

SCHWEIZERISCHE ÄRZTEZEITUNG & SWISS MEDICAL FORUM

Ausgabe 23
5. Juni 2024



12 Kubas Ärzte-Export
Zwischen humanitärer Hilfe
und wirtschaftlichem Profit

16 **Spiritual Care**
Über die Kraft der Spiritualität
in der Schmerztherapie

28 **Urs Stoffel**
Rückblick auf zwölf Jahre
im Zentralvorstand

42 **Verkehrsmedizin**
Update zum Stufenmodell
der Fahreignungsabklärung

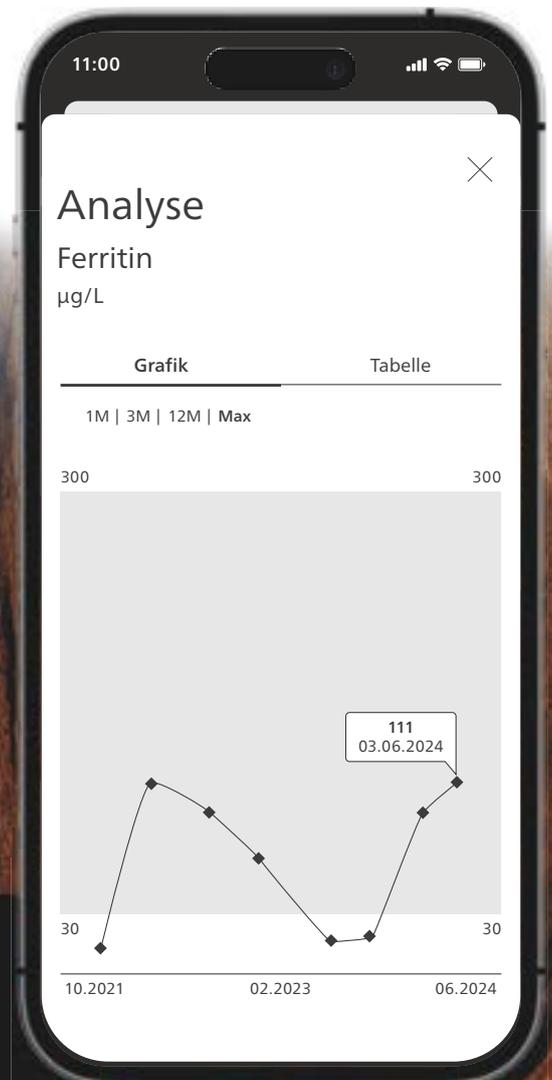
My Viollier – Die Patienten App

Kennen Sie Ihre Werte

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

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

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



Gesundheit als politisches Thema



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

Stellen Sie sich vor, Sie müssten eine Operation durchführen, es gäbe aber kein Betäubungsmittel, ja, nicht mal Handschuhe. Für uns eine Horrorvorstellung – auf Kuba oftmals Realität. Das sozialistische Gesundheitssystem der Insel ist in einem katastrophalen Zustand, schreibt Wolf-Dieter Vogel in der Coverstory ab Seite 12. Viele Medikamente sind nur noch auf dem Schwarzmarkt erhältlich. Die gut ausgebildeten kubanischen Ärztinnen und Ärzte jedoch sind ein Exportschlager. Seit den 1960er Jahren leisten sie brigadenweise Einsätze in Katastrophengebieten auf der ganzen Welt. Ein Angebot, das die Einzelnen nicht ablehnen können, denn der Staat braucht Devisen. Ist das nun «Sklavenarbeit», wie die Menschenrechtsorganisation Cuban Prisoners Defenders sagt? Oder doch immerhin eine Verbesserung des Lohnes im Vergleich zu daheim und eine Horizont-erweiterung? Einige Entsandte nutzen ihren Einsatz auch zur Emigration.

In der Schweiz fordert die Politik unter dem Druck der Bevölkerung eine umfassende Versorgung mit uneingeschränktem Zugang und höchster Qualität zu tragbaren Kosten. Sie vergisst aber dabei, dass dazu Rahmenbedingungen der Politik nötig sind, welche das Arbeitsumfeld für die Leistungserbringer möglichst attraktiv machen und Anreize setzen, welche die Versorgung sicherstellen und eine

qualitativ hochstehende medizinische Leistungserbringung mit adäquater Vergütung ermöglichen, so Urs Stoffel, FMH-Departementsverantwortlicher «Ambulante Versorgung und Tarife» im Leitartikel ab Seite 26. Der veraltete und nicht mehr sachgerechte Arzttarif TARMED soll durch ein neues ambulantes Tarifsystem ersetzt werden, das die vielfältigen und komplexen medizinischen Leistungen möglichst exakt, lückenlos und überschneidungsfrei abbildet. Der Einzelleistungstarif TARDOC liegt schon seit 2019 beim Bundesrat zur Genehmigung, das Genehmigungsgesuch für ambulante Pauschalen seit Dezember 2023. Die Politik ist nun gefordert, endlich eine Entscheidung zu fällen.

Bereits 2016 vom Bundesrat eingeführt wurde das Stufenmodell der Fahreignungsabklärung zur Harmonisierung und Qualitätssicherung der verkehrsmedizinischen Untersuchungen im Auftrag der Strassenverkehrsämter. Ärztinnen und Ärzte haben die Möglichkeit, sich auf vier Qualifikationsstufen die Kompetenzen anzueignen, die sie dazu befähigen, die sichere Teilnahme am Strassenverkehr unterschiedlicher Personengruppen zu bescheinigen. Erfahren Sie mehr dazu im Medizinischen Schlaglicht des Swiss Medical Forums von Kristina Keller et al. ab Seite 42.

Anzeige



EVENTS
Swiss Health Web

Wissen, was wo passiert!

- Kongresse
- Seminare
- Fort- und Weiterbildungen

Alles auf einen Blick.
Überzeugen Sie sich selbst.

events.emh.ch



Laitea[®]
Lavendelöl (Silexan[®])

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

Einziges
pflanzliches
Anxiolytikum
in der SL³

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



Kassenzulässig

Mikrokapsel
1x täglich

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

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

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.



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

Im Fokus



12

Kuba für den Rest der Welt

Kuba Allein während der Pandemie entsandte der Inselstaat medizinische Fachkräfte in 39 Länder. Diese Entsendungen sind nicht nur Ausdruck humanitärer Hilfe, sondern auch wirtschaftlich bedeutend für das Land, das dadurch jährlich Milliarden US-Dollar einnimmt. Die Einsätze sind jedoch umstritten, wie Autor Wolf-Dieter Vogel feststellt.

Wolf-Dieter Vogel



16

Schmerz und Spiritualität

Spiritual Care Eine moderne Therapie chronischer Schmerzen umfasst nicht nur körperliche, sondern auch psychologische und soziale Aspekte. Fachleute plädieren dafür, vermehrt spirituelle Überzeugungen und Praktiken der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Simon Koechlin



64

Ein Wettlauf um die Zeit

Digitalisierung Trotz umfassender Digitalisierung in vielen Lebensbereichen hinkt der Gesundheitssektor hinterher. Während Banken und Reiseunternehmen die Effizienz durch digitale Lösungen steigern, kämpft die medizinische Versorgung mit ungenutztem Potenzial. Kosten- und Zeiteinsparungen durch Digitalisierung sind unabdingbar, erklärt Jörg Goldhahn.

Jörg Goldhahn

Anzeige



KUNSTDRUCKE
EMH Schweizerischer Ärzteverlag

Paul Klee und
August Macke –
Kunstdrucke



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

Inhaltsverzeichnis

3	Editorial von Magdalena Mühlemann Gesundheit als politisches Thema	28	FMH Aktuell Zwölf Jahre im Zentralvorstand – ein Rückblick
8 REDAKTIONELLE INHALTE		33	FMH Aktuell Das Label «responsible practice FMH»
8	News	35	Personalien
8	Auf den Punkt Für die Chefinnen von morgen	36	ORGANISATIONEN
12	Coverstory Kuba für den Rest der Welt	36	Kantonsspital Graubünden Zwei Kantone, zwei Standorte, ein Spital
16	Hintergrund Schmerz und Spiritualität	39	SWISS MEDICAL FORUM
21	Forum Passende Wirtschaftstheorie für das Gesundheitswesen gesucht	40	Weekly Briefing von Lars C. Huber et Martin Krause
22	Mitteilungen	42	Medizinisches Schlaglicht Update zum Stufenmodell der Fahreignungsabklärung
62	Wissen Hol den Embolus	46	Was ist Ihre Diagnose? Wenn die Diagnose nicht ins Auge springt
64	Praxistipp Ein Wettlauf um die Zeit	50	Der besondere Fall Francisella-tularensis-Meningoenzephalitis
66	Zu guter Letzt von Jean Martin Das Klima vor Gericht	54	Forum Briefe an die Redaktion
25	FMH	55	SERVICES
26	Leitartikel des Zentralvorstandes Welche Erwartungen muss ein ambulantes Tarifsystem erfüllen?	55	Stellenmarkt
		58	FMH Services
		67	Seminare und Veranstaltungen

Impressum

Schweizerische Ärztezeitung

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

Redaktion: Rahel Gutmann, Lucas Vallois, Sarah Bourdely, Laura Jovanovic, Bahador Saberi, Christelle Grisnaux, Anja Kemmer (Redaktionsassistentin), Dominique Fischer (Schwerpunktredaktion).
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.saez.ch

ISSN: **Printversion:** 0036-7486 / **elektronische Ausgabe:** 1424-4004. Erscheint jeden Mittwoch

© FMH Die Schweizerische Ärztezeitung ist eine Open-Access-Publikation. Auf der Basis der Creative-Commons-Lizenz CC BY-NC-ND 4.0 «Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 international» haben Nutzerinnen und Nutzer das Recht, das Werk zu vervielfältigen, zu verbreiten und öffentlich zugänglich zu machen. Der Name der Verfasserin / des Verfassers ist in jedem Fall klar auszuweisen. Die kommerzielle Nutzung ist nur mit ausdrücklicher vorgängiger Erlaubnis von EMH und auf der Basis einer schriftlichen Vereinbarung zulässig.

Swiss Medical Forum – Schweizerisches Medizin-Forum

Das Swiss Medical Forum ist das offizielle Weiter- und Fortbildungsorgan der FMH und eine offizielle Weiter- und Fortbildungszeitschrift der SGAIM. Es ist Mitglied des «Committee on Publication Ethics» (COPE) und ist gelistet im «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), womit es die Vorgabe des SIWF an eine Zeitschrift mit Peer-Review erfüllt.
Kontakt: Tel. +41 61 467 85 58, office@medicalforum.ch, www.medicalforum.ch. Manuskripteinreichung online: www.manuscriptmanager.net/smf

Wissenschaftliche Redaktion: Prof. Dr. med. Nicolas Rodondi, Bern (Chefredaktor); Prof. Dr. med. Martin Krause, Müllheim (Stellvertretender Chefredaktor); PD Dr. med. Carole Elodie Aubert, Bern; Prof. Dr. med. Stefano Bassetti, Basel; Prof. Dr. med. Idris Guessous, Genf; Prof. Dr. med. Lars C. Huber, Zürich; Prof. Dr. med. Gérard Waeber, Lausanne; Prof. Dr. med. et phil. Maria M. Werli, Baden.
Die Mitglieder des Advisory Boards finden Sie online unter www.medicalforum.ch

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

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

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

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

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

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

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

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

Andere Abonnemente: EMH Kundenservice, abo@emh.ch, +41 61 467 85 45

Hinweis: Die angegebenen Dosierungen, Indikationen und Applikationsformen, vor allem von Neuzulassungen, sollten in jedem Fall mit den Fachinformationen der verwendeten Medikamente verglichen werden.

Gestaltungskonzept: Agentur Guido Von Deschwanden

Druck: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruk.ch

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

BAUCHGEFÜHL UND KOPFSACHE?

Psychosomatik:
Sowohl-als-auch!



Scanne diesen Code
ein, um auf unsere Seite
zu gelangen und melde
dich noch heute an.
Wir freuen uns auf dich!

Das Verständnis der komplexen
Körper-Psyche-Interaktion ist Kern der
Psychosomatik und erfordert
spezifische Kompetenzen.

In unserem Zertifikatsstudiengang
vermitteln wir klinisch tätigen Ärzt:innen
jeder Fachrichtung Grundlagen der
psychosomatischen und psychosozialen
Medizin. Gemeinsam erarbeiten wir
Fertigkeiten der Gesprächsführung und
reflektieren die Beziehung zwischen
Patient:innen und Ärzt:innen.

Mehr Informationen zum nächsten
Studiengang: www.ihm-institut.ch



Die Gründungsmitglieder der Chefärztinnen-Vereinigung.

Auf den Punkt

Für die Chefinnen von morgen

Chefärztinnen-Vereinigung Maki Kashiwagi und Daniela Zeller haben die Gründung der Chefärztinnen-Vereinigung (Cmws) in die Wege geleitet. Die neue Sektion von Medical Women Switzerland (mws) hat das Ziel, die Chefärztinnen in ihren Positionen zu stärken. Die Vereinigung baut auf gegenseitige Vernetzung, Gleichstellung und Karrieremöglichkeiten.

Interview: Dominique Fischer

Die mws-Veranstaltungsreihe «Wie werde ich eigentlich Chefärztin», die Sie initiierten, war der Gründung der Cmws vorausgegangen. Warum braucht es solche Veranstaltungen?

Maki Kashiwagi: Wir wollen in dieser Reihe zeigen, dass es unter den Chefärztinnen völlig verschiedene Persönlichkeiten gibt, damit jede der Teilnehmerinnen ein «Role Model» finden kann. Wir zeigen, dass es keinen vordefinierten Weg gibt, um das Ziel «Chefärztin» zu erreichen, der Wille und die Leidenschaft für das Berufliche vorausgesetzt. Wir können auf diese Weise ermutigen, auch dieses Ziel ins Auge zu fassen.

Wie sieht so eine Veranstaltung aus?

Maki Kashiwagi: In einer Art Sofa-Gespräch referieren die Chefärztinnen nicht, sondern erzählen nahbar über ihren

Werdegang. Sie sprechen frei über Stolpersteine und was sie daraus gelernt haben. Es geht darum, wertvolle Erfahrungen weiterzugeben. Wir möchten, dass die Teilnehmerinnen sich inspirieren lassen.

Daniela Zeller: Die Teilnehmerinnen erfahren, worauf es diesen Frauen ankommt. Und es geht darum, Barrieren abzubauen, an diesen Abenden darf alles gefragt werden.

Es scheint also, dass es wichtig ist, verschiedene Vorbilder zu zeigen. Denken Sie, dass es auch darum geht, eine Art Normalität zu schaffen?

Maki Kashiwagi: Absolut. Gemäss FMH-Statistik sind circa 18% der Chefpositionen von Frauen besetzt. Chefärztin werden ist also gar nicht normal. Wir möchten durch Veranstaltungen wie diese einen Beitrag zur Normalisierung leisten.

Frau Zeller, Sie sind Fachärztin Chirurgie, einer Männerdomäne. Was hat sich in der Ausbildung und der Karriere von Frauen in der Medizin verändert?

Daniela Zeller: Früher war es ungewöhnlich, dass Frauen Fachrichtungen mit chirurgischem Schwerpunkt wählten, es wurde empfohlen, Fächer wie Hausarztmedizin oder Pädiatrie zu wählen, da diese als «frauenfreundlicher» galten. Heute gibt es mehr Frauen in der Chirurgie, und sie steigen in leitende Positionen auf. Es hat sich einiges verändert, aber es gibt immer noch viel zu tun.

Glauben Sie, dass Frauen eine andere Förderung benötigen als Männer?

Daniela Zeller: Ja, ich glaube, dass Frauen oft aufgrund der jahrhundertelangen Sozialisierung weniger Selbstvertrauen haben und deshalb gezielt gefördert werden sollten. Persönlich setze ich mich sehr bewusst für die Förderung von Frauen ein, weil ich weiss, wie es sich anfühlt, in einer Männerdomäne zu arbeiten.

Was kann die Ärzteschaft tun, um Chefärztinnen zu fördern?

Maki Kashiwagi: Sie könnte sich dafür einsetzen, dass die Lohnverteilung und die Besetzung der Top-Positionen transparenter erfolgen. Männer und Frauen sollten von leitender Ebene gleichermassen gefördert werden. Ausserdem braucht es mehr sichtbare Vorbilder, die dem weiblichen Nachwuchs zeigen, dass eine Chefinnenposition in Reichweite ist.

Seit der Gründung der Sektion Chefärztinnen ist nun knapp ein Monat vergangen. Welche Erfolge haben Sie erzielt?

Maki Kashiwagi: Wir haben mit positiven Rückmeldungen Aufmerksamkeit für die Cmws, aber auch allgemein für die mws geschaffen. Heute interviewen Sie uns. Ausserdem haben wir rund 200 Follower auf unseren Social-Media-Kanälen gewonnen. Für die Cmws geht es jetzt erst richtig los.

Was wünschen Sie sich für Zukunft der Chefärztinnen-Vereinigung? Haben Sie bestimmte Projekte offen?

Daniela Zeller: Dass die Cmws standespolitisch und in der Öffentlichkeit eine wichtige Stimme wird und die Chefärztinnen durch den Zusammenschluss gestärkt werden.



Dr. med. Maki Kashiwagi

Selbstständige Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, gynosen AG, Co-Präsidentin mws



Dr. med. Daniela Zeller

Selbstständige Fachärztin für Chirurgie, Zeller-Chirurgie, Co-Präsidentin mws

Persönlich

IBRA wählt neuen Präsidenten



Prof. Dr. med. Victor Valderrabano

Swiss OrthoCenter Prof. Dr. med. Victor Valderrabano ist zum neuen Präsidenten der International Bone Research Association (IBRA) gewählt worden. Er leitet seit 2015 das Swiss OrthoCenter der Schmerzlinik Basel. Valderrabanos Fachgebiete umfassen rekonstruktive Chirurgie, Sportorthopädie, Arthrochirurgie der unteren Extremitäten sowie Fuss- und Sprunggelenkschirurgie, wie es in einer Mitteilung der IBRA heisst. Seine Wahl zum Präsidenten der IBRA sei «eine Anerkennung seiner herausragenden Beiträge zur Orthopädie und Traumatologie». Valderrabano studierte Humanmedizin an der Universität Zürich, wo er seinen Dokortitel in Medizin erwarb, und erlangte später einen zweiten Dokortitel in Biomechanik und Arthroreseforschung an der Universität Calgary (CA). Seine orthopädische Ausbildung absolvierte er in Davos, Basel und Calgary. 2009 wurde er zum ordentlichen Professor für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Universität Basel ernannt. Von 2009 bis 2014 war er Vorsitzender der Orthopädischen Abteilung des Universitätsspitals Basel. Aktuell ist er Präsident der Forschungsförderung der European Foot & Ankle Society (EFAS).

Uni Basel ernennt neue Professorin



Prof. Dr. med. Nina Khanna Gremmelmaier

UNIBAS Prof. Dr. med. Nina Khanna Gremmelmaier wird Klinische Professorin für Infektiologie mit Schwerpunkt Bakterielle Infektionen an der Medizinischen Fakultät der Universität Basel. Damit verbunden ist die Ernennung zur Chefärztin Infektiologie am Universitätsspital Basel (USB). Khanna wird ihr Amt zum 1. Juni 2024 antreten und die Klinik gemeinsam mit Prof. Dr. med. Sarah Tschudin Sutter leiten. Nina Khanna Gremmelmaier ist Titularprofessorin, Leitende Ärztin in der Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene am USB und seit 2013 Forschungsgruppenleiterin am Departement Biomedizin. Sie hat in Fribourg und Basel Humanmedizin studiert. Stationen ihrer Ausbildung waren das Kantonsspital Baden und die Universitätsklinik und Universität Würzburg (DE). Seit 2008 führt sie den Facharztstitel für Innere Medizin und seit 2010 den Facharztstitel für Infektiologie. Ihre Forschung beschäftigt sich mit der Verbesserung des Verständnisses von schwer zu behandelnden Infektionen, einschliesslich antibiotikaresistenter Infektionen, und der Implementierung neuer therapeutischer Strategien.

Aus der Wissenschaft

Neuer Ansatz bei Leukämie

Schutzschild Forschende der Universität Basel haben einen Ansatz entwickelt, um Blutkrebs zu bekämpfen. Im Fachjournal «Nature» beschreiben sie, wie man alle Blutzellen einer erkrankten Person gezielt entfernen und gleichzeitig ein neues Blutsystem aufbauen kann: Zuerst würden spezifische Antikörper mit einem daran gekoppelten Zellgift alle Blutzellen im Körper anhand eines Oberflächenmoleküls erkennen und zerstören. Parallel erhalte die behandelte Person eine Transplantation neuer, gesunder Blutstammzellen eines passenden Spenders. Damit die Antikörper-Zellgift-Konstrukte nicht auch die neuen Blutzellen erkennen und angreifen, werde mit gentechnischen Methoden eine kleine Veränderung in dem Oberflächenmolekül eingefügt. Dieses Vorgehen bezeichnen die Forschenden als «Shielding», weil es wie ein Schutzschild vor der Krebstherapie wirke. Davon könnten auch Patienten profitieren, deren Gesundheitszustand die Chemotherapie für eine Stammzelltransplantation nicht erlaube.

doi: 10.1038/s41586-024-07456-3

Bei Alzheimer-Risiko hilft Sport nicht

Gehirn Sport hat im Allgemeinen eine anregende Wirkung auf das menschliche Gedächtnis. Bei Menschen mit einer genetischen Veranlagung für Alzheimer ist dies nicht der Fall, wie die Universität Genf mitteilt. Für ihre Studie liessen die Forschenden 50 Personen im Alter von 18 bis 25 Jahren eine Bilderserie anschauen, danach sollten sie sich ausruhen oder 30 Minuten Velo fahren und anschliessend die Bilderreihenfolge wiedergeben. Rund die Hälfte der Teilnehmenden waren Träger und Trägerinnen der Genmutation APOE, die das Risiko, an Alzheimer zu erkranken, um das Drei- bis Zwölffache erhöht. Die Risikogruppe zeigte sowohl nach dem Velofahren wie auch nach der Ruhephase schlechtere Gedächtnisleistungen als die Kontrollgruppe, wie es im Fachjournal «Cerebral Cortex» heisst. Dennoch raten die Forschenden nicht von Sport ab: Bewegung bleibe für die körperliche und neuronale Gesundheit vorteilhaft.

doi: 10.1093/cercor/bhae205

Vermischtes

Hilfe für junge Krebsbetroffene



© David Munoz Gonzalez / Dreamstime

Eine App soll Krebsbetroffene bei der Nachsorge unterstützen.

E-Health 30 Institutionen in 16 europäischen Ländern haben es sich zum Ziel gemacht, die Lebensqualität und die Nachsorge junger Krebsbetroffener zu verbessern. Unter Beteiligung der Universität Luzern will das europäische Gemeinschaftsprojekt «e-QuoL» speziell entwickelte E-Health-Tools zur Verfügung stellen, die ihnen helfen sollen, ihre Gesundheit zu verwalten.

«Das Ziel ist es, ein europaweit einsetzbares e-Health-Tool als Mobile App zu entwickeln, welches Betroffenen eine Vielzahl an konkreten Hilfestellungen bietet», erklärt Prof. Dr. Gisela Michel, Projektleiterin von «e-QuoL» an der Universität Luzern. Die personalisierten Informationen der App sollen Betroffene

ne dabei unterstützen, die Nachsorge besser in ihr Leben zu integrieren und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern und ihre Lebensqualität zu erhöhen. Viele Überlebende von Krebserkrankungen im Kindes-, Jugend- und jungen Erwachsenenalter seien sich ihres Risikos für Spätfolgen nicht bewusst. Michel erläutert, dass zudem eine Webseite entwickelt werde, «welche auch den Angehörigen junger Betroffener ermöglicht, sich aktiv zu informieren und damit die Betroffenen zusätzlich zu unterstützen».

Das Projekt an der Universität Luzern, das bis Ende 2027 läuft, wird vom Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation (SBFI) mit rund einer Million Franken gefördert.

In Zahlen

AIM-Nachwuchs gesucht



Bis in **10** Jahren könnten **44%** der Arbeitskräfte in der Allgemeinen Inneren Medizin fehlen gemäss einer Workforce-Studie der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM).

Hochgerechnet aus den Angaben von **2030** Umfrageteilnehmenden entsprach im Jahr **2023** das Arbeitspensum aller **6232** aktiven SGAIM-Mitglieder **5237** Vollzeitäquivalenten.



%

Bis **2033** werden davon **37%** in den Ruhestand gehen, **10%** planen, ihre Arbeitsbelastung zu reduzieren, **2%**, ihr Arbeitspensum zu erhöhen und **53%** wollen mit demselben Pensum im Beruf bleiben.

© GraphicStock / Dreamstime; Sharpnose / Dreamstime

Kopf der Woche

Sie kämpft global gegen Aids



Prof. Dr. med. Alexandra Calmy
Leiterin der HIV-Abteilung
am Universitätsspital
Genf (HUG)

HIV Prof. Dr. med. Alexandra Calmy ist spätestens seit vergangem Jahr auch vielen Nichtmedizern bekannt: Die Leiterin der HIV-Abteilung der Genfer Universitätsspitaler (HUG) begleitete die Behandlung eines Patienten, bei dem nach einer Knochenmarktransplantation kein HIV im Blut mehr nachgewiesen werden konnte. Der «Genfer Patient» ist weltweit die sechste Person, welche nach einer Stammzellentransplantation von HIV geheilt wurde – in der Schweiz gelang dies zum ersten Mal.

Ihr Einsatz im Bereich der HIV-Forschung hat der Infektiologin nun einen Platz an der Spitze der Internationalen Aids-Gesellschaft (IAS) eingebracht: Die weltweite Vereinigung der HIV-Expertinnen und -Experten wählte Calmy als Europa-Vertreterin in ihr Gremium, «eine grosse Ehre», so die Forscherin. «Ich bin stolz darauf, einer Organisation zu dienen, die Qualitäten wie Offenheit, wissenschaftliche Genauigkeit und Gemeinschaftsinitiativen verkörpert.» Mit 16000 Mitgliedern in mehr als 196 Ländern und einem rund 20-köpfigen Führungsgremium arbeitet die IAS auf verschiedenen Ebenen an einer globalen Antwort auf die Herausforderungen im Kampf gegen die ge-

fürchtete Immunschwächekrankheit. HIV stelle immer noch eine Bedrohung für die öffentliche Gesundheit und das individuelle Wohlbefinden dar, sagt Calmy: «In meiner klinischen Praxis bin ich noch zu oft mit Menschen konfrontiert, bei denen die HIV-Diagnose sehr spät gestellt wird, wodurch ihre Gesundheit ernsthaft bedroht ist. Die Senkung der HIV-bedingten Sterblichkeit bleibt daher auch 2024 eine Herausforderung.» Ausserdem habe das mit HIV verbundene Stigma und die Kriminalisierung bestimmter Sexualpraktiken in manchen Ländern grosse Auswirkungen auf den Zugang zu Behandlungen und Präventionsmassnahmen, so Calmy.

Es sei ihre Hoffnung, dass die Remission oder sogar die Heilung von HIV kein so aussergewöhnliches Ereignis mehr sei, sagte Alexandra Calmy bei der Bekanntgabe der Heilung des Genfer Patienten im letzten Jahr. Für die wissenschaftliche Gemeinschaft gelte es «bedarfsgerechte antivirale Therapien über alle zugänglichen Altersschichten hinweg zu entwickeln und Strategien zur funktionellen Heilung zu testen.» Dies werde sich positiv auf die Förderung integrierter Gesundheitskonzepte auswirken, so die Infektiologin.



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

Aufgefallen



© Rawpixelimages / Dreamstime

Kalorien zählen Nachwuchs kostet – und zwar viel Energie. Ein Biologenteam unter Leitung der Monash University (Australien) untersuchte den Energieaufwand der Schwangerschaft bei Mensch und Tier. Das Ergebnis der in Science veröffentlichten Studie: Nur wenig der aufgewandten Energie geht zum Fötus, die meiste benötigt der Körper der Mutter – beim Mensch rund 96% der errechneten 50000 Schwangerschafts-Kalorien.

Kuba für den Rest der Welt

Kuba Allein während der Pandemie entsandte der Inselstaat medizinische Fachkräfte in 39 Länder. Diese Entsendungen sind nicht nur Ausdruck humanitärer Hilfe, sondern auch wirtschaftlich bedeutend für das Land, das dadurch jährlich Milliarden US-Dollar einnimmt. Die Einsätze sind jedoch umstritten, wie Autor Wolf-Dieter Vogel feststellt.

Wolf-Dieter Vogel



Die Hilfe aus Übersee sorgte für Erstaunen: Eine Gruppe kubanischer Ärztinnen und Ärzte reiste im März 2020 nach Italien, um das Land im Kampf gegen Covid zu unterstützen. Es war die Zeit, als in der Lombardei täglich Menschen wegen des Virus starben. Das Gesundheitssystem kollabier- te, die Krankenhäuser waren überfordert, es fehlte medi- zinisches Fachpersonal. Die 53 Fachkräfte aus dem sozialisti- schen Kuba sollten helfen, diesen Mangel zu überwinden. Fotos, die sie mit kubanischen und italienischen Flaggen zeigten, gingen um die Welt.

Derzeit sind 25 688 Personen in 63 Ländern aktiv: Allgemein-ärzte, Chirurginnen, Ortho- päden, Gynäkologinnen und Radiologen.

Dieser Einsatz zählt zu den Missionen kubanischer Ärzte, die in Europa besonders zur Kenntnis genommen wurden. Doch allein während der Pandemie entsandte der Inselstaat 57 «Medizinische Brigaden» in 39 Länder. 3875 Epidemiologen und Krankenpfleger reisten in latein- amerikanische, afrikanische und europäische Staaten sowie in den Nahen Osten. Über 550 000 Menschen wurden der Regierung zufolge behandelt.

WHO würdigt Kuba

Die Mediziner gehörten zur «Brigade Henry Reeve». Das Ärztekontingent wurde 2005 gegründet, um der vom Hur- rikan Katrina betroffenen Bevölkerung in New Orleans zu helfen. Doch die US-Regierung, die seit über 60 Jahren ein Wirtschaftsembargo gegen Kuba aufrechterhält, lehnte das Angebot ab. Seither waren die für schnelle Einsätze bei Ka- tastrophen und Epidemien geschulten Einheiten jedoch in vielen anderen Regionen tätig. Sie halfen nach Erdbeben in China, Haiti und Pakistan sowie bei Überschwemmungen in Mexiko oder beteiligten sich in Kooperation mit der UNO am Kampf gegen Ebola in Sierra Leone, Guinea und Liberia. Auch nachdem 2023 in der Türkei die Erde bebte, kamen sie zur Hilfe. 2017 erhielt das Kontingent den Lee- Jong-Wook-Gedächtnispreis für öffentliche Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Die Henry-Reeve-Brigade ist eine Spezialeinheit inner- halb der medizinischen Kooperation des Inselstaates. Nach Angaben der kubanischen Botschaft in der Schweiz waren in den vergangenen sechs Dekaden 605 700 Beschäftigte des Gesundheitssektors in 165 Staaten im Einsatz. Bereits Anfang der 1960er Jahre, kurz nach der Revolution, schick- te Staatschef Fidel Castro die erste «Armee der Weisskittel», wie er die Brigaden nannte, in das unabhängig gewordene Algerien. In Kooperation mit der Sowjetunion folgten Ein- sätze in subsaharischen Ländern und Lateinamerika. Auch beim Unfall im Atomreaktor von Tschernobyl halfen die



Die kubanischen «Medizin-Brigaden» sind vor dem Tourismus und den Überweisungen emigrierter Angehöriger der wichtigste Devisenbringer für das lateinamerikanische Land.

Coverstory

Brigaden. Zu den grossen Einsätzen zählen zudem das «Mais Médicos»-Programm mit der brasilianischen Linksinregierung von 2013 – 2018 sowie die anhaltenden Missionen in Venezuela. Beides mal waren vor allem Allgemeinmediziner beteiligt.

Die Entsendung wird politisch entschieden

Derzeit sind 25688 Medizinerinnen und Mediziner in 63 Ländern aktiv. 273 von ihnen arbeiten im italienischen Kalabrien, darunter auf Notfälle spezialisierte Allgemeinärzte, Chirurginnen, Orthopäden, Gynäkologinnen und Radiologen. Nicht selten spielen wie etwa in Brasilien und Venezuela aussenpolitische Erwägungen bei der Entsendung eine Rolle. Doch der aktuelle Einsatz in Italien zeigt, dass das nicht immer so sein muss: Die Kooperation wurde mit dem kalabrischen Landeschef Roberto Ochiutto von der rechten Partei Forza Italia vereinbart.

Viele Menschen würden explizit Medizin studieren, um mal die Möglichkeit zu haben, aus Kuba herauszukommen.

Für den kanadischen Lateinamerikanistik-Professor John M. Kirk sind die Brigaden in erster Linie Ausdruck eines humanitären Konzepts der Revolution. «Es gehört zur politischen und kulturellen Identität, das zu teilen, was man hat», erklärt der Wissenschaftler, der die Entsendung in einer umfangreichen Studie untersucht hat. Auch der deutsche Politikwissenschaftler Bert Hoffmann steht den Brigaden



positiv gegenüber und betont zugleich den wirtschaftlichen Aspekt. Schliesslich nimmt Havanna jährlich sechs bis acht Milliarden US-Dollar durch die Entsandten ein. Damit sind die Brigaden vor dem Tourismus und den Überweisungen emigrierter Angehöriger der wichtigste Devisenbringer. «Entwicklungspolitisch ist die Entsendepolitik sehr sinnvoll», sagt Hoffmann, der das Berlin-Büro des German Institute for Global and Area Studies (Giga) leitet. «Kuba hat immer viel in Humankapital investiert und es spricht nichts dagegen, dieses Kapital in Wert zu setzen.»

Dennoch ist der «Ärzteexport» umstritten. Entscheiden die Mediziner aus freien Stücken, ins Ausland zu gehen? Die Debatte ist sehr ideologisch geprägt. Während Kirk erklärt, alle seiner 270 Interviewten seien freiwillig ausgereist, betont die Menschenrechtsorganisation Cuban Prisoners Defenders (CPD), 75 Prozent ihrer Befragten seien zur Ausreise gezwungen worden. «Sie gehen weder freiwillig, noch werden sie dazu gezwungen», resümiert die Medizinerin und Publizistin Adriana Fonte. Die Fachkräfte werden von einer staatlichen Agentur ausgewählt. Das Angebot abzulehnen, sei schlecht angesehen, beschreibt die Kubanerin, deren Vater an einer Mission teilnahm.

«Da das gesamte Gesundheitswesen in staatlichen Händen liegt, kann sich eine Ablehnung negativ auf die berufliche Zukunft auswirken.» Wer sich mit den Gesundheitsbehörden anlege, müsse migrieren, um weiter im medizinischen Bereich arbeiten zu können.

Über die Zahlen wird geschwiegen

Aber auch finanzielle Anreize führen dazu, dass sich viele für die Mission entscheiden. Während ein Arzt in Kuba zwischen 21 und 56 US-Dollar im Monat verdient, bekommt er im Ausland ein Mehrfaches.

Dennoch ist das nur ein kleiner Teil dessen, was die kubanische Regierung vom Empfängerland erhält. «Der Anteil hängt von den Bedingungen des jeweiligen Vertrags ab», erklärt Marcos Aurelio Díaz Maranges, der 3. Sekretär der kubanischen Botschaft in der Schweiz. «Eine einheitliche Regel gibt es nicht.» Die Ärzte, die in Katar arbei-



teten, erhielten beispielsweise den grössten Teil der Einnahmen, in anderen Fällen sei es weniger.

Meist verdienen die Ausgereisten maximal 30 Prozent des Geldes, das Havanna bekommt. Über die genauen Zahlen schweigt die Regierung. Prisoners Defenders behauptet, ein Arzt verdiene im Durchschnitt 525 US-Dollar, während die Regierung 3500 US-Dollar kassiere. Sie spricht wegen

der niedrigen Löhne, der angeblich unfreiwilligen Ausreise und der gefährlichen Einsatzorte von



«Sklavenarbeit». Mit Blick etwa auf Venezuela zitiert CPD die Ärztin Dayli Coro, die dort in einem gefährlichen Viertel Verwundete krimineller Banden behandeln musste. «Sie zielen mit Waffen auf dich und sagen dir, dass du sie retten musst», berichtet sie. «Wenn er stirbt, stirbst du auch.» Zudem hätten die Ausgereisten praktisch keine Bewegungsfreiheit. Der Chirurg Nelido Gonzalez dagegen war über seine Arbeitsbedingungen in Sao Tomé and Príncipe zufrieden. Er habe viel für seine spätere Karriere gelernt, bekräftigt er.

Die US-Regierung schliesst sich den Anschuldigungen von Prisoners Defenders an, und auch der UN-Menschenrechtsrat in Genf beschäftigte sich jüngst mit dem Thema Sklavenarbeit. Havanna bezeichnet die Vorwürfe in einer Antwort an das UN-Gremium im Januar dieses Jahres als «verleumderische Kampagne» Washingtons gegen die «historische und international anerkannte medizinische Kooperation, die Kuba anbietet». Auch die Ärztin Fonte hält Bezeichnungen wie Sklaverei oder Zwangsarbeit für überzogen: «Wer in Kuba 30 US-Dollar verdient und im Ausland 300, ist natürlich nicht unzufrieden.» Viele würden explizit Medizin studieren, um mal die Möglichkeit zu haben, aus Kuba herauszukommen, sagt sie. Obwohl die Fachkräfte nur einen Teil des Lohnes erhielten, sei die Teilnahme an einer Brigade ökonomisch sehr attraktiv.

Besorgniserregend sei jedoch, dass nur ein Bruchteil des Geldes für Krankenhäuser, medizinische Ausbildungen oder Medikamente ausgegeben werde. Laut Analysen der marktwirtschaftlich orientierten Havana Consulting Group, basierend auf Zahlen des kubanischen Statistischen Amtes, landeten zwischen 2009 und 2022 nur

1,75 Milliarden US-Dollar im Gesundheitssystem, während über 27 Milliarden US-Dollar in Hotels investiert wurden. Botschaftsvertreter Díaz Maranges widerspricht: Die Einnahmen, die die Empfänger dem zuständigen staatlichen Unternehmen «Servicios Médicos Cubanos» zahlten, würden zur Finanzierung des Gesundheitssystems benutzt. Ärztin Fonte erklärt jedoch, dass das Gros des Geldes nicht dort, sondern bei dem vom Militär kontrollierten Unternehmen Gaesa lande, das in verschiedene Bereiche, vom Tourismus bis ins Telefongeschäft, involviert ist. «Ein grosses Problem ist die fehlende Transparenz», kritisiert sie.

Medikamente auf dem Schwarzmarkt

Lange Zeit galt Kubas Gesundheitssystem als vorbildlich. Die Krankenversorgung müsse kostenlos, gerecht und universell für alle zugänglich sein, so das Credo Castros, nach der Revolution von 1959 die medizinische Forschung, Ausbildung und Infrastruktur intensiv ausbauen zu lassen. Das Ergebnis ist bis heute spürbar: Die Medizinerdichte ist mit 85 Ärzten pro 100 000 Einwohner weiterhin sehr hoch, die Kindersterblichkeit niedriger als in den USA. Doch wegen der ökonomischen Krise, der eigenen Misswirtschaft und dem US-Embargo ist die Gesundheitsversorgung in einem katastrophalen Zustand. Viele Medikamente sind nur auf dem Schwarzmarkt erhältlich, von einer kostenlosen Versorgung kann de facto keine Rede mehr sein. Wer eine Operation braucht, muss oft Handschuhe, Medikamente und Betäubungsspritzen mitbringen.

Viele Ärztinnen und Ärzte sind deshalb verzweifelt. Die unerträglichen Arbeitsverhältnisse und die extrem schlechte Bezahlung führen dazu, dass sie sich einen Job im wesentlich lukrativeren Tourismus suchen. Oder sie versuchen, zu emigrieren, und nicht wenige nutzen dazu ihre Teilnahme mit internationalen Brigaden. So kehrten beispielsweise der regierungseigenen kubanischen Zeitung Granma zufolge fast zehn Prozent der 8471 Mediziner, die in Brasilien gearbeitet hatten, nicht nach Kuba zurück. Nach Angaben der unabhängigen Plattform Proyecto Inventario waren es sogar über 20 Prozent. Nicht zuletzt sorgte eine Massnahme der US-Regierung dafür, dass die Ärzte ihrem Land den Rücken kehrten: Zwischen 2006 und 2017 erlaubte Washington kubanischen Mediziner im Auslandseinsatz sowie deren Familien, unbürokratisch in die USA einzuwandern. Um diesem «Brain Drain» entgegenzuwirken, erliess die Regierung in Havanna eine bis heute gültige Regelung, nach der die «Deserteure» acht Jahre lang nicht mehr auf die Insel zurückkehren dürfen.

Obwohl die Washingtoner Massnahme abgeschafft worden sei, würden die US-Migrationsbehörden weiterhin nach diesem Muster vorgehen, kritisiert Botschaftsvertreter Díaz Maranges. «Das Ziel ist nicht etwa, einen Bedarf in den USA zu decken, sondern das Gesundheitssystem und die Wirtschaft Kubas um jeden Preis zu schädigen.» Doch trotz der prekären Situation seines Landes blieben die Krankenversorgung und die Brigaden eine Priorität, betont der Diplomat. «Wir tun alles dafür, die Ausbildung von Mediziner aufrechtzuerhalten, um den steigenden Anforderungen in und ausserhalb Kubas gerecht zu werden.» Und natürlich, um den Devisenfluss zu sichern.

Schmerz und Spiritualität

Spiritual Care Eine moderne Therapie chronischer Schmerzen umfasst nicht nur körperliche, sondern auch psychologische und soziale Aspekte. Fachleute plädieren dafür, vermehrt spirituelle Überzeugungen und Praktiken der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen.

Simon Koechlin

Chronische Schmerzen sind weit verbreitet. In der Schweiz leiden laut einer Studie [1] ungefähr 16 Prozent der erwachsenen Bevölkerung unter Schmerzen, die seit mindestens einem halben Jahr andauern. Die Ursachen, die Auftretenshäufigkeit und die Intensität sind unterschiedlich – doch vielfach beeinträchtigt der Schmerz die Lebensqualität der Betroffenen stark und hat psychische Folgen.

Eine moderne Schmerzbehandlung ist deshalb multimodal oder biopsychosozial. Sie beinhaltet neben der klassischen Bekämpfung von körperlichen Beschwerden auch psychologische, soziale und komplementärmedizinische Therapien. Noch etwas stiefmütterlich behandelt wird der Einbezug von spirituellen Aspekten – also Überzeugungen, Erfahrungen und Praktiken, die dem Leben eines Menschen Sinn verleihen. «Dabei kann es sich um religiöse und



Moderne Schmerzbehandlung ist multimodal oder biopsychosozial.

nichtreligiöse Praktiken handeln, von Gebeten bis zum Gang in die Natur», sagt Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller vom Lehrstuhl für Spiritual Care an der Universität Zürich. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat bereits vor 40 Jahren empfohlen, spirituelle Aspekte in die Schmerzbekämpfung aufzunehmen [2]. Es gebe verschiedene Gründe, weshalb ein solcher Einbezug wichtig wäre, sagt Simon Peng-Keller. So ist dieses Themenfeld für viele Menschen mit chronischen Schmerzen wichtig. Bei Studien, die Peng-Keller und sein Team im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms «Gesundheitsversorgung» (NFP 74) durchführten, gaben rund 60 Prozent der befragten Schmerzpatientinnen und -patienten an, dass sie eine Berücksichtigung spiritueller Aspekte in der Behandlung wünschten [3].

Therapierelevante Komponente

Eine solche Berücksichtigung kann zudem die Arzt-Patienten-Beziehung beeinflussen. «Wenn man das Thema sensibel anspricht und in die Therapie einbezieht, kann dies das Vertrauensverhältnis stärken», sagt Peng-Keller. Und nicht nur das: Laut dem Forscher ist es empirisch erwiesen, dass die spirituelle Komponente bei einem Teil der Patientinnen und Patienten therapierelevant ist [4–6]. «Sie kann einen Einfluss haben auf den Umgang mit der Erkrankung, auf das Schmerzerleben oder gar auf den Heilungsprozess, wenn es Heilung gibt.»

Allerdings, sagt Peng-Keller, könne dieser Einfluss positiv oder negativ sein. «Es gibt Menschen, für die Spiritualität eine Ressource ist. Für andere hingegen stellt sie eine Belastung dar.» So hätten manche Patientinnen und Patienten die Vorstellung, dass ihre Krankheit und ihr Leid eine

Bestrafung Gottes seien. Ziel der Spiritual Care ist es, spirituelle Ressourcen ausfindig zu machen, wo vorhanden zu stärken und in die Therapie miteinzubeziehen. Bei Ärztinnen und Ärzten sei durchaus ein Bewusstsein für die Bedeutung des Themas vorhanden, sagt Peng-Keller. «Aber unsere Studien [7] haben auch gezeigt, dass sie sich zu wenig vorbereitet fühlen, um spirituelle Themen in die Be-

Oft eignet sich ein eher indirekter Einstieg in das Thema, wobei die Spannweite der möglichen Fragen gross ist.

handlung zu integrieren, und sich darum zurückhalten.» Sein Team hat deshalb in Zusammenarbeit mit über 40 Expertinnen und Experten einen Leitfaden für Gesundheitsfachpersonen erstellt [8].

«Der Leitfaden zeigt auf, wie es konkret gelingen kann, die spirituelle Dimension in der Behandlung zu berücksichtigen», sagt Dr. med. Karin Hasenfratz. Sie arbeitet als Hausärztin in Winterthur und leitet gleichzeitig als Postdoktorandin von Simon Peng-Keller die Untersuchungen zur Spiritual Care in der Schmerztherapie. Der Leitfaden enthält konkrete, ausformulierte Fragen, die eine Ärztin oder ein Arzt im Patientengespräch stellen kann.

Den Einstieg finden

«Zuerst gilt es herauszufinden, ob eine Patientin oder ein Patient überhaupt über spirituelle Themen sprechen möchte», sagt Hasenfratz. Oft eignet sich laut ihr ein eher indi-



Hintergrund

rekter Einstieg in das Thema, wobei die Spannbreite der möglichen Fragen gross ist. Beispielsweise: Belastet Sie etwas? Was gibt Ihnen Kraft? Wo können Sie auftanken? Gibt es etwas, das Ihr Leben mit Sinn erfüllt? Oder: Gibt es Momente, in denen Sie alle Schwierigkeiten und Schmerzen vergessen können?

Nicht immer stellt sich bei den Antworten auf solche Fragen heraus, dass für die Patientin oder den Patienten spirituelle oder Sinnfragen im Vordergrund stehen. «Es kann auch sein, dass für jemanden etwas Biomedizinisches wie eine Übelkeit wichtiger ist – oder soziale Aspekte», sagt Hasenfratz.

Gerade für Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen aber werden Sinn- und Lebensfragen typischerweise früher oder später wichtig. Oft belastet es solche Menschen sehr, dass sie an vielen Situationen des Lebens nicht mehr teilnehmen könnten, sagt Dr. med. Andrea Berendes, Leitende Ärztin am Palliativ-/Schmerzzentrum des Kantonsspitals St. Gallen. Das führe zu einem Sinn- oder Wertverlust. «Wir versuchen dann, aufgrund der Dinge, die jemandem wichtig sind, kleine Ziele zu erarbeiten – und spirituelle Komponenten können hier als Ressourcen benutzt werden.»

Der Einbezug der Spiritualität in der Medizin steht mit Ausnahme der Palliativmedizin und Geriatrie noch ganz am Anfang.

Sehr gut in Erinnerung habe sie einen Patienten, der nach einer Krebstherapie an einer enorm schmerzhaften Polyneuropathie an den Füssen litt, die ihn stark einschränkte. «Der Mann war gerne in der Natur und hatte dort seine Kraftquellen. Den Ort, der für ihn besonders wichtig war, konnte er aber nicht mehr erreichen», erzählt Berendes. Die Behandlung erfolgte mehrgleisig: «Wir schauten, was man medikamentös und was man mit Physiotherapie erreichen konnte. Wir arbeiteten mit psychologischen Faktoren, im Sinne eines Umdenkens. Und wir fanden einen ähnlichen Ort für den Patienten in der Natur, der aber besser zugänglich war. So konnte er wieder auf eine wichtige Ressource zugreifen.»

Umgang mit anderen Kulturen

Ähnliche Erfahrungen macht Dr. med. René Hefti, ehemaliger Chefarzt und heute ärztlicher Consultant der Klinik SGM in Langenthal, die ein ganzheitliches Spiritual Care Modell praktiziert. Hefti leitet zudem das Forschungsinstitut für Spiritualität und Gesundheit, welches das Zusammenwirken von Medizin und Spiritualität wissenschaftlich untersucht. Bei chronischen Schmerzpatienten sei es illusorisch, die Beschwerden ganz loszuwerden, sagt er. «Deshalb geht es darum, Perspektiven zu entwickeln. Wenn einer Patientin oder einem Patienten die Spiritualität wichtig ist, kann das dabei helfen.»

Wie genau, hänge vom persönlichen Kontext ab. «Ich habe Patientinnen und Patienten, die sehr dankbar sind, wenn sie nur schon über spirituelle Themen oder über ih-

Bildungsangebote Spiritual Care

In der Schweiz bestehen verschiedene Aus- und Fortbildungsangebote zum Thema Spiritual Care. Die Universitäten Bern und Zürich bieten je einen CAS (Certificate of Advanced Studies) Spiritual Care an [10, 11]. An der Universität Basel können interessierte Fachleute sogar einen MAS (Master of Advanced Studies) in Spiritual Care absolvieren [12]. Die Angebote richten sich neben Medizinerinnen und Medizinerinnen auch an Psychologinnen und Psychologen, Seelsorgende oder Pflegefachpersonen.

ren Glauben sprechen können. Und manchen hilft die Ermutigung, Ressourcen zu nutzen, die sie einmal hatten und in ihnen immer noch schlummern.» Er staune zum Beispiel immer wieder, wie viele Patientinnen und Patienten sich noch an ihre Konfirmationsverse erinnerten. «Einzelne können aus diesen Versen für sich Kraft schöpfen.»

Eine Herausforderung sei die Integration spiritueller Behandlungsthemen bei Patientinnen und Patienten aus anderen Kulturen und Sprachregionen. «Spirituelle Themen berühren einen emotional – da ist es selbst für einen Dolmetscher schwierig, die notwendigen Nuancen hinüberzubringen», sagt Andrea Berendes. Zudem gilt: andere Kulturen, andere Sitten. Einmal habe sie eine Patientin gehabt, die sagte, sie sei von einem Angehörigen verflucht oder verhext worden. «Wenn in einem Kulturkreis manchen Menschen solche Mächte zugesprochen werden, lässt sich das nur ganz schwer korrigieren.»

Auch für Simon Peng-Keller ist der Einbezug von spirituellen Themen bei Menschen aus anderen Kulturen ein sensibles Feld. «Menschen mit Migrationshintergrund sind tendenziell eher fokussiert auf die biomedizinische Versorgung», sagt er. «Wenn man psychische oder spirituelle Aspekte anspricht, bekommen sie rasch das Gefühl, man wolle ihnen die 'gute' medizinische Versorgung vorenthalten.»

Eine Chance in ganzheitlicher Behandlung

René Hefti leitet Spiritual-Care-Kurse für Medizinstudierende an der Universität Basel. Die Frage, welches Verhältnis Menschen muslimischen, hinduistischen oder buddhistischen Glaubens zur Krankheit hätten, tauche dort immer

«Dabei kann es sich um religiöse und nichtreligiöse Praktiken handeln, von Gebeten bis zum Gang in die Natur», sagt Prof. Dr. theol. Simon Peng-Keller.

wieder auf, sagt er. Überhaupt stellt er fest, dass das Interesse und die Offenheit gegenüber dem Thema in der Ärzteschaft vorhanden sind. So nehmen Hausärztinnen und Hausärzte laut einer von Hefti geleiteten Studie wahr, wie Religiosität ihren Patientinnen und Patienten bei der Be-



Eisen?

CSL Vifor.

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



Erleben Sie unsere Produktion:
swiss-made-iron.ch

03/24-D-CH-FCM-2400059



CSL Vifor

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

Hintergrund

wältigung von Krankheiten und Leid hilft – aber auch, dass ihr Glaube Angst- und Schuldgefühle fördern und damit Leid verstärken kann [9]. Trotzdem, sagt Hefti, stehe der Einbezug der Spiritualität in der Medizin – mit Ausnahme der Palliativmedizin und Geriatrie – noch ganz am Anfang. «Es braucht eine weitere Sensibilisierung und das Thema muss in die Öffentlichkeit gebracht werden.»

Gleichzeitig brauche es mehr Forschung, sagt Simon Peng-Keller. Er und Karin Hasenfratz haben eine Nachfolgestudie zu den Untersuchungen im NFP 74 lanciert. «In Zusammenarbeit mit erfahrenen Ärztinnen und Ärzten untersuchen wir, wie sich unser Leitfaden strukturiert in Gespräche mit chronischen Schmerzpatienten einbinden lässt», sagt Hasenfratz. «Wir wollen Erfahrungen damit sammeln, herausfinden, was umsetzbar ist und was nicht, wie es bei den Patientinnen und Patienten ankommt – und allenfalls den Boden bereiten für eine Interventionsstudie.»

Eigentlich, sagen alle befragten Expertinnen und Experten, ist der Einbezug von Spiritualität nichts grundsätzlich Neues in der Behandlung. «Es ist eine Erweiterung oder eine Verfeinerung des Konzeptes einer multimodalen Schmerztherapie», sagt Simon Peng-Keller. «Die spirituelle Dimension ist eine der Chancen, die eine ganzheitliche Be-

handlung bieten kann», sagt Andrea Berendes. Und René Hefti meint, dass die Spiritualität in sämtliche medizinische Fachbereiche aufgenommen werden sollte – denn als geistige Dimension gehöre sie grundsätzlich zum Menschen dazu.



Literatur

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

Anzeige



CŒUR DE LA TOUR
FONDATION POUR LA RECHERCHE
CARDIOVASCULAIRE

The « Cœur de la Tour » Foundation announces:

THE CARDIOVASCULAR RESEARCH PRIZE

This annual prize initiated in 2006, aims at rewarding a clinical research project, published or accepted for publication in a peer-reviewed journal in 2023/2024. Ten thousand Swiss francs will be attributed to the first author of the chosen publication.

Candidates should be working in Switzerland in the field of clinical cardiovascular medicine or be Swiss nationals working abroad for their postgraduate training. Only clinical research publications (as opposed to laboratory or preclinical work) will be considered.

Manuscripts should be submitted before the 31st of October 2024. Each candidate may submit only one manuscript. The evaluation of submissions will be made by a 6-member jury. The laureate will be notified in January 2025 and will be invited to give a short oral presentation of his work during the monthly meeting of the Cardiovascular Dept. of the Hôpital de la Tour in spring 2025 in Geneva.

Address for submission:

Dre Tomoe Stampfli, Chairwoman of the Jury
Fondation Cœur de la Tour
Av. Maillard 1 - 1217 Meyrin

info@coeurdelatour.ch



© Tudor Vintileu / Dreamstime

Ein Spital ist keine Autofabrik, deshalb müssen andere wirtschaftliche Prinzipien gelten.

Passende Wirtschaftstheorie für das Gesundheitswesen gesucht

Buchbesprechung Welche Rolle soll der Ökonomie in der Medizin zukommen? In der zweiten Ausgabe der Schriftenreihe «Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen» der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz wird dieser Frage nachgegangen. Johannes Irsiegler hat die Broschüre rezensiert.

Trotz der offensichtlichen negativen Folgen wird die Ökonomisierung im Gesundheitswesen weiter vorangetrieben. Deren Vorgaben bestimmen immer mehr unsere ärztliche Tätigkeit. Damit beschäftigt sich das Heft «Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen – Beiträge zur Ökonomisierung der Medizin, Teil 1» der Hippokratischen Gesellschaft Schweiz.

Wie viel Finanzierung braucht es?

Im Mittelpunkt des Hefts steht ein Interview mit der Basler Gesundheitsökonomin Mascha Madörin. Sie begründet, warum die wichtigste Ausgangsfrage der Gesundheitspolitik nicht lauten dürfe, ob wir im Gesundheitswesen sparen können, sondern wie viel Finanzierung es bedarf, «damit im Gesundheitswesen gut gearbeitet werden kann, eine menschenfreundli-

che Grundversorgung garantiert und ein gleicher Zugang für alle zu den medizinischen Errungenschaften des Gesundheitswesens gewährleistet ist». Frau Madörin zeigt, warum die steigenden Gesundheitskosten nichts mit mangelnder Effizienz des Personals zu tun haben, wie dies die Politik behauptet. Denn der Gesundheitssektor sei ein arbeitszeitintensiver Wirtschaftsbereich, in dem die Lohnkosten den Grossteil der anfallenden Gesundheitskosten ausmachen. Diese liessen sich aber nicht einfach senken, wenn wir eine gute Qualität behalten wollen. Ein Spital sei keine Autofabrik, in welcher der technische Fortschritt mehr Produktion in weniger Zeit ermögliche. Zum Beispiel könne man trotz des zunehmenden medizintechnischen Fortschritts nicht «schneller» pflegen. Somit sei die Zunahme der Gesundheitskosten ein politisches Prob-

lem. Dieser Gedanke sollte Ausgangspunkt aller weiteren Diskussionen über das Gesundheitswesen sein.

In den letzten Jahren dominieren entweder neoliberale Ideen von Privatisierung, Deregulierung und Gewinnoptimierung oder staatliche Top-down-Eingriffe den gesundheitspolitischen Diskurs, was zum Beispiel zur Einführung von Fallpauschalen geführt hat. Jedoch könne man «für die in jedem Fall individuell aufgewendete Zeit keine Pauschale berechnen», denn Behandlung und Pflege seien neben medizintechnischen Anwendungen immer auch eine Begegnung von Menschen. Damit würden Tendenzen gefördert, «demokratische Entscheidungen über das Gesundheitswesen möglichst abzuschaffen, komplizierte politische Debatten zu vermeiden und ... so ein technokratisch-bürokratisches Top-down-Management im Gesundheitswesen zu etablieren». Solche politischen Eingriffe hebeln die demokratische Kontrolle über das Gesundheitswesen aus.

Frau Madörin fordert daher, dass es eine für das hiesige Gesundheitswesen passende Wirtschaftstheorie brauche. In ihrer Theorie einer «Caremedizin» schlägt sie Wege vor, die unbedingt breiter diskutiert werden müssten.

Ökonomie dient Medizin

Der zweite Text des Hefts, der 2017 von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin veröffentlichte «Ärzte Kodex – Medizin vor Ökonomie», kommt zu ähnlichen Folgerungen wie Frau Madörin. Er fordert, die Ökonomie müsse der Medizin dienen und dürfe nicht die medizinischen Entscheidungen dominieren. Die Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin SGAIM vom 8. Juli 2021 hat sich dieser Grundhaltung angeschlossen.

Es gilt, unser sehr gutes Gesundheitswesen zu erhalten und zu schützen und nicht durch falsche ökonomische und politische Theorien zu gefährden.

Dr. med. Johannes Irsiegler, Zürich



Von der Aufgabe, auf der Seite des Lebens zu stehen – Beiträge zur Ökonomisierung der Medizin, Teil 1
Hippokratische Gesellschaft Schweiz
Sirmach: IPHG; 2023
Die Broschüre kann unter [hgs.ch\[at\]gmx.ch](mailto:hgs.ch[at]gmx.ch) oder Hippokratische Gesellschaft Schweiz, Wingertweg 3, 7215 Fanas bezogen werden.

Mitteilungen

Jetzt noch besser informiert:
das neue SHW Beta Abo

Die digitale Wissensplattform Swiss Health Web steht für relevante und verlässliche Inhalte im medizinischen Umfeld. Um unseren Userinnen und Usern künftig noch hochwertigere Inhalte zu bieten, führen wir ab Juni das neue SHW Beta Abo ein und lancieren gleichzeitig folgende neue Features:

- **Dossiers:** Fundierte Artikel und Studien zu spezifischen medizinischen Themen
- **Academy:** Lehrvideos führender medizinischer Experten
- **Gesamtarchiv:** Digitaler Zugang zu allen Zeitschriftenausgaben mit Filterfunktion
- **Community:** Artikel kommentieren und sich mit der SHW-Community vernetzen
- **KI-Integration (coming soon):** Virtuelle Assistenz, die personalisierte Dossiers erstellt und den Arbeitsalltag erleichtert

Folgende, bereits bekannte Funktionen sind ab sofort auch nur noch im Abo erhältlich:

- **E-Paper der Fachzeitschriften**
- **Evidenzbasierte EbM-Guidelines**
- **Personalisierte Inhalte**

Willkommensangebot: Im Monat Juni kostet das Jahresabo nur 200 Franken anstatt der regulären 220 Franken. Profitieren Sie jetzt vom SHW Beta Abo zum Sonderpreis. Für Fragen oder Feedback zum Swiss Health Web oder zum neuen SHW Beta steht Ihnen unser Support-Team gerne zur Verfügung: [info-shw\[at\]swisshealthweb.ch](mailto:info-shw[at]swisshealthweb.ch)

Hinweis: Für Interessentinnen und Interessenten ohne Rechnungsadresse in der Schweiz ist eine Beta- Abo-Buchung zurzeit noch nicht möglich. Ihnen steht das Free-Abo mit entsprechenden Limitierungen zur Wahl, wir prüfen aktuell weitere Optionen für ausländische Rechnungsadressen.

Link zum Abo:
<https://t.ly/X4nRS>



Facharztprüfungen

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes pädiatrische Endokrinologie-Diabetologie zum Facharzttitel Kinder- und Jugendmedizin

Datum

Donnerstag, 28.11.2024
09.00 Uhr – 11.30 Uhr schriftliche Prüfung (auf Englisch)
13.00 Uhr – 18.00 Uhr mündliche Prüfung (1 Stunde pro Kandidat/in)

Ort

Universitäts-Kinderspital Lausanne (Hôpital de l'Enfance), Chemin de Montétan 16, 1004 Lausanne

Anmeldefrist

1. August 2024

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Allgemeine Innere Medizin

Datum

Donnerstag, 14. November 2024 von 9.45 bis 15.00 Uhr

Ort

MCH Messe Schweiz (Basel) AG, Messeplatz, 4058 Basel

Anmeldefrist

6. September 2024

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Angiologie

Datum / Ort

Erster Teil (schriftliche Prüfung)
Freitag, 8. November 2024 anlässlich der 24. Unionstagung der Schweizerischen Gesellschaften für Gefässkrankheiten in Basel

Zweiter Teil (mündliche und praktische Prüfung)

Freitag, 22. November 2024 am HFR – Hôpital Cantonal, Fribourg

Anmeldefrist

1. September 2024

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Endokrinologie / Diabetologie

Datum

Freitag, 8. November 2024
08.30 – 12.30 Uhr schriftliche Prüfung /
14.00 – 17.00 Uhr mündliche Prüfungen

Ort

Schriftliche Prüfung: UNIGE – Faculté de médecine – Centre médical universitaire (CMU), bâtiment B – 4^e étage – salle B04.2222, Avenue de Champel 7, 1211 Genève 4; zu bestätigen.
Mündliche Prüfungen: Der Ort wird mit der schriftlichen Einladung bekannt gegeben.

Anmeldefrist

20. September 2024

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Medizinische Genetik

Datum

Freitag, 22. November 2024

Ort

HUG – Hôpitaux universitaires de Genève

Anmeldefrist

30. September 2024

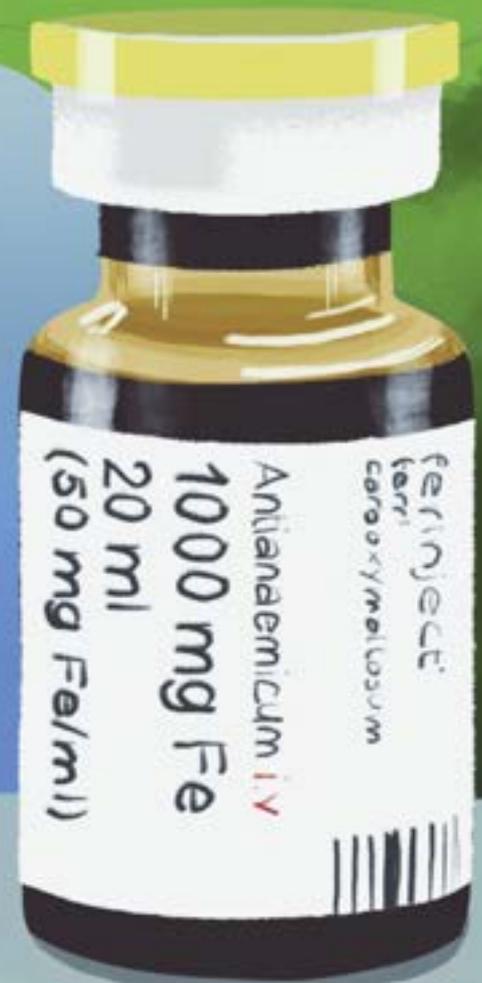
Weitere Informationen finden Sie auf der Website des SIWF unter www.siwf.ch → Weiterbildung → Facharzttitel und Schwerpunkte → Medizinische Genetik



Eisen?

CSL Vifor.

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



Erleben Sie unsere Produktion:
swiss-made-iron.ch

03/24 D CH-FCM-2400059



CSL Vifor

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

Mitteilungen

Facharztprüfungen

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Molekularpathologie zum Facharzttitel Pathologie

Datum

13.05.2025

Ort

Institute of Pathology
University of Bern
Murtenstrasse 31
3008 Bern

Anmeldefrist

18.03.2025

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Forensische Psychiatrie und Psychotherapie zum Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapie

Datum

Freitag, 22. November 2024

Ort

Universitäre Psychiatrische Kliniken (UPK),
Klinik für Forensische Psychiatrie,
Wilhelm Klein-Strasse 27, 4012 Basel

Anmeldefrist

27.09.2024

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Zytopathologie zum Facharzttitel Pathologie

Datum

5. November 2024

Ort

Institut für Pathologie, Universität Bern

Anmeldefrist

Bereits alle Plätze belegt, nächster Termin Frühjahr 2025

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

Anzeige

Erkunden. Mitwissen.

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



Nutzen Sie exklusive Services:

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

**SWISS
HEALTH
WEB BETA**

POWERED BY:
EMHMedia
SCHWEIZERISCHER ÄRZTEVERLAG
EDITIONS MEDICALES SUISSES

FMH



26

Welche Erwartungen muss ein ambulantes Tarifsystem erfüllen?

Ambulantes Tarifsystem Im Vorfeld zu den gesundheitspolitischen Abstimmungen geraten die ambulanten Tarife immer stärker in den Fokus. Die unterschiedlichen Erwartungen der verschiedenen Betroffenen werden analysiert, verglichen und die Konsequenzen daraus gezogen.

Urs Stoffel



28

Zwölf Jahre im Zentralvorstand – ein Rückblick

Rücktritt und Ausblick Seit zwölf Jahren ist Urs Stoffel Mitglied des Zentralvorstands der FMH. Bei den FMH-Gesamterneuerungswahlen am 6. Juni wird er sich nicht mehr zur Wahl stellen. Ein standespolitisches Urgestein blickt zurück auf bewegte Jahre und wagt einen Ausblick.

Interview: Charlotte Schweizer



33

Das Label «responsible practice FMH»

Standesordnung Das Label «responsible practice FMH» bestätigt Gesundheitsorganisationen, dass sie sich für die in der Standesordnung festgehaltenen Berufspflichten und berufsethischen Regeln der FMH engagieren.

Stefanie Hostettler, Esther Kraft



© Oksun70 / Dreamstime

Ein adäquates Tarifsystem muss das gesamte Spektrum der medizinischen Leistungen exakt, lückenlos und überschneidungsfrei abbilden.

Welche Erwartungen muss ein ambulantes Tarifsystem erfüllen?

Ambulantes Tarifsystem Im Vorfeld zu den gesundheitspolitischen Abstimmungen geraten die ambulanten Tarife immer stärker in den Fokus. Die unterschiedlichen Erwartungen der verschiedenen Betroffenen werden analysiert, verglichen und die Konsequenzen daraus gezogen.



Urs Stoffel
Dr. med., Departments-
verantwortlicher Ambu-
lante Versorgung und
Tarife

Im Vorfeld zur bevorstehenden Abstimmung über die beiden seit Wochen heftig umstrittenen Gesundheitsinitiativen «Prämien-Entlastungs-Initiative» und «Kostenbremse-Initiative» geraten immer wieder auch die ambulanten Tarife und insbesondere der ambulante Arzttarif in den Fokus und sind ein brennendes Diskussionsthema. In den Medien wird diese Diskussion durch teils reisserische und skandalisierende Beiträge («Selbstbedienungsladen», «Abzockermentalität») über zu hohe Arzttarife und Missbrauch des im ambulanten Bereich geltenden Abrechnungssystems TARMED, noch zusätzlich

befeuert. Dies vor dem Hintergrund, dass seit 2020 ein neuer, sachgerechter und gesetzeskonformer (Art. 43 KVG und Art. 59c KVV) Einzelleistungstarif TARDOC mit Kostenneutralitätsvereinbarung beim Bundesrat zur Genehmigung liegt. Ebenso liegt seit Dezember 2023 ein Genehmigungsgesuch für ambulante Pauschalen beim Bundesrat.

Es werden von Stakeholdern, der Politik und den Medien hüben und drüben Patentrezepte und Lösungsvorschläge propagiert wie man den ambulanten, hoffnungslos veralteten und nicht mehr sachgerechten Arzttarif TARMED durch ein neues ambulantes Tarife-

runssystem ersetzen kann. Diese operative Hektik bei geistiger Windstille führte sogar dazu, dass die ständerätliche Gesundheitskommission (SGK-S) vor kurzem den Bundesrat aufgefordert hat, erneut in den maroden TARMED-Tarif einzugreifen und die pro Tag möglichen zeitlich abrechenbaren Leistungen im TARMED zu begrenzen.

Das Ziel der Patienten ist eine rasche Besserung und Wiederherstellung ihres Gesundheitszustands.

Wieviele Stunden sollen denn das bitte sein? 8 Stunden? 10 Stunden? oder gar 13 Stunden? Was passiert mit ärztlichen Leistungen ausserhalb eines 8 to 5 Arbeitstages? Wie wird das mit Notfällen in der freien Praxis geregelt? Schliesst die Praxis einfach spätestens um 18 Uhr die Tore? Dieser unausgeglichene und nicht gesetzeskonforme Vorschlag bringt wohl mehr Umsetzungsprobleme und weitere administrative Belastungen als eine vermeintliche Verbesserung der Situation.

Im folgenden soll versucht werden, die Erwartungen an ein ambulantes Tarifsysteem aus der Optik der verschiedenen Betroffenen kritisch zu beleuchten und aufzuzeigen.

Aus Sicht der Patienten

Für die Patientinnen und Patienten ist ein Arztarbit vor allem Mittel zum Zweck. Das Interesse für die Patienten konzentriert sich darauf, dass die ärztlichen Leistungen so vergütet werden, dass diese mit hoher Qualität erbracht werden und die Ärztin oder der Arzt diese Leistungen im Interesse und zum Wohl der Patienten erbringt, ohne Leistungen zu verweigern, oder zu reduzieren. Sie wollen eine möglichst rasche, präzise Klärung der Situation und die Anerkennung, dass ihr Leiden ernst genommen wird. Ihr Ziel ist eine rasche Besserung und Wiederherstellung ihres Gesundheitszustands. Dabei gehen sie davon aus, dass die geeignetsten und bestmöglichen zur Verfügung stehenden diagnostischen und therapeutischen Mittel der modernen Medizin dafür eingesetzt werden. Der uneingeschränkte Zugang zu diesen Leistungen ist dabei Voraussetzung.

Aus Sicht der Versicherten

Vor allem aus der Optik der «gesunden» Versicherten steht sicherlich eine möglichst tiefe Pro-Kopf-Prämie im Vordergrund des Interesses. Im Bewusstsein der Versicherten, dass sie im Laufe ihres Lebens auch zu Patien-

ten werden können, gehen sie aber davon aus, dass sie sich mit dieser Prämie auch den uneingeschränkten Zugang zu allen Gesundheitsleistungen «erkauft» haben. Hier verlagern sich die Interessen der Versicherten, die als Patienten zu Leistungsbezügerinnen werden, dann aber sehr schnell.

Aus Sicht der Versicherer

Das Hauptaugenmerk konzentriert sich auf den Grundsatz: Angebot der höchsten und besten Leistung zum kleinstmöglichen Preis. Daraus leiten sich auch die Forderungen nach Erfüllung hoher Qualitätsziele ab, welche ohne Kostenfolgen selbstverständlich geschuldet bleiben sollen. Kostensteigerungen werden zuweilen undifferenziert einer Mengenausweitung durch die Leistungserbringer zugeordnet. Dabei müsste man sich bewusst sein, dass ein Tarif auch etwas mit Gewährleistung der Versorgung zu tun hat und dies auch im Art. 43, Abs. 6 KVG als Vorgabe für die Tarifierung klar festgehalten ist.

Aus Sicht der Politik

Im Vordergrund steht der Druck von Bevölkerung, Medien und auch der Versicherer, für Rahmenbedingungen zu sorgen, welche eine umfassende Versorgung mit uneingeschränktem Zugang, höchster Qualität zu tragbaren Kosten garantiert. Vergessen wird dabei oft, was in der freien Wirtschaft unbestritten ist, nämlich dass es Rahmenbedingungen braucht, welche das Umfeld für die Leistungserbringer möglichst attraktiv machen und Anreize setzen, welche die Versorgung sicherstellen und eine qualitativ hochstehende medizinische Leistungserbringung mit adäquater Vergütung fördern.

Stattdessen wird mit untauglichen Mitteln wie Angebotsverknappung und stetigen Tarifenkungen die Attraktivität des Arztberufes und die Versorgung gefährdet.

Aus Sicht der Leistungserbringer

Die Ärztinnen und Ärzte erwarten von einem sach- und leistungsgerechten Tarifsysteem eine angemessene und adäquate Vergütung, welche das gesamte Leistungsspektrum aufwandrechtig und differenziert abbildet. Bei der rasanten Entwicklung des medizinischen Fortschritts muss ein solches Tarifsysteem auch kontinuierlich gepflegt und weiterentwickelt werden, aber auch die ökonomischen Kriterien (Teuerungsausgleich, Kostensteigerungen) bei der Tarifierung berücksichtigen.

Andererseits muss die Ärzteschaft auch Verantwortung übernehmen für eine effiziente und adäquate Leistungserbringung und unnötige und unwirksame Leistungen vermeiden (smarter medicine).

Konsequenz aus den Erwartungen

Oberstes Gebot eines adäquaten Tarifsystems ist es, die vielfältigen und komplexen medizinischen Leistungen möglichst exakt, lückenlos und überschneidungsfrei im Tarifsysteem abzubilden. Ausserdem soll die Nomenklatur eines solchen Tarifsystems unabhängig von der Vergütung erarbeitet werden. Dieses Ziel kann unbestritten und sinnvollerweise mit einer Kombination aus Einzelleistungstarif und Pauschaltarif erreicht werden. Dabei darf die Sicherstellung der Versorgung nicht ausser acht gelassen werden.

Wichtig ist deshalb, dass primär eine in sich homogene, ausgewogene und gegeneinander abgestimmte Nomenklatur aller aktuellen Einzelleistungen des gesamten Spektrums der ambulanten medizinischen Leistungen erstellt wird. Dann kann man einzelne Leistungen zu homogenen Leistungspaketen zusammenfassen, die dann als Pauschalen definiert werden und die Einzelleistungen im Einzelleistungskatalog ersetzen. Der umgekehrte Weg, möchte zuerst nach (ähnlichen) Kostengruppen, anstatt nach medizinischen

Die Ärzteschaft erwartet von einem Tarifsysteem eine angemessene Vergütung und differenzierte Leistungsabbildung.

Kriterien, aus Einzelleistungen Pauschalen definieren. Danach soll der Rest der so nicht pauschalisierbaren Leistungen in Einzelleistungen tarifiert werden. Diesen umgekehrten Weg halten wir nicht für zielführend, da hier die zwingend einzuhaltende medizinische Homogenität der Pauschalen auf der Strecke bleibt. Will man endlich vom TARMED wegkommen, braucht es nun positive Entscheide – der Bundesrat kann in den nächsten Tagen zeigen, dass er lösungsorientiert agiert und im Sinne seiner Verantwortung handelt.

Wenn man die Optik der verschiedenen Betroffenen auch nur schon aus dieser Vogelperspektive betrachtet, so wird einem unweigerlich die Komplexität eines Tarifwerks bewusst. Die unterschiedlichen Optiken der verschiedenen Ärztinnen und Ärzte ist hier noch nicht einmal erwähnt. Lesen sie mehr über diese interessanten Spannungsfelder und weitere auch etwas persönlichere Ausführungen von Urs Stoffel im grossen Interview auf Seite 28.

Zwölf Jahre im Zentralvorstand – ein Rückblick

Rücktritt und Ausblick Seit zwölf Jahren ist Urs Stoffel Mitglied des Zentralvorstands der FMH. Bei den FMH-Gesamterneuerungswahlen am 6. Juni wird er sich nicht mehr zur Wahl stellen. Ein standespolitisches Urgestein blickt zurück auf bewegte Jahre und wagt einen Ausblick.

Interview: Charlotte Schweizer
Expertin Kommunikation FMH

Urs Stoffel, von Beruf Chirurg und bis vor Kurzem noch als Belegarzt tätig, war von 2002 bis 2014 Präsident der Ärztesgesellschaft des Kantons Zürich (AGZ). 2006 war er Mitgründer der Konferenz der Kantonalen Ärztesgesellschaften und von 2006 bis 2011 deren Co-Präsident. Im Zentralvorstand (ZV) der FMH, wo er seit 2012 Mitglied ist, verantwortete er zuerst das Departement «Digitalisierung/eHealth». Seit 2015 ist Urs Stoffel Departementsvorsteher des politisch hochbrisanten Departements «Ambulante Versorgung und Tarife». Aus der medizinischen Standespolitik ist er nicht wegzudenken. Doch er wird kürzer treten und den ZV verlassen. Im Gespräch mit Charlotte Schweizer spricht er über Höhen und Tiefen und hat auch bereits wieder neue Ideen, was er in der frei werdenden Zeit schaffen könnte.

Zwölf Jahre warst du Mitglied im Zentralvorstand der FMH. Wenn du nun zurückblickst, wie würdest du diese Zeit beschreiben?

Mit einem Wort gesagt, Achterbahn. Es waren sehr intensive zwölf Jahre. Sie waren geprägt von Hochs und Tiefs, von Druck und Hektik. Wir sind in diesem Job sehr stark fremdgesteuert. Das heisst, dass wir enorm häufig reagieren müssen, anstatt zu agieren. Wir müssen flexibel und agil sein. Man muss sich auf die verschiedensten Situationen sehr schnell einstellen. Aber als Chirurg war ich mir das über Jahre gewohnt. Über alles gesehen war es hochspannend und auch befriedigend. Aber es gab grosse Herausforderungen. Im Nachhinein möchte ich nichts missen. Jeder Tag hat neue Herausforderungen gebracht, was die Arbeit sehr abwechslungsreich und spannend machte.

Du gehst also mit einem lachenden und einem weinenden Auge?

Es gibt Dinge, die ich sehr vermissen werde, keine Frage. Es ist ein Abschiednehmen, insbesondere von meinem Team. Das war natürlich prägend. Auf der anderen Seite hat es immer wieder auch Aufgaben gegeben, wo man sich gesagt hat, muss das jetzt auch noch sein. Im Privatleben muss man definitiv viel opfern. Weil Dinge anstehen, die man nun halt einfach machen muss, weil wir rasch und flexibel reagieren müssen, um die Stimme der Ärztinnen und Ärzte effektiv einzubringen. Da gibt es schon Momente, wo man sich sagt, es wäre schön, jetzt ein bisschen mehr Zeit zu haben.

Was wird dir am meisten fehlen?

Das ist sicher die Zusammenarbeit mit meinem Team in Olten. Und natürlich auch im ZV. Auch im ganzen Generalsekretariat mit allen Mitarbeitenden, mit den Kolleginnen und Kollegen. Aber insbesondere mein Kernteam hier in Olten, das ist, denke ich, das beste Team, das man sich wünschen kann. In meinen zwölf Jahren hatte ich praktisch keine Fluktuation. Da wird man mit einem Team schon sehr vertraut. Und ohne Team geht nichts. Die Herausforderung, gemeinsam etwas auf den Boden zu bringen, ist spannend. Das wird mir sicher fehlen. Auch im ZV hatten wir in den zwölf Jahren eine gute Kontinuität. Wir hatten es immer sehr gut zusammen.

Gibt es etwas, das du gar nicht vermissen wirst?

Naja, wenn man auf dem Abgang ist, kann man sich provokative Ehrlichkeit vielleicht leisten. Nicht vermissen werde ich Sitzungen mit Bundesrat Alain Berset. Sie waren selten konstruktiv und vertrauensbildend. Immer wieder stan-

den neue Forderungen an. Es kam sehr viel Kritik von Alain Berset an unserem standespolitischen Verhalten. Wenig von einer gemeinsamen Gestaltung. Fast jedes Mal ging man mit Kopfschütteln wieder raus. Das könnte ich vom Kontakt mit dem BAG nicht sagen, dort gab es doch auch immer wieder gute Erfahrungen, man hatte das Gefühl, dass ein Interesse da ist.

«Ohne Mitwirkung der Fachgesellschaften kann man keinen Tarif bauen, das ist eine Haupterkenntnis von mir.»

Man hat den Eindruck, dass die Arbeitsbedingungen für den Arztberuf kontinuierlich schwieriger werden.

Schwierig ist es in diesem Beruf eigentlich immer. Damals, in meiner Assistenzzeit, standen die Arbeitszeiten im Vordergrund, es waren enorm hohe Stundenzahlen. Heute sind es die administrativen Aufgaben, sie haben massiv zugenommen. Die Arbeitszeiten sind immer noch hoch, keine Frage, diesen Beruf kann man nicht wählen, wenn man nine to five arbeiten möchte. Was sicher zunehmend schwieriger wird, sind die Rahmenbedingungen für die freie Berufsausübung. In der Wirtschaft versucht man, die Rahmenbedingungen attraktiv zu gestalten. Wenn man im Gesundheitswesen mit den administrativen Hürden so weiterfährt, dann werden jene, die schon 30, 40 Jahre im Beruf sind, sich sagen, das ist mir jetzt zu viel, das muss ich mir jetzt nicht auch noch antun. Da werden wir ein grosses Problem haben, wenn es so weitergeht. Denn im Gesundheitswesen werden viele Leistungserbringer, eben



Urs Stoffel blickt auf die vergangenen 12 Jahre zurück. Fazit: «Im Nachhinein möchte ich nichts missen.»

die Babyboomer, in Pension gehen und somit als Fachkräfte ausfallen. Zugleich werden sie als ältere Menschen zu den Hauptbezürgern von medizinischen Leistungen. Bei einem Fachkräftemangel verdoppelt sich so das Problem wie sonst in keiner anderen Branche. Wenn wir es nicht fertigbringen, dass die Grundversorger, aber auch Spezialisten, über 65 hinaus arbeiten, dann werden wir die Versorgung nicht mehr aufrechterhalten können. Das wird sehr, sehr schwierig werden.

Macht das auch die Arbeit im ZV schwieriger? Die Mitglieder sehen, die Rahmenbedingungen werden schwieriger, aber sie sehen nicht, wie es ausgesehen hätte, wenn die FMH sich nicht eingesetzt hätte?

Das ist so, ich habe auch ein gewisses Verständnis dafür. Wenn man von Morgen bis Abend in einer Praxis arbeitet und dann in den Medien mitbekommt, dass es wieder eine neue Auflage gibt, dass man sich da denkt, was machen die in der FMH eigentlich für uns? Wir zahlen ja Beiträge. Es ist wenig sichtbar, was wir machen und vor allem noch viel wichtiger, was wir vermeiden und vorbeugen. Aber das war ich mir schon gewohnt als Präsident der AGZ während zwölf Jahren. Man kann es auch mit der Prä-

senz einer Armee vergleichen, die Verhinderung eines Krieges ist auch ein Erfolg. Also dass man etwas bewahren kann und verhindert, dass es schlechter wird. Das ist eine sehr schwierige und langwierige Arbeit, die nach aussen kaum sichtbar ist, das ist keine glorreiche Positionierung. Aber mit dem muss man leben können.

Was würdest du sagen, war dein grösster Erfolg in deiner Zeit im ZV?

Wenn ich so zurückschaue, sehe ich zwei Zacken. Nach dem Absturz des Tarifvorschlags im Jahre 2016 hat eigentlich niemand daran geglaubt, dass es möglich sein wird, dass die Ärzteschaft mit den Kostenträgern tatsächlich fertigbringt, einen neuen ambulanten Arztarbitar zu erarbeiten. Dass es uns im 2019 doch gelungen ist, zumindest mit einem Teil der Tarifpartner einen neuen ambulanten Tarif einzureichen, das ist sicher der eine grosse Erfolg. Im 2016 ist man davon ausgegangen, wenn der Staat jetzt nicht eingreift, dann wird es nie und nimmer einen Tarif geben, der so wie es im KVG verankert ist, von den Leistungserbringern und Kostenträgern gemeinsam geschaffen ist. Als wir dann im Jahr 2020 mit Swica auch die Hürde der Mehrheit der Versicherer ge-

schaft haben, da sagten viele, das ist unglaublich, das hätten wir nie, nie, nie gedacht. Das war ein toller Erfolg meines ganzen Teams, mit dem ZV, mit allen Beteiligten. Die Beharrlichkeit, nach dem Absturz wieder aufzustehen, dass ist der Erfolg.

«In der Standespolitik sind wir stark fremdgesteuert und müssen häufig rasch reagieren, um uns einzubringen.»

Und der zweite Zacken?

Das war jetzt gerade, die Publikation des Bundesgerichtsentscheids über die berichtigten Wirtschaftlichkeitsverfahren. Es war sehr schwierig, mit den Versicherern zusammen einen Konsens zu finden. Lange haben wir daran gearbeitet und für faire Beurteilungen gekämpft. Nun konnten wir vor Kurzem einen epochalen Erfolg verzeichnen. Nämlich, dass es Einzelfallanalysen braucht. Das hatten wir seit Jahren gefordert. Nun ist das mit dem Bundesgerichtsentscheid auf oberster Ebene bestätigt worden. Bei einer statistischen Auffälligkeit



© www.urs-stoffel.ch

Nach seinem Rücktritt möchte Urs Stoffel gerne wieder mehr fotografieren.

musste der Arzt bisher beweisen, dass er nicht unwirtschaftlich ist. Eine Screening-Methode kann aber nur statistische Auffälligkeiten hervorbringen, jedoch nie den Nachweis einer Unwirtschaftlichkeit. Neu muss mittels einer Einzelfallanalyse gezielt geprüft und vom Versicherer nachgewiesen werden, ob eine Überarztung vorliegt. Nach so vielen Jahren haben wir es geschafft, dass man Schuldigkeit beweisen muss und nicht einfach statistisch verurteilen kann. Ich bin sehr froh, dass wir mit der Anpassung des Vertrags drangeblieben sind gegen alle Widerstände, die sagten, dass wir den Vertrag kündigen sollten.

Auch hier Beharrlichkeit als Erfolg. Was war dein schwierigster Moment oder Rückschlag im ZV der FMH?

Das war definitiv die verlorene Urabstimmung im 2016, der Absturz des ambulanten Tarifs, der Tarvision, der gleichzeitig auch von den Versicherern, also von den Kostenträgern abgelehnt wurde. Das war eine ganz grosse Niederlage, wo wir einen Moment nicht wussten, wie es weitergehen soll. Ich muss dazu sagen, dass ich das Departement der ambulanten Tarife ja quasi über Nacht übernehmen musste und zwei Jahre ein Doppeldepartement geführt habe, also eHealth und ambulante Tarife. Dies weil der verantwortliche Ernst Gähler plötzlich verstorben war. Das war sehr tragisch, ein absoluter Tiefpunkt. Wir hatten eine Krisensitzung darüber, wer die ambulanten Tarife übernehmen könnte. Ich hatte einen gewissen Vorteil, da ich nicht auf dem geraden Wege

Arzt geworden bin und es ein bisschen mit Zahlen konnte. Und ich hatte jahrelang Tarifverhandlungen für die AGZ geführt und hatte auch ein Mandat von der FMH, noch nicht im ZV, für die Umsetzung und Einführung des Tarmed 2004

«Im Nachhinein möchte ich nichts missen. Jeder Tag hat neue Herausforderungen gebracht, was sehr spannend war.»

Warum dauert es so lange mit der Tarifrevision, warum ist es so kompliziert?

Es gibt sehr viele unterschiedliche, teilweise gegensätzliche Interessen, die man unter einen Hut bringen muss. Und seitens des Staates werden für die Lösung mehr Steine in den Weg gelegt, als geholfen, dass es zu einem Erfolg kommt.

Gibt es etwas, was die Ärzteschaft aus deiner Sicht besser machen könnte?

Ich habe damals beim ersten Tarifentwurf Tarvision die Einbindung der Basis unterschätzt. Die Fachgesellschaften und auch die kantonalen Ärztesellschaften waren zu wenig eingebunden. Das war meine Haupteckkenntnis. Ich hätte vielleicht härter durchgreifen müssen und sagen, wir gehen mit der Version noch nicht raus. Ich habe das Departement im 2015 übernommen, im 2016 war die verlorene Urabstim-

mung. Aber aus diesem Fehler haben wir gelernt und versucht, es besser zu machen und ich glaube, das ist uns auch gelungen. Ein grosses Kompliment an das Team, das nicht locker gelassen hat und wieder aufgestanden ist, um nochmals einen Anlauf zu nehmen. Hartnäckig und ohne sich beirren zu lassen nach der grossen Niederlage.

Niederlage als Chance zum Erfolg?

Die Erkenntnis, dass die Basis zu wenig eingebunden war, hat dazu geführt, dass wir uns bei der Neuaufgleisung gesagt haben, wir müssen die Fachgesellschaften wirklich to the ground einbinden. Wir haben es sogar vertraglich geregelt mit jeder Fachgesellschaft, dass sie am Schluss unterschreiben müssen, dass sie sich eingebracht haben und dass die Lösung für sie so okay ist. Wir haben ein oberstes Entscheidungsgremium geschaffen, ein «Cockpit», wo Ärzte für Ärzte umstrittene Entscheidungen fällen und wo alle vertreten sind, sogar zweimal, einmal über die Fachrichtung und einmal über die kantonale Gesellschaft. Im Nachhinein gesehen war das ein genialer Ansatz. Nur deshalb haben wir es geschafft, dass der TARDOC-Tarif mehrmals und in verschiedenen überarbeiteten Versionen praktisch einstimmig von der Delegiertenversammlung und der Ärztekammer genehmigt wurde. Ein grosses Kompliment an jene, die in diesem Cockpit sass. Es gab viele, viele Sitzungen, schwierige Entscheidungen, teilweise gegen die eigene Basis, alle mussten Kompromisse eingehen, das war ganz, ganz schwierig, also Chapeau. Aber es ist eine Erfolgsstory, dass nicht ex cathedra entschieden wurde, sondern aus den eigenen Reihen. Meiner Meinung nach ist es genau das, was jetzt den Pauschalen um die Ohren fliegt. Sie haben datenbasiert Pauschalen erstellt und die Basis nicht eingebunden, ja nicht einmal angehört. Aber man muss diesen langwierigen und schwierigen Prozess der Konsensfindung gehen. Man muss die verschiedenen Interessen abholen, die fachspezifische Expertise einholen, das dauert. Genau deswegen wurde es bei den Pauschalen nicht gemacht.

Wenn du auf die vergangenen zwölf Jahre zurückblickst, kommt dir etwas in den Sinn, was du heute gerne anders machen würdest, wenn du könntest?

Bei der Frage kommt mir ein Ereignis aus meiner frühesten Jugend in den Sinn. Das ist ja eine Frage, die man sich nicht nur über zwölf Jahre ZV, sondern generell im Leben immer wieder stellt: Würde ich es anders machen, wenn ich noch einmal könnte. Das ist eine uralte Frage. Ich hatte die Gelegenheit, als 16-Jähriger an der Premiere von Max Frischs Spiel «Biografie» dabei zu sein, da geht es genau da-

rum: Ein Mann steht vor der Möglichkeit, alles noch einmal zu erleben und zu entscheiden, ob er es anders machen würde. Und am Schluss hat er nichts geändert. Er ändert tatsächlich nichts. Und das hat mich damals schon total fasziniert und ich habe mich immer wieder damit auseinander gesetzt. Würde man denn wirklich im Wissen, wie alles heute ist, plötzlich einen anderen Weg nehmen? Ich finde das Theaterstück von Max Frisch bis heute genial. Und ich bin effektiv nicht sicher, ob ich etwas anders machen würde. Wenn man weiss, wie es herausgekommen ist, und da hat es schlechte Sachen, die man hätte vermeiden können, aber es hat auch Sachen, die dann nicht eingetroffen wären, die aber auch fürs Leben wichtig waren. Also, ob man heute wirklich anders entscheiden würde, das ist eine grosse Frage.

«An der Forderung, dass der TARDOC eingeführt und der heillos veraltete Tarmed abgelöst wird, daran halten wir fest.»

Als ich das Staatsexamen machte, hatten wir das Privileg, dass Max Frisch an der Staatsfeier die Laudatio hielt. Wir haben alle da gesessen, stolz waren wir, dass wir es geschafft hatten, jetzt haben wir es, dachten wir. Uns gehört die Welt. Max Frisch begann seine Rede mit den Worten: «Ich gratuliere Ihnen zu diesem grossen Erfolg. Aber solange Sie von einer Fakultät geprüft werden, sind Sie noch jung. Die echten Prüfungen werden vom Leben an Sie gestellt.» Die grossen Herausforderungen, ob du dich bewährst oder nicht, kommen später. Er hat uns brutal auf den Boden der Realität heruntergeholt und uns Demut gelehrt. Es war beeindruckend. Etwas, was ich im Leben nie vergessen habe. Einzigartig, die ganze Rede, sie wurde dann auch in der NZZ veröffentlicht.

Wagst du eine Prognose, über welchen Tarif werden die ärztlichen Leistungen im 2030 abgerechnet?

So wie ich es jetzt beurteile, wird abgerechnet werden mit medizinisch homogenen Pauschalen in Kombination mit dem Einzelleistungstarif TARDOC. Der Einzelleistungstarif wird nicht völlig verschwunden sein, wie viele das hoffen. Um die ambulanten Arztleistungen sachgerecht, medizinisch homogen, adäquat und betriebswirtschaftlich abzubilden, braucht es beides, eine differenzierte und möglichst schlanke Einzelleistungstarifstruktur als Basis. Es braucht diese Auslegeordnung des gesamten Leistungsspektrums, wo die Relationen der

Leistungen gegeneinander austariert und abgestimmt sind. Und dann braucht es gute, homogene, medizinisch korrekte ambulante Pauschalen. Das ist heute (noch) nicht der Fall, weil man eben die Fachgesellschaften zu wenig eingebunden hat. Ohne die Mitwirkung der Fachgesellschaften kann man keinen Arzttarif bauen, das ist eine Haupteigenkenntnis von mir. Es muss nicht ein Wunschkonzert sein, aber man muss die Fachexpertise einholen. Und wichtig: Mit der Basis des Einzelleistungstarifs haben wir die Möglichkeit, vermehrt Leistungen, die nicht mehr von Ärzten erbracht werden, also Interprofessionalität, zum Beispiel Advanced Nurse Practitioners (ANP) und andere nicht-ärztliche Leistungserbringer im Tarif abzubilden. Leistungen, die früher Ärzte erbracht haben, kann heute zum Beispiel eine ANP übernehmen. Das wird die Zukunft sein, um überhaupt die Versorgung sicherzustellen, dass andere Berufsgruppen gewisse Behandlungsschritte übernehmen. Aber dazu braucht es tarifierte Leistungen, das ist klar. Das fehlt heute (noch).

Ende 2023 war die Einreichung des TARDOC. Die Gesamterneuerungswahlen sind am 6. Juni. Man erhofft sich einen Entscheid des Bundesrates. Es sieht aus wie ein perfekter Zeitpunkt für deinen Rücktritt. War das so geplant?

Nein, keineswegs. Als ich mich vor vier Jahren entschieden habe, nochmals eine Amtszeit anzuhängen, hatten wir den TARDOC gerade frisch eingereicht und ich war der Meinung, das braucht jetzt halt noch ein Jahr oder anderthalb, bis es umgesetzt ist und da habe ich

gesagt, okay, da wollte ich noch unterstützen, es ist ja mein Baby. Dass wir heute noch immer einen Entscheid abwarten, davon bin ich wirklich nicht ausgegangen. Ich war damals, als ich im 2020 nochmals angetreten bin, der Meinung, im 2022 ist der neue Tarif eingeführt. Dann wäre ich wahrscheinlich auch vorzeitig zurückgetreten. Jetzt ist es ganz anders gekommen. Es kommt immer anders. Aber an der Forderung, dass der TARDOC nun endlich eingeführt wird und dieser Tarif aus dem letzten Jahrhundert, neun Jahrtausend, endlich abgelöst wird, daran halten wir fest.

Was wünschst du deiner Nachfolgerin oder deinem Nachfolger?

Viel Frustrationstoleranz, Freude an der standespolitischen Arbeit und an der Herausforderung, dass die Lösung nicht gleich auf dem Tisch liegt. Und hartnäckigen Durchhaltewillen. Ich hoffe natürlich, dass sie den TARDOC letztendlich doch noch ins Ziel bringen und umsetzen können, das wünsche ich ihnen, meinem Nachfolger, meiner Nachfolgerin und dem ganzen Team.

Du hast auch das Departement Digitalisierung/eHealth geführt und du bist auch Verwaltungsratspräsident der HIN. Das Thema Digitalisierung begleitet dich kontinuierlich.

Wichtig ist immer der Einbezug der Basis, der Leistungserbringer und der Anwenderinnen und Anwender. Das wurde fürs EPD nicht gut gelöst, das hat sich nun mit dem Projekt Digi-santé aber hoffentlich geändert. Und wir haben damals eine Voraussetzung geschaffen, die bis



«Fotografieren ist wie schreiben mit Licht, wie musizieren mit Farbtönen, wie malen mit Zeit und sehen mit Liebe.» Amut Adler, 1951



© www.urs-stoffel.ch

Seiner «zweiten Heimat Afrika», wie er sagt, bleibt er treu.

heute ein Meilenstein geblieben ist, das ist die IPAG. Eine interprofessionelle Arbeitsgruppe, in der über 100 000 Leistungserbringer repräsentiert sind, die sich auf gemeinsame Standards einigen sollen. Druck bringt nichts. Die Digitalisierung wird sich bei den Ärztinnen und Ärzten sowieso fortsetzen. Ich verstehe jedoch nicht ganz, wieso der Staat, wenn er die Digitalisierung im Gesundheitswesen fördern will, nicht positive Anreize schafft. Man wollte E-Mobilität, man hat Elektroautos steuerlich unterstützt. Man wollte Solarenergie, man hat Solarpanels mitfinanziert und subventioniert. Nur im Gesundheitswesen werden die Praxisinformationssysteme und die Ärzteschaft, welche die Integration für die Digitalisierung bereitstellen muss, nicht mit positiven Anreizen unterstützt. Das wäre eine sinnvolle Investition.

Mit deinem Rücktritt aus dem ZV wirst du viel freie Zeit gewinnen, hast du Pläne oder neue Projekte?

Ich habe noch einige Mandate und bin noch in Stiftungen. Es ist auch gut, nicht sofort auf Null runterzufahren. Aber ja, ich habe auch noch ein kleines Projekt. Ich habe über Jahre nebenher medizinische Beratungen für Filmproduktionen gemacht. Einerseits inhaltlich bei medizinischen Fragen des Drehbuchs, andererseits bei der Umsetzung am Filmset. Und während der Pandemie habe ich mehrere Filmproduktionen durch diese schwierige Zeit begleitet, medizinisch beraten und diverse Sicherheitskonzepte verfasst. Die Filmindustrie fasziniert mich. Und ich würde auch gerne wieder mehr fotografieren. Also langweilig wird es mir si-

cher nicht, denke ich. Aber vielleicht kommt dann auch alles anders. Man denkt, wenn ich mehr Zeit habe, dann mache ich dies und das, dann male ich, schreibe oder reise. Das sagen alle vor einer Pensionierung oder einem Rücktritt. Aber leider kommt es oft anders. Man kann nicht etwas 30 Jahre verschieben und dann sagen, ab heute fotografiere ich. Es funktioniert leider höchst selten. Deswegen muss man sich vorher schon Zeit für die Dinge nehmen, die einem wirklich wichtig sind.

Und deine Enkel freuen sich sicher auch sehr, dass der Opa nun mehr Zeit hat.

Ja, das ist klar, das ist schön. Aber ich habe mir trotz all der Belastungen natürlich auch vorher immer Zeit für meine Enkel genommen, das musste drinliegen. Aber das wird jetzt natürlich einfacher.

Wie alt sind sie jetzt?

Der Grössere wird 11 Jahre und seine Schwester ist 6-jährig. Im Herbst waren wir mit der ganzen Familie in Afrika, sie freuen sich schon aufs nächste Mal.

Und Reisen? Du hast Afrika erwähnt. Viele wissen vielleicht nicht, dass du eine Verbindung zu Afrika hast.

Ja, ich hatte ein Afrika-Projekt. Das ist inzwischen abgeschlossen, aber ich bin natürlich immer noch regelmässig in Afrika. Wir gehen noch immer mindestens einmal im Jahr auf die Insel Lamu, die zum Weltkulturerbe der UNESCO gehört. Das ist unsere zweite Heimat. Dort hatte ich ein kleines Spitalprojekt.

Du engagierst dich auch als Stiftungsrat der Fondation Gaydoul, die sich körperlichen und geistigen Krankheiten bei Kindern widmet. Wie bist du dazu gekommen?

Karl Schveri, der Gründer des Denner Imperiums und Grossvater von Philippe Gaydoul ist mit meinem Vater zur Schule gegangen. Daher hat mich die Familie Gaydoul, welche diese Stiftung gegründet hat, angefragt, ob ich bereit wäre, in der Stiftung Einsitz zu nehmen, um dort das medizinische Know-How einzubringen. Und ich bin sehr gerne dabei.

Korrespondenz
urs.stoffel[at]fmh.ch



© Ronstik / Dreamstime

Die Einhaltung der Standesordnung der FMH fördert die Qualität im Gesundheitswesen und trägt zur Sicherung des Patientenwohls bei.

Das Label «responsible practice FMH»

Standesordnung Das Label «responsible practice FMH» bestätigt Gesundheitsorganisationen, dass sie sich für die in der Standesordnung festgehaltenen Berufspflichten und berufsethischen Regeln der FMH engagieren.

Stefanie Hostettler^a; Esther Kraft^b

^a Dr. sc. ETH Zürich, Abteilung Digitalisierung, Daten und Qualität DDQ FMH; ^b lic. rer. oec., Leiterin Abteilung Digitalisierung, Daten und Qualität DDQ FMH

Aktuell

Zunehmend finden ambulante medizinische Behandlungen in grösseren Organisationseinheiten statt, die nicht unter ärztlicher Leitung stehen. Im Weiteren haben viele Ärztinnen und Ärzte, die in stationären und ambulanten Einrichtungen des schweizerischen Gesundheitswesens arbeiten, das Arzt Diplom im Ausland erworben. Wenn diese Ärztinnen und Ärzten nicht Mitglieder der FMH sind, sind sie auch nicht an die Standesordnung [1] der FMH gebunden. Die Standesordnung setzt Standards zur beruflichen Kompetenz beziehungsweise Fortbildung, Patientenaufklärung, Schweigepflicht, Qualitätssicherung und medizinischen Weisungsfreiheit.

Es ist ein zentrales Anliegen der FMH, dass die in solchen Institutionen tätigen Ärztinnen und Ärzte ein Arbeitsumfeld vorfinden, in welchem die Standesordnung der FMH eingehalten wird. Die FMH weist mit dem Label «responsible practice FMH» diejenigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung

aus, die sich aktiv dafür einsetzen, dass ihre Mitarbeitenden die Standesordnung der FMH einhalten. Zudem soll für Patientinnen und Patienten erkennbar sein, dass sich «ihre» Praxis ausdrücklich zur Einhaltung der Standesregeln verpflichtet.

Als Patientin weiss ich, dass meine Arztpraxis aktiv dafür sorgt, die Grundsätze der Standesordnung einzuhalten.

Qualität sichtbar machen

Das Bekenntnis zur Einhaltung der Standesordnung der FMH, die dem Label zugrunde liegt, fördert die Qualität im Gesundheitswesen und trägt zur Sicherung des Patientenwohls bei. Das Label selbst macht dieses Bekenntnis sichtbar und ermöglicht es den Fachpersonen, dieses Bewusstsein zu Patien-

tinnen und Patienten und Partnern weiterzutragen.

Seit der Einführung des Labels haben zahlreiche Gesundheitsorganisationen das Label erhalten und berichten von positiven Erfahrungen [2]. Unter anderem ist das Antragsprozedere schlank gehalten und das Label bietet die Gelegenheit, gezielt ein Zeichen für die Qualität der ärztlichen Tätigkeit und die freie Berufsausübung zu setzen.

Korrespondenz
ddq[at]fmh.ch



Literatur

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

Das Label beantragen

Erwerben können das Label «responsible practice FMH» Organisationen, deren Schwerpunkt in der ärztlichen Tätigkeit mit Patienten

und Patientinnen besteht, also Arztpraxen, Polikliniken und Gesundheitszentren. Zudem muss mindestens deren ärztliche Tätigkeit unter der Leitung von FMH-Mitgliedern stehen. Informationen und Unterlagen zur An-

meldung finden sie auf www.fmh.ch → Label «responsible practice FMH».

Wenn Sie Fragen haben, erreichen Sie uns über [ddq\[at\]fmh.ch](mailto:ddq[at]fmh.ch) oder unter 031 359 11 11.

Label «responsible practice FMH»

Mit dem Label «responsible practice FMH» zertifiziert die FMH diejenigen Einrichtungen der medizinischen Versorgung, die sich aktiv dafür einsetzen, dass ihre Mitarbeitenden die Standesordnung der FMH einhalten.

Gute Gründe, das Label «responsible practice FMH» zu erwerben:

- Sie fördern aktiv ethisch richtiges und verantwortungsvolles Handeln.
- Sie fördern die Versorgungsqualität und die Patientensicherheit.
- Sie prägen die Organisationskultur und Organisationsführung im Sinne der Werte und Verhaltensnormen der Standesordnung der FMH.
- Sie erhalten den Nachweis, dass die Standards und Vorgaben der Standesordnung eingehalten und aktiv gefördert werden.

Jetzt das Label «responsible practice FMH» beantragen.

[www.fmh.ch/
responsible-
practice.de](http://www.fmh.ch/responsible-practice.de)



Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Jean-Pierre Colombo (1932), † 9.2.2024, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 3011 Bern

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici VD

Alba Gabrielle Victoria Santos, Spécialiste en neurologie et Spécialiste en médecine interne générale, membre FMH, Rue de l'Ale 25, 1003 Lausanne

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Marek Brendel, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Belegarzt in Hirslanden Klinik, Schänisweg, 5001 Aarau, ab sofort
Sara Brittingham, Fachärztin für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Angestellt in Praxisgemeinschaft Gutblick, Bahnhofplatz 3h, 5000 Aarau, ab 01.09.2024

Markus Büchi, Facharzt für Arbeitsmedizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxisgemeinschaft Dottikon AG, Alte Hägglingerstrasse 10, 5605 Dottikon, ab sofort
Dan Croitor, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Oberarzt in Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort
Christian Ebnöther, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Doktorzentrum Mutschellen, Corneliastrasse 6, 8965 Berikon, ab 01.07.2024

Jan Exner, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Gutachter in Neurogeriatrische Praxis Gerimed GmbH, Gustav Zeiler-Ring 2, 5600 Lenzburg, ab sofort

Milos Hranac, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Dr. Milos Hranac, Wettingerstrasse 21, 5400 Baden, ab sofort
Barbara Kern, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Kinder- und Jugendärzte am Werk, Fassbindstrasse 2-4, 4310 Rheinfelden, ab 01.07.2024

Stavroula Lykoni, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Kardio-

logie, Angestellt in Praxis Gruppe Kardiologie Menziken, Sagiweg 2, 5737 Menziken, ab sofort

Alice Mathis, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis Dr. Alice Mathis, Zelglistr. 37, 5034 Suhr, ab sofort
Carsten Stecker, Praktischer Arzt, Angestellt in Praxis Gruppe Würenlingen, Wiesenstrasse 4, 5303 Würenlingen, ab sofort
Marion Weinhold, Praktische Ärztin, Angestellt in Praxis Gruppe Safenwil, Güterstrasse 1C, 5745 Safenwil, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Anne Borm, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Endokrinologie/Diabetologie, Mitglied FMH, Leitende Ärztin in Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort

Stefan Neuhofer, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Leitender Arzt im Gesundheitszentrum Fricktal AG, Riburgerstrasse 12, 4310 Rheinfelden

Monya Todesco Bernasconi, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Leitende Ärztin in Kantonsspital Aarau AG, Tellstrasse 25, 5001 Aarau, ab sofort

Diese Kandidaturen werden in Anwendung von Art. 5 der Statuten des Aargauischen Ärzteverbandes veröffentlicht. Einsprachen müssen innert 14 Tagen seit der Bekanntmachung schriftlich und begründet der Geschäftsleitung des Aargauischen Ärzteverbandes eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet die Geschäftsleitung über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Bernhard Bickel, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Medbase Bern Westside, Ramuzstrasse 18, 3027 Bern

Heike Duft, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Praxis im Bunnzentrum, Schlossgarten Riggisberg, Schlossweg 5, 3132 Riggisberg
Michaela Ehrler, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, VISCERA AG Bauchmedizin AG, Waaghaus-Passage 8, 3011 Bern
Susanna Frigerio, Fachärztin für Neurologie, Mitglied FMH, Praxis Neurologie im Zentrum, Aarberggasse 30, 3011 Bern

Katharina Gaertner, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Läufferplatz 6, 3011 Bern

Alexandra Goll André, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Praxis Steinibach AG, Hübeliweg 1, 3052 Zollikofen
Samuel Paul Hofmann, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, Praxis Länggasse, Länggassstrasse 29, 3012 Bern
Konrad Mende, Facharzt für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie und Facharzt für Handchirurgie, Mitglied FMH, Orthopädie Sonnenhof, Salvisbergstrasse 4, 3006 Bern und Praxis Maulbeerstrasse 10, 3011 Bern

Vasyl Metenko, Praktischer Arzt, Medbase Bern Bahnhof, Parkterrasse 10, 3012 Bern
Friederike Ramseier, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Sanacare Gruppenpraxis Bern, Welle7 / Schanzenstrasse 5, 3008 Bern

Christine Schneider, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Laupenstrasse 8, 3008 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:
Matthias Clausen, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, ab 18.01.2024 zu 10%, 8808 Pfäffikon SZ.

Adrian-Eugen Pruteanu, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, ab 01.04.2024 zu 40%, Brunnen SZ.

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.



© KSGR / Marcel Giger

Das KSGR kooperiert eng mit den Regionalspitälern zur Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden.

Zwei Kantone, zwei Standorte, ein Spital

Überkantonaler Spitalbetrieb Notfallzentren werden eröffnet, Spitäler werden neu gebaut oder geschlossen, erfolgreiche Zusammenführungen von Spitälern gibt es jedoch selten. Für das Kantonsspital Graubünden (KSGR) ist die Vollintegration von Walenstadt ein Erfolgsmodell, wenn auch ein voraussetzungsreiches.

Céline Hollfelder^a; Martin Hug^b; Hugo Keune^c; Jürg Lyman^d; Gian Andrea Prevost^e; Matthias Wieland^f

^a M.A. HSG, Projektleiterin Übernahme Spital Walenstadt, Kantonsspital Graubünden (KSGR); ^b Dr. med., Leitender Arzt Anästhesie, Standortleiter Anästhesie Walenstadt;

^c CEO / Vorsitzender der Geschäftsleitung, KSGR; ^d Dr. med., ehem. Standortleiter Spital Walenstadt SR RWS, heute Leitender Arzt Frauenklinik Walenstadt;

^e Dr. med. et scient. med., Standortleiter Allgemein- und Viszeralchirurgie Walenstadt; ^f Dipl. med., stellvertretender Chefarzt, Standortleiter Innere Medizin Walenstadt

Aktospitäler in der Schweiz stehen unter grossem finanziellem Druck. Seit Einführung der Fallpauschalen im Jahr 2012 haben sich die EBITDA-Margen kontinuierlich nach unten bewegt. Die für ein langfristiges Überleben notwendige 10% EBITDA-Marge wird nur noch von wenigen Schweizer Spitälern mit meist einem hohen Zusatzversicherantenanteil erreicht.

In den vergangenen Jahren haben Spitäler deshalb auf der Kostenseite viele Optimierungen vorgenommen. Die hohe Nachfrage und die knappen Personalressourcen limitieren die Möglichkeiten jedoch stark. Einige Spitäler haben es knapp geschafft, ihre Infrastruktur zu erneuern, und selbst dies nur mit einem starken Anstieg der Verschuldungsquoten und damit der Zinslasten. Es erstaunt daher wenig,

dass in den vergangenen Jahren auch tiefergehende strategische Optionen geprüft und umgesetzt wurden. Im Folgenden zeigen wir anhand der Integration des Spitals Walenstadt ins Kantonsspital Graubünden (KSGR) exemplarisch auf, welche Faktoren in diesem Fall erfolgskritisch waren für eine (finanziell) nachhaltige Gesundheitsversorgung aus einer Hand über Kantonsgrenzen hinaus.

Dezentrale Gesundheitsversorgung

Das Hinterfragen des Angebots und der Standorte gehört zu den einschneidenderen Entwicklungsmassnahmen, die ein Spital ergreifen kann. Der Verzicht auf Angebote ist für ein Zentrumsspital ausgesprochen schwierig. Die Abhängigkeiten zwischen den verschiedenen medizinischen Disziplinen sind hoch. Zudem droht bei jedem Abbau von Leistungen kurz- bis mittelfristig zunächst eine Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation. Die Frage nach den Standorten und nach der Anzahl Spitäler, welche die Schweiz benötigt, ist jedoch für die Entwicklung des Kantonsspitals Graubünden bedeutend.

Vor dem Hintergrund der Annahme, dass eine Konzentration der Standorte zu Kosteneinsparungen führt, hat der Kanton St. Gallen 2019 dem Ausbau des Kantonsspitals St. Gallen KSSG und der gleichzeitigen Schliessung von dezentralen Standorten zugestimmt. Dazu gehörte auch das Spital Walenstadt (siehe Kasten). Im Gegensatz dazu kooperiert das KSGR eng mit den Regionalspitälern zur Aufrechterhaltung einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung im Kanton Graubünden. Damit wird unter anderem der weitläufigen und schwierigen Geografie des Kantons Rechnung getragen (Abbildung 1).

Das Hinterfragen des Angebots und der Standorte sind einschneidende Entwicklungsmassnahmen für ein Spital.

Chancen und Herausforderungen

Zentral scheint bei dieser Form der Gesundheitsversorgung der Zusammenschluss / die Kooperation von unterschiedlich grossen Standorten (Zentrumsspital und Regionalspital). Statt in Konkurrenz wird ergänzend gearbeitet. Das birgt neben dem eindeutigen Mehrwert für die Patientinnen und Patienten und bekannten Opportunitäten in der zentralisierten Erbringung von Supportleistungen wie Logistik, ICT oder HR auch organisatorische Chancen.

Eine bewusste Triage der Notfälle ermöglicht eine optimale und zeitnahe Patientenbetreuung. Ambulante Therapien, Untersuchungen und Spezialistensprechstunden können wohnortnah wahrgenommen werden, Patientinnen und Patienten bleiben aber an das Zentrumsspital angebunden. Gut abgestimmt lassen sich so Kapazitäten, zum Beispiel der Operations- und Sprechstundenslots der verschiedenen Standorte, optimal auslas-



Abbildung 1: Dezentrale Gesundheitsversorgung – verschiedene Standorten und Kooperationen.

ten und damit Vorhalteleistungen reduzieren. Und letztlich nicht unbedeutend: Die Vorteile eines kleinen Spitalstandortes, ein gut eingespieltes Team von Insidern mit sehr kurzen Wegen und ein familiäres Umfeld bleiben erhalten.

Weitere Chancen zeigen sich im Personalbereich. Wenn Teams an allen Standorten eingesetzt werden können, bringt das Abwechslung im Arbeitsalltag, erweitert aber auch den persönlichen fachlichen Horizont. Ein grosser standortunabhängiger Personalpool ermöglicht es zusätzlich, vor allem bei kurzfristigen Änderungen wie Krankheitsausfällen oder Saalschliessungen flexibel agieren zu können.

Dem gegenüber fallen die Herausforderungen im Betrieb mehrerer Standorte insbesondere über Kantonsgrenzen hinaus weniger

ins Gewicht, müssen aber dennoch genannt werden. So müssen separate Anträge für die Spitalisten beider Kantone gestellt werden – für alle Standorte. Die vermehrten Verlegun-

Walenstadt sollte weder rechtlich noch bezüglich Logistik, Führung, Betriebsabläufen und Personal eigenständig sein.

gen zwischen den Standorten werden zur Herausforderung und zum Kostenfaktor und sämtliche Ärztinnen und Ärzte, die in beiden Kantonen tätig sind, brauchen eine zusätzliche Berufsausübungsbewilligung.

Historie Spital Walenstadt

Im Oktober 2019 präsentierte der Kanton St. Gallen das Konzept «Weiterentwicklung der Strategie der St.Galler Spitalverbunde: Leistungs- und Strukturentwicklung». Die Strategie «4plus5» sieht die Schliessung von 5 Spitalstandorten (unter anderem auch Walenstadt) und die Umwandlung dieser Standorte in Gesundheits- und Notfallzentren (GNZ) vor.

Die Vorberatende Kommission des Kantonsrats sprach sich im Grundsatz für die Strategie «4plus5» aus, ergänzte jedoch den Antrag mit dem Vorschlag, den Erhalt des Standortes Walenstadt mittels Kooperationsmodell mit den Kantonsspitalern Graubünden und Glarus zu prüfen – dies im Sinne einer interkantonalen Versorgungsregion Sardona. Am 2. Dezember 2020 hiess der Kantonsrat diesen Vorschlag gut (mit nur einer Gegenstimme). Die Regierung hat den Projektauftrag genehmigt sowie die Projektorganisation mit Beizug der wesentlichen Anspruchsgruppen festgelegt.

Bis Ende 2022 sollte die Zukunft des Spitals Walenstadt geklärt sein. Dies gelang: Am 13. Juni 2022 stimmte das St.Galler Parlament (Kantonsrat) mit einer klaren Mehrheit dem Verkauf an das Kantonsspital Graubünden (KSGR) zu. Somit wird das Spital Walenstadt seit dem 1. Januar 2023 vom Kantonsspital Graubünden weitergeführt.

Organisationen

Für das KGSR war klar, dass eine Gesundheitsversorgung durch dezentrale Strukturen unter anderem mit dem Standort Walenstadt nur nachhaltig möglich ist, wenn eine Vollintegration aller Standorte mit grösstmöglicher Durchlässigkeit in allen Belangen und einem wirtschaftlichen Betriebsmodell umgesetzt werden.

Fallbeispiel Standort Walenstadt

Bereits zum Zeitpunkt des Entscheides zur Übernahme des Spitals Walenstadt waren damit die wichtigsten Prämissen definiert: Zum Start am 1.1.2023 sollte das Betriebsmodell einen kleinen, vollintegrierten und profitablen Standort ermöglichen. Walenstadt sollte weder rechtlich noch bezüglich Logistik, Führung, Betriebsabläufen, Personaleinsatzplanung und Personalgewinnung oder Auftritt eigenständig sein. Als neue Eigentümerin der Liegenschaft des Spitalstandortes konnte sich das KGSR sämtliche notwendigen Freiheiten für die infrastrukturelle Weiterentwicklung und damit für den nachhaltigen Betrieb des Standortes sichern.

Das KGSR betreibt den Standort Walenstadt als ein Regionalspital mit 24/7 Notfall. Eine telefonische Patiententriage durch die zentrale Notfallstation (ZNS) am Hauptstandort Chur erlaubt es, Patientinnen und Patienten je nach Wohnort, Erkrankung und Komplexität, und freien Kapazitäten nach Walenstadt oder nach Chur zu leiten. Der intensive Dialog mit den Rettungsdiensten ist dabei ein entscheidender Erfolgsfaktor.

Das KGSR verbindet die Gesundheitsversorgung in Graubünden und St. Gallen Süd erfolgreich und finanziell nachhaltig.

Das Leistungsspektrum wurde nach Übernahme beibehalten und sogar leicht erweitert. Der Fokus lag bewusst auf Angeboten, deren wohnortnahe Erbringung für die Bevölkerung einen Mehrwert bietet. Dazu zählen zum Beispiel Akutgeriatrie, Palliative Care, Dialyse und Onkologie. Um die Wirtschaftlichkeit sicherzustellen, wurde von Beginn weg eine signifikante Verkleinerung der Bettenkapazitäten angestrebt und ein ganzes Stockwerk geschlossen. Das Spital kann rund 45 stationäre Patientinnen und Patienten aufnehmen, davon mindestens vier mit erhöhtem Überwachungsbedarf (IMC). Operiert wird nur wochentags.

Die Übernahme wurde gemäss Artikel 333 des Obligationsrechts (OR) als Betriebsübergang abgewickelt. Damit waren viele umstrit-

Erfolgsfaktoren einer Spitalübernahme

Die kritischen Erfolgsfaktoren einer Spitalübernahme über Kantonsgrenzen hinaus sind folgende:

- Erhalt der regionalen Vernetzung (Zuweisende, Gesundheitsinstitutionen, Gewerbe, Rettungsdienst ...)
- Politischer Support der involvierten Gemeinden und Kantone
- Einbindung der Bevölkerung via politischer Parteien
- Erfahrung in dezentraler Gesundheitsversorgung (Allianzen, Kooperationen, Personalentsendung ...)
- Transparenz gegenüber den Mitarbeitenden im Prozess – frühe Kommunikation der Vision und des übernommenen Personals schafft Sicherheit und Orientierung
- Einheitliche digitale Basissysteme ab Tag 1
- Vollintegration unter Wahrung der Identität des Standortes

tene Fragen rechtlich bereits geklärt. 92% des Personals inklusive Lernenden war bereits vor Betreiberwechsel am Standort Walenstadt tätig und wurde übernommen. Damit blieben langjährige Beziehungen zwischen Spital und Personal, Patientinnen und Patienten und lokalen Organisationen bestehen. Auf eine Standortleitung wurde bewusst verzichtet. Die Koordination am Standort geschieht als regelmässiger informeller Austausch zwischen den Schlüsselpersonen.

Fazit: Erkenntnisse nach einem Jahr

Ein Jahr nach Übernahme lässt sich ein positives Fazit ziehen. Die kantonalen Regularien sind zwar noch überhaupt nicht auf einen kantonsübergreifenden Spitalbetrieb vorbereitet: Der grosse administrative Aufwand (zum Beispiel Bewilligungen für ärztliches Personal) ist geprägt von Doppelspurigkeiten ohne Mehrwert. Dennoch wurden die anfänglichen Sorgen, dass sich eine Übernahme und Vollintegration – insbesondere Schlag 00.00 Uhr in der Silvesternacht 2022/23 – als problematisch erweisen könnte, nicht bestätigt. Ängste bezüglich dem «neuen» IT-System oder Unterbrüchen in der Patientenversorgung traten nicht ein. Mit sofortiger Wirkung waren die Innere Medizin, Chirurgie/Orthopädie, Gynäkologie sowie Akutgeriatrie und Palliativmedizin Teil der bestehenden Departemente des Kantonsspitals Graubünden. Der Koordinationsaufwand zwischen den Standorten ist überschaubar.

Die budgetierten stationären Fallzahlen wurden quasi punktgenau erfüllt, im ambulanten Bereich sogar deutlich übertroffen. In der Praxis zeigt sich der Mehrwert der Vollintegration insbesondere bei der Durchlässigkeit in allen Belangen zwischen den Standorten.

Die Personalrotationen in den Departementen Chirurgie/Orthopädie und Anästhesie über alle Standorte ermöglichen auch am

Standort Walenstadt Leistungen mit hohem Spezialisierungsgrad.

Ein Jahr nach Betriebsübernahme ist das Spital Walenstadt also ein Beispiel für eine gelungene Vollintegration. Das KGSR verbindet die Gesundheitsversorgung in Graubünden und St. Gallen Süd, der Versorgungsregion Sardona, erfolgreich und finanziell nachhaltig.

Korrespondenz
info[at]ksgsr.ch

SWISS MEDICAL FORUM

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



288

Update zum Stufenmodell der Fahreignungsabklärung

Verkehrsmedizin Mit der Einführung des Stufenmodells der Fahreignungsabklärung hat sich in der Schweiz einiges getan. Dieser Beitrag stellt das Stufenmodell vor, erläutert die damit verbundenen Änderungen und wirft einen Blick auf zukünftige Herausforderungen.

Kristina Keller, Mariangela De Cesare et al.



292

Wenn die Diagnose nicht ins Auge springt

Plötzliche Visusminderung Ein 84-jähriger sucht ärztlichen Rat, weil er seit vier Tagen am linken Auge verschwommen sieht. Das Symptom ist plötzlich aufgetreten, ist aber nicht mit Schmerzen verbunden. Der Patient leidet an Bluthochdruck, der behandelt wird, und nimmt Acetylsalicylsäure zur Primärprävention ein.

Géraldine Cuendet, François-Xavier Borruat et al.



296

Francisella-tularensis-Meningoenzephalitis

«Emerging» Manifestation Ende April stellte sich eine 69-jährige Patientin mit Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit und Oberbauchschmerzen auf der Notfallstation vor. Die Patientin war bisher selbstständig, körperlich aktiv mit Freizeitaktivitäten in der Natur und half ihrer Tochter auf einem Bauernhof beim Heuen.

Martina Haueter, Rein Jan Piso et al.

Journal Club

Weekly Briefing

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

Wissenschaftliche Redaktion Swiss Medical Forum

RSV-Infekt

Kardiale Komplikationen häufig

In dieser Querschnittsstudie wurden >6000 Hospitalisierte im Alter ≥ 50 Jahre mit bestätigter Respiratory-Syncytial-Virus-(RSV-)Infektion untersucht: die Patientinnen und Patienten waren im Mittel 73 Jahre alt, 60% waren Frauen. Bei >20% kam es während der Hospitalisation zu einem akuten kardialen Ereignis (Herzinsuffizienz >> myokardiale Ischämie > andere) – in 1 von 12 Fällen war bis dato keine kardiale Erkrankung bekannt. Eine kardiale Komplikation erhöhte das Risiko für ein schlechtes Outcome um fast das Doppelte: 20% aller Hospitalisierten wurden intensivpflichtig, 5% verstarben. Fazit: Eine RSV-Infektion kann bei älteren Erwachsenen schwer verlaufen. Interessant wird sein, ob und wie die Vakzination dieses Risiko verändert.

JAMA Intern Med. 2024,
doi.org/10.1001/jamainternmed.2024.0212.
Verfasst am 27.4.2024_HU

Diagnose CTEPH

Selten gestellt nach akuter Lungenembolie

Es wurden die Daten von >500 000 Patientinnen und Patienten mit akuter Lungenembolie (mittleres Alter 71 Jahre, 57% Frauen) von 2010–2021 analysiert. Die Komplikation einer chronisch thromboembolischen pulmonalen Hypertonie (CTEPH) wurde im Durchschnitt 13,5 Monate nach dem Akuteignis diagnostiziert. Risikofaktoren für eine verzögerte Diagnosestellung: weibliches Geschlecht, Adipositas, chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Die Prävalenz nahm im Beobachtungszeitraum zwar von 0,4 auf 0,9% zu. Trotzdem wird im Real-World-Setting ohne systematisches Follow-up die Diagnose CTEPH – eine potentiell kurative Form der pulmonalen Hypertonie – wohl (zu) selten gestellt. Bei persistierender Symptomatik trotz adäquater Therapie: Echokardiographie durchführen!

J Thromb Haemost. 2024,
doi.org/10.1016/j.jtha.2024.04.009.
Verfasst am 27.4.24_HU

Vintage Corner

Radiologie der kardialen Dekompensation

Was ist im Röntgen-Thorax das Zeichen mit der besten diagnostischen Wertigkeit zur Bestätigung einer linkskardialen Dekompensation? Die basoapikale Umverteilung: im entsprechenden klinischen Kontext beträgt die positive Likelihood Ratio 12! Eine Umverteilung liegt vor, wenn der Durchmesser der apikalen Lungenvenen denjenigen der basalen Gefäße übertrifft. Letztere sind physiologischerweise besser perfundiert – ein Anstieg des linkskardialen Preloads führt hier zu einer reflektorischen Vasokonstriktion mit konsekutivem Volumenshift (Umverteilung) in die apikalen Venen [1]. Cave: «normal individuals may show redistribution when supine» [2]. Deshalb sich primär orientieren, ob es sich um eine Aufnahme im Stehen oder Liegen handelt.

1 Circulation. 1961, doi.org/10.1161/01.CIR.24.2.185.
2 J Gen Intern Med. 1996, doi.org/10.1007/BF02599031.
Verfasst am 1.5.24_HU

CME

Eosinophile gastrointestinale Krankheiten

- ... beinhalten chronische immunvermittelte entzündliche Krankheiten, die den Ösophagus (eosinophile Ösophagitis), den Magen (eosinophile Gastritis), den Dünndarm (eosinophile Enteritis) oder das Kolon (eosinophile Kolitis) betreffen.
- Die **eosinophile Ösophagitis** äussert sich u.a. mit Dysphagie und Sodbrennen. Als Komplikation können Strikturen mit Bolusimpaktion und Würgegefühl auftreten.
- Die Pathophysiologie ist nicht komplett verstanden. Die Exposition gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln (Milchprodukte, Weizen, Eier, Soja, Erdnüsse, Fische, Scha-

lentiere) kann zu einer eosinophilen Schleimhautinfiltration mit konsekutiver Fibrosierung führen. >90% der Betroffenen weisen eine atopische Diathese (atopische Dermatitis, eosinophiles Asthma) auf.

- Die Diagnose erfolgt klinisch und bioptisch, differentialdiagnostisch sind ein ösophagealer Crohn, ein hypereosinophiles Syndrom oder eine medikamentöse Ösophagitis (Doxycyclin, nichtsteroidale Antirheumatika) auszuschliessen.
- Die Behandlung fokussiert auf diätetische Massnahmen mit Weglassen bestimmter Nahrungsmittel sowie Biopsiekontrollen nach 6–8 Wochen. Additiv kommen Protonenpumpenhemmer (PPI), orale Steroide (Budesonid) oder der monoklonale Interleukin-4-Rezeptor-Antikörper Dupilumab zum Einsatz.

- **Eosinophile gastrointestinale Krankheiten ausserhalb des Ösophagus** manifestieren sich unspezifisch und sind vermutlich unterdiagnostiziert – die Diagnosekriterien sind allerdings schlecht definiert. Bei Gastritis und Enteritis stehen Inappetenz, Gewichtsverlust, Schmerzen, Krämpfe, Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen im Vordergrund, bei Kolitis Diarrhoe, Schmerzen, Blutung.
- Zusätzlich zur atopischen Diathese können Anämie, Hypalbuminämie und – in bis zu 50% der Fälle – eine periphere Eosinophilie auftreten.
- Zur Therapie existieren wenig Studien. Diätetische Massnahmen, PPI und Kortikosteroide kommen off label zum Einsatz.

JAMA. 2024, doi.org/10.1001/jama.2024.2143.
Verfasst am 3.5.24_HU

Bedeutung unterschätzt?

Intestinale Infektion durch SARS-CoV-2

COVID-19 wird nicht mehr als nur respiratorische Infektion angesehen, sondern als systemische Erkrankung verstanden, die zahlreiche Organe befallen kann. Gastrointestinale Symptome sind sowohl bei akuter Krankheit als auch bei Long-COVID häufig. In der Akutphase kommen Appetitlosigkeit, Nausea und Erbrechen, Diarrhoe und Abdominalschmerzen bei >50% der infizierten Personen vor. Diese Symptome können als erste auftreten, ohne respiratorische Symptome auftreten oder sich erst im Verlauf der Erkrankung entwickeln. Der Angiotensin-Converting-Enzyme-Rezeptor dient im respiratorischen Epithel als Bindungsstelle. Diese Rezeptoren sind sowohl im Dünndarm als auch im Dickdarm zahlreich vorhanden, was wohl erklärt, weshalb RNS von SARS-CoV-2 im Stuhl und gastrointestinale Symptome häufig festzustellen sind. Die Interaktion mit den Rezeptoren im Darm zerstört das Darmepithel, produziert inflammatorische Zytokine und führt zu Gerinnung in den kleinen Gefässen mit konsekutiven ischämischen Schäden. Mitbeteiligt an diesen Schäden sind auch signifikante Veränderungen im Mikrobiom. SARS-CoV-2 reduziert die Anzahl von *Faecilibacterium (F) prausnitzii* und anderen Darmbakterien, die für die Immunantwort im Magendarmtrakt grundsätzlich von grosser Bedeutung sind. Durch die Reduktion von *F. prausnitzii* werden weniger kurzfettige Fettsäuren (z.B. Butyrat) produziert, deren antientzündlicher Effekt dadurch abgeschwächt wird. Bei der Genesung bleiben diese Mikrobiom-Veränderungen trotz Elimination von SARS-CoV-2 gelegentlich bestehen, was wohl die Darmsymptome bei Long-COVID erklärt. Der Versuch, mit einem Synbiotika-Gemisch die Darmflora nach akuter COVID-Infektion während sechs Monaten wieder zu diversifizieren, hatte zur Folge, dass Fatigue, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen sowie Abdominalbeschwerden signifikant häufiger gebessert wurden.

Die Beobachtungen der Assoziation von Mikrobiom-Veränderungen mit COVID-19 sind bemerkenswert. Wie bedeutend der SARS-CoV-2-Darmbefall aber die immunologische und antientzündliche Aktivität in der subakuten und chronischen Phase von COVID-19 beeinflusst, bleibt offen.

BMJ. 2024, doi.org/10.1136/bmj.q842.
Verfasst am 6.5.24_MK

Plastik überall



© Nanthicha Khramphumee / Dreamstime

Über die gesundheitsschädigende Wirkung von Plastik ist noch zu wenig bekannt.

Macht Mikroplastik krank?

In einem Editorial wird auf das Schadenpotential von Plastik auf den Menschen aufmerksam gemacht [1]. Plastik ist stabil, wasserdicht und langlebig. So nützlich diese Eigenschaften sind, so sehr überfordern sie uns, die Kunststoffe zu entsorgen. Mehr als 400 Millionen Tonnen Plastikabfall werden jährlich auf unserer Welt produziert, 10 Millionen Tonnen davon gelangen in die Weltmeere. Über 10 000 Chemikalien befinden sich in den verschiedenen Plastikmaterialien, darunter auch Karzinogene und endokrin aktive Substanzen. Es wird vermutet, dass diese Schadstoffe vor allem über Mikro- und Nanoplastik auf den Menschen übertragen werden. Mikroplastik ist wie Granulat, dessen Einzelteilchen <5 mm im Durchmesser messen, während Nanoplastik mit <1 µm deutlich kleiner ist. Über Inhalation oder Ingestion gelangen diese Kunststoffteilchen in den menschlichen Körper. Sie werden zum Beispiel über Getränke oder Nahrung, die in Plastikbehältern aufbewahrt oder erhitzt werden (Mikrowelle, Schoppen für Säuglinge), oder durchs Zähneputzen aus der Zahnpasta aufgenommen. Auch zahlreiche Kosmetika enthalten Mikro- und Nanoplastik, das über die Haut absorbiert werden kann.

Bisher wurde der biologische Effekt von Mikro- und Nanoplastik in Labortieren untersucht. Glukose- und Lipidstoffwechsel, Wachstum sowie Reproduktion werden dabei ungünstig beeinflusst und je nach Polymertyp besteht für die Expositionskonzentration und -zeit eine Dosis-Effekt-Korrelation [2]. In der Zwischenzeit ist bekannt, dass auch der Mensch Plastik in zahlreichen Organen akkumuliert. Die Folgen für unsere Gesundheit sind allerdings noch unbekannt. Einige wenige Beobachtungen berichten von gastrointestinalen Erkrankungen im Zusammenhang mit der Einnahme von Mikroplastik, das sich in erhöhten Konzentrationen im Stuhl der Erkrankten nachweisen lässt. Bemerkenswert ist die kürzlich publizierte Untersuchung von 304 atherosklerotischen Plaques der Karotiden, die in >50% Polyethylen und teilweise auch Polyvinylchlorid enthielten [3]. Patientinnen und Patienten mit Plastiknachweis hatten dabei eine schlechtere Prognose für weitere atherosklerotische Erkrankungen in den drei Folgejahren. Grundsätzlich fehlt bisher der Kausalitätsnachweis.

Es besteht für uns Ärztinnen und Ärzte eine hohe Dringlichkeit, mehr über die gesundheitsschädigende Wirkung von Mikro- und Nanoplastik zu wissen und zu verstehen. Ohne Daten und Evidenz sind weder Verharmlosung noch Panikmache gerechtfertigt.

1 Nat Med. 2024, doi.org/10.1038/s41591-024-02968-x.

2 Front Public Health. 2023, doi.org/10.3389/fpubh.2023.1103289.

3 N Engl J Med. 2024, doi.org/10.1056/NEJMoa2309822.

Verfasst am 30.4.24_MK

Schlaglicht: Verkehrsmedizin

Update zum Stufenmodell der Fahreignungsabklärung

Mit der Einführung des Stufenmodells der Fahreignungsabklärung hat sich in der Schweiz einiges getan. Dieser Beitrag stellt das Stufenmodell vor, erläutert die damit verbundenen Änderungen und wirft einen Blick auf zukünftige Herausforderungen.

Dr. med. Kristina Keller^a; Dr. med. Mariangela De Cesare^b; Dr. med. Roberta Fahrner-Muschietti^c; Dr. med. Maurice Fellay^d; Dr. med. Philip Keller^e; Dr. med. Cristian Palmiere^f; Dr. med. Matthias Pfäffli^g

^a Institut für Rechtsmedizin, Abteilung Verkehrsmedizin, Universität Zürich, Zürich; ^b Centro medico del traffico del Ticino, Chiasso; ^c Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital Graubünden, Chur; ^d Expertises médicales, Institut Central des Hôpitaux, Hôpital du Valais, Sierre; ^e Institut für Rechtsmedizin, Kantonsspital Aarau, Aarau; ^f Centre universitaire romand de médecine légale (CURML), Lausanne; ^g Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern, Bern

Hintergrund

Das Stufenmodell wurde 2016 vom Bundesrat zur Harmonisierung und Qualitätssicherung der verkehrsmedizinischen Untersuchungen im Auftrag von Administrativbehörden (Strassenverkehrsämter) eingeführt.

Was ist das Stufenmodell?

Das Stufenmodell umfasst vier Qualifikationsstufen mit unterschiedlichen Kompetenzen [1].

Stufe 1 wird entweder durch Selbstdeklaration oder durch den Besuch eines eintägigen Kurses erreicht. Es ist zudem möglich, zunächst die Selbstdeklaration auszufüllen und anschliessend den Kurs zu besuchen. Mit der Stufe 1 ist man berechtigt, Untersuchungen von >75-jährigen Fahrzeuglenkenden (Seniorinnen und Senioren) durchzuführen. Ein Grossteil des ärztlichen Personals mit Stufe-1-Anerkennung hat die Qualifikation über die Selbstdeklaration erlangt. Aber aus verkehrsmedizinischer Sicht plädiert die Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin (SGRM) im Sinne der Qualitätssicherung für die Teilnahme am Kurs, welcher auch im Rahmen der Fortbildungspflicht durch die Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) anerkannt wird.

Nach Erhalt der Stufe 1 kann mit einem weiteren eintägigen Kurs die *Stufe 2* erreicht werden. Mit dieser Stufe darf man Untersuchungen von Personen, die sich um eine

höhere Führerausweiskategorien (z.B. Lastwagen, Bus, Car, Taxi) bewerben oder diese innehaben, durchführen.

Für die *Stufe 3* muss man die Stufe-2-Qualifikation besitzen und anschliessend einen weiteren eintägigen Kurs besuchen. Damit ist man berechtigt, folgende Personen zu untersuchen:

- Personen >75 Jahre (seit 01.03.2024), die einen Führerschein beantragen;
- Personen mit Körperbehinderungen;
- Personen, bei denen Zweituntersuchungen nach einer Stufe-1- oder Stufe-2-Untersuchung mit unklarem Ergebnis erforderlich sind;
- Personen, die nach schwerer Krankheit oder Unfallverletzungen untersucht werden müssen;
- Personen, bei denen Untersuchungen aufgrund einer Meldung durch das behandelnde ärztliche Personal (Ärztmeldung) gemäss Artikel 15d Absatz 1 Buchstabe e des Strassenverkehrsgesetzes (SVG) oder durch die Invalidenversicherung (IV-Stellenmeldung) gemäss Artikel 15d Absatz 1 Buchstabe d des SVG durchgeführt werden müssen.

Die *Stufe 4* erlangt man über eine mindestens zweijährige Anstellung an einer verkehrsmedizinischen Weiterbildungsstätte und durch das Absolvieren eines von der SGRM vorgegebenen Curriculums inklusive Prüfung. Mit die-

ser Stufe ist man berechtigt, alle verkehrsmedizinischen Untersuchungen zur Fahreignung und Fahrfähigkeit durchzuführen, auch bei Zweifeln an der Fahreignung nach Art. 15d Abs. 1 SVG (z.B. bei Verdacht auf eine Substanzproblematik).

Der Gesetzgeber schreibt vor, dass in den folgenden Fällen eine Zustimmung einer ärztlichen Person mit Stufe-4-Qualifikation eingeholt werden muss:

- Abweichung von den medizinischen Mindestanforderungen im Sinne einer Ausnahmegewilligung (Art. 7 Abs. 3 Verkehrszulassungsverordnung [VZV]);
- Indikation für eine Fahrt zur Überprüfung der Fahreignung (ärztlich begleitete Kontrollfahrt, Art. 5j Abs. 2 VZV);
- Beschränkungen des Führerausweises (örtlich, zeitlich, auf bestimmte Strassentypen, auf bestimmte Fahrzeugarten, Art. 34 VZV).

Dies alles ist bei der Fahreignungsbeurteilung auf einer tieferen Stufe zu beachten.

Die Stufenanerkennung ist fünf Jahre nach Erhalt gültig, wobei die Gültigkeit verlängert wird, sollte man im Verlauf eine höhere Stufe erlangen. Die ärztlichen Personen werden 12 und 3 Monate vor Ablauf der Stufenanerkennung darüber informiert. Für die Erneuerung ist für Stufe 1 wieder eine Selbstdeklaration oder ein Kursbesuch möglich. Für Stufe 2 und Stufe 3 muss jeweils ein halbtägiger Kurs

besucht werden. Für Stufe 4 gelten die Vorgaben der SGRM.

Die Plattform www.medtraffic.ch, betrieben von der Vereinigung der Strassenverkehrsämter (asa), dient Fahrzeuglenkenden als Tool zur Suche nach qualifizierten Ärztinnen und Ärzten sowie als Informationsplattform für die Ärzteschaft. Sie ermöglicht die Anmeldung zu entsprechenden Kursen und die Abfrage des individuellen Fortbildungsstandes. Die Inhalte der Fortbildungsmodule 1–6 (Abb. 1) sowie die Kurse sind auf der Internetseite zu finden [2, 3].

Was hat die SGRM gemacht?

Die SGRM wurde vom Bundesamt für Strassen (ASTRA) mit der Aufgabe betraut, die entsprechenden Kurse zum Erwerb beziehungsweise zum Erhalt der Stufenanerkennung durchzuführen. Dabei geht es vor allem darum,

- dem ärztlichen Personal ihre Rechte und Pflichten zu vermitteln,
- aufzuzeigen, welche Grenzen und Möglichkeiten bei der Beurteilung der Fahreignung bestehen,
- zu erklären, wie die Abläufe und die Zusammenarbeit mit den Administrativbehörden funktionieren,
- die Grundlagen der Beurteilung der medizinischen Mindestanforderungen zu vermitteln und
- Fallstricke in der Praxis aufzuzeigen.

Seit Juli 2016 hat das Fortbildungszentrum der SGRM insgesamt 146 Stufenkurse angeboten und 6681 Ärztinnen und Ärzte ausgebildet (Tab. 1). Seit 2021 werden neben den Ausbildungskursen auch Refresherkurse angeboten. Insgesamt gibt es eine ausreichende Anzahl qualifizierter Ärztinnen und Ärzte auf allen Stufen und in allen Sprachregionen.

Die meisten Kurse finden als Präsenzveranstaltung statt. Aber seit der COVID-19-Pandemie hat die SGRM das Angebot auf Onlinekurse ausgeweitet, was von den Kursteilnehmenden sehr geschätzt wird. Die Rückmeldungen zu den Kursen sind insgesamt sehr positiv und das Feedback ist durchweg sehr gut, sodass die SGRM der Meinung ist, dass hier ein wertvoller Beitrag zur Qualitätssicherung in der verkehrsmedizinischen Beurteilung und damit zur Verkehrssicherheit geleistet wird.

Was hat sich getan?

Zum 01.01.2019 wurde das Alterslimit der periodischen vertrauensärztlichen Kontrolluntersuchung für Seniorinnen und Senioren (Stufe-1-Untersuchung) vom 70. auf das 75. Altersjahr heraufgesetzt.

Im November 2022 wurde eine Studie der Beratungsstelle für Unfallverhütung (bfu) veröffentlicht, in der die Wirksamkeit der sog. Stufe-1-Untersuchungen in Frage gestellt wurde [4]. Dazu ist anzumerken, dass diese Studie für die Schweiz Zahlen aus dem Zeitraum von 2014 bis 2016 verwendete, also vor Einführung des Stufenmodells, und damit dessen Auswirkungen nicht beurteilen kann. In einer anderen Studie wurden hohe Zustimmungsraten der Ärzteschaft zur Stufe-1-Untersuchung erhoben und die von der SGRM angebotenen Kurse mehrheitlich positiv bewertet [5].

Ausblick

Das Fortbildungszentrum der SGRM überprüft fortlaufend das Kursangebot und die Akzeptanz der Kurse in der Ärzteschaft. Die Didaktik der Kurse wird ebenso überprüft und falls notwendig angepasst. Zu prüfen wird zukünftig das Anbieten von E-Learning-Angeboten sein.

Die demographischen Entwicklungen mit zunehmender Teilnahme von älteren Fahrzeuglenkenden sowie die Automatisierung von Fahraufgaben werden auch zukünftig zu Diskussionen im Spannungsfeld von Verkehrssicherheit und Mobilität führen. Die

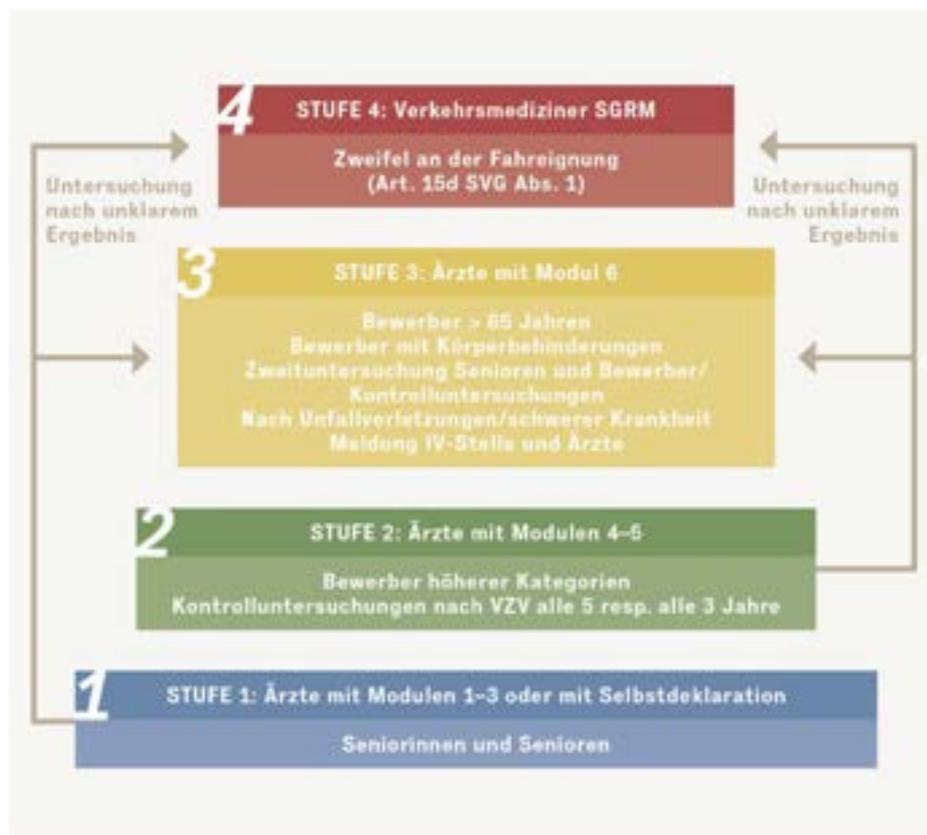


Abbildung 1: Das Stufenmodell.

SGRM: Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin; SVG: Strassenverkehrsgesetz; IV: Invalidenversicherung; VZV: Verkehrszulassungsverordnung.

Tabelle 1: Kurse und Teilnehmende

	Anzahl Kurse	Anzahl Teilnehmende
Kurse Stufe 1	43	2101
Kurse Stufe 2	42	2097
Kurse Stufe 3	21	335
Refresher Stufe 1	14	789
Refresher Stufe 2	19	1240
Refresher Stufe 3	7	122

SGRM wird sich mit diesen Fragen wissenschaftlich auseinandersetzen müssen. So wird eine Evaluation von Aufwand und Nutzen der gesetzlich vorgeschriebenen Stufe-1- und Stufe-2-Untersuchungen unumgänglich sein.

Korrespondenz

Dr. med. Kristina Keller
Institut für Rechtsmedizin
Abteilung Verkehrsmedizin
Universität Zürich
Andreasstrasse 15
CH-8050 Zürich
kristina.keller[at]irm.uzh.ch

Conflict of Interest Statement

KK: Referentenhonorar für SGRM-Kurse, Sitzungsgelder für GL-Sitzungen Fortbildungszentrums für Fahreignungsbegutachtung Schweiz der SGRM, Vorsitzende der Geschäftsleitung des Fortbildungszentrums für Fahreignungsbegutachtung Schweiz der SGRM, Sektionspräsidentin der Sektion Verkehrsmedizin der SGRM, Vorstandsmitglied der SGRM, Vize-Präsidentin der SGRM. CP, MF, MP, PK, RFM: Referentenhonorar für SGRM-Kurse, Sitzungsgelder für GL-Sitzungen Fortbildungszentrums für Fahreignungsbegutachtung Schweiz der SGRM, Mitglied der Geschäftsleitung des Fortbildungszentrums für Fahreignungsbegutachtung Schweiz der SGRM. MDC: Referentenhonorar für SGRM-Kurse.

Author Contributions

Alle Autorinnen und Autoren haben das eingereichte Manuskript gelesen, das von Frau Dr. med. Kristina Keller verfasste Manuskript überprüft und editiert und sind für alle Aspekte des Werkes mitverantwortlich.

Literatur

- 1 Geschäftsleitung und -führung des Fortbildungszentrums für Fahreignungsbegutachtung Schweiz. Neuerungen durch Via sicura. Schweiz Ärztztz. 2015;96(42):1511–1514.
- 2 SGRM Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin, Sektion Verkehrsmedizin [Internet]. Zürich: Verkehrsmedizinische Fortbildungsmodule zur Erlangung der Qualifikation Stufe 1-3 Ärzte gemäss Verkehrszulassungsverordnung (VZV). [cited 2024 April 18]. Available from: https://medtraffic.ch/wp-content/uploads/2022/04/VMFortbildung_Stufe1-3_Vorschlag_04.2020_final_de.pdf
- 3 SGRM Schweizerische Gesellschaft für Rechtsmedizin, Sektion Verkehrsmedizin [Internet]. Zürich: Fortbildungskurse für Ärzte. [cited 2024 April 18]. Available from: <https://medtraffic.ch/aerzte-psychologen/kurssuche/>
- 4 Hertach P et al. Age-based medical screening of drivers in Switzerland: an ecological study comparing accident rates with Austria and Germany. Swiss Med Wkly. 2022;152:40005.
- 5 Grob P, Pfäffli M. Attitude of Swiss general practitioners to mandatory training in assessing fitness to drive of older drivers. Swiss Med Wkly. 2021;151:w30035.



Dr. med. Kristina Keller
Institut für Rechtsmedizin, Abteilung
Verkehrsmedizin, Universität Zürich,
Zürich



Stellen Sie Rezepte einfach digital aus,
direkt in Ihrer Praxissoftware – mit dem
E-Rezept Schweiz Service von HIN.

E-REZEPT

Mehr erfahren

Einfach sicher zusammenarbeiten im
Schweizer Gesundheitswesen

www.hin.ch/e-rezept



Plötzliche Visusminderung

Wenn die Diagnose nicht ins Auge springt

Géraldine Cuendet^a, dipl. Ärztin; Prof. Dr. med. François-Xavier Borruat^b; David Cuendet^c, dipl. Arzt; Prof. Dr. med. Patrik Michel^d

^a Maison de la Santé du Haut-Lac, Vouvry; ^b Unité de neuro-ophtalmologie, Service universitaire d'ophtalmologie, Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, Lausanne;

^c Service de neurologie, Hôpital fribourgeois (HFR), Fribourg; ^d Service de neurologie, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne

Fallbeschreibung

Ein 84-Jähriger sucht ärztlichen Rat, weil er seit vier Tagen am linken Auge verschwommen sieht. Das Symptom ist plötzlich aufgetreten, ist aber nicht mit Schmerzen verbunden. Der Patient leidet an Bluthochdruck, der behandelt wird, und nimmt Acetylsalicylsäure zur Primärprävention ein.

Frage 1

Welche Art der Läsion ist am wahrscheinlichsten? In Abbildung 1 ist ein anatomischer Überblick über die Sehbahnen zu finden.

- Augenläsion (etwa Netzhautablösung, Glaukom)
- Prächiasmale neurologische Läsion (etwa Verschluss der Arteria centralis retinae

[Zentralarterienverschluss, kurz ZAV] oder eines ihrer Äste; anteriore ischämische Optikusneuropathie [AION])

- Chiasmaläsion
- Läsion eines okulomotorischen Nervs
- Retrochiasmale Läsion (ischämische oder hämorrhagische okzipitale Hirnläsion)

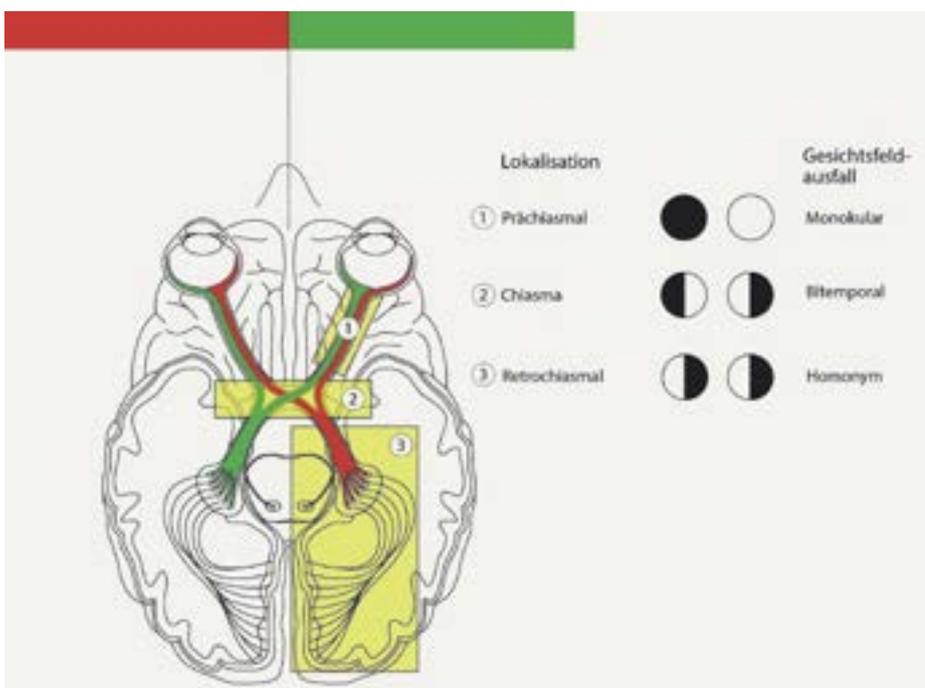


Abbildung 1: Anatomischer Überblick über die Sehbahnen.

Eine Netzhautablösung verläuft schmerzlos, ihr gehen allerdings meist Lichtwahrnehmungen und Mouches volantes voraus. Die Visusminderung ist aufgrund der zunehmenden Netzhautablösung meist progressiv.

Man unterscheidet zwei Arten von Glaukom: Das Offenwinkelglaukom (95%) verläuft chronisch mit einem allmählichen, mässigen Anstieg des Augeninnendrucks, der beidseitig und häufig asymmetrisch zu einem langsamen, schmerzlosen und irreversiblen Verlust des peripheren Sehvermögens führt. Das Glaucoma acutum (5%) entsteht durch Verschluss des Kammerwinkels bei anatomisch prädisponierten Personen. Die Symptome treten plötzlich auf und reichen von geröteten Augen und Augenschmerzen über verschwommenes Sehen bis hin zur Wahrnehmung von Halos um Lichtquellen. Es handelt sich um einen ophthalmologischen Notfall.

AION und ZAV haben eine sehr ähnliche Symptomatik mit dem plötzlichen und schmerzlosen Auftreten einer monokularen

Visusminderung. Bisweilen geht eine Amaurosis fugax voraus.

Eine Chiasmaläsion äussert sich durch eine bitemporale Hemianopsie, die in der Regel langsam fortschreitet und mit einer extrinsischen Kompression (etwa durch ein Hypophysenadenom) zusammenhängt.

Die Läsion eines okulomotorischen Nervs manifestiert sich durch eine binokulare Diplopie, die je nach Ätiologie akut oder chronisch ist.

Eine okzipitale Hirnläsion äussert sich durch eine homonyme Hemianopsie auf der gegenüberliegenden Seite der Schädigung. Wenn der Gesichtsfeldausfall auf einer Seite überwiegt, berichten manche Betroffene von einer monokularen Symptomatik, bei der das Auge mit dem grösseren (temporalen) Ausfall als das «betroffene» Auge identifiziert wird. Daher ist es bei jeder visuellen Beschwerde von entscheidender Bedeutung, das Gesichtsfeld jedes Auges separat zu untersuchen.

In diesem Stadium sind die AION und der ZAV die wahrscheinlichsten Ursachen.

Unser 84-jähriger Patient wird als Notfall behandelt. Bei der klinischen Untersuchung nimmt er am linken Auge lediglich Umrisse und Licht wahr. Der Swinging-Flashlight-Test zeigt einen relativen afferenten Pupillendefekt (RAPD) am linken Auge. Ein RAPD weist auf eine signifikante Läsion der prächiasmalen Sehbahnen hin. Die Untersuchung des Augenhintergrunds zeigt einen ZAV, ohne dass ein Embolus erkennbar ist.

Frage 2

Welche Untersuchung erscheint Ihnen in dieser Phase am wenigsten geeignet?

- Zerebrozervikale computertomographische (CT-)Angiographie
- Doppler-Sonographie der präzerebralen Gefässe und der Temporalarterie
- Retina-Angiographie
- Echokardiographie
- Laborbefund, einschliesslich Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und C-reaktives Protein (CRP)

Eine zervikale CT-Angiographie ergibt bei unserem Patienten linksseitig eine 80%ige, atheromatöse Karotisstenose. Das Computertomogramm des Gehirns zeigt keine ischämischen oder hämorrhagischen Parenchymläsionen.

Die BSG liegt mit 45 mm/h leicht über der Altersnorm, der CRP-Wert wird nicht bestimmt. Die übrigen Laborwerte liegen im Normbereich. Zur Erinnerung: Für Männer wird eine Obergrenze der BSG von Alter/2 angenommen und für Frauen von (Alter+10)/2.

Die Retina-Angiographie ermöglicht die dynamische Darstellung der arteriellen und dann der venösen Vaskularisation. Sie wird nicht durchgeführt, da davon ausgegangen wird, dass die Untersuchung des Augenhintergrunds den ZAV ausreichend klar zeigte. Es ist jedoch anzumerken, dass das Fehlen eines Embolus bei der neuroophthalmologischen Untersuchung sowie das fortgeschrittene Alter gute Gründe sind, um eine Retina-Angiographie zu veranlassen. Eine verzögerte choroidale Füllung wäre ein Argument für eine entzündliche Erkrankung wie die Riesenzellerarteriitis.

Die Doppler-Sonographie der präzerebralen Gefässe bestätigt die linksseitige, atheromatöse Karotisstenose (rund 70%) mit einer sehr heterogenen Plaque. Die Untersuchung der Arteria temporalis superficialis zeigt kein Halo-Zeichen (Verdickung der Arterienwand, die auf eine Vaskulitis hindeutet).

Die Echokardiographie ist wenig hilfreich, da die vermutete Ätiologie eine symptomatische Karotisstenose ist, die die häufigste Ursache für einen Embolus ist, der zur akuten Ischämie der Retina führt. Ein kardialer Ausgangspunkt für einen ZAV ist selten und wird daher nur gesucht, wenn die anderen Untersuchungen keinen emboligen Ursprung erkennen lassen.

Folglich wird ein linksseitiger ZAV mit embolischem Ursprung infolge ipsilateraler atherosklerotischer Karotisstenose diagnostiziert.

Frage 3

Welches Vorgehen halten Sie angesichts dieser Diagnose für nicht angemessen?

- Gefässchirurgie-Abteilung kontaktieren, um eine Karotis-Thrombendarteriektomie (CTEA) zu organisieren
- Thrombozytenaggregationshemmung durch Zugabe von Clopidogrel zur Acetylsalicylsäure verstärken
- Antikoagulation beginnen
- Statinbehandlung einleiten
- Den Patienten über zerebrovaskuläre Risikofaktoren, zerebrovaskuläre Prävention und die Bedeutung der Therapietreue aufklären

Bei einem medizinisch stabilen Patienten mit einer kürzlich symptomatisch gewordenen Karotisstenose wird ab einer Stenose von 60% eine CTEA empfohlen, in der Regel zwischen 48 Stunden und sieben Tagen nach Beginn der Symptome.

Bei dem bereits mit Acetylsalicylsäure behandelten Patienten wird die Thrombozytenaggregationshemmung durch Zugabe von Clopidogrel verstärkt, wie es in der Akutphase nach kleineren zerebrovaskulären Ereignissen

mit hohem Risiko eines frühen Rezidivs empfohlen wird.

Eine Antikoagulation wird nicht empfohlen, wenn eine Karotisstenose oder eine andere atherosklerotische Ursache eines zerebrovaskulären Ereignisses vorliegt. Ist eine gravierende kardiale Quelle vorhanden (wie Vorhofflimmern oder eine mechanische Klapprothese), ist sie in der Regel angezeigt.

Zur Sekundärprävention nach einem atherosklerotischen Ereignis ist die Einführung eines Statins gerechtfertigt (Zielwert für Low-Density-Lipoprotein [LDL]: <1,4 mmol/l).

Der Nutzen der therapeutischen Aufklärung nach einem zerebrovaskulären Ereignis, um Risikofaktoren besser unter Kontrolle zu halten und zerebrovaskuläre Ereignisse zu reduzieren, ist wissenschaftlich erwiesen.

Bei unserem Patienten ist der Verlauf durch eine plötzliche und schmerzlose kontralaterale Erblindung neun Tage später gekennzeichnet. Die ophthalmologische Untersuchung ergibt eine AION sowie einen teilweisen Verschluss der Arteriae ciliares posteriores des rechten Auges. Diese Kombination deutet stark auf eine Riesenzellerarteriitis (RZA; auch Arteriitis temporalis Horton oder Morbus Horton) hin. Die Biopsie eines Astes der rechten Temporalarterie zeigt eine Arteriitis mit chronischer lymphohistiozytärer Entzündung der Media und Intima mit multifokaler Zerstörung der Membrana elastica interna. Aufgrund dieser Befunde wird eine RZA diagnostiziert.

Frage 4

Welche medikamentöse Initialbehandlung leiten Sie ein?

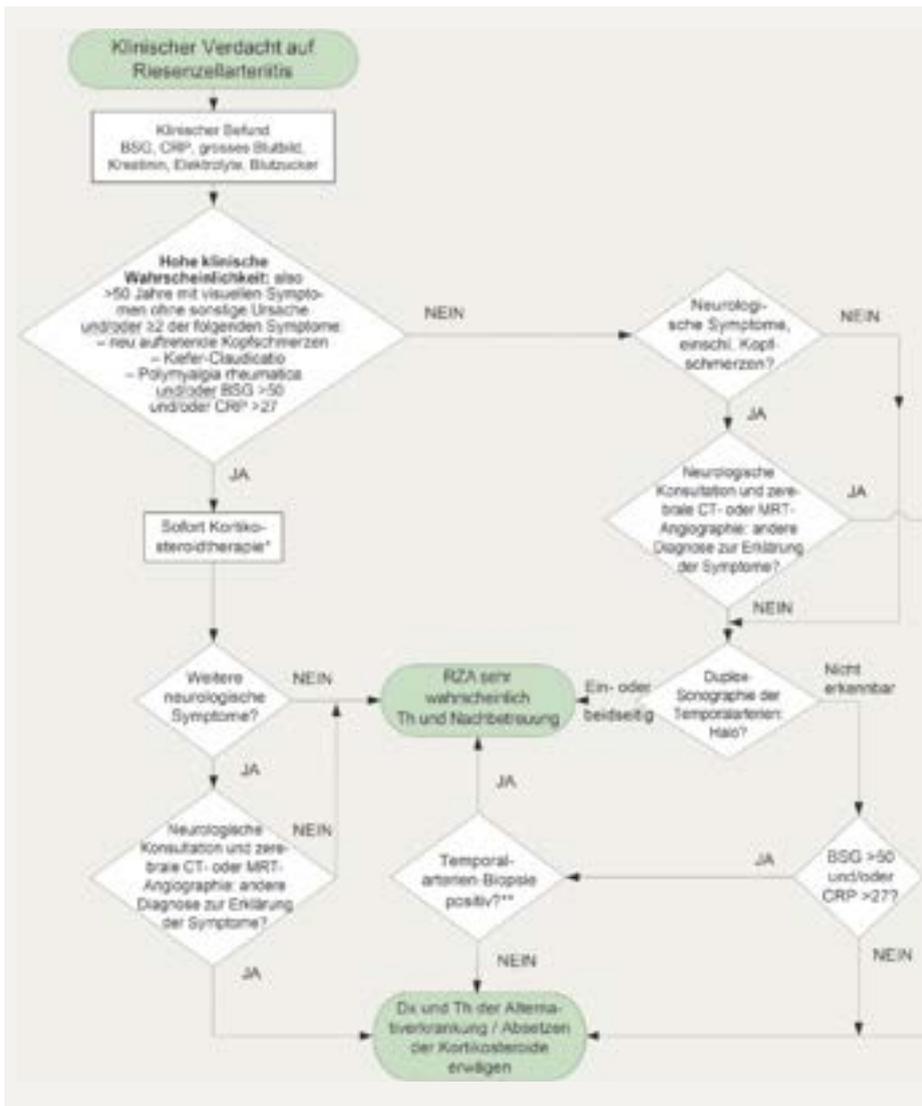
- Orale Kortikosteroidtherapie
- Intravenöse Kortikosteroidtherapie
- Nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR)
- Methotrexat
- Cyclophosphamid

Bei Verdacht auf RZA (Abb. 2) sollte umgehend eine Kortikosteroidtherapie eingeleitet werden, und zwar eher intravenös als oral und noch vor der Biopsie [1]. Die Biopsie ist dennoch wichtig, besonders bei mittelgradigem Verdacht auf RZA, da die immunsuppressive Therapie langfristig aufrechterhalten werden muss. Wenn die Biopsie negativ ist, der klinische Verdacht aber weiterhin besteht, wird die Kortikosteroidtherapie fortgesetzt und eine fachärztliche Konsultation empfohlen.

NSAR sind bei RZA unwirksam, ausser unter Umständen als Schmerzmittel.

Ein kortikoidsparendes Immunsuppressivum wie Methotrexat kann in zweiter Linie in Betracht gezogen werden, insbesondere bei Personen mit hohem Nebenwirkungsrisiko im Rahmen einer Kortikosteroidtherapie.

Was ist Ihre Diagnose?



© 2015 Revue Médical Suisse, mit freundlicher Genehmigung.

Abbildung 2: Algorithmus für die Behandlung einer Riesenzellarteriitis (adaptiert und übersetzt von [1]).

* Fortsetzung der Kortikosteroidtherapie, bis eine Riesenzellarteriitis formell ausgeschlossen ist.

** Bilaterale Biopsie, wenn keine Alternativdiagnose vorliegt.

BSG: Blutsenkungsgeschwindigkeit; CRP: C-reaktives Protein; CT: Computertomographie; Dx: Diagnose; MRT: Magnetresonanztomographie; RZA: Riesenzellarteriitis; Th: Therapie.

Cyclophosphamid ist die Behandlung der Wahl bei isolierten Vaskulitiden des zentralen Nervensystems, nicht aber bei RZA.

Unser Patient erhält daher drei Tage lang intravenös Methylprednisolon, gefolgt von Prednison per os über einen längeren Zeitraum. Die Sehschärfe verbessert sich nicht, wie es in der Mehrzahl der Fälle von RZA mit ZAV oder AION zu beobachten ist. Der Verlust der Sehfunktion ist selten reversibel, vor allem aber unvorhersehbar. Langfristige Kompensationsstrategien können zu einer guten weiteren Entwicklung führen [2].

Frage 5

Welche andere klinische Manifestation von RZA ist möglich?

- Aortenaneurysma
- Ischämischer Schlaganfall
- Hirnnervenparese

- Polymyalgia rheumatica (PMR)
- Alle Antwortmöglichkeiten sind richtig

Die RZA ist eine systemische Vaskulitis, die die grossen Arterien befallen kann. Eine Aortitis kann sich dann zu einem Aneurysma entwickeln, wobei es selten zur Dissektion oder Ruptur kommt.

Ein ischämischer Schlaganfall tritt am häufigsten infolge einer Vaskulitis der präzerebralen Gefässe auf.

Auch eine Parese eines oder mehrerer Hirnnerven ist möglich (durch Ischämie dieser Nerven).

Wie die RZA ist auch die PMR eine Erkrankung, die mit einem Inzidenzspitzen im Alter von 70–80 Jahren auftritt. Sie kommt häufig vor und ist durch Muskelschmerzen im Schulter- und Beckengürtelbereich sowie Morgensteifigkeit gekennzeichnet. Sie tritt bei

40–60% der Personen mit RZA auf [3]. Umgekehrt ist in 15% der Fälle von PMR eine RZA festzustellen [1]. Es wird daher bisweilen angenommen, dass diese beiden Entitäten unterschiedliche Phasen derselben Erkrankung sind oder zum «RZA-PMR-Spektrum» gehören.

Diskussion

Die RZA ist die häufigste systemische Vaskulitis bei Menschen über 50 Jahre. Die Diagnosestellung kann sich indes als schwierig erweisen, während die möglichen Komplikationen einen echten Notfall darstellen. Sie sollte daher bei allen Personen über 50 Jahre mit folgendem klinischen Bild in Betracht gezogen werden [1]:

- neu auftretende oder ungewohnte Kopfschmerzen und/oder
- Druckschmerz in der Schläfenregion, Dysästhesie der Kopfhaut und/oder
- Kiefer- oder Zungen-Claudicatio und/oder
- vorübergehende oder dauerhafte visuelle Symptome ohne erkennbare Ursache und/oder
- PMR und/oder
- neu auftretende Beeinträchtigung der oberen Extremitäten.

Bei RZA liegt die Häufigkeit visueller Manifestationen bei rund 20% [3]. Es kommt zur meist schmerzlosen Abnahme der Sehschärfe auf einem Auge oder auf beiden, seltener zu Diplopie oder auch zu optischen Halluzinationen. Dem endgültigen Verlust des Sehvermögens gehen in 15–25% der Fälle Episoden von Amaurosis fugax und/oder vorübergehender Diplopie voraus [1]. Bei RZA kann eine einseitige Läsion schnell zur Erblindung fortschreiten. Bei 25–50% der Erkrankten kann die einseitige Läsion innerhalb von ein bis zwei Wochen auch beidseitig werden, wenn keine angemessene Behandlung erfolgt. Zu beachten ist, dass die Amaurosis fugax an sich ein neurovaskulärer Notfall ist, da das Risiko einer erneuten, irreversiblen zerebralen oder retinalen Ischämie besteht.

Die Ursache der Erblindung im Rahmen einer RZA ist in 90% der Fälle eine AION. In der arteriitischen Form ist sie das Ergebnis des Verschlusses der Arteria ciliaris posterior oder der kleinen Arterien, die den Sehnerv versorgen. In 10% der Fälle manifestiert sich die RZA durch einen ZAV. Seltene Fälle von Erblindung bei RZA sind auf eine Ischämie der Choroidea zurückzuführen. Schliesslich ist auch ein Verschluss der Arteria ophthalmica möglich, wodurch eine Ischämie aller drei Gebiete (AION, ZAV, choroideale Ischämie) entsteht. Die ophthalmologische Untersuchung ist daher von entscheidender Bedeutung, um das Vorliegen einer anterioren Optikusneuropathie oder retinalen Ischämie festzustellen

oder eine choroidale Hypoperfusion nachzuweisen.

Im Hinblick auf die paraklinischen Untersuchungen ist das CRP wohl ein Marker mit höherer Sensitivität (87%, optimaler Schwellenwert bei 26,9 mg/l) als die BSG (86%, optimaler Schwellenwert bei 53 mm/h), ihre jeweilige Spezifität bleibt allerdings gering (rund 30%), auch wenn beide erhöht sind [4]. Das Halo-Zeichen im Ultraschallbefund zeigt eine Sensitivität und Spezifität von 68 respektive 81% im Vergleich zur Biopsie der Temporalarterie [5].

Bei unserem Patienten wurde die korrekte Diagnose RZA aufgrund eines klinisch isolierten ZAV, des Fehlens anderer klinischer Anzeichen einer RZA und einer alternativen Erklärung (atheromatöse Karotisstenose) zunächst nicht gestellt. Auch bei Vorliegen anderer kardiovaskulärer Risikofaktoren können jede Visusminderung und jede Diplopie bei einer Person über 50 Jahre auf eine RZA zurückzuführen sein, die es folglich strikt auszuschliessen gilt.

Antworten

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

Korrespondenz

Géraldine Cuendet
Maison de la Santé du Haut-Lac
Rue de la Grand-Vigne 6
CH-1896 Vouvry
g.cuendet[at]hin.ch

Conflict of Interest Statement

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

Literatur

- 1 Tsetsou S, Michel P, Hirt L, Du Pasquier R, Ribl C, Borruat FX, et al. Artérite de Horton: recommandations lausannoises de prise en charge. Rev Med Suisse. 2015;11(461):411–7. doi: 10.53738/REVMED.2015.11.461.0411
- 2 Hayreh SS. Steroid therapy for visual loss in patients with giant-cell arteritis. Lancet 2000;355(9215):1572–3.
- 3 Haftoglu N, Favrat B, Pécoud A, Cornuz J, Vu F. Des céphalées, cinq avis spécialisés: les pièges diagnostiques pour la maladie de Horton. Rev Med Suisse. 2011;7(319):2328–31.
- 4 Kermani TA, Schmidt J, Crowson CS, Ytterberg SR, Hunder GG, Matteson EL, Warrington KJ. Utility of

erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein for the diagnosis of giant cell arteritis. Semin Arthritis Rheum. 2012;41(6):866–71.

5 Rinagel M, Chatelus E, Jousse-Joulin S, Sibilia J, Gottenberg JE, Chasset F, Arnaud L. Diagnostic performance of temporal artery ultrasound for the diagnosis of giant cell arteritis: a systematic review and meta-analysis of the literature. Autoimmun Rev. 2019;18(1):56–61.



Géraldine Cuendet, dipl. Ärztin
Maison de la Santé du Haut-Lac, Vouvry

Anzeige



CAS
Qualität im
Gesundheits-
wesen für die
patientennahe
Arbeitspraxis
interprofessionell und
sektorenübergreifend

Werden Sie zur Schlüsselperson für Qualität! Diese Weiterbildung bietet Gesundheitsfachpersonen die Chance, sich in den Bereichen Qualität, Patientensicherheit und Kommunikation zu spezialisieren. Anmeldungen für einzelne der sieben Module sind möglich.

Kursdauer

August 2024 bis Juni 2025

Anmeldung

bis 1. Juli 2024 unter

bfh.ch/qualitaet-im-gesundheitswesen



«Emerging» Manifestation

Francisella-tularensis-Meningoenzephalitis

Martina Haueter^a, dipl. Ärztin; Dr. med. Rein Jan Piso^{a,b}; Dr. med. Urs Schibli^c; Annora Mack^d, dipl. Ärztin; PD Dr. med. Lukas Zimmerli^a; Dr. med. Matthias Hoffmann^{a,b}

Kantonsspital Olten, Olten: ^a Klinik für Allgemeine Innere Medizin, ^b Fachbereich Infektiologie und Spitalhygiene, ^c Bakteriologisches Institut; ^d Sektion Epidemiologische Überwachung und Beurteilung, Bundesamt für Gesundheit, Bern

Hintergrund

Die Tularämie ist in Europa und so auch in der Schweiz eine zunehmende Zoonose, verursacht durch *Francisella (F.) tularensis*. Zu den wichtigsten Transmissionsmodi gehören Zeckenstiche, der Kontakt mit infizierten Tieren sowie die Inhalation kontaminierter Aerosole. Die Infektion mit *F. tularensis* verursacht ein breites klinisches Spektrum. Meist tritt nach einem Zeckenstich oder einem direkten Kontakt neben Allgemeinsymptomen (Fieber, Malaise) eine Lymphadenopathie auf, die mit einem Eschar oder Ulkus vergesellschaftet sein kann. Nach Inhalation kontaminierter Aerosole kann eine pulmonale Tularämie auftreten. Selten treten weitere Organmanifestationen auf; der vorliegende Fall beschreibt eine mit *F. tularensis* assoziierte Meningoenzephalitis.

Fallbericht

Anamnese

Ende April stellte sich eine 69-jährige Patientin mit Fieber, Schüttelfrost, Übelkeit und Oberbauchschmerzen auf der Notfallstation vor. Anamnestisch bestanden zunehmende Müdigkeit, Appetitlosigkeit und Frösteln seit einer Woche mit neu Fieber bis 39 °C am Vorstellungstag. Die restliche Systemanamnese war nicht wegweisend. In der Vorgeschichte bestanden ein Status nach Hemikolektomie bei Kolonkarzinom sieben Jahre zuvor ohne Rezidiv in der Nachsorge sowie eine arterielle Hypertonie und Dyslipidämie.

Die Patientin war bisher selbstständig, körperlich aktiv mit Freizeitaktivitäten in der Natur und half ihrer Tochter auf einem Bauernhof beim Heuen. Ein letztmaliger Zeckenstich war ihr vor drei Jahren erinnerlich. Reisen ausser-

halb der Schweiz in den letzten zwölf Monaten wurden verneint.

Status und Befunde

Bei Aufnahme präsentierte sich die Patientin in reduziertem Allgemeinzustand, febril mit 38,9 °C tympanal, leicht hyperten (143/81 mm Hg), normokard (90/min), mit einer Sauerstoffsättigung von 95% (unter Raumluft) und einem Glasgow Coma Score (GCS) von 15 ohne Meningismus. Der restliche Status war unauffällig.

Laboranalytisch fiel lediglich ein C-reaktives Protein (CRP) von 82 mg/l (Norm <5 mg/l) auf. Die Leukozyten lagen mit $7,1 \times 10^9/l$ im Normbereich (Norm $3,9-9,5 \times 10^9/l$).

Die weitere initiale Diagnostik bei Fieber ohne klinischen Fokus mit Röntgenbild des Thorax und einer Computertomographie (CT) des Abdomens bei Oberbauchschmerzen war unauffällig. Eine Polymerase-Kettenreaktion (PCR) im Nasopharyngealabstrich auf das «severe acute respiratory syndrome coronavirus 2» (SARS-CoV-2) fiel negativ aus. Eine Urinkultur sowie 2 × 2 Blutkulturen wurden abgenommen, blieben jedoch ohne mikrobiologisches Wachstum.

Im Verlauf des Folgetages blieb die Patientin febril bis 40 °C. Neu kamen eine Verlangsamung der Sprache, eine Gangunsicherheit und eine Somnolenz (GCS 13) hinzu, die sich nach medikamentöser Fiebersenkung nicht verbesserten. Es bestand weiterhin kein Meningismus. Bei dringendem Verdacht auf eine Meningoenzephalitis wurde eine Lumbalpunktion durchgeführt und anschliessend eine empirische Therapie mit Ceftriaxon und Amoxicillin begonnen. Im Liquor war eine erhöhte Zellzahl von 265 Zellen/ μ l (65% polynukleär) nachweisbar, die Glukose lag im Normbereich (2,4 mmol/l; Norm

2,2–3,9 mmol/l) und das Gesamtprotein war mit 1,18 g/l (Norm 0,2–0,4 g/l) erhöht (Abb. 1).

Die Direktmikroskopie und PCR-Diagnostik auf typische virale oder bakterielle Erreger verblieben jedoch negativ. Die ergänzende Magnetresonanztomographie (MRT) ergab ein leptomeningeeales Kontrastmittel-Enhancement, hinweisend auf eine Meningitis trotz negativen Erregernachweises.

Diagnose

Aufgrund der Expositionsanamnese und bei initial unklarem Fieber ohne Fokus war eine serologische Untersuchung auf mögliche Zoonosen in die Wege geleitet worden. Eine Borrelienserologie aufgrund berichteter Zeckenkontakte war vorgängig in der Hausarztpraxis wiederholt negativ ausgefallen. Ein Q-Fieber (*Coxiella burnetii*) sowie eine Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) konnten bei negativen Antikörpertitern ausgeschlossen werden, jedoch fiel die Serologie auf *F. tularensis* positiv aus (Immunglobulin M [IgM] 42,9 U/ml, IgG 10,4 U/ml; Norm <10 U/ml). Der Verdacht auf eine *F. tularensis* Meningoenzephalitis konnte mittels einer spezifischen PCR im Liquor bestätigt werden und wenige Tage später gelang im Liquor ebenfalls der kulturelle Nachweis von *F. tularensis*, Subspezies (ssp.) *holarctica*.

Therapie und Verlauf

Die empirische antibiotische Therapie wurde nach dem kausalen Erregernachweis auf Doxycyclin per os und Gentamicin intravenös angepasst und Gentamicin im Verlauf durch Ciprofloxacin per os ersetzt (Abb. 1). Initial kam es zu einer weiteren Verschlechterung des Allgemeinzustandes. Vier Tage nach dem Beginn der spezifischen Therapie war die Patientin

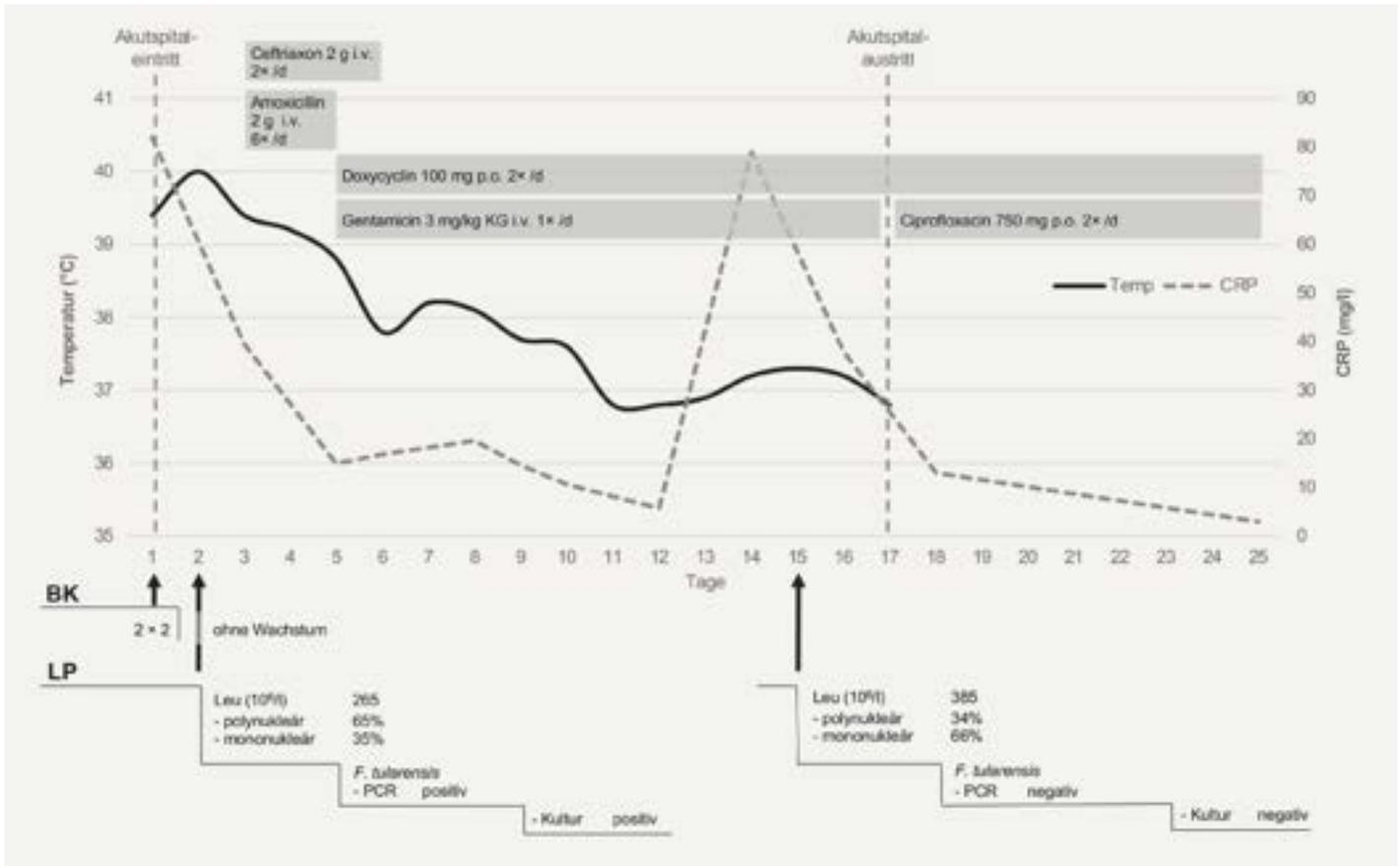


Abbildung 1: Verlauf von Temperatur und CRP in Abhängigkeit der antibiotischen Therapie.

BK: Blutkulturen; CRP: C-reaktives Protein; d: Tag; i.v.: intravenös; kg KG: Kilogramm Körpergewicht; Leu: Leukozyten; LP: Liquorpunktion; p.o.: per os; PCR: Polymerase-Kettenreaktion; Temp.: Temperatur (tympantal).

erstmalig afebril. Die Patientin blieb zeitlich und örtlich desorientiert, die Sprache stockend und verlangsamt, der Gang unsicher, sodass nur wenige Schritte am Rollator möglich waren. Bei zwischenzeitlich aufgetretener CRP-Erhöpfung zeigten sich keine klinischen Hinweise auf eine nosokomiale Infektion. Deswegen wurde die Therapie nicht angepasst.

Zur Kontrolle der Therapie wurde nach zwölf Tagen eine erneute Liquorpunktion durchgeführt, in der die Zellzahl weiter zugenommen (385 Zellen/ml, 34% polynukleär) hatte, die *F. tularensis*-PCR und -Kultur nun jedoch negativ ausfielen (Abb. 1).

Zum Zeitpunkt der Verlegung in eine Rehabilitationsklinik war die Patientin weiterhin auf einen Rollator angewiesen. Es bestand eine Konzentrationsschwäche und schnelle Reizüberflutung, sodass Lesen, Musikhören oder Fernsehen zu einer Überforderung führten. Ebenso bestand eine retrograde Amnesie für die gesamte Hospitalisationszeit im Akutspital.

Die antibiotische Therapie wurde für 21 Tage weitergeführt. Sukzessive verbesserten sich die Symptome. Sechs Wochen nach der Erstvorstellung konnte die Patientin schliesslich aus der Rehabilitationsklinik nach Hause entlassen werden. Alle Beschwerden waren vollständig

regredient. Der Ehemann meinte, er habe nun seine Partnerin wieder, wie er sie kenne.

Diskussion

Eine Tularämie ist eine meldepflichtige Zoonose, die in der Schweiz in den letzten Jahren eine deutliche Zunahme in der Fallzahl und auch der geographischen Ausbreitung erfahren hat [1, 2]. Die Inzidenz der in der Schweiz dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) gemeldeten Fälle hat in den letzten zehn Jahren (seit 2013) von 0,34 auf 1,37 Fälle pro 100 000 Personen kontinuierlich zugenommen, mit einem Maximum von 2,73 Fällen pro 100 000 Personen (2021), wobei sich jeweils eine saisonale Häufung von Mai bis Oktober zeigt [3]. Die Ausbreitung innerhalb des Wildtier-Reservoirs – speziell in der Population der *Leporidae* (Hasen) und kleiner Nagetiere (Mäuse, Eichhörnchen u.a.) – trägt möglicherweise zu der Inzidenzzunahme humaner Fälle europaweit bei [4, 5]. Es werden vier Subspezies unterschieden, von denen *F. tularensis* ssp. *holarctica* in der gesamten nördlichen Hemisphäre und somit in Europa auftritt [4, 6]. *F. tularensis* ssp. *tularensis* ist in Nordamerika verbreitet und wird generell als virulenter als die anderen Subspezies beschrie-

ben [4]. *F. tularensis* ist hoch infektiös und es sind bereits >10 Erreger ausreichend, um zu einer Infektion zu führen (mit Ausnahme einer gastrointestinalen Infektion). *F. tularensis* ist kälteresistent und kann über Monate selbst in einem gefrorenen Umfeld seine Infektiosität erhalten [4]. Die Transmissionswege widerspiegeln sich in den typischen klinischen Präsentationen (Tab. 1). Die Transmission von den Tieren des zoonotischen Reservoirs auf den Menschen geschieht via Vektoren, insbesondere durch Zecken (*Ixodes ricinus* u.a.), direkten Kontakt mit infizierten Tieren (z.B. bei der Jagd) oder durch Aerosole (aufgewirbelte Staubpartikel u.a. tierischer Exkremente) [4–8]. Die Inkubationszeit ist abhängig von der Erregermenge, dem Infektionsweg und der Virulenz des Erregerstammes und variiert zwischen 1 und 14 Tagen, in der Regel 3–5 Tage. Selten beträgt die Inkubationszeit mehrere Wochen [6].

Wir berichten den ersten Fall einer *F. tularensis*-Meningoenzephalitis in der Schweiz. Eine *F. tularensis*-Meningoenzephalitis ist sehr selten und scheint meist als Sekundärkomplikation einer initial ulzeroglandulären oder typhoidalen Form aufzutreten [9–12]. Die meisten Fälle sind in den USA beschrieben und auf die virulenter Form *F. tularensis* ssp. *tularensis*

Tabelle 1: Mögliche Manifestationen, Transmissionswege und Therapieoptionen der Tularämie

	Klinik	Transmissionsweg	Therapieoption	Häufigkeit ^a
Glandulär	<ul style="list-style-type: none"> – Lokalisierte/regionale Lymphadenopathie, oft fistulierend/abszedierend – Fieber, Unwohlsein 	<ul style="list-style-type: none"> – Zecken-/Arthropodenstich – Kontakt mit infizierten Tieren oder tierischem Material 		
Ulzero-glandulär	<ul style="list-style-type: none"> – Haut-Eschar/ -Ulzeration – Lokale/regionale Lymphadenopathie, oft fistulierend/abszedierend – Fieber, Unwohlsein 	<ul style="list-style-type: none"> – Zecken-/Arthropodenstich – Kontakt mit infizierten Tieren oder tierischem Material 	Ciprofloxacin 2 × 500 mg/d p.o. für 10–(14) Tage	68%
Okulo-glandulär	<ul style="list-style-type: none"> – Konjunktivitis / konjunktivales Ulkus – Lymphadenopathie (präaurikulär, submandibulär, oder zervikal), meist unilateral – Fieber, Unwohlsein 	<ul style="list-style-type: none"> – Schmier- oder Luftübertragung nach Kontakt mit infizierten Tieren, tierischem Material, kontaminiertem Staub oder Wasser – Aerosol-Inhalation 	oder Doxycyclin 2 × 100 mg/d p.o. für 14–(21) Tage	
Oropharyngeal und gastrointestinal	<ul style="list-style-type: none"> – Pharyngitis – Stomatitis – Tonsillitis – Submandibuläre Lymphadenitis, meist unilateral – Diarrhoe (evtl. hämorrhagisch) – Nausea – Fieber, Unwohlsein 	<ul style="list-style-type: none"> – Ingestion kontaminierter Lebensmittel oder kontaminierten Wassers – Aerosol-Inhalation 		5,4%
Pulmonal	<ul style="list-style-type: none"> – Pneumonie – Pulmonale Noduli oder Massen – Pleuritis – Hiläre Lymphadenopathie – Dyspnoe, Husten, Thoraxschmerzen – Fieber, Unwohlsein 	<ul style="list-style-type: none"> – Aerosol-Inhalation von kontaminierten Staubpartikeln (u.a. tierischer Exkremente) – Sekundär hämatogen 	Ciprofloxacin 2 × 500 mg/d p.o. und* Gentamicin 3 × 1,5 mg/kg KG/d i.v. (oder 1 × 5 mg/kg KG/d i.v.) für 10–14 Tage	26,4%
Typhoidal (generalisiert, inkl. Meningoenzephalitis)	<ul style="list-style-type: none"> – Hohes Fieber – Septische Präsentation ohne Fokus – Eventuell mit gastrointestinaler Symptomatik (Bauchschmerzen, mesenteriale Lymphadenopathie) 	– Alle Transmissionswege möglich		3,7%

^a Die Angaben zur Häufigkeit der klinischen Manifestationen in Prozent zwischen 2004 und 2022 basieren auf insgesamt 1163 gemeldeten, bestätigten Fällen (Bundesamt für Gesundheit [BAG]). Glanduläre, ulzero-glanduläre und okulo-glanduläre Fälle sind zusammengefasst («lymphatische Manifestationen»). Die Angaben summieren sich aufgrund möglicher Doppellangaben nicht auf 100%.

* Eine Kombinationstherapie mit Gentamicin parenteral über die gesamte Therapiedauer ist bei klinisch gutem Therapieansprechen innert der ersten 3–5 Tage nicht zwingend notwendig. Alternativ zu Ciprofloxacin kann auch – analog zu weniger schwer ausgeprägten Verlaufsformen – eine Therapie mit Doxycyclin gewählt werden [2].

d: Tag; i.v.: intravenös; kg KG: Kilogramm Körpergewicht; p.o.: per os.

zurückzuführen [4, 10, 11]. Daher ist der Fall einer Meningoenzephalitis durch *F. tularensis* ssp. *holarctica* bei einer immunkompetenten Patientin wie in unserem Fall aussergewöhnlich.

Die ersten Fälle von *F. tularensis*-Meningoenzephalitiden wurden bereits 1931 beschrieben [13]. Die typischen Meningitissymptome (Meningismus, Kernig's Zeichen) fehlen meist und in vielen Fällen fehlen spezifische klinische Hinweise wie ein Eschar oder eine Lymphadenopathie [9–11], wodurch die klinische Diagnose erschwert und allenfalls verzögert wird. Wie auch im beschriebenen Fall manifestiert sich eine *F. tularensis*-Meningoenzephalitis häufig mit hohem Fieber, einer Gangunsicherheit und einer quantitativen Bewusstseinsbeschränkung, ohne sensomotorischen Ausfälle [6, 11].

Die Verdachtsdiagnose ergibt sich durch die Klinik und vor allem durch eine entsprechende Expositionsanamnese. Im beschriebenen Fall ist ein durch die Patientin unbemerkter Zeckenstich oder eine Exposition zu mit tierischen

Exkrementen kontaminiertem Gras respektive Heu während der Aushilfsarbeit auf einem Bauernhof am wahrscheinlichsten. Der *F. tularensis*-Nachweis erfolgt im Liquor mittels PCR und Kultur [6, 9, 10]. Alternativ konnte in Einzelfällen bei passender Klinik und Bildgebung nach Ausschluss alternativer Ursachen bei fehlender PCR und negativer Kultur eine Diagnostik mittels intrathekalem Antikörpernachweis erfolgen, was bisher jedoch nicht einem gesicherten diagnostischen Standard entspricht [7, 14].

Wirksam gegen *F. tularensis* sind Aminoglykoside, Fluorchinolone, Tetracykline und Chloramphenicol [4, 6, 12, 15]. Cephalosporine als empirische Therapiewahl einer noch nicht spezifizierten bakteriellen Meningitis sind hingegen wirkungslos [16]. Bei der Therapie einer *F. tularensis*-Meningoenzephalitis spielen Überlegungen zur Bioverfügbarkeit eine wichtige Rolle [12]. In der Literatur sind unterschiedliche antibiotische Therapien beschrieben, wobei

meist eine Therapie mit Chloramphenicol in Kombination mit einem Aminoglykosid oder einem Tetracyclin gewählt wurde [11]. Eine Aminoglykosid-Monotherapie ist mit einem erhöhten Rezidivrisiko vergesellschaftet [10] und eine Tetracyclin-Monotherapie geht mit einem verzögerten Ansprechen einher [12]. Daher erscheint eine Kombinationstherapie sinnvoll, obschon kürzlich ein erster Fallbericht von einem klinischen Ansprechen auf eine Chinolon-Monotherapie berichtete [17]. In unserem Fall wurde eine initiale Kombinationstherapie mit einem Aminoglykosid und Tetracyclin gewählt. Die gesamte Therapiedauer betrug drei Wochen, wobei das Aminoglykosid nach zehn Tagen aufgrund der guten Bioverfügbarkeit durch ein Chinolon ersetzt wurde.

Die Therapie einer schweren Verlaufsform der Tularämie – wie in dem beschriebenen Fall einer Meningoenzephalitis, wie auch einer typhoidalen oder pulmonalen Form – ist nicht abschliessend geklärt. Insbesondere die Notwen-

digkeit einer Kombinationstherapie bei einer weniger virulenten Infektion mit *F. tularensis* ssp. *holarctica* ist zu diskutieren. Streptomycin und alternativ Gentamycin haben sich in der Vergangenheit als zuverlässige Therapieoptionen etabliert, haben aber den Nachteil der parenteralen Applikationsnotwendigkeit, selbst wenn Gentamycin auch nur einmal pro Tag gegeben werden kann [18, 19]. Erfahrungsberichte legen nahe, dass die Kombinationstherapie mit einem Aminoglykosid und Doxycyclin oder Ciprofloxacin peroral bei gutem Ansprechen nach wenigen Tagen (3–5 Tage) gestoppt und die Therapie für die restliche Therapiedauer mit Ciprofloxacin alleine abgeschlossen werden kann (Tab. 1) [2]. Bei allen Formen der Tularämie scheinen Ciprofloxacin (oder Levofloxacin) hinsichtlich ihrer klinischen Wirksamkeit auch bei systemischen Infektionen einer Doxycyclin-Therapie überlegen zu sein [20–24]. Jedoch reduziert die Verzögerung einer adäquaten Therapieeinleitung um >14 Tage nach Symptombeginn – beispielsweise durch eine verzögerte Diagnostik – die Heilungsrate [24]. Aufgrund der in der Schweiz zirkulierenden Biovare von *F. tularensis* ssp. *holarctica* präferenzieren wir entsprechend den europäischen Empfehlungen als Erstlinientherapie Ciprofloxacin und Doxycyclin als Alternative (Tab. 1) [25, 26].

Das Wichtigste für die Praxis

- Die häufigsten Manifestationen der Tularämie in der Schweiz sind (ulzero-)glanduläre (typischerweise nach einem Zeckenstich) und seltener pulmonale (nach einer Aerosolexposition) Formen.
- Wegen der steigenden Inzidenz der Tularämie in der Schweiz sind in Zukunft auch seltene Verlaufsformen zu erwarten.
- Eine durch *Francisella (F.) tularensis* verursachte Meningoenzephalitis ist eine seltene schwere Verlaufsform. Ein hoher und frühzeitiger klinischer Verdacht bildet die Grundlage einer entsprechenden Diagnostik und Therapie.
- Bei Fieber, Gangstörung, quantitativen Bewusstseinsstörung und pathologischem Liquorbefund ohne gängigen Erregernachweis sollte – insbesondere bei entsprechender Expositionsanamnese – differentialdiagnostisch an eine *F.-tularensis*-Meningoenzephalitis gedacht werden.
- Eine Kombinationstherapie mit einem Tetracyclin (Doxycyclin) und einem Fluorchinolon (z.B. Ciprofloxacin) oder Aminoglykosid (Streptomycin oder Gentamycin) ist bei einer *F.-tularensis*-Meningoenzephalitis wirksam.

Korrespondenz

Dr. med. Matthias Hoffmann
 Infektiologie / Spitalhygiene
 Kantonsspital Olten
 Baslerstrasse 150
 CH-4600 Olten
[matthias.hoffmann\[at\]spital.so.ch](mailto:matthias.hoffmann[at]spital.so.ch)

Ethics Statement

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Conflict of Interest Statement

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

Literatur

- 1 Bundesamt für Gesundheit (BAG). Tularämie: Eine seltene zeckenübertragene Krankheit breitet sich aus. BAG Bulletin. 2018;18:19–24.
- 2 Rusterholz S, Fiechter R, Eriksson U, Altpeter E, Wittwer M, Schürch N, et al. Tularämie – eine seltene Ursache der Pneumonie. Swiss Med Forum. 2018;18(32):636–40.
- 3 Bundesamt für Gesundheit (BAG). Zahlen zu Infektionskrankheiten: Tularämie [Internet]. [abgerufen am 04.04.2023]. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-zu-infektionskrankheiten.exturl.html/aHR0cHM6Ly9tZWxkZXRhYXN0c3RlbnVUuYmFnYXBwcy5jaC9pbmZyZX/BvcnRpbmVzZGF0ZW5kZXRhaWxzL2QvdHVzYXJhZmV1pZS5odG1s/P3dlYm9yYWI9aWdub3Jl.html>
- 4 Carvalho CL, Lopes de Carvalho I, Zé-Zé L, Nuncio MS, Duarte EL. Tularaemia: a challenging zoonosis. Comp Immunol Microbiol Infect Dis. 2014;37(2):85–96.
- 5 Hestvik G, Warns-Petit E, Smith LA, Fox NJ, Uhlhorn H, Artois M, et al. The status of tularaemia in Europe in a one-health context: a review. Epidemiol Infect. 2015;143(10):2137–60.
- 6 Maurin M, Gyuranecz M. Tularaemia: clinical aspects in Europe. Lancet Infect Dis. 2016;16(1):113–24.
- 7 Frischknecht M, Meier A, Mani B, Joerg L, Kim OC, Boggian K, et al. Tularaemia: an experience of 13 cases including a rare myocarditis in a referral center in Eastern Switzerland (Central Europe) and a review of the literature. Infection. 2019;47(5):683–95.
- 8 Wicki R, Sauter P, Mettler C, Natsch A, Enzler T, Pusterla N, et al. Swiss Army Survey in Switzerland to determine the prevalence of *Francisella tularensis*, members of the Ehrlichia phagocytophila genogroup, *Borrelia burgdorferi sensu lato*, and tick-borne encephalitis virus in ticks. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2000;19(6):427–32.
- 9 Contentin L, Soret J, Zamfir O, Gontier O, Lherm T, Hamrouni M, et al. *Francisella tularensis* meningitis. Med Mal Infect. 2011;41(10):556–8.
- 10 Hofinger DM, Cardona L, Mertz GJ, Davis LE. Tularaemic meningitis in the United States. Arch Neurol. 2009;66(4):523–7.
- 11 Venkatesan S, Johnston C, Mehrizi MZ. A rare case of tularaemic meningitis in the United States from aerosolized *Francisella tularensis*. J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020;1(3):238–41.
- 12 Hutton JP, Everett ED. Response of tularaemic meningitis to antimicrobial therapy. South Med J. 1985;78(2):189–90.
- 13 Glass, GBJ. Tularaemic meningism and serous meningitis; a report of 28 cases observed during an epidemic of tularaemia transmitted by insects in settlements of deportation, Asino and Jaja, Siberia, USSR. Med Clin North Am. 1948;32:769–78.
- 14 Barbaz M, Piau C, Tadie JM, Pelloux I, Kayal S, Tattévin P, et al. Rhombencephalitis caused by *Francisella tularensis*. J Clin Microbiol. 2013;51(10):3454–5.
- 15 Caspar Y, Maurin M. *Francisella tularensis* Susceptibility to Antibiotics: A Comprehensive Review of the Data Obtained In vitro and in Animal Models. Front Cell Infect Microbiol. 2017;7:122.
- 16 Cross JT, Jacobs RF. Tularaemia: treatment failures with outpatient use of ceftriaxone. Clin Infect Dis. 1993;17(6):976–80.
- 17 Ducatez N, Melboucy S, Bentayeb H, Dayen C, Sugenot R, Lecuyer E, et al. A case of *Francisella tularensis* meningitis in a 64-year-old man treated with quinolones. Infect Dis Now. 2022;52(2):107–109.
- 18 Enderlin G, Morales L, Jacobs RF, Cross JT. Streptomycin and alternative agents for the treatment of tularaemia: review of the literature. Clin Infect Dis. 1994;19(1):42–7.
- 19 Dietrich T, Garcia K, Strain J, Ashurst J. Extended-Interval Gentamicin Dosing for Pulmonic Tularaemia. Case Rep Infect Dis. 2019;2019:9870510.
- 20 Pérez-Castrillón JL, Bachiller-Luque P, Martín-Luquero M, Mena-Martín FJ, Herreros V. Tularaemia epidemic in northwestern Spain: clinical description and therapeutic response. Clin Infect Dis. 2001;33(4):573–6.
- 21 Caspar Y, Hennebique A, Maurin M. Antibiotic susceptibility of *Francisella tularensis* subsp. *holarctica* strains isolated from tularaemia patients in France between 2006 and 2016. J Antimicrob Chemother. 2018;73(3):687–91.
- 22 Weber IB, Turabelidze G, Patrick S, Griffith KS, Kugeler KJ, Mead PS. Clinical recognition and management of tularaemia in Missouri: a retrospective records review of 121 cases. Clin Infect Dis. 2012;55(10):1283–90.
- 23 Limaye AP, Hooper CJ. Treatment of tularaemia with fluoroquinolones: two cases and review. Clin Infect Dis. 1999;29(4):922–4.
- 24 Meric M, Willke A, Finke EJ, Grunow R, Sayan M, Erdogan S, Gedikoglu S. Evaluation of clinical, laboratory, and therapeutic features of 145 tularaemia cases: the role of quinolones in oropharyngeal tularaemia. APMS. 2008;116(1):66–73.
- 25 Origgi FC, Frey J, Pilo P. Characterisation of a new group of *Francisella tularensis* subsp. *holarctica* in Switzerland with altered antimicrobial susceptibilities, 1996 to 2013. Euro Surveill. 2014;19(29):20858.
- 26 Bossi P, Tegnell A, Baka A, van Loock F, Werner A, Hendriks J, et al. Bichat guidelines for the clinical management of tularaemia and bioterrorism-related tularaemia. Euro Surveill. 2004;9(12):27–8.



Martina Haueter, dipl. Ärztin
 Klinik für Allgemeine Innere Medizin,
 Kantonsspital Olten, Olten

Briefe an die Redaktion

Chlamydien: Nomenklatur, Wirtsspezifität, Diagnostik

Brief zu: Bombaci S, Ramseier A, Franzen D, Jungblut L, Frauenfelder T. Der unterschätzte Pneumonie-Erreger. Swiss Med Forum. 2023;23(47):1460–2.

Im informativen Fallbericht von Bombaci et al. zum unterschätzten Pneumonie-Erreger *Chlamydia (C.) psittaci* haben sich einige Unstimmigkeiten eingeschlichen. Wir möchten deshalb auf den grossen Wissenszuwachs bei den Vertretern der Familie der *Chlamydiaceae* und auf Anpassungen der Bakteriennomenklatur in den letzten 20 Jahren hinweisen. Ein anfangs 2023 erschienener Übersichtsartikel im Swiss Medical Forum [1] beschreibt das aktuelle Wissen über die vier Chlamydienspezies mit klar definiertem zoonotischen Potential: *C. psittaci* bei Vögeln und Pferden, *C. abortus* bei Schaf und Ziege, *C. caviae* beim Meerschweinchen und *C. felis* bei der Katze.

Wir stellen folgende Punkte richtig:

1. Es gibt kein Vorkommen von *C. psittaci* bei Rindern, Schweinen und Schafen. Die alte Nomenklatur *Chlamydia psittaci* serovar 1 des Erregers des Chlamydienaborts der kleinen Wiederkäuer ist nicht mehr gültig, der korrekte Name ist *Chlamydia abortus*. Es ist sehr wichtig, die beiden Pneumonie-Erreger *C. psittaci* und *C. abortus* und ihre Reservoirwirte zu kennen, wie kürzlich dargelegt [2]. Infektionen mit *C. abortus* können zudem bei schwangeren Frauen zu einer Fehlgeburt führen [3]. Der Erreger mit unklarem zoonotischen Potential beim Schwein heisst *Chlamydia suis*.

2. Die Diagnose von *C. psittaci* beim Menschen wird hauptsächlich mittels PCR (Polymerase-Kettenreaktion) gestellt. Die im Artikel erwähnte fragliche Sensitivität und Spezifität des PCR-Nachweises ist nicht korrekt. Vielmehr muss beachtet werden, ob *C. psittaci*, *C. abortus* und *C. caviae* überhaupt im humanmedizinischen Testpanel detektiert werden und ob Chlamydienspezies-spezifische PCR-Methoden zur Anwendung kommen [1]. Genotypisierung wird zumindest in der Veterinärmedizin regelmässig eingesetzt [2]. Die Interpretation der *C.-psittaci*-Serologie ist schwierig aufgrund von Kreuzreaktionen mit *C. pneumoniae* und *C. trachomatis*. Um im indirekten Mikroimmunfluoreszenz-Test die korrekte Diagnose zu stellen, hilft ein signifikant hoher Titer gegen einen der drei Erreger. Ansonsten

empfiehlt sich eine Serumverlaufskontrolle. Die aufwändige Kultur wird in der Routinediagnostik nicht eingesetzt. In der Veterinärmedizin gibt es genaue Richtlinien zur Diagnostik von Tierseuchen von der «World Animal Health Organisation» (WOAH) mit Auflistung der empfohlenen Tests [4].

Die empfohlenen Hygienemassnahmen bei der Entfernung von leeren Taubennestern können wir nur unterstützen. In der Stadt Zürich waren in einer 2019 veröffentlichten Studie 27,5% der Stadtauben (*Columba livia forma domestica*) in und um Zürich positiv für *C. psittaci* [5].

Die Unterzeichnenden dieses Leserbriefs sind Ärzte, Tierärztinnen und Mikrobiologen aus der Human- und Veterinärmedizin und wir betonen die Notwendigkeit, sich bei der Chlamydiose bezüglich Nomenklatur, Wirtsspezifität und Diagnostiktests auf die neuste Literatur und einen «One Health»-Ansatz zu stützen.

Dr. med. vet. Sarah Albini^a, Dr. med. vet. Hanna Marti^b, Prof. Dr. med. vet. Nicole Borel^b, Dr. med. vet. Vladimira Hinic^c, Dr. phil. nat. Frank Imkamp^c, Dr. med. Benjamin Preiswerk^d

^a Abteilung für Geflügel- und Kaninchenkrankheiten, Vetsuisse-Fakultät, Universität Zürich

^b Institut für Veterinärpathologie, Vetsuisse-Fakultät, Universität Zürich

^c Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universität Zürich

^d Abteilung für Infektiologie, Spitalhygiene und Personalmedizin, Stadtspital Zürich Triemli

Conflict of Interest Statement

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

Literatur

1 Albini S, Imkamp F, Preiswerk B, Borel N. Chlamydien als Zoonoseerreger – eine unterschätzte Gefahr? Swiss Med Forum. 2023;(16):1012–5.

2 Imkamp F, Albini S, Karbach M, Kimmich N, Spinelli C, Herren S, et al. Zoonotic Chlamydiae as rare causes of severe pneumonia. Swiss Med Wkly. 2022;152:w30102.

3 Burgener A., Seth-Smith HMB, Kern-Baumann S, Durovic A, Blaich A, Menter T, et al. A case study of zoonotic *Chlamydia abortus* infection: diagnostic challenges from clinical and microbiological perspectives. Open Forum Infect Dis. 2022;9(10):ofac524.

4 World Organisation for Animal Health WOA [Internet]. Paris: Terrestrial Manual, Section 3.3 Aves, Chapter 3.3.1. Avian Chlamydiosis. Last updates adopted 2018 [accessed 2024 Apr 9]. Available from: <https://www.woah.org/en/disease/avian-chlamydiosis>

5 Mattmann P, Marti H, Borel N, Jelocnik M, Albini S, Vogler BR. Chlamydiaceae in wild, feral and domestic pigeons in Switzerland and insight into population dynamics by *Chlamydia psittaci* multilocus sequence typing. PLoS ONE. 2019;14(12):e0226088.

Die Autoren haben auf eine Replik verzichtet.

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

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

Super Kräfte gesucht!

Du kannst etwas, was andere nicht können?
Du machst den Unterschied aus?
Dann gehörst du zu uns!

Wir suchen dich nach Vereinbarung als

Chefärztin / Chefarzt Pathologie **80 - 100%** am Standort Chur

Das Institut für Pathologie des Kantonsspitals Graubünden stellt in der Südostschweiz die Versorgung mit Pathologie-Dienstleistungen sicher und führt histo-, zyto- und molekularpathologische Untersuchungen von Gewebeprobe aller Organsysteme durch. Zudem ist das Institut für Pathologie Teil der zertifizierten Zentren für Brustkrebs und Endometriose des Kantonsspitals Graubünden und als Weiterbildungsstätte Typ B für das Fachgebiet Pathologie durch das SIWF zertifiziert.

Das sind deine Aufgaben

- Du übernimmst die Leitung und strategische Weiterentwicklung des Instituts für Pathologie
- Du befasst dich im Rahmen der selbständigen Tätigkeit als Fachärztin/-arzt mit einem vielseitigen diagnostischen Spektrum
- Du pflegst eine konstruktive und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den internen und externen Partnern
- Du vertrittst das Fachgebiet im Innen- und Aussenverhältnis
- Du engagierst dich in der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Das bringst du mit

- Eidgenössischer Facharztstitel für Pathologie oder äquivalente Ausbildung
- Langjährige Berufserfahrung und breites fachliches Kompetenzspektrum
- Zusatzqualifikationen wie Schwerpunkttitel "Zytopathologie" wünschenswert
- Hohes Interesse zur weiteren fachlichen und organisatorischen Entwicklung des Instituts
- Integrative und kommunikative Persönlichkeit mit hoher Sozialkompetenz

Kontakt

Bei Fragen bin ich gerne für dich da:
Dr. pharm. Susanne Guyer, Departementsleiterin Institute
+41 81 256 65 20

Job-ID 914



Bei uns im Kantonsspital Graubünden arbeiten rund 3'000 Super Kräfte in mehr als 50 Berufen. **Und bald eine:r mehr!**

Wir freuen uns auf deine Online-Bewerbung bis 30. Juni 2024 unter www.ksgr.ch/offene-stellen.

Super Kräfte gesucht!

Du kannst etwas, was andere nicht können?
Du machst den Unterschied aus?
Dann gehörst du zu uns!

Wir suchen dich nach Vereinbarung als

Leitende:r Ärztin / Arzt oder **Oberärztin / Oberarzt Pathologie** **50 - 100%** am Standort Chur

Das Institut für Pathologie stellt in der Südostschweiz die Versorgung mit Pathologiedienstleistungen sicher und führt histo-, zyto- und molekularpathologische Untersuchungen von Gewebeprobe aller Organsysteme durch. Zudem ist das Institut für Pathologie Teil der zertifizierten Zentren für Brustkrebs und Endometriose des Kantonsspitals Graubünden und als Weiterbildungsstätte Typ B für das Fachgebiet Pathologie durch das SIWF zertifiziert. Blüht du zwischen Kryostatmikrotom und Lichtmikroskopen so richtig auf? Perfekt, dann gehörst du zu uns!

Das sind deine Aufgaben

- Du führst selbstständig Untersuchungen mit einem vielseitigen diagnostischen Spektrum durch
- Du engagierst dich in der Aus- und Weiterbildung
- Bei entsprechender Qualifizierung ist die Mitarbeit in der Zyto- und Molekularpathologie sehr wünschenswert

Das bringst du mit

- Eidgenössischer Facharztstitel für Pathologie oder eine äquivalente Ausbildung
- Erfahrung im gesamten Spektrum der Pathologie mit Durchführung von Obduktionen, Zuschnitt makroskopischer Präparate und Beurteilung histologischer Präparate inkl. intraoperativer Schnellschnittuntersuchungen
- Sehr gute Deutschkenntnisse in Wort und Schrift

Kontakt

Bei Fragen bin ich gerne für dich da:

Thomas Németh, Organisatorische und Administrative Leitung Pathologie a. i.
+41 81 256 64 72

Job-ID 921



Bei uns im Kantonsspital Graubünden arbeiten rund 3'000 Super Kräfte in mehr als 50 Berufen. **Und bald eine:r mehr!**

Wir freuen uns auf deine Online-Bewerbung unter www.ksgr.ch/offene-stellen.



Das freiburger spital (HFR) engagiert sich tagtäglich für die Gesundheit der Bevölkerung. Es ist an mehreren Standorten tätig und bietet eine breite Palette an qualitativ hochwertigen Dienstleistungen im stationären und ambulanten Bereich. Das Wohl der Patientinnen und Patienten steht dabei stets im Mittelpunkt. Engagement, Solidarität und Respekt: An diesen Werten orientieren sich unsere 3600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Für die **Neurorehabilitation** am Standort Meyriez in Verbindung mit der **Akut-Neurologie/Stroke Unit** Standort Freiburg suchen wir

1 Leitende/r Ärztin/Arzt Neurorehabilitation (d/f) (90–100%)

Im HFR Meyriez befinden sich die Abteilung für Neurorehabilitation und muskulo-skeletale Rehabilitation. Die Neurorehabilitation besteht aus der Bettenstation mit 26 Betten, wo Menschen nach der Akutphase einer neurologischen Krankheit ihre Rehabilitation durchführen. Die Neurorehabilitation ist eng verbunden mit der Akut-Neurologie und der Stroke Unit am HFR Freiburg (Chefärztin: PD Dr Andrea Humm). Die/der Neurologe/-in der Neurorehabilitation ist daher auch im Team der Akut-Neurologie eingebunden. Mindestens 50% der Stellenprozente müssen der Neurorehabilitation gewidmet werden.

Stellenantritt

- ab 01.01.2025

Ihre Aufgaben

- Supervision des ärztlichen Neurorehabilitationsteams der Bettenstation (zwei OA und vier AA)
- Aufbau einer allgemein-neurologischen Sprechstunde in Meyriez
- Teilnahme am pluridisziplinären Stroke-Unit-Kolloquium in Freiburg
- Übernahme von Pikettdiensten in der Akut-Neurologie inkl. Stroke-Unit am HFR-Freiburg
- Gelegentliche Hintergrunddienste für die Neurorehabilitation
- Übernahme strategischer und übergeordneter Aufgaben in der Neurorehabilitation
- Tätigkeit in der klinischen Forschung wird unterstützt

Wir bieten

- Flache Hierarchie mit offenem und unkompliziertem Umgang in einem kollegialen, dynamischen und motivierten Team
- SIWF akkreditierte Neurorehabilitation (D1) und akute Neurologie (C)
- Aktive interdisziplinäre Zusammenarbeit mit allen Abteilungen des HFR, speziell mit dem Team der Neurologie
- Breites Spektrum an fachlichen und persönlichen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- Engagierte Zusammenarbeit in einem hochspezialisierten und interdisziplinären Umfeld
- Arbeit in einer Umgebung mit hoher Lebens- und Freizeitqualität im Umfeld von Freiburg und Bern

Ihr Profil

- Eidgenössischer Facharztstitel für Neurologie oder gleichwertiger anerkannter Titel aus dem Ausland mit Weiter-/Fortbildung und Berufserfahrung in neurologischer Rehabilitation
- SGK-Zertifikate oder gleichwertige Weiterbildungszertifikate für ENMG, EEG und/oder zerebrovaskuläre Sonographie sind von Vorteil
- Führungskompetenz, Teamfähigkeit, Zuverlässigkeit, Belastbarkeit
- Aktives Engagement und Freude an der Ausbildung unserer Assistenzärztinnen/-ärzte
- Deutschsprachig mit Kenntnissen der französischen Sprache oder umgekehrt (wobei gute Deutschkenntnisse wichtig sind)

Auskunft und Bewerbung

- Dr. med. Titus Bihl Lainsbury, Chefarzt Rehabilitation HFR Meyriez und PD Dr. med. Andrea Humm, Chefärztin Neurologie / Stroke Unit HFR Freiburg
- T: +41 26 306 19 25 (Dr Bihl), +41 26 306 22 35 (PD Dr Humm)

Besuchen Sie unsere Website www.h-fr.ch unter der Rubrik «Stellen» und bewerben Sie sich direkt online.

HFR-M-242002

196545-23



197454-23

OBERARZT/OBERÄRZTIN AN- ÄSTHESIE (M/W/D) | 70% - 80% ANÄSTHESIE | KANTONSSPITAL OLTEN PER 1. AUGUST 2024 ODER NACH VEREINBA- RUNG

Dem Departement Perioperative Medizin gehören die Bereiche Anästhesie, Intensivmedizin (inkl. IMC), die Schmerztherapie und die Notärzt:innen an.

Ihre Aufgaben

- Patientenbehandlung gemäss den aktuellsten anästhesiologischen, intensiv- und notfallmedizinischen Standards im elektiven und Notfallbetrieb
- Supervision und Unterstützung von Assistenzärzt:innen, sowie von Studierenden in Anästhesiepflege NDS HF in Weiterbildungs- und fachtechnischen Fragen
- Übernahme von Ausbildungsaufgaben bei Unterassistent:innen
- Enge interprofessionelle Zusammenarbeit mit und Supervision von Expert:innen in Anästhesie- und Intensivpflege
- Ermöglichung eines reibungslosen Betriebsablaufes im Tages- und Notfallbetrieb

Ihr Profil

- Facharztstitel FMH für Anästhesiologie (oder kurz vor dessen Erlangung) oder MEBEKO-anerkannter äquivalenter Facharztstitel
- Erfahrungen in Intensivmedizin und als Notarzt:in sind erwünscht aber nicht Bedingung
- Gute Deutschkenntnisse
- Patientenorientiertes Handeln; flexible, konsens- und teamfähige Persönlichkeit, sowie Handeln nach dem WZW-Prinzip
- Respektvoller und partnerschaftlicher Umgang mit Kolleg:innen aller Disziplinen und Professionen

Ihre Vorteile

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

Ihr Kontakt

Bei Fragen zur Stelle (Referenz 1837):
Herr Dr. med. Reto Paganoni
Chefarzt Departement Perioperative Medizin
Tel: tel:+41623115715

Ihre Bewerbung

stellen.soh@spital.so.ch (mit Angabe der Referenznummer 1837)

Kantonsspital
Oltensolothurner
spitäler

FMH SERVICES

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

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

Konditionen auf www.fmhjob.ch.

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

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

Conditions sur www.fmhjob.ch.

Praxismarkt
Marché des cabinets
Mercato studi medici

AG – Aarau renovierte Praxisräumlichkeiten 101 m² (ev. + 101 m²) 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.

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.

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 (Président de la Fondation du Petit-Marais) Cabinet disposition et surface: 5.5 pièces (120 m²) / Salle dexamen: 15 m² / Salle de consultation 22 m² / Salle d'attente 14 m² / Locale « pharmacie » 7 m² / Radiologie de 15 m² (dont DEVEL 4 m²) / Accueil et WC 18 m² / Réception et secrétariat 26 m² (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 Reconvilier 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 m²), freundliche, wertschätzende Familien und Mitarbeiterinnen. Auskunft für interessierte/n Nachfolger/in: Dr. med. Matthias Winkler, Mühledorfstrasse 1, 3018 Bern, E-Mail: matthias_c_winkler@bluewin.ch, Tel. 079 754 99 47.

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-43046.

GR – Umfassende Medizin fernab Konkurrenz- und Leistungsdruck in der magischen Region Surselva – An bester Lage in der verkehrstechnisch sehr gut erschlossenen Gemeinde Disentis zwischen Chur und Andermatt ist per Frühling 2025 eine etablierte Praxis für Allgemeine Innere ohne Goodwill zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (128 m²) mit lichtdurchfluteten Sprechzimmern befindet sich in einem topmodernen Gebäude. Der Notfalldienst wird tagsüber (ca. 2x pro Monat) bis 20 Uhr geleistet und in der Nacht behält man nur den Hintergrunddienst. Kontaktaufnahme bitte unter Ref. 241 1567: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@fmhconsulting.ch, Tel. 041 244 60 60.

LU – Nachmieter Praxisräume – Praxis-Räumlichkeiten in der Stadt Luzern abzugeben per 01.09.2024 oder nach Vereinbarung. Beste Lage, sehr guter Zustand, 188

m². 3 sehr helle Untersuchungs-/Behandlungsräume. WC + Dusche/WC. Kleine, voll ausgestattete Küche (Kühlschrank, Herd, Mikrowelle, Geschirrspüler). Waschmaschine und -trockner. Neu installierte Klimaanlage. Kein Röntgen. Ggf. mit Möblierung (v. a. USM). Kontaktnahme via E-Mail: praxis-luzern@gmx.ch.

LU – Attraktives Ärztezentrum mit vollelektronischer Praxisadministration in der Nordagglomeration von Luzern – Im Zentrum einer Vorortsgemeinde von Luzern ist per Mitte 2025 oder n. V. ein modernes Ärztezentrum (erweiterte Grundversorgung) mit Selbstdispensation zu übergeben. Die rollstuhlgängige Praxis (145 m² 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, 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. Telefonische Auskunft erteile ich gerne nach vorgängiger Absprache per E-Mail.

TG – Gepflegte Praxis für Allgemeine Innere Medizin mit Selbstdispensation im Bezirk Weinfelden zu übergeben – In einer grösseren Gemeinde zwischen St. Gallen und Weinfelden ist per Sommer 2025 oder n. V. eine etablierte Hausarztpraxis (125 m²) zu fairen Konditionen zu übergeben. Der Bodensee und die Städte St. Gallen oder Weinfelden sind nur 20 Minuten von der Praxis entfernt. Konstante Umsatzzahlen, sehr gut durchmischtes Patientengut, ein eingespieltes MPA-Team, bes-

tens geregelter Notfalldienst, Selbstdispensation, beliebte Wohnlagen inmitten einer ländlichen Idylle und doch in Stadtnähe sind nur einige Vorteile dieses Angebotes. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme unter Ref. 221 4816: FMH Consulting Services AG, Frau Viera Rossi, E-Mail: viera.rossi@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 m² moderne Praxisräume mit OP zu vermieten. E-Mail: reichel.martin@hin.ch.

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

ZG – Etablierte, gut positionierte Gruppenpraxis in Zug zu übergeben – Die langjährig etablierte, modern eingerichtete und gut positionierte Gruppenpraxis (Grösse ca. 250 m², 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 – Moderne Hausarzt-Gruppenpraxis in Zürich Seebach sucht Nachfolger/-innen - auf Wunsch Coaching inklusive – Für eine langjährig bestehende Hausarztgruppenpraxis in Zürich-Seebach suchen wir per sofort oder nach Vereinbarung gut ausgebildete Hausärzte/-innen. Sie arbeiten Voll- oder Teilzeit, erhalten einen guten Monatslohn und tragen kein finanzielles Risiko. Sie arbeiten mit einem eingespielten, motivierten Team und können auf Wunsch einen pensionierten Hausarzt als Coach beiziehen. Die Praxis ist geräumig, hell, freundlich und modern ausgestattet: elektronische KG, Labor, EKG, Ergometrie, digitales Röntgen, Apotheke. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung mit CV an E-Mail: bewerbungen.aerztehaus-seebach@hin.ch.

ZH – Nachfolge Augenarztpraxis – Praxisnachfolge für gut eingeführte Augenarztpraxis mit elektronischer Patientenakte und ZSR-Direktverrechnung im Zentrum von Zürich gesucht. Kontakt unter Chiffre I-42868.

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 m²) mit Seesicht sucht 1–2 sympatische 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 – 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 m²) an einen oder mehrere Nachfolger (m/w) zu übergeben. Bestens geregelter Notfalldienst (kein Nachtdienst), Selbstdispensation, optimale ÖV-Verbindung nach Zürich, Wet-zikon 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.

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

BL – Praxispartnerschaft mit Übernahmeoption – Bis in ca. 3 Jahren möchte ich in den 'Unruhestand' treten. Ich führe eine pädiatrische Praxis (mit 1 MPA) in einer direkt an Basel angrenzenden Gemeinde (mit Selbstdispensation; sehr gute Anbindung im ÖV). Gerne würde ich kürzer treten und eine Nachfolge einarbeiten. Vorsorge, Allgemeinpädiatrie (mit Labor) und Sonographie der Hüften gehören zum Alltag. Ziel wäre mein Pensum zu reduzieren während ein Partner sein Pensum aufbaut. Kontakt unter Chiffre I-43005.

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 Wettlingen AG und suchen ab August 2024 oder nach Vereinbarung eine Kollegin/Kollegen zur Aufstockung unseres Fachärzteteams. 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 Wettlingen 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, ärzte-eigene Praxis mit einem stabilen Team befindet sich in Buchs AG an zentraler Lage. Wir bieten in unserer Praxis das ganze Spektrum der Hausarztmedizin an und haben eine attraktive Ferien- und Fortbildungsregelung sowie eine zeitgemässe Entlohnung. Haben Sie Interesse? Dann melden Sie sich unverbindlich bei unserem ärztlichen Lei-

ter 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.

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; Tel. 062 852 20 30; www.arzt-suhr.ch; 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-titel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Anita Stalder, Leitende Ärztin (Tel. +41 31 385 71 11, E-Mail: anita.stalder@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

BE – Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin 40–100% – Wir sind eine moderne, innovative und gleichzeitig familiäre Hausarztpraxis in der schönen Gemeinde Worb. Worb ist optimal gelegen, nicht weit von der Stadt Bern entfernt, liegt das Dorf zudem am Rande des Emmentals. Als Praxis möchten wir gerne den entscheidenden Unterschied in der Region und auf der Welt machen. Der positive und unterstützende Umgang mit unseren Patienten/-innen und den Mitarbeitenden ist für uns zentral. Das vielseitige Angebot und eine anregende Arbeitsumgebung sind uns wichtig. Eine spannende und vielseitige Tätigkeit erwartet Sie. Zur Erweiterung unseres Teams suchen wir Sie als motivierte Fachärztin/motivierten Facharzt Innere Medizin. Was Sie mitbringen: Freude am Umgang mit Patienten/-innen und der medizinischen Tätigkeit, Fachärztin/Facharzt Allgemeine Innere Medizin, evidenzbasierte Behandlung von Patienten/-innen, selbständiges Arbeiten, optimalerweise Chirurgie-Erfahrung. Was Sie erwartet: Ein anregendes Umfeld und ein motiviertes Team, Unterstützung bei Fortbildungen, Möglichkeit zur längerfristigen Mitarbeit, faire leistungsbezogene Entlohnung. Sie möchten die Reise mit uns zusammen wagen? Perfekt! Dann melden Sie sich bei uns! Dr. med. Doris von Mural, Dr. med. Marc-Alain Portmann, Richigenstrasse 4, 3076 Worb, Tel. 031 839 25 03, E-Mail: dr.portmann@mail.ch, www.hausarztpraxis-worb.ch.

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.

FMH Services – Die grösste standeseigene Dienstleistungsorganisation

GE – Cherche ophtalmologue avec droit de pratique à Genève et numéro RCC genevois – Le cabinet 'Ophtalmologie Cornavin' cherche un ophtalmologue qui a un droit de pratique et un numéro RCC genevois, et qui désire s'installer ou faire quelques consultations à Genève en tant qu'indépendant. Le pourcentage de travail est négociable. Le cabinet est proche de la gare cornavin, a une ambiance de travail saine, et est très bien équipé: optométriste, orthoptiste, OCT de segment antérieur/postérieur, photo couleur du fond d'oeil, CV, topographie cornéenne, biométrie, microscopie spéculaire/pachymétrie, US A/B-Scan/UBM, laser YAG/SLT/Argon, Hess Weiss, lampe à fente portable pour les bébés/handicapés, casque pour le fond d'oeil. Si intéressé(e) veuillez écrire à l'adresse e-mail suivante: valeria_kheir@live.com. Si pas de droit de pratique/num RCC à GE: merci de s'abstenir.

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, eröffneten 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 selbstständigen 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.

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 (schwanenpraxis@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/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin bzw. Prakt. Arzt/Ärztin. Mehr zu den Stellen erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

SG – Narkosearzt/-ärztin 50–80% – Privatklinik in der Ostschweiz sucht Narkosearzt/-ärztin 50–80%. Kontakt unter Chiffre I-43043.

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/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt bzw. im 4. oder 5. Weiterbildungsjahr). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Christiane Bieffer, Leitende Ärztin (Tel. +41 71 2240800, E-Mail: christiane.bieffer@sanacare.ch) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.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 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.

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.

SO – Mitarbeit in orthopädischer und traumatischer Praxis – Zentral in Solothurn in unmittelbarer Nähe zur Privatklinik Obach suche ich Unterstützung in meiner orthopädischen und traumatischen 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 Belegarzt/-tätigkeit möglich. E-Mail: alex.fischer@ortho-praxis-fischer.ch, Tel. 076 594 44 68.

SO – Facharzt (m/f) Allgemeine Innere Medizin 80–100% für Hausarztgruppenpraxis in Solothurn – Für einen unseren 5 Fachärzte in einer langjährig-

gen, 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 zur Miteigentum erwünscht. Bewerbungen bitte an E-Mail: gruppenpraxis.westbahnhof@hin.ch. Auskunft R. Schoenenberger, Tel. 077 487 30 23.

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 Facharzt/-ärztin Titel Allgemeine Innere Medizin oder Prakt. Arzt/Ärztin). Mehr zur Stelle erfahren Sie auf: www.sanacare.ch/aerzte. Oder rufen Sie uns an: Chantal Tromp, Leitende Ärztin (Tel. +41 41 818 20 10, E-Mail: chantal.tromp@sanacare.ch) oder Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

TG – 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 Konsiliararzt/-dienste in der Rehaklinik Zihlschlacht. Neben dem anerkannten Facharzt/-titel 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 – Arzt/Ärztin FMH AIM für schöne Arztpraxis an zentraler Lage gesucht – Hier bietet sich die Möglichkeit, in einer schönen, gut gelegenen Arztpraxis mit eingespieltem Team mit zu arbeiten. Sehr gute Bezahlung, 4-Tage Woche, 8 Wochen Ferien. Kontakt unter Chiffre I-43064.

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 Fachärztinnen und eine vielseitige Infrastruktur. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson. E-Mail: job@arzthaus.ch. Tel. 079 771 53 90.

ZH – Moderne Praxis sucht Fachkollegen/-innen – Erstklassige Praxis im Zentrum von Winterthur, zentral in Bahnhofsnähe. Neue, helle Räumlichkeiten, vor 1 J. eröffnet, ausgestattet mit Röntgen-Anlage, Labor, Ultraschall, ESWT, EMTT und Praxis-OP. Ich suche Kollegen/-innen in den Disziplinen: Orthopädie, Handchirurgie, Plastische/ästhetische Chirurgie, Rheumatologie, Phlebologie, Dermatochirurgie. Entweder Anstellung oder im Rahmen eines Infrastrukturnutzungsvertrags. E-Mail: winotho@hin.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeine Innere Medizin

– Permanence Marktplatz-Oerlikon ist eine etablierte ärztliche Institution mit verhältnismässig kurzer Präsenzzeit an äusserst zentraler Lage (Franklinturm Bahnhof Oerlikon, <https://franklinturm.ch>), die umfassende ärztliche Versorgung in Zürich-Nord bietet, einschliesslich dringender Behandlung und allgemeinmedizinischer Betreuung. Sie ist ausgestattet mit modernster Infrastruktur und arbeitet mit Spezialisten und Krankenhäusern für weiterführende Versorgung zusammen. Das Team wird durch Hausärzte ergänzt und deckt ein breites Spektrum akuter und hausärztlicher Beschwerden ab. www.permanence-oerlikon.ch. Zur Stärkung unseres eingespielten Teams suchen wir eine/n Fachärztin/-arzt für Allgemeine Innere Medizin. Unser Angebot: selbständige, spannende Tätigkeit, attraktive Honorierung, spezielle Vereinbarungen für Teilzeit möglich, Weiterbildungsanerkennung in FMH Allg. Innere Medizin gemäss Art. 43 WBO (1 Jahr). Ihr Profil: teamfähige Persönlichkeit mit fundiertem Fachwissen, Freude an der Arbeit mit modernen Hilfsmitteln. Ihre schriftliche Bewerbung mit Unterlagen senden Sie bitte an: Herrn Dr. K. Baki, Permanence Marktplatz Oerlikon, Querstrasse 15, 8050 Zürich, E-Mail: kbaki@permanence-oerlikon.ch.

ZH – FA Allgemeine Innere Medizin (m/w) 50–100%

– Aufgrund einer bevorstehenden Pensionierung sind wir auf der Suche nach Verstärkung für unser Team. Wir sind eine kleine unabhängige Hausarztpraxis im Wohnquartier Friesenberg mit Fokus auf der langjährigen persönlichen Betreuung unserer Patienten. Wir bieten das gesamte Spektrum der Hausarztmedizin inklusive Sonographie, Kleinchirurgie sowie Röntgen an, es besteht Selbstdispensation. Fixe Arbeitszeiten Montag bis Freitag 08:00–17:00. Unserem gut eingespielten Team ist eine respektvolle und freundliche Zusammenarbeit sehr wichtig! Bewerbungen an Dr. med. univ. Charlotte Seer, E-Mail: praxisfriesenberg@hin.ch.

ZH – Fachärztin/Facharzt Gastroenterologie 40–100% zur Ergänzung unseres Teams des Bauchzentrum Rapperswil/Rüti

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

ZH – Facharzt Allgemeine Innere Medizin Mobile Heimarztpraxis Zürich

– Medaxo – Menschlich nah. Mit über 180 Fachspezialisten vernetzt und versorgt die Medaxo Gruppe ihre Patientinnen und Patienten mit Leidenschaft in verschiedensten Arztpraxen, den mobilen Heimarztpraxen sowie der Klinik Hohmad. Wir suchen an unserem Standort der mobilen Heimarztpraxis am Stand-

ort Zürich/Aargau Verstärkung durch einen Facharzt / eine Fachärztin Allgemeine Innere Medizin oder praktische Ärztin / praktischer Arzt. 50–80 Stellenprozente. Stellenantritt ab sofort oder nach Vereinbarung. Bei Fragen steht Ihnen Frau Alba Fernandez COO Mobile Heimarzt Praxen gerne zur Verfügung: Tel. +41 56 521 24 00 oder E-Mail: alba.fernandez@medaxo.ch.

ZH – Allgemeinarzt/-ärztin 40–60% – Arztpraxis Kalkbreite

– Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin

– Wir suchen einen Facharzt Allgemeinmedizin (m/w) für unsere erfolgreiche Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten interdisziplinäre Zusammenarbeit und gute Anstellungsbedingungen. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen. Wir erwarten Teamarbeit und Freude im Beruf. Gerne beantwortet Martin Olsson Ihre Fragen unter Tel. 079 771 53 90. Wir freuen uns auf Ihre schriftliche Bewerbung an E-Mail: job@arzthaus.ch.

ZH – Facharzt/Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie

– Wir wollen unsere erfolgreiche Praxis am Löwenplatz in Zürich mit einem Psychiater (m/w) verstärken. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten und interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem guten Team. Wir erwarten Kollegialität und Freude im Beruf und freuen uns auf Ihre Bewerbung an Dr. med. Isis Amitirigala: E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

ZH – 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, Tel. 078 661 00 44, 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. Oder rufen Sie uns an: Michèle Bouvard, Personalverantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

ZH – Facharzt/-ärztin Gynäkologie

– Wir suchen eine Fachärztin für Gynäkologie für unsere erfolgreiche und zentral gelegene Praxis im Zentrum von Zürich. Wir bieten ein breites Spektrum an Patienten, interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten und eine vielseitige Infrastruktur. Wir würden uns über Ihre schriftliche Bewerbung und ein Kennenlernen freuen. Senden Sie bitte

Ihre vollständigen Unterlagen an Martin Olsson, Tel. 079 771 53 90, E-Mail: job@arzthaus.ch. Unter www.arzthaus.ch finden Sie weitere Informationen.

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

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

ZH – Ärztin/Arzt FMH Allgemeine und Innere Medizin, Praktischer Arzt

– Wir suchen für unsere 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 aufgeschlossenes Team freut sich über Ihre Mitarbeit! Kontakt unter E-Mail: praxis-wiesendangen@hinmail.ch, Tel. 052 338 23 23.

**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. Oder rufen Sie uns an: Dr. med. Karin Oberbörsch, Leitende Ärztin (Tel. +41 44 261 00 04, E-Mail: karin.oberboersch@sanacare.ch) oder Laura Kopácsi, HR-Verantwortliche (Tel. +41 52 264 05 05, E-Mail: personal@sanacare.ch).

Hol den Embolus

Angiologie Ein neues Katheter-Verfahren könnte die Antikoagulation als Standardtherapie der Lungenembolie ersetzen. Während international noch Vergleichsstudien laufen, wird das FlowTriever-System in Schweizer Spitälern bereits eingesetzt.

Simon Maurer

Es passiert selten, dass eine Firma ihre Studie zur Zulassung eines neuen medizinischen Verfahrens wegen zu guter Resultate stoppt. Im Falle des FlowTriever-Verfahrens zur Entfernung von Lungenarterienembolie ist aber genau das geschehen [1]. Denn im Vergleich zu den anderen Therapiemöglichkeiten wie alleiniger Antikoagulation oder systemischer Thrombolyse schnitt die Embolusentfernung mit dem FlowTriever viel besser ab. Die Todesrate der mit dem Katheter-Absaugverfahren behandelten Patientinnen und Patienten betrug nur 1,9% – im Vergleich zu 29,5% bei den herkömmlich Therapiearten [2].

So erstaunt es nicht, dass das FlowTriever-Verfahren schnell weltweit Beachtung fand und in vielen Ländern eingesetzt wurde. Schliesslich sind Lungenembolien heute die dritthäufigste Todesursache bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen und noch immer schwierig zu behandeln [3–6]. Die im Notfall sofort eingesetzte Antikoagulation sowie die leitliniengerechte Lysetherapie können im Körper der so behandelten Patientinnen und Patienten zu schweren Blutungen führen.

Schneller, besser, schonender

Beim neuen Verfahren wird ein Draht über die Vena femoralis communis ultraschallgeführt über die Leiste vom rechten Herz bis in die Lungenarterien eingebracht. Darauf folgt ein grosslumiger Katheter, der bis vor den Embolus vorgeschoben wird, und der mit einer Spritze verbunden ist, mit welcher der Embolus direkt herausgesaugt werden kann. Wenn das nicht gelingt, weil der Embolus zu gross ist, wird ein Katheter durch den Embolus hindurchgeschoben, der sich an drei Stellen in der Arterie tellerförmig entfaltet und beim Herausziehen den Embolus so garantiert mit herausfischt [7].

Die minimalinvasive Therapie dauert zwischen 60 und 90 Minuten und verbessert das Outcome der Patienten schon wenige Momente nach der Operation. «Wir sehen bereits im Katheterlabor eine Verbesserung der Hämodynamik», erklärt Dr. med. Thorsten Grumann, der als Leitender Arzt der Angiologie im Luzerner Kantonsspital zu den Ersten in der Schweiz gehörte, die den FlowTriever

einsetzten. Die Herzfrequenz falle meist merklich ab, der Blutdruck steige an, während der Lungendruck gesenkt werde. «Insgesamt wird so die Überlebenschancen deutlich gesteigert.»

Dieser Umstand lässt sich auch an der kurzen postoperativen Erholungszeit der Patientinnen und Patienten festmachen. So müssen rund 40% der so Behandelten nach dem Eingriff nicht einmal auf der Intensivstation überwacht werden. Die restlichen Operierten halten sich im Durchschnitt eineinhalb Tage auf der ICU-Überwachungsstation auf [8]. Deshalb werden das FlowTriever-Verfahren und andere ähnliche kathetertechnische Therapien, wie etwa die lokale EKOS-Sonic Lyse und der Indigo Lightning Aspirationskatheter heute auch von der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie (SGA) unterstützt. «Inzwischen belegen auch randomisierte Studien mit klinischen Endpunkten, dass diese kathetertechnische Therapie besser als der Standard of Care mit der bisherigen alleinigen Antikoagulation ist», schreibt die Fachgesellschaft.

Nicht für jeden und jede

Die SGA befürwortet den Einsatz allerdings nur in Spitälern mit entsprechender Ausrüstung, wo geschulte interdisziplinäre Teams vorhanden seien: «In kleineren Spitälern kann die Entscheidung für ein solches Verfahren zu komplex sein, da die Umsetzung von verschiedenen Faktoren abhängt», so die Fachgesellschaft. Für den Eingriff bedürfe es eines aktiven Pulmonary-Embolism-Response-Teams, das bei unerwarteten Komplikationen eingreifen könne. Diese Sichtweise unterstützt auch Thorsten Grumann, der das Verfahren am Luzerner Kantonsspital im Rahmen der anlaufenden PEERLESS-II-Studie wissenschaftlich untersuchen wird.

«Der Patient mit einer Lungenembolie verzeiht nur wenige Fehler», erklärt Grumann. Obwohl die einzelnen Schritte des Eingriffs simpel erscheinen, brauche es für den Eingriff viel Erfahrung. Denn die Bedienung des FlowTrievers und seines kleinen Bruders, dem FlowSaver, der das abgesaugte Blut während dem Eingriff von Thromben reinigt, seien nur einfach, solange es keine Komplikationen



Mit dem Katheter absaugen statt medikamentös auflösen: Das FlowTrierer-System macht dies möglich.

gebe. «Erschwert ist der Einsatz etwa bei ausgeprägten Beckenvenenthrombosen oder Vena-cava-inferior-Atresien», sagt Angiologe Grumann. Auch bei peripheren, eher kleinen Thromben, wird es nicht angewendet.

Neue Studien nötig

Damit das Verfahren sinnvoll eingesetzt wird und erfolgreich ist, muss man die Patientinnen und Patienten auch sehr genau vorselektionieren. So kam das Verfahren im Pionierzentrum in Luzern, das jährlich zwischen 250 und 300 Lungenemboliepatienten und -patientinnen behandelt, in 2023 bei etwa 10% zum Einsatz – bei den Intermediate- und High-Risk-Patienten [9]. «Also dann, wenn Zeichen einer Rechtsherzbelastung vorlagen. Das Vorhandensein einer Drucküberlastung des rechten Ventrikels (RV) mit nachfolgender RV-Dysfunktion ist dabei von entscheidender prognostischer Bedeutung», erklärt Thorsten Grumann. Der Mediziner hält fest, dass nach den aktuell gültigen ESC-Guidelines noch immer die alleinige Antikoagulation die Therapie der Wahl ist [10], wieweil neue Konsenspapiere Katheterverfahren verstärkt in den Mittelpunkt stellen. Es bedürfe seines Erachtens zusätzliche Kriterien, welche den Einsatz des interventionellen Verfahrens regeln.

«Ich denke, dass das FlowTrierer-Verfahren den Status quo der Behandlung der Lungenarterienembolien verändern und sich etablieren wird», resümiert Angiologe Thorsten Grumann. Dass dies nötig ist, zeigt neben dem verbesserten Patientenoutcome der Blick auf die harte Evidenz für die heutigen Standardverfahren. So basiert der Ansatz für die Lysetherapie bei High-Risk-Lungenarterienembolie-Patienten auf einer einzigen RCT-Studie aus den 90er-Jahren – die Studiengrösse war damals $n = 8$ [11].



Literatur

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

Ein Wettlauf um die Zeit

Digitalisierung Trotz umfassender Digitalisierung in vielen Lebensbereichen hinkt der Gesundheitssektor hinterher. Während Banken und Reiseunternehmen die Effizienz durch digitale Lösungen steigern, kämpft die medizinische Versorgung mit ungenutztem Potenzial. Kosten- und Zeiteinsparungen durch Digitalisierung sind unabdingbar, erklärt Jörg Goldhahn.

Jörg Goldhahn

Ich kann den Wert meiner 3. Säule auf den Rappen genau auf meinem Handy ablesen, den Kauf eines Autos mit mehreren Klicks online tätigen, die Stromproduktion meiner Solaranlage minutengenau nachverfolgen und mit meinem gesamten Freundeskreis private Nachrichten austauschen. Aber als ich vor Kurzem in die Ferien ging, habe ich mein Impfbüchlein eingepackt, denn diese Angaben hatte ich nirgendwo digital. Nach dem Sicherheitsdebakel von «Meine Impfungen» ist die Glaubwürdigkeit von medizinischer Datenverwaltung gleich noch einmal ein Stück weiter gesunken. Papier bleibt eben Papier.

Dabei wäre es nicht nur im Ausland von Vorteil, wenn ich online Zugriff auf meine Gesundheits- genauso wie auf meine Bankdaten hätte. Warum bekommen die Banken diese komplexe digitale Transformation konsequent umgesetzt, während es im Gesundheitssystem nach einer kaum

Warum bekommen Banken die digitale Transformation umgesetzt, während es im Gesundheitssystem nach unlösbarer Mammut-Aufgabe aussieht?

koordinierten und unlösbaren Mammut-Aufgabe aussieht? Ja klar, die Banken haben natürlich auch viel mehr Geld. Fakt ist aber auch: Sie sind auf Effizienz getrimmt. Herr und Frau Schweizer werden in den Arbeitsablauf eingebunden. Und machen die Überweisungen brav selbst – online. Tatsächlich werden dadurch Kosten eingespart, die in die Gewinne der Bank eingehen. Oder an die Kundinnen und Kunden weitergegeben werden, wie im Fall der internationalen Überweisungen auf Druck der EU. Die Finanzbranche ist, wie wir wissen, längst nicht der einzige Sektor, der auf diese Art funktioniert. Die Reisebranche hat aufgrund des hohen Kostendrucks ebenso sehr frühzeitig erkannt, dass nur der digitale Weg Zukunft hat. Der Endkunde profitiert beim Angebot und Preis. Per Knopfdruck auswerten

zu können, wer sich im Krisenfall wo auf der Welt befindet, um schnellstmöglich reagieren zu können, ist heute ein Muss.

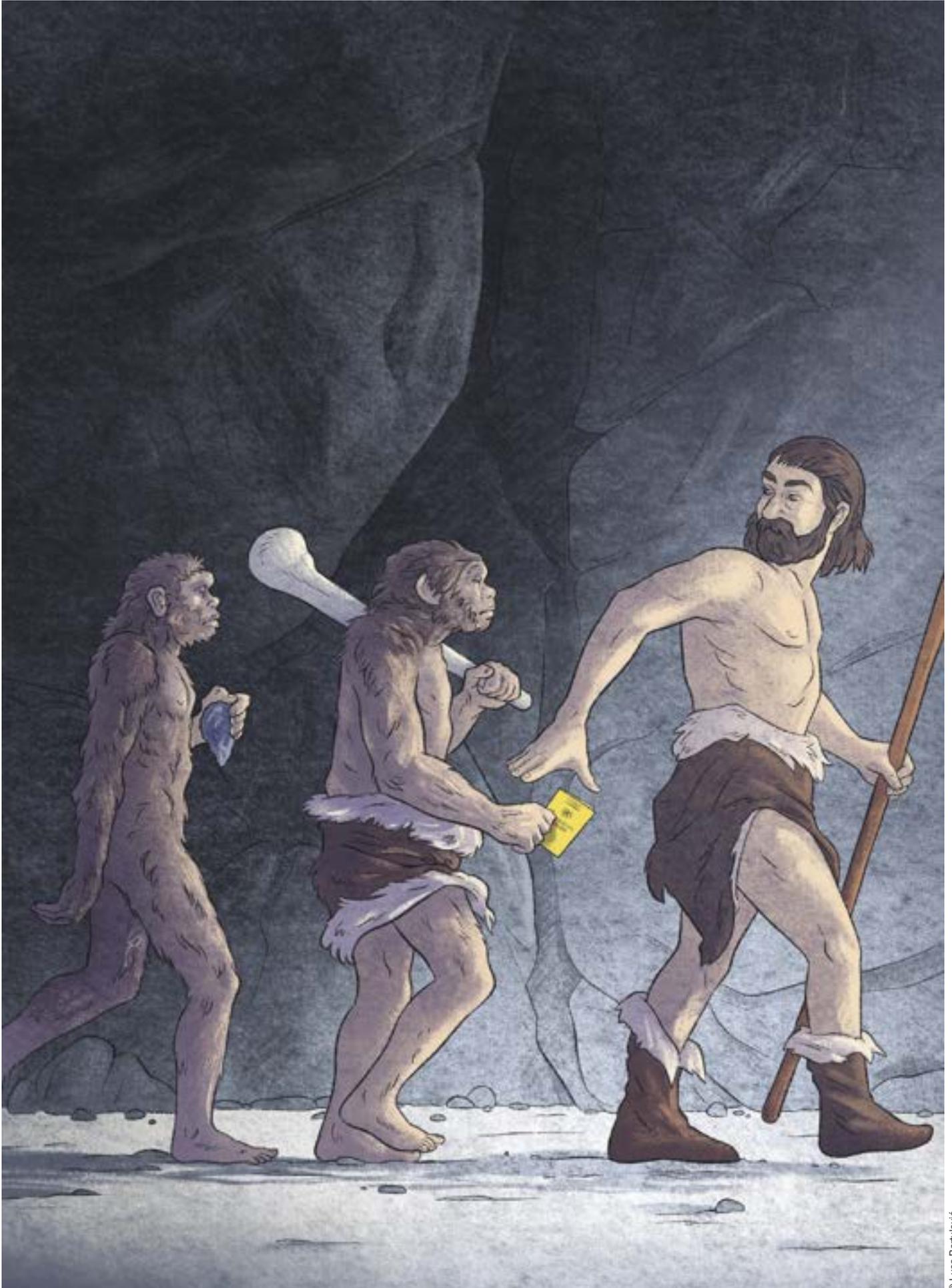
Die genannten Beispiele zeigen eindrücklich auf, worin die gravierenden Unterschiede zum Gesundheitswesen liegen: In der medizinischen Versorgung werden zurzeit weder finanzielle noch zeitliche Einsparungen durch Digitalisierung realisiert und wenn, dann nicht weitergegeben.

Tatsächlich fehlt in vielen Bereichen digitaler Technologie zudem bisher noch der Nachweis, dass wir damit irgendetwas einsparen können. Dabei könnten die Effekte sehr vielfältig sein: von Zeiteinsparungen bei Diagnose und Therapie bis zu operativen Abläufen im Spital wären digitale Technologien hilfreich. Geld kann sowohl bei sofort anfallenden Kosten als auch durch Vermeidung von Folgekosten oder Doppeluntersuchungen eingespart werden. Auch die möglichen Effizienzgewinne im Personalbereich sind vielfältig. Wünschenswert wäre es, wenn jede neue digitale Lösung mindestens einen Spareffekt mit sich bringt. Und dieser sollte zwingend auch weitergegeben werden – am besten an die Patientinnen und Patienten!



Prof. Dr. med. Jörg Goldhahn

Der Direktor des Instituts für Translationale Medizin an der ETH Zürich schreibt diese Kolumne mit seinen Mitarbeiterinnen Theresa Rauschendorfer und Anja Finkel.



Das Klima vor Gericht



Jean Martin

Dr. med., ehemaliger Kantonsarzt (VD), ehemaliges Mitglied der nationalen Ethikkommission

Das Urteil des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in Strassburg vom 9. April 2024 bezüglich einer Klage der KlimaSeniorinnen Schweiz hat grosses Aufsehen erregt. Der Gerichtshof kam nämlich zu dem Schluss, dass die Schweiz ihren älteren Bürgerinnen schade, indem sie keine ausreichenden Massnahmen gegen den Klimawandel ergreife. Zunächst möchte ich mich zu dem Vorwurf äussern, es handle sich um eine schädigende Massnahme «ausländischer Richter»: Die Schweiz ist Mitglied des Europarats, dessen Institution der EGMR ist. Es handelt sich also keineswegs um eine Einmischung des Auslands. Weiter wird behauptet, die Justiz habe sich ungebührlich in die Politik eingemischt. Dies ist falsch. Von den drei Gewalten soll keine Vorrang vor der anderen haben, und die Justiz hat die Pflicht, für die Einhaltung des geschaffenen Rechtsrahmens zu sorgen. Das hat sie getan.

Natürlich betrifft uns aus der Medizin und anderen Pflegeberufen dieses Thema: Laut EGMR sind ausreichende Klimamassnahmen Teil der Achtung des Lebens und der Gesundheit. Für jeden, der die Augen vor dem Ernst der Lage, in der wir uns befinden, nicht verschliesst, ist längst doch offensichtlich, was vor einem halben Jahrhundert in dieser Form noch nicht abzusehen war (damals waren die ernsthaftesten Bedrohungen für Gesundheit und Leben andere). Die mit der Erderwärmung verbundene Morbidität und Mortalität stellt heute eine wissenschaftliche Tatsache und ein veritables Problem für die öffentliche Gesundheit dar. Und es ist erwiesen, dass ältere Frauen unverhältnismässig stark unter dem Klimawandel leiden und daher besser geschützt werden müssen.

Die Frage ist eine politische, und zwar nicht im Sinne der alltäglichen Parteipolitik, sondern im allgemeinen Sinne des Zusammenlebens in einer Stadt (der «Polis»). Und fast schon bizarr: Ausgerechnet diejenigen, die sich über das Urteil des EGMR empören, sind es, die zivilen Ungehorsam meist scharf kritisieren. Mit

Drohungen, dieses Urteil nicht zu akzeptieren, leisten sie jedoch selbst zivilen Ungehorsam gegenüber den formellen Verpflichtungen der Schweiz.

Kritiker verstehen das Recht auf Gesundheit aus den Verfassungen lediglich als «Freiheitsrecht» (im Sinne eines theoretischen Grundsatzes). Angesichts der globalen Gefahren wird es jedoch zu einem «Anspruchsrecht», dessen Erfüllung die Behörden durch tatsächlich geeignete Massnahmen gewährleisten müssen. Dies stösst jedoch bei einem Teil des politischen Spektrums auf Widerspruch, da es sich dem ganzen Ausmass der Herausforderungen nicht stellen möchte.

Ja, die Umstände unseres Zusammenlebens ändern sich – und zwar immer schneller. Einerseits klagt die Wirtschaft beispielsweise zunehmend über die Knappheit seltener Metalle. Andererseits werden die Ressourcen in grossem Stil ausgebeutet. Lösungen scheint man nur in der Technologie zu sehen. Gleichzeitig löst die künstliche Intelligenz (KI), das wichtigste Flaggschiff dieser so schnell voranschreitenden Technologie, überall grosse Befürchtungen aus, auch in Bezug auf unsere Sicherheit in vielerlei Hinsicht und das Funktionieren unserer Demokratien. Hier ist es ebenfalls dringend geboten, von einem Grundrecht auf Leben und Gesundheit zu sprechen, das auch die Frage der Sicherheit einschliesst.

Um zu meiner Einleitung zurückzukommen: Es gilt, einem Mangel an Einsicht und Weitblick entgegenzutreten und mit neuen Augen zu betrachten, welche Beiträge eine scharfsinnige Judikative zu leisten in der Lage ist.

13.06.2024–15.06.2024

25. interdisziplinäre Balinttage am Bodensee

Balint-Arbeit in Klein- und Grossgruppen. Training der Wahrnehmung und des Verständnis des Beziehungsgeschehens im Berufsumfeld.

Schloss Wartegg, 9404 Rorschacherberg, Schweiz
Kontakt: Dr.med. Maria Cerletti
maria.cerletti@hin.ch

13.06.2024–15.06.2024

Workshop Week Rhein/Ruhr 2024

Wir haben nationale und internationale Experten eingeladen, die hautnah und durch Live-Demonstrationen wertvolles Wissen und endoskopische Fertigkeiten vermitteln werden.

Haus der Begegnung, Harffstraße 73,
40591 Düsseldorf, Deutschland
Kontakt: Lindita Spanca
lindita.spanca@wikonect.de

14.06.2024 | 09.15–18.30 Uhr

Anders denken, handeln, sein – ADHS und die sechs Lebensdimensionen

Im Zentrum der Fortbildung stehen die drei (Handlungs-)Felder: Psychoedukation (Aufklärung), Entwickeln von Copingstrategien und konstruktiv-kritische Auseinandersetzung mit Medikamenten.

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

14.06.2024–15.06.2024

BGGF 2024

Operative Gynäkologie
Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Geburtshilfe und Pränatalmedizin
Onkologie
Keynote Lectures
Freie Vorträge
Posterausstellung
Junges Forum
Kursprogramm

Bernlochner Säle, Ländtorplatz 2,
84028 Landshut, Deutschland
Kontakt: BGGF e.V.
sekretariat@bggf.de

14.06.2024–15.06.2024

CLI-Kongress

Spannende Vorträge, Liveübertragungen aus OneView Zentren und Diskussionen mit nationalen und internationalen Experten zur Diagnostik und Therapie der akuten und chronischen Extremitätenischämie stehen wir wieder im Vordergrund des Kongresses

Kontakt: Wikonect GmbH
info@wikonect.de

15.06.2024–21.06.2024

Spezielle Schmerztherapie (80UE)

Der Schmerzkurs – E-Learning: 16h Online-Kurs + 64h Präsenzseminar «Spezielle Schmerztherapie» – anerkannte Weiterbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer und den Anforderungen der DGSS.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße,
25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

15.06.2024–19.06.2024

Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin (Grundkurs) (40UE)

Anerkannte Weiterbildung nach dem Curriculum der Bundesärztekammer Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung. Das Kursprogramm des Basiskurses umfasst 40 UE und ist Voraussetzung für die Teilnahme an den Fallseminaren einschließlich Supervision.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße,
25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

15.06.2024–19.06.2024

Palliativ Fallseminar – Modul 1 (40UE)

Die Fallseminare einschließlich Supervision dienen der Übung, Vertiefung und Ergänzung der in der Kurs-Weiterbildung Palliativmedizin erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten. Es wird überwiegend problemorientiert und teilnehmerzentriert gearbeitet.

Congress Centrum Sylt, Friedrichstraße,
25980 Sylt, Deutschland
Kontakt: MD Horizonte GmbH
info@md-horizonte.de

15.06.2024 | 09.00–12.00 Uhr

Kardio trifft Nephro – Kardio-logisch-nephrologischer Diskurs

Kardio trifft Nephro – Kardio-logisch-nephrologischer Diskurs am 15. Juni 2024 – in der Nationalbibliothek Frankfurt und digital.

Nationalbibliothek Frankfurt, Adickesallee 1,
60322 Frankfurt am Main, Deutschland
Kontakt: wikonect GmbH
kardio-trifft@wikonect.de

21.06.2024 | 09.30–17.30 Uhr

Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie

Themenauswahl: Interprofessioneller Umgang mit psychosomatischen Störungen, Steigerung der Gesundheitskompetenz durch Multimodale Programme, Management interprofessioneller Zusammenarbeit, interdisziplinäre Ansätze der Schmerztherapie.

Hotel Belvédère, Stradun 330, 7550 Scuol Schweiz
Kontakt: Jacqueline Oesch
jacqueline.oesch@cseb.ch

22.06.2024 | 09.30–17.30 Uhr

Interdisziplinäre Therapieansätze in Psychosomatik und (Psycho-)Onkologie

Themenauswahl: Herzfrequenzvariabilität (HRV) ein Marker für Therapieansatz und Prognose, Onko-Sexologie, männliche Patienten in der onkologischen Praxis, 40 Jahre Praxiserfahrung in der Misteltherapie.

Hotel Belvédère, Stradun 330, 7550 Scuol, Schweiz
Kontakt: Jacqueline Oesch
jacqueline.oesch@cseb.ch

**Fehlt Ihre Veranstaltung?**

Tragen Sie sie ein auf events.emh.ch

Soll Ihre Veranstaltung herausstechen?

Wir helfen gerne.

events@emh.ch

Carmenthin®

Pfefferminzöl WS® 1340 / Kümmelöl WS® 1520



Kassenzulässig (SL)
ab 12 Jahren

Schmerzen?



Blähungen?



Völlegefühl?



Magensaftresistente Kapsel¹



Löst sich direkt im Darm auf¹

Die einzigartige Kombination von hochdosiertem
Pfefferminz- und Kümmelöl!

Wirkt direkt im Darm. Lindert Symptome gezielt.^{1,2,3,4,5}

Gekürzte Fachinformation Carmenthin®

Z: 1 Kapsel enthält 90 mg Pfefferminzöl und 50 mg Kümmelöl. **Farbstoffe:** E 171, E 172, E 131, E 104, Sorbitol sowie weitere Hilfsstoffe. **I:** Funktionelle Dyspepsie (FD) mit epigastrischem Schmerz, leichten Krämpfen, Blähungen und Völlegefühl. **D:** Erwachsene und Jugendliche ab 12 Jahren: 2-mal täglich 1 Kapsel unzerkaut mit reichlich Flüssigkeit (z. B. 1 Glas Wasser) und mindestens 30 Minuten vor der Mahlzeit einnehmen, am besten morgens und mittags. Die Behandlung sollte durchgeführt werden bis sich die Beschwerden bessern, im Allgemeinen nach 1–2 Wochen bis zu 3 Monate. **KI:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder Hilfsstoffe, Lebererkrankungen, Gallensteine und entzündliche Erkrankungen des Gallengangs (Cholangitis) oder andere Erkrankungen der Gallenwege, Patienten mit Achlorhydrie. **UEW:** Beschwerden im Magen-Darm-Bereich wie Aufstossen, Sodbrennen, Übelkeit, Erbrechen oder Juckreiz am Enddarm (Häufigkeit ist jeweils nicht bekannt); bei Anzeichen einer allergischen Reaktion ist Carmenthin® abzusetzen und ein Arzt bzw. eine Ärztin aufzusuchen. **IA:** Bei gleichzeitiger Einnahme von Carmenthin® mit Antazida, Antihistaminika, Protonenpumpenhemmer kann sich die Kapsel vorzeitig öffnen (Einnahmeabstand von 1 Stunde einhalten). **S/S:** Die Anwendung von Carmenthin® während der Schwangerschaft wird nicht empfohlen. Keine/begrenzte Daten vorhanden. Carmenthin® soll während der Stillzeit nicht angewendet werden. **P:** 28 und 84 Kapseln. **VK:** B, kassenzulässig (SL) mit Limitatio siehe www.spezialtaetenliste.ch. **ZI:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Weitere Informationen siehe www.swissmedicinfo.ch.

Referenzen

1. www.swissmedicinfo.ch 2. Rich G. et al. A randomized placebo-controlled trial on the effects of Mentha-caraway, a proprietary peppermint- and caraway-oil-preparation, on symptoms and quality of life in patients with functional dyspepsia. Neurogastroenterol. Motil. 2017, Juli 10, 3. Freise und Köhler et al. Peppermint oil/caraway oil fixed combination in antacid dyspepsia – Comparison of efficacy and tolerance of two galenic preparations. Pharmazie 1999; 54 (3): 201–215. 4. May B. et al. Efficacy and tolerability of a fixed combination of peppermint oil and caraway oil in patients suffering from functional dyspepsia. Aliment Pharmacol Ther 2000; 14: 1671–1677. 5. May B. et al. Efficacy of a Fixed Peppermint Oil/Caraway Oil Combination in Non-ulcer Dyspepsia. Arzneim.-Forsch./Drug Res. 1996; 36 (II), Nr. 12, 1149–1153.

Alle Referenzen können bei Schwabe Pharma angefordert werden.



Schwabe
Pharma AG
From Nature. For Health.

02/2022