

AERZTEGESELLSCHAFT DES  
KANTONS LUZERN

# Der Luzerner Arzt

Juni 2018/3 Nr. 114

Informationsblatt  
der Ärztesellschaften  
der Kantone Luzern, Ob- und  
Nidwalden, Schwyz, Uri, Zug



# FSME IST NICHT BEHANDELBAR, JEDOCH VERMEIDBAR

Nur eine komplette Grundimmunisierung  
mit 3 Impfungen und ein regelmässiger  
Booster schützen zuverlässig vor einer FSME\*<sup>1,2</sup>

\* Frühsommer Meningoenzephalitis



1. Aktuelle FSME Immun CC und FSME Immun 0.25 ml Junior Fachinformation auf [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). 2. BAG Bulletin: 2006:13:225–231. **FSME-Immun® 0.25 ml Junior** (Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert)) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Kindern vom vollendeten 1. Lebensjahr bis zum vollendeten 16. Lebensjahr, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0.25 ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1-3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnereiweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fieberhafte Infekte. **V:** Fieberreaktionen möglich, bei Bedarf fiebersenkende Prophylaxe oder Behandlung einleiten. Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereiweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischungsimpfung. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Kopfschmerzen, Schmerzen und Spannungsgefühl an der Impfstelle, Fieber, Anorexie (verminderter Appetit), Unruhe (bei Kindern von 1-5 Jahren), Schlaflosigkeit, Übelkeit, Erbrechen, Myalgie, Schwellung, Verhärtung und Erythem an der Impfstelle, Müdigkeit und allgemeines Krankheitsgefühl (bei Kindern von 6-15 Jahren), u.a. **P:** 1 x 0.25 ml und 10 x 0.25 ml Suspension zur i.m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). (V002) **FSME-Immun® CC** (Frühsommer-Meningoenzephalitis-(FSME)-Virus (inaktiviert)) **I:** Aktive (prophylaktische) Immunisierung gegen die durch Zecken übertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) bei Personen ab dem vollendeten 16. Lebensjahr, die sich dauernd oder vorübergehend in FSME-Endemiegebieten aufhalten. **D:** Grundimmunisierung: 3 Dosen à 0.5 ml i.m.: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung 1-3 Monate nach 1. Teilimpfung, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. Schnellimmunisierungsverfahren möglich: 1. Teilimpfung am Tag 0, 2. Teilimpfung nach 14 Tagen, 3. Teilimpfung 5-12 Monate nach 2. Teilimpfung. **Auffrischung:** 1. Auffrischungsimpfung 3 Jahre nach letzter Impfung, alle weiteren Auffrischungsimpfungen 5 Jahre (Personen 16-49 Jahre), respektive 3 Jahre (Personen 50 Jahre) nach letzter Impfung. **KI:** Überempfindlichkeit auf den Wirkstoff, auf einen der Hilfsstoffe, oder auf Produktionsrückstände, schwere Überempfindlichkeit auf Ei- und Hühnereiweiss. Kreuzallergien mit anderen Aminoglykosiden als Neomycin und Gentamycin beachten. Akute fieberhafte Infekte. **V:** Nicht intravaskulär verabreichen. Überwachung u. geeignete med. Versorgung für seltenen Fall einer anaphylaktischen Reaktion gewährleisten. Vorsicht bei Allergie gegen Hühnereiweiss, bei bekannter oder vermuteter Autoimmunerkrankung, zerebraler Erkrankung, Epilepsie (erhöhte Frequenz von Krampfanfällen). Bei Personen mit geschwächter Immunabwehr kann Immunantwort beeinträchtigt sein. Falsch positive Ergebnisse möglich bei serologischen Tests zur Bestimmung der Notwendigkeit einer Auffrischungsimpfung. Verschiebung der Impfung bei akuten klinischen Erkrankungen (mit/ohne Fieber). **IA:** Es liegen keine Studien zu Wechselwirkungen mit anderen Impfstoffen vor. **UW:** Schmerzen und Spannungsgefühl an der Injektionsstelle, Kopfschmerzen, Übelkeit, Myalgie, Arthralgie, Müdigkeit, allgemeines Krankheitsgefühl u. a. **P:** 1 x 0.5 ml und 10 x 0.5 ml Suspension zur i. m. Injektion in Fertigspritze. Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). (V001)



Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich

**FSME**  
**immun**  
Unsere Erfahrung. Ihr Vorteil.

## IMPRESSUM

«Der Luzerner Arzt» erscheint viermal jährlich (plus Spezialausgabe).

### Verlag:

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern  
Schwanenplatz 7, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 88 85  
Fax 041 410 80 60

### Redaktionsadresse:

Dr. med. Herbert Widmer  
Sonnbühlstrasse 15, 6006 Luzern  
Tel. 041 410 65 81

### Redaktion:

Dr. med. Herbert Widmer, Luzern  
(Redaktor)  
Dr. med. Aldo Kramis, Emmenbrücke  
(Präsident)

### Inserate-Verkauf:

Dr. med. Herbert Widmer  
Sonnbühlstrasse 15  
6006 Luzern  
Tel: 041 410 65 81  
E-Mail: hcwidmer@bluewin.ch

### Mitarbeiter dieser Ausgabe:

RA Reto Bachmann, Luzern  
(Verlängerung ZSR-Nummer)  
Dr. med. Nicola Biasca, Klinik St. Anna  
(Verletzung des Gelenkknorpels am  
Kniegelenk)  
PD Dr. med. Frédéric Birkhäuser, Luzern  
(Patientenschutz)  
Dr. med. Evi Blaschke, Klinik St. Anna  
(Neue Phoniatrie-Sprechstunde)  
Dr. med. Walter Gantert, Klinik St. Anna,  
Luzern (Roboter-assistierte  
laparoskopische Resektion)  
Dr. med. Susanne Gerlach, SPZ  
(Curriculum HA-Medizin)  
Prof. Dr. med. Stephan Haerle,  
Klinik St. Anna  
(Neue Phoniatrie-Sprechstunde)  
Dr. med. Sascha Käsermann,  
Klinik St. Anna (Verletzungen des  
Gelenkknorpels am Kniegelenk)  
Dr. med. Christoph Merlo, Luzern  
(Kennen Sie RECUT)  
Dr. med. Bernward Mölle, Klinik  
St. Anna (Roboter-assistierte  
laparoskopische Resektion)  
Prof. Dr. med. Marc Schiesser,  
Klinik St. Anna (Roboter-assistierte  
laparoskopische Resektion)  
Prof. Dr. med. Gregor Schubiger, LUKS  
(Das Ethik-Forum am Luzerner  
Kantonsspital)  
Dr. med. Salvatore Spada, Labor  
Toggwiler (Thrombocytopenie  
in der Praxis)  
Dipl. log. Irene Willisegger, Klinik  
St. Anna (Neue Phoniatrie-  
Sprechstunde)

### Herstellung:

SWS Medien AG Print  
Am Viehmarkt 1, 6130 Willisau  
info@swsmedien.ch

### Titelbild:

Aufstellender Ausblick am frühen Sonn-  
tagmorgen (Foto: Herbert Widmer)

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>Editorial Ehrlichkeit, Vertrauen, Verantwortung, Zusammenarbeit, Kommunikation, Verständnis</b> (Herbert Widmer)	4
<b>Das Ethik-Forum am Luzerner Kantonsspital</b> (Gregor Schubiger)	6
<b>Werte und Wissen, die wir vermissen</b> (Herbert Widmer)	7
<b>Roboter-assistierte laparoskopische Resektion des Kolon- und Rektumkarzinoms in der Hirslanden Klinik St. Anna</b> (Walter Gantert, Bernward Mölle, Marc Schiesser)	8
<b>Fortbildung</b>	10
<b>Verletzung des Gelenkknorpels am Kniegelenk</b> (Nicola Biasca, Sascha Käsermann)	13
<b>Neu im Herzen Sursees – Handtherapie Luzern AG Sursee</b>	19
<b>Verwaltungsgebühr für die Verlängerung der ZSR-Nr.</b> (Reto Bachmann)	20
<b>Kennen Sie RECUT? www.recut.ch</b> (Jörg Leuppi, Andreas Zeller, Christoph Merlo, Stefan Markun)	23
<b>Betriebsdatenlieferungspflicht wird mit neuen Ersatzabgaben verknüpft</b>	24
<b>Betriebsdaten jetzt im PraxisNavigator erfassen!</b> (medkey+)	25
<b>Eine kleine Geschichte aus dem ärztlichen Alltag</b> (MedCenter)	26
<b>Mandatsträger / Sektionen</b>	27
<b>Adressliste Zentralschweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (ZSCG)</b>	30
<b>Der Unterwaldner Arzt</b>	31
Telefon- und Telefaxnummern sowie E-Mail-Adressen Kantonsspital Nidwalden	31
Telefon- und Telefaxnummern sowie E-Mail-Adressen Kantonsspital Obwalden	32
Aus den Reihen unserer Mitglieder Unterwalden	34
<b>Der Schwyzer Arzt</b>	36
Delegiertenliste Schwyzer Ärzte	36
Telefon-, Telefax- und E-Mail-Verzeichnis Spital Schwyz	38
<b>Der Zuger Arzt</b>	42
Vorstand der Zuger Ärztegesellschaft	42
<b>Der Urner Arzt</b>	42
Vorstand Ärztegesellschaft Uri	42
Rezertifizierung des Intensivpflegestation am KSU	43
<b>Neue Phoniatrie-Sprechstunde zur Diagnostik und Behandlung von Stimm-, Sprach- und Schluckproblemen</b> (Stephan Haerle, Evi Blascheck, Irene Willisegger)	44
<b>Patientenschutz im digitalen Zeitalter: Unsere Aufgabe als mobile vernetzte Ärzte</b> (Frédéric Birkhäuser, Pascal Zehnder)	46
<b>Die Thrombozytopenie in der Praxis</b> (Salvatore Spada)	48
<b>Das weiss «man» doch</b> (Herbert Widmer)	52
<b>Aus den Reihen unserer Mitglieder</b>	53
<b>Activdispens – Bewegung trotz Sportdispens</b> (Veronika Bühler)	58
<b>Erfahrungsbericht Curriculum Hausarzt-Medizin im Zentrum für Schlafmedizin SPZ</b> (Susanna Gerlach)	58
<b>Von «smarter medicine» bis Globalbudget</b>	59
<b>5. Luzerner Dialog Gesundheitspolitik: Sparvorschläge unter der Lupe</b>	61
<b>Einführung eines Globalbudgets für die Spitäler im Kanton Luzern</b> (Vorstoss KR)	66

### Erscheinungsdatum / Redaktionsschluss für den Luzerner Arzt 2018/2019:

Nr. 115 / November 2018	25. September 2018
Nr. 115 / Spezialheft / November 2018	05. Oktober 2018
Nr. 116 / Januar 2019	15. Dezember 2018
Nr. 117 / April 2019	15. März 2019
Nr. 118 / Juli 2019	25. Mai 2019

# Ehrlichkeit, Vertrauen, Verantwortung, Zusammenarbeit, Kommunikation, Verständnis

Oder: Bekommen wir die Gesundheitskosten wieder einmal in den Griff?

## Mit Schlagworten zur Lösung eines komplexen Problems?

Vielleicht werden Sie sich fragen, ob ich den wirklich glaube, dass es uns gelingen wird mit den «Schlagwörtern» im Titel die Gesundheitskosten in den Griff zu bekommen. Keineswegs, nein, dies sind nicht die Mittel zur Problemlösung, sondern nach meiner Ansicht die Voraussetzungen für nachhaltige Lösungen. Voraussetzungen, welche aber leider zunehmend nicht erfüllt sind. Eigentlich, ja eigentlich sollten wir uns diese Behauptung überlegen und uns wieder auf diese Qualitäten besinnen!

Ist es denn wirklich so, dass wir immer weniger nach diesen Kriterien arbeiten? Nein, nicht der Einzelne ist damit gemeint, welcher sich für die anderen, für seine private und berufliche Umgebung engagiert! Nein, gemeint ist die Gesellschaft, welche ihr Handeln immer mehr nach den eigenen Interessen, nach den Vorteilen einzelner Gruppierungen richtet, wenig Verständnis für den anderen hat, von Verhandeln z.B. nach dem Harvard-Prinzip mit Ehrlichkeit, Vertrauen, Verständnis etc. keine Ahnung hat bzw. haben will.

## Ein nicht medizinisches Beispiel zum Aufwärmen

Erlauben Sie mir, an dieser Stelle ein nicht medizinisches, ja eher politisches Beispiel, welches in der Stadt, aber auch im Kanton Luzern seit einiger Zeit intensiv diskutiert wird, zu schildern. Seit Jahren ist man der Ansicht, dass die eigentliche Innenstadt Luzern im Norden umfahren werden sollte. In den Planungsprogrammen der Jahre 2000 – 2014 wurde daher immer die so genannte «Spange Nord» erwähnt. Nachdem nun das vom Kanton Luzern vorgeschlagene Projekt bekannt ist, haben sich vor allem die Anwohner der von dieser Umfahrung betroffenen Quartiere gewehrt und eine stadtverträglichere Lösung gewünscht. Um eine möglichst grosse Stadtverträglichkeit zu erreichen, lehnt die Stadtregierung das Projekt vollkommen ab. Wie steht es nun hier mit den erwähnten sechs Kriterien?

- Ehrlichkeit: Äusserungen verschiedener politischer Player unter vier Augen entsprechen nicht deren Äusserungen in der Öffentlichkeit. In Inseraten werden «Gegner» mit beweisbaren Unwahrheiten an den Pranger gestellt.
- Vertrauen: Man behauptet, dass die Aussagen den Andersdenkenden nur

ein Trick seien und nicht geglaubt werden dürften.

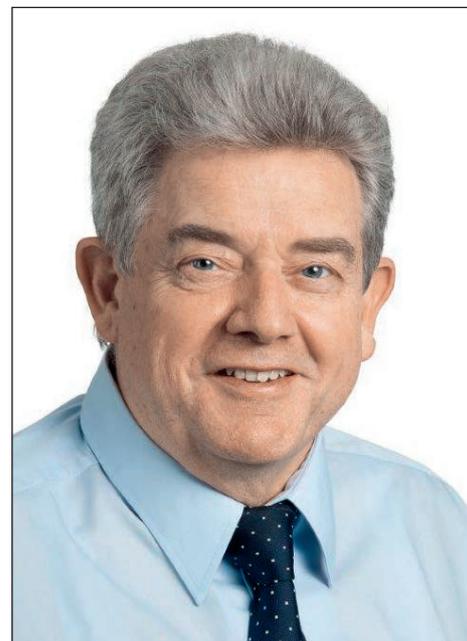
- Verantwortung: Viele sind sich der Verantwortung den anderen gegenüber nicht bewusst, wollen es nicht sein.
- Zusammenarbeit: findet man in diesem Bereich kaum oder zumindest wenig, einige wenige gute Beispiele gibt es allerdings.
- Kommunikation: Ja, die hat bisher nicht stattgefunden, man hat bisher das Gespräch auch mit von dem Projekt massiv Betroffenen nicht gesucht.
- Verständnis: Gewisse Gruppierungen haben gegenseitiges Verständnis aufgebracht. Die entsprechenden «Pflänzchen» sind aber noch zu klein.

Einige Kantonspolitiker haben sich zusammengesetzt und versuchen, den 6 Kriterien aus Überzeugung gerecht zu werden. Dass ihr Weg steinig sein wird, beweist ein heute eingetroffenes Schriftstück eines wirtschaftlich orientierten Verbandes: «Es ist deshalb wichtig, dass man sich auf die vorhandenen Planungsinstrumente verlassen kann. Veränderungen, wie sie von der Stadt Luzern bei der Spange Nord (Aggloprogramm) angestrebt werden, sind ungünstig und sollten weitgehend verhindert werden». Die Bevölkerung und deren Exekutivvertreter als Störenfriede, kein Verständnis für stark betroffene Anwohner? Ob das gut gehen kann? Wie lange noch?

## Im Gesundheitswesen soll es anders, besser sein? Wirklich?

Denkste! Erinnern Sie sich an die Diskussionen und Reaktionen unter uns Ärztinnen und Ärzten um die Expansion der Luzerner Spitäler im ambulanten Bereich? War da alles ehrlich, voll Vertrauen und Zusammenarbeit, kommunikativ in Ordnung und mit Verständnis für die anderen garniert? Denkste! Wir wollen es nicht nochmals ausbreiten. Glauben Sie, dass das Departement Berset mit allen blauen Berufen Kontakt hat, sie in die Lösungsfindung einbezieht? Erinnern Sie sich an unsere Äusserungen über den berühmten Expertenbericht Berset / Diener?

Versuchen wir doch einmal, die sechs Kriterien im Rahmen der Bestrebungen, die Gesundheitskosten zu senken zu analysieren. Ich bin mir bewusst, dass einige der kommenden Feststellungen möglicherweise an dieser Stelle schon gemacht worden sind. Aber Sie kennen ja den oft



missbrauchten Spruch: «Was nicht 5 x gesagt wird, bleibt nicht hängen!».

## Muss denn Ehrlichkeit sein?

Fragen Sie dies wirklich, es geht doch sicher auch ohne?! Wie oft haben wir schon ausgesagt, dass das Verhalten mancher Exekutivpolitiker und Gesundheitsmanager unehrlich ist, wenn sie zur Senkung der Gesundheitskosten aufrufen und gleichzeitig ihren Chefärzten die Weisung geben, Umsatz zu generieren. Sie meinen, dass sollte man akzeptieren, das würde dem Departement «Finanzen» helfen, dies würden doch alle tun! Frisierte Jahresrechnungen? Aber nicht im Gesundheitswesen! Gibt es doch nur in Postbetrieben!

Da frage ich mich einfach, wie gemeinsam Lösungen gefunden werden sollen, wenn man nicht offen miteinander spricht, wenn man auf dem Gesagten nicht wie auf festem Grund (auf)bauen kann.

## Vertrauen

Autsch, nicht das erste Fettnäpfchen, habe ich doch mit dem unter «Ehrlichkeit» Ausgesagten dem Kriterium «Vertrauen» völlig widersprochen. Ja, diese zwei Begriffe sind eben klar zusammenhängende Kriterien, die Ehrlichkeit ist eine absolute Voraussetzung für das für die Zusammenarbeit enorm wichtige Vertrauen. Man könnte es beinahe amüsant nennen, was wir dies bezüglich erleben: Wir können

doch nicht mit den Betroffenen sprechen, bevor wir nicht den Projektierungskredit bewilligt haben (Kanton Luzern bei «Spange Nord» und Stadt Luzern beim geplanten «Velotunnel unter dem Bahnhof»), wir können doch nicht mit den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten sprechen, bevor wir selbst unsere Pläne nicht genau kennen (LUKS im Falle Mattenhof und Finanzdepartement des Kantons Luzern der Unternehmenssteuern) und vieles mehr. Wie soll hier Vertrauen aufgebaut werden, Vertrauen, welches vernünftige Lösungen zulässt?

## Verantwortung

Von «Verantwortung» sprechen, sie von anderen verlangen ist leicht, selbst dazu zu stehen ist viel schwieriger. Auh davon gäbe es genug der Beispiele. Die moderne politische Sprache hat allerdings einen gangbaren Weg gefunden, damit umzugehen. Man spricht jetzt gerne von «Selbstverantwortung». Dies wäre im eigentlichen Sinne des Begriffs richtig, aber es wird von verschiedenen Seiten gerne benutzt um eben selbst nicht die Verantwortung zu tragen, sondern dem anderen verstehen zu geben, dass er selbst für sich und die Seinen Verantwortung trägt. Im Gesundheitswesen bestünde die Verantwortung eben darin, sich der «smarter medicine» statt unnötiger Behandlungen zu verschreiben und dabei nicht nur «kluge

Entscheidungen» zu treffen, sondern auch die offene Diskussion zwischen der Ärzteschaft, den Patienten und der Öffentlichkeit zu fördern. Verantwortungsvoll wäre es, sich den gewinnfördernden Anordnungen des Spitalmanagements zu widersetzen, wenn es darum geht, deren Soll an Eingriffen, Behandlungen etc. zu erfüllen. Ich weiss selbst nicht, ob es zutrifft, dass es Patientinnen und Patienten nach unnötigen Eingriffen und Behandlungen teilweise schlechter geht oder dass sie daran sogar sterben. Wenn dies stimmt, kann das entsprechende Vorgehen ruhig verantwortungslos genannte werden.

## Zusammenarbeit

Ja, wenn der Kostenanstieg im Gesundheitswesen gebremst werden sollte, wäre dies nur in echter Zusammenarbeit aller im Gesundheitswesen Tätigen möglich, nicht durch «Deckelung und Sanktionen bei Nichtgelingen». Wie lächerlich ist doch die Vorstellung, man könnte einfach weniger Geld zur Verfügung stellen, gleichzeitig aber eine Steigerung der Qualität verlangen, ohne dass man die Gründe für den Kostenanstieg kennt und entsprechende fundierte Massnahmen ergreift. Zusammenarbeit würde eben auch die so genannte integrierte Versorgung beinhalten, gemeinsame Analysen, Gespräche, Lösungsfindungen betreffend der bestehenden Probleme.

## Kommunikation

Wie einfach ist es doch, mit anderen zu arbeiten, wenn man nicht mit ihnen «kommunizieren» und ihne dabei in die Aigen schauen muss, oder etwa doch nicht? Wie einfach ist es doch, mit «einseitiger Übermittlung» zu führen und sich nicht den Argumenten der anderen zu stellen, oder etwa doch nicht? Wie dringend notwendig wäre es, sich gegenseitig zu informieren, sich der Diskussion, den Fragen und Zweifeln der anderen zu stellen, wenn man Erfolg haben will. Wie oft haben wir in den letzten Monaten gehört, dass «man» auf Kritik geantwortet hat: «Nein, dies trifft auf uns nicht zu, bei uns ist alles in Ordnung!». Ich weiss, man glaubt dies meist selbst und ist darüber glücklich. Der Begriff «Verständnis für den anderen» rundet das Ganze ab.

## Und jetzt: der Problemlösung nahe?

Keineswegs! Wir haben nur über die Voraussetzungen für eine Lösungsfindung gesprochen. Ohne die Erfüllung dieser Voraussetzungen ist jegliches Bemühen nutzlos! Nur schade, dass diese Kriterien immer weniger erfüllt sind!

*Dr. med. Herbert Widmer, Redaktor LAZ*



**HIRSLANDEN**   
KLINIK ST. ANNA

# NOTFALL? ST. ANNA!

Unser Notfallzentrum ist Tag und Nacht geöffnet, an 365 Tagen im Jahr.

**24h-Notfalldienst inkl. Herz- und Hirnschlagnotfall. Unsere Notfall-Fachärzte sind für Sie da:  
T 041 208 44 44.**

**KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.**

Klinik St. Anna, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern  
[www.hirslanden.ch/stanna](http://www.hirslanden.ch/stanna)

# Das Ethik-Forum am Luzerner Kantonsspital

Gregor Schubiger, Prof. Dr. med.

Co-Leitung Ethik-Forum Luzerner Kantonsspital (LUKS)

## Ethik-Forum als Trend oder Notwendigkeit?

Das Autonomie-Verständnis in unserer Gesellschaft und die demographische Entwicklung einerseits, sowie die Entwicklung von neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten andererseits, führen im Gesundheitswesen zunehmend zu ethischen Herausforderungen. Wie man dem Patientenwillen gerecht werden kann ist oft nicht selbstverständlich. Wertvorstellungen beeinflussen unsere Behandlungsvorschläge. Kulturelle, ethnischen Hintergründe und individuelle Biographien der Patientinnen und Patienten müssen berücksichtigt werden. Behandlungsteams können dabei in Dilemmasituationen geraten. Eine wertebegleitete Analyse eines ethischen Problems erhöht das Niveau der Entscheidungsfindung. Zudem muss ein Spital auch Richtlinien und Weisungen zu ethisch relevanten Themen entwickeln. Hier liegen die Stärken der Ethik-Struktur im Spital und begründen deren Notwendigkeit.

## Was muss man sich unter einem Ethik-Forum vorstellen?

Vor neun Jahren haben Frau Brigitte Amrein, lic.theol., Leiterin der Spitalseelsorge und der Autor, das Ethik-Forum LUKS aufgebaut, eine interdisziplinäre und interprofessionelle Gruppe von 20 Personen unter fachlicher Begleitung von Frau Dr. Ruth Baumann-Hölzle, Institut Dialog-Ethik Zürich. Diese Gruppe trifft sich zu sieben Sitzungen/Jahr. Mit dem Namen «Ethik-Forum» grenzt sich das Gremium von der Ethikkommission zur Beurteilung von Forschungsgesuchen

(EKNZ) ab. Problemorientiert werden ethische Aspekte der Patientenbetreuung behandelt. Das Ethik-Forum ist in den Organisationsstrukturen des LUKS verankert und genießt die volle Unterstützung durch die Direktion und Geschäftsleitung. Insbesondere werden die nötigen Ressourcen zur Verfügung gestellt.

## Worin besteht der Auftrag des Ethik-Forums LUKS?

Der Auftrag bezieht sich auf drei Ebenen:

- a) Erarbeiten von *Grundlagen-Dokumenten* zu ethischen Fragen des klinischen Alltags, die wiederkehrend alle Bereiche des LUKS und auch die Zusammenarbeit mit anderen Organisationen betreffen. Beispiele: Umgang mit Patientenverfügungen, Leitlinien zu Reanimationsentscheidungen, spätem Schwangerschaftsabbruch, Dokumentation von Therapiebegrenzungen, Umgang mit Wunsch nach assistiertem Suizid im Spital oder mit chronisch suizidalen Patienten. Derartige Dokumente reflektieren die Kultur des Spitals, entlasten die Entscheidungsträger, fördern die interorganisationale Kooperation und binden weniger Ressourcen in wiederkehrenden Diskussionen.
- b) Unterstützung durch *Fallbesprechungen* in Teams. Ein moderierter und strukturierter Entscheidungsfindungsprozess führt in Dilemmasituationen meistens zu einem Konsens unter den direkt Beteiligten. Dabei gilt das Motto: «*Handlung und Verantwortung gehören zusammen*». Dies bedeutet: Die Entscheidung wird dem Team und der

letzverantwortlichen Person nicht abgenommen. Ein nachvollziehbares und dokumentiertes Vorgehen kann für den Entscheidungsträger auch im juristischen Sinn entlastend sein. Allenfalls führen begleitete Fallnachbesprechungen im Sinne eines «Debriefings» in verunsicherten Teams zu Klarheit und dienen als Präzedenzfälle für ähnliche Situationen.

- c) Angebote in *Aus-, Weiter- und Fortbildungen*. Studierenden, der Ärzteschaft und den Pflegefachpersonen sollen nicht philosophische Theorien, sondern praxisrelevante bioethische Prinzipien bekannt sein. Konkrete Beispiele regen zur Reflexion ethischer Dilemmasituationen im Team an. Ein modulares Programm vermittelt den Facharztanwärterinnen und -anwärtern die in der Weiterbildungsordnung (WBO) geforderten Inhalte zur Ethik. Niederschwellige Angebote, wie Ethik-Cafés, motivieren Mitarbeitende, sich mit medizin-ethischen Grundlagen auseinanderzusetzen.

## Facit:

Das Ethik-Forum LUKS bietet keinen Ersatz für ethische Diskussionen im Klinikalltag. Solche gehören immer noch zu den Kernkompetenzen des Arzt- und Pflegeberufes. Das Ethik-Forum soll aber übergreifende Grundwerte des LUKS reflektieren und Mitarbeitende in den Kliniken und Abteilungen zum Nachdenken über das eigene Handeln stimulieren und mit den hierfür notwendigen Strukturen unterstützen. Der Wille der Betroffenen, d.h. die Patientenautonomie und ihr Wohl soll bei klinisch-ethischen Entscheidungen immer im Zentrum stehen.

## Fall-Beispiel: Autonomie oder Fürsorgepflicht?

Eine 93-jährige Frau mit Demenz im fortgeschrittenen Stadium leidet nach einem Schlaganfall an einem gestörten Schluckakt. Nun stellt sich die Frage, ob der Frau eine PEG-Sonde gelegt werden darf. Eine Patientenverfügung, die die Frau bei Heimeintritt vor 4 Jahren erstellt hat, besagt: «Keine künstlich Ernährung». Die Angehörigen wollen die Frau aber nicht «verhungern» lassen. Ein ethisches Gespräch kann bei solchen und ähnlichen Dilemmasituationen zur Entscheidungsfindung beitragen.

**Muss der Patientenverfügung oder der Forderung der Angehörigen nach Lebenserhaltung Folge geleistet werden? Wie würden Sie entscheiden?**

## Literatur:

G. Schubiger, Was kann ein Ethik-Forum an die aktuellen und zukünftigen Herausforderungen in einem Akutspital beitragen? *Therapeutischen Umschau*, 2017; 74(2), 38-41.



## Werte und Wissen, die wir vermissen

Prof. Dr. med. Gregor Schubiger (Co-Leitung Ethik-Forum Luzerner Kantons-Spital) hat es klar ausgesagt, die Entwicklungen im Gesundheitswesen führen zu zunehmenden ethischen Herausforderungen. Dafür sollen Grundlagen-Dokumente zu ethischen Fragen des klinischen Alltags erarbeitet werden, in Teams sollen Fallbesprechungen durchgeführt werden, Angebote in Aus-, Weiter- und Fortbildungen sollen helfen, diese Herausforderungen zu meistern. Brauchen wir dies in unserem Land, von dem wir annehmen, dass es in allen Bereichen Platz 1 – oder 2? – belegt, also auch in der Ethik? Selbstverständlich ist dies eine mehr als rhetorische Frage, denn die Annahme bezüglich Platz 1 (oder halt 2) ist eine grossartige Überschätzung. Die Entwicklungen der letzten Monate zeigen auf, dass auch für uns eine Weiterentwicklung im Bereich der Ethik, wie dies das Ethik-Forum will, mehr als angezeigt ist.

Zugegeben, ich möchte dauerhaft in keinem anderen Land leben, denn wir haben bisher sehr viel Glück gehabt, es geht uns wirklich gut. Zugegeben, wir arbeiten auch dafür, aber andere tun dies auch und es geht ihnen viel weniger gut. Gewisse Entwicklungen machen mir aber Sorgen, nicht nur im Gesundheitswesen. Nennen wir doch die Vorkommnisse in einem staatlichen Betrieb wie die Postauto

AG, diejenigen in einer nicht unbekanntem Schweizer Bank, die nicht zielführenden Diskussionen und Handlungen um die Finanzen des Kantons Luzern, die unversöhnlichen Standpunkte in verschiedenen Zentralschweizer Kantonen im Bereich grösserer Projekte, die fehlende Bereitschaft zu Kompromissen und Konsens. Oder die abnehmende Qualität auch im Spitalwesen mit missglückten Einkäufen von medizinischem Material im Ausland als Teil von Sparmassnahmen, oder mit dem Fall einer nach einer Tonsillektomie massiv blutenden Patientin auf der Station einer Universitätsklinik, welche des Nachts erst via die Notfallnummer 144 Hilfe erhielt, oder der Patient, welcher an einem Sonntagmorgen in einem Luzerner Spital ohne Austrittsgespräch nach Hause geschickt wurde, da kein Arzt dafür «vorhanden» war (wir haben in der letzten LAZ-Ausgabe kurz darüber berichtet).

Vor einigen Jahren hat ein bekannter «Zukunftsforscher» im Rahmen einer von mir geführten Institution Vorträge gehalten und stiess beim Publikum auf viel Echo und Begeisterung. Er hat dabei seiner Hoffnung Ausdruck gegeben, dass die sich abzeichnende Wendung zu neuen Werten nachhaltig sein würde. Vorläufig ist es bei seiner Hoffnung geblieben, stattdessen hat sich bei gewissen Generationen die Tendenz verstärkt, sich das

Leben nicht durch allzu viel Wissen über das Weltgeschehen etc. verteuern zu lassen. Ja, die «Generation der Werte» hat diese meist links liegen lassen und ist ohne Umweg über die Förderung der Werte geradeaus marschiert. Schon wieder solche Verallgemeinerungen, geht doch nicht! Doch, ich habe es schon an andere Stelle in dieser LAZ-Ausgabe geschrieben: um uns wieder vermehrt den Werten widmen zu können, müssten wir in einem ersten Schritt bereit sein, uns mehr dem Wissen hinzugeben. Dieser Aufgabe verweigern wir uns aber oft, um im Bereich unseres Wohlfühls nicht Schaden zu nehmen. Ist Ihnen schon aufgefallen, dass 50% der Medienseiten durch die drei F gefüllt werden: Finanzen, Fun und Fussball. Sollten wir dies nicht mit den drei W zumindest ergänzen, nämlich mit Werten, Wissen und Wohlwollen\* für andere (\* musste eben mit einem W beginnen)!

Da wären wir doch erneut im Bereich eines Anliegens meinerseits angelangt: Wissen hat mit Information zu tun, nein, nicht mit noch mehr. Aber mit ehrlicherer, qualitativ hochstehender, wertvollerer Information. Ob wir dazu bereit sind? Meine aktuellen Erfahrungen lassen mich leider etwas zweifeln.

*Dr. med. Herbert Widmer, Redaktor LAZ*

# Roboter-assistierte laparoskopische Resektion des Kolon- und Rektumkarzinoms in der Hirslanden Klinik St. Anna

Dr. med. Walter Gantert, Dr. med. Bernward Mölle, Prof. Dr. med. Marc Schiesser

Vor einigen Jahren wurden die Ergebnisse mehrerer grosser internationaler Vergleichsstudien publiziert, welche aufzeigten, dass die laparoskopische Operation des Kolon- und Rektumkarzinoms mit gleicher Radikalität möglich ist wie die offene Operation via Laparotomie. Die Studien zeigten zudem die Vorteile der minimal-invasiven Chirurgie mit geringerem Blutverlust, geringerer Komplikationsrate, weniger postoperativen Schmerzen, kürzerem Spitalaufenthalt und schnellerer Erholung auf [1]. In Anbetracht dieser Vorteile für den Patienten etablierte sich die laparoskopische Operation in der Folge als Standard für die Resektion des Kolon- und Rektumkarzinoms mit Ausnahme von sehr grossen Karzinomen, welche eine multiviszera-

le Resektion via Laparotomie erfordern. Allerdings wurde immer wieder festgestellt, dass die laparoskopische Resektion des Kolonkarzinoms, und mehr noch die technisch anspruchsvollere laparoskopische Resektion des Rektumkarzinoms mit einer hohen Umsteigerate bis über 30% auf offene Operation via Laparotomie behaftet war [2]. Dies wies auf die technischen Limitationen der laparoskopischen Chirurgie in der kolorektalen Chirurgie hin.

Zwischenzeitlich wurden Operationsroboter entwickelt, welche die technischen Limitationen der konventionellen laparoskopischen Chirurgie umgehen mit verbesserter Visualisation via 3-D-Kamera und -Display, und insbesondere höheren

mechanischen Freiheitsgraden der Instrumente mit «EndoWrist-Technologie» (siehe Abbildung 1). Dies ermöglicht vor allem in engen anatomischen Räumen (z.B. im kleinen Becken bei der Rektumresektion) eine sehr präzise Dissektion und erleichtert Nahttechnik und Rekonstruktion (z.B. intrakorporale Darmanastomose). Der aktuelle Operationsroboter des Typs «da Vinci» bietet zusätzliche technische Verbesserungen gegenüber den konventionellen laparoskopischen Geräten: das hochentwickelte Klammernahtgerät mit der sogenannten «Smart Clamp Technology», sowie die Durchblutungsprüfung von Organen und Darstellung von Blut-/Lymphgefässen und Lymphknoten mittels Fluoreszenzdarstellung.

**High Definition 3D Vision**

- Surgeon-controlled
- Stable and immersive view
- Up to 10x zoom

**Precision & Dexterity**

- Mimics surgeon's hands
- Scales down movements
- With tremor filtration

**Intuitive<sup>®</sup> Motion**

- Advanced software enables intuitive control (instead of cross-handed)

Abbildung 1: Da Vinci Roboter Technologie.

Die roboter-assistierte Technik wurde aus diesen Gründen in den letzten Jahren weltweit für die minimal-invasive Resektion des Kolon- und Rektumkarzinoms zunehmend eingesetzt und deren Wertigkeit in vielen prospektiven Studien evaluiert. So wurde für die Kolonkarzi-

nomresektion in mehreren kürzlich publizierten Vergleichsstudien eine signifikant geringere Umsteigerate auf die offene Operation, eine höhere Radikalität der Resektion, sowie teilweise eine bessere Überlebensrate nach robotisch-assistierten versus konventionell laparoskopischen

Operationen gefunden. Allerdings bei durchschnittlich längerer Operationszeit [3,4]. Beim Kolonkarzinom im rechten Hemikolon konnte ausserdem gezeigt werden, dass die Roboter-Assistenz eine Verminderung des Operationstraumas durch eine sichere intrakorporale Anasto-

mosentechnik ermöglicht, und bei gewissen Tumorstadien durch ausgedehntere Lymphadenektomie (D3-Lymphadenektomie) die Radikalität der Resektion und damit das onkologische Outcome verbessert werden können [5,6].

Für die Resektion des Rektumkarzinoms mit der sogenannten TME (Totale Mesorektale Exzision, siehe Abbildung 2) ergaben sich ähnliche Vorteile der roboter-assistierten Operation mit geringerer Umsteigerate, insbesondere bei Patienten mit schwierigen anatomischen Verhältnissen (Männer mit engem Becken, Pa-

tienten mit Übergewicht) [7]. Ausserdem konnte gezeigt werden, dass die roboter-assistierte Technik zu weniger iatrogenen Nervenläsionen führt, indem postoperativ deutlich weniger Patienten an Blasenentleerungsstörung und sexueller Dysfunktion leiden nach roboter-assistierter Rektumresektion [8]. In einer kürzlich publizierten Metaanalyse wurden die verfügbaren Daten betreffend Vergleich der drei Verfahren offen, laparoskopisch und robotisch-assistiert analysiert. Die Analyse ergab, dass das robotisch-assistierte Verfahren sowohl dem laparoskopischen wie auch dem offenen Verfahren über-

legen ist durch tiefere Umsteigerate, geringeren Blutverlust und schnellere Erholung des Patienten. Die onkologischen Resultate der drei Verfahren waren vergleichbar [9,10]. In einer anderen grossen Studie wurde das onkologische Outcome von roboter-assistierten mit konventionell laparoskopischen Rektumkarzinomresektionen verglichen und eine Tendenz zu besserem onkologischem Outcome mit höherer tumorfreier Überlebensrate in der Gruppe der Patienten gefunden, welche roboter-assistiert operiert wurden [11].

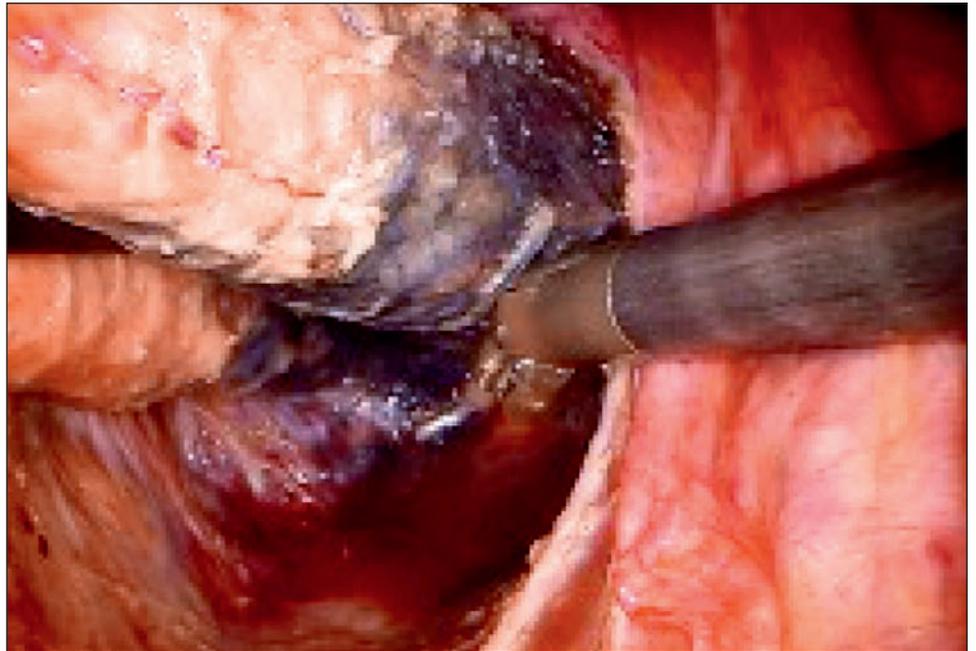
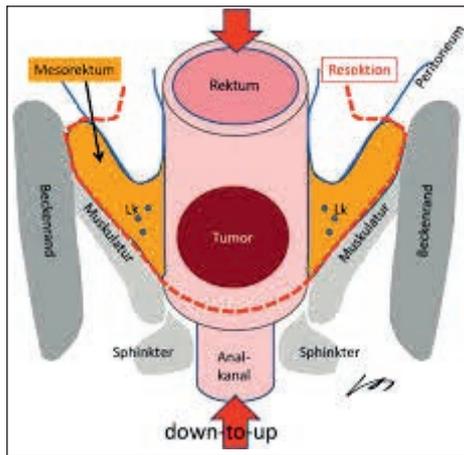


Abbildung 2: Totale Mesorektale Exzision beim Rektumkarzinom.

Die Anschaffung und Einführung des da Vinci Xi Roboters an der Hirslanden Klinik St. Anna haben wir in der letzten Ausgabe des Luzerner Arztes beschrieben. In Anbetracht obgenannter potentieller Vorteile für die Patienten, begannen wir im Herbst 2015 an der Hirslanden Klinik St. Anna mit der roboter-assistierten laparoskopischen Resektion des Kolon- und Rektumkarzinoms. Die Einführung der roboter-assistierten Technik wurde sorgfältig vorbereitet: Der Erstautor dieses Artikels absolvierte das umfangreiche und validierte Trainingscurriculum der European Academy of Robotic Colorectal Surgery. Experten der EARCS kamen mehrfach in die Hirslanden Klinik St. Anna, um uns bei den ersten roboter-assistierten kolorektalen Eingriffen zu assistieren. Wir führten die roboter-assistierten Operationen stets im Zweierteam durch, Dr. B. Mölle in der Folge ebenfalls als Hauptoperator. Zu Beginn wurden einfachere Koloneingriffe bei gutartigen Leiden durchgeführt, um genügend Erfahrung mit der Technik zu sammeln, damit Karzinomresektionen schliesslich sicher und effizient durchgeführt werden konnten. Gemäss Richtlinien der EARCS mussten wir Videos von unseren Operati-

onen an ihre Expertengruppe einschicken zur Evaluation und für die Zertifizierung in roboter-assistierter kolorektaler Chirurgie.

Seit November 2015 haben wir in der Hirslanden Klinik St. Anna insgesamt 67 roboter-assistierte laparoskopische kolorektale Operationen durchgeführt, 49 davon für kolorektale Karzinome: 13 Hemikolektomien rechts für rechtsseitige Kolonkarzinome, 16 Hemikolektomien links respektive Rektosigmoidresektionen für linksseitige Kolonkarzinome und 20 Rektumresektionen für Rektumkarzinome. Unsere Erfahrungen decken sich mit den oben zitierten Daten anderer Zentren, indem die Konversionsrate zu einer offenen Operation bereits in dieser ersten Phase sehr tief gehalten werden konnte: 6.9% bei Kolonresektionen und 10% bei Rektumresektionen. Sowohl bei den roboter-assistierten laparoskopischen Kolon-, wie auch Rektumresektionen konnten in allen Fällen eine R0-Resektion erreicht werden. Die Komplikationsrate war vergleichbar mit den konventionellen laparoskopischen Eingriffen mit höherer Komplikationsrate bei den Rektumresektionen, analog den publizierten Daten in

der Literatur. Auch in unserer Erfahrung ergab sich im Durchschnitt eine längere Operationsdauer von 20-30 Minuten bei den roboter-assistierten Operationen bei im Durchschnitt etwas kürzerem Spitalaufenthalt.

Unsere bisherigen Erfahrungen machen uns sehr zuversichtlich, dass wir mit der roboter-assistierten laparoskopischen Resektion, analog den publizierten Daten anderer Zentren, den Patienten mit Kolon- und Rektumkarzinom eine noch schonendere und präzisere Operation anbieten können als die konventionelle laparoskopische oder die offene Variante.

## Literatur:

- [1] Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ, Haglind E, Pählman L, Cuesta MA, Msika S, Morino M, Lacy AM: COlon cancer Laparoscopic or Open Resection Study Group (COLOR): Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. *Lancet Oncol.* 2005;6:477-84.
- [2] Bonjer J, Deijen CL, Abis GA: COLOR II Study Group. A randomized trial of laparoscopic versus open surgery for rectal cancer. *N Engl J Med.* 2015;372:1324-1332.

- [3] Mirkin KA, Kulaylat AS, Hollenbeak CS, Messaris E: Robotic versus laparoscopic colectomy for stage I-III colon cancer: oncologic and long-term survival outcomes. *Surg Endosc.* 2018;32:2894-2901.
- [4] Kim JC, Lee JL, Yoon YS, Kim CW, Park IJ, Lim SB: Robotic left colectomy with complete mesocolotomy for splenic flexure and descending colon cancer, compared with a laparoscopic procedure. *Int J Med Robot.* 2018;May:e1918.
- [5] Spinoglio G, Marano A, Bianchi PP, Priora F, Lenti LM, Ravazzoni F, Formisano G: Robotic right colectomy with modified complete mesocolic excision: long-term oncologic outcomes. *Ann Surg Oncol.* 2016;23:684-691.
- [6] Widmar M, Keskin M, Strombom P, Beltran P, Chow OS, Smith JJ, Nash GM, Shia J, Russell D, Garcia-Aguilar J: Lymph node yield

in right colectomy for cancer: a comparison of open, laparoscopic and robotic approaches. *Colorectal Dis.* 2017;19:888-894.

- [7] Jayne D, Pigazzi A, Marshall H, Croft J, Corrigan N, Copeland J, Quirke P, West N, Rautio T, Thomassen N, Tilney H, Gudgeon M, Bianchi PP, Edlin R, Hulme C, Brown J: Effect of robotic-assisted vs conventional laparoscopic surgery on risk of conversion to open laparotomy among patients undergoing resection for rectal cancer: the ROLARR randomized clinical trial. *JAMA.* 2017;318:1569-1580.
- [8] Kim HJ, Choi GS, Park JS, Park SY, Yang CS, Lee HJ: The impact of robotic surgery on quality of life, urinary and sexual function following total mesorectal excision for rectal cancer: a propensity score-matched analysis with laparoscopic surgery. *Colorectal Dis.* 2018 May;20:e18.

- [9] Holmer C, Kreis ME: Systematic review of robotic low anterior resection for rectal cancer. *Surg Endosc.* 2018;32:569-581.
- [10] Prete FP, Pezzolla A, Prete F, Testini M, Marzaioli R, Patriti A, Jimenez-Rodriguez RM, Gurrado A, Strippoli GFM: Robotic versus laparoscopic mini-invasively surgery for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Ann Surg.* 2018;267:1034-1046.
- [11] Kim J, Baek SJ, Kang DW, Roh YE, Lee JW, Kwak HD, Kwak JM, Kim SH: Robotic resection is a good prognostic factor in rectal cancer compared with laparoscopic resection: long-term survival analysis using propensity score matching. *Dis Colon Rectum.* 2017;60:266-273.

## Autoren

*Dr. med. Walter Gantert*  
*Dr. med. Bernward Mölle*  
*Prof. Dr. med. Marc Schiesser*  
 Fachärzte für Chirurgie FMH,  
 spez. Viszeralchirurgie  
 Hirslanden Klinik St. Anna  
 St. Anna-Strasse 32  
 6006 Luzern  
 T +41 41 208 38 80  
 F +41 41 208 38 76  
[www.hirslanden.ch/stanna](http://www.hirslanden.ch/stanna)



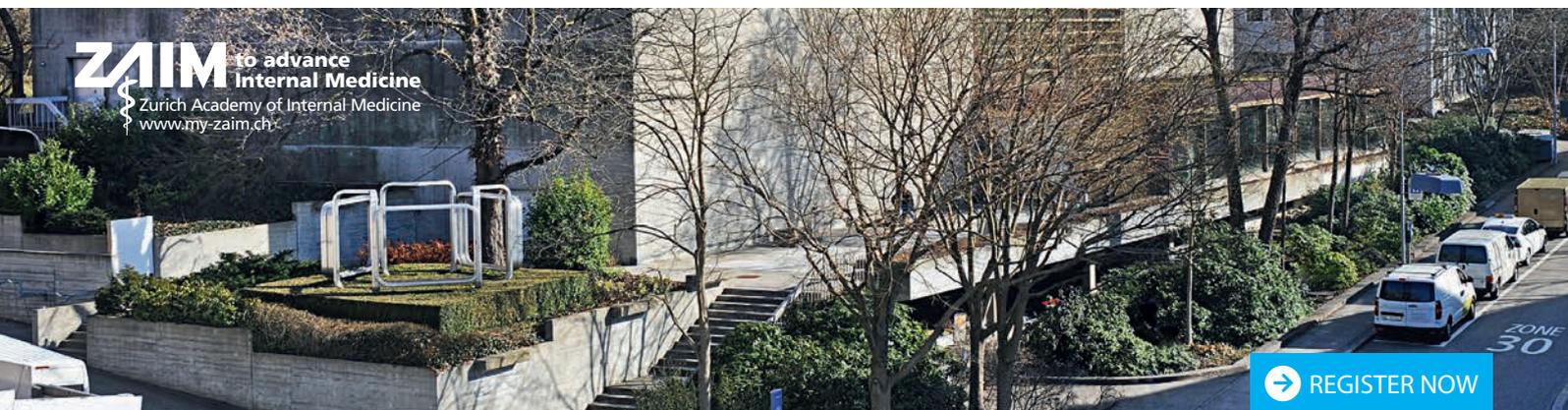
*Dr. med. Walter Gantert*



*Dr. med. Bernward Mölle*



*Prof. Dr. med. Marc Schiesser*



**ZAIM** to advance  
 Internal Medicine  
 Zürich Academy of Internal Medicine  
[www.my-zaim.ch](http://www.my-zaim.ch)

[REGISTER NOW](#)

# Medidays Zürich 2018

Die Fortbildung für Allgemeine Innere Medizin in Praxis und Spital

[www.medidays.ch](http://www.medidays.ch)

3.–7. September 2018

Leitung  
 Prof. Edouard Battegay

Programmkommission  
 KD Dr. Elisabeth Bandi-Ott  
 PD Dr. Heiko Frühauf  
 Dr. Lorenzo Käser  
 Prof. Thomas Rosemann  
 Prof. Johann Steurer  
 Dr. Stefan Zinnenlauf

Fortbildungspartner:  
 Vereinigung Allgemeiner und  
 Spezialisierter Internistinnen und  
 Internisten Zürich

Registration:  
 Medworld AG  
 Online: [www.medidays.ch](http://www.medidays.ch)



SAPP  
 Pro mit # gekennzeichnete  
 und besuchter Session 1 Credit  
 SGK  
 5h 1A Credits

# VORANKÜNDIGUNG 12. KARDIOLOGIE- SYMPOSIUM DES HERZZENTRUMS HIRSLANDEN ZENTRALSCHWEIZ

Relevantes für die Praxis 2018

**Donnerstag, 25. Oktober 2018 im Hotel Radisson Blu in Luzern von 13.30 Uhr bis 18.00 Uhr**

Wissenschaftliche Leitung und wissenschaftliche Organisation: Prof. Dr. med. Tushar Chatterjee, Anja Chatterjee und Dr. med. Urs Bucher, Herzzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern  
Organisation: FentEvent GmbH, 9552 Bronschhofen, T 071 911 45 22

## THEMEN

Interventionelle Kardiologie – Rhythmologie und Elektrophysiologie – Klinische Kardiologie

## REFERENTEN UND VORSITZENDE

Dr. Dr. med. Marco Albanese, Herzzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern  
PD Dr. med. Christian Binggeli, Herzzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern  
Prof. Dr. med. Klaus Bonaventura, Ernst von Bergmann Klinikum, DE-Potsdam  
Dr. med. Rudolf Hämmerli, Herzzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern  
Dr. med. Christopher Hansi, Herzzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern  
PD Dr. med. Peiman Jamshidi, Herzzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern  
Prof. Dr. med. Paul Mohacsi, Hirslanden Klinik im Park, Zürich  
PD Dr. med. Tim Rehders, Klinikum Weimar, DE-Weimar  
Hannes Schmid, Schweizer Fotokünstler, Smiling Gecko Schweiz  
PD Dr. med. Jan Steffel, UniversitätsSpital, Zürich  
Prof. Dr. med. Christian Sticherling, Universitätsspital Basel  
PD Dr. med. Gabor Sütsch, HerzZentrum Hirslanden, Zürich  
Dr. med. Marco Waser, Herzzentrum Hirslanden Zentralschweiz, Klinik St. Anna, Luzern

Klinik St. Anna, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern, T 041 208 32 32, [www.kardiologie-symposium.ch](http://www.kardiologie-symposium.ch)



[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdJNcgfClmMwz7\\_qHRs8UnzdZjUj29klM/CjJlf4dWwfU01YVQ/viewform](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdJNcgfClmMwz7_qHRs8UnzdZjUj29klM/CjJlf4dWwfU01YVQ/viewform)

## Cannabis und Cannabinoide in der Medizin

### Fortbildung vom

**Donnerstag, 13. September 2018**

**13.30 - 17.30 Uhr**

**Hotel Continental-Park, Luzern**

13.30 Uhr

#### **Begrüssung**

Regina Suter, Dr. sc. nat., dipl. pharm., Beauftragte für Suchtfragen  
Kanton Luzern, Dienststelle Gesundheit und Sport

13.40 Uhr

#### **Einführung und Moderation**

Hans Gammeter, Dr. med., Hausarzt, Wattwil

13.50 Uhr

#### **Das Endocannabinoid-System**

Walter Ziegängsberger, Prof. Dr. med., Emeritus am Max Planck-  
Institut für Psychiatrie München

14.25 Uhr

#### **Cannabidiol (CBD): hopeful oder hypeful?**

Rudolf Brenneisen, Prof. em. Dr. pharm., Universität Bern und  
Leiter Schweizer Arbeitsgruppe für Cannabinoide in der Medizin  
(SACM)

15.00 Uhr

#### **Pharmazeutische Entwicklung - Wirksamkeit und Sicherheit von Cannabis als Heilpflanze im Vergleich zu synthetischen Modulatoren des Endocannabinoid-Systems**

Nicolussi Simon, Dr., Medical Project Manager, Zeller AG

15.30 Uhr

Pause und Verpflegung

16.00 Uhr

#### **Cannabis und Cannabinoide in der medizinischen Anwendung**

David Czeli, PD Dr. med., Leitender Arzt Neurologie Spital Linth

16.30 Uhr

#### **Cannabinoide in der psychiatrischen Praxis**

Torsten Berghändler, Dr. med., Psychiater, Herisau

17.00 Uhr

#### **Medizinische Anwendung von Cannabis: Das Bewilligungs- verfahren**

Catherine Ritter, Dr. med., Bundesamt für Gesundheit BAG,  
Abteilung Prävention nicht übertragbare Krankheiten

#### **Für weitere Informationen:**

FOSUMIS Forum Suchtmedizin Innerschweiz

Aegeristrasse 56

6300 Zug

[judith.halter@zg.ch](mailto:judith.halter@zg.ch)

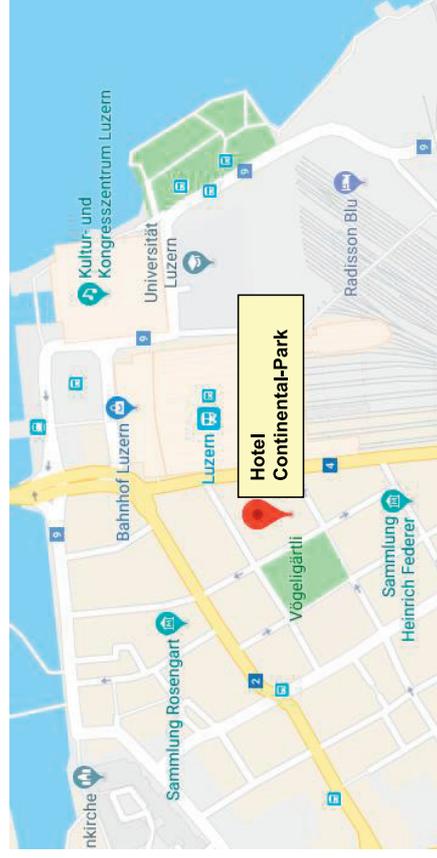
Tel +41 41 728 35 14

Fax +41 41 728 39 40

#### **Die Fortbildung ist kostenlos.**

**Fortbildungscredits SGAIM (Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere  
Medizin) und FPH (Foederation Pharmaceutica Helvetiae) beantragt.**

Lageplan Hotel Continental-Park, Murbacherstrasse 4, 6002 Luzern



Unterstützt von:



**GILEAD**



# Verletzungen des Gelenkknorpels am Kniegelenk

## «Die patellofemorale Knorpelchirurgie stellt eine besondere Herausforderung dar»

Dr. med. Nicola Biasca und Dr. med. Sascha Käsermann

Orthopädische Klinik Luzern AG, Hirslanden Klinik St. Anna, St. Anna-Strasse 32, CH-6006 Luzern

Der hyaline Knorpel überzieht als dünne Schicht von 3 bis 5 mm die Knochenendflächen der beweglichen Gelenke und ermöglicht durch seinen einzigartigen und komplexen Aufbau einen praktisch reibungsfreien Ablauf von Bewegungen. Der Gelenkknorpel des Erwachsenen besitzt weder eine Blutversorgung noch eine lymphatische Drainage. Er hat zudem keine neurale Elemente. Die Chondrozyten sind von der Zufuhr der ernährenden Substanzen aus der Synovialflüssigkeit und von den reparativen zellulären Instrumenten durch die breite extrazelluläre Matrix abgeschirmt. Die Knorpelzellen können nur in Fällen von kleinen Knorpelschäden mit minimalem Verlust der Matrixkomponenten durch Neusynthese der Proteoglykane die Knorpeloberfläche wiederherstellen. Bei grösseren Defekten ist dieser Regenerationsmechanismus jedoch überfordert und es entstehen Dauerschäden. Die Behandlung hyaliner Knorpeldefekte ist häufig komplex und stellt für Patient und Operateur eine grosse Herausforderung dar.

Akute Verletzungen des Gelenkknorpels entstehen entweder durch ein direktes Kontusionstrauma oder durch eine indirekte, das Gelenk verdrehende Verletzung. Knorpel-Knochen Kontusionen im Sinne eines «Bone bruise» werden auch nach akuten Rupturen des vorderen Kreuzbandes (VKB) in mehr als 68% der Fälle dokumentiert und werden je nach Mechanismus der Verletzungen nicht nur im Bereich des dorsalen Anteils des Tibiaplateau sondern auch im Bereich der randständigen antero-lateralen Femurkondyle

festgestellt. Diese Verletzungen werden auch als Ursachen für die Entstehung eines posttraumatischen Knorpelschadens diskutiert. Unweigerlich führt bei sportlich aktiven Personen ein instabiles Kniegelenk im Laufe der Zeit bei entsprechender Belastung zu einem Knorpelschaden. Dies konnte bei Spontanverläufen nach nicht behandelten vorderen Kreuzbandrupturen eindrucksvoll belegt werden. Nach einer Verletzung der Knorpeloberfläche im Bereich des medialen Femurkondylus ist die Patella die zweithäufigste Lokalisation für Knorpelschäden im Kniegelenk, während Läsionen an der Trochlea etwas seltener sind. Trochleäre Knorpelschäden stellen sehr häufig einen Zufallsbefund im Rahmen einer Routine-MRT-Diagnostik oder bei einer Arthroskopie aus anderem Grund dar und sollten sehr zurückhaltend behandelt werden.

Die Ursachen für die Entstehung von lokalisierten Knorpelschäden im Patellofemorale Gelenk sind sehr variabel und können häufig nicht endgültig geklärt werden. Eine eindeutige Kausalität lässt sich meist nur nach stattgehabten Knochenbrüchen mit Gelenksbeteiligung im Sinn von posttraumatischen Knorpelschäden feststellen. Selbst nach einer unfallassoziierten Patellaluxationen, welche zu chondralen oder osteochondralen Läsionen führen kann, sind prädisponierende anatomische Faktoren in mehr als 90% der Fälle nachzuweisen. Diese sind vor allem eine Trochleadysplasie, eine Patella-hochstand (sog. Patella alta) oder andersartige geometrische Formveränderungen des patellofemorale Gelenkabschnitts.

Aufgrund der anatomischen Komplexität dieses Gelenkabschnitts stellt die patellofemorale Knorpelchirurgie eine besondere Herausforderung dar.

Entscheidend für eine effiziente Therapie ist die frühzeitige Diagnostik. Die MRT-Untersuchung des betroffenen Kniegelenks stellt heute das Standardverfahren zur Abklärung dar. Die definitive Diagnostik eines Knorpelschadens kann schlussendlich nur durch eine Arthroskopie des Kniegelenkes erfolgen. Deshalb bleibt die Arthroskopie der Goldstandard für die Diagnostik einer Knorpelverletzung.

Die Einteilung der Knorpelschäden wird durch verschiedene Klassifikationen durchgeführt. Die lange Zeit verwendete sog. «Outerbridge» Klassifikation wurde primär zur Beurteilung der retropatellären Chondropathie entwickelt und beurteilt Knorpelschäden vor allem anhand ihrer Tiefenausdehnung. Heutzutage wird vor allem das Klassifikationssystem der International Cartilage Repair Society (ICRS) Verwendung (Vgl. Bild 1).

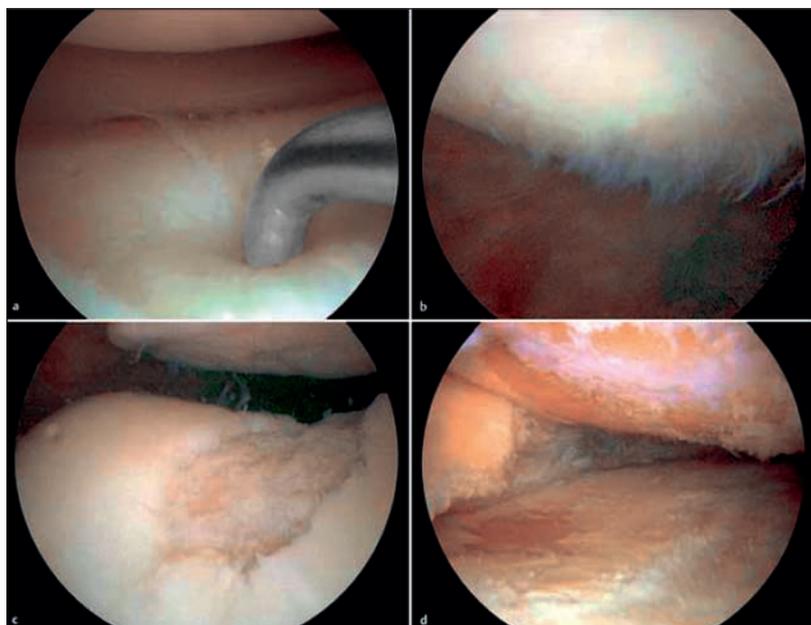
Grad 0: normal

Grad I: oberflächliche Aufrauung

Grad II: Knorpelläsionen < 50% der Tiefe

Grad III: Knorpelläsion > 50% der Tiefe bis an den subchondralen Knochen

Grad IV: Knorpelläsion unter Miteinbezug des subchondralen Knochens oder tiefer



**Bild 1: ICRS-Klassifikation der Knorpelschäden (Klassifikation der International Cartilage Repair Society). Arthroscopische Visualisierung der Knorpelschäden entsprechend der ICRS-Klassifikation: a Grad I, b Grad II, c Grad III, d Grad IV. (Mit freundlicher Genehmigung von Prof. M. Steinwachs)**

Weiterhin muss die Diagnostik neben der eigentlichen Darstellung des Knorpeldefekts auch die Beurteilung der Beinachse, die Bestimmung der patellofemorale Gelenkgeometrie inklusive der Analyse der Tuberositas Tibiae-Trochlea Gruben (TT-TG)-Distanz oder alternativ der Tuberositas Tibiae-Posterior Cruciate Ligament (TT-PCL)-Distanz bzw. die trochleären Form, die Bestimmung der Rotationsverhältnisse, sowie die Beurteilung der Patella Stabilität und der Rückfußstellung beinhalten.

Ein sehr wichtiger Pfeiler für die erfolgreiche Therapie eines Knorpelschadens ist die Behandlung der Begleitpathologie. Diese Begleitpathologien sind bei einem sehr hohen Anteil der Betroffenen vorhanden und müssen auch entsprechend adressiert werden. Durch moderne Verfahren der Knorpeltherapie mit korrektem Angehen der Begleit-Pathologie lassen sich mittlerweile zufriedenstellende Ergebnisse erreichen. Eine Ruptur des vorderen Kreuzbandes, periphere Band Instabilitäten und Meniskus-Schaden müssen unbedingt mitbehandelt werden. Zusätzlich muss auch ein Malalignment der Beinachse in die Knorpel-rekonstruktiven Überlegungen miteingeschlossen werden. Bei einer Varus-Fehlstellung des Beines und einem Knorpelschaden im medialen Kompartiment hat es sich z.B. bewährt, die Knorpelbehandlung mit einer valgusierenden Osteotomie zu kombinieren. Alle diese Pathologien sind ein wichtiger Bestandteil der Gelenkchirurgie und beeinflussen die Belastung und Kinematik der artikulierenden Flächen.

Die Therapiewahl folgt prinzipiell einem lokalisationsunabhängigen Algorithmus, wobei v. a. die Ausdehnung des Defektes in die vaskularisierte subchondrale Region, die Beschaffenheit des subchondralen

Knochens, die Defektgrösse, der Aktivitätsgrad, sowie das Alter des Patienten und seine funktionellen Ansprüche berücksichtigt werden müssen. Wichtig ist auch dabei, dass man die Erwartungen des Patienten kennt und diese gegebenenfalls mit dem zu erwartenden Resultat abgleicht.

Die zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen sind aufgrund der nur geringen Regenerationsfähigkeit des hyalinen Knorpels allein symptomatischer Natur: Die konservative, nicht-medikamentöse Behandlung des Knorpelschadens beschränkt sich ebenso wie die medikamentöse Therapie vor allem auf die Symptomatik (Schmerzreduktion, Verbesserung der Beweglichkeit). In der Regel wird mit den konservativen Massnahmen versucht, die durch den Knorpelschaden bedingten Beschwerden zu lindern und vor allem die Progredienz der beginnenden Arthrose zu bremsen.

Als operative Massnahme kommen heutzutage folgende Optionen in Frage:

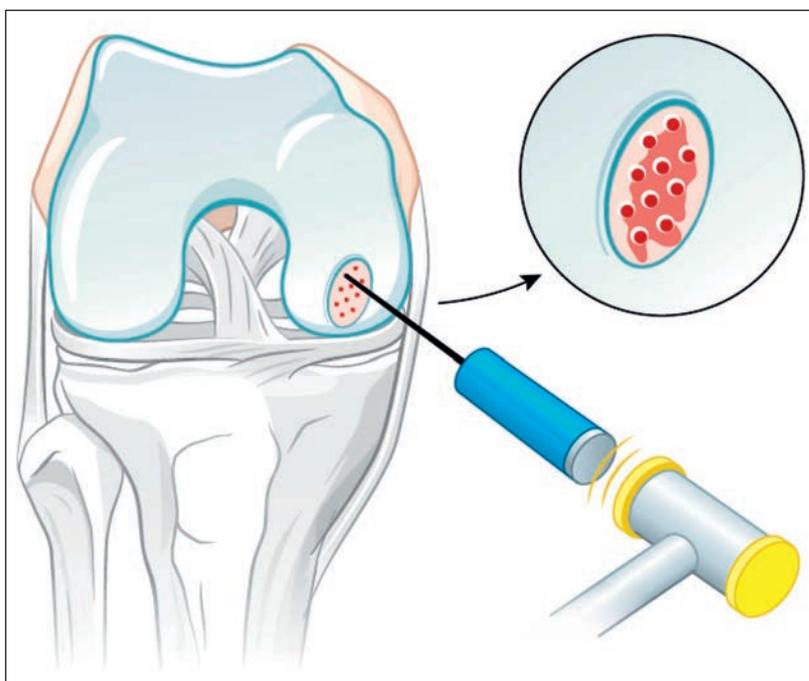
## 1. Arthroskopische Lavage und Debridement:

Die einfachste Methode zur Behandlung eines Knorpelschadens ist die arthroskopische Lavage und Debridement von Knorpelfragmenten. Mit speziellen Instrumenten werden abgenutzte Knorpelstellen geglättet und knorpelabbauende Enzyme und abgelöste Knorpelstückchen aus dem Gelenk herausgespült. Die Wirksamkeit dieser minimal-invasiven Behandlung liegt hauptsächlich in der Entfernung von aggressiven, beim Knorpelzerfall entstehenden Enzymen, die eine Synovitis verursachen und ausserdem zu weiterer Knorpeldegeneration führen.

## 2. Knochenmark-stimulierende Eingriffe:

Das ist das bekannteste und am häufigsten eingesetzte Verfahren. Basierend auf den heutigen Kenntnissen über die Pathophysiologie des Gelenkknorpels werden oberflächliche Knorpeldefekte durch Perforation der subchondralen Platte mittels Bohrungen, Abrasion oder Anbohren des Knochens (sog. Mikrofrakturierung, «MFX») behandelt. Das Ziel all dieser Vorgehen ist, durch Eröffnung der subchondralen Kortikalis eine Blutung (ein sog. Superclot) aus dem Knochenmark zu erzeugen, und durch Einwanderung von Blut- und mesenchymalen Vorläuferzellen unter dem Reiz mehrwöchiger Teilbelastung sowie stundenlang passiver Bewegung des Gelenkes die Bildung eines fibrösen Knorpel-Ersatzgewebes zu induzieren (Vgl. Bild 2).

Durch diese Technik bildet sich ein Ersatzknorpelgewebe mit einem hohen Anteil an fibrösen Elementen, das zwar nicht die Stabilität und Elastizität des ursprünglichen Knorpelgewebes aufweist, aber den Patienten doch das Durchführen seiner beliebten sportlichen Tätigkeiten auf einem guten Niveau erlauben sollte. Bis heute gilt die Mikrofrakturierung als Goldstandard bei der Behandlung von kleinen Knorpeldefekten. Diese Technik ist suboptimal für die Behandlung Knorpelläsionen an der Patella, da die Dicke des Knorpels nicht ausreichend aufgebaut wird und die Nachhaltigkeit dieser Technik ist nicht garantiert. Diese knochenmarkstimulierende Therapie sind bei alleinigen Schäden des hyalinen Gelenkknorpels mit intakten subchondralen Knochen (Knorpelschaden ICRS Grad III-IV) und v.a. bei kleineren Defekten (Grösse bis 2 cm<sup>2</sup>) ein bewährtes Verfahren.



**Bild 2: Schematische Darstellung der Technik der Mikrofrakturierung: Primär wird das defekte Knorpelareal auskürretiert, danach werden multiple Perforationen der subchondralen Knochenlamelle mit einer konischen Ahle durchgeführt. (Mit freundlicher Genehmigung von Prof. M. Steinwachs)**

# LE VIGARO

Mehr als ein Newsletter für Labormedizin  
 Dr. med. Edouard H. Viollier, FMH Innere Medizin  
 Dominic Viollier, lic. oec. HSG

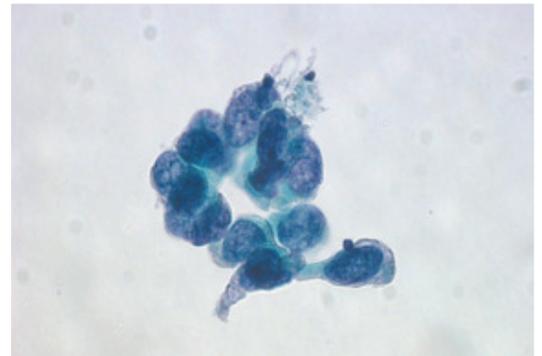
## Urothelkarzinom: Urinzytologie

### Paris-Klassifikation: Zytologie der ableitenden Harnwege

**Hintergrund** In der Schweiz erkranken jährlich mehr als 1'000 Menschen an einem Urothelkarzinom: Männer drei Mal häufiger als Frauen. Bei der Erstdiagnose sind über 70% der Patienten über 79 Jahre alt.

**Standardisierte Klassifikation**

Die Paris-Klassifikation standardisiert diagnostische Kriterien, um vor allem urotheliale Neoplasien (Urothelkarzinome) high grade der ableitenden Harnwege sicher zu diagnostizieren, damit sie differenziert therapiert werden können.



*Urotheliale Neoplasie high grade: Zellen*

**Paris-Klassifikation**

Diagnose	Malignitätsrisiko
Nicht diagnostisch	< 5%
Kein Nachweis von Zellen einer urothelialen Neoplasie high grade	0 – 10%
Zellen mit Atypien unklarer Signifikanz	8 – 37%
Verdächtig für Zellen einer urothelialen Neoplasie high grade	50 – 90%
Zellen einer urothelialen Neoplasie high grade	> 90%

Der molekularbiologische Xpert® Bladder Cancer Test (Cepheid) für den Nachweis von Urothelkarzinomen ist ebenfalls erhältlich → Le Vigaro 270 Urothelkarzinom: Molekulare Diagnostik.

- Methode** Urinzytologie
- Material** Frische Probe (Spontanurin oder Spülzytologie) bei 4°C aufbewahren, bis sie vom Kundendienst abgeholt wird.
- Preis** Gemäss Tarmed

**Information** The Paris System for reporting Urinary Cytology, DL Rosenthal et al. Springer 2016  
 Dr. med. Barbara Hummer, FMH Pathologie, Zytopathologie, Leiterin Zytologie  
 Dr. med. Bettina Huber, FMH Pathologie, Zytopathologie  
 Dr. med. Herbert Köppl, FMH Pathologie, FIAC Zytologie  
 Dr. med. Philippe Brunner, FMH Pathologie, Kandidat FMH Schwerpunkt Zytopathologie  
 PD Dr. med. Andreas Zettl, FMH Pathologie, Leiter Pathologie

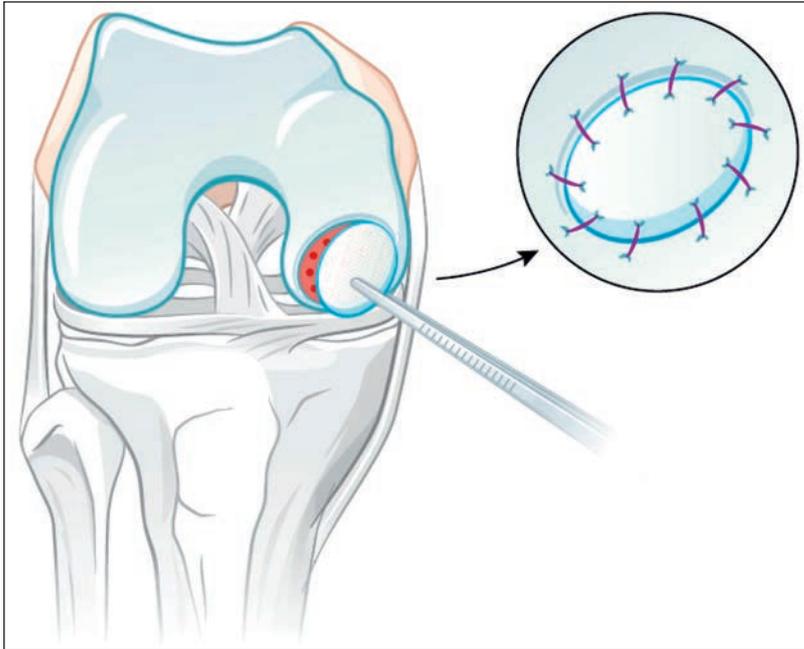
**Redaktion**  
 Dr. med. Maurice Redondo, FMH Hämatologie, Spezialist für Labormedizin FAMH, Bereichsleiter Produktion West

### 3. Modifizierte knochenmarkstimulierende Eingriffe:

Als Modifikation der klassischen knochenmarkstimulierenden Techniken wurde in den letzten Jahren als Weiterentwicklung die sog. «matrixassoziierte Mikrofrakturierung» eingeführt. Diese Entwicklung geht auf die autologe mat-

rixinduzierte Chondrogenese (AMIC) unter Verwendung spezieller kollagen Membranen aus einer Vielzahl unterschiedlicher Biomaterialien für die matrixassoziierte Mikrofrakturierung zurück (Vgl. Bild 2). Sie wurde zur Behandlung von vollschichtigen Knorpeldefekten mit einem Durchmesser grösser als 2 cm<sup>2</sup> entwickelt und kombiniert eine Mikrofrakturierung mit der Applikation einer meist Kollagen-I/

III-haltigen und bioresorbierbaren Membran. Diese Technik ermöglicht die Behandlung osteochondralen Schäden, wie z.B. bei einer Osteochondritis Dissecans. Dabei wird zuerst der knöcherne Defekt mit autologer Spongiosa aufgebaut und danach der Defekt mit einer Membran abgedeckt (Vgl. Beispiel eines jungen Schwimmers mit einem beidseitigen Knorpelschaden an der Knie Scheibe).



**Bild 3: Schematische Darstellung einer autologen matrixinduzierten Chondrogenese (AMIC): Primär wird das defekte Knorpelareal auskürettiert und wird die Mikrofrakturierung durchgeführt. Danach wird der Defekt mit einer Biomembran abgedeckt. (Mit freundlicher Genehmigung von Prof. M. Steinwachs)**

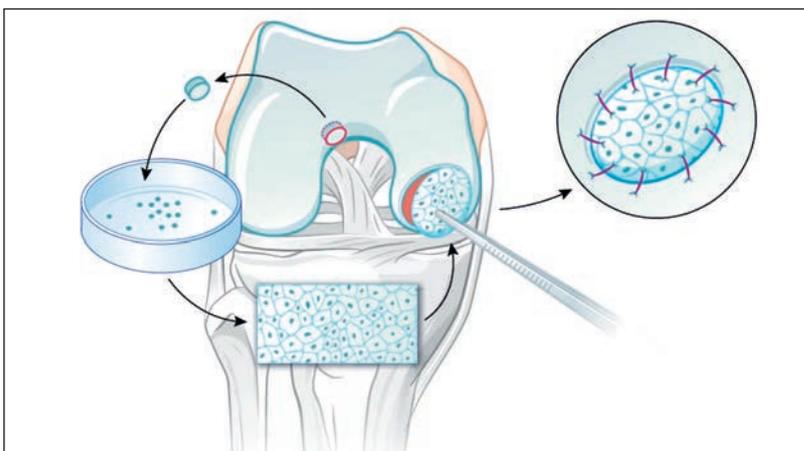
### 4. Knorpelzell-Implantation sog. «Transplantation von chondrogenem Gewebe»:

Die Transplantation von chondrogenem Gewebe erlaubt die Implantation von biologisch aktivem autologem Gewebe. Verwendet werden entweder das Perichondrium der Rippen oder das Periost langer Röhrenknochen. Der klinische Einsatz dieser Behandlungsvariante blieb bisher trotz guter experimenteller Resultate auf wenige klinische Fälle begrenzt.

Bei der klassischen autologen Chondrozytentransplantation (ACT) wird Knorpelgewebe aus dem nicht gewichtstragenden Anteil des Kniegelenkes, meist im Randbereich der Femurkondylen oder der Area intercondylaris, im Rahmen einer ersten Arthroskopie entnommen. Aus dem Knorpelgewebe werden dann in einem Zellkulturlabor die Chondrozyten isoliert und expandiert, bevor sie in einem zweiten Eingriff, meist unter einem Stück Periost, in den Defekt replantiert werden. Für die Autologe Chondrozytentransplantation, sog. ACT, gilt ebenso wie für die knochenmarkstimulierenden Verfahren die Voraussetzung eines weitgehend intakten subchondralen Knochens und wird vor allem bei grösseren Defekten (> 2 cm<sup>2</sup>) angewendet (Vgl. Bild 4).

Eine Weiterentwicklung der Autologe Chondrozytentransplantation ist die Membran-induzierte autologe Chondrozyten-Transplantation, kurz MACT genannt, die seit ein paar Jahren in Europa Anwendung gefunden hat. Die bei einer arthroskopischen Operation entnommenen autologen Chondrozyten werden in vitro auf eine Kollagen-Membran angesiedelt und diese Konstrukte anschliessend mit Fibrinkleber über den Knorpeldefekt geklebt. Indikationen für die MACT stellen vollschichtige chondrale oder osteochondrale Defekte mit einem Ausmass von 3–10 cm<sup>2</sup> dar. Dieses Verfahren wird zunehmend eingesetzt, wenn andere Knorpeltherapieverfahren zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt haben oder bereits erste arthrotisch bedingte Veränderungen im Gelenk vorhanden sind.

### 5. Knorpel Transplantation, sog. autologe Chondrozyten-Transplantation (ACT):



**Bild 4: Schematische Darstellung einer klassischen autologen Chondrozytentransplantation (ACT): Primär Entnahme einer Knorpelbiopsie, danach Extrakorporale Knorpelzüchtung und anschliessend Implantation der Knorpelzellen. (Mit freundlicher Genehmigung von Prof. M. Steinwachs)**

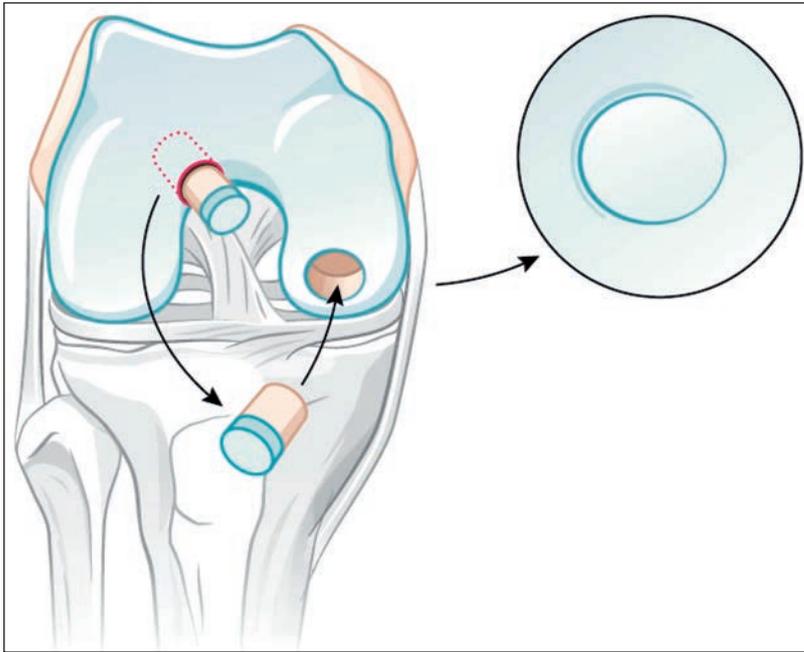
## 6. Knorpel-Knochen-Transplantation, sog. autologe osteochondrale Transplantation (OATS):

Bei lokalen Defekten des Knorpels und des subchondralen Knochens (sog. osteochondrale Läsion) muss die operative Therapie sowohl den geschädigten Knorpel als auch den darunterliegenden Knochen adressieren. Eine mögliche Therapieoption bietet die autologe osteochondrale Transplantation (OATS), bei dem Knochen-Knorpel-Zylinder einer weniger belasteten Stelle (z. B. dorsale Femurcondyle oder laterale Trochlea) entnommen

und an der Stelle des Defekts implantiert werden. Bei der OATS-Technik zur Behandlung osteochondraler Defekte wird – im Gegensatz zu den knochenmarksstimulierenden Verfahren – ein kompletter Knochen-Knorpel-Zylinder in den Defekt implantiert (Vgl. Bild 5).

Der Vorteil dieser Methode ist, dass ein vitaler, funktionstüchtiger, hyaliner Knorpel transferiert wird und die Einheilung über den im Verbund transplantierten Knochen erfolgt. Ein grosser Vorteil des OATS besteht in der Möglichkeit, zusätzlich zu den Knorpeldefekten auch knöcherne Defekte, z.B. im Rahmen einer Osteochondrosis dissecans, zu behandeln.

Einen relevanten limitierenden Faktor zur Durchführung eines OATS stellt allerdings die Defektgrösse dar. Aufgrund der eingeschränkten Verfügbarkeit von nichtlasttragenden Spenderarealen liegt die maximal behandelbare Defektgrösse im Bereich des Kniegelenkes bei ca. 4 cm<sup>2</sup>. Grössere Defekte können einerseits zu einem Problem bei der Entnahmestelle führen, andererseits kann im Bereich der Implantationsstelle bei mehreren überlappenden Zylinder (sog. Mosaikplastik) eine unzureichend kongruente Gelenkfläche und Press-fit-Verankerung wegen fehlender Randzonen Integration des transplantierten Knorpels entstehen.



**Bild 5:** Schematische Darstellung einer autologen osteochondralen Transplantation (OATS): Primär Entnahme des Defektzylinders in der Hauptbelastungszone der medialen Femurcondylus. Entnahme und Transfer eines ausgereiften Knorpel-Knochen-Zylinders, hier exemplarisch aus dem Bereich der femoralen Notch. Anschliessend Implantation des Knorpel-Knochen-Zylinders in den Defekt. (Mit freundlicher Genehmigung von Prof. M. Steinwachs)

## Zusammenfassung:

Bei traumatische Knorpelschädigungen stehen uns heute je nach Grössenausdehnung des Knorpeldefektes verschiedene knorpelreparative Verfahren zur Verfügung. Obwohl in den letzten 20 Jahren grosse Anstrengungen in der Knorpelthe-

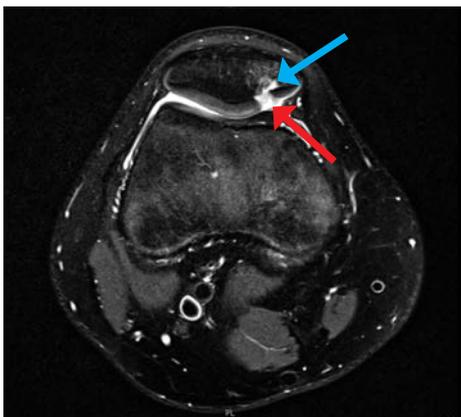
rapie unternommen wurden ist das Ergebnis noch immer ein Ersatzknorpel. Dieser ist im Vergleich zum nativen Knorpel weniger widerstandsfähig und im Verlauf auch degenerativen Veränderungen unterworfen. Wichtig ist die Adressierung der Begleitpathologien wie Instabilität oder Beinachsenfehlstellung in das Behand-

lungsschema zu integrieren.

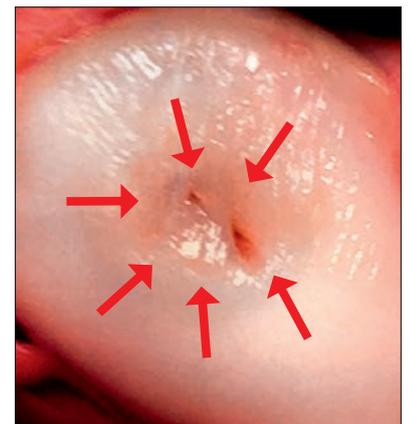
Die Studienergebnisse für die Knorpelzelltransplantation zeigen vielversprechende Ansätze bezüglich des outcom, das auch länger anhaltend ist. Nach wie vor sind wir jedoch nicht in der Lage das native Knorpelgewebe zu ersetzen.

## Fallbeispiel: (Vgl. Bilder 1-5)

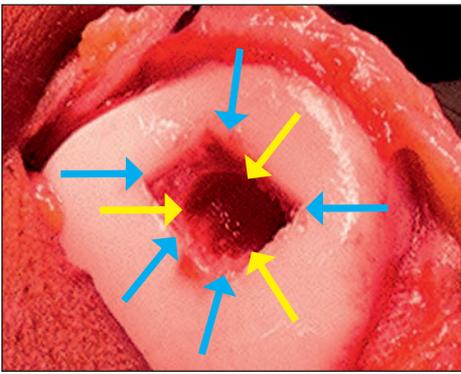
Beispiel eines 15-jährigen jungen sportlich aktiven Patienten mit therapierefraktären chronischen femoropatellaren Schmerzen an beiden Kniegelenken wegen beidseitigen Osteochondralen Defektzonen der Kniescheibe. Der Patient leidet an einer sog. Osteochondritis dissecans der medialen Patellafacette, welche mit einer autologen matrix-induzierte Chondrogenese (AMIC) an beiden Knien versorgt wurde.



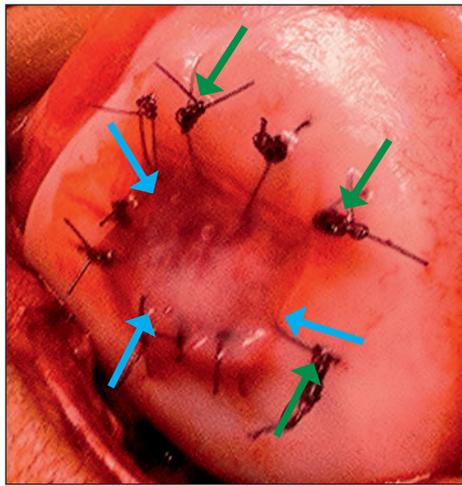
**Bild 1.** Die MRI-Untersuchung des rechten Knies zeigt eine erhebliche Knorpelschädigung im Bereich der Kniescheibe (Roter Pfeil). Der Defekt dehnt sich sogar auf den Knochen (Blauer Pfeil) aus. Diese Knorpelschädigung ist vor allem im Bereich der Kniescheibe eine therapeutische Herausforderung.



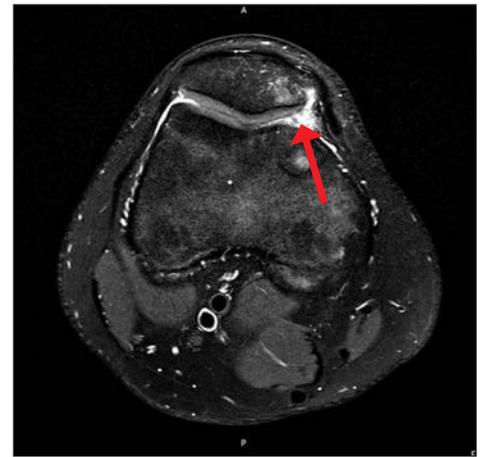
**Bild 2.** Das intraoperative Bild zeigt einen Defekt (Rote Pfeile) in der Innenfläche der Kniescheibe.



**Bild 3.** Das intraoperative Bild zeigt den präparierten Knorpeldefekt nach Auskratzen des geschädigten Knorpelüberzugs (Blaue Pfeile) und nach Auskürettierung des tiefen Knochendefektes (Gelbe Pfeile).



**Bild 4.** Der Defekt wird nach Anbohren des Knochens (sog. Mikrofrakturierung, «MFX») zusätzlich mit autologen Knochenspongiosa aus dem Femurkondylus aufgefüllt und mit einer eingepassten kollagenen Membran (Blaue Pfeile) abgedeckt und mit feinen Fäden (Grüne Pfeile) fixiert.



**Bild 5.** MRI-Untersuchung des rechten Knies 9 Monaten postoperative mit schöner Wiederherstellung der medialen Gelenkoberfläche (Roter Pfeil).



Dr. med. Nicola Biasca, Luzern



Dr. med. Sascha Käsermann

## Kontaktadresse

Dr. med. Nicola Biasca  
 Facharzt FMH für Orthopädische  
 Chirurgie und Traumatologie des  
 Bewegungsapparates  
 Orthopädische Klinik Luzern AG  
 Hirslanden Klinik St. Anna  
 CH-6003 Luzern



**HIRSLANDEN**   
 KLINIK ST. ANNA

## MINIMALINVASIVE ROBOTERASSISTIERTE BAUCHCHIRURGIE

Die Gastro-Viszeral-Spezialisten der Hirslanden Klinik St. Anna decken das ganze Spektrum der hoch spezialisierten Bauchchirurgie ab. Eingriffe an der Speiseröhre, der Bauchspeicheldrüse, an Magen, Leber oder Darm nehmen wir wenn möglich minimalinvasiv und roboterassistiert vor, um Schmerzen, Nebenwirkungen und Rekonvaleszenz für unsere Patienten zu minimieren.

[www.hirslanden.ch/gastroenterologie-stanna](http://www.hirslanden.ch/gastroenterologie-stanna)

**KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.**

Klinik St. Anna, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern

# Neu im Herzen Sursees

Die Handtherapie Luzern AG Sursee befindet sich seit dem 1. April 2018 am Rathausplatz 3 mitten im Herzen der Surseer-Altstadt. Sie ist eine private Ergotherapie Praxis, die sich auf die Behandlung der oberen Extremität (Hand und Ellenbogen) spezialisiert hat. 15 qualifizierte Ergotherapeutinnen, davon sechs zertifizierte Handtherapeutinnen, bieten mit den Standorten Luzern als Hauptsitz und der Niederlassung in Sursee umfangreiche und ambulante Behandlungen an.



Instruktionen zu einem verordneten Übungsprogramm.



Die Behandlungsräume sind modern eingerichtet und verfügen über ein helles, angenehmes und freundliches Ambiente. Modernste technische Geräte garantieren eine hohe fortschrittliche Therapiequalität.



Das helle Wartezimmer mit seinem wunderschönen Dachbalkon ermöglicht es den Patienten, die historische Altstadt von oben zu genießen.

Die Handtherapie Luzern AG arbeitet seit 2004 mit renommierten Schweizer Kliniken, Handchirurgen, Orthopäden, Rheumatologen und Hausärzten zusammen. In der Praxis bieten sehr gut ausgebildete und erfahrene Ergotherapeutinnen den Patienten eine professionelle und kompetente Therapie an. Sie garantieren einen schnellstmöglichen Therapiebeginn. Die wichtigste Indikation für eine Handtherapie ist die Wiederherstellung einer möglichst uneingeschränkten Handfunktion. Die Handtherapeutin definiert die Therapieziele mit dem Patienten und stellt einen effektiven Therapieplan zusammen.

## «15 Ergotherapeutinnen bieten in acht Landessprachen Behandlungen an.»

Die Handtherapie wird in den Fachgebieten Orthopädie, Traumatologie, Handchirurgie und Rheumatologie eingesetzt.

### Unser Angebot:

#### Schienen- und Gipsanpassung (statisch und dynamisch)

- Anpassung von Orthesen aus Soft-/Scotchcast-Gipsbandagen oder thermoplastischen Materialien

#### Manuelle Mobilisation diverser Strukturen

#### Narbenbehandlung

- Spezielle Massagetechniken, Druckverbände oder Silikonauflagen

#### Wundpflege

- Inklusive Fadenentnahme

#### Heimprogramm

- Der Patient erhält ein für ihn abgestimmtes Übungsprogramm

#### Manuelle Entstauungstherapie

- Manuelle Lymphdrainage und Kompressionsverbände

#### Kräftigung / Muskelaufbau

- Knetmasse, Hanteln, Theraband usw.
- Handkraftmessungen mit dem Jamar Dynamometer und/oder dem Pinchometer

#### Gelenkschutz / Hilfsmittelabgabe

- Bei Überlastungs-Syndromen, Arthrose und Arthritis



Geschäftsführerin, Inhaberin und leitende Handtherapeutin ist Frau Michèle Rissi – Dipl. Ergotherapeutin HF – Zert. Handtherapeutin SGHR. Sie arbeitet seit 1998 in der Handrehabilitation und hat umfangreiche Erfahrungen in verschiedenen Schweizer Kliniken gesammelt.

#### Elektrotherapie

- Ultraschall, Mittelfrequenz, Iontophorese, TENS, EMS, HIVAMAT, Biofeedback und Laser werden zusätzlich in der Behandlung eingesetzt

#### Sensibilitätstraining

- Bei Hyposensibilität und/oder Hypersensibilität

#### Extrakorporale Stosswellentherapie (ESWT)

- Tennis- oder Golferellenbogen (Epicondylitiden)
- Triggerpunkte
- Pseudarthrosen
- Tendinosen
- Fersensporen und Fasciitis plantaris

#### Physikalische Massnahmen

- Wärme- und Kältebehandlungen

#### Schmerzbehandlung bei CRPS

- Spiegeltherapie
- GMI – Graded motor imagery



## Handtherapie Luzern LUZERN SURSEE

### Bettina Brunner

Niederlassungsleiterin  
Dipl. Ergotherapeutin MAS  
Zert. Handtherapeutin SGHR

### HANDTHERAPIE LUZERN AG Sursee

Rathausplatz 3, 6210 Sursee  
041 920 20 22  
info@handtherapie-luzern.ch  
www.handtherapie-luzern.ch



Elektrotherapie



Wärmebehandlung mit Paraffinbad



Narbenmassage mit Silikonöl



Kompressionsbandage



Kräftigungsübung mit Theraband

# Verwaltungsgebühr für die Verlängerung der ZSR-Nr.

Luzern, 2. Mai 2018

## Empfehlung Vorstand Ärztesgesellschaft Luzern betreffend Einführung einer Verwaltungsgebühr durch die SASIS AG für die Verlängerung der ZSR-Nr.

Gemäss Schreiben der SASIS AG an die Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern vom 20. Februar 2018 wird neu aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates der SASIS AG eine Verwaltungsgebühr von CHF 100.00 für die Verlängerung der ZSR-Nr. um jeweils fünf Jahre erhoben.

Gestützt auf entsprechende Abklärungen empfiehlt der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern die **neue – einseitig beschlossene – Verwaltungsgebühr für die Verlängerung der ZSR-Nr.** aufgrund folgender Argumente **nicht zu bezahlen**:

- Die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) des Zahlstellenregisters wie auch die Gebührenordnung der SASIS AG, worin auf eine Administrativgebühr hingewiesen wird, sind erst per 01.01.2015 in Kraft getreten. Wird erst nach Vertragsschluss auf AGB hingewiesen, bedeutet ein Stillschweigen der anderen Partei keine Zustimmung. Viele Mitglieder unserer Gesellschaft verfügen schon seit vielen Jahren über eine ZSR-Nr., weshalb die AGB nicht Vertragsbestandteil werden konnten. Die SASIS AG verfügt folglich über keine Rechtsgrundlage für die einseitige Einführung einer Verwaltungsgebühr.
- Die SASIS AG übt im Bereich der Vergabe der ZSR-Nr. eine marktbeherrschende Stellung aus (Monopolstellung). Aufgrund dessen wurde am 05.04.2018 eine Preisbeanstandung beim Preisüberwacher eingereicht. Solange diese Beanstandung vom Preisüberwacher nicht beurteilt ist, ist unklar, ob die SASIS AG mit ihrer Vorgehensweise nicht auch noch ihre marktbeherrschende Stellung ausnutzt.

Je mehr Mitglieder sich an diese Empfehlung halten, desto mehr Gewicht wird unsere Haltung gegenüber der einseitigen Vertragsänderung der SASIS AG haben!

RA R. Bachmann, Juristischer Berater AeGLU

Luzern, 2. Mai 2018

### MEMORANDUM

betreffend:

## Einführung einer Verwaltungsgebühr durch die SASIS AG für die Verlängerung der ZSR-Nr.

### 1. Ausgangslage:

Gemäss Schreiben der SASIS AG an die Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern vom 20. Februar 2018 wird neu aufgrund eines Beschlusses des Verwaltungsrates der SASIS AG eine Verwaltungsgebühr von CHF 100.00 für die Verlängerung der ZSR-Nr. um jeweils fünf Jahre erhoben.

Die Ärztesgesellschaft Luzern beauftragte ihren juristischen Berater die Zulässigkeit dieser Verwaltungsgebühr abzuklären.

Am 22.03.2018 wurde die SASIS AG bezüglich Grund der Erhöhung, Einführung der allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und Konsultation des Preisüberwachers angefragt. Am 29.03.2018 gab die SASIS AG an, mit der der Gebühr Kosten für Auskunftserteilung, Mutationen und Infrastruktur abgegolten haben zu wollen. Der Verwaltungsrat habe bereits 2015 die Gebühr von CHF 20.00 pro Jahr beschlossen. Die AGB seien per 01.01.2015 in Kraft getreten.

Am 05.04.2018 wurden Rückfragen an die SASIS AG gestellt. Es wurde um detaillierte Erläuterung betreffend Mehrkosten ersucht. Sodann wurde nachgefragt, wie die AGB zum Vertragsbestandteil geworden seien. Ebenso wurde betreffend Konsultation des Preisüberwachers nachgefragt.

Am 12.04.2018 gab die SASIS AG folgende Rückmeldungen: «Die gesteigerten Anforderungen führten in den letzten Jahren zu höheren Kosten»; «Die SASIS AG hat deshalb ein intensives Reengineering-Projekt lanciert mit dem Ziel, das Zahlstellenregister auf eine technologisch sowie auch qualitativ sehr hochstehende inhaltliche neue Basis zu stellen. Dies wurde in den letzten 20 Jahren verpasst»; «An diesen Kosten beteiligen sich die Krankenversicherer gleichermassen wie Leistungserbringer», «Dem Umstand betreffend Einführung der AGB per 01.01.2015 sowie der stillschweigenden Akzeptanz unserer AGB sind wir uns bewusst. Auf allen Mutationen, welche nach 01.01.2015 bei uns eingegangen sind, haben unsere Kunden die AGB akzeptiert.»

Parallel wurde am 05.04.2018 beim Preisüberwacher eine Preisbeanstandung anhängig gemacht. Die zuständige Sachbearbeiterin hat telefonisch versichert, die Anfrage abzuklären und in einigen Wochen eine Beurteilung abzugeben.

Gestützt auf diese Sachlage komme ich zu folgender Beurteilung:

## 2. AGB wurden nicht zum Vertragsinhalt

Die SASIS AG stützt sich bei der neu einzuführenden Verwaltungsgebühr einerseits auf deren Gebührenordnung, Stand 01.01.2018 sowie andererseits auf deren AGB welche seit 01.01.2015 in Kraft getreten sind. Hierbei gilt folgendes zu berücksichtigen: Wird erst nach Vertragsschluss auf AGB hingewiesen, bedeutet ein Stillschweigen der anderen Partei keine Zustimmung (KUT, Handkommen-tar zum Schweizer Privatrecht, 2. Aufl., Zürich/Basel/Genf 2012, N 59 zu Art. 1 OR).

Viele Mitglieder unserer Gesellschaft verfügen schon seit vielen Jahren über eine ZSR-Nr., weshalb die AGB nicht Vertragsbestandteil werden konnte. Die SASIS AG verfügt folglich über keine Rechtsgrundlage für die einseitige Einführung einer Verwaltungsgebühr. Für diejenigen Mitglieder, die nach dem 01.01.2015 eine ZSR-Nr. beantragt haben, wäre zu prüfen, ob gestützt auf die AGB eine Ver-waltungsgebühr eingeführt werden kann. Es kann die Auffassung vertreten werden, dass die AGB unklar sind, in welchem Umfang die Gebühr geändert werden kann und was die Parameter für eine Änderung sind.

## 3. Angemessenheit der Erhöhung

Die SASIS AG hat auch auf erneute Nachfrage hin nicht dargelegt, wie sich diese neu einzuführende Gebühr rechtfertigt. Im Zuge der Digitalisierung darf angenommen werden, dass die von der SASIS AG erbrachten Dienstleistungen zunehmend automatisch und damit günstiger werden sollten. Dass die SASIS AG es in den letzten 20 Jahren verpasst hat, sich korrekt aufzustellen, kann nicht das Problem der «Zwangskunden» sein.

## 4. Marktbeherrschende Stellung:

Gemäss Rechtsprechung des Bundesgerichts besteht keine gesetzliche Pflicht zum Besitz einer ZSR-Nr. Der Leistungserbringer ist ohne eine ZSR-Nr. jedoch faktisch stark benachteiligt, indem er als Rechnungssteller im Einzelfall sämtliche für die Beurteilung der Zulassungsvoraussetzungen erforderlichen Unterlagen – verbunden mit einer mitunter erheblichen beruflichen und wirtschaftlichen Schlechterstellung zu rechnen hat. Zudem ist erforderlich, dass der Leistungserbringer nebst der grundsätzlichen Zulassung zur Kassenpraxis mit dem Versicherer bzw. dessen Verband einen Tarifvertrag nach Art. 46 KVG eingegangen ist, sich einem solchen angeschlossen hat oder einen behördlichen Ersatztarif nach Art. 47 oder 48 KVG unterstellt ist (BGE 132 V 303, S. 308 f., Ziff. 4.4.3). Insofern kommt der SASIS AG im Bereich des Zahlstellenregisters eine marktbeherrschende Stellung zu (Monopolstellung). Aufgrund dessen wurde am 05.04.2018 eine Preisbeanstandung beim Preisüberwacher eingereicht. Solange diese Beanstandung vom Preisüberwacher nicht beurteilt ist, ist unklar, ob die SASIS AG mit ihrer Vorgehensweise nicht auch noch ihre marktbeherrschende Stellung ausnutzt.

## 5. Empfehlung

Gestützt hierauf empfiehlt der Vorstand der Ärztesgesellschaft des Kantons Luzern die neue – einseitig beschlossene – Verwaltungs-gebühr für die Verlängerung der ZSR-Nr. nicht zu bezahlen.

Je mehr Mitglieder sich an diese Empfehlung halten, desto mehr Gewicht wird unsere Haltung gegenüber der einseitigen Vertragsän-derung der SASIS AG haben!

RA R. Bachmann, Juristischer Berater AeGLU

### Unsere Inserenten

Andreabal AG, Allschwil  
Ärztelasse, Urdorf  
Bayer (Schweiz) AG, Zürich  
Contrust Finance AG, Luzern  
DoxMart AG, Neuhausen am Rheinfall  
Galexis AG, Niederbipp  
Handtherapie Luzern AG, Luzern  
Hirslanden Klinik St. Anna, Luzern  
Info Fent Event, Bronschhofen  
MedCenter, Luzern  
+medkey Trustcenter, Luzern  
Paraplegiker Zentrum Nottwil  
Pfizer AG, Zürich  
Praxisstellen GmbH, Pfäffikon  
Spitex Stadt Luzern  
Viollier AG, Basel



### Suchen Sie eine spannende Herausforderung? Werden Sie amtliche Ärztin / amtlicher Arzt!

*Sind Sie interessiert an forensischen Fragestellungen, suchen Sie Herausforderungen ausserhalb des Praxisalltags, sind sie flexibel, belastbar und offen für eine Zusammenarbeit mit der Polizei und der Staatsanwaltschaft? Verfügen Sie über eine Berufsausübungsbewilligung als Ärztin / Arzt im Kanton Luzern und sind zudem vorzugsweise in der Grundversorgung tätig? Dann ist die Tätigkeit als amtliche Ärztin oder amtlicher Arzt im Kanton Luzern genau das Richtige für Sie:*

*Als Sachverständige werden die amtlichen Ärztinnen und Ärzte zu verschiedenen Fragestellungen von den Strafverfolgungsbehörden hinzugezogen (z. B. Beurteilung des körperlichen und geistigen Zustandes von Personen, Legalinspektionen, Abnahme von Blutalkohol- und DNA-Proben). Bei Bedarf unterstützen sie den Kantonsarzt bei der Erfüllung von Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten z. B. bei einer Pandemie. Das Team umfasst derzeit 14 im Nebenamt tätige amtliche Ärztinnen und Ärzte, verteilt über den gesamten Kanton Luzern.*

*Haben wir Ihr Interesse geweckt? Melden Sie sich noch heute bei der Dienststelle Gesundheit und Sport des Kantons Luzern. Wir geben Ihnen gerne Auskunft oder vermitteln Ihnen unverbindlich ein Gespräch mit einer Amtsinhaberin / einem Amtsinhaber.*

**Kontakt: Dr. med. Roger Harstall, Kantonsarzt: [roger.harstall@lu.ch](mailto:roger.harstall@lu.ch) / 041 228 60 99**

# Kennen Sie RECUT? [www.recut.ch](http://www.recut.ch)

«RECUT braucht Sie!» – mit diesem Aufruf möchte Sie das Forschungsteam von Prof. Dr. med. Jörg Leuppi auf die für die Hausarzt-Praxis sehr relevante Studie hinweisen, um neue Prüfärztinnen und Prüfärzte zu gewinnen. Wir würden uns freuen, wenn wir Ihr Interesse wecken können und Sie schon bald als Prüfärztin oder Prüfarzt der RECUT-Studie begrüßen zu dürfen.

## Was steckt hinter der Idee?

Am Anfang der Überlegungen stand die REDUCE-Studie (1), welche bei hospitalisierten Patienten mit COPD-Exazerbationen zeigen konnte, dass die Steroidtherapie ohne Änderung des klinischen Outcomes von 14 auf 5 Tage reduziert werden kann. Doch wie gestaltet sich die Übertragbarkeit dieser Resultate auf ein ambulantes Patientenkollektiv in der Hausarztpraxis? Lassen sich diese Ergebnisse eins zu eins auch auf Hausarztpatienten anwenden? Und kann die Steroiddosis bei nicht hospitalisations-bedürftigen Patienten mit COPD-Exazerbationen in der Hausarztpraxis gar weiter gesenkt werden? Die RECUT-Studie untersucht nun die Nicht-Unterlegenheit von 3 versus 5 Tagen Prednison 40 mg bei ambulanten COPD-Patienten mit einer akuten Exazerbation in der Hausarztpraxis. Kantonsübergreifend arbeiten über hundert Hausärzte, drei Hausarztinstitute sowie eine medizinische Universitätsklinik zusammen. Die Studie wurde auch vom Schweizerischen Nationalfonds als relevant eingestuft und entsprechend finanziell unterstützt. Nicht nur die Bestätigung der Hypothese mit potentiellen Anpassungen der praktischen Guidelines zur ambulanten Behandlung der COPD (analog REDUCE-Studie für den stationären Bereich), sondern auch die erfolgreiche Durchführung einer solchen Studie wäre für die Medizin von grosser Bedeutung (2).

## Was bisher geschah

Für die Mitarbeit an der RECUT-Studie konnten bis heute mehr als 100 Prüfärzte (Hausärzte) aus den Kantonen Basel Stadt, Baselland, Luzern, Aargau, Solothurn und Zürich gewonnen werden. Die Aufgabe dieser Ärzte ist es geeignete COPD-Patienten mit akuten Exazerbationen in die Studie einzuschliessen. Die Studie läuft seit drei Jahren und es wurden bisher 82 Patienten eingeschlossen. Es werden jedoch insgesamt 470 Patienten benötigt d.h. 388 geeignete Patienten müssen noch eingeschlossen werden. Um die sehr ambitionierte Zahl von Patienten für die Studie zu finden, sind wir auf die Unterstützung von weiteren Hausärzten und Hausärztinnen angewiesen.

## RECUT-Studie: Zusammenfassung [www.recut.ch](http://www.recut.ch)

### Ziel der Studie:

Untersuchung in Hausarztpraxen mit der Frage, ob eine dreitägige Steroidbehandlung bei akuter Exazerbation einer COPD ausreicht im Vergleich zur Standardtherapie von fünf Tagen. So soll die kumulative Steroiddosis gesenkt werden.

### Methoden:

Doppelblind randomisierte, Placebokontrollierte Interventionsstudie. Der Hausarzt schliesst Patienten mit einer akuten COPD-Exazerbation ein nach Abgleichung der Ein- und Ausschlusskriterien (siehe [www.recut.ch](http://www.recut.ch)) und schriftlicher Einverständniserklärung durch den Patienten. Dann erhält der Patient entweder fünf Tage lang Prednison 40mg (konventioneller Studienarm) oder drei Tage lang Prednison 40mg (interventioneller Studienarm) gefolgt von zwei Tage langer Placebo-Einnahme.

Hausärzte haben gänzliche Behandlungsfreiheit über die allenfalls notwendige Anpassung der Steroiddosis sowie der Dauer- und Begleitmedikation (inkl. Antibiotikagabe) nebst der Studienmedikation.

Die Patienten werden 3 und 7 Tage nach der initialen Konsultation nochmals vom Hausarzt gesehen. 30, 90 und 180 Tage nach der initialen Konsultation werden die Patienten telefonisch durch das Studienzentrum kontaktiert.

### Einschlusskriterien:

- Alter >40 J
- Raucheranamnese (>10 py)
- Tiffenau <70%
- COPD Exazerbation: min. 2 der nachfolgenden Kriterien, vermehrte Dyspnoe, vermehrter Husten, vermehrter oder veränderter Auswurf

### Ausschlusskriterien:

- ACOS mit führender Asthmasymptomatik
- Initialer Hospitalisationsbedarf
- Lebenserwartung <6 Mt, schwere Immunsuppression, aktive Tumorerkrankung oder Tbc
- Schwangerschaft oder Stillzeit

### Primäre Outcome-Parameter:

Zeit bis zur nächsten Exazerbation (Zeitraumen: sechs Monate Follow-up nach Index-Exazerbation)

### Sekundäre Outcome-Parameter (Zeitraumen: sechs Monate Follow-up):

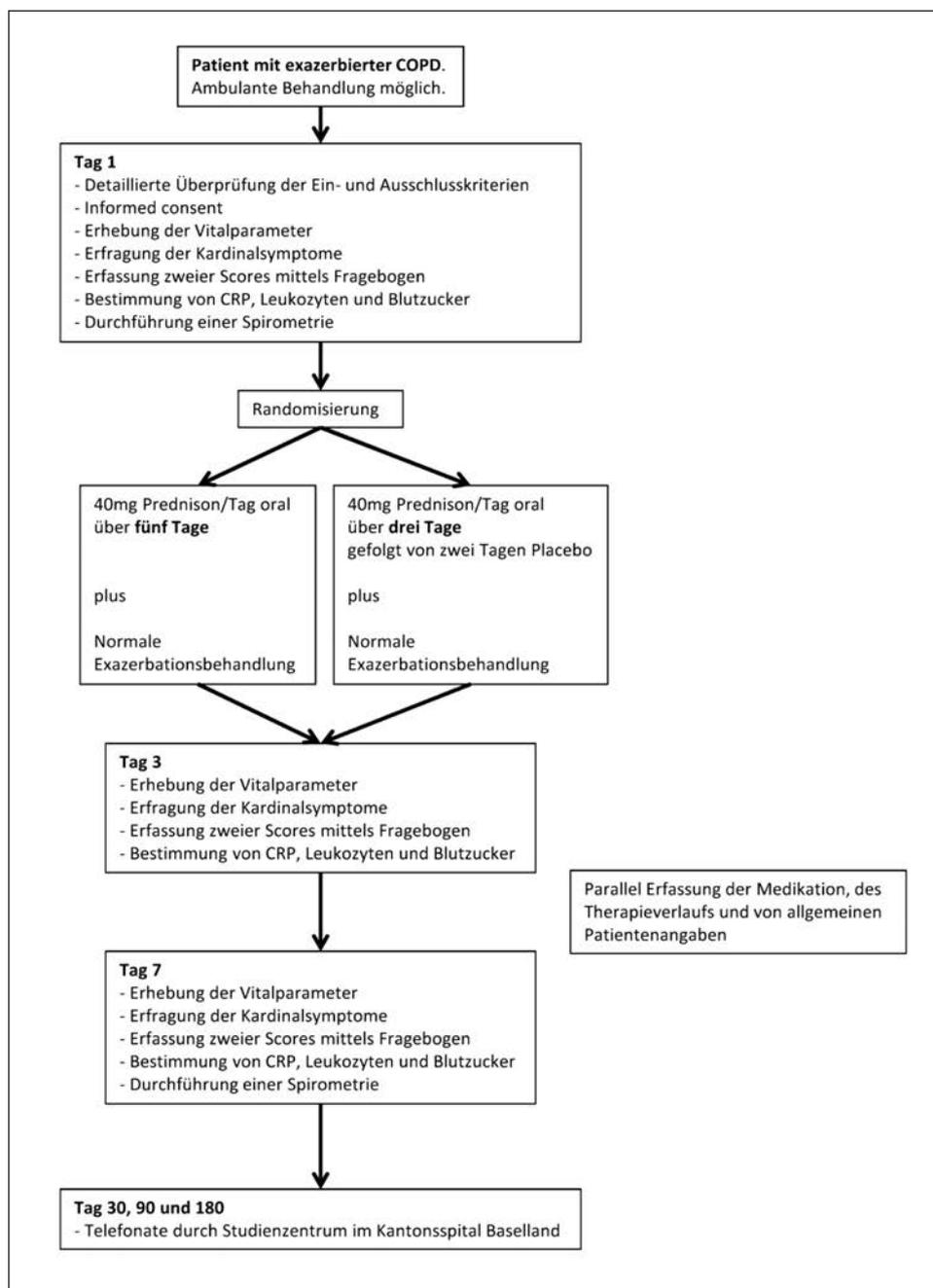
- Kumulative Glucocorticoid-Dosis, Nebenwirkungen und Komplikationen
- Hospitalisationsrate während Index-Exazerbation
- Mortalität

Erforderliche Patientenzahl: 470

## Eine Teilnahme lohnt sich...

Im Sinne «Smarter Medicine» wollen wir die Behandlungsqualität der Patienten steigern und zeigen, dass weniger mehr ist. Darüber hinaus bietet diese Studienteilnahme als Prüfärztin oder Prüfarzt die Möglichkeit sich an der Generierung von hausarzt-spezifischer Evidenz beteiligen zu können und damit praxisrelevante Guidelines zu beeinflussen. Die an der RECUT-Studie teilnehmenden Ärzte arbeiten sehrend mit dem interdisziplinä-

ren Forschungsteam des Kantonsspitals Baselland sowie den Hausarztinstituten uniham-bb, IHAM&CC Luzern und IH-AMZ zusammen. Ein grosses Augenmerk wurde von Anfang an darauf gelegt, die Teilnahme für Ärzte so unkompliziert wie möglich zu gestalten, dieser Grundsatz begann bereits bei der Gestaltung der Fragebögen und zieht sich weiter über die Betreuung durch einen wissenschaftlichen Mitarbeiter, welcher den teilnehmenden Hausarztpraxen jederzeit beratend zur Seite steht. Für den zusätzlichen Aufwand



bruck (Tirol) haben bereits stattgefunden. Das Forschungsteam arbeitet bereits an den Ethik-Zulassungen sowie an der Planung für den Export und Import der Studienmedikamente.

## Das Wichtigste zum Schluss

RECUT braucht Sie! Haben wir Ihr Interesse geweckt? Wir würden uns sehr über Ihre aktive Mitarbeit freuen. Bei Fragen stehen wir Ihnen jederzeit sehr gerne zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an Frau Kristin Abig (verantwortliche Wissenschaftliche Mitarbeiterin) entweder per E-Mail an [kristin.abig@ksbl.ch](mailto:kristin.abig@ksbl.ch) oder telefonisch unter 061 925 3754.

Wir bedanken uns bei den RECUT-Prüfärztinnen und Prüfärzten für die bisherigen Einschlüsse. Mit Ihrem Engagement leisten Sie einen wesentlichen Beitrag zum Fortbestehen einer qualitativ hochstehenden Hausarztmedizin.

Vielen herzlichen Dank für Ihre wertvolle Mitarbeit!

Jörg Leuppi, Andreas Zeller, Christoph Merlo, Stefan Markun

- 1 Leuppi JD, Schuetz P, et al. Shortterm vs conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: the REDUCE randomized clinical trial. JAMA. 2013 Jun 5;309(21):2223-31
- 2 Cora M, Merlo C, Zeller A. Klinische Forschung in der Hausarztpraxis. PRIMARY AND HOSPITAL CARE – ALLGEMEINE INNERE MEDIZIN 2016;16(17):319-322.

werden die Hausärzte mit CHF 150 pro Patient entschädigt.

## Was ist noch geplant?

RECUT wird international – Um die Einschussrate zu erhöhen, plant das wis-

senschaftliche Team von Prof. Dr. med. Jörg Leuppi weitere Studienzentren in der Schweiz (v.a. auch grössere Gruppenpraxen) zu rekrutieren und andererseits eine Studienausdehnung nach Deutschland und Österreich. Erste Kontakte zu den universitären Instituten für Hausarztmedizin in Freiburg im Breisgau und Inns-

**Die Generalversammlung der Aeg Luzern findet am Mittwoch, den 14. November 2018, um 17.00 Uhr im SPZ Nottwil statt.**

+++ Clever einkaufen +++ [www.doxmart.ch](http://www.doxmart.ch) +++ Clever einkaufen +++ [www.doxmart.ch](http://www.doxmart.ch) +++

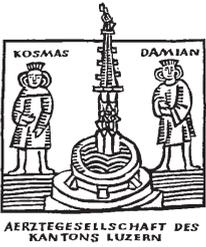
**doXmart**

Die aktive Einkaufsgemeinschaft von Ärzten für Ärzte für Medikamente, Praxiszubehör, Röntgenfilme, Büromaterial, etc.

**Unser Ziel: clever einkaufen!**

Infos unter [www.doxmart.ch](http://www.doxmart.ch)

+++ Clever einkaufen +++ [www.doxmart.ch](http://www.doxmart.ch) +++ Clever einkaufen +++ [www.doxmart.ch](http://www.doxmart.ch) +++



# Betriebsdatenlieferungspflicht wird mit neuen Ersatzabgaben verknüpft

**Der Vorstand der Ärztesgesellschaft Luzern hat an der Vorstandssitzung vom 16.05.2018 beschlossen, gestützt auf Art. 12a der Statuten, die Datenanlieferungspflicht der frei praktizierenden Mitglieder schärfer zu sanktionieren.**

**Neu ist für die Nichtlieferung der Betriebsdaten eine Ersatzabgabe von jährlich Fr. 1'000.– zu leisten.**

Einleitend ist klarzustellen, dass der Vorstand der Ärztesgesellschaft Luzern Sanktionierungen grundsätzlich ablehnt. Die neu eingeführte Ersatzabgabe soll auch nicht zum Aufnen von finanziellen Mitteln dienen. Viel wichtiger ist es, eigene Daten zu haben.

Dies darum, weil die jüngsten Urteile des Bundesverwaltungsgerichts betreffend Festsetzungsverfahren von Taxpunktwerten klar belegen, dass ohne starke eigene Daten keine Änderung zu Gunsten der Leistungserbringer erfolgt. Ähnliche Diskussionen stellen sich auch bei der Tarifstruktur. Je besser die Abdeckung mit eigenen Daten ist,

desto eher kann das Argument, die Berechnungen der Ärzteschaft würden auf Teilstichproben erfolgen und darum nicht repräsentativ sein, widerlegt werden.

Wer seine Daten entgegen den statutarischen Verpflichtungen nicht der Ärztesgesellschaft anliefern, schadet folglich nicht nur sich selbst, sondern auch den übrigen Mitgliedern. Dieses Verhalten rechtfertigt nach Auffassung des Vorstandes die Sanktionierung im oben erwähnten Rahmen.

Betreffend die neu eingeführte Höhe der Ersatzabgabe von jährlich Fr. 1'000.– für das Nichtanliefern der

Betriebsdaten orientiert sich der Vorstand an den Beschlüssen der Ärztesgesellschaft Zug (Fr. 3'000.–) sowie der Ärztesgesellschaft Zürich (Fr. 1'000.–).

Hinzu kommt, dass das Bundesamt für Statistik im November 2018 eine obligatorische Befragung unter dem Titel MAS 2017 durchführen wird. Die dafür benötigten Angaben können unkompliziert aus den bereits über den PraxisNavigator von medkey erfassten Daten in das Tool von MAS 2017 importiert werden. Die Erfassung der Daten über den PraxisNavigator lohnt sich, weil nur so die Datenhoheit sichergestellt werden kann.

## Was müssen Sie tun?

Erfassen Sie die Betriebsdaten 2014 - 2017 bis **31. August 2018**.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, wie Sie die Daten erfassen können:

- Selbständige Erfassung im medkey PraxisNavigator
- Selbständige Erfassung der Daten im Excel Formular welches Sie auf [www.medkey.ch/mas](http://www.medkey.ch/mas) herunterladen können

Oder beauftragen Sie Ihren Treuhänder oder medkey mit der Erfassung.

## Weitere Fragen?

[www.aerzte-zs.ch/mas](http://www.aerzte-zs.ch/mas)

Die Geschäftsstelle steht Ihnen gerne zur Verfügung:  
[sekretariat@aerzte-lu.ch](mailto:sekretariat@aerzte-lu.ch)  
041 410 80 85

Für technische Fragen:  
[www.medkey.ch/mas](http://www.medkey.ch/mas)  
[medkey@hin.ch](mailto:medkey@hin.ch) / 041 410 88 39

# Betriebsdaten jetzt im PraxisNavigator erfassen!

Die Luzerner und Unterwaldner Ärztesellschaften fordern ihre Mitgliedern auf, ihre Betriebsdaten im PraxisNavigator von medkey zu erfassen.

Die Leistungs- und Kostendaten (Betriebsdaten) können im medPoint PraxisNavigator in der Rubrik „Finanzzahlen“ eingegeben und mit anderen Praxen verglichen werden. Mit dieser Rubrik im PraxisNavigator stellt medkey ein Werkzeug zur Verfügung, um auch im Bereich der Kostendaten eine sogenannte Datenparität gegenüber dem BfS herzustellen. Mit soliden Daten zur Kostenentwicklung in den Arztpraxen wollen wir dem Druck auf die Arzttarife entgegenhalten.

Die Erfassung der Daten im PraxisNavigator ist denkbar einfach:

## Betriebsdaten erfassen in drei Schritten



1

Jahresrechnung bereithalten



2

Daten im PraxisNavigator eingeben & vergleichen



3

Wirtschaftlichkeit optimieren

## MAS Strukturdaten Erhebung

Das Bundesamt für Statistik (BfS) wird im November 2018 die zweite Erhebung der sogenannten Strukturdaten durchführen. Mittlerweile besteht Einigkeit der Ärzteorganisationen über Verwendungszweck und Nutzung dieser Datensammlung. Zielsetzung für die 2. Erhebung war unter anderem die Vereinfachung der Methode seitens des BfS.

### MAS & PraxisNavigator

Neu steht ab Sommer 2018 auch eine Schnittstelle zwischen dem PraxisNavigator und dem MAS-Tool zur Verfügung. Die bereits erfassten Daten können so einfach aus dem PraxisNavigator übernommen und in

den Fragebogen des BfS importiert werden. Es entfällt somit ein grosser Teil der mühsamen Datenübernahme von beispielsweise Patientenzahlen, Konsultationszahlen, Personal, Anzahl Arbeitstage sowie den Finanzzahlen.

### Datenhoheit

Es ist von grösster Wichtigkeit, dass die Ärzteschaft resp. die Ärztesellschaften ebenfalls über diese Kostendaten verfügen. Nur so wird sichergestellt, dass die Datenhoheit bei den Ärzten bleibt! Erfassen Sie deshalb die sogenannten Betriebsdaten heute schon im PraxisNavigator!



## Nicht medkey Kunde?

Die Erfassung der Betriebszahlen im PraxisNavigator steht auch Ärztinnen und Ärzten offen, die nicht Kunden von medkey sind.

Informieren Sie sich über die Angebote und den Nutzen von medkey und nehmen Sie Kontakt auf.

## Eine kleine Geschichte aus dem ärztlichen Alltag

Herr Dr. med. M. M. ist heute früh dran – denn er hat noch schnell den Arbeitsvertrag für die neue MPA fertig zu stellen, die heute Mittag zur Vertragsunterzeichnung kommt. Dieser Termin ist natürlich wichtiger als der ursprünglich vereinbarte Business-Lunch, an welchem endlich der Termin mit dem Medi-Lieferanten zustande gekommen wäre – leider musste ihn Dr. M. wieder absagen. Dabei hätten hier die höheren Margen besprochen werden sollen – naja – es wird hoffentlich ein baldiger neuer Termin gefunden.

Ah ja – und nicht zu vergessen – der IT-Berater wird gleich nach dem Mittag da sein – ein neues Update sei fällig... das heisst dann wohl, dass Dr. M. in den folgenden Stunden seine Konsultationen sowie die Leistungen wie früher auf Papier festhalten muss... er wollte doch gestern Abend noch eine Excel-Liste der wichtigsten Leistungen erstellen, damit er diese heute lediglich ankreuzen hätte müssen – und war dann zu müde dafür gewesen... naja – jetzt ist es zu spät – der erste Patient sitzt schon im Labor zur Blutabnahme.

Dabei hat er doch den Vertrag noch nicht einmal fertiggestellt – eben für seine neue MPA...

Also nimmt er den Vertrag seiner schwangeren MPA zur Hand und ersetzt Name, Adresse und Arbeitsjahr mit denen der neuen Mitarbeiterin.

Hoffentlich ging nichts vergessen...! Wie sah noch mal der Lohn im 11. Arbeitsjahr aus? Dr. M. loggt sich auf die FMH-Seite ein, um sich zu vergewissern als das Telefon klingelt.

Der Steuerberater benötigt noch die gesammelten Kassenzettel für die Spesen-Abrechnung des vergangenen Jahres – wo hat Dr. M. diese noch wieder abgelegt? Naja – der Steuerberater muss sich noch etwas gedulden – obwohl bereits die zweite Mahnung der Steuerbehörde eingetrudelt ist...

Und schon sitzt der erste Patient mit seinen Labor-Werten im Sprechzimmer Nr. 2.

Der Vertrag für die neue MPA muss doch noch ein bisschen warten – hoffentlich tut sich noch eine Lücke auf, in welcher Dr. M. diesen fertig stellen kann.

Wieder klingelt das Telefon: die Ringversuche zur Qualitätskontrolle der Laborgeräte seien fehlerhaft... Dr. M. verbindet das Gespräch zurück zu seiner MPA – in der Hoffnung, dass diese eine Lösung findet.

Und er sich um seinen ersten Patienten dieses Tages kümmern kann.

Noch immer geistern die Lohnzahlen für den neuen Vertrag in seinem Kopf herum – doch der Patient hat nun Vorrang – ruft er sich zur Ordnung.

\*\*\*

Vielleicht kennen Sie solche oder ähnliche Tage. Vielleicht haben Sie sich längst schon gedacht, dass all dieser administrative «Kram» Ihr Leben als Arzt merklich belastet. Vielleicht haben Sie den tiefen Wunsch, ganz für Ihre Patienten/Patientinnen da sein zu können.

In zahlreichen Gesprächen mit vielen Medizinerinnen aber auch aus der Erfahrung in unseren eigenen Praxen haben wir erkannt, dass ein Arzt in der eigenen Praxis in erster Linie Folgendes sein muss:

- ein strenger Financier
- ein gewiefter IT-Spezialist
- ein gut geschulter Tarmed-Abrechnungsspezialist
- ein versierter und doch liebevoller Personalchef
- ein begnadeter Händler und Logistiker
- ein findiger und gut organisierter Praxis-Manager
- ein kreativer Marketingchef
- sowie ein Fachmann für Versicherungen und rechtliche Fragen

Erst wenn all diese Bereiche «gesund» funktionieren kann sich der Arzt seinen Patienten/Patientinnen widmen.

Diese Bereiche nehmen laut der FMH bereits ca. 30 % Ihrer Zeit in Anspruch – sodass Ihr Kerngebiet – welches Sie sich während vieler Jahre erarbeitet haben, nur noch ca. 70 % Ihrer Zeit ausfüllt.

An dieser Stelle wollen wir Sie unterstützen, entlasten und frei setzen für Ihre eigentlichen Aufgaben – nämlich für Ihre Arbeit am Patienten – an der Patientin.

Unser Ziel ist, dass Sie sich mit all Ihrer Kraft und all Ihrer Zeit den Patienten widmen können, ohne durch die vielen Bereiche «rund um Ihre Praxis» eingeschränkt zu werden.

Deshalb bieten wir Ihnen unsere Dienstleistungen an, welche aus fundierter, langjähriger Praxiserfahrung gewachsen sind.

Aus acht Modulen können Sie von einem für Sie individuell zusammengestellten «Entlastungs-Paket» profitieren. Nach einer Evaluation des IST-Zustandes wählen Sie die konkreten Bereiche, die Sie uns ab-

treten möchten und wir kümmern uns kompetent, professionell und versiert darum.

Das heisst: Wir bieten keine Schulungen an sondern wir nehmen Ihnen genau die Arbeiten ab, die Sie gerne an uns delegieren möchten.

Unsere acht Module umfassen folgende Bereiche:

1. Praxismanagement
2. Finanzen/Buchhaltung
3. Informatik
4. HR/Personalwesen
5. Logistik
6. Tarmed/Leistungsabrechnung
7. Marketing
8. Recht/Sach- und Haftpflicht

Ziel unseres Angebotes ist: Das Hausarzt-Sein macht wieder Spass, um den ganzen Rest kümmern wir uns!

Dies bedeutet für Sie: Mehr Einkommen – mehr Zufriedenheit – mehr Freizeit

Weitere Details finden Sie auf unserer Webseite [www.medcenter.ch](http://www.medcenter.ch). Sollten Sie in unserem Angebot eine längst ersehnte Entlastung erkennen, dann zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren über [advisory@medcenter.ch](mailto:advisory@medcenter.ch) oder direkt über 041 227 07 77.



Myriam Matter und Herbert Sterchi  
MedCenter Advisory AG  
Robert-Zünd-Strasse 2  
6005 Luzern

# MANDATSTRÄGER

Juni 2018

## Vorstand

### *Präsident und Tarifdelegierter:*

Kramis Aldo, Rüeggisingerstrasse 29, 6020 Emmenbrücke  
Tel. 041 269 50 00, Fax 041 269 50 01, aldo.kramis@gmail.com

### *Vizepräsident:*

Stäuble Daniel, Buchenstrasse 4, 6210 Sursee  
Tel. 041 921 89 23, Fax 041 921 89 24, d.stauble@hin.ch

### *Präsident des Delegiertenrates:*

Hirth Andreas, Hirschengraben 33 B, 6003 Luzern  
Tel. 041 240 45 61, Fax 041 240 445 63, andreas.hirth@hin.ch

### *Vizepräsident des Delegiertenrates:*

Studer Thomas, Bahnhofstrasse 4, 6170 Schüpfheim  
Tel. 041 484 11 48, Fax 041 484 25 22, studer.thomas@hin.ch

### *Mitglieder:*

#### *Ressort Qualität FMH und MPA:*

Degonda Halter Marlen, Unimedica, Spyr 20, 6017 Ruswil  
Tel. 041 495 10 10, Fax 041 495 10 12  
marlen.degonda@unimedica.ch

#### *Ressort NFD:*

Wicki Frey Gabriela, Bahnhofstrasse 1, 6210 Sursee  
Tel. 041 922 18 80, Fax 041 922 18 84  
gabrielawicki-frey@sunrise.ch

#### *Ressort DRG:*

Diener Urs, LUKS Wolhusen, 6110 Wolhusen  
Tel. 041 492 92 01, Fax 041 492 82 90  
urs.diener@luks.ch

#### *Ressort PVK:*

Molnar Laszlo, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern  
Tel. 041 208 38 82, Fax 041 208 38 84  
laszlo.molnar@okl-ag.ch

#### *Redaktor «Der Luzerner Arzt» und Gesundheitspolitik:*

Widmer Herbert, Sonnühlstrasse 15, 6006 Luzern  
Tel. 041 410 65 81, Fax 041 410 35 93, hcwidmer@bluewin.ch

## Geschäftsführer

Zihlmann Ueli, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 88 85, Fax 041 410 80 60, uzihlmann@gmail.com

## Geschäftsstelle

Bürki Susanne, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern  
Reinhard Monika, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern  
Sieber Nicole, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 88 85, Fax 041 410 80 60, sekretariat@aerzte-lu.ch

## Rechtsberatung

Lic. iur. Reto Bachmann, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 88 85, Fax 041 410 80 60, rechtsberatung@aerzte-lu.ch

## Delegiertenrat

Degonda Halter Marlen, Vorstand  
Diener Urs, Vorstand  
Hirth Andreas, Vorstand  
Kramis Aldo, Präsident AeG, Vorstand  
Molnar Laszlo, Vorstand  
Stäuble Daniel, Vorstand  
Studer Thomas, Vizepräsident AeG, Vorstand  
Wicki-Frey Gabriela, Vorstand  
Widmer Herbert, LAZ-Redaktor AeG, Vorstand

Arnold Nuber Marianne, Zürichstrasse 7, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 33 30, Fax 041 410 87 47, dr.m.arnoldnuber@hin.ch

Beck Martin, Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16  
Tel. 041 205 48 07, Fax 041 205 48 23, martin.beck@luks.ch  
Bucher Urs, Stadthofstrasse 3, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 16 06, Fax 041 410 13 36, u.c.bucher@hin.ch  
Bütler Bernhard, Gallusstrasse 2, 6010 Kriens  
Tel. 041 320 77 21, Fax 041 320 77 32, bbuetler@hin.ch  
Costanzo Umberto, Klosterstr. 5, 6003 Luzern  
Tel. 041 241 00 15, Fax 041 241 00 16, costanzo@hin.ch  
Criblez Dominique, Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16  
Tel. 041 205 51 05, Fax 041 205 51 77, dominique.criblez@luks.ch  
Dörig Ramon, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern  
Tel. 041 208 33 88, Fax 041 208 33 80, ramon.doerig@hirslanden.ch  
Egli Jan, Habsburgerstrasse 20, 6003 Luzern  
Tel. 041 210 50 35, Fax 041 210 50 93, hno-habsburg@hin.ch  
Ehrbar Regula, Alpenstrasse 1, 6004 Luzern  
Tel. 041 412 10 50, Fax 041 412 10 51, neuro.ehrbar@bluewin.ch  
Flückiger Beat Frank, SPZ, 6207 Nottwil  
Tel. 041 939 58 58, Fax 041 939 58 57, beat.flueckiger@paraplegie.ch  
Harte Ulrich, Münsterplatz 1, 6210 Sursee  
Tel. 041 921 10 45, Fax 041 921 39 49, dr.harte@gmx.net  
Hörler Urs, Hauptstrasse 18, 6033 Buchrain  
Tel. 041 444 12 12, Fax 041 440 61 77, hoerler.urs@hin.ch  
Klatt Jörg, Weggisgasse 1, 6004 Luzern  
Tel. 041 220 80 50, Fax 041 220 80 51,  
joerg.klatt@frauenarztpraxisluzern.ch  
Knüsel Hans, Stadthausstrasse 3, 6003 Luzern  
Tel. 041 210 44 80, Fax 041 211 12 80, hans.knuesel@hin.ch  
Kreienbühl Beat, Zürichstrasse 5, 6004 Luzern  
Tel. 041 417 27 30, Fax 041 417 27 38, kreienbuehl@urologik.ch  
Lehner Adrian, Waldstätterstrasse 17, 6003 Luzern  
Tel. 041 210 44 61, Fax 041 210 44 68, info@hnopraxis.ch  
Maassen Marcus, Hünenbergstrasse 1, 6006 Luzern  
Tel. 041 420 66 34, Fax 041 420 29 19, info@hno-luzern.ch  
Niedermann Felix, Täschmattstrasse 1, 6015 Luzern  
Tel. 041 260 19 33, Fax 041 260 19 53, felix.niedermann@hin.ch  
Nufer Martin, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern  
Tel. 041 208 34 36, Fax 041 208 33 06, martin.nufer@hirslanden.ch  
Rüttimann Hugo, Sanacare, Zürichstrasse 9, 6004 Luzern  
Tel. 041 417 31 31, Fax 041 417 31 32, hugo.ruettimann@sanacare.ch  
Schläpfer Reinhard, Luzerner Kantonsspital, 6000 Luzern 16  
Tel. 041 205 47 93, Fax 041 205 45 63, reinhard.schlaepfer@luks.ch  
Schneider-Gilg Adelheid, Maihofstrasse 1, 6004 Luzern  
Tel. 041 429 30 30, Fax 041 429 30 31, schneider-gilg@bluewin.ch  
Schütz Karl, Zürichstrasse 7, 6004 Luzern  
Tel. 041 417 20 17, Fax 041 417 20 18, kschuetz@swissonline.ch  
Tanner Markus, Gemeindehausstrasse 1, 6010 Kriens  
Tel. 041 319 22 66, Fax 041 319 22 69, praxis@augenarzt-tanner.ch  
Wey Josef, Bahnhofstrasse 42, 6210 Sursee  
Tel. 041 921 28 80, Fax 041 921 28 18, jwey@hin.ch  
Wildi Stephan, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern  
Tel. 041 208 31 41, Fax 041 208 31 42, stephan.wildi@hirslanden.ch  
Wicki Manfred, Gartenstrasse 1, 6130 Willisau  
Tel. 041 970 17 77, Fax 041 970 45 58, mwicki@hin.ch  
Wyser Christoph, Zürichstrasse 12, 6004 Luzern  
Tel. 041 418 70 40, Fax 041 418 70 41, christoph.wyser@bluewin.ch  
Zehnder Roland, Hauptstrasse 10, 6033 Buchrain  
Tel. 041 440 22 80, Fax 041 440 55 25, roland.zehnder@hin.ch

## Versicherungskommission

Die kantonalen PVK wurden aufgelöst. Die neue, zentralschweizerische PVK konstituiert sich fallweise aus den Mitgliedern der Tarifkommission der VZAG:

Uri: Baumann Karl, Steinhofhalde 2, 6005 Luzern  
Schwyz: Lacher Gregor, Steigestrasse 13, 6430 Schwyz  
Unterwalden: Gürber Peter, Schulhausstr. 9, 6373 Ennetbürgen  
Luzern: Molnar Laszlo, St.-Anna-Strasse 32, 6006 Luzern  
Zug: Bumbacher Beat, Seestrasse 3, 6330 Cham

## Honorarprüfungskommission:

Krummenacher Peter (HPK), Gassmatt 1, 6018 Buttisholz

### **Notfalldienstkommission**

Schneider-Gilg Adelheid, Arnikaweg 20, 6045 Meggen, Präsidentin  
Annen Oliver, Bahnhofstrasse 24, 6037 Root  
Gärtner Michael, Permanence AG, Robert-Zündstr. 2, 6003 Luzern  
Harte Ulrich, Münsterplatz 1, 6210 Sursee  
Kramis Aldo, Rüeggisingerstrasse 29, 6020 Emmenbrücke  
Müller Reto Christian, Löwenstrasse 13, 6004 Luzern  
Nufer Martin, St.-Anna-Strasse 32, 6006 Luzern  
Pouskoulas Selic Claudia, Luzernertrasse 64, 6010 Kriens  
Thoet Beat, Rüeggisingerstrasse 29, 6020 Emmenbrücke  
Wicki-Frey Gabriela, Bahnhofplatz 1, 6210 Sursee  
Wicki Manfred, Gartenstrasse 1, 6130 Willisau

### **MPA-Kommission**

Heisler Andreas, Bahnhofstrasse 2, 6030 Ebikon  
Werkmann Kramis Eva, Gerliswilstrasse 66, 6020 Emmenbrücke  
Buchmann Martina, Löwenstrasse 13, 6004 Luzern  
Degonda Halter Marlen, Spyr 20, 6017 Ruswil

### **Ombudsmann**

Kälin Jürg, Schwanenplatz 7, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 88 85, Fax 041 410 80 60

### **Delegierte in die Ärztekammer**

Diener Urs, LUKS Wolhusen, 6110 Wolhusen  
Tel. 041 492 92 01, Fax 041 492 82 90, urs.diener@luks.ch  
Kramis Aldo, Rüeggisingerstrasse 29, 6020 Emmenbrücke  
Tel. 041 269 50 00, Fax 041 269 50 01, akramis@bluewin.ch  
Studer Thomas, Bahnhofstrasse 4, 6170 Schüpfheim  
Tel. 041 484 11 48, Fax 041 484 25 22, studer.th@gmail.com  
Wicki-Frey Gabriela, Bahnhofstrasse 1, 6210 Sursee  
Tel. 041 922 18 80, Fax 041 922 18 84  
gabrielawicki-frey@sunrise.ch

#### *Ersatz-Delegierte:*

Hirth Andreas, Hirschengraben 33 B, 6003 Luzern  
Tel. 041 240 45 61, Fax 041 240 445 63, andreas.hirth@hin.ch  
Stäuble Daniel, Buchenstrasse 4, 6210 Sursee  
Tel. 041 921 89 23, Fax 041 921 89 24, d.staueble@hin.ch

### **Rechnungsrevisoren**

Gerber Klaus, Luzernerstrasse 15, 6206 Neuenkirch  
Limacher Thomas, Surseestrasse 20, 6206 Neuenkirch

### **Kantonaler Ehrenrat**

Krummenacher Peter, Gassmatt 1, 6018 Buttisholz, Präsident  
Tel. 041 928 16 66, Fax 041 918 16 26  
Egger Klaus, Dorfstrasse 4, 6043 Adligenswil  
Villiger Roman, Hausärzte Region Reiden AG, Walke B,  
6260 Reiden

### **Delegierte in der Standeskommission der FMH (ehem. Schweizerischer Ehrenrat)**

Stäuble Daniel, Buchenstrasse 4, 6210 Sursee  
Tel. 041 921 89 23, Fax 041 921 89 24, d.staueble@hin.ch  
Wicki-Frey Gabriela, Bahnhofstrasse 1, 6210 Sursee  
Tel. 041 922 18 80, Fax 041 922 18 84

### **Beauftragter Medizinische Praxisangestellten-Fragen (MPA)**

Andreas Heisler, Rontalpraxis, Bahnhofstrasse 2, 6030 Ebikon  
Tel. 041 440 30 80, Fax 041 440 14 94

### **Familienausgleichskasse**

Bühlmann Paul, Weihermatt, 6204 Sempach Stadt  
Tel. 041 460 15 15, Fax 041 460 27 49

### **Delegierte im kantonalen Schiedsgericht**

Bieri Jakob, 6287 Äsch  
1 x vakant

### **Schulärztliche Kommission**

VLuHa-Vorstand (Siehe Mitglieder unter Sektionen).

### **Fachkommission Psychotherapeutenverordnung**

Lötscher Monika, Luzern  
Martignoni Lorenz, Luzern

### **Vereinigung der Psychiater des Kantons Luzern**

[www.psychiaterluzern.ch](http://www.psychiaterluzern.ch)

#### *Präsident:*

Dr. med. Jeffrey Mc Cutchan, Mühlenplatz 10, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 85 55, Fax 041 410 85 56  
info@mccutchan.ch

#### *Aktuarin:*

Dr. med. Susanne Hirschi-Schlumpp, Kapellplatz 8 6004 Luzern  
Tel. 041 240 09 00, Fax 041 240 46 06  
kapell-praxis@bluewin.ch

#### *Kassier:*

Dr. med. Ulrich Schloz, Hofstrasse 4, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 80 11, Fax 041 410 80 12  
uschloz@gmx.ch

#### *Notfalldienstdelegierte:*

Dr. med. Monika Vogler, Mühleplatz 10, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 09 58, Fax 041 410 19 57  
dr.vogler@hin.ch

### **Sektionspräsidenten**

#### *Stadt Luzern:*

Dr. med. Urs Hörler, Hauptstrasse 18, 6033 Buchrain  
Tel. 041 444 12 12, Fax 041 440 61 77, hoerler.urs@hin.ch

#### *Gäu:*

Dr. med. Andreas Bohl, Wilenmattstrasse 10, 6210 Sursee  
Tel. 041 926 60 26, Fax 041 926 60 20, abohl@hin.ch

#### *Entlebuch:*

Dr. med. Thomas Studer, Bahnhofstrasse 4, 6170 Schüpfheim  
Tel. 041 484 11 48, Fax 041 484 25 22, studer.thomas@hin.ch

### **mws – medical women switzerland – Ärztinnen Schweiz, Sektion Zentralschweiz**

#### *Präsidentin:*

Annette Eppenberger, Frankenstrasse 2, 6003 Luzern  
Tel. 041 227 11 11

#### *Vizepräsidentin:*

vakant

#### *Quästorin:*

Sophie Brunner Leupi, Gerliswilstrasse 6a, 6020 Emmenbrücke  
Tel. 041 240 04 40

## Sektion Stadt Luzern

### Präsident:

Dr. med. Urs Hörler,  
Hauptstrasse 18  
6033 Buchrain  
Tel. 041 444 12 12  
Fax 041 444 12 13  
hoerler.urs@hin.ch

### Kassierin:

Dr. med.  
Brigitte Bleiber Di Nicola  
Luzernerstrasse 26  
6010 Kriens  
Tel. 041 320 57 22  
Fax 041 320 88 58  
bleiber.dinicola@bluewin.ch

### Aktuarin:

Dr. med. Stefanie Meusel  
Obernauerstrasse 40  
6010 Kriens  
Tel. 041 320 44 44  
Fax 041 320 44 77  
meusel2001@gmx.de

## Sektion Gäu

### Präsident:

Dr. med. Andreas Bohl  
Wilemattstr. 10, 6210 Sursee  
Tel. 041 926 60 26  
Fax 041 926 60 20  
aboehl@hin.ch

### Quästor:

Dr. med. Pascal Fankhauser  
LUKS Wolhusen, 6110 Wolhusen  
Tel. 041 992 82 82  
Fax 041 992 81 99  
pascal.fankhauser@luks.ch

### Aktuar:

Dr. med. Michael Pemberger  
Hausarztpraxis Schötz  
Dorfchärn 2, 6247 Schötz  
Tel. 041 984 00 50  
Fax 041 984 00 55  
m.pemberger@ihrehausarztpraxis.ch

## Sektion Entlebuch

### Präsident:

Dr. med. Thomas Studer  
Facharzt Innere Medizin FMH  
Bahnhofstr. 4, 6170 Schüpfheim  
Tel. 041 484 11 48  
Fax 041 484 25 22  
studer.thomas@hin.ch

### Kassier:

med. pract. Othmar Wicki  
Allg. Innere Medizin FMH  
Hauptstr. 41, 6170 Schüpfheim  
Tel. 041 484 28 28  
Fax 041 484 28 30  
wicki.furrer@bluewin.ch

### Aktuar:

Dr. med. Josef Schöpfer  
Allgemeine Innere Medizin  
FMH  
Bahnhofsrasse 11  
6182 Escholzmatt  
Tel. 041 486 22 55  
Fax 041 486 22 57  
joschoepfer@swissonline.ch

## Vereinigung Luzerner Hausärzte (VLuHa)

### Co-Präsidenten:

Dr. med. Michael Gärtner  
Robert-Zünd-Str. 2, 6005 Luzern  
Tel. 041 211 14 44  
Fax 041 211 14 50  
praesident@vluha.ch

Dr. med. Beat Thoet  
Rüeggisingerstrasse 29  
6020 Emmenbrücke  
Tel. 041 269 50 00  
Fax 041 269 50 01  
praesident@vluha.ch

### Vize-Präsident/Sekretariat:

Dr. med. Martina Buchmann  
Löwenstrasse 13, 6004 Luzern  
T 041 410 28 58, F 041 410 72 42  
sekretariat@vluha.ch

### Pädiaterin:

Dr. med. Sibylla Weymann  
Ruopigenring 37, 6015 Reussbühl  
Tel. 041 250 55 22  
Fax 041 250 55 23  
paediater@vluha.ch

### Aktuar:

Dr. med. Ulrich Harte  
Münsterplatz 1, 6210 Sursee  
Tel. 041 921 10 45  
Fax 041 921 39 49  
aktuar@vluha.ch

### Kassier:

Dr. med. Cornel Räss  
Lindenbergpraxis  
Seilerstr. 2, 6285 Hitzkirch  
Tel. 041 917 26 33  
Fax 041 917 26 76  
kassier@vluha.ch

### Kommunikation:

Dr. med. Simon Achermann  
Kleinbuholz 3, 6012 Obernau  
Tel. 041 320 10 55  
Fax 041 320 11 75  
kommunikation@vluha.ch

### Fortbildungen:

Dr. med. Raymond Thalman  
Hausarztpraxis  
Dr. med. Thalman AG  
Bahnhofstr. 28, 6110 Wolhusen  
Tel. 041 490 11 43  
Fax 041 490 40 43  
fortbildung@vluha.ch

## Kinderärzte- Vereinigung der Zentralschweiz

### Präsidentin:

Dr. med. Doris Auf der Maur  
Dätwylerstrasse 9, 6460 Altdorf  
aufdermaur.doris@bluewin.ch  
Tel. 041 874 80 30

### Past-Präsidentin:

Dr. med. Elsbeth Burch  
Centramed, Frankenstrasse 2  
6003 Luzern  
elsbeth.burch@bluewin.ch  
Tel. 041 227 11 11

### Kassierin:

Dr. med. Katharina Wyss  
Parkstrasse 1a, 6410 Goldau

## Musikermedizin-Sprechstunde im Kantonsspital Luzern

### Ärztliche Leitung:

Dr. Urs Schlumpf, Médecin-Adjoint für Rheumatologie.  
Sekretariat (Anmeldung): Frau Sylvia Egloff, Chefarztsekretärin  
Departementsleitung Medizin 2. OG Zi 2.131  
Tel. 041 205 51 01, Fax 041 205 51 82, sylvia.egloff@ksl.ch

## Amtsärzte

### Luzern-Stadt

Dr. med.  
Brigitte Schubiger Leen  
St.-Karli-Strasse 2a  
6004 Luzern  
Tel. 041 240 44 61  
Fax 041 240 29 72

Dr. med. Urs Gübelin  
Moosstrasse 2, 6003 Luzern  
Tel. 041 240 62 55  
Fax 041 240 62 56

Dr. med.  
Cornelia Probst-Sonneck  
Hofstrasse 4, 6004 Luzern  
Tel. 041 410 28 22  
Fax 041 410 42 75  
(ohne Legalinspektion)

Dr. med. Urs Sonntag  
St.-Karli-Strasse 2a  
6004 Luzern  
Tel. 041 240 44 61  
Fax 041 240 29 72

Dr. med. Beat Thoet  
Rüeggisingerstrasse 29  
6020 Emmenbrücke  
Tel. 041 269 50 00  
Fax 041 269 50 01

Dres. med. Ingrid u. Reto Cadisch  
Luzernerstrasse 6, 6010 Kriens  
T 041 320 23 24, F 041 320 23 25

Dr. med. Jens Westphal  
Erlenstr. 2, 6020 Emmenbrücke  
T 041 280 39 39, F 041 280 99 09

praxis.wyss@bluewin.ch  
Tel. 041 855 56 01

### Sekretär:

Prof. Dr. med.  
Thomas J. Neuhaus  
Chefarzt Pädiatrie und  
Departementsleiter  
Kinderspital Luzern  
6000 Luzern 16  
thomas.neuhaus@luks.ch  
Tel. 041 205 31 51

### Beisitzer:

Dr. med. Peter Esslinger  
Leitender Arzt,  
Kinderchirurgie Kinderspital  
Luzern, 6000 Luzern 16  
peter.esslinger@luks.ch  
Tel. 041 205 11 11

## Luzern-Land

Dr. med. Kuno Andermatt  
Bertiswilstrasse 26  
6023 Rothenburg  
T 041 282 02 12, F 041 282 02 15

Dr. med. Guglielmo W. Baldi  
Arzthaus, 6162 Entlebuch  
T 041 480 12 71, F 041 480 14 71  
Guglielmo.Baldi@hin.ch

Dr. med. Frank Bieringer  
Ed. Huberstrasse 1  
6022 Grosswangen  
T 041 980 17 57, F 041 980 56 47

Dr. med. Andreas Bohl  
Wilenmattstr. 10, 6210 Sursee  
Tel. 041 926 60 26

Dr. med. Thomas Studer  
Bahnhofstrasse 4  
6170 Schüpfheim  
T 041 484 11 48, F 041 484 25 22

Dr. med. Albroz Mohadjer  
Schwesternhaus, 6156 Luthern  
T 041 978 00 49, F 041 978 00 51

## SEKTIONEN

### Gesellschaft der St.-Anna-Ärzte Luzern (GAL)

#### Vorstand:

Dr. Dr. med. Marco Albanese  
(Präsident)  
Facharzt für Kardiologie und  
Endokrinologie / Allgemeine  
Innere Medizin / Diabetologie  
Klinik St. Anna  
Praxis Prof. Dr. med. Tushar  
Chatterjee  
St. Anna-Str. 32 / 6006 Luzern  
Tel 041 208 32 60  
Fax 041 208 32 62

Endia  
Pilatusstr. 3a/5 / 6003 Luzern  
Tel 041 210 40 10  
Fax 041 210 40 41  
m.albanese@hin.ch

Dr. med. Thomas Dobler  
FMH für Orthopädische  
Chirurgie und Traumatologie  
des Bewegungsapparates  
Klinik St. Anna  
Praxisgemeinschaft  
Orthopädische Klinik Luzern AG  
St. Anna-Strasse 32  
6006 Luzern Tel 041 208 38 10  
Fax 041 208 38 99  
Sekretariat.dobler@okl-ag.ch

Dr. med. Michael Fischer  
Anästhesiologie FMH  
Klinik St. Anna, St.-Anna-Str. 32  
6006 Luzern Tel. 041 208 33 88  
Fax 041 208 33 80  
michael.fischer@hirslanden.ch

Prof. Dr. med. Martin Schilling  
FMH für Chirurgie, spez.  
Viszeralchirurgie

Klinik St. Anna  
Ärztelhaus Lützelmat  
St.-Anna-Strasse 32  
6006 Luzern Tel. 041 208 38 80  
Fax 041 208 38 76  
martin.schilling@hirslanden.ch

Dr. med. Sebastian Z'Brun  
Urologie FMH  
Urologik AG  
Zürichstrasse 5, 6004 Luzern  
St.-Anna-Str. 32, 6006 Luzern  
Tel. 041 417 27 33  
Fax 041 417 27 38  
sebastian.zbrun@hin.ch

### GAL-Geschäftsstelle

Leiterin Silvia Rose  
St.-Anna-Strasse 32  
6006 Luzern  
Tel. 041 208 38 38  
Fax 041 208 38 39  
info@gal-aerzte.ch  
www.gal-aerzte.ch

### ORL-Kollegium

Präsidentin:  
Dr. med. Raphael Nuber  
Otorhinaryngologie FMH  
Haldenstrasse 11  
6006 Luzern Tel. 041 419 33 30  
Fax 041 419 33 39  
nuber@hno-praxis.ch

Aktuar:  
Dr. med. Marcel Gärtner  
Haldenstrasse 11  
6006 Luzern Tel. 041 419 33 36  
Fax 041 419 33 39  
gaertner@hno-praxis.ch

#### Kassier:

Dr. med. Ulrich Siekmann  
Otorhinaryngologie FMH  
Burgstrasse 15  
8750 Glarus Tel. 055 640 30 20  
Fax 055 640 65 55  
ueli@siekmann.ch

### VZA, Vereinigung Zentralschweizer Augenärzte

gegründet 1991

Regionalorganisation der SOG  
(Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft), zuständige  
Standesorganisation für alle Augenärzte der Kantone  
Luzern, Obwalden, Nidwalden,  
Uri, Schwyz und Zug

#### Präsident:

Dr. med.  
János F. Weber-Várszegi  
Kantonsstrasse 88, 6048 Horw

#### Aktuar/DR-Mitglied:

Dr. med. Markus Tanner  
Gemeindehausstr.1, 6010 Kriens

#### Kassier:

Dr. med. Stefan Wyrsch  
Bürol 11, 6430 Schwyz

#### Notfalldelegierter Land:

Dr. med. Urs Thomann  
Ettiswilerstrasse 12  
6130 Willisau

#### Notfalldelegierte Stadt:

Dr. med.  
Josephine C. Weber-Bianda  
Pilatusstrasse 24, 6003 Luzern

### EndoPrax

#### Vereinigung gastroenterologisch frei praktizierender Ärztinnen und Ärzte der Zentralschweiz

#### Präsident:

Dr. med. André Gut  
Gastroenterologie und  
Innere Medizin FMH  
Hertensteinstrasse 29  
6004 Luzern  
Tel. 041 412 30 12  
Fax 041 412 30 11  
gut.andre@bluewin.ch

#### Vizepräsident und Kassier:

Dr. med. Alexandre Kummer  
Gastroenterologie und  
Innere Medizin FMH  
Rigistrasse 1, 6330 Cham  
Tel. 041 784 08 70  
Fax 041 784 08 79  
dr.kummer@bluewin.ch

#### Aktuar:

Dr. med. Stefan Hürlimann  
Gastroenterologie und  
Innere Medizin FMH  
Bahnhofstrasse 28, 6300 Zug  
Tel. 041 729 40 30  
Fax 041 729 40 33  
st.huerlimann@bluewin.ch

#### Vorstandsmitglied

Dr. med. Walter Häcki  
Gastroenterologie und  
Innere Medizin FMH  
Falkengasse 3  
6004 Luzern  
Tel. 041 410 90 33  
Fax 041 410 90 45  
whahecki@mus.ch

## Adressliste Zentralschweizerische Chiropraktoren-Gesellschaft (ZSCG)

Name, Vorname	Strasse	Ort	Kt.	Telefon	Telefax	E-Mail
Dr. Auf der Maur Elmar	Stadthausstrasse 3	6003 Luzern	LU	041 227 17 70	041 227 17 71	elmar.aufdermaur@chirosuisse.ch
Dr. Baechler Mirjam	Kreuzstrasse 3b	6130 Willisau	LU	041 971 08 48	041 971 08 49	mirjam.baechler@chirosuisse.ch
Dr. Bucher Adolf	St. Leodegar-Strasse 2	6006 Luzern	LU	041 410 36 26	041 410 19 81	chirobucher@gmx.ch
Dr. Erni Prisca	Bahnhofstrasse 36	6210 Sursee	LU	041 210 99 90	041 210 99 92	info@chiropraktik-erni.ch
Dr. Fehr Fabienne	Kreuzstrasse 3b	6130 Willisau	LU	041 971 08 48	041 971 08 49	fabienne.fehr@chirosuisse.ch
Dr. Häusler Jörg	Inseliquai 8	6005 Luzern	LU	041 210 53 03	041 210 53 39	joerg.haesler@chirosuisse.ch
Dr. Heller Werner Michael	Hauptstrasse 24	6170 Schüpfheim	LU	041 485 00 20	041 485 00 21	werner.heller@chirosuisse.ch
Dr. Kalbermatter Theo	Sonnenplatz 6	6020 Emmenbrücke	LU	041 262 12 62	041 262 12 63	kalbermatter@chiroswiss.ch
Dr. Kohler Heini	Haldenstrasse 11	6006 Luzern	LU	041 410 97 47	041 410 97 87	heini.kohler@chirosuisse.ch
Dr. Russi Yves	Zentralstrasse 14	6003 Luzern	LU	041 220 10 10	041 220 10 11	yves.russi@chirosuisse.ch
Dr. Schaller Patricia	Bahnhofstrasse 22	6210 Sursee	LU	041 922 02 20	041 922 02 21	patricia.schaller@chirosuisse.ch
Dr. Schätzle Raoul	Luzernerstrasse 4	6010 Kriens	LU	041 320 85 85	041 320 85 80	raoul.schaetzle@chirosuisse.ch
Dr. Schröder Ernst	Paraplegiker-Zentrum	6207 Nottwil	LU	041 939 55 38	041 939 54 40	ernst.schröder@chirosuisse.ch
Dr. Schurter Thomas	Bürgerstrasse 22	6003 Luzern	LU	041 210 17 23	041 210 17 20	thomas.schurter@chirosuisse.ch
Dr. Vogel Dietmar	Zentralstrasse 14	6003 Luzern	LU	041 220 10 10	041 220 10 11	dietmar.vogel@chirosuisse.ch
Dr. Wettstein Claudia	Lettenweg 12	6045 Meggen	LU	041 377 37 77	041 377 37 78	claudia.wettstein@chirosuisse.ch
Dr. Wicki Thomas	Hirschmattstrasse 40	6003 Luzern	LU	041 210 22 93	041 210 72 93	thomas.wicki@chirosuisse.ch
Dr. Widmer Caroline	Würzenbachstrasse 17	6006 Luzern	LU	041 370 60 61	041 370 60 62	caroline.widmer@chirosuisse.ch
Dr. Williams Shane	Ladengasse	6030 Ebikon	LU	041 442 18 18	041 442 18 19	shane.williams@chirosuisse.ch
Dr. Williams Susanne	Ladengasse	6030 Ebikon	LU	041 442 18 18	041 442 18 19	susanne.williams@chirosuisse.ch
Dr. Züger Patrick	Zürichstrasse 11	6004 Luzern	LU	041 410 12 02	041 410 12 06	patrick.zueger@chirosuisse.ch
Dr. Weber Martin	Wirzboden 13	6370 Stans	NW	041 612 13 74	041 612 13 75	martin.weber@chirosuisse.ch
Dr. Class Olivier	Bahnhofstrasse 15	6403 Küssnacht am Rigi	SZ	041 852 07 52	041 852 07 53	olivier.class@chirosuisse.ch
Dr. Class-Sigrist Isabelle	Bahnhofstrasse 15	6403 Küssnacht am Rigi	SZ	041 852 07 52	041 852 07 53	isabelle.class@chirosuisse.ch
Dr. Wild Andrea	Hinterer Steisteg 2	6430 Schwyz	SZ	041 810 39 09	041 810 39 11	andrea.wild@chirosuisse.ch
Dr. Zeller Daniel	Hauptstrasse 89	8840 Einsiedeln	SZ	055 535 15 30	055 535 04 38	daniel.zeller@chirosuisse.ch
Dr. Amstein Jürg	Baarerstr. 11, Stadthof	6300 Zug	ZG	041 711 45 80	041 711 45 20	juerg.amstein@chirosuisse.ch
Dr. Ruosch Max	Baarerstrasse 11	6300 Zug	ZG	041 711 42 66	041 711 42 72	max.ruosch@chirosuisse.ch
Dr. Zeller Daniel	Zugerstrasse 17	6330 Cham	ZG	041 781 43 83	041 781 43 85	daniel.zeller@chirosuisse.ch

## Unterwaldner Ärztesgesellschaft: Amtsdauer 2016–2017

### Vorstand

Präsidentin	Dagmar Becker
Vizepräsident	Alex Suter
Aktuar	Florian Seger
Kassier	Ueli Zihlmann
Beirat 1	Bettina Mende
Beirat 2	Rolf Kempf

### Kommission für Gesundheitspolitik

Nidwalden: Präsident	Reto Meuli
	Christoph Knoblauch
	Peter Gürber
	Alois Steinegger
	Dominik von Matt
	Dagmar Becker

Obwalden: inaktiv

### Kantonsärzte

Nidwalden	Peter Gürber
Obwalden	Mario Büttler

### Notfalldienstorganisator

Nidwalden	Heinz Klausner
Obwalden	Beat Burch

### Delegierte

Krebsliga	Theres Geiger-Burch
Lungenliga OW/NW	Susanne Felber
MPA	Thomas Eldner
Rheumaliga	vakant
ROKO	Leo Spichtig
Spitex Nidwalden	Mira Schüpfer
Spitex Obwalden	Hansjörg Bucher
VZAG	Dagmar Becker

### Ombudsmann

Linus Arpagaus

### Ehrenrat

Präsident	Luzius Tuor
	Melk Durrer
	Linus Arpagaus

### Rechnungsrevisoren

Markus Risi  
Hansjörg Bucher



## Telefon- und Telefaxnummern sowie E-Mail-Adressen der Ärzte und Ärztinnen

<b>Zentrale</b>	<b>Telefon</b>	<b>Telefax</b>	<b>E-Mail</b>
	041 618 18 18	041 618 10 29	info@ksnw.ch
<b>Sanitätsnotruf</b>	144		www.ksnw.ch
<b>Innere Medizin</b>			
Dr. med. Christoph Knoblauch, Chefarzt Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie	041 618 18 24	041 618 18 29	christoph.knoblauch@ksnw.ch
Dr. med. Christian Schüpfer, Co-Chefarzt Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie	041 612 20 40	041 612 20 41	christian.schuepfer@hznw.ch
Dr. med. Roman Gaudenz, Leitender Arzt Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Infektiologie FA Klinische Notfallmedizin SGNOR	041 618 18 24	041 618 18 29	roman.gaudenz@ksnw.ch
Dr. med. Bernhard Niggli, Leitender Arzt Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin und Kardiologie	041 612 20 40	041 612 20 41	bernhard.niggli@hznw.ch
Dr. med. Kristin Zeidler, Leitende Ärztin Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und Onkologie	041 618 12 46	041 618 18 29	kristin.zeidler@ksnw.ch
Dr. med. Tomas Karajan, Leitender Arzt / Ärztlicher Leiter Notfall Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Intensiv- und Notfallmedizin (D)	041 618 17 72	041 618 17 79	tomas.karajan@ksnw.ch
Dr. med. Dorothee Zimmermann, Oberärztin Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und Gastroenterologie	041 618 18 24	041 618 18 29	dorothee.zimmermann@ksnw.ch
Dr. med. Luzia Schönenberger, Oberärztin Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und klinische Notfallmedizin SGNOR	041 618 17 72	041 618 17 79	luzia.schoenenberger@ksnw.ch
Dr. med. Désirée Gassmann, Oberärztin Onkologie Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und Onkologie	041 618 12 46	041 618 18 29	desiree.gassmann@ksnw.ch
<b>Konsiliarärzte Medizin</b>			
Dr. med. Filip Kostal, Angiologie Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Angiologie	041 618 18 23	041 618 18 29	filip.kostal@luks.ch
Prof. Dr. med. Stephan Bohlhalter, Neurologie Facharzt FMH für Neurologie	041 618 18 24	041 618 18 29	stephan.bohlhalter@luks.ch
PD Dr. med. Christian Kamm, Neurologie Facharzt FMH für Neurologie	041 618 18 27	041 618 18 29	christian.kamm@luks.ch
Dr. med. Lea Slahor, Endokrinologie Fachärztin FMH für Endokrinologie und Diabetologie	041 618 19 51	041 618 18 29	lea.slahor@luks.ch
Dr. med. Erich Helfenstein, Pneumologie Facharzt FMH für Pneumologie	041 208 32 22	041 208 32 21	erich.helfenstein@hin.ch
Dr. med. Werner Karrer, Pneumologie Facharzt FMH für Pneumologie	041 208 32 22	041 208 32 21	werner.karrer@lhm.ch
Dr. med. Gerhard Müllner, Allergologie Facharzt FMH für Allergologie	041 618 18 23	041 618 18 29	gerhard.muellner@luks.ch

**Radiologie**

Dr. med. Andreas Falk Facharzt FMH für Radiologie	041 618 17 60	041 618 17 69	andreas.falk@luks.ch radiologie@ksnw.ch
<b>Notfall</b>			
Dr. med. Tomas Karajan, Leitender Arzt / Ärztlicher Leiter Notfall Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Intensiv- und Notfallmedizin (D)	041 618 17 72	041 618 17 79	tomas.karajan@ksnw.ch
Dr. med. Luzia Schönenberger, Oberärztin Fachärztin FMH für Allgemeine Innere Medizin und klinische Notfallmedizin SGNOR	041 618 17 72	041 618 17 79	luzia.schoenenberger@ksnw.ch
<b>Allgemeine und viszerale Chirurgie</b>			
Dr. med. Martin Sykora, Chefarzt (Primus inter pares Chirurgie 2017-2018) Facharzt FMH für Chirurgie speziell Viszeralchirurgie (D) Leiter Adipositaszentrum Zentralschweiz	041 618 15 60	041 618 15 69	martin.sykora@ksnw.ch martin.sykora@luks.ch
Dr. med. Matthias Strebel, Co-Chefarzt Facharzt FMH für Chirurgie, speziell Allg. Chirurgie und Traumatologie	041 618 15 61	041 618 15 69	matthias.strebel@ksnw.ch
Dr. med. Claus Rombach, Leitender Arzt Facharzt FMH für Chirurgie	041 618 15 62	041 618 15 69	claus.rombach@ksnw.ch
Dr. med. Stefan Ristic, Leitender Arzt Facharzt FMH für Chirurgie	041 618 15 63	041 618 15 69	stefan.ristic@ksnw.ch
Dr. med. Christiane Bittner, Oberärztin Fachärztin FMH für Chirurgie	041 618 15 63	041 618 15 69	christiane.bittner@ksnw.ch
Dr. med. Rudolf Herzig, Facharzt Chirurgie Facharzt FMH für Chirurgie	041 618 15 60	041 618 15 69	chirurgie@ksnw.ch
Dr. med. Jan Duwe, Facharzt Gefässchirurgie Facharzt FMH für Gefässchirurgie	041 618 15 63	041 618 15 69	jan.duwe@ksnw.ch
Christina Frank, Spitalärztin Adipositaschirurgie Praktizierende Ärztin	041 618 15 60	041 618 15 69	christina.frank@ksnw.ch
Dr. med. Werner Gallenkämper, Belegarzt plastische Chirurgie Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie	079 937 57 67		praxis.gallenkaemper@hin.ch
Dr. med. Helge Hoffmann, Belegarzt Urologie Facharzt FMH für Urologie	041 630 00 10	041 630 00 11	hoffmann@urologie-hergiswil.ch
Dr. med. Michael Oswald, Belegarzt Urologie Facharzt FMH für Urologie	041 630 00 10	041 630 00 11	oswald@urologie-hergiswil.ch
Dr. med. Julia-Franziska Vogt, Belegärztin ORL (Ohren, Nasen, Hals) Fachärztin FMH für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	041 610 60 14	041 610 60 82	info@hno-nidwalden.ch
Dr. med. Marion Einsle, Belegärztin ORL (Ohren, Nasen, Hals) Fachärztin FMH für Oto-Rhino-Laryngologie (ORL)	041 618 15 61	041 618 15 69	marion.einsle@ksnw.ch
<b>Orthopädie / Traumatologie</b>			
Dr. med. Andreas Remiger, Chefarzt Orthopädie und Traumatologie Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie	041 618 18 44	041 618 18 49	andreas.remiger@ksnw.ch
Dr. med. Asmus Frank, Leitender Arzt Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie	041 618 18 43	041 618 18 49	asmus.frank@ksnw.ch
Dr. med. Alexander Kerber, Leitender Arzt Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie	041 618 19 43	041 618 18 49	alexander.kerber@ksnw.ch
Dr. med. Konrad Birrer, Leitender Arzt Sportmedizin Facharzt FMH für Chirurgie, Sportmedizin SGSM	041 618 19 46	041 618 18 49	konrad.birrer@ksnw.ch
Dr. med. Milan Kravarski, Oberarzt Facharzt für orthopädische Chirurgie	041 618 19 44	041 618 18 49	milan.kravarski@ksnw.ch
Pract. med. Frank Stein, Oberarzt Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie	041 618 12 44	041 618 18 49	frank.stein@ksnw.ch
Dr. med. Regula Wiesmann, Belegärztin Fusschirurgie Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie	041 618 12 43	041 618 18 49	regula.wiesmann@hin.ch
Dr. med. Martin Baur, Wirbelsäulenchirurgie LUNIS Facharzt FMH für Wirbelsäulenchirurgie und Neurochirurgie	041 618 19 46	041 618 18 49	martin.baur@luks.ch
PD Dr. med. Karl F. Kothbauer, Wirbelsäulenchirurgie LUNIS Facharzt FMH für Neurochirurgie	041 618 19 46	041 618 18 49	karl.kothbauer@luks.ch
Dr. med. Fabian Baumann, Wirbelsäulenchirurgie LUNIS Facharzt FMH für Neurochirurgie	041 618 19 46	041 618 18 49	fabian.baumann@luks.ch
<b>Gynäkologie und Geburtshilfe</b>			
Dr. med. Thomas Prätz, Chefarzt Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 618 18 04	041 618 18 19	thomas.praetz@ksnw.ch
Dr. med. Rüdiger Brinkhaus, Oberarzt Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 618 18 04	041 618 18 19	ruediger.brinkhaus@ksnw.ch
Electus Ajah, M.D., Oberarzt Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 618 18 04	041 618 18 19	electus.ajah@ksnw.ch
pract. med. Daniela Söchting, Oberärztin Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 618 18 04	041 618 18 19	daniela.soechting@ksnw.ch
Dr. med. Elisabeth Renner Simmen, Belegärztin Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 612 22 42	041 612 22 43	frauenpraxis@hin.ch
Dr. med. Kerstin Hug, Belegärztin Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 610 14 14	041 610 91 02	praxis@frau-im-zentrum.ch
Dr. med. Ida Szloboda, Belegärztin Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 610 14 14	041 610 91 02	praxis@frau-im-zentrum.ch
Dr. med. Andrea Näpflin-Weekes, Belegärztin Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	041 618 33 88	041 618 33 89	eva@hin.ch
Dr. med. Bettina Zwyszig, Konsiliarärztin Pädiatrie Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendmedizin	041 610 60 22	041 610 04 12	bettina.zwyszig@hin.ch

Dr. med. Samuel Lüthold, Konsiliararzt Pädiatrie Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin	041 610 60 22	041 610 04 12	samuel.luethold@bluewin.ch	
Dr. med. Arthur Koch, Konsiliararzt Pädiatrie Facharzt FMH für Kinder- und Jugendmedizin	041 612 15 05	041 612 15 06	arthur.koch@hin.ch	
Dr. med. Carole Bodenmüller, Konsiliarärztin Pädiatrie Fachärztin FMH für Kinder- und Jugendmedizin	041 612 15 05	041 612 15 06	carole.bodenmueller@hin	
<b>Anästhesie, Intensivmedizin, Rettungsmedizin und Schmerztherapie</b>				
Dr. med. Charlotte Meier Buenzli, Chefärztin Fachärztin FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin	041 618 18 60	041 618 17 28	charlotte.meier@ksnw.ch	
Dr. med. Markus Jaggi, Leitender Arzt Facharzt FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin	041 618 18 62	041 618 17 28	markus.jaggi@ksnw.ch	
Dr. med. Christina Becker, Oberärztin Fachärztin für Anästhesiologie	041 618 18 65	041 618 17 28	christina.becker@ksnw.ch	
Pract. med. Marloes Crietee, Oberärztin Fachärztin für Anästhesiologie	041 618 18 61	041 618 17 28	marloes.crietee@ksnw.ch	
Dr. med. Patrick Egli, Oberarzt Facharzt FMH für Anästhesiologie und Intensivmedizin	041 618 18 61	041 618 17 28	patrick.egli@ksnw.ch	
Dr. med. Birgit Frank, Oberärztin Fachärztin für Anästhesiologie	041 618 18 69	041 618 17 28	birgit.frank@ksnw.ch	
Pract. med. Matthias Gamma, Oberarzt Facharzt FMH für Anästhesiologie	041 618 18 61	041 618 17 28	matthias.gamma@ksnw.ch	
Pract. med. Ingmar Krumm, Oberarzt Facharzt FMH für Anästhesiologie und Rettungsmedizin	041 618 18 67	041 618 17 28	ingmar.krumm@ksnw.ch	
Pract. med. Nadine Krumm, Oberärztin Fachärztin FMH für Anästhesiologie	041 618 18 66	041 618 17 28	nadine.krumm@ksnw.ch	
Dr. med. Sandra Paul, Oberärztin Fachärztin FMH für Anästhesiologie	041 618 18 63	041 618 17 28	sandra.paul@ksnw.ch	
Pract. med. Anita Zaugg, Oberärztin Fachärztin FMH für Anästhesiologie	041 618 18 66	041 618 17 28	anita.zaugg@ksnw.ch	
Dr. med. Ivan Udovicic, Belegarzt medizinische Hypnose Facharzt FMH für Anästhesiologie	041 618 18 61	041 618 17 28	ivan.udovicic@ksnw.ch	
<b>Psychiatrie</b>				
Dr. med. Armin Walter, Konsiliararzt Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie	041 612 32 12	041 612 32 14	armin.walter@psychiatrie-stans.ch	
<b>Pflegedienst</b>				
Anita Heggli, Leiterin Pflege	041 618 10 36	041 618 10 19	anita.heggli@ksnw.ch	
<b>Spezialbereiche</b>				
Diabetesberatung:	Cornelia Wiedemar	041 618 12 35	041 618 18 29	diabetesberatung@ksnw.ch
Ernährungsberatung:	Céline Felder	041 618 14 76	041 618 10 29	ernaehrungsberatung@ksnw.ch
Labor:	Regula Müller	041 618 17 55	041 618 17 59	regula.mueller@ksnw.ch
Physiotherapie:	John Breed	041 618 17 40	041 618 10 29	physiotherapie@ksnw.ch
Radiologie:	Christina Bussell	041 618 17 60	041 618 17 69	christina.bussell@ksnw.ch
Sozial- und Austrittsberatung:	Karin Gisler	041 618 18 85	041 618 18 86	sozialberatung@ksnw.ch
<b>Spitaldirektion</b>				
Urs Baumberger Spitaldirektor Kantonsspital Nidwalden Stv. CEO Luzerner Kantonsspital	041 618 10 00	041 618 10 43	urs.baumberger@ksnw.ch	

## Dr. med. Martin Banyai

**Facharzt für Angiologie und  
Allgemeine Innere Medizin  
FMH**



Geboren am 12. Mai 1966.

### Fachgebiet:

Angiologie, Allgemeine Innere Medizin.

### Kernkompetenzen:

Abklärung und Behandlung arterieller, venöser, kapillärer und lymphatischer Gefässerkrankungen.

Mehr als 20 Jahre Erfahrung im Bereich von Kathetereingriffen an Schlagadern und Venen und Lungenarterien sowie Dialyse-Shunts, Katheter-Piktettkatheterdienst im Hirslanden St. Anna und Universitäts-Spital Zürich.

### Carotis-Stenting:

Behandlung der akuten und chronischen Thrombose von Bein-, Arm, Hals und Hohlvenen.

Abklärung und Behandlung von Varizen (Sklerotherapie, endovenöse Therapie von Stammvarizen, Miniphlebektomien, LASER-Behandlung).

Abklärung und Behandlung venöser Angiodysplasien.

Einlage von peripheren und zentralvenösen Zugängen.

### Sprachen:

Deutsch, Englisch, Italienisch, Französisch.

### Mitgliedschaften:

Vorstandsmitglied Schweizerische Gesellschaft für Angiologie SGA

FMH Verbindung der Schweizerischen Ärztinnen und Ärzte.

USGG Union Schweizerischer Gefässgesellschaften.

SGUM Schweizerische Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin.

VLSS Verein leitender Schweizerischer Spitalsärzte.

Mitglied der kantonalen Aerztegesellschaften Luzern, Schwyz, Nidwalden.

American Heart Association, Fellow FAHA.

European Heart Association  
American College of Cardiology.

International Society of Thrombosis and Haemostasis.

European Society of Vascular Medicine.

International Union of Angiology.

European Society of Atherosclerosis.

### Lebenslauf: Werdegang:

Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin (1991 – 1997) und Angiologie (bis 1999) am Allgemeinen Krankenhaus – Universitätskliniken – Wien.

Oberarzt an der Klinik für Angiologie im Universitäts-Spital Zürich bis 2002.

2002 Wahl zum Leitenden Arzt/Abteilungsleiter Angiologie am Kantonsspital Luzern, Aufbau der Abteilung und zahlreicher Konsiliarsprechstunden (u.a. LUKS Wolhusen und Sursee, KSNW Stans, KS Zug), Leiter Weiterbildungsstätte Angiologie Kategorie B, Proctor Medtronic Center of Excellence CarotisStentPTA, national und international Proctor farbkodierte Duplexsonographie.

Aufbau einer klinischen Studiengruppe (u.a. 9 Publikationen im New England Journal of Medicine) vor allem im Bereich venöse Thromboembolie, periphere arterielle Verschlusskrankheit (kardiovaskuläre Endpunktstudien, Prävention von Restenosen nach femoropoplitealen und cruralen Katheterrevascularisationen. Tätigkeit als Principal Investigator, National und International Lead Investigator. Wissenschaftliche Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern der Schweiz.

2012 Wahl zum Chefarzt Angiologie ad personam am Kantonsspital Luzern sowie zum Leiter des Gefässzentrums.

2014 Wahl zum Bereichsleiter Angiologie, Kardiologie, Pneumologie am Kantonsspi-

tal Luzern.

Mai 2016 Beginn einer Praxistätigkeit in Emmenbrücke.

2016 Wahl in den Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Angiologie.

Oktober 2017 Gründer und Verwaltungsratspräsident der Gefässklinik Swiss AG.

Ab Januar 2018 selbständige Praxis-Tätigkeit sowie Beleg- und Konsiliararztstätigkeit an der Hirslanden Klinik St. Anna-Luzern, im Spital Schwyz sowie am Universitäts-Spital Zürich (Senior Consultant invasive Angiologie).

Rheumapraxis Stans, Engelbergstrasse 33, 6370 Stans.

Autor/CoAutor von mehr als 70 Publikationen in Peer Review Journalen.

Organisator zahlreicher nationaler und internationaler wissenschaftlicher Veranstaltungen, so auch der 20. Unionstagung der Schweizerischen Gefässgesellschaften im KKL im November 2019).

Fellow of the American Heart Association, International Member of the American College of Cardiology und der Working group of peripheral circulation der European Heart Association.

### Schulen, Studium und Diplome:

Primarschule, Gymnasium mit Abitur in Wien.

Medizinstudium in Wien an der Medizinischen Fakultät der Universität Wien 1984 – 1990.

Dissertation zum Doktor der gesamten Heilkunde zum Thema LDL Rezeptor bei familiärer Hypercholesterolemie.

Facharzt für Innere Medizin und Angiologie Oesterreich/Schweiz.

### Diplome.

- Fertigkeitenausweis Sachkunde für dosisintensive Untersuchungen und therapeutische Eingriffe (SGA).
- Rehabilitation bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit.
- Endovenöse thermische Ablation von Stammvenen bei Varikose (USGG).
- Lasermedizin Deutsche Gesellschaft für Lasermedizin e.V.
- Fähigkeitsausweis Sonographie SGUM/FMH.
- Strahlenschutz.

## Dr. med. Anita Cornelius

**Fachärztin für Kinder- und  
Jugendmedizin, Spez. Neonatologie  
FMH und Intensivmedizin  
FMH**



Geboren am 15. November 1968 in Essen, Deutschland.

### Schulen:

1975 – 1988 Primarschule und Gymnasium in Essen, Deutschland.

1988 Deutscher Gymnasialabschluss Abitur, Hauptfächer: Latein, Biologie, Mathematik, Geschichte, Notendurchschnitt 1.2 (min. 6, max. 1), Prämierung für 3. bestes Abitur.

1989 Schweizerische Maturitätsergänzungsprüfung in Schweizer Geschichte und Schweizer Geographie, Physik, Notendurchschnitt 5.6 (min. 1, max. 6).

### Medizinische Ausbildung und Diplome:

1994 Staatsexamen Humanmedizin, Universität Basel

1996 Dissertation Universität Basel

1995 – 2003 Assistenzärztin, Pädiatrie, Neonatologie, Kinderintensivmedizin, Kinderanästhesie, Kinderchirurgie, Entwicklungspädiatrie, In Delémont, Winterthur, Zürich, Sydney Australien

2003 – 2006 Oberärztin, Kinderintensivmedizin und Neonatologie Zürich.

2006 – 2009 Leitende Ärztin / Consultant, Kindermedizin und Neonatologie in Hobart, Tasmanien, Australien.

2011 – 2013 Leitende Ärztin / Consultant Allgemeine Pädiatrie/Neonatologie an verschiedenen Spitalern in Australien, u.a. Flying Bush

Doctor.

2013 – heute Belegkinderärztin, Lindenhofspital Bern  
2014 – 2018 Kinderärztin in mehreren Praxen, Stadt Bern.

1988 – 1994 Medizinstudium, Universität Basel.

15. 11. 1994 Medizinisches Diplom, Notendurchschnitt 5.5 (min. 1, max. 6).

1996 Doktorarbeit in Medizinischer Genetik, Titel «Die Bedeutung der Tuberösen Sklerose als Veranlagung für Neubildungen, im speziellen Hirntumoren», Prof. Dr. med. H.J. Müller, Chef des Genetischen Instituts des Kinderspitals Basel, Prof. Dr. med. Flammer, Dekan der Medizinischen Fakultät, Universität Basel.

2002 FMH Kinder- und Jugendmedizin, Prof. Dr. med. M. Bianchetti, Vorsitzender der Prüfungskommission.

2006 FMH Intensivmedizin, Prof. Dr. med. M.D. Schaller, Vorsitzende der Prüfungskommission.

2007 Schwerpunkt Neonatologie, PD Dr. R. Arlettaz Mieth, Vorsitzende der Prüfungskommission.

2007 Anerkennung eines sog. overseas trained specialist

- Australian Medical Council (AMC).

- Australian and New Zealand Intensive Care Society (ANZICS former JFICM).

2006 – 2009 Registrierung im Tasmanian Medical Council, Australia.

2010 – 2014 Registrierung durch die National Australian Health Practitioner Regulation Agency (AH-PRA), Registration Number MED0000942292 (exp 30/9/2014).

2013 Berufsausübungsbeurteilung Kanton Bern, ZSR No F607602.

2017 Berufsausübungsbeurteilung Kanton Graubünden.

2018 Berufsausübungsbeurteilung Kanton Obwalden. ZSR F607602.

GLN 7601000275660.

#### Berufserfahrung:

1995 – 1996 Allgemeinpädiatrie mit Poliklinik und Wochenbettbetreuung, Assistenzärztin, Dr. med. F. Farron, FMH Pädiatrie, Chefarzt des Regionalspitals Delémont (Französisch sprachig).

1996 – 1998 Allgemeinpädiatrie mit Poliklinik und Neonatologie, Assistenzärztin, Dr. med. U. Hunziker, FMH

Pädiatrie, Chefarzt des Kinderklinik des Kantonsspitals Winterthur.

1998 – 1999 Neonatologie, Assistenzärztin, Prof. Dr. med. H.U. Bucher, Chefarzt der Neonatologie der Fraenklinik des Universitätsspitals Zürich.

1999 – 2001 Kinderchirurgie mit Poliklinik, Abteilung für Wachstum und Entwicklung AWR mit Poliklinik, Allgemeine Poliklinik, Pädiatrische Intensivstation, Neonatologie, Neonataler Transportdienst, Notfall, Assistenzärztin, Prof. Dr. med. F. Sennhauser, Chefarzt des Kinderspitals Zürich, Universitätskinderklinik Zürich.

2001 – 2002 Kinderanästhesie einschliesslich Kindernotfalleinsatz (Ambulanz oder REGA) Assistenzärztin, Dr. med. A. Gerber, Chefarzt der Abteilung für Kinderanästhesie des Kinderspitals Zürich.

2002 – 2003 Pädiatrische Intensivmedizin, Senior registrar, Jonathan Gillis, MB, BS, PhD, FRACP, FJFICM, senior staff specialist PICU, Children's Hospital at Westmead, Australia (quaternary centre).

2003 – 2006 Pädiatrische und neonatale Intensivmedizin einschliesslich neonataler Transportdienst, Oberärztin, PD Dr. med. O. Bänziger, Abteilungsleiter, Kinderspital Zürich.

2006 – 2009 Neonatal and Paediatric Intensive Care, Consultant and Staff Specialist, A/Prof. Dr. med. P. Dargaville, Director, Royal Hobart Hospital, Hobart, Tasmania, Australia.

2009 – 2010 Sabbatical Teil-Auszeit, ausgedehnte Reisen, Ausbildung zur international anerkannten Yogalehrerin (Yoga Alliance 500h), Co-Geschäftsleitung eines Yogastudios [www.fithotyoga.com.au](http://www.fithotyoga.com.au).

#### Stellvertretungen (English locum):

11.2010 Consultant Paediatric Intensive Care Unit, Royal Children's Hospital Melbourne, VIC, Australia, Dr Warwick Butt.

3.2011 Consultant General Paediatrics (In- and Outpatients) in Ipswich Hospital, Queensland, Australia.

7 + 8.2011 Belegärztin Neonatologie, Lindenhofspital, Bern

5+9+11+12.2011 Consultant General Paediatrics (In- and

Outpatients), Broken Hill, rural New South Wales, Australia.

1.2012 Consultant General Paediatrics and Neonatology, Royal Darwin Hospital, Northern Territory, Australia.

6 + 7.2012 Belegärztin Neonatologie, Lindenhofspital, Bern.

2012 – 2013 Allgemeinpädiatrie und Neonatologie, Consultant, einschliesslich Outpatient Clinic and Remote Outpatient

Clinic/sog. fly in fly out Bush Clinics Royal Darwin Hospital, Darwin, Northern Territory, Australia.

8 – 12.2014 Praxisvertretung Pädiatrie, Praxis Dr. Holder Heiniger, Kistlerstr 23 A, Bolligen, Arbeitspensum 40 – 50%.

10.2015 – 12.2016 Praxispädiaterin, Praxis Bienzgut, Dr. Hermann Stotz, Bernstr. 77, 3018 Bern, Arbeitspensum 40%.

5 – 9.2017 Praxispädiaterin, Belegkinderärztin Betreuung Wochenbett, Gebärsaal, Notfallstation Spital Davos, wochenweise Vertretungen 100% fuer Mutterschaftsurlaub Frau Dr. Angela Chappatte.

10.2017 – 3.2018 Praxispädiaterin, Kinder- und Jugendpraxis Muri, Mettlengaessli 4, 3074 Muri bei Bern, Arbeitspensum 50%.

#### Aktuelle Tätigkeit:

Seit 10.2013 Belegärztin Neonatologie, selbstständig tätig, Gebärabteilung/Wochenbett Lindenhofspital Bern. Spektrum: Termingeborene/low risk Frühgeborene (> 34 SSW, > 2000g).

Seit 5.2018 Praxispädiaterin, Kinderärzte Obwalden, Marktstrasse 8, 6060 Sarnen.

#### Zusätzliche berufliche Tätigkeiten:

2003 – 2006 PALS Instruktorin (Paediatric advanced life support), American Heart association (AHA).

2006 – 2009 Aufbauarbeit einer neuen Abteilung – kombinierte neonatale und pädiatrische Intensivstation im Royal Hobart Hospital (als einzige Ärztin in beiden Fachbereichen ausgebildet), Tasmanien, Australien – diese Abteilung hat heute Zentrumsfunktion für die Insel Tasmanien mit ca 500.000 Einwohnern auf einer geographischen Fläche, welche ca 2/3 grösser ist als

die Schweiz, verantwortlich für das Erstellen von Richtlinien, Qualitätskontrolle, Ausbildung von ÄrztInnen und Pflegepersonal, einschliesslich eines Neokurses für Pflegende an der Universität Tasmanien, Aufbau eines pädiatrischen spitalweiten Reanimationskurses, Hauptverantwortliche für ein Kinderspitex für chronische kranke Kinder einschliesslich Heilbeatmung.

Seit 2016 Instruktorin für Start4Neo Program, Inselfpital Bern.

Seit 2016 In Ausbildung zur EEH Therapeutin, Schreiblerin, körperpsychotherapeutische Ansatzweise, s. auch <http://emotionelle-ersterhilfe.org/content/emotionelle-ersterhilfe> Begründer: Dipl. psych. Thomas Harms, Bremen, <http://thomasharms.org/>, erste erfolgreiche Baby-schreibambulanz in Bremen, Deutschland, seit 20 Jahren.

Seit 2010 Yogalehrerin in verschiedenen Institutionen, Hauptinteressensgebiete: Yoga Therapie, Yoga Coaching, Stress and Burnout Management.

#### Sprachen:

Schweizerdeutsch, Deutsch, Englisch, Französisch, Italienisch Grundverständnis.

# E-Mail-Adressen / Fax-Nummern der Spitäler und der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte der kantonalen Arztegesellschaften

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Leser des «Luzerner Arztes»

Immer wieder teilt man uns mit, dass es von vielen unter Ihnen, seien es Ärztinnen und Ärzte, seien es ArzteberaterInnen, sehr geschätzt wird, dass man im LAZ die E-Mail-Adressen und Fax-Nummern der Spitäler und der Praktizierenden finden kann. Dies wollen wir auch so weiterführen! Da die Zusammenstellung und Kontrolle dieser Angaben für unsere Geschäftsstelle eine sehr grosse Arbeit bedeuten und da die Finanzierung unseres Zentralschweizer Informationsblattes durch Inserate nicht einfacher geworden ist, haben wir uns entschieden, für die Veröffentlichung dieser Listen folgenden Rhythmus festzulegen:

<b>Listen der Angaben der praktizierenden Ärztinnen und Ärzte:</b>	<b>Januarausgabe: Kantone NW / OW / SZ / UR</b>
	<b>Aprilausgabe: Kantone LU / ZG</b>
<b>Angaben der Spitäler: Spital Schwyz, Nidwalden, Obwalden:</b>	<b>Januar- und Juliausgabe</b>
<b>Spital Einsiedeln, Lachen:</b>	<b>April- und Novemberausgabe</b>

Legen Sie die entsprechenden Ausgaben zur Seite, damit Sie immer auf die Listen zurückgreifen können.

Sollten Sie das Gefuhel haben, dass Angaben zu Ihrer Person bzw. Funktion in den Listen fehlen, setzen Sie sich bitte mit Ihrer kantonalen Ärztegesellschaft in Verbindung.

Mit bestem Dank für Ihr Verständnis

Herbert Widmer, Redaktor «Der Luzerner Arzt»

## DER SCHWYZER ARZT

### Delegiertenliste Schwyzer Ärzte (Stand Oktober 2017)

#### Kantonale Chargen gemäss Statuten

##### Vorstand

Dr. med. Daniel Burger, 8832 Wollerau  
Dr. med. Daniel Gasser, 8840 Einsiedeln  
Dr. med. Elisabeth Huberle, 6430 Schwyz  
Dr. med. Tim Dorfliinger, 8807 Freienbach  
Dr. med. Uta Kliesch, 6430 Schwyz  
Dr. med. Rainer Schramedei, 8853 Lachen

Präsident  
Vizepräsident und Aktuar  
Kassier  
Tarifdelegierter  
Personalien  
Qualitatsdelegierter

##### E-Mail

daniburger@bluewin.ch  
gasser.kardio@bluewin.ch  
elisabeth.huberle@hin.ch  
tim.doerflinger@hin.ch  
uta.kliesch@hin.ch  
schrami@aol.com

##### Tarifkommission

Dr. med. Manfred Birchler, 8853 Lachen

Präsident

##### Rechnungsrevisoren

Dr. Daniel Woodtli, 6430 Schwyz  
Dr. Martin Kretz, 6410 Goldau

##### Ombudsmann

Dr. med. Rolf Baumann, 8832 Wilen

#### Delegationen

##### Notfalldienstkommission

Dr. med. Jürg Ebner, 8808 Pfäffikon  
Dr. med. Urs Bürgler, 6430 Schwyz  
Dr. med. Andreas Deuble, 8842 Unteriberg  
Dr. med. Tom Schade, 6403 Küssnacht a.R.  
Dr. med. Ivo Kennel, 6415 Arth  
Dr. med. Rainer Schramedei, 8853 Lachen  
Dr. med. Stefan Mostert, 8853 Lachen  
Dr. med. Stephen Woolley, 8832 Wollerau  
Dr. med. Joseph Frei, 8808 Pfäffikon

Präsident  
Vizepräsident  
Vertreter Bezirk Küssnacht  
Vertreter AGSZ  
Vertreter der Spezialisten

##### Beauftragter für Internet und Kommunikation

Dr. med. Dieter Mully, 8853 Lachen

##### Delegierte für Fortbildung

Dr. med. Christian Mischer-Mika, 6430 Schwyz  
Dr. med. Nicole Chaix, 8840 Einsiedeln

##### Delegierter für Med. Praxisassistentinnen

Dr. med. Patrick Messing, 8832 Wollerau



## Telefon-, Telefax- und E-Mail-Verzeichnis

	E-Mail	Telefon <b>041 818 41 11</b> 144	Telefax <b>041 818 40 00</b>
<b>Spital Schwyz, Waldeggstrasse 10, 6430 Schwyz</b> Sanitätsnotruf			
<b>Bereich Innere Medizin</b>			
Prof. Dr. med. Reto Nüesch, Chefarzt Facharzt FMH für Innere Medizin Facharzt FMH für Infektiologie DTM&H (Diploma in Tropical Medicine and Hygiene)	reto.nueesch@spital-schwyz.ch	041 818 43 59	041 818 40 03
Dr. med. Daniel Hertner, Co-Chefarzt Facharzt FMH für Innere Medizin Facharzt FMH für Nephrologie	daniel.hertner@spital-schwyz.ch	041 818 43 69	041 818 43 68
Dr. med. Beat Bühler, Leitender Arzt Facharzt FMH für Innere Medizin Facharzt FMH für Medizinische Onkologie	beat.buehler@spital-schwyz.ch	041 818 40 70	041 818 40 03
Dr. med. Peter Dür, Leitender Arzt Facharzt FMH für Innere Medizin Facharzt FMH für Pneumologie	peter.duer@spital-schwyz.ch	041 818 45 25	041 818 40 03
Dr. med. Christoph Stähli, Leitender Arzt Facharzt FMH für Innere Medizin Facharzt FMH für Kardiologie	christoph.staehli@spital-schwyz.ch	041 818 40 60	041 818 40 03
Dr. med. Urs Gössi, Oberarzt m.b.F. Facharzt FMH für Innere Medizin Facharzt FMH für Hämatologie Arzt für Onkologie	urs.goessi@spital-schwyz.ch	041 818 43 61	041 818 40 04
Dr. med. Fabia Weisser MSc, Oberärztin Fachärztin FMH für Innere Medizin Fachärztin FMH für Medizinische Onkologie	fabia.weisser@spital-schwyz.ch	041 818 40 70	041 818 40 03
Dr. med. Mabelle Young, Oberärztin Fachärztin FMH für Innere Medizin Fachärztin FMH für Kardiologie	mabelle.young@spital-schwyz.ch	041 818 40 60	041 818 40 03
<b>Bereich Chirurgie</b>			
Dr. med. Roger Schlüchter, MHSA, Chefarzt Facharzt FMH für Chirurgie, Viszeralchirurgie FMH, spez. Allgemein- und Unfallchirurgie FMH	roger.schluechter@spital-schwyz.ch	041 818 40 80	041 818 40 02
Dr. med. Werner Herzig, Co-Chefarzt Facharzt FMH für Chirurgie, FEBVS Fellow of the European Board of Vascular Surgery	werner.herzig@spital-schwyz.ch	041 818 41 31	041 818 40 02
Dr. med. Steffen W. Pfarr, Leitender Arzt Facharzt FMH für Chirurgie, Allgemein- und Traumatologie SGACT	steffen.pfarr@spital-schwyz.ch	041 818 40 90	041 818 40 02
Dr. med. Matthias Schneider, Leitender Arzt Facharzt FMH für Chirurgie, Allgemein- chirurgie und Traumatologie FMH	matthias.schneider@spital-schwyz.ch	041 818 40 90	041 818 40 02
Dr. med. Jörg Wydler, Leitender Arzt Facharzt FMH für Chirurgie, Viszeralchirurgie FMH Spez. Allgemein- und Unfallchirurgie FMH	joerg.wydler@spital-schwyz.ch	041 818 40 80	041 818 40 02
Dr. med. Christine Köchli, Oberärztin Fachärztin FMH für Chirurgie	christine.koechli@spital-schwyz.ch,	041 818 40 90	041 818 40 02
Dr. med. Anna Katharina Kostorz Berger, Oberärztin Fachärztin FMH für Chirurgie	anja.kostorz@spital-schwyz.ch	041 818 40 80	041 818 40 02
Gazmend Morina, Oberarzt, Facharzt für Chirurgie	gazmend.morina@spital-schwyz.ch	041 818 40 90	041 818 40 02
<b>Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe</b>			
Simon Baggénstos, Belegarzt, Nebenamtlicher Chefarzt Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	simon.baggénstos@spital-schwyz.ch	041 818 42 12 041 811 81 00	041 818 42 06 041 810 13 14

Prof. Dr. med. Harald Meden, Belegarzt Facharzt FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	harald.meden@spital-schwyz.ch	041 818 42 06 041 818 42 06	041 829 70 00 041 829 70 01
Dr. med. Regula Weber, Belegärztin Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	regula.weber@spital-schwyz.ch	041 818 42 12 041 811 01 01	041 818 42 06 041 811 01 09
Dr. med. Katrin Weichold, Belegärztin Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe	katrin.weichold@spital-schwyz.ch	041 818 42 12	041 818 42 06
<b>Bereich Anästhesie</b>			
Dr. med. Didier Naon, Chefarzt Facharzt FMH für Anästhesiologie Facharzt FMH für Intensivmedizin	didier.naon@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Dr. med. Daniel Friedli, Co-Chefarzt Facharzt FMH für Anästhesiologie Facharzt FMH für Intensivmedizin	daniel.friedli@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Dr. med. Dieter Beiten, Leitender Arzt Facharzt FMH für Anästhesiologie	dieter.beiten@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Dr. med. Sabine Wittum, Leitende Ärztin Fachärztin FMH für Anästhesiologie	sabine.wittum@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Dr. med. Benedikt Binswanger, Oberarzt Facharzt FMH für Anästhesiologie	benedigt.binswanger@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Knut Griese, Oberarzt Anästhesie Facharzt FMH für Anästhesiologie	knut.griese@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Dr. med. Jelena Mrdjen, Oberärztin Fachärztin für Anästhesie	jelena.mrdjen@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Dr. med. Karin Nebel, Oberärztin Fachärztin FMH für Anästhesiologie	karin.nebel@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
Maria Angeles Santos Ampuero, Oberärztin Fachärztin für Anästhesie	maria.santos@spital-schwyz.ch	041 818 40 93	041 818 40 07
<b>Stationäre Rehabilitation</b>			
Dr. med. Dieter Michel, Ärztlicher Leiter Facharzt FMH für Innere Medizin, Facharzt FMH für Arbeitsmedizin Facharzt FMH für physikalische Medizin und Rehabilitation, Executive MBA HSG	dieter.michel@spital-schwyz.ch	041 818 40 90	041 818 40 02
Dr. med. Pierre Lichtenhahn, Projektverantwortlicher Facharzt FMH für Chirurgie, Allgemein- und Unfallchirurgie FMH	pierre.lichtenhahn@spital-schwyz.ch	041 818 40 90	041 818 40 02
<b>Radiologie</b>			
Dr. med. Alain Mayer, Nebenamtlicher Chefarzt Facharzt FMH für Radiologie	alain.mayer@radnet.ch	041 819 60 40	041 819 60 48
Dr. med. Katayoun Javaheripour Stv. Nebenamtliche Chefarztin Fachärztin für Radiologie, Neuroradiologie	katayoun.javaheripour@radnet.ch	041 819 60 40	041 819 60 48
<b>Kinderkrankheiten</b>			
Dr. med. Ursula Keller, Konsiliarärztin Fachärztin FMH für Pädiatrie	keller.ursi@bluewin.ch	041 811 10 17	041 811 69 74
Dr. med. Roland Kracht, Konsiliararzt Facharzt FMH für Pädiatrie	ropa@ogal.ch	041 825 11 77	041 285 11 75
Dr. med. Ameneh Seidel-Keivan Jah, Konsiliarärztin Fachärztin FMH für Pädiatrie	info@kinderarztschwyz.ch	041 810 45 75	041 810 24 88
Dr. med. Patricia Stähli, Konsiliarärztin Fachärztin FMH für Pädiatrie	patricia.staehli@spital-schwyz.ch	041 818 41 11	041 818 40 00
Dr. med. Katharina Wyss, Konsiliarärztin Fachärztin FMH für Pädiatrie	praxis.wyss@bluewin.ch	041 855 56 01	041 855 56 02
<b>Ohren-, Nasen- und Halskrankheiten</b>			
Dr. med. Jörg Frischknecht Facharzt für ORL	info@halsnasenohrenarzt.ch	041 820 62 62	041 820 60 62
Dr. med. Jan Pahnke, Belegarzt Facharzt für ORL	jan.pahnke@gzrighi.ch	041 829 70 00	041 829 70 01
Dr. med. Rolf Studer, Belegarzt Facharzt FMH für ORL, spez. Hals- und Gesichtschirurgie	hno-praxis@hin.ch	041 811 22 21	041 811 74 35

**Angiologie**

Dr. med. univ. Martin Banyai, Belegarzt  
Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin,  
Facharzt FMH für Angiologie

martin.banyai@spital-schwyz.ch 041 818 41 31 041 818 40 02

**Urologie**

Dr. med. Wieland Boeckmann, Belegarzt  
Facharzt für Urologie, FEBU

wieland.boeckmann@spital-schwyz.ch 041 818 40 98 041 818 40 02

Mehran Sheikhi, Belegarzt  
Facharzt für Urologie

mehran.sheikhi@spital-schwyz.ch 041 818 40 98 041 818 40 02

**Konsiliar- und Liaisonpsychiatrie**

Welf Hlubek, Konsiliararzt  
Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie

welf.hlubek@spd.ch 041 818 40 36

**Endokrinologie/Diabetologie**

Dr. med. Stefan Fischli, Konsiliararzt  
Facharzt FMH Innere Medizin  
Facharzt FMH Endokrinologie-Diabetologie

stefan.fischli@spital-schwyz.ch 041 818 43 61 041 818 40 04

**Rheumatologie**

Dr. med. Carmen Camenzind, Konsiliarärztin  
Fachärztin FMH für Rheumatologie

carmen.camenzind@spital-schwyz.ch 041 818 43 69 041 818 43 68

**Plastische und Wiederherstellungschirurgie**

Prof. Dr. med. Dominique Erni, Belegarzt  
Facharzt FMH für Plastische, Rekonstruktive und  
Ästhetische Chirurgie

praxis@erniplast.ch 041 850 00 60 041 850 00 59

**Gastroenterologie**

Dr. med. Robert Bründler, Konsiliararzt  
Facharzt FMH für Innere Medizin  
Facharzt FMH für Gastroenterologie

robert.bruendler@spital-schwyz.ch 041 818 43 61 041 818 40 04

Dr. med. Cyrill Hess, Konsiliararzt  
Facharzt FMH für Innere Medizin  
Facharzt FMH für Gastroenterologie

cyrill.hess@spital-schwyz.ch 041 818 43 61 041 818 40 04

**Kardiologie**

Dr. med. Peter Eichhorn, Belegarzt  
Facharzt FMH für Innere Medizin  
Facharzt FMH für Kardiologie  
Facharzt FMH für Intensivmedizin

peter.eichhorn@hin.ch 041 811 60 60 041 811 60 61

**Hämatologie**

Dr. med. Sabine Ruosch  
Fachärztin FMH für Hämatologie

sabine.ruosch@spital-schwyz.ch 041 818 40 70 041 818 40 03

**Orthopädie**

Dr. med. Helge Burmeister, Belegarzt  
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates

info@burmeister-orthopaedie.ch 041 820 36 36

Dr. med. René Orlor, Belegarzt  
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates

tellklinik@hin.ch 041 818 68 68 041 818 68 69

Dr. med. Jens Arne Jöckel, Belegarzt  
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates

tellklinik@hin.ch 041 818 68 68 041 818 68 69

Dr. med. Waldemar Komorek  
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates

tellklinik@hin.ch 041 818 68 68 041 818 68 69

Dr. med. Robert E. Seidner, Belegarzt  
Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und  
Traumatologie des Bewegungsapparates

kontakt@sport-und-ortho-praxis.ch 041 811 11 55 041 811 11 66

**Neurochirurgie**

Dr. med. Marinella Gugliotta, Belegärztin  
Fachärztin FMH für Neurochirurgie

marinella.gugliotta@spital-schwyz.ch 041 818 40 93 041 818 40 02

**Neurologie**

Dr. med. Elisabeth Huberle, Konsiliarärztin  
Fachärztin FMH für Neurologie

elisabeth.huberle@spital-schwyz.ch 041 818 43 59 041 818 40 03

**Ärztlicher Direktor**  
Dr. med. Roger Schlüchter

roger.schluechter@spital-schwyz.ch 041 818 40 75 041 818 40 02

#### Spezialbereiche

Physiotherapie  
Ernährungsberatung  
Diabetesberatung  
Dialysezentrum  
Labor  
Ergotherapie  
Logopädie  
Intensivbehandlungsstation  
Notfallstation  
Endoskopie  
Funktionslabor/EKG  
Bettendisposition  
Hebammen

physiotherapie@spital-schwyz.ch 041 818 40 63  
tullia.lacher@spital-schwyz.ch 041 818 41 95  
anita.dettling@spital-schwyz.ch 041 818 41 97  
dialyse@spital-schwyz.ch 041 818 43 66 041 818 43 68  
labor@spital-schwyz.ch 041 818 40 50 041 818 40 01  
ergo.sz@spital-schwyz.ch 041 818 43 11  
beatrice.kuettel@spital-schwyz.ch 041 818 45 80  
intensivbehandlung@spital-schwyz.ch 041 818 42 27  
notfall@spital-schwyz.ch 041 818 41 41 041 818 40 13  
endoskopie@spital-schwyz.ch 041 818 43 61 041 818 40 04  
erika.betschart@spital-schwyz.ch 041 818 40 29 041 818 40 08  
geburtshilfe@spital-schwyz.ch 041 818 42 00 041 818 42 06

#### Spitalleitung

Kerstin Moeller, Direktorin  
Dr. med. Roger Schlüchter, Ärztlicher Direktor  
Dr. med. Didier Naon, Bereich Anästhesie  
Prof. Dr. med. Reto Nüesch, Bereich Innere Medizin  
Doris Item Schumacher,  
Bereich Gynäkologie/Geburtshilfe  
Simon Weibel, Bereich Pflege  
Katrin Förster, Leitung Ökonomie  
René Burkhard, Leitung Finanz und Controlling  
Monika Felix, Leitung Personal und Entwicklung

kerstin.moeller@spital-schwyz.ch 041 818 40 28 041 818 40 00  
roger.schluechter@spital-schwyz.ch 041 818 40 80 041 818 40 02  
didier.naon@spital-schwyz.ch 041 818 40 93 041 818 40 02  
reto.nueesch@spital-schwyz.ch 041 818 43 59 041 818 40 03  
doris.item@spital-schwyz.ch 041 818 42 01 041 818 42 06  
simon.weibel@spital-schwyz.ch 041 818 42 30 041 818 40 00  
katrin.foerster@spital-schwyz.ch 041 818 40 61 041 818 40 00  
rene.burkhard@spital-schwyz.ch 041 818 40 51 041 818 40 05  
monika.felix@spital-schwyz.ch 041 818 40 56 041 818 40 09

#### Medienmitteilung

## Franziska Föllmi-Heusi wird neue Direktorin des Spital Schwyz



Franziska Föllmi-Heusi

Der Vorstand der Krankenhausgesellschaft Schwyz hat Franziska Föllmi-Heusi zur Direktorin des Spital Schwyz gewählt. Sie tritt am 1. Februar 2019 die Nachfolge von Kerstin Moeller an, die Ende Januar 2019 in Pension geht. Kerstin Moeller war mehr als 16 Jahre für das Spital Schwyz tätig, anfänglich als Verantwortliche für das Qualitätsmanagement, ab 2006 als Co-Leiterin und ab 2013 als Direktorin.

Franziska Föllmi-Heusi ist 38 Jahre alt, verheiratet, Mutter von drei Kindern und wohnt in Feusisberg. Sie hat an der Universität Zürich Politikwissenschaft, Volkswirtschaft und Sozialpsychologie studiert und mit dem Lizentiat abgeschlossen. Zurzeit besucht sie den Executive MBA an der Universität St. Gallen (HSG) – eine Nachdiplomausbildung in General Management für Führungskräfte. Nach verschiedenen Tätigkeiten als Projektleiterin und wissenschaftliche Mitarbeiterin war sie Geschäftsführerin des Dekanats der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Zürich. In dieser Funktion an der Schnittstelle von 400 Mitarbeiten

und 4'000 Studierenden trug sie die operative Gesamtverantwortung für das Dekanat. Sie hat im Dekanat ein umfassendes Reorganisationsprojekt geleitet und wirkte in mehreren universitätsweiten Grossprojekten mit.

Der Vorstand hat Franziska Föllmi-Heusi aus 70 sehr qualifizierten Bewerberinnen und Bewerbern gewählt. Die künftige Direktorin verfügt über eine breite und fundierte Aus- und Weiterbildung und mehr als zehn Jahre Führungserfahrung. Der Vorstand ist überzeugt davon, dass die Gewählte die besten Voraussetzungen mitbringt, um das Spital Schwyz in Co-Leitung mit dem Ärztlichen Direktor, Dr. med. Roger Schlüchter, erfolgreich weiter zu entwickeln und in die Zukunft zu führen.

Der Vorstand dankt Kerstin Moeller heute schon für ihre hervorragende Tätigkeit und die ausgezeichnete Zusammenarbeit. Er gratuliert Frau Föllmi-Heusi zu ihrer Wahl und freut sich auf eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

## DER ZUGER ARZT

### Vorstand der Zuger Ärztegesellschaft

#### Präsident:

Dr. med. Peter Gerritsen  
Facharzt FMH für Innere  
Medizin  
Gubelstrasse 17, 6300 Zug  
Tel. 041 711 88 55  
Fax 041 710 64 10  
peter.gerritsen@agzg.ch

#### Vizepräsidentin:

Dr. med. Franziska Zogg  
Fachärztin FMH für  
Allgemeinmedizin  
Poststrasse 22, 6300 Zug  
Tel. 041 711 45 66  
Fax 041 712 08 65  
franziska.zogg@agzg.ch

#### Finanzbeauftragte:

Dr. med.  
Dudova-Nakazi Kamila  
Fachärztin Psychiatrie und  
Psychotherapie  
Bahnhofstrasse 18, 6300 Zug  
Tel. 041 710 35 00  
Fax 041 710 35 43  
kamila.dudova@agzg.ch

#### Mitgliederbeauftragter:

Dr. med. Lorenz Bussmann  
Facharzt für Radiologie FMH  
Radiologiezentrum Zug  
Alpenstrasse 15, 6300 Zug  
Tel. 041 511 26 26  
Fax 041 710 07 38  
lorenz.bussmann@agzg.ch

#### Notfallbeauftragter:

Dr. med. Emil Schalch  
Facharzt FMH für  
Allgemeinmedizin  
Fischmattstrasse 2, 6315  
Oberägeri  
Tel. 041 750 12 40  
Fax 041 750 62 02  
emil.schalch@agzg.ch

#### Informationsbeauftragter:

Dr. med. Thomas Langenegger  
Facharzt FMH Rheumatologie  
und Rehabilitation  
Zuger Kantonsspital  
6340 Baar  
Tel. 041 399 41 90  
Fax 041 399 41 91  
thomas.langenegger@agzg.ch

#### Tarifdelegierter:

Dr. med. Beat Bumbacher  
Facharzt FMH für  
Allgemeinmedizin  
Seestrasse 3, 6330 Cham  
Tel. 041 720 44 44  
Fax 041 720 44 43  
beat.bumbacher@agzg.ch

#### Qualitätsbeauftragter:

Dr. med. Meinrad Mannhart  
Facharzt FMH für Onkologie  
Rigistrasse 1, 6330 Cham  
Tel. 041 784 08 84  
Fax 041 784 08 89  
meinrad.mannhart@agzg.ch

#### Beisitzer:

Dr. med. Georg Bohn  
Kinderarzt  
Lorzenparkstrasse 2  
6330 Cham  
Tel. 041 520 01 20  
Fax 041 520 01 21

#### Juristischer Sekretär:

Lic. iur. Peter Studer  
Baarerstrasse 2  
6300 Zug  
Tel. 041 560 19 00  
Fax 041 560 19 09  
peter.studer@agzg.ch

#### Sekretariat:

Baarerstrasse 2  
6300 Zug  
Tel. 041 750 43 21  
Fax 041 560 19 09  
agzg@hin.ch  
sekretariat@agzg.ch

## DER URNER ARZT

### Vorstand Ärztegesellschaft Uri

#### Präsidentin:

Dr. med. Andrea Müller Reid  
FMH für Gynäkologie und  
Geburtshilfe  
Spitalstrasse 1a, 6460 Altdorf  
Tel. 041 871 33 88  
Fax 041 871 33 89  
andrea.mueller@hin.ch

#### Vizepräsidentin:

Dr. med. Astrid  
Lechmann-Sticker  
Hellgasse 3, 6460 Altdorf  
Tel. 041 870 88 88  
Fax 041 870 94 03  
astrid-sticker@gmx.net

Past-Präsident: vakant

#### Mitglied Vorstand:

Dr. med. Toni von Büren  
Bahnhofstrasse 12, 6460 Altdorf  
Tel. 041 870 86 86  
Fax 041 870 86 87  
toni.vonbueren@gmail.com

#### Quästorin:

Dr. med. Brigitte Brunner  
FMH für Gastroenterologie /  
Allg. Innere Medizin  
Kantonsspital Uri, 6460 Altdorf  
Tel. 041 875 51 51  
Fax 041 875 54 01  
brigitte.brunner@ksuri.ch

#### Aktuar:

Dr. med. Jürg Bollhalder  
FMH für Allg. Innere Medizin  
Centramed  
Dätwylstr. 15, 6460 Altdorf  
Tel. 041 875 00 25  
Fax 041 875 00 35  
juerg.bollhalder@centramed.ch

#### Kantonsarzt:

Dr. med. Philipp Gamma  
FMH für Allg. Innere Medizin  
Kirchstrasse 2, 6454 Flüelen  
Tel. 041 870 96 36  
Fax 041 870 96 36  
ph.gamma@bluewin.ch

#### Sozialpsychiatrischer Dienst des Kantons Uri

Seedorferstrasse 6, 6460 Altdorf  
Tel. 041 874 00 20  
Fax 041 874 00 30  
info@spduri.ch

#### Rheumaliga Uri und Schwyz

Präsident:  
Dr. med. Urs Britschgi  
FMH für Allg. Innere Medizin  
6467 Schattdorf  
urs.britschgi@bluewin.ch

#### Geschäftsstelle:

Hagenstrasse 3  
6460 Altdorf  
Tel. 041 870 40 10



Medienmitteilung vom 29. Mai 2018

## Rezertifizierung der Intensivpflegestation am KSU

Die Intensivpflegestation des Kantonsspitals Uri (KSU) wurde von der Schweizerischen Gesellschaft für Intensivmedizin SGI erneut als ordentliche Intensivpflegestation (IPS) zertifiziert. Damit gewährleistet das KSU weiterhin eine wohnortnahe Versorgung auch bei komplexeren Krankheitsbildern und sichert das Leistungsprogramm des Landrates.

Die interdisziplinäre IPS ermöglicht es dem KSU komplexe Operationen in Altdorf durchzuführen sowie schwierige Krankheitsbilder zu betreuen und zu versorgen. Gleichzeitig bildet eine gut funktionierende IPS die Basis für eine hohe Qualität der medizinischen Leistungen. Mit der Rezertifizierung der IPS profitieren die Urnerinnen und Urner massgeblich von einer qualitativ hochstehenden Versorgung nahe ihrem Wohnort.

**Zertifizierung als Qualitätsnachweis** In regelmässigen Abständen werden die

Qualitätskriterien, welche für das Betreiben einer Intensivstation erfüllt werden müssen, überprüft. Um eine erfolgreiche Zertifizierung zu erreichen, müssen in erster Linie personelle als auch strukturelle Kriterien erfüllt werden. Überprüft werden zum Beispiel die fachärztliche Führung der Intensivstation, die Ausbildung und die Anzahl des Intensivpflegepersonals als auch die regelmässige Fort- und Weiterbildung aller Beteiligten. Zudem wird die Anzahl der beatmeten Patientinnen und Patienten sowie deren Genesungsverlauf erfasst. Für eine moderne Intensivstation unerlässlich sind die benötigten medizintechnischen Apparaturen wie Beatmungsgeräte, Monitoring und Überwachungseinheiten. Auch die Zimmergrössen und die technischen Einrichtungen werden auf die Einhaltung der Norm hin angeschaut. Während eines eintägigen Audits wurden alle Kriterien im KSU vor Ort geprüft und mit den Leitenden Personen besprochen.

### Verdienter Erfolg

Die gestiegenen Anforderungen an die Betreuung und Überwachung komplexer Krankheitsbilder erforderte in den vergangenen Jahren eine zusätzliche Qualitätsentwicklung auf der Intensivstation. Auch im Hinblick auf den geplanten Neubau wurden verschiedene Massnahmen umgesetzt. Als Erfolg für die Arbeit der vergangenen Jahre durfte das KSU mit Stolz die Rezertifizierung und die Anerkennung als ordentliche Intensivstation entgegennehmen.

Foto: Das KSU erfüllt die gestiegenen Anforderungen an eine Intensivpflegestation. © Kantonsspital Uri

Kontaktadresse:  
Kantonsspital Uri  
Spitalstrasse 1  
6460 Altdorf  
Telefon 041 875 51 51  
E-Mail [info@ksuri.ch](mailto:info@ksuri.ch)



# Neue Phoniatrie-Sprechstunde zur Diagnostik und Behandlung von Stimm-, Sprach- und Schluckproblemen

Prof. Dr. med. Stephan Haerle, Dr. med. Evi Blaschek, Dipl. log. Irene Willisegger

**Seit Anfang April bietet das Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie an der Hirslanden Klinik St. Anna eine Spezialsprechstunde für Stimm- und Schluckstörungen an. Die Sprechstunde wird durch ein interdisziplinäres Team, bestehend aus einem Chirurgen, einer Phoniaterin und einer Logopädin, koordiniert. Die ergänzende Sprechstunde bildet einen wichtigen Eckpfeiler in der Diagnostik und Behandlung von Stimm-, Sprach- und Schluckproblemen.**

Seit 2015 bietet das Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie neben der chirurgischen Grundversorgung von Beschwerden im ORL-Bereich die Abklärung und komplexe Behandlung von Tumoren im Bereich Mund, Rachen und Kehlkopf an. In Folge der meist multimodalen Therapie (Chirurgie inklusive Rekonstruktion, Radiatio) kommt es nicht selten zu anfänglichen Störungen im Bereich der Sprech- und Schluckfunktion. Zudem werden diverse Pathologien im Kehlkopfbereich – ob gut- oder bösartig – transoral reseziert und so die Funktion der Stimmbänder entsprechend beeinflusst. Um in diesen Fällen die Diagnostik und Abklärung von Stimm- und Schluckstörungen zu erweitern, wurde durch den Zentrumsleiter Prof. Dr. med. Stephan Haerle eine neue Spezialsprechstunde einberufen.

Das neue Repertoire an Abklärungen beinhaltet dank moderner Infrastruktur die Möglichkeit einer Videolaryngoskopie mit Stroboskopie, Schluckabklärungen (FEES; fiberendoskopische Evaluation des Schluckens) sowie Stimmdiagnostik.

Von therapeutischer Seite können neu gewisse Eingriffe auch in Lokalanästhesie in der Praxis durchgeführt werden, etwa Stimmlippenaugmentationen bei Stimmlippenlähmungen jeglicher Ätiologie. Dabei werden Diagnostik und Therapien ergänzt, und durch einen vielseitigen logopädischen Service koordiniert. Wie gewohnt stehen dabei Interdisziplinarität und kurze kommunikative Wege im Vordergrund.

Sowohl organische wie auch funktionelle Krankheitsbilder können mittels der oben angeführten Möglichkeiten diagnostiziert werden. Dank der Videodokumentation können die Befunde wie z.B. bei einem endolaryngealen Reflux mit Fremdkörpergefühl oder chronischem Räusperrn dem Patienten gezeigt werden. Morphologisch-anatomische Korrelate bei subakuter oder chronischer Heiserkeit können schnell und professionell ausgeschlossen oder behandelt werden. Eine kraftvolle Stimme aufgrund von Stimmbandparenese diverser Ursachen kann durch eine logopädische Therapie oder eine Augmentation rasch behandelt werden. Nicht selten stellt dies eine enorme Verbesserung der Lebensqualität dar. Bei funktioneller Dysphonie kann der Patient umgehend beruhigt und logopädisch rasch versorgt werden; um nur ein paar Beispiele zu nennen.

Die Zuweisung von Patienten in die phoniatische Spezialsprechstunde erfolgt weiterhin via das Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie von Prof. Dr. med. Stephan Haerle.

Wir freuen uns sehr, mit Frau Dr. Evi Blaschek eine renommierte Phoniaterin und Phonochirurgin für die neue Sprechstunde gewonnen zu haben. Frau Dr. Blaschek führt seit 6 Jahren eine eigene Praxis in der Stadt Zürich, zusätzlich ist Sie an der Hirslanden Klinik im Park in Zürich tätig. Die Aus- und Weiterbildung absolvierte Frau Dr. Blaschek im Stadtspital Triemli (allgemeine Chirurgie) und an den Universitätsspitalen Zürich und Wien (Fachärztin ORL). Ihre Spezialisierung zur Phoniaterin erfolgte unter der Leitung von KD Dr. J. Bohlender am Universitätsspital Zürich. Frau Dr. Blaschek ist Mitglied der Schweizerischen ORL-Gesellschaft und der Schweizerischen Gesellschaft für Phoniatrie.

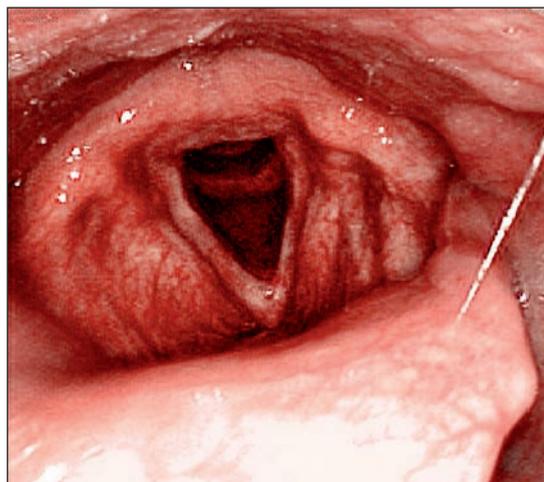
Die in die Sprechstunde integrierte Logopädin, Frau Dipl. log. Irene Willisegger, ist Inhaberin des Stimmzentrums in Luzern. Sie absolvierte ein Studium der Logopädie an der Universität Fribourg und weist eine profunde Erfahrung im Bereich der Logopädie auf, insbesondere in der klinisch-medizinischen Stimm- und Schluckrehabilitation. Ihre Therapieansätze werden von den Patienten sehr geschätzt und erfolgreich umgesetzt. Die logopädische Therapie findet im Stimmzentrum statt. Die Behandlungskosten werden durch die Krankenkasse getragen.

Beispiele von möglichen Erkrankungen und Behandlungen, wie sie am Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie der Hirslanden Klinik St. Anna diagnostiziert und durchgeführt werden:

## Larynx-CA pT1a cN0 cM0

Präop

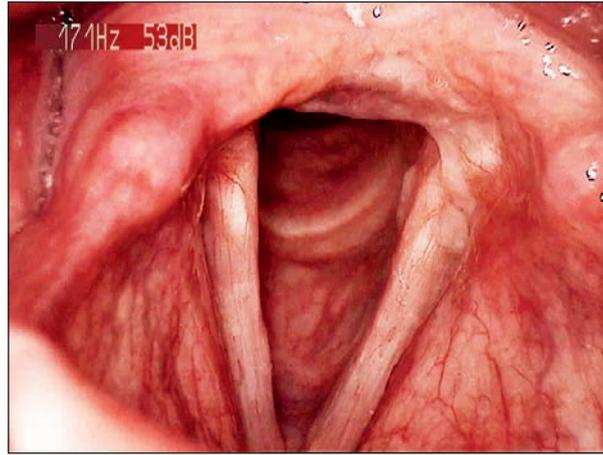
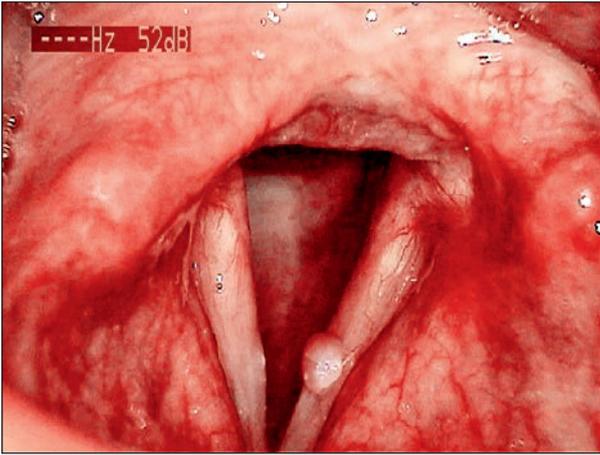
6 Wochen nach transoraler Laserresektion.



## Stimmbandpolyp links

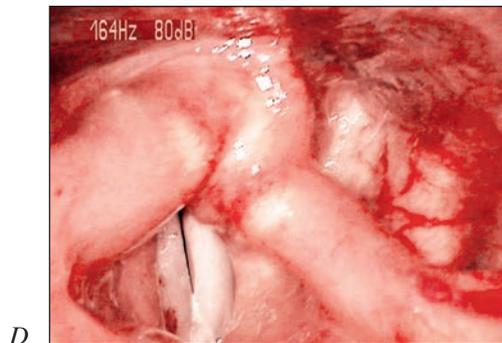
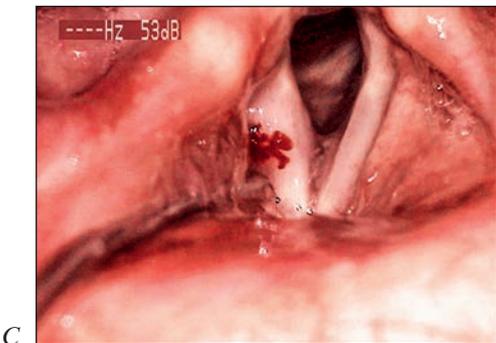
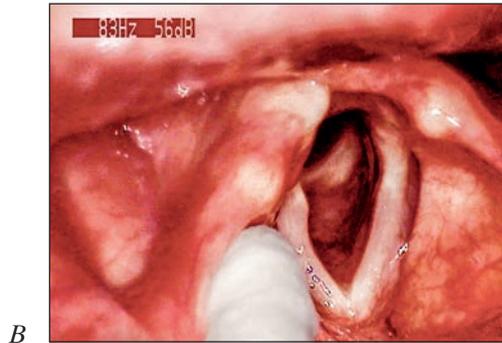
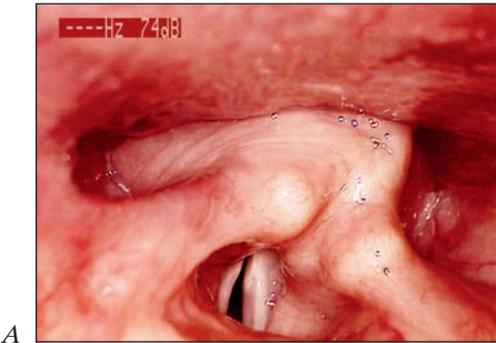
Präop

6 Wochen nach Resektion.



## Stimm lippenaugmentation in Lokalanästhesie bei Stimmlippenparese nach Thyreoidektomie auswärts

- a) Inkompletter Glottisschluss bei Stimmlippenparese rechts
- b) Lokalanästhesie am wachen Patienten in der Praxis
- c) Injektion von Hyaluronsäure
- d) Kompletter Glottisschluss nach Augmentation



Zentrum für Kopf-Hals-Chirurgie  
Hirslanden Klinik St. Anna  
Prof. Dr. med. Stephan Haerle  
Lützelmattestrasse 3  
6006 Luzern  
[www.kopf-hals-chirurgie.ch](http://www.kopf-hals-chirurgie.ch)

Stimmzentrum  
Dipl. Log. Irene Willisegger  
Habsburgerstrasse 22  
6003 Luzern  
[www.stimmzentrum.ch](http://www.stimmzentrum.ch)

Wir freuen uns, das Spektrum rund um die Behandlung von Erkrankungen im ORL-Bereich zu erweitern und weiterhin mit Ihnen zusammenarbeiten zu dürfen.



Prof. Dr. Stephan Haerle



Dr. Evi Blaschek



Dipl. Log. Irene Willisegger

## Patientenschutz im digitalen Zeitalter:

# Unsere Aufgabe als mobile vernetzte Ärzte

**Eine von Belegärzten der Hirslanden Klinik St. Anna entwickelte App erlaubt es, das Smartphone im klinischen Alltag sicher und rechtskonform als Fotokamera zu nutzen.**

Artikel von PD Dr. med. Frédéric Birkhäuser und PD Dr. med. Pascal Zehnder, Urologie St. Anna

Mobile Kommunikationsgeräte gehören mittlerweile zur persönlichen Grundausstattung sowohl im privaten als auch im beruflichen Umfeld, ob man will oder nicht. Die immer leistungsfähigeren Rechner begleiten uns tagtäglich und finden vielfältige Verwendung in den verschiedenen Tätigkeitsbereichen unseres Alltags. Wir bleiben allzeit erreichbar und einsatzfähig. Doch aufgepasst: Berufliche und private Daten drohen sich zu vermischen. Sicher mussten auch Sie schon einer neu heruntergeladenen Applikation (App) erlauben, auf Ihre persönlichen Adressen und Fotos zuzugreifen, bevor Sie die Anwendung überhaupt nutzen konnten. Und vermutlich haben auch Sie schon mit Ihrem mobilen Kommunikationsgerät Fotos von Wunden, intraoperativen Befunden, Röntgenbildern oder Patientendokumenten gemacht, um diese später in der digitalen Krankengeschichte abzulegen, damit

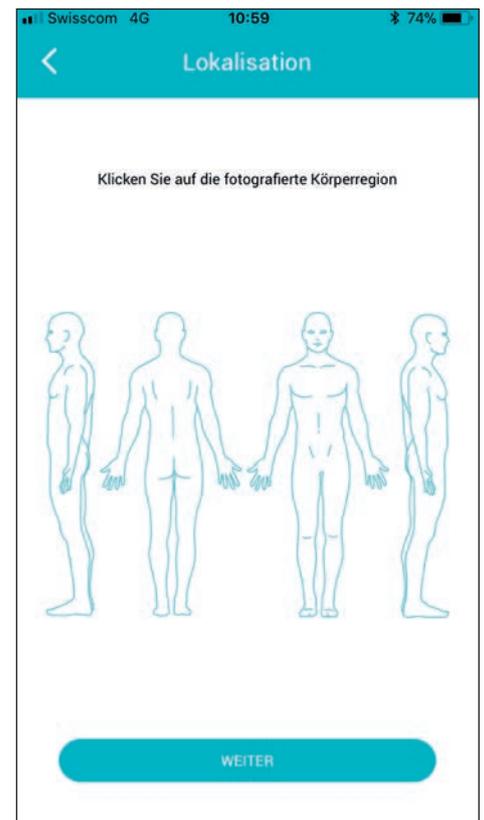
den Therapieverlauf zu evaluieren oder einfach nur als Gedankenstütze für einen anzufertigenden Bericht.

Als mobile und vernetzte Ärzte bewegen wir uns damit in einem sensiblen Bereich. Der Schutz von Patientendaten zählt mitunter zu einer unserer wichtigsten Aufgaben. Die FMH empfiehlt seit langem, vertrauliche medizinische Informationen nur über sichere Verbindungen oder in verschlüsselten Dokumenten auszutauschen. Seit dem 25. Mai 2018 ist zudem auch die neue europäische Datenschutz-Grundverordnung in Kraft, welche die Speicherung und Nutzung persönlicher Informationen von Kunden und somit auch von Patientendaten regelt.

Im Laufe dieser Entwicklung gerieten wir als Belegärzte zunehmend in ein Dilemma, da auch wir regelmässig unsere

Smartphone-Fotokamera zu Dokumentationszwecken im klinischen Alltag verwenden wollten, gleichzeitig aber auch den Daten- und Patientenschutz sehr ernst nehmen.

Dies war unser Antrieb, die App «MedPhoto» zu lancieren. Das mit Hilfe einer innovativen IT-Partnerfirma entwickelte Programm versendet die Smartphone-Fotos auf einem gesicherten Kanal direkt an eine end-to-end-verschlüsselte E-Mail-Adresse (zum Beispiel @hin.ch). Die Bilder gelangen dabei direkt von der Fotolinse in einen gesicherten Datenbereich, ohne vorgängig auf einem für andere Programme zugänglichen Zwischenspeicher auf dem Smartphone abgelegt zu werden. Nach der Verschlüsselung und der Übertragung werden die Bilder auf dem Smartphone vollständig gelöscht.

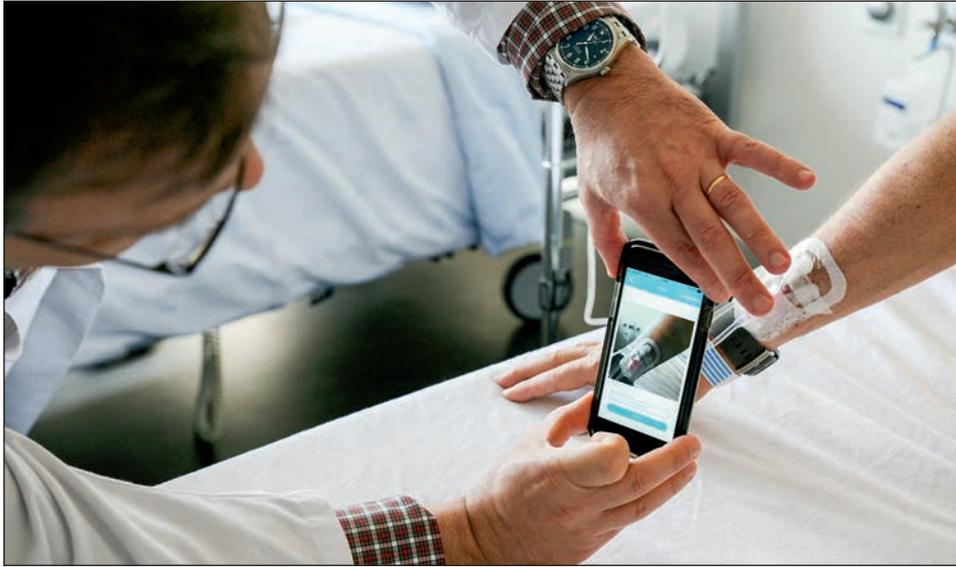


Screenshots Medphoto-App.

Nach dem erfolgreichen klinischen Pilotversuch Ende 2017 gelangten wir mit unserer digitalen Problemlösung an die Direktion der Hirslanden Klinik St. Anna. Diese hat in Anbetracht der bekannten Datenschutzproblematik beschlossen, die hausinterne Innovation «MedPhoto» allen Ärztinnen und Ärzten in Rahmen einer Testphase zur Verfügung zu stellen. Die Rückmeldungen seitens der Anwender sind sehr positiv. Der Nutzen ist evident, und das Programm findet vielfältige Verwendung im klinischen Alltag.

«MedPhoto» unterstützt aber nicht nur Personen im Spitalumfeld wie den Assistenz- oder Notfallarzt, der seinem Hintergrunddienst oder dem Konsiliarus Fotos zur Beurteilung zustellt. Eigentlich können alle im Gesundheitswesen tätigen Personen, welche mit ihren Smartphones oder Tablets Fotos von Patienten, bzw. Patientendaten anfertigen, vom geschützten Bildtransfer profitieren: Die Spitex im Rahmen der Arbeit im häuslichen Umfeld, Pflegende in Altersheimen, Ärzte auf Hausbesuchen etc.

Die «MedPhoto» App kann grundsätzlich von jedermann via Google Play und den App Store von Apple heruntergeladen werden. Zwingend für den interessierten Einzelnutzer ist der Besitz einer gesicherten E-Mail-Adresse, die über HIN läuft. Bei der Registrierung wird die E-Mail-Adresse hinterlegt. Die ersten Fotos sind gebührenfrei. Anschliessend fallen je nach Abonnement monatliche, respektive jährliche Kosten an. Für Firmenlösungen wie jene der Hirslanden Klinik St. Anna lassen sich auch unternehmensspezifische E-Mail-Adressen (z.B. @hirslanden.ch) hinterlegen.



Weitere Informationen finden Sie unter [medphoto-app.com](http://medphoto-app.com)

Bei technischen Fragen, Anregungen zur App oder Ideen für weitere Anwendungen kontaktieren Sie [support@virtido.com](mailto:support@virtido.com)

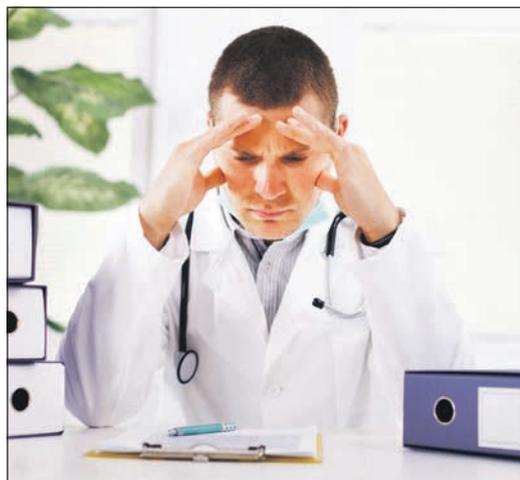
*PD Dr. med. Andreas Jehle, Chefarzt Innere Medizin Hirslanden Klinik, St. Anna, testet die Medphoto-App im klinischen Alltag.*



PD Dr. med. Frédéric Birkhäuser



PD Dr. med. Pascal Zehnder



## Einzelfirma versus AG / GmbH?

Überlassen Sie uns die Diagnose. Wir zeigen die Vor- und Nachteile.



contrust finance ag  
Friedentalstrasse 43, CH-6004 Luzern  
Telefon 041 429 09 09  
[www.contrustfinance.ch](http://www.contrustfinance.ch)

Steuern und Treuhand. Immobilien. Unternehmensentwicklung. Ehegüter- und Erbrecht.

Thrombozytopenie-Abklärung in der Praxis:

# Diagnostische Pfade, Konsequenzen und Therapieoptionen am Beispiel der Immunthrombozytopenie

Dr. med. Salvatore Spada, Stv. Laborleiter Labor Toggweiler, Fachleiter Hämatologie Deutschschweiz

## Einführung

Die Bildung der Thrombozyten im Knochenmark durchläuft einen zwei-Phasen Prozess, der sich in einer Megakaryopoese und Thrombopoese einteilen lässt. Pathophysiologische Mechanismen können demnach sowohl den Verbrauchsprozess als auch die Produktion der Thrombozyten beeinflussen. Somit kann einer «Verbrauchs»-Thrombozytopenie (z.B. ITP) zum Teil auch eine zentrale Ursache zugrunde liegen (1,7).

Als normale Thrombozytenzahl wird in den meisten Laboratorien ein unterer Wert von 150'000/µl und ein oberer Wert zwischen 350'000 bis 450'000/µl angegeben. Was ist ein normaler Wert? In der Regel alles was sich im Konfidenzintervall von 95% des Durchschnitts befindet. Demzufolge liegt 2.5 % der gesunden Population unter diesem Wert. (1,12).

Die Thrombozytopenie ist ein Befund mit vielfältigen Ursachen. Die ausführliche Anamnese, klinische Untersuchung und akkurate mikroskopische Blutbildanalyse tragen zusammen mit einer weiterführenden Labordiagnostik zur raschen Entscheidungsfindung bei.

Eine Thrombozytopenie wird primär nach der klinischen Präsentation (Blutungsneigung n. WHO) und auslösenden Ursache, sowie nach dem individuellen Risikoprofil und dem Schweregrad der Thrombozytopenie therapeutisch bewältigt (1, 2). Demzufolge ist das Therapieziel primär eine Blutung zu kontrollieren bzw. verhindern und nicht eine normale Thrombozytenzahl zu erreichen. Grundsätzlich kontraindiziert ist demnach auch die Gabe von Plättchenaggregationshemmern (ASS, NSAR) bei einer Thrombozytopenie.

In diesem Artikel werden die häufigsten Ursachen hervorgehoben, die mit einer isolierten Thrombozytopenie einhergehen. Zusätzlich werden Krankheitsformen erwähnt, die sich initial mit einer isolierten Thrombozytopenie präsentieren können.

## Klinische Manifestationsform einer Thrombozytopenie

Eine Thrombozytopenie findet sich entweder zufällig im Rahmen einer Routinekontrolle oder durch ein klinisches Erscheinungsbild. Letzteres kann sich in Form einer Hautblutung (Petechien, Ekchymosen) oder einer Schleimhautblutung (Epistaxis, Zahnfleischblutung)

manifestieren; sehr selten auch als ZNS-Blutung.

Da die Blutplättchen eine wichtige Rolle in der Hämostase spielen, ist jede Verminderung der Thrombozytenzahl abklärungswürdig. Wird bei einer Routineabklärung im Blutbild eine Thrombozytopenie festgestellt, sollte sie im Allgemeinen innerhalb von zwei Wochen kontrolliert werden, sofern eine Pseudothrombozytopenie – (in 0.2 % aller Patientenblutproben) – oder morphologisch abnorme Thrombozyten ausgeschlossen wurden.

Die Dringlichkeit der Abklärung und der Behandlung ergibt sich somit aus der klinischen Präsentation und in zweiter Linie aus dem Schweregrad der Thrombozytopenie.

Ein Thrombozytenwert über 30'000/µl zeigt selten eine klinische Manifestation, wenn dann Blutergüsse. Bei einem Thrombozytenwert unter 10'000/µl hingegen sind spontane Haut- und Schleimhautblutungen sowie Menorrhagien praktisch die Regel. Dabei erhöht sich das Risiko für lebensbedrohliche spontane intrakranielle oder gastrointestinale Blutungen rasch. Eine Purpura der (enoralen) Mucosa kann sodann – bei thrombozytopenen Patienten – als Warnzeichen für eine lebensbedrohliche Blutungskomplikation betrachtet werden.

Viele virale und bakterielle Infektionen führen zur Thrombozytopenie. Sie sind der häufigste Grund der nicht-iatrogen verursachten Thrombozytopenie. Dabei kann die Thrombozytopenie mit laboranalytischen Zeichen einer Disseminierten Intravasalen Koagulopathie (DIC) kombiniert sein, die ihrerseits am häufigsten bei Patienten mit Septikämien (v.a. gram-negative bakterielle Infektion) auftritt.

Die Infektionen können sowohl die Thrombozytenproduktion als auch das Überleben der Thrombozyten beeinflussen. Daneben können auch immunologische Mechanismen, wie bei der infektiösen Mononukleose und der HIV-Infektion, wirksam werden. Die HIV-Infektion kann durch Schädigung der Megakaryozyten zu einer klinisch relevanten Thrombozytopenie führen.

## Morphologisches Blutbild mit Rückschluss auf die potenzielle Ursache

Die morphologische Präsentation der Thrombozyten kann manchmal auf den pathophysiologischen Ursprung hinweisen. Normalgrosse Thrombozyten mit wenigen Makro- bis Riesenformen und normaler Verteilung der Granula, sprechen eher für einen peripheren Verbrauch. Hingegen

sind morphologisch abnorm erscheinende kleine Thrombozyten mit vereinzelt abnormen Riesenformen eher Ausdruck einer Produktionsstörung. Morphologisch abnorme Plättchen sind typisch bei Myelodysplastischen Syndromen (MDS), können aber auch Ausdruck einer kongenitalen Thrombopathie (z.B. Bernard-Soulier-Syndrom; MYH9-assoziierte Erkrankungen wie May-Hegglin-Anomalie usw.) sein. Dysplastische Thrombozyten können ebenfalls auf eine HIV-Infektion hindeuten.

Finden sich nebst einer Thrombozytopenie mit morphologisch unauffälligen Thrombozyten auch Fragmentozyten, so ist die zusätzlich hämolytische normozytäre Anämie auf eine thrombotische Mikroangiopathie zurückzuführen, zu welcher die thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP) und das hämolytisch-urämische Syndrom (HUS) zählen. Diese wichtigen und lebensbedrohlichen Differenzialdiagnosen können sich initial im Blutbild mit einer isolierten Thrombozytopenie manifestieren.

Die Immunthrombozytopenische Purpura (ITP) kann manchmal mit einer AIHA einhergehen (Evans-Syndrom) – womit auch die Retikulozytenbestimmung berücksichtigt werden muss. Sie kann aber auch Manifestation eines Lymphoms oder einer Kollagenose (SLE) sein. Liegt neben der Thrombozytopenie zusätzlich eine Funktionsstörung der Thrombozyten vor, können bei chirurgischen oder zahnärztlichen Eingriffen schwierig kontrollierbare Blutungen auftreten, was besonders bei der Chronisch Myelomonozytären Leukämie (CMML) zu beachten ist.

Gewisse virale Infektionen wie CMV, EBV, HIV, Rubella, Mumps, Varizellen und Hepatitis C können ebenfalls zu einer isolierten Thrombozytopenie führen.

Eine direkte Schädigung der Megakaryozyten durch das HI-Virus ist möglich. In 10% der Fälle ist die Thrombozytopenie die erste Manifestation eines HIV-Infekts. Zum Teil lassen gewisse morphologische Veränderungen der Lymphozyten auch auf eine spezifische virale Ursache schliessen (Bsp. EBV>CMV>HIV).

Medikamente (Bsp. Amiodarone, Carbamazepine, Fluconazole, Phenitoin, Trimehoprim/Sulfamethoxazole, Valproinsäure) und Alkohol stellen weitere potenzielle Noxen einer isolierten Thrombozytopenie dar.

Da die Ätiologie vielfältig ist (siehe Tabelle 1), stellt sich die Indikation für eine Knochenmarkuntersuchung bei einer isolierten Thrombozytopenie immer bei folgenden Situationen:

**Tabelle 1: Ursachen für eine Thrombozytopenie, die infolge einer Produktionsstörung und oder eines Verbrauchs zustande kommt.**

Verminderte Thrombozytenbildung	Vermehrter Thrombozytenverbrauch
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schädigung des Knochenmarks (Medikamente, Alkohol, Zytostatika, u.a.)</li> <li>• Infiltration und Verdrängung des Knochenmarks (hämatologische Neoplasien, seltener solide Tumoren)</li> <li>• Myelofibrose</li> <li>• Myelodysplastische Syndrome</li> <li>• Knochenmarkshypo-/aplasie, Paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie</li> <li>• schwerer Vitamin-, Eisenmangel</li> <li>• seltene genetische Defekte: Bernard-Soulier-Syndrom, MYH9-assoziierte Syndrome, u.a. erbliche Thrombozytopenien</li> <li>• auch bei der ITP kann die Thrombozytenbildung im Knochenmark gestört sein</li> <li>• Thrombozytopenie bei Milzvergrößerung</li> <li>• Thrombozytenverlust bei massiver Blutung</li> <li>• Thrombozytopenie bei schweren Infektionen</li> </ul>	<p>Primäre Immunthrombozytopenie (80%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine auslösende Ursache erkennbar</li> </ul> <p>Sekundäre Immunthrombozytopenie (20%)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medikamentös induzierte Immunreaktion</li> <li>• bei Autoimmunerkrankungen</li> <li>• bei Antiphospholipid-Syndrom</li> <li>• bei Immundefizienz-Syndromen [variables Immundefekt-syndrom (engl. Common Variable Immunodeficiency), Autoimmun Lymphoproliferatives Syndrom (Canale-Smith-Syndrom), Wiskott-Aldrich-Syndrom]</li> <li>• Evans-Syndrom (u.a. bei Lymphomerkkrankungen z.B. CLL)</li> <li>• bei Hepatitis, HIV, u.a. viralen Infektionen</li> <li>• nach Impfungen</li> </ul> <p>Weitere immunologische Thrombozytopenien (nicht ITP)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heparin-induzierte Thrombozytopenie</li> <li>• Thrombozytopenie nach GP IIb/IIIa-Inhibitor-Gabe</li> <li>• posttransfusionelle Purpura</li> <li>• Schwangerschafts-assoziierte Thrombozytopenie</li> </ul> <p>neonatale Alloimmunthrombozytopenie</p> <p>Weitere Verbrauchsthembozytopenien (nicht immunologisch)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mikroangiopathische Hämolytische Anämien (TTP, HUS).</li> <li>• Verbrauchskoagulopathie von Willebrand Syndrom Typ</li> </ul>

- bei Patienten über 60 Jahre
- bei Splenomegalie (sonographisch)
- bei Patienten mit systemischen Erkrankungen (Bps. Lymphome)
- bei auffälligem Blutausschlag (Bps. Zeldysplasien)

Als Abklärungsmatrix sei Tabelle 1 empfohlen, welche die Ursachen für eine Thrombozytopenie, infolge einer Plättchen-Produktionsstörung oder eines Verbrauchs auflistet.

## Krankheitsformen

### Die primäre Immunthrombozytopenie (pITP)

Charakterisiert als isolierte Thrombozytopenie bei einem Thrombozytenwert unter  $100'000/\mu\text{l}$ , stellt sie eine immunvermittelte Störung dar. Neueste pathophysiologische Erkenntnisse beschreiben neben den bekannten Mechanismen, wie z.B. dem, durch Thrombozytenautoantikörper induzierten Abbau, auch jene, die den Abbau oder die Thrombozytenfunktionsstörung verstärken: Aschwell-Morell-Rezeptor-Weg, Immundysregulation, T-Lymphozyten abhängige immunologische Effekte, Thrombopoetinmangel und Komplementaktivierung.

Die komplexen pathophysiologischen Mechanismen können zusammenfassend unter zwei Aspekten betrachtet werden: die Hemmung der Thrombozytopenie im Knochenmark und die immundysregulatorischen Effekte (4, 5).

### Abklärung und Diagnose

Es gibt keinen zuverlässigen Test, der die ITP eindeutig nachweisen kann. Die Bestimmung der thrombozytenspezifischen Antikörpern (GPIIb/IIIa; GPIb/IX/V) wird nicht routinemässig empfohlen, da sie sowohl bei der Immun- als auch Nicht-Immunthrombozytopenie vorkommen können (4).

Bei der Immunthrombozytopenie wird ein Blutwert von unter  $100'000/\mu\text{l}$  bei Ausschluss eines auslösenden Agens oder einer bestehenden Ursache verlangt. Bei einer wiederholten Thrombozytenzahl unter  $100'000/\mu\text{l}$  liegt somit eine ITP vor (4). Hingegen ist die Wahrscheinlichkeit im weiteren Verlauf eine ITP zu entwickeln, bei einem Thrombozytenwert zwischen  $100'000$  und  $150'000/\mu\text{l}$ , sehr gering ( $<1\%/J$ ) (5, 6).

Die Verdachtsdiagnose ITP kann gestellt werden, wenn die Patienten- und Familienanamnese, die klinische Untersuchung und das komplette Blutbild mit Befundung des Blutausschlags keine Anhaltspunkte für andere Ursachen ergeben. Zu achten ist auch auf eine Splenomegalie, v.a. bei portaler Hypertonie, die zu einer Sequestrierung von bis zu 90% der Thrombozyten und somit zu einer relativen Thrombozytopenie führen kann, die selten unter  $40'000/\mu\text{l}$  liegt.

Obwohl die Prävalenz von *H. pylori* in westlichen Ländern abnimmt – in der Schweiz beträgt sie ca. 11.9% (9) –, ist die Suche mittels Stuhlantigen-Test oder Urea-Atemtest bei Patienten mit diagnos-

tizierter primären Immunthrombozytopenie sinnvoll, da eine Eradikationstherapie den klinischen Verlauf günstig beeinflussen kann (4).

Bei persistierender oder chronischer ITP stellt die wiederholte Anamnese ein wichtiges Instrument dar, zumal – und vor allem – die medikamenteninduzierte Thrombozytopenie eine nicht zu unterschätzende Differentialdiagnose darstellt.

Dabei sind auch naturheilkundliche und nicht-rezeptpflichtige Medikamente zu erfragen. Zusätzlich sollten hereditäre Formen in Betracht gezogen werden.

Die Bezeichnungen akute und chronische ITP wurde aufgrund der Beobachtung, dass bei Adulten eine Spontanremission auch 12 Monate nach Diagnosestellung vorkommen kann, revidiert (4).

Diese Erkenntnis ist von wesentlicher Bedeutung für die Entscheidung einer Therapiewahl, wie zum Beispiel die Splenektomie.

Neu wird demzufolge die Immunthrombozytopenie in drei Krankheitsphasen eingeteilt (6). Die entsprechenden Bezeichnungen sind in der Tabelle 2 dargestellt.

Es gibt jedoch keinen Marker, der verlässlich einen chronischen Verlauf vorher-sagen kann. Ein positiver Antinukleärer Antikörper Test (ANA) kann allenfalls auf eine Chronifizierung der pädiatrischen ITP hinweisen (4).

**Tabelle 2: Neue Definition der ITP mit Beschreibung der Zeitphasen.**

Stadium	Definition	Therapieziel
neu diagnostizierte ITP	bis zu 3 Monate nach Diagnose. Spontanremission häufig.	Blutstillung und Kuration.
Persistierende ITP	zwischen 3 und 12 Monate nach Diagnose. Spontanremission möglich.	Blutstillung und Kuration. Tx-NW vs Nutzen abwägen.
Chronische ITP	Mehr als 12 Monate nach Diagnose. Spontanremission jetzt eher unwahrscheinlich.	Blutstillung und Kuration. Tx nur bei schwerer Blutung.

**Häufigkeit**

Die ITP-Inzidenz beträgt bei Erwachsenen zwischen 2–4 neue Fälle pro 100'000/Jahr, die Prävalenz liegt bei 9–26 pro 100'000 (8).

Die Inzidenz variiert abhängig vom Alter und ist bei Frauen im Alter zwischen

18-64 höher als bei Männern. Ab dem 65. Lebensjahr überwiegen dann die Männer (siehe Abb1, 1, 7). Das mediane Erkrankungsalter liegt zwischen 56 und 60 Jahren (3).

Bei den Kindern und Jugendlichen liegt die Inzidenz zwischen 2 und 7 Neuerkrank-

kung pro 100'000/Jahr und die Prävalenz beträgt 4–5 pro 100'000. Knaben sind dabei häufiger betroffen als Mädchen. Ungefähr 60% der erwachsenen und 20–30% der pädiatrischen ITP-Patienten entwickeln einen chronischen Verlauf (8).

Bei Kindern treten 60% der immunvermittelte Thrombozytopenie üblicher-

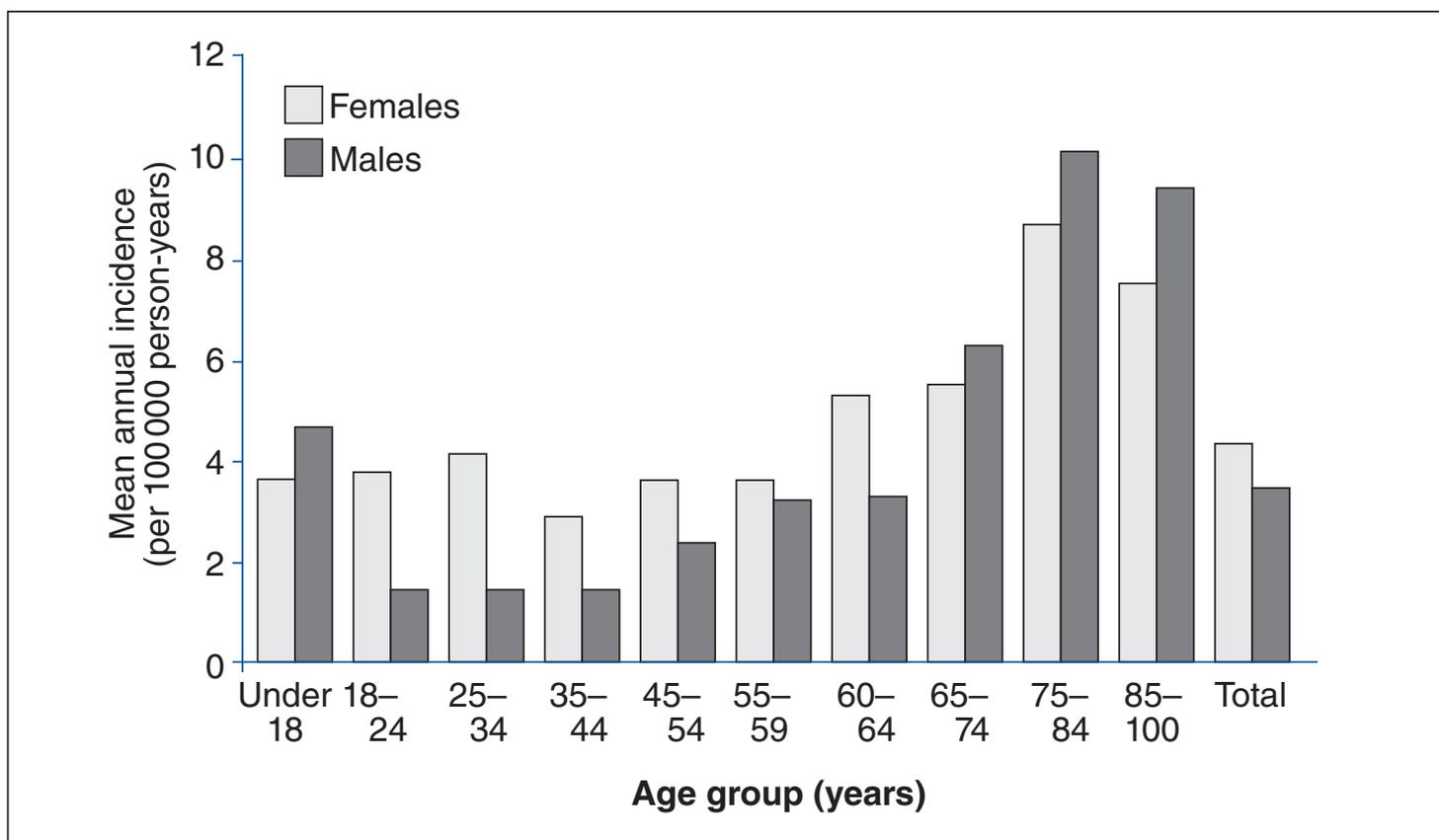


Abb. 1 Durchschnittliche jährliche ITP-Inzidenz nach Altersgruppen und Geschlecht (7).

weise nach einer viralen Infektion auf und gehen fast immer spontan in Remission. Ein kleines Risiko eine ITP zu bilden besteht auch nach einer MMR-Impfung (4). Die Assoziation der ITP auf Infektionen ist bei den Adults weniger deutlich.

Die Immunthrombozytopenie wird in 2/3 der Fälle von einer hämorrhagischen Diathese begleitet. Die Patienten präsentieren sich dann häufig mit Petechien und oder Ekchymosen vor allem an den Extremitäten. Schleimhautblutungen, sowie Menorrhagien oder urogenitale Blutun-

gen können sich auch primär oder begleitend zu den Hautblutungen manifestieren (3, 4).

**Therapie**

Primär orientiert sich die Indikation zur Therapie der ITP nach den Blutungszeichen gemäss WHO (siehe Tabelle 3) und nur sekundär nach der Thrombozytenzahl.

Basismassnahmen sind Blutdruckkontrolle, Absetzen von Thrombozytenaggregationshemmern ((ASS, NSAR) – vor al-

lem wenn die Thrombozytenzahl <50'000/ul ist – Gabe von Tranexamsäure 3x1 g/Tag (zu Fibrinolysehemmung gibt es bei der ITP keine randomisiert kontrollierten Studien) sowie eine Menstruationsblockade.

Die Indikation zur Hospitalisation ergibt sich aufgrund der Situation ob eine neu diagnostizierte ITP mit Blutungsgrad > II nach WHO besteht oder eine ITP mit einer Blutung Grad I nach WHO vorliegt.

**Tabelle 3: Die Therapieindikation orientiert sich an den Blutungszeichen. Ab einem Blutungsgrad II ist sie immer gegeben!**

<p><b>WHO Blutungsgrad 0</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Blutungszeichen</li> </ul>
<p><b>WHO Blutungsgrad I</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Petechien</li> <li>• Kleine Hämatome, Ekchymosen (&lt;10 cm) Schleimhautblutungen (Mund, Nase)</li> <li>• Epistaxis (&lt;1 Std. Dauer, keine ärztliche Intervention notwendig) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Subkonjunktivale Blutungen</li> </ul> </li> <li>• Vaginale Blutungen (unabhängig von Menstruation, &lt;2 Einlagen/Tag notwendig)</li> </ul>
<p><b>WHO Blutungsgrad II – nicht transfusionspflichtig!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hämatome, Ekchymosen (&gt;10 cm)</li> <li>• Epistaxis (&gt;1 Std. Dauer oder Tamponade notwendig) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinale Blutungen ohne Visusverminderung</li> </ul> </li> <li>• Vaginale Blutungen (unabhängig von Menstruation, mehr als 2 Einlagen/Tag notwendig) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaena, Haematemesis, Haemoptysen, Haematurie, Haematochezie Blutungen aus Punktionsstellen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutungen in Muskel und Gelenke</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>WHO Blutungsgrad III – transfusionspflichtig</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Epistaxis <ul style="list-style-type: none"> <li>• Schleimhautblutungen (Mund, Nase)</li> </ul> </li> <li>• Vaginale Blutungen (unabhängig von Menstruation, mehr als 2 Einlagen/Tag notwendig) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Melaena, Haematemesis, Haemoptysen, Haematurie, Haematochezie Blutungen aus Punktionsstellen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Blutungen in Muskel und Gelenke</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>WHO Blutungsgrad IV – unabhängig vom Transfusionsbedarf!</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retinale Blutungen mit Visusverminderung <ul style="list-style-type: none"> <li>• ZNS-Blutungen</li> </ul> </li> <li>• Andere Organ-Blutungen, die die Funktion der betroffenen Organe (Gelenke, Muskulatur, Niere, Lunge, etc.) gefährden. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letale Blutungen</li> </ul> </li> </ul>

**Therapieformen / lebensbedrohliche Blutungen**

Eine Blutung WHO Grad I unter Thrombozytenaggregationshemmern oder WHO Grad II-IV stellt eine Notfallsituation dar. Dabei werden zusätzlich zu den Steroiden (Prednison 0.5–2 mg/kg/d p.o.) auch intravenöse Immunglobuline (IVIg) verabreicht (3, 4).

Liegt hingegen eine ITP ohne Notfallsituation vor, dann kann die Therapie ambulant mit Steroiden eingeleitet werden (Prednison oder Dexamethason: 40mg/d p.o. für 4 Tage alle 2–4 Wochen für 4–6 Zyklen), (4,5,10). Stellt sich hingegen die Notwendigkeit einer second-line oder gar third-line Therapie, so sollte sie in den Zentren für Hämatologie vorgenommen werden.

Sollte sich dabei die Indikation zur Splenektomie stellen, beträgt die Ansprechrate über 90% und die komplette Remission (CR) über 74% (4,10).

Ungefähr 10% der schweren refraktären Immunthrombozytopenien gehen mit einem 4-fach erhöhten Mortalitätsrisiko

einher; wobei Blutungen und Infektionen zu gleichen Teilen beitragen (2, 4). Bei einer therapierefraktären Thrombozytopenie steigt das Risiko für lebensbedrohliche Blutung von 1–4% und beträgt bei älteren Erwachsenen (>60 Jahre) ungefähr 13% (5). Ungefähr 3% der ITP-Kinder gehen mit einer klinisch signifikanten Blutung einher, wobei die Inzidenz einer intrakraniellen Blutung bis zu 0.5% beträgt. Meistens liegen die Thrombozytenwerte dann unter 10'000/µl (4).

**Thrombozytopenie in der Schwangerschaft**

Ungefähr 5–10% aller gesunden, schwangeren Frauen entwickeln im letzten Trimenon eine leichte, klinisch nicht-relevante Thrombozytopenie. Dabei liegt die Thrombozytenzahl in der Regel über 80'000/µl (sog. Gestations-Thrombozytopenie). Die Thrombozytopenie ist nicht mit fötaler Thrombozytopenie assoziiert und ist nach der Entbindung regredient. Der Mechanismus ist auf eine Kombination von Hämodilution und verkürzte Lebensdauer der Thrombozyten bei einem akzelerierten Abbau zurückzuführen (2, 4).

Differentialdiagnostisch kommen die

Präeklampsie, das HELLP-Syndrom (Haemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet count), die disseminierte intravasale Koagulopathie und die ITP in Frage. Die absolute Häufigkeit der ITP in der Schwangerschaft beträgt 1 auf 1000–10'000 (4).

Das Blutungsrisiko für Schwangere mit ITP wird mit 16–22% angegeben und ist damit geringer als bei Nicht-Schwangeren mit ITP. Die geringere Blutungsneigung erklärt sich am ehesten durch die prokoagulatorische Gerinnungsaktivierung in der Schwangerschaft. 5–10% aller Neugeborenen von ITP-Müttern zeigen eine Thrombozytopenie; darunter weisen 8.9% bis 14.7% einen Thrombozytenwert unter 50'000/µl auf. Das Risiko einer intrakraniellen Blutung beim Neugeborenen liegt bei <1.5% und die Mortalität beträgt <1% (4).

Eine Therapie ist bei schwangeren ITP-Patientinnen in den ersten zwei Trimestern bei Symptombildung und oder wenn die Thrombozyten unter 20'000 - 30'000/µl fallen indiziert. Die primäre Therapieoption bleibt dabei ähnlich wie bei den Erwachsenen ITP-Patienten. Steroide und allenfalls IVIG stellen die first-line Therapie dar.

**Thrombozytopenie nach Impfungen**

Eine kurzfristige Thrombozytopenie in Assoziation mit Impfungen wurde beschrieben. Nach einer Masern-Mumps-Röteln Impfung ist die Inzidenz 1:40'000. Eine Häufung chronischer ITP-Erkrankungen nach Impfungen wurde bisher nicht beobachtet. Wenn ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten einer ITP und einer vorhergehenden Impfung vermutet wird, sollte der Nutzen weiterer Impfungen – mit gleicher oder ähnlicher Zusammensetzung – gegen die Risiken abgewogen werden.(4,8).

**Sport und die primäre Immunthrombozytopenie**

Die ITP-Patienten, vor allem Kinder und Jugendliche, können Sport machen. Bei niedriger Thrombozytenzahl (<50'000/µl) sollten jedoch Kampf- und Kontaktsportarten wie Rugby, Fussball, Eishockey o. ä. vermieden werden. Bedenkenlos sind Schwimmen, Fahrradfahren, Leichtathletik (8).

Aus diagnostischer Sicht bleibt die morphologische Beurteilung der Blutzellen samt den Plättchen weiterhin ein sehr wichtiges Instrument, um eine Pseudothrombozytopenie sowie indikative Zeldysmorphien nicht zu verpassen.

Eine ausführlichere Beschreibung der Diagnostik bis und mit Therapieangaben der hier präsentierten Thrombozytopenie-Formen würde den Rahmen dieses Artikels sprengen. Details zu den erwähnten Krankheitsbildern sind demnach aus den entsprechenden Publikationen zu entnehmen.

## Literatur:

- (1) Sekhon S, Roy V.: Thrombocytopenia in Adults: A Practical Approach to Evaluation and Management; Southern Medical Journal, Vol. 99, Number 5, May 2006
- (2) Bargetzi M.J.: Ursache und Therapie von Thrombozytopenie; Therapeutische Umschau, Band 61, 2004
- (3) Goede J.S. et al.: Primäre Immuthrombozytopenie; Praxis 103.Jhg, 2014
- (4) Provan D., Stasi R et al.: International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia ; Blood, 2009
- (5) Matzdorff A., Giagounidis A. et al. : Diagnostik und Therapie der Immuthrombozytopenie; Onkologie 2010;33(suppl 3): 2-20
- (6) Rodeghiero F, Stasi R. et al.: Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children, Blood, November 2008
- (7) Shoonen W.M. ete al.: Epidemiology of immune thrombocytopenic purpura in the General Practice Research Database, bjh, February 2009
- (8) Matzdorff A., Eberl W. et al.: Immuthrombozytopenie (ITP); Onkopedia Leitlinien, Januar 2008
- (9) Burri E., Meier R.; Schweiz Med Forum 2011; 11(49): 897-906
- (10) Cuker A. et al.: Controversies in the treatment of immune thrombocytopenia; current opinion in Hematology.23(5):479-485, Sep 2016
- (11) Ahmed R et al.: Long-term outcome following splenectomy for chronic and persistent immune thrombocytopenia (ITP) in adults and children; Ann Hematol (2016) 95:1429-

1434

- 12 Nebe C.Th.: Platelet analysis in laboratory hematology; J Lab Med 2015

## Glossar:

AIHA: Autoimmunhämolytische Anämie. Eine durch Autoantikörper induzierte normozytäre Anämie.

DIC: Disseminierte intravasale Gerinnung. Ein Syndrom mit systemischer Aktivierung der Gerinnung in der Makro- und Mikrozirkulation.

Pseudothrombozytopenie: ein falsch tiefer Wert in der automatischen Thrombozytenzählung. Es handelt sich um ein EDTA-assoziiertes, durch tief titrige IgM-Antikörper bedingtes, Phänomen. Eine Pseudothrombozytopenie kann mittels einer mikroskopischen Blutuntersuchung festgestellt werden. In solchen Fällen kann alternativ eine Thrombozytenzählung aus Citratblut durchgeführt werden.

Purpura: Kapillarblutungen in der Haut, Unterhaut oder in den Schleimhäuten. Die einzelnen Blutungen können punktförmig (Petechien), münzengross (Sugillation) oder flächenhaft (Ekchymose / Suffusionen) sein. Die Ursache für eine Purpura ist eine Blutungsneigung durch:

- Vaskulitis
- Thrombozytopathie /Thrombozytopenie (v.a. Petechien, Ekchymose)
- toxisch-allergische Gerinnungsstörungen durch Arzneimittel oder Infektion
- Blutstauung
- Strahlenkrankheit

SLE: Systemischer Lupus erythematodes. Eine systemisch wirkende Autoimmunerkrankung des Bindegewebes.



*Dr. med. Salvatore Spada  
Stv. Laborleiter Labor Toggweiler  
Fachleiter Hämatologie Deutschschweiz*

## Kontaktadresse:

*Dr. med. Salvatore Spada  
Stv. Laborleiter Labor Toggweiler  
Fachleiter Hämatologie Deutschschweiz*

## Das weiss «man» doch!

Sie wissen es sicher, wir gehören zu der so genannten «Informations- und Wissensgesellschaft». Googeln Sie doch mal nach einer bekannten Person: Für Alain Berset werden in 0.47 Sekunden 535'000 Ergebnisse genannt, für den bundesrätlichen Neuling Ignazio Cassis sogar 864'000 Ergebnisse in 0.5 Sekunden. Sie möchten lieber einen medizinischen Begriff googeln? Nehmen Sie doch mal «Thrombocytopenie»: in 0.34 Sekunden erscheinen 363'000 Ergebnisse, oder «Asthma bronchiale»: in 0.38 Sekunden haben Sie ein Angebot von 1'050'000 Ergebnissen. Interessant wäre doch auch «Globalbudget» mit 294'000 Ergebnissen in 0.47 Sekunden oder «Globalbudget Gesundheitswesen» mit 15'700 Ergebnissen in 0.37 Sekunden. Das zeigt uns doch, welche wunderbare Möglichkeiten die Digitalisierung gebracht hat. Aber halt! Wer hilft uns festzustellen, ob alles, was wir im Internet finden, auch stimmt? Oder sind es vorwiegend «Fake News», wie wir sie zunehmend z.B. unter Twittern finden?

Diese riesigen Möglichkeiten der Wissensvermittlung führen aber auch dazu, dass immer mehr unter uns der Ansicht sind: «Das weiss «man» doch!». Sie haben das Gefühl, dass die anderen auch wüssten, was sie wissen, dabei beherrschen

doch die anderen eben auch nur einen speziellen Teil des Wissens, sie haben alle ein «individuelles Wissen». Kompliziert, aber wahr! Neue Erkenntnis? Keineswegs, nur leben wir nicht danach. Wir entfremden uns voneinander, wir verlieren zunehmend die Diskussionsfähigkeit – wie sollen wir zusammen diskutieren, wenn jeder ein individuelles Wissen mit einer «geringen gemeinsamen Schnittmenge» hat –, wir verlieren damit auch die Fähigkeit zu Kompromissen oder gar Konsensfindung. Ich erlebe dies in ansteigendem Masse in Berufsverbänden, in der Politik und anderem mehr! Sie haben recht, es spielt auch stark mit, dass die Eigeninteressen grösser werden.

Kürzlich diskutierte ich mit zwei sehr belesenen und wissenden Männern über ein Thema, mit welchem ich mich während mehreren Dutzend Stunden befasst hatte. Ihr Wissen musste man «subjektiv» nennen, sie liessen sich aber kaum davon abbringen, wobei ich hiermit keineswegs einem anderen das Recht auf eine eigene Meinung absprechen will. Glauben Sie, dass unser Gespräch zu einem Ergebnis führte? Gerade in der Politik, auch in der für uns wichtigen Gesundheitspolitik, spielt dies eine grosse Rolle. Eigentlich spielt sich Politik auf einer nicht übertrie-

ben hohen Wissens Ebene ab, Voraussetzung für eine konstruktive Zusammenarbeit wäre aber doch eine gemeinsame Wissensgrundlage, nicht ein politischer Einheitsbrei, aber eben objektive Grundlagen!

Wollen Sie eine Firma, eine Klinik, eine Ihnen nahestehende Institution, eine Partei führen, ist ehrliche Information und Kommunikation eine Voraussetzung zum Erfolg. Nur so bilden Sie die für das Erreichen gemeinsamer Ziele wichtige Grundlage, nur so folgen Ihnen Ihre Mitarbeiter in eine gemeinsame Richtung! Leider erlebe ich, dass diese Erkenntnis zunehmende Seltenheitswert hat. Die Vermittlung von Information braucht eben auch Zeit, Einsatz, vielleicht auch Finanzen und hat selbstverständlich auch einen «Streueffekt» (höre ich immer wieder). Ob sich das aber nicht lohnen würde?!

(Vgl. dazu Goodman und Kübler über das Verschwinden der lokalen Berichterstattung, was zur Abnahme der entsprechenden Information und der entsprechenden Motivation des Einzelnen mitzudenken führt).

*Dr. med. Herbert Widmer, Redaktor LAZ*

## PD Dr. med. Günter Eisele

Facharzt für Neurologie FMH



Geboren am 19. Dezember 1975 in Göppingen, Deutschland, verheiratet, 2 Kinder.

### Studium der Humanmedizin:

Universität des Saarlandes in Homburg (D); Université 1 de Rennes (F); Universität Heidelberg (D); Universität Louis Pasteur Strasbourg (F); Abschluss 2003.

### Berufliche Tätigkeit:

2003 – 2007 Assistenzarzt an der Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Tübingen (D).

2008 – 2009 Assistenzarzt an der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich.

2009 Oberarzt i.V. an der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich.

2010 Assistenzarzt an der Psychiatrischen Klinik Sanatorium Kilchberg.

2011 Oberarzt an der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsspitals Zürich.

2012 – 2017 Oberarzt an der Klinik für Neurologie des Universitätsspitals Zürich.

2017 – 2018 Oberarzt an der Psychiatrischen Klinik Sanatorium Kilchberg.

Ab 1.7.2018 Anstellung in der Neurologischen Praxis Luzern, Hirslanden Klinik St. Anna, St. Anna-Strasse 32, 6006 Luzern bei Dres. Keserü, Waldvogel, Wiederkehr.

### Facharzttitel:

2011 Neurologie.

### Dissertation (Dr. med.):

2004 Molekulare Epstein-Barr Virus-Diagnostik bei Patienten nach allogener

Stammzelltransplantation. Medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes.

## Kemal Esen

Facharzt für Chirurgie und für Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie FMH



Geboren am 2. Mai 1963 in Istanbul/Türkei.

### Ausbildung:

1982 Hochschulreife, Schilergymnasium Köln.

1983 – 1990 Universität zu Köln, Studium der Humanmedizin.

### Berufspraxis:

1990 Berufserlaubnis.

1990 – 1991 AiP in der Inneren Medizin bei dem niedergelassenen Arzt Dr. med. Stiel in Köln-Nippes.

1992 AiP in der Abteilung für Verbrennungs- und plastische Wiederherstellungschirurgie der RWTH Aachen bei Prof. Dr. med. Hettich.

1993 Assistenzarzt in der Abteilung für Verbrennungs- und plastische Wiederherstellungschirurgie der RWTH Aachen bei Prof. Dr. med. Hettich.

1993 – 1998 Assistenzarzt in der Chirurgischen Abteilung des Luisenhospital in Aachen (Akad Lehrkrankenhaus der RWTH Aachen) bei Prof. Dr. med. Müller.

1997 Assistenzarzt in der Gefässchirurgischen Abteilung des Luisenhospital Aachen bei Dr. med. Stöveken.

1998 Facharzt für Chirurgie.

2001 Schwerpunktbezeichnung für Plastische Chirurgie.

1998 – 2002 Assistenzarzt in der Abteilung Plastische und Handchirurgie am Luisen-

hospital Aachen bei Dr. med. Grandel.

2003 Angestellter Arzt am Centrum für Plastische Chirurgie und Handchirurgie, Dr. med. Eren, Media Park Klinik Köln.

2003 – 2004 Oberarzt der Abteilung für Plastische und Handchirurgie am Caritas-Krankenhaus Lebach (Saar) bei Dr. med. Kostka.

2004 – 2008 Oberarzt der Abteilung für Plastische und Handchirurgie Stiftungsklinikum Mittelrhein, Evangelischer Stift (BG Klinik, Akad. Lehrkrankenhaus der Uni. Mainz) in Koblenz bei Dr. med. Albers.

2008 Zusatzbezeichnung für Handchirurgie.

2009 – 2016 Chefarzt, Hand und Plastische Chirurgie, Orthopädische Klinik Volmarstein.

2009 Facharzt für Plastische und Ästhetische Chirurgie.

2016- bis heute Praxispartner OP Zentrum Sursee/Luzern, Beleg- und Konsiliararzt Kantonsspital Luzern, DS-Praxis AG, Buchenstrasse 4, 6210 Sursee.

## Dr. med. Sandra Grüter-Wüest

Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH



Geboren am 31. Juli 1984 in Wolhusen, verheiratet, 1 Kind.

### Aus- und Weiterbildung:

2004 – 2010 Studium der Humanmedizin, Universitäten Fribourg und Bern.

2010 Staatsexamen und Dissertation («Effects of Female Genital Mutilation on Birth

Outcomes», Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Inselspital Bern).

2017 Fachärztin Allgemeine Innere Medizin.

### Berufliche Stationen:

2011 Innere Medizin, Spital Münsingen BE.

2012 Chirurgischer Notfall Sonnenhofspital Bern.

2013 – 2014 Innere Medizin, Sonnenhofspital Bern.

2015 Hausarztpraxis Dr. J. Wey und Dr. P. Dubach, Sursee. 2015 Radiologie, Spital Burgdorf BE.

2016 Hausarztpraxis Unimedica Ruswil.

2016 – 2017 Curriculum Hausarztmedizin: Klinik für Anästhesie, Kantonsspital Luzern, Kinderarztpraxis Dr. B. Bütler, Kriens und Notfallstation Kinderspital Luzern, Luzerner Psychiatrie St. Urban und Sursee.

Ab 1. Juni 2018: Hausärzte Friedeck, Bertiswilstrasse 26, 6023 Rothenburg.

## Dr. med. Sebastian Krappen

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH



Geboren am 13. Dezember 1978.

### Beruflicher Werdegang:

Psychiater:

2016 – heute Monvia Gesundheitszentrum Luzern, Spitalstrasse 40, 6004 Luzern.

Arzt:

2013 – 2016 Regionalarztpraxis der deutschen Botschaft Kairo, Ägypten.

Oberarzt:

2012 – 2013 Universitäre

Psychiatrische Dienste Bern, Bern.

Assistenzarzt:

2010 – 2011 Universitäre Psychiatrische Dienste Bern, Bern, Schweiz. Suisse Award of Excellency in Psychiatry 2011.

2009 Psychiatrische Dienste Kanton Solothurn, Solothurn.

2009 Innere Medizin, Bürgerspital Solothurn, Solothurn.

2008 Innere Medizin, Klinik Allerheiligenberg, Allerheiligenberg.

2006 – 2007 Psychiatrische Dienste Kanton Solothurn, Solothurn.

Assistent:

2005 – 2006 Privatpraxis Dr. Christine Scholten, Kardiologin, Wien.

Praktika:

2002 – 2005 Klinische Erfahrung an Krankenhäusern in Ho Chi Minh City/Vietnam, Paris/Frankreich und Wien/Österreich in den Bereichen Notfallmedizin, Anästhesie, Pädiatrie und Innere Medizin.

*Ausbildung:*

2013 Erlangung des Facharztstitel für Psychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft (FMH).

2011 Erlangung des Facharztstitels Praktischer Arzt, Berufsverband der Schweizer Ärzteschaft (FMH)

1998 – 2005 Humanmedizin, Medizinische Universität Wien.

2004 Humanmedizin, l'Université Pierre & Marie Curie, Paris.

2002 – 2005 Sportwissenschaften-Gesundheitssport, Universität Wien.

1998 Matura, BG/BRG Stockerau, Stockerau, Österreich.

*Weiterbildung:*

2013 Interkulturelle Sensibilisierung, Länderkunde MENA, Sicherheitstraining, deutsche Akademie für internationale Zusammenarbeit AIZ, Bad Honnef, Deutschland.

2012 Basiskurs Führungskompetenz, UPD Bern.

2007 – 2011 Verhaltenstherapie Universität Tübingen, Hornberg, Deutschland.

2007 Good Clinical Practice- Training im Rahmen einer pharmakologischen Studie, Aarberg.

2006 Echokardiographie beim akut kranken Patienten, Seminar, Krems, Österreich.

2002 – 2002 Ausbildung zum Notfallsanitäter, Korneuburg, Österreich.

1999 Lehrbefähigung für «Erste Hilfe», Tulln, Österreich.

1997 Ausbildung zum Rettungssanitäter, ÖRK Korneuburg, Österreich.

*Sprachen:*

Deutsch: Muttersprache. Schwyizerdütsch: verhandlungssicher. Englisch: verhandlungssicher. Französisch: sehr gut.

## Dr. med. Sebastian Kreis

**Praktischer Arzt FMH**



Geboren am 17. August 1975 in Freiburg im Breisgau, verheiratet.

*Schulbildung:*

1982 – 1986 Schauenland-Grundschule in Freiburg-Kappel.

1986 – 1996 Berthold-Gymnasium Freiburg. Abitur am 24. Juni 1996.

*Zivildienst und Ausbildungen:*

1996 – 1997 Zivildienst: Pflegedienst Lorettokrankenhaus, Freiburg, Station Urologie II.

1998 – 2001 Ausbildung zum Krankenpfleger am Diakonienkrankenhaus Freiburg.

Examen am 06. März 2001.

2001 Ausbildung zum Flugbegleiter bei der Deutschen Lufthansa AG, Frankfurt am Main.

*Hochschulbildung:*

2002 – 2010 Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.

2005 Physikum.

2010 2. Abschnitt der ärztlichen Prüfung (nach neuer ÄAppO).

*Promotion:*

2012 an der medizinischen Fakultät der Universität Freiburg im Breisgau. Titel: Beinumfangmasse differenziert nach Alter, Geschlecht und Wohnort in Deutschland. Image 3 D Analyse. Betreuer: Prof. Dr. med. Yared Herouy. Bewertet mit «summa cum laude»

*Famulaturen:*

2006 Prof. Dr. Y. Herouy, Dermatologische Praxis, Baden-Baden.

2007 Dr. med. H. Massoun, Chirurgie Elbe-Klinikum, Buxtehude.

2007 Dr. med. H. Massoun, Chirurgie Elbe-Klinikum, Buxtehude.

2007 Dr. med. H. Massoun, Chirurgie Elbe-Klinikum, Buxtehude.

2008 Dr. med. H. Massoun, Chirurgie Elbe-Klinikum, Buxtehude.

*Praktisches Jahr:*

2008 Dr. med. M. Schipulle. Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Klinikum Landkreis Tuttlingen.

2008 – 2009 Dr. med. J. Kewer, Klinik für Chirurgie, Klinikum Landkreis Tuttlingen.

2009 Dr. med. J. von Donat, Klinik für Innere Medizin, Klinikum Landkreis Tuttlingen.

*Berufliche Tätigkeiten:*

2001 – 2004 Regelmässige Aushilfstätigkeiten als Krankenpfleger in den Kliniken Innere Medizin, Chirurgie und Anästhesie des Diakonienkrankenhaus Freiburg.

2001 – 2014 Im unbefristeten Arbeitsverhältnis als Flugbegleiter bei der Deutschen Lufthansa AG in Teilzeit.

2011 Assistent in Rotation in den Abteilungen für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin (Dr. Hans-Wolfram Körner) und in der Klinik für Allgemein- und Visceralchirurgie (Dr. Homajun Massoun) Klinikum Buxtehude.

2011 – 2013 Assistent im Zentrum für Darm- und Beckenbodenchirurgie (Dr. Roland Scherer) Krankenhaus Waldfriede Berlin.

2012 Assistent Minimal-invasive Chirurgie, Endokrine- und Viszeralchirurgie (PD, Dr. Ingo Leister) im Rahmen des Common Trunc Krankenhaus Waldfriede Berlin.

2013 – 2016 Assistent in Weiterbildung Allgemeine Innere

Medizin sowie Notarzt im Center da sandà Val Müstair.

2016 Erlangung Fähigkeitsausweis Labormedizin.

2017 – 2018 Oberarzt i.V. Center da sanda Val Müstair.

2017 Facharztprüfung Allgemeine Innere Medizin.

2017 Erteilung Weiterbildungstitel Praktischer Arzt.

2018 Verleihung Facharzttitel Allgemeinmedizin (D) durch die Ärztekammer Berlin.

Künzle-Medic GmbH, Morgartenstrasse 6, 6003 Luzern.

*Sprachen:*

Grosses Latein. Englisch (fließend). Französisch (konversationssicher).

## Herr Stefan Meyer

**Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH**



Geboren am 1. Juni 1979 in Gottlieben TG, verheiratet.

*Beruflicher Werdegang:*

Ab 06. 2018 Hausarzt Städtli-praxis Sempach, Hildisriederstrasse 6, 6204 Sempach.

2014 – 2018 Oberarzt Departement Medizin, Luzerner Kantonsspital Luzern.

2013 Assistenzarzt Departement Medizin, Luzerner Kantonsspital Luzern.

2011 – 2012 Assistenzarzt Klinik für Kinder und Jugendliche, Kantonsspital Aarau.

2009 – 2010 Assistenzarzt Innere Medizin, Kantonsspital Aarau.

2008 – 2009 Assistenzarzt Innere Medizin, ASANA Spital Menziken.

*Schulen, Aus- und Weiterbildung:*

2017 Facharzttitel Allgemei-

ne Innere Medizin.

2001 – 2007 Studium Humanmedizin Universität Zürich, Staatsexamen 2007.

1999 – 2000 Studium Biochemie, ETH Zürich.

1994 – 1999 Kantonsschule Romanshorn.

1992 – 1994 Sekundarschule Neukirch-Egnach.

1986 – 1992 Primarschule Egnach.

#### *Sprachen:*

Deutsch: Muttersprache.  
Englisch: fliessend. Französisch: Gute schriftliche und mündliche Kenntnisse.

## **Dr. med. Haiko Reuter**

**Praktischer Arzt FMH**



Geboren am 20. Mai 1960 in Kiel, verheiratet, zwei Kinder.

#### *Ausbildung:*

Schule: 1970 – 1979 naturwissenschaftlich-mathematisches, Max-Planck-Gymnasium, Wilhelmshaven

Abschluss: Allgemeine Hochschulreife.

Studium: 1981 – 1986 Studium der Humanmedizin in Ulm.

1986 – 1988 Humanmedizin-Studium in Tübingen, Abschluss: Approbation.

Promotion: 1989, Universität Ulm. Thema: «Stumpfvorsorge oder Replantation bei Amputationsverletzungen an der Hand? – Kosten-Nutzen»; Bewertung: cum laude.

#### *Berufliche Tätigkeiten:*

1988 – 1989 Bundeswehrkrankenhaus Ulm: 7 Monate Urologie, 8 Monate Innere Medizin.

1989 – 1994 Truppenarzt in München, Landsberg, Ulm und Dornstadt.

1994 – 1996 Weiterbildung

im BWK Ulm: Innere Medizin, 2/96 – 8/96 Chirurgie.

1988 Fachgutachten für das Sozialgericht Ulm.

Seit 1993 Kassenärztlicher Wochenend-/Notdienst/Praxisvertretung.

1993 – 1995 Sportmedizinische Betreuung von Herzgruppe Wiblingen und Eishockey-Club Neu-Ulm.

1995 – 1996 Nacht- und Wochenenddienste im Kreiskrankenhaus Neu-Ulm und Herz-Klinik Dr. Haerer/Ulm.

1996 – 1997 Allgemeinmedizinische Weiterbildung in Kassenarztpraxis Dr. Helmes/Ulm über sechs Monate.

1997 – 2011 Selbständiger Haus- und Betriebsarzt in einer Einzelpraxis in München-Stadt, von Kassenärztlicher Vereinigung ermächtigt für Allergologie, Phlebologie, Psychosomatik und Sonographie (Bauch, Schilddrüse, Brust, Urogenitale) – und Pflegegutachter im Auftrag von MEDICPROOF, Köln  
1998 – 2002 –Freier Gutachter der IMB und VIAMED GmbH, Stuttgart, – selbständiger Betriebsarzt und freier Mitarbeiter TÜVSÜD/AMD TÜV/Streit/REMUS bei 160 Betrieben mit mehr als 4000 Mitarbeitern.

Seit 2000 Gelbfieberimpfstelle, ab 2005 mit eigener Homepage und telefonischer Fernberatung auch per E-Mail im Rahmen Vorsorge nicht Therapie.

1997 – 2000 Aufbau des Modellprojektes Medizinisches Qualitätsnetz München mit zeitweiliger Vorstandstätigkeit.

2005 Übernahme tropenmedizinische Praxis Hess. Seit 2005 eigene Homepage für den Bereich Reisemedizinische [www.tropenberatung.de](http://www.tropenberatung.de).

2011 – 2015 Versicherungsmedizin als Gesellschaftsarzt der Allianz Leben und in Nebentätigkeit in Praxisgemeinschaft Dohrenbusch, München, Kaufingerstrasse 10, Privatpraxis für Vorsorgemedizin und Betriebsmedizin.

2015 Medizinischer Leiter AWO Mutter-Kind-Vorsorgeeinrichtung in Esens-Bensersiel.

2015 – 2016 angestellter Hausarzt BAG Hausarztpraxis Staudacher Esens.

2016 arbeitsmedizinischer Zentrumsleiter für 1300 Betriebe bei Fa. HAWIS Vechta.

2017 – 2018 angestellter Hausarzt in der Hausarztpraxis Buchs AG in Praxis Kappelhof 9760 Buchs SG, Grünaustrasse 1.

Seit 01.04.2018 angestellter Hausarzt in der Praxis am Zehntenplatz, Zehntenplatz 2, 6130 Willsau.

#### *Weiterbildung:*

1989 – 1990 Fachkunde im Rettungsdienst.

1990 Fachkunde im Strahlenschutz, Fachkunde Notfallröntgen.

1991 Seminare «EDV für Mediziner», «Management-Verhaltenstraining», für «Rationelle Arbeitstechniken» und «Moderationstechnik».

1991 – 1995 Erwerb der Zusatzbezeichnung «Sportmedizin».

1992 – 1997 Erwerb der Zusatzbezeichnung «Naturheilverfahren».

1993 – 1997 Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin, Ermächtigung auch für G35, Strahlenschutz, §43 InfSchG, FeV.

1993 – 1995 Erwerb der Zusatzbezeichnung Umweltmedizin.

1993 – 1994 Erwerb der Fachkunde «Gesundheitsförderung im öffentl. Gesundheitswesen».

1994 Seminar «Einführung in die Begutachtungskunde» Akademie f. Arbeitsmedizin Berlin.

1997 erfolgreiche Prüfung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Reutlingen.

Seit 1997 Erwerb Diplom für Körper- und Ohrakupunktur.

2003, 2007, 2010, 2015 Fortbildungszertifikate der Landesärztekammer.

2007 Aufnahme in Anbieterliste verkehrsmedizinische Begutachtungsstellen KVR München.

2015 Aufnahme in Gutachterverzeichnis LÄK Bayern.

#### *Sprachen:*

Fliessend Englisch, Schul-Französisch.

## **Frau Monika Tröger**

**Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH**

Geboren am 27. Juli 1965 in Bremerhaven (D), verheiratet, zwei Kinder.

#### *Studium:*

WS 1984 – SS 1990 Universität Kiel. Elternzeit.

1992 – 1993 Praktisches Jahr (Chirurgie/Innere/Gyn).



#### *Bildung und beruflicher Werdegang:*

AIP 1994 – 1995 Chirurgie Kreiskrankenhaus OHZ.  
1995 Vollapprobation.

#### *Berufliche Tätigkeiten:*

07/1995 – 12/1999 Chirurgie Kreiskrankenhaus OHZ.

2000 Honorartätigkeit Notarzt Rettungsdienst Herrenberg/Tübingen.

2001 – 2002 KKH Nagold Innere Medizin mit Notarztztätigkeit.

2002 Fachklinik Herzogenaurach.

2002 – 2004 Orthopädie (TZ).  
2004 – 2007 Kardiologie (TZ).

2007 – 2011 Kardiologie/Funktionsoberarzt.

2011 – 2013 Neurologie inklusive Akut-Phase B.

2013 – 2014 Klinikum Nürnberg Med II Geriatrie, zuletzt verantwortliche Leitung der Tagesklinik.

2014 – 2017 Felix-Platter-Spital Basel, CH univers. Zentrum für Altersmedizin, Kaderärztin Akutgeriatrie (Prof. Kressig). Tätigkeit ebenso in der Memory-Klinik Basel, sowie Nacht-Wochenenddienst-tätigkeit Psychogeriatric.

2017 CAe Geriatrie Krankenhaus Tauberbischofsheim.

2018 – Leitung ärztlicher Dienst Viva Luzern AG, Steinhofstrasse 13, 6005 Luzern.

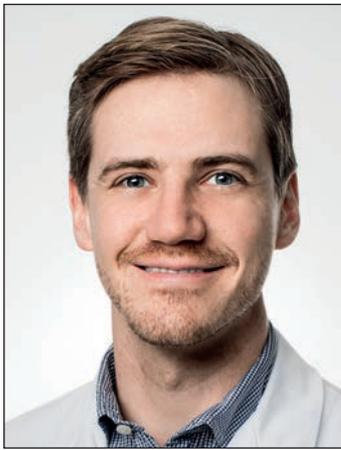
## **Dr. med. Vinzenz Vadasz**

**Facharzt für Ophthalmologie FMH**

Geboren am 8. Mai 1983 in Zürich, verheiratet, ein Sohn.

#### *Weiterbildung:*

Seit 2017 Oberarzt Augenklinik Augenklinik LUKS, 6000 Luzern 16 und LUKS Augen-



2011 – 2012 Assistenzarzt auf der Allgemeinchirurgie Seespital Horgen, Dr. Guyer.

*Studium und Diplome:*

2017 Eidgenössischer Facharzttitel Ophthalmologie (FMH).

2017 Fellow of the European Board of Ophthalmology (FEBO).

2017 Clinical Science Exam, International Council of Ophthalmology (ICO).

2015 Basic Science Exam, ICO.

2015 Optics & Refraction Exam, ICO.

2012 Promotion zum Dr. med., Universität Zürich.

2011 Staatsexamen Humanmedizin der Universität Zürich

2004 – 2011 Universität Zürich, Studium der Humanmedizin.

**Dr. med.  
Anne Witschi**

**Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH**

klinik im Hirzenhof, Hirschengraben 33 6003 Luzern, Prof. Thiel.

2017 Assistenzarzt Augenklinik UniversitätsSpital Zürich, Prof. Landau.

2016 Assistenzarzt Augenklinik Luzerner Kantonsspital, Prof. Thiel.

2013 – 2015 Assistenzarzt Augenklinik UniversitätsSpital Zürich, Prof. Landau.

2013 2 Monate Auslandsaufenthalt in einem Bergspital (Aarohi) als Allgemeinmediziner in Uttarakhand, Indien.



Geboren am 12. Mai 1965.

Seit 1. Mai 2018 Ärztliche Leiterin MedCenter AG, Robert-Zünd-Strasse 2, 6005 Luzern

*Studium, Aus- und Weiterbildung:*

1984 – 1990 Studium der Medizin an der Medizinischen Fakultät der Universität Bern.

1991 – 1993 Assistenzärztin am Institut für klinische Pharmakologie der Universität Bern (Laborforschung und klinische Hepatologie).

1993 – 1995 Assistenzärztin

am Zieglerspital Bern, Innere Medizin (A Klinik).

1995 – 1996 Assistenzärztin am Inselspital Bern, Innere Medizin (A Klinik).

1996 – 1997 Assistenzärztin am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (Epidemiologie).

1997 – 1999 Assistenzärztin am Institut für Medizinische Mikrobiologie der Universität Basel (Diagnostiklabor, Akkreditierung).

1999 Fachärztin am Universitätsspital Genf (Poliklinik, Praxis für Migranten).

1999 – 2000 London School of Hygiene and Tropical Medicine, London. Abschluss mit Master's Degree Infection Control.

2001 – 2003 Oberärztin Abteilung für Spitalerpidemiologie des Universitätsspitals Basel (Spitalhygiene, Forschung).

2003 – 2011 Kantonsärztin von Basel-Stadt.

2012 – 2017 Research and Medical Affairs Physician bei Basilea Pharmaceutica International Ltd. in Basel (Antibiotikaentwicklung).

## Activdispens – Bewegung trotz Sportdispens

**Das Projekt «Activdispens – Bewegen trotz Sportdispens» integriert Schülerinnen und Schüler trotz Verletzung in den Sportunterricht. Das Projekt begleitet Ärzte- und Lehrerschaft, damit es künftig vermehrt Teildispensationen gibt. Veronika Bühler, DIGE**

Initiiert hat das Projekt der Schweizerische Verband für Sport in der Schule und der Verein Schweizerische Arbeitsgruppe für Rehabilitationstraining, dies mit der Unterstützung der Bundesämter für Sport und für Gesundheit. Herzstück von «Activdispens – Bewegen trotz Sportdispens» ist ein Katalog von 54 Übungen. Je nach Art und Lokalisierung der Verletzung oder Krankheit stellt die Lehrperson für den betroffenen Schüler ein individuell zugeschnittenes Sondertraining zusammen. Dieses führt der verletzte Schüler im Sportunterricht aus, parallel zum Unterricht der Klasse.

Die Integration von teildispensierten Schülerinnen und Schülern habe mehrere Vorteile, sind Fachpersonen überzeugt. Gerade bei Verletzung oder leichter Krankheit sei es wichtig, im Rahmen der Möglichkeiten aktiv zu bleiben und die Rehabilitation zu unterstützen. Das Projekt möchte zudem Kinder und Jugendliche dafür sensibilisieren, wie wichtig physische Aktivität für die Gesundheit und das Wohlbefinden sind. Zudem seien die Schülerinnen und Schüler weiterhin in die Klasse integriert.

### **Klare Anweisungen garantieren Sicherheit**

Das Projekt «Activdispens» bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, verletzte oder leicht erkrankte Kinder und Jugendliche durch klar definierte Teildispensationen weiterhin am Sportunterricht teilhaben zu lassen. Mittels eines Dispensationsformulars kann der behandelnde Arzt die Verletzung oder Krankheit genauer beschreiben. Er gibt auch an, welche Körperregion nicht belastet werden darf und welche sportlichen Aktivitäten weiterhin erlaubt sind. Dies gibt den Ärztinnen und Ärzten Sicherheit, dass teildispensierte Kinder und Jugendliche in ihrem Sinne in den Schulsportunterricht integriert werden. Entwickelt worden ist dieses Formular in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten. Basierend auf diesem Formular haben die Initianten die 54 Übungen zusammengetragen, dies mit Hilfe von physiotherapeutischer und schulsportspezifischer Fachliteratur.

### **Zahl der Dispensationen ist rückläufig**

Überzeugt vom Projekt ist auch Dr. med. Beat Thoët, Co-Präsident der Ver-

einigung Luzerner Hausärzte: «Das Projekt «Activdispens» macht Sinn, da sich körperliche Aktivität praktisch bei jeder Krankheit – ausser bei febrilen oder konsumierenden Erkrankungen – positiv auf die Genesung auswirkt.» Das Ganze stehe und falle aber mit der differenzierten Beurteilung der Belastbarkeit durch den behandelnden Arzt. «In anderen Teilen der Schweiz hat sich das Projekt mit positiven Resultaten durchgesetzt und die Zahl der Dispensationen seien rückläufig. Es wäre wünschenswert, wenn es auch hier flächendeckend Anwendung finden würde», sagt Dr. med. Beat Thoët.

«Activdispens» ist am Schweizerischen Sportmedizin Kongress 2015 mit dem «Posterpreis» ausgezeichnet worden. Diese Auszeichnung bestätigt auch von Seiten der Ärzteschaft und Medizin den hohen Stellenwert einer angepassten aktiven Regeneration und Integration von Teilzeitdispensierten in den regulären Sportbetrieb. Weitere Informationen: [www.activdispens.ch](http://www.activdispens.ch).

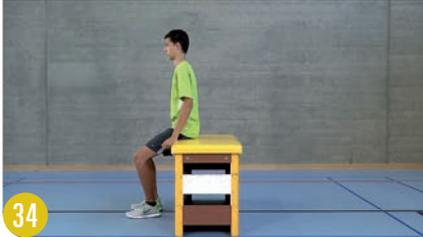
## 34 Rumpfdrehung

### Quantitative Kriterien

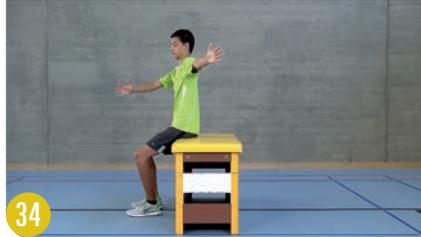
Dauer	15 Sekunden
Bewegungsrhythmus	Konstante Dehnung
Serien	3
Serienpause	1 Minute
Gesamtzeit pro Dehnung	3 Minuten
Trainingseinheiten	Täglich möglich

### Dehnung

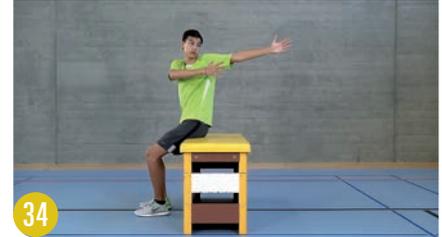
#### Ausgangsstellung



#### Bewegungsverlauf



#### Endstellung



Sitz auf Schwedenkasten. Füße am Boden. Rücken aufgerichtet.

Beide Arme auf Höhe der Schultern auf die eine Seite nach hinten führen. Oberkörper dreht mit. Becken bleibt fixiert. Position halten.

Arme langsam wieder zurückführen und auf die Gegenseite wechseln.

ACTIVDISPENS.CH



### Ärztliches Zeugnis zur Dispensation vom Schulsportunterricht

Name

Vorname

Geb. Datum

Adresse

Tel. Nr.

Vollständige Dispensation vom Schulsportunterricht

Teildispensation vom Schulsportunterricht

Dispensation von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Nachuntersuchung ist für den \_\_\_\_\_ vorgesehen.

**Folgende Körperregionen dürfen NICHT belastet werden:**

**Bei folgenden Sportarten / Aktivitäten ist zu beachten:**

**Erlaubte sportliche Aktivitäten**

Mannschaftsspiele / Kontaktsportarten

Geräteturnen / Bodenturnen

Sprungbelastungen

Ausdauerbelastungen, Herz-Kreislauf-Belastungen

Krafttraining

Aktivitäten im Wasser / Schwimmen

Allergen- / Reizexposition von \_\_\_\_\_

**Der Schüler darf anhand des Übungskataloges von [activdispens.ch](http://activdispens.ch) folgende Aktivitäten und Bewegungen ausführen:**

obere Extremität  untere Extremität  Rumpf inklusiv u. Ext.

**Weitere Vorschläge und Empfehlungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bitte um Rücksprache**

mit Arzt  mit Physiotherapeut

Name der Schule: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Sportlehrer(in): \_\_\_\_\_ Arztstempel und Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Erfahrungsbericht Curriculum Hausarzt-Medizin im Zentrum für Schmerzmedizin des SPZ Nottwil

Frau Susanna Gerlach hat als erste das Curriculum Hausarzt Medizin im Zentrum für Schmerzmedizin absolviert. Mit diesem 6-monatigen Turnus beschreitet das Zentrum für Schmerzmedizin Neuland und definiert einen Ausbildungskanon, den es in dieser Form bisher in der Schweiz nicht gibt. In den 6 Monaten praktischer Erfahrung in Verbindung mit der 80-stündigen theoretischen Ausbildung soll den Kollegen/Kolleginnen ein fundiertes Basiswissen über die Möglichkeiten der interdisziplinären Schmerzmedizin vermittelt werden.

Wir hoffen, dass die so ausgebildeten Kollegen/Kolleginnen in ihrer Praxistätigkeit die wichtige Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen frühzeitig machen können und somit eine effizientere und gleichzeitig kostensparende Versorgung der Patienten in die Wege leiten können. Ausserdem glauben wir, dass die Kollegen/Kolleginnen auf diese Weise praktische Kenntnisse erwerben können, die im späteren Praxisalltag hilfreich und

wichtig sein werden. So haben gerade neuere Studien gezeigt, dass ein Grossteil der Patienten den Hausarzt wegen Schmerzen aufsucht und das unter diesen Patienten auch in der primärärztlichen Versorgung bereits viele chronische Schmerzpatienten zu finden sind. Die Zusammenarbeit mit Frau Gerlach war in jeder Beziehung positiv, so freuen wir uns auf «Nachahmer».

Dr. med. André Ljutow, MSc, Leiter Zentrum für Schmerzmedizin, SPZ, Nottwil

## Erfahrungsbericht über die 6-monatige Weiterbildung (01.07.–31.12.2017) in Schmerzmedizin im Zentrum für Schmerzmedizin des Schweizer Paraplegiker Zentrums in Nottwil vorgelegt von Dr. med. Susanna Gerlach



Vor Antritt der Stelle durfte ich den jährlich im Januar stattfindenden 80-Stunden-Schmerzkurs besuchen, welcher einen ersten Ein- und Überblick über Schmerzmedizin gab. Allgemein stellen Schmerzpatienten eine relevante gesundheitsökonomische und hausärztliche Herausforderung dar. Jeder 3. Patient in der Hausarztpraxis hat Beschwerden des muskuloskelettalen Systems.

Die Weiterbildung erfolgte im Rahmen des Hausarzt-Curriculum des IHAM und CC. Es ergaben sich folgende Arbeitsschwerpunkte:

- Durchführung von Erstuntersuchungen und interdisziplinären Teamaufnahmen aus allgemeinmedizinischer/anästhesiologischer Sicht mit Erhebung der Schmerzanamnese und ausführlicher klinischer Untersuchung des muskuloskelettalen Systems sowie des Nervensystems und Planen der diagnostischen und therapeutischen Schritte in der weiteren Patientenbetreuung

- Fallführung bei interdisziplinären Teamaufnahmen. Die mitbeurteilenden Fachbereiche waren z.B. die Schmerzphysiotherapie und Schmerzpsychologie/Psychotherapie. Aus den erhobenen klinischen Befunden und aus der gemeinsamen Beurteilung ergeben sich dann die folgenden Stellungnahmen und ggf. weitere (meist teaminterne) Abklärungen.

- kurze interne Patientenvorstellung im Grossteam nach jeder Erst- oder Teamaufnahme

- regelmässige Patientenvorstellungen bzw. Besprechungen von komplexen Fällen, damit eine adäquate multidisziplinär vertretbare Entscheidungsfindung herbeigeführt werden konnte sowohl auf den Fallkonferenzen oder abteilungsübergreifenden Besprechungen (bei wirbelsäulenchirurgischen oder neurochirurgischen Fragestellungen)

- Erlernen von Untersuchungstechniken des muskuloskelettalen Systems aus manualmedizinischer Sicht

- Durchführung von Gelenkinfiltrationen und peripheren Nervenblockaden

- Erlernen und Vermitteln von psychologischen und physiotherapeutischen Therapiekonzepten wie z.B. Biofeedback, Entspannungstechniken (Progressive Muskelentspannung nach Jakobson), Achtsamkeitstraining sowie das Konzept der Schmerzakzeptanz

Das Patientengut umfasste ein breites Spektrum an chronischen Schmerzpatienten mit Rückenschmerzen, Gelenkschmerzen, postoperativen residuellen Schmerzzuständen im Operationsgebiet. Einen ebenso bedeutenden Anteil der Patienten machten CRPS-Patienten, Fibromyalgie/Chronic widespread pain Patienten bzw. Patienten mit neuropathischen Schmerzen wie z.B. Paraplegiker aus.

Ich wurde sehr herzlich vom Team aufgenommen und durfte eine mehr als einmonatige Einarbeitungszeit bis zur eigenständigen Patientenbetreuung geniessen, um die Strukturen und das Angebot an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten kennenzulernen. Für die Beantwortung meiner Fragen fachlicher

oder administrativer Art haben sich meine Kollegen stets Zeit genommen und diese auch kompetent beantworten können. Es herrschte ein gutes kollegial-freundschaftliches Klima.

Das Team besteht aus interventionell tätigen Anästhesisten, konservativ tätigen Orthopäden, Neurologen, Physiotherapeuten, einem Schmerzpsychiater und Schmerzpsychologen.

Das Therapieangebot ist weitgefasset und beinhaltet für die Hausarztmedizin relevante Themen wie z.B. (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

- Rückenmarksnahe Infiltrationen: medikamentöse und funktionelle Denervationen der Rami mediales der Facettengelenke, medikamentöse Nervenwurzelblockaden mit anschliessender funktioneller Rhizotomie durch gepulste Radiofrequenz-Anwendung,
- intrathekale/epidurale Pumpenkontrollen und Auffüllungen durch die Pflege mit Vier-Augen-Prinzip
- intravenöse Ketamin- und Lidocain Infusionen bei chronischen Schmerzpatienten
- Anwendung verschiedener Elektrotherapien (TENS, diadynamische Therapie)
- Extrakorporelle Stosswellentherapien bei z.B. Fasziiitis plantaris
- allgemeine Analgetikaanpassungen

Die Weiterbildung ermöglichte mir einen Einblick in eine ganzheitliche multidisziplinäre Abklärung von Schmerzursachen mit Einbezug von somatischen und psychologischen Faktoren.

Aufgrund meiner eigenen positiven Erfahrung im Zentrum für Schmerzmedizin kann ich diese Stelle für zukünftige Hausärzte vorbehaltlos und mit gutem Gewissen weiterempfehlen.

# Von «smarter medicine» bis Globalbudget

## Rückblick und 5. Luzerner Dialog Gesundheit

### Ein Blick zurück

Kosten nach Leistungserbringer			
Kosten des Gesundheitswesens nach Leistungserbringern in Millionen Franken			
Leistungserbringer <sup>1</sup>	2015	2016 <sup>P</sup>	Entwicklung (in %)
Krankenhäuser	27 148	28 459	4,8
Sozialmedizinische Institutionen	12 640	12 994	2,8
Arztpraxen und ambulante Zentren <sup>2</sup>	15 427	15 660	1,5
Zahnarztpraxen, Zahnkliniken	4 068	4 104	0,9
Andere Ambulante Leistungserbringer <sup>2</sup>	4 821	5 321	10,4
Unterstützende Leistungserbringer <sup>3</sup>	1 460	1 576	7,9
Detailhandel	7 007	7 201	2,8
Organisationen für Prävention und Unterstützung	1 040	1 046	0,6
Staat als Leistungserbringer	1 273	1 311	3,0
Versicherer als Leistungserbringer	2 463	2 610	6,0

Bundesamt für Statistik

Seit vielen Jahren – oder eigentlich schon immer? – steigen die Gesundheitskosten in unserem Land. Seit vielen Jahren entstehen deswegen intensive Diskussionen von Fachleuten und von Nicht-Fachleuten, seit vielen Jahren werden mit wechselnder Intensität Lösungsvorschläge gemacht, wobei diese meist in dem Vorschlag gipfeln, weniger Geld zur Verfügung zu stellen. Man nennt dies auch «Globalbudget», «Kostenbremse», «Kostendeckelung».

Mit fast boshafter Konstanz verzichtet man aber darauf, ernsthafte Lösungsvorschläge zu bringen, welche einem der verschiedenen «Player» im Gesundheitswesen weh tun könnte. Falsche Behauptung! Man spart einige 100 Millionen Franken bei den Apothekern und den praktizierenden Ärzten pro Jahr, ärgert die Pharmaindustrie und nimmt in Kauf, dass diese gewisse – auch wichtige – Medikamente und Impfungen nicht mehr herstellt oder zumindest Lieferengpässe entstehen und hat dabei das Gefühl, dass man sich damit doch der Verantwortung bewusst zeigt.

In den ersten Medienmitteilungen nach Erscheinung der entsprechenden Zahlen steht dann mit einer grossen Regelmässigkeit: «Die frei praktizierenden Ärzte verursachten 2016 ein Kostenwachstum von 4,9 Prozent und erbrachten Leistungen im Wert von 9,5 Milliarden Franken». Nach der Veröffentlichung der genauen Zahlen des Bundesamtes für Statistik ist es dann noch ein Anstieg von 1,5%. Aber seien wir ehrlich, es gibt auch Jahre, in welchen die frei praktizierenden Ärzte einen höheren Anstieg zu verzeichnen haben. Ja, es geht hier auch in keiner Weise um eine Schuldzuweisung, sondern um die klare und laute Feststellung, dass «es» so nicht weiter gehen kann. Aber wie können wir den Gesundheitskostenanstieg bremsen? Durch ein Globalbudget, durch Rationalisierung oder gar Rationierung? Durch eine höhere Franchise?

### Einige haben schon etwas nachgedacht!

Bundesrat Berset setzte im Jahre 2017 eine Expertengruppe unter der Leitung von alt-Ständerätin Verena Diener ein, um Möglichkeiten für eine Verminderung des Gesundheitskostenanstiegs zu studieren (vgl. LAZ 111 und Editorial im LAZ

Nr. 113). 38 Lösungsvorschläge wurden in der Folge publiziert, medial und politisch stand der Vorschlag für eine Deckelung der Gesundheitskosten, verbunden mit Sanktionen vor allem den praktizierenden Ärztinnen und Ärzten gegenüber, wenn

die Vorgaben nicht erfüllt würden. Alain Berset will einige der Vorschläge jetzt, andere später analysieren und wenn möglich umsetzen.

### Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen.»

Delegiertenversammlung der CVP Schweiz vom 21. April 2018

Die CVP Schweiz entschied an ihrer Parteiversammlung vom 21. April 2018 eine Initiative «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen» zu lancieren. Text:

«Art. 117 Abs. 3 und 4 BV (neu) 3 Der Bund regelt zusammen mit den Kantonen, den Krankenversicherern und den Leistungserbringern die Kostenübernahme der obligatorischen Krankenversicherung

so, dass sich dank wirksamer Anreize die Kostensteigerung entsprechend der Gesamtwirtschaft und den durchschnittlichen Löhnen entwickelt. Er führt eine Kostenbremse ein. 4 Das Gesetz regelt die Einzelheiten.

Art. 197 Ziff. 12 (Übergangsbestimmung zu Art. 117 Abs. 3 und 4 BV) Liegt die Kostensteigerung der durchschnittlichen Kosten je versicherte Person und

Jahr in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung zwei Jahre nach Annahme dieser Initiative mehr als ein Fünftel über der Entwicklung der Nominallöhne, und sehen die Tarifpartner keine verbindlichen Massnahmen zur Kostendämpfung vor, so ergreift der Bund zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur Kostensenkung für das nachfolgende Jahr.»

### Fakt ist:

- Das Schweizer Gesundheitssystem weist zwar eine gute Qualität auf. Es ist jedoch belastet mit zahlreichen Fehlanreizen. Sie führen zu Doppelspurigkeiten, Übertherapie, Übermedikation. Das kann zur Gesundheitsgefährdung für Patientinnen und Patienten führen. Zudem bewirken die Fehlanreize, dass Effizienzsteigerungspotentiale nicht ausgeschöpft werden. Experten gehen davon aus, dass zwischen mindestens 10 bis zu 40 Prozent der Kosten ohne Qualitätsverlust eingespart werden können. Das Bundesamt für Gesundheit spricht von einem Effizienzsteigerungspotential ohne Qualitätsverlust von 20% bzw. von ca. 6 Milliarden Franken.

- In der Schweiz herrscht Überversorgung (Hohe Spital- und Ärztedichte).

- Die Gesundheitskosten nehmen jährlich in der Grundversicherung um eine Milliarde Franken zu. Die Rechnung verteilt sich mithin jeden Tag um 3 Millionen Franken!

### Was sind die Gründe für das jetzige Malaise?

- Es liegt systemisches Versagen durch nicht-Umsetzung und Verzögerung vor (Befund der Experten)

- Es werden Millionen, ja Milliarden von Franken verschwendet. Es ist fahrlässig, wenn weiterhin nichts unternommen wird.

- Es fehlt an einem klaren Auftrag: Es ist notwendig, dass der Souverän als oberster Entscheidungsträger die entsprechenden Aufträge und Signale gibt und wenn nötig eingreift, damit Kosteneinsparungen realisiert, die Qualität im Gesundheitswesen gefördert und die Leistungserbringer eingebunden werden. Die Eliminierung von Fehlanreizen ist dabei das oberste Ziel.

- Es fehlt der Druck von oben: Es gibt keinen verbindlichen Auftrag, welcher die Akteure zu kostensenkenden Massnahmen zwingt. Dafür braucht es auch Sanktionsmechanismen. Die CVP setzt vorrangig auf eine Beseitigung der Fehlanreize bei gleichzeitiger Steigerung der Qualität. Die Bildung einer Zweiklassen-Medizin auf Kosten der Patienten wird damit verhindert.

### Die CVP fordert:

- Dass die einheitliche Finanzierung stationärer und ambulanter Leistungen

durchgesetzt wird. Nur eine einheitliche Finanzierung führt zu optimalen Behandlungsprozessen und vergünstigt die integrierte Versorgung. Mit einer einheitlichen Finanzierung macht auch die Förderung ambulanter statt stationärer Behandlungen Sinn.

- Die tarifarischen Anreize für die Leistungserbringer so setzen, dass Leistungen künftig nur aufgrund der medizinischen Notwendigkeit und nicht aufgrund von ökonomischen Überlegungen erbracht werden. Damit soll die optimale und nicht die maximale Betreuung gefördert werden.

- Preissenkungen bei Medizinprodukten der Mittel- und Gegenständeliste durch Wettbewerbspreise statt hoheitlichen Maximalpreisen

- Tiefere Preise für neue, innovative Medikamente durch Anpassung der Preisfestsetzungsmodelle sowie die Einführung eines wirksamen Referenzpreissystems im patentabgelaufenen Bereich und damit auch eine höhere Generikaquote

- Lockerung des Territorialitätsprinzips für die im grenznahen Ausland bezogenen medizinischen Leistungen, Medikamente und Hilfsmittel

- Transparenz und Verbindlichkeit von Indikations- und Ergebnisqualität bei Leistungserbringern

- Verstärkter Einsatz von E-Health sowie Durchsetzung der elektronischen Patientendossiers

- Keine Kostenverlagerung zwischen Krankenversicherern und Kantonen

### Ziele der Initiative

Die Kostenbremse-Initiative verfolgt folgende Ziele:

1. Prämienexplosion stoppen «Für tiefere Prämien – Kostenbremse im Gesundheitswesen»

2. Fehlanreize beseitigen und Effizienzsteigerungspotentiale ausschöpfen

3. Qualitativ gute Leistungen zu Gunsten der Bevölkerung sicherstellen

4. Mehrklassenmedizin verhindern.

5. Entlastung des Mittelstandes

6. Langfristig finanzierbare Gesundheitsversorgung

### Kommentar

Der Wille zur Kostensenkung im Gesundheitswesen ist lobenswert, die Befürworter einer Deckelung der Gesundheitsausgaben, eines Globalbudgets

oder einer «einfachen Kostenbremse ohne zusätzliche Massnahmen, machen es sich aber allzu leicht. Wenn man dann gleichzeitig qualitativ gute Leistungen zugunsten der Bevölkerung sicherstellen will – meist spricht man sogar von einer Qualitätssteigerung, welche man mit weniger Geld erwartet, dann begibt man sich in die Welt der Phantasie und der Wunschvorstellungen. Dieses Vorgehen würde zu eindeutigen Rationalisierungen oder gar Rationierungen führen, Begriffe, welche die Politiker wie «der Teufel das Weihwasser scheuen», wollen sie doch die entsprechende Verantwortung nicht übernehmen.

Zu Recht warnt der FMH-Präsident Jürg Schlup in einem Editorial in der Schweizerischen Ärztezeitung, dass der vom Bundesrat priorisierte Vorschlag des EDI einer «Steuerung der Kosten durch die Tarifpartner» besonders kritisch sei. Es sei ein Versuch, das Globalbudget durch die Hintertür einzuführen, wenn man eine gesetzliche Verpflichtung, in den «Tarifverträgen Massnahmen» zur Steuerung der Kosten und Leistungen vorzusehen», um «das Kostenwachstum zu bremsen» einführen will und dies mit subsidiärer Kompetenz von Bund und Kantonen. Wenn das fast unerfüllbare Kunststück, die Gesundheitskosten in einem von der «Politik» festgelegten Mass zu senken, den Tarifpartnern nicht gelingen sollte – und damit ist zu rechnen, wenn eben diese Politik die Verantwortung für begleitenden Massnahmen nicht übernehmen will – dann würde eben diese Politik, oder der Staat, eingreifen. Dass dies ein weiterer Schritt in Richtung Staatstarif oder auch Staatsmedizin bedeuten würde, dürfte den meisten klar sein. Der bundesrätliche Eingriff in die Tarifstruktur ist von der Ärzteschaft klar abzulehnen, auch wenn dies für einzelne an den Tarifverhandlungen Beteiligte attraktiv und wünschenswert sein könnte.

Mit einem solchen Vorgehen mit einer Budgetdeckelung und damit mit einer versteckten Rationierung, würde die Verantwortung an die Ärzteschaft delegiert. «Sinnvollerweise» würden bei Nicht-Erreichung der Zielvorgaben Sanktionen eben gegen diese erzwungenermassen verantwortliche Ärzteschaft gerichtet. Vielleicht taktisch gewandt, aber politisch sehr unlauter! «Res publica ante portas!»

### Motion Peyer Ludwig und Mit. über die Wiedererlangung des finanziellen Gleichgewichtes mittels Einführung eines Globalbudgets für die Spitäler im Kanton Luzern im stationären Bereich eröffnet am 30. Januar 2018

Kantonsrat Ludwig Peyer, Fraktionschef der CVP, reichte Ende Januar 2018 die oben genannte Motion ein. Der Regierungsrat will diese als Postulat erheblich erklären. (vgl. dazu Motion und Antwort im Anhang).

## 5. Luzerner Dialog Gesundheitspolitik, 16. Mai 2018, Campus Oberkirch

### Sparvorschläge unter der Lupe



An dem Anlass nahmen 10 Vertreter des GSD sowie 24 eingeladene Gesundheitsfachleute teil:

- Ärztinnen, Ärzte	8
- Spitex	2
- Cereneo Schweiz AG	1
- Krankenkassen	2
- GASK	1
- Spital	1
- Apotheke	1
- IV	1
- SPZ Nottwil	1
- Pflegefachleute	1
- Hirslandenklinik St. Anna	1
- Geburtshaus Terra Alta	1
- VLG	1
- Curaviva Luzern	1

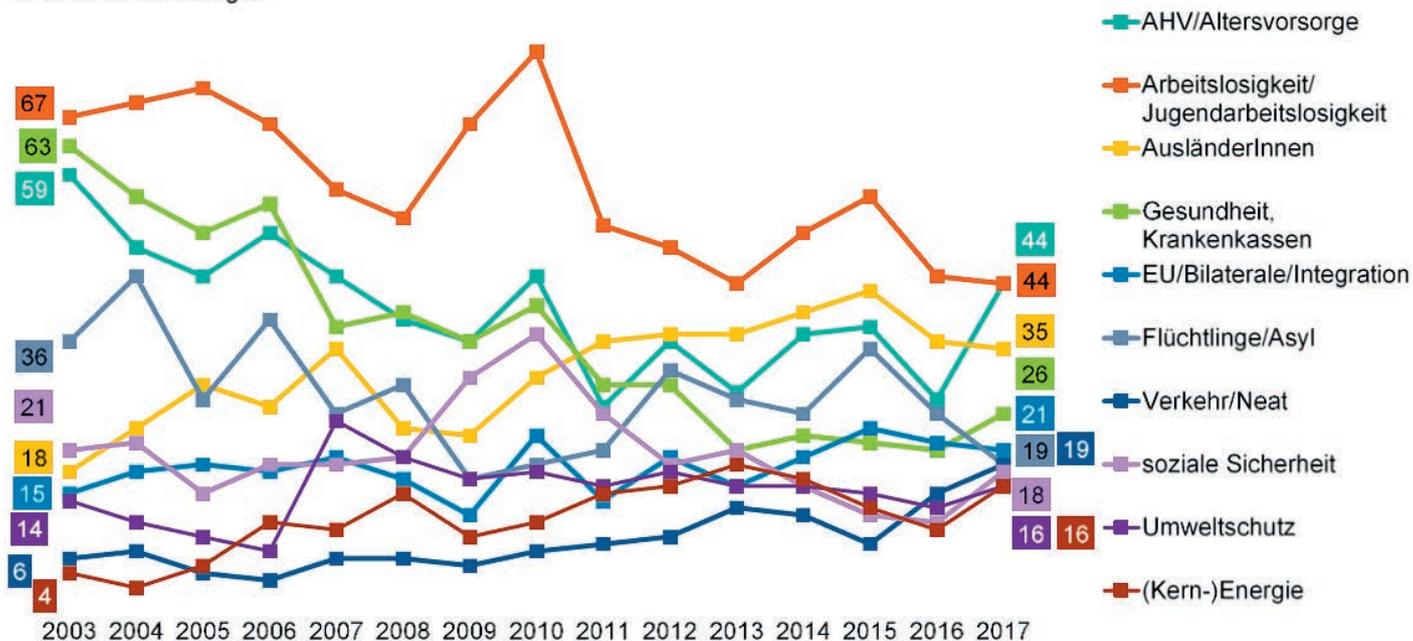
## Ausgangslage

### Sorgenbarometer

#### Trend Problembewusstsein 2003 bis 2017 (1)

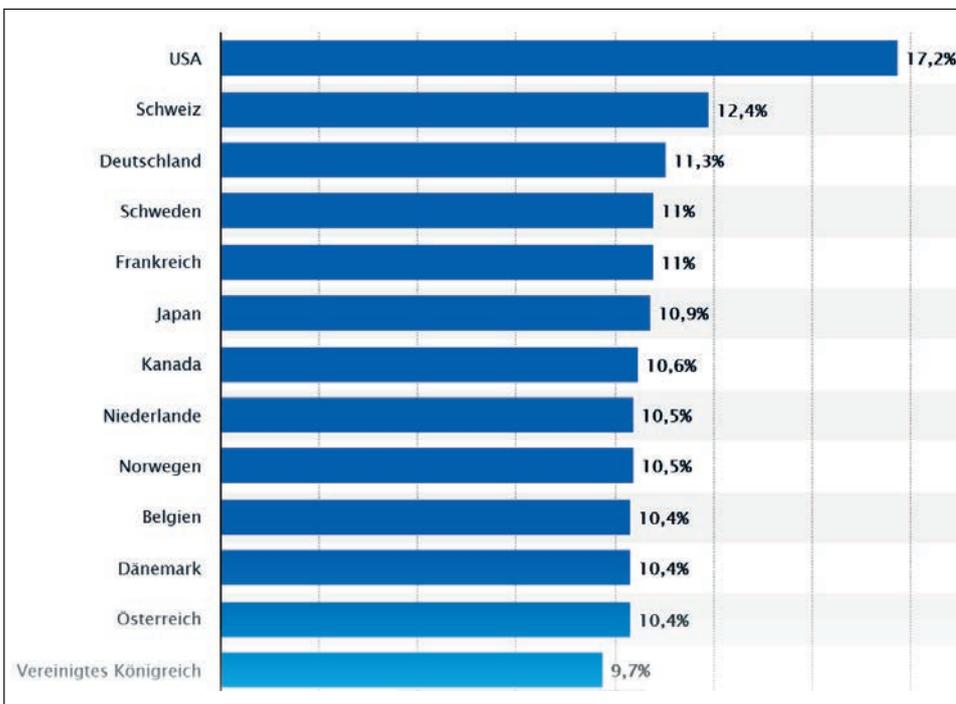
"Auf diesen Kärtchen sehen Sie einige Themen, über die in der letzten Zeit diskutiert und geschrieben worden ist. Sehen Sie sich bitte alle Kärtchen an, und legen Sie mir dann von allen Kärtchen jene fünf heraus, die Sie persönlich als die fünf wichtigsten Probleme der Schweiz ansehen."

in % Stimmberechtigter



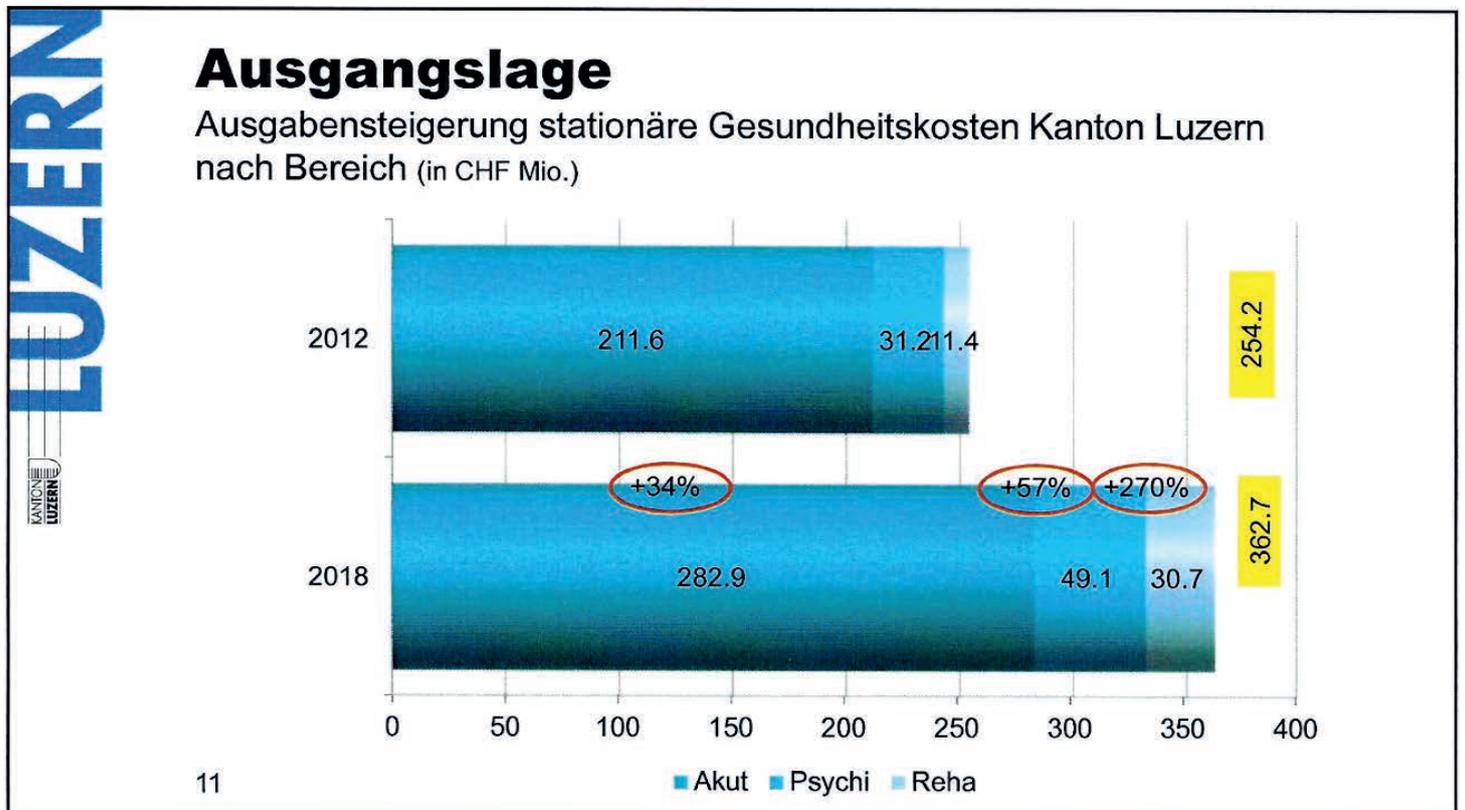
Bemerkung: Arbeitslosigkeit/Jugendarbeitslosigkeit ab 2014 getrennt befragt (für Trend-Graphik addiert), ab 2017 wieder zusammen befragt  
© gfs.bern, Sorgenbarometer, Juli 2017 (N = jeweils ca. 1'000)

26% der befragten Stimmberechtigten nennen die Gesundheit und die Krankenkassen als eines der fünf wichtigsten Probleme der Schweiz. Mit 63% Nennungen hatte der Bereich Gesundheit im Jahre 2003 einen Höchststand erreicht und fiel bis circa 20%. In den letzten vier Jahren steigt dieser Wert aber wieder kontinuierlich an. Die Gesundheitskosten in Prozent des BIP stiegen von 8.8 % (1995) auf 12.2 % (2016).



### Gesundheitskosten in Prozent des BIP in der Schweiz

Jahr	Gesundheitskosten in % des BIP
1995	8.8
1996	9.2
1997	9.2
1998	9.3
1999	9.4
2000	9.3
2001	9.7
2002	10.1
2003	10.4
2004	10.4
2005	10.3
2006	9.8
2007	9.6
2008	9.8
2009	10.4
2010	10.3
2011	10.4
2012	10.9
2013	10.8
2014	11.6
2015	12.1
2016	12.2



## Kommentar

Der Anstieg der Gesundheitskosten in Prozent des BIP ist in der Schweiz effektiv «beeindruckend». Wohl erhalten wir dafür ein gutes bis sehr gutes Gesundheitswesen, dennoch ist zu beachten, dass die Ausgaben auch in anderen Bereichen unseres Staates stark zunehmen und effektiv Massnahmen zur Reduktion der Gesundheitsausgaben dringend notwendig sind. Es ist aber illusorisch zu glauben, dass

dieser Schritt einfach durch Deckelung der Gesundheitsausgaben erreicht werden kann (Globalbudget). Eine schweizerische Jungpartei hat an ihrem kürzlich durchgeführten Parteitag verlangt, dass das Bildungs- und Gesundheitswesen für alle Bewohner unseres Landes unentgeltlich sei. Kommentar überflüssig!

Eindrücklich ist auch der Anstieg der stationären Gesundheitskosten im Kanton Luzern. Dieser betrug von 2012 bis 2018 +42.2 % (Akut + 34%, Psychiatrie

+ 57%, Reha + 270%). Es ist dabei klar, dass die gesamtschweizerische Spitalfinanzierung mit dem Anstieg der kantonalen Kostenbeteiligung von 47 auf 55 % eine nicht unwesentliche Rolle spielt. Die Einführung eines Globalbudgets für die Spitäler im Kanton Luzern im stationären Bereich entspricht einer Rationalisierung oder gar Rationierung und berücksichtigt wohl zu wenig, dass Spitäler viele «gebundene» Kosten haben, welche kaum zu senken sind.

# Fazit und Lösungsvorschläge des GSD als Diskussionsgrundlag

**Fazit I**

- Medizinischer Fortschritt
- Demografische Entwicklung
- Wohlstand und Bereitschaft in Gesundheit zu investieren
- Wunsch der Bevölkerung nach maximaler Versorgung
- Ökonomische Fehlanreize
- Politische Einflussnahme vs. Ökonomie

→ Kosten steigen ohne Massnahmen auch in Zukunft

19 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Fazit II**

*Wer nicht handelt,  
wird behandelt.*

Reiner Darzei, deutscher Politiker (CDU)  
\* 20.06.1924, † 26.08.2006

20 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze I**

**Globalbudget**

- Degressiver Arzttarif: steigen Kosten pro Patient > 1,5%, sinkt Taxpunktwert im Folgejahr automatisch
- Verbindliche Vorgaben (Geld bzw. Leistungen)
  - Über alle Bereiche oder pro Bereich
  - Was darüber: nicht oder nur teilweise bezahlen
  - Wenn darüber: automatische Tarifierkung

**Kostenbremse**

- Initiative CVP
  - Wenn Kosten mehr als x% wachsen: Bund und Kantone müssen Vorschläge machen, wenn diese nicht kommen, automatische Tarifierkung im Folgejahr

**Prämientlastungsinitiative**

- Initiative SP
  - Prämie maximal 10% des Haushaltseinkommens

21 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze II**

**smarter medicine<sup>1</sup> / Medizin mit Augenmass**

- breit abgestützte, int. Initiative, nicht Kosten im Vordergrund
  - Beste statt maximale Medizin
  - Listen mit unnötigen Behandlungen

**HTA**

- Kosten – Nutzen Verhältnis muss stimmen
  - konsequente Umsetzung der WZW-Kriterien
- Umsetzung Empfehlungen des Swiss Medical Boards

Die Luzerner Spitäler unterstützen die Umsetzung der smarter medicine-Strategien (Leistungserbringung)

22 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze III**

**Mehr Behandlungsleitlinien / Guidelines**

- In erster Linie von Fachgesellschaften

**Lockerung Regulierungen**

- Lockerung kostensteigernder Vorschriften
- Aufhebung kostensteigernder Vorschriften

**Zweitmeinung fördern**

- Verbesserung der Indikationsqualität

23 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze IV**

**Rechnungskontrolle stärken**

- Systematische Leistungskontrolle durch KK
- Intensivere Leistungskontrolle durch KK
- Finanzielle Folgen für fehlbare Leistungserbringer
- Alternative: unabhängige Rechnungskontrollbehörde

**Verständliche Patienten-Rechnungskopie**

- (Über)Prüfen erbrachte Leistungen
- Kostenbewusstsein Patient

24 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze V**

**Ambulante Behandlungen fördern (AVOS)**

- Substitutive Verlagerung
- Verbindliche Liste (möglichst einheitlich in CH)
- Stationär wird nur bezahlt wenn indiziert

**Einheitliche Finanzierung stationär und ambulant (EFAS)**

- Nationales Tarifbüro für ambulanten Leistungsbereich (analog SwissDRG AG für stationären Bereich)
- Kantone beteiligen sich auch an amb. Behandlungen
  - Entweder nur spitalambulant oder alle

25 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze VI**

**Pauschalen fördern**

- Unabhängig ob stationär oder ambulant
  - «zero night DRGs»
- Auch für ambulante Behandlungen
  - Wie von FMCH und santésuisse vorgeschlagen

**Steuerung Kosten durch Tarifpartner**

- Massnahmen zur Steuerung der Kosten und Leistungen zwingend in allen Tarifverträgen
- Andernfalls Bund/Kanton Möglichkeit zum Eingreifen

**Skaleneffekt in Tarifstruktur**

- Effizienzgewinne in Tarifstruktur abbilden

26 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze VII**

**Koordinierte / integrierte Versorgung fördern**

- Versorgungsnetze Versicherer mit Leistungserbringern, Gatekeepingmodelle fördern

**Regionale Planung / Zusammenarbeit**

- Steuerung stationäre Kapazitäten, d.h. Doppelspurigkeiten vermeiden
- Konzentration des Angebots im Rahmen der Spitalplanung

**Zulassungsbeschränkung**

- Kontrahierungszwang aufheben
- Zulassung nur bei Bedarf

27 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze VIII**

**Experimentierartikel (ausserhalb KVG)**

- Einheitliche Finanzierung ambulant/stationär
- Pauschalabgeltung ambulanter Bereich
- Versuche im Bereich integrierte Versorgung

**Franchise erhöhen**

**Medikamente**

- Parallelimporte erleichtern, Referenzpreise einführen, Vertriebsmargen senken, Generika fördern ...
- Referenzpreis: Vergleich mit Ausland
- Grundversicherung bezahlt nur günstigstes Medikament

28 Dienststelle  
Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Lösungsansätze IX**

**Mehrfachrolle Kantone vermindern**

- Unabhängige Tarifgenehmigungsinstanz
  - Kantonale Tarife (Ziel)
  - Spitaltarife (Minimalforderung)
- Beschwerderecht für Versicherer + Verbände gegen Spital- und Pflegeheimlisten

**Falsche Anreize eliminieren**

- Keine mengen- oder preisinduzierte Entschädigungen dulden

29 Dienststelle Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

**Diskussionsrunde**

- Welche Massnahmen sind erfolgsversprechend welche nicht?
- Was sind die Chancen und Risiken?
- Vor Pause: Punktvergabe  
(welche sicher nicht / welche unbedingt weiterverfolgen oder umsetzen)

30 Dienststelle Gesundheit und Sport [gesundheits.lu.ch](http://gesundheits.lu.ch)

## «Luzerner Dialog Gesundheitspolitik»: Kostenwachstum im Gesundheitswesen muss gebremst werden (GSD)

**Akteure des Luzerner Gesundheitswesens diskutierten am 5. Luzerner Dialog Gesundheitspolitik darüber, wie der Anstieg der Gesundheitskosten gebremst werden kann. Die Teilnehmenden waren sich einig: Es braucht einschneidende Massnahmen.**

Das Gesundheits- und Sozialdepartement hat gestern im Campus Sursee in Oberkirch zum 5. Luzerner Dialog Gesundheitspolitik eingeladen. Der Dialog bietet der Politik und den Partnern aus dem Gesundheitswesen des Kantons Luzern eine Plattform, um sich jährlich zu aktuellen Themen auszutauschen. Das Tagungsthema des diesjährigen Dialogs lautete «Sparvorschläge unter der Lupe», mit dem Ziel, konkrete kostensenkende Massnahmen für den Kanton Luzern zu diskutieren.

### Der medizinische Fortschritt hat seinen Preis

«Es liegt an uns allen, in den Spardebatten aktiv mitzuwirken», sagte Regierungspräsident Guido Graf, Vorsteher des Gesundheits- und Sozialdepartements. Die Gesundheitsbranche sei sich zwar einig, dass man die jährlichen Kostenanstiege von rund vier Prozent nicht weiter hinnehmen könne. Uneinig sei man sich aber, wie dieses Kostenwachstum gesenkt werden kann, schilderte Graf die Ausgangslage.

Man dürfe nicht nur die Kosten betrachten, sondern auch die Leistungen, so Graf weiter. Einerseits gebe es den Wunsch der Bevölkerung nach maximaler Gesundheitsversorgung. Andererseits habe der medizinische Fortschritt auch seinen Preis. «Mehr Leistungen heisst höhere Kosten – umgekehrt bedeuten weniger Kosten auch weniger Leistungen», sagte Graf. Er sei überzeugt davon, «dass wir uns in Zukunft in der Medizin nicht mehr alles leisten können». Es brauche einschneidende Massnahmen, um die jährliche Kostensteigerung zu bremsen. Er forderte die rund 40 Tagungsteilnehmer auf, Sparvorschläge aktiv einzubringen und diese offen zu diskutieren.

### Breiter Massnahmenkatalog

Der diskutierte Massnahmenkatalog am Luzerner Dialog Gesundheitspolitik war umfangreich. Thematisiert wurden unter anderem das Globalbudget, der Zulassungsstopp oder die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen. Diskutiert wurden auch Massnahmen wie eine Liste mit unnötigen Behandlungen, eine verstärkte Rechnungskontrolle oder eine engere Zusammenarbeit über die Kantonsgrenzen hinweg, um stationäre Kapazitäten zu steuern und Doppelspurigkeiten zu vermeiden.

### Weitere Gespräche führen

Die Diskussion war offen und konstruktiv. Alle Dialog-Teilnehmer sind sich einig, dass es kostensenkende Massnahmen braucht. Welche Massnahmen im Kanton Luzern mit erster Priorität umgesetzt werden sollen, darüber herrschte keine Einigkeit. Betont wurden insbesondere die Bedeutung der integrierten Versorgung, die kantonsübergreifende Planung und der ehrliche und offene Austausch zwischen allen Beteiligten des kantonalen und regionalen Gesundheitssystems. Auch sollen Wege gesucht werden, um unnötige Behandlungen zu vermeiden. Regierungspräsident Guido Graf wird mit den Leistungserbringern und den Krankenkassen weitere Gespräche führen, um zu gegebener Zeit weitere Massnahmen umsetzen zu können.

Der Luzerner Dialog Gesundheitspolitik wurde zum fünften Mal durchgeführt. Die Plattform soll den Austausch der verschiedenen Partner im Gesundheitswesen im Kanton Luzern fördern, Probleme aufzeigen und Lösungsansätze anstossen. Eingeladen sind jeweils Partner aus Politik und Gesundheitswesen, wie Haus- und Spezialärzte, Vertreter von Spitälern, der Psychiatrie, von Alters- und Pflegeheimen, der Pflege, der Apotheker, der Spitex, der Rehabilitation, von Patientenorganisationen und Sozial- und Krankenversicherungen.

Lösungsansatz	+	-
Globalbudget Spitäler		⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗⊗⊗⊗
Globalbudget Ärzte		⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗⊗⊗⊗⊗
Kostenbremse	😊😊😊😊	⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗
Prämientlastungsinitiative	😊😊😊	⊗⊗⊗
Smarter medicine	😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊	
HTA (Health Technology Assessment)	😊😊😊😊	
Mehr Behandlungsleitlinien	😊😊😊😊😊 😊	
Lockerung Regulierungen	😊😊😊	
Zweitmeinung fördern	😊😊	⊗
Rechnungskontrolle stärken	😊	⊗⊗⊗
Verständliche Patienten-Rechnungskopie	😊😊😊😊😊 😊	⊗⊗⊗⊗⊗ ⊗⊗
Ambulante Behandlungen fördern	😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊	
Einheitliche Finanzierung stationär und ambulant	😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊 😊😊😊😊😊	⊗⊗⊗



## M 520

### **Motion Peyer Ludwig und Mit. über die Wiedererlangung des finanziellen Gleichgewichtes mittels Einführung eines Globalbudgets für die Spitäler im Kanton Luzern im stationären Bereich**

eröffnet am 30. Januar 2018

Der Kanton Luzern soll mit der raschen Einführung eines Globalbudgets (evtl. bereits auf 2019) dazu beitragen, dass die stationären Gesundheitskosten nicht weiter beziehungsweise nur im geplanten und gewollten Umfang ansteigen.

Die Krankenkassenprämien des Kantons Luzern steigen im Jahr 2018 um 2,7 Prozent an. Das ist deutlich weniger als der schweizweite Durchschnitt von 4 Prozent. Zudem liegen die absoluten Prämien weiterhin deutlich unter dem Schweizer Durchschnitt. Dies sind zwei von mehreren Kennzahlen, die zeigen, dass der Kanton Luzern im Gesundheitswesen vieles sehr gut macht. So setzte er das Konzept «ambulante vor stationär» als einer der ersten Kantone um. Trotzdem ähzen immer mehr Haushalte unter der stetig steigenden Prämienlast. Die Politik ist daher aufgerufen, alle möglichen Stellhebel zu betätigen und zu handeln.

Dennoch sind die Kosten, welche der Kanton für die stationären Behandlungskosten bezahlen muss, in den letzten Jahren sehr stark angestiegen. Im ersten Jahr nach Einführung der neuen Spitalfinanzierung (2012) beliefen sich die Kosten auf 273 Millionen Franken. Gemäss aktuellem AFP 2018–2021 werden die Kosten bis ins Jahr 2018 auf über 363 Millionen Franken ansteigen. Dies entspricht einer Zunahme von 33 Prozent innerhalb von sechs Jahren. Auch in Zukunft ist keine Besserung in Sicht, was die Kostenentwicklung anbelangt.

Der höhere Kostenanteil des Kantons von mittlerweile 55 Prozent an den stationären Kosten (im Jahr 2012 waren es 50%) verursacht einen Teil der 90 Millionen Franken Mehrkosten der letzten sechs Jahre. Die finanzielle Lage des Kantons Luzern einerseits, aber auch die stetigen Kostensteigerungen der Krankenkassenprämien für die Bürgerinnen und Bürger zwingen uns, ohne Scheuklappen Möglichkeiten zu nutzen, damit die Gesundheitskosten nicht weiter ansteigen. Der Kanton Luzern soll deshalb folgende Massnahmen einführen:

1. Einführung und Umsetzung eines Globalbudgets im Kanton Luzern. Im Rahmen der im Gesetz (KVG Art. 51) vorgesehenen Möglichkeit des Globalbudgets soll der Kanton Luzern möglichst bald mit allen innerkantonalen Leistungserbringern ein solches vereinbaren. Das bedeutet, dass die Luzerner Kliniken pro Jahr eine definierte Geldsumme erhalten. Ob – und in welchem Umfang – Mehr- und Minderleistungen abgegolten werden, zum Beispiel im Sinn von Bandbreiten, muss im Rahmen der Umsetzung ausgearbeitet werden. Dabei soll auf die Erfahrung anderer Kantone zurückgegriffen werden. Das Spitalgesetz soll, wo notwendig, angepasst werden. Mögliche «Fehlansätze» im Rahmen des neuen Systems sollen dabei verhindert werden.
2. Senkung des Referenztarifs auf den jeweils günstigsten Tarif eines innerkantonalen Spitals. Die entsprechende Verordnung soll angepasst werden.

Sowohl die Einführung tieferer Referenztarife sowie eines Globalbudgets werden dazu beitragen, dass die Steigerung der Gesundheitskosten gebremst werden kann. Dies hat wiederum positive Auswirkungen auf die Kantonsfinanzen sowie auf die finanzielle Belastung der Bürgerinnen und Bürger. Betontermassen, ohne dass damit die Gesundheitsversorgung der Bürgerinnen und Bürger infrage gestellt wird.

Peyer Ludwig  
Grüter Thomas  
Zurbriggen Roger  
Kaufmann-Wolf Christine  
Zurkirchen Peter  
Bucher Franz  
Jung Gerda  
Nussbaum Adrian  
Zehnder Ferdinand  
Gehrig Markus  
Helfenstein Gianmarco  
Kürmann Michael  
Roos Guido  
Piani Carlo  
Odermatt Markus  
Wismer-Felder Priska  
Meyer Jürg  
Martl Urs  
Lichtsteiner-Achermann Inge  
Arnold Erwin  
Kunz Urs  
Kaufmann Plus  
Dissler Josef  
Gasser Daniel  
Bühler Adrian  
Krummenacher-Feer Marlis  
Hunkeler Yvonne  
Wyss Josef  
Piazza Daniel  
Roos Willi Marlis  
Bucheli Hanspeter  
Roth Stefan

Luzern, 1. Mai 2018

## STELLUNGNAHME ZU MOTION

Nummer: M 520  
Eröffnet: 30.01.2018 / Gesundheits- und Sozialdepartement  
Antrag Regierungsrat: 01.05.2018 / Erheblicherklärung als Postulat  
Protokoll-Nr.: 454

M 520

### **Motion Peyer Ludwig und Mit. über die Wiedererlangung des finanziellen Gleichgewichts mittels Einführung eines Globalbudgets für die Spitäler im Kanton Luzern im stationären Bereich (M 520)**

Mitte April hat das Bundesamt für Statistik die neusten Zahlen zu den Kosten für die Gesundheitsversorgung veröffentlicht. Demnach beliefen sich die Gesamtkosten für die Schweiz auf 80,7 Milliarden Franken für das Jahr 2016. Sie lagen damit 3,8 Prozent über dem Vorjahr. Das Wachstum entspricht dem durchschnittlichen Zuwachs der letzten fünf Jahre. Mit andern Worten nehmen die Ausgaben jährlich um knapp 4 Prozent zu. Das ist deutlich mehr als dies bei den übrigen Konsumentenpreisen oder der Lohnentwicklung der Fall ist.

2016 wurden in der Schweiz monatlich 803 Franken pro Einwohner und Einwohnerin für das Gesundheitswesen ausgegeben, 21 Franken mehr als im Vorjahr. 286 Franken pro Person (+9) wurden mit Leistungen der obligatorischen Krankenversicherung gedeckt, 50 Franken (+/-0) durch Sozialversicherungen wie der AHV, IV oder Unfallversicherungen, 30 Franken (+/-0) durch andere Träger der sozialen Sicherheit sowie 53 Franken (+2) mit Zusatzversicherungen. 139 Franken (-1) trug der Staat bei und 11 Franken (+/-0) wurde durch sonstige private Finanzierung beigesteuert. So mussten die Haushalte, zusätzlich zu den Versicherungsprämien und Steuern, einen Restbetrag von 235 Franken (+10) direkt bezahlen. Darunter fielen vor allem Leistungen für Pflegeheime, Zahnarztbehandlungen sowie ambulante und stationäre Kostenbeteiligungen an der Krankenversicherung.

Einerseits ist wohl unbestritten, dass diese Kostensteigerung für einen grossen Teil der Haushalte nicht mehr lange tragbar sein wird. Andererseits ist wohl ebenso unbestritten, dass sie ohne griffige Massnahmen nicht abnehmen wird. Denn Hauptgründe für das Kostenwachstum sind zum einen die demographische Entwicklung: Die Zahl der über 80-jährigen Menschen in der Schweiz wird sich bis 2045 mehr als verdoppeln. Und andererseits hat der medizinisch-technische Fortschritt auch seinen Preis: So können z.B. immer mehr Krankheiten, die früher zum Tod führten, heute (mit zum Teil sehr teuren Therapien) behandelt oder sogar geheilt werden. Darüber hinaus ist die Kostenzunahme aber auch auf ein Mengenwachstum zurückzuführen, das sich medizinisch kaum begründen lässt: Nicht alles was den Leistungserbringern gemacht oder von den Patientinnen und Patienten gewünscht und gefordert wird, ist aus medizinischer Sicht notwendig.

Die Motion verlangt Kostendämpfungsmassnahmen bei den Spitälern. Das ist grundsätzlich richtig und nachvollziehbar. Denn der grösste Kostenblock auch mit dem grössten Kostenwachstum ist eindeutig dort. Von den Mehrausgaben im Jahr 2016 entfielen 81,1% auf die Ausgabensteigerung bei den Spitälern.

Ob die Einführung eines Globalbudgets das richtige Instrument ist, um das Kostenwachstum zu bremsen, lässt sich ohne vertiefte Abklärungen nicht abschliessend sagen. Insbesondere ist nicht klar, welche Konsequenzen die möglichen Umsetzungsvarianten für die Versorgung hätten und wie praktikabel die Instrumente letztlich im Vollzug sind. Ziel muss es sein, dass bei jenen Leistungen gespart wird, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind. Ob und inwieweit dies mit Hilfe eines Globalbudgets erreicht werden kann, braucht noch vertiefte Abklärungen. Je nach Ausgestaltung des Globalbudgets braucht es auch zusätzliche gesetzliche Grundlagen im kantonalen Recht. Auch für die Beiträge der Krankenversicherer wäre die Ausgestaltung sehr wichtig. Da ein Globalbudget letztlich nur sinnvoll mit einer gleichzeitigen Beschränkung der Leistungsmengen der Spitäler funktioniert, wären sie z.B. bei Leistungen, die über oder unter dem Leistungsauftrag liegen, nicht mehr verpflichtet einen Beitrag zu leisten.

Ähnlich verhält es sich mit der Senkung des Referenztarifs. Auch hier sind vertiefte Abklärungen notwendig, um darüber entscheiden zu können. Die Einsparungen müssen insbesondere den zusätzlichen Aufwand bei der Administration rechtfertigen (Ertelung von Kostengutsprachen).

Mit dem Referenztarif bestimmen die Kantone, welchen Maximalbetrag sie bei ausserkantonalen Hospitalisationen bezahlen. Zurzeit bezahlt der Kanton Luzern (maximal) jenen Betrag, den er für die gleiche Behandlung im Luzerner Kantonsspital (Akutomatik und Neurorehabilitation), in der Luzerner Höhenklinik Montana (Rehabilitation) oder in der Luzerner Psychiatrie (Psychiatrie) bezahlen müsste. Er ermöglicht so der Bevölkerung eine grosse Spitalwahlfreiheit.

Wird der Referenztarif gesenkt, müssen die Patientinnen und Patienten bei ausserkantonalen Wahlgriffen einen Teil der Kosten selber übernehmen, falls der Tarif dort höher ist als der Referenztarif und sie keine Zusatzversicherung hierfür haben. Der Referenztarif hat hingegen keinen Einfluss auf ausserkantonale Spitalaufenthalte, die medizinisch indiziert sind (Notfall, kein Angebot im Kanton Luzern). Der Kanton übernimmt hier 55 Prozent der vollen Kosten der Behandlung gemäss dem ausserkantonalen Tarif, auch wenn dieser höher ist als der Referenztarif. Um festzustellen, ob und wie lange eine ausserkantonale Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, wird in der Regel eine Kostengutsprache verlangt.

Aus all diesen Gründen beantragen wir, die Motion als Postulat zu überweisen.

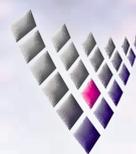


# Schutz fürs echte Leben<sup>\*1-3</sup>



Bei nvVHF und Niereninsuffizienz – Xarelto®

- ◆ Wirksame Schlaganfallprophylaxe<sup>1-3</sup>
- ◆ Signifikante Reduktion der tödlichen Blutungen<sup>#4</sup>



**Xarelto**<sup>®</sup>  
rivaroxaban

\*Prospektive Real-Life-Studien («echtes Leben») bestätigen das in der Phase-III-Studie gezeigte positive Nutzen-Risiko-Profil.  
 #Im Vergleich zu VKA, kein Unterschied bezüglich schwerer und nicht schwerer, klinisch relevanter Blutungen (1° Endpunkt).  
 nvVHF = Nicht-valvuläres Vorhofflimmern, VKA = Vitamin K-Antagonisten

**Referenzen:** 1. Patel *et al.* Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. *N Engl J Med* 2011; 365:883–91. 2. Camm *et al.* XANTUS: a real-world, prospective, observational study of patients treated with rivaroxaban for stroke prevention in atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2016 Apr 7;37(14):1145–53. 3. Hecker J *et al.* Effectiveness and safety of rivaroxaban therapy in daily-care patients with atrial fibrillation. Results from the Dresden NOAC Registry. *Thromb Haemost.* 2016;115(5):939-49. 4. Fox *et al.* Prevention of stroke and systemic embolism with rivaroxaban compared with warfarin in patients with non-valvular atrial fibrillation and moderate renal impairment. *Eur Heart J.* 2011;32(19):2387-94.

**Gekürzte Fachinformation Xarelto® (Rivaroxaban):** Direkter Faktor Xa-Inhibitor **Z:** Filmtabl. zu 10, 15 und 20mg Rivaroxaban **I:** a) Thromboseprophylaxe bei grösseren orthopädischen Eingriffen a. d. unteren Extremitäten wie Hüft- und Knieprothesen. b) Behandlung von Lungenembolie (LE) und tiefer Venenthrombose (TVT) sowie Prophylaxe rezidivierender TVT und LE. c) Schlaganfallprophylaxe und Prophylaxe system. Embolien bei nicht-valvulärem Vorhofflimmern. **D:** a) 1x/Tag 10mg. b) 2x/Tag 15mg für die ersten 21 Tage, gefolgt von 20mg 1x/Tag c) 1x/Tag 20mg; bei Krea-Cl 15-49ml/min: 1x/Tag 15mg. 15mg und 20mg mit Mahlzeit einnehmen. **KI:** Überempfindlichkeit auf Inhaltsstoffe, akute bakt. Endokarditis, klin. sign. aktive Blutungen, schw. Lebererkrankung/ Leberinsuffizienz (LI) mit relev. erhöhtem Blutungsrisiko; leichte LI in Komb. mit Koagulopathie, dialysepf. Niereninsuffizienz (NI), akute gastrointestinale (GI) Ulzera oder GI ulzerative Erkrankungen, Schwangerschaft, Stillzeit. **W:** Komedikation (siehe «IA»); <18 Jahre; künstl. Herzklappen; d. Hämostase beeinfl. Arzneimittel. **VM:** NI (Krea-Cl 15-29ml/min) od. NI in Komb. mit Arzneimittel, die den Xarelto®-Plasmaspiegel erhöhen, erhöhtes Risiko unkontrollierter Blutungen und hämorrhag. Diathese, kurz zurückliegender hämorrhag. Schlaganfall, intrakran. o. intrazerebr. Hämorrhagie, kürzlich aufgetretene GI Ulzera/ulzerative Erkrankungen, schwere unkontrollierte Hypertonie, vask. Retinopathie, intraspinale o. intrazerebr. Gefässanomalien, kurz zurückliegende Hirn-, Spinal-, Augen-OP, Bronchiektasie oder pulmonale Blutung in der Anamnese, Spinalanästhesie und -punktion, mind. 24 Stunden vor invasiven Verfahren/ chirurgischen Eingriffen absetzen, gleichzeitige Gabe von d. Hämostase beeinfl. Arzneimitteln. Einzelfälle von Agranulozytose und SJS wurden berichtet. **Häufige UAW:** Blutungen, Anämie, Schwindel, Kopfschmerz, Augenblutungen, Hämatome, Epistaxis, Hämoptysis, Nausea, Obstipation, Durchfall, Leberenzym erhöhungen (ASAT, ALAT), Pruritus, Rash, Schmerzen i. d. Extrem., Fieber, periph. Ödem, Asthenie. **IA:** Starke CYP 3A4 + P-gp -Inhib. (Ritonavir, Ketoconazol), starke CYP 3A4 + P-gp -Induk. (Rifampicin, Carbamazepin, Phenobarbital, Johanniskraut), d. Hämostase beeinfl. Arzneimittel. **Packg.:** 10mg à 10 und 30; 15mg und 20mg à je 14, 28 o. 98 Filmtabl.; jew. Spitalpackung 10x1 Filmtabl. (B), kassenzulässig. Für weitere Informationen siehe [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch). Vertrieb: Bayer (Schweiz) AG, Grubenstr. 6, 8045 Zürich. L.CH.MKTHC.02.2017.1074-DE/FR/IT