

Das Magazin der Berner Haus- und Kinderärzt:innen

Verein Berner  
Haus- und  
Kinderärzt:innen | VBHK

# VBHK MAGAZIN

Ausgabe 1/2025



# Inhalt

## **EDITORIAL**

Ärzt:innen unter Spannung

## **INTERVIEW**

«Die Hospitalisationszahlen der Säuglinge waren diesen Winter sehr tief»

## **POLITIK**

Die Not mit dem hausärztlichen Notfall

## **VBHK-AWARD**

Forschungsarbeit zur Absetzung von Medikamenten gewinnt VBHK-Award

## **MEDIKAMENTENABGABE**

Das «Berner Mischsystem» ist nicht mehr zeitgemäss

## **CARTE BLANCHE**

Keine Zeit – ich nutze sie!

## **INTERVIEW**

«Kinderärzt:innen sind wertvolle Wegbereiter»



## EDITORIAL

# Ärzt:innen unter Spannung

**Der Praxisalltag fordert uns – aber genau das macht ihn so vielseitig und spannend. Ärzt:innen jonglieren täglich zwischen langfristiger Begleitung chronisch Kranker und der schnellen Reaktion auf akute Fälle. Gerade in der Grippesaison ist das besonders spürbar: Während wir Patient:innen mit chronischen Erkrankungen kontinuierlich betreuen, kommen zusätzlich viele akut Erkrankte in unsere Praxen.**

Ein Beispiel für akutes Handeln ist die RSV-Impfung für Neugeborene. Kaum angekündigt, musste sie in den Praxen und Wochenbettstationen rasch umgesetzt werden. Die Akzeptanz war erfreulich hoch, und Lieferengpässe blieben – entgegen vieler Befürchtungen – die seltene Ausnahme. Ein gutes Zeichen für die künftige Immunisierung unserer Kleinsten. Nicht immer geht es aber um schnelle Entscheidungen. Einige Themen begleiten uns über Jahre. Die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit schweren chronischen Erkrankungen zum Beispiel. Hier bietet das Allani Kinderhospiz im Kanton Bern eine wertvolle Unterstützung. Palliativversorgung ist weit mehr als die Beglei-

tung am Lebensende – sie kann auch eine dringend benötigte Erholungsinselfür betroffene Familien sein.

Auch in der Politik gibt es Entwicklungen, die schnelles Handeln erfordern – und andere, die sich über Jahre ziehen. Akut hat uns in den letzten Monaten die Diskussion um die Notfall-Inkonvenienzen beschäftigt. Im Herbst stand für viele Praxen und Institutionen sehr viel auf dem Spiel, Unsicherheit machte sich breit, ja Existenzängste angesichts horrender Rückforderungen von Versicherungen. Und dann gibt es die Dauerbrenner: Die Selbstdispensation im Kanton Bern ist so ein Thema, das in regelmässigen Abständen aufkommt. Nach

einem missglückten Vorstoss im Grosse Rat im vergangenen Jahr wurde in der Frühjahrsession erneut darüber debattiert – mit dem immerhin positivem Ausgang, dass Gespräche der Betroffenen am Runden Tisch des Regierungsrats aufgegleist sind.

All diese Themen streifen wir in diesem Magazin. Und neben der eher schweren Kost haben wir auch noch leichte und freudige: Es ist uns eine grosse Ehre, jährlich den VBHK-Award für die beste Nachwuchsarbeit in haus- und kinderärztlicher Forschung auszuzeichnen. Wer ihn dieses Jahr gewonnen hat, erfährt man in dieser Ausgabe.

Liebe Leser:innen, Haus- und Kinderärzt:innen leisten tagtäglich Grosses – für ihre Patient:innen, für ihre Teams und für die Gesundheitsversorgung im ganzen Kanton. Lassen Sie uns gemeinsam weiter daran arbeiten. Ich wünsche Ihnen eine spannende Lektüre!

*Myriam Perren*



## INTERVIEW

# «Die Hospitalisationszahlen der Säuglinge waren diesen Winter sehr tief»

Zum ersten Mal konnten diesen Winter alle Neugeborenen in der Schweiz mit einer Impfung gegen das Erkältungsvirus RSV geschützt werden. Warum auch gesunde Säuglinge davon profitieren und wie gut der neue Impfstoff wirkt, erklärt unser Vorstandsmitglied und Kinderärztin Sandra Burri im Videointerview.

Link Video: <https://vimeo.com/1071425497>

Cynthia Ringgenberg



## POLITIK

# Die Not mit dem hausärztlichen Notfall

**Dank einer Vereinbarung der Tarifpartner hat das Thema «Notfall» zum Jahreswechsel zwar vorübergehend etwas an Brisanz verloren. Es bleibt aber dringlich. Die Rahmenbedingungen der haus- und kinderärztlichen Notfalldienste haben sich in den letzten Jahrzehnten grundlegend verändert – was sich zeitnah auch in der Abgeltung und Regelung der Dienste abbilden muss. Die entsprechenden Arbeiten laufen, können aber nur mit dem gemeinsamen und konstruktiven Willen aller Verantwortlichen zu einem guten und zukunftsfähigen Ende gebracht werden.**

250 Haus- und Kinderärzt:innen wollten am traditionellen politischen Roundtable anlässlich des PraxisUpdateBern Antworten auf Fragen zum Notfalldienst: Wo stehen wir bei den ganzen Turbulenzen rundum das Thema Notfallpauschalen für Haus- und Kinderärzt:innen? Wie finden wir zu einer gemeinsamen Verantwortung? Und wer soll eigentlich welche Rolle übernehmen? Unter der Leitung der Moderatorin Cynthia Ringgenberg diskutierten Monika Reber, Hausärztin aus Langnau und Co-Präsidentin von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz, Gregor Kaczala, Leiter von Medbase Bern und Vorstandsmitglied im VBHK, Christoph Kilchenmann, stellvertre-

tender Direktor von prio.swiss, und Fritz Nyffenegger, Vorsteher des Gesundheitsamts des Kantons Bern.

Das Thema «Notfalldienst» darf gestrotzt als ein «Hot Topic» der ärztlichen Grundversorgung bezeichnet werden. Das gilt für den Dienst an sich, für die Belastung mit den Dienstpflichten, die je nach Region sehr gross ist. Schon länger sind die Dienste vor allem in Randregionen ein erhebliches Problem: Immer weniger Hausärzt:innen teilen sich den Notfalldienst für immer mehr Einwohner:innen. Die regional unterschiedliche Regelung des Notfalldienstes ist deshalb in den letzten Jahren zu einem wesentlichen Stand-

ortfaktor geworden: Junge Hausärzt:innen schauen sehr genau, unter welchen Bedingungen sie in einer Region Notfalldienst zu leisten haben oder eben nicht.

Viel zu reden gab jüngst auch die finanzielle Abgeltung von Notfalldiensten und dringlichen Konsultationen. Auslöser dafür waren zwei Urteile des Bundesgerichts zur Abrechnung der Notfall- bzw. Dringlichkeitspauschalen. Die Krankenversicherer nahmen die beiden Bundesgerichtsurteile zum Anlass, teilweise horrenden Geldsummen von Praxen zurückzufordern mit dem Argument, diese hätten Pauschalen für dringliche Konsultationen

und Notfälle in den letzten Jahren ungerechtfertigterweise abgerechnet. Von den Rückforderungen betroffen waren nicht nur Notfallpraxen, Permanenzen oder Grosspraxen, sondern auch kleinere Gruppenpraxen bis hin zu Einzelpraxen.

Das Ergebnis: immense Verunsicherung darüber, was noch abgerechnet werden darf und was nicht mehr, und vor allem bisweilen existenzielle Sorgen um die finanzielle Zukunft der Praxis. Zahlen aus ärztlichen Datenpools zeigen, dass die Haus- und Kinderärzt:innen im letzten Quartal 2024 rund 25% weniger Notfall- und Dringlichkeitspauschalen abgerechnet haben als in der Vorjahresperiode. Aus lauter Angst vor Rückforderungen, und nicht etwa, weil die Leistung nicht erbracht worden wäre.

### Das Thema Notfall bleibt dringlich

Die FMH und mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz konnten kurz vor Weihnachten mit den Tarifpartnern eine Vereinbarung abschliessen, die erheblich Zündstoff aus der Angelegenheit herausnahm. Vor allem sollte angestellten Ärzt:innen die Abrechnung der besagten Pauschalen nun doch gestattet sein (eine umstrittene Interpretation der entsprechenden Definition im Tarif wurde zeitgemässer ausgelegt). Und die Vertreter der Versicherungen erklärten sich bereit, ihre bis dahin grossflächige und aggressive Rückforderungspraxis insbesondere bei haus- und kinderärztlichen Einzel- und Gruppenpraxen anzupassen.

In der Folge haben sich die Tarifpartner im Rahmen weiterer Gespräche zudem darauf geeinigt, die Tarifpositionen zu Dringlichkeit und Notfall im neuen TARDOC noch einmal zu justieren.

Dank diesen Massnahmen ist es gelungen, den politischen «Notfall» für

den Moment etwas zu entschärfen. Auf Seiten der Versicherungen sind noch nicht ganz alle Branchenmitglieder auf den Kurs von prio.swiss eingestiegen. Einzelne gehen noch immer sehr rigoros (und unbegründet) mit horrenden Rückforderungen auf einzelne Grundversorger:innen los.

Es bleibt zu hoffen, dass der neue Verband seine diesbezüglich konziliantere Haltung auch diesen Mitgliedern noch verständlich machen kann. Das Thema Notfall bleibt jedenfalls trotz der getroffenen Vereinbarungen ein Dringliches und muss mit der Einführung von TARDOC nun zwingend neu und angemessen geregelt werden.

### Gesellschaftlicher und Strukturwandel tarifarisch nachvollziehen

Das hat auch die Diskussion am Roundtable gezeigt. Die Rahmenbedingungen des Notfalldienstes sind heute grundlegend andere als noch vor wenigen Jahrzehnten. Die Ansprüche und Bedürfnisse der Bevölkerung und der Patient:innen an die ärztliche Notfallversorgung haben sich verändert. Allein die Wahrnehmung dessen, was individuell als Notfall empfunden wird, ist heute eine andere.

Aber nicht nur diese Nachfrageseite hat sich stark gewandelt, sondern auch das Angebot. Heute decken ambulante Notfalleinrichtungen und Permanenzen einen grossen und wichtigen Teil der Notfallversorgung ab. Das ist die Realität. Sie arbeiten mit anderen betriebswirtschaftlichen Modellen als die klassische Einzelpraxis früher, ebenso sind auch haus- und kinderärztliche Gruppenpraxen anders aufgestellt.

Wo der Dorfarzt früher einfach noch für seine Unannehmlichkeit («Inkonvenienz») entschädigt werden konnte, weil er nachts oder am Wochenende

zu einem Notfall ausrücken musste, haben auch hausärztliche Praxen mit angestellten Ärzt:innen heute arbeitsrechtliche Vorgaben einzuhalten und müssen beispielweise Lohnzuschläge für Nacht- und Wochenendarbeit über die Tarife finanzieren können. Die haus- und kinderärztliche «Notfall-Landschaft» ist im Zuge von Struktur und gesellschaftlichem Wandel deutlich vielfältiger und heterogener geworden.

Die grosse Herausforderung wird darin bestehen, alle Modelle, die in ihrem Kontext einen echten und wertvollen Beitrag zur haus- und kinderärztlichen Grundversorgung leisten, angemessen und betriebswirtschaftlich korrekt für ihre Leistungen zu entschädigen.

Die Dienst- und Abgeltungsregeln für Not- und dringliche Fälle müssen sehr zeitnah den veränderten Rahmenbedingungen angepasst werden, damit der hausärztliche Notfalldienst weiterhin das sein kann, was ihn für die ganze Gesundheitsversorgung unverzichtbar macht: eine einfache, niederschwellige und kosteneffiziente Form der Erstversorgung. Dazu sollten wir alle Sorgen tragen – mindestens darin waren sich die Teilnehmenden auf dem Podium und im Publikum am Ende einig.

Yvan Rielle



## VBHK-AWARD

# Forschungsarbeit zur Absetzung von Medikamenten gewinnt VBHK-Award

Seit fünf Jahren fördern wir mit dem VBHK-Award den haus- und kinderärztlichen Nachwuchs im Kanton Bern. Renata Lüthold gewinnt dieses Jahr den mit 1'000 Franken dotierten Award für die beste Berner Master- oder Doktorarbeit in praxisnaher Hausarztmedizin.

Wie stehen ältere Patient:innen zur Absetzung bestimmter Medikamente? Diese Frage stand im Zentrum der ausgezeichneten Forschungsarbeit von Renata Lüthold. An der Umfrage haben sich insgesamt 1'340 Patient:innen (ab 65 Jahren) in 14 Ländern beteiligt. 44 % der Befragten gaben an, dass sie gerne eines oder mehrere ihrer Medikamente absetzen würden.

Top 3 der Medikamente, die die Patient:innen absetzen möchten, waren Diuretika (11 %), Lipidsenker (11 %) und Mittel, die auf das Renin-Angiotensin-System wirken (8 %). Je zufriedener Patient:innen mit ihren Medikamen-

ten sind – und je mehr Vertrauen sie in ihren Hausarzt oder ihre Hausärztin haben – desto weniger oft bringen sie selbst konkrete Medikamentenwünsche in der Sprechstunde ein.

Die Ergebnisse der Arbeit von Renata Lüthold zeigen, wie unterschiedlich Patient:innen mit dem Thema Medikamentenreduktion umgehen – und wie stark das Vertrauen in die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt die Gesprächsbereitschaft beeinflusst. Für die hausärztliche Praxis bedeutet das: Gespräche über das Absetzen von Medikamenten sollten

sorgfältig und individuell geführt werden, abgestimmt auf die jeweilige Lebenssituation und die Haltung der Patient:innen. Lütholds Forschung liefert hier wertvolle Impulse für eine differenzierte, patientenzentrierte Arzneimitteltherapie – und unterstreicht die zentrale Rolle der Hausärzt:innen in der gemeinsamen Entscheidungsfindung.

Mit seinem Award will der VBHK einen Beitrag leisten zur Nachwuchsförderung und herausragende hausärztliche Forschungsarbeit mit hoher Praxisrelevanz sichtbar machen.

Cynthia Ringgenberg



## MEDIKAMENTENABGABE

# Das «Berner Mischsystem» ist nicht mehr zeitgemäss

**Sollen Ärzt:innen ihren Patient:innen im Kanton Bern uneingeschränkt Medikamente abgeben dürfen oder nicht? Diese Frage sorgt schon länger für Diskussionen. Nun hat sie auch politisch hohe Wellen geworfen: Der Grosse Rat verlangt von der Regierung die Überprüfung und Anpassung des geltenden Mischsystems. Endlich, denn die bisherige Regelung ist nicht mehr zeitgemäss.**

In einem Kleinstädtchen im Kanton Bern, gut gelegen inmitten einer sonst sehr ländlichen Region, pflegen die ansässigen Hausärzt:innen ein gutes und vertrauensvolles Verhältnis mit der einzigen Apotheke im Ort. Die Zusammenarbeit funktioniert, man kennt und schätzt sich, auch persönlich, und das seit Jahren. Schliesslich stellt man gemeinsam die Grundversorgung im Ort und für die Umgebung sicher.

Dieses Auskommen ist nicht selbstverständlich, könnte man meinen, denn anders als an anderen Orten dürfen hier ausser der Apotheke auch

die Hausärzt:innen Medikamente an ihre Patient:innen verkaufen, wenn letztere dies wünschen. Das war nie ein Problem für die Apotheke. Für die Praxen hingegen war und ist die Möglichkeit der so genannten Selbstdispensation im Kampf um Fachkräfte und Nachfolger:innen ein nicht unwesentliches Argument, um junge Kolleg:innen zu überzeugen, hier im Ort ihre Praxistätigkeit aufzunehmen.

Dann eröffnet im Zentrum des Städtchens ein Grossverteiler sein neues Einkaufszentrum. Es beheimatet auch noch einen Coiffeursaloon, den lokalen

Velomechaniker, einen Blumenladen sowie das Dorfkafi und: eine kleine Filiale der konzerneigenen Apothekenkette. Was nach courant normal tönt, entpuppt sich für die Hausärzt:innen als einschneidend, denn: Mit der Eröffnung der kleinen Apothekenfiliale verlieren sie die Berechtigung, ihren Patient:innen die Medikamente weiterhin direkt abzugeben.

Stattdessen müssen sie diesen von nun an ein Rezept ausstellen und die Patient:innen die Medikamente in einer der beiden Apotheken beziehen. Damit verlieren die Praxen nicht nur

erheblich Ertrag, sondern vor allem auch einen wichtigen Standortvorteil im Ringen mit dem sich zuspitzenden Hausarztmangel.

### Weitreichende Konsequenzen für Hausärzt:innen

Der geschilderte Fall ist fiktiv, aber das Problem ist real. So oder ähnlich hat es sich in den letzten Jahren mehrfach im Kanton Bern zugetragen, und es hat in einzelnen Gegenden das vertraute Verhältnis zwischen Apotheker- und Ärzteschaft nachhaltig gestört. Die Ursache dafür ist die Art und Weise, wie der Kanton Bern die Medikamentenabgabe gesetzlich regelt.

Seit 1984 tut er dies über ein so genanntes «Mischsystem». Es sieht vor, dass Ärzt:innen überall dort eine so genannte Privat- oder Praxisapotheke führen und uneingeschränkt Medikamente abgeben dürfen, wo keine oder nur eine Apotheke ansässig ist. An Orten hingegen, wo es zwei oder mehr Apotheken gibt, ist den Ärzt:innen die direkte Medikamentenabgabe nur zur Erstversorgung, bei Hausbesuchen und in Notfällen gestattet. Dieses System hat unter anderem zur Folge, dass Ärzt:innen die Bewilligung zur Selbstdispensation verlieren, sobald zusätzlich zur im Ort bereits ansässigen Apotheke eine zweite Apotheke ihre Türen öffnet

### Politischer Druck auf das Mischsystem

In einzelnen Orten hat genau dieser Fall, die Eröffnung einer zweiten Apotheke mit entsprechender Konsequenz für selbstdispensierenden Ärzt:innen, hohe Wellen geworfen und jüngst auch den Grossen Rat auf den Plan gerufen. Ein erster Vorstoss wollte 2024 das Mischsystem ganz abschaffen und es allen Ärzt:innen erlauben, ihren Patient:innen uneingeschränkt Medikamente abzugeben – unabhängig von der Anzahl ansässi-

ger Apotheken. Der Vorstoss stiess hinter den Kulissen lange vor der grossrätlichen Debatte auf erheblichen Widerstand. Daher wurde er von den Initiant:innen zugunsten einer «schwächeren» Variante zurückgezogen, die nun vom Grossen Rat in der Frühlingssession 2025 angenommen wurde.

Der Regierungsrat hat jetzt den Auftrag, «mit den Spitzen der Ärzte- und Apothekerschaft innert sechs Monaten Lösungen zu erarbeiten, um die Rahmenbedingungen [...] zu klären und die Zusammenarbeit beider Partner mit Blick auf das Wohl der Patienten zu verbessern.» Insbesondere sei die Selbstdispensation «gemäss den Bedürfnissen der Regionen zu flexibilisieren und unter Berücksichtigung der Wahlfreiheit für die Patienten zu erwägen», so die Forderung der Initiant:innen. Damit ist klar: Der Grosse Rat will eine Überprüfung und Anpassung des seit 40 Jahren im Kanton Bern geltenden Mischsystems.

### Anpassungen an Strukturwandel sind zwingend

Die mit der Motion angeregte flexible, teilregionale und teilweise Lockerung der Beschränkungen von Haus- und Kinderärzt:innen ist tatsächlich ein längst fälliger Schritt in die richtige Richtung. Die aktuelle Regelung macht weder aus medizinischer noch aus versorgungspolitischer Perspektive Sinn. Die Aufhebung der Benachteiligung von Haus- und Kinderärzt:innen in einzelnen Gemeinden und in Abhängigkeit vom Marktauftritt von Apotheken ist schlicht ein Zeichen der Zeit.

- Es ist nicht einzusehen, weshalb Patient:innen an Orten mit weniger als zwei Apotheken selbst entscheiden dürfen, wo sie ihr Medikament beziehen wollen, die Patient:innen an allen anderen Orten aber keine Wahlfreiheit haben. Es

entspricht dem Wunsch vieler Patient:innen, ihr Medikament direkt in ihrer Praxis zu beziehen anstatt mit einem zusätzlichen Gang in der Apotheke. Wer das nicht möchte, bezieht das Medikament in der Apotheke, die Patient:innen entscheiden selbst.

- Die Verabreichung von Medikamenten an ihre Patient:innen gehört zur ärztlichen Tätigkeit und ist fester Bestandteil der Therapie. Die direkte Abgabe von Medikamenten stärkt die Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und sorgt für eine bessere Therapietreue: Ärzt:innen ist es besser möglich, die so genannte Compliance (das Einhalten von Regeln der Medikamenteneinnahme) zu überwachen.
- Die Berufs- und Kompetenzprofile haben sich verändert und tun dies weiterhin. Das ist wichtig und richtig angesichts der Herausforderungen und dem Potenzial der integrierten, interprofessionellen Versorgung. Die Apotheker:innen haben immer mehr bis anhin ärztliche Aufgaben übernommen (z.B. Impfen) und ihr Profil erweitert. Es ist folgerichtig und konsequent, dass Ärzt:innen im Gegenzug die direkte Medikamentenabgabe möglich gemacht wird.
- Zudem beobachten wir in den letzten Jahrzehnten in der medizinischen Grundversorgung auch einen einschneidenden Strukturwandel. In der ärztlichen Grundversorgung geht der Trend ungebrochen weiter von der Einzelpraxis zu immer mehr Gruppenpraxen und grösseren Praxiseinheiten, und bei den Apotheken haben in den letzten Jahren grosse Apothekenketten immer mehr Standorte übernommen oder neu eröffnet. Die Landschaft der Grundversorgung sieht heute sehr viel anders als zum Zeitpunkt der Einführung des Mischsystems.
- Ob an einem Ort die Medikamentenabgabe möglich ist oder nicht, ist ein wichtiger Standortvorteil oder -nachteil. Viele Praxen, Gemeinden und Regionen haben Mühe, Nachfolgelösungen zu finden, wenn Haus- und Kinderärzt:innen ihre Tätigkeit aufgeben. Dass der Kanton eine Regelung aufrechterhält, die

die Attraktivität eines Praxisstandorts (unter anderen) davon abhängig macht, ob und wie viele Apotheken ansässig sind, ist angesichts der sich zuspitzenden Unterversorgung nicht mehr länger zu rechtfertigen.

- In 15 Kantonen der Deutschschweiz ist die ärztliche Medikamentenabgabe uneingeschränkt möglich. Weder ist es in diesen Kantonen zu einem «Apothekensterben» gekommen noch gibt es Gräben zwischen Ärzt:innen und Apotheker:innen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert hier so gut wie andernorts. Es gibt auch keine eindeutige wissenschaftliche Evidenz, die klar für oder gegen das eine oder andere Modell spricht.

insbesondere die adäquate tarifarische Abgeltung der haus- und kinderärztlichen Leistungen und die Aufhebung der finanziellen Benachteiligung im Vergleich zu anderen Fachrichtungen. Denn Haus- und Kinderärzt:innen wollen in erster Linie für ihre Arbeit an und mit den Patient:innen bezahlt werden und nicht darauf angewiesen sein müssen, über den Verkauf von Medikamenten die massiven Tarifverluste der letzten Jahrzehnte aufzubessern.

*Yvan Rielle*

### **Kein Allheilmittel gegen Hausärztemangel**

Eine grundlegende Überprüfung und Reform des Mischsystems ist also zwingend notwendig. Zu bedenken ist aber, dass die uneingeschränkte Medikamentenabgabe nicht als Allheilmittel gegen den Mangel an Haus- und Kinderärzt:innen missverstanden werden darf. Die Aufhebung oder Anpassung des Mischsystems zugunsten der Selbstdispensation hilft der unterversorgten Ortschaft, in der die Medikamentenabgabe bis dahin nicht zulässig ist, ihren Standortnachteil für haus- oder kinderärztliche Praxen auszugleichen. Die Kehrseite dieser Liberalisierung ist allerdings ganz nüchtern betrachtet: eine Ortschaft, in der die Ärzt:innen selbst dispensieren können, verliert ihrerseits ebendieses Standortvorteil, den sie jetzt hat. Zudem ist es nicht so, dass Kantone mit freier Medikamentenabgabe weniger stark mit Haus- und Kinderärzt:innenmangel zu kämpfen hätten als solche ohne.

Gegen den Mangel an Nachwuchs sind nach wie vor (auch) andere Massnahmen mit aller Konsequenz umzusetzen. Dazu gehört auch und



## CARTE BLANCHE

# Keine Zeit – ich nutze sie!

Bei zunehmendem Mangel an Hausärztinnen und Kinderärzten sowie rigiden gesetzlichen Vorschriften bleibt uns immer weniger Zeit für unsere Patientinnen und Patienten. Deswegen sollten wir das therapeutische Potential der Konsultation bestmöglich und zielgerichtet nutzen. Zum Wohl der Patientinnen und Patienten sowie von uns selbst.

Im Buch «Die ärztliche Konsultation – systemisch-lösungsorientiert» zeige ich zusammen mit Peter Ryser einen Weg, wie der Arzt die Konsultation – methodisch strukturiert in sieben Schritte – zielführend gestalten kann. Wie er zusammen mit der Patientin ein gemeinsames Verständnis für das Symptom / Problem entwickeln, mit Angst und Ungewissheit umgehen sowie einen angemessenen, kontext- und personenbezogenen Abklärungs- und Behandlungsprozess erarbeiten kann.

### 1 - Ich breite mich vor.

Bevor ich den Patienten begrüsse, vergegenwärtige ich meine momentane Befindlichkeit und die Person, die

ich empfangen werde, mit ihren persönlichen Stärken, Schwächen und Ressourcen, die wir aktiv in den therapeutischen Prozess einbeziehen können. Ich reflektiere, wie wir zueinander stehen und miteinander umgehen. Das aktuelle Problem, soweit bekannt. Seine Krankengeschichte, soweit sie relevant erscheint. Meine und seine zwischenzeitlichen Aufgaben sowie gegebenenfalls Pendenzen. Ich setze meine Agenda.

### 2 - Ich baue eine zielführende Zusammenarbeit auf.

Ich baue einen wertschätzenden und zugewandten Kontakt auf. Ich interessiere mich für den Grund der aktuellen

Konsultation und wie sie zustande gekommen ist. Bei mehreren Gründen erarbeiten wir die Prioritäten. Wir klären das Ziel der Konsultation und den Auftrag an mich.

Bei einem ersten Kontakt teile ich der Patientin mit, wie ich mir – auf der sachlichen und persönlichen Ebene – eine wirkungsvolle Zusammenarbeit vorstelle. Wir vereinbaren, dass wir uns bei divergierenden Vorstellungen offen und respektvoll austauschen wollen.

### 3 - Ich mache eine Anamnese Plus.

Zusätzlich zu den üblichen medizinisch-technischen anamnestischen

Fragen interessiere ich mich für den Kontext, in dem sich die Probleme / Symptome abspielen. Welche Vorstellungen, Bedenken und Erwartungen hat der Patient? Welche Bedeutung misst er ihnen zu? Wie wirkt sein soziales und berufliches Umfeld auf sein Symptom / Problem ein – und umgekehrt? So erhalte ich einen Einblick in die subjektive Wirklichkeit, die sich der Patient geschaffen hat.

Dabei verwende ich eine angemessene und verständliche Sprache. Anstelle von «warum» und «wieso» frage ich mit Interesse nach den Beweggründen und Umständen des geschilderten Geschehens und höre aktiv zu. So stimulare ich die Patientin zum Nachdenken. Aus ihrer Erzählung erfahre ich zusätzlich Hintergründe, und die Patientin selbst erweitert ihre Perspektive auf das Geschehen.

#### 4 - Wir entwickeln gemeinsam eine angemessene Handlungsweise.

Aus den Schilderungen des Patienten sowie meinen medizinischen Überlegungen und Untersuchungen erarbeiten wir ein gemeinsames Vorgehenskonzept. Auf dieser Basis vereinbaren wir gemeinsam therapeutische oder gegebenenfalls weitere diagnostische Massnahmen. Immer mit Blick auf Nutzen und Risiken. Und unter Beachtung der Relevanz für den Patienten mit seinen gesamtgesundheitlichen Umständen und seinem persönlichen Lebenskontext.

#### 5 - Ich baue präventive Möglichkeiten ein.

Wo sinnvoll und möglich spreche ich präventive Möglichkeiten an. Dabei wäge ich mit der Patientin sorgsam ab, ob und wieweit diese für sie persönlich relevant sein könnten.

#### 6 - Ich gestalte den Abschluss der Konsultation.

Ich fasse zusammen und lasse die Pa-

tientin berichten, was während der Konsultation für sie wichtig geworden ist. So können wir überprüfen, ob wir es gleich verstanden haben. Wir verteilen die notwendigen Aufgaben. Wir halten fest, wann, wie und wo die vereinbarten – medizinischen und gegebenenfalls nicht-medizinischen – Massnahmen stattfinden. Wann und wie wir die gewonnenen Informationen besprechen werden. Was bei Verschlechterung und unvorhergesehenen Ereignissen geschehen muss. Ich verabschiede die Patientin mit einigen anerkennenden und mutmachenden Worten.

#### 7 - Ich reflektiere die Konsultation.

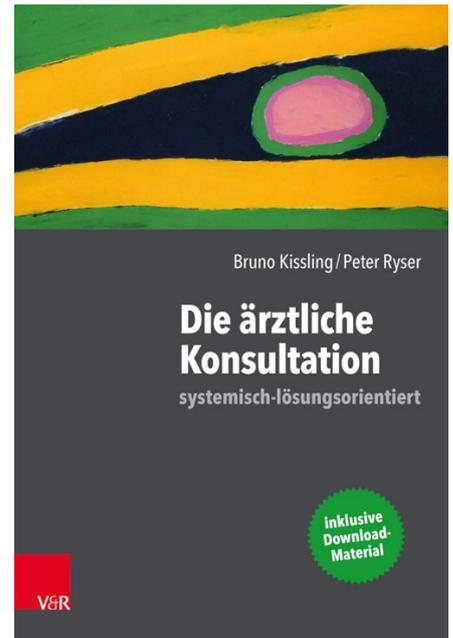
Ich schreibe die Krankengeschichte mit allen relevanten objektiven Befunden und subjektiven Eindrücken. Halte Tendenzen fest. Beachte insbesondere das interpersonelle Geschehen und wie es mir selbst geht. Falls persönliche Probleme hängen bleiben, bespreche ich dies mit Kolleginnen und Kollegen, gegebenenfalls in Supervisionen.

\*\*\*

#### Vielleicht will ich mehr über diese Art der Sprechstunde lernen.

In der Aus- und Weiterbildung lernen wir zu wenig, wie wir eine Konsultation gestalten können. Wir müssen unsere Kompetenz selbst erwerben. «Learning by doing» und mit Lesen oder – idealerweise – in Kursen mit Eigenenerfahrung.

Bruno Kissling, Hausarzt im Ruhestand



Einen vertieften praktischen und theoretischen Einblick bietet das Buch. Empfehlenswert sind Kurse und Fallbesprechungen in systemischer Beratung. Informationen bei Monika Maritz [mar-mos@bluewin.ch](mailto:mar-mos@bluewin.ch) oder auf der Webseite des [BIHAM](http://BIHAM.ch).

Bruno Kissling



## INTERVIEW

# «Kinderärzt:innen sind wertvolle Wegbereiter»

Die Betreuung schwer kranker Kinder stellt Familien vor enorme Herausforderungen – körperlich, emotional und organisatorisch. Christian Ziegler ist Mitglied des Stiftungsrates des allani Kinderhospiz in Bern. Im Interview spricht er über die Rolle der Kinderärzt:innen, die Bedeutung frühzeitiger Begleitung und die Versorgungslücke, die ein Kinderhospiz schliessen kann.

**Das allani ist das erste Kinderhospiz in der Schweiz. Warum braucht es eine solche Institution und für wen ist Allani der richtige Ort?**

Lebensverkürzend erkrankte Kinder brauchen meist rund um die Uhr spezialisierte Versorgung, doch das Schweizer Gesundheitssystem bietet bislang keine adäquate Lösung für die individuellen Situationen und Bedürfnisse der betroffenen Familien. Spitäler sind auf akute medizinische Versorgung ausgelegt, Spitex-Dienste unterstützen zwar zuhause, können aber die umfassende Pflege und psychosoziale Betreuung, die ein Kinderhospiz bietet, nicht ersetzen.

Hier schliessen Kinderhospize eine essenzielle Versorgungslücke. Sie bieten Übergangspflege nach Spitalaufenthalt, Krisenintervention in instabilen Phasen und wertvolle Unterstützung für Familien, die zuhause an ihre Grenzen stossen. Ob wiederkehrende Aufenthalte für einige Wochen zur Entlastung oder für die letzte Lebensphase – ein Kinderhospiz gibt Familien die Kapazität, sich auf das Wesentliche zu konzentrieren: ihre gemeinsame Zeit mit ihrem Kind.



Familienzimmer allani

**Es gibt auch andere Angebote wie z.B. die Spitex. Warum haben Eltern oder Familien das Bedürfnis auf eine Betreuung ausserhalb ihrer vier Wände?**

Grundsätzlich sind die Bedürfnisse der Familien sehr unterschiedlich. Die

Betreuung eines komplex erkrankten Kindes im häuslichen Umfeld ist oft sehr aufwändig. Es erfordert von den Eltern ein gutes Verständnis über das Krankheitsbild, Fachwissen darüber, wie das Kind überwacht und im Falle einer Verschlechterung reagiert werden muss und viel Knowhow der pflegerischen Massnahmen. Dies erfordert Zeit und Präsenz der Eltern.

Die Kinderspitex bietet entsprechend dem Pflegeaufwand die nötige Unterstützung im Alltag, ohne die eine Betreuung zu Hause oft gar nicht möglich wäre. Spitexressourcen sind nicht unbegrenzt. Ein grosser Teil der Betreuung bleibt daher weiterhin bei den Eltern selbst. Das sind grosse Herausforderungen an ein Familiensystem und kann zu Erschöpfung oder Isolation führen. Strukturen wie ein Kinderhospiz bieten da die nötige Entlastung und Unterstützung im Alltag. Ein Ort, an dem sie zurücklehnen können, aufatmen, sich stärken und Zeit nehmen für die Geschwisterkinder, die oft hintenanstehen. So hat ein Kinderhospiz auch eine Funktion der Erhaltung des funktionierenden Familiensystems und somit der Gesundheitsprävention.



**Christian Ziegler** (Mitglied Stiftungsrat allani)

### **Die Palliativversorgung von Kindern beginnt oft nicht erst im Hospiz, sondern bereits in der Praxis. Welche Rolle spielen Kinderärzt:innen in der frühzeitigen Begleitung von lebensverkürzend erkrankten Kindern und ihren Familien?**

Kinderärzt:innen spielen eine zentrale Rolle in der Versorgungskette. Oft kennen sie nicht nur das betroffene Kind am längsten, sondern auch die Geschwisterkinder und somit das Familiensystem. Mit dem Hauptziel, das kranke Kind möglichst im vertrauten Umfeld zu Hause betreuen zu können, sind sie für die Familie wichtige Ansprechpersonen.

Oft werden Kinder mit einer lebensverkürzenden Krankheit auch durch Fachspezialist:innen im Kinderspital betreut. Gerade aber in einer palliativen Situation bedeutet eine Kontrolle im Zentrumsspital oder eine Hospitalisation oft Stress, durch lange Anfahrtswege, viele Ansprechpersonen. Da ist der Kontakt zu Kinderärzt:innen als Vertrauenspersonen enorm wertvoll.

Und zudem können Kinderärzt:innen aufgrund ihrer Beziehung zu den betroffenen Kindern und deren Familien häufig gut einschätzen, ob die Familie von einem Entlastungsaufenthalt in einem Kinderhospiz profitieren würde. Hier können die Pädiater:innen wertvolle sein, indem sie den Familien bereits in der Praxis die (oft falsche) Sorge vor einem Hospiz nehmen und mögliche Entlastungsaufenthalte mit den Familien ansprechen können.



Wohnküche allani

### **Wie sieht die Zusammenarbeit zwischen Kinderärzt:innen, Palliativteams und dem Allani Kinderhospiz konkret aus? Welche Schnittstellen gibt es, und wie können Ärzt:innen ihre Patient:innen optimal an ein Hospiz oder palliative Netzwerke überweisen?**

Ein gutes Schnittstellen-Management ist essenziell. Viele Eltern berichten, dass das Wiederholen der Krankheitsgeschichte und das Kennenlernen von vielen verschiedenen Fachpersonen in der Betreuung des Kindes belastend ist. Der multiprofessionelle und ganzheitliche Fokus der palliativen Versorgung hilft, nebst den physischen, auch die psychosozialen und spirituellen Bedürfnisse einzuschliessen. Dabei ist die Zusammenarbeit unter den Playern zentral. Oft übernimmt das Pediatric Palliative Care Team (PPC-Team) aus dem Kinderspital als Netzwerkstützpunkt eine koordinative Rolle ein. Ist das Kind (noch) nicht an einem PPC-Team angeschlossen, kann die Koordination auch durch den Kinderarzt bzw. die Kinderärztin oder eben das Kinderhospiz übernommen werden.

Wichtig dabei ist die Kommunikation und Rollenklärung untereinander. Die Strukturen und verfügbaren Ressourcen der PPC-Teams sind in der Schweiz leider noch sehr unterschiedlich. Ansprechpersonen der PPC-Teams sind in den Kinderspitälern jedoch etabliert und eine Zuweisung ins allani Kinderhospiz kann auch ganz einfach telefonisch oder per E-Mail erfolgen.

**Kinderärzt:innen sind oft die erste Ansprechperson für Eltern, wenn eine schwere Diagnose gestellt wird. Wie können sie betroffene Familien bestmöglich begleiten und das schwierige Thema Palliativmedizin behutsam ansprechen? Gibt es bewährte Strategien für solche Ge-**

**sprache?**

Grundsätzlich gilt es, den Eltern die Angst vor dem Begriff Palliative Care und auch Hospiz zu nehmen. Oft werden diese Worte auch heute noch mit Sterbebegleitung und Tod gleichgesetzt. Doch führen Krankheiten in der Pädiatrischen Palliative Care häufig nicht unmittelbar zum Tod. Bei der palliativen Begleitung geht es viel mehr darum, eine Familie mit einem Kind mit einer schwerwiegenden Diagnose zu begleiten, eine möglichst gute Lebensqualität zu schaffen, trotz einer potenziell lebensverkürzenden Krankheit. So entsteht nicht selten eine Begleitung des Kindes und der Familie über viele Jahre.



Tiergestützte Therapie allani

Es gilt, die Familie heranzuführen in eine neue Lebenswelt und dabei das Familiensystem im Auge zu behalten, so zum Beispiel die berufliche oder finanzielle Situation der Eltern oder die gesunden Geschwisterkinder, die oft im Schatten stehen. Die Neudiagnose einer potenziell lebensverkürzenden Krankheit ist meist mit einem Schock oder dem Gefühl verbunden, den Boden unter den Füßen zu verlieren. Dabei ist im Gespräch eine gute Mischung zwischen Ehrlichkeit, die Sache beim Namen nennen, aber auch Hoffnung schenken und Wege aufzuzeigen gefragt. Zeit geben und da sein für die Familie sind wichtige Faktoren.

Und schlussendlich ein Netz aufbauen, welches die Familie in dieser neuen Situation ihren Bedürfnissen entsprechend unterstützen kann. Dabei kann auch ein Kontakt zu einer anderen, ähnlich betroffenen Familie hilf-

reich sein. Gerade da kann ein Aufenthalt im Kinderhospiz helfen, wieder Boden unter den Füßen zu bekommen, die neuen Informationen einzuordnen, Ängste anzusprechen, sich mit anderen betroffenen Familien zu vernetzen, sich in der neuen Familiensituation zurechtzufinden.

**Welche Entwicklungen oder Verbesserungen wünschen Sie sich für die pädiatrische Palliativmedizin in der Schweiz, insbesondere im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Kinderärzt:innen? Gibt es Best-Practice-Beispiele aus anderen Ländern, die als Vorbild dienen könnten?**

Laut dem nationalen Rahmenkonzept Palliative Care entspricht die pädiatrische Palliative Care einer spezialisierten Versorgung. Trotzdem erhalten in der Schweiz nur etwa 10 % der Kinder und Jugendlichen mit potenziellem Bedarf eine spezialisierte Palliative Care (4). Eine flächendeckende palliative Versorgung durch spezialisierte Teams ist in der Schweiz schlicht noch nicht vorhanden. Spezialisierte PPC-Teams, welche üblicherweise im Zentrumsspital beheimatet sind, bieten je nach Region unterschiedlich ausgebaute Leistungen erst lückenhaft an. Die Finanzierung und damit verbundenen Ressourcen sind aktuell sehr unterschiedlich. Ebenso liegt ein grosser Entwicklungsbedarf in der vorgeburtlichen Palliative Care. Eine Unterstützung durch die Palliative Care sollte auch dann angeboten werden, wenn Eltern in der Schwangerschaft eine schwerwiegende Diagnose ihres ungeborenen Kindes erhalten, damit sie nebst der Geburtshilfe und anderen Fachspezialisten, auch Unterstützung in der Entscheidungsfindung und der Vorausplanung durch PPC Spezialist:innen erhalten.



allani Kinderhospiz

Die Zusammenarbeit mit den Kinderärzt:innen ist aus obengenannten Gründen essentiell. Kinderhospize schliessen eine Versorgungslücke und müssen gesetzlich verankert und einheitlich finanziert werden.

Ein direkter Vergleich mit anderen Ländern ist schwierig, aufgrund unterschiedlicher Gesundheitssysteme der Grundversorgung.

**allani finanziert sich zu 100 % aus Spenden –bis Ende Jahr ist die finanzielle Situation gesichert. Wie geht es dann weiter? Wie sehen sie die Rolle der Politik? Wo sollte der Bund ihrer Meinung Hand bieten?**

Wir sind diesbezüglich optimistisch. Einerseits verfolgen wir eine sehr gezielt aufgebaute und fokussierte Fundraising-Strategie. Und wir können mittlerweile einen Teil der Pflegeleistungen über die IV und die Krankenkassen abrechnen. Andererseits tauschen wir uns intensiv aus mit den verschiedenen nationalen und kantonalen Gremien. Unser Ziel ist es, eine nachhaltige Finanzierung zu sichern. Um dies zu erreichen, nutzen wir jede Möglichkeit – sei es aktuell durch ein Pilotprojekt im Kanton Bern (Gespräche mit der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion laufen) oder langfristig durch eine schweizweite Gesetzesänderung.

---

**Informationen zum Thema «Pädiatrische Palliative Care»**

- [Ambulante Pädiatrische Palliative Care](#) (praktischer Leitfaden)
- [Vertiefte Abklärungen zum Pädiatrischen Palliative-Care-Bedarf in der Schweiz](#) (Kurzbericht)
- [Pädiatrische Palliative Care](#) (Zeitschriften)
- [allani Kinderhospiz Bern](#)

---

Cynthia Ringgenberg

# IMPRESSUM

Verein Berner Haus- und Kinderärzt:innen

**Geschäftsstelle:**

Geschäftsstelle VBHK  
Effingerstrasse 2  
CH-3011 Bern  
sekretariat@vbhk.ch

**Erscheinung:**

3 x jährlich

**Technik und Gestaltung:**

[deinmagazin.ch](http://deinmagazin.ch)

**Redaktion:**

Geschäftsstelle VBHK  
Effingerstrasse 2  
CH-3011 Bern  
sekretariat@vbhk.ch