



Seite 4 — Medizinstudium der Zukunft

Seite 9 — allani Kinderhospiz

Seite 13 — Palliative Care



Aerztegesellschaft des Kantons Bern
Amthausgasse 28, 3011 Bern

T 031 330 90 00
info@bekag.ch
www.berner-aerzte.ch
LinkedIn: berneraerzte

Impressum

doc.be, Organ der Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Herausgeber:
Aerztegesellschaft des Kantons Bern,
6x jährlich

Verantwortlich für den Inhalt:
Geschäftsführender Ausschuss der
Aerztegesellschaft des Kantons Bern

Redaktion:
Nicolas Felber, MA,
NOLA – Linguistic Services,
T 031 330 90 00,
nicolas.felber@berner-aerzte.ch

Inserate:
Nicolas Felber, MA,
nicolas.felber@berner-aerzte.ch

Gestaltung/Layout:
Definitiv Design, Bern

Druck:
Druckerei Hofer Bümpliz AG, Bern

Titelbild:
Im August 2024 öffnete das allani Kinderhospiz Bern Kindern mit lebensverkürzenden Krankheiten und ihren Eltern seine Pforten. (Bild: zVg)

Äusserungen unserer Gesprächspartner und Beiträge von Dritten geben deren eigene Auffassungen wieder. Das Editorial widerspiegelt die Auffassung der jeweiligen Autorinnen und Autoren. doc.be macht sich Äusserungen seiner Gesprächspartner in Interviews und Artikeln nicht zu eigen.

«Die Qualität unserer Arbeit ist und bleibt das Wichtigste an unserem Beruf.»

PD Dr. med. Roman Hari ist seit Februar 2023 der schweizweit erste hauptamtliche Lehrdekan einer Medizinischen Fakultät. Im Gespräch mit doc.be blickt er auf die vergangenen zweieinhalb Jahre zurück, betont die Wichtigkeit der Qualität im Medizinstudium und schildert, wie die Vision für das Medizinstudium der Zukunft gestaltet wird. — Seite 4

Bundesrat will mehr Geld für Palliative Care, bleibt aber unkonkret

Der Bedarf an Palliative-Care-Leistungen nimmt seit Jahren zu. Welche Massnahmen und Gesetzesanpassungen es für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung braucht, hat der Bundesrat vor der Sommerpause in einem Bericht dargelegt. Es zeichnet sich eine intensive politische Debatte zur sachgerechten Finanzierung von Palliative Care ab. — Seite 13

«Wir sind ein Lebehospiz und kein Sterbehospiz.»

Das allani Kinderhospiz Bern bietet seit August 2024 Kindern mit potenziell lebensverkürzenden Krankheiten und ihren Familien einen Ort der Zuflucht, an dem «gelebt» wird. doc.be besuchte allani und brachte nicht nur in Erfahrung, wie das erste Kinderhospiz der Schweiz entstand, sondern auch, welche Ziele für die Zukunft existieren. — Seite 9

Aktuelle Prozesse in der Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens

Seit Jahren ist Dr. med. Beat Gafner, Präsident der BEKAG von 2011 bis 2018, Begleiter der Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen. Nun zieht er sein Zwischenfazit zu wichtigen laufenden Prozessen. — Seite 19

Der BEKAG-Vorstand stellt sich vor

Der Kern-Vorstand der Aerztegesellschaft des Kantons Bern setzt sich aus den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen regionalen Bezirksvereine zusammen. In dieser Interviewreihe stellen sich die Vorstandsmitglieder vor. — Seite 23

Ärztlicher Nachwuchs gesucht!



Dr. med. Rainer Felber

Co-Präsident der Aerztegesellschaft des Kantons Bern

In den 1980er- und 1990er-Jahren wurde in den politischen Diskussionen das Schreckgespenst der «Ärztenschwemme» heraufbeschworen. In der Folge wurden Zulassungsbeschränkungen zum Medizinstudium eingeführt und die Anzahl der Studienplätze beschränkt. Auch wurden Zulassungsstopps für neue Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich verfügt.

Die Konsequenzen sehen wir jetzt: Sich zuspitzender Fachkräftemangel – nicht nur im Bereich der Hausarzt- und Jugendmedizin, sondern auch in anderen Fachdisziplinen – sowie Abhängigkeit von der Zuwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte. Die medizinische Versorgung der Bevölkerung ist zunehmend gefährdet. Die BEKAG-Versorgungsumfrage 2025 wird die Fakten im Herbst dieses Jahres auf den Tisch legen.

Gegenmassnahmen wurden eingeleitet. So hat die Universität Bern die Anzahl der Studienplätze in Humanmedizin um über 100 Plätze erhöht. Zusätzliche Plätze sind aber gefragt, um den Bedarf decken zu können. Dazu fehlen jedoch die nötigen personellen und infrastrukturellen Ressourcen. Deshalb wurde im Juni 2025 im Grossen Rat des Kantons Bern die Motion 107–2025¹ eingereicht, welche unter anderem Abhilfe in diesem Bereich fordert. Auch hat die Medizinische Fakultät der Universität Bern bewiesen, welchen Stellenwert sie der Lehre beimisst, da sie als erste Medizinische Fakultät in der Schweiz 2023 die Stelle eines hauptamtlichen Lehrdekans schuf.

Neben der Ausbildung muss aber auch die Weiterbildung gefördert werden. Diesbezüglich hat der Kanton Bern mit seinem neuen Modell der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung einen wichtigen Schritt gemacht, indem nicht nur Assistenzarzt- und -ärztinnenstellen im stationären, sondern neu auch im ambulanten Bereich finanziell unterstützt werden. Im Juni 2025 hat der Grosse Rat diese Beiträge sogar noch erhöht und weitere Förderprogramme beschlossen. Im nächsten Jahr steht zudem der Beschluss über die Weiterführung des erfolgreichen Programms Praxisassistenz des Kantons Bern ab dem Jahr 2027 ins Haus, welches wir seit seinem Start unterstützen.

Erste Massnahmen zur Korrektur der Fehlplanung aus dem letzten Jahrhundert im Bereich der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wurden eingeleitet. Aber es kann nur ein Anfang sein, wollen wir die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherstellen. Die politischen Instanzen haben die Möglichkeit, diese Korrekturen voranzutreiben. Wir werden sie dabei nach Kräften unterstützen.

¹ «Erhöhung der Studienplätze im Medizinstudium: Massnahmen zur Stärkung der Fachrichtungen mit nachgewiesenem Fachkräftemangel»

«Die Qualität unserer Arbeit ist und bleibt das Wichtigste an unserem Beruf.»

Text — Nicolas Felber, Kommunikations- und Medienverantwortlicher BEKAG

Bild — zVg

PD Dr. med. Roman Hari ist seit Februar 2023 der schweizweit erste hauptamtliche Lehrdekan einer Medizinischen Fakultät. Im Gespräch mit doc.be blickt er auf die vergangenen zweieinhalb Jahre zurück, betont die Wichtigkeit der Qualität im Medizinstudium und schildert, wie die Vision für das Medizinstudium der Zukunft gestaltet wird.

Das Interview fand am 28. Mai 2025 statt.

Herr Dr. Hari, Sie sind seit Anfang 2023 Lehrdekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern.

Was sind die Bestandteile dieser Tätigkeit?

Die Funktion wurde von der Medizinischen Fakultät geschaffen, damit die Lehre professionalisiert werden kann. Historisch gab es innerhalb der Fakultät einen angestellten Dekan und diverse Vizedekane. Unter anderem gab es zwei Vizedekane für die Lehre, die ehrenamtlich arbeiteten. Die neue Funktion des Lehrdekans ersetzt diese beiden. Letztlich geht es um die strategische Weiterentwicklung der Lehre und eine akademische Gesamtaufsicht über alle Studiengänge der Medizinischen Fakultät. Eine Hauptaufgabe ist es, das Medizinstudium an die sich verändernden Anforderungen des Berufsalltages anzupassen.

Was konnten Sie in den zweieinhalb Jahren, in denen Sie bereits als Lehrdekan tätig sind, bewirken?

Wir haben nun ein erstes Mal eine klare Strategie in der Lehre und der Lehrentwicklung. Als ich anfang, führten wir eine Zusammenschau über die letzten 15 Jahre Lehre durch, kombinierten diese mit einer grossen Studierendenumfrage und entwickelten schliesslich basierend darauf eine Strategie für die

Lehrentwicklung mit sechs Schwerpunkten. Diese umfassen unter anderem die Stärkung der Lehrendenfortbildung, Interprofessionalität, Planetary Health und eine bessere Abstimmung der Studieninhalte. Zusätzlich verschlankten wir die Lehrkommissionen und optimierten den gesamten administrativen Betrieb. Dazu kommen viele kleinere Massnahmen wie die Ermöglichung von Vergütung bestimmter vorher unbezahlter Tätigkeiten von Lehrpersonal und die Stärkung der Stimme der Studierenden in der curricularen Weiterentwicklung.

Sie erwähnen die Interprofessionalität. Hat diese an neuem Stellenwert gewonnen?

Deutlich! Dies war von der Basis schon lange gewünscht, scheiterte aber in früheren Jahren oft auch am Willen der Fakultät. Hier hat ein fundamentales Umdenken stattgefunden. Als Tatbeweis zeigt sich dies zum Beispiel an der Projektauswahl für die kompetitive Förderung neuer Lehrprojekte, wodurch 2023 gleich vier interprofessionelle Projekte gefördert wurden.

Was schätzen Sie am meisten am Medizinstudium der Universität Bern?

Wir haben drei Alleinstellungsmerkmale. Das erste ist die Praxisnähe des Studiums. Wir bieten dasjenige Studium an, in dem die Studierenden schweizweit am meisten Zeit im direkten Kontakt mit Patientinnen und Patienten verbringen. Neben den Hausarztpraktika, den praktischen Jahren im vierten und sechsten Studienjahr, haben Studierende im



PD Dr. med. Roman Hari an der Abschlussfeier der Medizinischen Fakultät der Universität Bern am 1. März 2025.

dritten Studienjahr auch «Clinical Skills Trainings», die in Kleingruppen mit einer Oberärztin oder einem Oberarzt auf der Station stattfinden. Diesen Erlebnishorizont – den direkten Kontakt zu der Patientin oder dem Patienten – ermöglicht einem keine Simulation der Welt.

Ein zweites Alleinstellungsmerkmal sind die longitudinalen Hausarztpraktika. Während mittlerweile alle Medizinstudiengänge der Schweiz Hausarztpraktika inkorporieren, sind wir die einzige Universität, die Praktika in der gleichen Praxis während des ganzen Studiums anbietet. In meiner eigenen Tätigkeit als Lehrarzt in solchen Praktika erlebe ich es als sehr bereichernd, mitzuerleben, wie sich die Studierenden über die Jahre zu kompetenten, selbstständigen Berufsleuten entwickeln.

Das dritte Alleinstellungsmerkmal ist der Fokus auf Kleingruppenunterricht. Wir sind eine Fakultät, die im Vergleich sehr wenige Vorlesungen im Curriculum hat. Unser Fokus liegt definitiv auf dem Unterricht in Kleingruppen und dem Selbststudium – problemorientiertes Lernen. Aufgrund der steigenden Studierendenzahlen hat dies eine zusätzliche Bedeutung: Die Kleingruppen bieten den Studierenden wichtige Orientierung und ein soziales Umfeld.

Sie sprechen die steigende Anzahl an Studierenden an. 2018 wurde die Anzahl Studienplätze von 220 auf 320 erhöht. Seit 2023 sind es nun bereits 335 und es werden wiederholt Forderungen laut, man müsse die Zahl weiter erhöhen. Ist dies überhaupt möglich?

Die Erhöhungen der letzten 10 Jahre konnten primär durch eine bessere Planung und Auslastung implementiert werden. Nun sind wir aber wirklich am Limit der Kapazität. Mindestens für die nächsten fünf Jahre sind wir nicht in der Lage, die Anzahl Studienplätze bei gleichbleibender Qualität weiter zu erhöhen. Neben den Finanzen und dem Personal ist das konkreteste Problem ganz klar die Infrastruktur. Seit 2018 leben wir bereits in Übergangslösungen und Provisorien. Zwei Bauprojekte auf dem Inselcampus sind konkret, aber verzögern sich leider immer wieder. Einerseits ein Bau für die Vorklinik, der beispielsweise für den praktischen Anatomieunterricht dringend nötig ist und bis 2030–2031 fertig sein sollte. Andererseits das grosse Lehrgebäude auf dem Baufeld 3 des Inselcampus, das ursprünglich auch auf Anfang der 2030-er Jahre geplant war, aber jetzt auf 2039 datiert wurde. Sobald dieses Gebäude steht und genutzt werden kann, haben wir wieder Luft nach oben für eine gewisse Steigerung der Studienplätze. Wir sind sehr darauf angewiesen, dass uns die Politik entgegenkommt und diese Bauprojekte unterstützt. Wir bieten gerne Hand, tun, was uns möglich ist, und leisten unseren Beitrag zur Gewährleistung der medizinischen Versorgung.

In der Priorisierung dieser Infrastrukturprojekte braucht es aber nun wirklich die Politik.

Es würde Ihnen also nicht an Lehrpersonal fehlen?

Doch, es braucht ganz klar auch zusätzliche personelle Kapazitäten, diese lassen sich aber durch zusätzliche Finanzen deutlich rascher ausbauen als die passende Infrastruktur. Bei der Erhöhung um 100 Studienplätze wurde vom Kanton Bern Kostenneutralität vorgeschrieben. Der Kanton zahlt also keinen Franken mehr als vorher. Die Mittel für das zusätzliche Lehrpersonal stammen zurzeit aus den ausserkantonalen Beiträgen für auswärtige Studierende und decken den Zusatzbedarf nur zum Teil. Wenn man die Studienplätze erneut erhöhen will, braucht es also auch zusätzliche finanzielle Mittel, sodass Lehrpersonal angeworben werden kann.

«Die Qualität unserer Arbeit ist und bleibt das Wichtigste an unserem Beruf.»

Momentan hört man immer wieder das Argument, dass in der medizinischen Ausbildung mehr Wert auf Quantität als auf Qualität gelegt werden müsse, sodass dem Fachkräftemangel entgegengewirkt werden könne. Was halten Sie von solchen Aussagen?

Ich kann mir beim besten Willen nicht vorstellen, dass dies eine ernst gemeinte Meinung ist. Weder seitens der Bevölkerung noch seitens von Fachpersonen. Die Qualität unserer Arbeit ist und bleibt das Wichtigste an unserem Beruf. Nur die sehr hohe Qualität der medizinischen Arbeit in der Schweiz legitimiert schliesslich den hohen Stellenwert, den die Medizin in der Gesellschaft geniesst, und auch die hohen Kosten, die damit verbunden sind. Der «Worst Case» wäre, wenn man an der Qualität im Studium spart und dadurch Personen ausbildet, die überhaupt nicht erst berufsfähig sind. Durch eine Reduktion an Qualität lässt sich nichts gewinnen.

Wenn Sie Ihre akademische Perspektive ablegen, was sehen Sie für Mittel gegen den Fachkräftemangel?

Ich finde es wichtig, zu betonen, dass die Studienplätze nur ein Teil des Puzzles sind. Mit der Erhöhung der Studierendenzahlen alleine lässt sich der Fachkräftemangel nicht lösen. Ein grosses Problem ist die Rate an Ärztinnen und Ärzten, die aus dem Beruf aussteigen. Dies beginnt bereits bei den Abgängerinnen und Abgängern des Studiums, unter denen heute ein hoher Anteil einer langfristigen klinischen Tätigkeit skeptisch gegenübersteht. Ein weiteres omnipräsentes

Thema sind die Arbeitsbedingungen, sprich der grosse administrative Aufwand. Das Missverhältnis zwischen nicht-ärztlichen und ärztlichen Tätigkeiten, das man heutzutage in der Weiterbildung antrifft, ist alles andere als motivierend. Ein weiteres Problem ist natürlich auch die Tarifierung. Eine Tarifierung zugunsten von Fachgebieten mit einem besonders ausgeprägten Fachkräftemangel wäre eine weitere effektive Stellschraube, damit die Attraktivität für gewisse Fachrichtungen gesteigert werden kann.

In Ihrer Tätigkeit als Lehrdekan können Sie quasi keinen Einfluss auf die administrative Belastung oder die Tarifierung nehmen. Auf «Mental Health», die direkt mit der Rate an Berufsaussteigenden zusammenhängt, hingegen schon. Was ergreifen Sie für Massnahmen, wodurch Sie die Studierenden in diesem Hinblick schulen?

Wir führen in diesem Jahr ein Pilotprojekt für ein 1:1-Coaching aller Studierenden durch. Zu Beginn des vierten Studienjahres bekommen alle Studierenden einen Coach zugewiesen, der sie vor und in der Mitte des ersten Praktikums zu einem Gespräch trifft. In diesen Gesprächen geht es einerseits um den Lernfortschritt, aber andererseits auch vertieft um den Eintritt in die klinische Welt. Was treffe ich an? Wie fühle ich mich dabei? Was fällt mir schwer? Diese Fragen sollen in diesen Gesprächen adressiert werden. Zusätzlich haben wir in Bern mit «Mindbalance» einen tollen studentischen Verein, der sich mit dem Thema auseinandersetzt und immer wieder interprofessionelle Workshops für Studierende organisiert.

Was ist Ihre Vision für die medizinische Ausbildung der Zukunft?

Das ist ein sehr aktuelles Thema! Zurzeit erarbeiten wir ein Strategiprojekt «Vision Humanmedizinstudium 2040». Hierfür habe ich alle Mitglieder der Lehrkommissionen, darunter auch sechs Studierende, zu einer zweitägigen Retraite Ende August 2025 eingeladen, an der wir genau diese Frage erörtern werden. Alle Teilnehmenden mussten bei ihrer Anmeldung auf einer halben A4-Seite ihre Vision für die Zukunft des Medizinstudiums schildern. Im Vorfeld der Retraite treffe ich mich nun mit allen einzeln zu halbstündigen Gesprächen, damit aus all diesen verschiedenen Perspektiven eine Vision synthetisiert werden kann. Anschliessend ist geplant, dass wir in einem kleinen Team drei Universitäten in Deutschland und eine in den Niederlanden besuchen, die allesamt sehr innovative Curricula anbieten. Dies ist aber nur der Prozess. Nun zum aktuellen Stand des Inhalts: Wir wollen in Zukunft das kasuistische Lernen, das fallbezogene Lernen, noch mehr ausbauen. Während unser Bachelorstudium sehr auf Kleingruppen ausgelegt ist, finden im Masterstudium immer noch viele Vorlesungen statt. Dabei würde sich das kasuistische Lernen im Masterstudium besonders anbieten. Beispielsweise mit Reflexionsseminaren, die – in das Curriculum eingebettet – reale Fälle behandeln. Eine weitere Vision wäre, dass wir im Blockpraktikum im 4. Studienjahr

die praktischen und theoretischen Inhalte besser miteinander kombinieren und vernetzen. Zusätzlich gibt es auch viel Handlungsbedarf, den roten Faden im Studium wieder zu stärken und hervorzuheben. Man kann sich das Curriculum als eine organisch wachsende Struktur mit vielen tollen Blüten vorstellen, die nun zwanzig Jahre nicht zugeschnitten wurde. Hier gilt es, die Blüten möglichst zu behalten und gleichzeitig den Baum so zu stützen, dass die Studierenden vor lauter Blüten auch wieder den Baum sehen.

Gibt es Blüten, die Ihrer Meinung nach im Berner Curriculum noch fehlen?

Ich würde gerne eine Art «Diploma Supplement» für Studierende im Master, denen das Studium leichtfällt, einführen. Ich möchte ihnen ermöglichen, in gewissen Bereichen Zusatzleistungen zu erbringen, die ihnen anschliessend angerechnet werden. Einerseits für eine akademische Laufbahn, aber andererseits auch für einen Facharzttitel. Dies wäre meiner Meinung nach auch eine elegante Art, Fachrichtungen mit einem Fachkräftemangel zu unterstützen – speziell in der Grundversorgung. In dieser Form könnte man Studierenden, die noch ein Stück mehr gefordert werden möchten, nicht nur ein attraktives Angebot bieten, sondern idealerweise auch die Grundversorgung der Zukunft stärken.



PD Dr. med. Roman Hari, MME

PD Dr. med. Roman Hari ist seit Februar 2023 Lehrdekan der Medizinischen Fakultät der Universität Bern. Er ist Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Privatdozent für Hausarztmedizin mit einem Schwerpunkt in medizinischer Lehre. Neben seiner akademischen Position ist er als Hausarzt in der Stadtbachpraxis Burgdorf tätig.



INTERPROFESSIONELLE LEHRE

Tom
12

«Wir sind ein Lebehospiz und kein Sterbehospiz.»

Text — Nicolas Felber, Kommunikations- und Medienverantwortlicher BEKAG

Bilder — zVg

Das allani Kinderhospiz Bern bietet seit August 2024 Kindern mit potenziell lebensverkürzenden Krankheiten und ihren Familien einen Ort der Zuflucht, an dem «gelebt» wird. *doc.be* besuchte allani und brachte nicht nur in Erfahrung, wie das erste Kinderhospiz der Schweiz entstand, sondern auch, welche Ziele für die Zukunft existieren.

Im August 2024 nahm das allani Kinderhospiz Bern nach drei Jahren der Vorbereitungs- und Umbauarbeiten seinen operativen Betrieb auf. Seither finden Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre mit potenziell lebensverkürzenden Krankheiten gemeinsam mit ihren Familien in Riedbach einen Ort des Lebens (s. Titelbild), an dem alle Beteiligten ihren energiezehrenden Alltag für eine Weile vergessen können.

Vision

Die Krankheit und der Tod von Kindern galten in der Schweiz lange Zeit als Tabuthemen. Dies trug massgeblich dazu bei, dass Kinderhospize im Ausland bereits weit verbreitet waren, es aber in der Schweiz kein einziges gab. Die Gründungsmitglieder des Vereins allani Kinderhospiz Bern erkannten dieses fehlende Angebot bereits 2014 und es entstand die Idee, das erste Kinderhospiz der Schweiz zu schaffen. Die Ursprungsvision: Betroffenen Familien einen Zufluchtsort zwischen Spital und Zuhause zu bieten, der sie entlastet. Nach vielen Jahren der Planung, der Umwandlung in eine Stiftung und dem grenzenlosen Engagement unzähliger Beteiligten war es schliesslich möglich, zehn Jahre später den Betrieb aufzunehmen. Die Ursprungsvision prägt das Tagesgeschäft von allani bis heute. Cathrine Liechti, Co-Leitung Pflege, erachtet es als die Mission von allani, betroffenen Kindern und ihren Familien mehr Lebensqualität zu ermöglichen.

Die grosse Herausforderung auf dem Weg zu diesem Ziel? Da allani das erste Kinderhospiz der Schweiz ist, gab es keine nationale Vorlage, wie ein solcher Betrieb aufgebaut wird. Nicht nur die Infrastruktur, sondern auch das

Hospizkonzept, das Betriebskonzept sowie der ganze Pflegebetrieb mussten von Grund auf sukzessive aufgebaut und an die Bedürfnisse eines Kinderhospizes angepasst werden. Durch einen riesigen Aufwand aller Involvierten und zahlreicher Freiwilliger war es schliesslich möglich, einen Betrieb auf die Beine zu stellen, der der Ursprungsvision gerecht werden kann. Sobald ein Eröffnungshorizont sichtbar war, ging es plötzlich schnell: Von März 2024 bis zur Eröffnung im August 2024 konnten die Vollzeitstellen von 3,5 auf 18 erhöht werden. Heute steht allani bei einem Personaletat von 21,2 Vollzeitäquivalentstellen und insgesamt 40 Personen. Diese Ausweitung innert kürzester Zeit brachte zusätzliche Herausforderungen mit sich, wie zum Beispiel die Kulturfrage, wenn Mitarbeitende mit unterschiedlichsten Berufshintergründen aufeinandertreffen. Was sie alle vereinte, war der Wunsch, Kindern und ihren Familien Lebensfreude zu schenken.

Was bietet allani an?

allani bietet betroffenen Familien drei Möglichkeiten der Entlastung. Die Kurzzeitpflege kommt einem Situationswechsel für ein bis drei Wochen gleich. Sie dient Kindern und ihren Familien zur Stärkung, ermöglicht ihnen eine Auszeit und unterstützt sie durch professionelle Pflege. Ähnlich verhält es sich mit dem zweiten Angebot, der Brückenpflege. Sie unterstützt Familien im Übergang vom Akutspitalsetting zum Leben zuhause. Während die Familie ihr Zuhause für die Pflege des Kindes vorbereitet, kann das Kind bei allani in einem familiären Setting leben, das zugleich adäquate Pflege gewährleistet. Das dritte Angebot, die letzte Lebensphase, richtet sich an



Im sogenannten «Snoezelenraum» werden Kinder auf verschiedenste Arten sensorisch stimuliert, was zu tiefer Entspannung führt.

Familien, die ihre verbleibende gemeinsame Zeit mit ihrem Kind an einem Ort verbringen möchten, der Sicherheit und medizinische Versorgung gewährleistet, sich aber gleichzeitig wie das eigene Zuhause anfühlt.

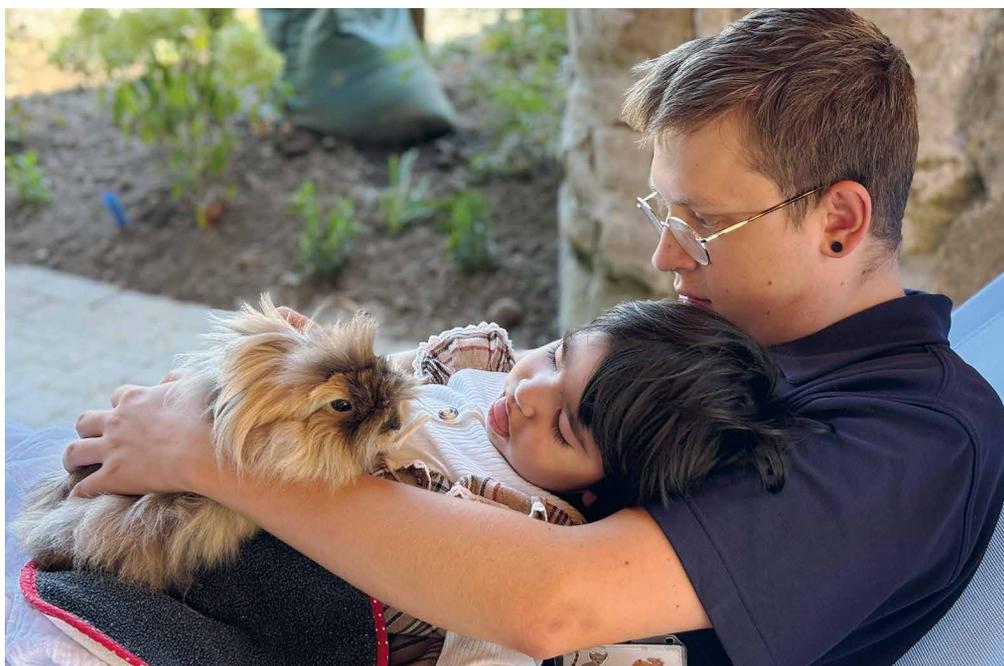
André Glauser, Geschäftsführer von allani bis August 2025, betont, dass es allanis Ziel sei, betroffenen Familien die Angst zu nehmen, dass das Kinderhospiz ein «trister Ort» sei. «Der Tod hat seinen Platz bei uns. Diesen darf er haben. Unser Fokus liegt aber klar auf dem Leben. Wir sind ein Leberhospiz und kein Sterbehospiz.» In der Erwachsenenpflege seien Hospize mit der allerletzten Lebensphase verbunden. Dies könne man aber nicht so auf Kinderhospize anwenden. Lebensverkürzende Krankheiten ermöglichen Kindern immer noch Jahre des Lebens. Im Kinderhospiz ginge es um die «Entlastung des stark belasteten Systems.» Bei allani würde in erster Linie gelebt. Familien sei es hier möglich, gemeinsam schöne Momente zu teilen, zu lachen und etwas zu erleben.

Zurzeit können drei bis fünf Kinder gleichzeitig bei allani betreut werden. Cathrine Liechti betont hierzu, dass die Pflegebedürftigkeit der Kinder einen grossen Einfluss auf die Kapazität habe. Während es bei komplexeren Fällen eher drei Kinder seien, könne allani, wenn vor allem weniger pflegeintensive Fälle im Haus sind, sogar fünf Kinder gleichzeitig willkommen heissen. Dass allani stets sehr gut ausgelastet sei, unterstreiche, dass ein grosser Bedarf bei betroffenen Familien bestünde. Heutzutage ginge man davon aus, dass es in der Schweiz rund 10 000 Familien mit von

lebensverkürzenden Krankheiten betroffenen Kindern gebe. Als allani seinen Betrieb aufnahm, wurden nur maximal zwei Kinder gleichzeitig aufgenommen. Da man den Betrieb von Grund auf neu aufbaute, sei dieser «sanfte Start» nötig gewesen, sodass unnötige Risiken vermieden werden konnten, sagt André Glauser. Mit jedem Kind lerne man dazu, ergänzt Cathrine Liechti. Durch das sukzessive Aufstocken der Kapazität könne sichergestellt werden, dass jedes Kind stets eine «wohlige» Situation vorfinde und eine auf das Individuum abgestimmte Pflege erhalte. Mittlerweile erachtet man acht Kinder gleichzeitig als maximale Kapazität. André Glauser unterstreicht diesbezüglich aber, dass er persönlich eher sechs als realistisch sieht: «Es bringt nichts, wenn wir die Kapazität komplett ausreizen, aber als Resultat unsere Mitarbeitenden an ihr Limit kommen und wir den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien nicht mehr gerecht werden können. Dies ist und bleibt unser höchstes Ziel.»

Die fünf allani-Werte

Dieses Ziel, den Bedürfnissen der Kinder und ihrer Familien gerecht zu werden, zieht sich auch wie ein roter Faden durch die fünf allani-Werte, die den Alltag im Kinderhospiz prägen. Der Verein habe ursprünglich 25 solche Werte gehabt, sagt André Glauser, bevor an einem gemeinsamen Workshop die fünf zentralsten definiert wurden. Im Gespräch erklärte



Diverse Arten der Therapie sind bei allani möglich. So beispielsweise auch der direkte Kontakt mit Kleintieren.

Cathrine Liechti, in welcher Form ihr die Werte im Arbeitsalltag begegnen.

- *Lebensfreude:* Diese sehe man jeden Tag, wenn man durch das Kinderhospiz laufe. Lachende Kinder, frohe Gesichter und freundliche Interaktionen würden den Arbeitsalltag prägen. allani sei ein Ort, an dem man Freude haben könne. Wenn eine Familie zuhause in einer schwierigen Situation ist, könne allani ein Ort der Entlastung sein, an dem man «abschalten» kann.
- *Vertrauen:* Das unabdingbare Element in der Zusammenarbeit mit den Familien. Die Familien würden allani das Wohl ihrer Kinder anvertrauen, was einer grossen Vertrauensbasis bedürfe. Auch innerhalb des Teams sei es von grosser Wichtigkeit, dass die Mitarbeitenden sich aufeinander verlassen können. Nur so könne man den Kindern eine bestmögliche Betreuung anbieten.
- *Zuhören:* Die Angehörigen würden dem Personal sehr viel erzählen, zum Teil auch in unerwarteten Momenten. Da die Familienmitglieder der Kinder diese am besten kennen würden, sei es immens wichtig, ihre Perspektive zu erhalten. Durch Zuhören sei es möglich, nicht nur die Bedürfnisse aller Involvierten abzuholen, sondern auch in Erfahrung zu bringen, «wo der Schuh drückt».
- *Aufmerksamkeit:* Den Kindern sei es oftmals nicht möglich, verbal zu kommunizieren. Umso wichtiger sei es deshalb, dass man aufmerksam die Gestik und Mimik der Kinder

beobachte, sodass ihre Bedürfnisse gedeutet werden können. Auch in Bezug auf die Angehörigen spiele diese Aufmerksamkeit eine wichtige Rolle. Die Bedürfnisse der Familien seien genauso wichtig wie diejenigen der Kinder.

- *Flexibilität:* Der Alltag im allani Kinderhospiz sei äusserst abwechslungsreich. Jeden Tag würden einem neue Situationen begegnen, die auch fordernd sein können. Der Arbeitsalltag sei geprägt von der Individualität der Kinder und ihrer Familien. Nur durch eine grosse Flexibilität liesse sich das eigene Schaffen auf die stetig wechselnden Situationen, die man antreffe, anpassen.

Zusammenarbeit mit Pädiaterinnen und Pädiatern

Für ein Kinderhospiz ist die erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Pädiatrie unabdingbar. Zurzeit sei die interne ärztliche Abdeckung klein mit zwei Pädiaterinnen, die sich ein 20 %-Pensum teilen würden. Sie seien vor allem dafür zuständig, stets eine medizinische Perspektive auf die Palliative Care zu gewährleisten. Wichtig sei aber vor allem auch die Kooperation mit den lokalen Pädiaterinnen und Pädiatern. allani sei auf Zuweisungen angewiesen und brauche essenzielle Dokumente – wie die letzten Austrittsberichte, Medikationspläne und eine Einschätzung zur benötigten pädiatrischen Palliative Care – von der behandelnden Pädiaterin oder dem behandelnden Pädiater.

Es sei allani sehr wichtig, dass der ärztliche Kreis, der ein Kind behandelt, nicht künstlich erweitert würde. Im Regelfall beschränke sich dieser auf die behandelnde Pädia-
terin und den behandelnden Spezialisten, die das Kind bereits kennen. Einzig in Notfällen könne es zu Ausnahmen kommen, wenn das behandelnde ärztliche Personal nicht erreichbar sei. Ein grosser Vorteil an einem Aufenthalt in einem Kinderhospiz sei, dass auch in Notfällen stets medizinische Fachpersonen vor Ort wären. Aus diesem Grund lege allani auch speziellen Wert darauf, dass angestellte Pflegefachpersonen einen Hintergrund in der pädiatrischen Pflege hätten. Vieles, was im Notfall zuhause nicht aufgefangen werden könne, könne bei allani bereits durch das 24/7 anwesende Fachpersonal betreut werden.

Finanzierung und politische Prozesse

Ein grosses Thema bis heute sei die Finanzierung des Betriebs. Es brauche unbedingt Stabilität. Nicht nur der gesamte Umbau, sondern bis auf Weiteres auch mindestens 70 % der Betriebskosten würden laut André Glauser über Spenden finanziert. Es rühre ihn sehr, dass Stiftungen, Unternehmen und Privatpersonen bis heute jeden Tag spenden würden, damit allani seine Mission fortführen könne. Dies zeige, wie stark man sich mit allani identifiziere und wie gross der Stellenwert eines Kinderhospizes für die Bevölkerung sei.

Was aber ausbaufähig sei, sei die Beteiligung des Staates und der Versicherungen. Immerhin könne ein Teil der Leistungen abgerechnet werden. Speziell die IV-Stelle des Kantons Bern zeige sich sehr kooperativ und die Zusammenarbeit verlaufe stets konstruktiv. Trotzdem würden abrechenbare Leistungen über die Invalidenversicherung (IV) wahrscheinlich niemals mehr als 30 % der Kosten decken. Da die allermeisten Krankheiten der Kinder, die bei allani betreut werden, als Geburtsgebrechen klassifiziert sind, fallen diese unter die IV. Nur etwa bei fünf Prozent der Kinder werden die Leistungen von der Krankenversicherung vergütet. Das allani Kinderhospiz sei zwar als Teil der Teilstrategie «Palliative Care» des Kantons Bern in das Pilotprojekt «Hospiz», das 2026 seine dreijährige Laufzeit beginnt, aufgenommen worden, da die darin enthaltene subsidiäre Tagespauschale von CHF 635 aber meist nur bei Leistungen zu tragen kommt, die unter das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) fallen, helfe dies allani nur bedingt.

Laut André Glauser brauche es unbedingt eine nationale Gesamtlösung zur Kostendeckung für Hospizarbeit. Es dürfe nicht davon ausgegangen werden, dass das Volumen an Spenden ewig so bestehen bleibe. Eine Tagespauschale wie diejenige, die im Pilotprojekt für die palliative Erwachsenenpflege vorgesehen sei, sei ein probates Mittel. Deren Betrag müsse aber überdacht werden. Die CHF 635 aus der palliativen Erwachsenenpflege decken etwa 70–80 % der Kosten. In der pädiatrischen Palliative Care hingegen würden die Kosten aber aufgrund des grösseren Aufwandes höher ausfallen. Es sei eines der grossen Ziele allanis, dass es seinen Teil dazu beitragen kann, eines Tages einen kostendeckenden Betrieb für Hospize in der Schweiz zu ermöglichen.

Die grosse Unterstützung der Politik stimme André Glauser aber positiv für die Zukunft. Die Palliative Care und

allani im Speziellen würden Unterstützung aus allen Lagern des politischen Spektrums erfahren. Flavia Wasserfallen (SP), Sandra Hess (FDP) und Marc Jost (EVP) hätten sich in ihren politischen Aktivitäten speziell für die Anliegen der Palliative Care eingebracht und stünden exemplarisch für zahlreiche Politikerinnen und Politiker, die Grosses leisten würden. Man merke, dass auch das Interesse der Bevölkerung an der Stärkung der Hospizarbeit sehr gross sei und immer mehr wachse. «Die Puzzlesteine fügen sich langsam zusammen, dass sich in den nächsten 3–5 Jahren vieles positiv entwickeln wird», prognostiziert André Glauser.

Fokus: Leben

Zum Abschluss des Gesprächs schilderten Cathrine Liechti und André Glauser, was sie an ihrer Arbeit für das allani Kinderhospiz am meisten erfüllt. Ihre Antworten bestätigten, was während des ganzen Besuchs spürbar war: Der Fokus liegt auf dem Leben. Während Cathrine Liechti betonte, dass ihr die Lebensfreude der Kinder und ihrer Familien sowie das vertraute Miteinander sehr viel gibt, unterstrich André Glauser, dass allani für ihn ein Kraftort sei. Seit seinem ersten Arbeitstag spüre er dies jeden Tag: «Es lebt bei allani – wir haben das Haus mit Leben gefüllt.»

allani ist für Sie da

Betreuen oder kennen Sie eine Familie, die durch die Pflege eines Kindes mit potenziell lebensverkürzender Krankheit an ihre Grenzen stösst und pflegerische Unterstützung braucht? Melden Sie sich niederschwellig bei uns. Gemeinsam finden wir eine Lösung, wie Familien in schwierigen Situationen zu einer wohlverdienten Auszeit kommen.

Telefon: +41 31 515 70 95

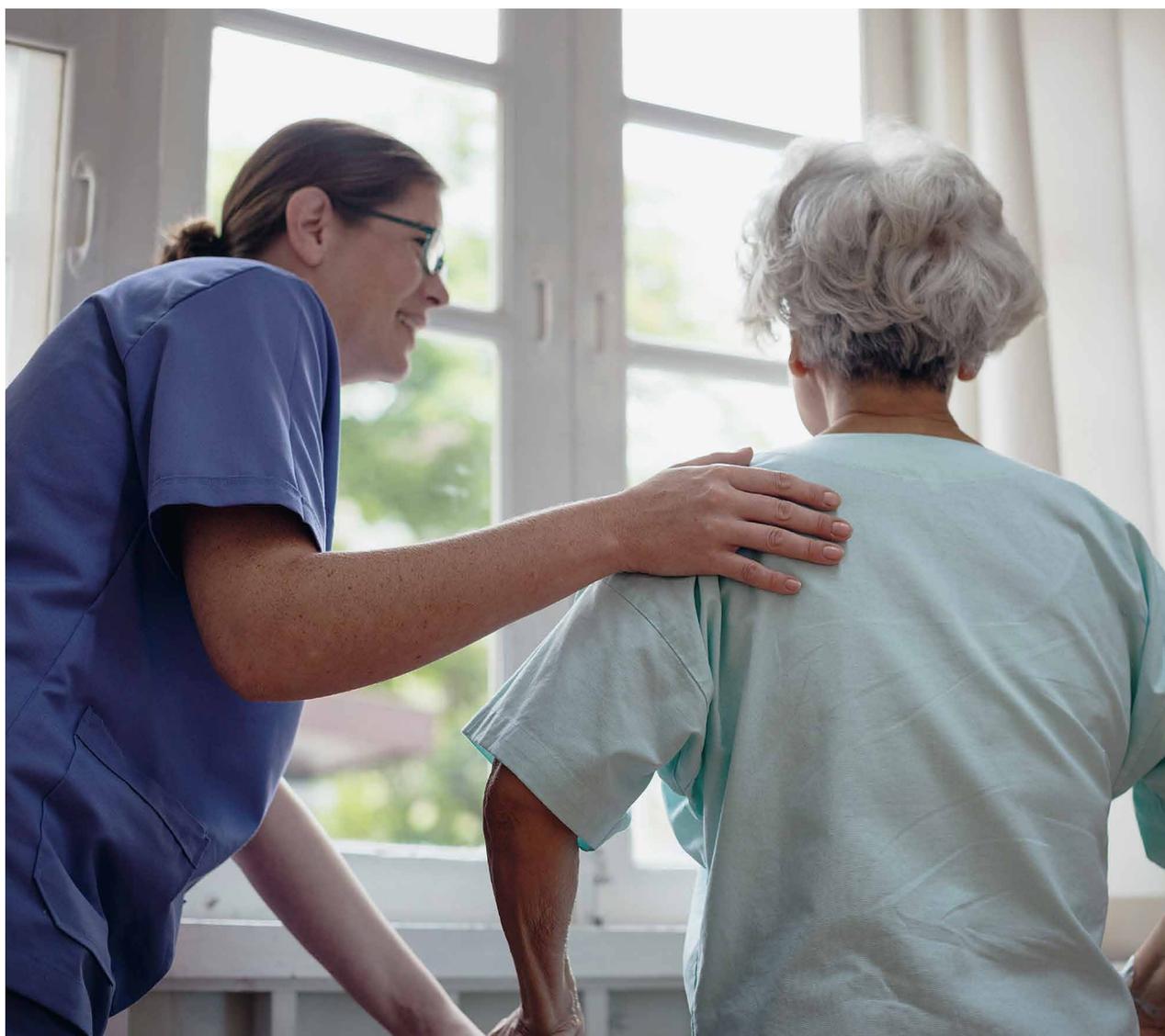
E-Mail: pflege@allani.ch



Bundesrat will mehr Geld für Palliative Care, bleibt aber unkonkret

Text — Alessandra Köchli und Nicole Beutler, Les Tailleurs Communication SA

Bild — Unsplash



Eine einfühlsame und fachgerechte Pflege ist in der Palliative Care unabdingbar.

Der Bedarf an Palliative-Care-Leistungen nimmt seit Jahren zu. Dies hat auch die Politik erkannt: Nun will sie bessere Rahmenbedingungen schaffen. Welche Massnahmen und Gesetzesanpassungen es für eine bedarfsgerechte Palliativversorgung braucht, hat der Bundesrat vor der Sommerpause in einem Bericht dargelegt. Es zeichnet sich eine intensive politische Debatte zur sachgerechten Finanzierung von Palliative Care ab.

Unter Palliative Care versteht man alle Massnahmen, die das Leiden eines unheilbar kranken Menschen lindern und ihm so eine höchstmögliche Lebensqualität bis zum Ende verschaffen. Medizinisch geschulte Fachpersonen erfahren ständig, wie anspruchsvoll und heterogen Palliative Care ist: Sie umfasst ein breites Spektrum an Leistungen (medizinisch, pflegerisch, psychologisch, sozial, spirituell), an denen unterschiedlichste Leistungserbringende beteiligt sind und die stark von der individuellen Situation der Patientinnen und Patienten abhängen. Hinzu kommt, dass die Finanzierung bis heute nicht sauber gelöst ist.

Aufgrund demografischer Entwicklungen und zunehmend komplexer Erkrankungen steigt der Bedarf an palliativer Versorgung deutlich. Deshalb wächst das Palliativangebot – ungeachtet der mangelhaften Rahmenbedingungen.

Bemühungen tragen erste Früchte

Der Handlungsbedarf bei der Palliativversorgung ist schon lange bekannt. Dem vom Bundesrat verabschiedeten Bericht gehen fast 20 Jahre mit verschiedenen Massnahmen voraus: Beim Bundesamt für Gesundheit (BAG) steht die Förderung der Palliativversorgung seit 2008 auf der Agenda. Bund, Kantone und Leistungserbringende setzten auf Basis der «Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2015» und seit 2017 über die «Nationale Plattform Palliative Care» wichtige Massnahmen um.

So ergänzte der Bund die Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV, Art. 7 Abs. 2 Bst. a), um die Koordinationsleistungen von Pflegefachpersonen in komplexen Situationen aufzunehmen. SwissDRG nahm eine spezifische diagnosebezogene Fallgruppe für die palliativmedizinische Komplexbehandlung ins Tarifsysteem auf. Weiter wurden ein nationales Bildungskonzept erarbeitet sowie Empfehlungen und Wissensgrundlagen erstellt.

Doch der Handlungsbedarf blieb gross, wie der Synthesebericht zum Nationalen Forschungsprogramm «Lebensende» (NFP 67) von 2017 zeigt. Zum gleichen Schluss kam 2020 der Bundesrat in seinem Bericht an das Parlament in

Erfüllung des Postulats 18.3384 «Bessere Betreuung und Behandlung von Menschen am Lebensende».

Die darin aufgezeigten Lücken in der Palliativversorgung für die Bevölkerung veranlassten die Gesundheitskommission des Ständerats (SGK-S) zur Motion 20.4264 «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care». Der Bundesrat soll die notwendigen gesetzlichen Grundlagen schaffen, damit alle Menschen Zugang zu bedarfsgerechter Behandlung und Betreuung am Lebensende haben.

Der Handlungsbedarf war im National- und Ständerat unbestritten – damit war der Grundstein für die aktuelle politische Debatte zur Palliativversorgung in der Schweiz gelegt.

Trotz Handlungsbedarf keine Gesetzesvorlage

Für die Umsetzung der SGK-Motion gab der Bundesrat umfassende Grundlagenarbeiten zum Bedarf und zur Finanzierung mit mehreren Zwischenberichten (u. a. Interface 2023a und 2023b) in Auftrag. Auf Basis dieser Arbeiten verabschiedete der Bundesrat am 25. Juni 2025 seinen Bericht und die Empfehlungen an das Parlament, wie die Palliativversorgung verbessert werden soll.

2011 gab es schweizweit zwei Hospize und etwa vier Pflegeheime mit spezialisierten Palliative-Care-Abteilungen. Zwölf Jahre später waren es immerhin 28 Versorgungsangebote. Die meisten Kantone haben heute eine steigende Anzahl an Angeboten, eine Palliative-Care-Strategie oder ein Programm.

Trotzdem bleibt eine erhebliche Versorgungslücke in der spezialisierten und in der allgemeinen Palliative Care bestehen. In der allgemeinen Palliative Care ist die Unterversorgung zuhause und im Pflegeheim am ausgeprägtesten. In der spezialisierten Palliative Care weisen insbesondere die spezialisierte mobile Palliative Care (MPC) und die stationäre spezialisierte palliative Langzeitpflege (Hospizstrukturen) einen Bedarf auf, der deutlich über dem Angebot liegt.

Entgegen dem Auftrag der Motion sucht man im Bericht vergeblich einen Regulierungsvorschlag oder nationale

Vorgaben zur Finanzierung. Der Bundesrat gibt in seinen Schlussfolgerungen – mit Verweis auf die verfassungsmässigen Kompetenzen und die Subsidiarität – vor allem Empfehlungen an die Kantone und teils auch an die Leistungserbringenden ab.

Empfehlungen für die Finanzierung

Palliative Care umfasst sowohl medizinische Leistungen und Pflegeleistungen, die durch die obligatorische Krankenversicherung vergütet werden, als auch Leistungen ausserhalb des Krankenversicherungsgesetzes. Je nach Modalität formuliert der Bundesrat darum unterschiedliche Empfehlungen zur verbesserten Finanzierung der Palliative Care:

1. Sachgerechte Vergütung der KVG-Leistungen

Die Vergütung von Palliative-Care-Leistungen ist im stationären und vor allem auch im ambulanten Bereich nicht ausreichend. Als Massnahme empfiehlt der Bundesrat den Tarifpartnern schlicht, unter Beizug der Kantone die Tarife sachgerechter auszugestalten. Auf regulatorischer Ebene sieht er keinen Handlungsbedarf.

Das heisst konkret:

- Im *stationären Bereich* soll der bestehende Prozess fortgesetzt werden, die Palliative-Care-Fälle in den SwissDRG-Tarifstrukturen besser abzubilden. Falls angezeigt, sollen Änderungen der Tarifstrukturen TARPSY und ST Reha erfolgen.
- Im *ambulanten Bereich* erwartet der Bundesrat durch die Einführung des TARDOC ab nächstem Jahr eine differenziertere und sachgerechtere Abbildung ärztlicher Leistungen in der Palliative Care.

Der TARDOC enthält neu ein spezifisches Unterkapitel zu hausärztlicher Palliative Care (Unterkapitel CA.15).

Es geht um Leistungen in Anwesenheit der Patienten, die keiner Limitation unterliegen (bspw. Konsultation, Besuch, telemedizinische zeitgleiche Konsultation). Weiter gibt es Leistungen in Abwesenheit der Patienten, wobei für administrative Arbeiten (bspw. Ausstellen von Rezepten oder Verordnungen, Überweisungen) eine Limitation von 60 Minuten pro 90 Tage gilt, für vernetzende Tätigkeiten sind es 60 Minuten pro Tag (bspw. Informationsaustausch mit Dritten oder Angehörigen, Besprechungen mit anderen an der Behandlung Beteiligten).

«Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung sind von dieser Neuerung im TARDOC besonders betroffen. Es muss sich noch zeigen, ob unsere Palliative-Care-Leistungen künftig angemessen entschädigt werden. Heute leisten wir zum Wohle unserer Patientinnen und Patienten viel koordinative Gratisarbeit.»

Dr. med. Esther Hilfiker und Dr. med. Rainer Felber,
Co-Präsidium der BEKAG

2. Bessere Vergütung von Pflegeleistungen

Laut Bundesrat besteht besonders hoher Handlungsbedarf bei den Pflegeleistungen. Eine der Grundlagenstudien zeigt, dass die pflegerischen Leistungen bei der spezialisierten Palliative Care häufig nicht kostendeckend vergütet werden.

Die einheitliche Finanzierung (EFAS) soll aus Sicht des Bundesrats die Wende bringen: Demnach werden ab 2032 Pflegeleistungen mittels einer Tarifstruktur vergütet, die zwischen den Tarifpartnern vereinbart wird. Damit wird das bisherige Regime mit OKP-Pauschale und einer Restfinanzierung durch die Kantone und Gemeinden ersetzt.

Als Übergangslösung bis 2032 sollen die Kantone ihre Restfinanzierung anpassen oder einen Palliative-Care-Zuschlag ausgestalten, um die Leistungen sachgerechter zu vergüten. Heute ist die Restfinanzierung kantonal sehr unterschiedlich und häufig ungenügend.

Zudem sieht der Bundesrat auch bei sich Handlungsspielraum: Er plant einen höheren OKP-Beitrag für Pflegeleistungen der spezialisierten Palliative Care. Dafür will er die Krankenpflege-Leistungsverordnung anpassen (Artikel 7a).

3. Leistungen ausserhalb des KVG

Für Leistungen wie Hotellerie- und Aufenthaltskosten, die nicht unter das KVG fallen, existieren verschiedene Finanzierungsquellen: Kantone und andere Sozialversicherungen wie die AHV mit Ergänzungsleistungen, die Invalidenversicherung (IV) oder die Sozialhilfe. Ein sehr grosser Teil wird jedoch privat finanziert – beispielsweise 59 Prozent in Hospizstrukturen und bis zu 70 Prozent bei mobilen Palliative-Care-Diensten.

Der Bundesrat plädiert deshalb dafür, dass die öffentliche Mitfinanzierung überprüft wird. Kantone, die bisher keine ergänzenden Finanzierungsmodelle haben, sollen sich an bereits bestehenden Lösungen anderer Kantone orientieren, z.B. Schaffhausen, Aargau, St. Gallen oder Wallis.

Weitere Empfehlungen des Bundesrats

Angesichts des kantonal und regional stark unterschiedlichen Angebots fordert der Bundesrat die Kantone auf, eine bedarfsgerechte Palliativversorgung sicherzustellen und dafür genügend Finanzen vorzusehen. Ausgebaut werden sollen vor allem spezialisierte Palliative-Care-Strukturen wie mobile Palliativdienste, pädiatrische Palliative Care, Hospize und analoge Strukturen.

Schliesslich empfiehlt der Bundesrat, der Aus-, Weiter- und Fortbildung zu Palliative Care angemessen Rechnung zu tragen – er adressiert dies vor allem an die medizinischen Fachgesellschaften, das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), Weiterbildungsstätten, Pflegeverbände, Hochschulen, Kantone sowie Institutionen des Gesundheitswesens.

Pädiatrische Palliative Care – der unberücksichtigte Sonderfall

Für die pädiatrische Palliative Care formuliert der Bundesrat weder Empfehlungen noch Massnahmen – dies obwohl die Besonderheiten der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit lebensverkürzenden Krankheiten in einer zusätzlichen Bedarfsstudie explizit hervorgehoben wurden (Interface 2023b). Häufig geht es um Geburtsgebrechen, deren Finanzierung vor allem über die IV und nicht über das KVG läuft.

Gemäss dieser Zusatzstudie erhalten nur 10 Prozent der betroffenen Kinder und ihre Familien die notwendige spezialisierte Betreuung. In der Schweiz haben heute schätzungsweise etwa 10 000 Kinder mit lebensverkürzenden Erkrankungen Bedarf an Palliative Care. Bis zum Jahr 2030 soll der Bedarf um etwa 43 Prozent zunehmen.

Spezielle Strukturen für pädiatrische Palliative Care entstehen zurzeit: Im August letzten Jahres öffnete in Bern «allani» als erstes Kinderhospiz der Schweiz seine Türen (s. S. 9). Ein zweites Angebot im Raum Zürich ist in Planung.

Debatte im Parlament noch am Anfang

Ob sich das Parlament mit diesen bundesrätlichen Vorschlägen für die SGK-Motion 20.4264 zufriedengibt, muss sich noch zeigen – schliesslich fehlen die verlangten gesetzlichen Grundlagen.

Ab diesem Herbst dürften der Bericht und seine Empfehlungen Thema in der Gesundheitskommission des Nationalrats (SGK-N) sein. Diese hat eine Subkommission damit beauftragt, einen Erlassentwurf für die parlamentarische Initiative 24.454 «Palliative Pflege. Finanzierung klären» des Berner EVP-Nationalrats Marc Jost auszuarbeiten.

Die grundsätzliche Zustimmung der Gesundheitskommissionen von National- und Ständerat zur Ausarbeitung

dieser parlamentarischen Initiative Jost zeigt eine gewisse Ungeduld mit dem bundesrätlichen Vorgehen. In der Begründung zur Initiative steht: «Palliative Care ist im Interesse von uns allen. Sie erhöht die Lebensqualität in der letzten Lebensphase, entlastet gleichzeitig die Akutmedizin (Spitäler) und führt damit insgesamt zu Kosteneinsparungen im Gesamtsystem. Es gibt keinen Grund, die Umsetzung weiterhin auf die lange Bank zu schieben.»

Sobald diese Kommission ihre Arbeiten abgeschlossen hat, wird es voraussichtlich eine Vernehmlassung zu den gesetzlichen Grundlagen geben, bevor sich das gesamte Parlament mit der Vorlage befasst. Neben der Debatte im nationalen Parlament wird somit auch spannend sein, welche Vorschläge von den Kantonen und Leistungserbringenden eingebracht werden.

Denkbar sind Forderungen wie

- eine nationale Regelung zur einheitlichen Tarifierung und Vergütung von Palliativleistungen, unter anderem für mobile Palliative Care sowie Pflegeleistungen in Heimen für Personen mit erheblichem Pflegebedarf,
- nationale Vorgaben für die Finanzierung von Leistung und Aufenthalt in Hospizen und die Aufnahme von Hospizen als Leistungserbringende,
- eine gemeinsame/koordinierte Restfinanzierung.

Im Bereich der pädiatrischen Palliative Care wäre auch eine KVG- und IVG-Anpassung denkbar. Damit Kinder, die in Einrichtungen wie einem Hospiz behandelt werden, nicht wie heute zwingend spitalbedürftig sein müssen, sondern auch pflegebedürftig sein können, sodass Palliative-Care-Leistungen für sie umfangreicher finanziert werden.

Palliative Care im Kanton Bern

Der Kanton Bern hat bis Ende Juni dieses Jahres eine Konsultation zu seiner neuen «Teilstrategie Palliative Care» durchgeführt. Sie ist Teil des Grossprojekts «Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020–2030» und eine Weiterentwicklung des Konzepts für die palliative Versorgung 2013/14. In der neuen Teilstrategie identifiziert der Kanton Bern folgende fünf Herausforderungen und Lösungsansätze für eine bedarfsgerechte Palliative-Care-Versorgung: Finanzierung gewährleisten, Angebot und Zugang sicherstellen, Versorgungsstrukturen aufeinander abstimmen, Palliative-Care-Kompetenzen bei Fachpersonen stärken und Sensibilisierungsmassnahmen fördern.

Um dies zu erreichen, hat der Kanton bereits Massnahmen getroffen: Seit 2015 haben sieben Listenspitäler einen Leistungsauftrag für spezialisierte Palliative Care erhalten. Kantonsweit stehen heute 52 Palliative-Care-Betten zur Verfügung. Seit 2017 müssen Pflegeheime ein Palliative-Care-Konzept einreichen, um eine Betriebsbewilligung zu erhalten. Als Begleitmassnahme sprach der Kanton über CHF 640 000, damit die Pflegeheime das Personal in Palliative Care ausbilden konnten.

In allen 4+-Versorgungsregionen bieten mindestens ein Spital (stationär) und ein mobiler Palliativdienst (ambulant) spezialisierte Palliative Care an. Palliative Care in der Grundversorgung wird weiterhin dezentral erbracht – vor allem durch Hausärztinnen und -ärzte, Spitex-Organisationen oder Pflegeheime.

Ein Meilenstein sind die kantonalen Modellversuche. Dabei wurden zwischen 2019 und 2023 die drei mobilen Palliativdienste MPD Bern, POPD Emmental–Oberaargau sowie MPD Thun/fmi AG als Pilotprojekte gefördert. Diese drei Dienste konnten derweil in die Regelfinanzierung überführt werden. Zusammen mit der EMSP BEJUNE hat heute über 80 Prozent der kantonalen Bevölkerung einen mobilen Palliativdienst. Der MPD Biel–Seeland ist im Aufbau.

In den Modellversuchen 2026 bis 2028 werden als Pilotprojekte zwei geplante Hospize – das «Mon Soleil» in der Stadt Bern und das «La Passerelle» in Corgémont – sowie das bereits aktive allani Kinderhospiz unterstützt. Die Finanzierung soll nach Vorbild des Modells im Kanton Wallis über eine Tagespauschale erfolgen.

Der Kanton Bern hält in seiner Teilstrategie mehrfach fest, dass er eine nationale Lösung für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care erwartet. Er ist überzeugt, dass die Finanzierungslücken ihren Ursprung hauptsächlich in den bestehenden Tarifstrukturen haben und dass das Problem auf nationaler Ebene angegangen werden muss. Dies lohne sich, denn eine bedarfsgerechte und koordinierte Versorgung könne das Kostenwachstum im Gesundheitswesen dämpfen, würden damit doch Hospitalisationen vermieden.

Somit dürfte der Bundesrat mit seinen Vorschlägen zur Umsetzung der SGK-Motion die bernischen Erwartungen nicht vollständig erfüllt haben. Vorläufig will der Kanton Bern die subsidiäre Restkostenfinanzierung für die spezialisierten Palliativangebote sichern – sich aber weiterhin für eine nationale Lösung einsetzen.

Terminplan 2025

16. Oktober

Delegiertenversammlung
nachmittags

16. Oktober

Berner KMU, ord. Herbst-
Delegiertenversammlung

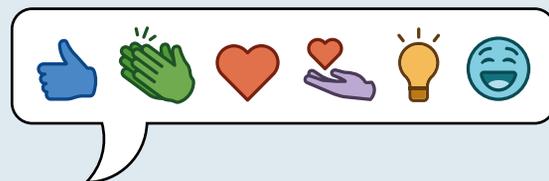
6. November

FMH-Ärzttekammer

13. November

Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit

**Folgen Sie der BEKAG
auf LinkedIn
und teilen Sie Ihre
Meinung.**



zum LinkedIn-Profil:



Labordiagnostik weitergedacht.

 **medics**
schnell. exakt. praxisnah.

Aktuelle Prozesse in der Digitalisierung des Schweizer Gesundheitswesens

Text — Dr. med. Beat Gafner

Bild — iStock, Oleh Stefaniak

Seit Jahren ist Dr. med. Beat Gafner, Präsident der BEKAG von 2011 bis 2018, Begleiter der Digitalisierung im Schweizer Gesundheitswesen. Nun zieht er sein Zwischenfazit zu wichtigen laufenden Prozessen.

*«Wer in dieselben Flüsse hinabsteigt, dem strömt stets anderes Wasser zu – nichts ist so beständig wie der Wandel»
Heraklit aus Ephesos 500 v. Chr.*

Position der FMH zum elektronischen Patientendossier (EPD) 2025

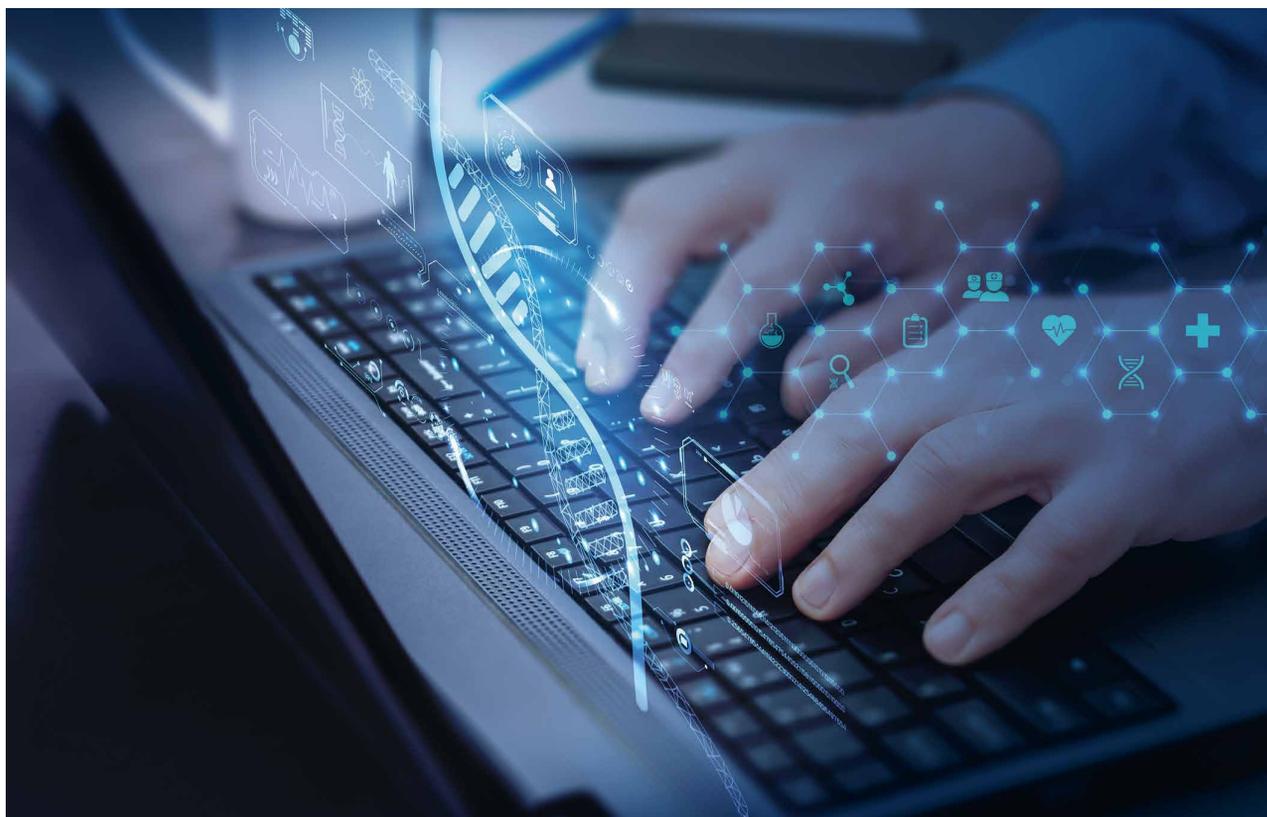
Die FMH betont, dass eine erfolgreiche Einführung des elektronischen Patientendossiers zwingend von einer hohen Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und gezielten Massnahmen zu deren Förderung begleitet werden muss. Nur so kann ein verantwortungsvoller und effektiver Umgang mit dem EPD gewährleistet werden. Zugriffsberechtigungen sollten einfach und verständlich geregelt sein. Die FMH spricht sich für ein Opt-out-Modell aus, bei dem Bürgerinnen und Bürger standardmässig ein EPD erhalten, aber der Eröffnung oder Schliessung ausdrücklich widersprechen können.

Zentrale Bestandteile des EPD müssen Diagnosen- und Medikamentenlisten sein – sie sind essenziell für eine sinnvolle Nutzung. Gleichzeitig stellt die FMH folgendes klar: Das EPD dient nicht als Kommunikationsplattform für Gesundheitsfachpersonen – es ist kein Instrument für gerichtete fachliche Kommunikation. Der Zugang zum EPD muss höchsten Sicherheitsstandards genügen und gleichzeitig nahtlos in die Arbeitsprozesse der Ärzteschaft integriert

sein. Nur so lässt sich eine effiziente Nutzung im Praxisalltag sicherstellen. Schliesslich fordert die FMH spezifische Abrechnungspositionen im Tarifsystem, damit ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit dem EPD korrekt und sachgerecht verrechnet werden können.

eHealth Suisse – das Kompetenzzentrum der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und sein Beirat

Der Beirat der Umsetzenden und Nutzenden unterstützt die Geschäftsstelle von eHealth Suisse mit fachlichen Empfehlungen zu den Themen des Steuerungsausschusses von GDK und BAG. Er setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern von insgesamt 25 Fach- und Berufsverbänden sowie Organisationen zusammen, darunter VEDAG (Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften), SMSR (Société Médicale de la Suisse Romande), mfe, SGMI (Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Informatik), FMH und der Interverband für Rettungswesen. Der Beirat verfügt ausschliesslich über eine beratende Funktion und wird als relativ schwerfällig wahrgenommen. Zur thematischen und operativen Unterstützung werden Arbeitsgruppen eingesetzt. Ein formales Vorschlagsrecht besteht gegenüber dem Programmausschuss, der seinerseits dem Steuerungsausschuss von GDK und BAG vorgeordnet ist. Kritisch anzumerken ist, dass im Steuerungsausschuss nach



Das Schweizer Gesundheitswesen befindet sich mitten in einem allumfassenden Digitalisierungsprozess.

wie vor keine Repräsentation aktiv praktizierender ambulanter Leistungserbringender vorgesehen ist. Dies erschwert eine praxisnahe Ausgestaltung der Digitalisierungsstrategie erheblich.

Der Masterplan – ein strategischer Zeitplan zur inhaltlichen Priorisierung und zur schrittweisen Bereitstellung zentraler Austauschformate – wurde nach breiter Vernehmlassung vom Programmausschuss von eHealth Suisse genehmigt. Viele dieser Formate sind bereits rechtlich verankert oder stehen kurz vor der regulatorischen Finalisierung. Ihre gestaffelte Einführung ist bis spätestens 2028 vorgesehen.

Revision Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG)

Die Totalrevision des EPDG durchläuft gesetzgeberisch mehrere Etappen: interne Ämterkonsultation, Auswertung, Mitberichtsverfahren, Antrag des Bundesrates an das Parlament, parlamentarische Beratung sowie die anschliessende Inkraftsetzung. Differenzen in der Ämterkonsultation führen zur Verschiebung des Bundesrat-Antrages an die Räte vom Mai 2025 in den Spätherbst 2025. Mit einem definitiven Inkrafttreten ist

frühestens ab dem Jahr 2028 zu rechnen. Zu unterscheiden ist die umfassende Revision von der Übergangsfinanzierung.

«Umfassend» geregelt wird die Finanzierungs- und Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen, indem der Bund die Finanzierung der Weiterentwicklung der zentralen, technischen Infrastruktur aller Stammgemeinschaften sowie die Ausschreibung zu deren Beschaffung sichert, die Anschlusspflicht für alle Leistungserbringenden entlang der gesamten Behandlungskette festlegt und das Opt-Out-Modell für die Bevölkerung fordert.

Die Kantone ihrerseits sichern die Finanzierung mindestens einer Stammgemeinschaft pro Kanton. Die Stammgemeinschaften finanzieren weiterhin ihren Betrieb. Die Übergangsfrist beträgt zwei Jahre, abgesehen von praktizierenden Gesundheitsfachpersonen, die über ihr Pensionsalter hinaus weiterarbeiten.

Damit wird eine stärkere Integration in bestehende Abläufe angestrebt. EPD-Daten und damit verbundene Prozesse sollen in der täglichen Arbeit von Gesundheitsfachpersonen ohne zusätzlichen administrativen Aufwand genutzt werden können. Dies setzt eine tiefe technische Integration in die Primärsysteme mit direkter Datenübertragung zwischen Primärsystem und EPD ohne Umweg über Webportale

voraus. Zudem braucht es eine automatisierte Prüfung zum Vorliegen eines EPD, automatisiertes Herunterladen relevanter Dokumente, standardisierte Schnittstellen zwischen (Stamm-)Gemeinschaften und strukturierte Datenerfassung. Eine Begleitstudie soll Initial- und Folgekosten der EPD-Anbindung in der ambulanten Praxis ermitteln und zu einer raschen Amortisation der Investitionskosten von Primärsystemen mit tiefer Integration führen.

Eine *Übergangsfinanzierung* funktioniert als Finanzhilfe an Stammgemeinschaften bis zur Umsetzung des revidierten EPDs. Pro eröffnetes EPD erhält eine Stammgemeinschaft CHF 30.–. Der Kanton Bern hat seine Teilnahme an dieser kofinanzierten Übergangslösung bereits bestätigt.

Von der Strategie eHealth Schweiz 2.0 zu DigiSanté

DigiSanté ist das Programm des EDI zur «Förderung der digitalen Transformation im Gesundheitswesen» im Auftrag des Bundesrates und der Ämter BAG und BFS. Formuliert 2024, kann die Umsetzung bis 2034 dauern. Sie löst die Strategie «eHealth Schweiz 2.0» ab. Die Zuständigkeiten sind in einer Rahmenvereinbarung zwischen der GDK, dem BAG und eHealth Suisse festgelegt. Im Fokus stehen: Standardisierung, Once-Only-Prinzip, Harmonisierung von Registern, Erstellen von Roadmaps sowie der Einbezug der Kantone und der «Fachgruppe Datenmanagement im Gesundheitswesen».

Einschätzung zur Weiterentwicklung:

Trotz der strukturellen Fortschritte bleibt eine zentrale Schwäche bestehen: Die aktive Einbindung ambulant tätiger Leistungserbringender in die entscheidenden strategischen Gremien fehlt nach wie vor. Dieser Mangel gefährdet die Praxis-tauglichkeit zentraler Digitalisierungsvorhaben – insbesondere im Hinblick auf deren Akzeptanz und Nutzbarkeit im Alltag.

Sanela Stammgemeinschaft und das Anschluss-konzept «Sanela Connect»

Die Sanela Stammgemeinschaft deckt weite Teile der Deutschschweiz sowie den Kanton Tessin ab und strebt ein weiteres Mitgliederwachstum an. Sie wird getragen vom Trägerverein Sanela, der Vertretung von Einrichtungen und Berufsverbände, sowie der Cantosana AG als Vertreterin kantonaler Gesundheitsbehörden. Beide Institutionen halten gemeinsam 25 % der Aktien der Post Sanela Health AG. Diese führt die betriebliche Organisation seit 2022 unter dem Dach des Postkonzerns.

Der Verwaltungsrat der Post Sanela Health AG setzt sich aus drei Mitgliedern der Schweizerischen Post sowie je einem Vertreter des Trägervereins Sanela und der Cantosana AG zusammen. Die Zusammenarbeit ist konstruktiv und lösungsorientiert im Einklang mit den Vorgaben des BAG und des EPDG.

Mit dem Anschlusskonzept «Sanela Connect» kann jedes Primärsystem von allen Leistungserbringenden und Intermediären über Standardschnittstellen mit dem EPD, mit der «Cuore»-Zusatzplattform der Post Sanela und jeder anderen B2B-Zusatzdienst-Plattform kommunizieren.

Damit ist die Forderung nach «Integration von EPD + erweitertes EPD + Zusatzdienste B2B» realisiert.

Veränderungen der Geografie von Stamm-gemeinschaften – Zusammenschluss von emedo, eSANITA und CARA

GDK und BAG propagieren das Projekt «One EPD» für die ganze Schweiz. Darunter wird eine gesamtschweizerisch einheitliche technische Grundlage für den Betrieb des EPD gefordert. Die technisch unterschiedliche Plattformen der (Stamm-) Gemeinschaften führten bisher nicht zu der gewünschten Vereinheitlichung, Kostenminderung und reeller Interoperabilität.

Zu einer gemeinsamen EPD-Stammgemeinschaft schliessen sich beispielsweise emedo und eSANITA zusammen. Auf Basis der emedo-Plattform wird die Interoperabilität technisch gewährleistet. eSANITA ergänzt das Angebot durch seine etablierte B2B-Plattform, die für den Datenaustausch zwischen Gesundheitsinstitutionen dient. Mit einer Veränderung der gesamtschweizerischen Stammgemeinschafts-Geografie ist zu rechnen.

Gesundheitsplattformen und Intermediäre – Ergänzung oder Konkurrenz?

Neben dem staatlich geförderten EPD haben sich in der Schweiz versicherungsnahe Gesundheitsplattformen mit zunehmender Bedeutung etabliert. Compassana, Well und andere Gesundheitsplattformen zeichnen sich durch das Vorhandensein einer Patienten-App zum persönlichen Dossier, Terminvereinbarungsmöglichkeiten mit Arztpraxen, Zugriff auf das E-Rezept sowie direktem Zugang zu Aktionären wie Krankenversicherern, medizinischen Auskunftsdiensten und intermediären Netzwerkbetreiber wie Swiss Medical Network oder Heureka Health AG aus. Weitere Charakteristika: 2-Faktoren-Identitätsprüfung per Smartphone gemäss Datenschutzgesetzgebung, Datenspeicherung in der Schweiz und Kommunikation via HIN-Adressen. Die Krankenversicherer haben keinen Zugang auf sensible Patientendaten. Solche Plattformen sind im Ausland Standard und stellen durch ihre Interoperabilität und Nutzerorientierung potenzielle Ergänzungen aber auch Konkurrenz zum EPD dar.

IG BeHealth – regionale Vernetzung im Kanton Bern

Die Interessengemeinschaft BeHealth (IG BeHealth) wurde 2017 auf Initiative des Spitalamts der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF; heute Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion GSI) gegründet. Die IG BeHealth vertritt die stationären und ambulanten Gesundheitseinrichtungen.

Ziel war ursprünglich die Klärung, ob eine eigene bernische Stammgemeinschaft aufgebaut oder ein Anschluss an eine andere Struktur gesucht werden soll. Dies führte 2018 zum Zusammenschluss mit dem Trägerverein XAD Zürich, ehemals axvana AG, heute Sanela Stammgemeinschaft.

Seither hat sich die IG BeHealth als unkomplizierte und gut vernetzte Diskussions- und Orientierungsplattform etabliert. Die bernischen Vorstandsmitglieder des Trägervereins Sanela werden in der Regel aus dem Kreis der IG BeHealth gestellt.

Epic, das Zuweiserportal «InselLink» der Insel Gruppe AG

Epic ist ein amerikanisches Unternehmen für Gesundheitssoftware und Informationstechnologie mit 13 000 Mitarbeitenden, das 2022 über die Krankenakten von 78 % aller USA-Patienten verfügte und von den meisten Kliniken der USA als Klinikinformationssystem genutzt wird. Im Juni 2023 startete die Arbeitsgruppe «InselLink – Zuweisermanagement» ihre Tätigkeit mit dem Ziel, dieses neue Klinikinformationssystem der Insel Gruppe AG auch für Zuweisen zu optimieren. Die praktizierende Ärzteschaft war durch eine Delegation der BEKAG vertreten und hatte das Ziel, den direkten Zugriff der Zuweisenden auf Daten von Patientinnen und Patienten sowie auf laufende Abklärungen im Inselspital zu gewährleisten.

Erste Ergebnisse und Anwendungsmöglichkeiten wurden an den Berner Tagen der Klinik BETAKLI 2024, an einer BEKAG-Delegiertenversammlung sowie im doc.be vorgestellt. Registrierungsbasis ist die persönliche HIN-Adresse oder eine Praxis-HIN. Respektable Hürden sind die Datenschutzfragen und deren Abwägung zwischen Zugangsbeschränkung und praktischer Nutzbarkeit. Das Sicherheitskonzept wurde im Januar 2025 einer organisierten Überprüfung unterzogen und Schwachstellen wurden darauffolgend ausgemerzt. Die Anzahl der aktiven Nutzerinnen und Nutzer nimmt kontinuierlich zu – ein Hinweis auf die gestiegene Praxistauglichkeit.

Wie weiter? Ein Fazit.

Mich interessieren die Perspektiven der in Praxen arbeitenden Ärzteschaft. Die Aspekte der Bevölkerung und Kranken kennen wir aus unserer täglichen und nächtlichen, selbstverständlichen Arbeit. Während meiner über 20-jährigen Auseinandersetzung mit der Digitalisierung in unserem Berufsalltag bemängle ich stark die ungenügende, ja fehlende Einbindung der ambulant praktizierenden Ärzteschaft in die Gesetzgebung, Planung, Ausarbeitung und Einführung sowohl des EPD-Gesetzes als auch dessen Ausführungsverordnungen sowie in den Einsatz des EPD und der mit dem EPD zusammenhängenden B2B-Mehrwert- und Zusatzdienste. Der Mehraufwand und die Mehrkosten im heutigen Arbeitsalltag durch Auflagen rund um das EPD – und nicht um die eKrankengeschichte per se – sind nicht wegzudiskutieren. Ich verweise auf die Positionen der FMH. Es genügt nicht, nur ein ePraxisinformationssystem anzuschaffen, es muss auch in den Arbeitsalltag effektiv integriert werden können. Dazu sind Standardisierung, Vereinheitlichung von Schnittstellen und enge Zusammenarbeit mit den Anwendenden unumgänglich. Das Muss zur Mithilfe an der Ausformulierung von Lösungen sei aber auch uns Praktizierenden ins Pflichtenheft geschrieben! Auch noch nicht den ihr zustehenden Platz in unseren Köpfen und im Praxisalltag gefunden, hat der Stellenwert der künstlichen Intelligenz.

BEKAG Vorstand

Der BEKAG-Vorstand stellt sich vor

Der Kern-Vorstand der Aerztesgesellschaft des Kantons Bern setzt sich aus den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen regionalen Bezirksvereine zusammen. In dieser Interviewreihe stellen sich die Vorstandsmitglieder vor.



Dr. med. Gabor Balas

Meine Ausbildung begann nach der Primarschule mit dem Gymnasialbesuch und setzte sich fort mit dem Medizinstudium in Zürich. Staatsexamen und Promotion waren in Zürich. Für die Dissertation: «Rauchen in der Schwangerschaft, ein COHb-Screening im Venenblut schwangerer Frauen und in der Nabelschnurarterie und in der Nabelschnurvene» erhielt ich den Semesterpreis der Universität Zürich. Die praktische Arzttätigkeit begann ich am Kantonsspital St. Gallen als Assistenzarzt auf der Viszeralchirurgie und auf der Anästhesie. Die Facharztausbildung zum Gynäkologen und Geburtshelfer erfolgte in St. Gallen und in Zürich. Im Angestelltenverhältnis war ich zuletzt im Regionalspital Thun als Chef-Stellvertreter tätig.

Seit 1996 praktiziere ich selbständig in meiner Praxis in Ostermundigen; zunächst mit Belegarzttätigkeit an den Kliniken Siloah und Beau-Site.

Nach Auflösung der frauenmedizinischen Abteilung der Klinik Beau-Site, wechselte ich an die Klinik Engeried. Nach dem Zusammenschluss der Klinik Engeried mit dem Lindenhofspital arbeitete ich in der Lindenhofgruppe. Seit ca. einem Jahr bin ich dort als Partnerarzt tätig.

Ich bin verheiratet und habe vier Kinder. Privat beschäftige ich mich gerne mit Literatur, Geschichte und Politik.

Herr Dr. Balas, wie lange sind Sie bereits Teil des BEKAG-Vorstandes und welchen Bezirksverein vertreten Sie?

Seit September 2016 bin ich im Vorstand der BEKAG als Vertreter des Ärztlichen Bezirksvereins Bern Regio.

Was bewegte Sie dazu, für den BEKAG-Vorstand zu kandidieren? War dies bereits länger eines Ihrer Ziele?

Standespolitisch bin ich seit 2002 aktiv. Zunächst beim Ärzte-Bezirksverein Bern-Land und seit der Vereinigung mit dem Medizinischen Bezirksverein Bern-Stadt zum Ärztlichen Bezirksverein Bern Regio war und bin ich einerseits als Vorstandsmitglied und andererseits als Delegierter bei der BEKAG tätig. Als die Mitgliedschaft im Vorstand der BEKAG möglich wurde, kandidierte ich, da ich die Aufgabe interessant finde.

Mit welchen Anliegen gingen Sie ursprünglich in den BEKAG-Vorstand?

Da die verschiedenen Ärztegruppen zum Teil unterschiedliche Ziele haben, sehe ich es als meine Aufgabe, dazu beizutragen, dass jeweils ein Konsens gefunden wird.

Welche Themen beschäftigten Sie am meisten in Ihrer standespolitischen Tätigkeit?

Die Organisation des Notfalldienstes unter anderem mit der Schaffung von ausbildungsgerechten Notfalldiensten angesichts der Zunahme der Spezialisierung der Ärzteschaft ist mir ein grosses Anliegen.

Was sind Ihre Ziele für die laufende Amtszeit?

Die Umstellung auf den neuen Ärztetarif ist eine Herausforderung. Wir vom Vorstand unterstützen die Kolleginnen und die Kollegen bei der Bewältigung der Probleme. Bei einigen Fachrichtungen, wie zum Beispiel der Gynäkologie, muss eine den neuen Anforderungen entsprechende Weiterbildung geschaffen werden.

Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft des Gesundheitswesens des Kantons Bern?

Es wäre wünschenswert, eine Reduktion der administrativen Belastung der Ärzteschaft zu erreichen. Das würde die jungen Kolleginnen und Kollegen in ihrer Tätigkeit motivieren. Es wäre auch hilfreich, wenn sich eine grössere Zahl von ihnen entschliessen könnte, 100 % zu arbeiten, wie das früher selbstverständlich war.

Text — Dr. med. Gabor Balas

Bild — zVg



Mehr Zeit für das Wichtige

Ihre Entlasterin

Die Ärztekasse unterstützt Sie mit zahlreichen Informatikprodukten und Dienstleistungen rund um Ihre Praxisadministration. So können Sie sich auf die medizinische Arbeit konzentrieren. Das freut auch die Patientinnen und Patienten.



Weitere Infos und Angebote auf aerztekasse.ch

Ä K **ÄRZTEKASSE**
C A I S S E D E S M É D E C I N S
C M **CASSA DEI MEDICI**

Wir sind das Kompetenz-zentrum für alle Altersthemen

PRO SENECTUTE

| Kanton Bern

Sozialberatung

Von der Lebensgestaltung nach der Pensionierung über finanzielle Anliegen bis hin zu Fragen rund um den Heimeintritt – in unseren Beratungsstellen im Kanton Bern stehen ausgebildete Sozialarbeitende zur Verfügung.

Gesundheitsförderung

Mit Gesundheitsberatung und praktischen Tipps erhalten Seniorinnen und Senioren Unterstützung, um möglichst lange fit und gesund zu bleiben.

Unterstützung im Alltag

Unsere Entlastungs- und Unterstützungsangebote erleichtern älteren Menschen das Leben zu Hause.



Kontaktieren Sie uns:

Pro Senectute Kanton Bern
031 359 03 03
info@be.prosenectute.ch
be.prosenectute.ch



Rechtsschutz für einen sorgenfreien Berufsalltag

Wussten Sie, dass die **Gefahr eines Rechtsstreits für Ärztinnen und Ärzte höher ist**, als je zuvor? Solche Auseinandersetzungen sind belastend, können schnell teuer werden und im schlimmsten Fall Ihre Existenz bedrohen. **Schützen Sie sich mit unserer Rechtsschutzversicherung** – für mehr Sicherheit in Ihrem Beruf oder in Ihrem Privatleben.

Als Mitglied der **Aerztesgesellschaft des Kantons Bern** profitieren Sie von attraktiven **Vorzugskonditionen**.

AXA-ARAG.ch



Mehr erfahren

