



- Editorial von Yvonne Gilli
- Interview mit Yvonne Gilli und Stefan Kaufmann
- Radiovigilanz und Patientensicherheit
- Empfehlung zum Umgang mit RH1 (RhD) negativen Blutprodukten

Inhalt

Editorial von Yvonne Gilli	3
Interview mit Yvonne Gilli und Stefan Kaufmann	6
Radiovigilanz und Patientensicherheit	10
Empfehlung zum Umgang mit RH1 (RhD) negativen Blutprodukten	14
Swissmedic: DHCP	18
Personalien	20
Mitteilungen	22

Unsere Erfolge von gestern sind die Herausforderungen von morgen

Neuland gestalten Die vielen Erfolge der FMH im Jahr 2024 werden im neuen Jahr 2025 zu vielen Herausforderungen. Nachdem wir im letzten Jahr erfolgreich durch stürmische Gewässer navigieren konnten, gilt es nun, sicher anzulegen und gut gerüstet mit den richtigen Instrumenten das erreichte Neuland zu gestalten. Damit stellt sich die Ärzteschaft vielen komplexen Aufgaben.



Dr. med. Yvonne Gilli
Präsidentin der FMH

Wäre die FMH ein Schiff, hätte sie im letzten Jahr viele Klippen umschifft und mehrere Havarien vermieden. Zuerst konnte unser politisches Engagement im Juni 2024 die sogenannte «Kostenbremse» verhindern, die den Untergang einer bedarfsgerechten Patientenversorgung bedeutet hätte. Dank unseres grossen Einsatzes konnte 2024 auch ein Staatstarif für ambulante Leistungen verhindert – und eine tarifpartnerschaftliche Lösung verabschiedet werden, die den TARDOC übernimmt und klare Anforderungen an sachgerechte ambulante Pauschalen festhält. Und letztlich hat das grosse Team unserer Flotte auch erreicht, dass die einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen (EFAS) nach 14-jähriger Reise trotz vieler Angriffe keinen Schiffbruch erlitt, sondern im November 2024 endlich erfolgreich in den Hafen einlief.

Den Entscheidungen von 2024 folgt Detailarbeit in 2025

Das Jahr 2024 war also geprägt von gut sichtbarer und auch sehr erfolgreicher standespolitischer Arbeit vieler Ärztinnen und Ärzte. Mit der Umsetzung des Gegenvorschlags zur «Kostenbremse», der Revision des Arztarifs und von EFAS stehen den politischen Entscheidungsträgern aber auch

neue komplizierte Steuerungsinstrumente zur Verfügung, die es nun in einem komplexen Gesundheitssystem optimal anzuwenden gilt. Die ärztliche Standespolitik der nächsten Jahre wird viel mit der erfolgreichen Umsetzung dieser Entscheide beschäftigt sein, denn die Rahmenbedingungen unseres Berufslebens hängen stark von den Details dieser Ausgestaltung ab. Diese Arbeit wird weniger sichtbar sein als die grossen Kampagnen des Jahres 2024 – aber nicht weniger anspruchsvoll.

Mitgestaltung ist kein Kampf zwischen Gut und Böse

Bei einer guten Ausgestaltung der neuen Regelungen werden uns nicht nur die üblichen und offensichtlichen gesundheitspolitischen Hürden beschäftigen – sondern auch die übergreifenden gesellschaftlichen Entwicklungen, in die sie eingebettet sind. Angesichts der zunehmenden Komplexität vieler Herausforderungen neigt unsere Gesellschaft immer stärker zu unzutreffenden Vereinfachungen – und damit auch zunehmender Polarisierung. Gerade in der Komplexität der Gesundheitspolitik werden häufig polarisierende Vereinfachungen gepflegt. Auch die Ärzteschaft war davon in der Vergangenheit nicht frei: Konstruktive Diskussionen über sachgerechte ambulante Tarife sind

leider viel anspruchsvoller als einfache Narrative über gute Hausärztinnen und -ärzte gegen böse Spezialärztinnen und -ärzte oder polarisierende Bilanzierungen über Gewinner und Verlierer bei der kostenneutralen Tarifeinführung. Nachhaltige Erfolge erfordern aber die Überwindung solcher allzu simplen Denkmuster.

Regulierung verspricht Ordnung in einer komplexen Welt

Die Fehleranfälligkeit solcher Vereinfachungen hat der provokante australische Wissenschaftler und Kulturkritiker Tyson Yunkaporta [1] sehr treffend formuliert: *«Die Reduktion einer Auseinandersetzung auf gut und böse entspricht in Wirklichkeit einer Überhöhung von Stumpfheit und Simplizität gegenüber Wissen und Komplexität»*. Und aus diesem Problem ergibt sich eine weitere Täuschung: *«Die Welt durch die Brille der Einfachheit zu betrachten, scheint die Dinge immer komplizierter und gleichzeitig weniger komplex zu machen»*. Dieses Phänomen dürfte auch ein wichtiger Grund für die ausufernde und vielfach dysfunktionale Regulierung sein – über die Schweiz und das Gesundheitswesen hinaus: Regulierungsvorhaben leben von dem Versprechen, Ordnung in eine komplexe Welt zu bringen. Regulierungen betrachten die «Welt durch die Brille der Einfachheit», indem sie Ausschnitte aus einem komplexen System isolieren und als einfach handhabbar erscheinen lassen. Real können sie der Komplexität aber vielfach nicht gerecht werden, sondern verkomplizieren den Status quo und verschlechtern ihn oft sogar.

Gute Mitgestaltung muss Komplexität anerkennen

Bei der Mitgestaltung der Umsetzung umfassender Revisionen in den kommenden Jahren stellen sich folglich nicht nur politisch-sachliche Herausforderungen. Wir agieren in einem Umfeld mit sehr hoher Komplexität, das zu vielen schädlichen Schwarz-Weiss- und Gut-Böse-Vereinfachungen einlädt. Durch die hohe Komplexität haben auch überbordende Regulierungen ein leicht-

tes Spiel, weil ihr falsches Versprechen einfacher Lösungen vielen attraktiv erscheint. Selbst Ärztinnen und Ärzte, die stark unter der Mikroregulierung leiden, rufen bei Problemen nicht selten nach noch kleinteiligeren Vorgaben. Diese können in unserem komplexen Gesundheitssystem jedoch meist keine Verbesserungen erreichen. *«Werfen wir die Flinte ins Korn»*, betitelt die Professorin Sabina Heuss [2] ihren Artikel zum Thema Komplexität im Gesundheitswesen. Damit meint sie aber nicht, dass die Akteure die Hände in den Schoss legen sollen. Vielmehr sollten wir diese Komplexität anerkennen und geeignete Instrumente zur Mitgestaltung nutzen.

Die Ärzteschaft kennt die Schnittstellen genau

Gerade für uns Ärztinnen und Ärzte liegt in der hohen Komplexität auch eine grosse Chance und Verpflichtung, weil wir über die hierfür notwendige Expertise verfügen. Wir sind nicht nur im Umgang mit komplexen medizinischen Problemen und Lebenssituationen geschult. Wir sehen auch täglich, wie weit unser komplexes, regulierendes System dieser grossen Vielfalt gerecht wird – und wo es an Grenzen stösst. Wir arbeiten genau an der Schnittstelle zwischen der medizinischen Versorgung und Patientenbeziehung einerseits und dem Krankenversicherungsgesetz und vielen extrem technisch-juristischen Vorgaben andererseits. Dies gibt uns viel Wissen über die Möglichkeiten, aber auch Fallstricke in der Systemgestaltung. Wir wissen, was mit Regulierungen erreicht werden sollte – und was dabei praktisch herauskommt. Und wir können gut abschätzen, wie sich neue Gesetze und Verordnungen in der Praxis der Patientenversorgung auswirken würden.

Komplexität erfordert Knochenarbeit...

Für uns wird dies in 2025 heissen: Wir werden die gewohnte Knochenarbeit fortsetzen und alle umzusetzenden Revisionen in ihrer ganzen Komplexität und bis ins Detail verfolgen. Wir werden

unsere Expertise über die Praxistauglichkeit der Vorhaben einbringen und auch dort mitgestalten, wo wir nur ein Akteur unter vielen sind. Aber gerade dort, wo unsere Einflussmöglichkeiten grösser sind – wie bei der Umsetzung der ambulanten Tarifreform – werden wir die Vorhaben als grosses gemeinsames Projekt anpacken, um nicht am Spiel mit Gewinnern und Verlierern zu scheitern.

... Komplexität erfordert aber auch Beziehungsarbeit

Eine erfolgreiche politische Zusammenarbeit braucht aber auch bei unseren Partnern und vor allem in der Politik die Einsicht, dass die Weiterentwicklung komplexer Systeme deutlich mehr verlangt als das intellektuelle Erfassen von Interaktionen. Sollen sich komplexe Systemen erfolgreich weiterentwickeln, versagen Top-Down-Regulierungen, wie wir sie täglich umsetzen müssen. Stattdessen braucht es die Partizipation, Innovation und intrinsische Motivation aller Beteiligten. Der indigene australische Wissenschaftler Tyson Yunkaporta stellt dem aktuellen Top-Down-Ansatz unserer Gesundheitspolitik eine Kultur mit den Leitgedanken «*Respect, Connect, Reflect, Direct*» gegenüber. Für die Standespolitik hiesse das, mit den betroffenen Akteuren zuerst eine respektvolle und positive Beziehungskultur zu etablieren, um dann von einer gemeinsamen Reflexion ausgehend einen Plan und schlussendlich die Handlung abzuleiten. Damit träten isolierte Indikatoren in den Hintergrund zugunsten einer Beziehungskultur, die eine nachhaltige von intrinsischer Motivation getragene Veränderung und Weiterentwicklung ermöglicht.

Nun gilt es an unsere Erfolge anzuknüpfen – und die standespolitische Mitgestaltung auszubauen

In 2024 ist uns viel gelungen – dank unseres starken Engagements und dank viel Knochen- und Beziehungsarbeit. Wir dürfen nun mit Rückenwind in die Aufgaben des neuen Jahres starten: Die beiden Volksabstimmungen zur Kostenbremse und zur einheitlichen Finanzierung haben gezeigt, dass die Bevölkerung nicht nur die medizinische Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte würdigt, sondern auch unser Systemwissen und unsere Mitgestaltungskraft. Unsere öffentlichen Kampagnen haben auch das standespolitische Bewusstsein der Ärzteschaft gestärkt. Vielen Ärzten und Ärztinnen ist bewusst geworden, dass es in der Standespolitik nicht um private politische Werthaltungen geht, sondern um Entwicklungen, die den ärztlichen Beruf im Kern betreffen – und damit auch die Patientenversorgung. Es gilt nun, an diese öffentliche Wahrnehmung und das gestärkte standespolitische Bewusstsein anzuknüpfen. Als Ärztinnen und Ärzte müssen wir auch weiterhin komplexe standespolitische Sachverhalte und ihre Bedeutung für die Bevölkerung verständlich machen – ohne unzulässig zu vereinfachen oder zu polarisieren. Wenn es uns gelingt, unser Wissen um die Komplexität einzubringen und die Brücke zu Politik und Bevölkerung zu schlagen, werden wir nach der erfolgreichen Hafeneinfahrt auch das vor uns liegende Land erfolgreich mitgestalten können.

Literatur

- 1 Tyson Yunkaporta, Sand Talk, HarperOne 2020, URL: <https://www.swr.de/swrkultur/literatur/tyson-yunkaporta-sand-talk-das-wissen-der-aborigines-und-die-kriegen-der-modernen-welt-100.html>
- 2 Sabina Heuss, Werfen wir die Flinte ins Korn, URL: <https://www.medinside.ch/werfen-wir-die-flinte-ins-korn-20230615>

«In diesem Jahr wurden wichtige Weichen gestellt»

Jahresrückblick 2024 – Teil 1 Dr. med. Yvonne Gilli, Präsidentin, und Stefan Kaufmann, Generalsekretär der FMH, blickten kurz vor Weihnachten auf ein Jahr voller gesundheitspolitischer Meilensteine zurück. Im ersten Teil des Interviews sprechen sie über Herausforderungen, Erfolge und Erkenntnisse. «2024 war ein Ausnahmejahr», sind sich beide einig.

Das Interview mit Dr. med. Yvonne Gilli und Stefan Kaufmann führte
Franziska Lenz, lic.rer.soc.,
Co-Leiterin Politik & Kommunikation FMH

Yvonne Gilli, man hört immer wieder, dass das Jahr 2024 aus gesundheitspolitischer Sicht ein Ausnahmejahr war. Teilst du diese Einschätzung?

Yvonne Gilli (YGI): Es ist offensichtlich, dass die gesundheitspolitischen Massnahmen – wie zusätzliche Regulierungen und parlamentarische Vorstösse – stetig zugenommen und 2024 nochmals spürbar an Dynamik gewonnen haben. Für die FMH kamen gleich drei wichtige Anliegen zusammen: zwei Abstimmungen, die wir erfreulicherweise gewinnen konnten, und unsere jahrelange Arbeit an der Reform des ambulanten Tarifs. Das war ganz schön viel für ein einziges Jahr.

Stefan Kaufmann, du sprichst in deinem letzten SÄZ-Editorial vom «Jahr der Weichenstellung». Was macht 2024 so besonders, dass es für dich auch in zehn Jahren noch präsent sein wird?

Stefan Kaufmann (SKA): Zwei Punkte: Erstens die einheitliche Finanzierung - ein Zehn-Jahres-Projekt für die FMH, aber ein 25-Jahres-Projekt für die Schweizer Gesundheitspolitik. Eigentlich hätte diese Reform schon vor der neuen Spitalfinanzierung umgesetzt werden sollen, aber wie so oft in der Schweiz brauchte es viele Anläufe. Ich halte sie für eine der wichtigsten Reformen seit Inkrafttreten des KVG 1996. Zweitens die Tarifreform. Der ambulante Tarif TARMED wurde 2004 eingeführt; auch das war ein langer Prozess. Betrachtet man aber die Ablösung von TARMED bis heute, so zeigt sich, dass die Entwicklung der neuen ambulanten Tarifstruktur noch länger gedauert hat. Dies zeigt einerseits, wie zäh Reformen in der Schweiz sein können, andererseits

aber auch, dass Lösungen in der Schweiz möglich sind – allerdings in einem langwierigen Prozess. Beide Entwicklungen zeigen sehr gut, wie die Schweizer Gesundheitspolitik funktioniert.

Das Schweizer Stimmvolk hat im Juni die Kostenbremse-Initiative abgelehnt und im November die Reform zur einheitlichen Finanzierung angenommen. Welche Signale senden diese Entscheide einerseits an die Gesundheitspolitik und andererseits an die Ärzteschaft?

YGI: Man muss sich immer die Ausgangslage vor Augen halten, dass wir eines der qualitativ besten Gesundheitssysteme der Welt haben. Nicht nur wegen der hohen Standards, sondern auch, weil teure Behandlungen für alle in der Schweiz lebenden Menschen zugänglich sind. Es gibt aber keine Garantie, dass dies so bleibt. Die beiden Volksabstimmungen haben gezeigt, dass unser Gesundheitssystem reformfähig ist, dass wir es zeitgemäss weiterentwickeln können und dass die hohe Qualität erhalten bleibt. Das ist für die Motivation, Ärztin oder Arzt zu werden, enorm wichtig. Ebenso zentral ist die Gewissheit für die Bevölkerung, dass jeder, der eine Behandlung braucht, diese auch erhält.

SKA: Die Schweizerinnen und Schweizer haben sich klar für eine zugängliche und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung ausgesprochen. Gesundheitssysteme sind sehr national geprägt, deshalb ist uns oft gar nicht bewusst, wie privilegiert wir hier sind. Ich habe in den letzten 25 Jahren viele verschiedene Gesundheitssysteme kennen gelernt, da wird man schnell demütigt. Der Vergleich mit dem Ausland zeigt aber auch, dass der Abstand zu den umliegenden Ländern kontinuierlich kleiner wird. Wir müssen also sorgsam damit umgehen, und dafür setzt sich die FMH täglich ein.

Die FMH hat sich aktiv gegen die Kostenbremse und für die einheitliche Finanzierung engagiert. Welche Lehren zieht der Verband daraus?

YGI: Wir haben uns schon lange nicht mehr so aktiv in einen Abstimmungskampf eingemischt, das war eine Art Test. Wir haben viel gelernt – schon zwischen der ersten Abstimmung im Juni und der zweiten im November. Zentral ist sicher, dass wir alle Ärztinnen und Ärzte erreichen, vor allem in den Regionen und in den Spitälern. Sie haben den direkten Kontakt zu den Patientinnen und Patienten und sind die Botschafter unserer Anliegen. Deshalb müssen unsere Mitglieder verstehen, warum sie von den politisch geplanten Veränderungen konkret betroffen sind, und sie brauchen überzeugende Argumente. Zudem kann die Ärzteschaft in einer immer komplexeren und dynamischeren Welt Abstimmungen nicht im Alleingang gewinnen. Die Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen wird immer wichtiger und war mitentscheidend für den Erfolg. Schliesslich haben wir gesehen, dass Erfolge keineswegs garantiert sind. Insbesondere bei der einheitlichen Finanzierung war es bis zum Schluss eng. Gewonnen ist gewonnen, aber es braucht das Engagement vieler.

SKA: Mich hat beeindruckt, wie wir unsere Basis mobilisieren konnten. Viele Ärztinnen und Ärzte haben sich engagiert – vor allem bei der zweiten Abstimmung, trotz des intensiven Jahres. Wir haben auch gemerkt, wie wichtig heute die sozialen Medien sind. Dort konnten wir viele Menschen noch besser und gezielter erreichen.

Damit haben wir für die weitere externe und interne Kommunikation viel gelernt...

YGI: Absolut. Ich bin auch überzeugt, dass die Kommunikation nach innen immer wichtiger wird. Weil die Ärztinnen und Ärzte in ihrem Alltag stark gefordert sind, müssen wir sie standespolitisch abholen, ohne sie mit Informationen zu überfluten. Das bedeutet: Gezielte Information und Mobilisierung, wo und wie Engagement notwendig oder sinnvoll ist.

Ebenso wichtig ist es, unsere Mitglieder auf dem ganzen Weg mitzunehmen. In der FMH arbeiten wir ständig an Themen und plötzlich wird eines davon akut relevant. Bis dahin ist aber oft ein langer Prozess nötig – wir haben gelernt, dass wir diesen für unsere Mitglieder sichtbarer machen müssen.

Dies gilt ebenso für das dringendste Thema für die Ärzteschaft: die ambulante Tarifrevision. Der Bundesrat hat beschlossen, dass TARMED per 2026 vom neuen Tarif (TARDOC und ambulante Pauschalen) abgelöst wird. Was bedeutet das für die Ärzteschaft?

SKA: Mit dem neuen Tarifsystem kommen wir der heutigen Versorgungsrealität wieder näher. TARMED ist in vielerlei Hinsicht nicht mehr zeitgemäss, wie beispielsweise die aktuelle Diskussion um die Notfall-Inkonvenienzpauschalen zeigt. Die medizinische Versorgung verändert sich rasant. Deshalb ist es entscheidend, dass die Leistungen zeitgemäss abgebildet werden – denn das bestimmt, wie die Menschen konkret versorgt werden. Mit der Tarifreform haben wir die Möglichkeit, die Strukturen kontinuierlich weiterzuentwickeln und rasch an den medizinischen Fortschritt anzupassen.



«Gleich drei wichtige Anliegen kamen 2024 zusammen: zwei Abstimmungen, die wir gewinnen konnten, und unsere jahrelange Arbeit an der ambulanten Tarifreform.»

Die FMH hat intensiv mit den anderen Tarifpartnern verhandelt und schliesslich das Gesamtpaket zusammen mit flankierenden Massnahmen eingereicht. Welches waren die grössten Herausforderungen?

YGI: Es ist eine anspruchsvolle Aufgabe, weil der TARMED seit rund 20 Jahren nicht gepflegt werden konnte und sich viel Frust aufgebaut hat. Wir müssen aufzeigen, dass mit der Reform nun eine kontinuierliche Weiterentwicklung möglich ist. Gleichzeitig müssen wir aufzeigen, wie der Prozess abläuft und wer für welche Entscheidungen verantwortlich ist. Eine Tarifreform bedeutet, viele Fehlтарифierungen zu korrigieren, sowohl Unter- als auch Übertarifierungen. Dass dies kostenneutral geschehen muss, liegt nicht in der Verantwortung der FMH, sondern ist eine politische Entscheidung. Das bedeutet automatisch, dass es Gewinner und Verlierer gibt. Natürlich wollen alle gewinnen und keiner verlieren. Wichtig ist, dass man sich nicht gegeneinander ausspielen lässt. Es geht um



«Die Schweizerinnen und Schweizer haben sich klar für eine zugängliche und qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung ausgesprochen.»

einen fairen, zeitgemässen Tarif für alle. Unser Ziel ist es, diese Reform gemeinsam mit unseren Mitgliedern zukunftsgerichtet voranzutreiben und dabei ihr Vertrauen und die Mitgestaltungskraft der FMH zu erhalten.

Was hätte es bedeutet, wenn mit den Tarifpartnern oder innerhalb der FMH keine Lösung gefunden worden wäre?

YGI: Chancen und Risiken müssen immer sorgfältig abgewogen werden. Für diejenigen, die mit dem jetzigen Zwischenergebnis unzufrieden sind, wäre ein Scheitern vielleicht ein Wunschzenario gewesen. Das hätte aber bedeutet, dass wir in Zukunft (wahrscheinlich dauerhaft) mit einem staatlich verordneten Tarif leben müssten. Ein Blick ins Ausland zeigt, wie abhängig man dann von politisch definierten Globalbudgets wird. Angesichts der aktuellen Haushaltsdebatten im Parlament unter dem Damoklesschwert der Sparmassnahmen wäre das für uns sicher keine gute Perspektive. Zudem würden die Mitgestaltungsmöglichkeiten der Ärzteschaft für angemessene Tarife eingeschränkt.

Anfang November haben die Tarifpartner das Genehmigungsgesuch eingereicht. Wie stehen die Chancen, dass 2026 ein sachgerechtes Tarifsystem vorliegt?

SKA: Entscheidend ist, dass wir 2026 mit dem neuen Tarif starten können. Aus heutiger Sicht ist davon auszugehen, dass dieser noch nicht in allen Bereichen sachgerecht sein wird. Deshalb haben wir den Auftrag, insbesondere bei den Pauschalen noch an der Sachgerechtigkeit zu arbeiten. Aber auch der Einzelleistungstarif TARDOC selbst muss gepflegt werden, da sich seit 2019 einiges angesammelt hat, was zeitnah und sachgerecht eingearbeitet werden muss. Diese Arbeiten werden uns nicht erst 2026 beschäftigen, sondern bereits Anfang 2025 fordern.

Gefordert ist die FMH auch mit der Schweizerischen Ärztezeitung SÄZ. War der Konkurs des EMH-Verlags absehbar?

YGI: Wir bedauern den Konkurs der EMH sehr. Er kam für uns überraschend, auch wenn wir wussten, dass grosse finanzielle Herausforderungen bestanden – zum Beispiel durch die digitale Transformation und die allgemeinen Entwicklungen im Verlagswesen. Das sieht man auch bei anderen Verlagshäusern wie Tamedia, die teilweise schmerzhafteste Restrukturierungsprozesse durchlaufen. Wenn man ehrlich zurückschaut, stellt man fest, dass die Ärztekammer seit der Gründung der EMH wiederholt finanzielle Sanierungsmassnahmen für den Verlag ergriffen hat, was rückblickend auf eine nicht nachhaltige Finanzierung hindeutet. Zusätzlich eine umfassende digitale Transformation zu stemmen, hat letztlich alle überfordert.

Die FMH hat versprochen, dass die SÄZ als Publikationsorgan der Ärzteschaft erhalten bleibt. Wie wird das beliebte «Gelbe Heft» in Zukunft erscheinen?

SKA: Wir arbeiten mit Hochdruck daran, die SÄZ zeitgemäss neu zu gestalten. Eine Umfrage bei unseren Mitgliedern hilft uns, deren Bedürfnisse zu erfassen. Diese sind unterschiedlich, nicht zuletzt aufgrund der verschiedenen Generationen. Da die SÄZ unser offizielles Publikationsorgan ist, haben wir auch statutarische Vorgaben zu erfüllen. Gleichzeitig wollen wir unsere Mitglieder besser über unsere Angebote informieren und aufzeigen, wie wir ihre Interessen vertreten. Zudem gibt es unterschiedliche Interessen einer breiten Mitgliederbasis – hier prüfen wir, welche Inhalte für alle Ärztinnen und Ärzte von Nutzen sind.

YGI: Es gibt das Klischee «Politik geht mich nichts an, schon gar nicht Parteipolitik». Standespolitik bedeutet für mich, dass die FMH für gute Rahmenbedingungen sorgt, die den Alltag unseres schönen Berufes prägen. Konkret sollen unsere Mitglieder wissen: Wer in der Schweiz standespolitisch Einfluss nehmen will, muss sich zwangsläufig in die Niederungen der Parteipolitik begeben. Letztlich entscheidet das Parlament. Wir müssen aber so schreiben, dass es für die Mehrheit unserer Mitglieder attraktiv und verständlich ist.

Apropos Standespolitik – Yvonne, du bist im Juni von der Ärztekammer für weitere vier Jahre als Präsidentin bestätigt worden. Was sind deine Ziele in Bezug auf die strategischen Herausforderungen?

YGI: Gegen das Ende der letzten Legislatur haben wir verschiedene Stakeholder gefragt, was die FMH ihrer Meinung nach tun soll. Das Ergebnis: Gesundheitspolitische Entscheidungsträger und viele Ärztinnen und Ärzte halten die FMH zwar für wichtig, wissen aber nicht genau, was sie tut. Das soll sich ändern. Wir wollen deshalb unsere strategischen Schwerpunkte schärfen – mit Fokus auf Entbürokratisierung, Bekämpfung des Fachkräftemangels und Begleitung der Ambulantisierung. Wir dürfen uns als Verband nicht in unzähligen gesundheitspolitischen Themen verlieren, sondern müssen uns konsequent auf die relevanten Themen konzentrieren, bei denen wir wirklich etwas bewegen können. Für unsere Organisationsentwicklung bedeutet dies wiederum, stärker themenorientiert zu arbeiten. Und auf der Ebene des Zentralvorstandes bedeutet es, dass wir noch strategischer agieren müssen.

Es gibt auch neue Gesichter im Zentralvorstand. Was erhofft ihr euch von der neuen Zusammensetzung?

YGI: Wir haben in den letzten Jahren eine sehr gute Kultur der Zusammenarbeit im Zentralvorstand entwickelt. Michael Andor ist nach den Wahlen im Juni neu dazugekommen und Urs Stoffel hat noch ein halbes Jahr verlängert, weil Olivier Giannini sein Amt offiziell im Januar 2025 antritt. Er konnte sich aber bereits in die Strategieentwicklung einbringen. So konnte die neue Strategie im Herbst an der Ärztekammer verabschiedet werden.

Der Generationenwechsel ist übrigens einer der Gründe, weshalb wir den Zentralvorstand in Zukunft vermehrt strategisch arbeiten lassen wollen. Nur so können wir das Milizsystem aufrechterhalten. Junge Ärztinnen und Ärzte, die ihre Karriere noch aufbauen, können sich nicht engagieren, wenn sie zu viele Stellenprozente operativ für die FMH arbeiten müssen. In einer strategischen Führungsrolle hingegen, wie man sie aus der Privatwirtschaft von Verwaltungsräten kennt, können sie ihre Karriere weiter vorantreiben und gleichzeitig standespolitisch aktiv sein. Im Moment befinden wir uns im Zentralvorstand also in der Formierungsphase – und das sieht für mich bisher sehr vielversprechend aus.

SKA: Ich habe festgestellt, dass der Zentralvorstand ein sehr erfahrenes Gremium mit einer ausgeprägten guten Diskussionskultur ist. Gerade bei neuen Themen zeigt sich die geballte Kompetenz. Hier haben wir noch Potenzial, uns strategisch zu fokussieren und die vertikale Vernetzung mit unseren Basisorganisationen und Fachgesellschaften zu stärken.



© Vanessa Oskarsson, FMH

Welche Konsequenzen hat diese Neuausrichtung für das Generalsekretariat?

SKA: Wir können uns auch operativ klarer fokussieren. Wir haben bereits viel Fachkompetenz im Generalsekretariat, und mit der Strategie- und Organisationsentwicklung können wir die Expertise der FMH noch gewinnbringender einsetzen. Das geht aber nicht von heute auf morgen, dieser Prozess wird uns während der ganzen Legislatur begleiten.

Der zweite Teil des Interviews erscheint in der SÄZ vom 29. Januar 2025.

Korrespondenz
kommunikation@fmh.ch

Radiovigilanz und Patientensicherheit

Medizinische Strahlenereignisse *Die Anwendung ionisierender Strahlung birgt Gesundheitsrisiken. Darum muss sie grundsätzlich gerechtfertigt, sicher und optimiert durchgeführt und dokumentiert werden. Dieser Artikel berichtet über die gemeldeten medizinischen Strahlenereignisse von 2018 bis 2022 und die daraus gezogenen Erkenntnisse.*

Jeanne Berg

M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin Strahlentherapie und medizinische Diagnostik, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern

Reto Treier

Dr. sc., Co-Sektionsleiter Strahlentherapie und medizinische Diagnostik, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern

Philipp R. Trueb

Dr. phil. nat., Co-Sektionsleiter Strahlentherapie und medizinische Diagnostik, Bundesamt für Gesundheit BAG, Bern

Radiovigilanz bezeichnet die andauernde Aufmerksamkeit für mögliche Fehler bei der Anwendung ionisierender Strahlung am Menschen. Darunter fällt auch der Umgang mit medizinischen Strahlenereignissen – unsachgemässe oder fehlerhafte Anwendungen ionisierender Strahlung an Patientinnen und Patienten – und die Einhaltung der Regelungen aus der Strahlenschutzverordnung. Mit medizinischen Strahlenereignissen ist immer auch die Patientensicherheit adressiert.

Bei der Erfassung und Auswertung medizinischer Strahlenereignisse wird die Schuld nicht bei einzelnen Personen gesucht, sondern auf Strukturen und Prozesse (inklusive Qualitätsmanagement) des medizinischen Betriebes fokussiert. Aus der Analyse der Daten sollen Massnahmen abgeleitet werden, die sichere und korrekte Strahlenanwendungen in der Medizin garantieren. Das Ziel ist, be-

triebsinterne Prozesse ebenso wie die Kommunikation mit externen Beteiligten (zum Beispiel Zuweisern) kontinuierlich zu verbessern.

Damit kann die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefördert, die Sicherheit des medizinischen Personals (Stichwort: Second Victim) verbessert und eine offene Fehlerkultur gepflegt werden.

Gesetzliche Grundlagen

Medizinische Strahlenereignisse werden in den Artikeln 49 und 50 der Strahlenschutzverordnung (StSV) reguliert. Die Anforderungen gelten für alle medizinischen Anwendungen ionisierender Strahlung und für alle Bewilligungsinhaber [1]. Dazu zählen neben Spitälern und privaten Instituten auch niedergelassene, Beleg- und Konsiliarärztinnen und -ärzte aller Fachrichtungen.

Ursachen für medizinische Strahlenereignisse können technische Fehler, missverständliche Arbeitsanweisungen, unvollständig beschriebene Prozesse – und gegebenenfalls daraus resultierendes menschliches Versagen – sein. Mehr zu Buchführungs-, Meldepflichten und dem Umgang mit medizinischen Strahlenereignissen erfahren Sie in der Wegleitung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) «Medizinische Strahlenereignisse – Definition und Pflichten» [2].

Auswertung der Meldungen

Die gemeldeten medizinischen Strahlenereignisse werden in der Abteilung

Strahlenschutz des BAG gesammelt, kategorisiert, nachverfolgt und in jährlichen Statistiken zusammengefasst. Die Einführung einer digitalen Meldeplattform, auf der die meldepflichtigen medizinischen Strahlenereignisse online gemeldet werden, ist in Vorbereitung. Nach der initialen Meldung muss die jeweilige Institution innerhalb von sechs Wochen einen detaillierten Bericht verfassen und dem BAG zustellen.

Alle gemeldeten Ereignisse werden BAG-intern vorgestellt und besprochen. Wenn sich auffällige Häufungen einer Ursache, Hinweise auf eine Fehlfunktion eines bestimmten Gerätetyps oder ähnliches feststellen lassen, werden geeignete Massnahmen zur Information anderer möglicherweise betroffener Institutionen ergriffen, um weitere Ereignisse zu verhindern.

Kategorien der Strahlenereignisse

Seit dem Inkrafttreten der totalrevidierten Verordnungen im Strahlenschutz im Jahr 2018 besteht eine Meldepflicht für bestimmte medizinische Strahlenereignisse.

2018 wurden die gemeldeten medizinischen Strahlenereignisse nur den Kategorien «Patienten- und Organverwechslungen» und «andere» zugeordnet. Durch die zunehmende Zahl an Meldungen und die detaillierteren Berichte zum Ereignishergang konnten die Kategorien verfeinert werden. Nicht nur Patienten- und Organverwechslungen werden nun getrennt erfasst. Verwechs-

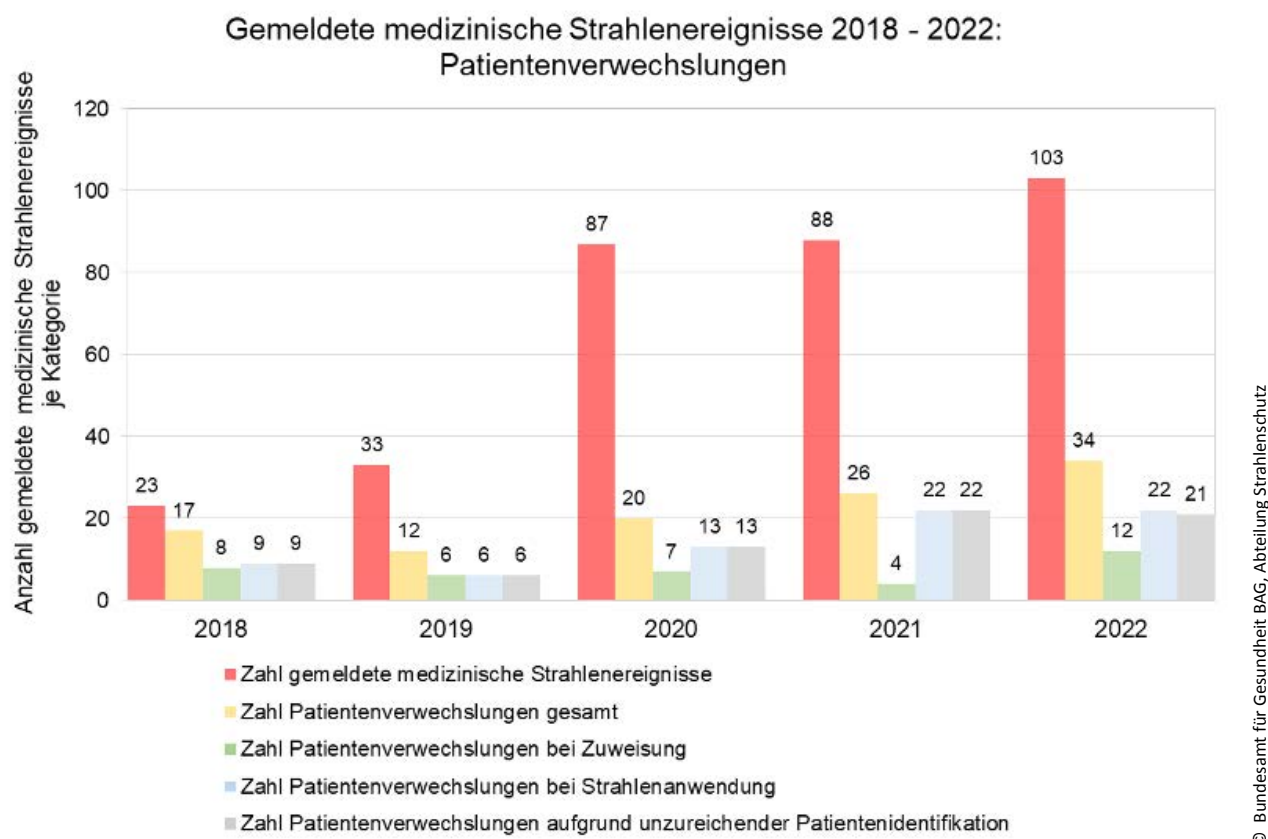


Abbildung 1: Anzahl gemeldeter medizinischer Strahlenereignisse je Kategorie zwischen 2018 und 2022.

lungen von Untersuchungs- beziehungsweise Bestrahlungsprotokollen, zu grosse Untersuchungsbereiche, Anwendung falscher Radiopharmazeutika, ungewollte Wiederholungen von Untersuchungen und Fehlbestrahlungen kamen als neue Kategorien dazu.

Die Jahresstatistik medizinischer Strahlenereignisse wird jeweils im Jahresbericht publiziert. [3] Ereignisse von besonderer Bedeutung werden fortlaufend auf der BAG-Homepage anonymisiert veröffentlicht. [4]

Meldepflichtige medizinische Strahlenereignisse betreffen den Hochdosisbereich. Deshalb kamen die Meldungen vorwiegend aus Spitälern (ambulant und stationär) und Radiologieinstituten. Die Zahl der Meldungen hat von 23 im Jahr 2018 auf 103 im Jahr 2022 zugenommen; der Zuwachs verteilt sich über alle Kategorien. Gründe hierfür sind die Aufklärung über die geltende Meldepflicht und die zunehmende Meldedisziplin. Trotzdem muss – wie in an-

deren Bereichen der Medizin – von einer hohen Dunkelziffer (mindestens Faktor 20) ausgegangen werden. Bis zum Erhalt einer repräsentativen Anzahl Meldungen, die echte Rückschlüsse auf die Situation in der Schweiz zulässt, wird noch einige Zeit vergehen.

Es wäre interessant, die Anzahl Meldungen mit absoluten Untersuchungszahlen zu korrelieren. Aus dem Monitoring der medizinischen Strahlenexpositionen [5] gibt es folgende Erkennt-

nisse: Nicht alle Anwendungen ionisierender Strahlung werden statistisch erfasst und abgerechnet. Die Häufigkeit von Untersuchungen wird «pro 1000 OKP-Versicherte» und nicht in absoluten Zahlen angegeben. Für die Radiotherapie gibt es nur Daten zur Anzahl abgerech-

**Seit 2020 sind konstant rund 50 %
der gemeldeten Ereignisse
Verwechslungen – von Patienten,
Organen, Untersuchungs- und
Behandlungsprotokollen.**

neten Therapieplanungen, aber nicht über die Anzahl durchgeführter Bestrahlungsfractionen. Solange sich die Zahl der Ereignismeldungen im Bereich des «Underreporting»

Ursache für praktisch alle Patientenverwechslungen bei der Strahlenanwendung war die unzureichende Patientenidentifikation.

bewegt und repräsentative Rückschlüsse nicht möglich sind, ist eine Korrelation mit absoluten Untersuchungszahlen – selbst wenn sie vorlägen – nicht sinnvoll, da nicht aussagekräftig.

Verwechslungen

Seit 2020 sind konstant rund 50 % der jährlich gemeldeten Ereignisse Verwechslungen – von Patienten, Organen, Untersuchungs- und Behandlungsprotokollen. Patientenverwechslungen haben eine Sonderstellung. Sie zeichnen sich dadurch aus, dass die Untersuchungen beziehungsweise Strahlenexpositionen a priori weder indiziert noch gerechtfertigt sind. Daraus ergeben sich zusätzlich ethische Probleme.

Lag die Zahl der gemeldeten Patientenverwechslungen 2018 noch bei 20 Fällen, waren es 2022 bereits 34. Ihre Zahl steigt weiter an und liegt stets bei mindestens 30 % aller gemeldeten Fälle. Aus den Berichten zeigt sich, dass Patientenverwechslungen in zwei unterschiedlichen Prozessschritten auftreten können: Bei der Zuweisung oder bei der Durchführung der Untersuchung beziehungsweise Therapie. Mittlerweile wird dies auch in unserer Erfassung unterschieden. Für die Grafik in diesem Artikel wurden die Statistiken früherer Jahre gemäss den heute verwendeten Kategorien noch einmal neu bewertet, um einen Vergleich zu ermöglichen.

Fast alle Patientenverwechslungen bei der Zuweisung stehen mit der Anwendung des Krankeninformationssystems (KIS) im Zusammenhang. Dort können die Datensätze mehrerer Patienten gleichzeitig für den Zugriff geöffnet werden. Oft müssen mehrere Personen am gleichen

PC arbeiten. Aus praktischen Gründen verwendet nicht jede Person ein eigenes Login, sondern lässt die Benutzeroberfläche für den nächsten Nutzer offen. Auch telefonische und andere Nachfragen können es nötig machen, Daten anderer Patienten aufzurufen, um adäquate Auskünfte und Anweisungen zu geben. So können Wechsel in den aktuell angezeigten Patientendaten unbemerkt bleiben. Befindet man sich im falschen Patientendossier und meldet eine radiologische Untersuchung an, ist eine Patientenverwechslung rasch geschehen. Wo physische Anmeldeformulare verwendet werden, kamen Patientenverwechslungen bei der Zuweisung durch das Aufkleben falscher Patientenetiketten zustande.

Ursache für praktisch alle Patientenverwechslungen bei der Strahlenanwendung war die unzureichende Patientenidentifikation. Patientinnen und Patienten hatten ähnliche Namen oder haben bei einem namentlichen Aufruf reagiert und wurden ohne weitere Überprüfung untersucht beziehungsweise behandelt. In anderen Situationen haben sprachliche oder medizinische Probleme die Kommunikation erschwert. Der Standard, die Patientenidentität anhand zweier verschiedener Quellen (zum Beispiel Patientenarmband und Patientenauskunft, Patientenarmband und Ausweis, Patientenarmband und Angaben der Pflegefachperson, etc.) zu prüfen, wurde in diesen Fällen regelmässig nicht angewendet. Einfache Abhilfe wäre, die Patientenidentifikation mit der Prüfung des Geburtsdatums einzuleiten und aktiv nach dem Namen zu fragen.

Radiovigilanz und Strategien

Die zunehmende Meldedisziplin, die sich in einer steigenden Zahl gemeldeter Ereignisse äussert, ist sehr erfreulich. Die eingereichten Berichte zeigen, dass die Zahl der Meldungen nicht nur auf die Erfüllung gesetzlicher Pflichten zurückzuführen ist, sondern auch auf eine fort-

schrittliche Sicherheitskultur im Unternehmen selbst. Diese Sicherheitskultur ist von Vertrauen zwischen Mitarbeitenden und Vorgesetzten sowie einem offenen Umgang mit Risiken (zum Beispiel Speak-up) geprägt. Die Erkennung von Risikopotenzialen führt zunächst zu einem Anstieg der Zahl gemeldeter Ereignisse. Die Identifikation von Fehlerquellen, Ableitung von Verbesserungsmassnahmen und sinnvolle Anpassungen interner Prozesse lassen diese Zahl wieder sinken.

Die Meldungen medizinischer Strahlenereignisse dienen der Patientensicherheit. Diese Bemühungen sind im Kontext verschiedener nationaler und internationaler Gesundheitsstrategien zu sehen: Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates Gesundheit 2030 (Ziel 5: Qualität der medizinischen Versorgung erhöhen) [6], Global Patient Safety Action Plan 2021-2030 der WHO (Ziel 6.1: Patientensicherheit – Berichts- und Lernsysteme) [7], Strategie zur Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung (Ziel K1: «Die Errichtung einer

**Die zunehmende
Meldedisziplin, die sich
in einer steigenden
Zahl gemeldeter
Ereignisse äussert, ist
sehr erfreulich.**

Just Culture...», Ziel PZ1: «Die Stellung der Patientinnen, der Patienten [...] wird gestärkt.», Ziel PS1: «Die Leistungserbringer haben für ihren Bereich ein System zum Management von klinischen Risiken umgesetzt.» [8]).

Die systemische Fehleranalyse auf Basis des Londonprotokolls ist bereits als Qualitätsverbesserungsmassnahme im Sinne der Qualitätsstrategie KVG anerkannt [9]. Für eine flächendeckende nationale Implementierung einer Just Culture sind noch grosse Anstrengungen zu leisten. Nicht zuletzt müssen die Bevölkerung, Patientinnen und Patienten

für Risiken sensibilisiert werden, um ihren eigenen Beitrag zur Patientensicherheit leisten zu können. Das BAG hat daher auf seiner offiziellen Website einen Beitrag zur Patienteninformation im Strahlenschutz veröffentlicht.

Korrespondenz
str@bag.admin.ch

Kommentar zur Radiovigilanz von Dr. med. Carlos Quinto, Mitglied des Zentralvorstandes FMH

Im Beitrag von Jeanne Berg et al. werden Zahlen zur Radiovigilanz dargestellt. Die Meldepflicht beschränkt sich auf den Hochdosisbereich. Grob wird zwischen technischen Fehlern und Kommunikationsfehlern unterschieden, seien es mangelhafte Anweisungen oder aus dem Prozess heraus erfolgende Verwechslungen von Patienten oder der zu untersuchenden Körperregion. Die Statistik ist aufschlussreich, lässt aber noch nicht viele Schlussfolgerungen zu. Wie bei jedem neu eingeführten Screening steigt die Inzidenz zu Beginn an. Es kann daraus nicht auf eine Verschlechterung der Versorgung geschlossen werden. Zuerst muss eine Plateauphase erreicht werden. Auch bestehen Probleme mit dem Nenner. Vielleicht ändern sich Meldungen in Zahl und Inhalt nochmals, wenn die Meldungen zukünftig digitalisiert erfolgen. Schon jetzt scheint es aber klar zu sein, dass Klinikinformationssysteme einen relevanten Faktor darstellen. Von zentraler Bedeutung sind Melderegeln und ein garantiertes Vertrauensverhältnis mit einer guten Fehlerkultur. Jegliche mediale Polemisierung wäre dem Ziel der Radiovigilanz abträglich.

Verwechslungen sind an sich nicht ein Strahlen-spezifisches Problem. Sie dürften massgeblich auch beeinflusst sein von Strukturen und Prozessen in den jeweiligen Betrieben und stark davon abhängen, wie die Personalsituation in den betreffenden Betrieben aussieht. Die direkte Kommunikation mit dem Patienten ist essentiell. Damit sie in einer gewissen Qualität erfolgen kann, benötigt sie Zeit. Und gerade diese Zeit wird bereits heute durch bürokratische Prozesse stark eingeschränkt. Wäre deshalb weniger manchmal mehr? Ist das Wesentliche im Fokus? Die Radiovigilanz im Hochdosisbereich gehört sicher zum Wesentlichen. Damit sich aber trotz Fachkräftemangel und klammen Finanzen in den Spitälern etwas verbessern kann, gehören andere administrative Arbeiten reduziert oder abgeschafft. Von ärztlicher Seite wurden in einer Umfrage des VSAO nur 27 % aller Anfragen von Krankenversicherer- und Behörden Seite als medizinisch sinnvoll eingestuft. Hier kann und muss reduziert werden, zu Gunsten der Patienten und der Radiovigilanz.

Literatur und weiterführende Informationen

- 1 Inhaber einer gemäss Artikel 28 Strahlenschutzgesetz StSG erteilten Bewilligung u. a. für den Umgang mit ionisierender Strahlung oder den Betrieb von Röntgenanlagen.
- 2 Bundesamt für Gesundheit BAG, Abteilung Strahlenschutz: BAG-Wegleitung «Medizinische Strahlenereignisse – Definition und Pflichten», <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/bewilligungen-aufsicht-im-strahlenschutz/wegleitungen.html#-1204041108> (abgerufen am 31. August 2023)
- 3 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/taetigkeitsberichte/jahresberichte-strahlenschutz-umweltradioaktivitaet-und-dosimetrie.html> (abgerufen am 31. August 2023)
- 4 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/umwelt-und-gesundheit/strahlung-radioaktivitaet-schall/radiologische-ereignisse-notfallvorsorge/radiologische-ereignisse.html> (abgerufen am 31. August 2023)
- 5 <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/gesund-leben/umwelt-und-gesundheit/strahlung-radioaktivitaet-schall/strahlenanwendungen-in-der-medizin/diagnostische-strahlenexposition-in-der-medizin.html> (abgerufen am 17. Juli 2024)
- 6 Bundesamt für Gesundheit BAG: Gesundheitspolitische Strategie des Bundesrats 2020-2030, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/gesundheitspolitik/gesundheitspolitische-strategie-2030.html> (abgerufen am 31. August 2023)
- 7 World Health Organization WHO: Global Patient Safety Action Plan 2021-2030, <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> (abgerufen am 31. August 2023)
- 8 Bundesamt für Gesundheit BAG: Qualitätsentwicklung in der Krankenversicherung. Übersichtsdokument zur Qualitätsstrategie und zu den Zielen des Bundesrates 2022 bis 2024, <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/qualitaetsstrategie-krankenversicherung.html> (abgerufen am 31. August 2023)
- 9 https://www.hplus.ch/fileadmin/hplus.ch/public/Qualitaet/Qualitaetsverbesserungsmassnahmen/Themenbereich_Qualitaets-_und_Sicherheitskultur/Systematische_Fehleranalyse_auf_Basis_des_Londonprotokolls.pdf (abgerufen am 31. August 2023)

Empfehlung zum Umgang mit RH1 (RhD) negativen Blutprodukten

RH1(RhD) negative Blutprodukte *Daten der Schweizer Blutspendedienste zeigen, dass es mehrmals pro Jahr zu Engpässen in der Versorgung mit RH1 (RhD) negativen Blutprodukten kommt. Diese Empfehlung soll die korrekte Anwendung von RH1 negativen Blutprodukten und somit die Versorgungssicherheit der Patient:innen gewährleisten.*

Soraya Amar

Dr. med., Blutspende SRK Schweiz AG

Adrian Bachofner

Dr. med., Universitätsspital Zürich

Daniel Bolliger

Prof. Dr. med., Universitätsspital Basel

Giorgia Canellini

Dr. med., Interregionale Blutspende SRK

Michael Daskalakis

PD Dr. med., Inselspital Bern

Charlotte Engström

Dr. med., Blutspende SRK Zürich

Sofia Lejon Crottet

Dr. phil. nat., Interregionale Blutspende SRK

Sophie Waldvogel

PD Dr. med., Hôpitaux Universitaires Genève

RH1 negative Erythrozytenkonzentrate (EK) sind eine wertvolle Ressource, deren prozentualer Verbrauch in der Schweiz (20–30 %) die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung (15 %) übersteigt. Dies führt mehrmals im Jahr zu Engpässen in der Versorgung von RH1 negativen Patient:innen. Ein gezielter und strikter Einsatz von RH1 negativen EK ist daher anzustreben und muss von allen transfundierenden Einrichtungen umgesetzt werden. Das Ziel ist, eine Alloimmunisierung im RH-System bei Patient:innen möglichst zu vermeiden. Diese Alloantikörper können bei Schwangerschaften oder bei Folgetransfusionen zu schweren unerwünschten Neben-

wirkungen führen, z. B. eine fetale Anämie (Morbus hämolyticus neonatorum) oder eine schwere hämolytische Transfusionsreaktion. Die Kombination mit anderen Alloantikörpern kann zudem zu Schwierigkeiten bei der Bereitstellung von kompatiblen EK führen.

Die vorliegende Empfehlung beziehen sich primär auf die Transfusion von EK bei Erwachsenen (ab 18 Jahren) und gilt nicht für Kinder oder Neugeborene. Sie ergänzt die nationalen Empfehlungen, die in dem Dokument «Transfusionsmedizinische Laboruntersuchungen an Patientenproben» beschrieben sind [1]. Am Schluss dieser Empfehlung wird noch kurz auf die Berücksichtigung des RH1-Phänotyps bei der Transfusion von Thrombozytenkonzentraten eingegangen.

Risiken im Zusammenhang mit der Transfusion von nicht RH1 identischen Erythrozytenkonzentraten

a) Transfusion von RH1 negativen EK an RH1 positive Patient:innen

Solche Transfusionen führen jährlich mehrmals zu Versorgungsengpässen von EK der Blutgruppe RH1 negativ. Beim Patienten wird das Risiko für eine Immunisierung gegen RH4 (c), RH5 (e) und RH6 (f) [2] zudem erhöht.

b) Transfusion von RH1 positiven EK an RH1 negative Patient:innen

Es besteht ein erhöhtes Risiko einer Immunisierung gegen RH1, laut Schätzungen der Literatur: 20–50 % [3]. Das Risiko ist geringer bei Vorliegen einer Immunsuppression. Wird der Patient erstmals dem RH1-Antigen ausgesetzt, tritt die Alloimmunisierung frühestens nach 14 Tagen auf [4]. In den meisten Fällen ist der Anti-RH1 lebenslang im Plasma nachweisbar [5].

Ebenfalls besteht ein erhöhtes Risiko für eine Alloimmunisierung gegen RH2 (C) und RH3 (E) [2].



Verträglichkeit der Blutgruppen

© Blutspende SRK Schweiz AG

Transfusion von RH1 negativen EK [1]

Die ungerechtfertigte Transfusion von RH1 negativen EK an RH1 positive Patient:innen sollte eine Ausnahme bleiben und ist nur in Zusammenhang mit klaren klinischen Indikationen vertretbar (z. B. Notfalltransfusionen ohne bekannte RH1 Blutgruppe).

Medizinische Indikationen zur Transfusion von RH1 negativen EK [1]

Obligatorische Indikation

- Patient:in mit bekanntem Anti-RH1-Alloantikörper

Empfohlene Indikation

- RH1 negative(r) Patient:in, insbesondere Frauen im gebärfähigen Alter.
- Beachtung des breiten/erweiterten Phänotyps bei RH1 positiven Patient:innen, die regelmässig transfundiert werden und für die es keine Alternative gibt (z. B. RH:1,-2,-3,4,5 [ccD. ee], Immunisierung etc.).
- Beachtung der RH/KEL-Kompatibilität von Spender:innen sowie Empfänger:innen i. R. hämatopoetischer Stammzelltransplantationen.

Zulässige Indikation

- Verabreichung von EK in Notfallsituationen, vor der Durchführung der Blutgruppenbestimmung, insbesondere RH1.

Strategie bezüglich dem RH1 Phänotyp bei der Anwendung von Erythrozytenkonzentraten [6]

Jede Abgabestelle für EK (Vertrieb, Labor, Spital) sollte möglichst immer ABO und RH1 identisch transfundieren. Ausnahmen sind medizinische Indikationen. Eine jährliche Statistik über die transfundierten EK, nach ABO und RH1 Blutgruppen, soll geführt werden.

- Ein Transfusionslabor muss schnellstmöglich die notwendigen prätransfusionellen Untersuchungen durchführen und falls möglich eine Transfusionsanamnese (externe Blutgruppenkarte) der/des Patient:in anfordern.
- Die Transfusion von RH1 positiven EK ist bei Vorliegen von Anti-RH1 Alloantikörpern untersagt, auch falls dieser nicht mehr nachweisbar ist.

Blutgruppenverteilung in der Schweiz:

A+ 38 %
O+ 35 %
B+ 8 %
A- 7 %
O- 6 %
AB+ 4 %
B- 1 %
AB- 1 %



Blutgruppen Verteilung

- Ohne Nachweis eines Anti-RH1 und im Falle einer massiven Blutung (> 4 EK in 1 Stunde bei einem Erwachsenen) und wenn der Bestand nicht weit über dem kritischen Schwellenwert liegt, ist es legitim RH1 positive EK zu transfundieren, wenn die RH1 Blutgruppe negativ oder noch unbekannt ist. Hierbei ist Folgendes zu beachten:
 - Bei RH1 negativen Frauen im nicht gebärfähigen Alter oder Männern ist eine RH1-Umstellung nach 4 EK oder bei zu erwartenden Transfusionen von mehr als 4 EK in kurzer Zeit gerechtfertigt.
 - Bei RH1 negativen Frauen im gebärfähigen Alter kann eine RH1-Umstellung erwogen werden wenn der Bestand den kritischen Schwellenwert erreicht hat und weiterhin ein massiver Blutbedarf absehbar ist [7, 8].

Folgende Vorgehensweise wird empfohlen

- Die Entscheidung einer RH1-Umstellung wird von der Laborleitung und/oder der zuständigen transfundierenden Ärztin bzw. Arztes getroffen.
- Die/Der verordnende Ärztin/Arzt wird informiert.
- Die inkompatible Transfusion wird in der Patientenakte dokumentiert und die notwendigen Nachkontrollen werden definiert (ggf. Information des weiterbetreuenden Arztes/Ärztin (Hausarzt))
- Die Abteilung für Hämovigilanz ist zu informieren. Jede RH1-Umstellung (RH1 positives Blut an einen RH1 negativen Patient:innen) ist an Swissmedic zu melden [12].
- Im Falle einer RH1-Immunisierung muss die/der Patient:in eine Blutgruppenkarte erhalten und eine Meldung an Swissmedic erfolgen.

Die begrenzte Haltbarkeit von Blut bedarf einer sorgfältigen Planung. Engpässe und Überangebote sind zu vermeiden.

- Die Prävention mit RH-Immunglobulinen (RHIG) wird angesichts der Menge an Erythrozyten in einem EK nicht als sinnvoll erachtet.

Strategie bezüglich dem RH1 Phänotyp bei der Anwendung von Thrombozytenkonzentraten (TK) [9]

- Bei Frauen im gebärfähigen Alter wird empfohlen, bei der Transfusion von TK den RH1-Phänotyp zu berücksichtigen. Wenn die Transfusion von RH1 inkompatiblen TK nicht zu vermeiden ist, wird die Gabe von RHIG empfohlen, um eine Alloimmunisierung möglichst zu vermeiden. Eine Dosis von 300 µg ist ausreichend für mehrere unverträgliche RH1 positive TK, die über einen Zeitraum von 2 bis 4 Wochen transfundiert werden [9].
- Patient:innen mit Anti-RH1-Antikörpern können problemlos mit RH1 positiven TK transfundiert werden (1 TK enthält < 2 ml Erythrozyten)

Verwaltung des Bestands an RH1 negativen EK [10, 11]

Die Rücknahme von nicht transfundierten EK, insbesondere RH1 negative EK gemäss definierten Qualitätsanforderungen (z. B. Lieferung in validierten isothermen Transportkisten mit Temperaturüberwachung) sollte in bestimmten Situationen als Möglichkeit in Betracht gezogen werden, z.B. bei einem Protokoll mit massiven Blutungen oder bei Notfalllieferungen. Bei Patient:innen mit einer RH1-inkompatiblen allogenen Stammzelltransplantation sollte in einer internen Arbeitsanleitung die Transfusionsstrategie geregelt sein. Diese Vorgehensweise muss mit den lokalen Ressourcen und den Bedürfnissen der anderen Patient:innen abgestimmt werden. Es wird jedoch empfohlen, in den 2 Monaten nach der Transplantation den RH1-Phänotyp der/des Spender:in und der/des Empfänger:in zu berücksichtigen.

Hinweis

Die Varianten RHD*01W.1 (RHD*weak D Typ 1), RHD*01W.2 (RHD*weak D Typ 2), RHD*01W.3 (RHD*weak D Typ 3) oder RHD*09.04 (RHD*weak D Typ 4.1, RHD*DAR4) gelten als RH1 positiv, alle anderen RHD-Varianten gelten aktuell als RH1 negativ. (Ausnahme: Frauen in nicht gebärfähigem Alter sowie Männer, bei denen der Genotyp nicht bekannt ist)

Korrespondenz

info@blutspende.ch

Literatur

1. Transfusionsmedizinische Laboruntersuchungen an Patientenproben, Empfehlungen der Schweizerischen Vereinigung für Transfusionsmedizin und der Blutspende SRK Schweiz; <https://www.svtm-asmt.ch/downloadmanager/download/1/47>
2. Reid M, Lomas-Francis C, Olsson M: The blood group antigen FactsBook, 3rd ed. London: Elsevier Academic Press; 2012.
3. Ji Y, Luo G, Fu Y: Incidence of anti-D alloimmunization in D-negative individuals receiving D-positive red blood cell transfusion: A systematic review and meta-analysis. Vox Sang 2022, 117(5):633–640.
4. Frohn C, Dumbgen L, Brand JM, Gorg S, Luhm J, Kirchner H: Probability of anti-D development in D-patients receiving D + RBCs. Transfusion 2003, 43(7):893–898.
5. Tormey CA, Hendrickson JE: Transfusion-related red blood cell alloantibodies: induction and consequences. Blood 2019, 133(17):1821–1830.
6. National Blood Authority Australia, National Blood Transfusion Committee (Australian Red Cross Lifeblood), Australian and New Zealand Society of Blood Transfusion, National Pathology Accreditation Advisory Council, Australian College of Rural and Remote Medicine, Australian College of Emergency Medicine. National Statement for the Emergency Use of Group O Red Blood Cells [<https://www.blood.gov.au/national-guidance-management-red-blood-cell-inventory>]
7. Mark H Yazer, Stephen P Emery, Darrell J Triulzi, Philip Spinella, Christine Leeper: Another piece of the hemolytic disease of the fetus and newborn puzzle after RhD-positive transfusion in trauma resuscitation: the proportion of pregnant women who produce high titer anti-D. Trauma Surg Acute Care Open 2024, 9(Suppl 1):e001252.
8. Mark H Yazer, Gleb Panko, John B Holcomb, Alesia Kaplan, Christine Leeper, Jansen N Seheult, Darrell J Triulzi, Philip C Spinella: Not as «D»eadly as once thought – the risk of D-alloimmunization and hemolytic disease of the fetus and newborn following RhD-positive transfusion in trauma. Hematology 2023, 28(1):2161215.
9. Dunbar NM: Does ABO and RhD matching matter for platelet transfusion? Hematology Am Soc Hematol Educ Program 2020, 2020(1):512–517.
10. Recommendations on the Use of Group O Red Blood Cells. AABB 2019 [<https://www.aabb.org/docs/default-source/default-document-library/resources/association-bulletins/ab19-02.pdf>]
11. National Blood Transfusion Committee. The appropriate use of O D negative red cells [<https://www.transfusionguidelines.org/document-library/documents/nbtcc-appropriate-use-of-group-o-d-negative-red-cells-final-pdf>]
12. Swissmedic [<https://www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-a-usage-humain/surveillance-du-marche/haemovigilance/haemovigilance-forms.html>]

Chargenrückruf – ZL-Nr. 34173

Vitamin B6 Streuli 40 mg, Tabletten

Wichtige Information: *Chargenrückruf von Vitamin B6 Streuli 40 mg, Tabletten*
Rückzug der Chargen: 2300264AA, 2300265AA und 2300265AB

Zusammenfassung

Die Firma Streuli Pharma AG zieht vorsorglich die obenerwähnten Chargen von Vitamin B6 Streuli 40 mg, Tabletten bis auf Stufe Detailhandel vom Markt zurück. Der Rückruf erfolgt aufgrund einer möglichen mikrobiellen Kontamination des Arzneimittels.

Detaillierte Informationen finden Sie unter:

[Chargenrückruf – Vitamin B6 Streuli 40 mg Tabletten](#)

HPC – Wichtige sicherheitsrelevante Information im Zusammenhang mit der Verschreibung von Betahistin-haltigen Präparaten

Zusammenfassung

- In Betahistin-haltigen Fertigprodukten wurde die hochgradig mutagene Nitrosamin-Verunreinigung N-Nitroso-Betahistin nachgewiesen.
- Auf internationaler Ebene wurde eine Unbedenklichkeitsgrenze festgelegt, die, bezogen auf die zugelassene maximale Tagesdosis, eine ausreichende Qualität der für den Schweizer Markt freigegebenen Chargen sicherstellen soll.
- In der Fachliteratur gibt es einige Berichte, die die Off-Label-Anwendung in sehr hohen Dosierungen über längere Zeiträume empfehlen. Das Sicherheitsprofil einer solchen Off-Label-Anwendung ist im Hinblick auf eine Exposition gegenüber N-Nitroso-Betahistin nicht bekannt.
- Bei der Verschreibung von Betahistin-Produkten sind die von Swissmedic zugelassenen Indikationen, die entsprechenden Dosierungen und das Verfallsdatum strikt einzuhalten.

Detaillierte Informationen finden Sie unter:

[HPC – Betahistin-haltige Arzneimittel](#)

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès

Peter Müller (1953),

† 23.11.2024, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 7000 Chur

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:

Elizabeta Coneva, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Psychiatrische und Psychotherapeutische Praxis Coneva, Zentralstrasse 55a, 5610 Wohlen, ab 01.03.2025

Susanne Flückiger, Fachärztin für Gastroenterologie, Mitglied FMH, angestellt bei Gastroenterologie Aarau AG, Wiesenstrasse 25, 5000 Aarau, ab sofort

Irina Franke, Mitglied FMH, angestellt bei Arztpraxis Dr. Bruhin, Rieterstrasse 26, 5413 Birmenstorf, ab sofort, Pensum Kanton Aargau: 80 %

Elza Memeti, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, Praxiseröffnung in Praxis für Chirurgie AG, Bernstrasse 84, 4852 Rothrist, ab 01.01.2025

Klaus Schieweck, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Praxiseröffnung in Ärztehaus Avicena, Sahin MED GmbH, Bahnhofstrasse 9, 5610 Wohlen, ab sofort

Ines Schlegel, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, angestellt bei Gynäkologisches Zentrum Aarau AG, Neumattstrasse 17, 5000 Aarau, ab sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Jonas Ruthishauser, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Facharzt für Endokrinologie / Diabetologie, Mitglied FMH, Leitender Arzt im Kantonsspital Baden AG, im Ergel 1, 5404 Baden, 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:

Anda-Maria Favre, Fachärztin für Pathologie, Mitglied FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen

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.

Bündner Ärzteverein

Zur Aufnahme in den Bündner Ärzteverein haben sich angemeldet:

Yves Acklin, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Kantonsspital Graubünden, 7000 Chur

Ferdinand Jonas Blecher, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis am Bahnhof Cazis AG, Bahnhofstrasse 12, 7408 Cazis

Samuel Eckstein, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Studio Medico Dr. Suter, piazzale stazione 7, 6537 Grono

Regula Freitag, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Gynäkologische Praxis Chesa Sana AG, 7503 Samedan

Simone Fritschi, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Kardiologie, Mitglied FMH, Swiss Mountain Clinic AG, Strada Cantonale 53, 6540 Castenada

Arnold Gmür, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, Alexanderstrasse 18, 7000 Chur

Imke Jansen, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Mediserva Ilanz, 7130 Ilanz

Raphael Knöpfel, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, Arztpraxis Marktwis, 7414 Fürstenaubruck

Licia Leonardi, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Fachärztin für Angiologie, Mitglied FMH, Moesamed SA/ Piazza 35, 6535 Roveredo

Sinisa Milenovic, Facharzt für Oto-Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH, Kantonsspital Graubünden, 7000 Chur

Maximilian Wintergerst, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenzentrum Grischun Chur, Bahnhofstrasse 4, 7000 Chur

Meret Zehnder, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Arztpraxis Bogn Engiadina, Via dals Bogns 323 und Center da Sanda Engiadina Bassa, Via da l'Ospidal 80, 7550 Scuol

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Bündner Ärzteverein, Hinterm Bach 40, 7000 Chur, eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Selma Baldursson, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, ab Mitte Januar 2025: Praxis für Psychiatrie und Psychotherapie, c/o Praxis Dr. med. Andrea Ludwig, Grendelstrasse 21, 6004 Luzern

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Barbara Freitag, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, ab 11/2024 zu 20–40 % in 8840 Einsiedeln

Valentino Monaco, Praktischer Arzt, Mitglied FMH, ab 11/2024 zu 80 % in 8854 Siebnen

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

Ärztegesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Jeanne Antheaume, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Arztpraxis beim Schutzengel, Chamerstrasse 54, 6300 Zug

Zur Aufnahme als ausserordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Sandra Gisler Sáenz, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, Mitglied FMH, novaderm Cham, Obermühleweid 1, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidaturen müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärztegesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Mitteilungen

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Entwicklungspädiatrie zum Facharzttitle Kinder- und Jugendmedizin

Datum

Dienstag, 13. Mai 2025

Ort

Universitäts-Kinderspital Zürich

Anmeldefrist

Dienstag, 1. April 2025

Weitere Informationen finden Sie auf der [Website des SIWF](#).

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle für Allergologie und klinische Immunologie

Mündliche Prüfung

Datum

Freitag, 27. Juni 2025

Ort

Bern

Anmeldefrist

31. März 2025 (23:59 Uhr)

Weitere Informationen finden Sie auf der [Website des SIWF](#).

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle für Allgemeine Innere Medizin

Datum

Samstag, 8. November 2025
von 09:45 bis 15:00 Uhr

Ort

Hochschulzentrum vonRoll,
Fabrikstrasse 6, Bern

Anmeldefrist

26. August 2025

Weitere Informationen finden Sie auf der [Website des SIWF](#).

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle für Allgemeine Innere Medizin

Datum

Samstag, 24. Mai 2025 von 09:45 bis 15:00 Uhr

Ort

Hochschulzentrum vonRoll,
Fabrikstrasse 6, Bern

Anmeldefrist

11. März 2025

Weitere Informationen finden Sie auf der [Website des SIWF](#).

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle für Intensivmedizin

Datum und Ort

1. Teil, schriftliche Prüfung:
Dienstag, 23. September 2025,
11.00 – 14.30 Uhr,
Paraplegiker Zentrum Nottwil

2. Teil, mündliche Prüfung:
Donnerstag, 4. Dezember 2025,
individuelle Zeiten,
Paraplegiker Zentrum Nottwil

Anmeldefrist

1. April 2025 bis 30. Juni 2025

Weitere Informationen finden Sie auf der [Website des SIWF](#).

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitle für Medizinische Genetik

Datum

Donnerstag, 13. November und
Freitag, 14. November 2025

Ort

Lausanne (CHUV: Centre hospitalier universitaire vaudois)

Anmeldefrist

30. September 2025

Weitere Informationen finden Sie auf der [Website des SIWF](#).

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharzttitels für Kinderchirurgie

Datum

Donnerstag, 4. Dezember 2025 und
Freitag, 5. Dezember 2025

Ort

Universitäts-Kinderspital beider Basel

Anmeldefrist

5. Juli 2025

Weitere Informationen finden Sie auf
der [Website des SIWF](#).

Ausschreibung der Mach-Gaensslen Stiftung (Schweiz)

Unterstützung Forschungsprojekte Kardiologie

Die Mach-Gaensslen Stiftung
(Schweiz) unterstützt turnusmässig
2 – 3 Forschungsprojekte der
Fachgebiete Kardiologie, Hämato-
logie / Onkologie und Neurologie /
Psychiatrie. Das Jahr 2025 ist für die
Kardiologie reserviert.

Gesuche um Unterstützung eines
qualifizierten Forschungsprojektes des
Fachgebietes Kardiologie können bis
31. März 2025 an die Mach-Gaensslen
Stiftung, Ahornstrasse 20,
6314 Unterägeri, eingereicht werden.

Forschungsgesuch notwendigen
Angaben können unter der gleichen
Adresse oder mit E-Mail ([mach-
gaensslen.stiftung@gmx.ch](mailto:mach-gaensslen.stiftung@gmx.ch)) eingeholt
werden. Die Beurteilung der For-
schungsprojekte durch den Stiftungsrat
erfolgt Ende Mai 2025.

Am 23. Oktober 2024 hat die Geschäftsleitung des SIWF
entschieden, ab 1. Januar 2025 keine Hinweise über die
Facharzt- und Schwerpunktprüfungen mehr in der Schweize-
rischen Ärztezeitung (SÄZ) auszuschreiben. Die Prüfungs-
daten und weitere Informationen werden künftig nur noch
auf den Webseiten der Fachgesellschaften und des SIWF
publiziert.

Besten Dank für die Kenntnisnahme.