

vsao Journal

Das Journal des Verbandes Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Leere

Beklemmend
und befreiend

Seite 32

Politik

42+4 auf dem
Vormarsch

Seite 6

Hypertonie

Alles unter
Kontrolle?

Seite 52

Rückenschmerzen

Eine klinische
Herausforderung

Seite 55



Allgemeine Innere Medizin

30.01. – 03.02.24 Basel 40 SGAIM
11. – 15.06.2024 Zürich 40 h
13. – 16.11.2024 Zürich 32 h

Innere Medizin

25. – 29.06.2024 Zürich
03. – 07.12.2024 Zürich

Hausarzt Fortbildungstage

07. – 08.03.2024 St. Gallen
14. – 15.03.2024 Bern
05. – 06.09.2024 Basel
12. – 13.09.2024 Bern
27. – 28.09.2024 Luzern

Allergologie

27. – 28.11.2024 Zürich

Anästhesiologie und Intensivmedizin

04. – 05.06.2024 Zürich

Diabetes

07. – 09.11.2024 Zürich

EKG

10. – 11.06.2024 Zürich Grundkurs
28. – 29.10.2024 Zürich Aufbaukurs

Gynäkologie

02. – 04.05.2024 Zürich
28. – 30.11.2024 Livestream

Kardiologie

15. – 16.11.2024 Zürich

Nephrologie

27. – 28.09.2024 Zürich

Neurologie

29. – 30.11.2024 Zürich

Ophthalmologie

13. – 14.06.2024 Zürich

Pädiatrie

11. – 13.04.2024 Zürich
28. – 30.10.2024 Zürich

Pneumologie

03. – 04.05.2024 Zürich

Psychiatrie und Psychotherapie

06. – 08.06.2024 Zürich
07. – 09.11.2024 Livestream

Psychologie

26. – 28.11.2024 Livestream

Rheumatologie

03. – 04.12.2024 Zürich

Urologie

24.05.2024 Zürich

Teilnahme vor Ort oder via Livestream

Update Refresher

Information / Anmeldung

Tel.: 041 567 29 80
info@fomf.ch
www.fomf.ch

FOMF Bonus – Rabattcode*: INVSA00224

* gültig bis zum letzten Kurstag, 10 CHF auf Gesamtveranstaltung & Mitgliedschaft, nicht rückwirkend einlösbar



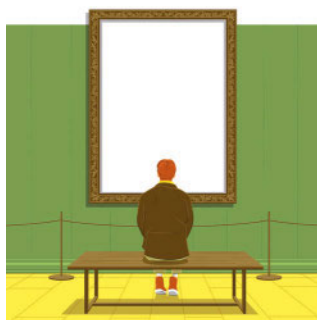
**«Bei der Medienwahl
achten wir auf Qualität,
Reichweite und Wirkung.
Das Q-Label hilft uns dabei.»**

ANJA HÄNNI

Head of Print, Radio, OOH, dentsu Switzerland



Inserieren mit optimaler Werbewirkung



Leere
Beklemmend und befreiend
Coverbild: Stephan Schmitz

Editorial

- 5 Schillernde Leere

Politik

- 6 Ermutigende Signale für 42+4
9 Auf den Punkt gebracht

Weiterbildung/ Arbeitsbedingungen

- 10 «Der grosse Leistungsdruck ist eine Besonderheit der ärztlichen Berufsgruppe»
13 Andere Länder – andere Medizin? Notfallmedizin in der Grossstadt
16 Next Level Effektive patientenzentrierte Kommunikation
21 Forschen lernen

vsao

- 22 Das Ansehen des Arztberufes wahren
24 Neues aus den Sektionen
29 vsao-Inside
30 vsao-Rechtsberatung

Fokus: Leere

- 32 Ausschalten geht nicht
34 Pforten zum Unbekannten
38 «Ein Gefühl, das nur schwer auszuhalten ist»
41 Von alten Flaschen und neuen Gullydeckeln
44 Das unbeschriebene Blatt
46 Die Schönheit der verlassenenen Orte
50 Einladung zur Langsamkeit

Perspektiven

- 52 Aktuelles zum Bluthochdruck: Die Hypertonie im Griff – oder doch nicht?
55 Aus der «Therapeutischen Umschau» – Übersichtsarbeit: Rückenschmerzen – spezifisch oder unspezifisch?
61 My Way

mediservice

- 62 Briefkasten
63 Carsharing – wer zahlt bei einem Unfall?
64 Die Wahl der passenden Pensionskasse
66 Impressum

vsao Journal: neue Redaktionsmitglieder gesucht

Sind Sie vielseitig interessiert und haben Lust, das vsao Journal mitzuprägen?

Gewinnen Sie einen Einblick in unsere Arbeit, und nehmen Sie unverbindlich an einer Redaktionssitzung teil. Hauptaufgaben der Redaktion sind

- die thematische Planung der Hefte,
- die Suche nach Autorinnen und Autoren,
- die regelmässige Teilnahme an den Sitzungen (sechs abendliche Sitzungen und eine Retraite).

Interessiert? Dann melden Sie sich unter journal@vsao.ch.
Wir freuen uns auf neue Gesichter.

Lachen und Träume für unsere Kinder im Spital

Jede Woche erhalten die Kinder im Spital Besuch von den Traumdoktoren. Ihre Spende schenkt Lachen. Herzlichen Dank. www.theodora.ch

Stiftung
THEODORA
Mehr als nur Lachen

Jetzt mit TWINT
spenden!

QR-Code mit der
TWINT App scannen
Betrag und Spende
bestätigen



IBAN CH51 0900 0000 1006 1645 5

Ich brauche zu meinem
Wohnsitz einen
neuen Job.

Wir können Ärztinnen und Ärzten einiges bieten, weil wir sie gut verstehen.

Als mediservice vsao-Mitglied gehören Sie zu einer privilegierten Gruppe: Sie haben exklusiven Zugang zu einem Online-Stellenvermittlungsportal und auf eine Online-Agenda mit Seminarangeboten. Als angehender Arzt können Sie zudem exklusiv an Laufbahn-Kongressen auf höchstem Niveau teilnehmen. www.mediservice-vsao.ch

 **mediservice**
vsao | asmac



Regula Grünwald
Chefredaktorin vsao Journal

Schillernde Leere

Inder griechischen und zum mindesten anfänglich auch in der römischen Antike war die *scriptio continua* die vorherrschende Schreibweise. Ein charakteristisches Merkmal dieser Schreibweise war – wie bereits der Name sagt – die fortlaufende Schrift ohne Leerzeichen. Um die einzelnen Wörter besser erkennen und so den Text verstehen zu können, wurde in der Regel laut gelesen.

Wie wohlthuend etwas Leere in manchen Fällen sein kann, werden Sie wohl beim Lesen dieser Zeilen bemerkt haben. In anderen Fällen – beispielsweise wenn man nach Ladenschluss mit leerem Magen den ebenfalls leeren Kühlschrank öffnet – ist sie etwas weniger angenehm.

Diese Ambivalenz des Begriffs «Leere» bilden wir auch in unserem Fokusteil ab: Positiv konnotiert ist sie im Zusammenhang mit der Meditation, wo das Erfahren der Stille eines der Ziele ist. Auch im Kalender ist die freie, unstrukturierte Zeit gern gesehen, bietet sie doch den Nährboden für Kreativität und Musse. Nicht besonders gut mit Leerstellen umgehen kann hingegen unser Gehirn, das diese unbewusst mit Interpretationen auffüllt, um eine «sinnvolle» Welt zu erschaffen. Und nur schwer auszuhalten ist das Gefühl der inneren Leere, unter dem Menschen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung häufig leiden.

In sich etwas ambivalent sind die vertrauten und zugleich irritierenden liminalen Räume im Film sowie die schaurig-schönen Orte, die entstehen, wenn Gebäude über längere Zeit leer stehen. Und schliesslich beschäftigen wir uns im Fokusteil mit – ziemlich wertneutralen – leeren Flaschen und gebrauchten Batterien.

Die Reduktion der Arbeitszeit ist vielen vsao-Mitgliedern ein wichtiges Anliegen. Eine mögliche Lösung ist die Umsetzung der 42+4-Stunden-Woche in den Spitälern – anstelle der heute üblichen 50 Stunden Sollarbeitszeit. In der Rubrik «Politik» zeigen wir auf, wie der aktuelle Stand ist und was im neuen Jahr erwartet werden kann.

Der grosse Leistungsdruck und die langen, unregelmässigen Arbeitszeiten machen es für viele Ärztinnen und Ärzte nicht einfach, Beruf und Privatleben zu vereinbaren. Die Fachstelle UND berät vsao-Mitglieder diesbezüglich kostenlos. Mehr dazu erfahren Sie in der Rubrik «Weiterbildung/Arbeitsbedingungen».

Und schliesslich wartet das vsao Journal 2024 mit einigen wiederkehrenden Formaten auf: Welche Erfahrungen machen vsao-Mitglieder im Ausland? Und wie können frischgebackene Oberärztinnen und Oberärzte den überfachlichen Herausforderungen ihrer neuen Funktion begegnen? In zwei Artikelserien widmen wir uns diesen Fragestellungen. In der Kolumne «Forschen lernen» bietet Lukas Staub, klinischer Epidemiologe und Redaktionsmitglied des vsao Journals, praktische Tipps für die klinische Forschung. Ausserdem gibt Klara Landau, emeritierte Professorin für Ophthalmologie und erste Klinikdirektorin am Universitätsspital Zürich, in der Rubrik «Perspektiven» einen Einblick in ihren bewegten Werdegang.

Ermutigende Signale für 42+4

Die 42+4-Stunden-Woche ist im Aufwind. Dabei helfen unter anderem die Verhandlungen für einen neuen Gesamtarbeitsvertrag in Zürich sowie diverse politische Vorstösse auf kantonaler und kommunaler Ebene.

Philipp Thüler, Leiter Politik und Kommunikation / stv. Geschäftsführer vsao



Dank politischen Vorstössen werden die Arbeitszeiten von Ärztinnen und Ärzten auch auf Parlaments-ebene debattiert, so zum Beispiel im Zürcher Kantonsrat (links) und im Luzerner Kantonsrat (rechts).

Vieles spricht für die 42+4-Stunden-Woche (siehe Kasten). Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass das Konzept im Aufwind ist; immer mehr Kliniken setzen es um oder schmieden zumindest Pläne dafür.

Das Institut für Intensivmedizin des Universitätsspitals Zürich führte die 42+4-Stunden-Woche als Pilotprojekt ein und wurde dafür mit der vsao-Spitalrose ausgezeichnet. Aus dem Pilotprojekt ist mittlerweile Regelbetrieb geworden. Auch die Ausweitung auf Oberärztinnen und -ärzte ist geplant. Weitere Spitäler und Kliniken sind daran, Pilotprojekte zu lancieren, so zum Beispiel das Paraplegiker-Zentrum in Nottwil.

In der Integrierten Psychiatrie Winterthur (ipw) gilt für Assistenzärztinnen und -ärzte seit Januar 2024 die 42+4-Stunden-Woche. Dies ist das Resultat der Ver-

handlungen mit dem vsao Zürich, die nötig wurden, nachdem die Zürcher Sektion des vsao den Gesamtarbeitsvertrag (GAV) mit den Zürcher Spitälern per Ende Dezember 2023 gekündigt hatte. Die Gespräche über eine neue Regelung und konkret eine Senkung der Sollarbeitszeit auf wöchentlich 42+4 Stunden laufen mit den anderen kantonalen Kliniken (Universitätsspital Zürich, Kantonsspital Winterthur und Psychiatrische Universitätsklinik Zürich) weiter. Der vsao Zürich will sich und seinen Partnern für den Abschluss dieser Verhandlungen noch bis Mitte Jahr Zeit geben.

Politische Vorstösse in drei Kantonen

Nicht nur die Kündigung eines GAV eignet sich als Ausgangspunkt, um bessere Arbeitsbedingungen auszuhandeln. Auch politische Vorstösse auf kantonaler oder

kommunaler Ebene sind ein Erfolg versprechender und lohnender Weg. Vier Beispiele aus dem vergangenen Jahr zeigen dies auf.

Im Zürcher Kantonsrat reichten die Parlamentarier Patrick Hässig (GLP), Alan David Sangines (SP), Josef Widler (Mitte) und Benjamin Walder (Grüne Partei) eine Anfrage ein, in der sie unter anderem wissen wollten, wie der Regierungsrat zu einer 42+4-Stunden-Woche für die Assistenzärzteschaft stehe. Der Regierungsrat antwortete, dass es Sache der Sozialpartner sei, Arbeitszeitmodelle zu definieren. Es sei aber zu begrüßen, wenn die Spitäler «unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften solche innovativen und neuen Arbeitszeitmodelle erproben», heisst es weiter in der Antwort.

Positive Antwort des Zürcher Stadtrats

In der Stadt Zürich forderte eine von den Gemeinderatsmitgliedern Patrick Hässig (GLP) und Reis Luzhnica (SP) lancierte Motion die Einführung der 42+4-Stunden-Woche für Assistenzärztinnen und -ärzte in städtischen Gesundheitsorganisationen. Der Stadtrat lehnte den Vorstoss zwar aus juristischen Gründen ab, merkte aber an, dass er dem Anliegen positiv gegenübersteht. Er wolle allerdings «nicht nur attraktive Arbeitsregelungen in der Stadt, sondern auch solche, die kantonale oder schweizweit gültig sind». Es sei deshalb eine kantonale Lösung gefordert, «damit alle Spitäler die gleichen Ausgangsbedingungen haben».

Der Gemeinderat überwies die Motion trotzdem mit deutlicher Mehrheit an den Stadtrat, womit dieser nun bis in spätestens zwei Jahren einen entspre-



chenden Gesetzesentwurf vorzulegen hat, der die Arbeitszeit für Assistenzärztinnen und -ärzte in den städtischen Gesundheitsorganisationen auf maximal 42 Stunden beschränkt und zudem vier Stunden Weiterbildung garantiert.

Ausstehende Debatten in Zug und Luzern

Im Zuger Kantonsrat reichte die Fraktion «Alternative – die Grünen» eine Interpellation ein, die auf die Ergebnisse der vsao-Mitgliederumfrage Bezug nimmt und unter anderem die Frage stellt, ob der Regierungsrat es begrüßen würde, wenn in den Zuger Spitälern die Arbeitszeit für Ärztinnen und Ärzte reduziert und fixe Weiterbildungszeiten eingeführt würden. Der Regierungsrat verweist in seiner Antwort auf die Arbeitgebenden.

«Die Verantwortung zur Umsetzung des Gesundheitsschutzes obliegt den Arbeitgebenden», schreibt er. Zugleich hält er aber auch fest, dass es in deren Interesse liege, «die Arbeitszeit innerhalb der gesetzlichen Vorgaben derart zu gestalten, dass sie ein attraktiver Arbeitgeber bleiben». Die parlamentarische Debatte zum Geschäft steht noch aus, sie wurde bereits mehrfach verschoben und war zuletzt für Ende Januar angekündigt (nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe).

Im Kanton Luzern reichte die Kantonsrätin Melanie Setz (SP) einen ähnlichen Vorstoss ein, verwies ebenfalls auf die Ergebnisse der vsao-Umfrage und wollte vom Regierungsrat wissen, wie er

zu einer Einführung des 42+4-Modells steht. Auch die Luzerner Regierung verwies in erster Linie auf die Verantwortung der Arbeitgebenden. Sie vertrete «die Haltung, dass die Spitäler wie alle Arbeitgeber angehalten sind, ihre Arbeitsbedingungen und Prozessabläufe so auszugestalten, dass Burnouts bei ihren Mitarbeitenden vermieden werden». Wie diese Antwort im Parlament aufgenommen wird, ist auch in Luzern noch nicht klar. Die Debatte war ebenfalls für Ende Januar angekündigt (nach Redaktionsschluss dieser Ausgabe).

Umsetzungstipps auf der vsao-Website

Die Beispiele zeigen auf jeden Fall, dass auch Vorstösse auf kantonaler und kommunaler Ebene ein wirksames Mittel sein können, um auf bestehende Probleme und mögliche Lösungswege aufmerksam zu machen und allenfalls sogar eine Verbesserung zu bewirken.

Weitere Informationen zum aktuellen Stand der Verhandlungen und der politischen Vorstösse, zu den nötigen Voraussetzungen und den Vorteilen einer Einführung der 42+4-Stunden-Woche sowie Tipps, wie Ärztinnen und Ärzte selbst aktiv werden können, um die Sollarbeitszeit an ihrem Spital zu reduzieren, finden sich auf unserer Website unter www.vsao.ch/42plus4.

Ein sinnvolles Arbeitszeitmodell

Die 42+4-Stunden-Woche für Assistenzärztinnen und -ärzte mit wöchentlich 42 Stunden Dienstleistung rund um die Patientenbetreuung und vier Stunden strukturierter Weiterbildung bietet mehrere Vorteile. Sie kommt dem Bedürfnis der Ärzteschaft nach kürzeren Arbeitszeiten und besserer Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben entgegen. Übermüdung und Überlastung können eher vermieden werden, was für die Gesundheit und Motivation des Personals förderlich ist und gleichzeitig auch die Qualität und die Patientensicherheit erhöht.

Mit diesem Arbeitszeitmodell können Arbeitgeber zudem das Arbeitsgesetz besser einhalten, da die Höchstarbeitszeit von 50 Stunden pro Woche wesentlich seltener überschritten wird, wenn mit weniger Stunden geplant wird. Weiter können Assistenzärztinnen und -ärzte die strukturierte Weiterbildung eher im erforderlichen Mass beziehen, da diese fix eingeplant wird. Das alles trägt dazu bei, dass Spitäler mit einer 42+4-Stunden-Woche im Wettbewerb um die Fachkräfte einen erheblichen Vorteil haben gegenüber der Konkurrenz, die weiterhin mit der 50-Stunden-Woche plant.



@vsaoasmac

Ihre Bedürfnisse im Mittelpunkt

medicus

Bewertungen, Löhne, Arbeitszeiten, Kitas, Jobs - und noch viel mehr: medicus ist das umfassende Portal für Ihre Karriere. Dort finden Sie die optimal zu Ihnen passende Stelle!

Die Spitäler und vsao-Sektionen bieten Ihnen wichtige Informationen zu den Arbeitsbedingungen. Den wichtigsten Beitrag leisten jedoch Sie: Bewerten Sie anonym Ihren bisherigen Arbeitgeber. Damit helfen Sie anderen – und profitieren selber von deren Erfahrungen.

 www.medicus.ch

Feedback-Pool

Für Sie als Mitglied ist sie zentral: die Weiterbildung. Deshalb fühlen wir unserer Basis mit Umfragen regelmässig den Puls dazu. Dank dieses Feedback-Pools können wir unsere Verbandsarbeit gezielt auf Ihre Anliegen ausrichten.

Wollen Sie mitmachen?
Dann schreiben Sie an
sekretariat@vsao.ch.

 www.vsao.ch/studien-und-umfragen

Visitationen

Wie gut ist die Weiterbildung in den Kliniken? Dieser Frage gehen die Visitationen auf den Grund. Zu den Expertenteams gehört immer jemand vom vsao. Die Besuche vor Ort dienen dazu, Verbesserungsmöglichkeiten zu erkennen. Denn Sie als unser Mitglied sollen von einer hohen Weiterbildungsqualität profitieren.

Falls Sie selber Visitationen begleiten möchten: eine E-Mail an visitationen@vsao.ch, und Sie erfahren mehr!

 www.vsao.ch/visitationen

Arztberuf und Familie

- Wie bringe ich Familie, Freizeit und Beruf unter einen Hut?
- Wie steige ich nach der Babypause wieder ein?
- Wie meistere ich die täglichen Herausforderungen?

Antworten auf solche Fragen erhalten Sie als vsao-Mitglied bei unserem kostenlosen Coaching. Die Beratung erfolgt telefonisch durch die Fachstelle UND.

 044 462 71 23

 info@fachstelle-und.ch

 www.vsao.ch/telefoncoaching

42+4 – Schritt für Schritt auf allen Ebenen

«My doctor says that I have a malformed public-duty gland and a natural deficiency in moral fibre», Ford muttered to himself, «and that I am therefore excused from saving Universes.»

Aus «The Hitchhiker's Guide to the Galaxy»

Wer «The Hitchhiker's Guide to the Galaxy» gelesen hat, kennt 42 als «Answer to the Ultimate Question of Life, the Universe, and Everything». Wir haben zwar noch eine Vier draufgelegt, können damit aber trotzdem nicht die Antwort auf alle Fragen, Probleme und Herausforderungen in unserem Gesundheitswesen bieten. Das war auch nie unser Anspruch. Im Unterschied zu Arthur Dent auf seiner Reise durch die Galaxie sind wir dafür aber nicht nur Mitfahrende. Wir sitzen am Steuer oder haben zumindest eine Hand am Steuerrad und können so den Weg mitbestimmen.

42+4 hat im letzten Jahr einige Gemüter bewegt und die Emotionen teilweise höhergehen lassen. Gewisse Bedenken und Fragen waren verständlich und nachvollziehbar, andere etwas weniger. Vieles konnte in direkten Gesprächen er- und geklärt werden.

42+4 ist ein Modell, ein Planungsansatz. Das klingt zunächst nach wenig. Diese Zahlen stehen aber sinnbildlich für ein grundlegendes Umdenken. Wenn Ärztinnen und Ärzte im wöchentlichen Dienstplan mit 42 Stunden Dienstleistung rund um die Patientenbetreuung und vier Stunden strukturierter Weiterbildung eingeplant werden, hat das mehrere Vorteile. Der geltende arbeitsrechtliche Rahmen kann eingehalten werden. Das bedarf eigentlich keiner weiteren Rechtfertigung und Begründung, ist für jeden Arbeitgeber Pflicht und für die Arbeitnehmenden nur fair. Gleichzeitig wird damit die im Arztberuf notwendige Flexibilität im Arbeitsalltag ermöglicht. Diese gilt – nebst dem Workload – als Hauptgrund für die Überschreitung der Höchstarbeits- und Überzeitgrenzen. Doch nur wenn nicht konstant am wöchentlichen Höchstlimit oder darüber hinaus geplant und gearbeitet wird, besteht die Möglichkeit, Über- und Unterstunden zu einem gewissen Grad miteinander zu verrechnen.

Mit dem Modell 42+4 verfolgt der vsao das Ziel, mehr Raum für ärztliche Tätigkeiten und (insbesondere strukturierte) Weiterbildung zu schaffen. Das dürfte in unser aller Interesse sein. Selbstverständlich genügt eine Umstellung der Planung allein

nicht, um dies zu erreichen. Eine korrekte und transparente Dienstplanung ist ein wichtiges Element. Daneben braucht es aber weitere Anstrengungen. Etwa eine Anpassung und Optimierung von Prozessen, die Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von nicht ärztlichen oder gar unnötigen Aufgaben und teilweise auch ein Umdenken und einen gewissen Kulturwandel bei den Vorgesetzten.

Im letzten Jahr hat sich in diesem Bereich bereits einiges bewegt. Das Modell 42+4

konnte in Gesamtarbeitsverträgen und in Weiterbildungsprogrammen verankert werden. Das sind deutliche Signale, dass ein breiter Wille da ist, diesen Weg zu beschreiten. Immer mehr Spitäler und Kliniken passen ihre Arbeits- und Planungsmodelle an und positionieren sich damit nicht zuletzt als attraktivere Arbeitgeber.

Der vsao hat mit seinem Runden Tisch die Diskussion zu diesem Thema mit den wichtigsten Partnern angestoßen und arbeitet auf drei «Pisten» (Weiterbildung, Arbeitsbedingungen, Bürokratie) daran weiter, mit konkreten Massnahmen, alle mit dem gleichen Ziel, die Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen für die jungen Ärztinnen und Ärzte zu verbessern.

Denn gute und faire Arbeitsbedingungen sind noch immer eines der besten Argumente, um gesunden, motivierten und zufriedenen Nachwuchs für den Arztberuf zu gewinnen und zu halten.

Auf den Punkt gebracht



Simon Stettler,
Geschäftsführer vsao

«Der grosse Leistungsdruck ist eine Besonderheit der ärztlichen Berufsgruppe»

Seit 2013 haben die Mitglieder des vsao Anspruch auf ein Coaching bei der Fachstelle UND. Diese berät vor allem bei Fragen zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben. Birgit Lauber, Geschäftsführerin der Fachstelle UND, kennt die Anliegen der Rat suchenden Personen.

Yvonne Stadler, Leiterin Recht / stv. Geschäftsführerin vsao



Der hohe Leistungsdruck und die langen und unregelmässigen Arbeitszeiten machen es für Ärztinnen und Ärzte nicht einfach, Beruf und Privatleben zu vereinbaren. Die Fachstelle UND bietet Unterstützung.

Frau Lauber, wie ist das Vorgehen, wenn ich mich für ein Coaching bei der Fachstelle UND interessiere?

Besteht eine Frage zur Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, dann kann uns die Rat suchende Person telefonisch oder per E-Mail kontaktieren. Innerhalb von ein bis drei Tagen meldet sich eine Beraterin oder ein Berater bei der Person für eine Terminvereinbarung. Alle vsao-Mitglieder haben Anspruch auf zweimal 30 Minuten Telefoncoaching. Natürlich sind zusätzliche Coachings auf eigene Kosten möglich. Erfahrungsgemäss reichen aber die zwei Telefoncoachings in den allermeisten Fällen aus. Alle Gespräche sind streng vertraulich. Das Coaching selbst dient dazu, herauszufinden, was genau die Person benötigt und ob weitere Massnahmen angezeigt sind.

Von welchen weiteren Massnahmen sprechen wir da?

Bei Rechtsfragen beispielsweise verweisen wir die Personen an die Sektionsjuristinnen und -juristen des vsao, denn Mitglieder haben Anspruch auf eine Rechtsberatung und -vertretung. Daneben gibt es Situationen, in denen ein Follow-up in Form eines weiteren Coachings nötig ist. Die Fachstelle UND analysiert die Situation, versucht Inputs zu geben und bietet eine Art Hilfe zur Selbsthilfe. Wir zeigen die Aussensicht, erweitern die Perspektive und helfen, die andere Seite zu verstehen. Das kann sehr schnell zu einer Lösungsfindung führen.

Gibt es konkrete Situationen, die in den Coachings häufig vorkommen?

Personen melden sich oft, wenn sie merken, dass sie nicht mehr in einer guten Balance sind und den eigenen oder externen Ansprüchen in den verschiedenen Lebensbereichen nicht mehr gerecht werden können. Häufig geschieht dies bei grösseren Veränderungen im Lebensalltag, beispielsweise bei der Gründung einer Familie, einem neuen Karriereschritt oder wenn Angehörige erkranken.

Da tauchen häufig ähnliche Fragen auf, zum Beispiel: «Wie bringe ich Familie und Arbeit unter einen Hut?», «Wie gelingt mir der Wiedereinstieg?», «Kann ich Teilzeit arbeiten, und wie sage ich das meinem Team?», «Wie gehe ich da am besten vor?»

Schliesslich wenden sich auch Personen an uns, wenn sie gesamthaft überlastet sind und wenn alles zu viel wird. Dann geht es um ein klassisches Ressourcenmanagement, bei dem die Fachstelle UND die

betroffenen Personen ebenfalls unterstützt und berät. Hier hat sich unser Beratungsmodell als sehr hilfreich erwiesen.

Können Sie dies näher ausführen?

Unser Beratungsmodell bildet die Komplexität einer gelingenden Vereinbarkeit gut ab. Da gibt es verschiedene Ebenen und Einflussfaktoren, die auf unsere individuelle Vereinbarkeit einwirken. Mithilfe dieses Modells gelingt es in der Regel sehr gut, zu erkennen, wo Handlungspotenziale für eine besser gelingende Vereinbarkeit sind. Die Ratsuchenden können so für sich nach guten Lösungen für ihre Herausforderungen suchen. Oftmals ist dies eine Kombination von Veränderungen auf der individuellen Ebene sowie auf der Organisationsebene, also bei der Arbeitsstelle.

Bei Letzterer stellen wir fest, dass dort sehr oft die Kulturfrage zentral ist: Wie gehen ein Spital oder eine Praxis mit Fragen der Vereinbarkeit um? Besteht eine Offenheit gegenüber diesen Themen? Getrauen sich die Arbeitnehmenden überhaupt, solche Themen anzusprechen?

Ein neuer Schwerpunkt, den wir dieses Jahr vermehrt beobachten, ist, dass vor allem jüngere Personen ihre Berufswahl aufgrund einer fehlenden Vereinbarkeit ganz grundsätzlich hinterfragen. Das zeigt, wie wichtig die Vereinbarkeit ist.

Führen Sie eine Statistik zu den Beratungen?

Ja. Gut 80 Prozent der Ratsuchenden sind Assistenzärztinnen und -ärzte, 15 Prozent sind Oberärztinnen und -ärzte, die übrigen arbeiten in einer Hausarztpraxis. Zudem rufen mit einem Anteil von 80 Prozent überwiegend Frauen an, und das Durchschnittsalter liegt bei 30 bis 35 Jahren.

Wie erklären Sie sich diese Zahlen?

Es wäre einfach, zu sagen, dass diese der klassischen Rollenverteilung geschuldet sind. Frauen scheinen bei diesen Themen einfach sensibilisierter zu sein und nehmen schneller Hilfe in Anspruch. Männer sind oft zurückhaltender. Die Fachstelle UND hat schon immer explizit beide Geschlechter angesprochen. Es ist wichtig, auch die Männer für eine gute Vereinbarkeit zu sensibilisieren, denn sie sind ja ebenfalls von den Vereinbarkeitsthemen betroffen.

Gibt es Besonderheiten bei den Beratungen von Ärztinnen und Ärzten?

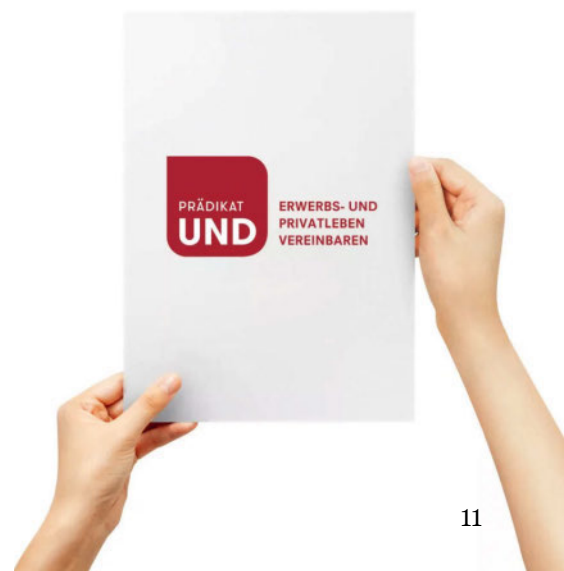
Der grosse Leistungsdruck ist eine Besonderheit der ärztlichen Berufsgruppe. Der

Zur Person



Birgit Lauber ist promovierte Chemikerin. Sie studierte an der ETH Zürich, wo sie sich mit der Erforschung und Entwicklung neuer Medikamente beschäftigte. Nach ihrer akademischen Laufbahn wechselte sie in die Beratung und unterstützte verschiedene Kunden im öffentlichen und privaten Umfeld bei Digitalisierungsprojekten. Später arbeitete sie im Management eines mittelgrossen Beratungsunternehmens und war verantwortlich für mehrere Kundensegmente sowie die Know-how-Entwicklung ihres Bereichs.

Die 39-jährige Mutter zweier Kinder kennt die Herausforderungen der Vereinbarkeit aller Lebensbereiche aus eigener Erfahrung und übernahm 2023 die Geschäftsführung der Fachstelle UND. Die Fachstelle ist das Schweizerische Kompetenzzentrum für die Vereinbarkeit von Beruf und den anderen Lebensbereichen und führt seit über 25 Jahren unabhängig und professionell Beratungen durch.



Druck entsteht aufgrund der eigenen Erwartungen an sich, aber auch aufgrund der Ansprüche von aussen, also seitens Organisation oder Gesellschaft. Hinzu kommen die aktuell üblichen langen und häufig unregelmässigen Arbeitszeiten, die ohnehin schwierig mit dem Privatleben zu vereinbaren sind. Der Ausgleich durch andere Lebensbereiche kommt als Folge davon oft zu kurz, daher ist die Vereinbarkeit gerade für diese Berufsgruppe ein grosses, aktuelles und wichtiges Thema.



Wo sehen Sie die grösste Herausforderung und wo das grösste Potenzial für die Arbeitgeber punkto Vereinbarkeit?

Eine grosse Herausforderung ist es, die Sicherstellung der medizinischen Versorgung mit den Anforderungen der Arbeitnehmenden an eine gelingende Vereinbarkeit in Einklang zu bringen.

Grosses Potenzial liegt in der Unternehmenskultur. Vereinbarkeitsthemen sollen angesprochen und offen diskutiert werden dürfen. Nur so werden Lösungen gefunden, die von allen getragen werden. Dafür braucht es eine offene und wertschätzende Unternehmenskultur.

Erhalten Sie Rückmeldungen zu Ihren Beratungen?

Wir erhalten sehr viel positives Feedback, die Beratungen werden geschätzt. Einerseits, weil wir eine neutrale Aussenstelle sind, und andererseits auch wegen unseres lösungs- und ressourcenorientierten Beratungsansatzes der Hilfe zur Selbsthilfe.

Dank unserem Beratungsmodell und unserer Beratung erkennen die Personen

Kostenloses Coaching für vsao-Mitglieder

Wie bringe ich Arztberuf und Familie/Privatleben unter einen Hut? Wie steige ich nach der Babypause wieder ein? Ist Teilzeitarbeit eine Option? Antworten und Lösungsvorschläge zu solchen oder ähnlichen Fragen erhalten vsao-Mitglieder im Rahmen eines kostenlosen Coachings durch die Fachstelle UND. Dieses findet telefonisch statt und dauert rund 30 Minuten. Bei Bedarf ist ein weiteres Gespräch möglich. Selbstverständlich wird der Inhalt aller Gespräche vertraulich behandelt.

Kontakt: info@fachstelle-und.ch oder Tel. 044 462 71 23.

ihre Ressourcen und werden befähigt, ihre Herausforderungen selbst anzugehen und ihre Probleme selbst zu lösen. Unser Coachingangebot zeigt also eine nachhaltige Wirkung.

Anzeige



**Ich möchte
als Arzt arbeiten und
meine Kinder betreuen.
Geht das?**

Das geht!
Gemeinsam machen wir es möglich!



**Wir setzen uns für Teilzeitstellen ein.
JETZT AUF [VSAO.CH](https://vsao.ch) MITGLIED WERDEN!**



Andere Länder – andere Medizin?

Notfallmedizin in der Grossstadt

Da es in der Schweiz keine anerkannte Spezialisierung in Notfallmedizin gibt, zog es Svenja Ravioli für ein Jahr nach London. Im Interview erzählt sie vom britischen Gesundheitssystem, Warteschlangen auf der Notfallstation und von den Vorteilen eines funktionierenden elektronischen Patientendossiers.

Philipp Thüler, Leiter Politik und Kommunikation / stv. Geschäftsführer vsao



Den Traum vom Leben in einer Grossstadt wie London – hier mit Blick auf den Wolkenkratzer The Shard – erfüllte sich Svenja Ravioli, indem sie ein Jahr am King's College Hospital als Notfallmedizinerin arbeitete.

Was war deine Motivation für den Aufenthalt in London?

Meine beruflichen Interessen liegen seit dem Studium im Bereich der Akutmedizin, weshalb ich nach der Weiterbildung zur Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin den Schwerpunkt für Klinische Notfallmedizin SGNOR anstrebte. Mein wissenschaftliches Interesse für notfallmedizinische Fragestellungen und die Tatsache, dass das Fach Notfallmedizin in der Schweiz nach wie vor keine anerkannte Spezialisierung ist, haben mich dazu bewogen, mich im Ausland nach Arbeitsmöglichkeiten umzusehen. Gleichzeitig war das Grossstadtleben schon immer ein Traum von mir und London dabei meine grosse Favoritin.

Im Vereinigten Königreich ist die Spezialisierung in Notfallmedizin seit über zwanzig Jahren anerkannt. Das Curriculum wird vom heutigen Royal College of Emergency Medicine, vorgegeben und umfasst das gesamte Spektrum der Notfallmedizin.

Welchen Schwierigkeiten bist du bei der Organisation des Aufenthalts begegnet?

Ein Schlüsselement in der Organisation des Auslandsaufenthalts war, die passende Arbeitsstelle zu finden, wobei die Vermittlung durch die richtigen Kontaktpersonen in London zentral war. Ein entsprechendes berufliches Netzwerk war dabei essenziell.

Weiter war es ein sehr aufwendiger und langwieriger Prozess, beim «General Medical Council» GMC die Registrierung und Zulassung als Ärztin zu erhalten. Dank abgeschlossenem Facharztstitel konnte ich mich direkt ins Spezialistenregister eintragen lassen.

Ein Blick über den Gartenzaun

In der losen Serie «Andere Länder – andere Medizin?» sprechen wir mit Ärztinnen und Ärzten, die während einer gewissen Zeit im Ausland arbeiteten. Welche Erfahrungen haben sie dabei gemacht? Was läuft besser, was schlechter als in der Schweiz?

Ärztinnen und Ärzte, die über ihre eigenen Erfahrungen berichten möchten, dürfen sich gerne bei der Redaktion melden: journal@vsao.ch.

Trotz mündlicher Zusage hat es bis kurz vor Stellenantritt gedauert, bis ich einen schriftlichen Arbeitsvertrag in den Händen hielt, was die Wohnungssuche und Kontoeröffnung in London im Vorfeld deutlich erschwert hat.

Was muss für einen Aufenthalt in Grossbritannien unbedingt beachtet werden?

Es ist sehr wichtig, sich frühzeitig mit der Registrierung beim GMC auseinanderzusetzen. Der direkte Weg zum Erhalt der nötigen und korrekten, auf Englisch verfassten Dokumente von den verschiedenen Schweizer Behörden war nicht immer offensichtlich. Die Beschaffung dieser Dokumente war mit einem erheblichen Zeitaufwand verbunden.

Was hat dir bei der Arbeit in London am besten gefallen?

Die klinische Arbeit an einem grossen universitären Notfallzentrum, wo die gesamte Breite der notfallmedizinischen Krankheitsbilder inklusive Pädiatrie und Traumatologie von einem Kernteam erstversorgt wird, war für mich ein einmaliges Erlebnis. Insbesondere in der Versorgung von Schwerverletzten konnte ich durch die Rolle des King's College Hospitals als Major Trauma Center wertvolle Erfahrungen gewinnen. Sehr bereichernd empfand ich auch das Arbeiten in einem kulturell diversen Umfeld und das vielseitige und interessante medizinische Spektrum.

Durch den enormen Druck auf das britische Gesundheitswesen und die steigenden Patientenzahlen erhielten Kompetenzen wie «Rapid Assessment and Treatment RAT» und die Aufrechterhaltung des Patientenflusses ganz neue Bedeutungen für mich. Insgesamt wird deutlich weniger Zeit für administrative Tätigkeiten aufgewendet, und es werden tendenziell mehr Patientinnen und Patienten ambulant oder in sogenannten «Same Day Emergency Care»-Units, kurz SDEC, behandelt.

Was war weniger schön?

Im Vereinigten Königreich ist die Überlastung des Gesundheitswesens deutlich spürbar, und als zentraler Knotenpunkt im Patientenstrom tragen die Notfallzentren einen Grossteil dieser Last. Im Unterschied zur Schweiz werden Patientinnen und Patienten aber kaum in andere Spitäler verlegt und kurzzeitige Ambulanzsperren, um das Notfallzentrum zu entlasten, sind eine Seltenheit. So kommt es regel-

Zur Person

Svenja Ravioli ist Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin mit Schwerpunkt Klinische Notfallmedizin und Mitglied des vsao-Geschäftsausschusses. Sie verbrachte das Jahr 2023 als Senior Clinical Fellow und Research Fellow am Emergency Department des King's College Hospital in London.

mässig vor, dass sich wartende Ambulanzen vor dem Spital aneinanderreihen und Patientinnen und Patienten während Stunden auf Ambulanztragen oder Stühlen in der Wartehalle ausharren müssen. Ebenso warten Patientinnen und Patienten nicht selten über zwölf Stunden in der Notfallkloje auf ein Spitalbett. Besonders prekär ist die Lage in der Versorgung von psychiatrischen Notfallpatientinnen und -patienten, die via somatischen Notfall eintreten und dort teilweise mehrere Tage auf ein Bett in einer psychiatrischen Klinik warten müssen.

Was sind die wichtigsten Unterschiede zwischen dem britischen und dem schweizerischen Gesundheitssystem?

Im Unterschied zu den Schweizer Krankenkassen ist der «National Health Service NHS» ein einheitliches staatliches Gesundheitssystem, das jeder im Vereinigten Königreich wohnhaften Person medizinische Versorgung garantiert. Patientinnen und Patienten erhalten nach erfolgter Behandlung keine Rechnung oder Auflistung der Kosten.

Die Hausärztinnen und -ärzte oder General Practitioners, kurz GP, übernehmen auch im britischen System eine zentrale Rolle im Lenken der Patientenwege. So führen diese im Vereinigten Königreich sogar PAP-Abstriche und Säuglingsentwicklungsuntersuchungen durch.

Gibt es Unterschiede bei den Arbeitsbedingungen für Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte?

Dazu braucht es momentan keine grossen Ausführungen, denn die News sind voll mit aktuellen Informationen zu den Junior Doctor Strikes. Die «British Medical Association BMA» ist das britische Pendant zum vsao und organisiert seit März 2023 die Streiks mit dem Ziel, den kontinuierlichen Abwärtstrend der Löhne seit 2008

sowie den damit verbundenen Verlust der realen Kaufkraft wettzumachen. Im Herbst konnte ein erster Teilerfolg erzielt werden.

Im Vergleich zur Arbeit in der Schweiz waren für mich die geleisteten Schichten zwar intensiver, dafür wurden pro Woche im Schnitt nur 40 Stunden gearbeitet, und ich hatte deutlich mehr Ferien.

Interessant ist auch das Modell des «Self-Rostering». Damit kann der eigene Dienstplan entsprechend der Anzahl vorgegebener Dienste selbst gestaltet werden, wobei als Bedingung jeden Tag ein Minimum an Personal zur Abdeckung des Bedarfs anwesend sein muss. Ich finde es bis heute erstaunlich, dass das Konzept funktioniert.

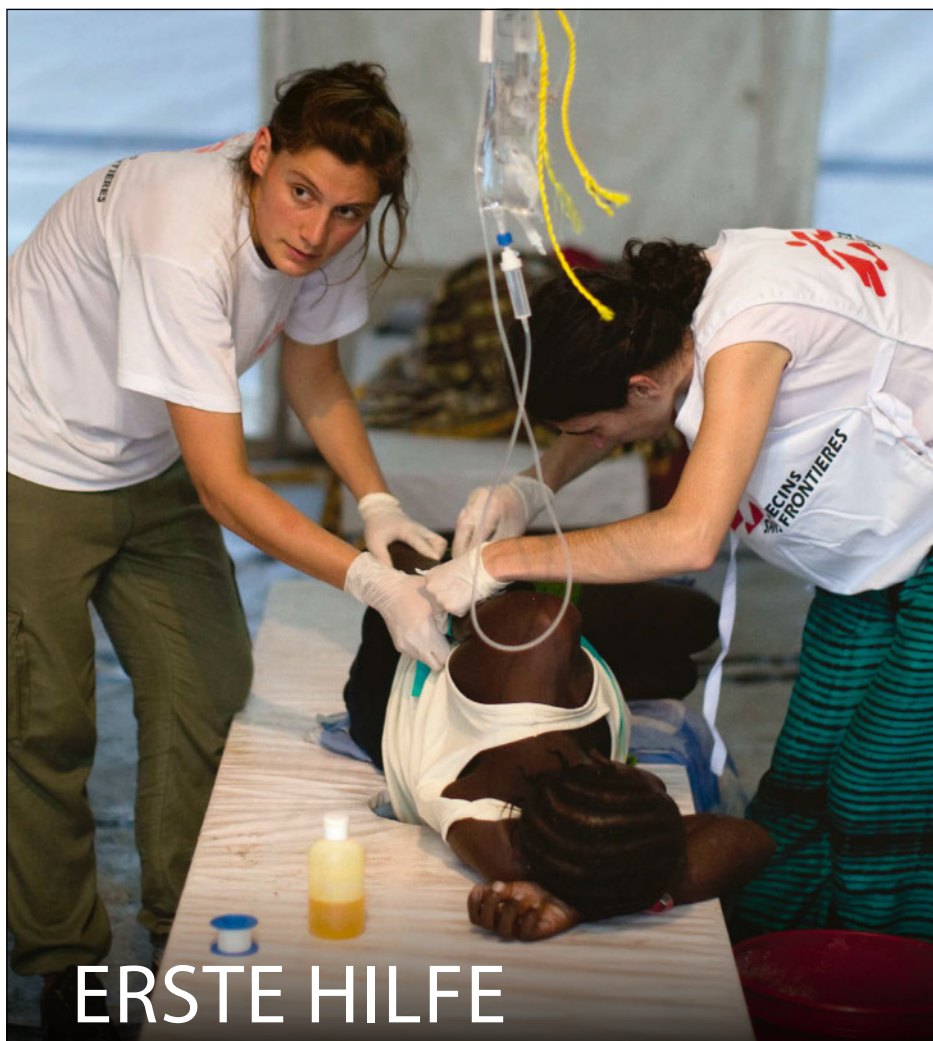
Gibt es etwas, was im britischen Gesundheitswesen besser funktioniert als in der Schweiz?

Die «London Care Records» als Form des elektronischen Patientendossiers im Grossraum London haben die alltägliche Arbeit enorm erleichtert. Medizinische Daten wie aktuelle Medikamente, Diagnosen, Berichte von Spitalaufenthalten oder Konsultationen sind für GP und Spitäler direkt auf der Plattform ersichtlich. Patientinnen und Patienten haben aber auch die Möglichkeit, die Erfassung ihrer Daten zu verweigern.

Weiter wird zumindest im Raum London die ambulante Behandlung von Patientinnen und Patienten durch Nachkontrollen in spezialisierten Ambulatorien sowie durch ausgebaute «Hospital at Home»-Services gefördert. Diese Strategie ist insbesondere in einer Zeit der omnipräsenten Bettenknappheit zentral.

Was sollte die Schweiz von Grossbritannien übernehmen?

Eine strukturierte, vollwertige Weiterbildung in Notfallmedizin, wie sie im Vereinigten Königreich angeboten wird, ermöglicht eine qualitativ hochwertige und umfassende Erstversorgung aller Notfallpatientinnen und -patienten durch Notfallmedizinerinnen und -mediziner. Aus meiner Sicht ist es an der Zeit, dass die Schweiz analog zum internationalen Trend die Spezialisierung in Notfallmedizin einführt und fördert.



ERSTE HILFE

FÜR MENSCHEN MIT LETZTER HOFFNUNG



WWW.MSF.CH
PK 12-100-2





Der Arzt informiert die Patientin über ihre Erkrankung sowie mögliche Behandlungsoptionen und bezieht sie so in die Entscheidungsfindung mit ein.

Next Level

Effektive patientenzentrierte Kommunikation

Im ärztlichen Alltag gibt es einige kommunikative Herausforderungen.
Dabei ist nicht nur wichtig, was Ärztinnen und Ärzte kommunizieren,
sondern auch, wie sie dies tun.

Dr. med. Markus Eichelberger, Spitalfacharzt I, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern

Bild: Adobe Stock

Der aktuelle medizinische Fortschritt führt dazu, dass die Distanz zwischen Ärztinnen/Ärzten und Patientinnen/Patienten immer grösser wird und die Ansprüche an die ärztlichen Kommunikationsfähigkeiten sowie die Informationsbedürfnisse der zu behandelnden Personen stark zunehmen.

Was ist patientenzentrierte Medizin?

Es besteht die Gefahr, dass Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Therapie ohne Einbezug der erkrankten Personen durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte gefällt werden. Dieses Risiko ist besonders vor dem Hintergrund der immer grösser werdenden Fragmentierung der medizinischen Behandlung und der zunehmenden Distanz zwischen ärztlichen Fachpersonen und Patientinnen und Patienten relevant [2]. Dies führt dazu, dass Letztere vor allem ein Defizit im Bereich der ärztlichen Kommunikation und der Aufklärung während eines Spitalaufenthaltes beklagen [1].

Ein relevanter Grund für das wachsende Interesse an patientenzentrierter Medizin ist, dass sich dadurch die Qualität der medizinischen Betreuung, die Patientenzufriedenheit und der klinische Verlauf verbessern [3]. Sie repräsentiert einen Wechsel von der traditionellen, paternalistisch geprägten, krankheitsorientierten Medizin zu einer Medizin, die die Bedürfnisse und Vorstellungen der Betroffenen erfasst und sie in jeder Phase der Betreuung in die Behandlung integriert [4]. Shared Decision Making (SDM) ist der zentrale Prozess in der Anwendung der patientenzentrierten Medizin.

Gemeinsam eine Entscheidung fällen

SDM ist ein Modell der Entscheidungsfindung im klinischen Kontext, gemäss dem ärztliche Fachpersonen und Betroffene – idealerweise mit deren Angehörigen – aktiv Informationen austauschen, verschiedene Behandlungsoptionen abwägen und partnerschaftlich eine Entscheidung fällen. Die Patientinnen und Patienten bringen ihre Werte und Bedürfnisse in die Diskussion ein, und die Ärztin oder der Arzt vermittelt fachliches Wissen, klinische Erfahrung und bietet eine objektive Distanz zur klinischen Problematik.

SDM bietet den Vorteil, dass die erkrankten Personen eine aktive Rolle haben, aber in der Entscheidungsfindung nicht allein gelassen werden. Aus ethischen Gründen ist SDM deshalb sehr sinn-

voll und entspricht einem zunehmenden Bedürfnis der Betroffenen. SDM erhöht deren Wissen über ihre Erkrankung und fördert deren aktiven Einbezug, weshalb unnötige Behandlungen verhindert werden können [5]. Dieser Einbezug sollte aber stets an die Wünsche der Betroffenen angepasst werden. Nicht alle Menschen wollen am Entscheidungsprozess partizipieren. Das Modell sollte deshalb flexibel angewendet werden und laufend die Patientenbedürfnisse berücksichtigen [6]. Das SDM-Modell ist in Situationen anzuwenden, in denen präferenzsensitive Entscheidungen zentral sind, z.B. wenn mehrere gleichwertige Optionen zur Behandlung vorliegen.

Um mögliche Haftpflichtansprüche oder Schadenersatzforderungen nicht fürchten zu müssen, in Situationen, in denen Betroffene z.B. die Lebensqualität höher gewichten als die Lebensdauer, ist es wichtig, korrekt aufzuklären und dies zu dokumentieren [7].

Im Gegensatz zur arztorientierten Arzt-Patienten-Beziehung erfordert die patientenzentrierte Medizin ein hohes Mass an Kommunikationsfertigkeiten. Diese Fertigkeiten können in Interventionsprogrammen gut angeeignet werden [8].

Gespräche strukturieren

Das Arzt-Patienten-Gespräch ist ein Wechsel zwischen patienten- und arztzentrierter Gesprächsführung. Im Idealfall erzählen die erkrankten Personen, bis die Ärztin bzw. der Arzt genügend Informationen hat, um Hypothesen zu formulieren, die wiederum von den Betroffenen aufgenommen und weitergeführt werden. Es gibt praktisch anwendbare Akronyme, die als Gesprächstechnik die Kommunikation mit den Patientinnen und Patienten strukturieren und erleichtern [1].

WWSZ-Technik

Vier typische Techniken der patientenzentrierten Gesprächsführung beschreiben das Akronym WWSZ:

- Warten
- Wiederholen
- Spiegeln
- Zusammenfassen

Beim Warten stellt sich die grosse Frage, wie lange man schweigen soll, ohne dass es bedrückend wird. Bis zu drei Sekunden sind nicht unangenehm. Der Augenkontakt der Ärztin oder des Arztes sollte eine Aufforderung an die Betroffenen bedeuten, d.h. eine Einladung, sich Zeit neh-

Was sind meine Aufgaben als Oberärztin/Oberarzt?

Nebst der alltäglichen Gesprächsführung mit den Patientinnen und Patienten gehört das Ansprechen heikler Themen zu den oberärztlichen Aufgaben, was eine kommunikative Herausforderung sein kann.

Dazu gehören z. B.

- das Überbringen schlechter Nachrichten,
- die Besprechung der Reanimationsentscheidungen,
- das Ansprechen eines Therapieabbruchs,
- ein Gespräch bei Behandlungsfehlern,
- das Ansprechen von Alkoholkonsum,
- das Ansprechen von häuslicher Gewalt,
- die Gesprächsführung mit einem Dolmetscher.

Aber auch das Alltagsgespräch auf der klinischen Visite oder an Rundtischgesprächen kann herausfordernd sein ([1], dort S. 44–62).

men zu können, zu überlegen, wie sie ihr Anliegen formulieren möchten. Umgekehrt kann die Pause das Gesagte auch hochstufen. Das Wiederholen hat seine Wirkung, wenn Patientinnen oder Patienten im Redefluss stocken. Beim Spiegeln nimmt die Ärztin oder der Arzt etwas auf, was das Gegenüber gesagt hat; als Rückmeldung oder zum Benennen einer Emotion. Das Zusammenfassen hat die Funktion der Überprüfung, ob die Ärztin oder der Arzt korrekt verstanden hat, was die Betroffenen mitgeteilt haben.

NURSE-Modell

Beim Umgang mit Emotionen bietet das NURSE-Modell Unterstützung. Das Akronym beinhaltet fünf Techniken, die hilfreich sind, wenn man als Ärztin oder Arzt mit Emotionen konfrontiert ist:

- Naming (Emotionen benennen)
- Understanding (Verständnis für die Emotionen ausdrücken)
- Respecting (Respekt/Anerkennung artikulieren)
- Supporting (Unterstützung anbieten)
- Exploring (weitere Aspekte zur Emotion herausfinden)

Das Naming entspricht dem Spiegeln bei der WWSZ-Technik und kommt zum Ein-



Schriftliche Informationen sind eine hilfreiche Ergänzung zu den mündlichen Erklärungen.

satz, wenn erkrankte Personen ihre Emotionen noch nicht selbst benannt haben. Danach geht es darum, ob die Ärztin oder der Arzt versteht, warum das Gegenüber diese Emotion hat (Understanding). Es wird Wertschätzung vermittelt für das emotionale Erleben der Betroffenen. Beim Respecting geht es um das positive Konnotieren ihrer Bemühungen. Supporting ist als Angebot gedacht, und beim Exploring geht es um das Klären der Emotionen, die unklar sind oder fehlen; d.h. wenn ärztliche Fachpersonen die emotionale

Verfassung der Betroffenen nicht erfassen können oder nicht spüren.

AIDET: die gelungene Gesprächsführung

Dies bietet AIDET, um die Arzt-Patienten-Beziehung zu stärken [9]:

- Acknowledge: Begrüssen Sie die Patientin oder den Patienten mit Namen. Halten Sie Augenkontakt, lächeln Sie, begrüßen Sie die Besuchenden.
- Introduce: Stellen Sie sich mit Namen und Funktion vor.

- Duration: Informieren Sie über den zeitlichen Ablauf des Gesprächs, der Untersuchung, wann Resultate zu erwarten sind, wann Sie das nächste Mal vorbeikommen werden.
- Explanation: Informieren Sie darüber, wie es weitergeht, beantworten Sie Fragen und erklären Sie, wie man Sie kontaktieren kann (via Pflegefachperson).
- Thank you: Bedanken Sie sich bei den Patientinnen und Patienten sowie den Besuchenden für die Auskunftsbereitschaft.

Informationen dosiert vermitteln

Es ist die Aufgabe des ärztlichen Personals, die erkrankten Personen über die Diagnose, Art, Durchführung, Ziel, Nutzen und Risiken einer Intervention zu informieren und ihr Verständnis zu überprüfen. Bei der Informationsvermittlung geht es um das Einbetten von neuen Informationen in alte, bereits vorhandene Informationen. Die Betroffenen benötigen Zeit, die Informationen zu verdauen, weshalb Pausen während des Gesprächs nötig sind.

Die Informationsübermittlung sollte strukturiert werden. Es besteht die Gefahr, dass die Patientinnen und Patienten mit der Informationsflut überlastet sind und nichts davon im Langzeitgedächtnis speichern können. Deshalb wird empfohlen, mündliche und schriftliche Informationen zu kombinieren und zu begrenzen. Um zu überprüfen, ob sie die Informationen verstanden haben, kann man «blaming myself» anwenden. Dies bedeutet z.B.: «Ich weiss nicht, ob ich den Eingriff gut erklären werde, weshalb ich froh bin, wenn Sie mir sagen könnten, was Sie verstanden haben.» Denn wie kommuniziert wird, ist genauso wichtig, wie was kommuniziert wird.

Ein Leitfaden zur oberärztlichen Tätigkeit



Der Schritt von der Assistenzzeit hin zur oberärztlichen Tätigkeit ist mit vielen neuen Aufgaben verbunden. Neben den fachlichen Kompetenzen sind auch vermehrt überfachliche Kompetenzen wie eine gute Kommunikation sowie didaktische und Führungsqualitäten gefordert. Die Artikelserie «Next Level» zeigt entsprechende Herausforderungen auf und bietet praktische Tipps und Unterstützung für die tägliche Arbeit. Die leicht angepassten und teilweise stark gekürzten Texte stammen aus dem Leitfaden «Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung» und wurden vom Verlag Hogrefe sowie den jeweiligen Autorinnen und Autoren freundlicherweise für einen Nachdruck zur Verfügung gestellt. Der gesamte Leitfaden mit

den ungekürzten Texten und weiteren Themen ist beim Verlag Hogrefe oder bei der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM) erhältlich.

Roten C, Perrig M (Hrsg.): Die oberärztliche Tätigkeit – eine neue Herausforderung. Ein praktischer Leitfaden. 1. Auflage, Bern: Hogrefe Verlag, 2021.

www.hogrefe.com, www.sgaim.ch

Literatur

[1] Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften, Hrsg. Kommunikation im medizinischen Alltag. Ein Leitfaden für die Praxis. Bern: SAMW; 2013.

[2] Barry MJ. Shared decision making – pinnacle of patient-centered care. *N Engl J Med.* 2012;366 (9):780–1. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1109283>.

[3] Kitson A, Marshall A, Bassett K, Zeitz K. What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *J Adv Nurs.* 2013;69:4–15. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x>.

[4] Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med.* 2011;9(2): 100–3. <https://doi.org/10.1370/afm.1239>.

[5] Gerber M, Kraft E, Bosshard Ch. Shared Decision Making – Arzt und Patient entscheiden gemeinsam. *Schweiz Ärztsztg.* 2014;95(50):1883–9.

[6] Foederatio Medicorum Helveticorum, Abteilung Daten, Demographie und Qualität (FMH/DDQ). Shared Decision Making. Die Meinung der FMH. *Schweiz Ärztsztg.* 2014;95(50):1890–1.

[7] Schweizerisches Bundesgericht. BGE 117 Ib 197; Aufklärungspflicht.

[8] Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centered approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Dec 12;12:CD003267. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003267.pub2>.

[9] StuderGroup. AIDET Patient Communication. [Internet]. Pensacola, FL: StuderGroup; 2020 [cited 10.12.2020]. Available from: <http://www.studergroup.com/aidet>.

Weiterführende Literatur

Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med.* 1997;44:681–92. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(96\)00221-3](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(96)00221-3).

Duncan E, Best C, Hagen S. Shared decision making interventions for people with mental health conditions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jan 20;2010(1):CD007297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007297.pub2>.

Hoffmann TC, Légaré F, Simmons MB, McNamara K, McCaffery K, Trevena LJ, et al. Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother? *Med J Aust.* 2014 Jul 7;201(1):35–9. <https://doi.org/10.5694/mja14.00002>.

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington (DC): National Academies Press (US); 2001.

Joosten EA, DeFuentes-Merillas L, de Weert GH, Sensky T, van der Staak CP, de Jong CA. Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status. *Psychother Psychosom.* 2008;77:219–26. <https://doi.org/10.1159/000126073>.

Krones T. Ethische Grundlagen der Arzt-Patienten-Beziehung. Vorlesung. Lehrgang ASAE Universität Zürich. 2013; Zürich.

Loh A, Simon D. Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln? *Managed Care.* 2007;2:6–8.

McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F, et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev.* 2013;70(6): 567–96. <https://doi.org/10.1177/1077558713496318>.

Mead N., Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med.* 2000;51(7):1087–110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8).

Sanders AR, van Weeghel I, Vogelaar M, Verheul W, Pieters RH, de Wit NJ, et al. Effects of improved patient participation in primary care on health-related outcomes: a systematic review. *Fam Pract.* 2013;30:365–78. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmt014>.

Stacey D, Légaré F, Col NF, Bennett CL, Barry MJ, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;1:CD001431. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001431.pub4>.

Anzeige



Ihre Partneragentur im Herzen von Zürich
persönlich | seriös | kompetent

Löwenstrasse 25, 8001 Zürich
T +41 44 534 19 50
M +41 79 774 00 84

Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme
Kathrin Grüneis

freieherzen.ch

Ich möchte ein junges
jetziges Vermögen.

Privat

Hausrat

Privathaftpflicht

Rechtsschutz

Gebäude

Wertsachen / Kunst

Motorfahrzeug

Ausland / Expat

Reise / Assistance

Krankenkasse

Taggeld

Unfall

Leben

Stellenunterbruch

Beruf

Arztpraxis

Gebäude

Berufshaftpflicht

Rechtsschutz

Cyber

Taggeld

Unfall

Nutzen Sie unsere Kooperationspartner und profitieren Sie von den Vorteilen und Rabatten:

- Allianz Suisse
- AXA-ARAG
- Concordia
- Helvetia
- Innova
- ÖKK
- Schweizerische Ärzte-Krankenkasse
- SWICA
- Versicherung der Schweizer Ärzte Genossenschaft
- Visana
- Zürich Versicherungs-Gesellschaft AG

Falls Sie bereits eine Versicherung bei einer der oben genannten Versicherungen besitzen, dann prüfen Sie einen Übertritt in unsere Kollektivverträge. Wir unterstützen Sie gerne dabei.

Forschen lernen

Aufbau und Funktionen klinischer Forschung

Wer sich für klinische Forschung interessiert, findet die notwendigen theoretischen Grundlagen in zahlreichen Lehrbüchern der Biostatistik und der klinischen Epidemiologie. Was diese Bücher in der Regel nicht behandeln, sind praktische Anleitungen dazu, wie eine Studie geplant, durchgeführt, präsentiert und publiziert wird.

Ziel dieser Kolumne ist es, die Lücke zwischen Theorie und Praxis mit einer Sammlung von Tipps aus meiner Arbeit in der akademischen Forschung zu füllen. Diese Tipps reflektieren meine persönlichen Erfahrungen, die zwangsläufig nicht immer mit denjenigen der Leserschaft übereinstimmen werden.

Die Tabelle zeigt die allgemeine Struktur, mit der ich klinische Studien begrifflich fasse. Aufgebaut sind diese in verschiedene Elemente, beginnend mit der Formulierung der Studienfrage und endend mit der Publikation der Ergebnisse. Jedes Element erfüllt dabei verschiedene Funktionen. Die Tabelle stellt keinen Anspruch auf Vollständigkeit, und die Funktionen – beispielsweise die Wahl des optimalen Studiendesigns – können in verschiedenen Phasen der Studie relevant sein.

Dem chronologischen Studienverlauf folgend, werde ich in der Kolumne verschiedene Aspekte aus der Tabelle beleuchten.

Aufbau	Funktionen
Studienfrage	– Problem erkennen und beschreiben – Population definieren
Studienprotokoll/Ethikantrag	– Bestehendes Wissen zum Thema beschreiben – Studienziele definieren – Studiendesign bestimmen – Stichprobengrösse abschätzen – Machbarkeit der Studie gewährleisten
Finanzierung (Grant)	– Geldgeber vom Nutzen der Studie überzeugen – Finanzierung der Studie sicherstellen – Anerkennung als Forschungsgruppe gewinnen
Datenerhebung	– Effiziente Datensammlung gewährleisten – Datenstruktur für Analyse optimieren
Datenanalyse	– Unabhängige Analyse sicherstellen – Korrekte statistische Verfahren verwenden – Resultate richtig interpretieren
Präsentation an Konferenzen	– Studienresultate bekannt machen – Erste Rückmeldung von Kollegen erhalten – Networking/Kollaborationen starten
Verfassen des Studienberichts	– Wissenschaftlich schreiben – Tabellen und Grafiken optimal nutzen – Resultate korrekt interpretieren und in Kontext setzen
Publikation	– Passendes Journal auswählen – Text und Grafiken formatieren – Begleitbrief verfassen – Auf Kommentare der Reviewer antworten



Lukas Staub,
klinischer Epidemiologe,
Redaktionsmitglied des
vsao Journals

Das Ansehen des Arztberufes wahren

Die Schlichtungsstelle und die Standeskommission des vsao können angerufen werden, wenn ein vsao-Mitglied mutmasslich gegen die Standesordnung der FMH verstossen hat. Mögliche Sanktionen reichen von einem Verweis bis hin zum Ausschluss aus dem Verband.

Yvonne Stadler, Leiterin Recht / stv. Geschäftsführerin vsao



Stellt die Standeskommission des vsao einen Verstoß gegen die ärztliche Standesordnung fest, kann sie Sanktionen aussprechen.



Arzt und Ärztin dürfen – unter Vorbehalt des Willens von urteilsfähigen Patienten und Patientinnen – auf lebensverlängernde Massnahmen verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde.» So steht es in Art.17 der Standesordnung der FMH. Aber was bedeutet das konkret? Darf ein Arzt bei einer schwer kranken 45-jährigen Patientin die Behandlung einstellen und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken? Was ist, wenn es sich bei der Patientin um ein 12-jähriges Kind handelt, dessen Eltern sich gegen eine Chemotherapie aussprechen?

Antworten auf standesrechtlicher Ebene zu diesen Fragen finden sich in der Standesordnung der FMH. Diese soll insbesondere dazu beitragen, die Gesundheit der Bevölkerung durch integre und kompetente Ärztinnen und Ärzte zu fördern und das Ansehen des Arztberufes zu wahren. Juristisch gesehen besteht zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient ein Behandlungsverhältnis, das als Auftrag im Sinne des Obligationenrechts (OR) qualifiziert wird. Zur Anwendung kommen zudem die Bestimmungen des schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB). FMH-Mitglieder haben sich bei der Behandlung neben der staatlichen Rechtsordnung auch an die Standesordnung der FMH zu halten. Der vsao sorgt für die Einhaltung dieser Standesordnung durch seine Mitglieder und verfügt über die dafür nötigen Organe: die Standeskommission und die Schlichtungsstelle.

Der vsao sorgt für die Einhaltung der Standesordnung

Antworten auf standesrechtlicher Ebene zu diesen Fragen finden sich in der Standesordnung der FMH. Diese soll insbesondere dazu beitragen, die Gesundheit der Bevölkerung durch integre und kompetente Ärztinnen und Ärzte zu fördern und das Ansehen des Arztberufes zu wahren. Juristisch gesehen besteht zwischen Ärztin/Arzt und Patientin/Patient ein Behandlungsverhältnis, das als Auftrag im Sinne des Obligationenrechts (OR) qualifiziert wird. Zur Anwendung kommen zudem die Bestimmungen des schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB). FMH-Mitglieder haben sich bei der Behandlung neben der staatlichen Rechtsordnung auch an die Standesordnung der FMH zu halten. Der vsao sorgt für die Einhaltung dieser Standesordnung durch seine Mitglieder und verfügt über die dafür nötigen Organe: die Standeskommission und die Schlichtungsstelle.

Verfahren mit unterschiedlichem Ziel

Die Verfahren vor der Standeskommission und der Schlichtungsstelle des vsao sind nicht mit staatlichen Verfahren zu verwechseln. Bei staatlichen Verfahren geht es oft um Haftpflichtansprüche oder auch strafrechtliche Verfahren. Während haftpflichtrechtliche Verfahren auf Schadenersatz und/oder Genugtuung für geschädigte Patientinnen oder Patienten abzielen, steht bei strafrechtlichen Verfahren eine Sanktionierung der fehlbaren Person mit einer Busse oder gar einer Freiheitsstrafe im Vordergrund. Das standesrecht-



Eine gütliche Einigung bei einem Streitfall ist das Ziel der Schlichtungsstelle des vsao.

liche Verfahren hingegen ahndet einen Verstoss gegen die Standesordnung der FMH. Alle drei Verfahren – das haftpflichtrechtliche, das strafrechtliche und das standesrechtliche – können im gleichen Fall parallel geführt werden.

Schlichtungsstelle strebt gütliche Einigung an

Geht bei der Schlichtungsstelle des vsao eine Beschwerde über einen mutmasslichen Verstoss gegen die ärztliche Standesordnung ein, so hat die Schlichtungsstelle die Pflicht, die Sache zu behandeln. Das Ziel der Schlichtungsstelle ist die gütliche Einigung einer Streitsache. Als unabhängige Beratungs- und Vermittlungsinstanz untersteht sie der Geheimhaltung. Einsitz in die Schlichtungsstelle haben ein Arzt und eine Ärztin, die vsao-Aktivmitglieder sind, sowie sogenannte Ersatzmitglieder. Die juristische Sekretärin der Schlichtungsstelle übernimmt die administrativen Aufgaben, unterstützt und berät die Mitglieder der Schlichtungsstelle und instruiert in Absprache mit dem Präsidenten die Verfahren. Kommt keine gütliche Einigung zustande, so kann mittels Anzeige die Standeskommission des vsao angerufen werden.

Standeskommission kann Verstösse sanktionieren

Auch die Standeskommission des vsao wird ausschliesslich auf Anzeige einer Person hin aktiv. Eine solche Beschwerde kann schriftlich per E-Mail oder Post eingereicht werden. Die Standeskommission untersucht, ob der angezeigte Sachverhalt einen Verstoss gegen die ärztliche Standesordnung darstellt, und kann Sanktionen aus-

sprechen. Diese reichen vom Verweis über eine Busse bis hin zum Ausschluss aus dem Verband und/oder zu einer Mitteilung an die zuständige Gesundheitsdirektion.

Sowohl die Schlichtungsstelle wie auch die Standeskommission des vsao haben zum Ziel, die Qualität der ärztlichen Tätigkeit sicherzustellen und so das Ansehen des Arztberufes zu wahren.

Weitere Informationen zur Standeskommission und zur Schlichtungsstelle vsao sowie die Standesordnung der FMH finden sich unter www.vsao.ch/arbeitsbedingungen/rechtsberatung

Neues aus den Sektionen



Bern

Der erste Berner VSAO-Grant

Der VSAO Bern will junge Ärztinnen und Ärzte beim Forschen unterstützen und vergibt zum ersten Mal einen Grant. Das Forschungsprojekt muss einen Bezug zu unseren Kernthemen Gleichberechtigung und/oder Diversität in der Medizin, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, Arbeitszeitmodelle, Weiterbildung oder Ärztegesundheit haben. Zudem muss der Antrag von einem VSAO-Mitglied mit Anstellung an einem Berner Spital oder einer Berner Institution gestellt werden.

Die Eingabefrist des ersten Grants läuft bis am 31. März 2024, und die detaillierten Teilnahmebedingungen sind auf unserer Website zu finden (www.vsao-bern.ch). Wir freuen uns auf viele spannende Eingaben und stehen für ergänzende Auskünfte sehr gerne zur Verfügung.

Save the Date:

Mitgliederversammlung 2024

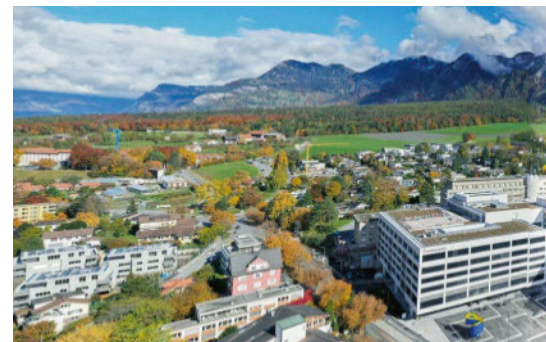
Die ordentliche Mitgliederversammlung 2024 ist für den Donnerstag, 25. April 2024, um 19 Uhr im Progr Bern geplant. Die detaillierte Einladung wird im März 2024 per Post verschickt.

Save the Date:

Dienstplanworkshop Teil II

Am 2. Mai 2024 findet der zweite Teil der Dienstplanworkshop-Reihe zum Thema «Wie erstelle ich einen Dienstplan?» statt. Die detaillierte Ausschreibung ist auf unserer Website (www.vsao-bern.ch) zu finden.

Janine Junker, Geschäftsführerin VSAO Bern



Graubünden

Ein Jahr mit grossen und kleinen Änderungen

Auch im letzten Jahr hat sich der VSAO Graubünden bei regelmässigen Treffen und Sitzungen im sozialpartnerschaftlichen Dialog, mit dem Kantonsspital sowie am runden Tisch mit dem Gesundheitsamt aktiv eingebracht und seine Interessen vertreten.

Auch fand im Januar der jährliche Austausch mit dem Arbeitsinspektorat statt, an dem wir konkrete Anliegen einbringen konnten. Trotzdem waren wir erstaunt, als das Arbeitsinspektorat Anfang Sommer dem Kantonsspital harte Auflagen machte, insbesondere bezüglich Einhaltung der wöchentlichen Höchst-arbeitszeit und der kumulierten Überzeit. Dies ist zwar sicherlich in unserem Sinne, hat aber durch die Kurzfristigkeit der Auflagen nicht nur zu positiven Veränderungen für unsere Mitglieder geführt. Wir konnten hier punktuell Unterstützung bieten und setzen uns dafür ein, dass sich die Arbeitsbedingungen und Weiterbildungsmöglichkeiten für die Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte bald und nachhaltig verbessern.

Nach wie vor ist der Kontakt zu den kleineren Spitälern im Kanton schwierig. Anfang Jahr konnten wir uns bei zwei Anliegen einbringen und Unterstützung





bieten. Dennoch bleibt das Dranbleiben und Überprüfen bei den sich sehr rasch verändernden Teams schwierig.

Für die Assistenzärztinnen und -ärzte nicht ganz reibungslos ist die Übernahme des Spitals Walenstadt durch das Kantonsspital Graubünden vonstattengegangen. Im Austausch mit dem Kantonsspital, aber auch durch Visitationen arbeiten wir darauf hin, dass sich die Weiterbildungsmöglichkeiten und die Arbeitsbedingungen wieder verbessern. Wir bleiben dran!

Wir ermutigen alle Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Missstände intern zu melden oder sich direkt an uns zu wenden. Gerne versuchen wir, gemeinsam spezifische Lösungen zu finden.

Bei der Mitgliederversammlung konnten wir unseren Vorstand offiziell um Corine Knorr, Fabio Wyrsh und Stefanie Hauser ergänzen. Wir haben uns leider von Alexandra Tabord, Fabienne Umbricht und Konstantin Scherrer verabschieden müssen. Sie sind in ihrer Weiter- und Fortbildung weitergezogen. Wir danken ihnen herzlich für ihr Engagement.

Mitgliederversammlung 2024

Save the Date: Freitag, 8. März 2024, ab 18.30 Uhr, Hörsaal Kantonsspital Graubünden.

Stefanie Herzog, Präsidentin VSAO Sektion Graubünden

St. Gallen / Appenzell

Ein Trauermarsch und starke Reden fürs Spitalpersonal

Es herrschen Regen und Kälte – gehst du trotzdem aus dem Haus? Genau dies taten rund 3000 Personen am 11. November 2023, um gegen die Massentlassung am Kantonsspital St. Gallen zu demonstrieren. Es war laut, es war emotional, und sie waren alle da: Jung und Alt, ehemalige und aktive Mitarbeitende sowie viele Menschen aus anderen Berufen, die sich mit dem Gesundheitspersonal solidarisierten. Die Rede des Sektionspräsidenten Severin Baerlocher zu Beginn der Veranstaltung zeigte auf, inwiefern sich das Gesundheitssystem aktuell in einer Abwärtsspirale befindet, dass das nicht so sein müsste und warum Massnahmen

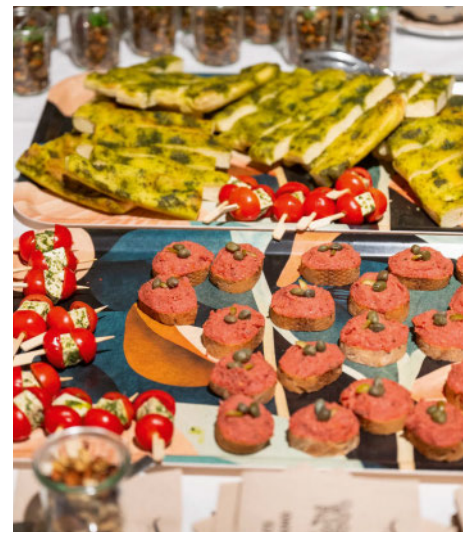
men längst überfällig sind. Die Quintessenz: Es braucht dringend mehr aktive Ärztinnen und Ärzte an der politischen Front. Anschliessend wurde der emotionale Brief eines Leitenden Arztes vorgelesen, der den Massentlassungen zum Opfer fiel. Einem Trauermarsch gleich folgten die Demonstrierenden mit Bannern, Parolen und Trillerpfeifen einem auf Händen getragenen Sarg durch die Stadt bis zum Vadian-Denkmal am Marktplatz. Dort kamen weitere Rednerinnen und Redner zu Wort; unter anderem Nationalrätin Barbara Gysi (SP) sowie Rednerinnen der Ostschweizer Sektion des Schweizer Berufsverbands der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) und des Schweizerischen Berufsverbands dipl. Fachfrauen/-männer Operationstechnik HF (SBV TOA). Die Stimmung war situationsbedingt ernst und emotional, die anschliessende Demonstration ein Erfolg: Man hat uns gehört. Bleibt zu hoffen, dass es die letzte ihrer Art gewesen ist.



Zahlreiche Menschen demonstrierten gegen die Massentlassung am Kantonsspital St. Gallen und lauschten den emotionalen Reden, unter anderem derjenigen von Severin Baerlocher, Sektionspräsident des vsao St. Gallen/Appenzell.



Mit angeregten Diskussionen und vegetarischen Häppchen liess der vsao St. Gallen/Appenzell die Mitgliederversammlung ausklingen.



Rekordteilname an der Mitgliederversammlung

Das in der Sektion allgegenwärtige Thema der Massenentlassungen wurde auch an der Mitgliederversammlung vom 16. November 2023 in den historischen Sälen des Tibits in St. Gallen heiss diskutiert. Noch nie waren so viele vsao-Mitglieder an einer Versammlung anwesend und äusserten ihre Bedenken zur gegenwärtigen Situation. Es ging aber nicht nur darum. In einem Jahresrückblick wurde von den zahlreichen und diversen Themen berichtet, mit denen sich der vsao in diesem Jahr beschäftigt hat. So etwa von unseren Bemühungen bezüglich Gleichstellung/Anti-Diskriminierung, Werbung in eigener Sache und anonyme Meldungen in den Spitälern. Thema war ebenfalls der runde Tisch (siehe Bericht weiter unten). Einstimmig wählte die Versammlung den Vorstand sowie mehrere Neumitglieder.

Die Ereignisse der vergangenen Monate verdeutlichen sehr anschaulich, wie wichtig ein politischer Dialog und eine gute Vernetzung sind. Die bevorstehenden Kantonsratswahlen bieten eine erstklassige Gelegenheit, um die St. Galler Ärzteschaft im Kantonsrat prominenter zu positionieren. Der Vorstand appelliert deswegen an die Mitglieder unserer Sektion, ihre Stimme Politikerinnen und Politikern zu geben, von denen sie wissen, dass sie sich für das St. Galler Gesundheitswesen einsetzen werden. Geeignete Kandidatinnen und Kandidaten finden sich auf Listen diverser Parteien. Der Vorstand freut sich über die Kandidatur unserer aktuellen Geschäftsführerin Bettina Surber für die St. Galler Regierung. Mit ihr würden Anliegen der St. Galler Ärztinnen und Ärzte mit Sicherheit ein offenes Ohr in der St. Galler Regierung finden, wobei wir schon jetzt einen guten Draht zu Regierungsrat Bruno Damann haben.

Auch Erfreuliches konnte der vsao seinen Mitgliedern bieten. Wer kennt es nicht? Von der nicht enden wollenden Arbeit vor dem Computer schmerzt der Nacken, und auch der Rücken ächzt vom vielen Sitzen. Die professionellen Masseurinnen eines neu eröffneten Massagestudios können Schlimmeres verhindern und lösen verspannte Muskeln – Mitglieder der Sektion profitieren neu von einem Rabatt (siehe www.vsao-sg.ch).

Runder Tisch zeigt Wirkung

Die Gesundheitspolitik und -versorgung ist derzeit mit enormen Herausforderungen konfrontiert. Um gemeinsam Lösungswege zu finden, organisierte der vsao St. Gallen/Appenzell am 6. November 2023 einen runden Tisch, an dem sich Vertreterinnen und Vertreter von Politik, Spitälern und Verbänden trafen.

Relativ rasch zeigte sich in den Diskussionen, dass die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten derzeit nicht immer kostendeckend abgegolten wird. Die öffentlichen Spitäler leisten hier seit Jahrzehnten einen enorm wichtigen Beitrag. Alle Teilnehmenden waren sich einig, dass diese Leistungen besser zu entgelten sind. Störend erscheint unter diesem Aspekt, dass die mühevoll ausgebildeten Fachkräfte nach abgeschlossener Weiterbildung oft von Privatspitälern abgeworben werden, die zur eigentlichen Weiterbildung einen meist marginalen Beitrag leisten.

Ebenfalls hervorgehoben wurde die besondere Stellung des Kantonsspitals St. Gallen (KSSG). Dieses leidet derzeit sehr unter veralteten Tarifstrukturen und der Tatsache, dass es als überregionales Zentrumsspital hohe Vorhalteleistungen erbringt, die ungenügend abgegolten werden. De facto bewegt sich das Kantonsspital St. Gallen in derselben Tarifklasse wie

ein Kantonsspital eines Kleinkantons, obwohl es Leistungen erbringt, die jenen eines Universitätsspitals in vieler Weise näherkommen.

Auch die Zukunftsfähigkeit des St. Galler Gesundheitswesens stand auf der Traktandenliste. Hier betonte der vsao die für die Region immense Wichtigkeit des seit 2020 auch an der Uni St. Gallen angebotenen Medizinstudiengangs (Joint Medical Master) und hob die Pionierleistung des KSSG in dieser Angelegenheit hervor. Studentinnen und Studenten, die in der Region fundierte klinische Kenntnisse und Fähigkeiten erlernen dürfen, bleiben der Region eher erhalten als Studierende, die in anderen Universitäten ausgebildet werden. Bei den Teilnehmenden bestand ein breiter Konsens, dass diesem Master-Studiengang grosse Sorge getragen werden muss und die Pionierleistungen des Kantonsspitals in reguläre und dauerhafte Strukturen überführt werden müssen.

Erste Ergebnisse des runden Tisches liessen nicht lange auf sich warten. So überwies der Kantonsrat in der Wintersession einen Auftrag an die Regierung, der verlangt, dass ab dem Jahr 2025 die kantonalen Spitäler für ihre Aufwendungen im Bereich der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie im Bereich der Forschung angemessen entschädigt werden. Dabei sind insbesondere die Aufwendungen des Kantonsspitals St. Gallen für die Ausbildungstätigkeit im Rahmen des Joint Medical Masters zu berücksichtigen.

Ivana Moor, Vorstandsmitglied
Sektion St. Gallen/Appenzell
Severin Baerlocher, Vorstandspräsident
Sektion St. Gallen/Appenzell
Bettina Surber, Sektionsjuristin, Geschäftsführerin Sektion St. Gallen/Appenzell

Zürich / Schaffhausen

Unsere Mitglieder weisen uns den Weg: Involviere uns bei deinen Anliegen

Als Berufsverband der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte in den Zürcher und Schaffhauser Spitälern beraten und vertreten wir unsere Mitglieder jederzeit in verschiedensten Belangen. Von Themen wie Arbeitsbedingungen, Chancengleichheit im Berufsalltag und rechtlichen Auseinandersetzungen bis hin zu gesundheitspolitischen Belangen sind wir für euch da. Dabei repräsentieren wir die Spitalärztinnen und -ärzte sowohl gegenüber den Arbeitgebenden wie auch in der Öffentlichkeit.

Hast du ein konkretes Anliegen, zum Beispiel im Bereich der Weiterbildung oder Sollarbeitszeit? Suchst du unsere konkrete Unterstützung? Oder möchtest du den VSAO Zürich einmal zu einer Roadshow in deine Klinik einladen? Dann melde dich bei uns unter info@vsao-zh.ch oder direkt über den Schnellkontakt auf unserer Website: www.vsao-zh.ch.

Was mit deiner Anfrage beim VSAO Zürich geschieht

Jede klinikspezifische Anfrage, meist Meldungen von Missständen, die beim VSAO Zürich eintrifft – sei es telefonisch, per E-Mail oder über unseren Schnellkontakt auf der Website – wird von unserer Geschäftsführung entgegengenommen und mit dem Co-Präsidium besprochen. Je nach Art der Anfrage erfolgt anschliessend ein persönlicher Austausch zwischen der meldenden Person und unserem Co-Präsidium, um die bestehenden Probleme und die Erwartungen an den VSAO Zürich direkt zu klären. Gegebenenfalls vereinbart der VSAO Zürich dann ein Treffen mit den betroffenen Personen in der Klinik und der meldenden Person, um das Problem gemeinsam zu analysieren, zu klären, Prioritäten und Handlungsoptionen festzulegen und einen Massnahmenplan zu definieren. Je nach Thema der Anfrage folgt schliesslich ein problemorientierter Lösungsprozess, der von einer Dienstplanberatung durch den VSAO über Gespräche mit Weiterbildungsverantwortlichen bis hin zu einer Eskalation auf Spitaldirektions-ebene und/oder beim Arbeitsinspektorat führen kann.

Involviere uns rechtzeitig, damit wir dir helfen können, und melde uns deine Sorgen, deine Fragen sowie Missstände rund um deine Arbeitsstelle als Spitalärztin oder -arzt. Wir sind für dich da!

Neue Kombimitgliedschaft VSAO Zürich und AGZ

Seit dem 1. Januar 2024 bietet der VSAO Zürich gemeinsam mit der Ärztesellschaft des Kantons Zürich (AGZ) eine Kombimitgliedschaft an, um Ärztinnen und Ärzten, die den VSAO als ihre bisherige standespolitische Heimat gekannt haben, den Übertritt in die AGZ als zuständige Basisorganisation zu erleichtern.

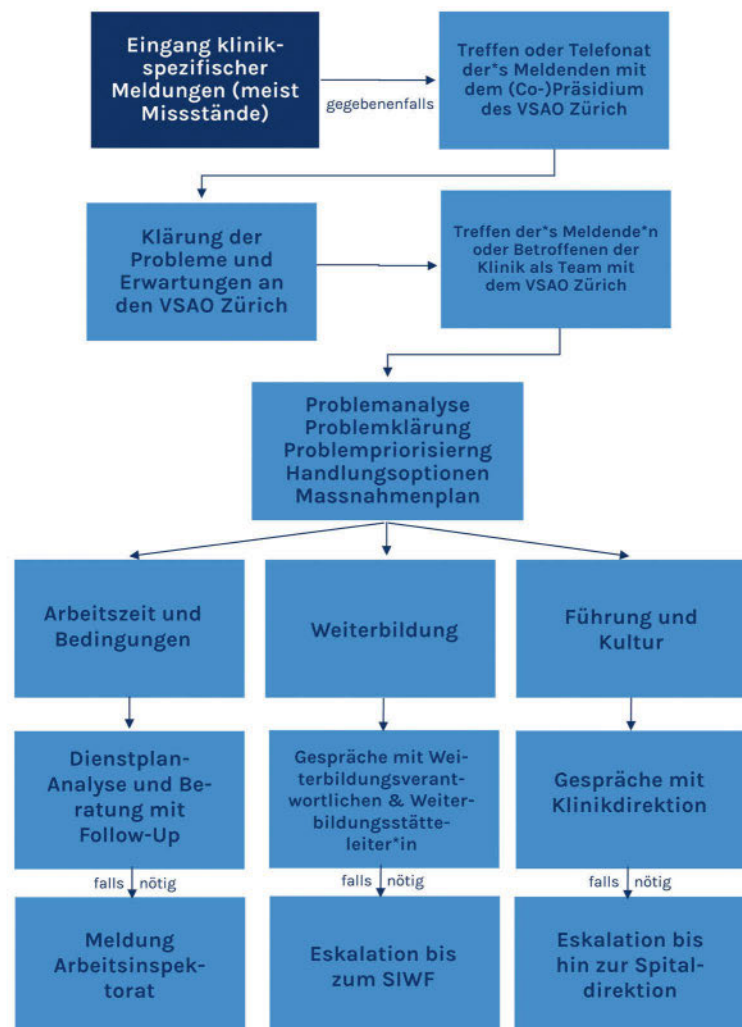
Demnach können alle in ambulanten Praxen und Institutionen angestellten

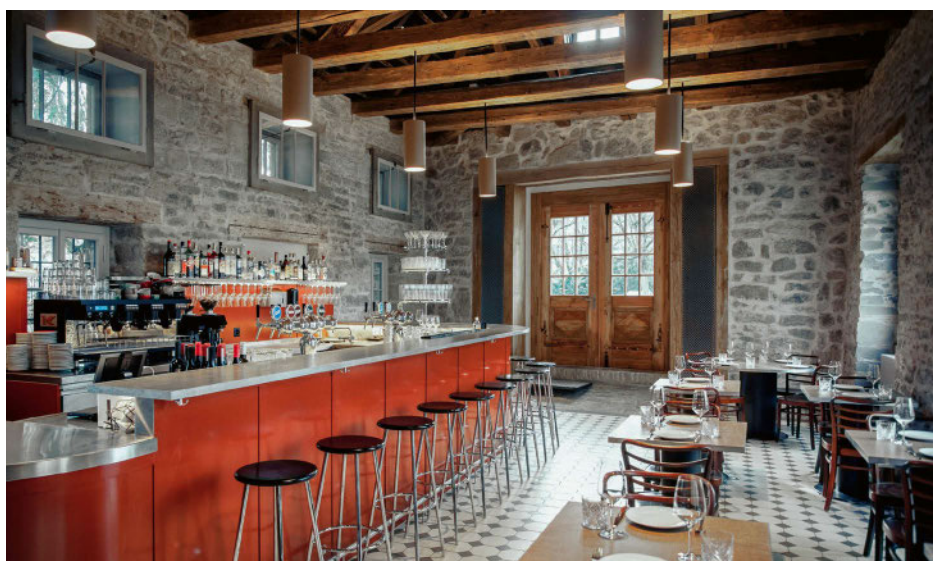
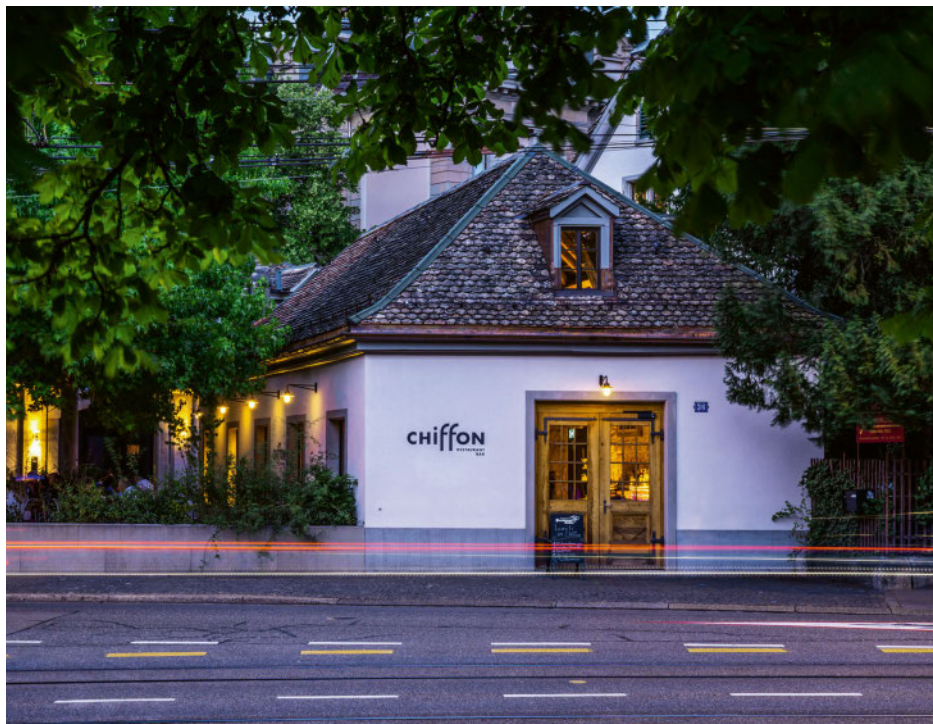
Ärztinnen und Ärzte, die Mitglieder der AGZ sind und sich primär durch die AGZ als Basisorganisation der FMH vertreten lassen, Passivmitglieder beim VSAO Zürich bleiben oder werden (ohne Mitgliedschaft beim vsao Schweiz).

Kombimitglieder profitieren weiterhin insbesondere von der Rechtsberatung in arbeitsrechtlichen Belangen im Umfang von ca. zwei Stunden pro Fall. Für diesen Mehrwert bezahlen die Kombimitglieder nebst dem AGZ-Mitgliedsbeitrag keinen direkten Beitrag an den VSAO Zürich.

Melde dich direkt bei der AGZ für die Kombimitgliedschaft an:
www.mitglied-werden.aerzte-zh.ch

Prozess bei Anfragen an den VSAO Zürich





Komm an unseren After-Work-Event vom 29. Februar 2024

Wir freuen uns, dich am Donnerstag, 29. Februar 2024, zu unserem traditionellen After-Work-Apéro in der Chiffon Bar in Zürich zu begrüßen. Neben Austausch, Networking und Apéro in entspannter Atmosphäre haben wir dieses Mal die Women in Surgery Switzerland (WiSS) zu Gast. Erfahre mehr über das Wirken des neuen Verbands, der sich für die Anliegen von Chirurginnen starkmacht.

Der Anlass ist für alle VSAO-Mitglieder kostenlos, auch für diejenigen, die sich vor Ort anmelden.

Hier gehts zur Anmeldung:
www.vsao-zh.ch



Coach-my-Career-Seminar für Medizinstudierende am 23. März 2024

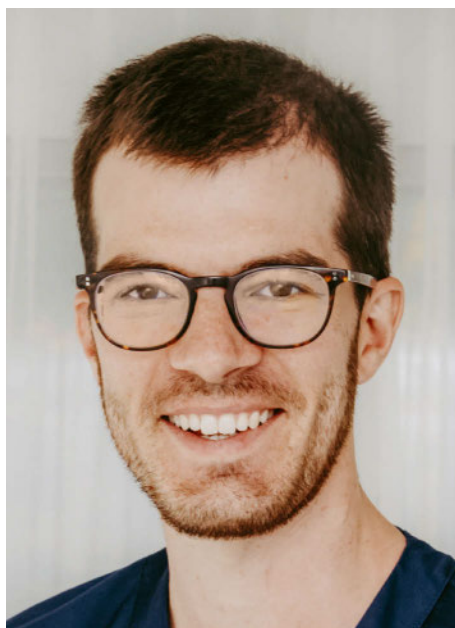
Studierst du Medizin ab dem 4. Studienjahr (Fokus 5. und 6. Jahr) und möchtest dich mit wertvollen Tipps und praktischen Inputs auf einen erfolgreichen Start im Klinikalltag vorbereiten?

Dann melde dich jetzt fürs Coach-my-Career-Seminar an der Universität Zürich vom Samstag, 23. März 2024, an! Neben Inputreferaten, einer Podiumsdiskussion und interaktiven Workshops hast du die Gelegenheit, deine Fragen rund um deinen Berufseinstieg zu stellen.

Hier gehts zur Anmeldung:
www.vsao-zh.ch.

Dominique Iseppi, Kommunikationsassistentin,
VSAO Zürich/Schaffhausen

Fabrice Juchler



Wohnort: Kehrsatz

**GA-Mitglied beim vsao seit:
November 2023**

**Der vsao für Dich in drei Worten:
Solidarisch, jung, gewerkschaftlich**

Fabrice Juchler ist gerne in den Bergen unterwegs – im Sommer zu Fuss und am liebsten in den Trailrunning-Schuhen, im Winter vorzugsweise mit den Tourenski. Als drittes Hobby nennt er sein Engagement für den vsao.

Seit Frühling 2021 vertritt Fabrice Juchler den vsao als Tarifelegierter in den Gremien der FMH, in denen es um Tariffragen geht. Seit der letzten Sitzung des Zentralvorstands im vergangenen November ist er neu auch Mitglied des Geschäftsausschusses (GA).

Als GA-Mitglied nimmt er seither an den monatlichen Sitzungen dieses operativen Leitungsgremiums teil und bringt sich mit seinen Erfahrungen und seinen Ideen ein. In welchem Ressort er sich besonders engagieren möchte, wird sich in den kommenden Wochen entscheiden. Fabrice hat seine Matura 2011 in Lausanne erworben und ist perfekt zweisprachig (Französisch/Deutsch). Sein Medizinstudium absolvierte er ebenfalls in Lausanne, den Dokortitel erwarb er in Basel. Beruflich hat Fabrice bisher vor allem in der Deutschschweiz gewirkt mit Stationen in Basel, Biel, Thun, Bern und zuletzt Luzern. Seit Januar 2024 ist er in der Romandie tätig, als Assistenzarzt am Kantonsspital Freiburg. Noch in diesem Jahr möchte Fabrice den Facharztstitel in Allgemeiner Innerer Medizin erwerben.

Für den vsao engagiert er sich, weil er dazu beitragen will, dass der Verband seine Aufgabe erfüllen kann: «Der vsao hat die wichtige Aufgabe, den Alltag der jungen Ärztinnen und Ärzte zu verbessern, heute und in der Zukunft. Gleichzeitig leistet er damit einen entscheidenden Beitrag, um die Qualität des Gesundheitssystems zu sichern und weiter zu verbessern.» Nach seinem grössten Wunsch gefragt, nennt Fabrice denn auch die Verbesserung der Arbeits- und Weiterbildungsbedingungen der jungen Ärztinnen und Ärzte und die Verbesserung des Gesundheitswesens, das sich aus seiner Sicht von einer Krise in die nächste hangelt.

Fabrice freut sich auf seine Arbeit im GA, insbesondere darauf, noch tiefer in die Komplexität des Schweizer Gesundheitssystems einzutauchen. Besonders faszinierend findet er die Tatsache, dass Entscheidungen, die auf nationaler Ebene getroffen werden, danach in 26 verschiedenen Kantonen und Gesundheitssystemen umgesetzt werden müssen. «Der Föderalismus ist aber auch eine Chance. Das zeigt sich zum Beispiel bei den Arbeitsbedingungen oder den Gesamtarbeitsverträgen. Wenn in einem Kanton eine gute Lösung gefunden wird, können andere daraus lernen und sich inspirieren lassen.»

Datenschutz: (k)eine echte Revolution?

Am 1. September 2023 ist das revidierte Datenschutzgesetz in Kraft getreten. Was bedeuten die Änderungen für Ärztinnen und Ärzte?

Die alte Fassung des Bundesgesetzes über den Datenschutz (DSG) aus dem Jahr 1992 musste an die neuen technischen und gesellschaftlichen Bedingungen angepasst werden. Darüber hinaus wollte das Bundesparlament die Datentransparenz und damit das Selbstbestimmungsrecht der Einzelnen hinsichtlich der Verwendung ihrer persönlichen Daten verbessern, aber auch das Bewusstsein für den Schutz sensibler Informationen schärfen.

Das «neue» DSG unterscheidet sich im Grundsatz nicht von seinem Vorgänger, ist aber in seiner Form und bei den Sanktionen deutlich verschärft worden (Bussen bis zu CHF 250 000.–).

Basierend auf den Grundsätzen von Treu und Glauben, Verhältnismässigkeit, Richtigkeit und Sicherheit legt das neue

DSG spezifische Pflichten für Ärztinnen und Ärzte sowie ihre Mitarbeitenden fest, die sich in sieben Punkten zusammenfassen lassen.

1. Die Pflicht zur Information und Transparenz (Art. 19 DSG)

Ärztinnen und Ärzte müssen Patientinnen und Patienten in klarer und transparenter Weise über die Bearbeitung ihrer Daten informieren, insbesondere über die Zweckbestimmung und den Bearbeitungszweck sowie gegebenenfalls über die Empfängerinnen und Empfänger, an welche die Daten übermittelt werden.

2. Die Pflicht zur Einholung einer ausdrücklichen Einwilligung für die Bearbeitung von Gesundheitsdaten (Art. 6 DSG)

Da es sich bei Daten «über die Gesundheit und die Intimsphäre von Personen» um «schützenswerte Personendaten» handelt (Art 5 c DSG), bedarf deren Bearbeitung einer ausdrücklichen Einwilligung der Patientinnen und Patienten, es sei denn, die Bearbeitung erfolgt aufgrund einer

vom Gesetz vorgeschriebenen Pflicht. Eine solche Einwilligung ist nur dann gültig, wenn sie nach ordnungsgemässer Aufklärung in Bezug auf eine oder mehrere bestimmte Bearbeitungen freiwillig erfolgt. Das Gesetz schreibt die Schriftform nicht vor, aber natürlich ist sie das sicherste Mittel, um eine Pflichterfüllung nachzuweisen.

Es ist von Vorteil, zu wissen, dass die Datenschutzrechte als «streng persönlich» eingestuft werden und dass sie auch von minderjährigen Patientinnen und Patienten, die über die erforderliche Urteilsfähigkeit verfügen, direkt ausgeübt werden können, ohne dass hierzu die Zustimmung ihrer gesetzlichen Vertreter oder Eltern erforderlich ist.

3. Die Pflicht, Daten zugänglich zu machen (Art. 25 ff. DSG)

Es ist nichts Neues, dass Patientinnen und Patienten das Recht haben, Kopien der sie betreffenden Gesundheitsinformationen zu verlangen und zu erhalten. Das Datenschutzgesetz schreibt vor, dass die Informationen grundsätzlich kostenlos und innerhalb von 30 Tagen zur Verfügung gestellt werden müssen.

4. Die Pflicht zum Abschluss von Verträgen mit Auftragsbearbeitern sowie von Geheimhaltungsvereinbarungen (Art. 9 DSG)

Das Gesetz verlangt Auftragsbearbeitungsverträge und Vertraulichkeitsvereinbarungen, wenn die Arztpraxis Dritte mit der Bearbeitung von Gesundheitsdaten betraut.

Werden hingegen externe Reinigungsfirmen oder Sicherheitskräfte eingesetzt, die eher zufällig mit den Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten in Berührung kommen, reicht es aus, wenn diese (nur) eine Geheimhaltungserklärung unterzeichnen.





Diese Dokumente sind nicht von den Angestellten der Arztpraxis zu unterzeichnen, da diese ohnehin der Schweigepflicht unterliegen.

5. Die Pflicht, adäquate organisatorische und technische Massnahmen zu treffen (Art. 8 DSGVO)

Die vorgeschriebene angemessene Datensicherheit ist – insbesondere im digitalen Bereich – diejenige Pflicht, die wohl am meisten Anlass zur Sorge gibt: Wir alle haben mit IT zu tun, aber niemand fühlt sich wirklich vor Zwischenfällen oder Angriffen durch Hacker geschützt.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, sich von Fachpersonen beraten zu lassen, damit ein sicheres EDV-System gewährleistet ist.

Im Übrigen müssen Daten, egal ob digital oder in Papierform, einschliesslich E-Mail, vertraulich behandelt werden und dürfen nur ausdrücklich befugten Personen zugänglich sein. Ebenfalls müssen sie zuverlässig, jederzeit verfügbar und nachvollziehbar sein.

6. Die Pflicht zur Führung eines Verzeichnisses der Bearbeitungstätigkeiten (Art. 12 DSGVO)

Arztpraxen und Spitäler müssen ein Verzeichnis der Bearbeitungstätigkeiten führen, das folgende Informationen zu beinhalten hat: die Identität der/des Verantwortlichen, den Bearbeitungszweck, eine Beschreibung der Kategorien betroffener Personen und der Kategorien bearbeiteter Personendaten, die Kategorien der Empfängerinnen und Empfänger, die Aufbewahrungsdauer, eine allgemeine Beschreibung der Massnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit und – falls die Daten ins Ausland bekanntgegeben werden – die Angabe des Staates sowie die Garantien,

dass dort der gleiche Schutz wie in der Schweiz gewährleistet ist.

7. Die Pflicht zur Meldung von Sicherheitsverletzungen (Art. 24 DSGVO)

Eine Verletzung der Datensicherheit liegt beispielsweise vor, wenn ein USB-Stick mit Gesundheitsdaten verloren geht oder das EDV-System einer Praxis gehackt wird. In einem solchen Fall muss eine Meldung an den Eidgenössischen Datenschutz- und Öffentlichkeitsbeauftragten (EDÖB) erfolgen.

Abgesehen von einigen Formalitäten sind die durch das revidierte Datenschutzgesetz auferlegten Pflichten nichts Neues für den Gesundheitssektor. Es ist dennoch richtig, die Entwicklungen bezüglich Datenschutz aufmerksam zu verfolgen und sich zu fragen, wie die neuen gesetzlichen Bestimmungen so sorgfältig wie möglich umgesetzt werden können, ohne sich jedoch unnötigerweise verunsichern zu lassen – denn die Arztpraxen und Spitäler verfügen bereits über eine gut etablierte Datenschutzkultur.



Lorenza Pedrazzini Ghisla,
Sektionsjuristin VSAO Tessin



Egal, ob man wach ist oder schläft: Das Gehirn ist ständig daran, individuelle Erfahrungen und Informationen zu verarbeiten und zu verknüpfen.

Ausschalten geht nicht

Rund um die Uhr arbeitet unser Gehirn, um Informationen zu verknüpfen und so eine sinnvolle Welt zu erschaffen. Dabei mag es keine Leerstellen – und füllt diese unbewusst mit Interpretationen auf.

Lutz Jäncke, Buchautor und emeritierter Professor für Neuropsychologie, Universität Zürich

Ich fragte vor einigen Jahren einen angesehenen Meditationstrainer, was er mit der Meditation erreichen wolle. Seine Antwort war kurz und klar: «Nichts». Ich fragte ihn natürlich, wie er das meine. Darauf teilte er mir mit, dass seine Schüler lernen sollten, an «nichts» zu denken. Aber ist das überhaupt möglich, an «nichts» zu denken? Ist es möglich, das eigene Gehirn in eine völlige Leere eintreten zu lassen? Um es kurz zu machen: Das ist nicht möglich. Ich bin mir auch ziemlich sicher, dass es der Meditationstrainer anders gemeint hat, als es das Wort «nichts» vermuten lässt.

Ein Energiefresser sondergleichen

Unser Gehirn ist ein faszinierendes Organ. Es wiegt lediglich 1,2 bis 1,4 Kilogramm und nimmt demzufolge nur zwei Prozent des gesamten Körpervolumens ein. Trotz der Tatsache, dass das Gehirn ein Miniorgan ist, arbeitet es wie ein echter Energievampir. Es verbraucht etwa 20 bis 25 Prozent der gesamten Energie, die der Körper für die Aufrechterhaltung seiner Funktionen benötigt. Um das einmal in konkrete Zahlen zu fassen: Wenn ein Organismus pro Tag 2000 Kilokalorien verbraucht, dann benötigt das Gehirn 400 bis 500 Kilokalorien pro Tag. Es benötigt diese Energiemenge auch in völliger Ruhe. Also auch während der Meditation und wenn man seinen Gedanken freien Lauf lässt. Beschäftigt man sich mit komplizierten Differenzialgleichungen, arbeitet den ganzen Tag an seinen Geschäftsdaten oder spielt über Stunden hinweg Schach, nimmt der Energieverbrauch nur geringfügig zu. Das können Steigerungen von ein bis maximal vier Prozent sein. Das ist im Übrigen auch die Ursache, warum man durch Denken nicht dünn werden kann. Aber warum benötigt das Gehirn so viel Energie, wenn es sich im Ruhemodus befindet?

Weltmodell wird ständig neu berechnet

Diese Frage können wir Neurowissenschaftler erst seit ungefähr 20 Jahren beantworten. In Ruhe ist das Gehirn mit den wahrscheinlich wichtigsten Arbeiten beschäftigt: Es erstellt anhand der Informationen, die bereits im Gedächtnis gespeichert sind, und den Informationen, die neu hereinkommen, ein Weltmodell. Diese Interpretationen der Welt berechnet das Gehirn ständig, jede Sekunde, jede Minute, jede Stunde und auch nachts, wenn wir schlafen. Damit generiert es ein

subjektives Weltmodell auf der Basis von individuellen Erfahrungen. Dies ist biologisch betrachtet höchst sinnvoll, denn unser Gehirn hasst Chaos wie der Teufel das Weihwasser. Wir benötigen stabile Weltbilder. Das spendet uns Sicherheit und Vertrauen in unser Dasein.

Gehirn vermeidet Leerstellen

Die Interpretation beginnt bereits früh in der Informationsverarbeitungskette. Auf der Retina befinden sich Gebiete ohne Rezeptoren. Trotzdem sehen wir keine dunklen Flecken; unser Gehirn interpretiert das Umfeld einfach hinein. Betrachten wir einen bestimmten Punkt auf einer weissen Wand, starten unsere Augen unbewusst Suchbewegungen, um etwas zu finden, das sie verarbeiten können. Denn unser Gehirn kann mit «nichts» nicht umgehen. Es muss immer etwas zu verarbeiten haben, um eine «sinnvolle» Welt zu interpretieren. Im Übrigen ist das Interpretieren lebensnotwendig. Wir werden in eine von Menschen erschaffene Kultur hineingeboren. Um in dieser Kultur zu überleben, muss sich unser Gehirn an die jeweiligen Kulturregeln anpassen und sie unbewusst lernen. Das Resultat ist, dass wir Kulturregeln übernehmen können, die aus anderen Perspektiven grotesk, skurril oder zumindest ungewöhnlich erscheinen. Trotzdem sind wir dann überzeugt, diese speziellen Kulturregeln seien bedeutsam und müssten für alle gelten.

Fremde Fehler sind einfacher zu finden

Auch im aktiven Zustand sind wir wahre Interpretationskünstlerinnen und -künstler. Wir bemerken dies zum Beispiel, wenn Fremde die von uns verfassten Texte lesen. Sie finden recht schnell orthografische Fehler. Wenn wir hingegen unsere eigenen Texte anschauen, lesen wir das, was dastehen soll, und nicht das, was dort wirklich geschrieben ist. Wir interpretieren also beim Lesen unseren eigenen Text. Auch unsere Präferenzen für Kulturgüter sind letztlich das Ergebnis von individuellen Interpretationen, die durch unbewusst bleibende neurophysiologische Aktivierungen in verschiedenen Hirngebieten vorbereitet werden. Warum lieben wir Pasta mit Tomatensauce, Kalbsgeschnetzeltes mit Rösti oder in der Winterzeit unser Käsefondue? Die San in Botswana – im Übrigen die evolutionär ältesten Menschen – lieben neben Wildtierfleisch und Früchten auch Insekten, die eine wichtige Proteinquelle sind. Die San sammeln da-



her Termiten, Grillen und andere Insektenarten und bereiten sie zum Verzehr vor. Manch einem Mitteleuropäer zieht sich der Magen zusammen, allein beim Gedanken, Grillen und Fliegen zu verspeisen. Alle unsere Präferenzen sind gelernt, und zwar auf der Basis individueller Erfahrungen. Deshalb präferieren wir interindividuell unterschiedliche Dinge.

Anhand von neurowissenschaftlichen Studien haben wir gelernt, dass unser Gehirn bereits vorbewusst die Reize, die auf unser Sensorium eintreffen, interpretiert und in unser Weltbild einsortiert. Man erkennt dies eindrücklich anhand der Hirnaktivitäten beim Wahrnehmen von präferierten Reizen. Wir haben dies zum Beispiel bei Coca-Cola-Fans untersucht. Präsentiert man ihnen Bilder von Coca-Cola-Flaschen, dann sind viele Hirngebiete schon sehr früh, nämlich 100 Millisekunden nach Bildpräsentation, aktiv. Bei Pepsi-Fans hingegen tritt diese frühe Aktivität nicht auf. Dies geschieht nicht bewusst, bereitet aber die 200 bis 300 Millisekunden später erfolgenden bewussten Entscheidungen vor.

Unser Gehirn ist also immer aktiv – selbst dann, wenn wir glauben, unser Kopf sei leer.

Pforten zum Unbekannten

**Eine menschenleere Bahnhofshalle, ein verlassenes Hotel,
ein einsamer Spielplatz in der Abenddämmerung:
Liminale Räume im Film zeichnen sich durch eine besondere
Atmosphäre aus. Vertraut und zugleich fremd
werden sie zu Durchgangsräumen zwischen verschiedenen
Realitätsebenen.**

Prof. Dr. Marcus Stiglegger, Filmwissenschaftler, Münster School of Design



Der Astronaut David Bowman aus dem Film «2001: Odyssee im Weltraum» stirbt in einem merkwürdigen Zimmer, in das er nach dem Flug durch das Sternentor gelangt ist.

Bild: «2001: Odyssee im Weltraum», Warner Bros., Blu-ray-Screenshot

Nachdem der Astronaut David Bowman (Keir Dullea) im letzten Akt von Stanley Kubricks «2001: Odyssee im Weltraum» (1968) auf dem Flug durch das Sternentor das Bewusstsein verloren hat, erwacht er in einem irritierenden, merkwürdig weiss strahlenden Zimmer mit barocken Möbeln. Dort beobachten wir ihn bei profanen Tätigkeiten und sehen, wie er in diesem Raum in mehreren Schritten altert und schliesslich im Bett stirbt. Erst als zu seinen Füßen ein Embryo, das «Sternenkind», erscheint, kehren wir im Film zur Erde zurück: Aus dem Weltraum blickt der Embryo milde lächelnd auf den blauen Planeten.

Ein prägender Raum des Übergangs

Dieses rätselhafte Ende von Kubricks Weltraumodyssee wurde viel diskutiert. Inspiriert durch den Autor Arthur C. Clarke wird dieser glühende Raum zwischen Sternentor und kosmischer Wiedergeburt lesbar als eine Art Zoo oder Versuchslabor ausserirdischer Mächte, die den Menschen Bowman studieren und ihm zur Wiedergeburt verhelfen. Zeit scheint hier zusammenzuschmelzen, Altersstufen sich zu überlappen. Was wie ein musealer Barockraum anmutet, sorgsam nachgestellt zu Studienzwecken, ist zugleich ein Raum des Übergangs von einem Seinszustand in den nächsten, vom Tod zur Neugeburt. Es ist ein Durchgangsraum, dessen profane Details nur Fassade sind. Kubrick inszenierte mit dieser Sequenz einen der einprägsamsten liminalen Räume der modernen Filmgeschichte.

Zwischen den Dimensionsebenen

Fast ein halbes Jahrhundert später nahm uns auch Christopher Nolan mit auf eine Reise durch die Zeit, und zwar buchstäblich: In seinem Science-Fiction-Drama «Interstellar» (2014) verlässt der Astronaut Cooper (Matthew McConaughey) eine von der Klimakrise schwer geschädigte Erde und reist durch ein schwarzes Loch, um durch dieses Sternentor in die Gegenwart seiner Tochter (Jessica Chastain) zurückzukehren. Auf dieser Reise wird die Zeit als ein buchstäblich geschichteter Raum präsentiert, durch dessen zusätzliche Dimensionen sich der Protagonist bewegen kann. Dieser unmögliche Raum zwischen den Dimensionsebenen wird zu einer Pforte der Kommunikation zwischen dem abwesenden Vater und der wartenden Tochter. Auch dieser Raum ist eine Pforte, ein Durchgangsraum, vielleicht eine der



Ein Raum zwischen den Dimensionen: Der Astronaut Cooper kann in «Interstellar» mit seiner Tochter Murphy in der Vergangenheit kommunizieren.



In «Twin Peaks – Der Film» begegnet FBI-Agent Dale Cooper in der ikonischen «Black Lodge» der untoten Laura Palmer.

gewagtesten Inszenierungen des Unvorstellbaren im postmodernen Kino seit den 1980er-Jahren. Doch ist das zugleich auch ein liminaler Raum, wie man es über Kubricks Inszenierung in «2001: Odyssee im Weltraum» sagen könnte?

Vertraut und doch irritierend

Spätestens hier ist zu klären, was ein liminaler Raum im Film eigentlich ist. Liminale Räume sind durchaus physisch definierte mediale Topografien, also audiovisuelle Darstellungen zunächst vertrauter Räume, die durch einen irritierenden Aspekt zugleich in einem Schwebezustand verharren. Sie bieten das Vertraute an, um es zugleich zu entziehen; beispielsweise, wenn sonst belebte Orte plötzlich leer und verlassen erscheinen oder wenn spezielle Lichtverhältnisse eine besondere Atmosphäre hervorrufen. Auch das baro-

cke Schlafzimmer aus «2001: Odyssee im Weltraum» erinnert nur so lange an einen historischen Raum, wie der Kontext seines Erscheinens unberücksichtigt bleibt. Als nächste Station hinter dem Sternentor jedoch wird er unheimlich: Wer hat ihn errichtet, und zu welchem Zweck hat er es getan? Im Kontext des Films handelt es sich um einen Durchgangsraum, um die letzte Stufe, die der Protagonist auf dem Weg zu seiner Neugeburt durchläuft. In «Interstellar» wird ein dekonstruierter, imaginär anmutender Raum zwischen den Dimensionen konstruiert, der als eine weitere Stufe interpretiert werden kann – auch hier ein Durchgangsraum, jedoch inspiriert durch aktuellere wissenschaftliche Theorien von Zeit und Raum. In einem strengeren Sinne wäre das aber ein postliminaler Raum, denn er hat die Gesetze des Physischen bereits überwunden.



«Komm und spiel mit uns, Danny.» In den eigentlich leeren Gängen des Hotels Overlook kommt Danny im Film «Shining» in Kontakt mit der Geisterwelt.

Realität oder Geisterwelt?

Weniger abstrakt ist eine andere liminale Raumkonstruktion von Stanley Kubrick. Die Korridore des winterlich eingeschneiten und verlassenen Hotels Overlook in den Rocky Mountains in «Shining» (1980) sind ebenfalls Durchgangsräume, die vom kindlichen Protagonisten Danny auf dem Dreirad erkundet werden. Seine übersinnliche Fähigkeit lässt ihn diese eigentlich profanen Räume als liminal erleben: In den monotonen Korridoren wird ganz unmerklich die Realität durchlässig für eine Welt der Geister, die nun hinter jeder Ecke

lauern können. Der alltägliche Handlungsort erscheint als das unheimliche Refugium einer tödlichen Präsenz. Der liminale Raum erweist sich als Durchgangsraum zwischen den Realitätsebenen, auch wenn er wesentlich gewöhnlicher erscheint als in «2001: Odyssee im Weltraum». Vergleichbar inszeniert Kubrick hier auch die väterlichen Erlebnissräume Ballsaal, Toilette und Badezimmer, in denen Jack Torrance (Jack Nicholson) ebenfalls die Geister des Hotels begegnen.

Zu Besuch in der Black Lodge

Den ikonischsten liminalen Raum der Filmgeschichte finden wir jedoch beim grossen amerikanischen Surrealisten David Lynch. Mitten im Wald, an der Landesgrenze zwischen den USA und Kanada, erscheint in «Twin Peaks – Der Film» (1992) einigen Auserwählten die Black Lodge, ein von roten Vorhängen gesäumter, mit schwarz-weiss gezacktem Bodenmuster verzierter Durchgangsraum zwischen den Welten. Hier begegnen wir den ruhelosen Toten, den Verdammten und Verfluchten, die auf einer roten Couch geduldig auf ihre Wiederkehr in der realen

Welt zu warten scheinen. Und hier begegnet FBI-Agent Dale Cooper (Kyle MacLachlan) der von ihm mit nekrophiler Leidenschaft ersehnten untoten Laura Palmer (Sheryl Lee). Die Black Lodge ist so ikonisch geworden, dass sich ihr schwarz-weiss-rotes Muster fest in der Popkultur etabliert hat und in Mode ebenso wie in Videoclips zitiert wird. Das Faszinosum des liminalen Raums zwischen den Welten ist Form geworden.

Es bleibt David Lynch überlassen, auch in diesem Konzept noch weiter zu gehen: In seiner von ihm selbst eingerichteten Wohnung am Mulholland Drive in Los Angeles drehte er 1996 den Psychothriller «Lost Highway». Diese fleischfarbene, karg eingerichtete Wohnung zeichnet sich durch undurchdringliche Dunkelzonen aus, in denen der Protagonist (Bill Pullman) einmal buchstäblich verschwindet und sich wieder materialisiert. Die Wohnung als liminaler Raum ist eine Alptraumwelt, die sich an ihren Übergängen zur anderen Welt in Finsternis aufzulösen scheint. Bei Lynch ist das Liminale endgültig ein Angstraum an der Schwelle des Unbekannten.



Die Wohnung des Protagonisten Fred in «Lost Highway» ist eine Alptraumwelt aus Licht und Schatten.



Gesunde Teenager pflegen meist relativ stabile Freundschaften, Jugendliche mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung hingegen wechseln ihre Bezugspersonen häufig.



«Ein Gefühl, das nur schwer auszuhalten ist»

Ein häufiges, aber bislang wenig erforschtes Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung ist die innere Leere.

Michael Kaess, Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Bern, spricht über die Ursachen dieses Gefühls und die Herausforderungen im Umgang damit.

Regula Grünwald, Chefredaktorin vsao Journal

Wo liegen die Schwierigkeiten bei der Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung?

Das Problem ist, dass die Pubertät für viele Jugendliche eine schwierige Zeit ist. Einige Symptome der Borderline-Persönlichkeitsstörung, kurz BPS, hat man lange als pubertäre Merkmale abgetan und die BPS-Diagnose damit beinahe aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie verbannt. Gefühlsschwankungen, Identitätssuche, wechselnde Beziehungen – da kann man natürlich schon auch an Pubertät denken, aber eben nicht nur.

Wie gelingt die Differenzierung zwischen einer schwierigen Pubertät und einer BPS?

Wichtig ist, dass man sich gut auskennt und einschätzen kann, ob ein Verhalten pathologischen Wert hat oder ob es normale pubertäre Zustände sind, die sich wahrscheinlich von selbst wieder ändern. Verhaltensweisen wie Selbstverletzungen und Suizidversuche sind aber klar nicht pubertär, sondern häufig Ausdruck psychischen Leids – auch wenn nicht immer eine BPS der Grund ist. Auch ist es nicht pubertär, ständig seinen Freundeskreis zu wechseln. Die meisten Menschen sind schon im Jugendalter durchaus in der Lage, relativ feste Freundschaften zu pflegen – abgesehen vielleicht von den sexuellen Beziehungen, wo Wechsel häufiger sind. Bei den meisten gesunden Teenagern ist auch das Gefühl gegenseitiger Liebe in der Beziehung zu den Eltern konsistent, trotz Konflikten und Streit, die in der Pubertät oft dazugehören. Auch identitätsstiftende Merkmale wie Kleidung, Musikgeschmack oder Werte und Normen sind bei gesunden Teenagern relativ stabil und ändern sich nicht alle drei Monate, beim Berufswunsch hingegen sind häufige Wechsel vollkommen normal. Und eine

klassische Frage, die beeindruckende Unterschiede zwischen gesunden und an BPS leidenden Jugendlichen aufzeigt, ist die Aufforderung, sich selbst zu beschreiben. Die meisten gesunden Teenager sind relativ reflektiert und in der Lage, sich positive und negative Eigenschaften zuzuordnen. Jugendliche mit BPS hingegen sind bei dieser Frage oft völlig überfordert, weil sie keine konsistente Vorstellung von sich selbst haben und sich jeweils so verhalten, wie sie denken, dass es das Gegenüber erwartet.

Führt dieses fehlende Gespür für sich selbst zum Gefühl der inneren Leere, die ein Symptom der BPS ist?

Relativ viele Betroffene empfinden eine solche innere Leere. Aber ich bin mir nicht sicher, ob es bei allen dasselbe ist, denn ganz unterschiedliche Phänomene können zu diesem Symptom führen. Zum einen gibt es sicher diese Identitätsstörung und das daraus resultierende Gefühl, nicht zu wissen, wer man ist, und nur eine Hülle ohne Inhalt zu sein. Zum anderen gibt es das Phänomen der Dissoziation, das zwar oft im Traumakontext vorkommt, aber bei Weitem nicht nur. Eines der häufigsten Symptome hier ist die völlige Entkopplung von jeglichen Emotionen – und wenn ich nicht fühle, dann bin ich nicht. Das ist ein Phänomen, das wir im Verlauf der Behandlung von Borderline-Betroffenen relativ häufig sehen: Wenn sie es schaffen, ihre Emotionen besser zu regulieren – was ja an sich wünschenswert ist –, tritt oft das Gefühl der inneren Leere stärker hervor. Denn die starken Emotionen verbinden sie häufig mit dem Gefühl der Lebendigkeit. Und schliesslich haben Borderline-Betroffene oft komorbid schwere depressive Zustände, und wir wissen, dass eine schwere Depression mit dem Gefühl der inneren Leere einhergehen kann.

Zur Person



Michael Kaess ist Professor für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Direktor der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Bern. Klinisch leitet er das in Bern etablierte Zentrum für Suizidprävention. Wissenschaftlich beschäftigt sich Michael Kaess seit vielen Jahren mit der Entstehung und Behandlung von Störungen der Emotionsregulation. In diesem Zusammenhang gilt Michael Kaess als internationaler Experte für Selbstverletzung und Suizidalität im Jugendalter sowie für die Früherkennung und Frühbehandlung der Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Wie passt dieses Gefühl mit den starken Emotionen zusammen?

Es ist nicht empirisch belegt, aber ich glaube, die innere Leere ist ein Gefühl, das nur schwer auszuhalten ist. Und Jugendliche vermeiden es, indem sie ihre Emotionen ausleben und akute Symptome herbeiführen wie Selbstverletzungen und Risikoverhalten. Tatsächlich kommen die meisten Betroffenen – sofern sie nicht abhängig werden – mit zunehmendem Alter von den selbstschädigenden Verhaltensweisen ab. Doch sobald die Akutsymptome in den Hintergrund rücken, tritt das Gefühl der inneren Leere hervor.

Die innere Leere ist eines der am schlechtesten beforschten Symptome der BPD. Warum?

Einer der Gründe könnte sein, dass es sehr schwierig ist, diesen Zustand zu begreifen – auch für Professionelle. Gefühle wie Angst und Traurigkeit haben alle Menschen schon einmal erlebt und können sich etwas darunter vorstellen. In das Ge-

Kurz erklärt: Die Borderline-Persönlichkeitsstörung

Die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ist eine schwere, psychische Störung, die sich meist im Jugendalter zeigt. Sie kennzeichnet sich durch eine Instabilität in drei Bereichen, namentlich in der Emotionsregulation, in den interpersonellen Beziehungen sowie im Selbstbild. Daraus resultieren oft akute Symptome wie schwere Selbstverletzungen, Suizidversuche, riskantes Verhalten, Substanzmissbrauch und das Gefühl der inneren Leere.

Die Ursachen einer BPS sind vielfältig. Neben einer genetischen Komponente spielen auch familiäre Faktoren und Umweltfaktoren eine Rolle. Traumatische Erlebnisse wie Missbrauch oder Vernachlässigung erhöhen das Risiko einer BPS deutlich, gleichzeitig sind jedoch nicht alle BPS-Betroffenen traumatisiert. Auch andere Formen von belastenden Beziehungen können die Entstehung einer BPS begünstigen, so etwa innerfamiliäre Konflikte oder Mobbing.

fühl der inneren Leere hingegen kann man sich kaum hineinversetzen – und es fällt schwer, dieses zu beschreiben.

Wie wird dieses Gefühl denn therapiert?

Emotionen a priori zu ändern, ist schwierig. Bei einer Psychotherapie setzen wir deshalb bei der Veränderung der Kognition und der Verhaltensweisen an, denn unser Denken und Handeln beeinflusst wiederum die Gefühle. Für die BPS gibt es spezifische Verfahren, die den Aufbau einer eigenen Identität und das Verstehen von dysfunktionalen Beziehungsmustern in den Mittelpunkt stellen. Mit einer Responder-Rate von 50 bis 70 Prozent funktioniert diese relativ gut – man unterschätzt oft die Wirksamkeit der Psychotherapie. Problematisch ist jedoch, dass Betroffene häufig zu spät mit der Therapie beginnen.

Und dann besteht ein enormes Risiko, dass langfristige Schäden entstehen, die man nicht mehr so einfach reparieren kann. Und das betrifft gar nicht mal unbedingt die innere Leere oder die Identitätsstörung, sondern vielmehr die funktionalen Schäden.

Was meinen Sie damit?

Wenn jemand mit 25 Jahren über keinen Schulabschluss und keine Berufsausbildung verfügt, mit der Familie gebrochen hat und kein soziales Netz aufbauen konnte, ist es extrem schwierig, sich im Leben zurechtzufinden. Wenn einem Teenager der Schulausschluss droht und er ständig die Freunde wechselt, ist das zwar auch nicht gut, aber da lässt sich noch einiges reparieren. Deshalb ist es wichtig, frühzeitig eine Diagnose zu stellen.

Besteht bei einer frühen Diagnose nicht die Gefahr einer Stigmatisierung?

Natürlich werden psychiatrische Diagnosen noch immer stigmatisiert, aber diese Stigmata können wir nicht bekämpfen, indem wir einfach nicht darüber reden. Und ich bin der Meinung, dass es wichtiger ist, diesen Menschen möglichst früh zu helfen, damit sie nicht diesen schweren Funktionsverlust erleiden. In der Bevölkerung gibt es ja immer noch diese Idee, dass, wer einmal in die Psychiatrie geht, da nie wieder rauskommt. Aber das Gesundheitssystem im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist so überlastet, dass bestimmt niemand von uns eine Therapie anbietet, die nicht wirklich nötig ist.

Anzeige

ZERTIFIZIERT FÜR HOHE QUALITÄT:

Q

Publikation2024

Das Gütesiegel für Qualität

- Etabliert und anerkannt mit fokussierter Leserschaft
- Inhaltlich kompetent und publizistisch unabhängig
- Werbung ohne Streuverlust



SCHWEIZER MEDIEN
MÉDIAS SUISSES | STAMPA SVIZZERA | SWISS MEDIA

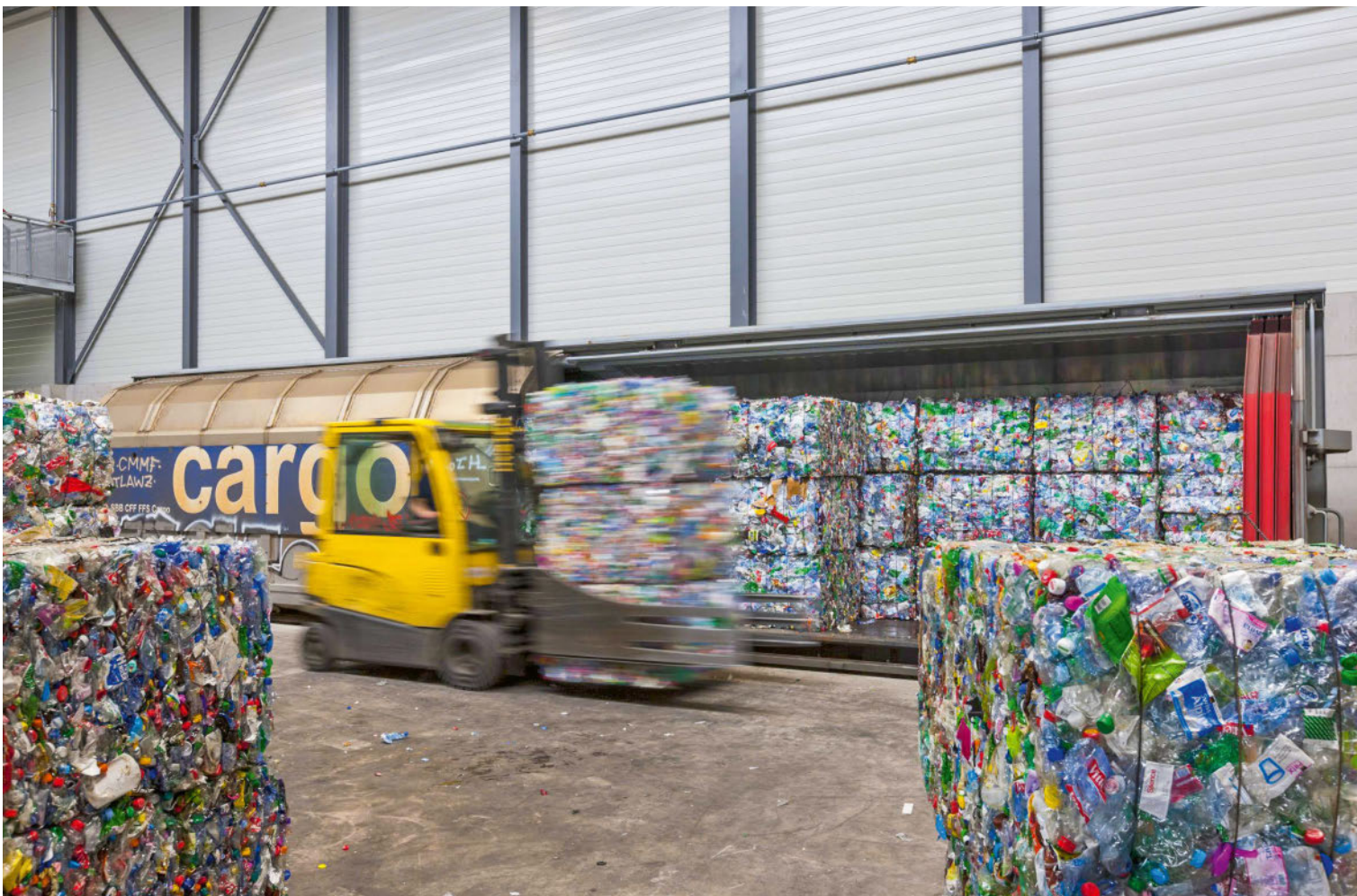


WWW.Q-PUBLIKATIONEN.CH

Von alten Flaschen und neuen Gullydeckeln

Luft raus, Deckel drauf – und ab in den Sammelbehälter. Das Recycling von Wertstoffen wie PET, Glas, Alu und Batterien ist für viele eine Selbstverständlichkeit. Doch wie werden die gebrauchten Batterien und leeren PET-Flaschen wiederverwertet? Ein Einblick.

Regula Grünwald, Chefredaktorin vsao Journal



In Ballen gepresst kommen die leeren PET-Flaschen in den Sortierzentren an.

Die Taschenlampe und die Küchenwaage, aber auch das Handy, der Akkuschrauber und das E-Bike: Sie alle brauchen eine Batterie, die – sofern sie richtig entsorgt wird – nach Ablauf ihrer Lebenszeit im bernischen Wimmis landet. Dort steht die BATREC Industrie AG, der einzige Betrieb in der Schweiz, der Batterien und Akkus rezykliert. 2021 wurden in der Schweiz 6615 Tonnen Batterien abgesetzt. Gemäss der Geschäftsstelle Inobat, die im Auftrag des Bundesamts für Umwelt die vorgezogene Entsorgungsgebühr von Batterien und Akkus verwaltet, kamen im gleichen Zeitraum 3271 Tonnen Batterien zurück, was einer Rücklaufquote von 49,4 Prozent entspricht. Diese bescheidene Zahl habe aber nicht so sehr mit fehlendem Engagement seitens der Bevölkerung zu tun, sondern vielmehr mit exponentiell steigenden Verkaufszahlen der Lithium-Ionen-Batterien, erklärt Philipp Rädecker, Leiter der Batterierecyclinganlage bei BATREC. Die aufladbaren Akkus, wie sie etwa in Notebooks und elektrischen Zahnbürsten vorkommen, hätten eine deutlich längere Lebensdauer als herkömmliche Batterien. Dies wirke sich negativ auf die Gesamtstatistik aus. Und tatsächlich: Betrachtet man nur die Rücklaufmenge der Batterien ohne Lithiumanteil, erhöht sich die Quote auf 80,5 Prozent.

Details verraten den Inhalt

Ganz so schnell wie in der Statistik lassen sich die Batterien im echten Leben nicht trennen. Bunt gemischt kommen sie in Wimmis an, wo eine Maschine sie nach Grösse siebt. Danach ist menschliche Arbeitskraft gefragt: An Förderbändern sortieren Mitarbeitende die vorbeifahrenden Batterien nach Wert-, aber auch nach Schadstoffen wie Quecksilber und Cadmium aus. Die Unterscheidung der verschiede-



Enthält die Batterie Cadmium oder ist es eine Alkali-Mangan-Zelle? Mitarbeiterinnen der BATREC Industrie AG sortieren die Batterien von Hand aus.

denen Fraktionen sei nicht ganz einfach, betont Philipp Rädecker. «Es sind Details wie eine Einkerbung beim Deckel oder die Farbe, die einen Hinweis auf die Art der Batterie geben können. Einheitlich ist dies jedoch nicht.» Neue Mitarbeitende bräuchten deshalb eine Einführungszeit von drei bis sechs Monaten, bis sie selbstständig sortieren könnten. Einfach zu erkennen sind hingegen der Müll und der Elektroschrott, die oft im Batteriemix enthalten sind. «Wir sortieren diese aus und entsorgen sie sachgemäss», sagt Philippe Zanettin, Geschäftsführer von BATREC. «Problematisch kann es hingegen werden, wenn Batterien in der Sammlung anderer Wertstoffe landen.» Gerade Einweg-E-Zigaretten würden häufig falsch entsorgt. «Beim Pressen oder Schreddern besteht das Risiko, dass der Akku beschädigt wird und sich im schlimmsten Fall entzündet», so Zanettin.

Menschen sortieren intuitiv

Auch beim PET-Recycling sind falsch entsorgte Batterien ein Problem. Stefanie Brauchli, Leiterin Unternehmenskommunikation von PET-Recycling Schweiz, erklärt: «Die gesammelten PET-Getränkeflaschen werden für einen umweltfreundlicheren Transport von den Umschlagzentren an die drei Sortierzentren der Schweiz zu kompakten Ballen gepresst. In diesen Ballen befindet sich leider auch einiges an Fremdmaterial.» Insbesondere die gut gemeinten Fehleinwürfe hätten mit dem steigenden Umweltbewusstsein zugenommen. «Obwohl auch manche Becher, Fleischverpackungen und Shampooflaschen aus Polyethylenterephthalat, kurz PET, bestehen, gehören diese nicht in die PET-Sammlung», betont sie. Um falsch eingeworfene Materialien auszusortieren, entfernt die Sortieranlage zunächst magnetische Objekte und siebt kleine Gegenstände aus. Anschliessend trennen sieben Lasermodule die verbliebene Masse nach Material und Farben. Um die 99,8-prozentige Reinheit zu erreichen, die für eine Wiederverwendung im Lebensmittelbereich nötig ist, sortieren Mitarbeitende die Flaschen von Hand nach. Zu Beginn dieses Jahres ist in Frauenfeld eine neue Anlage in Betrieb genommen worden, die mit künstlicher Intelligenz arbeitet und die Flaschen noch besser vorsortiert. Die Arbeit von Menschen sei aber nach wie vor unerlässlich, sagt Stefanie Brauchli. «Es ist schwierig, genau zu definieren, was denn nun

Schweizer Recycling in Zahlen

Gemäss dem Leistungsbericht 2023 von Swiss Recycle hat die Schweiz eine gesamte Recyclingquote von 52 Prozent. Dadurch werden in der Schweiz jährlich rund 507 000 Tonnen CO₂-Äquivalente eingespart. Dies entspricht 183 000 Flügen rund um die Erde. Dennoch bleibt einiges zu tun: Ziel der EU ist es, bis 2035 65 Prozent der Siedlungsabfälle zu rezyklieren. Mittel, um diese Quote zu erreichen, sind die Abfallvermeidung, eine bessere Rezyklierbarkeit von Verpackungen durch Design4Recycling-Guidelines, die schweizweite Einführung eines Kreislaufwirtschaft-Systems für Kunststoffverpackungen und Getränkekartons, weniger Grüngut im Kehrriech und eine noch bessere Sensibilisierung für weniger Fehlwürfe.

www.sr-leistungsbericht.ch

eine Getränkeflasche von einer Shampooflasche unterscheidet – zumal diese ja gequetscht sind.» Ein Mensch hingegen erkenne dies intuitiv.

Öfen und Schredder

Zurück zu den Batterien: Die grösste Fraktion bildet ein Mix aus Alkali-, Zink-Kohle-, Zink-Luft- und Knopfzellenbatterien. Diese werden in einem Schachtofen bei 600 bis 800 Grad pyrolysiert. Dabei veraschen die Kunststoffe, Feuchtigkeit und gegebenenfalls Quecksilber verdampfen. Danach lässt der Lichtbogenofen mit einer Temperatur von 1500 Grad das Zink verdampfen, das geschmolzene Eisen und Mangan hingegen bleiben in der Schmelze zurück und bilden das Ferromangan. Der Heissbereich mache jedoch nur einen Drittel der Anlage aus, sagt Philipp Räderker. Viel Raum nehmen auch die Abgasreinigung inklusive Kondensierung von Quecksilber sowie die Abwasserreinigung ein. Rund 70 Prozent des Materials könne so wiederverwendet werden, wenn auch kaum für die Produktion neuer Batterien. Das Ferromangan wird an Stahlwerke oder Giessereien verkauft und dient dazu, das Eisen härter zu machen. Wiederzufinden ist es beispielsweise in Gullydeckeln oder Hydranten. Das kondensierte Zink hingegen wird hauptsächlich als Rostschutz eingesetzt.

Um die bislang ebenfalls thermisch rezyklierten Lithium-Ionen-Batterien besser wiederverwerten zu können, hat BATREC letztes Jahr eine neue Anlage aufgebaut. Diese separiert die Bestandteile der im Wasserbad entladenen und anschliessend geschredderten Akkus mechanisch mittels einer mehrstufigen Sichtung. So können Kunststoff, Wasser, Stahl, Aluminium, Kupfer sowie die aus den Oxiden von Kobalt bzw. Nickel und Graphit bestehende Schwarzmasse aufgetrennt und wiederverwendet werden. Herausfordernd dabei sei, dass die chemische Zusammensetzung der Lithium-Ionen-Batterien stark variere, sagt Philippe Zanettin. «Leider wird bei der Produktion oft nicht ans Recycling gedacht.»

R-PET ist begehrt

Möglichst viele PET-Getränkeflaschen im geschlossenen Kreislauf zu rezyklieren, ist das Ziel im PET-Recycling. Dann können aus den gebrauchten nämlich immer wieder neue PET-Getränkeflaschen hergestellt werden. Die nach Farbe getrennten Flaschen werden geschreddert und anschliessend ins Wasserbad gegeben.

Dort trennen sich die sinkenden Teile des Flaschenkörpers von den schwimmenden Teilen des aus Polyethylen (PE) bestehenden Deckels. Aus den farblich gemischten PE-Teilen entstehen Produkte, bei denen die Farbe keine Rolle spielt, beispielsweise Postkisten oder Rohre.

Die PET-Flakes hingegen werden in einem mehrstufigen Verfahren gereinigt und mittels Laser nochmals einzeln kontrolliert. Erfüllen sie die hohen Sauberkeitsanforderungen, werden sie in eine Preform gegossen, die bereits den endgültigen Flaschenhals und das Deckelgewinde aufweist. Das Aufblasen in die endgültige Form geschieht meist gleichzeitig mit dem Abfüllen. Dieses Recycling-PET, kurz R-PET, ist begehrt: «Wir sind jeweils schon ein Jahr im Voraus ausverkauft und könnten mehr R-PET vertreiben», sagt Stefanie Brauchli. Um die Produktion zu optimieren, sei jedoch auch die Mitarbeit der Konsumentinnen und Konsumenten gefragt. «Schon beim Sammeln sollte auf die Reinheit geachtet werden. Ist in einem Sack etwa eine Flasche Motoröl dabei, kriegen wir das Material nicht mehr sauber genug für die Lebensmittelindustrie.» Und auch bei der Rücklaufquote von 82 Prozent sieht Stefanie Brauchli noch etwas Luft nach oben. «Die meisten Leute sammeln zwar PET, aber oft nicht ganz konsequent. Dies möchten wir ändern. Denn jede Flasche zählt.»

Mehr Informationen:

www.batrec.ch

www.petrecycling.ch

Das unbeschriebene Blatt

Gedankenruhe ist wohltuend und lässt sich üben – sowohl allein als auch in der Begegnung mit anderen.

Gabriela Huber-Mayer, Buchautorin, dipl. Yogalehrerin und Meditationsleiterin,
Redaktorin bei «YOGA! Das Magazin»



Allein ein Bruchteil an Leere wiegt mehr als alles Gerede und Denken», das soll einst Xuedou, ein Zen-Mönch aus China, gesagt haben. Was ging bei Ihnen durch den Kopf, als Sie die leere Seite im Journal sahen? Haben Sie es sachlich zur Kenntnis genommen: «Schau an, ein leeres Blatt»? Waren Sie irritiert? Oder empfanden Sie es gar als angenehm: «Wie wohltuend, einfach mal nichts»? Wenn Sie gedankenverloren, im wörtlichen Sinn, einfach weitergeblättert haben, würde ich empfehlen, das Journal in solchen Momenten zur Seite zu legen, bewusst eine Gedankenpause einzuschalten und die Achtsamkeit nach innen zu richten. Nehmen Sie Abstand vom Alltagsgeschehen, und beobachten Sie aus dieser Distanz, womit Sie gerade beschäftigt waren.

Automatismen stoppen

Genau darum geht es, das ist der Anfang einer Meditationspraxis. Üblicherweise läuft permanent das Kopfkino, vieles geschieht automatisch, oft folgt auf einen Reiz sofort eine Reaktion. Mittlerweile gibt es zahlreiche Methoden, die helfen, diese Automatismen anzuhalten. Angestrebt wird die Gedankenruhe: den Kopf leeren, um die Stille zu erfahren. Denn erst in dieser Ruhe können wir unsere wahre Natur erkennen, heisst es in den Yoga- und den buddhistischen Philosophien und dass Form nichts anderes als Leere, Leere nichts anderes als Form sei.

Diese Erkenntnis gehört zum Herzsutra, das eine der knappsten Zusammenfassungen der Lehre Buddhas ist. Die Essenz dieses Sutras: Die gesamte Erscheinungswelt ist leer von einer Eigenexistenz. Erst durch eine Interpretation, eine Namensgebung oder einer Vorstellung erschaffen wir Form.

Leere zulassen

Es muss nicht gleich dieses höchste Ziel der Meditation angestrebt werden, auch im Alltag lohnt es sich, Leere zuzulassen. Wann haben Sie das letzte Mal jemand völlig Unbekanntes getroffen – ein unbeschriebenes leeres Blatt – und haben sich nicht sofort allerlei Gedanken gemacht? Das leere Blatt ist innert kürzester Zeit mit unseren Beobachtungen, Vermutungen und Rückschlüssen vollgeschrieben. Sich dann noch frei auf das Gegenüber einzulassen, um dasjenige wahrzunehmen, was sich hinter all den Zeilen verbirgt, wird zur Herausforderung. Auch wir haben unsere Bilder und unsere Geschichten im Kopf, welche die leeren Räume schnell füllen und verschwinden lassen.

Einander zuhören

Doch was wäre, wenn das Gegenüber seine eigene Geschichte auf das leere Blatt schriebe? Wenn wir einander Raum gäben? Diesen Raum von beiden Seiten öffneten und erweiterten, für eine Geschichte, in der zwei oder mehrere Menschen einander ehrlich interessiert zuhören und

sich offen auf das Gegenüber einlassen? Was wäre, wenn wir gemeinsam Geschichten entstehen und wachsen liessen? Den Raum erweitern und regelmässig leeren würden von Vorurteilen und Bewertungen? Reines Gewahrsein, in die Stille horchen und die Leere wirken lassen: Da kann es als Reaktion zu einer wahren Explosion von inneren Bildern kommen! Und wird es aussen still, kann es innerlich ganz schön laut werden. Xuedou soll übrigens bei seinem Tod auf die Frage, was er anders machen würde, geantwortet haben: «Das Einzige, was ich in meinem Leben bereue, ist, dass ich zu viel geredet habe.»

Nun denn, nehmen Sie sich Raum, und lassen Sie Ihre Gedanken ruhig mal ins Leere laufen, bevor Sie reagieren und reden.



Auf den ersten Blick wirkt das voll möblierte Jäger- und Freizeithaus bewohnt. Erst beim zweiten Blick verraten Details wie das heruntergefallene Bild oder die vielen Spinnweben, dass es seit etwa 20 Jahren ungenutzt ist.

Die Schönheit der verlassenen Orte

Unbewohnte, verwitterte Gebäude üben
auf manche Menschen eine besondere Faszination aus.
Ein Rundgang in Bildern durch die
schaurig-schönen Räume.

Regula Grünwald, Chefredaktorin vsao Journal, Bilder: Oliver Gutfleisch



Die ehemalige Mühle mit Baujahr 1574 wurde 1864 umgebaut, seit 1921 ist der Mühlebetrieb eingestellt. Das eigentliche Wohnhaus ist seit über 30 Jahren unbewohnt. Bei einem Hagelsturm im Jahr 2021 wurde das Dach stark beschädigt.

Ein verwilderter Garten, zerbrochene Fensterscheiben, Schäden am Dach: Was bei vielen wohl eher Abneigung oder vielleicht auch Mitleid auslöst, lässt das Herz von Oliver Gutfleisch höher schlagen. Seit der Schreiner und langjährige Hobbyfotograf 2017 Menschen kennengelernt hat, die leer stehende Gebäude besuchen und fotografieren, hat auch ihn die Faszination für diese sogenannten Lost Places gepackt. «Viele glauben, in der Schweiz gebe es kaum solche verlassen Bauten. Das stimmt nicht, aber man muss gut hinschauen, um sie zu finden.» Manchmal erhält er Tipps, oft macht er sich auch aktiv auf die Suche, indem er Zeitungen nach entsprechenden Berichten durchstöbert oder in der Satellitenansicht von Google Earth nach Gebäuden mit kaputtem Dach oder anderen Verfallserscheinungen Ausschau hält.

Einblick ins Leben von Unbekannten
Betrifft Oliver Gutfleisch – in der Regel mit der Erlaubnis der Besitzenden – ein leer stehendes Haus, weiss er nie, was ihn erwartet. Manchmal sind die Zimmer leer

geräumt und der Verfall ist weit fortgeschritten, manchmal gelangt er in eine Szenerie, die ihn in das Leben der ehemaligen Bewohnerinnen und Bewohner eintauchen lässt: Möbel, Bilder, Geschirr – alles ist noch da, ab und zu sogar persönliche Dinge wie Briefe oder Fotos. «Dann fühlt es sich an, als ob ich mit einer Zeitmaschine um etliche Jahre zurückgereist wäre.»

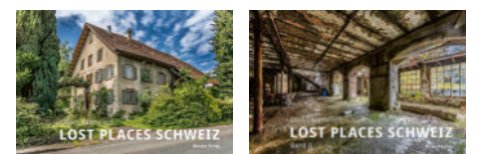
Die Gründe, warum die Häuser leer stehen, sind oft ähnlich. Manchmal ziehen die Besitzerinnen und Besitzer ins Altersheim und wollen ihr Haus noch behalten, häufig haben sie keine Nachkommen, oder das Haus geht nach ihrem Tod an eine Erbgemeinschaft, die sich nicht einig darüber wird, was mit dem Haus geschehen soll. Einige Gebäude sind auch geschützt und dürfen nicht nach Belieben umgebaut oder abgerissen werden – und für eine Sanierung fehlen das Geld oder der Wille.

Die Orte bleiben geheim

Um die schaurig-schönen Orte nicht durch Schaulustige oder Vandalismus zu gefährden, verschweigt Oliver Gutfleisch den genauen Standort und veröffentlicht kaum

Bilder von der Aussenansicht, es sei denn, das Gebäude wurde renoviert oder abgerissen. Auch im Haus selbst bleibt er vorsichtig, um alles so zu belassen, wie es ist. «Ich nehme nichts mit ausser meinen Fotos und hinterlasse nichts ausser meinen Fussspuren.»

Die abgedruckten Fotos hat Oliver Gutfleisch in den Jahren 2021 und 2022 gemacht. Eine Auswahl älterer Bilder hat er in den Fotobüchern «Lost Places Schweiz», Band I und II, veröffentlicht. Diese sind im Buchhandel oder beim Autor erhältlich.



Mehr Informationen:

www.gutfleisch.ch
oliver_gutfleisch@bluewin.ch



Seit die letzte Bewohnerin 2007 verstorben ist, steht das um 1700 erbaute Bauernhaus leer. Ein Teil der Scheune dient noch als Lager.



Richtig gemütlich sieht es in der kleinen, verlassenen Waldhütte nicht mehr aus.



Das um 1613 erstellte Riegelbauhaus ist schon seit etwa 1920 unbewohnt. Vereinzelte Gegenstände der früheren Besitzerfamilie sind jedoch noch immer darin zu finden.



Ein Schlafzimmer in einem Bauernhaus mit Baujahr um 1670. Seit die Familie 1990 in ein anderes Haus gezogen ist, schläft niemand mehr in diesen Betten.

Kinder tun viele Dinge, weil sie ihnen Spass machen, und beurteilen sie nicht nach Effizienz und Nützlichkeit. Mit ihnen zu spielen, kann deshalb sehr spannend wirken.



Einladung zur Langsamkeit

Eine der Freuden des Jahresanfangs ist es, einen neuen Kalender in den Händen zu halten: leere Seiten, die vor uns liegen wie frischer Schnee. Recht bald werden die Seiten aber voller, und damit auch unsere Tage. Ein Aufruf zur Rückeroberung der leeren, nicht optimierten Zeit.

Ulrich Schnabel, Redaktor der Wochenzeitung «DIE ZEIT» und Sachbuchautor

Vor einiger Zeit war der Schriftsteller Pico Iyer zur Konferenz einer Werbeagentur nach Singapur eingeladen. «Trends von morgen» waren gefragt, und der viel reisende Iyer, der ständig zwischen den USA und Japan pendelt, sollte über globale Mobilität referieren. Doch bevor er dazu kam, wurde er mit einem Geständnis konfrontiert. «Kurz nach meiner Ankunft», berichtet Iyer in der «New York Times», «nahm mich der Chef der Werbeagentur zur Seite. Was ihn am meisten interessierte, so begann er – und ich stellte mich schon auf eine besonders geheimnisvolle Werbekampagne ein –, sei die Stille.»

Zeit und Musse – ein rares Gut

Stille? Kein Trubel, keine Show, kein aufgeblasenes Marketing-Event? Einfach nur mal abschalten und Ruhe geben? In der Tat. Je hektischer die Zeiten, je schneller die digitale Kommunikation und je grösser der Drang, allzeit erreichbar zu sein, umso ausgeprägter wird der Wunsch, all das einmal hinter sich zu lassen und abzuschalten. Und das gilt nicht nur für ruhebedürftige Werbechefs.

Häufig seien es gerade die kreativen Erfolgsmenschen, notiert Pico Iyer, die sich vom Nachrichtenstrom abkoppelten und sich der permanenten Erreichbarkeit verweigerten. Manche legen übers Wochenende ein «Internet-Sabbatical» ein oder blocken per Freedom-Software stundenweise ihren Internetzugang, andere flüchten aufs Land, ins Kloster oder in eines jener teuren «Black hole»-Hotels, in denen man dafür bezahlt, keinen Fernseher im Zimmer zu haben und nicht erreichbar zu sein.

Klingt verrückt? Keineswegs. Kaum etwas ist in unserer überhitzten Leistungsgesellschaft seltener (und wertvoller) geworden als Zeit und Musse. Zeit zum Denken und Reflektieren, Musse, um neue Ideen und Perspektiven entwickeln zu können – statt im ewig gleichen Hamsterrad zu strampeln.

Dabei geht es nicht nur um Wellness für die gestresste Seele; es geht darum, Zeit für das Wesentliche zu finden – sowohl im Arbeitsleben wie ausserhalb. Wie schwer das ist, spüren wir alle. Nahezu sämtliche Berufe stehen heute unter dem Diktat der Effizienz und Schnelligkeit, auch wenn das – zum Beispiel im Krankenhaus und im Umgang mit Patientinnen und Patienten – dem eigentlichen Sinn und Ziel der Arbeit zuwiderläuft.

Doch wie bremst man das eigene Leben ab? Zwar werden uns allerorten zeitsparen-

de Tipps und «schnelle Entspannungstricks» offeriert, doch oft sind diese eher Symptom der Hetze als echte Therapie. (Wer sich «schnell entspannen» muss, steckt so im Stress, dass ihm die Zeit für echte Ruhepausen fehlt.) Und in Seminaren zum Zeitmanagement lernt man vor allem, Arbeitszeit effizienter zu nutzen – was den paradoxen Effekt hat, dass man noch mehr Dinge in noch kürzerer Zeit erledigt und auf lange Sicht noch gestresster ist.

Rastlosigkeit ist kein individuelles Problem

Echtes Umdenken beginnt mit der Erkenntnis, dass man nicht individuell versagt, wenn einem die Zeit knapp wird. Das Leiden an der Zeitnot ist ein kollektives Problem, das uns alle verbindet – Angestellte wie Selbstständige, Politikerinnen wie Manager. Denn das Gefühl des Gehetztseins ist ein zentrales Charakteristikum unserer modernen «Beschleunigungsgesellschaft», die durch ständig steigende Erwartungen und den Drang, immer mehr zu wollen und immer schneller zu werden, gekennzeichnet ist.

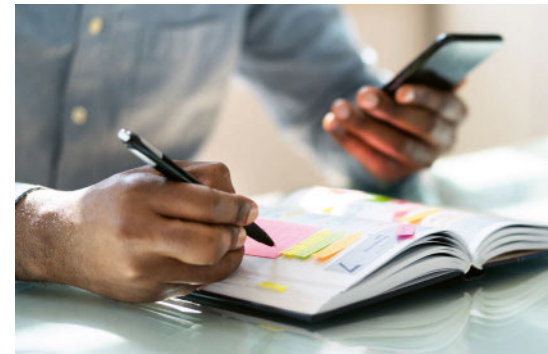
Der gesellschaftliche Anspruch auf Perfektion quält heute insbesondere Frauen, die das Gefühl haben, sie müssten Beruf, Kindererziehung und Familienglück gleichzeitig optimieren. Hinzu kommen die technische Beschleunigung, die uns mit ständig schnelleren Maschinen, Computern und neuerdings der künstlichen Intelligenz beglückt, sowie der wirtschaftliche Wettlauf, der in der globalisierten Welt keinem Unternehmen eine Atempause gönnt.

Auch der Verlust an religiösen Bezügen kann zum Gefühl beitragen, keine Zeit zu haben. Wer keinen Umgang mit der eigenen Endlichkeit entwickelt, empfindet das Leben leicht als «letzte Gelegenheit», wie es die Sozialwissenschaftlerin Marianne Groenemeyer formuliert. Man weiss zwar, dass man sterben muss, aber vorher versucht man, noch möglichst viel, unendlich viel zu erledigen.

So verlagert sich der äussere Zeitdruck nach innen und verwandelt sich in den Drang, den Terminkalender randvoll zu packen, weil man ja sonst wertvolle Zeit vertrödelte. Deshalb träumen wir einerseits von unbeschwerten Aus- oder Mussezeiten, halten es andererseits aber nur schwer aus, wenn einmal nichts zieht und drängt, wenn nichts mehr bimmelt, klingelt und uns ablenkt.

Wege zu bewusst erlebter Musse

Der erste Schritt auf dem Weg zur Musse besteht daher darin, sich dieser äusseren



Zeiten der Musse sind wichtig, müssen in unserer Leistungsgesellschaft aber oft geplant und erkämpft werden.

und inneren Hindernisse bewusst zu werden. Der zweite Schritt wäre die Erkenntnis, dass innere Ruhe nichts mit der Zahl unserer Arbeits- oder Freizeitstunden zu tun hat, sondern mit einer inneren Haltung: Gelingt es, einmal ganz bei sich selbst anzukommen und wunschlos zufrieden zu sein?

Am ehesten empfinden wir dies in Momenten, in denen wir selbst über unser Tun (oder Nichtstun) bestimmen und in denen wir uns ganz einer Sache widmen können. Der eine erlebt dies vielleicht beim Angeln, die andere beim Gärtnern, der Dritte im Punkkonzert oder, warum nicht, beim kreativen Arbeiten oder im Spiel mit Kindern. Kinder sind ohnehin geborene Müssiggänger, weil sie nicht – wie wir Erwachsenen – alles nach Effizienz und Nützlichkeit beurteilen, sondern viele Dinge einfach um ihrer selbst willen tun. In der Hinsicht kann man viel von ihnen lernen.

Und es hilft, Ausschau nach Gleichgesinnten zu halten. Nichts entspannt mehr als die Gegenwart entspannter Freunde; sie sind unendlich wertvoll, um der allgemeinen Hetze zu widerstehen. Denn in einer Gesellschaft, die auf ständiges Wachstum und Beschleunigung gepolt ist, muss man sich Ruheräume und Zeiten der Stille regelrecht erkämpfen.

Ein guter Start dafür wäre die simple Frage: Wann ist für mich eigentlich genug?

Dieser Text erschien erstmals in der «ZEIT» Nr. 50/2012 und ist hier in einer überarbeiteten und gekürzten Version abgedruckt. Auch als Sachbuchautor hat sich Ulrich Schnabel mit der leeren Zeit beschäftigt. 2010 erschien von ihm «Muße. Vom Glück des Nichtstuns». Sein jüngstes Buch trägt den Titel «Zusammen. Wie wir mit Gemeinnutzen globale Krisen bewältigen».

www.ulrichschnabel.de



Blutdruckmessungen zu Hause können helfen, das Ansprechen auf die Therapie zu beobachten. Wichtig ist jedoch, die Betroffenen regelmässig darin zu schulen, wie der Blutdruck korrekt gemessen wird.

Aktuelles zum Bluthochdruck: Diagnose, Therapie, Ausblick

Die Hypertonie im Griff – oder doch nicht?

**Rund ein Drittel der europäischen Bevölkerung
leidet an Bluthochdruck. Hypertonie ist jedoch nicht gleich Hypertonie:
Bei etwa zehn Prozent der Betroffenen ist sie die Folge
einer anderen Erkrankung, und auch bei der Behandlung von älteren,
gebrechlichen Personen ist Vorsicht geboten.**

PD Dr.med. Manuel R. Blum, Leitender Arzt, Universitätsklinik für Allgemeine Innere Medizin, Inselspital Bern

Die arterielle Hypertonie zählt zu den wichtigsten beeinflussbaren kardiovaskulären Risikofaktoren [1]. Die Prävalenz liegt in der Gesamtbevölkerung bei 30 Prozent, ist jedoch stark altersabhängig – bei über 70-Jährigen sind drei von vier Personen betroffen [2]. Gleichzeitig besteht sowohl hinsichtlich Diagnosestellung als auch Therapie Verbesserungspotenzial: Schätzungen gehen davon aus, dass in Westeuropa die arterielle Hypertonie bei drei von zehn Personen nicht diagnostiziert und insgesamt bei weniger als der Hälfte der Betroffenen genügend therapiert wird [3]. Die Europäische Gesellschaft für Hypertonie hat kürzlich aktualisierte Richtlinien für das Management der Hypertonie herausgegeben [4]. Im Vergleich zur Vorversion von 2018 sind die meisten Neuerungen eher inkrementeller Art [5].

Klassifikation und Diagnostik der Hypertonie

Hinsichtlich Klassifikation ergeben sich keine grossen Veränderungen. Eine arterielle Hypertonie wird diagnostiziert bei wiederholtem Vorliegen von systolischem Blutdruck ≥ 140 mmHg und/oder diastolischem Blutdruck ≥ 90 mmHg in Praxismessungen. Den Werten aus Heimmessungen und/oder 24-Stunden-Blutdruckmessungen wird zusätzliche Wichtigkeit beigemessen – sie helfen zum Beispiel, das Therapieansprechen zu beobachten und geben Hinweise auf eine Weisskitelhypertonie. Allerdings ist die Blutdruckmessung notorisch fehleranfällig und oft von schlechter Qualität sowie grosser Variabilität geprägt [6]. Es ist daher zentral, sowohl Personal als auch Patientinnen und Patienten regelmässig in der korrekten Blutdruckmessung anzuleiten [7]. Die meisten Fehler führen eher zu einer Überschätzung des Blutdrucks und erhöhen das Risiko einer Übertherapie [8]. Zudem befinden sich sehr viele nicht validierte Blutdruckmessgeräte auf dem Markt, die häufig wesentlich ungenauere Werte ergeben [9]. Datenbanken wie STRIDE BP geben zu den einzelnen Geräten Auskunft [10]. Bei ungefähr zehn Prozent der Patientinnen und Patienten findet sich eine sekundäre Ursache für die Hypertonie – insbesondere bei suggestiven Hinweisen, z.B. bei jüngeren Betroffenen mit ausgeprägter Hypertonie, einer plötzlich neu aufgetretenen Hypertonie bei zuvor stabiler Blutdruckeinstellung oder rezidivierenden hypertensiven Kri-

sen, sollten häufigere Ätiologien wie der primäre Hyperaldosteronismus oder parenchymale und vaskuläre renale Ursachen gesucht werden.

Lebensstiländerungen und medikamentöse Therapie

Die Therapieempfehlungen sind weitgehend gleich geblieben. Anpassungen des Lebensstils sollten allen Betroffenen empfohlen werden. Dazu gehören Gewichtsabnahme, Reduktion des Salzkonsums, Erhöhung des Kaliumkonsums in der Nahrung, vermehrte körperliche Aktivität, moderater Alkoholkonsum, Rauchstopp und eine gesunde Ernährung wie etwa die mediterrane Diät. Bei deutlich erhöhtem Blutdruck oder hohem kardiovaskulärem Risiko sollte direkt mit einer medikamentösen Therapie gestartet werden. Für die meisten Patientinnen und Patienten ist eine duale Therapie mit zwei Wirkstoffen empfohlen, zum Beispiel die Kombination eines ACE-Hemmers/Sartans mit einem Calciumkanalblocker oder einem Thiazid/Thiazid-Like-Diuretikum. Dies führt zu einer stärkeren Blutdrucksenkung bei weniger unerwünschten Nebenwirkungen. In der antihypertensiven Therapie besonders problematisch ist die oft ungenügende und über die Zeit nachlassende Therapieadhärenz – eine gute Adhärenz hingegen ist mit tieferem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse verbunden. Der empfohlene Wechsel auf Kombinationspräparate mit zwei oder drei Wirkstoffen kann die Therapietreue erhöhen.

Welches Blutdruckziel ist anzustreben?

Für die meisten Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis 79 Jahren ist empfohlen, den Blutdruck auf systolisch 130 mmHg zu senken, und bei guter Verträglichkeit der Therapie <130 mmHg, jedoch nicht <120 mmHg. Der diastolische Blutdruck sollte dabei zwischen 70 und 79 mmHg zu liegen kommen. Bei über 80-jährigen Betroffenen sollte ein systolischer Blutdruck zwischen 130 und 139 mmHg angestrebt werden. Allerdings ist die isolierte systolische Hypertonie die häufigste Hypertonieform im Alter, und eine zu starke Senkung des diastolischen Blutdrucks (<70 mmHg) kann den Nutzen einer Senkung des systolischen Blutdrucks zunichtemachen, sodass hier eine individuelle Titration erforderlich ist [11, 12].

Ältere Patientinnen und Patienten, zumindest solche mit mehreren chronischen Erkrankungen und Gebrechlich-

keit, sind in den grossen randomisierten Studien untervertreten [13]. Damit ist fraglich, wie gut die bestehende Evidenz auf diese Patientengruppe anwendbar ist. Beobachtungsdaten deuten bei gebrechlichen älteren Betroffenen bei höheren Blutdruckwerten sogar auf eine tiefere Mortalität hin [14]. Gleichzeitig sind unerwünschte Therapieeffekte bei diesen Patientinnen und Patienten besonders häufig. Allgemein, jedoch besonders in dieser Population wichtig ist zum Beispiel die systematische Suche nach dem Vorliegen einer orthostatischen Hypotonie, die Anlass für eine Therapiedeintensivierung geben kann [15].

Was bringt die Zukunft?

Neue, weniger intrusive Messmethoden wie manschettenlose Blutdruckmessgeräte werden uns im klinischen Alltag begegnen. Diese generieren eine Fülle von Daten, mit denen die Klinikerinnen und Kliniker umgehen müssen und die den Einsatz von telemedizinischen Möglichkeiten zunehmend wichtiger machen [16]. Resultate von laufenden Studien zum Blutdruckmanagement bei älteren, gebrechlichen und multimorbiden Patientinnen und Patienten werden helfen, diesen grossen und weiter wachsenden Teil der Bevölkerung besser zu versorgen. Für therapieresistente Hypertonien ergeben sich neue Behandlungsoptionen. Zum einen können interventionelle/Device-basierte Therapien wie die renale Denervation in ausgewählten Fällen als Behandlungsoption eingesetzt werden. Zum anderen sind neue Medikamente in Entwicklung, so etwa Angiotensinogen-Syntheseinhibitoren, Aldosteronsynthese-Inhibitoren, Endothelin-Rezeptorantagonisten und andere [17–19]. Diese werden die Palette an therapeutischen Möglichkeiten erweitern. Allerdings gilt wie eingangs erwähnt: Die arterielle Hypertonie ist multifaktoriell bedingt, unterdiagnostiziert und untertherapiert, und so sind weiterhin folgende Grundlagen zentral [20]: Prävention, eine frühzeitige Diagnose, eine adäquate, nicht pharmakologische und pharmakologische Therapie sowie die Verbesserung der Therapieadhärenz.

Literatur

- [1] Consortium TGCR, Magnussen C, Ojeda FM, et al. Global Effect of Modifiable Risk Factors on Cardiovascular Disease and Mortality. *N Engl J Med*. 2023;389(14):1273–1285. doi:10.1056/nejmoa2206916
- [2] Mills KT, Bundy JD, Kelly TN, et al. Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control. *Circulation*. 2016;134(6):441–450. doi:10.1161/circulationaha.115.018912
- [3] (NCD-RisC) NRFC, Zhou B, Carrillo-Larco RM, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet*. 2021;398(10304):957–980. doi:10.1016/s0140-6736(21)01330-1
- [4] Chairperson GM, Co-Chair RK, Brunström M, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens*. 2023;Publish Ahead of Print. doi:10.1097/hjh.00000000000003480
- [5] Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–3104. doi:10.1093/eurheartj/ehy339
- [6] Lu Y, Linderman GC, Mahajan S, et al. Quantifying Blood Pressure Visit-to-Visit Variability in the Real-World Setting: A Retrospective Cohort Study. *Circulation Cardiovasc Qual Outcomes*. 2023;16(4):e009258. doi:10.1161/circoutcomes.122.009258
- [7] Rubin R. More Evidence That Hypertension Treatment Decisions Shouldn't Depend Solely on In-Office Blood Pressure Readings. *Jama*. 2023;329(19). doi:10.1001/jama.2023.5538
- [8] Drawz PE, Agarwal A, Dwyer JP, et al. Concordance Between Blood Pressure in the Systolic Blood Pressure Intervention Trial and in Routine Clinical Practice. *Jama Intern Med*. 2020;180(12):1655–1663. doi:10.1001/jamainternmed.2020.5028
- [9] Sharman JE, O'Brien E, Alpert B, et al. Lancet Commission on Hypertension group position statement on the global improvement of accuracy standards for devices that measure blood pressure. *J Hypertens*. 2020;38(1):21–29. doi:10.1097/hjh.0000000000002246
- [10] STRIDE BP. Accessed November 5, 2023. <https://www.stridebp.org/>
- [11] Itoga NK, Tawfik DS, Montez-Rath ME, Chang TI. Contributions of Systolic and Diastolic Blood Pressures to Cardiovascular Outcomes in the ALLHAT Study. *J Am Coll Cardiol*. 2021;78(17):1671–1678. doi:10.1016/j.jacc.2021.08.035
- [12] Brunström M, Carlberg B, Kjeldsen SE. Effect of anti-hypertensive treatment in isolated systolic hypertension (ISH) – systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Blood Press*. 2023;32(1):2226757. doi:10.1080/08037051.2023.2226757
- [13] Anderson TS, Odden MC, Penko J, Kazi DS, Bellows BK, Bibbins-Domingo K. Characteristics of Populations Excluded From Clinical Trials Supporting Intensive Blood Pressure Control Guidelines. *J Am Heart Assoc*. 2020;10(7):e019707. doi:10.1161/jaha.120.019707
- [14] Kremer KM, Braisch U, Rothenbacher D, Denking M, Dallmeier D, Group for the AS. Systolic Blood Pressure and Mortality in Community-Dwelling Older Adults: Frailty as an Effect Modifier. *Hypertension*. 2022;79(1):24–32. doi:10.1161/hypertensionaha.121.17530
- [15] Sheppard JP, Benetos A, McManus RJ. Antihypertensive Deprescribing in Older Adults: a Practical Guide. *Curr Hypertens Rep*. 2022;24(11):571–580. doi:10.1007/s11906-022-01215-3
- [16] Tucker KL, Sheppard JP, Stevens R, et al. Self-monitoring of blood pressure in hypertension: A systematic review and individual patient data meta-analysis. *PLoS Med*. 2017;14(9):e1002389. doi:10.1371/journal.pmed.1002389
- [17] Desai AS, Webb DJ, Taubel J, et al. Zilebesiran, an RNA Interference Therapeutic Agent for Hypertension. *N Engl J Med*. 2023;389(3):228–238. doi:10.1056/nejmoa2208391
- [18] Laffin LJ, Rodman D, Luther JM, et al. Aldosterone Synthase Inhibition With Lorundrostat for Uncontrolled Hypertension. *JAMA*. 2023;330(12). doi:10.1001/jama.2023.16029
- [19] Schlaich MP, Bellet M, Weber MA, et al. Dual endothelin antagonist aprocitentan for resistant hypertension (PRECISION): a multicentre, blinded, randomised, parallel-group, phase 3 trial. *Lancet*. 2022;400(10367):1927–1937. doi:10.1016/s0140-6736(22)02034-7
- [20] Parati G, Goncalves A, Soergel D, et al. New perspectives for hypertension management: progress in methodological and technological developments. *Eur J Prev Cardiol*. 2022;30(1):48–60. doi:10.1093/eurjpc/zwac203

Aus der «Therapeutischen Umschau»* – Übersichtsarbeit

Rückenschmerzen – spezifisch oder unspezifisch?

Franziska Graf und Adrian Forster, Rheumatologie und Rehabilitation, Schulthess Klinik, Zürich, Schweiz

Einführung

Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Konsultationsgründen in Hausarztpraxen und Notfallzentren. Abbildung 1 zeigt anhand dreier Beispiele das vielfältige Spektrum der Differentialdiagnosen: Patientin A (68 Jahre) leidet an einer postmenopausalen Osteoporose mit Wirbelkörperfrakturen, Patientin B (70 Jahre) an einer aktivierten Osteochondrose bei degenerativer Lumbalskoliose und Patient C (42 Jahre) an myofaszialen Rückenschmerzen.

Das erste Ziel besteht immer darin, die potenziell gefährlichen und akut zu behandelnden Rückenschmerzen von denen zu unterscheiden, die für den Patienten nicht bedrohlich sind. In einem zweiten Schritt sollte jeder Rückenschmerz durch eine detaillierte Anamnese und Untersuchung näher eingegrenzt werden. Dafür eignen sich die unten aufgeführten Syndrome.

Risikofaktoren und Prognose von Rückenschmerzen

Rückenschmerzen kommen in allen Bevölkerungsschichten vor. Die Inzidenz steigt mit dem Alter; ebenfalls sind Frauen, sozioökonomisch schlecht gestellte Menschen

und Raucher häufiger betroffen [1]. Bisher war man der Annahme, dass die akuten lumbalen Rückenschmerzen eine gute Prognose haben und die meisten davon Betroffenen innerhalb weniger Wochen genesen [2]. Eine Studie aus Sydney zeigte jedoch auf, dass nur 72 % der Patienten mit akuten Rückenschmerzen, hingegen 42 % der Patienten mit chronischen Rückenschmerzen innerhalb eines Jahres beschwerdefrei wurden [3]. Diese Zahlen deuten darauf hin, dass möglicherweise das Verbesserungspotential von akuten Rückenschmerzen überschätzt und dasjenige von chronischen Rückenschmerzen unterschätzt wird [4].

*Der Artikel erschien ursprünglich in der «Therapeutischen Umschau» (2023), 80(4), 167–173.

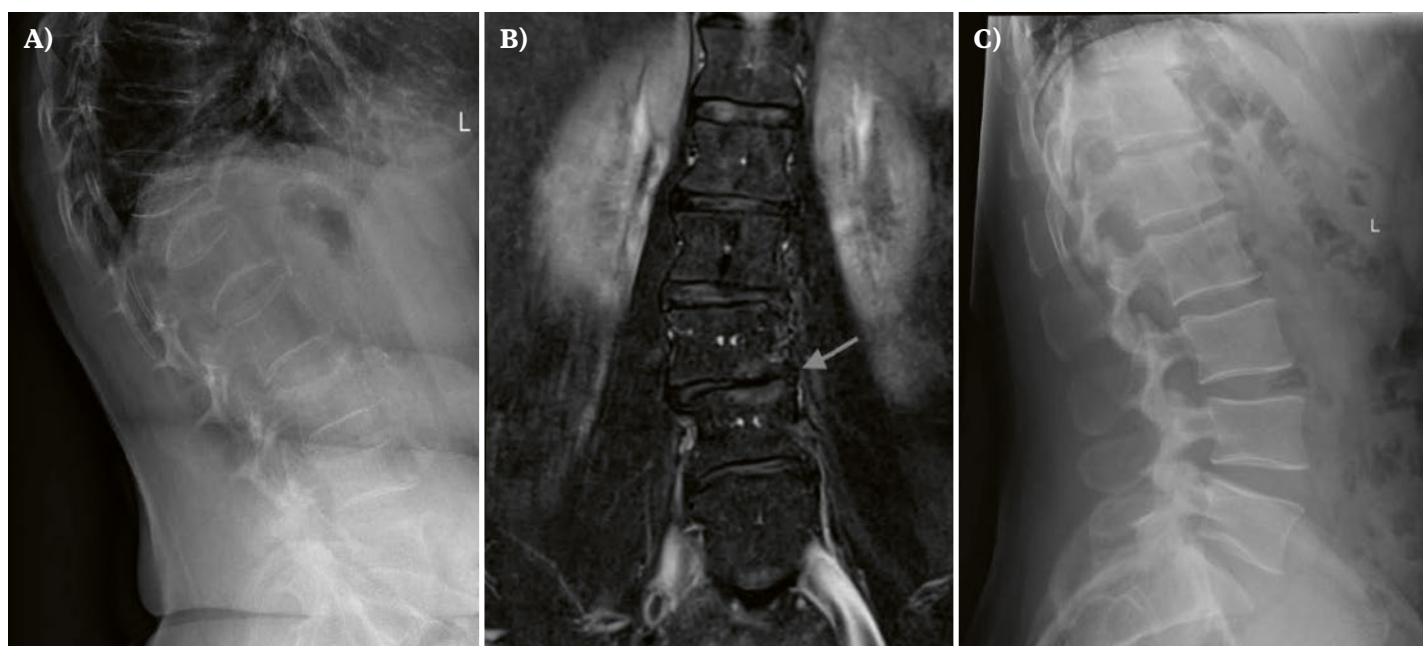


Abbildung 1. Mögliche Ursachen von Rückenschmerzen. A: osteoporotische Wirbelkörperfrakturen, B: aktivierte Osteochondrose (Pfeil), C: myofasziales Syndrom (normales Röntgenbild).

Red flags	Yellow flags	Blue flags
– erstmaliges Auftreten < 20 Jahre oder > 50 Jahre – ungeklärter Gewichtsverlust – Malignom in der Anamnese – Trauma – Fieber, Nachtschweiss – Nachtschmerz – bekannte Osteoporose – Immunsuppression – Glukokortikoide – intravenöser Drogenkonsum – motorische Ausfälle, Reithosenhypästhesie, Blasen- und Mastdarmstörung – Erschütterungsschmerz	– Überzeugung, an einer schweren Krankheit zu leiden – Angst vor Bewegung – Tendenz zur Verstimmung und sozialer Rückzug – ausgedehnter Schmerz – diffuse sensible und motorische Phänomene – zusätzlich funktionelle Symptome wie Schwindel, Kopfschmerzen und Colon irritabile	– körperlich schwere Arbeit – überwiegend monotone Körperhaltung mit repetitiven Arbeiten – Sorge um den Verlust des Arbeitsplatzes – Mobbing von Mitarbeitern – berufliche Unzufriedenheit – geringe berufliche Qualifikation

Abbildung 2. Red, yellow und blue flags.

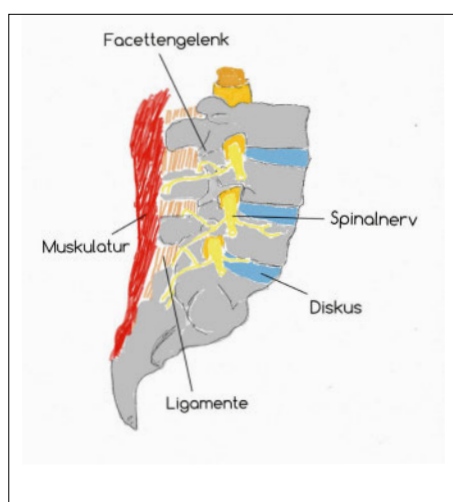


Abbildung 3. Verschiedene Nozigenatoren bei Rückenschmerzen.

Anamnese und körperliche Untersuchung

Die Anamnese und Untersuchung richten sich danach, die Ursache des Rückenschmerzes genauer zu definieren. Weiter sollen gezielt Risikofaktoren evaluiert werden, welche mit einer schlechten Prognose und einem chronifizierten Verlauf einhergehen können, die sogenannten «Yellow flags» (psychische Faktoren) und «Blue flags» (arbeitsplatzbezogene Faktoren [Abbildung 2]).

Die häufigsten spezifischen und weniger spezifischen Rückenschmerzen

Ein Rückenschmerz ist umso spezifischer, je genauer der Nozigenator identifiziert werden kann. Abbildung 3 zeigt mögliche Schmerzquellen des lumbalen Rückenschmerzes auf. Das Schmerzerleben ist jedoch ein komplexes Geschehen aus

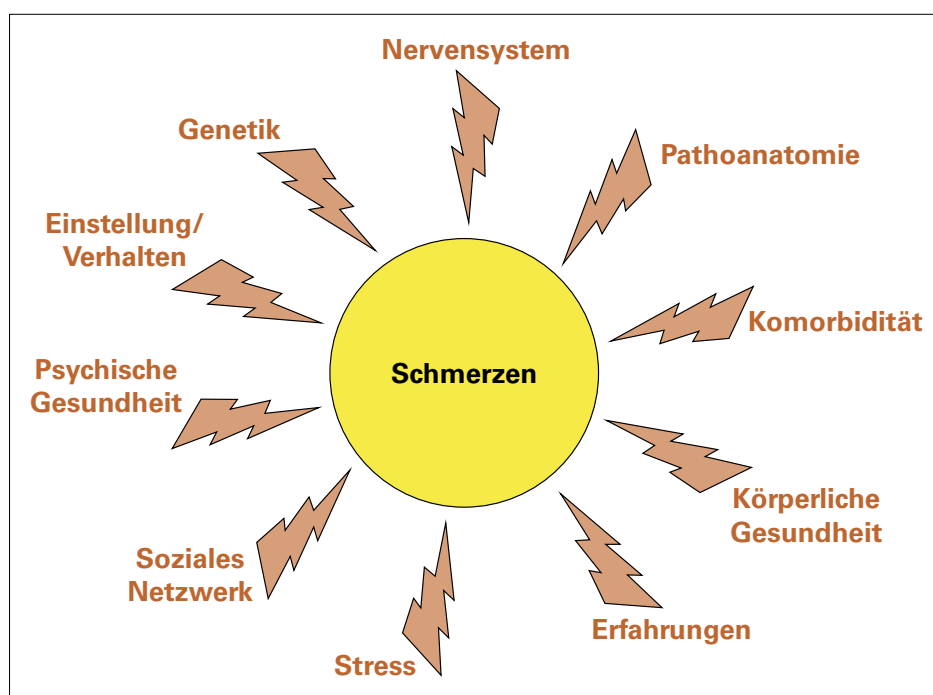


Abbildung 4. Verschiedene Einflussfaktoren auf das komplexe Schmerzempfinden.

multiplen Faktoren, welche Einfluss nehmen und miteinander in Wechselwirkung stehen. Genetische, psychische, soziale und pathoanatomische Faktoren sind mitbeteiligt (Abbildung 4). Menschen mit Rückenschmerzen haben öfters gleichzeitig an anderen Körperstellen ebenfalls Schmerzen und leiden häufiger an weiteren körperlichen oder psychischen Erkrankungen als Patienten ohne Rückenschmerzen [5].

Die klassische Einteilung differenziert zwischen den spezifischen und unspezifischen Rückenschmerzen, wobei die spezifischen Rückenschmerzen als deutlich seltener angesehen werden. Darunter finden sich mit absteigender Häufigkeit die

Diskushernie, Spinalkanalstenose und Kompressionsfraktur vor der Spondylarthrititis, Malignomen, Infektionen und dem Cauda-equina-Syndrom (Tabelle 1). Nicht zu vergessen sind die viszerale Ursachen (Urolithiasis, Endometriose etc.), welche mit etwa 2 % angegeben werden [2, 6].

Wir sehen in unserer Praxis, dass insbesondere die chronischen «unspezifischen» Rückenschmerzen nach genauer Anamnese und Untersuchung doch sehr häufig einer strukturellen oder funktionellen Pathologie zugeordnet werden können (Tabelle 2). Das hat Einfluss auf die Behandlung, da beispielsweise bei einem Facettensyndrom gezielt Infiltrationen

Tabelle 1. Übersicht: spezifische Rückenschmerzen.

Spezifischer Rückenschmerz	Hauptsymptom	Untersuchungsbefund	Bildgebung
Diskushernie mit Radikulopathie	dermatombezogene, meist einseitige Ausstrahlung Beinschmerz gegenüber Rückenschmerz stärker	positive Nervendehntests motorische / sensible Ausfälle Hypo- bis Areflexie	Nervenwurzelkompression, -verlagerung oder -tangierung durch Diskushernie im MRI
Spinalkanalstenose	Schmerzen beim Stehen und Gehen mit prompter Besserung durch Absitzen Pseudoradikuläre Ausstrahlung in beide Beine	gelegentlich Schmerzprovokation (mit Latenz) durch LWS-Reklination im Stehen	Einengung häufig multifaktoriell bei Diskusprotrusionen, Facettengelenkhyperthrophie, Ligamentum-flavum-Hyperthrophie und Spondylolisthesis
Rezessus- und Foramenstenose	meist einseitige radikuläre bis pseudoradikuläre Ausstrahlung	analog zur zentralen Spinalkanalstenose	Einengung Rezessus lateralis oder des Foramen (Nervenaustrittsstelle) durch Diskushernien oder Facettengelenkhyperthrophie
Cauda-equina-Syndrom	beidseitige Lumboischialgie, Paraparese, Reithosenanästhesie und Blasen- / Mastdarmstörungen	motorische und sensible Ausfälle mehrerer Nervenwurzeln, Überlaufblase und reduzierter Analsphinktertonus	Kompression der Cauda-equina-Wurzeln durch einen raumfordernden Prozess
Frakturen	lokaler Rückenschmerz mit Zunahme durch Aufrichten und durch Bewegungen	lokale Druck- und Klopfdolenz	Keil-, Platt- oder Fischwirbelbildung Impressionen der Deck-/ Bodenplatte und Knochenmarködem im MRI
Axiale Spondyloarthritis	Schmerzen in der zweiten Nachthälfte und morgens mit Besserung durch Bewegung Morgensteifigkeit	verminderte Wirbelsäulenbeweglichkeit periphere Beteiligung (Enthesitis, Arthritis) Haut- oder Nagelpsoriasis	Subchondrale Knochenmarködeme und Verfettungen sowie Erosionen im MRI Erosionen, Sklerosierung, Syndesmophyten und Ankylose im Röntgen
Malignome	Nacht- und Ruheschmerzen, refraktär auf herkömmliche Analgetika	keine spezifischen	osteoplastische oder osteolytische Läsionen Knochenmarksbefall (Multiples Myelom)
Infektionen	Nacht- und Ruheschmerzen, refraktär auf herkömmliche Analgetika	erhöhte Entzündungsparameter Hautbefall beim H. zoster	Spondylodiszitis/Abszess im MRI

oder bei einem myofaszialen Syndrom ein aerobes Ausdauertraining durchgeführt werden können. Wir empfehlen deshalb, den Begriff der unspezifischen Rückenschmerzen, wenn immer möglich, nicht zu verwenden. Nicht zuletzt ist er zudem den Betroffenen gegenüber abwertend und rechtlich diskriminierend, da darunter versicherungsmedizinisch keine Krankheit verstanden wird [7].

Spezifische Rückenschmerzen

Diskushernien mit Radikulopathie

Alterungsprozesse der Bandscheibe mit Verlust der Elastizität und Rissbildung können zur Herniation des gallertartigen

Nucleus pulposus führen und zur Tangierung, Verlagerung oder Kompression der benachbarten Nervenwurzel. Am häufigsten sind die Segmente L4/5 und L5/S1 betroffen [8]. Leitsymptom ist der dermatombezogene Beinschmerz, der in der Regel stärker ist als der Rückenschmerz. Meist sind im Vorfeld bereits Rückenschmerzen bekannt. Die klinische Untersuchung konzentriert sich auf den Nachweis der Wurzelreizung durch die Nervendehntests sowie allfällig vorliegende neurologische Ausfälle. In den meisten Fällen bessern sich die Beschwerden durch den Rückgang der Inflammation beziehungsweise Kompression, sodass die Behandlung oft konservativ erfolgen kann [9].

Spinalkanal-, Rezessus- und Foraminalstenosen

Zumeist führen degenerative Veränderungen wie Diskusprotrusionen, hypertrophe Spondylarthrosen, eine Hypertrophie des Ligamentum flavum und ein Wirbelgleiten (Spondylolisthesis) zu einer Einengung des zentralen Spinalkanals oder der Nervenaustrittsstellen (Abbildung 5). Betroffen sind meistens ältere Personen. Während die foraminal und rezessale Stenose meist einseitige, radikuläre bis pseudoradikuläre Beschwerden verursacht, ist die neurogene Claudicatio mit symmetrischen Beschwerden beim Gehen mit Besserung durch das Hinsetzen das Leitsymptom [10]. Die wichtigste Differen-

tialdiagnose zur zentralen Spinalkanalstenose ist die vaskuläre Claudicatio, welche sich durch Zeichen der verminderten peripheren Durchblutung sowie durch das Fehlen von Beschwerden beim Stehen unterscheidet.

Cauda-equina-Syndrom

Das Cauda-equina-Syndrom stellt den Notfall der Nervenkompressionssyndrome dar. Durch einen raumfordernden Prozess kommt es zur Kompression der Cauda-equina-Nervenwurzeln mit meist bilateraler Ausstrahlung, Paraparese der Beine, Harnblasen- und Mastdarmfunktionsstörungen sowie Reithosenanästhesie. Der mit Abstand häufigste Grund ist eine mediane Diskushernie im Sinne eines Massenprolaps, aber auch eine fortschreitende Spinalkanalstenose, postoperative oder postinterventionelle Blutungen, Wirbelkörperfrakturen, Tumore oder Abszesse können Auslöser sein. Geschätzt wird hingegen, dass ein Allgemeinmediziner lediglich einen betroffenen Patienten in seiner Karriere sehen wird [11].

Wirbelkörperfrakturen

Sie stellen in der Grundversorgung eine wichtige Ursache akuter Rückenschmerzen dar.

Die wichtigsten Risikofaktoren sind eine bekannte Osteoporose, höheres Alter und die Langzeitsteroeinnahme [12]. Das Risiko potenziert sich, wenn mehrere Faktoren gleichzeitig vorliegen. Klinisch findet sich ein beim Aufrichten und Bewegen zunehmender Rückenschmerz mit allenfalls lokaler Druck- und Rütteldolenz. Nacht- und Ruheschmerzen können ebenfalls zu den Symptomen gehören. Die primäre Abklärung erfolgt durch ein konventionelles Röntgenbild mit Nachweis eingesunkener Deck- oder Bodenplatten sowie Keil-, Platt- oder Fischwirbelbildung; bei Unsicherheit wird das MRI herangezogen. Falls der Fraktur kein eindeutig adäquates Trauma voranging, ist eine osteologische Abklärung mit anschliessender Therapie der Osteoporose indiziert.

Axiale Spondyloarthritis

Die Schmerzen als Frühsymptom werden oft fehlgedeutet und als unspezifischer Rückenschmerz klassifiziert, was die Diagnosestellung verzögert. Die Schwierigkeit liegt darin, dass nicht ein einziges Symptom, sondern ein Symptomkomplex wegweisend zur Diagnose ist.

Jeder chronische Rückenschmerz ab zwölf Wochen Dauer sollte deshalb gezielt

auf folgende Merkmale überprüft werden: Schleicher Beginn, Alter <45 Jahre, Nachtschmerzen mit Erwachen in der zweiten Nachthälfte, Morgensteifigkeit länger als 30 Minuten, Besserung durch Bewegung, alternierender Gesässschmerz und gutes Ansprechen auf nichtsteroidale Antirheumatika. Daneben muss gezielt nach einer peripheren Arthritis, Entesitis oder Daktylitis und extraskelettalen Manifestationen wie eine Psoriasis oder chronisch entzündliche Darmerkrankung gesucht werden [13].

Bösartige Tumore und Metastasen

Maligne Erkrankungen sind selten und stellen weniger als 1% aller spezifischen Rückenschmerzen in der Grundversorgung dar. Am häufigsten sind Metastasen solider Tumore [14]. Von den primären Tumoren ist das multiple Myelom das häufigste [15]. Die Schmerzen haben entzündlichen Charakter, nehmen im Verlauf typischerweise kontinuierlich zu und sind refraktär auf einfache Analgetika. Bei entsprechendem Verdacht sollen grosszügig ein MRI und ein Laborscreening mit Eiweisselektrophorese durchgeführt werden.

Tabelle 2. Übersicht: unspezifische Rückenschmerzen.

Unspezifischer Rückenschmerz	Hauptsymptom	Untersuchungsbefund	Bildgebung
Facettensyndrom	Schmerzcharakter analog einer aktivierten Arthrose (Anlaufschmerz, morgendliche Akzentuierung)	Schmerzprovokation durch kombinierte Extension, Lateral-flexion und Rotation Schmerzprovokation bei Druck auf die Facettengelenke in Bauchlage	Facettenhypertrophie Aktivierung der Facettengelenke (Erguss und Knochenödeme) im MRI
Diskogenes Syndrom	Schmerzverstärkung durch Flexion Schmerzen beim längeren Sitzen	Schmerzverstärkung durch LWS-Flexion und durch Sit-up-Test (Rumpfbeuge)	Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes im Röntgen «Black disc», Anulus-fibrosus-Riss und Protrusionen im MRI
ISG-Syndrom	einseitiger Gesässschmerz Besserung durch Entlastung wie Anheben des Beines/Gesässes	positive ISG-Tests (Blockierungsphänomene, positive Stresstests)	ISG-Arthrose Normalbefund bei funktionellen Problemen
Instabilitätssyndrom	belastungsabhängige Schmerzen, insbesondere bei Erschütterungen und ruckartigen Bewegungen	abnormaler spinaler Rhythmus wie Kletterphänomen beim Aufrichten aus gebückter Haltung	Spondylolisthesis mit oder ohne Instabilität in Flexions- und Extensionsstellung im Röntgenbild Erosive Osteochondrose im MRI
Myofaszielles Syndrom	Angabe diffuser Schmerzen Schmerzverstärkung nach körperlicher Belastung	diffuse Weichteildolenz, Tendomyosen und Triggerpunkte Zeichen der Schmerzausweitung mit Generalisierungstendenz und Schmerzen bereits bei leichter Berührung	Normalbefund

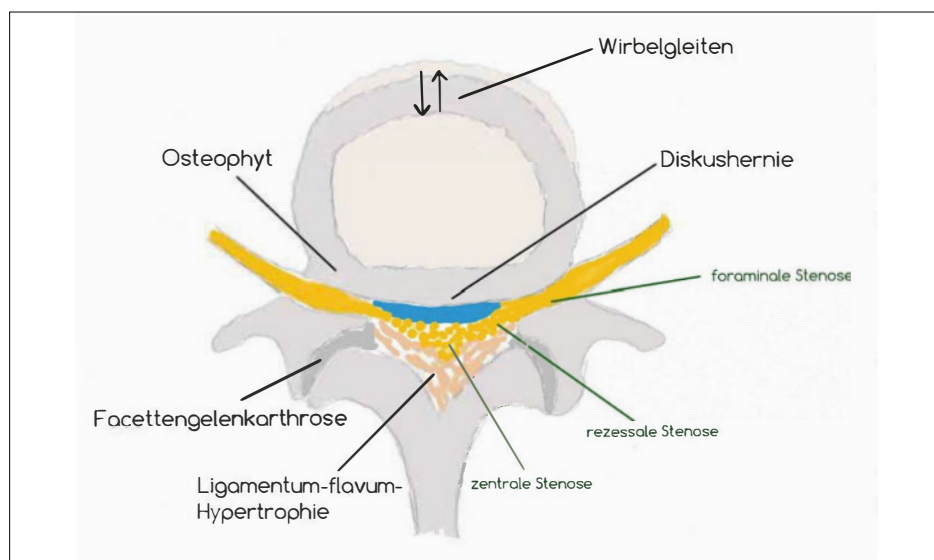


Abbildung 5. Wirbelsäulenpathologien.

Infektionen

Die wichtigsten infektiösen Ursachen für Rückenschmerzen sind die Spondylodiszitis, der Herpes zoster und die Lyme-Radikulitis. Die letzteren beiden imponieren als lumboradikuläres Syndrom. Die Spondylodiszitis ist zu erwägen bei entsprechenden Symptomen und Risikofaktoren wie Immunsuppression, vorbestehende Infektion, postinterventionell oder intravenöser Drogenkonsum [16]. Der Herpes zoster ist aufgrund der vorhandenen Hautveränderungen meist einfach zu diagnostizieren; bei Schmerzbeginn können solche aber noch fehlen. Die Lyme-Radikulitis ist seltener; sie tritt erst mehrere Wochen nach einem Zeckenbiss auf und führt zu segmentalen, neuropathisch anmutenden Schmerzen. Unbehandelt können sich Paresen entwickeln.

Die häufigsten «unspezifischen» Rückenschmerzen

Facettensyndrom

Die Angaben zur Häufigkeit des Facettensyndroms schwanken stark; eine facetogene Ursache wird bei chronischen lumbalen Rückenschmerzen in 10–40 % angenommen. Meistens liegen eine Arthrose oder eine mechanische Überlastung der Facettengelenke vor; zu letzterer führen eine lumbale Hyperlordose, Dysbalancen mit Verkürzungen der Hüftbeuger sowie eine Insuffizienz der Rückenstabilisatoren. Die Spondylarthrose kann durch eine Bandscheibendegeneration begünstigt werden, indem durch die Höhenminderung des Bandscheibenfaches die segmentale Kraftübertragung erhöht wird. Der Schmerz ist in der Regel lumbal lokalisiert und strahlt häufig ein- oder beidseitig pseudoradikulär aus. Für eine Spondylarthrose spricht auch der Schmerzcharakter einer aktivierten Arthrose mit frühmorgendlichem Schmerz, Anlaufschmerzen und Besserung durch Bewegung.

Zudem werden statische Belastungen wie längeres Stehen und Sitzen als unangenehm empfunden. Nachts wird häufig ein Umlagern erforderlich. Klinisch kann durch eine Konvergenzprüfung mit gleichzeitiger Extension, Rotation und Lateralflexion der Schmerz provoziert werden, zudem kann in Bauchlage bei Druck auf die Facettengelenke der Schmerz ausgelöst werden [17].

Diskogenes Syndrom

Das diskogene Syndrom beruht auf Pathologien der Bandscheibe. Durch physiologische Alterung, Übergewicht und ungünstige Statik kommt es zu degenerativen Veränderungen mit Verschmälerung der Bandscheibe und Fissur- und Rissbildung. Bei konventionell-radiologisch isolierten Bandscheibenverschmälerungen spricht man von Chondrose, bei begleitenden subchondralen Sklerosierungen der angrenzenden Wirbelkörper von Osteochondrose. Die Prävalenz von symptomatischen Bandscheibenveränderungen ist hoch und wird mit bis zu 40 % angegeben [18]. Die Schmerzentstehung wird vordergründig durch Neovaskularisation und vermehrte Innervation der degenerierten Bandscheibe erklärt [19]. Das Leitsymptom ist der Schmerz

in Zusammenhang mit axialer Belastung, sodass die Patienten häufig über Schmerzen beim Sitzen und bei Rumpfflexionsbewegungen klagen. Der Schmerz kann lumbal lokalisiert sein oder auch pseudoradikulär ausstrahlen. Diagnostisch stark erschwerend ist, dass die Korrelation zwischen den Beschwerden und den radiologischen Veränderungen inkonsistent ist [20]; eine Bandscheibendegeneration bleibt häufig asymptomatisch. Durch die Bandscheibendegeneration wird sekundär auch die Wirbelsäulenstatik verändert, sodass es zu Aktivierungen oder Fortschreiten von Spondylarthrosen und zu Fehlformen kommen kann.

ISG-Syndrom

Etwa 15–25 % der lumbalen Rückenschmerzen werden auf ein ISG (Iliosakralgelenk)-Syndrom zurückgeführt [21]. Hinweisend sind einseitige Gesässschmerzen mit oder ohne pseudoradikuläre Schmerzen, welche bei vermehrter Belastung wie beim Einbeinstand oder beim Sitzen zunehmen, respektive sich bei Entlastung wie Anheben der betroffenen Gesässseite im Sitzen bessern. Eine Beinlängendifferenz, anstrengende körperliche Betätigung, Gangstörungen, eine Skoliose, lumbale Spondylodesen und eine Schwangerschaft sind Umstände, welche zu einem ISG-Syndrom führen können. Dieses mechanische ISG-Syndrom muss von der entzündlichen Sakroiliitis abgegrenzt werden.

Instabilitätssyndrom

Darunter fassen wir Syndrome zusammen, bei denen es radiologisch zu einem Verschieben der benachbarten Wirbelkörper oder zu einer verminderten Schiebelastbarkeit infolge einer erosiven Osteochondrose kommt. Durch Röntgenaufnahmen in Flexions- und Extensionsstellung kann das Ausmass der Spondylolisthesis

Zusammenfassung

Lumbale Rückenschmerzen sind eine klinische Herausforderung. Eine möglichst genaue Diagnose ist sowohl für den behandelnden Arzt als auch für den Patienten wichtig. Mit einer fundierten Untersuchung ist es vielfach möglich, auch die weniger spezifischen Rückenschmerzen (die sogenannten «unspezifischen Rückenschmerzen») einzugrenzen und sie einem klinischen Syndrom zuzuordnen.

Abstract: Lower Back Pain – Specific or Non-Specific?

Lower back pain is a challenge. A diagnosis that is as accurate as possible is significant for both the treating physician and the patient. With a precise examination, it is often possible to narrow down even the less specific back pain (the so-called “non-specific back pain”) and assign it to a clinical syndrome.

bestimmt werden. Im Erwachsenenalter führen in der Regel degenerative Bandscheibenverschmälerungen zur veränderten Wirbelsäulenstatik und so zum Gleitphänomen [17]. Die Symptome sind vielfältig. Typisch ist ein belastungsabhängiger Schmerz vor allem bei Erschütterungen (z. B. Stolpern) oder ruckartigen Bewegungen. Daneben kann eine Spondylolisthesis durch Einengung des Spinalkanals (auch alleinig rezessal) und der Nervenwurzeln radikuläre Symptome bis zu neurologischen Ausfällen auslösen. Eine erosive Osteochondrose kann aber auch die Symptome einer aktivierten Arthrose hervorrufen.

Myofaszielles Syndrom

Myofasziale Rückenschmerzen sind gekennzeichnet durch zumeist diffuse Druckdolenzen der Muskulatur, Faszien, Bänder und Sehnenansätze. Sie werden durch lokale mechanische Belastungen, prolongierte nozizeptive Schmerzen und auch psychische Belastungsfaktoren getriggert. Die Angabe einer Prävalenz ist schwierig, da das myofaszielle Syndrom häufig kombiniert

mit strukturellen Pathologien auftritt wie degenerative Befunde oder Hyper- und Hypomobilität. Bei der Untersuchung finden sich neben den schmerzhaften Tendomyosen Störungen der Haltungs- und Bewegungskontrolle mit abgeschwächter und verkürzter Muskulatur sowie Zeichen der Schmerzausweitung und zentralen Sensibilisierung. Assoziationen mit Allgemeinerkrankungen wie zum Beispiel der Hashimoto-Thyreoiditis sind beschrieben [17, 22].

Weitere Syndrome

Daneben gibt es weitere Syndrome, von denen einige der Vollständigkeit halber kurz erwähnt werden sollen. Die Auflistung des gesamten Spektrums würde aber den Rahmen sprengen.

Rückenschmerzsyndrome aufgrund einer Wirbelsäulenfehlform

Dazu werden die idiopathische und degenerative Skoliose gezählt sowie der Zustand nach Morbus Scheuermann, bei welchem aufgrund einer Wachstumsstörung im Jugendalter die ventralen Deck- und Bodenplatten langsamer wachsen

und sich dadurch Keilwirbel und eine verstärkte Brustkyphose entwickeln können.

Rückenschmerzsyndrome bei Störungen der Haltungskontrolle und Haltungsinsuffizienz

Dieses Syndrom kommt häufig kombiniert mit dem myofasziellen Syndrom, einer Hypermobilität und auch degenerativen Syndromen vor. Kennzeichen sind die verminderte segmentale und globale Stabilisierungsfähigkeit und die Hyperlordose.

Rückenschmerzsyndrom bei Hypermobilität

Davon sind insbesondere jüngere Patienten betroffen. Durch eine verminderte ligamentäre Stabilisierung und Führung der Bewegungssegmente kommt es zu Überlastungssituationen und myofasziellen Funktionsstörungen.

Pract. med. Franziska Graf

Rheumatologie und Rehabilitation
Schulthess Klinik
Lengghalde 2, 8008 Zürich
Schweiz
franziska.graf@kws.ch

Literatur

- [1] Rheumaliga Schweiz. Rückenreport Schweiz 2020. [abgerufen am 1. Sep. 2022]. Verfügbar unter: https://www.rheumaliga.ch/assets/doc/CH_Dokumente/blog/2020/rueckenreport-2020/Rueckenreport-2020.pdf
- [2] Deyo R, Weinstein J. Low back pain. N Engl J Med. 2001;344:363–70.
- [3] Henschke N, Maher C, Refshauge K, Herbert R, Cumming R, Bleasel J, et al. Prognosis in patients with recent onset of low back pain. Australian primary care: inception cohort study. BMJ. 2008;377:a171.
- [4] Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. Lancet. 2017;389:736–47.
- [5] Hartvigsen J, Natvig B, Ferreira M. It is all about pain in the back? Best Pract Res Clin Rheumatol. 2013;27:613–23.
- [6] Chou R, Qusem A, Snow V, Casey D, Cross T, Shekelle P, et al. Diagnosis and treatment of low back pain: a joint clinical practice guideline from American college of physicians and the American pain society. Ann Intern Med. 2007;147:478–81.
- [7] Rheumaliga Schweiz. Update Rheumatologie 2019. Rückenschmerzen: in 15 Minuten zur Diagnose. [abgerufen am 1. Sep. 2022]. Verfügbar unter: https://www.rheumaliga.ch/assets/doc/CH_Dokumente/fachpersonen/update-rheumatologie/2019-Dokumentation-Ruecken.pdf
- [8] Mayer H, Heider F. Der lumbale Bandscheibenvorfall. Orthopädie und Unfallchirurgie up2date. 2016;11(06):427–47.
- [9] Jensen R, Kongsted A, Kjaer P, Koes B. Diagnosis and treatment of sciatica. BMJ. 2019;367:I6273.
- [10] Katz J, Dalgas M, Stucki G, Katz N, Bayley J, Fossel A. Degenerative lumbar spinal stenosis: diagnostic value of the history and physical examination. Arthritis Rheum. 1995;38:1236–41.
- [11] Schär R, Pollo C, Ulrich C, Raabe A. Das Caudaequina-Syndrom. Swiss Med Forum. 2019;19(27–28):449–54.
- [12] Schousboe J. Epidemiology of vertebral fractures. J Clin Densitom. 2016;19:8–22.
- [13] AWMF. Kurzfassung zur S3-Leitlinie Axiale Spondylarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen. [abgerufen am 1. Sep. 2022]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/060-003k_S3_Axiale-Spondylarthritis-Morbus-Bechterew-Fruehformen-2019-10.pdf
- [14] Deyo R, Rainville J, Kent D. What can history and physical examination tell us about low back pain. JAMA. 1992;268:760–5.
- [15] Van Goethem J, Van den Hauwe L, Özsarlak Ö, De Schepper A, Parizel P. Spinal tumors. Eur J Radiol. 2004;50:159–76.
- [16] Schwil C. Rückenschmerzen in der Hausarztpraxis. Der Internist. 2021;62:34–46.
- [17] AWMF. S2k Leitlinie Spezifischer Kreuzschmerz. [abgerufen am 1. Sep. 2022]. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-051l_S2k_Spezifischer_Kreuzschmerz_2018-02_01.pdf
- [18] Kallewaard J, Terheggen M, Groen G, Sluiter M, Derby R, Kapural L, et al. Discogenic low back pain. Pain Pract. 2010;10:560–79.
- [19] Rea W, Kapur S, Mutagi H. Intervertebral disc as a source of pain. Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care and Pain. 2012;12:279–82.
- [20] Herlin C, Kjaer P, Espeland A, Skouen J, Leboeuf-Yde C, Karppinen J, et al. Modic changes – Their associations with low back pain and activity limitation: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018;13(8):e0200677.
- [21] Cohen S. Sacroiliac joint pain: a comprehensive review of anatomy, diagnosis, and treatment. Anesth Analg. 2005;101:1440–53.
- [22] Malanga G, Cruz Colon E. Myofascial low back pain: a review. Phys Med Rehabil Clin N Am. 2010;21(4):711–24.

My Way

Chemie oder Medizin?

Man wird ja nicht als Studentin geboren, deshalb tut an dieser Stelle eine kurze Vorstellung meiner Person not: Ich bin 1953 in Prag geboren und dort aufgewachsen, als einziges Kind meiner Eltern, die beide zwar Akademiker waren, mit Medizin aber nichts am Hut hatten – Vater Jurist, Mutter Ökonomin. Auch in der weiteren Verwandtschaft gab es keine Ärztinnen oder Ärzte, bis auf eine gute Freundin meiner Eltern, die bei meiner Entscheidung, Medizin zu studieren, eine entscheidende Rolle spielen sollte.

Ich hatte eine unbeschwertere Kindheit – zumindest bis zur Zerschlagung des Prager Frühlings im Sommer 1968, als die Armeen des Warschauer Paktes in meine Heimat einmarschierten und die Hoffnung auf eine offene Gesellschaft begruben. So geschah es zum ersten Mal, dass weltpolitische Ereignisse einen direkten Einfluss auf mein weiteres Leben nahmen. Wir ersuchten um Asyl in der Schweiz, ich kam als 16-Jährige nach Glarus und ein knappes Jahr später nach Zürich, wo ich 1972 die Matura Typ C erlangte. Dass ich studieren wollte, war mir immer schon klar, die Wahl des Studiums fiel mir aber schwer – so vieles hat mich interessiert. Kurz bevor ich mich für ein Chemiestudium an der ETH Zürich anmeldete, bekamen wir Besuch von der bereits erwähnten, erfahrenen Ärztin. Sie fragte nach meinen Studienplänen, und ich antwortete höflich, dass ein sicherlich sehr spannendes Medizinstudium für mich leider nicht infrage käme, da ich Blut nicht sehen und niemals auch nur eine Blutentnahme machen könne, geschweige denn operieren. Sie hat nur gelacht, meine Befürchtungen relativiert und mir Mut gemacht, es trotzdem zu versuchen. Dafür werde ich ihr für immer dankbar bleiben!

Zu Beginn des Medizinstudiums in Zürich waren wir 46 Frauen und 210 Männer – was für ein Unterschied zu heute, ein halbes Jahrhundert später! Das sechsjährige Studium war intensiv, und die Prüfungen waren schwer, denn es gab keinen Numerus clausus, und die notwendige Selektion erfolgte im ersten, zweiten und teilweise sogar dritten Propädeutikum. Trotzdem blieb Zeit für verschiedenste Jobs, um Geld zu verdienen, für Wasserspringen und Volleyball im Akademischen Sportverband Zürich (ASVZ) und für fröhliche Feste an den Wochenenden. Die ersten Erfahrungen in Wohngemeinschaften prägten die erste Hälfte des Studiums, danach kamen die Höhen und Tiefen des Zusammenlebens mit meinem damaligen Freund. Wir haben es geschafft und sind noch immer die besten Freunde – nach über 41 Ehejahren.

Aber ich will nicht vorgreifen. Eine prägende Erinnerung aus der Studienzeit bleibt für mich der plötzliche Tod eines Kommilitonen und guten Freundes während des Sezierskurses in der alten Anatomie. Trotz sofortiger Reanimation hat sein Herz versagt. Wie sich bei der Obduktion herausstellte, hatte er einen bis dann unentdeckten embryonalen Tumor des Myokards, und es war ein Wunder, dass er das Erwachsenenalter erreicht hatte. Drei Jahre später verunfallte sein und unser enger Freund während des Wahlstudienjahres tödlich. Beim Staatsexamen mussten wir unsere Vierergruppe neu zusammenstellen, denn die beiden Freunde, mit denen wir noch auf das erste Propädeutikum buffelten, waren nicht mehr da. Der Ernst des Lebens hatte uns definitiv eingeholt und unserer Berufswahl eine neue Dimension gegeben.



Büffeln, Geld verdienen, Wasserspringen und feiern: Klara Landau hat die Jahre als Medizinstudentin als eine sehr intensive, aber schöne Zeit in Erinnerung.



Klara Landau ist emeritierte Professorin für Ophthalmologie und war die erste Frau an der Spitze einer Klinik des Universitätsspitals Zürich. Sie erzählt ihren Werdegang in sechs Stationen.

Briefkasten

Handyverbot – was dürfen Lehrpersonen?



Benutzen Schülerinnen und Schüler im Klassenzimmer das Handy, dürfen es Lehrpersonen einziehen – sofern eine entsprechende gesetzliche Grundlage besteht.

Meine Tochter hat erzählt, dass die Lehrpersonen an ihrer Schule regelmässig die Handys von Schülerinnen und Schülern einziehen. Ist das erlaubt? Und wenn ja, unter welchen Bedingungen?

Lehrpersonen dürfen Handys einziehen, wenn dafür eine entsprechende gesetzliche Grundlage besteht und wenn Schülerinnen und Schüler gegen ein Handybenutzungsverbot verstossen. Die meisten Schulen haben mittlerweile Regeln zur Nutzung von elektronischen Geräten in ihre Hausordnung aufgenommen.

Oftmals betrifft das Benutzungsverbot sämtliche elektronischen Geräte wie Handy, MP3-Player usw.

Eine Hausordnung qualifiziert sich als ausreichende Rechtsgrundlage für solche Regelungen.

Generelle Benutzungsverbote für Mobiltelefone und andere elektronische Geräte während des Schulbetriebs – respektive deren Einzug im Falle der Verletzung einer solchen Vorschrift – lassen sich durch den «Schulanstaltszweck», namentlich das gute Funktionieren des Schulbetriebs, rechtfertigen.

Sofern es in der Hausordnung festgehalten ist, kann der Einzug auch während der Pause und auf dem gesamten Schulgelände erfolgen. Die Schulleitung darf jedoch nicht verbieten, das Handy in die Schule mitzunehmen.

Ausserdem gilt als Faustregel, dass die Lehrperson das Handy noch am

selben Tag, spätestens nach dem Unterricht, der Schülerin oder dem Schüler zurückgeben muss. Die Hausordnung sollte die Dauer des Einzuges sowie die Rückgabe regeln. Tendenziell gilt: Je länger ein Handy eingezogen bleibt, desto schwieriger wird es, den Einzug mit dem Schulanstaltszweck zu begründen. Sprich: Im Rahmen einer gerichtlichen Beurteilung werden die Prozesschancen von Schülerinnen und Schülern, die sich gegen den Einzug zur Wehr setzen, mit jedem verstrichenen Tag grösser.

AXA-ARAG

AXA-ARAG bietet mediservice-Mitgliedern eine Rechtsschutzversicherung zu vorteilhaften Konditionen an.

Haben Sie Fragen?

Wenden Sie sich an Ihre Ansprechperson bei mediservice vsao-asmac unter Telefon 031 350 44 22 oder per E-Mail info@mediservice-vsao.ch.



Leo Loosli,
Jurist bei der AXA-ARAG,
Experte in den Bereichen
Vertrags-, Erb-, Familien- und
Personenrecht

Carsharing – wer zahlt bei einem Unfall?

Carsharing nützt sowohl der Umwelt als auch dem Geldbeutel.
Doch was ist dabei zu beachten? Braucht es eine spezielle Versicherung?
Und wer kommt für Schäden auf?

Schweizerischer Versicherungsverband (SVV)



Wer ein Carsharing-Fahrzeug nutzt, ist in der Regel über den Flottenbetreiber versichert.
Dennoch sollte man sich vor Abschluss eines Vertrags über die Versicherungssituation informieren.

Carsharing ist ein Geschäftsmodell, bei dem einzelne Fahrzeuge von mehreren Personen benutzt werden können. Daraus resultiert ein ökologischer, aber auch ein ökonomischer Nutzen, indem Fixkosten für Anschaffung, Unterhalt und Versicherung reduziert bzw. auf mehrere Köpfe verteilt werden. Das Carsharing wird oft als kommerzielle Dienstleistung angeboten: Die Kundinnen und Kunden erwerben aufgrund einer Nutzungsvereinbarung mit dem Betreiber eines Autoreservierungssystems Zugriff zu dessen Flottenfahrzeugen. Die Nutzung der Fahrzeuge erfolgt dabei im Rahmen eines Reglements der in der Regel als Körperschaft organisierten Car-

sharing-Unternehmung (Genossenschaft, Verein), und der Nutzungsvertrag stellt auf die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) des Carsharing-Betreibers ab.

Versicherung durch den Carsharing-Betreiber geregelt

Es ist wichtig, dass man sich vor Abschluss eines Vertrags mit einer Carsharing-Unternehmung über die Versicherungssituation informiert. Der Flottenbetreiber ist als Fahrzeughalter grundsätzlich verpflichtet, jedes Auto den Vorschriften des Schweizerischen Strassenverkehrsrechts entsprechend zu versichern. In der Regel besteht neben der obligatorischen Haftpflichtversicherung auch eine Vollkasko-

versicherung, wobei Selbstbehalte bei einem Schadenfall von der nutzenden Person zu tragen sind und meist (gegen Aufpreis) reduziert werden können. Der Abschluss einer besonderen Versicherungsdeckung über eine Motorfahrzeugversicherung (Haftpflicht, Vollkasko) oder über die Privathaftpflichtversicherung der Nutzerin bzw. des Nutzers für Schäden an Carsharing-Fahrzeugen erübrigt sich also, da aufgrund des Vertrags mit dem Flottenbetreiber für die Dauer der Nutzung das Versicherungspaket der Carsharing-Unternehmung (gemäss geltenden AGB) zum Tragen kommt.

Die Wahl der passenden Pensionskasse

Das Thema Vorsorgeplanung ist allgegenwärtig. Sei es für die Sicherung des Einkommens im Pensionierungsalter, für den Einkommensschutz bei Erwerbsausfall durch Invalidität oder für die Hinterbliebenen im Todesfall. Die Wahl der passenden Pensionskasse spielt dabei eine nicht zu unterschätzende Rolle.

Adrian Leiggener, Leiter Vertrieb, Marketing und Kommunikation, Medpension vsao asmac

In der Schweiz beruht die Altersvorsorge auf drei Säulen. Nebst der obligatorischen staatlichen Altersvorsorge AHV/IV (Alters- und Hinterlassenenversicherung sowie Invalidenversicherung) gehören die berufliche Vorsorge (Pensionskasse) sowie die freiwillige private Vorsorge dazu.

Die Pensionskasse ist die zweite Säule dieses Dreisäulensystems. Sie sichert zusammen mit der AHV einen angemessenen Lebensstandard im Alter, bei Arbeitsunfähigkeit durch Invalidität oder für die Hinterbliebenen im Todesfall. Arbeitgebende können die berufliche Vorsorgeeinrichtung frei wählen und wechseln, solange die Pensionskasse vom Bundesgesetz über die berufliche Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenvorsorge (BVG) anerkannt ist.

Die geeignete Vorsorgeeinrichtung finden

Die Wahl der passenden Pensionskasse gestaltet sich in der Regel anspruchsvoll und zeitintensiv, denn die zahlreichen beruflichen Vorsorgeeinrichtungen bieten unterschiedliche Leistungen. Es gilt, sowohl eine ganze Reihe von verschiedenen Kennzahlen zu analysieren als auch bestimmte Leistungen zu vergleichen. Dabei ist es sinnvoll, bereits bestehende Vorsorgelösungen regelmässig zu überprüfen und anderen Pensionskassenanbietern gegenüberzustellen. Ratsam ist es, eine Kombination von quantitativen sowie qualitativen Aspekten und Parametern für den Vergleich der Vorsorgeeinrichtungen beizuziehen.

Für medizinische Leistungserbringende und Arztpraxen ist neben den Kenn-

zahlen auch der qualitative Leistungsumfang von hoher Bedeutung, um eine Pensionskasse einschätzen zu können. Diese Leistungen sollen dazu beitragen, dass die Vorsorgeeinrichtung auf die individuellen Anforderungen des Praxisbetriebs eingehen und auch allfällige Beitragslücken schliessen kann. Massgebend sind dabei vielfältige Vorsorgelösungen, eine individuelle Betreuung und eine langjährige Branchenerfahrung im medizinischen Umfeld.

Über 2000 Vorsorgeeinrichtungen stehen in der Schweiz zur Wahl – ihr Leistungsportfolio und die Bedingungen unterscheiden sich zum Teil erheblich.

Der Ratgeber «Die Wahl der passenden Pensionskasse» setzt an diesem Punkt an und dient als Entscheidungshilfe für

Pflicht für medizinische Praxen zum Anschluss an eine Pensionskasse

Für die meisten nicht selbstständig erwerbenden und AHV-pflichtigen Arbeitnehmenden ist die berufliche Vorsorge obligatorisch, für Selbstständigerwerbende hingegen freiwillig.

Als Selbstständigerwerbende gelten etwa die Inhaberin einer Arztpraxis und ein Physiotherapeut mit eigenem Studio, deren Betriebe als Einzelfirma und nicht als GmbH oder AG eingetragen sind. Bei

den Nichtselbstständigerwerbenden sind einige Gruppen von Mitarbeitenden vom Obligatorium ausgenommen:

- Arbeitnehmende mit einem Einkommen unter CHF 22 050.– (Stand 2024),
- Beschäftigte mit einem befristeten Arbeitsvertrag von maximal drei Monaten,
- Arbeitnehmende, die gemäss Invalidenversicherung zu mindestens 70 Prozent erwerbsunfähig sind.

Medizinische Leistungserbringende, die obligatorisch zu versichernde Mitarbeitende beschäftigen, sind verpflichtet, sich bei einer vom BVG anerkannten Pensionskasse anzuschliessen.



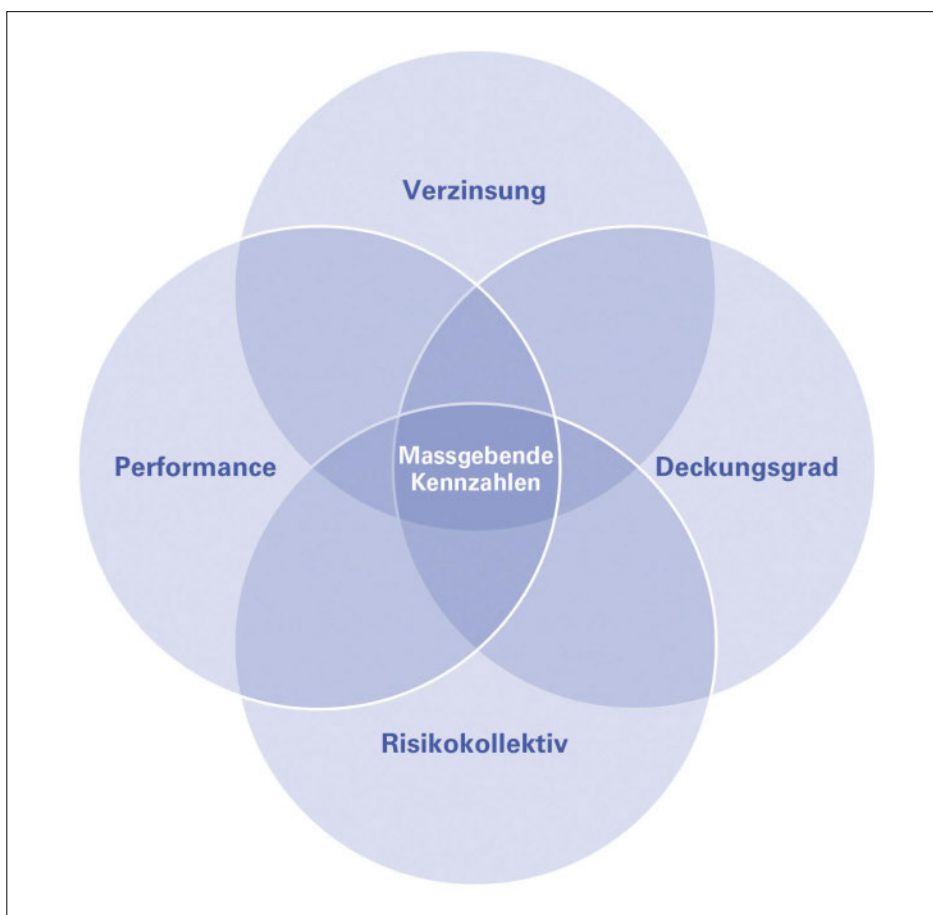
medizinische Leistungserbringende, Spitäler und Praxen. Er unterstützt die Lesenden bei der Evaluation der passenden Pensionskasse nach objektiven Gesichtspunkten, um die Wahl der am besten geeigneten Vorsorgeeinrichtung systematisch treffen zu können.

Den kostenlosen Ratgeber «Die Wahl der passenden Pensionskasse» finden Sie unter:
www.medpension.ch/blog-news/pensionskassenvergleich



Für weiterführende Informationen

Medpension vsao asmac
 Brunnhofweg 37, Postfach 319
 3000 Bern 14, Tel. 031 560 77 77
info@medpension.ch
www.medpension.ch



Wichtigste Kennzahlen für die Beurteilung einer Pensionskasse.

Nr. 1 • 43. Jahrgang • Februar 2024

Herausgeber/Verlag



mediservice vsao-asmac
Bollwerk 10, Postfach, 3001 Bern
Telefon 031 350 44 88
journal@vsao.ch, journal@asmac.ch
www.vsao.ch, www.asmac.ch
Im Auftrag des vsao

Redaktion

Regula Grünwald (Chefredaktorin),
Patrick Cernoch, Maya Cosentino, Kerstin Jost,
Fabian Kraxner, Bianca Molnar, Patricia
Palten, Léo Pavlopoulos, Lukas Staub,
Tharshika Thavayogarah, Anna Wang

Geschäftsausschuss vsao

Angelo Barrile (Präsident), Severin
Baerlocher (Vizepräsident), Nora Bienz
(Vizepräsidentin), Christoph Bosshard
(Gast), Marius Grädel-Suter, Fabrice Juchler,
Fabian Kraxner, Richard Mansky,
Loredana Mitruccio (swimsa), Gert Printzen,
Svenja Ravioli, Patrizia Rölli, Martin Sailer,
Jana Siroka

Druck, Herstellung und Versand

Stämpfli Kommunikation,
Wölflistrasse 1, 3001 Bern
Tel. 031 300 66 66
info@staempfli.com, www.staempfli.com

Layout

Oliver Graf

Titelillustration

Stephan Schmitz

Inserate

Zürichsee Werbe AG, Fachmedien,
Markus Haas, Tiefenaustrasse 2,
8640 Rapperswil, Tel. 044 928 56 53
vsao@fachmedien.ch

Auflagen

Druckauflage: 22750 Expl.
WEMF/KS-Beglaubigung 2023: 21 648 Expl.
Erscheinungshäufigkeit: 6 Ausgaben pro Jahr.
Für vsao-Mitglieder im Jahresbeitrag
inbegriffen.
ISSN 1422-2086
Ausgabe Nr. 2/2024 erscheint im
April 2024. Thema: System
© 2024 by vsao, 3001 Bern
Printed in Switzerland



Gütesiegel Q-Publikation
des Verbandes Schweizer Medien

AG	VSAO Sektion Aargau, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
BL/BS	VSAO Sektion beider Basel, Geschäftsleiterin und Sekretariat: lic. iur. Claudia von Wartburg, Advokatin, Hauptstrasse 104, 4102 Binningen, Tel. 061 421 05 95, Fax 061 421 25 60, sekretariat@vsao-basel.ch, www.vsao-basel.ch
BE	VSAO Sektion Bern, Schwarztorstrasse 7, 3007 Bern, Tel. 031 381 39 39, info@vsao-bern.ch, www.vsao-bern.ch
FR	ASMAG Sektion Freiburg, Rue du Marché 36, 1630 Bulle, presidence@asmaf.ch
GE	Associations des Médecins d'Institutions de Genève, Postfach 23, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4, 1211 Genf 14, info@amig.ch, www.amig.ch
GR	VSAO Sektion Graubünden, 7000 Chur, Samuel B. Nadig, lic. iur. HSG, RA Geschäftsführer/Sektionsjurist, Tel. 081 256 55 55, info@vsao-gr.ch, www.vsao-gr.ch
JU	ASMAG Sektion Jura, Bollwerk 10, 3001 Bern, sekretariat@vsao.ch Tel. 031 350 44 88
NE	ASMAG Sektion Neuenburg, Joël Vuilleumier, Jurist, Rue du Musée 6, Postfach 2247, 2001 Neuenburg, Tel. 032 725 10 11, vuilleumier@valegal.ch
SG/AI/AR	VSAO Sektion St. Gallen-Appenzell, Bettina Surber, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen, Tel. 071 228 41 11, Fax 071 228 41 12, surber@anwaelte44.ch
SO	VSAO Sektion Solothurn, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
TI	ASMAG Ticino, Via Cantonale 8-Stabile Qi, 6805 Mezzovico-Vira, segretariato@asmact.ch
TG	VSAO Sektion Thurgau, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
VD	ASMAV, case postale 9, 1011 Lausanne-CHUV, asmav@asmav.ch, www.as mav.ch
VS	ASMAVal, p.a. Maître Valentine Gétaz Kunz, Ruelle du Temple 4, CP 20, 1096 Cully, contact@asmaval.ch
Zentralschweiz (LU, ZG, SZ, GL, OW, NW, UR)	VSAO Sektion Zentralschweiz, Geschäftsstelle: lic. iur. Eric Vultier, Auf der Mauer 2, 8001 Zürich, vultier@schai-vultier.ch, Tel. 044 250 43 23, Fax 044 250 43 20
ZH/SH	VSAO ZH/SH, RA lic. iur. Susanne Hasse, Geschäftsführerin, Nordstrasse 15, 8006 Zürich, Tel. 044 941 46 78, susanne.hasse@vsao-zh.ch, www.vsao-zh.ch

Unser Beratungspartnernetz für Treuhand, Versicherungen, Vorsorge Schweizweit in Ihrer Nähe



BERATUNGSSTELLEN für Versicherungs-, Vorsorge- und Finanzberatung

Assidu SA, 2800 Delémont 1, 1205 Genf, 6903 Lugano • BTAG Versicherungsbroker AG, 3084 Wabern • neidhart | rüttimann & partner ag, 8400 Winterthur • Tragwerk Versicherungen AG, 4053 Basel • UFS Insurance Broker AG, 8810 Horgen • VM-F Frank insurance brokers GmbH, 9300 Wittenbach

TREUHANDPARTNER für Finanzbuchhaltung, Steueroptimierung, Wirtschaftsberatung

Axios Fiduciaire Sàrl, 1920 Martigny • B+A Treuhand AG, 6330 Cham • Brügger Treuhand AG, 3097 Liebefeld/Bern • contrust finance ag, 6004 Luzern • Fiduciaire Leitenberg & Associés SA, 2301 La Chaux-de-Fonds • GMTC Treuhand & Consulting AG, 9014 St. Gallen • KONTOMED Ärztetreuhand AG, 8808 Pfäffikon • LLK Treuhand AG, 4052 Basel • Mehr-Treuhand AG, 8034 Zürich • Quadis Treuhand AG, 3952 Susten • Sprunger Partner AG, 3006 Bern • W&P AG Treuhand Steuern Wirtschaftsprüfung, 7001 Chur

Alle Beratungspartner finden Sie auch online oder rufen Sie uns an.

Für unsere Mitglieder ist ein einstündiges Erstgespräch zur gezielten Bedürfnisabklärung kostenlos.



mediservice vsao-asmac
Telefon 031 350 44 22
info@mediservice-vsao.ch
www.mediservice-vsao.ch



BIS ZU 30% PRÄMIENRABATT* FÜR VERBANDSMITGLIEDER.

Wie mediservice vsao-asmac vertrauen zahlreiche Verbände und Versicherte auf unsere erstklassigen Versicherungslösungen und profitieren dabei von attraktiven Kollektivvorteilen. Finden Sie jetzt heraus, was SWICA für Ihre Gesundheit tun kann.

FÜR SIE DA.

Telefon 0800 80 90 80 oder *mehr erfahren: swica.ch/mediservice



WEIL GESUNDHEIT
ALLES IST

SWICA

AndreaMag®

300 mg Magnesium (12.3 mmol)

- Brausetabletten mit angenehmem Geschmack
- Erhältlich als Orangen- oder Himbeeraroma
- Vegan



Kassenpflichtig



Mehr
Informationen:



Andreabal AG, 4123 Allschwil
www.andreabal.ch

AndreaMag®, Z: Magnesium 300 mg (12.3 mmol). I: Magnesiummangel, zur Deckung eines erhöhten Bedarfs während der Schwangerschaft und Stillzeit, im Hochleistungssport, Neigung zu Wadenkrämpfen, bei muskulären Krampfszuständen, bei Eklampsie und Präeklampsie, tachykarden Herzrhythmusstörungen. D: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren: 1x täglich 1 Brausetablette oral. KI: Niereninsuffizienz, AV-Block, Exsikkose. IA: Tetracycline, Eisensalze, Cholecalciferol. UW: Gelegentlich Durchfall. P: 20 und 60 Brausetabletten. VK: Liste D. 04/2020. Kassenpflichtig. Ausführliche Informationen unter www.swissmedinfo.ch. Andreabal AG, Bihningerstrasse 95, 4123 Allschwil, Tel. 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88 www.andreabal.ch