

PD Dr. med. Christiane Sokollik im Porträt

«Meine Welt sind die Berge»

Als PD Dr. med. Christiane Sokollik zum ersten Mal endoskopieren durfte, wusste sie sofort: «Das ist meins.» Inzwischen ist sie Leitende Ärztin pädiatrische Gastroenterologie an der Kinderklinik Bern und Präsidentin der Schweizer Gesellschaft für pädiatrische Gastroenterologie, Hepatologie und Ernährung. Der Weg zum Arztberuf war aber nicht immer ganz klar, denn parallel zum Medizinstudium studierte Christiane Sokollik auch noch Informatik.

Interview | Dr. med. Eva Ebnöther

PD Dr. med. Christiane Sokollik,
Leitende Ärztin pädiatrische
Gastroenterologie an der Kinder-
klinik Bern und Präsidentin
der Schweizer Gesellschaft für
pädiatrische Gastroenterologie,
Hepatologie und Ernährung



● **GastroMag: Dr. Sokollik, warum sind Sie Pädiaterin geworden?**

Christiane Sokollik: Meine Oma hatte den Traum gehabt, Kinderärztin zu werden, konnte den Traum aber nicht verwirklichen. Vielleicht hat das auf mich abgefärbt. Im Studium merkte ich jedenfalls, dass mich die Pädiatrie am meisten anspricht – sowohl von den Patient:innen als auch von den ärztlichen Kolleg:innen her. Ein bisschen Verspieltheit gehört zur Grundvoraussetzung in der Pädiatrie. Auf den Stationen im Kinderspital stehen Bobbycars, und wenn ein Kind auf so einem Gefährt an mir vorbeisauert, dann weiss ich, dass es ihm besser geht. Ich spüre oft eins zu eins, was ich Gutes tue.

Und warum die Spezialisierung auf Gastroenterologie?

Das Technische hat mich fasziniert, die Endoskopien. Als ich das erste Mal bei einer Endoskopie mitmachen durfte, wusste ich sofort: «Das ist meins.» Ich war schon immer an Technik interessiert, deshalb habe ich ausser Medizin auch noch Informatik studiert. Das hat mir viel Spass gemacht, ich spürte aber mit der Zeit, dass mir die Medizin doch noch näher liegt als die Informatik. Die Lust am Technischen habe ich aber nie verloren, sowohl bei meinen Forschungsthemen als auch in der Lehre bei der Entwicklung von digitalen Lehrmitteln.

Haben Sie das Endoskopieren gleich bei Kindern oder zunächst bei Erwachsenen gelernt?

Eigentlich parallel, denn die Grundtechnik ist ja gleich. Bei Kindern ist einfach das Equipment kleiner. Meine Patient:innen sind zwischen 0 und 16 Jahre alt und zwischen 600 Gramm und 100 Kilo schwer. Bei kleinen, feinen Babys kann man technisch an Grenzen kommen und braucht andere Tricks als bei grösseren Kindern oder Erwachsenen. Manchmal benutzen wir ein Bronchoskop oder Materialien aus der Urologie.

Werden Frühgeborene auch schon endoskopiert?

Nur sehr selten, wir möchten das vermeiden. Normalerweise machen wir Endoskopien erst bei Kindern ab 5 Kilo Körpergewicht – auch diese Babys sind noch winzig und ihr Darm ist sehr fragil.

In der Erwachsenen-Gastroenterologie sind Tumoren ein wichtiges Thema. Und bei Ihnen?

Wir betreuen zwar schwerkranke Kinder, zum Beispiel mit biliärer Atresie oder mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, aber maligne Tumore kommen praktisch keine vor. Mit dem Tod bin ich in meiner Sub-Spezialisierung nur extrem selten konfrontiert – das ist ein schöner Aspekt. Mit chronisch kranken Kindern und ihren Angehörigen bauen wir langjährige Beziehungen auf. Bei manchen Kindern dia-

gnostizieren wir einen Morbus Crohn im Alter von drei Jahren, und wir begleiten sie durch die ganze Kindheit und Jugend, bis sie ihre Lehre abschliessen oder die Matura machen. In der Pädiatrie geht es ja primär darum, einem Kind einen guten Start ins Leben zu ermöglichen und es dann flügge werden zu lassen. Die Entwicklungen und die Fortschritte auf diesem Weg mitzuverfolgen, finde ich spannend und sehr befriedigend. Auch ein bisschen Stolz ist dabei, wenn ich den jungen Erwachsenen, wenn sie von der Pädiatrie in die Erwachsenenmedizin wechseln, alles Gute für die Zukunft wünschen darf.

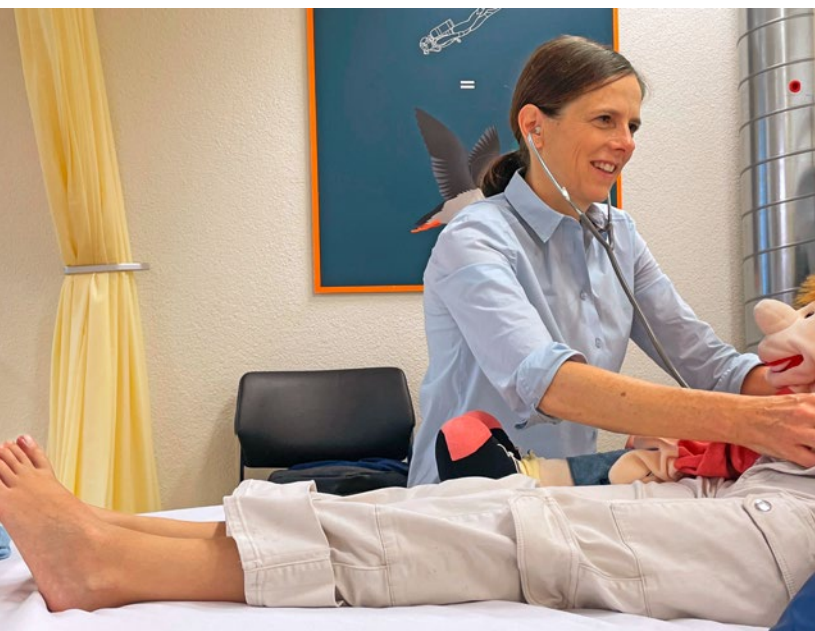
«Auch in der Pädiatrie braucht es klinische Studien.»

Wie organisieren Sie die Transition Ihrer Patient:innen in die Erwachsenen-Gastroenterologie?

Wir haben spezielle Transitionssprechstunden, in denen wir den Übergang mit der Patientin oder dem Patienten – und auf Wunsch auch mit den Eltern – gemeinsam mit jemandem aus der Erwachsenen-Gastroenterologie oder -Hepatology besprechen. Hier in Bern können wir die Patient:innen sinnbildlich und wörtlich über die Brücke ins Gebäude nebenan schicken, die Wege sind kurz. Meistens ist die Transition problemlos. Manche Patient:innen sagen irgendwann selbst: «Jetzt habe ich aber genug davon, zusammen mit kleinen, lauten Kindern im Wartezimmer zu sitzen.»

Hatten Sie nie Lust, eine Praxis zu eröffnen?

Nein, ich möchte im Spital arbeiten. Die wissenschaftliche Seite und die Multidisziplinarität an einem Unispital liegen mir und ich brauche die Herausforderungen, die hier täglich an mich gestellt werden. Zu uns kommen diejenigen Kinder, die Blut im Stuhl haben, immer wieder erbrechen oder gelb sind, bei denen etwas Schwerwiegenderes hinter den Beschwerden steckt. Das interessiert mich. Im Spital schätze ich die enge Zusammenarbeit mit den Kolleg:innen aus anderen Fachgebieten. In der Pädiatrie sind die Teams klein, und so sitzt im Sprechzimmer nebenan der Rheumatologe oder die Dermatologin. Diese Nähe macht die interdisziplinäre Zusammenarbeit einfach und schnell. Die Komplexität der Fälle wirft viele Fragen auf, und diese zu beantworten, bestärkt mein Forschungsengagement fortwährend. Hierfür ist ein universitäres Setting sehr vorteilhaft. →



Christiane Sokollik untersucht einen Patienten ...



... und bespricht den Befund anschliessend mit dessen Mutter

Welches sind Ihre Forschungsschwerpunkte?

Die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (IBD). Mich interessiert vor allem die transnationale Forschung, die Zusammenarbeit mit den Grundlagenforschenden. Gerade kürzlich habe ich einen Grant zugesprochen bekommen für eine Studie zum Mikrobiom bei Kindern mit IBD. Das Mikrobiom ist ja nicht nur einfach da, sondern es hat eine Funktion. Und je nach Zusammensetzung ändert sich diese Funktion bzw. ist sie eher vorteilhaft oder nachteilig für die Gesundheit. Die Zusammenhänge zwischen der mikrobiellen Funktion und IBD wollen wir uns näher anschauen. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt sind Biomarker im Blut: Welche Marker können Hinweise auf die zugrunde liegende Erkrankung und die Prognose bei IBD liefern? Hier arbeite ich eng mit den Labormediziner:innen zusammen.

Warum bricht eine IBD manchmal im Kindesalter, manchmal erst bei Erwachsenen aus?

Der genetische Background spielt eine wichtige Rolle. Hinzu kommen verschiedene Risikofaktoren, zum Beispiel, ob jemand in der Stadt oder auf dem Land aufwächst, ob man aus einer Raucherfamilie kommt, wie die Ernährung ist oder ob jemand schon als Kleinkind mit Antibiotika behandelt wurde. Oft höre ich, dass die ersten Symptome nach einem Infekt aufgetreten sind. Dann erkläre ich den Eltern des betroffenen Kindes, dass der Infekt vermutlich nicht die Ursache für die Erkrankung ist, sondern einfach der Tropfen, der das Fass zum Überlaufen gebracht hat.

Haben die Eltern von erkrankten Kindern Schuldgefühle?

Ja, vor allem Mütter denken oft, sie hätten etwas falsch gemacht. Ich versuche zu vermitteln, dass das nicht der Fall ist. Das zeigt sich oft ja auch daran, dass das Geschwisterkind gesund ist, obwohl es gleich aufwächst wie das betroffene Kind. Eine IBD ist ein

Schicksalsschlag. Wichtig ist, das Beste aus der Situation zu machen. Und da haben wir immer mehr Möglichkeiten und können gemeinsam mit der Familie viel erreichen. Wenn ich aber sehe, dass Eltern durch die Erkrankung stark belastet sind oder sich schuldig fühlen, vermittele ich eine psychologische Beratung.

Bei den IBD kamen in den letzten Jahren zahlreiche neue Medikamente auf den Markt. Die meisten sind aber nur für Erwachsene zugelassen.

Das ist in der Pädiatrie ein Riesenproblem. Oft dauert es viele Jahre, bis ein Wirkstoff auch für Kinder zugelassen wird, bei manchen Medikamenten noch länger. Viele Wirkstoffe wenden wir in der Pädiatrie off-label an, ohne Evidenz aus klinischen Studien zu haben. Deshalb laufen hier am Kinderspital auch Pharmastudien, damit wir unseren Patient:innen wirklich die bestmöglichen Therapien anbieten können. Leider gibt es zu wenige klinische Studien für Kinder – mir ist aber sehr wichtig, dass auch Kinder an Studien teilnehmen können. In den letzten Jahren hat sich das Studiendesign sehr verbessert, so dass alle Teilnehmenden das Medikament erhalten und nicht-invasive Überwachungsmethoden wie klinische Scores oder Ultraschalluntersuchungen angewendet werden.

«Wenn auf der Station ein Kind in einem Bobbycar vorbeisaut, dann weiss ich, dass es ihm besser geht.»

Sie haben nach Ihrer Facharztausbildung einige Jahre in Toronto, Kanada, und ein halbes Jahr in Birmingham gearbeitet.

Das *Hospital for Sick Children* in Toronto ist die grösste Kinderklinik der Welt. Dort war ich drei Jahre in der Gastroenterologie und Hepatologie als Fellow tätig – insgesamt waren wir zwölf Fellows aus aller Welt. Da

habe ich extrem viel gesehen und gelernt und ich konnte einen vollen Rucksack an Erfahrungen zurück nach Europa bringen. Das war eine schöne Zeit, in der ich auch viele Freundschaften mit Menschen aus aller Welt geschlossen habe. Ich könnte problemlos eine Stunde lang über Toronto schwärmen (*lacht*).

Welche Unterschiede zur Situation in der Schweiz haben Sie im Ausland beobachtet?

Ich finde, die Patient:innen hier in der Schweiz werden sehr gut betreut und die Zeit vom ersten Symptom bis zur Diagnose ist viel kürzer als in Toronto oder in England. Patient:innen, denen es nicht gut geht, melden sich rasch bei uns und wir intervenieren extrem frühzeitig. Das ist sicher mit ein Grund, warum unsere Patient:innen seltener hospitalisiert werden müssen oder die Kolektomie hier in Bern deutlich tiefer ist als in anderen Ländern. Die Wege in der Schweiz sind kurz und die Spezialist:innen sind nahe beieinander. Das hat grosse Vorteile.

«Ob Skitouren, Wandern, Mountainbiken oder Klettern: Hauptsache hinauf.»

Und punkto Finanzierung?

Hier müssen wir uns zum Glück bisher wenig Sorgen machen – ganz im Gegensatz zu anderen Ländern. Die Finanzierung von Leistungen ist in der Schweiz noch gesichert. Allerdings steigt auch bei uns in der Pädiatrie der Druck, kostendeckend zu arbeiten, was aus meiner Sicht bei den aktuellen Tarifen unmöglich

ist. In der Pädiatrie braucht man mehr Zeit, das wird meistens unterschätzt. Wenn Sie einem Dreijährigen Blut nehmen wollen, dann versteht er das nicht und er will auch nicht mitmachen. Da müssen fünf Leute mithelfen und es dauert fünfmal so lange wie bei einem Erwachsenen.

Haben Sie damit geliebäugelt, in Kanada zu bleiben?

Ja, und ich hatte auch ein Stellenangebot. Aber ich vermisste meine Familie und die Berge – ich bin eine leidenschaftliche Bergsportlerin. Toronto ist komplett flach, und die Natur ist weit weg. Wenn man vom Zentrum aus losfährt, ist man nach zwei Stunden immer noch in einem Vorort, und dort gibts den Schnellimbiss Tim Hortons. Von Bern aus bin ich in einer knappen Stunde in der beeindruckendsten Bergwelt oder bei extrem schlechtem Wetter auch mal in zwei Stunden in Italien, setze mich in Domodossola auf die Piazza, trinke Espresso und genieße das italienische Essen. Das finde ich unglaublich toll.

Apropos Essen: Welche Rolle spielt die Ernährung bei IBD-Patient:innen?

Eine gesunde Ernährung hat einen prophylaktischen Effekt. Dies ist mit ein Grund, warum es in Ländern, wo die Menschen sich im Durchschnitt ungesünder ernähren als hier, mehr IBD-Patient:innen gibt. Bei Kindern mit IBD setzen wir Ernährungsmodifikationen auch als Therapie ein und die Familien interessieren sich sehr für Informationen über die optimale Ernährung. Deshalb schicken wir unsere Patient:innen und die Eltern immer in die Ernährungsberatung. →

Mit Sohn Jonah beim Skifahren



Beim Klettern im Jura



Ist es für die Kinder und ihre Angehörigen nicht sehr einschränkend, wenn sie plötzlich nur noch «gesund» essen und kochen sollen?

Das ist ein sehr wichtiger Aspekt. Das Ziel von allen Therapien ist ja, dass das Kind von seiner Erkrankung möglichst wenig mitbekommt und es sich – auch sozial – normal entwickeln kann. Deshalb setzen wir uns mit den betroffenen Familien hin und besprechen konkret, was an diätetischer Therapie für sie umsetzbar ist. Die Ernährung soll nicht so einschränkend sein, dass das Kind nicht mehr an einen Kindergeburtstag gehen kann oder ausgeschlossen ist, wenn die Freundinnen eine Tüte Chips teilen. Bei der Ernährung spielt natürlich auch das Alter eine wichtige Rolle: Bei einem Baby oder Kleinkind können die Eltern kontrollieren, was das Kind isst, bei einem Teenager geht das nicht. Ältere Kinder und Jugendliche bestimmen mit, und sie können auch Eigenverantwortung übernehmen.

Wie erleben Sie Ihre Patient:innen, wenn diese in die Pubertät kommen – rebellieren sie gegen die Therapien und Essensvorschriften?

Manche schon, und dann müssen wir zusammen mit den Eltern nach individuellen Lösungen suchen. Das gelingt meistens, denn wir kennen die Betroffenen ja oft schon lange und es besteht ein Vertrauensverhältnis. Eine Möglichkeit sind zum Beispiel intravenöse Medikamente – da müssen die Jugendlichen nur alle acht Wochen für eine Infusion zu uns kommen, und dazwischen haben sie «frei». Oder ich betreue die Patient:innen per Telefonsprechstunde, so dass sie nicht so häufig ins Spital kommen müssen.

In seltenen Fällen bleibt nichts anderes übrig, als den Freiheitsdrang des Jugendlichen hinzunehmen und abzuwarten, was geschieht, wenn er alle Medikamente absetzt.

«Meine Patient:innen sind zwischen 600 Gramm und 100 Kilo schwer.»

Was machen Sie gern, wenn Sie nicht arbeiten?

Die Berge sind meine Welt. Ich liebe alles, mit dem man auf den Gipfel kommt. Ob Skitouren, Hochtouren, Mountainbiken, Klettern oder Wandern: Hauptsache hinauf. Deshalb wohne ich sehr gern in Bern, nahe an den Bergen und an der Natur. Meinen Mann habe ich übrigens in einer Berghütte kennengelernt. Er ist Schweizer, und er liebt den Bergsport ebenfalls.

Haben Sie Kinder?

Unser Sohn Jonah ist fünfeinhalb Jahre alt – das «halb» ist ihm sehr wichtig – und geht in den Kindergarten. Glücklicherweise hat er auch grossen Spass am Klettern, so können wir ihn schon auf einfachere Touren mitnehmen.

Was wollten Sie als Kind werden?

Juristin, weil ich Gerechtigkeit immer ganz wichtig fand. Bis ich erfuhr, dass jemand, dem Gerechtigkeit wichtig ist, nicht Jurist werden sollte (*Augenzwinkern*). Ich bin aber sehr zufrieden mit meiner Berufswahl. Meine Arbeit ist sehr erfüllend, immer noch und jeden Tag. O



7 FACTS ABOUT ...

Christiane Sokollik

- 1 Als sie in Toronto lebte, schätzte sie dort unter anderem das kulinarische Angebot. «Man kann dort extrem gut essen, vor allem asiatisch.»
- 2 Ihr Name bedeutet auf Tschechisch «kleiner Falke».
- 3 Ihr musikalischer Geschmack reicht von Klassik bis zu Singer-Songwriter. «Und ich mag französischen Hip-Hop.»
- 4 Sie wohnt mitten in Bern an der Länggasse. «Dass ich mit dem Velo zur Arbeit fahren kann, ist ein grosses Privileg.»
- 5 Sie liebt Kurzgeschichten, und einer ihrer Lieblingsautoren ist Peter Stamm.
- 6 Ihre Affinität zur Informatik liegt in der Familie: «Mein Vater ist Kybernetiker. Er lernte meine Mutter im Rechenzentrum kennen, wo sie den Grossrechner betreute, der noch mit Lochkarten lief.»
- 7 Sie lernte schon in der Grundschule programmieren und war später im Informatikkurs das einzige Mädchen. «Später hatte ich Ferienjobs, bei denen ich programmieren konnte, und verbrachte während des Studiums drei Monate in den USA bei Bosch, um in die Informatik reinzuzuschnuppern.»