



- Editorial von Olivier Giannini
- Interview mit Yvonne Gilli und Stefan Kaufmann – Teil 2
- Die Aktualität der Balintgruppe heute
- Herztransplantation nach Organ-
spende im Kreislaufstillstand

Inhalt

Editorial von Olivier Giannini	3
Jahresrückblick 2024: Interview mit Yvonne Gilli und Stefan Kaufmann – Teil 2	6
Die Aktualität der Balintgruppe heute	10
Herztransplantation nach Organspende im Kreislaufstillstand (DCD)	13
Personalien	16
Mitteilungen	18

Mein Einsatz für die Medizin von Morgen

Aus dem Tessin nach Bern Kann ich den fundamentalen Wandel des Gesundheitswesens untätig mit anschauen? Dieser Gedanke hat mich veranlasst, die neue Herausforderung anzunehmen und sie als Chance zu begreifen. So bin ich seit dem 1. Januar offiziell im Zentralvorstand aktiv – bereit, unseren Vorstellungen Gestalt zu verleihen und die Ziele umzusetzen, die wir uns gesteckt haben.



Olivier Giannini
PD Dr. med., Mitglied des
Zentralvorstands

Meine Wahl durch die Ärztekammer am 6. Juni 2024 in Biel war für mich ein bedeutender Moment. Nach 12 Jahren hat das Tessin nun wieder einen Vertreter im Zentralvorstand der FMH. Es freut mich sehr, dass ich für diese Aufgabe ausgewählt wurde. Zugleich möchte ich meinen Vorgängern, die unsere Berufsgruppe würdevoll vertreten haben, meine Anerkennung zum Ausdruck bringen. Wir leben in einer Zeit grosser Veränderungen, Ungewissheiten und komplexer Herausforderungen. Wachsende Anforderungen, Modernisierungsbedarf in einem Kontext raschen sozialen Wandels, wirtschaftlicher und politischer Druck sowie eine Bürokratie, die uns allzu oft in unserem Bestreben ausbremst, uns um die Kranken und Hilfsbedürftigen in unserer Gesellschaft zu kümmern.

Konkrete Antworten auf allgemeine Herausforderungen

Was meine Rolle im Zentralvorstand betrifft, fühle ich mich zutiefst verantwortlich, die Stimmen der gesamten Ärzteschaft zu repräsentieren. Als gebürtiger Basler habe ich über 30 Jahre Berufserfahrung überall in der Schweiz gesammelt und dabei meine Dreisprachigkeit perfektioniert. Meine Wurzeln sehe ich jedoch in der Peripherie, im Mendrisiotto, dem südlichsten Punkt

Zugleich möchte ich meinen Vorgängern meine Anerkennung zum Ausdruck bringen, die unsere Berufsgruppe würdevoll vertreten haben.

der Schweiz, wo ich mit einer Luzerner Mutter und einem Tessiner Vater aufgewachsen bin. Als stellvertretender Chefarzt für Innere Medizin und Nephrologe am Regionalspital Mendrisio habe ich das Privileg, fast alle meine Kolleginnen und Kollegen in der Region, ihre individuellen Situationen, Herausforderungen und Schwierigkeiten persönlich zu kennen. Wie im Rest des Landes äussern auch hier die Ärztinnen und Ärzte den Wunsch, sich wieder ihrer eigentlichen Aufgabe widmen zu können, nämlich der Versorgung der Patientenschaft, und ihre Arbeit mit dem Enthusiasmus zu verfolgen, der sie ursprünglich angetrieben hat – und zwar

Der Mangel an medizinischem Personal ist nicht nur ein zahlenmässiges Problem, sondern auch ein Symptom für den drohenden Attraktivitätsverlust des Berufs.

innerhalb eines Systems, das sie unterstützt statt zu behindern. Seit Juni 2024 habe ich als gewähltes Mitglied des Zentralvorstands aktiv an der Festlegung der Strategie der FMH 2025–2028 mitgewirkt, die vom Zentralvorstand in einem gemeinsamen Kraftakt entwickelt wurde und sich auf drei Fokusthemen konzentriert: ausreichend Fachkräfte, erfolgreiche Ambulantisierung und administrative Entlastung im Alltag. Dies sind konkrete Antworten, um unseren Berufsstand zu erneuern, seine Grundwerte zu bewahren und ihn für die allgemeinen Herausforderungen des im Wandel begriffenen Gesundheitswesens zu wappnen.

Neue Generationen ausbilden und im Beruf halten

Der Mangel an medizinischen Fachpersonen ist nicht nur ein zahlenmässiges Problem, sondern auch ein Symptom für den drohenden Attraktivitätsverlust des Berufs. Verschärft wird die Krise durch einen allzu selektiven Numerus clausus und Zulassungskriterien, die ausschliesslich auf kognitive Fähigkeiten abzielen. Wesentliche Qualitäten wie emotionale Intelligenz und soziale Kompetenz werden dabei vernachlässigt, was die Gefahr birgt, Talente mit grossem Potenzial zu übersehen. Als Dozent an der Università della Svizzera italiana in Lugano, Verantwortlicher für Karriereplanung und Ausbildung im Spital und nicht zuletzt stolzer Vater ei-

nes 20-jährigen Medizinstudenten erlebe ich die Bestrebungen der jungen Generation aus erster Hand. Das idealisierte Bild des Arztes, der Tag und Nacht in Bereitschaft ist und seine Freizeit opfert, um am Wochenende Berichte oder Atteste zu schreiben, ist nicht mehr haltbar. Wir müssen ein Umfeld schaffen, das potenzielle Kolleginnen und Kollegen nicht nur anzieht, sondern sie auch optimal vorbereitet und motiviert, im Beruf zu bleiben. Dieses Umfeld muss ein gesundes Gleichgewicht zwischen Ausbildung, Arbeit und Privatleben gewährleisten und anerkennen, dass das Wohlergehen der Versorgenden von grundlegender Bedeutung ist, um die Qualität der Versorgung zu gewährleisten.

Eine patientennahe Versorgung

Die Ambulantisierung der Versorgung ist nicht nur eine organisatorische Strategie, sondern eine konkrete Antwort auf die Bedürfnisse der sich verändernden Gesellschaft. Die alternde Bevölkerung, die Zunahme chronischer Erkrankungen und die Notwendigkeit einer effizienteren Ressourcenverteilung erfordern eine grundlegende Neuordnung des bisherigen Versorgungsmodells. Die Versorgung näher an die Patientinnen und Patienten zu rücken, bedeutet nicht nur eine Verbesserung ihrer Lebensqualität, sondern auch eine Entlastung der Spitäler und eine Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin bei gleichzeitiger Optimierung der verfügbaren Ressourcen. Selbst in den entlegensten Gebieten gilt es, die wohnortnahe Versorgung zu fördern; dies setzt eine grössere Wertschätzung der Rolle und Kompetenzen unserer Hausärztinnen und -ärzte voraus sowie einen gerechteren und umfassenderen Versorgungszugang für alle.

Digitalisierung und Innovation

Die Entbürokratisierung unserer Arbeit ist ein unverzichtbarer Schritt, um das Arzt-Patienten-Verhältnis wieder in den Mittelpunkt zu stellen und die Lebensqualität der Ärztinnen und Ärzte zu verbessern. Der Schwerpunkt muss wieder auf der Versorgung liegen: Jede

Minute, die mit dem Ausfüllen von Formularen verbracht wird, geht zu Lasten der Patientenschaft. Die administrative Entlastung ist ein Akt des Respekts gegenüber dem Berufsstand, seinen Werten und vor allem gegenüber den Patientinnen und Patienten. Ich bin überzeugt, dass der Weg der Entbürokratisierung auch über eine gezielte und effektive Digitalisierung führt. Die von der FMH unterstützte E-Rezept-Initiative ist ein konkretes Beispiel für die digitale Transformation. Ebenso muss das Elektronische Patientendossier (EPD) vom Gesundheitswesen und den Bürgerinnen und Bürgern als gemeinsames Projekt auf den Weg gebracht, von der Politik unterstützt und unter Zuhilfenahme der IT implementiert werden. Dieses innovative Instrument kann Doppelarbeit reduzieren, unnötige Untersuchungen vermeiden und Verschreibungsfehler verhindern, sodass die Versorgung effizienter, hochwertiger und wirtschaftlicher wird. Künstliche Intelligenz (KI) revolutioniert bereits die medizinische Praxis: Sie unterstützt Ärztinnen und Ärzte bei der Analyse von Daten, der Verfeinerung von Diagnosen und Behandlungen sowie bei administrativen Aufgaben. Künftig wird die KI ein integrierter und vorausschauender Partner sein, der in der Lage ist, die Versorgung zu personalisieren und die Rolle der Ärzteschaft im Zeitalter der

Die Ambulantisierung der Versorgung ist nicht nur eine organisatorische Strategie, sondern eine konkrete Antwort auf die Bedürfnisse der sich verändernden Gesellschaft.

Präzisionsmedizin neu zu definieren. Dabei gilt es, die Prozesse zu standardisieren, um Sicherheit und Zuverlässigkeit zu gewährleisten sowie Ungleichbehandlung und Risiken zu vermeiden.

Mein Engagement

Ärztinnen und Ärzte wissen, welche Opfer und welche Resilienz unser Beruf erfordert. Im Zentralvorstand setze ich mich dafür ein, die Arbeit der Ärzteschaft und der FMH, die so wertvoll für unsere Gesellschaft ist, zu würdigen und zu fördern. Ich möchte, dass meine Arbeit allen zugutekommt. Deshalb unterstütze ich unseren Berufsstand in all seinen Facetten mit demselben Engagement: von den Vororten bis zu den Stadtzentren, von der öffentlichen und privaten spitalmedizinischen Versorgung bis zur ambulanten Hausarztmedizin. Mein Engagement beruht auf dem Wunsch, den Auftrag, die Vision und die strategischen Ziele der FMH in konkrete Aktionen umzusetzen, wobei die Bedürfnisse der Ärzteschaft und die Interessen unseres Berufsstands stets im Mittelpunkt stehen. Gemeinsam gestalten wir eine Zukunft, in der Ärztinnen und Ärzte sich mit Hingabe und Leidenschaft der Arbeit widmen können, in dem Bewusstsein, dass ihr Wohlergehen und das des gesamten Gesundheitswesens die Grundlage für eine qualitativ hochwertige Versorgung bilden.

«Mit Tatkraft und strategischem Fokus können wir viel bewegen»

Jahresrückblick 2024 – Teil 2 Im zweiten Teil des Jahresrückblick-Interviews stellen Yvonne Gilli, Präsidentin, und Stefan Kaufmann, Generalsekretär der FMH, die neue Strategie, deren Nutzen für die Mitglieder und ihre eigenen Ziele für 2025 vor. [Teil 1](#) ist in der SÄZ vom 15. Januar 2025 erschienen.

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

Die Ärztekammer hat im November 2024 die neue Strategie verabschiedet – mit drei Fokusthemen: Entbürokratisierung, ausreichend Fachkräfte und erfolgreiche Ambulantisierung. Warum gerade diese?

Stefan Kaufmann (SKA): Unser «Strategiehaus» umfasst eine Vielzahl von Zielen, daher wollten wir bewusst einen Fokus setzen. Eine Strategie entsteht bekanntlich in mehreren Schritten. Auf dem Deutschen Ärztetag in Mainz haben wir festgestellt, dass diese drei Herausforderungen längst nicht mehr nur uns, sondern alle hoch entwickelten Gesundheitssysteme betreffen. Die meisten europäischen Länder und auch die USA sind damit aktuell gefordert.

Yvonne Gilli (YGI): Dies bestätigen auch unsere Umfragen unter Ärztinnen und Ärzten sowie politischen Entscheidungsträgern. Fachkräftemangel und Überregulierung sind im ärztlichen Alltag spürbar. Und die Ambulantisierung ist längst im Gang, die einen spüren sie mehr, die anderen weniger. Hier ist es besonders hilfreich zu schauen, wie dieser Prozess in Ländern verläuft, die weiter fortgeschritten sind – und von deren Erfahrungen zu lernen.

Wie stellt die FMH sicher, dass ihre Mitglieder aus diesen strategischen Massnahmen einen konkreten Nutzen ziehen?

YGI: Wir berichten oft, dass wir im Parlament viel Schaden abwenden. Das merken viele Ärztinnen und Ärzte nicht, weil er nicht eintritt. Was wir nicht abwenden konnten, auch wenn es nicht viel ist, ist jedoch unmittelbar spürbar. Daher müssen wir besser aufzeigen, was wir konkret tun und wo wir Erfolge erzielen. Solange wir jedoch nur reaktiv handeln und in der

Flut der Themendynamik untergehen, verlieren wir unsere proaktive Gestaltungsfreiheit und Schlagkraft. Deshalb müssen wir uns auf die oben genannten Fokusthemen konzentrieren. Das müssen wir vermitteln – und unsere Mitglieder mobilisieren. Wenn Menschen merken, dass sie ihren Arbeitsalltag mitgestalten können, entsteht eine hohe intrinsische Motivation.

SKA: Zu den drei Fokusthemen erhalten wir bereits heute viele Rückmeldungen, weil sie unsere Mitglieder im Alltag beschäftigen und belasten. Mit der Fokussierung gelingt es uns, nicht nur auf politische Aktivitäten zu reagieren, sondern uns selber proaktiv mit unseren Anliegen und Lösungsansätzen einzubringen – und damit unseren Beitrag zur gemeinsamen Lösungsfindung zu leisten. Unsere Strategie ist der Wegweiser, mit dem man bekanntlich leichter ans Ziel kommt.

Die Bürokratisierung steht im Sorgenbarometer der Ärzteschaft ganz oben. Was braucht es konkret, um die Ärztinnen und Ärzte zu entlasten?

YGI: Die ganze Gesellschaft bewegt sich in Richtung Überregulierung, deshalb müssen wir realistisch bleiben. Erstens dürfen wir nicht alles an die Politik delegieren, wenn wir Probleme erkennen. Wir müssen zuerst unseren eigenen Handlungsspielraum nutzen und wo immer möglich eigene Lösungen entwickeln. Zweitens müssen bürokratische Hürden, die uns in den Weg gestellt werden – zum Beispiel neue Sterilisationsvorschriften in der ambulanten Medizin – identifiziert und wenn möglich abgebaut werden. Drittens muss das Parlament für die Auswirkungen neuer Massnahmen sensibilisiert werden. Dazu braucht es seriöse Regulierungsfolgenabschätzungen in Zusammenarbeit mit Fachleuten. Generell empfiehlt sich der frühzeitige Einbezug der betroffenen Akteure. Ein Beispiel: Wir arbeiten zurzeit an einem elektronischen Rezept für Ärztinnen, Ärzte und Apotheken. Wenn dieses nicht nahtlos in die bestehende Primärsoftware der Arztpraxen integriert werden kann, wird es nicht funktionieren. Diese praktischen Auswirkungen



Stefan Kaufmann: «Mit der Fokussierung gelingt es uns, nicht nur zu reagieren, sondern uns selber proaktiv mit unseren Anliegen und Lösungsansätzen einzubringen.»

aufzuzeigen, kann weder die Politik noch die Verwaltung leisten, hier sind wir gefordert.

SKA: Genau, sobald ein Bewusstsein dafür entsteht, wirken sich diese Überlegungen auf Gremien und Arbeitsprozesse aus. Im Generalsekretariat selbst sind wir dafür schon sensibler und kommen zu anderen Schlussfolgerungen. Es gibt viele Beispiele, wo Bürokratie nicht einfach hingenommen werden muss, sondern wo man insistieren und gegensteuern kann.

YGI: Unsere deutschen Kolleginnen und Kollegen haben ihrer Regierung übrigens einen Katalog mit 800 Massnahmen vorgelegt, die ersatzlos gestrichen werden könnten, ohne die Versorgung der Bevölkerung zu gefährden. Daran werden auch wir in der Schweiz arbeiten. *[lacht]*

Dasselbe gilt für den Fachkräftemangel – auch hier gilt: «Zuerst vor der eigenen Haustür kehren». Neue Arbeitszeitmodelle sind gesellschaftlich immer gefragt.

Was können Spitäler und Ärzteschaft dazu beitragen?

YGI: Eine Besonderheit in unserem Beruf ist, dass ältere Generationen häufig 60- bis 80-Stunden-Wochen leisteten

und das als selbstverständlich empfanden. Die junge Generation hat heute ein völlig anderes Verständnis von Work-Life-Balance. Ob man das gut findet oder nicht, ist zweitrangig – es ist die Realität und zwar nicht nur in der Schweiz. Für unseren Beruf ist das eine Herausforderung, denn es braucht mehrere Ärztinnen oder Ärzte, um eine Vollzeitstelle der älteren Generation zu ersetzen, damit die Versorgung sichergestellt ist.

SKA: Hinzu kommen das Bevölkerungswachstum und der steigende Bedarf an medizinischen Leistungen. Wir können uns dieser Realität nicht verschliessen, sondern müssen geeignete Lösungen finden. Ärztinnen und Ärzte sollten diesen Wandel aktiv mitgestalten.

Was kann die Politik tun, damit ausreichend Fachkräfte ausgebildet werden, um die Versorgung sicherzustellen?

YGI: Zuerst muss man mit dem falschen Narrativ aufräumen, dass der Hausarztberuf unattraktiv sei und zu viele in die Spezialdisziplinen abwandern. Das Hauptproblem sind die zu wenigen Studienplätze in der Schweiz sowie unsere hohe



© Vanessa Oskarsson, FMH

Yvonne Gilli: «Wir dürfen nicht alles an die Politik delegieren, sondern müssen zuerst unseren eigenen Handlungsspielraum nutzen.»

Abhängigkeit vom Ausland. Wir bilden in der Schweiz einfach zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus. Der Anteil derjenigen, die in die Hausarztmedizin gehen, ist hingegen seit Jahren stabil und hat nicht abgenommen. Wer aber grundsätzlich zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausbildet, dem fehlen auch die Hausärztinnen und Hausärzte. Zudem kommen Fachärztinnen und Fachärzte meist aus dem Ausland, weil sie mobiler sind. Eine Hausarztpraxis ist dagegen regional verankert. Wir müssen also mehr Studien- und Weiterbildungsplätze in der Schweiz schaffen.

SKA: Zudem sind wir durch den Föderalismus stark auf stationäre Ausbildungsstrukturen ausgerichtet. Durch die fortschreitende Verlagerung von stationären zu ambulanten Behandlungen – also die Ambulantisierung – werden diese Kapazitäten knapper. Wir brauchen mehr Ausbildungsplätze für alle Fachrichtungen im ambulanten Bereich. Das ist eine grosse Herausforderung für die Kantone, die gemeinsame Lösungen finden müssen. Die FMH wird ihren Beitrag dazu leisten, dass dies gelingt.

Die Ambulantisierung wurde mehrfach erwähnt. Wie gelingt eine erfolgreiche Begleitung?

YGI: Weiterbildungsplätze im ambulanten Bereich werden heute durch die FMH massgeblich mitgestaltet und finanziert.

Das ist aber nicht nur eine ärztliche, sondern auch eine öffentliche Aufgabe, weshalb die Kantone mitziehen müssen. Ambulantisierung kann nur mit integrierter Versorgung und digitalen Lösungen gelingen. Wer zu Hause gepflegt oder frühzeitig aus dem Spital entlassen wird, braucht eine engmaschige Betreuung durch interprofessionelle Teams, unterstützt von elektronischen Hilfsmitteln. Zentral ist die Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten und anderen Gesundheitsberufen wie der Spitex, die im ambulanten Bereich spezialisiert ist. Insbesondere auch an der Schnittstelle zwischen stationärem und ambulantem Bereich sind wir gefordert. Wir müssen unsere Bedürfnisse klar formulieren, damit die Politik realistische Rahmenbedingungen setzen kann.

SKA: Bisher wurde die Schweiz im Ausland für ihre integrierte Versorgung bewundert. Jetzt, mit der einheitlichen Finanzierung, können Kantone und Versicherer gemeinsam mit den Leistungserbringern die Ressourcen steuern. Wir sollten diesen Prozess im föderalen Gesundheitssystem «gut schweizerisch und eben ohne Überregulierung entwickeln.

YGI: Wir haben die Chance, unsere Versorgung langfristig zu sichern. Dabei dürfen wir nicht kurzfristig handeln. Einige Kantone werden aufgrund der unterschiedlichen Ausgangslage vorübergehend mehr finanzieren müssen. Dies darf nicht zu überstürzten Eingriffen führen, bevor sich das System etab-

liert hat. Ein Blick nach Japan zeigt, wie dramatisch die Folgen sein können, wenn solchen Entwicklungen nicht rechtzeitig begegnet wird: Trotz eines hohen Entwicklungsstandes fehlt es dort an Finanzierung und Fachkräften, so dass Einrichtungen für pflegebedürftige Menschen geschlossen werden, ohne dass es Nachfolgelösungen gibt. Die Folgen für vulnerable Bevölkerungsgruppen und ihre Angehörigen sind gravierend.

Ein wichtiges strategisches Ziel der FMH ist ein starker Berufsverband. Für das Jahr 2024 ist dieses Ziel erreicht, oder?

YGI: Zwei Volksabstimmungen zu gewinnen war kein Spaziergang. Das verdeutlicht unsere Stärke, auch in Allianz mit weiteren Gesundheitsberufen. Wir sind stolz auf das Verhandlungsergebnis, dass die ambulante Tarifrevision nun mit flankierenden Rahmenbedingungen umgesetzt wird, die die Grundversorgung sichern. So müssen Psychiaterinnen und Psychiater, Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie Hausärztinnen und Hausärzte nicht für Kostensteigerungen geradestehen, die sie gar nicht verursacht haben. Zudem wird sichergestellt, dass unsachgemässe Pauschalen, die bestimmte Fachdisziplinen benachteiligen, unverzüglich überarbeitet werden. Hier zeigt sich auch unsere innere Stärke, denn wir sind auf die Mitgestaltung unserer Mitgliedsorganisationen angewiesen.

SKA: Die Ärzteschaft zeichnet sich durch eine ausgeprägte Tatkraft aus. Die Ärztinnen und Ärzte packen tatkräftig an, wenn es etwas zu tun gibt. Das kommt auch der FMH zugute und hat sich im Jahr 2024 deutlich gezeigt. Mit dieser Handlungsstärke und einem strategischen Fokus können wir viel bewegen, müssen sie aber auch im richtigen Kontext einsetzen und unsere beschränkten Ressourcen gezielt nutzen.

YGI: Bei aller Stärke neigen wir vielleicht manchmal zum Übereifer und laufen Gefahr, zu schnell zu handeln und bestehende Dynamiken unnötig anzuheizen. Deshalb gilt es, diesen Tatendrang in geordnete Bahnen zu lenken, dabei lohnt es sich, stets die Aussensicht einzubeziehen.

Abschliessend wagen wir einen Blick in die Zukunft: Welches Ziel habt ihr euch gesetzt, um in einem Jahr sagen zu können: «Wir sind einen entscheidenden Schritt weitergekommen»?

SKA: Wir haben im Zentralvorstand und im Generalsekretariat ein klares Bewusstsein für unsere neue Strategie entwickelt. Zwischen der Erkenntnis und dem konkreten Handeln liegt aber der schwierigste Teil: die Umsetzung. Wenn wir diesen Weg gemeinsam und wachsam gehen, werden wir unsere Ziele erreichen. Das geht nicht von heute auf morgen, aber wir spüren den Willen dazu. Deshalb gilt es, unsere Stärken zu bewahren und ungenutzte Potenziale zu erschliessen.

YGI: Neben übergeordneten Zielen wie der Organisationsentwicklung gibt es auch konkrete Projekte: Zum einen wollen wir bis Mitte Jahr eine neue Schweizerische Ärztezeitung etablieren und die Kommunikationsstrategie überarbeiten, um den Austausch mit unseren Mitgliedorganisationen und

den einzelnen Mitgliedern zu verstärken. Zudem müssen wir gemeinsam mit unseren Mitgliederorganisationen die Umsetzung der grossen Tarifreform erfolgreich vorantreiben. Hier warten wir noch auf den Entscheid des Bundesrates, aber unsere Aufgabe ist es, die Reform praxistauglich auf den Boden zu bringen. Diese beiden Punkte möchte ich als Präsidentin im kommenden Jahr konkret angehen.

Was wünscht ihr den Mitgliedern der FMH und euren Kolleginnen und Kollegen für das neue Jahr?

SKA: Nach diesem intensiven Jahr wünsche ich allen, dass sie ihre Energie und Tatkraft mitnehmen – und natürlich, dass sie gesund bleiben. Wir wissen: «Gesundheit ist alles». Ich hoffe, dass wir zusammen mit unseren engagierten Mitarbeitenden im Generalsekretariat und den Mitgliedorganisationen ein erfolgreiches – hoffentlich etwas weniger intensives – Jahr gestalten können.

YGI: In diesen herausfordernden Zeiten wünsche ich, dass wir uns wieder auf die ursprüngliche Berufsmotivation besinnen können – auf das, was uns dazu bewogen hat, diesen schönen Beruf zu ergreifen. Verbinden wir dieses positive Gefühl mit der Kraft, die Zukunft aktiv mitzugestalten. Das wünsche ich uns allen.

Herzlichen Dank für das Gespräch!

Korrespondenz

kommunikation@fmh.ch

Die Aktualität der Balintgruppe heute

Arzt-Patient-Beziehung *Die Balint-Gruppenarbeit untersucht das interaktive Geschehen in der ärztlichen Sprechstunde und stärkt die kommunikative Kompetenz des Arztes/der Ärztin.*

Kathrin Bichsel

Dr. med., FMH Psychiatrie und Psychotherapie,
Mitglied der Schweizerischen Balintgesellschaft

Regine Mahrer

Dr. med., FMH Psychiatrie und Psychotherapie,
Mitglied der Schweizerischen Balintgesellschaft

Alexander Minzer

Dr. med., FMH Allgemeine Innere Medizin spez. Psychosomatische
und Psychosoziale Medizin SAPP, Präsident der Schweizerischen
Balintgesellschaft

Michel Dafflon

Dr. med., FMH Allgemeine Innere Medizin
spez. Psychosomatische und Psychosoziale Medizin SAPP,
Mitglied der Schweizerischen Balintgesellschaft

«Und jetzt ist heute Abend auch noch Balintgruppe – wozu tue ich mir das an?» Nach einem langen und anstrengenden Tag als Arzt/Ärztin in der Praxis oder im Spital noch in die Balintgruppe zu gehen, kostet oft Überwindung. Diesen Effort leistet nur, wer sich davon etwas verspricht.

Was ist Balintarbeit?

Die Balintgruppen-Arbeit geht zurück auf den Arzt und Psychoanalytiker Michael Balint (1896–1970). Balint ist als Sohn eines Hausarztes in Budapest aufgewachsen, studierte dort Medizin und liess sich in Berlin und Budapest zum Psychoanalytiker ausbilden. Sein Interesse galt zeit seines Lebens sowohl der naturwissenschaftlichen Medizin als auch der Psychoanalyse [1]. Bereits in Budapest führten er und seine erste Ehefrau Alice mit Hausärzten und -ärztinnen Seminare durch «zum Studium der psychotherapeutischen Möglichkeiten in der täglichen Praxis» [2].

1939 emigrierte Balint nach London, wo er nach dem 2. Weltkrieg begann, mit Allgemeinärzten konsiliarisch zu arbeiten. Gemeinsam mit ihnen erforschte er ab 1949 in den von ihm so bezeichneten »training cum research«-Gruppen die Arzt-Patient-Beziehung [3]. Sein Grundgedanke dabei war,

dass «das am allerhäufigsten verwendete Heilmittel der Arzt selber sei» und «dass es für dieses hochwichtige Medikament noch keinerlei Pharmakologie gab» [3, S. 15]. Er wollte den Hausärzten in den Gruppenseminaren nicht theoretische Kenntnisse in Psychopathologie oder Psychodynamik vermitteln, sondern sie befähigen «darauf zu horchen, was sich in der Arzt-Patient-Beziehung abspielt» [3, S. 186]. Ein weiteres Ziel der Fall-Seminare bestand darin gemeinsam herauszufinden, wie die Psychoanalyse mit ihrer besonderen Sicht der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Arbeit am Unbewussten in der täglichen Praxis von Nutzen sein konnte [4].

Als Psychoanalytiker waren Balint als Grundlagen für diese Arbeit wesentliche psychodynamische Konzepte hilfreich: Um auch die unbewussten Komponenten beider Beteiligten – Ärztin und Patient – zutage treten zu lassen, forderte er die Teilnehmenden auf, für die Fallvorstellung frei und spontan über ihre Erfahrungen mit dem vorgestellten Patienten zu berichten. Vorbereitete Manuskripte lehnte er ab, weil sie bereits eine sekundäre Bearbeitung des Materials darstellen. Die

**Balintarbeit wird
eingesetzt in der
Facharztweiterbildung,
in Deutschland
obligat in Fächern der
Grundversorgung.**

Gruppenteilnehmenden waren gebeten, der Erzählung der Kollegin/des Kollegen mit gleichschwebender Aufmerksamkeit zuzuhören und anschliessend in freier Assoziation ihre Einfälle, Gefühle, Phantasien und Bilder mitzuteilen. Im Resonanzraum der Gruppe entstand so ein neuer Blick auf

das Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen in der vorgestellten Arzt-Patient-Beziehung [5].

Diese von Balint entwickelte Form der Balintgruppen wird bis heute so durchgeführt: 8–12 Berufspersonen mit direktem Kontakt zu Patienten/Patientinnen treffen sich regelmässig, meist in Intervallen von 2–4 Wochen, zu Sitzungen von 90–120 Minuten. Die Gruppe wird geleitet von einem/einer psychoanalytisch ausgebildeten Balintgruppenleiter/leiterin mit eigener Erfahrung in Balintarbeit als Teilnehmer/in und mit einer Ausbildung in Balintgruppenleitung.

Freier Bericht und freie Assoziation als Essenz der Balintarbeit

Die Fallbearbeitung in der Balintgruppe funktioniert als Resonanzraum, in welchem bisher unbewusste Aspekte in der vorgestellten Beziehung für alle Beteiligten körperlich, emotional und gedanklich fassbar werden können [5]. Für die fallvorstellende Ärztin/den Arzt entsteht so ein erweitertes Verständnis des Geschehens in der Sprechstunde, es entwickelt sich «ein neuer Blick mit eigenen Augen».

Voraussetzungen, damit das gelingt, sind der freie und spontane Fallbericht und das anschliessende Gruppengespräch in freier Assoziation. Die Form des freien Berichtes, Wortwahl, Tonfall und Mimik der vorstellenden Person, ermöglichen einen unverstellten Blick auf das, was sich in der Sprechstunde des Arztes, in der unmittelbaren Begegnung zwischen ihm und der Patientin, abspielt. Dieser freie Fallbericht fällt gerade akademisch geschulten Berufsleuten erfahrungsgemäss schwer. Sie haben – sozusagen als «Experten des Wissens» [6] – gelernt, geordnete Berichte zu verfassen und in logischen Zusammenhängen zu denken. Sich mit einem freien Bericht zu exponieren erfordert Mut. Balint nannte es den «Mut zur eigenen Dummheit» [3, S. 408].

Im anschliessenden frei assoziierenden Austausch der Gruppenmitglieder zu ihren Eindrücken antworten die einzelnen Teilnehmerinnen je auf dem Hintergrund ihrer eigenen persönlichen und beruflichen Biographie auf Aspekte der vorgestellten Geschichte. Wenn es die Gruppe wagt, die wirklich eigenen Reaktionen und Phantasien mitzuteilen, entsteht so ein facettenreiches Bild des Beziehungsgeschehens. Die Interaktionen in der Gruppe können zum Spiegel dessen werden, was sich zwischen Ärztin und Patient abspielt [7]. Dabei ist der Verzicht auf Rationalisierungen, auf die Diskussion medizinischer und psychopathologischer Diagnosen und auf Lösungsvorschläge, wie sie in Gesprächen unter Medizern und Medizinerinnen rasch entstehen, nicht einfach, eröffnet aber neue Perspektiven.

Die Funktion der Gruppenleitung besteht neben ihrer strukturierenden Rolle (Setting, zeitlicher Ablauf) darin, einen Raum zu schaffen, welcher der Gruppe das Eintauchen in die Welt des Assoziierens, des Nicht-Wissens ermöglicht. Es soll idealerweise eine Atmosphäre entstehen, in der die Teilnehmenden Vertrauen entwickeln können, damit sie sich in der Arbeit mit ihren Patienten und Patientinnen auch von ihrer persönlichen Seite zeigen können [7].

Die Fallbearbeitung in der Balintgruppe funktioniert als Resonanzraum.

Anwendungsgebiete, Ziele und Ergebnisse der Balintarbeit

In ihrer «klassischen» Anwendung dient Balintarbeit der Weiter- und Fortbildung für praktizierende Ärztinnen und Ärzte. Balintarbeit wird eingesetzt in der Facharztweiterbildung, in Deutschland obligat in Fächern der Grundversorgung [1]. Die Mitarbeit in einer Balintgruppe verhilft dazu, die Wahrnehmung von Zwischentönen zu schärfen, scheinbar Unwichtiges zu gewichten und führt so schliesslich zu einer erweiterten Sicht auf das Geschehen in der eigenen Sprechstundentätigkeit. Sie ermutigt die Ärztin/den Arzt, das eigene Erleben und Denken wahrzunehmen und ernst zu nehmen. Es sind nicht die Vorschläge Anderer, die in der Lösung einer blockierten Beziehung weiterführen, sondern der «neue Blick mit eigenen Augen» der Fallvorstellenden. Häufig wird von diesen berichtet, die nächste Begegnung mit dem Patienten/der Patientin sei ganz anders, entspannter, gewesen. Allen Teilnehmenden ermöglicht die Mitarbeit in einer Balintgruppe, eigene eingeschliffene Reaktionen in zwischenmenschlichen Interaktionen selbstreflektierend zu erkennen. Somit ist die Balintgruppe keine Selbsterfahrungsgruppe im engeren Sinn, der lebensgeschichtliche Bezug der einzelnen Teilnehmenden wird nicht explizit aus- oder angesprochen, kann aber von jedem für sich selbst verstanden und somit integriert werden. Die Balintarbeit grenzt sich wie beschrieben auch von der Supervision im engeren Sinne ab, enthält aber Anteile supervisorischer Elemente. Historisch wird Balintarbeit als eine der Wurzeln von Supervision überhaupt angesehen [1].

Erfahrungen von Teilnehmenden

Abschliessend lassen wir Teilnehmende zu Wort kommen. Die Zitate stammen aus Umfragen in kontinuierlichen Balintgruppen und an Balint-Tagungen

- «Ich achte mehr auf meine Gefühle während der Arbeit am und mit meinem Patienten.»
- «Es ist beruhigend und befreiend, zu merken, dass alle um mich herum auch nur mit Wasser kochen, und ich empfinde das als Anti-Burn-Out.»
- «Auf dem Hintergrund des gegenseitigen Vertrauens ist es auch möglich, negative Gefühle und Phantasien ohne Scham zu äussern.»

- «In kritischen Situationen und bei schwierigen Patienten hilft mir manchmal schon der Gedanke weiter, dass ich den Fall ja dann noch in der Balint-Gruppe bringen könnte. So fühle ich mich sicherer und schaffe es dann oft auch alleine.»
- «Unterschied zum Qualitätszirkel ist der ganz subjektive, persönliche Ansatz ohne Druck, dass man «Fachperson» sein muss und eigentlich «alles» wissen sollte und auch der sehr respektvolle Umgang der Teilnehmer miteinander.»
- «Ich sehe wieder vermehrten Spielraum, und fast immer gehe ich mit neuer Lust in die nächste Stunde mit dem besprochenen Patienten.»

Um auf den Anfang des Textes zurückzukommen: Aus solchen vielschichtigen Gründen «tun es sich Ärztinnen und Ärzte an» regelmässig (oft jahrelang) abends in einer Balintgruppe teilzunehmen oder Arbeitstage für die Teilnahme an einer Balint-Tagung einzusetzen.

Korrespondenz

praxisbichsel@bluewin.ch

Balint-Arbeit – Angebote in der Schweiz

1. Kontinuierliche Balintgruppen in der ganzen Schweiz: <https://balint.ch/index.html#balint-gruppen>
2. Jährliche Balinttagungen:
 - Interdisziplinäre Balint-Tage am Bodensee (Schloss Wartegg, Rorschacherberg/SG, jeweils im Juni)
 - Silser Balint-Studienwoche (Sils im Engadin, jeweils anfangs September)
 - Interdisziplinärer Balinttag Münchenbuchsee (Privatklinik Wyss, Münchenbuchsee, jeweils im Herbst)

Alle Informationen sowie Links zu den Tagungen finden Sie auf der Homepage der Schweizerischen Balintgesellschaft: www.balint.ch

Literatur

- 1 Mattke D., Otten H: Balintgruppen, Supervision in medizinischen Handlungsfeldern. Kohlhammer, Stuttgart 2020
- 2 Biographische Mitteilung von M. Balint, zitiert in Luban- Plozza B., Otten H., Petzold U. und E: Grundlagen der Balintarbeit – Beziehungsdagnostik und – therapie. Bonz Verlag Leinfelden – Echterdingen 1998
- 3 Balint M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Dt. 7. Auflage Klett-Cotta 1988
- 4 Sklar J: Zur Bedeutung der Balintgruppen. In: Jahrbuch der Psychoanalyse 77, frommann-holboog 2018
- 5 Bakht C, Staats H: Supervision in Gruppen. Gemeinsam lernen und erkennen. Kohlhammer Stuttgart 2021
- 6 Herzog P. «Die Bedeutung der Balint-Arbeit in Zeiten des Umbruchs in der Medizin». Balint-Journal 2021; 22: 80–86
- 7 Otten H. «Professionelle Beziehungen. Theorie und Praxis der Balintgruppenarbeit». Springer Verlag Berlin Heidelberg 2012

Herztransplantation nach Organspende im Kreislaufstillstand (DCD)

Herzinsuffizienz Die Herzinsuffizienz ist eine Krankheit mit vielfältigen Ursachen, die zu einem Ungleichgewicht zwischen dem Sauerstoffbedarf der Organe und der Versorgung durch das Herz-Kreislauf-System führt. Dies führt zu einer verminderten Belastbarkeit, zunächst bei körperlichen Aktivitäten, dann allmählich auch in Ruhe. Ohne Behandlung ist Herzinsuffizienz schnell tödlich, eine Mortalität von 70% innerhalb von 10 Jahren [1]. Diese Sterblichkeitsrate ist höher als bei vielen Krebserkrankungen.

Bruno Schnegg

Abteilung für Kardiologie, Universitätsspital
Bern, Bern, Schweiz

David Reineke

Abteilung für Herz- und Gefässchirurgie,
Universitätsspital Bern, Bern, Schweiz

Franz Immer

Swisstransplant, Nationale Stiftung für Organ-
spende und Transplantation, Bern, Schweiz

Mitglieder der Swisstransplant Arbeitsgruppe
Herz (STAH):

Prof. Pierre-Giorgio Tozzi (Projektleiter),
CHUV, Lausanne

Prof. Roger Hullin, CHUV, Lausanne

Prof. Markus Wilhelm, USZ, Zürich

Prof. Andreas Flammer, USZ, Zürich

PD Dr. David Reineke, Inselspital, Bern

Dr. Michele Martinelli, Inselspital, Bern

Glücklicherweise wurden in den letzten 30 Jahren grosse Fortschritte im Bereich der Herzinsuffizienz erzielt: die Erfindung der ACE-Hemmer im Jahr 1987, gefolgt von der Anwendung von Betablockern ab 1996, Aldosteron-Antagonisten ab 1999 und Sartanen ab 2001. Die ARNI im Jahr 2014 und SGLT2-Inhibitoren im Jahr 2019 haben in Verbindung mit interventionellen Reparaturtechniken für Mitralklappen, der Implantation von Resynchronisa-

tionsschrittmachern und Defibrillatoren die Prognose und die Lebensqualität der Patienten verbessert.

Leider bleibt die 10-Jahres-Prognose trotz all dieser Fortschritte ungünstig, mit einer Überlebensrate von weniger als 30% in den neusten Studien [1].

Die Herztransplantation ist eine therapeutische Methode, die in den 1960er Jahren entwickelt wurde. Sie ermöglicht es, einem Patienten mit schwerer symptomatischer Herzinsuffizienz eine höhere Lebensqualität zu bieten und seine Prognose erheblich zu verbessern.

Ein Problem des Gleichgewichts zwischen Spendern und Empfängern

Seit Jahren besteht in der Schweiz und im Ausland ein Ungleichgewicht zwischen der Anzahl der Patienten, die für eine Herztransplantation in Frage kommen, und der Anzahl der verfügbaren Spender. Dieses Ungleichgewicht ist multifaktoriell bedingt.

Die Inzidenz der Herzinsuffizienz steigt mit zunehmendem Alter. Mit der Alterung der europäischen Bevölkerung steigt auch die Zahl der Patienten mit Herzinsuffizienz [2].

Auf der anderen Seite haben die grossen Fortschritte in der Prävention, aber auch neuere Behandlungsmethoden, wie zum Beispiel von ischämischen Schlaganfällen,

die Zahl an potenziellen Spendern im Hirntod (DBD) in den letzten Jahren auf Intensivstation im westlichen Europa verringert.

Tod definieren

Seit ihren Anfängen beruht die Transplantation auf der «dead donor rule» oder Regel des toten Spenders, die besagt, dass die lebenswichtigen Organe eines Patienten nur dann für einen Empfänger verwendet werden dürfen, wenn der Spender für tot erklärt wurde. Dies ist auch heute die gesetzliche Grundanforderung in der Schweiz, damit

Seit Jahren besteht in der Schweiz und im Ausland ein Ungleichgewicht zwischen der Anzahl der Patienten, die für eine Herztransplantation in Frage kommen, und der Anzahl der verfügbaren Spender.

Organe zur Transplantation bei einem verstorbenen Organspender entnommen werden dürfen.

Der Tod ist jedoch kein augenblickliches Ereignis, sondern ein Prozess. Seit 1850 veröffentlichten Arbeiten von Dr. Eugène Bochut wurde der Tod als das Fehlen eines Blutkreislaufs für einen Zeitraum von zwei bis fünf Minuten definiert. Auf dieser Grundlage fand die erste Herztransplantation in Südafrika statt [3].

Parallel dazu begannen Intensivmediziner zwischen den 1960er und 1970er Jahren Patienten zu beschreiben, die sich in einem tiefen, irreversiblen Koma befanden. 1968 definierte eine Konsensuskonferenz an der Harvard Medical School den Hirntod als irreversiblen Verlust der Hirnfunktionen [4].

Die Einführung der Herzspende nach Kreislaufstillstand hat die Zahl der potentiellen Spender erhöht.

Formal juristisch ist ein Patient in der Schweiz tot, wenn zwei Fachärzte im Vier-Augen-Prinzip den Hirntod bestätigt haben, entlang der Richtlinien der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften (SAMW). Die Frage nach der Organ- und Gewebespende wird gestellt, wenn keine Ausschlusskriterien vorliegen.

Liegt die Einwilligung des Verstorbenen vor oder willigen die nächsten Angehörigen stellvertretend im Sinne des Verstorbenen in die Spende ein, kann der Prozess zur Allokation und Entnahme eingeleitet werden.

Üblicherweise werden Organe zwischen Spender und Empfänger auf Eis transportiert. Dies ist die «kalte Ischämiezeit». Übersteigt diese Zeit vier Stunden beim

Herzen kommt es zu irreversiblen Schäden, weshalb die kalte Ischämiezeit immer so kurz wie möglich gehalten wird.

Spende nach Kreislaufstillstand (DCD)

Nicht alle Patienten erfüllen die Kriterien für den Hirntod und weisen dennoch eine infauste Prognose auf. Meist handelt es sich um Patienten mit extensiven und definitiven Hirnschäden. In solchen Fällen wird die Fortführung der Therapie als aussichtslos betrachtet, und es wird ein palliativer Ansatz mit Therapieabbruch mit der Familie des Patienten besprochen.

Liegen keine Kontraindikationen für eine Spende vor und ist die Sterbewahrscheinlichkeit hoch (pulslose elektrische Aktivität innert 120 Minuten nach Therapieumstellung), so wird heute eine Organspende nach

Kreislaufstillstand erwogen. Die Therapieumstellung erfolgt meistens im Operationssaal unter der Leitung eines Intensivmediziners, der für diesen Prozess verantwortlich ist bis und mit Todesfeststellung. Nach mindestens 5-minütiger Wartezeit nach Eintritt der pulslosen elektrischen Aktivität wird der Tod durch zwei Fachärzte im Vier-Augen-Prinzip bestätigt.

Diese Spende wurde im September 2011 in der Schweiz wieder eingeführt, nachdem sie aufgrund unklarer Formulierungen im Transplantationsgesetz ab 1.7.2007 kurzfristig eingestellt werden musste [5]. Bis 2020 konnte praktisch jedes Organ mit Ausnahme des Herzens nach einer DCD-Spende verwendet werden.

DCD-Herztransplantation

Im Jahr 2014 veröffentlichte das Team von Prof. Macdonald in Australien einen Fall einer Transplantation nach Kreislaufstillstand [6]. Das Team von St. Vincent in Sydney beschrieb die Technik des Rapid Procurement, bei dem nach Feststellung des Todes das Herz sofort entnommen und in ein ex-vivo Perfusion am organ care system (OCS) gelegt

wird. Durch die Reperfusion mit etwa 1,0 bis 1,2 Litern sauerstoffreichem, heparinisiertem und normothermem Blut des Verstorbenen beginnt das Herz im OCS wieder zu schlagen. Dank dieser Reperfusion kann das Herz gepflegt und beurteilt werden. Nach etwa 20 Minuten haben sich die meisten Herzen (80-90%) metabolisch und hämodynamisch stabilisiert, so dass sie für die Behandlung des Empfängers verwendet werden können.

Dank dieser Technologie ist das Herz vor ischämischen Schäden geschützt, wodurch das Transportfenster im Vergleich zur Kühlung auf Eis erheblich verlängert werden kann. Diese Technik kann daher für den Transport von Herzen verwendet werden, deren Reisezeit mehr als vier Stunden beträgt.

DCD-Herztransplantation in der Schweiz

Im Jahr 2020 begannen die Herztransplantationsteams der Universitäts-spitäler Bern, Lausanne, und Zürich unter der Schirmherrschaft von Swisstransplant in der Expertengruppe Herz (STAH), die Möglichkeit der Einführung eines Herz-DCD-Programms in der Schweiz zu erwägen und wurden hierbei durch das Team aus Pappworth, allen voran Simon Messer, unterstützt.

Nach intensiver Vorbereitung fand im März 2022 die erste DBD-Herztransplantation unter Verwendung der ex-vivo Perfusion am Organ care system (OCS) statt [7]. Unter der Leitung von Prof. Matthias Siepe vom Inselspital Bern, der diese Technik im Rahmen der DBD-Spende im Ausland schon mehrmals praktizierte, wurde die erste Entnahme in Anwesenheit der Experten aus Bern, Lausanne und Zürich am USZ durchgeführt.

Dank dem Einsatz dieser neuen Technologie konnten neu auch Herzen aus dem Ausland über die Plattform FOEDUS (internationale Organ-Austausch-Plattform) akzeptiert werden, wo bis anhin die kalte Ischämiezeit über vier Stunden lag, was einen Import verunmöglichte [8].

Und schliesslich, nach einem Jahr erfolgreicher Anwendung des OCS im

Kontext der DBD-Spende, wurde im März 2023 die erste DCD-Herzspende am USZ in Zürich durchgeführt, wiederum in Zusammenarbeit mit Bern und Lausanne.

Seit der Einführung dieser Technologie im September wurde die Maschine 29-mal eingesetzt. Dabei handelt es sich um 13 DCD-Spender und um 16 DBD-Spender, wovon 14 aus dem Ausland. Bis auf einmal, wo das Herz aus dem Ausland an der Maschine eine deutlich eingeschränkte Funktion aufwies, konnten die verbleibenden 28 Herzen erfolgreich transplantiert werden.

Ergebnisse der Transplantation nach DCD

Die Technik der Herztransplantation von DCD-Spendern war bis September 2021 (Zeitpunkt der Ex vivo-Perfusionszulassung in den USA für die DCD-Herztransplantation) vertraulich. Nur die Zentren Papworth in England und St. Vincent in Australien führten solche bis dahin regelmässig durch, so dass zu wenig Ergebnisse vorlagen, um die Sicherheit dieser Technik abschliessend zu beurteilen. Obwohl die ersten Publikationen aus der Gruppe von Stephen Large in Pappworth und St. Vincent sehr gute Ergebnisse zeigten.

Schliesslich wurde 2023 eine grosse Nichtunterlegenheitsstudie publiziert, welche 90 Herztransplantation von DBD-Spendern mit den Ergebnissen von 90 DCD-Spendern verglich. Dabei zeigte sich, dass es keinen Unterschied im Überleben nach einem Jahr gab [9]. Auch in einer weiteren Publikation aus St. Vincent (Australien) konnte kein Unterschied im fünf-Jahres-Überleben nachgewiesen zwischen Herzen von DCD- und DBD-Spendern [6].

In der Schweiz ist es noch zu früh, um langfristige Schlussfolgerungen zu ziehen. Dennoch lässt sich schon heute festhalten, dass die Herztransplantationsaktivität seit dem Einsatz des OCS markant angestiegen ist mit einem neuen Rekord von 58 Herztransplantationen im Jahr 2023 und einem deutlichen Rückgang der medianen Wartezeit, als auch der Patienten auf der Herzwarteliste [10].

Es ist interessant herauszustreichen, dass die Akzeptanz der DCD-Spende bei Angehörigen und Fachpersonen sehr hoch ist. Fast in allen Therapieumstellungen sind Angehörige anwesend und erleben mit, wie der Tod – nach Einstellung der therapeutischen Massnahmen – oftmals sehr rasch eintritt. Der Verstorbene hat auch den Aspekt

eines Verstorbenen – er ist blass, atmet nicht mehr, sein Herz steht still. Ganz im Unterschied zum DBD-Spender wo die Beatmung und der Kreislauf beim hirntoten Patienten durch intensivmedizinische Massnahmen aufrecht erhalten bleiben und der Abschied letztendlich auf der Intensivstation erfolgt [11].

Schlussfolgerungen

Die Einführung der Herzspende nach Kreislaufstillstand hat die Zahl der potenziellen Spender erhöht und damit die Aussicht auf eine zeitnahe und erfolgreiche Zuteilung eines Herzens an einen Empfänger auf der Warteliste deutlich verbessert. Dadurch können Todesfälle auf der Herzwarteliste reduziert werden. Die Ergebnisse nach DCD- und DBD-Herztransplantationen zeigen mittel- bis langfristig (bis fünf Jahre) gleich gute Ergebnisse, womit die Transplantationsaktivität erhöht werden kann und somit den Empfängern das Überleben und eine deutlich verbesserte Lebensqualität ermöglichen. Die Akzeptanz bei den betroffenen Familien und den Fachpersonen ist hoch, was sich auch im Ausbau der Programme in der Schweiz in den Entnahmespitälern widerspiegelt.

Literatur

- 1 Taylor CJ, Ordóñez-Mena JM, Roalke AK, et al.: Trends in survival after a diagnosis of heart failure in the United Kingdom 2000-2017: population based cohort study BMJ 364: I223, 2019
- 2 Conrad N, Judge A, Tran J, et al.: Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals The Lancet 391: 572–580, 2018
- 3 Wilhelm MJ, Ruschitzka F, Flammer AJ, Bettex D, Turina MI, Maisano F: Fiftieth anniversary of the first heart transplantation in Switzerland in the context of the worldwide history of heart transplantation Swiss Medical Weekly 150, 2020
- 4 A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death: JAMA 205: 337–340, 1968
- 5 Elmer A, Rohrer M-L, Benden C, Krügel N, Beyeler F, Immer FF: Organ donation after circulatory death as compared with organ donation after brain death in Switzerland – an observational study Swiss Medical Weekly 152: w30132–w30132, 2022
- 6 Chew HC, Iyer A, Connellan M, et al.: Outcomes of Donation After Circulatory Death Heart Transplantation in Australia Journal of the American College of Cardiology 73: 1447–1459, 2019
- 7 Schnegg B, Muster C, Wieser M, et al.: (476) From Vpra of 100% to Transplantation, Journey of the First Ocs-dbd Case in Switzerland The Journal of Heart and Lung Transplantation 42: S218, 2023
- 8 Elmer A, Lütolf VV, Carella C, et al.: Importance and Potential of European Cross-Border Deceased Donor Organ Allocation Through FOEDUS-EOEO Platform Transpl Int 36: 11327, 2023
- 9 Schroder JN, Patel CB, DeVore AD, et al.: Transplantation Outcomes with Donor Hearts after Circulatory Death New England Journal of Medicine 388: 2121–2131, 2023
- 10 Schnegg B, Martinelli M, Consiglio J, et al.: Effect of the Organ Care System on the Number of Transplants and Waiting Time The Journal of Heart and Lung Transplantation 43: S202–S203, 2024
- 11 Syversen TB, Sørensen DW, Foss S, Andersen MH: Donation after circulatory death – an expanded opportunity for donation appreciated by families J Crit Care 43: 306–311, 2018

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès

- Werner Weiss (1934),*
† 20.11.2024, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, 6300 Zug
- Andreas R. Huber (1953),*
† 21.11.2024, Facharzt für Medizinische Onkologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5004 Aarau
- Peter A.E.J. Kerkhoven (1938),*
† 1.12.2024, Facharzt für Hämatologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5200 Brugg AG
- Walter Peterhans (1949),*
† 9.12.2024, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 5734 Reinach AG
- Gero Drack (1950),*
† 11.12.2024, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe, 9008 St. Gallen
- Luisa Erra (1927),*
† 11.12.2024, 4123 Allschwil
- Charles Probst (1931),*
† 13.12.2024, Facharzt für Neurochirurgie, 5080 Laufenburg
- Bernard Liechti (1945),*
† 13.12.2024, Spécialiste en médecine du travail et Spécialiste en endocrinologie/diabétologie et Spécialiste en médecine interne générale, 1025 St-Sulpice VD
- Cédric Meylan (1957),*
† 19.12.2024, Spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, 1003 Lausanne
- Manfred Andrea Frey (1928),*
† 26.12.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4663 Aarburg
- Wolf Langewitz (1951),*
† 28.12.2024, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 4059 Basel
- Jacques Gardaz (1935),*
† 29.12.2024, 1618 Châtel-St-Denis
- Edwin Kaeslin (1929),*
† 8.1.2025, Facharzt für Chirurgie, 6390 Engelberg
- Herbert Zimmermann (1932),*
† 8.1.2025, Facharzt für Chirurgie und Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, 3930 Visp

- Diego Verasani (1939),*
† 10.1.2025, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 3902 Glis
- Hansulrich Niederhauser (1945),*
† 13.1.2025, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 9056 Gais

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

- Constanze Elena Kämpfer, Spécialiste en neurologie, membre FMH, Chemin de Beau-Soleil 22, 1206 Genève*

GR

- Ladina Christoffel, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Mitglied FMH, Plazzet 25, 7503 Samedan*

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

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

- Christoph Schlapbach, Facharzt für Dermatologie und Venerologie, Leitender Arzt, Universitätsklinik für Dermatologie, Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern*

- Stefan Ignjatovic, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Chefarzt Röntgeninstitut Marktgasse, Marktgasse 6–8, 3011 Bern*

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

- Meike Ulla Körner Jachertz, Fachärztin für Pathologie, Mitglied FMH, Pathologie Länggasse, Worblentalstrasse 32 West, 3063 Ittigen*
- Annkathrin Lachner, Fachärztin für Radiologie, Mitglied FMH, Campusradiologie Bern am Lindenhofspital, Bremgartenstrasse 117, 3012 Bern*

- Paul Schiltz, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Mitglied FMH, ZSB Bern, Villemattstrasse 15, 3007 Bern*

- Anja Schneider, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin, Mitglied FMH, praxis luv AG, Solothurnstrasse 43, 3322 Urtenen-Schönbühl*

- Bettina Senn, Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Postfach, 3063 Ittigen*

- Helena Slama, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Me-di24 AG, Bolligenstrasse 54, 3006 Bern*

- Eva Strickler, Fachärztin für Kardiologie, Mitglied FMH, Herzpraxis Bern West, Bottigenstrasse 6, 3018 Bern*

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

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Hakam Albhamsi, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Bellevue Medical Group AG, Neurozentrum Luzern, Falkengasse 3, 6004 Luzern

Karen Luttkus, Praktische Ärztin, Sanacare Gruppenpraxis Löwencent, Zürichstrasse 9, 6004 Luzern

Geraldine Rossi-Studer, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Pilatus Praxis, Hallwilerweg 2, 6003 Luzern

Sara Brigitte Vock, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Kinderarztpraxis Luzern Süd, Ringstrasse 37, 6010 Kriens

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft Sektion Gäu hat sich gemeldet:

Margarinta-Meda Munshi, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Frauenpraxis Sursee, Spitalstrasse 18, 6210 Sursee

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

Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

Michaela Mayella Geiger, Praktische Ärztin, ab 13.01.2025 zu 80 %, in Sattel 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@hin.ch.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Susanne Angehrn, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und Praktische Ärztin, Wilenstrasse 8, 9322 Egnach

Stass Danielsons, Fachärztin für Anästhesiologie, Frauenfelderstrasse 11, 8266 Steckborn

Michael Doppelbauer, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, Hofpeter 2, 8595 Altnau

Sabine Fischbacher, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Im Wygärtli 22, 8560 Märstetten

Ferdinand Fischer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Burggrabenstrasse 22, 8280 Kreuzlingen

Lea Kaufmann-Zollinger, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Neustadtgasse 30, 8400 Winterthur

Dirk Kleindienst, Facharzt für Chirurgie, Rüegger 3, 8595 Altnau

Ivana Corina Moor, Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Seewiesenstrasse 8, 9322 Egnach

Gina-Adriana Morariu, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Hauptstrasse 22, 8265 Mammern

Ardita Sakiri, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sonnenring 18, 8590 Romanshorn

Mirjam Isabel Sauter, Mitglied FMH, Eugensbergstrasse 14, 8268 Salenstein

Franziska Thoma, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Sandbreitestrasse 10, 8280 Kreuzlingen

David Emanuel Weber, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Kurhausstrasse 34, 8374 Dussnang

Yannick Weber, Preyenstrasse 35, 8623 Wetzikon ZH

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

Ärztegesellschaft Zug

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Zug als ordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Goran Mirkovic, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Seestrasse 3, 6330 Cham

Remo Beeler, Facharzt für Kardiologie und Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Herzpraxis Cham, Luzernerstrasse 39, 6330 Cham

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

Mitteilungen

Fähigkeitsausweise Abhängigkeitserkrankungen

Prüfung 2025 – Anmeldung

Prüfungsart

Mündliche Prüfung
(französisch, deutsch, italienisch)

Titel

Fähigkeitsausweis Abhängigkeitserkrankungen

Fähigkeitsprogramm

[fa_abhaengigkeitserkrankungen_d.pdf](#)
([siwf.ch](#))

Ort

Route de Morat 8,
1700 Fribourg

Datum

16. Mai 2025

Anmeldeschluss

15. März 2025

Kosten

300 CHF

Anmeldung

Sekretariat SSAM – Fähigkeitsausweis
Abhängigkeitserkrankungen,
Catherine Burdet,
Service de médecine des addictions,
Rue du Bugnon 23A,
1011 Lausanne,
ssam_cfc@chuv.ch

Obligatorische Teilnahme am [Swiss Addiction Training Day](#) (SATD)

Ort

Route de Morat 8,
1700 Fribourg

Datum

16. Mai 2025,
8:00 – ca. 17:00

Kosten

150 CHF

Anmeldung

Geschäftsstelle SSAM,
Altenbergstrasse 29,
Postfach 686,
3000 Bern 8,
admin@ssam.ch