

Pädiatrie Schweiz:
Mehr als eine ärztliche
Kinderlobby

Vorsorgeuntersuchungen
Pädiatrie

Kindermedizin
in Ärztenetzen?
Aber sicher!

Kindermedizin – ganz gross



ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

Redaktionelle und
inhaltliche Verantwortung
Dr. med. Gregor Dufner
Dr. med. Corina Omlin
Bernhard Stricker, lic. phil.
Martina Gottburg
Marco Plüss
Joleen Feuerstein

Gestaltungskonzept
Stier Communications AG
www.stier.ch

in guter Partnerschaft



Editorial 03

DEFACTO | Fokus

Pädiatrie Schweiz: Mehr als eine ärztliche Kinderlobby 04
Bernhard Stricker, lic. phil.

Den Kindern und Jugendlichen in der Schweiz
geht es mehrheitlich gut 07
Bernhard Stricker, lic. phil.

Kindermedizin ist anders 08
Bernhard Stricker, lic. phil.

«Der Kinderarzt ist heute vor allem Berater
und Gesundheitscoach» 10
Fragen an Dr. Philipp Jenny, Präsident «pädiatrie schweiz»

Warum Kindermedizin der schönste Beruf der Welt ist 12
Fragen an die Kinderärzte Dr. med. Christian de Garis und Dr. med. Raoul Schmid
und an die Kinderärztin Dr. med. Michèle Sauter

DEFACTO | Medizin

Checklisten für die Vorsorgeuntersuchungen nach den
Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie 17
Dr. med. Corina Omlin

DEFACTO | Argomed

«Eine Investition in das Hausarztmodell bei Kindern
ist eine Investition in die Zukunft» 21
Interview mit Dr. med. Ulrike Brennan

Kindermedizin in Ärztenetzen? Aber sicher! 23
Interview mit Dr. med. Raphael Widmann und Dr. med. Jacques Stäger

Kinderärztinnen und Kinderärzte im Einzugsgebiet
der Argomed Ärzte AG 25
Martina Gottburg

Digitale KMSK Wissensplattform seltene Krankheiten –
auch für Haus- und Kinderarztpraxen hilfreich 26

DEFACTO | Die letzte Seite

«Ich mag die weissen Arztkittel nicht.» 27
Interview mit Jan Zahner



Dr. med. Gregor Dufner
Redaktionsleiter DEFACTO

Die die Jüngsten behandeln

Nein, nicht unsere jüngsten Patienten – die Kinder – stehen heute im Mittelpunkt. Es sind unsere Kinderärztinnen und Kinderärzte. Wir wollen mehr über ihren Alltag, ihre Freuden und Sorgen, ihre Organisationen und Verankerung in der Medizinlandschaft sowie im Tarifvertrag erfahren. Dazu lassen wir sie selber sprechen.

Warum Kinderärztin werden? Was sollte das Herzblut für Pädiatrie wecken? Wie steht es mit der Work-Life-Balance? Antworten darauf und vieles mehr erfahren wir von Dres. med. Michèle Sauteur, Christian de Garis und Raoul Schmid.

Auch wenn die Praxispädiatrie die medizinische Grundversorgung der Kinder abdeckt, so gibt es doch etliche Unterschiede gegenüber der Erwachsenenmedizin.

Dr. med. Philipp Jenny, Präsident von «pädiatrie schweiz», skizziert die Faszination des Berufes Kinderarzt auch im Lichte politischer, standespolitischer, ökonomischer und sozialer Einflüsse. Die Entwicklung des Berufes tendiert gemäss seiner Einschätzung in Richtung zum Gesundheitscoach.

Einleitend erhalten wir einen Überblick über die bereits 120-jährige Geschichte der Schweizer Pädiatrie. Die Kinderheilkunde weist stationär und ambulant doch stark divergierende Krankheitsbilder auf. Dies hat direkte Auswirkungen auf die Aus- und Weiterbildung sowie den gesundheits- und gesellschaftspolitischen Stellenwert der Praxispädiatrie.

Beachtenswert ist auch die anzahlmässige Verteilung der Pädiater in den der Argomed angeschlossenen Ärztenetzen.

Zum Schluss sagt uns der 13-jährige Jan, was er an Ärzten mag, was er ändern würde und welche Fragen er an uns hat.

Eine belebende Lektüre wünscht Ihnen Ihr

Dr. med. Gregor Dufner
Redaktionsleiter DEFACTO

Pädiatrie Schweiz: Mehr als eine ärztliche Kinderlobby

Die Schweizerische Gesellschaft für Pädiatrie (SGP) – die sich seit 2020 «pädiatrie schweiz» nennt und mit einem neuen optischen Erscheinungsbild in der Öffentlichkeit auftritt – wurde am 1. Juni 1901 in Olten gegründet, zu einer Zeit, als in der Schweiz die ersten Kinderspitäler und Kinderarztpraxen entstanden.

Zu den Meilensteinen in der Geschichte der SGP und der Kindermedizin generell zählen (gemäss den Verbandschronisten Prof. Luc Paunier und Prof. Gregor Schubiger) folgende Ereignisse – in einer Kurzfassung:

- **1947:** Triumph über Infektionskrankheiten. Mit der Verfügbarkeit der Antibiotika Penicilin und Streptomysin werden ab 1947 immer mehr Infektionskrankheiten heilbar.
- **1956:** Impfung gegen Kinderlähmung. Die Wirkung der Poliomyelitis-Impfung ist spektakulär. Die gefürchtete epidemische Kinderlähmung ist schlagartig besiegt. Die Einführung der Polio-Impfung führt zur Ausarbeitung von Impfplänen.
- **1965:** Baby-Boom. Im Jahr 1965 kommen in der Schweiz 113'000 Kinder zur Welt. Es ist die Blütezeit der Pädiatrie, sie geht aber relativ rasch zu Ende. Bereits 1978 – nach dem sog. Pillenknick – sind es «nur» noch 71'300.
- **1986:** Europäisches Pionierwerk Pädiatrie. Die Arbeitsgruppe für Sozialpädiatrie der SGP erarbeitet unter der Leitung von Prof. E. Joss ein Manual (Checkliste) zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen, das bis heute Standard für praktizierende Kinderärztinnen und Kinderärzte ist.
- **1996:** Einführung des neuen Krankenversicherungsgesetzes (KVG). Die

Einführung des KVG löst in der SGP einen regelrechten «Schock» aus. Waren früher wissenschaftliche Aktivität das Kerngeschäft des Verbandes, ging es nun darum, die Position der Pädiater in der Grundversorgung auch politisch zu definieren. Dazu gehörte u.a. neben der Auseinandersetzung mit der neu entstehenden Tarifstruktur vor allem das Engagement für eine korrekte Entschädigung der kinderärztlichen Tätigkeit.

Praxispädiatrie versus klinische Pädiatrie

In der jüngeren Geschichte der Schweizer Pädiatrie gibt es eine Konstante, die sich über Jahrzehnte hingezogen, inzwischen aber an Dramatik und Bedeutung verloren hat: der Konflikt zwischen Praxis- und klinischen Kinderärztinnen und -ärzten.

Mitte der 1980er-Jahre machte sich unter jungen Praxispädiatern landesweit ein grosses Unbehagen mit der ambulanten kinderärztlichen Versorgung bemerkbar. Die wenigsten Pädiater hatten in ihrer Assistentenzeit Gelegenheit, die volle Verantwortung für Diagnose und Therapie zu übernehmen. Demzufolge erlebten die meisten Pädiaterinnen und Pädiater den Wechsel von der Klinik in die Praxis als Sprung ins kalte Wasser, indem sie plötzlich mit gänzlich unvertrauten Fragen bezüglich Entwicklungs- und Verhaltensproblemen konfrontiert waren.

In ihrem Beitrag für die Jubiläumsausgabe der Verbandszeitschrift «Pädiatrica» schrieben die beiden Kinderärzte Thomas Baumann und Arnold Bächler 2019 etwas zugespitzt: «Was in der Klinik häufig und wichtig ist, das ist in der

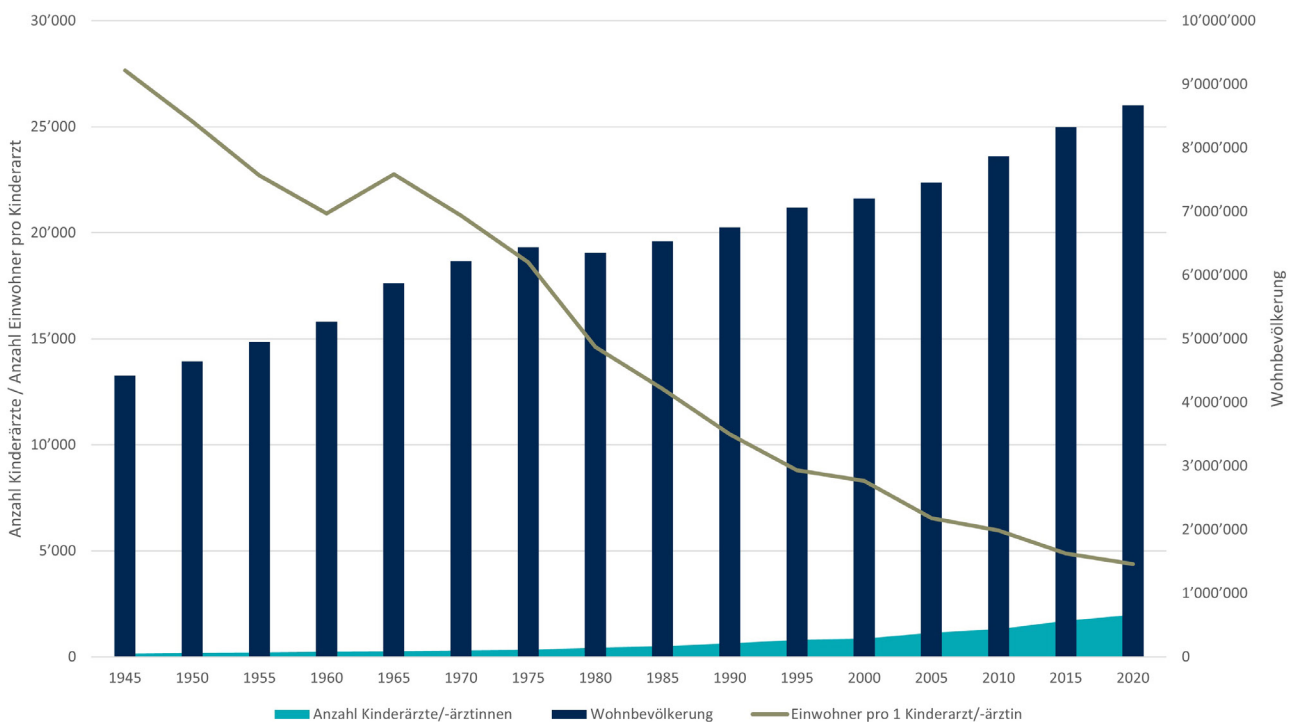
In der Schweiz gibt es rund 2000 Kinderärztinnen – und -ärzte

Ende 2021 gab es in der Schweiz 2089 Kinderärztinnen und -ärzte. Sie sind zu rund zwei Dritteln in der Praxis tätig. Die genauen Zahlen:

	Frauen	Männer	Total
Praxis	876	458	1334
Spital	490	251	741
Andere	9	5	14
Total	1375	714	2089

Quelle: FMH

Entwicklung berufstätige Kinderärztinnen und -ärzte 1945 bis 2020



Quelle: FMH

Praxis selten und unwichtig. Wer für die praxispädiatrisch relevanten Fragestellungen gerüstet sein wollte, musste sich das Wissen auf autodidaktischem Wege selber zusammentragen.»

Dieses Malaise unter den Praxispädiatern führte 1992 zur Gründung der SVUPP (Schweizerische Vereinigung für Ultraschall in der pädiatrischen Praxis) und am 14. September 1995 zur Gründung des Berufsverbandes der praktizierenden Kinder- und Jugendärzte («Kinderärzte Schweiz – KIS»), damals noch unter dem Namen «Forum für Praxispädiatrie».

Das führte während Jahren zu Positionskämpfen zwischen SGP und KIS. Doch die befürchtete Spaltung der Pädiatrie konnte vermieden werden und zwischenzeitlich hat sich das Verhältnis zwischen SGP und KIS deutlich ent-

spannt. Die beiden Verbände sind sich heute einig, dass sie mehr erreichen, wenn sie kooperieren und mit einer Stimme sprechen, gestehen sich aber auch unterschiedliche Meinungen zu. Als Zeichen des guten Willens haben sie zudem beschlossen, dass das Präsidium von «pädiatrie schweiz» alternierend von einem Kliniker und einem Praxispädiater geführt wird.

Zudem haben sich SGP und KIS 2009 zusammen dem Verband der «Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe)» angeschlossen, der die berufspolitischen Ziele der Grundversorgung stärker bündeln und in der Öffentlichkeit einheitlich auftreten will.

Gesellschaftliche Veränderungen erfordern politisches Engagement

Zur Geschichte der Schweizer Pädiatrie

gehören aber nicht nur standespolitische und medizinische Aspekte, sondern in zunehmendem Masse die gesellschaftlichen Veränderungen. In einer UNICEF-Studie zur Familienfreundlichkeit der reichsten Länder der Welt landete die Schweiz 1999 auf dem beschämenden 31. Rang. Für die Kinderärzte war das ein Signal, sich auch ausserhalb ihrer Praxis für eine familien- und kinderfreundliche Politik einzusetzen.

Dazu gehört etwa die ausserfamiliäre Betreuung kleiner Kinder (z.B. in der Kita), die innerhalb zweier Jahrzehnte von der Ausnahme fast zur Regel geworden ist. Dazu gehört aber auch die Planbarkeit des Familiennachwuchses. Seit etwa zwei Generationen ist es dank der Verhütung möglich, Schwangerschaften so zu planen, dass sie ins berufliche und familiäre Curriculum passen.

Zunehmend sind die Pädiaterinnen und Pädiater heute aber auch mit dem schulischen Leistungsdruck der Kinder konfrontiert. Damit sind vor allem die realitätsfremden Erwartungen der Schule und vieler Eltern gemeint, dass alle Kinder gleichen Alters in allen Bereichen gleiche Leistungen erbringen müssen. Wenn das nicht geschieht, wird von den Kinderärztinnen entsprechende Intervention erwartet, damit die Kinder die Leistungen erbringen, die von ihnen verlangt werden. In der Jubiläumsausgabe der «Pädiatrica» heisst es dazu: «Die Versuchung für uns Kinderärzte ist gross, in dieser Leistungs-Tretmühle willfährig mitzuwirken und die gewünschten Diagnosen und Therapien beizusteuern.» Und selbstkritisch kommen die Autoren (Dr. Baumann und Dr. Bächler, siehe vorne) zum Schluss: «Als Berufsgruppe neigen wir dazu, uns von familien- und schulpolitischen Debatten in der Öffentlichkeit fernzuhalten, auch dann, wenn es um wichtige Interessen der Kinder geht, wie beim Lehrplan 21, der staatlichen Förderung der ausserfamiliären Betreuung oder dem Mutterschaftsurlaub.»

Von der Gesellschaft wird die Praxispädiatrie heute als sehr nützliches, aber unspektakuläres, medizinisches Angebot angesehen mit einem bescheidenen Arsenal an interventionellen Handlungen, wie Impfungen und kleinchirurgischen Eingriffen. Gleichzeitig werden die Beratungen wichtiger, vor allem Erziehungsparadigmen haben in der individuellen Beratung Einzug gehalten.

Mangel an Haus- und Kinderärzten

Gemäss Dr. Philippe Jenny, dem aktuellen Präsident von pädiatrie schweiz, gibt es heute in der Schweiz zu wenig Kinderärzte (siehe sep. Interview mit Dr. Jenny). Dabei spielt auch der Mangel an Hausärzten eine Rolle, weil diese früher – neben den Kinderärzten – auch Kinder betreuten.

Dieser Mangel an Kinder- und Hausärzten wird gemäss Insidern sowohl strukturelle und organisatorische als auch medizinische und inhaltliche Folgen haben. Dr. med. Daniel Garcia schreibt dazu in der Jubiläumsausgabe der Pädiatrica: «Es wird einen Paradigmenwechsel in der kinderärztlichen Versorgung in der Schweiz brauchen. Die herkömmliche starre Zweiteilung zwischen Spital- und Praxisversorgung und zwischen ärztlicher und pflegerischer Tätigkeit muss überwunden werden. Man wird nicht umhinkommen, eine neue Form der Grund- inklusive Notfallversorgung zu kreieren. Man wird Abschied nehmen müssen von der rein ärztlichen Abdeckung der medizinischen Versorgung von Kindern. Es wird neue Berufsbilder wie z. B. nicht ärztliche Fachspezialisten benötigen, welche die zunehmende Lücke in der Grundversorgung schliessen können. Selbstverständlich müssen die Kinderärzte zentral in der Ausarbeitung und Ausbildung dieser neuen Berufe involviert sein. Spitäler, pädiatrische Praxen, Universitäten und Fachhochschulen müssen dafür zusammenarbeiten.»

Bernhard Stricker, lic. phil
Redaktor DEFACTO

Quellen:

- 100 Jahre SGP, Eine Fachgesellschaft in Bewegung, Jubiläumsausgabe der Pädiatrica, 2001
- 30 Jahre Pädiatrica 1989 – 2019, Jubiläumsausgabe, 2019

Den Kindern und Jugendlichen in der Schweiz geht es mehrheitlich gut

Laut Bundesverfassung haben Kinder und Jugendliche in der Schweiz das Grundrecht auf besonderen Schutz ihrer Unversehrtheit und auf Förderung ihrer Entwicklung. Nur: Wie «unversehrt» sind die Kinder und Jugendlichen in der Schweiz heute tatsächlich? Wie gesund sind sie und wie gut entwickeln sie sich? Genau das war die Aufgabe des nationalen Gesundheitsberichts 2020 mit dem Schwerpunkt Gesundheit der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Fazit des Berichtes: Der Grossteil der rund 2,3 Millionen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der Schweiz wachsen in einem unterstützenden und ressourcenorientierten Umfeld auf.

Hier ein paar ausgewählte Fakten aus dem Bericht:

- Es gibt heute doppelt so viele Einelternfamilien wie 1970, Patchworkfamilien haben ebenfalls zugenommen. Deutlich abgenommen hat die Zahl der Geschwister, mit denen ein Kind aufwächst.
- Erfahrungen von Gewalt durch die Eltern wurden bei 10 % der männlichen und 18 % der weiblichen Jugendlichen im Alter von 15 bis 16 Jahren festgestellt.
- Motorische Fähigkeiten der Primarschulkinder sind gemäss Untersuchungen über die letzten Jahre stabil geblieben.
- Das Übergewicht ist bei jüngeren Kindern leicht zurückgegangen. Deutlich zurückgegangen sind Verkehrsunfälle, dennoch sterben schweizweit jährlich circa 100 Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene pro Million Einwohnerinnen und Einwohner an einem Unfall.
- Die Suizidrate bei den 11- bis 25-Jährigen hat sich über die letzten 30 Jahre mehr als halbiert. Andererseits hat seit 2002 der Anteil der 11- bis 15-Jährigen mit multiplen psychoaffektiven Beschwerden (Traurigkeit, schlechte Laune, Nervosität, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Verärgerung und Einschlafschwierigkeiten) zugenommen.
- In den letzten 15 Jahren haben Depressionssymptome bei jungen Erwachsenen zugenommen.
- Schätzungsweise ein Fünftel der Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen weist entweder ein chronisches Gesundheitsrisiko wie Übergewicht auf oder lebt mit einer chronischen Erkrankung oder einer Behinderung.
- Den Empfehlungen der WHO bezüglich Bewegung genügen die 6- bis 10-Jährigen überwiegend, die 11- bis 16-Jährigen häufig nicht.
- Die Schlafzeit vor einem Schultag liegt bei den 14- bis 15-Jährigen bei etwa acht Stunden. Jugendliche und junge Erwachsene geben jedoch oft Schlafstörungen an.
- In den letzten Jahren ist bei Jugendlichen der Trend, psychoaktive Substanzen zu gebrauchen, zum Teil abnehmend. So geht seit 2002 der Anteil der Jugendlichen zwischen 11 und 15 Jah-

ren, die mindestens einmal wöchentlich Zigaretten rauchen, wie auch der Anteil derjenigen, die einmal wöchentlich Alkohol trinken, tendenziell zurück.

- Digitale Medien können bestimmte gesundheitliche Auswirkungen haben, jedoch sind viele wissenschaftliche Ergebnisse nicht eindeutig. Beim Gebrauch von digitalen Medien sind Bewegungsmangel und Übergewicht, muskuloskelettale Beschwerden, kurzfristige Augenprobleme und Schlafstörungen möglich.

Bernhard Stricker, lic. phil
Redaktor DEFACTO

Quelle:

«Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene», Schweizer Gesundheitsobservatorium (OBSAN), 2020

Kindermedizin ist anders

Kindermedizin ist anders als Erwachsenenmedizin. Das hat nicht nur Auswirkungen auf Organisation und Struktur des Faches Pädiatrie, sie erfordert von den Kinderärztinnen und -ärzten auch eine ganz andere Form der Kontaktaufnahme und der Betreuung ihrer jungen Patientinnen und Patienten. Nachfolgend eine Zusammenstellung der wichtigsten Unterschiede zur Erwachsenenmedizin.

Kindermedizin ist anders...

... weil die Patienten nie alleine kommen

Kinder kommen in der Regel in Begleitung, was den Bedarf und die Anforderungen an die Betreuung massiv erhöht. Dazu kommt: Bei Kindern ist immer ein emotionaler Beziehungsaufbau nötig. Vor jeder Behandlung muss bei einem Kind die Kooperationsfähigkeit aktiv hergestellt werden.

... weil sie als «Minderheitenmedizin» besser als die Erwachsenenmedizin vernetzt sein muss

Aufgrund der hohen Diversität der meist angeborenen Krankheitsbilder ist die Vernetzung mit ausgewiesenen Spezialistinnen und Spezialisten im In- und Ausland eine Grundvoraussetzung für eine gute Kindermedizin.

Es kommt oft vor, dass es für eine spezifische medizinisch-therapeutische Anforderung nur wenige Spezialistinnen und Spezialisten gibt. Die kleinen Patienten werden daher entweder dorthin verlegt oder die Ärztin reist in das entsprechende Spital.

... weil die sogenannten «Seltene Krankheiten» hier eine zentrale Rolle spielen

Seltene Krankheiten manifestierten sich in drei von vier Fällen im Kindesalter. Sie sind in der spezialisierten Kindermedizin also alles andere als selten. Im Gegen-

teil: Seltene Krankheiten sind der Alltag in den Kinderspitälern, die einzelne Krankheit aber bleibt selten – auch für die Spezialisten – und stellen eine besondere Herausforderung für die Kinderspitäler dar.

... weil Kinder weniger Reserven haben und es dadurch viele Notfälle gibt

Zwischen 60 und 80 % der stationären Eintritte kommen über die Notfallstation. Notfälle sind nur bis zu einem gewissen Masse planbar. Um eine Unterversorgung zu vermeiden, braucht es deshalb mehr Reserve und Vorhalteleistungen. Dazu kommt, dass Kindermedizin starken saisonalen Schwankungen unterliegt. So gibt es in den Wintermonaten in den Notfallstationen der Kinderspitäler und Kinderkliniken viel mehr Kinder mit akuten und rasch einmal lebensbedrohlichen Atemwegserkrankungen oder mit Magen-Darm-Grippe. Aufgrund der Physiologie des kindlichen Körpers dekomensieren Kinder viel leichter als Erwachsene.

... weil die Medikation aufwändiger ist

Bei Kindern ist die Medikation meistens sehr schwierig und aufwändig. Während man Erwachsenen eine Ration von drei Tabletten pro Tag verschreibt (morgens, mittags und abends), gestaltet sich das bei Kindern je nach Alters- und Gewichtsklasse sehr viel komplexer. Insbesondere bei Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern müssen Medikamente zuerst immer individuell auf Alter



und Gewicht umgerechnet und entsprechend verdünnt werden. Viele Medikamente machen den Kinderärztinnen und -ärzten zusätzlich aufgrund regulatorischer Eingriffe Schwierigkeiten: Viele Pharmaunternehmen lassen die kindgerechte Darreichungsform in der Schweiz nicht zu, da der hiesige Markt winzig und die Hürden der Swissmedic hoch sind.

... weil der benötigte Gerätepark grösser ist

Spezialisierte Kinderspitäler müssen für Menschen mit einer Grösse von 25 bis 200 Zentimetern und einem Gewicht von 0,3 bis 120 Kilogramm ausgelegt sein. Dass diese Geräte teuer sind und sich wegen tiefer Fallzahlen weniger amortisieren lassen, liegt auf der Hand. Überraschend im Vergleich zur Erwachsenenmedizin ist auch, dass der Anteil manueller Unterstützung beim Einsatz hochmoderner Geräte sehr hoch sein kann.

... weil sie auf wenige Spitäler konzentriert ist

Die spezialisierte Kindermedizin in der Schweiz zählt sechs Zentrumsspitäler der höchsten Versorgungstufe (Basel, Bern, Genf, Lausanne, St. Gallen und Zürich). Diese sechs Spitäler decken 65% der stationären Kinder- und Jugendmedizin ab. Neben diesem Spitzen-Sextett gibt es sechs weitere Kinderkliniken mit einer hohen Versorgungstufe, aber einer etwas geringeren Spezialisierung (Kantonsspitäler Aarau, Graubünden, Fribourg, Luzern, Sion und Winterthur), die weitere 25% der stationären Versorgung für Kinder und Jugendliche leisten. Die übrigen 10% der stationären Versorgung werden von kleineren Kinderkliniken und auch von Spitälern ohne Infrastruktur für Kinder und Jugendliche gedeckt.

Bernhard Stricker, lic. phil
Redaktor DEFACTO

Quelle: Dr. med. Agnes Genewein, Leiterin der Allianz Kinderspitäler Schweiz (AllKids)

FRAGEN AN DR. PHILIPP JENNY, PRÄSIDENT «PÄDIATRIE SCHWEIZ»

«Der Kinderarzt ist heute vor allem Berater und Gesundheitscoach»



Dr. med. Philipp Jenny

DEFACTO: *Was macht den Beruf der Kinderärztin, bzw. des Kinderarztes attraktiv?*

Dr. Philipp Jenny: Weil ein Kind noch ein ganzes Leben vor sich hat, kann ich als Kinderarzt mithelfen, die Zukunft dieses Kindes positiv zu beeinflussen und zu unterstützen – und damit generell einen Beitrag für eine positive Zukunft der Menschen zu leisten.

Pädiatrie ist zudem Systemarbeit – weil ein Kind nie alleine ist – und diagnostisch herausfordernd, denn je jünger das Kind ist, umso weniger kann es seine Probleme benennen. Kurz: Es ist ein vielfältiges, spannendes Arbeitsgebiet, das vom Säugling bis zum jungen Erwachsenen reicht.

Wie beurteilen Sie die Stellung der Kinderärztinnen und Kinderärzte heute in der Schweiz?

Der Kinderarzt ist heute in der Gesellschaft vor allem Berater und Gesundheitscoach – eine Rolle, die wir Pädiater schon früh einnahmen – was von der Bevölkerung positiv gesehen und geschätzt wird, trotz kontroverser Impfdiskussionen.

Innerhalb der Medizin sieht das etwas anders aus: Obwohl wir die viertgrösste Fachgesellschaft sind, hat die Kindermedizin (inkl. Kinderpsychiatrie und -chirurgie) keinen eigenen Sitz in der Delegiertenversammlung der FMH. Und unter den Ärzten zeigt unser Durchschnittseinkommen, wo wir in der Rangordnung stehen... Die Fallpauschalen der Kinderospitäler sind meist nur heruntergerechnete Erwachsenenpositionen.

Gibt es heute genügend oder zu wenig Kinderärztinnen und Kinderärzte?

Zu wenig

Was tut «pädiatrie schweiz» vor diesem Hintergrund für die Nachwuchsförderung?

Die Ausbildung wird laufend angepasst und attraktiver. Gleichwohl ist es sehr schwierig, die Rahmenbedingungen zu verbessern. Vor allem der bürokratische Aufwand und eine schlechte Entlohnung stehen im Weg.

Und wie sieht es mit der Weiter- und Fortbildung in der Pädiatrie aus?

Bezüglich Weiter- und Fortbildung gab und gibt es immer wieder Veränderungen. Aktuell sind wir bestrebt, die Weiterbildung in der Praxispädiatrie mit der Einführung der Praxisassistenten aufzuwerten und auszubauen. Auch die Fortbildung soll gemäss SIWF umgestaltet werden. Für beide werden wir auch die digitalen Angebote ausbauen und verbessern. Störend sind die immer höheren Auflagen, insbesondere auch beim Nachweis von solchen Bildungstätigkeiten ohne entsprechende Vergütung sowohl in Spital als auch in der Praxis.

Welches sind Ihre aktuellsten verbandspolitischen Themen? Und welches sind die aktuellsten Forderungen an die (Gesundheits-)Politik?

Bis vor kurzem dominierte Covid-19. Nun ist es der Krieg in der Ukraine. Zu den aktuellsten Themen gehören ferner die Digitalisierung in der Praxis und im Spital, die Fort- und Weiterbildung, die Entwicklung eines digitalen Gesundheitsheftes, die Weiterentwicklung der Qualität und die politische Arbeit, damit die Arbeitsbedingungen unserer Mitglieder nicht weiter verschlechtert werden, bzw. damit sie verbessert werden. Auch gehört die Verbesserung der Gesundheit der Schweizer Kinder und Jugendlichen zu unseren Zielen.

«pädiatrie schweiz» und «Kinderärzte Schweiz (KIS)» sind zwei Organisationen, die die Interessen der Kinderärzte vertreten: Wie unterscheiden sie sich?

«pädiatrie schweiz» (früher SGP) ist die offizielle Fachorganisation der Pädiatrie in der Schweiz. Dazu gehören Praxis, Spital und die pädiatrischen Spezialisten und die Verantwortung für die Weiter- und Fortbildung. Der Verband Kinderärzte Schweiz (KIS) vertritt die Interessen der vornehmlich Deutschschweizer Praxispädiater und macht viel für deren Fortbildung.

Und wie ist das Verhältnis der beiden Organisationen – bzw. zwischen Spital- und Praxispädiatern – heute?

Früher war die SGP noch sehr spitallastig und viele praktizierende Pädiater sahen ihre Anliegen zu wenig vertreten. Als Reaktion wurde KIS gegründet. Die SGP reagierte auf die Kritik und versuchte es mit einem 2-Säulenmodell, welches aber nicht funktionierte und wieder verlassen wurde. Es kam zu Veränderungen innerhalb der SGP, die zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit zwischen Praxis und Spital führten, sodass ich als Praxisvertreter im Vorstand immer ernst genommen wurde. Im Vorstand wird auf eine gleichmässige Vertretung geachtet und auch das Präsidium wird, wenn möglich, wechselnd zwischen Praxis und Spital besetzt.

Sie sind seit 2009 zusammen mit den Hausärzten gemeinsam im Berufsverband «Haus- und Kinderärzte Schweiz (MFE)». Wie ist das Verhältnis innerhalb des Verbandes zwischen Haus- und Kinderärzten?

Gut, die Pädiater sind sehr engagiert und stellen mehrere Vorstandsmitglieder und Delegierte bei der MFE. Es gibt viele

gemeinsame standespolitische Interessen. Der grösste Unterschied ist, dass wir auch die Interessen der Spitalpädiater vertreten, ähnlich wie das auch beim grössten Partner von MFE der SGAIM (Allgemeine und innere Medizin) ist.

Wie weit haben Kinderärzte heute die Funktion von Sozialmediziner?

Als Kinderarzt kann man ein Kind oder einen Jugendlichen nicht ohne den Einbezug seines sozialen Umfelds betrachten oder behandeln. Selbstverständlich gibt es spezialisierte Sozialmediziner für schwierige Fälle und vor allem um uns auszubilden und zu unterstützen. Das Gleiche gilt aber auch für andere Spezialgebiete, die wir in unserer täglichen Arbeit integrieren müssen.

In der Gesellschaft und auch in den Medien sind die «Seltenen Krankheiten» von Kindern zunehmend ein Thema. Wie beurteilen Sie das?

Die Diagnose dieser Krankheiten hatte schon immer einen hohen Stellenwert in der Pädiatrie. Gut ist, dass wir diese Krankheiten nun immer öfter auch besser behandeln können!

Wie sehen Sie die Zukunft der Pädiatrie? Wird das Fach medizinisch an Bedeutung gewinnen oder verlieren?

Die Pädiatrie beschäftigt sich mit dem werdenden Menschen und hat dadurch einen enormen Einfluss auf die zukünftige Gesundheit. Man kann in keiner Lebensphase so kosteneffizient Verbesserungen erreichen. Eine Zukunft ohne Pädiatrie ist daher für mich undenkbar.

Und wie sind Sie verbandspolitisch intern auf zukünftige Aufgaben und Anforderungen vorbereitet?

Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, dass

unser Verband durchaus in der Lage ist, rasch auf eine neue Situation zu reagieren. Ausserdem war ich erfreut, wie gut wir in der Politik Gehör fanden und Einfluss nehmen konnten. Dies stimmt mich zuversichtlich.

Sorge bereiten mir die Tendenzen in der Gesundheitspolitik mit immer höherem Verwaltungsaufwand und Verstaatlichungstendenzen, die insgesamt den Arztberuf unattraktiver machen und die medizinische Qualität für den Patienten verschlechtern. Hier arbeitet «pädiatrie schweiz» mit anderen Organisationen zusammen, um Gegensteuer zu geben.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker, lic. phil
Redaktor DEFACTO

Dr. med. Philipp Jenny (55) ist Präsident von «pädiatrie schweiz», Delegierter MFE, Delegierter FMH und Mitglied der Ärztekammer FMH. Er ist Vater von drei erwachsenen Töchtern und wohnt in Altstätten (SG). Er studierte Medizin in Basel, die Ausbildung zum Facharzt Kinder und Jugendheilkunde absolvierte er in Uznach, Bruderholz und Basel. Er hat seit 1998 eine eigene Kinder- und Jugendarztpraxis in Altstätten.

FRAGEN AN DIE KINDERÄRZTE DR. MED. CHRISTIAN DE GARIS, DR. MED. RAOUL SCHMID UND AN DIE KINDERÄRZTIN DR. MED. MICHÈLE SAUTEUR

Warum Kindermedizin der schönste Beruf der Welt ist



Dr. med. Christian de Garis



Dr. med. Michèle Sauteur



Dr. med. Raoul Schmid

DEFACTO: *Warum sind Sie Kinderarzt, bzw. Kinderärztin geworden?*

Dr. med. Christian de Garis (**CDG**): In der Pädiatrie habe ich die Möglichkeit, meine Begabungen und Interessen einzusetzen, was ich sehr bereichernd finde. Kinder sind oft noch so voller Lebensfreude und Begeisterung, was auch für mich sehr motivierend ist. Ausserdem kann man gerade bei Kindern und Jugendlichen bzw. bei jungen Familien mit der Vorsorge entscheidende Akzente setzen und wesentliche Probleme verhindern – nicht nur medizinisch (z. B. mit entsprechenden Impfungen), sondern auch beratend zum gesamten Wohlergehen der Familie beitragen.

Dr. med. Michèle Sauteur (**MS**): Die Kinder haben mich immer schon angesprochen und interessiert. Das Fach der Pädiatrie hat mich schon während des Studiums sehr interessiert und der Wunsch, Kinderärztin zu werden, hat sich dann im Wahlstudienjahr während den zwei Monaten in einer Kinderarztpraxis gefestigt. Ich fand das grosse

Altersspektrum, die Entwicklung und das Internistische immer schon sehr interessant.

Dr. med. Raoul Schmid (**RS**): Als Sohn eines Praxispädiaters bin ich in und mit einer Kinderarztpraxis aufgewachsen. Zu meiner Zeit gab es viel zu wenige Assistenzarztstellen. Dank Beziehungen hatte ich die Chance, in die Pädiatrie einzusteigen.

Was würden Sie einer jungen Ärztin sagen, um bei ihr das Herzblut für die Pädiatrie zu entflammen?

CDG: Ich würde ihr sagen, dass der Beruf des Pädiaters der schönste ist, den es gibt! Oder etwas differenzierter: Ich würde weniger reden als vielmehr zeigen, wie schön der Beruf ist. Aus diesem Grund haben wir auch immer wieder Schülerinnen, Studenten und Ärztinnen in Ausbildung, die ihre Praktika bei uns machen. Man ist dann erfüllt im Beruf, wenn man weiss, dass man am richtigen Ort ist, wo man seine Talente einsetzen kann. Und das merkt man wohl erst dann, wenn man rich-

tig in den Beruf «eintaucht». Wo besser als in der Praxis? Nichtsdestotrotz ist es wichtig, auch ein realistisches Bild der Herausforderungen zu haben. Auch dies erlebt man beim direkten Einblick in den Berufsalltag.

MS: Es ist sehr schön und spannend, so viele gesunde Kinder und Familien während ihrer gesamten Entwicklung zu begleiten. Faszinierend finde ich auch das Verhalten der kranken Kinder, sie haben kein Selbstmitleid, sobald sie wieder ein wenig Energie haben, spielen sie wieder. Zudem ist es auch eine erfüllende Aufgabe, Familien mit kranken Kindern eine Stütze sein zu können und mit Bewunderung zu beobachten, wie die meisten mit der teils unglaublichen Herausforderung umgehen und sie meistern. Und dann ist es auch einfach schön, in einer mehrheitlich fröhlichen Atmosphäre wie einer Kinderarztpraxis mit so vielen Kindern zu arbeiten.

RS: Inhaltlich ist das der schönste Beruf, den es gibt.

Wie werden Pädiater Ihrer persönlichen Meinung nach wertgeschätzt (in der Gesellschaft, im beruflichen Alltag, im Tarmed)?

CDG: Für die meisten Leute ist die Gesundheit eine der grössten Prioritäten im Leben – entsprechend auch für ihre Kinder. Eltern sind in aller Regel sehr dankbar für die Betreuung und Beratung, die sie in einer pädiatrischen Praxis erhalten. Diese Wertschätzung ist aber nicht selbstverständlich. Sie basiert auf einem fachlichen und persönlichen Vertrauensverhältnis. Als Mutter oder Vater muss ich davon ausgehen können, dass ich fachlich kompetent und nach bestem Wissen und Gewissen behandelt und beraten werde. Dieses Vertrauen bröckelt meiner Meinung nach immer mehr. Einerseits durch Phänomene wie die (sozialen) Medien, die «fake-stories» verbreiten, was wir wenig beeinflussen können. Andererseits aber auch wegen des gesellschaftlichen Wandels, der uns glauben macht, wir seien alle emanzipierte und informierte Menschen, die nicht mehr angewiesen sind auf die Meinung von Fachpersonen. Hinzu kommt Fehlverhalten aus unseren eigenen Reihen. Deshalb ist es so wichtig, dass wir hohe Standards haben im Hinblick auf evidenzbasierte «good medical practice» sowie ethische Prinzipien. Der Tendenz, immer mehr unwissenschaftliche Alternativen in unsere Arbeit zu integrieren, stehe ich daher sehr kritisch gegenüber. Wir tragen dadurch wesentlich dazu bei, unsere Glaubwürdigkeit zu verlieren.

Auch gesamtgesellschaftlich nimmt die Wertschätzung ab. Dies zeigt sich an den zunehmenden Beschneidungen unserer Autonomie und Kompe-

tenzen. Nebst Studium, Spezialisierung und Fachprüfungen sollen immer mehr Labels, «Qualitätszertifikate» und Anforderungen an Digitalisierung unsere Zeit und Energie verschlingen – unglücklicherweise tatkräftig unterstützt durch unsere Standesorganisationen. Das zunehmende Aussterben der klassischen Arztpraxis hängt wesentlich damit zusammen. Hinzu kommt ein Tarifsystem, das von Anfang an ein Fehlkonstrukt war, das längstens hätte ersetzt werden sollen und stattdessen immer wieder geflickt und reanimiert wird (Tardoc). Das Kostenneutralitätsprinzip sorgt dafür, dass sich daran nichts ändert – wohlgermerkt bei ständig steigenden Kosten. Wen wundert es da, dass Hausarztpraxen keine Nachfolger finden? Jeder Unternehmer würde sich unter solchen Umständen für dumm verkauft vorkommen. Mittels Numerus clausus wird abgesehen davon für künstliche Knappheit gesorgt. Angesichts dieses Mangels wird die ärztliche Tätigkeit subsidiär verteilt – an Apotheker, paramedizinische Berufe etc. Probleme verschieben statt lösen! Und hier wären unsere Standesorganisationen gefragt! Ich persönlich wünschte mir, dass diese viel mehr mit Rückgrat und Pioniergeist die Ärzteschaft vertreten würden statt mit falscher Bescheidenheit politische korrekte Konsensusversuche zu unterstützen! Wir sehen ja einmal mehr bei der jüngsten Ablehnung des Tardoc durch den Bundesrat, dass wir nicht ernst genommen werden!

MS: Ich denke, dass auf gesellschaftlicher Ebene die Pädiater gut wertgeschätzt werden. Auch im beruflichen Alltag erfahre ich von den mit mir

befreundeten Ärzten ebenfalls Anerkennung und Diskussionen auf Augenhöhe, wobei jene Kollegen, welche bereits selbst Kinder haben, sich unsere Arbeit manchmal als sehr belastend vorstellen. Was die gesamte Ärzteschaft betrifft, könnte es aber schon sein, dass wir Pädiater eher etwas belächelt werden... nicht zuletzt auch deswegen, weil wir alle so «nett» zueinander sind. Dazu gehört auch, dass der Umgangston in der Pädiatrie ein anderer ist, was für mich definitiv ein Pluspunkt ist. Im Tarmed fühle ich mich hingegen abgewertet, insbesondere weil wir im psychosomatischen Bereich schlecht abrechnen können. Da braucht es auch etwas Idealismus. Wir machen sehr viel Beratung.

RS: Von unseren Patienten werden wir sehr geschätzt, v.a. wenn wir uns über das Minimum hinaus engagieren und für sie da sind. Diese positive Wertschätzung spiegelt uns auch die Gesellschaft. Ganz anders ist der Tarif (Tarmed), wo Zeit, Zuwendung und Beratung die am wenigsten honorierten Leistungen sind. Hier bleibt eine im Vergleich unberechtigt geringe finanzielle Honorierung in Stein gemeisselt. Dieses System der Fehlanreize ist stossend und meines Erachtens für die Zukunft der Grundversorgung fatal.

Wie beurteilen Sie die (politische) Stellung der Kinderärztinnen und Kinderärzte heute innerhalb der Ärzteschaft? Können sie ihre Interessen durchsetzen?

CDG: Als Praxispädiater arbeiten wir gleichzeitig als Spezialisten und als Grundversorger. Dabei denke ich, dass sich die meisten eher als Letzteres sehen, was sich auch in unserer Position innerhalb der ärztlichen Lohnskala



widerspiegelt. In den Standesorganisationen sind Pädiaterinnen und Pädiater gut vertreten und entsprechend auch politisch aktiv. Die Möglichkeiten sind jedenfalls vorhanden. Wie immer hängt es aber vom persönlichen Engagement ab, wie viel dabei herauskommt.

MS: Da bin ich ehrlich gesagt persönlich noch zu wenig politisch aktiv. Vermutlich auch deswegen, weil ich noch nicht so lange in der Praxis arbeite und keine «Geschäftsfrau» bin.

RS: Die Fraktion der vereinigten Grundversorger hat schon einiges erreicht. Allein sind wir Kinderärztinnen und Kinderärzte eine zu kleine Gruppe, wohl zu harmoniebedürftig und zudem stark aufgespalten. Die Positionen von Klinik und Praxis, deutscher und lateinischer Schweiz klaffen zu weit auseinander.

Welches sind Ihre aktuellsten standespolitischen Themen und Anliegen?

CDG: Die meisten standespolitischen Baustellen betreffen tarifarische Probleme. Meiner Meinung nach müsste dringend ein Systemwechsel erfolgen,

bei welchem sich die Ärzteschaft (auch tarifarisch) von der systematischen Bevormundung durch Politik und Krankenkassen löst. Damit würden die allermeisten anderen Probleme stark vereinfacht, insbesondere die Rekrutierung von Nachfolgern. Hierfür scheinen aber selbst innerhalb der Ärzteschaft die Vision und der Wille zu fehlen.

MS: Vermutlich könnten sich die Pädiater wie die gesamte Ärzteschaft politisch noch etwas mehr einbringen. Zudem frage ich mich ständig, wie man mehr in die Prävention bzw. Edukation der Eltern investieren könnte? Denn die meisten Notfallkonsultationen könnten mindestens bis zum nächsten Tag warten.

RS: Nebst der angesprochenen Benachteiligung im Abrechnungstarif sehe ich das grösste Problem in der fachärztlichen Ausbildung und der zunehmenden Spezialisierung der Pädiatrie. Assistenzärzte lernen nicht mehr, Entscheidungen zu treffen und Verantwortung zu übernehmen. Angehende Praxispädiaterinnen sind so kaum auf ihre berufliche Tätigkeit vorbereitet,

weil sich die Vorgehensweisen in Kinderkliniken komplett vom Praxisalltag unterscheiden. Es ist, als würden Bauern ihre Ausbildung in Zoos erhalten – die Fähigkeit, einem Krokodil die Klauen zu schneiden, hilft im Hühnerstall wenig. Wen wundert's, dass unter diesen Voraussetzungen ein hustendes Kind niederschwellig direkt der pneumologischen Poliklinik zugewiesen wird und ein Kind mit Bauchweh der Gastroenterologie? Ein weiterer Punkt ist der MPA-Mangel – da drückt der Schuh ziemlich.

Wie beurteilen Sie das Verhältnis der Pädiater heute zu den Hausärzten, mit denen Sie seit 2009 zusammen im Berufsverband «Haus- und Kinderärzte Schweiz (MFE)» sind? Sind die Interessen der Kinderärzte mit denjenigen der Hausärzte deckungsgleich?

CDG: Grundsätzlich macht ein Zusammenschluss unter einer Dachorganisation Sinn, da sich unsere Interessen in weiten Teilen überschneiden. Da gäbe es viel Potenzial. Allerdings ist auch hier die Zusammenarbeit abhängig vom Engagement einzelner Personen.

Im Kanton Aargau gestaltete sich der Zusammenschluss von Haus- und Kinderärzten schwierig. Die Pädiater waren dabei überproportional vertreten. In anderen Kantonen scheint dies besser zu funktionieren. Ich persönlich würde mich aus oben erwähnten Gründen in einer MFE besser vertreten fühlen, die den geschlossenen Austritt aller Mitglieder aus den Tarifverträgen vorbereitet und ein grundsätzlich neues Tarifsyste erarbeitet, welches die Ausbildung, Verantwortung und Bedeutung unseres Berufs realistischer widerspiegelt, unabhängig von der Willkür von Politik und Krankenkassen.

RS: Die gemeinsame Stossrichtung stimmt und nur zusammen haben wir die Chance, eine hochwertige medizinische Grundversorgung zu retten. Und das ist dringend, wenn wir die politischen Entwicklungen in Richtung staatlich kontrollierter medizinischer Grundversorgung betrachten. In meiner Wahrnehmung sind wir Kinderärzte und Kinderärztinnen bei MFE recht gut eingebettet.

Wie sehen Sie die Zukunft der Pädiatrie – vor allem im Hinblick auf die Nachwuchssituation?

CDG: Grundsätzlich bin ich zuversichtlich, denn kranke Kinder wird es immer geben und unser Beruf ist befriedigend und schön. Ich bin mir aber auch sehr bewusst, dass die Motivation, diesen zu wählen, sinken wird, wenn die Rahmenbedingungen nicht stimmen und insbesondere, wenn die berufliche Autonomie nicht erhalten bleibt. Ich hoffe sehr, dass sich unsere Verbände dafür einsetzen!

MS: Da insbesondere immer mehr Frauen in unseren Beruf nachrücken, muss die Karriereplanung inkl. Weiterbildung flexibler strukturiert werden. Ich denke da an neue Praxismodelle und auch daran, dass man nicht mehr nur «seinen eigenen Pädiater» hat, welcher praktisch rund um die Uhr verfügbar ist. Auch in den Spitälern braucht es noch mehr Teilzeitmodelle.

RS: Die Entwicklung der Pädiatrie an Kliniken wird weiter in die Tiefe vorangetrieben. Damit meine ich die zunehmende Aufsplitterung in Spezialitäten und Subspezialitäten. Die berufliche Fokussierung auf immer komplexer werdende Themen behindert die Ausbildung ganz allgemein, spezifisch aber diejenige angehender Praxispädiaterinnen. Assistenzärzte werden kaum noch in Entscheidungsprozesse eingebunden, während in der Praxis andauernd Entscheide gefällt werden müssen. Die Breite, die Auseinandersetzung mit dem Häufigen, Banalen, Normalen in seinem ganzen Spektrum wird sträflich vernachlässigt. Dabei brauchen wir dringend mutige, versierte pädiatrische Grundversorgerinnen mit der Bereitschaft, Verantwortung im medizinischen und unternehmerischen Bereich zu übernehmen.

Sind Sie persönlich mit Ihrer Berufssituation und Ihrer Work-Life-Balance zufrieden?

CDG: Als Praxispädiater habe ich den grossen Vorteil, mein Arbeitspensum steuern zu können. Aktuell scheint das recht gut zu gelingen. Die Arbeitssituation hat sich aber in den letzten Jahren verschlechtert. Immer neue Einschränkungen, Anforderungen und vermeintlich qualitätssteigernde Auflagen haben bereits zum Abbau unseres Leistungsspektrums geführt und in Zukunft sieht es nicht besser aus. Ich mache mir darüber Sorgen, besonders was den Nachwuchs betrifft!

MS: Ja sehr, ich arbeite tiefprozentig und bin Mutter von zwei Kindern. Dies ist möglich durch meine Praxiskollegen, welche sich auch auf unkonventionelle Modelle einlassen.

RS: Ich bin in einem Alter, wo ich eine Nachfolgeregelung resp. Praxisübernahme konkret planen muss. Der Moment ist leider etwas ungünstig für diese Frage...

Die Fragen stellten Dr. med. Corina Omlin und Dr. med. Gregor Dufner

Die InterviewpartnerInnen

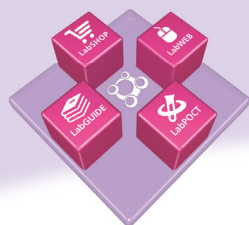
Dr. med. Raoul Schmid, geb. 1962, Prof. h.c. (National Center for Maternal and Child Health, Ulaanbaatar, Mongolei) hat als Facharzt Pädiatrie 1996 die Kinderarztpraxis seines Vaters übernommen und schrittweise zu einer pädiatrischen Gruppenpraxis erweitert, in welcher fünf Pädiaterinnen und eine Kinderchirurgin eng zusammenarbeiten. Er ist Mitgründer eines humanitären Hilfsprojektes (www.sipp.swiss), in dem er Ärztinnen und Ärzten in der Mongolei und Tajikistans unterstützt.

Dr. med. Christian de Garis ist seit 14 Jahren Praxispädiater in Zofingen sowie Konsiliararzt an einer nahe gelegenen Privatklinik. Er ist verheiratet mit Dr. Pia de Garis-Werfeli, mit welcher er Praxis- und Familienarbeit teilt. Ausserdem ist er im Vorstand der Kinderärzte Aargau tätig.

Dr. med. Michèle Sauteur ist Fachärztin Kinder- und Jugendmedizin (Ausbildung an den Kinderspitälern Zürich und Luzern) und seit 2017 in der Baarer Kinderarztpraxis in Teilzeitarbeit tätig. Sie ist verheiratet und Mutter von zwei Kindern.

LabPOCT

Die Verbindung Ihrer Laborautomaten für die umfassende Verwaltung Ihrer Laboranalysen



LabPOCT



Entscheiden Sie sich für e-medisupport, Ihre Online-Lösung

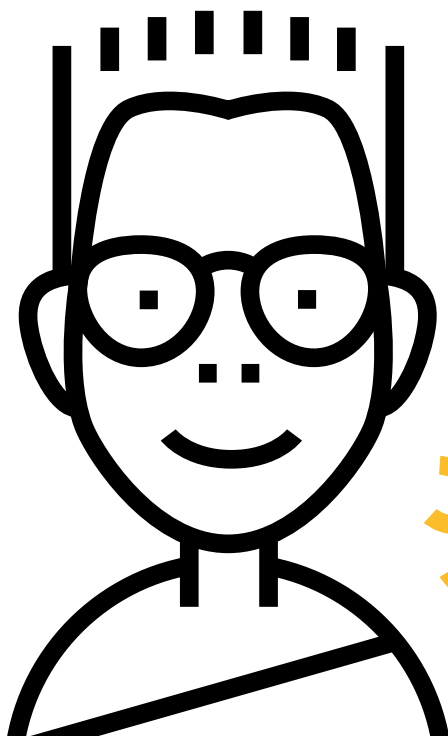
POCT_DS@medisupport.ch



Schweizer Netzwerk regionaler Laboratorien

medisupport.ch

Ausgabe 02/2021 - Fotos: iStock



Was kribbelt denn da?



4221

Fragen Sie nach Mepha-Generika

Checklisten für die Vorsorgeuntersuchungen nach den Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie

Wir haben aus der Optik der schulärztlichen Untersuchungen mit 6 und 14 Jahren zwei spannende Alterskategorien aus der umfangreichen Checkliste für Sie ausgewählt. Alle weiteren finden Sie online unter:

<https://www.paediatricschweiz.ch/unterlagen/checklisten/>

6 J

Datum: Alter:

Gewicht: P BD:

Länge: P BMI:

Kopfumf.: P

Tanner: Pubes P: Brustentwicklung

Testes ml: B:

Name des Kindes:

Geburtsdatum:

Adresse Eltern:



Checklisten
Vorsorgeuntersuchungen
ssp sgp
© 2011 Swiss Society of Paediatrics

normal/ja auffällig/nein nicht untersucht/erfr. **Bemerkungen / Massnahmen**

Anamnese

- Zwischenanamnese
- Ernährung
- Sauberkeitsentwicklung
- Allergien
- Familiäres Umfeld / ausserfamiliäre Betreuung
- Rückmeldung Kindergarten
- Risikofaktoren Misshandlung (z.B. Mobbing, häusliche Gewalt, Umgang mit / Benennung Geschlechtsteile)

Entwicklung - Motorik

- Fährt Zweirad
- Kleidet sich ohne Anleitung an
- Feinmotorik / Koordination / Praxie / Zeichnen
- Sequentielle Fingerbewegungen / Steckbrett
- Spezielle Förderung / Behandlung / Therapien

- Kommunikation, Sprache

- Spricht grammatikalisch korrekt
- Macht korrekte Haupt- und Nebensätze
- Alle Laute bis auf 's/sch'
- Grosser Wortschatz
- Kann Funktionen (Uhr, Radio) erklären
- Mengenbegriff und -konstanz
- Erfasst Handlungsablauf in Bildergeschichte
- Phonologisches Bewusstsein (Lesefit)

- Sozio-emotional

- Selbstregulation
- Ist 'trocken' Tag und Nacht
- Besucht den Kindergarten
- Spielt mit andern Kindern
- Kann sich auf ein Spiel konzentrieren
- Befolgt Spielregeln

Familie Freizeit Freunde

- Familiensituation (getrennt / geschieden / Patchwork)
- Beziehung zu Eltern unproblematisch
- Ist in der Regel tagsüber nicht allein / Fremdbetreuung
- Keine Überbehütung / Laissez-faire / Verwahrlosung
- Taschengeld
- Mindestens ein(e) gute(r) Freund(in)
- Keine Tendenz zu Rückzug oder Isolation

Untersuchung

- Haut / Nägel / Haare
- Mund / Mundhöhle / Zähne
- Augen / Visus
- Ohren / Gehör / Audiometrie (Tympanometrie)
- Herz / Kreislauf / Blutdruck / Atmung
- Abdomen / Genitale
- BA: Rotationsfehler / Beinachsen / Beinlänge / Füsse
- Rücken (Skoliose)

Prävention

- Unfallverhütung (Strassenverkehr, Velo, Schulweg)

Risikofaktoren, antizipatorische Beratung

- Autonomie
- Hierarchie (wer bestimmt in der Familie?)
- Erziehungsstil (Regeln, Konsequenz, Fit / Misfit)
- Beispielverhalten Eltern und Familie
- Ernährung / Junk Food
- Rauchfreie Umgebung
- Medienumgang (TV, Radio, Dauerimmission)
- Bewegung in freier Natur fördern
- Schulbereitschaft
- Mobbing

> Impfungen

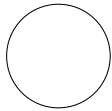
6 J

Gesellfiguren
Formen welche das Kind
in angegebenem Alter
reproduzieren können sollte

Name des Kindes:
Geburtsdatum:
Adresse Eltern:



3 J **Bemerkungen / Massnahmen**



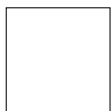
.....
.....
.....
.....

4 J



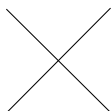
.....
.....
.....
.....

4 1/2 J



.....
.....
.....
.....

5 J



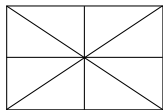
.....
.....
.....
.....

5 1/2 J



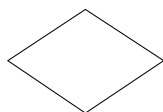
.....
.....
.....
.....

6 J



.....
.....
.....
.....

7 J



.....
.....
.....
.....

Strichmännchen zeichnen (auf seperatem Blatt)

.....
.....

14 J

Datum: Alter:
 Gewicht: P BD:
 Länge: P BMI:
 Kopfumf.: P
 Tanner: Pubes P: Brustentwicklung
 Testes ml: Menarche: B:.....

Name des Kindes:
 Geburtsdatum:
 Adresse Eltern:



normal/ja auffällig/nein nicht untersucht/erfr. **Bemerkungen / Massnahmen**

Anamnese

- Zwischenanamnese
- Allergien
- Hautprobleme
- Leistungsfähigkeit, Atemnot, Anstrengungsasthma
- Ernährung (Zusammensetzung / Störungen)
- Schlafstörungen
- Funktionelle Beschwerden (Kopf- / Bauch- / Gelenk- / Rückenschmerzen / Orthostase)
- Harn- / Stuhlfrequenz / Verstopfung
- Rückmeldungen Schule
- Gemütsschwankungen
- Spezielle Förderung / Behandlung / Therapien
- Berufstätigkeit / Abwesenheiten der Bezugspersonen
- HEADSS

Körperbild Sexualität

- Ist mit eigenem Körper zufrieden
- Sexualentwicklung / Hetero- / Homosexualität ansprechen / Partner / GV
- Menstruation (Dysmenorrhö / Blutungsunregelmässigkeiten)
- Verhütung / Pille danach
- Über HIV / Geschlechtskrankheiten orientiert
- Genügende Kalziumeinnahme
- Raucht / Trinkt nicht
- Kein Drogenkonsum
- Keine Hinweise für Anorexie / Bulimie

Schule Soziales Autonomie

- Geht gerne zur Schule / in die Lehre
- Gutes Verhältnis mit den Lehrerinnen/Lehrern
- Schulleistungen zufriedenstellend
- Realistische Berufspläne / Berufswunsch
- Keine Probleme Schulweg / Pause / Mobbing
- Kann sich wehren / vor Gewalt schützen / Gruppendruck entziehen
- Keine kulturelle Entwurzelung / Integrationsprobleme / Bandenbildung
- Keine versteckte Depression / Suizidalität
- Keine Mediensucht
- Gesundes Selbstbewusstsein

Familie Freizeit Freunde

- Familiensituation (getrennt / geschieden / Patchwork)
- Beziehung zu Eltern unproblematisch
- Fremdbetreuung
- Keine Überbehütung / Laissez-faire / Verwahrlosung
- Taschengeld
- Mindestens ein(e) gute(r) Freund(in)
- Eltern akzeptieren Freund / Freundin
- Peer-Gruppe / Integration
- Keine Tendenz zu Rückzug oder Isolation
- Weitere Bezugspersonen
- Sportclub / Jugendriege / Gruppenaktivitäten / etc.

.....

> **Impfungen**



Dr. med. Ulrike Brennan

«Eine Investition in das Hausarztmodell bei Kindern ist eine Investition in die Zukunft»

Das Kinderarztthaus mit seinen sieben Praxen im Raum Aargau, Zürich und St. Gallen begründet seit 2022 ein eigenes, der Argomed Ärzte AG angeschlossenes, Ärztenetz. Dr. med. Ulrike Brennan ist die operative Leiterin der Kinderarztthaus AG und praktizierende Pädiaterin. Nachfolgend einige Fragen an sie.

Was ist das Kinderarztthaus und was zeichnet diese Organisation aus?

Kinderarztthaus ist eine bedeutende Institution der Praxispädiatrie. Wir bieten in Aarau, Baden, St. Gallen, Uster, Wettingen und Zürich das ganze Spektrum an pädiatrischer Versorgung an. Ein Grossteil unserer Kinder- und Jugendärzte verfügt darüber hinaus über Spezialisierungen oder Interessenschwerpunkte wie Pneumologie, Allergologie, Endokrinologie, Kardiologie, Neonatologie, Neuropädiatrie und delegierter Psychotherapie. Die Abläufe und Prozesse sind darauf ausgerichtet, dass jeder Patient wenn immer möglich von seiner Stammkinderärztin betreut wird. Unsere Kinder- und Jugendärzte arbeiten angestellt und vertreten sich gegenseitig. Die Häuser von Kinderarztthaus sind in der Regel an 365 Tagen im Jahr geöffnet.

Wie ist das Kinderarztthaus organisiert? Gibt es einheitliche Standards oder arbeiten die einzelnen Praxen autonom?

Alle Praxen von Kinderarztthaus arbeiten mit einheitlichen Strukturen wie insbesondere der gleichen Praxissoftware, den gleichen modernen Geräten und einheitlichen Wegen für die Patienten – von der Terminvergabe über den Empfang bis zur Verabschiedung. Das

Qualitätsmanagementsystem ist geregelt in internen, von der Geschäftsleitung freigegebenen Handbüchern, die für die gesamte Unternehmung und alle Standorte gleichermassen gelten. Sie beinhalten sämtliche relevanten Themen, Abläufe und Prozesse zur Praxisorganisation wie unter anderem zu Notfallmanagement, Hygiene und Praxisapotheke.

Warum haben Sie ein Kinderarzt-Ärztenetz gegründet und sich nicht einem bestehenden Netz angeschlossen?

Mit 30 Kinderärzten verteilt auf sieben Praxen ist unsere Unternehmung sehr gross und hat aufgrund der rein pädiatrischen Ausrichtung besondere Bedürfnisse, die in bereits bestehenden Netzen mit meist hausärztlichem Schwerpunkt nicht so gut abbildbar waren. Zusätzlich ist Kinderarztthaus überregional tätig in drei verschiedenen Kantonen, was etwas Besonderes ist. So war die Gründung eines neuen Kinderarzt-Ärztenetzes die logische Konsequenz.

Welche Bedürfnisse hat ein reines Pädiater-Ärztenetz im Vergleich zu einem Ärztenetz mit Hausärztinnen und Hausärzten?

Die grundlegenden Bedürfnisse sind ähnlich, aber doch in einigen Aspekten

auch sehr verschieden. Ein wichtiger Unterschied ist, dass in der Pädiatrie ein grosser Schwerpunkt der Arbeit auf Vorsorge und Präventivmedizin liegt. Wir behandeln so durchschnittlich mehr gesunde Patienten und deutlich weniger multimorbide Patienten – das Spektrum unterscheidet sich also stark. Ein grosses Thema ist hier die Entwicklung von Kindern – alle Erkrankungen oder Abweichungen von der normalen Entwicklung sind unter dem Aspekt zu sehen und auch durch Therapien zu beeinflussen. Ein wichtiger Aspekt in der Pädiatrie ist auch, dass die Kommunikation häufig nicht direkt mit den Patienten, sondern über die Eltern läuft, was massgebend für diese ist.

Wie funktioniert koordinierte Versorgung bei Kindern? Warum macht das Hausarztmodell auch für ein Kind Sinn?

Auch Kinder können sehr von einer koordinierten Versorgung profitieren. Das Zusammenlaufen der Fäden in einer Hand führt zu einer besseren Medizin für das Kind. Wie im Erwachsenenalter können einerseits unnötige Untersuchungen vermieden werden – was für das Kind unter Umständen auch weniger Schmerz und Beeinträchtigung bedeutet. Andererseits werden wichtige Untersuchungen nicht verpasst, da der Kinderarzt das Kind in seiner Entwicklung eng begleitet und so Abweichungen früh erkannt werden können. Auch der Kostenaspekt ist dabei ein wichtiger Punkt. Zusätzlich bedeutet ein früher Zugang zu einer koordinierten Versorgung auch eine Gesundheits-erziehung – von Anfang an führt das zu einer Bindung an einen festen Stamm-arzt und zu einem wertvollen ersten Kontakt mit dem Hausarztmodell.

Gewisse Versicherungspartner sind Feuer und Flamme für MC-Verträge mit Pädiaternetzen. Andere nicht. Was sagen Sie jenen Krankenversicherern, welche den Nutzen eines Hausarztmodells für Kinder nicht sehen?

Eine Investition in das Hausarztmodell bei Kindern ist eine Investition in die Zukunft. Es ist kurzfristig gedacht,

den Erfolg einer Zusammenarbeit nur an ganz unmittelbaren Kosteneinsparungen zu messen. Ein frühes Kennenlernen einer koordinierten Versorgung führt sicher langfristig zu einer besseren Bindung der Patienten an das Hausarztmodell und verspricht damit auch langfristige Kostensenkungen.

Wie sieht die Auslastung aus? Sind der Ärztemangel und übervolle Praxen bei Ihnen auch bereits Realität?

Gerade seit Sommer 2021 sind die Zahlen an behandelten Patienten auch bei uns deutlich gestiegen. Vor allem die Nachfrage nach Notfallkonsultationen bei Infekten und anderen akuten Erkrankungen nahm stark zu. Zusätzlich erhalten wir viele Anfragen von Eltern, deren Kinderarzt z.B. aus Altersgründen und ohne Nachfolgelösung die Praxis schliessen musste.

Das stellt unsere Praxen vor die tägliche Herausforderung, den Anfall an Terminanfragen zu bewältigen. Darüber hinaus sind Kinderärzte Mangelware und die Zulassungsbedingungen von qualifizierten Kräften aus dem Ausland sind seit 1.1.2022 noch zusätzlich erschwert worden, was für die Versorgung der kleinen Patienten ein sehr negativer Aspekt ist.

Wenn ja, ist mit Massnahmen bezüglich Versorgung und Zugang zu rechnen? Beispielsweise nur noch neue Patienten im Hausarztmodell?

Aktuell gelingt es uns noch, den Anfall an Anfragen zu bewältigen, wir nehmen in allen unseren Praxen noch Neupatienten auf und behandeln Patienten bei Notfällen auch in Vertretung für andere Kinderärzte. Sollte sich die Lage jedoch weiter zuspitzen, müssten wir sicher über Massnahmen nachdenken.

Die Fragen stellten Martina Gottburg und Marco Plüss, Argomed Ärzte AG

Dr. med. Ulrike Brennan (46) hat rund 20 Jahre Erfahrung als Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in den Bereichen Allgemeinpädiatrie, Neonatologie, Notfall und Neuropädiatrie. Sie ist seit sechs Jahren bei Kinderarztthaus AG tätig. Im 2018 wurde sie Standortleiterin in Zürich Stadelhofen und kurze Zeit später auch in Aarau. Seit 2019 amtet sie als Chief Operating Officer der gesamten Firma.



Dr. med. Raphael Widmann

Kindermedizin in Ärztenetzen? Aber sicher!

Dr. med. Raphael Widmann, Präsident HAV Fricktal, und Dr. med. Jacques Stäger, Präsident zu:care, sitzen gemeinsam am virtuellen runden Tisch der Argomed Ärzte AG und stellen sich einer Fragerunde.



Dr. med. Jacques Stäger

Jacques, vor vier Jahren habt ihr bei zu:care zwölf Kinderärztinnen und Kinderärzte im Netz aufgenommen. Was waren eure Beweggründe und welche Erfahrungen habt ihr gemacht?

Jacques Stäger (**JS**): Die KinderärztInnen sind wie wir HausärztInnen Grundversorger. Wir alle sind bestrebt, eine optimale Versorgung unserer PatientInnen zu leisten und dazu unsere Arbeitsweise, Qualifikation und Nachbehandlung zu erhalten und zu verbessern. Viele Eltern von Kindern in Behandlung von KinderärztInnen sind schon in einem Managed-Care-Programm und wünschen auch ein solches für ihre Kinder. Schon kurz nach der Aufnahme hatten die KinderärztInnen ähnlich viele Managed-Care-Patienten wie die Hausärzte. Die zu:care sieht in der Aufnahme von KinderärztInnen nur Synergien und die KinderärztInnen werden nun entschädigt für die Managed-Care-Arbeit, die sie vorher schon geleistet haben.

Raphael, bei dir ist es anders, du bist als Pädiater Präsident eines Hausärztnetzes? Wie kam es dazu?

Raphael Widmann (**RW**): Im Ärztenetz HAV Fricktal war es schon immer so, dass Pädiater beteiligt sind. Sogar bei der Gründung war ein Kinderarzt dabei, insofern war es keine Grundsatzfrage. Bei der Vorstandsarbeit im Verein hat es nie eine Rolle gespielt, dass ich Kinderarzt bin.

Frage an beide: Wie profitieren Hausärzte- und Kinderärzte voneinander?

JS: Es ist eine Ergänzung von Managed Care aus Sicht der Erwachsenen. Die gegenseitige Überweisung von Kindern und Jugendlichen hat sich ebenfalls verbessert.

RW: Es findet eine Vernetzung statt. Nicht sehr oft, aber sie ist spürbar. Die Qualitätszirkel sind getrennt, weil die Themenbereiche sehr unterschiedlich sind. Das Zuweisermanagement ist dank der Vernetzung viel einfacher. Werden die Kinder volljährig, so können sie einfacher an einen Hausarzt Kollegen weitergegeben werden. In der Vorstandsarbeit ist spürbar, dass die Themen ähnlich sind (Nachfolge, Aufnahmestopp etc.). Auch bei einigen politischen Aktionen (Schliessung Spital Laufenburg) traten wir geschlossen auf. Es ist ein schöner Zusammenhalt spürbar.

Was fehlt bezüglich Zusammenarbeit zwischen Haus- und Kinderärzten?

JS: Ein Grossteil der KinderärztInnen sind nun der zu:care angeschlossen. Die Zusammenarbeit ist bestens, wobei es wenig Schnittstellen gibt.

RW: Man muss Acht geben, dass man im Gespräch bleibt. Persönliche Kontakte sind enorm wichtig und genau diese Vorteile bringen solche Netzwerke. Man muss die eigenen Grenzen kennen und sich dann bei der Gegenpartei Hilfe holen.

Gibt es Unterschiede in der koordinierten Versorgung zwischen euch beiden?

JS: Aus der Sicht der HausärztInnen nicht.

RW: Ein grosser Unterschied sind chronisch kranke Patienten, denn diese machen einen Grossteil der hausärztlichen Praxis aus. Pädiatrische Diabetespatienten werden in der Regel vom Spezialzentrum behandelt. Dies ist ein grosser Unterschied. In der Pädiatrie sind die meisten Patienten gesund.

Braucht es in einem Netz einen eigenen Pädiater-QZ oder ist es sinnvoller, wenn die QZ gemischt (Pädiatrie und Allgemeinmedizin) sind?

RW: Bei den fachlichen Fragen geht es ziemlich auseinander. So macht eine Trennung bei Fortbildungen Sinn. Wir haben beim HAV Fricktal keine gemeinsamen QZ. Wir treffen uns bei anderer Gelegenheit beispielsweise an Mitgliederversammlungen oder Vorstandssitzungen.

Wie unterscheiden sich der Patientenkontakt und die Patientenbedürfnisse in euren Praxen?

JS: Die KinderärztInnen betreuen deutlich mehr handlungsunfähige Patienten (Säuglinge und Kleinkinder) als wir Hausärztinnen und Hausärzte (z. B. Demente). Die Bedürfnisse der Patienten (Schmerzen, Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen) sind jedoch sehr ähnlich.

RW: Die Angehörigen sind in der Pädiatrie noch näher dran. Die Angehörigenarbeit-/Betreuung ist ein grosses Thema in der Kinderarztpraxis. Die Ansprüche stellen häufig die Eltern und nicht die Kinder.

Jacques, was empfiehlst du anderen Ärztenetzen bezüglich Kinderärzten?

JS: Uneingeschränkte Aufnahme von KinderärztInnen, was in unseren Statuten seit der Gründung 2007 als Qualifikation zur Aufnahme als Mitglied steht.

Raphael, was empfiehlst du anderen Kinderärzten bezüglich Beitritt in ein Ärztenetz?

RW: Auf jeden Fall beitreten. Die Arbeit machen wir so oder so. Jeder gewissenhafte Grundversorger arbeitet nach Managed Care. Von daher auf jeden Fall einem Ärztenetz beitreten, von der Vernetzung profitieren und dadurch Entschädigungen erhalten.

Die Fragen stellten Marco Plüss und Martina Gottburg, Argomed Ärzte AG

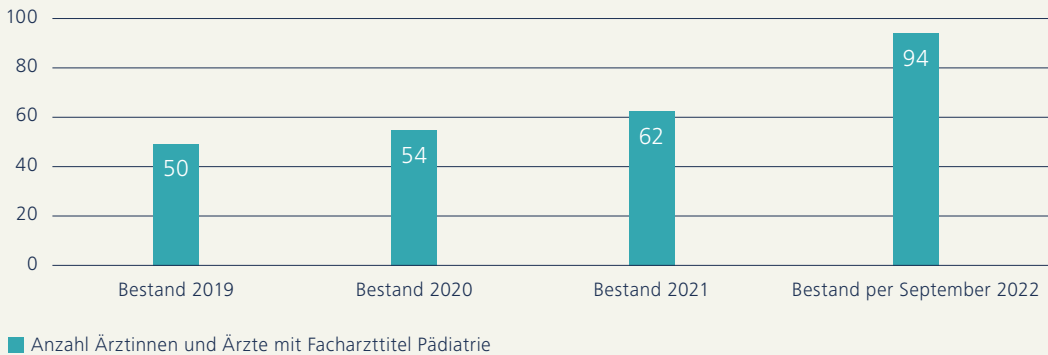
Dr. med. Raphael Widmann (48) ist Pädiater und Neonatologe mit eigener Praxis in Rheinfelden und Präsident des Ärztenetzes Hausärzteverein Fricktal.

Dr. med. Jacques Stäger (67) ist Facharzt FMH für Allgemeinmedizin in eigener Praxis in Unterägeri und Präsident des Ärztenetzes zu:care.

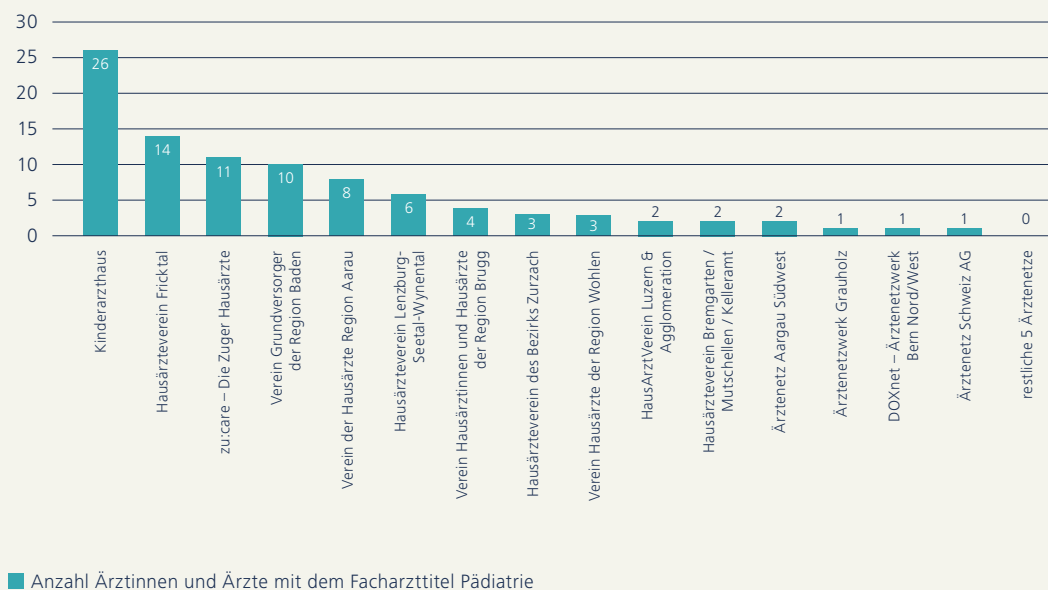
Kinderärztinnen und Kinderärzte im Einzugsgebiet der Argomed Ärzte AG

Kinderärztinnen und Kinderärzte sind auch im Einzugsgebiet der Argomed Ärzte AG keine Seltenheit. Insgesamt 94 Ärztinnen und Ärzte mit dem Facharzttitel Pädiatrie sind in den Ärztenetzen der Argomed Ärzte AG tätig und betreuen täglich die Jüngsten unter uns. In den letzten vier Jahren hat sich der Bestand fast verdoppelt. Heute zählen wir knapp 100 Kinderärztinnen und Kinderärzte, verteilt auf 19 Ärztenetze.

Anzahl Kinderärztinnen und Kinderärzte seit 2019 bis heute in den Ärztenetzen der Argomed Ärzte AG



Anzahl Kinderärztinnen und Kinderärzte pro Ärztenetz der Argomed Ärzte AG



Martina Gottburg
 Argomed Ärzte AG
 Kommunikation & Marketing

Digitale KMSK Wissensplattform seltene Krankheiten – auch für Haus- und Kinderarztpraxen hilfreich

Die www.wissensplattform.kmsk.ch ermöglicht einen schnellen und kostenlosen Zugang zu Wissen (ohne medizinische Diagnosen) und wichtigen Anlaufstellen zum Thema Seltene Krankheiten.

Fachpersonen stossen bei Seltene Krankheiten häufig an ihre Grenzen. Sie wissen oft nicht, wo betroffene Familien Wissen auf ihrem neuen Lebensweg abrufen können. Zugleich sehen sie sich mit verzweifelten Eltern konfrontiert. Mit der digitalen KMSK Wissensplattform haben sie ein Instrument zur Hand, welches ihnen selbst als Nachschlagewerk dient und sie betroffenen Familien weiterempfehlen können. Die Wissensplattform ist in 14 unterschiedliche Kategorien gegliedert und liefert wertvolle Informationen zu unterschiedlichen Themen wie beispielsweise emotionale Belastungen und Bewältigung, finanzielle Unterstützungsmöglichkeiten bis hin zu Palliative Care.

www.wissensplattform.kmsk.ch



Aus Werten wird Wissen.

INTERVIEW MIT JAN ZAHNER

«Ich mag die weissen Arztkittel nicht.»



Jan Zahner

Was magst du an Ärzten?

Ich mag an Ärzten, dass sie einem helfen wollen, wieder gesund zu werden.

Was nicht?

Ich mag es nicht, wenn die Ärzte etwas vorschreiben oder sagen, was gar nicht stimmt. Ich mag es nicht, wenn man mir nicht die Wahrheit sagt. Ich mag die weissen Arztkittel nicht.

Was würdest du gerne ändern?

Ich würde mir wünschen, dass die Ärzte nicht in ihrer Fachsprache sprechen würden. Dass sie mir die Dinge besser erklären könnten ohne lateinische Worte. Ich möchte gerne kürzere Wartezeiten im Wartezimmer. Nach einer Untersuchung, z. B. Blutuntersuchung, muss man immer so lange auf die Resultate warten. Nachher würde ich mir wünschen, dass der Arzt mir dann bessere Informationen geben kann und uns nicht nur einen Bericht schickt, den wir nicht verstehen. Dass die Ärzte besser miteinander reden würden oder Termine zusammengelegt werden könnten.

Wovor hast du Angst bei einem Arzt-/Spital- oder Notfallbesuch?

Ich habe Angst vor Spritzen oder vor der Blutabnahme, weil ich es nicht so gerne habe. Ich mag es nicht, wenn ich nicht weiss, was passiert oder was sie machen. Ich habe Angst vor schlechten Nachrichten.

Was macht dir Freude im Spital/beim Arzt?

Mir macht es Freude, dass die Ärzte den Kindern helfen wollen, wieder gesund zu werden. Ich freue mich, wenn wir auf der Heimfahrt nach einem Untersuchen im Kispki in den McDonald's essen gehen als Belohnung. Ich finde es lustig, wenn die Clowns vorbeikommen bei den Kindern. Mir macht es Freude, dass sich die Ärzte um die sehr kranken Kinder ganz besonders gut kümmern.

Was möchtest du von einem Arzt oder einer Ärztin gerne wissen?

Ich würde gerne wissen, was genau nach der Blutabnahme im Labor passiert? Ich würde gerne wissen, woher sie die Medikamente bekommen? Ich würde gerne wissen, wie viele Stunden im Tag ein Arzt arbeitet? Ich würde gerne wissen, wie viele Menschen im Spital arbeiten? Ich würde gerne wissen, wie die Ausbildung zum Rettungsanwärtler ist?

Die Fragen stellte Dr. med. Corina Omlin
Redaktion DEFACTO

Jan Zahner ist 13 Jahre alt und leidet an einer seltenen Krankheit, dem Dysmorphie-Syndrom Deletion 8q24.13-8q28.4. Das ist eine wiederholt vorkommende Kombination verschiedener angeborener Fehlbildungen, die mehrere Organsysteme betrifft.

ARGO MED.

Bringt Ärzte weiter

Argomed Ärzte AG
Bahnhofstrasse 24
CH-5600 Lenzburg
T +41 56 483 03 33
argomed@argomed.ch
www.argomed.ch

 klimaneutral gedruckt
Nr.: OAK-ER-11826-02737
www.oak-schwyz.ch/nummer