboratoires et de centres de prélèvements, une gamme de plus de 2500 tests, de la routine aux spécialités, dont plus de 99% sont réalisées dans nos laboratoires en Suisse.



Dr. Risch AG  
Waldeggstrasse 37, 3097 Bern-Liebelfeld  
Tel. 058 523 34 49  
www.risch.ch

Die Dr. Risch-Gruppe gehört mit rund 650 Mitarbeitenden zu den führenden Dienstleistern der Labormedizin in der Schweiz und in Liechtenstein. Sie bietet ein exzellentes Analysen- und Dienstleistungsspektrum, das sämtliche Bereiche der modernen Labormedizin abdeckt. Mit ihren 24 Standorten und bewährten digitalen Services stellt die Gruppe rund um die Uhr eine zuverlässige, regionale Laborversorgung für Kliniken, Ärztinnen und Ärzte, Arztpraxen sowie weitere Akteure aus dem Gesundheitswesen sicher. Das 1970 von Dr. Gert Risch gegründete Unternehmen ist eines der wenigen führenden medizinischen Labore, das bis heute als Familienunternehmen von Ärzten geleitet wird. 2011 übernahmen Prof. Dr. med. Lorenz Risch und Dr. med. Martin Risch in zweiter Generation die Leitung der Dr. Risch-Gruppe.



amétiq ag  
Bahnhofstrasse 1, 8808 Pfäffikon  
Tel. 055 420 46 00  
kontakt[at]ameti.com  
www.ameti.com

**Mit amétiq siMed haben Sie wieder Zeit für die Dinge, die Sie lieben.**

amétiq siMed ist die cloudbasierte Praxissoftware für nergelassene Ärztinnen und Ärzte – mit über 6000 Benut-

zern auf Windows und Mac. Unsere Praxissoftware ist die fortschrittlichste und umfangreichste Lösung für Ihr Fachgebiet. amétiq siMed besticht durch eine intuitive Benutzeroberfläche und ein unvergleichbares Benutzererlebnis. Die sichere amétiq Private Cloud vernetzt Ihre Praxis nahtlos im medizinischen Ökosystem. Mit unseren Partnern bieten wir einen aktiven und professionellen Service und aktualisieren und überwachen Ihre Systeme.

**Unser Herz schlägt für Sie.****Innovativ und unabhängig.**

Wir sind ein hochspezialisiertes Schweizer KMU und fühlen seit 2003 den Puls des Geschehens. Ein partnerschaftlicher Umgang mit Kunden und unsere Unabhängigkeit sind uns besonders wichtig. Unsere 70 engagierten Mitarbeitenden bewegen etwas und bringen grosse Erfahrung aus der Medizinalbranche, modernster Softwareentwicklung, dem sicheren Datacenter-Betrieb und professionellem Projektmanagement mit. Als führender Schweizer Anbieter von Praxissoftware entwickeln und integrieren wir unsere Software selbst, vom Engineering bis zum Betrieb der sicheren Cloud-Infrastruktur.

It's about time.



Nidwaldner Kantonalbank  
Stansstadterstrasse 54, 6370 Stans  
Tel. 041 619 22 22  
info[at]nkb.ch  
www.nkb.ch

Seit über 30 Jahren ist die Nidwaldner Kantonalbank auf die Finanzierung von Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen in der gesamten Deutschschweiz spezialisiert. Unsere ausgewiesenen Spezialistinnen und Spezialisten begleiten Sie kompetent von der Geschäftsidee über die Praxiseröffnung bis zu privaten Finanzanliegen.

**Ihre eigene Praxis:** Wir beraten Sie dank unserer langjährigen Erfahrung optimal beim Entscheid, sich an einer Klinik zu beteiligen, eine eigene Praxis zu gründen oder eine bestehende Praxis zu übernehmen.

**Ihre privaten Pläne:** Träumen Sie von einem Eigenheim? Wünschen Sie Anlageideen, die dazu beitragen können, Ihr Portfolio zu optimieren? Träumen Sie davon, den Ruhestand ohne finanzielle Sorgen zu geniessen? Für all diese Wünsche und Ziele stehen wir Ihnen gerne persönlich und mit individuellen Lösungen zur Seite.



Tomedo Praxissoftware AG  
Picassoplatz 4, 4052 Basel  
Tel. 077 448 75 17  
info[at]tomedo.ch  
www.tomedo.ch

tomedo® ist eine unglaublich intelligente und topmoderne Praxissoftware, welche von Ärzten für Ärzte entwickelt wurde und einen enormen Funktionsumfang für Ihre Praxis bietet. Die Software ist speziell für Apple-Hardware programmiert und funktioniert nicht nur auf Mac-Geräten, sondern auch auf iPads und iPhones absolut sicher und stabil. Erfahren Sie mit tomedo® endlich, wie es sich anfühlt, wenn sich die Software explizit auf Ihre Praxis anpasst – und warum bereits über 5000 Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und der Schweiz Ihr tomedo® nie wieder hergeben würden.

**Ihre neue Praxis-Software in der Schweiz**

Nachdem wir mit tomedo® seit 2013 den deutschen Markt erobern, nehmen wir nun auch in der Schweiz so richtig Fahrt auf. Nach mehrjähriger Entwicklungsarbeit haben wir nun auch einen Firmensitz und ein Team vor Ort.



labor team w ag  
Blumeneggstrasse 55, 9403 Goldach  
Tel. 071 844 45 45, Fax 071 844 45 46  
info[at]team-w.ch  
www.team-w.ch/de

labor team ist eines der führenden medizinischen Labore in der Schweiz mit Sitz in Goldach (SG). Es wurde im Jahr 2000 gegründet und beschäftigt heute über 400 Mitarbeitende. Das Labor bietet schweizweit professionelle Dienstleistungen zur Prävention, Diagnose, Überwachung und Behandlung von Krankheiten. Das Unternehmen deckt somit das ganze Spektrum der Labormedizin ab. Es führt die medizinischen Tests und Analysen in einem hochmodernen Zentrallabor durch, was höchste Qualität, grosse Flexibilität und eine speditive Auftragsbearbeitung ermöglicht.



Zur Rose Suisse AG  
Walzmühlestrasse 60, 8500 Frauenfeld  
Tel. 052 724 00 20  
info[at]zurrose.ch  
www.zurrose.ch

**Rundum versorgt: Alles, was Ärzte brauchen**

Zur Rose verfügt über mehr als 25 Jahre Erfahrung als Ärztégrossist und ist die führende Versandapotheke Europas.

Als partnerschaftliches Unternehmen vertreten wir die Interessen der Ärzteschaft und stehen für eine sichere, effiziente und qualitativ hochwertige pharmazeutische Versorgung ein. Dank unserer Erfahrung in der Zusammenarbeit mit über 3500 Ärztinnen und Ärzten in der ganzen Schweiz sind uns Ihre Bedürfnisse im Umgang mit Medikamenten vertraut. Wir helfen mit, dass Ihre Praxis reibungslos läuft. Damit Sie mehr Zeit für Ihre Patienten haben.



NÄHER AN DER PRAXIS

Vitodata AG  
Deisrütistrasse 10, 8472 Seuzach  
Tel. 052 320 55 55  
empfang[at]vitodata.ch  
www.vitodata.ch

**Wir stehen gerne für Ihre Praxis-IT ein, zuverlässig und engagiert**

Die Praxissoftware vitomed umfasst sowohl das Patienten- als auch das Praxismanagement und passt sich dabei Ihren individuellen Bedürfnissen an. Sie entscheiden, wie Sie Ihre elektronische Krankengeschichte gestalten und welche digitalen Abläufe in der Praxis sinnvoll genutzt werden, unabhängig des Fachgebietes. Ihre Daten sind ge-



## FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

schützt in firmeneigenen Rechenzentren und überwacht von unseren IT-Spezialisten.

### Einfach näher an der Praxis – für Sie und Ihre Patienten

Wir sind durch unsere Geschichte mit dem Praxisalltag verbunden und wollen diesen aus Überzeugung verbessern. Dabei begleiten wir Sie vom Beratungsgespräch über die Installation unserer Lösungen bis zum Support. Mit rund 130 Mitarbeitern haben Sie den richtigen Partner auf dem Weg zur digitalen Arztpraxis an Ihrer Seite. Unabhängig, kompetent und vorausschauend seit 1980.



Voicepoint AG  
Schellerstrasse 14, 8620 Wetzikon  
Tel. 044 933 39 39  
info[at]voicepoint.ch  
www.voicepoint.ch

### Ihr kompetenter Partner für optimale Dokumentenerstellungsprozesse

Sie suchen eine Lösung zur effizienten Erstellung Ihrer Befunde und Berichte? Voicepoint ist in der Schweiz der marktführende Anbieter für Spracherkennungs- und Diktatmanagement-Lösungen, professionelle Diktiersysteme und medizinischen Schreibservice. Wir begleiten unsere Kunden in dokumentationsintensiven Branchen wie im Gesundheitswesen bei der Optimierung ihrer administrativen Prozesse. Mit unseren Lösungen gewinnen Sie Zeit für die Betreuung Ihrer Patientinnen und Patienten. Mit eigener Software-Entwicklung in der Schweiz sind wir in der Lage, unsere Produkte rasch und zuverlässig auf Ihre Anforderungen und Bedürfnisse anzupassen und in Ihre administrativen oder klinischen Systeme zu integrieren. Bei der Zusammenarbeit mit uns dürfen Sie professionelle Beratung, zuverlässige Produkte, kompetenten Support und kurze Reaktionszeiten erwarten.



Post CH Kommunikation AG  
Wankdorfallee 4, 3030 Bern  
time4patient[at]post.ch  
www.post.ch/time4patient

### Time4Patient – die ICT-Lösung für Ihre Gesundheitspraxis

Der vertrauliche und sichere Transport von sensiblen, schützenswerten Daten gehört zur DNA der Post. Diese Kernkompetenz setzt sie auch für das Schweizer Gesundheitswesen ein.

Mit dem Service «Time4Patient – die ICT-Lösung für Gesundheitspraxen» bietet die Post ein Rundum-sorglos-Paket für Akteure im ambulanten Sektor. Der Service bietet eine innovative Praxissoftware mit Schnittstellen zum elektronischen Patientendossier (EPD) und zu «Cuore – die Schweizer Gesundheitsplattform». Mit «Time4Patient» sind Gesundheitspraxen immer auf dem neuesten Stand der Technik und haben die Gewissheit, dass ihre Daten sicher und zuverlässig verwaltet werden. Ein schneller Support für sämtliche ICT-Belange – auch vor Ort – steht via Single Point of Contact zur Verfügung. Die Post ist Ihre Ansprechpartnerin für sämtliche Informatik-Themen in Ihrer Praxis.



axapharm ag  
Zugerstrasse 32, 6340 Baar  
Tel. 041 766 83 83  
www.axapharm.ch

Die axapharm ist ein Schweizer Unternehmen, das sich auf den Vertrieb hochwertiger Generika, OTC- und Medizinprodukte sowie Nahrungsergänzungsmittel im Schweizer Markt spezialisiert hat. Des Weiteren ist die axapharm ein kompetenter Partner für Marketingleistungen und Aus- und Weiterbildungen für Fachpersonen. Am Sitz in Baar, Kanton Zug, beschäftigt das Unternehmen hochqualifiziertes Personal in den Bereichen Zulassung, Qualitätssicherung, Business Development, Finance sowie Marketing und Vertrieb.

Mit Fokus auf den Schweizer Markt setzt axapharm auf persönliche Ansprechpersonen sowie kurze Entscheidungswege, um den Bedürfnissen der Kunden gerecht zu werden. Die ausgeprägte Fachhandelstreu bildet das Alleinstellungsmerkmal und ermöglicht langfristige Partnerschaften. Diese dynamische Herangehensweise spiegelt das Engagement für Innovation und nachhaltiges Wachstum wider und macht die axapharm zu Ihrem Schweizer Gesundheitspartner.



LABORANALYTIK AUF DEN PUNKT.

ZetLab AG  
Forchstrasse 452, 8702 Zollikon  
Tel. 044 386 44 88  
customerservice[at]zetlab.ch  
www.zetlab.ch

### MEDIZINISCHE LABORANALYTIK AUF DEN PUNKT.

Als 24h-Privatlabor sorgen wir dank unseren zwei Laborstandorten und einem Zentrum für Blutentnahmen «Z-Point» in Zürich für schnelle und zuverlässige Resultate innerhalb kürzester Zeit. Neben modernster Labor Diagnostik auf einer Fläche von über 2500 m<sup>2</sup> in den Bereichen: Klinische Chemie, Hämatologie, Immunochemie, Gerinnung und Mikrobiologie verfügen wir über eine grosse SRK-anerkannte Blutbank. Für einen umgehenden Transport der Proben ins ZetLab steht unser kostenloser Kurierdienst zur Verfügung.

Die ZetLab AG ist eine der sechs Gesellschafter des Zentrallabors Zürich und wurde gegründet, um Privatkliniken und Spitalern, wie auch selbstständigen Ärzten und Zentren, alle Labor-Dienstleistungen aus einer Hand anbieten zu können. Ein persönlicher und vertrauensvoller Umgang mit unseren Kunden ist uns sehr wichtig.



PraxIT Solutions GmbH  
Zimmergasse 16, 8008 Zürich  
Tel. 044 500 50 75  
kontakt[at]praxit.ch  
www.praxit.ch

PraxIT, Ihr dedizierter IT-Partner für medizinische Einrichtungen, optimiert die Effizienz Ihrer Praxis oder Klinik. Entdecken Sie, wie unsere Support-Services für

Mac und Windows sich nahtlos in Ihre diagnostischen Prozesse einfügen und Ihren Arbeitsalltag durchgängig erleichtern – inklusive unserer verlässlichen Service-Garantie. Mit unserer tiefgreifenden Expertise in zahlreichen medizinischen Einrichtungen bieten wir Ihnen maßgeschneiderte, datenschutzkonforme IT-Lösungen für einen störungsfreien Betrieb. Wir übernehmen das vollständige IT-Management: von der Implementierung in Start-ups, der Modernisierung überholter Systeme bis hin zur nahtlosen Integration existierender Netzwerke. Zudem fügen wir Server-, E-Mail-, Web-Systeme, professionelle Webseiten und Online-Buchungssysteme hinzu. Unsere Mission: Sie entlasten, damit Sie sich ausschließlich auf Ihre fachliche Expertise und Ihre Patienten fokussieren können.



ENTREPRISE INFORMATIQUE AU SERVICE DES PME

assybma sàrl  
Rue de l'industrie 66, 1030 Bussigny  
Tel. 021 626 00 10  
support[at]assybma.ch  
www.assybma.ch

### L'Informatique pour cabinets médicaux

Spécialisés dans l'informatique médicale, nous sommes à même d'appliquer les mesures de sécurité dans votre cabinet ou centre de soins. Déléguez-nous la gestion de votre parc informatique ainsi que sa bonne marche! Ne perdez plus de temps, vous êtes occupés à une noble tâche: venir en aide et soigner vos patients.

- Blocage de fichiers dangereux: authentification, contrôle de l'exécution des fichiers et segmentation du réseau.
  - Suivi étroit des données: gestion des correctifs et du cycle de vie, périmètre de sécurité (niveau organisationnel et technique).
  - Backup: copies de sauvegarde hors ligne, rétablissement après un sinistre et protection de l'authentification.
- C'est notre quotidien et nous le maîtrisons pour vous!



Fondation ADMED  
Rue de l'industrie 7, 2046 Fontaines  
Tel. 032 854 35 45  
admed.administration[at]ne.ch  
www.admed.ch

La Fondation *admed*, située dans le canton de Neuchâtel, est un laboratoire de référence pour les analyses et diagnostics médicaux. *admed* est expert en chimie clinique, hématologie, immunologie, microbiologie, pathologie, et médecine transfusionnelle et offre un large spectre d'analyses. En tant que centre de référence suisse pour les maladies transmises par les tiques, il joue également un rôle essentiel dans la santé publique. Le laboratoire est accrédité selon les normes ISO/IEC 17025 et 15189, garantissant des prestations de qualité, fiables et rapides, adaptées aux besoins des professionnels de la santé et de leurs patients. *admed* est disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 et emploie plus de 200 collaborateurs répartis sur plusieurs sites. La fondation collabore avec des partenaires, publics et privés, tels que les hôpitaux, les EMS et les cabinets médicaux.

Berufliche Vorsorge

# | Einfach vorsorgen und Steuern sparen

Persönliche  
Beratung für  
Mitglieder von  
FMH Services

## Umfassende und neutrale Beratung **Steuroptimierte Vorsorge für Ärztinnen und Ärzte**

- Steuern sparen mit bewährten Vorsorgekonzepten
- Vorteile der standeseigenen Vorsorgestiftungen
- Unterstützung bei der Frage Kapital oder Rente

### INSURANCE

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



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

# «Ich bin ein Spitalbienenli»

**Auf Erfolgskurs** Es sind vier junge Menschen auf der Suche nach ihrem Platz im Leben: Im Film «Zehn Jahre» beobachtet der Regisseur Matthias von Gunten, wie sie zwischen Erfolg und Misserfolg ihre Träume verfolgen, wie sie als Individuen reifen und immer mehr zu ihrer Bestimmung finden. Eine davon ist die Medizinstudentin Lucia. Heute ist sie Ärztin, Mutter und Politikerin.

Sarah Bourdely

**E**in schallendes Lachen. Das ist das Erste, was der Zuschauer von Lucia Engeli hört. Ihr Gesicht ist halb vom Hinterkopf eines Patienten verdeckt, der im Vordergrund untersucht wird. Auf eine Frage des Oberarztes hatte er mit einer lustigen Grimasse reagiert. In der darauffolgenden Szene sieht man die junge Medizinerin, wie sie, hoch konzentriert, das Bein des Patienten anhebt und abtastet. Dabei fällt ihr eine Narbe auf. «Wurden Sie da mal operiert?», fragt sie und wendet sich dem Mann zu. «Ja, am Kreuzband», sagt der Patient. Beschwerden habe er keine. Lucia nickt. Ob es von ihnen erwartet werde, systematisch das gesamte Bein abzuscannen, möchte sie vom Oberarzt wissen. «Nein, das ist nur nötig, wenn es suggestiv ist.» Die angehende Ärztin ist beruhigt und steckt ihr Stethoskop wieder in ihren Kittel.

## Von der Geigenlehrerin zur Medizinerin

Zehn Jahre lang beobachtete der Regisseur Matthias von Gunten, wie vier junge Menschen zwischen Erfolg und Misserfolg ihre Träume verfolgen, wie sie als Individuen

reifen und immer mehr zu ihrer Bestimmung finden. Eine davon ist die Medizinstudentin Lucia. Mittlerweile ist sie Leitende Ärztin am Zentrum für Innere Medizin und Belegärztin an der Hirslanden Klinik Aarau. Als die Dreharbeiten 2011 begannen, war sie im 5. Jahr des Medizinstudiums und 28 Jahre alt. Was im Film nicht erwähnt wird: Lucia Engeli, damals noch Witzemann, hatte zunächst eine ganz andere Karriere eingeschlagen. «2005 habe ich mein Diplom als Geigenlehrerin und gleichzeitig das Grundstudium der Philosophie an der Universität Zürich abgeschlossen. In die Medizin habe ich mich erst spät getraut.»

Die Geige steht mittlerweile im Keller. Zum Spielen komme sie nur noch selten. «Wenn man mal Profi war, fällt es schwer, einfach nur zur Entspannung zu spielen.» Wenn man mit Lucia Engeli spricht, merkt man schnell, dass sie keine halben Sachen kennt. Schon als Kind war sie sehr ehrgeizig. Als Schülerin einer Steiner Schule sei das aber nicht belohnt worden. Damals habe sie ein geringes Selbstvertrauen gehabt: «Ich hatte das Gefühl, Medizin studieren heisst, nach den Sternen zu greifen.» Ihre Bedenken erwiesen sich



© Vinca Film

Lucia Engeli, damals noch Witzemann, bei einem Patientenbesuch im Film «Zehn Jahre» von Matthias von Gunten.



jedoch schnell als unbegründet. 2011 machte sie ihr Staatsexamen, 2014 schloss sie ihre Dissertation zum Thema Resilienz bei Melanompatienten ab, 2018 ihr Diplom als Fachärztin für Innere Medizin und 2019 schliesslich den Fähigkeitsausweis in Psychosomatik.

## Ein Leben ohne diesen speziellen «Groove» kann sich Lucia Engeli nicht mehr vorstellen.

### Sie hat aus Fehlern gelernt

Ganz so linear, wie es den Anschein macht, verlief ihre medizinische Karriere jedoch nicht. «Ich hatte mir in den Kopf gesetzt, Psychiaterin zu werden», sagt Lucia Engeli. Nach einem Jahr auf der Inneren Medizin wechselt sie deshalb 2013 vom Kantonsspital Aarau (KSA) an die Universitären Psychiatrischen Kliniken in Basel. Doch bald bekommt sie das Gefühl, das falsche Studium für diesen Beruf gemacht zu haben: «Ich habe mich alleingelassen gefühlt. Für psychisch kranke Menschen ist die Psychotherapie zentral. Als Ärztin ist man in diesem Bereich aber fachfremd.» Auch hier zeigt sich Lucia Engelis Ehrgeiz. Die junge Medizinerin liest viele Bücher und beginnt ein Nachdiplomstudium in Psychotherapie, um den fehlenden Stoff nachzuholen. Nach einigen Monaten fällt dennoch der Entscheid, wieder auf die Innere Medizin zurück zu wechseln. «Das KSA hatte mir im ersten Jahr Heimat geboten. Dort fühlte ich mich zuhause», begründet die Ärztin ihre Rückkehr nach Aarau.

Langweilig wird es ihr auch dort nicht. Im Film erzählt sie vom Suizidversuch einer Patientin, der sie als junge Ärztin sehr mitnimmt. Diese Situation auf der Kinoleinwand nochmal vor Augen geführt zu bekommen, hinterlässt zunächst kein gutes Gefühl bei ihr: «Beim Rohschnitt habe ich mich ein wenig erschrocken und habe mir grosse Sorgen gemacht, wie das bei den Zuschauern rüberkommt. Im Film sieht man, wie viele Fehler passieren können.» Entgegen ihrer Befürchtungen fielen die Rückmeldungen jedoch positiv aus: «Es wurde eher als Stärke angesehen, dass im Spital solche Fälle besprochen werden, und dass es ein Netz gibt, das die Fehler junger Berufsanfänger auffängt.» Mittlerweile gehöre es zu ihrem Selbstverständnis als Ärztin, eine gute Fehlerkultur zu pflegen.

Auch am Notfallzentrum der Hirslandenklinik Aarau, das Lucia Engeli seit 2023 leitet, komme es oft zu kritischen Situationen. Ein Leben ohne diesen speziellen «Groove» könne sie sich trotzdem nicht mehr vorstellen: «Ich bin halt einfach ein Spitalbienli.» Den Umgang mit der hohen Arbeitsbelastung musste sie aber erst lernen: «Man muss ganz viel geben in diesem Job. Da ist es wichtig, sich auch mal Zeit für sich selbst zu nehmen. Man sollte nicht ständig ans Limit gehen, sondern seine Grenzen klar definieren.»

### Ärztin, Mutter und Politikerin

Sie selbst ziehe vor allem Kraft aus ihrer Familie. Lucia Engeli ist Mutter einer 7-jährigen Tochter. Deren Geburt sei auch der Auslöser für ihren Wunsch gewesen, in die Politik zu gehen: «Es gibt viele Dinge, die mich pessimistisch stimmen. Die Gesundheitspolitik und vor allem die Kostenent-



Die Medizinstudentin Lucia ist eine der vier Protagonisten.

wicklung im Gesundheitswesen gehören dazu.» Aber auch die Klimakatastrophe bereite ihr Sorgen: «Das sind Themen, zu denen jetzt relevante Entscheidungen getroffen werden müssen. Als ich Mutter wurde, wollte ich meiner Tochter nicht in 20 Jahren erklären müssen, warum ich nicht mehr unternommen habe.» Seit 2016 ist die Medizinerin Mitglied der SP. Sie war Gemeinderätin in Unterentfelden, bis sie 2023 in den Aargauer Grossrat eintrat. Dort könne sie nun «auf kantonaler Ebene mitreden».

## «Man muss ein Teamplayer sein. Das gilt nicht nur fürs Spital, sondern auch für die Familie.»

Auf die Frage, wie sie all ihre Rollen unter einen Hut bringt, hat sie sofort eine Antwort parat: «Man muss ein Teamplayer sein. Das gilt nicht nur fürs Spital, sondern auch für die Familie.» Neben ihrer Mutter unterstütze sie auch ihr Mann auf ihrem Weg: «Dafür bin ich sehr dankbar.» Als Belastung sieht sie jedoch keine ihrer Aufgaben, vielmehr als Bereicherungen, aus denen sie stets neue Kraft zieht. «Ich bezeichne mich als ‘Menschenfan’. Die Begegnungen mit Personen in den unterschiedlichsten Lebenssituationen erfüllen mich jeden Tag wieder neu.»

# Wer hat Angst vorm Sensenmann?

**Arzt-Patienten-Kommunikation** Dieser Praxistipp greift eine Diskussion mit den Fachverantwortlichen für Palliativmedizin in der universitären Lehre an deutschen Universitäten auf. Sie ereignete sich vergangenes Jahr im November in München.

Wolf Langewitz

Die Diskussion drehte sich weniger um konkrete Kommunikationstechniken, die sich als hilfreich erwiesen haben in Gesprächen am Ende des Lebens [1–3], sondern um die Frage, warum Fachpersonen manchmal zurückhaltend sind, das Thema Tod und Sterben von sich aus zu thematisieren. Liegt es vielleicht daran, dass die Fachperson selbst zögert, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen? Vorschläge, wie ein solches Gespräch am besten zu führen wäre, sind nur dann sinnvoll, wenn ein solches Gespräch auch stattfindet.

Ich halte es für gut möglich, dass das Nachdenken über den eigenen Tod und letztlich über die Frage, was eigentlich nach dem Sterben mit mir passiert, eine Voraussetzung dafür ist, ehrlich und offen mit anderen Menschen über diese Fragen zu sprechen. Um dieses Nachdenken anzuregen, schlage ich vor, in Anlehnung an Hermann Schmitz die Möglichkeiten eines Lebens nach dem Tode systematisch anzuschauen [4]. Um es klar zu sagen, Antworten liefert dieses Nachdenken nicht, es bahnt aber die möglichen Gedankengänge, an denen entlang wir über diese Themen nachdenken können.

Folgende Möglichkeiten werden erörtert:

1. Mit dem Tod ist alles aus, es gibt kein Leben nach dem Tod. So ganz stimmt das allerdings nie, denn solange es jemanden gibt, der bezeugen kann, dass es mal eine Person namens Wolf Langewitz *gab*, ist zumindest die Erinnerung an diese Person 'in der Welt'; sie hat sich also nicht ganz in Rauch aufgelöst.
2. Im Tod trennt sich die Person auf in eine vergängliche Form, den zerfallenden Körper und eine Form, die weiterbesteht. In christlicher Tradition wird dieser überdauernde Anteil der Person als Seele bezeichnet, allerdings ohne dass klar wäre, wie diese Wesenheit zu beschreiben ist [5].
3. Wenn die Seele den Tod des vergänglichen Teils der Person überdauert, stellt sich die Frage, wo sie sich aufhält und in welcher Form sie dies tut. Schmitz greift auf eine Metapher von Heraklit zurück, in der die Welt zum einen durch ein ständiges Aufglühen und Verdämmern und zum anderen durch ewig währendes Feuer charakterisiert wird.

Übertragen auf das Schicksal des Menschen formuliert Schmitz: «Man kann diese Weltordnung durch das Bild eines bewegten Meeres verdeutlichen, das in der Vogelperspektive, als Ganzes überschaut, einen erhabenen Anblick bietet, während der Schwimmer sich von Welle zu Welle kämpft und schliesslich untergeht, nachdem er jüngere Schwimmer, die dasselbe Schicksal haben, in die Wellen gesetzt hat.» [6]

Eine mögliche Antwort auf die Frage nach einem Leben nach dem Tode könnte also eine Weiter-Existenz einschliessen, allerdings in erhabener Distanz zu den Widerfahrnissen des Alltags, denen die (lebenden) Schwimmer ausgesetzt sind, die sich von Welle zu Welle kämpfen. Selbstverständlich habe ich auch keine gültigen Antworten anzubieten, ich wäre aber froh, wenn dieser kleine Beitrag dazu anregt, sich über die eigenen Vorstellungen Rechenschaft abzugeben, um mutiger in Gespräche am Ende des Lebens einzutauchen.



## Literatur

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



**Wolf Langewitz**

Professor emeritus für Psychosomatik am Unispital Basel. An dieser Stelle schreibt er regelmässig über Arzt-Patienten-Kommunikation.





# Alles neu macht der Mai



**Daniel Schröpfer**  
Dr. med., CMO bei HMS  
AG, Mitglied Advisory  
Board Schweizerische  
Ärztezeitung

Die letzten Wochen waren von intensiven Arbeiten und Erlebnissen begleitet. Die Natur hat sich schon früh in Richtung Frühling entwickelt und die Osterglocken im Garten waren vor Ostern verblüht. Diese Zeit – der Übergang Winter zu Frühling – gefällt mir sehr. Die Knospen spriessen, erste Blumen blühen, der Geruch der verschiedenen Blüten lässt mich versinken ... Manche Gewächse nehmen sich eine «Ruhesaison», und ich habe das Gefühl, dass sie danach mit aller Kraft zurückkommen. Ab und zu gesellt sich das Summen einer Biene oder anderer Insekten hinzu. Vögel bauen ihre Nester und wecken mich am Morgen mit ihrem Gezwitzcher. Es erfüllt mich mit Dankbarkeit, dass ich jeden Morgen einen Blick auf die weit entfernten Gipfel der Alpen erleben darf. Die Wochenenden gehören der Erholung bei der Gartenarbeit – leider war dies in den vergangenen Jahren nicht immer so. Es war immer noch etwas von der Arbeitswoche auf- und abzarbeiten.

Die Beständigkeit und das Wiederkehrende sind auch Teil unseres Alltags. Wir werden von internen und externen Veränderungen – bewusst oder unbewusst – beeinflusst. Diese zu erkennen und zu reflektieren, wie wir damit umgehen, erscheint mir wichtig. Wie erleben wir sie als Individuum, in einer Partnerschaft, Familie und in unserer Arbeitswelt respektive Organisation? Allzu häufig vergessen wir, uns die Zeit für eine ausreichende Reflexion zu nehmen, um uns mit den Veränderungen auseinanderzusetzen. Vieles geschieht sicher unbewusst.

Der gewohnte Alltag: Ich hatte zu funktionieren und bemerkte, dass ich mir in den vergangenen Monaten nicht ausreichend Zeit genommen hatte für Reflexion, Gespräche, Austausch und Feedback. Die gewünschte Erholung, der Freiraum und auch die Kreativität wurden weniger, die Reizbarkeit nahm sicher auch in gewissen Situationen zu. Nicht zu vergessen die Vernachlässigung des Gartens! Die Unzufriedenheit aufgrund meiner Veränderung und externer Einflüsse brachte mich in eine neue Entwicklungsphase. Ich stellte mir Fragen zu meiner

Zukunft in der aktuellen Umgebung und zu meinen Interessen. Doch ich möchte Sie nicht mit meiner privaten Geschichte langweilen ...

**Allzu häufig vergessen wir, uns die Zeit für eine ausreichende Reflexion zu nehmen, um uns mit Veränderungen auseinanderzusetzen.**

Sich Zeit nehmen für die eigene Reflexion und das «In-sich Hineingehören» sind für uns, unsere – mentale – Gesundheit wichtig. Neben der eigenen Reflexion gehört für mich auch die des privaten und beruflichen Umfelds dazu. Sich eine Rückmeldung einzuholen, wie man wahrgenommen wird. Habe ich mich aus Sicht des Freundes- und Kollegenkreises verändert? Das Ausüben eines Berufes, in dem wir immerhin einen beträchtlichen Teil unseres Tages und sogar Lebens verbringen, sollte Freude bereiten und uns zum «Erblühen in unseren Aufgaben» bringen. Dieses Idealbild erreichen wir nicht jeden Tag – dessen bin ich mir bewusst.

Ich wünsche Ihnen privat und beruflich eine erfüllte Zeit mit vielen positiven Erlebnissen. Geniessen Sie den Monat Mai – den Monat der Veränderung!

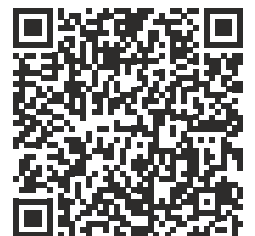


Schützen Sie Ihre Computer vor Viren, Spam und Schadsoftware – mit HIN Endpoint Security.

Mehr erfahren

Einfach sicher zusammenarbeiten im Schweizer Gesundheitswesen

[www.hin.ch/endpoint](http://www.hin.ch/endpoint)



**Laitea®**  
Lavendelöl (Silexan®)

# Laitea® 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®



Kassenzulässig

Mikrokapsel  
1x täglich

**Gekürzte Fachinformation Laitea®:** Z: 1 Kapsel enthält 80 mg Lavendelöl (Silexan®). I: Bei Ängstlichkeit und Unruhe. D: Erwachsene über 18 Jahre nehmen 1 Kapsel pro Tag ein. KI: Überempfindlichkeit gegen Lavendelöl, SS, Stillzeit, Leberinsuffizienz, Personen unter 18 Jahren und Patienten mit hereditärer Fructose-Intoleranz. UEW: Häufig: Aufstossen, Übelkeit und allergische Hautreaktionen. Selten: Kopfschmerzen. Sehr selten: Müdigkeit. IA: Keine bekannt. P: 14, 28 und 56 Kapseln. VK: D, kassenzulässig (SL) mit Limitatio siehe [www.spezialitätenliste.ch](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, Schuwald A, Noeldner M, Kasper S, Friedland K. Pharmacological Bases of the therapeutic use of Silexan (Lasea®). *Psychopharmakotherapie* 2015; 22: 3-14. 5. Heger-Mahn D1, Pabst G, Dienel A, Schläfke S, Klipping C. No interacting influence of lavender oil preparation silexan on oral contraception using an ethinyl estradiol/levonorgestrel combination. *Drugs R D.* 2014 Dec;14(4):265-72. 6. Doroshenko O, Rokitta D, Zadayan G, Klement S, Schläfke S, Dienel A, Gramatté T, Lück H, Fuhr U. Drug cocktail interaction study on the effect of the orally administered lavender oil preparation Silexan on cytochrome P450 enzymes in healthy volunteers. *Drug Metab Dispos* 2013; 41:987-993. 05/2023

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.



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