



- Editorial von Yvonne Gilli
- Die Strategie der FMH 2025–2028
- ECLS und ECMO: Revolution oder Risiko?

Inhalt

Editorial von Yvonne Gilli	3
Die Strategie der FMH 2025–2028	6
ECLS und ECMO: Revolution oder Risiko?	11
Swissmedic: DHCP	14
Personalien	15
Mitteilungen	17



Die Verbände der fünf universitären Medizinalberufe setzten sich am 21. Februar 2025 auf dem Bundesplatz für mehr Fachkräfte ein (Ärztenschaft FMH, Apothekerschaft pharmaSuisse, Chiropraktik ChiroSuisse, Zahnärzte SSO, Tierärzteschaft GST)

Was ist unser politischer Fokus – und was Fokus der Politik?

Pick your battles *Der politische Fokus der FMH wird sich in den nächsten Jahren auf drei Themen richten: Ausreichend Fachkräfte, administrative Entlastung und erfolgreiche Ambulantisierung. Wie wichtig es ist, diese zentralen Herausforderungen stärker in den Fokus der Politik zu rücken, zeigt auch die laufende Session.*



Dr. med. Yvonne Gilli
Präsidentin der FMH

Für die Jahre 2025–2028 ist der politische Fokus der FMH gesetzt: Wir werden nachdrücklich für «Ausreichend Fachkräfte» eintreten, uns für «Administrative Entlastung» engagieren und eine «Erfolgreiche Ambulantisierung» vorantreiben. Diese Priorisierung ist sehr breit abgestützt: Sie spiegelt die wichtigsten Herausforderungen, die unsere Mitglieder und Delegierten in Befragungen nannten. Sie berücksichtigt aber auch die Expertise weiterer von uns befragter Akteure. Wie genau wir die wichtigsten Herausforderungen der FMH erhoben

und zu einer Strategie geformt haben, finden Sie im Artikel «Choose your battles wisely: Die Strategie der FMH 2025–2028» in dieser digitalen SAEZ-Ausgabe.

Die FMH macht Druck für ausreichend Fachkräfte

Unser Eintreten für ausreichend Fachkräfte ist nicht neu. Jedes Jahr weist unsere Ärztestatistik aufs Neue auf die bedenkliche Entwicklung hin. Wir wiederholen beständig, dass in den letzten zehn Jahren über 70 % unserer neuen Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland



Die Forderungen wurden an Barbara Gysi, Präsidentin der SGK-N, und Damian Müller, Präsident der SGK-S, übergeben.

kamen [1]. Diese Abhängigkeit ist nicht nur unethisch, sondern auch gefährlich. Laut OECD leiden aktuell 20 EU-Länder unter Ärztemangel [2]. Sobald diese Länder ihren Fachkräften bessere Bedingungen bieten oder sich unsere Rahmenbedingungen weiter verschlechtern, droht der Schweiz ein massiver Mangel. Bereits heute spüren wir schmerzhaft, dass zu wenige Grundversorger zuwandern. Dieser Mangel kann sich schnell verschärfen und auf alle spezialmedizinischen Disziplinen ausdehnen. Angesichts der sich zuspitzenden Lage hat die FMH im Februar auf dem Bundesplatz auf das gravierende Problem hingewiesen. Gemeinsam mit den anderen vier universitären Medizinalberufen übergaben wir unsere Forderungen – unter anderem nach mehr Ausbildung und attraktiveren Arbeitsbedingungen – an Barbara Gysi als Präsidentin der nationalrätlichen Gesundheitskommission SGK-N sowie an Damian Müller als Präsident der ständerätlichen Schwesterkommission SGK-S.

Politische Entscheidungen verschärfen den Mangel weiter

Leider verkennt das Parlament immer noch oft die Situation und die Auswirkungen seiner Entscheide: So lehnte im Februar die SGK-N den Vorstoss des Wallis ab, dass Kantone im Fall von Unterversorgung Ausnahmen von den Zulassungsaufgaben machen können (24.300). Unbeeindruckt von der geschilderten Mangelversorgung befand die Kommission, Ausnahmen würden «die 2022 eingeführte Zulassungssteuerung von Ärztinnen und Ärzten untergraben» [3]. Gleichzeitig stimmte die SGK-N jedoch der Motion eines Kassenlobbyisten zur Lockerung des Vertragszwangs zu (23.4088). Diese zerstört nicht nur das KVG-Fundament ebendieser Zulassungsregelung und konterkariert sämtliche kantonalen Planungen. Vor allem gefährdet sie die Patientenversorgung! Die Motion möchte ein «Überangebot» bekämpfen, befördert jedoch Unterversorgung. Gerade ältere Personen und chronisch Kranke

hätten in der wachsenden Knappheit kaum noch Chancen auf Arzttermine, weil sie im System der «Vertragsfreiheit» zum Kostenrisiko würden. Viele Fachkräfte würden unter solchen Bedingungen das Weite suchen – und die verbleibenden mit noch mehr Kassenadministration beschäftigt.

Auch «administrative Entlastung» tut Not

Die universitären Medizinalberufe rückten auf dem Bundesplatz auch unser zweites Fokusthema ins Blickfeld: Die ausufernde Bürokratie, die das ohnehin knappe Personal immer mehr Zeit kostet und aus dem Beruf treibt. Auch hier engagiert sich die FMH seit Jahren, zeigt mit Studien das Problem auf und wehrt überflüssige, neue administrative Aufwände ab. Diese Aktivitäten dürften auch ein wichtiger Grund dafür sein, dass die Bundesverwaltung nun eine Arbeitsgruppe zum «administrativen Aufwand im Gesundheitswesen» einberuft. Im Rahmen dieser Gruppe und in

weiteren, eigenen Aktivitäten wird sich die FMH für einen zügigen Abbau überflüssiger Bürokratie einsetzen. Dabei werden wir auch die vielen Beispiele für unnötige administrative Tätigkeiten nutzen, die uns Ärzte und Ärztinnen geschickt haben.

Trotzdem wird im Parlament neue Bürokratie diskutiert

Doch auch hier ist es nicht immer einfach, dem Parlament die oftmals bürokratieintensiven Folgen seiner Vorhaben zu verdeutlichen. Ein aktuelles Beispiel aus der Frühlingssession ist der «neue Leistungserbringer» des zweiten Kostendämpfungspakets (22.062). Statt der angeblichen «Netzwerke» hätte dieser eine lähmende bürokratisierende Überregulierung ohne jeden Nutzen gebracht. Nach jahrelangem hartnäckigen Einsatz der FMH hat das Parlament nun endlich dieses Vorhaben verworfen. Gemeinsam mit vielen weiteren Akteuren konnten wir eine sinnlose Multiplikation von Bürokratie verhindern!

Erfolgreiche Ambulantisierung braucht sachgerechte Tarifierung

Auch unser drittes Fokusthema, den grossen Wandel im Gesundheitswesen im Sinne einer «erfolgreichen Ambulantisierung» mitzugestalten, beinhaltet eine Mammutaufgabe. Mit der vom Volk am 24. November bestätigten einheitlichen Finanzierung konnten wir bereits eine wichtige Voraussetzung schaffen. Doch neben der Finanzierung braucht eine optimale Versorgung auch eine sachgerechte Tarifierung. Hier steht nun 2026 die überfällige Einführung des über viele Jahre und Prüfungen ent-

wickelten TARDOCs an – gleichzeitig mit ambulanten Pauschalen, die trotz berechtigter Kritik ohne vertiefte Prüfung vom Bundesrat genehmigt wurden. Die FMH steht vor der Herausforderung die Tarifumstellung zu begleiten und für ihre Mitglieder so einfach wie möglich zu machen. Gleichzeitig gilt es die Pauschalen nun im Rahmen der Tarifpartnerschaft möglichst schnell zu verbessern. Weder die Entwicklung noch die Einführung dieser Pauschalen lag in unserer Hand. Eine Genehmigung durch den Bundesrat trotz Konsens über ihre Unzulänglichkeit müssen wir hinnehmen – werden jedoch alles für Schadensbegrenzung und Verbesserungen tun.

... statt beständig neuer Vorgaben und Regulierungen

Mit Blick auf die Ambulantisierung sind die politischen Entscheide oft wenig hilfreich. Der massive Kostendruck auf ambulante Behandlungen macht diese unrentabel – und fördert teure Spitalaufenthalte. Die Gestaltungsfreiheit der Tarifpartner wurde in ein so enges Netz an Vorgaben eingewoben, dass kaum noch Raum bleibt. Und der Bund knüpft seine Regulierungsfäden immer enger. Dies erfolgt im Grossen wie bei der anstehenden Umsetzung des Artikels 47c KVG und der Kostenziele. Aber auch im Kleinen wenn z. B. Parlamentarier trotz tarifpartnerschaftlicher Einigung weitere Bundeskompetenzen zu den Notfallpauschalen fordern (24.4346) oder Revisionen das kostendeckende Praxislabor und damit eine gute Grundversorgung gefährden (24.037).

Mit klarem Fokus den politischen Fokus herausfordern

Unsere drei Fokusthemen klingen einfach – und weisen doch Bezüge zu vielen komplexen politischen Geschäften auf. Unsere drei Ziele sind z. B. auch nur mit einer nutzbringenden Digitalisierung erreichbar: Nur so werden wir Fachkräfte im Beruf halten, administrative Arbeiten sinnvoll bewältigen und den für eine erfolgreiche Ambulantisierung notwendigen digitalen Informationsfluss herstellen können. Unsere Ziele sind folglich hoch gesteckt, doch mit klarem Fokus und klaren Botschaften werden wir ihnen näher kommen – und dabei den Fokus der Politik herausfordern und schärfen.

Literatur

- 1 <https://www.nzz.ch/schweiz/gravierende-abhaengigkeit-drei-von-vier-neuen-aerzten-kommen-aus-dem-ausland-id.1723989>
- 2 OECD, Health at a glance: Europe 2024, Executive summary. https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- 3 <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-n-2025-02-14.aspx>

Choose your battles wisely

Die Strategie der FMH 2025–2028

Pick your battles Am 7. November 2024 verabschiedete die Ärztekammer die Strategie 2025–2028 der FMH. Für die Entwicklung dieser Strategie wurden sowohl die Anliegen der FMH-Mitglieder abgeholt als auch das gesundheitspolitische Umfeld analysiert. Nun wird dieser Leitfaden tatkräftig umgesetzt.

Nora Wille

Dr. phil., persönliche wissenschaftliche
Mitarbeiterin der Präsidentin

Stefan Kaufmann

Generalsekretär der FMH

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH

Die vielen Baustellen im Gesundheitswesen und die hohe Dynamik der Gesundheitspolitik bergen viele wichtige Herausforderungen – aber auch die Gefahr sich zu verzetteln. Wer auf jedes Ereignis reagiert und jedes Thema bearbeitet, verliert zwangsläufig die eigenen Kernthemen aus den Augen und wird trotz hohem Aufwand keine relevante Wirkung erzielen.

Choose your battles wisely

Damit die FMH ihre Ressourcen gezielt einsetzen und wichtige Anliegen effektiv vertreten kann, ist folglich eine klare strategische Ausrichtung unserer Arbeit essentiell. Entsprechend fordern auch die Statuten der FMH eine «Ausarbeitung der politischen und strategischen Zielsetzungen» durch den Zentralvorstand, die anschliessend durch die Delegiertenversammlung beraten und die Ärztekammer genehmigt werden müssen. Doch nicht nur dieser Verabschiedungsprozess, insbesondere die Entwicklung einer neuen Strategie muss sicherstellen, dass diese den Ansprüchen der FMH-Mitglieder und den Herausforderungen des gesundheitspolitischen Umfelds gerecht wird.

Aber was sind die zentralen Herausforderungen?

Um entscheiden zu können, welche zentralen Herausforderungen die Strategie adressieren soll, hat es sich darum bewährt die Meinungen relevanter Anspruchsgruppen abzuho-

len. Dies sind für die FMH in erster Linie ihre Mitglieder und die sie vertretenden ÄK-Delegierten. Zusätzlich muss aber auch vertieftes Wissen über das gesundheitspolitische Umfeld einbezogen werden. Um den strategischen Fokus optimal auszurichten, wurden darum folgende Gruppen befragt:

- **FMH-Mitglieder und ÄK-Delegierte:** Um den Jahreswechsel 2023 / 2024 wurde eine Zufallsstichprobe von 3500 FMH-Mitgliedern sowie alle 200 ÄK-Delegierten gebeten in einer quantitativen Online-Befragung die wichtigsten Herausforderungen des Gesundheitswesens zu priorisieren. 542 Mitglieder und 88 ÄK-Delegierte nahmen an der Befragung teil.
- **Experten und Expertinnen:** Ebenfalls um den Jahreswechsel 2023 / 2024 wurden 37 Personen aus Politik, Wissenschaft und dem Gesundheitswesen per Mail gefragt, was die wichtigsten Herausforderungen der FMH seien. 28 Antworten konnten qualitativ ausgewertet werden.
- **FMH-Zentralvorstand:** Für den Einbezug einer gut informierten Innensicht wurden die im Risikomanagement des Zentralvorstands festgestellten aktuellen Entwicklungen herangezogen.

Was priorisieren die FMH-Mitglieder und ihre Delegierten?

In der Online-Befragung bewerteten FMH-Mitglieder und ÄK-Delegierte für 35 Themen, welche Wichtigkeit die FMH ihnen auf einer Skala von 0 (unwichtig) bis 10 (sehr wichtig) zumessen sollte. Tabelle 1 zeigt die von den Mitgliedern als am wichtigsten beurteilten Themen zuoberst und die als am wenigsten wichtig beurteilten Themen zuunterst.

Sowohl die FMH-Mitglieder als auch die ÄK-Delegierten sahen klar die ambulanten Tarife gemeinsam mit der Interessensvertretung und Gesundheitspolitik als höchste Priorität. Ebenfalls hohe Priorität hat für sie der Einsatz für gute berufliche Rahmenbedingungen, die eine sinnhafte Berufsausübung

Tabelle 1.: Durchschnittliche Bewertungen der FMH-Mitglieder und ÄK-Delegierten zur Frage «Welche Wichtigkeit sollte die FMH den folgenden Themen zumessen?» mit Werten zwischen 0 (unwichtig) und 10 (sehr wichtig)

Thema (abgekürzte Formulierung)	FMH-Mitglieder	ÄK-Delegierte
Sachgerechte ambulante Tarife und Tarifautonomie	8.8	9.1
Gesundheitspolitik & Interessensvertretung	8.8	9.3
Gute Rahmenbedingungen / sinnhafte Berufsausübung	8.7	8.5
Ärzte- / Fachkräftemangel und Versorgungssicherheit	8.7	9.0
Administrativer Aufwand im Arztberuf	8.6	8.5
Zeitdruck in der Patientenbehandlung	8.1	7.9
Förderung der Grundversorgung	8.1	7.5
Einflussnahme auf staatliche Qualitätsregulierung	7.9	8.0
Unterscheidung optimale und maximale Medizin	7.9	8.0
Kostendruck in der Patientenbehandlung	7.7	7.6
Beschränkung der Zunahme staatlicher Regulierung	7.7	9.0
Ärztegesundheit und Burnout	7.7	6.8
Vereinbarkeit Arztberuf und Privatleben	7.7	6.9
Gestaltung der Aus-, Weiter- und Fortbildung	7.5	7.2
Kostenfokus der Gesundheitspolitik	7.5	8.1
Eigene Vorschläge Kostendämpfung / Finanzierung	7.4	8.0
Sachgerechte stationäre Tarife und Tarifautonomie	7.4	8.0
Sichere Medikamentenversorgung	7.3	6.7
Gestaltung der ambulanten Zulassung	7.2	7.2
Gutes Image der Ärzteschaft	7.1	8.7
Nutzen und Mehrwert der Versorgung aufzeigen	7.1	8.5
Nützliche Digitalisierung im Gesundheitswesen	7.1	7.6
Gemeinsame Werterhaltung und Berufsidentität	7.1	7.8
Gesundheitsförderung und Prävention im Arztberuf	7.0	6.7
Juristische Aspekte des Arztberufes & Rechtsrisiken	6.9	6.6
Starke mediale Präsenz der Positionen der FMH	6.8	8.6
Public Health / Bevölkerungsgesundheit	6.6	6.9
Entwicklung guter Qualitätsmassnahmen	6.4	6.5
Ethische Aspekte des Arztberufs	6.4	6.6
Weiterentwicklung Zusammenarbeit Berufsgruppen	6.3	6.5
Weiterentwicklung Versorgungsmodelle	6.2	6.4
Datenschutz und Datensicherheit im Berufsalltag	6.0	5.6
Neue Technologien und künstliche Intelligenz	5.9	6.3
Neue Eignungstests fürs Medizinstudium	5.3	6.2
Klimawandel und Planetary health	5.1	5.1

ermöglichen, der zunehmende Fachkräftemangel sowie der hohe administrative Aufwand. Die ÄK-Delegierten massen zusätzlich weiteren Themen hohe Bedeutung zu: Die Beschränkung der zunehmenden staatlichen Regulierung, die Pflege eines guten Images der Ärzteschaft, eine starke mediale Präsenz der Positionen der FMH sowie das Aufzeigen des Nutzens der Versorgung.

Grosse Übereinstimmung innerhalb der Ärzteschaft

Die priorisierten Herausforderungen waren in verschiedenen Subgruppen der FMH-Mitglieder nahezu identisch. Die in Tabelle 1 aufgeführten Top-Prioritäten fanden sich z. B. bei ambulant und stationär tätigen Mitgliedern gleichermassen, selbst die hohe Bedeutung der ambulanten Tarife wurde von den stationär tätigen Ärzten und Ärztinnen geteilt. Auch die Ärzte und Ärztinnen verschiedener Sprachregionen und Altersgruppen unterschieden sich kaum in ihren Prioritäten. Auch auf den letzten Rängen fanden sich in allen analysierten Subgruppen mit dem «Klimawandel» und «neuen Eignungstests fürs Medizinstudium» die gleichen Themen. Sämtliche Altersgruppen, einschliesslich der jüngsten Befragten unter 34 Jahren, betrachteten diese Themen nicht vorrangig als Aufgabe der FMH. Die Rangfolge der Themen lässt darauf schliessen, dass die Mitglieder von der FMH vor allem erwarten, dass sie spezifische Themen der Ärzteschaft priorisiert, für die sich sonst niemand oder nur wenige Akteure nachdrücklich einsetzen.

Und was meinen die Experten und Expertinnen?

Die umfassenden Antworten der Experten und Expertinnen auf die offene Frage «Was sind die wichtigsten Herausforde-

rungen im Gesundheitswesen, denen sich die FMH bis 2028 stellen muss?» sind in Abbildung 1 visualisiert. Die farbigen Flächen geben einen Überblick, wie viel Raum einzelne Themen in den Antworten einnahmen – gemessen am Textumfang bzw. der Zeichenzahl. Man sieht, dass nur drei Themen fast die Hälfte der Antworten ausmachten: Die «Digitalisierung und KI» wird gefolgt vom «Ärzte- und Fachkräftemangel» bzw. «Problemen der Versorgungssicherheit», die wegen ihrer inhaltlichen Nähe zusammengefasst wurden. An dritter Stelle stehen Herausforderungen rund um die «integrierte Versorgung, Interprofessionalität und neue Versorgungsmodelle». Erst an vierter Stelle finden sich Kosten- und Finanzierungsthemen, wobei manche die Finanzierbarkeit des Gesundheitswesens anmahnten, andere hingegen den Kostenfokus der Politik kritisierten.

Welche Herausforderungen sieht der Zentralvorstand?

Das Risikomanagement des Zentralvorstands betrachtet neben operationellen und finanziellen Risiken der FMH auch Entwicklungen des gesundheitspolitischen Umfelds. Hier beobachtet der ZV eine zunehmend staatliche Mikroregulierung, die auch bei der Aushöhlung der Tarifautonomie sichtbar wird. Die Regulierung erhöht zudem die administrative Belastung im Gesundheitswesen, demotiviert die Fachkräfte und nimmt ihnen wertvolle Zeit für die Patienten und Patientinnen. Dies verstärkt ein weiteres zentrales Problem unserer Gesundheitsversorgung: den Fachkräftemangel, der neben Medikamentenengpässen die Versorgungssicherheit zunehmend gefährdet.

Weitere wichtige Herausforderungen verstärken sich mit der zunehmenden Ambulantisierung: Diese erfordert eine bessere



Abbildung 1: Bedeutung verschiedener Herausforderungen in den Antworten der Expertinnen und Experten gemessen an der Zeichenzahl

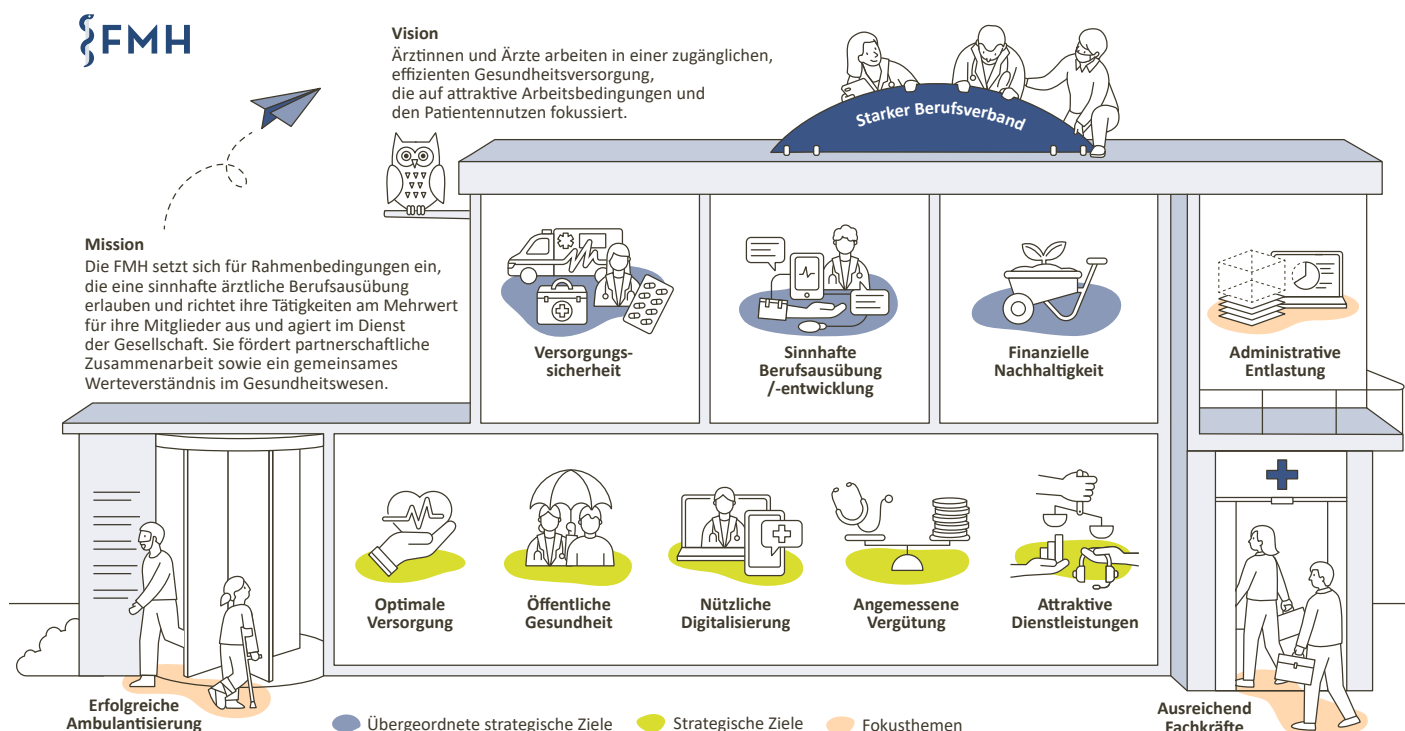


Abbildung 2: Das Strategiehaus der FMH: Vision, Mission, Ziele und Fokusthemen

Vernetzung der Strukturen, eine gut funktionierende digitale Kommunikation, neue Zusammenarbeitsmodelle, neue Berufe und Berufsrollen sowie Weiterentwicklungen der Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsberufe. Auch neue Technologien werden dabei eine wichtige Rolle spielen und die Patientenbehandlung immer stärker prägen.

Synthese in einer Strategie

Aus den oben skizzierten verschiedenen Perspektiven auf die zu priorisierenden Herausforderungen galt es in der Folge eine Strategie mit Vision, Mission und Zielen zu entwickeln, die die Ansprüche der Mitglieder und des Umfelds aufnimmt. Diese Strategie sollte jedoch nicht rein reaktiv bestehende Probleme fokussieren, sondern darüber hinausgehend positive Stossrichtungen und eigene Ziele formulieren um proaktives Handeln zu fördern. Zudem sollte sie zentrale Inhalte konkret und verständlich benennen, andererseits aber auch genug Gestaltungsfreiheit lassen, um während einer Legislatur flexibel handeln zu können. Das Ergebnis dieses Prozesses ist in dem FMH-Strategiehaus (Abbildung 2) graphisch aufbereitet.

Die ganze Strategie in einem Haus

Die Eule auf dem Haus hat das Fernziel der FMH – die Vision – im Blick. Diese beschreibt den idealen Zustand, den die FMH anstrebt: Ärztinnen und Ärzte sollen in einer allgemein zugänglichen, effizienten und qualitativ hochste-

henden Gesundheitsversorgung arbeiten können, die attraktive Arbeitsbedingungen bietet und den Nutzen für Patientinnen und Patienten sowie die Bevölkerung in den Vordergrund stellt.

Seitlich links des Hauses ist auch eine Kurzform der FMH-Mission festgehalten. Diese beschreibt spezifischer, was die FMH tut, für wen sie es tut und wie sie es tut: Die FMH engagiert sich für attraktive Rahmenbedingungen, die eine sinnhafte ärztliche Berufsausübung und eine verantwortungsvolle Patientenversorgung erlauben. Dafür bündelt sie die Kraft ihrer Mitgliedsverbände und richtet ihre Tätigkeiten konsequent am Mehrwert für ihre Mitglieder aus. Im Dienst der Gesellschaft fördert sie zudem eine partnerschaftliche Zusammenarbeit und ein gemeinsames Werteverständnis im Gesundheitswesen.

Die Zimmer des Strategiehauses beherbergen die strategischen Ziele, die zukünftig als Richtschnur bei Entscheidungen über die Ausrichtung und Priorisierung von Tätigkeiten dienen werden. Der Wunsch der FMH-Mitglieder nach einer guten Interessensvertretung spiegelt sich im ersten Ziel des «starken Berufsverbands». Dieses Schild auf dem Dach des Strategiehauses ist allen anderen Themen übergeordnet, da ein starker Verband die Voraussetzung für das Erreichen aller anderen Ziele bildet. Im Inneren des Hauses finden sich die übergeordneten strategischen Ziele der Versorgungssicherheit, der sinnhaften Berufsausübung und -entwicklung sowie der finanziellen

Nachhaltigkeit. Im Parterre sind zudem neben der optimalen Versorgung, die öffentliche Gesundheit, eine nützliche Digitalisierung, eine angemessene Vergütung und natürlich attraktive Dienstleistungen zu finden. Die in den Befragungen priorisierten Themen bilden sich also nicht immer direkt und wörtlich in den Zielen ab, sind darin jedoch enthalten. So setzen wir der Sorge um den Fachkräftemangel z. B. unseren Einsatz für Versorgungssicherheit entgegen oder subsumieren unser Engagement für sachgerechte Tarife und Tarifautonomie unter dem Thema angemessene Vergütung.

Umsetzung startet mit den Fokusthemen ...

Um die strategische Ausrichtung unmittelbar in der Arbeit des Generalsekretariats umzusetzen, wurden abgestimmt auf den strategischen Rahmen zusätzlich drei Fokusthemen konkretisiert, nämlich «genügend Fachkräfte», «erfolgreiche Ambulantisierung» und «administrative Entlastung». Diese Themen sind – wie auch Abbildung 2 andeutet – zentrale Themen des Dorfes, in dem das FMH-Strategiehaus steht und die unsere strategischen Ziele unmittelbar betreffen. Die Ausrichtung der operativen Arbeiten an diesen Fokusthemen hat bereits begonnen und wird ein wichtiger Teil der Strategieumsetzung sein.

... und braucht Ihre Unterstützung

Die neue Strategie 2025–2028 bildet eine gute und breit abgestützte Basis, um die Arbeit der FMH auf die wichtigsten Prioritäten auszurichten und damit die Schlagkraft der FMH im Sinne ihrer Mitglieder zu erhöhen. Im Generalsekretariat der FMH werden die formulierten Ziele täglich mit konkreten Inhalten gefüllt. Diese operative Arbeit, aber auch die Unterstützung der strategischen Ziele durch unsere Mitglieder und Mitgliedsverbände wird entscheidend sein, damit wir als starker Berufsverband wirksam das Gesundheitswesen mitgestalten können.

ECLS und ECMO: Revolution oder Risiko?

Sauerstoffversorgung Herz und Lunge sind gemeinsam für die Sauerstoffversorgung des Körpers verantwortlich. Eine einfache Maschine, welche beide Organe ersetzen kann – ECLS und ECMO, der Traum aller Akutmedizinerinnen und -mediziner?

Matthias Hänggi

Prof. Dr. med., Institut für Intensivmedizin, Universitätsspital Zürich

David Berger

Prof. Dr. med., Intensivstation, Departement Akutmedizin, Universitätsspital Basel, Department of Biomedical Engineering, University of Basel, Basel

Roger Ludwig

Dr. med., Universitätsklinik für Intensivmedizin, Universitätsspital Bern – Inselspital

Nadja Schai

Dr. med., Universitätsklinik für Intensivmedizin, Universitätsspital Bern – Inselspital

Raphaël Giraud

PD Dr. med., Service des soins intensifs, Département de médecine aiguë, Hôpitaux Universitaires de Genève

Gian-Reto Kleger

Dr. med, Klinik für Intensivmedizin, Kantonsspital St. Gallen

Patricia Fodor

KD Dr. med, Institut für Intensivmedizin, Stadtspital Zürich

Luca Cioccarelli

PD Dr. med., Klinik für Intensivmedizin, Kantonsspital Aarau

Andreas Bloch

PD Dr. med., Zentrum für Intensivmedizin, Luzerner Kantonsspital

Tiziano Cassina

Prof. Dr. med., Servizio di Cardioanestesia e Medicina intensiva, Istituto Cardiocentro Ticino, Lugano

Lise Piquilloud

MER et PD, Service de médecine intensive adulte, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Airway, Breathing, Circulation – die Grundlagen des Lebens. Schwerwiegende Störungen dieser ABCs sind mit dem Überleben nicht vereinbar. Die Herz-Lungen-Maschine (HLM) wurde in den 50er Jahren für die Herzchirurgie entwickelt. Der Einsatz der HLM als ECLS (Extra-Corporale Life Support) ausserhalb des OPs war nicht erfolgreich, erst 1971 überlebte der erste Patient 75 Stunden an einer ECMO (Extra-Corporale Membran Oxygenation), nachdem die konventionelle Therapie des ARDS (= Acute Respiratory Distress Syndrom) erfolglos war [1]. Doch die frühen Studien blieben mit Mortalitäten von > 90 % negativ [2]. Mit Weiterentwicklungen im Bereich Biokompatibilität der Membrane, der Zentrifugalpumpen und der Miniaturisierung standen technisch ausgereifte, relativ handliche Geräte Anfang des Jahrhunderts zur Verfügung. Nach wie vor fehlte es aber an Erfahrung, die Indikationen waren unklar, und Studien mit den modernen ECMO-Geräten existierten nicht. Entsprechend wurde die ECMO Therapie selten angewendet. Die H1N1 Pandemie im Jahr 2009 mit vielen ARDS-Patienten stellte den Wendepunkt in der Geschichte der ECMO dar. Die

Anzahl der Behandlungen, Geräte und Zentren, welche diese Therapien anbieten, wuchsen exponentiell. Spätestens mit COVID-19 und mehr als 20 000 Behandlungen ist die ECMO etabliert und der breiteren Öffentlichkeit bekannt [3].

Möglichkeiten der ECMO – und Evidenz

Ein modernes ECLS/ECMO-Gerät ist handlich, transportabel, und hat alle wesentlichen Komponenten integriert: die Pumpe, welche das Blut aktiv transportiert, den Oxygenator, welcher für den Gasaustausch ermöglicht, und die Steuerungs- und Monitoreinheit. Das Blut wird über grosse Kanülen (bis 32 French = 11 mm Innendurchmesser) drainiert, der Pumpe zugeführt, zum Oxygenator geleitet und dem Patienten über eine etwas kleinere Kanüle wieder zurückgegeben. Die Blutgefässe, in denen die Kanülen eingelegt werden sind abhängig von der Indikation der ECMO und variieren auch zwischen den Zentren.

Bei reinen Störungen der Lungenfunktion wird in der Regel das Blut im Bereich der Vena cava inferior abgesaugt, durch den Oxygenator geführt und über die Vena Jugularis vor dem rechten Vorhof zurückgegeben (veno-venöses ECMO, VV-ECMO).

Bei Rechts- und/oder Linksherzversagen (mit oder ohne begleitender Lungenfunktionsstörungen) wird das Blut analog der VV-ECMO in der Vena cava

oder im rechten Vorhof drainiert, dann jedoch arteriell zurückgegeben, zumeist in der Art. femoralis, im perioperativen Setting gelegentlich in die Aorta ascendens (veno-arterielles ECLS oder ECMO, VA-ECMO). Die Extremform der VA-ECMO stellt die ECPR (= extrakorporale kardiopulmonale Reanimation) dar: die ECLS/ECMO-Einlage geschieht bei Patienten unter laufender Reanimation.

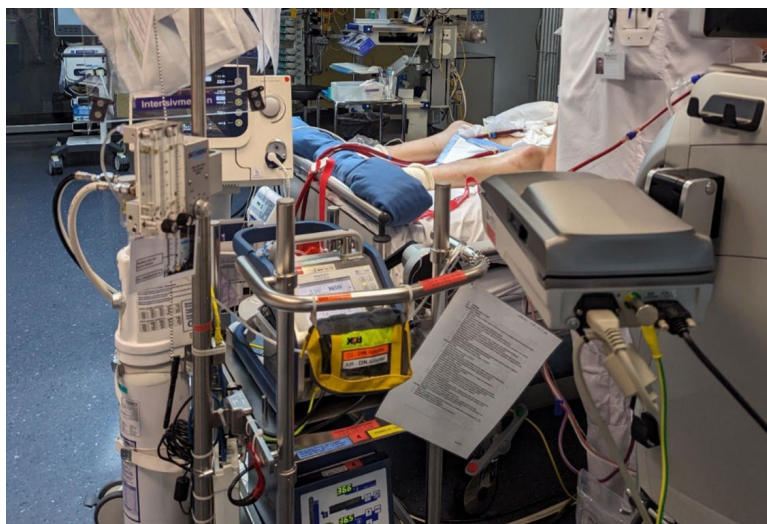
Allen Formen der ECMO ist gemeinsam, dass mit der ECMO-Therapie lediglich Zeit gewonnen wird, um die zugrundeliegende Erkrankung zu behandeln.

Was hier kurz beschrieben wird, ist in der Praxis kompliziert, aufwändig, risikoreich und ressourcenintensiv. Angesichts der Erkrankungsschwere der Patienten können plötzlich auftretende Ereignisse unmittelbar zum Tode führen. Die Liste der Komplikationen ist lang und kann grob in technische Probleme (auch Einlageprobleme der Kanülen), Blutungs- Kreislauf-, und Gefässkomplikationen sowie neurologische und infektiöse Komplikationen eingeteilt werden.

Angesichts der Invasivität und den genannten Herausforderungen sollte die Indikationsstellung für den Einsatz der ECMO klar formuliert werden. Allen Formen der ECMO ist gemeinsam, dass mit der ECMO-Therapie lediglich Zeit gewonnen wird, um die zugrundeliegende Erkrankung zu behandeln.

Für den Bereich der VV-ECMO – die häufigste Anwendung – ist die Indikation recht gut umschrieben. Die CESAR [4] und EOLIA [5] Studien zeigten keinen eindeutigen Vorteil einer VV-EMCO-Behandlung bei schwerem ARDS, deren Methodologie gab allerdings Anlass zu

© Matthias Exl, Inselspital Bern



Das blaue Gerät (oben auf dem Gestell) ist die ECMO. Die beiden Schläuche die über den Bettrand zum Patienten führen transportieren das desoxygenierte Blut vom und das oxygenierte Blut zum Patienten. Unten ist die ECMO-Heizung, da der Patient mit dem extrakorporalen Kreislauf auf Dauer auskühlen kann.

Diskussionen. Immerhin konnte CESAR zeigen, dass Patienten, welche in das Zentrum mit ECMO-Kapazität transferiert wurden, ein besseres Outcome hatten, unabhängig davon, ob sie am ECMO-Zentrum eine ECMO eingelegt bekamen [4]. Problematisch bei der Beurteilung der «EOLIA» Studie ist, dass 28 % der Patienten der konventionellen Gruppe eine ECMO erhielten («crossover»), weil sie unmittelbar zu versterben drohten, oder bereits einen Herzstillstand erlitten haben [5]. Die Analyse der individuellen Patientendaten von CESAR und EOLIA zeigte einen Überlebensvorteil für Patienten mit schwerem Lungenversagen [6]. Die meisten Experten sind heute der Ansicht, dass Patienten mit ARDS, welche die «EOLIA -Kriterien» erfüllen, von einer VV-ECMO Therapie profitieren.

Für den Bereich VA-ECMO ist die Datenlage weniger gut. Hinzukommt, dass mit der neuen Generation der perkutanen axialen Pumpen (z. B. «Impella») neue mechanische Unterstützungssysteme ohne Oxygenator zur Verfügung stehen. Eine Metanalyse mit Studien zu allen Formen der MCS (mechanical circulatory support) zeigte nur eine beschränkte Verbesserung des Outcomes [7]. Somit gibt es weiterhin keinen Konsensus bezüglich Indikation und Patientenauswahl für MCS. Es gilt, MCS auf Patienten mit behandelbarer Ursache des Herzversagens zu beschränken und früh einzusetzen, bevor es zu manifesten sekundären Schäden durch den Schock gekommen ist [8].

Ebenfalls dürftig ist die Datenlage bei Patienten mit Herz-Kreislauf-Stillstand. Eine randomisierte Studie aus den USA

Allen Formen der ECMO ist gemeinsam, dass mit der ECMO-Therapie lediglich Zeit gewonnen wird, um die zugrundeliegende Erkrankung zu behandeln.

mit 30 Patienten zeigte, dass die ECLS-Patienten ein signifikant besseres Outcome hatten [9]. Zwei grössere Studien aus Prag mit 256 Patienten [10] und den Niederlanden mit 160 Patienten [11] zeigten formal kein verbessertes Outcome. Hier verdeutlichen sich die Schwierigkeiten mit Studien in diesem Setting: die hohe Anzahl von «cross-over», und in der holländischen Multizenterstudie wurden auch kleine Zentren mit wenig Erfahrung eingeschlossen.

Beurteilung und Diskussion

ECMO hat die therapeutischen Möglichkeiten bei Versagen der Vitalfunktionen erweitert und revolutioniert. Einzelne Patienten profitieren von der ECMO, aber die ECMO Therapie birgt erhebliche Risiken: in der erwähnten Prager Studie erlitten 11 % der ECMO-Patienten fatale Blutungskomplikationen, und 22 % hatten eine Hirnblutung, hinzu kommen Amputationen

nach Beinischämien und andere schwere Komplikationen. Neben den Risiken für den einzelnen Patienten müssen auch der erhebliche Aufwand und Ressourcenverbrauch der einzelnen Kliniken mit eingerechnet werden: bei instabilen ECMO-Patienten kann für die Betreuung eine Nurse-to-Patient Ratio von 2:1 notwendig werden. Konsequenzen dieses Aufwandes sind Betreuungseingpässe, Verschiebungen von OPs und Verlegungen von anderen Patienten in entferntere Spitäler. Die britische CESAR Studie zeigte, dass der Transfer in ein «acute respiratory failure centre» mit Möglichkeit der ECMO einen Überlebensvorteil bringt, nicht aber die ECMO-Maschine selber [4]. ECMO-Zentren mit hoher Fallzahl haben ein besseres Outcome als kleinere Zentren [12, 13]. Angesichts der Komplexität der Behandlung ist dies leicht nachvollziehbar, doch die Frage, wo die «kritische Grsse» liegt, kann nicht eindeutig be-

antwortet werden. Internationale Guidelines empfehlen eine Mindestfallzahl von 20 Patienten / Jahr für VA- als auch für VV-ECMOs [14, 15]. In der Schweiz ist der Einsatz von ECMO nicht reguliert. Im Jahr 2022 wurden auf Schweizer Intensivstationen gesamthaft 434 ECLS/ECMO-Behandlungen (VA, VV und ECPR) durchgeführt. Angesichts dieser geringen Zahl von ECMO-Behandlungen stellt sich die Frage wie die Behandlungsqualität aufrechterhalten werden kann. Ausserdem fehlen Daten zu den patient-related outcome measures (PROMS). Damit bleibt unklar, ob in der Schweiz alle Patienten von der ECLS/ECMO Revolution profitieren, oder ob manche Patienten einem zusätzlichen Risiko ausgesetzt werden.

Korrespondenz

matthias.Haenggi@usz.ch

Literatur

- Hill JD, O'Brien TG, Murray JJ, et al. Prolonged extracorporeal oxygenation for acute post-traumatic respiratory failure (shock-lung syndrome). Use of the Bramson membrane lung. *N Engl J Med* 1972;286(12):629-34. DOI: 10.1056/NEJM197203232861204.
- Zapol WM, Snider MT, Hill JD, et al. Extracorporeal membrane oxygenation in severe acute respiratory failure. A randomized prospective study. *JAMA* 1979;242(20):2193-6. DOI: 10.1001/jama.242.20.2193.
- Report ER. ECLS Registry Report: International Summary, Ann Arbor, Extracorporeal Life Support Organization, 2023. (<https://www.elso.org/registry/internationalsummaryandreports/internationalsummary.aspx>).
- Peek GJ, Clemens F, Elbourne D, et al. CESAR: conventional ventilatory support vs extracorporeal membrane oxygenation for severe adult respiratory failure. *BMC Health Serv Res* 2006;6:163. DOI: 10.1186/1472-6963-6-163.
- Combes A, Hajage D, Capellier G, et al. Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. *N Engl J Med* 2018;378(21):1965-1975. DOI: 10.1056/NEJMoa1800385.
- Combes A, Peek GJ, Hajage D, et al. ECMO for severe ARDS: systematic review and individual patient data meta-analysis. *Intensive Care Medicine* 2020;46(11):2048-2057. DOI: 10.1007/s00134-020-06248-3.
- Low CJW, Ling RR, Lau MPXL, et al. Mechanical circulatory support for cardiogenic shock: a network meta-analysis of randomized controlled trials and propensity score-matched studies. *Intensive Care Medicine* 2024;50(2):209-221. DOI: 10.1007/s00134-023-07278-3.
- Buda KG, Hryniewicz K, Eckman PM, et al. Early vs. Delayed Mechanical Circulatory Support in Patients with Acute Myocardial Infarction and Cardiogenic Shock. *European Heart Journal Acute Cardiovascular Care* 2024. DOI: 10.1093/ehjacc/zuae034.
- Yannopoulos D, Bartos J, Raveendran G, et al. Advanced reperfusion strategies for patients with out-of-hospital cardiac arrest and refractory ventricular fibrillation (ARREST): a phase 2, single centre, open-label, randomised controlled trial. *Lancet* 2020;396(10265):1807-1816. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32338-2.
- Belohlavek J, Smalcova J, Rob D, et al. Effect of Intra-arrest Transport, Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation, and Immediate Invasive Assessment and Treatment on Functional Neurologic Outcome in Refractory Out-of-Hospital Cardiac Arrest: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2022;327(8):737-747. DOI: 10.1001/jama.2022.1025.
- Suverein MM, Delnoij TSR, Lorusso R, et al. Early Extracorporeal CPR for Refractory Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *N Engl J Med* 2023;388(4):299-309. DOI: 10.1056/NEJMoa2204511.
- Barbaro RP, Odetola FO, Kidwell KM, et al. Association of hospital-level volume of extracorporeal membrane oxygenation cases and mortality. Analysis of the extracorporeal life support organization registry. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;191(8):894-901. DOI: 10.1164/rccm.201409-1634OC.
- Lebreton G, Schmidt M, Ponnaiah M, et al. Extracorporeal membrane oxygenation network organisation and clinical outcomes during the COVID-19 pandemic in Greater Paris, France: a multicentre cohort study. *Lancet Respir Med* 2021;9(8):851-862. DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00096-5.
- Fischer S, Assmann A, Beckmann A, et al. Empfehlungen der S3-Leitlinie (AWMF) «Einsatz der extrakorporalen Zirkulation (ECLS/ECMO) bei Herz- und Kreislaufversagen». *Zentralbl Chir* 2022;148(03):284-292. (In De). DOI: 10.1055/a-1918-1999.
- [Clinical Guideline for Treating Acute Respiratory Insufficiency with Invasive Ventilation and Extracorporeal Membrane Oxygenation]. *Chirurg* 2021;92(9):851-852. (In ger). DOI: 10.1007/s00104-021-01458-x.

DHPC – Inrebic® (Fedratinib)

Wichtige Mitteilung *Erlöschen der befristeten Swissmedic-Zulassung von INREBIC® (Fedratinib) Hartkapseln per 28.02.2025 und Einstellung des Vertriebes auf dem Schweizer Markt per 28.02.2025*

Zusammenfassung

- Die durch Swissmedic erteilte befristete Zulassung von Inrebic® (Fedratinib) zur Behandlung der Splenomegalie oder krankheitsassoziierten Symptome bei Patienten mit Myelofibrose läuft per 28.02.2025 aus.
- Aufgrund der Beurteilung der neu vorliegenden Daten und Änderungen in der Schweizer Therapielandschaft hat Swissmedic die befristete Zulassung nicht in eine Zulassung ohne besondere Auflagen überführt.
- Inrebic® (Fedratinib) darf folglich ab dem 28.02.2025 nicht mehr an Patienten abgegeben werden.
- Inrebic® (Fedratinib) wird ab 28.02.2025 nicht mehr auf dem Schweizer Markt verfügbar sein.

Detaillierte Informationen finden Sie unter:

[DHPC – Inrebic® \(fedratinibum\)](#)

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès / Decessi

Stefano Berthold (1945),
† 31.1.2025, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin, 3008 Bern

Tatiana Rieb (1962),
† 9.1.2025, Praktische Ärztin,
9500 Wil SG

Urs Karmann (1943),
† 13.1.2025, Facharzt für
Anästhesiologie und Facharzt für
Intensivmedizin, 8962 Bergdietikon

Stefan Hürlimann (1959),
† 27.1.2025, Facharzt für
Gastroenterologie und Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, 6300 Zug

Fritz Uhlmann (1935),
† 13.2.2025, Facharzt für Allgemeine
Innere Medizin 4106 Therwil

Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

GE

Lorenzo Lelio Annibale Orci,
Spécialiste en chirurgie, membre
FMH, Chemin de Beau-Soleil 12,
1206 Genève

VD

Camillo Theo Müller, Facharzt für
Plastische, Rekonstruktive und
Ästhetische Chirurgie und Facharzt
für Handchirurgie, Mitglied FMH,
Chemin Porchat 24, 1004 Lausanne

Aargauischer Ärzteverband

Zur Aufnahme in den Aargauischen
Ärzteverband haben sich angemeldet:

Als ordentlich praktizierende Mitglieder:
Francisco Alvarez Keller, Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin, ange-
stellt in Arztpraxis Dr. Lorenz Gerber,
Lindenhofstrasse 8, 4665 Oftringen,
ab sofort

Elena-Silvia Besoiu, Praktische
Ärztin, angestellt in Praxis Gruppe
Würenlingen, Wiesenstrasse 4,
5303 Würenlingen, ab sofort

Karen Hübel, Fachärztin für
Radiologie, angestellt in Röntgen-
institut Baden, Rütistrasse 2,
5400 Baden, ab sofort

Victoria Klimek, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin, angestellt
in Medbase Baden, Langhaus 2,
5400 Baden, ab sofort

Nadine Leiter, Fachärztin für
Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied
FMH, angestellt in Ärztezentrum
Würenlos AG, Grosszelgstrasse 18,
5436 Würenlos, ab sofort

Jeannine Lubetzki, Praktische
Ärztin, angestellt in Arzt & CO,
Badstrasse 17, 5400 Baden

Zeljko Obradovic, Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, angestellt
in Ärztezentrum Oftringen,
Lindenhofstrasse 8, 4665 Oftringen,
ab sofort

Maya Rutishauser, Fachärztin für
Allgemeine Innere Medizin, Mitglied
FMH, Angestellt in Institut für
Arbeitsmedizin ifa, Kreuzweg 3,
5400 Baden

Damiana Weinberger, Fachärztin
für Ophthalmologie, Mitglied
FMH, angestellt in Pallas Kliniken AG,
Augenzentrum Pallas Baden,
Bärengasse 21, 4800 Zofingen, ab
sofort

Ioanna Zygoula, Fachärztin für
Ophthalmologie, angestellt in Pallas
Kliniken AG, Augenzentrum Pallas
Baden, Langhaus 1, 5400 Baden, ab
sofort

Als Chef- und Leitende ÄrztInnen:

Johannes Lorscheider, Facharzt für
Neurologie, Mitglied FMH, Leitender
Arzt in Rehaklinik Rheinfelden,
Salinenstrasse 98, 4310 Rheinfelden,
ab sofort

Diese Kandidaturen werden in
Anwendung von Art. 5 der Statuten des
Aargauischen Ärzteverbandes veröffent-
licht. Einsprachen müssen innert 14 Ta-
gen seit der Bekanntmachung schriftlich
und begründet der Geschäftsleitung des
Aargauischen Ärzteverbandes einge-
reicht werden. Nach Ablauf der Einspra-
chefrist entscheidet die Geschäftsleitung
über Gesuch und allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Shaghayegh Khalili Amiri, Fachärztin für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenärzte Bern, Zentrum

Marktgasse, Marktgasse 6, 3011 Bern

Justine Rogowski, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Medizinisches Zentrum VIVA, Bernstrasse 21, 3072 Ostermundigen

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:

Christian Philipp Kamm, Facharzt für Neurologie, Mitglied FMH, Luzerner Kantonsspital, Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

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

Unterwaldner Ärztegesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft haben sich gemeldet:

Aleksandra Orvydé, Praktische Ärztin, CuraMed Ärztezentrum AG, Seestrasse 49, 6052 Hergiswil am See (LU)

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet zu richten an: Unterwaldner Ärztegesellschaft c/o medkey AG, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern.

Ärztegesellschaft Uri

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft Uri als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Eliane Aeschbacher, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, tätig ab 01.05.2023 in der Kinderarztpraxis Uri AG, Dätwylerstrasse 9, 6460 Altdorf UR

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb von 20 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich begründet an den Vorstand der Ärztegesellschaft Uri eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuche und allfällige Einsprachen.

Mitteilungen

Ausschreibung der Mach-Gaensslen Stiftung (Schweiz)

Unterstützung Forschungsprojekte Kardiologie

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

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

Die für die Forschungsgesuch notwendigen Angaben können unter der gleichen Adresse oder mit E-Mail (mach-gaensslen.stiftung@gmx.ch) eingeholt werden. Die Beurteilung der Forschungsprojekte durch den Stiftungsrat erfolgt Ende September 2025.

Prüfung interdisziplinärer Schwerpunkt «Klinische Notfallmedizin» (SGNOR) 2025

Mündliche Prüfung (deutsch)

Ort

Bern UniZiegler oder Bern UniZiegler und Zürich KV Business School Sihlpost*

Datum

24. November 2025

Praktische Prüfung (deutsch)

Ort

Bern SRB (Sanitätspolizei) oder Bern SRB (Sanitätspolizei) und Zürich Stadtspital Triemli*

Datum

01. Dezember 2025

Kosten

CHF 600.00 für Mitglieder SGNOR/
CHF 1000.00 für Nichtmitglieder

Anmeldefrist

15. August 2025

* bei mehr als 30 deutschsprechenden Kandidatinnen und Kandidaten wird die Prüfung parallel in Bern und Zürich durchgeführt

Weitere Informationen finden Sie auf der Homepage der SGNOR www.sgnor.ch – Weiterbildung – ISP klinische Notfallmedizin oder erhalten Sie bei der Geschäftsstelle der SGNOR: sekretariat@sgnor.ch