



+ ja 24. November
zur einheitlichen
Finanzierung

- Editorial von Christoph Bosshard
- SGPP: Prävention von freiheitsbeschränkenden Massnahmen
- SCOHPICA: Längsschnittanalyse der Gesundheitsfachkräfte

Inhalt

Editorial von Christoph Bosshard	3
Prävention von freiheitsbeschränkenden Massnahmen in der Psychiatrie	5
SCOHPICA: Längsschnittanalyse der Gesundheitsfachkräfte	9
Swissmedic	13
Personalien	14
Mitteilungen	16

Das Once-Only-Prinzip erfolgreich gelebt

MAS-Erhebung des BFS *Die Erhebung der Strukturdaten von Arztpraxen und ambulanten Einrichtungen durch das Bundesamt für Statistik (BFS), auch bekannt als MAS-Erhebung, bildet eine zentrale Datengrundlage für das Schweizer Gesundheitswesen, um insbesondere der praxisambulanten Versorgung Sichtbarkeit zu verleihen. Die FMH unterstützt diese Erhebung, da die erfassten Daten unverzichtbar sind für eine faktenbasierte standespolitische Arbeit und für die Gestaltung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen.*



Christoph Bosshard,
Dr. med., Vizepräsident der FMH,
Departementsverantwortlicher
DDQ

In einer Zeit, in der die Spital-Defizite die medialen Schlagzeilen prägen, ist es sehr wichtig, der effizientesten und kostengünstigsten Versorgungsform, der praxisambulanten Medizin, mehr Sichtbarkeit zu verleihen. Die Strukturdaten, die im Rahmen der MAS-Erhebung gesammelt werden, liefern hierzu entscheidende Informationen über die Verteilung und Organisation der medizinischen Versorgung in der Schweiz. Dazu zählen Angaben zur Anzahl und Art der Praxen, der Fachrichtungen, der zur Verfügung stehenden Mitarbeitenden (oder Praxis-Mitarbeitenden), sowie zur technischen Ausstattung der ambulanten Einrichtungen. Diese Daten sind von unschätzbarem Wert, um die Versorgungssituation zu analysieren, regionale Unterschiede in der ärztlichen Versorgung zu erkennen und die Zukunft des Gesundheitswesens nachhaltig zu planen.

Die Bedeutung der MAS-Erhebung für die Gesundheitsversorgung in der Schweiz

Am 18.10.2024 publizierte das BFS die MAS-Daten 2022 [1]. Die Ergebnisse sind stabil zu den letzten Jahren und zeigen deutlich die Herausforderungen für die Ärzteschaft auf: 19 313 Ärztinnen und Ärzte (in VZÄ) arbeiten in 17 631 Unternehmen. Der Frauenanteil liegt bei 42 Prozent. Bei der Alterskategorie unter 45 Jahre liegt der Frauenanteil bei

57 Prozent. Bei der Altersstruktur weist die MAS-Erhebung aus, dass ca. 45 Prozent der Ärztinnen und Ärzte 55 Jahre alt oder älter sind. Während den nächsten 10 Jahren erreichen diese Ärztinnen und Ärzte das Pensionierungsalter. Damit die Versorgungssicherheit sichergestellt werden kann, sind u. a. weitere regulatorischen Vorgaben und zusätzliche

Die Strukturdaten liefern entscheidende Informationen über die Verteilung und Organisation der medizinischen Versorgung in der Schweiz.

administrative Aufwände zu vermeiden. Gute und sinnstiftende Arbeitsbedingungen sind zu sichern, die Vereinbarkeit von Beruf- und Privatleben zu fördern – nur so können wir gemeinsam sicherstellen, dass die Ärztinnen und Ärzte – über alle Altersgruppen hinweg – ihre Zeit primär mit und an der Patientin, am Patienten einsetzen können.

Vor der MAS-Erhebung ist nach der MAS-Erhebung. Die Strukturdaten für das Jahr 2023 werden ab dem 11. November 2024

erhoben. Auch wenn das Intervall der Erhebung gefühlt sehr eng ist, zeigen die Ergebnisse die wichtige und zentrale Rolle einer fundierten und soliden Erhebung für das Gesundheitswesen auf.

Datenqualität: Der Schlüssel zu einer erfolgreichen Erhebung

Ein zentrales Anliegen der FMH ist es, die hohe Datenqualität sicherzustellen und weiterzuentwickeln. Die Genauigkeit und Verlässlichkeit der erhobenen Daten hängen entscheidend von der Teilnahmebereitschaft der Arztpraxen und ambulanten Einrichtungen ab. Eine hohe qualitative und auch quantitative Datenqualität hilft uns, verzerrte Darstellungen zu vermeiden und die ärztlichen Interessen effektiv zu vertreten.

Once-Only-Prinzip gelebt

Wie auch Digisanté – das Programm des Eidgenössischen Departements des Inneren (EDI) zur Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen [2] – in seinen Grundzügen festhält, sollen Informationen nicht mehrfach erhoben werden, sondern nur einmal (Once-Only-Prinzip). Die Ärzteschaft lebt dieses Prinzip unter anderem im Rahmen der MAS-Erhebung seit fast 10 Jahren erfolgreich. Die FMH konnte zusammen mit ihren Partnern NewIndex und Ärztekasse einen Web-Service aufbauen, welcher es ermöglicht, dass bereits vorhandene Daten von den

Mitgliedern, die dies wünschen, per Knopfdruck in den neuen Fragebogen übertragen werden können. Dies erleichtert nicht nur die Arbeit, sondern gewährleistet auch eine hohe Datenqualität. Den Partnern NewIndex und Ärztekasse (Rollende Kostenstudie Roko) möchte ich an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit danken. Die FMH motiviert alle Akteure im Gesundheitswesen, diesem Prinzip zu folgen, keine redundanten Erhebungen zu lancieren und die vorhandenen, verlässlichen Daten zu verwenden. Bekanntlich – und wie es die MAS-Erhebung auch aufzeigt – haben wir in gewissen Regionen und Fachrichtungen einen Fachkräftemangel. Zusätzliche administrative Aufwände für die Ärztinnen und Ärzte haben eindeutig keinen Platz mehr. Nutzen wir gemeinsam das Once-Only-Prinzip – für eine verlässliche und guten Datenqualität und zur Entbürokratisierung des Gesundheitswesens.

Für die FMH sind die Ergebnisse aus der MAS-Erhebung wichtig, da sie eine schliesslich vom Bund validierte und damit unabhängige und verlässliche Datengrundlage darstellt (z. B. im Rahmen der Berechnung der Höchstzahlen). Die FMH dankt allen Arztpraxen und ambulanten Zentren für die aktive Teilnahme an der MAS-Erhebung.

Ein zentrales Anliegen der FMH ist es, die hohe Datenqualität sicherzustellen und weiterzuentwickeln.

Literatur

- 1 Ergebnisse MAS-Erhebung 2022 [Strukturdaten der Arztpraxen und ambulanten Zentren für das Jahr 2022 - GNP Veröffentlichungen \(admin.ch\)](#) (18.10.2024)
- 2 DigiSanté: [Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen \(admin.ch\)](#)

Prävention von freiheitsbeschränken- den Massnahmen in der Psychiatrie

SGPP-Empfehlungen Die Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) sind explizit aus der Perspektive von klinisch tätigen Psychiaterinnen und Psychiatern, die Notfalldienst leisten sowie von psychiatrischen Kliniken im Schweizer Kontext formuliert. Sie knüpfen an bestehende Leit- und Richtlinien (z. B. SAMW und DGPPN) an und erweitern den Fokus auf präventive Ansätze.

Matthias Jäger

Psychiatrie Baselland (PBL), Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK), Vorstand Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)

Anastasia Theodoridou

Psychiatrie Baselland (PBL),
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK)

Unter Mitarbeit von:

Philippe Conus

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV)

Martin Hatzinger

Solothurner Spitäler (SoH), Vorstand Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)

Stefan Kaiser

Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)

Stefan Klöppel

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (upd)

Undine Lang

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel (UPK)

Fulvia Rota

Präsidentin Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)

Erich Seifritz

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich (PUK),
Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Vorstand Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)

Rafael Traber

Clénia Littenheid, Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP), Vorstand Schweizerische Vereinigung Psychiatrischer Chefärztinnen und Chefärzte (SVPC)

Vollständige Empfehlungen der SGPP

Die vollständigen Empfehlungen der SGPP können unter folgendem Link abgerufen werden:



Die SGPP weist darauf hin, dass die Notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzte, mit komplexen und anspruchsvollen Situationen konfrontiert sind. Der Notfallpsychiater/die Notfallpsychiaterin verantwortet neben einvernehmlichen medizinisch, psychiatrisch-psychotherapeutischen Interventionen, auch Interventionen ohne Zustimmung und ggf. gegen Widerstand der betroffenen Person. Dies betrifft auch die Tätigkeit der Psychiaterinnen und Psychiater, die im stationären Bereich die Fürsorgepflichtige Unterbringung (FU) umsetzen müssen. Die «Fürsorgepflicht» kann dabei im Widerspruch zum Recht auf Selbstbestimmung der betroffenen Person stehen. Die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen sowie Wertesysteme und Einstellung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und gegenüber bewegungseinschränkenden Massnahmen (BEM) und Behandlung ohne Zustimmung (BOZ) haben essenzielle Auswirkungen auf Schwere, Häufigkeit und Dauer der angeordneten Interventionen. Ein nicht nur auf Behandlung, sondern auch auf Prävention ausgerichtetes Gesundheitsversorgungssystem ist ausschlaggebend zur Vermeidung von BEM und BOZ. Prävention beginnt im Vorfeld der Prüfung von Voraussetzungen für eine Anordnung/Verfügung einer FU. Angesichts des bestehenden Fachkräftemangels und der Ressourcenallokationsproblematik sind neben den psychiatrieinternen Optimierungsbestrebungen auch Optimierungen an den gesellschaftlichen

Schnittstellen notwendig. Es besteht Bedarf nach konkreten Ansätzen zur Reduktion vermeidbarer FU, BEM sowie BOZ. Damit die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung mit einer niedrigen Rate von FU, BEM und BOZ arbeiten kann, ist ein früher Einsatz von Präventions- und Deeskalationsstrategien notwendig [1]. Bereits im Vorfeld einer etwaigen FU-Anordnung können entsprechende Angebote vorgehalten und während der gesamten psychiatrisch-psychotherapeuti-

Eine Haltung, die freiheitseinschränkende Massnahmen als vermeidbare Ereignisse betrachtet, wird sich präventiv und genesungsfördernd auswirken.

schen Behandlung in die Planungsentscheide einbezogen werden [2]. Ein Spektrum von niederschweligen Behandlungs- und Unterstützungsangeboten, die auch in Notfallsituationen zur Verfügung stehen, ist – neben allgemeinen gesellschaftlichen Aspekten wie z. B. der Inklusionsbereitschaft – erforderlich, um Alternativen zu FU, BEM und BOZ zu ermöglichen [2]. Zudem braucht es eine klare Trennung der diagnostisch-therapeutischen Aufgaben von den Aufgaben der sozialen Kontrolle respektive von ordnungspolitischen Aufgaben wie der Gewährleistung von Sicherheit für das Individuum bzw. für die Gesellschaft, welche gegenwärtig immer noch an die Psychiatrie delegiert werden.

Voraussetzungen

Bezugnehmend auf die rechtlichen Grundlagen (ZGB sowie kantonale Einführungsgesetze) und die medizinisch-ethischen Richtlinien der SAMW [2] müssen aus medizinisch-psychiatrischer Perspektive folgende Voraussetzungen für die Anordnung einer FU, BEM oder BOZ zwingend kumulativ erfüllt sein. Sämtliche Kriterien sind vor Anordnung sorgfältig und explizit zu prüfen und zu dokumentieren.

- Vorliegen einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung gemäss gängigen Klassifikationskriterien (Schwächezustand)
- Durch die psychische Störung verursachte unmittelbare Eigen- und/oder Fremdgefährdung (Schutzbedürftigkeit)
- Urteilsunfähigkeit in Bezug auf die aktuelle Behandlungsbedürftigkeit
- Keine mildere Massnahme verfügbar (Subsidiarität)
- Der zu erwartende Nutzen der Massnahme wiegt deutlich höher als ein möglicher Schaden (Verhältnismässigkeit)
- Es steht eine geeignete Einrichtung bzw. ein geeignetes Umfeld für die Durchführung der Massnahme zur Verfügung (geeignete Institution)

Im ZGB wird die Feststellung der Urteilsunfähigkeit nicht als Voraussetzung für die FU genannt. Aus ethischer Sicht ist die Anwendung einer Massnahme gegen den Willen einer urteilsfähigen Person jedoch nicht legitim [2], sodass die Voraussetzung Urteilsunfähigkeit bei FU, wie auch BEM und BOZ, geprüft werden muss. Ist eine rechtskräftige Einwilligung zur Aufnahme in eine geeignete Einrichtung nicht möglich, sind die FU-Kriterien zu prüfen und eine FU zu verfügen (Rechtsmittel).

Im Sinne der Subsidiarität sind im Vorfeld der Anordnung einer FU sämtliche Alternativen zu prüfen: ambulante, tagesklinische und aufsuchende Behandlungsangebote, Alternativen zur psychiatrischen Behandlung (Betreuung, soziale Unterstützung), alternative Rahmenbedingungen (z. B. stationäler Rückzugsort), für die ein Einverständnis der betroffenen Person erreicht werden kann [2].

Für eine FU in einer psychiatrischen Klinik ist die nicht anders zu erbringende Behandlung einer psychischen Störung als notwendige Voraussetzung zu betrachten. Steht die Behandlung einer somatischen Störung im Vordergrund ist eine FU in einem Spital angezeigt. Eine FU zur ausschliesslichen Betreuung aufgrund eines Schwächezustandes im Sinne des Gesetzes hat in einer geeigneten (nicht-medizinischen) Wohn-/Betreuungseinrichtung zu erfolgen (s KVG-Leistungspflicht der Kliniken).

Prävention

Prävention von freiheitsbeschränkenden Massnahmen beginnt weit im Vorfeld zur Prüfung der Voraussetzungen für eine Verfügung einer FU, BOZ oder BEM. Die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen sowie zugrundeliegende Wertesysteme und die bestehende Einstellung und Haltung gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen und FU, BEM und BOZ haben essenzielle Auswirkungen auf Schwelle, Häufigkeit und Dauer der angeordneten Massnahmen [3]. Eine Haltung wird sich eher präventiv und genesungsfördernd auswirken, wenn eine BEM/BOZ als vermeidbares und nicht erwünschtes Ereignis deklariert wird und bereits frühzeitig Bedarf der Patienten und Entwicklungsperspektiven in den Vordergrund gestellt werden. In Sinne dieser Haltung dürfen die Risikoabwägung nicht vernachlässigt werden, jedoch steht der Kontext der jeweiligen Situation und ein präventiv-deskalatives Handeln im Vordergrund und nicht lediglich eine Sicherheitsmaximierung. Eine Reihe von Konzepten haben sich als hilfreich für eine präventiv-deeskalative Haltung und Vorgehensweise in psychiatrischen Notfallsituationen und Interaktionen erwiesen.

Prävention beginnt weit im Vorfeld der Prüfung von Voraussetzungen für eine Anordnung einer FU.

Der Ansatz «Zero coercion» ist abgeleitet aus der Suizidprävention [4,5]. Ausgangspunkt eines effektiven präventiven Vorgehens sollte das Ziel der Vermeidung jeder einzelnen Massnahme sein, auch wenn dieses Ziel nie ganz erreicht werden kann. Nur wenn das Ziel «Null» ist, wird in jeder Situation konsequent präventiv gearbeitet und werden sämtliche Alternativen zu einer BEM oder BOZ erwogen.

Recovery-/ Wert-Orientierung bezieht sich im psychiatrischen Kontext auf eine evidenzbasierte Behandlungsplanung, die persönliche Ziele und Werte des Patienten bzw. der Patientin gleichwertig bei den Entscheidungsprozessen berücksichtigt, in Ergänzung zu medizinischen (Symptomreduktion) und rehabilitativen (Funktionsverbesserung) Zielen [6].

Kontextualisierung und Bedarfsorientierung berücksichtigt in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten die jeweiligen Begleitumstände einer Situation und hält die Fachperson an, sich zu bemühen, den Kontext und die Bedürfnissituation des Patienten zu verstehen, bevor eine Entscheidung getroffen wird [7].

Eine risikoneutrale bzw. risikoaffine Haltung («positive risk taking») gewährt der Patientin/dem Patienten das Recht, «unvernünftige» oder vermeintlich risikoreiche Entscheidungen zu treffen. Eine breit abgestützte Entscheidungsfindung im Helfernetzwerk (z. B. im Rahmen von Behandlungs- oder Hilfeplankonferenzen) kann hilfreich sein, um sicherheitsfokussierte bzw. angstgeleitete Entscheidungen einzelner Fachpersonen zu relativieren und aufzufangen bevor sie handlungsführend werden (integrativer Entscheidungsprozess) [3]. Wissen um Faktoren, die zu Eskalationen beitragen können und Ansätze, um diese Prozesse zu entdynamisieren und zu entaktualisieren, wie z. B. Beziehungskompetenz, Kommunikationstechniken, gehören zum Grundwissen jeder Fachperson in der psychiatrischen Versorgung. Dieses Fachwissen sollte regelmässig und verbindlich geschult und dessen Anwendung trainiert und evaluiert werden [3].

Mit der Absicht, BEM und BOZ zu verhindern, wird in der Praxis häufig mit einer Kaskade von Interventionen gearbeitet, die sich im Kontext der therapeutischen Beziehung ergeben und psychologischen Druck bzw. informellen Zwang beinhalten können [8]. Eine bewusste Reflexion der Fachpersonen hierüber vor der Anwendung von Interventionen mit stärkerem Druck, bspw. Überredung bis Androhung negativer Konsequenzen, basiert auf denselben ethischen Massstäben wie bei formellen Massnahmen ohne Zustimmung [2].

Bei der FU gibt es Hinweise aus Schweizer Studien darauf, dass ein eng gefasster und spezifisch ausgebildeter Personenkreis (Arztärzte, Fachärzte) mit geringeren FU-Raten assoziiert ist [9]. Erregungszustände treten häufig auch auf somatischen Notfall- und Intensivstationen oder während Hospitalisationen im Allgemeinspital auf. Eine fachliche Beurteilung und die Möglichkeit einer geeigneten Intervention vor Ort können zu rascher Entaktualisierung führen und vermeidbare Verlegungen in die psychiatrische Klinik abfangen [3].

Eine Reihe von Zuweisungen in psychiatrische Kliniken erfolgt aufgrund psychosozialer Probleme ohne eigentlichen psychiatrischen Behandlungsauftrag. Die Anordnung einer FU

Die FU-Quote ist nicht als Qualitätsindikator geeignet, da sie von Faktoren ausserhalb der Klinik beeinflusst wird.

ist in solchen Fällen nicht gesetzeskonform und somit missbräuchlich [10]. Zur adäquaten Problemlösung und Unterstützung der betroffenen Personen sind in solchen Konstellationen die Arbeit mit dem sozialen Umfeld oder eine sozial unterstützende Massnahme angezeigt und nicht eine Medikalisierung des Sozialen [2,3].

Es wird empfohlen, eine tragfähige Kommunikationsstrategie mit Polizei und Behörden zu etablieren, mit regelmässigem Austausch zu anspruchsvollen Situationen für Gesellschaft, Polizei und Medizin. Dabei sollten die Möglichkeiten und Grenzen der Psychiatrie (gemäss Bundesgesetz über die Krankenversicherung) an den jeweiligen Schnittstellen mit Polizei und Behörden (Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, Sozialbehörden) eingehalten werden [11,12].

Weitere wesentliche strukturelle und prozedurale Empfehlungen zur Verhinderung von BEM und BOZ werden z. B. in der S3-Leitlinie der DGPPN [3] ausgeführt.

Schlussfolgerungen

Die Quote von per FU eingewiesenen Patienten und Patientinnen in einer psychiatrischen Klinik kann nicht als Qualitätsindikator herangezogen werden, da wichtige Einflussfaktoren ausserhalb der Einflussnahme der Klinik liegen [13]. Die FU darf von Gesetzes wegen nur von den Instanzen angeordnet werden, die unabhängig von der aufnehmenden Klinik sind. Zu weiteren Parametern, welche die Klinik nicht beeinflussen kann, zählen u. a. der Versorgungsauftrag, die Organisation der Notfallversorgung, die Verfügbarkeit anderer grundversorgender Kliniken in räumlicher Nähe, stationsalternative, niederschwellige, flexible und tragfähige Angebote für Menschen in Krisen und Ausnahmesituationen sowie die Bevölkerungsstruktur. Für BEM und BOZ gilt dies nicht im selben Ausmass, da deren Anwendung wesentlich reduziert werden kann durch beeinflussbare Abläufe innerhalb der Klinik, durch die Einstellung und Qualifikation der Mitarbeitenden und durch die Aufmerksamkeit, die das Thema Prävention von BEM und BOZ klinikintern und extern erhält. Neben den oben aufgeführten fachlichen und organisatorischen Empfehlungen sind Qualitätsstandards von wesentlicher Bedeutung [13,14]. Ansätze zur Prävention von BEM sind immer im gesellschaftlichen Kontext und der regionalen psychosozialen Versorgungsorganisation eingebettet. Herausforderungen bei der Vermeidung von FU bestehen u. a.

in der Zusammenarbeit mit der somatischen Medizin (Verlegungen von somatisch instabilen und aggressiven Patientinnen und Patienten, z. B. bei Intoxikation oder Delir), mit den Pflegeeinrichtungen (Zuweisungen von betreuungsaufwändigen Personen mit distanzauslösenden Verhaltensweisen), mit der Polizei und Staatsanwaltschaft (Vermeidung von psychiatrischer Hospitalisierung von inhaftierten Personen, die ein Delikt begangen haben und gleichzeitig unter einer psychiatrischen Störung leiden), mit den Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden (Ausstellen oder Aufrechterhaltung von behördlichen FU wegen Schwierigkeiten beim Finden einer geeigneten Wohnung und/oder Betreuung, obwohl keine psychiatrische Hospitalisierung mehr nötig ist). Zusammengefasst lässt sich sagen, dass bereits heute Wissen zur Prävention bzw. dem verantwortungsvollen Umgang mit FU, BEM und BOZ in der Psychiatrie vorliegt. Die solidarische Kooperation der Akteure innerhalb und ausserhalb der psychiatrischen Systeme ist Bedingung für eine anhaltende Optimierung und Vermeidung einer Sisyphe-Szenerie.

Korrespondenz

matthias.jaeger@pbl.ch

Literatur

- 1 [Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde \(DGPPN\). S3-Leitlinie «Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen», 2018. Online verfügbar \(abgerufen am 28.11.2023\). https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf](https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/28165ed34c0c09d9e092cbfb138e6edcbfcc277/S3-LL-PsychosozTherapien_Langversion.pdf)
- 2 [Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften \(SAMW\). Medizinisch-ethische Richtlinien «Zwangsmassnahmen in der Medizin», 2015. Online verfügbar \(abgerufen am 28.11.2023\). https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872-8c9a-41eb-934a-e0184609f381/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf](https://www.samw.ch/dam/jcr:b017b872-8c9a-41eb-934a-e0184609f381/richtlinien_samw_zwangsmassnahmen.pdf)
- 3 [Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde \(DGPPN\). S3-Leitlinie „Verhinderung von Zwang: Prävention und Therapie aggressiven Verhaltens bei Erwachsenen“, 2018. Online verfügbar \(abgerufen am 28.11.2023\). https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d-1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf](https://www.dgppn.de/ Resources/Persistent/154528053e2d1464d9788c0b2d298ee4a9d-1cca3/S3%20LL%20Verhinderung%20von%20Zwang%20LANG%20LITERATUR%20FINAL%2010.9.2018.pdf)
- 4 Theodoridou A, Jäger M. Psychiatrie ohne Zwang. *Nervenheilkunde* 2023; 42: 829-835.
- 5 Turner K, Svetcic J, Almeida-Crasto A, Gaele-Atefi, T et al. Implementing a systems approach to suicide prevention in a mental health service using the Zero Suicide Framework. *Aust N Z J Psychiatry* 2021; 55: 241-253.
- 6 Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S et al. The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2020; 177: 868-872.
- 7 Roychowdhury A. Bridging the gap between risk and recovery: a human needs approach. *The Psychiatrist* 2011; 35: 68-73.
- 8 Hotzy F, Jäger M. Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment – a systematic review. *Frontiers in psychiatry* 2016; 7: 197.
- 9 Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *Eur psychiatry* 2020; 63: e82.
- 10 Steinert T. Missbrauch der Psychiatrie. *Psychiatr Prax* 2014; 41: 237-238.
- 11 Efkeemann SA, Gather J, Juckel G, Feltes T. Das Verhältnis von Polizei und Psychiatrie aus der Sicht von psychiatrischen Professionellen. *Recht & Psychiatrie* 2023; 41: 206-213.
- 12 Mahler L, Oster A. Safety or security? – Wie machen wir die Psychiatrie zu einem sicheren Raum? *Nervenheilkunde* 2023; 42: 855-865.
- 13 Steinert T, Flammer E. Häufigkeit von Zwangsmaßnahmen als Qualitätsindikator für psychiatrische Kliniken? *Nervenarzt* 2018; 1: 35-39.
- 14 [Rufin R, Vogel U, Dvorak A, Schnyder-Walser K. Qualitätsstandards und Qualitätsindikatoren zum Umgang mit freiheitsbeschränkenden Massnahmen in Institutionen, 2012. Online verfügbar \(abgerufen am 15.02.2024\). https://www.kbk.ch/files/kbk/pdf/meldungen/20120402GEFFreiheitsbeschMassnahmenKonsultation.pdf](https://www.kbk.ch/files/kbk/pdf/meldungen/20120402GEFFreiheitsbeschMassnahmenKonsultation.pdf)

SCOHPICA: Längsschnittanalyse der Gesundheitsfachkräfte

Kohortenstudie *In der heutigen Zeit, in der neben vielen anderen Branchen auch das Gesundheitswesen mit den demografischen Herausforderungen zu kämpfen hat, ist es enorm wichtig, Gesundheitsfachkräfte in der klinischen Praxis zu halten. Die SCOHPICA-Studie soll hierzu beitragen, indem sie die Ursachen für das Aufgeben des Berufs und die in der Praxis auftretenden Hindernisse erforscht.*

Sara Esther Geiser

MSc, Forschungsbeauftragte bei Unisanté

Sonia Barbosa

MHS, Leiterin der Abteilung Dienstleistungen und Berufsentwicklung der FMH

Joëlle Schneuwly

MA, Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Abteilung Dienstleistungen und Berufsentwicklung der FMH

Dr. Ingrid Gilles

Leiterin des Forschungsbereichs am CHUV

Prof. Annie Oulevey Bachmann

Ordentliche FH-Professorin am Institut et Haute Ecole de la Santé La Source

Prof. Dr. med. Isabelle Peytremann Bridevaux

Bereichsleiterin bei Unisanté

Die im Jahr 2022 lancierte Schweizer Kohortenstudie SCOHPICA (Swiss COhort of Healthcare Professionals and Informal CAregivers) hat zum Ziel, die Werdegänge von Gesundheitsfachkräften in der Schweiz sowie die Bedingungen für deren Wohlbefinden und Verbleib im Beruf besser zu verstehen [1]. Dieses von Unisanté, dem Institut et Haute Ecole de la Santé La Source sowie dem Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) durchgeführte Projekt ist das

erste seiner Art in der Schweiz [2]. Es stützt sich auf einen offenen nationalen Kohortenansatz, um die Erfahrungen und Herausforderungen, mit denen Gesundheitsfachkräfte konfrontiert sind, im Längsschnitt zu analysieren [3].

Die Analyse deckt 32 durch das Medizinalberufegesetz (MedBG), das Gesundheitsberufegesetz (GesBG) und das Berufsbildungsgesetz (BBG) reglementierte Gesundheitsberufe ab, womit ein umfassendes Bild des Skill-Grade-Mix im Schweizer Gesundheitswesen gewonnen werden soll. Durch die Einbeziehung von fast 6000 Gesundheitsfachkräften, darunter aktuell bereits 790 Ärztinnen und Ärzte sowie 250 Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten (MPAs) aus verschiedenen Kontexten (öffentliche und private Spitäler, Praxen, Alters- und Pflegeheimen, Schulen usw.), will SCOHPICA im Detail erfassen, wie viele Fachkräfte weiterhin in ihrem Beruf tätig sein wollen und welche Faktoren die Bleibeabsicht und das Wohlbefinden beeinflussen.

Die Ergebnisse dieser Studie werden nicht nur dazu beitragen, Politik und Arbeitgebende noch eingehender über notwendige Verbesserungen im Hinblick auf die Arbeitsbedingungen zu informieren, sondern auch Massnahmen zur

Förderung der Berufsbindung und des Wohlbefindens von Gesundheitsfachkräften identifizieren.

Ergebnisse

Die Ergebnisse der ersten beiden Rekrutierungen (Herbst 2022 und 2023) liefern für Ärztinnen, Ärzte und MPAs einen ersten Überblick über die Absicht, im Beruf zu verbleiben, sowie Hinweise auf Faktoren, die die Berufsbindung und das Wohlbefinden positiv beeinflussen.

Die SCOHPICA-Analyse deckt 32 Gesundheitsberufe ab.

Aus Abbildung 1 geht ein klarer Trend hervor: Ältere Ärztinnen und Ärzte neigen eher zum Verbleib im Beruf als ihre jüngeren Kolleginnen und Kollegen. Dieser Unterschied könnte auf diverse Faktoren zurückzuführen sein, wie z. B. die mit zunehmender Erfahrung erworbene berufliche Stabilität, die Zufriedenheit angesichts gefestigter Kompetenzen

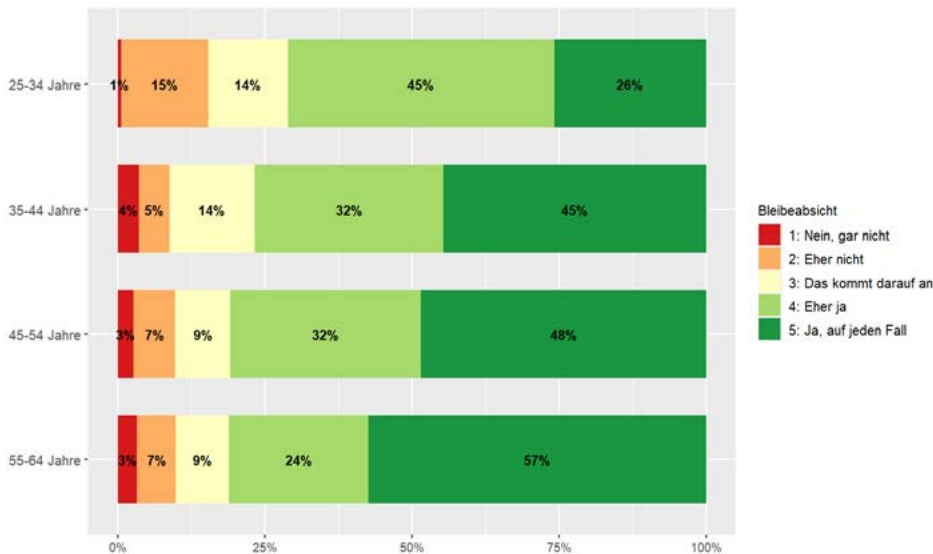


Abbildung 1. Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit Bleibeabsicht nach Alter
 Ärztinnen und Ärzte: n = 653; p < 0,01*

© Quelle: SCOHPICA – Schweizer Kohorte der Gesundheitsfachkräfte und pflegenden Angehörigen

oder eine beständigere Vorstellung von der eigenen beruflichen Laufbahn. Wendet man die Theorie der Pfadabhängigkeit auf den Werdegang von Ärztinnen und Ärzten an, so ergibt sich die mögliche Erklärung, dass im Laufe der Karriere stark in den beruflichen Werdegang investiert wird – sei es in Ausbildung, Fachwissen oder Netzwerke –, wodurch es zunehmend schwerer wird, den Beruf aufzugeben [4]. Ein weiterer Erklärungsansatz könnte in generationstypischen Unterschieden in der Wahrnehmung und Bewertung des Berufs liegen.

Die FMH-Ärzttestatistik 2023 zeigt, dass ein hoher Anteil älterer Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich tätig ist. Dieser Trend wird durch den hohen Prozentsatz der in Praxen arbeitenden Ärztinnen und Ärzten ab 41 Jahren [5] bestätigt, die auch häufig (Mit-)Inhaberinnen oder (Mit-)Inhaber ihrer Praxen sind. Nach der Theorie der versunkenen Kosten («Sunk Costs») [6] spielt die Tatsache, dass viele dieser Ärztinnen und Ärzte eine eigene Praxis besitzen, eine wichtige Rolle, zumal 40 Prozent in Einzelpraxen niedergelassen sind, was einen Berufswechsel oder -ausstieg erschwert.

Ebenfalls Aufmerksamkeit gewidmet wurde in den vergangenen Jahren vor allem Ärztinnen und Ärzten, die ihren

Beruf bereits zu Beginn ihrer Karriere aufgeben wollen. Zu den Hauptfaktoren der beruflichen Unzufriedenheit, die ein vorzeitiges Ausscheiden aus dem Berufsleben begünstigen, gehören die Arbeitsbelastung und die Arbeitszeiten, die Vereinbarkeit mit der Kinderbetreuung sowie der Arbeitsinhalt [7].

Abbildung 2, in der die Absicht der MPAs, im Beruf zu bleiben, dargestellt ist, zeigt ein differenzierteres Bild. Die

Ergebnisse legen nahe, dass bei den MPAs unter 25 Jahren die Bleibeabsicht am geringsten ist. Bei den 35- bis 44-Jährigen gaben 28 Prozent an, nicht zu wissen, ob sie im Beruf bleiben wollen.

Die geringe Beteiligung von MPAs an der Kohorte erschwert eine statistisch valide Schlussfolgerung und begrenzt die Aussagekraft allfälliger Schlüsse betreffend die spezifischen Dynamiken in dieser Berufsgruppe. Gerade deshalb ist es sehr wichtig, die Teilnahme von MPAs und anderen Berufsgruppen, die in SCOHPICA noch unterrepräsentiert sind, zu erhöhen, um deren berufliche Laufbahnen und Bedürfnisse besser zu verstehen und gegebenenfalls die Massnahmen zur Berufsbindung und beruflichen Entwicklung der betroffenen Berufsgruppe anzupassen. Die Ergebnisse veranschaulichen einerseits die Grenzen der aktuellen Analyse und andererseits die Bedeutung einer künftig stärkeren Beteiligung im Sinne umfassenderen Erkenntnisse.

Ein weiterer zentraler Indikator von SCOHPICA ist das Wohlbefinden, das auf einer 10-Punkte-Skala (wobei 1 für minimales und 10 für maximales Wohlbefinden steht) gemessen wird. Während das durchschnittliche Wohlbefinden bei den Ärztinnen und Ärzten bei 7,3 von

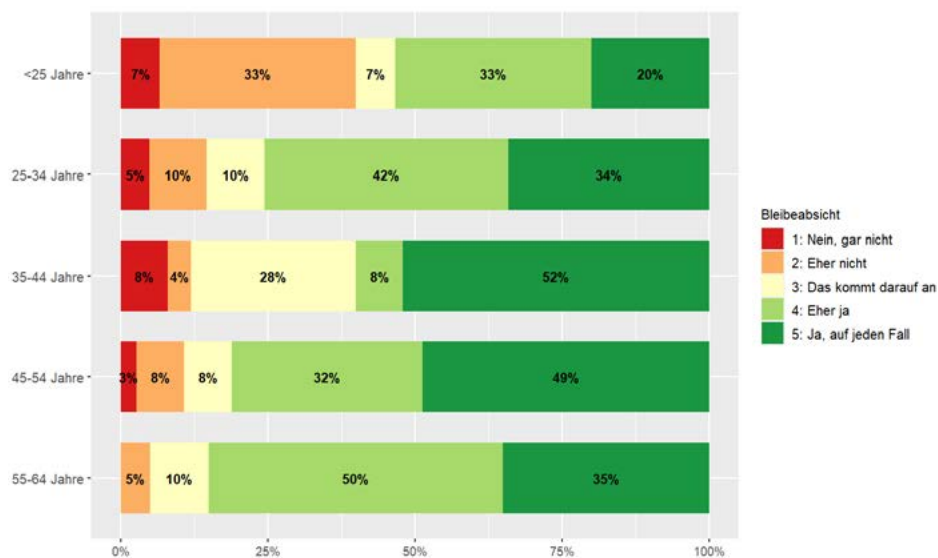
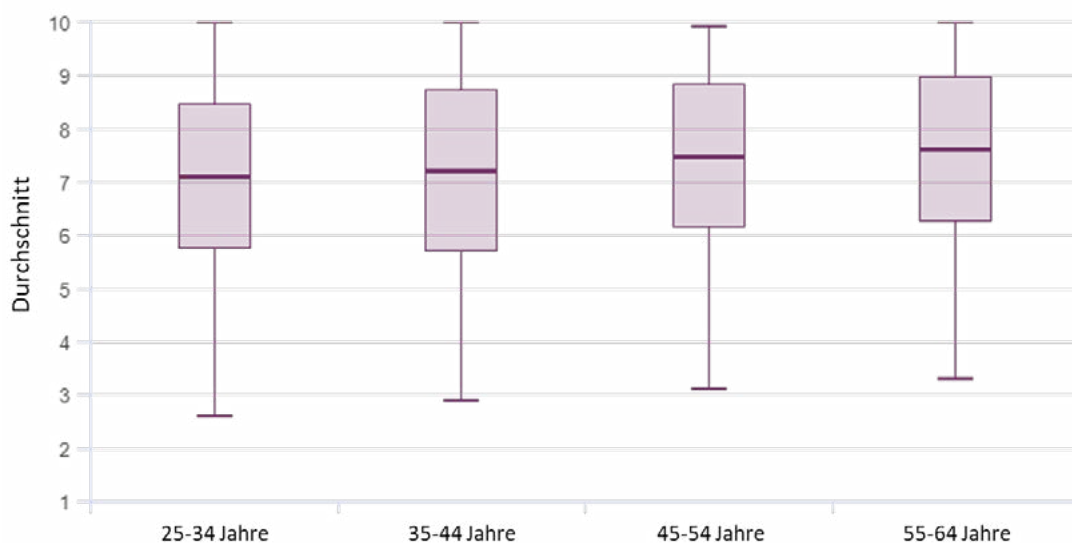
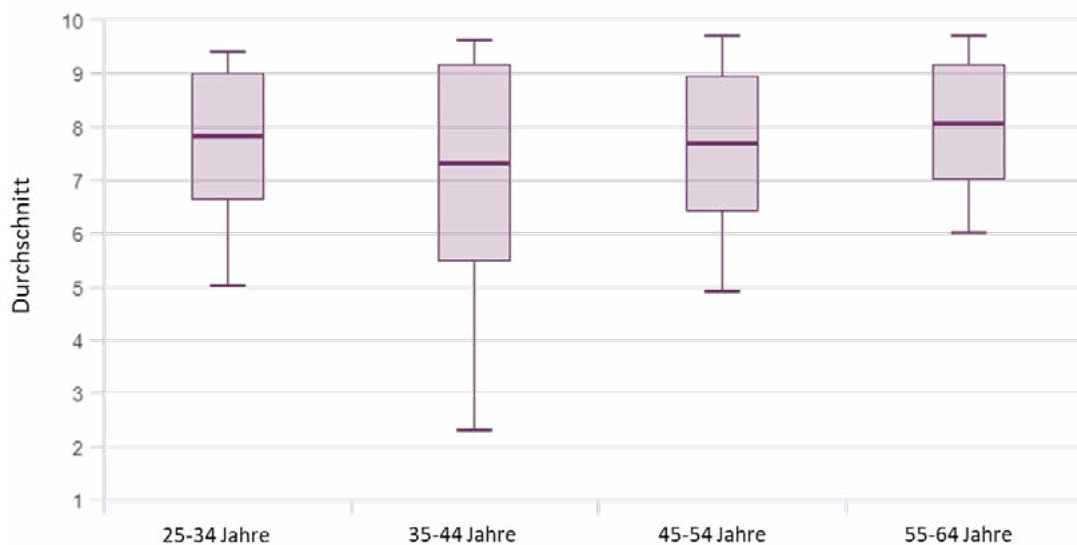


Abbildung 2. Anteil der MPAs mit Bleibeabsicht nach Alter.

MPAs: n = 139; p = 0,18

© Quelle: SCOHPICA – Schweizer Kohorte der Gesundheitsfachkräfte und pflegenden Angehörigen

Abb. 3a: Wohlbefinden von Ärztinnen und Ärzten nach Alter

Abb. 3b: Wohlbefinden von MPAs nach Alter


Ärztinnen und Ärzte: n = 653;
 $p < 0,01^*$; MPAs: n = 139; $p = 0,07$

© Quelle: SCOHPICA – Schweizer Kohorte der Gesundheitsfachkräfte und pflegenden Angehörigen

Ältere Ärztinnen und Ärzte tendieren eher zum Verbleib im Beruf als ihre jüngeren Kolleginnen und Kollegen

10 Punkten (mit einer Standardabweichung von 1,3) liegt, beträgt es bei den MPAs 7,6 von 10 Punkten (Standardabweichung von 1,4). Die Ergebnisse nach Altersgruppen zeigen, dass das Wohlbefinden in der Ärzteschaft (Abbildung 3a) bei den älteren Befragten im Vergleich zu den jüngeren etwas grösser ist. Bei den MPAs deutet sich ein ähnlicher Trend an (Abbildung 3b), wobei die geringe Anzahl an Befragten in dieser Berufsgruppe die Interpretation der Ergebnisse erschwert.

Diskussion

Das Schweizer Gesundheitswesen, das bereits unter einem Mangel an Gesundheitsfachkräften leidet, steht vor zahlreichen Herausforderungen, die die Gesundheitsfachkräfte betreffen. Dazu gehören insbesondere:

- Die demografische Entwicklung der Bevölkerung: Die allgemeine Alterung der Schweizer Bevölkerung geht mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen einher und führt zu einer erhöhten Nachfrage nach

- Leistungen im ambulanten Bereich [8].
- Pensionierungen: Die Generation der Babyboomer, die einen grossen Teil der Gesundheitsfachkräfte ausmacht, erreicht allmählich das Pensionsalter [9].
 - Komplexer werdende Arbeitsbedingungen: Gesundheitsfachkräfte geben ihren Beruf aufgrund sich verschlechternder Arbeitsbedingungen auf (gleiche Leistungen müssen mit weniger Personal erbracht werden) [10]. Zudem sind die Arbeitsbedingungen oft anspruchsvoll und zeichnen sich durch lange sowie unvorhersehbare Arbeitszeiten aus. Dies gilt insbesondere für Ärztinnen und Ärzte, die am Anfang ihrer Spitalkarriere stehen [11].
 - Die schwere Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben [12].
 - Die zunehmende Belastung der Ärzteschaft durch administrative Aufgaben, wodurch immer weniger Zeit für die Patientinnen und Patienten bleibt [13].
- Die Gründe, die hinter den Berufswechseln und -ausstiegen stehen, sind multifaktoriell und erfordern sowohl eine strukturelle als auch eine organisa-

torische Antwort, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern, die Gesundheitsberufe aufzuwerten und den Nachwuchs zu ermutigen, diese Laufbahnen zu verfolgen. Dieser komplexen Problematik wirksam entgegenzutreten, erfordert jedoch nicht nur verstärkte strukturelle und organisatorische Massnahmen, sondern auch den Einbezug zuverlässiger und umfassender Forschungsdaten, was die Entwicklung gezielter und dauerhafter Interventionen ermöglicht.

Rekrutierung

Die Teilnahme der MPAs sowie der Ärztinnen und Ärzte an der SCOHPICA-Kohortenstudie ist von wesentlicher Bedeutung, um die Situation dieser Gesundheitsfachkräfte in der Schweiz genau zu verfolgen. Mithilfe dieser Daten lassen sich die Aspekte identifizieren, die den Verbleib im Beruf fördern, und so günstige Bedingungen für den Nachwuchs schaffen. Eine hohe Teilnehmerzahl führt zu statistisch robusten Ergebnissen. Dadurch wird es einfacher, den künftigen Personalbedarf zu prognostizieren und die damit einhergehenden Herausforderungen zu antizipieren. Durch die Teilnahme an Studien tragen Gesundheitsfachkräfte nicht nur zu einem bes-

seren Verständnis ihrer Situation bei, sondern auch zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Politiken, die ihren Arbeitsalltag beeinflussen.

Korrespondenz

isabelle.peytremann-bridevaud@unisante.ch

Machen Sie beim SCOHPICA-Projekt mit!

Ihre Teilnahme ist entscheidend, damit die Ärzteschaft und MPAs in der SCOHPICA-Studie angemessen repräsentiert sind. Unabhängig davon, ob Sie im Spital, in der Praxis oder in der Versorgung zu Hause tätig sind: Sie spielen eine zentrale Rolle in unserem Gesundheitswesen. Indem Sie Ihre Erfahrungen teilen, leisten Sie einen Beitrag zu diesem gemeinnützigen Projekt und dazu, den Gesundheitsfachkräften mehr Gehör zu verschaffen.



Literatur

- 1 SCOHPICA FAQ. Scohpica.ch. <https://scohpica.ch/de/faq/>. Abgerufen am 20. September 2024.
- 2 SCOHPICA - Un projet de recherche donne la parole aux professionnels de la santé et aux proches aidants. Hes-so.ch. <https://www.hes-so.ch/recherche-innovation/projets-de-recherche/detail-projet/scohpica-un-projet-de-recherche-donne-la-parole-aux-professionnels-de-la-sante-et-aux-proches-aidants>. Abgerufen am 20. September 2024.
- 3 Jolidon, V., Jubin, J., Gilles, I., Escasain, L., Zuercher, E., Roth, L., Oulevey Bachmann, A., Peytremann-Bridevaux, I. Swiss cohort of healthcare professionals & informal caregivers (SCOHPICA): baseline survey's results. Eur J Public Health. 2023;33(Supplement_2):130.
- 4 Arthur, W. B. Increasing returns and path dependency in the economy. University of Michigan Press; 1994.
- 5 Hostettler, S., Kraft, E. FMH-Ärztstatistik 2023 – 40% ausländische Ärztinnen und Ärzte. Schweiz. Ärztztg. 2024;105(12):32–36.
- 6 Arkes, H. R., Blumer, C. The psychology of sunk cost. Organ Behav Hum Decis Process. 1985;35(1):124–140.
- 7 Kraft, E., Loretan, L., van der Heiden, N. Jeder zehnte Arzt steigt aus. Schweiz. Ärztztg. 2016;97(34):1132–1135.
- 8 Pahud, O., Dorn, M. Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2022 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund (CWF) im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 01/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2023.
- 9 Wenger, S. Mit 65 ist noch lange nicht Schluss. Schweiz Ärztztg 2023;104(35):10-12.
- 10 Trezzini, B., Müller, B., Pepe, A., Schäfer, S., Jans, C., Golder, L. Der Fachkräftemangel gefährdet die gute Versorgungsqualität. Schweiz. Ärztztg. 2023;104(44):26–30.
- 11 Gut, A., Fröhli, D. Arbeitssituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte. Management Summary zur Mitgliederbefragung 2023 im Auftrag des Verbands Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (vsao); 2023.
- 12 Kraft, E., Loretan, L., van der Heiden, N. Jeder zehnte Arzt steigt aus. Schweiz. Ärztztg. 2016;97(34):1132–1135.
- 13 La charge administrative fait baisser le temps consacré aux patients. Rev. Med. Suisse. 2018;14.

DHPC – Vincristin-Teva® (vincristini sulfas)

Vorübergehender Lieferengpass von Vincristin-Teva

Zusammenfassung

Aufgrund einer Produktionsverzögerung wird es bei Vincristin-Teva 2 mg/2 ml zu einem Lieferengpass ab voraussichtlich Ende Oktober bis Mitte Dezember 2024 kommen.

Deshalb ist es notwendig, dass, bevor eine Therapie mit Vincristin begonnen wird, in jedem Fall zumindest der derzeit absehbare Engpass von Vincristin-Teva 2 mg/2 ml während der geplanten Behandlungsphase der Patienten berücksichtigt wird.

Detaillierte Informationen finden Sie unter: [DHPC – Vincristin-Teva® \(vincristini sulfas\) \(swissmedic.ch\)](#)

DHPC – Hydroxyethylstärke (HES)-haltige Infusionslösungen (Voluven®)

Wichtige Informationen über die geänderte Fachinformation für Voluven 6% balanced, Infusionslösung, sowie über das angepasste Schulungsmaterial im Rahmen des Controlled Access Programms (CAP)

Zusammenfassung

- Die Fachinformation für Voluven 6% balanced, Infusionslösung wurde aktualisiert:
 - Unter der Rubrik Indikationen/Anwendungsmöglichkeiten wurde «Prophylaxe von Hypovolämie» entfernt. Voluven 6% balanced, Infusionslösung darf nur noch zur Therapie der Hypovolämie bei akutem Blutverlust angewendet werden.
 - Unter der Rubrik Dosierung/Anwendung wurde ergänzt, dass die Anwendung von HES auf die initiale Phase der hämodynamischen Stabilisierung und auf maximal 24 h begrenzt werden sollte.
 - Voluven 6% balanced, Infusionslösung, darf nur noch im zugelassenen Anwendungsgebiet eingesetzt werden. Medizinische Fachpersonen müssen sich strikt an die bestehenden Beschränkungen halten, insbesondere an die Kontraindikationen.
- Das Schulungsmaterial im Rahmen des Akkreditierungsverfahren wurde gemäss den neuesten Erkenntnissen aktualisiert und an die Änderungen der Fachinformation ange-

passt. Zusätzlich wird ein Wissenstest zur Erfolgskontrolle eingeführt, der ab dem 01. Nov. 2024 online verfügbar ist. Der dazu gehörige Link wird durch die Zulassungsinhaberin rechtzeitig in einem separaten Mailing versendet.

- Ab dem 01. Nov. 2024 müssen alle medizinischen Fachpersonen, die Voluven 6% balanced, Infusionslösung in einer Abteilung verschreiben, die angepasste Schulung mit dem Wissenstest absolvieren und das Spital/Zentrum muss neu akkreditiert werden. Dies gilt auch für medizinische Fachpersonen, die in der Vergangenheit bereits die Pflichtschulung absolviert hatten. Die Trainingsunterlagen werden den zu trainierenden Fachpersonen von der Fresenius Kabi (Schweiz) AG zur Verfügung gestellt.
- Eine Beschreibung des Akkreditierungsverfahrens finden Sie im «Bestätigungsschreiben zur Verschreibung von Voluven 6% balanced, Infusionslösung ab 01. Nov. 2024», welches als Teil des Akkreditierungsprogramms zur Verfügung steht.

Detaillierte Informationen finden Sie unter:

[DHPC – Massnahmen zur Minimierung von Risiken von Hydroxyethylstärke \(HES\)-haltigen Infusionslösungen \(swissmedic.ch\)](#)

Personalien *Nouvelles du corps médical*

Todesfälle / Décès

Pierre-André Martin (1952),

† 21.9.2024, 1071 Chexbres

Lukas Schraner (1945), † 1.10.2024,

Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, 5027 Herznach

Jean-François Anken (1947),

† 10.10.2024, Spécialiste en médecine interne générale, 1028 Préverenges

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied haben sich angemeldet:

Laura Linda Ambühl-Lehmann,

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Bern West Med, Mühledorfstrasse 2a, 3018 Bern

Anja Svenja Evangelisti-Bieri,

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Die Hausärztinnen Münchenbuchsee AG, Dorfstrasse 28, 3053 Münchenbuchsee

Marc Nicola Gallay, Facharzt für

Neurochirurgie, Mitglied FMH, SIFUS – Schweizer Privatinstitut für fokussierte Ultraschallchirurgie, Bernstrasse 21, 3072 Ostermündigen

Mohammad Kassar, Facharzt für

Kardiologie, Mitglied FMH, Inselspital, Freiburgstrasse, 3010 Bern

Luisa Kramer, Fachärztin für

Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Praxis Bubenberg AG, Bubenbergstrasse 8 + 11, 3011 Bern

Felix Laube, Facharzt für

Anästhesiologie, Mitglied FMH, Sonnenhofspital, Buchserstrasse 30, 3006 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:

Tobias Suppiger, Facharzt für

Ophthalmologie, Augenarzt Luzern, Hertensteinstrasse 28, 6004 Luzern

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

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Claudine Achtnich, Fachärztin für

Neurologie, Mitglied FMH, Meienbergstrasse 7, 9000 St. Gallen

Gabriele D'Ambrosio, Facharzt für

Kardiologie, Mitglied FMH, Wollmatinger Strasse 126, DE-78467 Konstanz

Radisa Antic, Fachärztin für Allge-

meine Innere Medizin und Fachärztin

für Pneumologie, Salmsacherstrasse 13, 8590 Romanshorn

Anita Berndt, Praktische Ärztin,

Mitglied FMH, Fröschackerstrasse 15, 4312 Magden

Jochen Gieger, Facharzt für Chirurgie

und Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Mitglied FMH, Oberdorfstrasse 1, 8274 Tägerwilen

Monika Grünh, Praktische Ärztin,

Reckholdernstrasse 11, 8590 Romanshorn

Holger Gotthard Hass, Facharzt für

Allgemeine Innere Medizin, Facharzt für Hämatologie und Facharzt für Gastroenterologie, Oberleitener Strasse 3, DE-88171 Weiler-Simmerberg

Seraina Häfeli-Swallow, Fachärztin

für Psychiatrie und Psychotherapie, Hauptstrasse 130, 9573 Littenheid

Franziska Näf, Fachärztin für

Chirurgie, Mitglied FMH, Weidlistrasse 40, 9607 Mosnang

Matthias Remy, Ophthalmologie,

Albrecht-Dürer-Strasse 27A, DE-78239 Rielasingen-Wörblingen

Ruth Katharina Stäheli, Fachärztin

für Oto-Rhino-Laryngologie, Sonnenweg 1, 8370 Sirnach

Manuel Tschallener, Facharzt für

Allgemeine Innere Medizin, Mitglied FMH, Dozwilerstrasse 11, 8580 Hefenhofen

Matthias Wissler, Facharzt für All-

gemeine Innere Medizin und Praktischer Arzt, Oberes Büel 21, 8457 Humlikon

Juliana Wons, Fachärztin für

Ophthalmologie, Rheinsichtweg 4, 8274 Tägerwilen

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 Uri

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

Dzmitry Kuzmenka, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates und Facharzt für Chirurgie, tätig im Kantonsspital Uri, 6460 Altdorf

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.

Ärztegesellschaft Zug

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

Nicolai Berardi, Praktischer Arzt, Turmstrasse 18, 6312 Steinhausen

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates

Zwischenprüfungen 2025 – Anatomie und orthopädische Zugangswege

Datum

Donnerstag und Freitag
13./14. März 2025
(Reservedatum: 15. März 2025. Die Kandidaten werden gebeten sich für das Reservedatum ebenfalls verfügbar zu halten).

Ort

SFITS (Swiss Foundation For Innovation And Training In Surgery)
Universitätsspital Genf

Anmeldefrist

30.11.2024

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

Schwerpunktprüfung zur Erlangung des Schwerpunktes Alterspsychiatrie und -psychotherapie zum Facharzt-titel Psychiatrie und Psychotherapie

2. Teil mündlich

Datum

Freitag, 2. Mai 2025

Ort

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
Murtenstrasse 21
3008 Bern

Anmeldefrist

28. Februar 2025 (Poststempel zählt)

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

Facharztprüfung zur Erlangung des Facharztstitels Ophthalmologie

Datum

Freitag, 16. Mai 2025

Ort

Congress Kursaal, Interlaken

Anmeldefrist

01.10.2024 – 01.12.2024

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