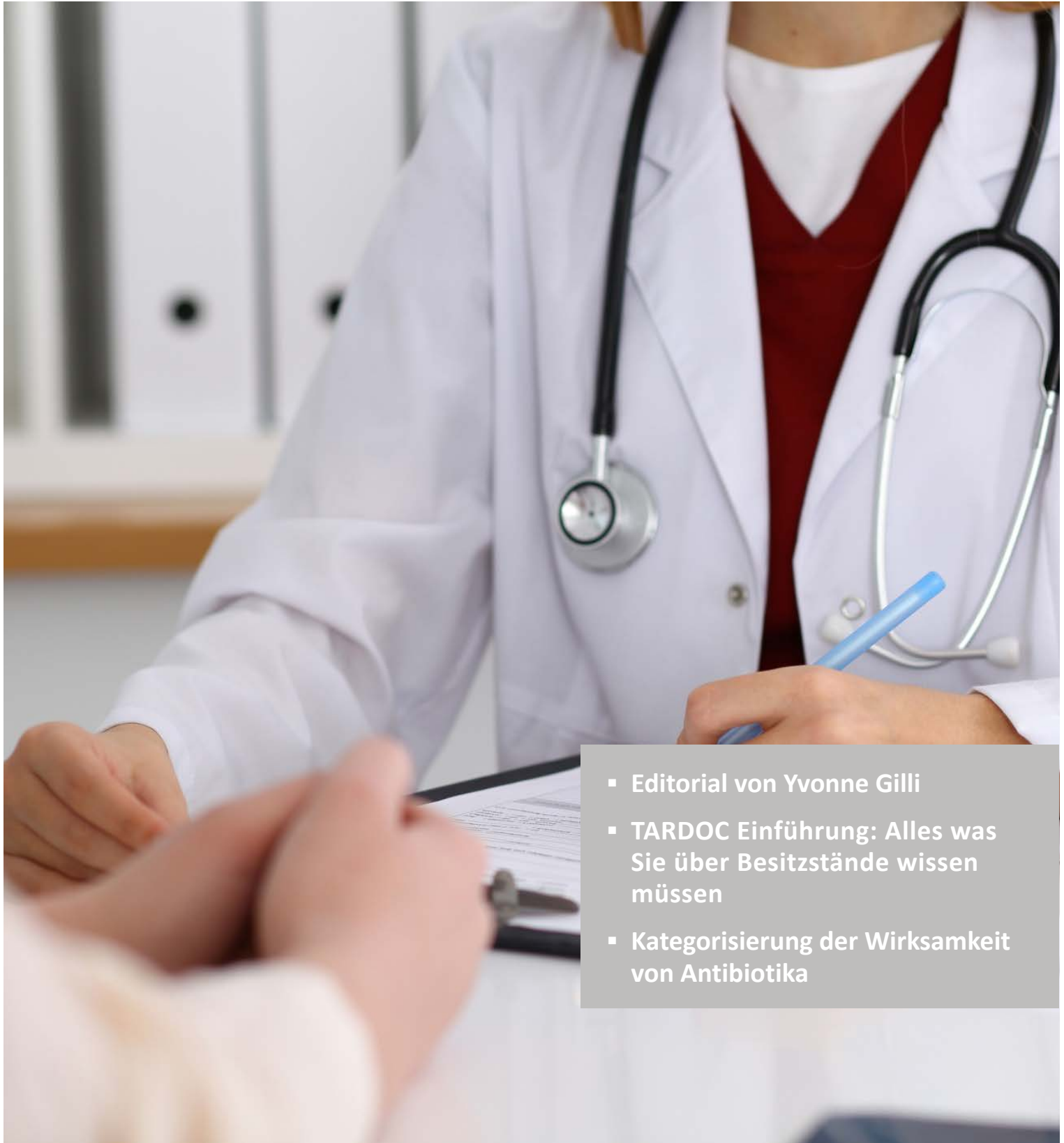




- Editorial von Yvonne Gilli
- TARDOC Einführung: Alles was Sie über Besitzstände wissen müssen
- Kategorisierung der Wirksamkeit von Antibiotika

# Inhalt

|                                                                  |    |
|------------------------------------------------------------------|----|
| Editorial von Yvonne Gilli                                       | 3  |
| TARDOC Einführung: Alles was Sie über Besitzstände wissen müssen | 6  |
| Kategorisierung der Wirksamkeit von Antibiotika                  | 8  |
| Personalien                                                      | 10 |
| Mitteilungen                                                     | 11 |

## Der Grundversorgermangel lässt sich beheben – aber nur wenn man seine Ursachen versteht

**Grundversorgermangel** *Der Mangel an Ärztinnen und Ärzten ist in der Schweiz ganz besonders in der Grundversorgung spürbar. Um eine gute medizinische Versorgung mit ausreichend Fachkräften zu sichern, müssen aber die Ursachen des Problems und die Voraussetzungen einer leistungsstarken Grundversorgung besser verstanden werden.*



Dr. med. Yvonne Gilli  
Präsidentin der FMH

Als Anfang 2023 die Ergebnisse des International Health Policy Surveys zur Grundversorgung vorlagen, hörte man vor allem Positives: Die Leistungen des Schweizer Gesundheitssystems wurden im internationalen Vergleich am besten bewertet [1]. 58 % der Schweizer Grundversorger und Grundversorgerinnen waren mit ihrer Tätigkeit zufrieden – in Deutschland und Frankreich waren dies nicht einmal 30 %. Doch die Entwicklung in der Schweiz war negativ: Die Zufriedenheit war deutlich gesunken, Stress und administrative Arbeiten waren hingegen stark gestiegen. Jeder vierte Befragte plante die Patientenversorgung bald zu verlassen und jede dritte Praxis (32 %) nahm keine neuen Patienten und Patientinnen mehr auf – mehr als doppelt so viele wie zehn Jahre zuvor (14 %) [2].

### Die Strategie zur Förderung verstärkte den Mangel

Der Mangel hat einen einfachen Grund: Die Schweiz bildet viel zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus – und dies ausgerechnet auf Basis der bundesrätlichen «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» [3]. Diese berechnete im Jahr 2011, dass man «in Zukunft zwischen 1200 – 1300 Ärztinnen und Ärzte» pro Jahr ausbilden

müsse, um das Arbeitsvolumen «vollständig mit in der Schweiz ausgebildeten Medizinalpersonen» zu decken. Die Strategie versprach zukünftigen Mehrbedarf durch «Effizienzsteigerungen» abzufangen und behauptete abnehmende Arbeitspensen und wahrscheinliche Berufsabgänge bereits einzuberechnen [3]. Ihr Ergebnis lag weit neben der Realität: Seit 2012 zählte die Schweiz jährlich nie weniger als 3200 neue Arzt diplome, meist sogar um die 4000. Von diesen neuen Ärztinnen und Ärzten kamen jedoch 72 % aus dem Ausland [4,5].

### Welche Fachärzte wir haben, entscheidet sich im Ausland

Unsere neuen Ärztinnen und Ärzte bringen aber oft nicht nur das Medizinstudium, sondern auch bereits die abgeschlossene fachärztliche Weiterbildung aus dem Ausland mit. Da die Schweiz weit unter ihrem Bedarf aus- und weiterbildet, ist dies immer häufiger der Fall: Von den neuen Fachärztinnen und -ärzten, die zwischen 2003 und 2012 ihre Tätigkeit aufnahmen, kamen «nur» 37 % fertig weitergebildet aus dem Ausland. Von denen, die zwischen 2013 und 2022 neu begannen, hatten dann bereits 46 % ihre fachärztliche Weiterbildung im Ausland absolviert [4].

### Auslandsabhängigkeit verursacht Grundversorgermangel

Die Folgen der starken Auslandsabhängigkeit spürt vor allem die Grundversorgung, denn das Ausland füllt unsere Lücken vor allem in den Spezialdisziplinen. Von den einwandernden Kolleginnen und Kollegen decken seit Jahrzehnten nur etwa 30 % Grundversorgerdisziplinen wie Allgemeine Innere Medizin, Pädiatrie und Praktischer Arzt ab. Von den in der Schweiz weitergebildeten Fachärzten und -ärztinnen sind es jedoch seit 1990 konstant um die 45 %. Das Interesse an Grundversorgerdisziplinen hat nicht abgenommen, wie viele behaupten – aber die Auslandsabhängigkeit zugenommen. Wer den Grundversorgermangel beheben möchte, muss die Auslandsabhängigkeit reduzieren. Sobald die Schweiz genug Fachärzte und -ärztinnen selbst weiterbildet, stimmt auch die Verteilung über die Disziplinen wieder.

### Dem Grundversorgermangel kann schnell ein Spezialistenmangel folgen

Für mehr inländische Aus- und Weiterbildung spricht auch ein weiterer Grund: Immer mehr europäische Länder, aktuell bereits 20, leiden unter Ärztemangel [6]. Gelingt es diesen Ländern zukünftig besser ihre Ärzte und Ärztinnen zu behalten, würde in der Schweiz auch in den Spezialdisziplinen

verstärkt Mangel entstehen – und die Patienten und Patientinnen empfindlich treffen. Aktuell nehmen die Einwohner und Einwohnerinnen in der Schweiz jedes Jahr neben durchschnittlich 2.3 Terminen der Grundversorgung auch 1.7 Termine bei Spezialärzten und -ärztinnen in Anspruch [7]. Der langfristige und internationale Trend hin zu mehr Spezialisierung zeigt sich dabei auch in der Schweiz [7], und wird sich aufgrund der immer schneller wachsenden medizinischen Kenntnisse und Möglichkeiten fortsetzen.

### Gute Grundversorgung braucht breite Aus- und Weiterbildung

In dieser Situation bieten auch die in jüngster Zeit vermehrt vorgeschlagenen spezifischen Grundversorgerstudiengänge keine Lösung, im Gegenteil. Sie verkennen die zentrale Ursache des heutigen Mangels – die Auslandsabhängigkeit – und riskieren überdies unsere Versorgung zu verschlechtern: Die Hausärzteschaft kann heute nur deshalb so viele Gesundheitsprobleme behandeln, weil sie über eine breite Aus- und Weiterbildung mit Einblicken in viele andere Disziplinen verfügt. Würde die Grundversorgung dieses Fundaments beraubt, würden ihre Qualität sinken und die Überweisungen an Spezialdisziplinen steigen. Die Grundversorgung würde damit zur Medizin zweiter Klasse.

Hausärzte und -ärztinnen hätten eine weniger befriedigende Tätigkeit, könnten sich mit spezialärztlichen Kolleginnen und Kollegen nicht mehr auf Augenhöhe austauschen und würden langfristig sicher auch schlechter bezahlt. Die Grundversorgung würde damit abgewertet statt aufgewertet und zur beruflichen Sackgasse.

### Gute Grundversorgung braucht gute Rahmenbedingungen

Viele politische Diskussionen zeigen leider, dass es oft an Verständnis für die zentralen Voraussetzungen einer guten – und nicht zuletzt auch kosteneffizienten – Patientenversorgung fehlt. Im Falle der Grundversorgung gehören dazu neben der breiten Wissensbasis und klinischen Erfahrung auch wichtige Infrastrukturen wie das Praxislabor: Es unterstützt schnellere und gezieltere Therapien, reduziert Folgetermine und vermeidet Besuche auf Notfallstationen. Trotzdem muss die FMH regelmässig Gesetzesvorstössen entgegenreten, die dem Praxislabor seine Grundlagen entziehen würden. Erst in der aktuellen Sommersession bewahrte uns der Ständerat vor einem Gesetz, das eine differenzierte Tarifierung der Praxislabore verunmöglicht und eine irrsinnige administrative Zusatzbelastung verursacht hätte [8]. Die Befürwortung dieses Gesetzes durch den Nationalrat

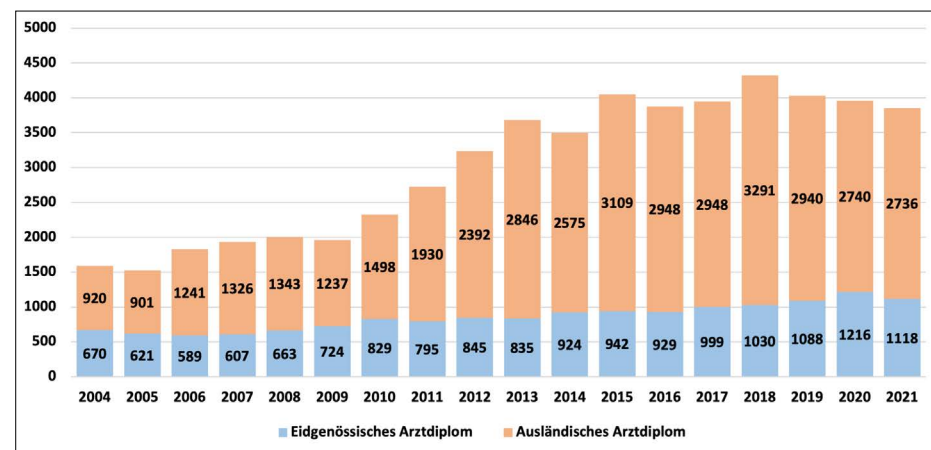


Abbildung 1: Die Bedarfsschätzung des Bundes, dass man nur 1200 bis 1300 neue Arztdiplome pro Jahr brauche, lag weit neben der Realität. Darum deckt die Schweiz ihren Bedarf mit ausländischen Kollegen und Kolleginnen [5].

verdeutlicht zudem, dass die Problematik der administrativen Belastung immer noch nicht Ernst genommen wird. In der IHP-Studie nannten 68 % der Grundversorgenden die administrativen Arbeiten ein grosses Problem – ein internationaler Spitzenwert [1]. Es braucht also dringend Entlastung – und keinen politischen Zuspruch für neue bürokratieintensive Regulierungen, sofern sie nur Kosten- oder Qualitätsvorteile behaupten.

### Gute Grundversorgung braucht normale Arbeitspensen

Sicher kontraproduktiv ist es, die Versäumnisse der letzten Jahrzehnte nun den Ärztinnen und Ärzten der Grundversorgung anzulasten, die in «Teilzeit» arbeiten. Wer nach einer langen Assistenzarztzeit mit über 50 Wochenstunden

und vielen Nacht- und Wochenenddiensten am Spital in die Praxis wechselt und dann seinem Privatleben mehr Raum gibt, sollte weder Strafzahlungen noch Vorwürfe befürchten müssen. Im letzten IHP-Survey arbeiteten zudem 84 % der Grundversorger und 61 % der Grundversorgerinnen über 35 Wochenstunden, die meisten von ihnen über 45 Stunden [2]. Damit liegen die Arbeitspensen noch immer höher als in der übrigen Bevölkerung [9]. Dass durch die Normalisierung ärztlicher Arbeitspensen pro Studienplatz weniger Arztzeit resultiert, mag ein Nachteil sein. Der Vorteil ist jedoch, dass der Arztberuf nicht mehr nur für Menschen lebbar ist, die auf ein Privatleben weitgehend verzichten oder es an ihre Ehefrau delegieren können.

### Gute Versorgung braucht gut informierte Politik

Die Behebung des Grundversorgermangels braucht gut informierte Entscheidungen: Dazu gehört die Erkenntnis, dass die Ursache unseres Mangels die Auslandsabhängigkeit ist und die Akzeptanz, dass wir mehr Ärztinnen und Ärzte in allen Disziplinen benötigen. Es braucht darum übergreifend mehr Aus- und Weiterbildung, was auch der Grundversorgung als anspruchsvoller Spezialisierung für die Breite gerecht wird, sowie die Schaffung guter Rahmenbedingungen, in denen Patientenversorgung Freude macht und nicht von Administration verdrängt wird.

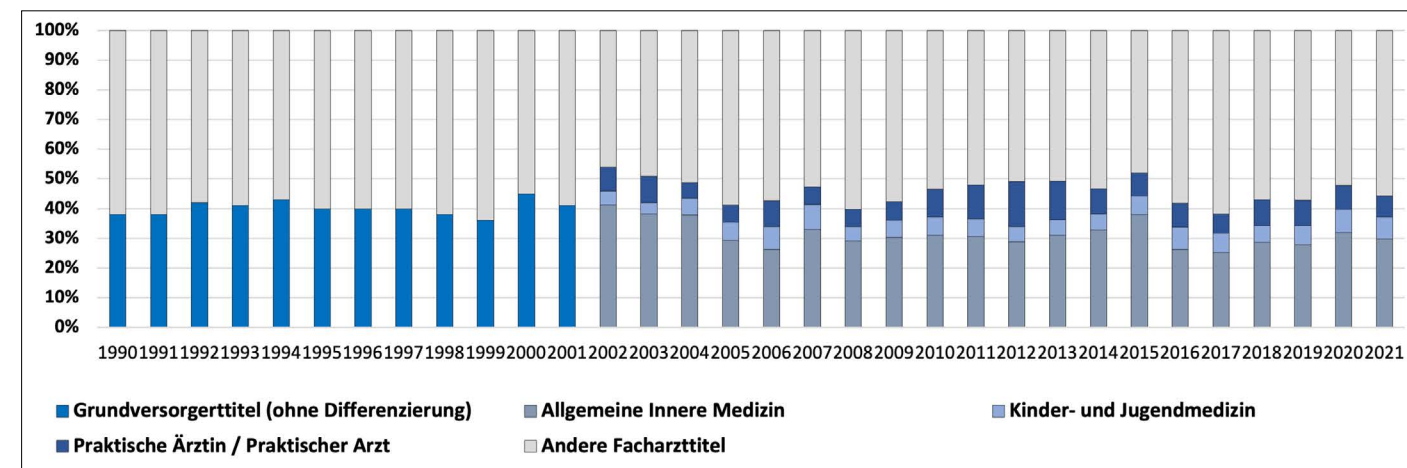


Abbildung 2: Ärztinnen und Ärzte, die in der Schweiz ihre Facharztweiterbildung machen, wählen seit Jahrzehnten ähnlich häufig Fachdisziplinen der Grundversorgung [5].

### Referenzen

- Medienmitteilung BAG vom 14. Februar 2023. Internationaler Vergleich: Ärztinnen und Ärzte der Schweizer Grundversorgung bewerten die Leistungen des Gesundheitssystems am besten. URL: <https://www.news.admin.ch/de/nsb?id=93048>
- Datentabellen abrufbar unter URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-international-health-policy-survey-ihp-des-commonwealth-fund-laendervergleiche/ihp-befragungen-aerztinnen-und-aerzte-in-der-grundversorgung.html>
- Bericht des Bundesrates vom 23.11.2011. Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin in Erfüllung der Motion 08.3608 von Nationalrätin Jacqueline Fehr «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» vom 2. Oktober 2008, URL: <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/medizinische-grundversorgung/bericht-br-strat-aerztmangel-foerderung-ha-med.pdf.download.pdf/bericht-br-strat-aerztmangel-foerderung-ha-med-d.pdf>
- Daten verfügbar unter URL: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/zahlen-und-statistiken/statistiken-berufe-im-gesundheitswesen/statistiken-medizinalberufe1/statistiken-aerztinnen-aerzte.html>
- Wille N, Gilli Y. Ärztemangel: Nicht nur die Energie kommt aus dem Ausland. Schweizerische Ärztezeitung 2023;104(1–2):30–32; URL: <https://report2023.fmh.ch/files/pdf30/saez-2023-21366.pdf>
- OECD, Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. URL: [https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024\\_b3704e14-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html)
- Schweizerische Gesundheitsbefragung 2022. Übersicht. Pdf unter URL: <https://dam-api.bfs.admin.ch/hub/api/dam/assets/28625352/master>
- 24.037 Geschäft des Bundesrates. KVG (Tarife der Analysenliste). Änderung <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20240037>
- <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/wirtschaftliche-soziale-situation-bevoelkerung/gleichstellung-frau-mann/erwerbstaetigkeit/teilzeitarbeit.html>

# TARDOC Einführung: Alles was Sie zum Thema Besitzstand wissen müssen

**Besitzstand** Das Thema Besitzstand für TARDOC und Ambulante Pauschalen beschäftigt die gesamte Ärzteschaft bis am 30.09.2025 besonders stark. Hier ein Überblick der wichtigsten Informationen und Fragen zum Thema.



## Die wichtigsten Informationen zum Thema Besitzstand finden Sie hier:

- Besitzstände müssen im Zeitraum vom 01.07.2025 bis am 30.09.2025 beantragt werden. Zu einem späteren Zeitpunkt wird dies nicht mehr möglich sein.
- Dazu müssen die Ärztinnen und Ärzte erst herausfinden, welche TARDOC-Tarifpositionen und Ambulante Pauschalen sie in Besitzstand nehmen müssen.
- Besitzstand **kann alle Ärztinnen und Ärzte** betreffen, auch solche, die bisher keinen Besitzstand hatten. Dies weil einige Tarifpositionen in der qualitativen Dignität etwas eingeschränkt worden sind.
- Die entsprechenden Vorgänger-Tarifpositionen aus dem TARMED muss der Arzt/die Ärztin zwischen 01.01.2022 und 31.12.2024 regelmässig (mindestens 5-mal pro Jahr) erbraucht und abgerechnet haben.

- Pro TARDOC-Tarifposition und Ambulante Pauschalen, welche die Ärztin/der Arzt in Besitzstand nehmen will, stellt die OAAT eine Gebühr von CHF 50.– in Rechnung. (**Hinweis:** Besitzstand müssen Sie nur für Hauptleistungen im TARDOC und für Basisfallgruppen bei den Ambulanten Pauschalen in Besitzstand nehmen. Weitere Informationen dazu finden auf unserer Webseite gemäss Links weiter unten)

## In Folgenden finden Sie eine ganze Reihe von Fragen, die sich im Laufe des Prozesses für Ärztinnen und Ärzte stellen werden. Unsere zugehörigen Antworten und Prozess-Abläufe sollen all die Ärztinnen und Ärzten, welche sich mit dem Thema Besitzstand auseinandersetzen müssen zu befähigen, selbständig ihren Besitzstand zu beantragen.

- Was ist unter Besitzstand im Zusammenhang mit TARDOC und Ambulanten Pauschalen zu verstehen?
- Wozu und wofür muss ich zwischen dem 01.07.2025 und dem 30.09.2025 Besitzstand für TARDOC und Ambulante Pauschalen beantragen?
- Welche Tarifpositionen des TARDOC und Ambulante Pauschalen kann ich in Besitzstand nehmen (wie muss ich vorgehen, um mir eine entsprechende Liste zusammenzustellen)?

- Wie kann ich sicherstellen, dass ich nicht Besitzstand für eine TARDOC-Tarifposition und Ambulante Pauschale beantrage, die ich gar nicht in Besitzstand nehmen kann oder muss?
- Wie, wo und wann muss ich Besitzstand beantragen?
- Muss ich mich in jedem Fall um das Thema Besitzstand für TARDOC respektive Ambulante Pauschalen ab 01.01.2026 kümmern, wenn ich bisher Besitzstand habe?
- Muss ich mich um das Thema Besitzstand für TARDOC respektive Ambulante Pauschalen ab 01.01.2026 kümmern, wenn ich bisher keinen Besitzstand habe?
- Wo kann/muss ich mich melden, um herauszufinden, welche TARMED-Tarifpositionen ich aktuell im Besitzstand habe?
- Wo finde ich weitere Informationen zum Thema Besitzstand für TARDOC und Ambulante Pauschalen?

Die detaillierte Beantwortung dieser Fragen finden Sie auf **unserer Website**; [Besitzstand | TARDOC und Ambulante Pauschalen](#). Ausserdem empfehlen wir Ihnen, falls möglich, sich bei der **Online-Veranstaltung «Infolunch» der OAAT** zum Thema **Beantragung von Besitzständen** in der **Datenbank LegiData** vom **03.07.2025 (12:30 – 13:00 Uhr)** einzuwählen: ([Infoveranstaltungen – OAAT OTMA > Infolunch 3 – LegiData \(Beantragung von Besitzständen\)](#)). Dort werden Sie darüber informiert, wie Sie Besitzstand beim SASIS Portal beantragen können.

# Kategorisierung der Wirksamkeit von Antibiotika

**Einheitliche Kommunikation** Die EUCAST-Kategorien zur Antibiotika-Wirksamkeit wurden neu definiert. Besonders die Bedeutung der Kategorie «I – empfindlich, erhöhte Exposition» sorgt für Diskussionen. Das Swiss Antibigram Committee (SAC) betont die Notwendigkeit einer einheitlichen Kommunikation zur Sicherstellung der optimalen Therapieentscheidung.

**Stefano Mancini**  
PD Dr. sc., Universität Zürich, SAC-Koordinator

**Sarah Tschudin-Sutter**  
Prof. MD MSc, Universitätsspital Basel, SAC-Mitglied

Die vom «European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing» (EUCAST) festgelegten Kategorien zur Bewertung der Empfindlichkeit von Bakterien gegenüber Antibiotika sind für die klinische Praxis von entscheidender Bedeutung. Sie unterstützen Ärztinnen und Ärzte dabei, die Wirksamkeit eines Antibiotikums gegen einen spezifischen Erreger einzuschätzen und die optimale Dosierung festzulegen. Im Januar 2019 hat EUCAST die klinischen Kategorien S (Empfindlich) und I (Intermediär) für die Einteilung der Wirksamkeit der Antibiotika wie folgt neu definiert [1]:

- S = Empfindlich
- I/i = Empfindlich, erhöhte Exposition
- R = Resistent

Die EUCAST-Tabellen mit klinischen Grenzwerten legen fest, welche Antibiotikadosierung für eine wirksame Behandlung empfohlen wird. Dabei wird zwischen einer Standarddosierung und einer höheren Dosierung, um eine erhöhte Exposition zu erreichen unterschieden [2]. Als Folge davon, empfahl das Schweizer Antibigramm-Komitee (Swiss Antibigram Committee, SAC) den Buchstaben «I/i» zur Kennzeichnung der Kategorie «Empfindlich, erhöhte Exposition» gemäss den EUCAST-Richtlinien zu verwenden [3].

Einige Labore haben jedoch einen anderen Buchstaben/Akronym (wie S\* oder SDD – empfindlich-dosisabhängig) übernommen, um diese Kategorie zu melden und Unklarheiten unter Klinikern zu verhindern. Diese Entscheidung basierte auf der Überlegung, dass der Buchstabe 'I' vor der Anpassung im Jahr 2019 von EUCAST verwendet wurde, um eine «Intermediär»-Kategorie anzuzeigen, die von Laboren und Klinikern

oft als «Resistent» interpretiert wurde. Die uneinheitliche Verwendung unterschiedlicher Bezeichnungen kann jedoch zu Missverständnissen führen, insbesondere wenn Patienten zwischen verschiedenen Institutionen verlegt werden. Das SAC betont daher die Notwendigkeit einer klaren und einheitlichen Kommunikation zwischen Laboren und Klinikern, um eine korrekte Interpretation der Testergebnisse sicherzustellen und eine optimale Therapieentscheidung zu ermöglichen.

## Bedeutung der Kategorie «I – Empfindlich, erhöhte Exposition»

Die neue Definition der Kategorie «I» bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs hoch ist, wenn die Exposition des Erregers gegenüber dem Antibiotikum erhöht wird, entweder durch eine erhöhte Dosierung oder durch eine erhöhte Konzentration des Antibiotikums am Infektionsort aufgrund pharmakokinetischer Eigenschaften. Im Gegensatz dazu hat die frühere Definition der Kategorie «Intermediär» (ebenfalls als «I» abgekürzt) eine unsichere Wirksamkeit impliziert, so dass in der klinischen Praxis auf die Verabreichung des entsprechenden Antibiotikums häufig verzichtet wurde. Antibiotika, welche anhand der neuen Klassifikation als «I» eingestuft werden, können jedoch zur Therapie eingesetzt werden, sofern eine höhere Dosis des Antibiotikums im Vergleich zur Standarddosierung verabreicht werden kann (oder wenn aufgrund pharmakokinetischer Eigenschaften eine erhöhte Konzentration am Infektionsort vorliegt). Solche Situationen, die eine «erhöhte Exposition» erfordern, treten insbesondere bei Infektionen auf, bei denen die Standarddosierung möglicherweise nicht ausreicht, um eine erfolgreiche Therapie zu gewährleisten. Dies kann auf pharmakokinetische und pharmakodynamische Eigenschaften des Antibiotikums, einen erhöhten MHK-Wert innerhalb des Empfindlichkeitsbereichs, Eigenschaften des Erregers oder schwer zugängliche Infektionsherde (z. B. ZNS-Infektionen, Biofilme) zurückzuführen sein. In diesen Fällen ist eine optimierte Dosierung entscheidend,

um eine ausreichende Wirkstoffkonzentration am Infektionsort zu erreichen und die bestmögliche therapeutische Wirksamkeit sicherzustellen.

## Beispiel: Behandlung von *Pseudomonas aeruginosa*

Ein klassisches Beispiel ist die Therapie von Infektionen mit *P. aeruginosa*. Hier werden beim Fehlen von zusätzlichen Resistenzmechanismen gemäss der neuen Klassifikation die gegen *P. aeruginosa* wirksamen Antibiotika Piperacillin-Tazobactam, Ceftazidim, Cefepim und Imipenem immer als «I» (und nie als «S») klassifiziert. Dies bedeutet, dass diese Substanzen für die Therapie eingesetzt werden können, sofern eine höhere Dosierung gewählt wird. Das Carbapenem Meropenem wird beim Fehlen zusätzlicher Resistenzmechanismen weiterhin als «S» eingestuft (analog der früheren Klassifikation) und kann somit in der Standarddosierung angewendet werden. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass eine Therapie mit Meropenem in der Standarddosierung nicht

einer Therapie mit den als «I» eingestuften Antibiotika in höherer Dosierung vorzuziehen ist. Im Gegenteil ist die Nutzung der anderen Antibiotikaklassen zu bevorzugen, um einem übermässigen Verbrauch von Meropenem entgegenzuwirken, da ein solcher zu einem Anstieg von Carbapenem-resistenten Bakterien führen kann.

## Schlussfolgerung und Empfehlungen an die Kliniker

Es ist von entscheidender Bedeutung, dass Klinikerinnen und Kliniker die korrekte Bedeutung der neuen Kategorien verstehen, um die beste therapeutische Entscheidung zu treffen und unnötigen Einsatz von breitenwirksamen Antibiotika zu vermeiden. Ein enger Austausch zwischen den Laboren und den behandelnden Ärzten ist unerlässlich, um Missverständnisse bei der Interpretation der Ergebnisse zu vermeiden.

*Korrespondenz*  
[smancini@imm.uzh.ch](mailto:smancini@imm.uzh.ch)

## Resistenzprüfung im ambulanten Bereich

### Kommentar von Dr. med. Carlos Quinto, MPH und Mitglied des Zentralvorstandes FMH

Resistenzprüfungen gewinnen immer mehr an Bedeutung – nicht nur im stationären, sondern auch im ambulanten Bereich. Die Zunahme der Antibiotikaresistenzen ist ein weltweites Problem. Aus gewissen Ländern kehren Patientinnen und Patienten gehäuft mit resistenten Erregern zurück. Auch in der Hausarztpraxis zeigen die extern durchgeführten bakteriologischen Resistenzprüfungen manchmal Überraschendes: Beispielsweise können bei Patientinnen mit Harnwegsinfekten zunehmend resistente Bakterien nachgewiesen werden, ohne dass sie in den letzten Jahren ärztlich antibiotisch behandelt wurden. In diesen Fällen ist anamnestisch eine vorangegangene Reise oder ein Erholungsaufenthalt mit Baden in kleinen Warmwasserpools typisch. Neuerdings werden zudem auch vermehrt Mykosen mit Resistenzproblemen registriert, wenn auch seltener im Vergleich zu den Bakterien.

## Die richtige Wahl des Wirkstoffs

Insofern ist es wichtig, dass die Klassifizierung S/I/R international konsistent ist. «S» und «R» sind klar. Für Fälle der Kategorie «I» (I= empfindlich, erhöhte Exposition) ist es hilfreich, wenn in den Guidelines und idealerweise im anesis guide entsprechende Dosierungsempfehlungen aufgeführt werden. Der anesis guide deckt ein wesentliches Bedürfnis in der ambulanten medizinischen Versorgung ab und ist hilfreicher als weitere praxisferne Regulationen, die nur zu mehr administrativem Aufwand, Kosten und einer schlechteren Patientenversorgung führen. Dies insbesondere in Zeiten, in denen die Medikamentenversorgung weiterhin ein grosses, ungelöstes Problem darstellt und die Entwicklung neuer Antibiotika ein noch viel grösseres. Zudem ist aufgrund von Allergien, Unverträglichkeiten, Nebenwirkungen und Interaktionen auf individueller Patientenebene die Wahrung der ärztlichen Therapiefreiheit entscheidend, um nach bestem Wissen und Gewissen unter verschiedenen Antibiotika das geeignetste Präparat auszuwählen zu können.

## Literatur

- 1 [https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST\\_files/Guidance\\_documents/To\\_clinical\\_colleagues\\_on\\_recent\\_changes\\_in\\_clinical\\_microbiology\\_susceptibility\\_reports\\_9\\_July2021.pdf](https://www.eucast.org/fileadmin/src/media/PDFs/EUCAST_files/Guidance_documents/To_clinical_colleagues_on_recent_changes_in_clinical_microbiology_susceptibility_reports_9_July2021.pdf)
- 2 [https://www.eucast.org/clinical\\_breakpoints](https://www.eucast.org/clinical_breakpoints)
- 3 <https://www.swissmicrobiology.ch/who-we-are/sciences/clinical-microbiology/swiss-antibigram-committee-sac>

# Personalien

## Todesfälle / Décès / Decessi

*Heidi Schaer* (1938),  
† 9.2.2025, Fachärztin für  
Anästhesiologie, 3097 Liebefeld  
*Jean-Francis Rossat* (1944),  
† 18.3.2025, Spécialiste en gynécologie  
et obstétrique, 1173 Féchy  
*Mohamed Tajeddin* (1957),  
† 27.5.2025, Spécialiste en médecine  
interne générale, 1205 Genève  
*Peter Ducret* (1937),  
† 31.5.2025, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin, 8802 Kilchberg

## Praxiseröffnung / Nouveaux cabinets médicaux / Nuovi studi medici

### Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied  
hat sich angemeldet:

*Marisa Emmanuelle Blanquet*, Fach-  
ärztin für Neurologie, Mitglied FMH,  
Berner Neurologie, Waisenhausplatz 28,  
3011 Bern

*Frederick Schuster*, Facharzt für Ra-  
diologie, Mitglied FMH, Radiologie  
Sonnenhofspital, Buchserstrasse 30,  
3006 Bern

*Jonas Hahn*, Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie, Mitglied FMH,  
Praxis Weissenbühl, Weissenbühlweg 3,  
3007 Bern

*Gabriele Cirigliano*, Facharzt für Or-  
thopädische Chirurgie und Traumatolo-  
gie des Bewegungsapparates, Ortho-  
pädie Sonnenhof, Salvisbergstrasse 4,  
3006 Bern

Einsprachen gegen dieses Vorhaben  
müssen innerhalb 14 Tagen seit der Ver-  
öffentlichung schriftlich und begründet  
bei den Co- Präsidenten des Ärztlichen  
Bezirksvereins Bern Regio eingereicht  
werden. Nach Ablauf der Frist entschei-  
det 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:

*Ruth Brechbühl-Litzel*, Fachärztin  
für Gynäkologie und Geburtshilfe,  
Mitglied FMH, Frauenpraxis am See,  
Alpenstrasse 1, 6004 Luzern

*Marko Kraljevic*, Facharzt für  
Chirurgie, Chirurgie Zentrum St. Anna  
AG, Lützel mattstrasse 1, 6006 Luzern

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

### Ärztegesellschaft des Kantons Schwyz

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

*Tobias Tessmann*, Facharzt für  
Anästhesiologie, 50 % Pfäffikon

*Bruno Vogt*, Facharzt für Allgemeine  
Innere Medizin und Facharzt für  
Nephrologie, Mitglied FMH,  
60–80 %, Lachen

Einsprachen gegen diese Aufnahme  
richten Sie schriftlich innert 20 Tagen  
an Dr. med. Jörg Frischknecht, Bahnhof-  
strasse 31, 6440 Brunnen oder per Mail  
an [joerg.frischknecht@hin.ch](mailto:joerg.frischknecht@hin.ch).

### Unterwaldner Ärztesgesellschaft

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft  
hat sich gemeldet:

*Lisbah Barsaume*, Fachärztin für  
Kinder- und Jugendmedizin, Mitglied  
FMH, Kinderärzte Obwalden,  
Marktstrasse 8, 6060 Sarnen

Einsprachen sind innert 20 Tagen nach  
der Publikation schriftlich und begrün-  
det zu richten an untenstehende Adresse:

### Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug

Zur Aufnahme in die Ärzte-Gesellschaft  
des Kantons Zug als ausserordentliches  
Mitglied hat sich angemeldet:

*Alex Alfieri*, Facharzt für Neurochir-  
urgie, Mitglied FMH, Hirslanden Ärzte-  
zentrum Lorze, Dorfplatz 1, 6330 Cham

*Urs Michael Mutter*, Facharzt für  
Neurochirurgie, Mitglied FMH, c/o  
Sportmedizin Cham, Seestrasse 3,  
6330 Cham

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

# Mitteilungen

## Prüfung zur Erlangung der Fähigkeits- ausweise Elektroenzephalographie (SGKN), Elektroneuromyographie (SGKN) und Zerebrovaskuläre Sono- graphie (SGKN)

Zur Erlangung der Fähigkeitsausweise  
Elektroenzephalographie (SGKN),  
Elektroneuromyographie (SGKN) und  
Zerebrovaskuläre Sonographie (SGKN)  
ist neben den übrigen Voraussetzungen,  
welche im Internet unter [www.siwf.ch](http://www.siwf.ch)  
abrufbar sind, eine abschliessende be-  
standene theoretische und praktische  
Prüfung obligatorisch. Die gesamte  
Ausbildungszeit und die geforderten  
Untersuchungszahlen müssen bis zur  
Prüfungsanmeldefrist gemäss Fähig-  
keitsprogramm erreicht und dokumen-  
tiert sein.

### Prüfungsdaten

Donnerstag und Freitag, 27.11. und  
28.11.2025

### Ort

Luzerner Kantonsspital,  
Neurologische Klinik, 6000 Luzern 16

### Gebühr

Mitglieder der SGKN: CHF 750.00  
Nichtmitglieder der SGKN:  
CHF 1 400.00

### Anmeldung

Online unter [www.sgkn.ch](http://www.sgkn.ch) (Rubrik  
Weiterbildung, Prüfungen)

### Auskünfte

Geschäftsstelle SGKN  
Frau Christa Kubat  
Blumenweg 13  
5036 Oberentfelden  
[info@sgkn.ch](mailto:info@sgkn.ch)

### Anmeldefrist

15. Oktober 2025