



Seite 4 — Agenda Grundversorgung
Seite 9 — Fachtagung Häusliche Gewalt
Seite 14 — Palliativmedizin



**Aergtesellschaft 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 Aergtesellschaft
des Kantons Bern

Herausgeberin:
Aergtesellschaft des Kantons Bern,
6x jährlich

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

Redaktion:
Nicolas Felber, MA
Felber Advisory AG
T 031 330 90 00
nicolas.felber@berner-aerzte.ch

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

Gestaltung/Layout:
Definitiv Design AG, Bern

Druck:
Druckerei Hofer Bümpliz AG, Bern

Titelbild: Agenda Grundversorgung, Palliative Care, ärztliche Weiterbildung und vieles mehr. Momentan laufen zahlreiche politische Prozesse sowie Projekte, die einen direkten Einfluss auf den Alltag der Ärzteschaft haben. (Foto: Unsplash)

Äusserungen unserer Gesprächspartner/-innen und Beiträge von Dritten geben deren eigene Auffassungen wieder. Das Editorial widerspiegelt die Auffassung der jeweiligen Autorinnen und Autoren. doc.be macht sich Äusserungen von Interviewten und Autor/-innen nicht zu eigen.

Umsetzung der Agenda Grund- versorgung

Um die medizinische Grundversorgung in der Schweiz zu stärken, wurde die Agenda Grundversorgung ins Leben gerufen. Unter der Leitung des BAG und im Austausch mit Akteurinnen und Akteuren der Grundversorgung wurde Ende 2025 der «Fachbericht Agenda Grundversorgung» verabschiedet. Welche der darin empfohlenen Massnahmen in den nächsten drei Jahren Priorität erhalten, gab der Bundesrat im Juni 2026 bekannt. — **Seite 4**

«Care statt Cure sollte der Grundsatz der Versorgung während des letzten Lebens- abschnitts sein»

Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller wurde von den Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität Bern zum «Teacher of the Year 2025» gewählt. Im Interview mit doc.be sprach er über den aktuellen Stand der Palliativmedizin in der Schweiz und regte an, dass auf dem letzten Lebensabschnitt ein Umdenken stattfinden muss. — **Seite 14**

Männer im Spannungsfeld zwischen Betroffenheit und Verantwortung

Die diesjährige Fachtagung Häusliche Gewalt am Inselspital behandelte vertieft die Rolle des Mannes in von Gewalt geprägten Beziehungen und Situationen – auch als Gewaltbetroffener. Das grosse Interesse der Öffentlichkeit zeigte, welchen Stellenwert die objektive Betrachtung dieses Themas hat. — **Seite 9**

Warum gute Weiter- bildung Zeit braucht – und was der VSAO Bern dafür tut

Administrative Last, Zeitdruck, fragmentierte Lernmomente: Der Berufseinstieg junger Ärzt:innen ist anspruchsvoller, als es von aussen wirkt. Der VSAO Bern setzt sich dafür ein, dass Weiterbildung nicht zur Nebensache wird – mit dem Modell 42+4, Beratung und politischem Engagement. — **Seite 18**

Der BEKAG-Vorstand stellt sich vor

Der Kern-Vorstand der Aergtesellschaft des Kantons Bern setzt sich aus den Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen regionalen Bezirksvereine zusammen. In dieser Interviewreihe stellen sich die Vorstandsmitglieder vor. — **Seite 22**

Ein heisser Sommer



Dr. med. Rainer Felber
Co-Präsident, Aerztegesellschaft
des Kantons Bern

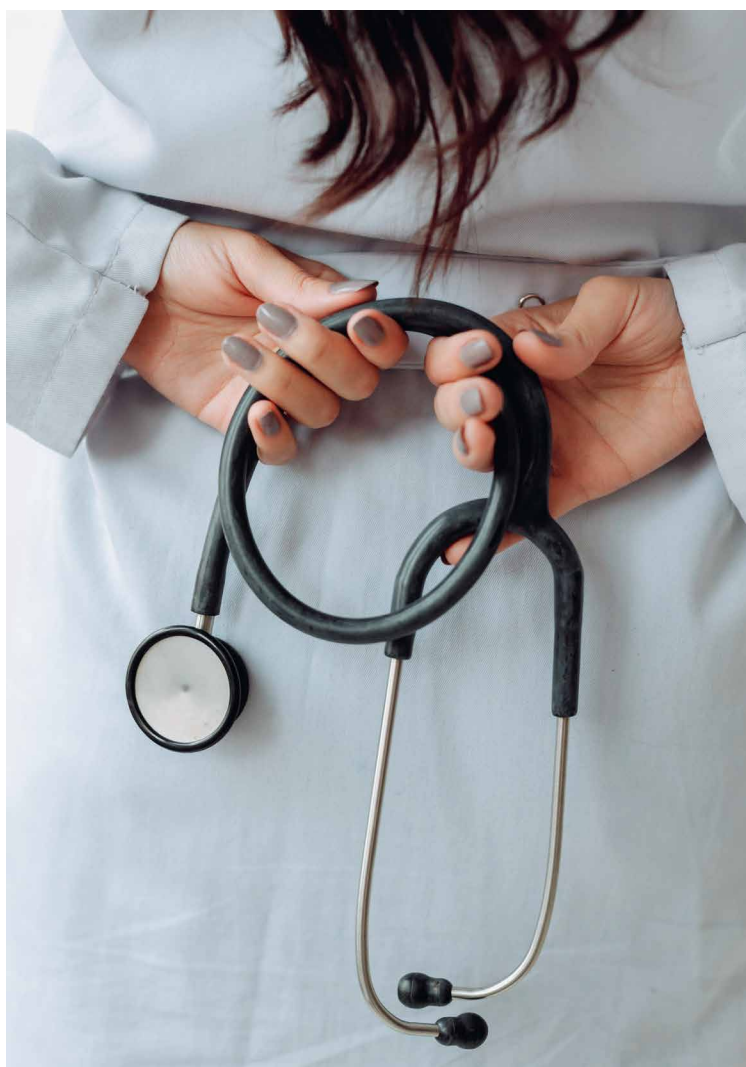
Heisse Temperaturen und ein hitziges Klima bewegten die Gemüter in diesem Sommer. Nebst Tages-temperaturen von über 35 Grad versetzten Themen wie die TARDOC-Höchstgrenzen, die drohende Liquidation von Medphone, administrative Hürden wie Sirona und weitere heisse Eisen das Blut in Wallung. Die Tourenzahl war hoch, der Motor drohte zu überhitzen.

Die Empfehlungen waren und sind weiterhin klar: Nebst genügender Trinkmenge und Vermeidung sengender direkter Sonneneinstrahlung muss auf eine klare Analyse der Situation gezieltes Handeln folgen. Gut überlegte Planung und Ausführung der Aktivitäten und Massnahmen sind unabdingbar. Es gilt, trotz der herrschenden Hitze kühlen Kopf zu bewahren. So werden wir auch die bevorstehenden Herausforderungen meistern und unseren Anliegen Nachdruck verleihen, gemeinsam und solidarisch.

Umsetzung der Agenda Grundversorgung

Text — Alessandra Köchli, Les Tailleurs Communication SA

Bilder — Pexels



Eine pragmatische und zielorientierte Umsetzung der definierten Massnahmen der «Agenda Grundversorgung» ist unabdingbar für die Sicherstellung der Qualität und Verfügbarkeit der Grundversorgung für die Schweizer Bevölkerung. Sie darf keinesfalls zu einer noch grösseren Belastung der Ärzteschaft führen – weder administrativ noch finanziell!

Um die medizinische Grundversorgung in der Schweiz zu stärken, wurde die «Agenda Grundversorgung» ins Leben gerufen. Unter der Leitung des BAG und im Austausch mit Akteurinnen und Akteuren der Grundversorgung wurde Ende 2025 der «Fachbericht Agenda Grundversorgung» verabschiedet. Welche der darin empfohlenen Massnahmen in den nächsten drei Jahren Priorität erhalten, gab der Bundesrat im Juni 2026 bekannt.

Das Schweizer Gesundheitssystem steht zunehmend unter Druck. Die Agenda Grundversorgung soll die Situation entschärfen und sicherstellen, dass alle Menschen in der Schweiz bei Gesundheitsproblemen rasch die notwendige medizinische Versorgung erhalten.

Die Massnahmen der Agenda orientieren sich an zwei Haupt-handlungsfeldern:

A. Gewährleisten einer zukunftsfähigen, innovativen Versorgungsorganisation. Dazu gehört, die Kompetenzen der Fachpersonen zielgerichtet einzusetzen und die interprofessionelle Zusammenarbeit zu nutzen.

B. Gewährleisten, dass genügend qualifizierte Fachpersonen ausgebildet werden und im Beruf bleiben. Dazu gehört, den beruflichen Nachwuchs zu fördern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Prioritäten im Handlungsfeld A

Die Grundversorgung soll breiter abgestützt werden – etwa durch die Weiterentwicklung von Berufsprofilen und Versorgungsmodellen. Zudem sollen Patientinnen und Patienten künftig vermehrt auch ausserhalb der Hausarztpraxis Zugang zu einer angemessenen Beratung oder Behandlung erhalten.

Massnahme A1.1: Neue Rollenprofile

Die Massnahme setzt bei den Aufgaben und Verantwortlichkeiten an – die Rede ist von Task-Sharing und Task-Shifting. Die Kompetenzen von nicht-ärztlichen Fachpersonen sollen effizienter genutzt und die interprofessionelle Zusammenarbeit gefördert werden. Hierfür sollen neue organisatorische und regulatorische Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Unter der Leitung des BAG und in Zusammenarbeit mit Berufs- und Branchenverbänden, Versicherern und dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation werden in einem ersten Schritt die Rollenprofile des Gesundheitspersonals in ambulanten Arztpraxen, Pflegeheimen und Spitex-Organisationen überprüft und weiterentwickelt. Dies betrifft neben den Medizinischen Praxisassistent/-innen

MPA und Praxiskoordinator/-innen MPK auch Pflegeexpert/-innen APN, das Pflegepersonal FH/HF, Fachpersonen Gesundheit EFZ sowie Pflegehelfende. In einem zweiten Schritt werden Anpassungen bei Aus- und Weiterbildungen, Tarifen, Verträgen sowie bei den rechtlichen Grundlagen in die Wege geleitet.

Von der Debatte besonders betroffen sind Ärztinnen und Ärzte in Haus- und Kinderarztpraxen und ihre MPAs und MPKs. Wie sinnvoll und entlastend die Massnahmen für sie und ihre Patientinnen und Patienten sein werden, hängt von der konkreten Ausgestaltung ab. Bereits heute steht jedoch fest: Es braucht eine ausdrückliche Anerkennung und Festlegung der Rollen und Zuständigkeiten der Berufsgruppen der Grundversorgung. Weiter ist der rechtliche, organisatorische und finanzielle Rahmen für die Umsetzung der Stärkung der Interprofessionalität zu definieren.

Massnahme A1.3: Tarifliche Rahmenbedingungen

Die tariflichen Vorgaben sollen angepasst werden, um die zunehmenden Koordinationsleistungen über alle Berufsgruppen hinweg fair und sachgerecht zu vergüten. Geschieht dies nicht, werden die Bemühungen für eine stärkere interprofessionelle Zusammenarbeit ausgebremst.

Gemäss dem Fachbericht steht bei dieser Massnahme die Regelung der Abrechnungsmöglichkeiten von nicht-ärztlichen Leistungserbringern in den Tarifverträgen im Zentrum. Die Federführung liegt beim Krankenversichererverband prio.swiss und dem Schweizerischen Verband der Berufsorganisationen im Gesundheitswesen SBVG.

Die Auswirkungen für die Ärzteschaft sind derzeit unklar – im Fachbericht wird lediglich auf den TARDOC und dessen höhere Limitation für die hausärztliche Umfeldarbeit in Abwesenheit der Patient/-innen verwiesen (vgl. Massnahme B2.3 unten). Die Situation dürfte sich durch die Massnahmen der Agenda Grundversorgung jedoch ändern. Dies ist in der betriebswirtschaftlichen Bemessung der Tarifstrukturen abzubilden. Nicht zuletzt, weil die Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung durch einen engen Kostenkorridor und die geforderte Kostenneutralität bei der Einführung der ambulanten Tarifreform eingeschränkt ist.

Massnahme A2.1: Zugang zu angemessener Versorgung

Der Zugang zur Grundversorgung soll besser koordiniert werden, um Haus- und Kinderarztpraxen, Sanitätsnotrufzentralen und Notfallstationen zu entlasten. Ziel ist, dass eine bedarfsgerechte Beratung oder Behandlung künftig vermehrt auch ausserhalb von Arztpraxen erfolgen kann – zum Beispiel durch Apotheker/-innen, Pflegeexpert/-innen APN, Chiropraktor/-innen, Beratungspersonen von Gesundheitsligen, Patientenorganisationen oder Hebammen.

Das federführende BAG will in einem ersten Schritt und unter Einbezug der relevanten Akteur/-innen eine Kompetenzmatrix erstellen, die folgende Fragen beantwortet: Welche Berufsgruppe kann (Kompetenzen) und darf (rechtliche Regelung) welche Leistung erbringen? Welche Rolle kann sie im Rahmen der angemessenen Beratung und abschliessenden Behandlung einfacher Beschwerden übernehmen?

In einem zweiten Schritt sollen dann mögliche neue Organisationsformen zuhanden der Gemeinden und Kantone erarbeitet und rechtliche und bürokratische Hürden identifiziert werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Massnahme A3.3 zu erwähnen, in der zur Stärkung der Grundversorgung in ländlich-peripheren Gebieten Netzwerke für eine vermehrte interprofessionelle Zusammenarbeit vorgeschlagen werden.

Aus Sicht der Ärzteschaft stellen sich bei dieser Massnahme heikle Fragen. Die dynamische Gesellschaftsentwicklung bringt einen sehr diversen Bedarf mit sich. Eine Steuerung des Zugangs zur medizinischen Grundversorgung ist hochkomplex und kann nicht zielführend anhand einer Kategorisierung der Patientinnen und Patienten in drei Patientenpfade erfolgen, wie dies der Fachbericht vorschlägt. Die Frage, wie Akuterkrankungen und Bagatellbeschwerden ohne ärztliche Mitverantwortung differenziert werden könnten, ist eine Herausforderung für das gesamte System. Der Miteinbezug der Ärzteschaft ist in dieser Frage unabdingbar.

«Der Miteinbezug der Ärzteschaft ist unabdingbar.»

Im Handlungsfeld A hat der Bundesrat folgende weitere Massnahmen priorisiert:

- A1.2: Medizinische Grundversorgung in den Pflegeheimen sicherstellen (BAG)
- A1.4: Bedeutung der Sozialberatung in der Grundversorgung stärken (SAGES)
- A1.5: Einbezug von Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen verbessern (SPO)
- A2.2: Information der Bevölkerung verbessern (SPO)
- A3.3: Versorgung in ländlich-peripheren Gebieten und Strukturen für den interprofessionellen Austausch stärken (GDK)

Prioritäten im Handlungsfeld B

Die Massnahmen sind darauf ausgerichtet, die Aus- und Weiterbildung zu stärken. Zugleich sollen attraktive Arbeitsbedingungen und Abgeltungen dazu beitragen, Fachkräfte im Beruf zu halten.

Der Bundesrat hat vier Massnahmen priorisiert, von denen drei bereits laufen:

- B1.1: Anzahl Studienplätze erhöhen und Numerus clausus überprüfen (Umsetzung Motionen Roduit 23.3293 und Hurni 23.3854)
- Neu: Grundlagenbericht zur «Zukunft ärztliche Weiterbildung» (Beitrag zu B1.1)
- B2.3: Monitoring der Auswirkungen von «TARDOC und ambulante Pauschalen»
- B2.4: Administrativer Aufwand

Grundlagenbericht und Ausbildungsplätze

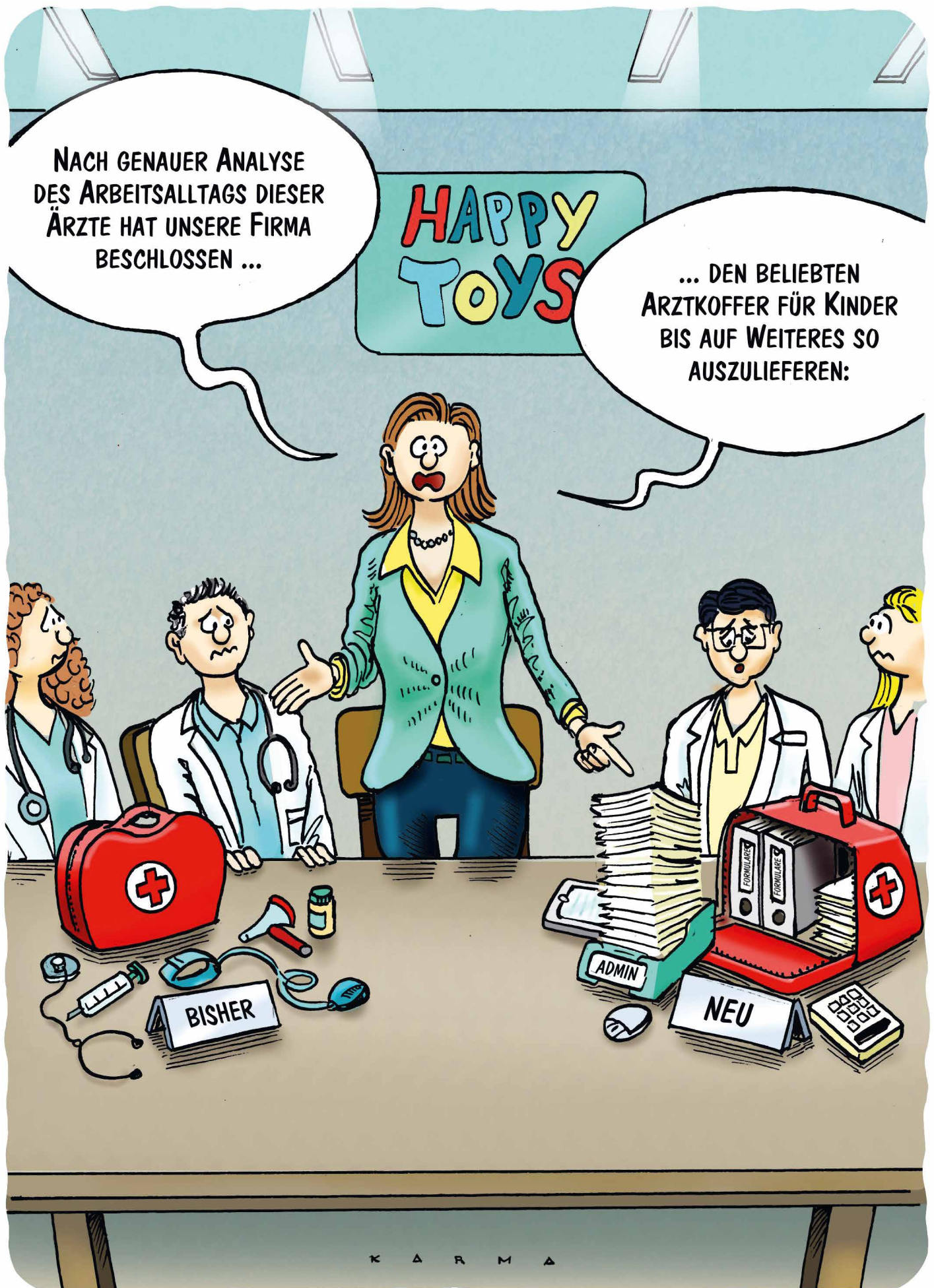
Das BAG arbeitet zusammen mit dem Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI an der Umsetzung der Motionen Roduit und Hurni mit dem Ziel, die Anzahl Studienplätze zu erhöhen und die Zulassungsbestimmungen zu überprüfen. Zugleich erarbeitet das BAG einen Grundlagenbericht zur «Zukunft der ärztlichen Weiterbildung», bei dem der Fokus auf Weiterbildungsplätzen, ausländischen Diplomen sowie den Auswirkungen der Ambulantisierung und Spitalplanung liegt.

Die Förderung der Ausbildung ist aus Sicht der Ärzteschaft eine unverzichtbare Massnahme, die auch in den Kantonen angegangen wird. Allerdings braucht es gleichzeitig zwingend eine entsprechende Kapazitätssteigerung in der Weiterbildung und attraktive Weiterbildungsplätze in der Grundversorgung. Auch wenn die entsprechenden Massnahmen zur Weiterbildung (B1.2, B1.3) vom Bundesrat derzeit nicht priorisiert sind, sind sie von den zuständigen Instanzen unverzüglich anzugehen. Ambulante Weiterbildungsplätze sind durch eine strukturell verankerte Finanzierung zu sichern, während Curricula auf die zukünftige Rolle der Hausarztmedizin zugeschnitten werden müssen.

Administrativen Aufwand reduzieren

Ein zentrales Element zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen ist die Reduktion des administrativen Aufwands (s. doc.be 2/2025 und 3/2026). Um das Ausmass und die Ursachen zu klären, hat das BAG eine Arbeitsgruppe mit verschiedenen Akteuren gebildet (FMH, mfe, GDK, prio.swiss, SPO sowie Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Forschung). In einem zweiten Schritt sollen gezielte Massnahmen zur Senkung der administrativen Last entwickelt und umgesetzt werden.

Der Abbau der Administrativlast ist seit Jahren ein Hauptanliegen der Ärzteschaft. Weniger Bürokratie bedeutet mehr Zeit für die direkte Versorgung der Patientinnen



und Patienten. Noch ist unklar, inwiefern die Belastung gesenkt werden kann. Die Arbeiten stehen erst am Anfang. Bereits heute ist jedoch mit allen Mitteln zu vermeiden, dass das Gegenteil eintritt und die Agenda Grundversorgung in der Summe zu einer bürokratischen Mehrbelastung führt. Dieser Prämisse sollte bei der Erarbeitung aller Massnahmen stets Rechnung getragen werden.

«Der Abbau der Administrativlast ist seit Jahren ein Hauptanliegen der Ärzteschaft. Weniger Bürokratie bedeutet mehr Zeit für die direkte Versorgung der Patientinnen und Patienten.»

TARDOC-Monitoring

Mit dem neuen Tarifsysteem sollen die koordinativen Leistungen der Haus- und Kinderärzt/-innen besser abgebildet werden. Die Auswirkungen auf die Grundversorgung werden beobachtet. Belastbare Erkenntnisse liegen frühestens ab der zweiten Jahreshälfte 2027 vor – dann wird sich zeigen, inwiefern die neue Tarifstruktur der ärztlichen Grundversorgung besser Rechnung trägt.

Aus Sicht der Ärzteschaft ist das Monitoring ein unersetzlicher Bestandteil für eine sachgerechte Weiterentwicklung der Tarife. Koordinationsleistungen und Leistungen, die aufgrund der Massnahmen bei den Leistungserbringenden neu entstehen, müssen in der betriebswirtschaftlichen Bemessung der Tarifstrukturen abgebildet sein. Insgesamt betrachtet wurden der finanzielle Bedarf und die finanziellen Auswirkungen in der Agenda viel zu wenig berücksichtigt – wichtige Angaben und Einschätzungen fehlen. Es besteht die Gefahr, dass Massnahmen entwickelt werden, die aufgrund der fehlenden Finanzierung nicht zielführend umgesetzt werden können.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Die Agenda Grundversorgung adressiert zentrale Herausforderungen der medizinischen Grundversorgung. Besonders die Stärkung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sind zentrale Voraussetzungen, um dem Fachkräftemangel wirksam zu begegnen. Bei zahlreichen Massnahmen bestehen jedoch noch offene Fragen. Entscheidend wird nun sein, ob die Massnahmen praxistauglich ausgestaltet und ausreichend finanziert sind sowie wirksam umgesetzt werden können. Es steht noch viel Arbeit an.

Männer im Spannungsfeld zwischen Betroffenheit und Verantwortung

Text — Nicolas Felber, Kommunikations- und Medienverantwortlicher BEKAG

Bild — Insel Gruppe AG

Die diesjährige Fachtagung Häusliche Gewalt am Inselspital behandelte vertieft die Rolle des Mannes in von Gewalt geprägten Beziehungen und Situationen – auch als Gewaltbetroffener. Das grosse Interesse der Öffentlichkeit zeigte, welchen Stellenwert die objektive Betrachtung dieses Themas hat.

«Seit der COVID-Pandemie habe ich diesen Hörsaal nie mehr so voll gesehen!» Mit diesen Worten startete Dr. med. Beat Lehmann, Klinikdirektor a.i. der Klinik für Notfallmedizin des Inselspitals, seine Eröffnungsrede zur Fachtagung Häusliche Gewalt vom 11. Mai 2026. Tatsächlich war das Auditorium Ettore Rossi mit seinen 296 Sitzplätzen komplett gefüllt – zahlreiche Personen sassens zusätzlich am Boden oder verfolgten die Fachtagung stehend. Warum war nun das Interesse an der diesjährigen Fachtagung so gross? Die Antwort liegt auf der Hand: Ein erstes Mal beleuchtete sie die Rolle des Mannes in Situationen häuslicher Gewalt nicht nur als gewaltausübend, sondern auch als gewaltbetroffen. «Männer im Spannungsfeld zwischen Betroffenheit und Verantwortung» lautete der Titel, der so viele Personen aus Medizin, Sozialwesen und der breiten Öffentlichkeit zur Teilnahme motivierte. Was folgte, war ein Nachmittag, der Raum für eine Betrachtung der Thematik häusliche Gewalt bot, die in den Medien und auch der Gesellschaft oftmals zu kurz

kommt. In diesem Artikel lassen wir die wichtigsten Erkenntnisse aus den Referaten Revue passieren.

Unsichtbare Opfer: Männer in der Notfallmedizin nach häuslicher und sexueller Gewalt

Die Veranstaltung folgte einem klaren roten Faden: die Patient-Journey eines Mannes auf dem Inselnotfall, dessen Zustand häusliche Gewalt vermuten lässt. Dr. med. Eleonora Torchetti, Oberärztin an der Klinik für Notfallmedizin des Inselspitals, und Christina Rauh, Forensic Nurse, die gemeinsam die Sprechstunde für häusliche gewaltbetroffene Patient/-innen am Inselspital leiten, führten durch die erste Station: Das Erscheinen einer betroffenen Person auf dem Notfall.

Zu Beginn war es unabdingbar, festzuhalten, dass folgende Faktoren im Gesundheitswesen das Erkennen und die Behandlung von häuslicher Gewalt an Männern hindern:

fehlende Sensibilisierung, Scham und falsche Vorstellungen. Während Stigmatisierung und Scham dazu beitragen würden, dass es Männern sehr schwerfalle, sich ehrlich über ihre Betroffenheit zu äussern, sei es zusätzlich oft die Form der Gewalt, die die Erkennung durch Drittpersonen anspruchsvoll mache. So seien Männer oftmals psychischen Gewaltformen wie Manipulation und Kontrolle ausgesetzt. Zusätzlich werde die sexuelle Gewalt an Männern gesellschaftlich kaum beachtet.

Die Umstände würden sich jedoch langsam ändern. Letztes Jahr seien schweizweit über 22 000 Fälle von häuslicher Gewalt polizeilich erfasst worden, was einer Zunahme von 4,2 % entspreche. 29,8 % der Opfer seien männlich gewesen. Auf dem Inselnotfall wurden 2025 insgesamt 93 Fälle von häuslicher Gewalt registriert, wovon 13 % Männer waren. Ein Blick auf 2022 mit 3 % erfassten männlichen Opfern zeige die deutliche Zunahme der Sensibilisierung. Die meisten Betroffenen seien zwischen 30 und 39 Jahre alt – eine Lebensphase, die durch grosse Veränderungen wie Familiengründung geprägt sei, die Beziehungen belasten können.

Torchetti und Rauh schlagen Gesundheitsfachpersonen einen klaren Prozess in sieben Schritten vor, wenn ein Verdacht auf häusliche Gewalt besteht:

1. Ein offenes Mindset ist eine Grundvoraussetzung. Man muss sich bewusst sein, dass jeder Mensch potenziell von häuslicher Gewalt betroffen sein kann. Menschen mit Beeinträchtigungen, Senior/-innen, Männer – alle können Gewalt erfahren. Aufgrund dessen sei es unabdingbar, dass Gesundheitsfachpersonen die Augen stets offenhalten, potenzielle Scheuklappen ablegen und diese Sensibilität für häusliche Gewalt auch bei ihren Kolleg/-innen fördern.
2. Falls sich Hinweise andeuten oder ein Verdacht erhärtet, sollte die betroffene Person erst darauf angesprochen werden, wenn sie sich in einem sicheren Raum befindet. Dies bedeutet auch, dass keine weiteren Personen bei dem Gespräch dabei sind, die potenziell gewaltausübend sein könnten. Auch wenn es sich dabei um die Person handelt, die die Betroffene in die Praxis/auf die Notfallstation begleitete.
3. Sobald die Person in einem sicheren Raum auf die häusliche Gewalt angesprochen wurde, gilt es, die Untersuchung durchzuführen und eine Dokumentation anzufertigen. Bei Letzterer ist es ungemein wichtig, dass Aussagen wortgetreu festgehalten und keinesfalls interpretiert oder gewertet werden. Auch die Fotografie von Verletzungen ist wesentlicher Bestandteil der Dokumentation (im doc.be 4/2024 können Sie die «Best-Practices» zur Dokumentation von häuslicher Gewalt nachlesen).
4. Nach der Untersuchung und Dokumentation folgt die medizinische Versorgung. Einerseits gilt es natürlich, die physischen Verletzungen zu behandeln, aber auch die psychischen bedürfen der Aufmerksamkeit der behandelnden Person.
5. Die betroffenen Personen müssen nach erfolgter Versorgung über potenzielle nächste Schritte informiert werden. Allen voran sollten Beratungsangebote aufgezeigt werden. Zusätzlich liegt es an der behandelnden Person, die Schweige- und Meldepflicht oder das Melderecht zu thematisieren.
6. Bevor man eine betroffene Person zurück in ihre belastete Situation zuhause entlassen kann, muss man zwingend ihre Sicherheit klären. Ist sie gefährdet, dort mehr Gewalt zu erfahren? Ist sie potenziell selbstgefährdend? Falls eine oder beide dieser Fragen mit «Ja» beantwortet werden, müssen Schutzmassnahmen eingeleitet werden. Diese können verschiedene Formen wie Hospitalisation, Kontakt zu Frauen-/Männerhaus oder Verweis an ein Kriseninterventionszentrum annehmen.
7. Die Planung und Vermittlung von Hilfsangeboten muss behutsam erfolgen und sollte niemals erzwungen werden. Gesundheitsfachpersonen können unterstützen, aber nicht für die Betroffenen handeln. Hierbei ist es hilfreich, spezialisierte Stellen und Fachleute beizuziehen wie beispielsweise das interdisziplinäre Zentrum für Gewaltbetroffene IZG am Inselspital.

«Während Stigmatisierung und Scham dazu beitragen würden, dass es Männern sehr schwerfalle, sich ehrlich über ihre Betroffenheit zu äussern, sei es zusätzlich oft die Form der Gewalt, die die Erkennung durch Drittpersonen anspruchsvoll mache.»

Verletzungsmuster bei häuslicher Gewalt – ein Geschlechtervergleich

Das zweite Referat behandelte die Rolle der Radiologie. Darin analysierte PD Dr. med. Thomas Ruder, Leitender Arzt Notfallradiologie am Inselspital, die Verletzungsmuster, die bei Fällen von physischer häuslicher Gewalt auftreten. Er habe bereits 2023 an der Fachtagung referiert und sei damals gefragt worden, ob es Unterschiede in den Mustern zwischen Frauen und Männern gebe. Er habe dies damals nicht beantworten können – dies sei ein deutliches Indiz für die Problematik, dass Männer als Betroffene viel zu wenig wahrgenommen würden. Seither habe er sich damit auseinandergesetzt, bestehende Datengrundlagen konsultiert und könne nun drei Jahre später Auskunft geben.

Die typischen Abwehrverletzungen, denen Radiolog/-innen bei Fällen von häuslicher Gewalt oftmals begegnen,



Das Interesse an der diesjährigen Fachtagung Häusliche Gewalt war riesig – entsprechend voll war das Auditorium Ettore Rossi.

seien isolierte Ellenbrüche, Kleinfingerbrüche, Blutergüsse um das linke Auge, Nasenbeinbrüche und Rippenserienbrüche an der Hinterseite des Brustkorbes. Die Musterverteilung sei bei Frau und Mann, bei Jung und Alt in etwa die gleiche: $\frac{1}{2}$ der Verletzungen seien am Kopf, $\frac{1}{4}$ an den Armen, $\frac{1}{8}$ am Torso und $\frac{1}{16}$ am Becken und an den Beinen. In einem Aspekt würden sich Frauen und Männer aber unterscheiden. Aufgrund der meist bestehenden Grössenunterschiede zwischen den Geschlechtern würden Frauen mehr Verletzungen am Kopf erleiden, während Männer mehr Verletzungen an den Armen aufweisen.

Betreffend Ursachen der Verletzungen gebe es aber grössere Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Gewaltbetroffene Männer erleiden 58 % ihrer Verletzungen durch Schläge, 28 % durch Schnitte und Stiche, 6 % durch Bisse und 2 % dadurch, dass sie angefahren oder überfahren werden. Frauen hingegen erleiden 85 % ihrer Verletzungen durch Schläge, 7 % durch Stürze, 4 % durch Schnitte und Stiche sowie 1 % durch Bisse. Aus diesen Zahlen liesse sich

interpretieren, dass Frauen öfters zu Instrumenten oder Waffen greifen, um ihre Partner zu verletzen.

Ruder hielt ebenfalls fest, dass betroffene Männer im Schnitt älter sind als betroffene Frauen. Der prozentual am stärksten betroffene Altersbereich unter Männern sei die Altersgruppe ab 65 Jahren. Hier spiele die Lebensveränderung in Folge der Pensionierung womöglich eine Rolle.

Die verdrängte Opfergruppe: Männer, Gewalt und die Rolle der Rechtsmedizin

Als Vertreterin der Rechtsmedizin widmete sich Dr. med. lic. iur. Josiane Zeyer-Brunner zuerst primär den Gründen dafür, warum betroffene Männer Fälle von häuslicher Gewalt oftmals nicht melden oder zur Sprache bringen. Die Gründe seien ähnlich wie jene bei Frauen: Unwissenheit, Selbstwertprobleme, die Angst vor Verlust familiärer Beziehungen oder finanzielle Unsicherheit. Die grössten Probleme für Männer

seien aber Scham und Angst. Zu oft hätten Männer die Furcht, man glaube ihnen sowieso nicht oder sie könnten die Gewalt nicht beweisen. Dies könne auch dazu führen, dass sich Männer gar nicht erst wehren würden, wenn sie Gewalt erfahren. Es bestehe eine grosse Angst davor, als Täter wahrgenommen zu werden, sobald man sich gegen die gewaltausübende Person wehrt.

Umso wichtiger sei es, dass die Hausärzteschaft und das Personal von Notfallstationen sensibilisiert seien und wüssten, was indikativ für Fälle von häuslicher Gewalt sei. Betroffene würden zwar medizinische Hilfe suchen, aber die Gewalt nicht selbst ansprechen. Speziell für Männer, die tendenziell noch gehemmter seien, ihre Situation zu offenbaren, sei es immens wichtig, dass medizinische Anlaufstellen potenzielle Fälle erkennen und das Gespräch suchen.

Aus ihrer rechtsmedizinischen Perspektive gab Zeyer-Brunner den dokumentierenden Gesundheitsfachpersonen zusätzlich einen wichtigen Tipp mit auf den Weg: Der Schweregrad einer Verletzung werde von medizinischen und juristischen Fachpersonen teilweise sehr unterschiedlich bewertet. Dessen müsse man sich bewusst sein.

«Die Sensibilisierung ist zwar bereits im Gange, aber es braucht weiterhin alle Involvierten – von der Gesellschaft an sich bis hin zu den einzelnen Leistungserbringenden –, damit alle Formen der häuslichen Gewalt erkannt sowie bekämpft und sämtliche Betroffenen aufgefangen werden können.»

Häusliche Gewalt im Fokus der Polizei: Männer zwischen Verantwortung und Betroffenheit

Zu Beginn des Referats der Kantonspolizei Bern konstatierten Nicole Fernandez und Matthias von Niederhäusern, dass Frauen überproportional von häuslicher Gewalt betroffen seien. Das medial prominent thematisierte Beziehungsdelikt aus dem Berner Oberland – eine Frau tötete ihren Mann mit einem Baseballschläger – habe aber öffentlich wirksam aufgezeigt, dass häusliche Gewalt nicht exklusiv an ein Geschlecht gebunden sei. Aus diesem Grund dürfe man eine Situation niemals nur einseitig betrachten und die Faktenlage müsse stets objektiv beurteilt werden. Mythen wie «Männer können sich wehren», «nur Frauen erleben häusliche Gewalt» oder «psychische Gewalt ist nicht so schlimm» hätten aber leider auch die polizeiliche Arbeit jahrelang beeinflusst. Dies habe sich aber bereits verändert und die Sensibilisierung laufe – auch aufgrund von gesellschaftlichen Wandelprozessen. Sowohl die Gesellschaft als auch die Polizei

hätten dazugelernt und Männer würden öfter als Betroffene erkannt.

Faktisch sei es so, dass 27 % der Opfer von häuslicher Gewalt, die die Polizei erfasse, männlich seien. Die Tendenz sei steigend. Die Gewalt sei oftmals durch eine soziale Konnotation geprägt. Diese umfasse Akte wie Isolation, Freiheitseinschränkungen, Manipulation des Umfelds, Lügen und falsche Narrative. Leider sei es immer noch so, dass viele Personen soziale Gewalt nicht als Teil der häuslichen Gewalt erachten würden. Diese Banalisierung der sozialen Gewalt sei ein gesellschaftliches Problem, das es vielen Betroffenen schwermache, etwas an ihrer Situation zu ändern. Dabei halte sogar der Bundesgerichtsentscheid 2C_915/2019 fest, dass psychische Gewalt, zu der die soziale Gewalt auch zählt, in der Tat als häusliche Gewalt gälte. Ein grosses Problem in der polizeirechtlichen Behandlung von Delikten sei, dass es sich oftmals um 4-Augen-Delikte handle, bei denen Aussage gegen Aussage stünde. Allen voran bei sozialer und psychischer Gewalt sei es sehr schwierig, Beweise zu sichern.

Zum Schluss ihres Referats betonten die Referierenden der Kantonspolizei Bern, dass sie die häusliche Gewalt nicht alleine bekämpfen – dies geschehe in einer breiten Allianz aus beratenden Stellen, dem Kanton, der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde KESB, dem Gesundheitssystem, der Bildung und der Zivilgesellschaft. Gemeinsam müsse man sich weiter konsequent für Sensibilisierung, Erkennung und Aufklärung einsetzen.

Dieser Aufruf steht sinnbildlich für den Grundton der gesamten Veranstaltung: Die Sensibilisierung ist zwar bereits im Gange, aber es braucht weiterhin *alle* Involvierten – von der Gesellschaft an sich bis hin zu den einzelnen Leistungserbringenden –, damit alle Formen der häuslichen Gewalt erkannt sowie bekämpft und sämtliche Betroffenen aufgefangen werden können.

Ä

K

ÄRZTEKASSE

C

M

CAISSE DES MÉDECINS

C

M

CASSA DEI MEDICI



Genossenschaft

Weniger Bürokratie. Mehr Sicherheit im Praxisalltag.

Als Ärztin oder Arzt tragen Sie viel Verantwortung – wir entlasten Sie administrativ.



Mehr erfahren:
[aerztekasse.ch/angebotsuebersicht/
dienstleistungen/](https://aerztekasse.ch/angebotsuebersicht/dienstleistungen/)

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



zum LinkedIn-Profil:



Das Labor
an Ihrer
Seite.

 **medics**
schnell. exakt. praxisnah.

«Care statt Cure sollte der Grundsatz der Versorgung während des letzten Lebensabschnitts sein»

Text — Nicolas Felber, Kommunikations- und Medienverantwortlicher BEKAG

Bild — zVg

Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller wurde von den Studierenden der Medizinischen Fakultät der Universität Bern zum «Teacher of the Year 2025» gewählt. Im Interview mit doc.be sprach er über den aktuellen Stand der Palliativmedizin in der Schweiz und regte an, dass auf dem letzten Lebensabschnitt ein Umdenken stattfinden muss.

Herr Prof. Eychmüller, Sie wurden mit dem «Teacher of the Year 2025» im Masterstudium ausgezeichnet. Was löste diese Auszeichnung in Ihnen aus?

Für einen Lehrenden gibt es keine grössere Auszeichnung, als von seinen Studierenden solch grosses Lob zu erhalten. Es ist mir eine grosse Ehre.

Was macht Ihre Lehre so beliebt unter den Studierenden?

Ich bekomme einerseits immer wieder die Rückmeldung, dass mein Engagement spürbar sei und ich Nahbarkeit ausstrahle. Andererseits kommt offensichtlich auch an, dass ich mich mit Herzblut für ein sehr schwieriges Thema einsetze. Es ist teilweise herausfordernd, zu vermitteln, dass man in der Medizin oftmals keinen Erfolg im Sinne einer Lebensverlängerung bewirken kann. Es ist eine völlige Illusion, dass wir in der Medizin dauernd Erfolge feiern. Deshalb will ich den Umgang mit der Realität lehren. Jeder Mensch muss eines

Tages sterben, wir Mediziner/-innen sind dem oftmals hilflos ausgesetzt.

Welche Eigenschaften eines Dozierenden schätzten Sie selbst als Studierender besonders?

Die Begeisterung für das Fach und für die Lehre, die ich selbst auszustrahlen versuche, hat mich schon im eigenen Studium geprägt. Ich durfte verschiedene Dozierende erleben, die grosse Leidenschaft für ihr Fach zeigten.

Was sind Ihre Hoffnungen für die Zukunft des Medizinstudiums? Sehen Sie Wege, wie man es verbessern könnte?

Nicht nur für das Studium, sondern auch für die berufliche Zukunft der Studierenden gilt es allgemein, die Interaktion zu fördern. Wie kommunizieren wir untereinander, wie arbeiten wir in Teams? Interprofessionalität ist ein extrem wichtiges Zukunftsthema, das im Studium integriert sein muss. Heutzutage muss man keine «Telefonbücher» mehr

auswendig lernen, was durchaus Raum schafft, interaktive Kompetenzen zu fördern.

Sehen Sie einen spezifischen Weg, wie man diese Interaktion in der Palliativmedizin oder in deren Studium umsetzen kann?

Man muss unbedingt mehr aus der Perspektive der Allgemeinbevölkerung und der Grundversorgung denken. Die Lehre erfolgt oftmals auf einer sehr akademischen, forschungsfokussierten Ebene, die überhaupt nicht kongruent ist mit den Bedürfnissen, Themen und Problemen der Bevölkerung oder der Allgemeinpraxis. Der Fokus auf High-Tech-Medizin muss durch einen Fokus auf interaktionale sowie relationale Medizin ergänzt werden. Letztere müsste sogar in den Vordergrund rücken. *Community Care* gehört konsequent gefördert.

«Der Umstand, dass bei Palliative Care während des letzten Spitalaufenthalts nicht nur Kosten gespart werden können, sondern sogar die Zufriedenheit der Behandelten höher ist, spricht klar für deren Einsatz.»

Befindet sich die Wahrnehmung der Palliativmedizin in der Gesellschaft im Wandel?

Im höheren Alter existiert ein höheres Bewusstsein dafür, ja. Heutzutage wird es sogar immer öfters explizit gefordert, dass man bei schwerer Krankheit palliativ behandelt wird. Für einen grossen Teil der Bevölkerung bedeutet Palliative Care aber immer noch «Sterben». Wir arbeiten daran, die Bevölkerung für das Thema «Lebensende» zu sensibilisieren. Denn es handelt sich dabei um ein gesellschaftliches und nicht nur um ein medizinisches Thema! Wir lernen für den frühen und mittleren Teil des Lebens schon in der Schule sehr viel, aber für das Lebensende steht kein Raum zur Verfügung. Dies manifestiert sich auch in der Forschung: Für Projekte zum Lebensende erhält man kaum Grants oder Auszeichnungen. Leider wird das Thema Lebensende gesamtgesellschaftlich vernachlässigt. Aus diesem Grund probieren wir, es von der Universität aus in die Bevölkerung zu bringen. Zu diesem Zweck findet Ende Oktober 2026 auch wieder unsere Aktionswoche «endlich.menschlich.» statt (s. Kasten).

Spielt Sensibilisierung dementsprechend eine wichtige Rolle für die Palliativmedizin?

Definitiv! Egal, ob es sich um eine Politperson, jemanden aus der Ärzteschaft oder eine neutrale Drittperson handelt, eine Palliativbehandlung im eigenen Umfeld persönlich zu erleben und sich in die Perspektive der behandelten Person zu versetzen, kann die eigene Wahrnehmung stark verändern. Sobald man ein Lebensende persönlich begleitet hat,

erkennt man, was in dieser Situation wirklich wertvoll ist. Es ist nicht die mit viel Biotechnologie assoziierte Spitzenmedizin, sondern die Menschenmedizin – die bio-psycho-soziale Spitzenmedizin. Dementsprechend ist es nicht nur wichtig, dass wir diesen Ansatz unseren Studierenden lehren, sondern dass wir auch als Fachkräfte untereinander immer wieder diesbezüglich den Austausch suchen. Wir müssen offen und transparent darüber sprechen, welche medizinischen Interventionen hilfreich sind, um innerhalb nützlicher Frist und ohne viel Toxizität dazu beitragen, die individuellen Ziele der Betroffenen zu erreichen (sog. «goal concordant Care»). *Care* statt *Cure* sollte der Grundsatz der Versorgung während des letzten Lebensabschnitts, das heisst in den letzten sechs bis zwölf Lebensmonaten, sein. Dies hat nicht nur einen positiven Einfluss auf das Wohlbefinden der Behandelten, sondern auch auf die finanziellen Folgen. Eine Publikation, die sich momentan in Bearbeitung befindet, hat untersucht, wie sich die Kosten eines letzten Spitalaufenthalts einer sterbenden Person verändern, wenn Palliative Care als Ansatz gewählt wird: Es können bei gleichem Outcome bis zu $\frac{2}{3}$ der Kosten eingespart werden. Das Ziel ist hierbei keineswegs, den Patient/-innen Behandlungen vorzuenthalten. Der Umstand, dass bei Palliative Care während des letzten Spitalaufenthalts aber nicht nur Kosten gespart werden können, sondern sogar die Zufriedenheit der Behandelten höher ist, spricht klar für deren Einsatz.

Wie schätzen Sie die politische Lage in Sachen Palliativversorgung ein? Speziell nach der eidgenössischen Motion 20.4264 «Für eine angemessene Finanzierung der Palliative Care».

Ich durfte Teil der beigezogenen parlamentarischen Expert/-innengruppe sein. Die Grundfragen lauten: «*Wofür geben wir Geld am Lebensende aus?*» und «*Wie gut ist die Indikationsqualität für medizinische Massnahmen in den letzten Lebenswochen?*». Viele Leute machen einen grossen Bogen um diese Fragen und wollen einfach alles. Jede Massnahme, jede Therapie, jede Behandlung, jedes Medikament. Sie haben Sorge, dass sie «aufgegeben» werden. Würde man aber frühzeitig darüber reden, a) welche Evidenz betreffend den effektiven Nutzen der gewählten Massnahmen überhaupt existiert und b) welcher Nutzen durch die kranke Person erwartet werden kann, würde man feststellen, dass Betroffene am Lebensende sich eher für bescheidene Ziele und ein gutes Sicherheitsnetz entscheiden.

Ein Beispiel: Ein älterer Herr mit schwerem Lungenleiden möchte sein Lebensende in seinem ländlichen Stöckli verbringen können. Hierfür muss er zwingend noch zehn Treppenstufen gehen können. Dies ist sein Funktionsziel. Die Frage ist: Mit welcher medizinischen Massnahme können wir dieses Ziel ohne viele Nebenwirkungen am ehesten erreichen? Ist das Ziel überhaupt noch realistisch? Wäre die beste «Therapie» der Einbau eines Treppenlifts oder die Planung einer anderen Wohnumgebung? Und wäre das noch «Leben» für ihn? Über genau solche grundlegenden und praktischen Fragen wird wenig gesprochen! *Goal-concordant Care* wird mittlerweile weltweit praktiziert. Wenn man die oben genannte Fragen kontinuierlich evaluiert, den Fortschritt oder auch die möglichen Limitationen erfasst und sich im



Am 7. März 2026 wurde Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller als «Teacher of the Year 2025» ausgezeichnet.

Behandlungsnetzwerk austauscht, lässt sich eine unnötige Medikalisierung und mögliche Überbehandlung vermeiden. Dies ist nicht nur für die Betroffenen angenehmer, sondern durch diesen Prozess lässt sich auch sehr viel Geld umverteilen, beispielsweise für lokale Netzwerke oder Palliativ-Equipen.

Wie vermitteln Sie diese Argumente der Politik?

Die sogenannte «Indikationsqualität medizinischer Massnahmen in den letzten Lebensmonaten» ist ein sperriges Thema. Der Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit) für sehr viele medizinische Massnahmen bei schwerkranken Menschen häufig nicht erfüllt sind, da diese Menschen kaum in kontrollierte Studien eingeschlossen werden können.

Solche Diskussionen sind potenziell auch industrieschädigend. Sehr teure Therapien oder Roboter bewusst nicht einzusetzen mag einige vor den Kopf stossen, aber hier ist wiederum das offene Gespräch – und eben die *goal concordant Care* von höchster Wichtigkeit. Kaum eine ärztliche Fachperson wünscht in den letzten Lebensmonaten für sich selbst diagnosespezifische, medizinische Massnahmen, wie eine grössere internationale Untersuchung zeigt (s. Mroz et al.).

Wenn wir den Fokus des Patientengesprächs darauf legen, welche möglichst bescheidene individuelle Zielsetzung die Patientin/der Patient hat, und wie wir diese am effizientesten erreichen können, finden wir quasi immer einen Konsens. Es geht dann nicht um Geld sparen, sondern darum, wofür wir als Gesellschaft im Gesundheitswesen am Lebensende Geld ausgeben möchten. Dies erfordert eine sehr respektvolle Diskussion zur Stärkung des Patientenwillens.

Ist die Schweiz im internationalen Vergleich im Verzug?

Ja. Es ist schon lange evidenzbasiert bekannt, dass *Shared Decision-Making* und die gesundheitliche Vorausplanung mit einem Fokus auf individuelle Patient/-innenziele sowohl qualitativ als auch finanziell den grössten Nutzen bietet. Wir machen es in der Schweiz schlicht viel zu wenig. Es braucht diesen direkten Austausch zwischen den Betroffenen sowie ihren Angehörigen und den Mediziner/-innen. Meines Erachtens ist die Schweiz in dieser Thematik auch deshalb im Verzug, da extrem viel Geld im System ist. Der Luxus der Verfügbarkeit, den man hierzulande hat, schürt illusorische Erwartungen an die Medizin, hier ist *Longevity* das brennende Thema.

**Die Materie der Palliative Care ist harte Kost.
Was sind Ihre Ratschläge, wie man am besten
damit umgehen kann?**

Hier habe ich zwei Vorschläge. Der eine betrifft die individuelle Gestaltung des Studiums an sich. Alle Medizinstudierenden sollten im ersten Jahr eine Woche auf einer Palliativstation verbringen. Dies wäre essenziell für die Dimensionierung ihrer Erwartungen an die Medizin. Vieles ist eben auch nicht möglich. Es gilt, frühzeitig Bescheidenheit zu fördern trotz der unbestreitbar eindrucksvollen Möglichkeiten der biotechnologischen Medizin.

Ein zweiter Ratschlag meinerseits wäre ein klares Bewusstsein für den Unterschied zwischen Mitleid und Mitgefühl. Probieren wir, eine Situation mitleidend, emotional sehr persönlich involviert und empathisch zu begleiten, sind unsere Batterien innert kürzester Zeit leer. So zu behandeln mag sehr berührend sein, aber es ist auch sehr zehrend. Dies birgt die Gefahr, dass man als Ärztin oder Arzt oftmals noch eine weitere medizinische Intervention anbietet, um den Moment der selbsterlebten Hilf- und Erfolgslosigkeit hinauszuzögern. Das Konzept des Mitgefühls, oder Englisch der *Compassion*, zeigt einen anderen Weg: Mitfühlen ist wichtig und dazu gehört, das gemeinsame Gespräch mit der Patientin/dem Patienten zu suchen, wenn weitere medizinische Massnahmen nicht sinnvoll sind. Teil dieses Gesprächs kann immer auch der Verweis auf die Angebote der Unterstützung und Begleitung – nicht zuletzt durch die Palliative Care – sein. Aber: Wir sind *Wegbegleiter* auf dem letzten Lebensabschnitt, den Weg muss die betroffene Person selbst gehen.

**«endlich.menschlich.»
Aktionswoche 2026**

Das Stadtfestival «endlich.menschlich.» bringt das Thema Lebensende mitten in die Stadt, ins öffentliche Bewusstsein und ins Gespräch zwischen Jung und Alt. Bern verwandelt sich im Herbst 2026 erneut in einen lebendigen Raum für Begegnung, Kunst und Austausch. Unter dem Motto «Das Lebensende macht Schule – vom Anfang bis zum Ende» soll das Stadtfestival Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen die Möglichkeit geben, sich kreativ, mutig und lebensnah mit dem Lebensende auseinanderzusetzen.



Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller

Steffen Eychmüller absolvierte sein Medizinstudium von 1981 bis 1987 an der Universität des Saarlandes in Homburg. 1988 erhielt er die ärztliche Approbation und promovierte an derselben Universität im Bereich Darmkrebs. Er absolvierte mehrere Fellowships in Australien und den USA, erhielt 1997 den Facharzttitle für Innere Medizin, 2001 den FMH-Fähigkeitsausweis Psychosomatische Medizin und 2003 schliesslich den Master in Medical Education. Ab 2006 war Steffen Eychmüller Leitender Arzt am Palliativzentrum des Kantons- und St. Gallen und engagierte sich in diversen nationalen Gremien für einen zukunftsgerichteten Umgang mit der Palliative Care.

Seit Februar 2012 arbeitet Steffen Eychmüller am Inselspital, 2016 wurde er Stiftungsprofessor und schliesslich 2021 ausserordentlicher Professor für Palliativmedizin. Den Schwerpunkt seiner Forschung bildet die gesundheitliche Vorausplanung, die Betreuung von Sterbenden und das Lebensende in der Gesellschaft.

Warum gute Weiterbildung Zeit braucht – und was der VSAO Bern dafür tut

Text — Dr. med. Rahel Gasser, Co-Präsidentin VSAO Bern

Administrative Last, Zeitdruck, fragmentierte Lernmomente: Der Berufseinstieg junger Ärzt:innen ist anspruchsvoller, als es von aussen wirkt. Der VSAO Bern setzt sich dafür ein, dass Weiterbildung nicht zur Nebensache wird – mit dem Modell 42+4, Beratung und politischem Engagement.

Es ist 16 Uhr. In einer halben Stunde beginnt die Weiterbildung. Eigentlich möchte Assistenzarzt Noah vorher noch mit seiner Oberärztin zwei offene Fragen zu den Austrittsmedikamenten besprechen. Doch die Oberärztin ist beschäftigt, die Besprechung muss warten.

Noahs Arbeitstag hat früh begonnen. Obwohl der Morgenrapport erst um 8 Uhr startet, sass er bereits um 6.45 Uhr vor dem Computer, bereitete die Visite vor und sichtete die Krankengeschichten. Heute betreut er zwölf Patient:innen. Fünf von ihnen wurden notfallmässig aufgenommen, fünf andere sollen entlassen werden. Seit sechs Wochen arbeitet Noah auf einer internistischen Station, es ist seine erste Stelle als Assistenzarzt. Die Abläufe sind ihm inzwischen vertraut – doch der Arbeitsdruck bleibt hoch.

Als er um 17.15 Uhr aus der Weiterbildung zurückkehrt, holt er die Besprechung mit der Oberärztin nach. Doch kaum sitzen sie sich gegenüber, meldet sich eine Pflegefachperson: Die Angehörigen eines Patienten möchten über den Genesungsverlauf informiert werden. Gleichzeitig warten noch mehrere Austrittsberichte. Noah weiss schon jetzt, dass er auch heute kaum vor 19 Uhr nachhause gehen wird.

Das sind wir

VSAO. Der Name ruft oft Fragen auf. Doch eigentlich ist es ganz einfach. Die Abkürzung steht für «Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzt:innen». Die Sektion Bern zählt über 3800 Mitglieder. Wir setzen uns ein für gute Arbeitsbedingungen, Weiterbildung, eine ausgewogene Work-Life-Balance. Zudem beraten wir unsere Mitglieder kompetent in Rechtsfragen und sind die Anlaufstelle für junge Assistenz- und Oberärzt:innen im Kanton Bern.

Wenn Ärzt:innen mehr verwalten als lernen

Noah ist fiktiv. Doch sein Beispiel zeigt, wie es zahlreichen Assistenzärzt:innen am Anfang ihrer Karriere geht: Nach dem Staatsexamen übernehmen sie innert kürzester Zeit grosse Verantwortung – für Patient:innen, für medizinische Entscheidungen und oft auch für die Koordination zwischen verschiedenen Berufsgruppen.

Gleichzeitig sind sie mit Herausforderungen konfrontiert, die mit Medizin nur indirekt zu tun haben. Administrative Aufgaben nehmen einen immer grösseren Teil des Arbeitsalltags ein. Anfragen von Versicherungen, Berichte, Formulare, Reha-Anmeldungen oder Dokumentationen beanspruchen Zeit, die eigentlich für Patient:innen oder die Weiterbildung vorgesehen wäre.

Hinzu kommen oft komplexe und uneinheitliche Informatiksysteme. Viele Spitäler arbeiten mit unterschiedlichen Programmen, die sich regelmässig ändern. Wer die Stelle wechselt – was während der Weiterbildung normal ist –, muss sich häufig komplett neu einarbeiten, oft nach dem Prinzip «Learning by Doing». Eine strukturierte Einführung fehlt, obwohl gleichzeitig erwartet wird, dass neue Mitarbeitende rasch funktionieren.

Gerade für junge Ärzt:innen entsteht dadurch ein belastendes Spannungsfeld: Einerseits sollen sie medizinisch lernen und sich weiterentwickeln, andererseits verbringen sie einen beträchtlichen Teil ihrer Arbeitszeit mit organisatorischen oder administrativen Aufgaben. Das Gefühl, den Anforderungen nicht gerecht zu werden, ist deshalb weit verbreitet – obwohl die Ursachen oft systembedingt sind.

Genau hier setzen wir vom VSAO Bern an. Als grösster Berufsverband der angestellten Ärzt:innen im Kanton – rund 3800 Mitglieder stark – engagieren wir uns für zeitgemässe Arbeitsbedingungen und eine hochwertige Weiterbildung: Wir verhandeln Gesamtarbeitsverträge, beraten bei Dienstplanung und Arbeitszeiten, bieten kostenlose Rechtsberatung und tragen die Anliegen junger Ärzt:innen in die Gesundheitspolitik.

Weiterbildung ist kein Luxus

Assistenzärzt:innen sind Ärzt:innen in Weiterbildung. Der Erwerb eines Facharztstitels erfolgt nicht nebenbei, sondern ist ein zentraler Bestandteil ihrer beruflichen Tätigkeit. Unser Verband setzt sich deshalb seit Jahren für eine hohe Weiterbildungsqualität ein. Gute Weiterbildung bedeutet mehr als einzelne Fortbildungsveranstaltungen. Sie umfasst strukturierte Supervision, regelmässige Fallbesprechungen, Teaching im klinischen Alltag und genügend Zeit für fachlichen Austausch.

Genau diese Elemente geraten jedoch zunehmend unter Druck. Vorgesetzte stehen selbst unter enormem Zeitdruck. Für Lehrgespräche oder gemeinsame Fallanalysen bleibt oft zu wenig Raum. Junge Ärzt:innen erleben dadurch

Wartezeiten und Unsicherheit, obwohl gerade die direkte Supervision eine der wichtigsten Lernformen im Spitalalltag wäre.

Deshalb fordern wir, dass Weiterbildung nicht als freiwillige Zusatzleistung betrachtet wird, sondern als fester Bestandteil der ärztlichen Arbeit. Schliesslich profitieren davon nicht nur die Ärzt:innen selbst, sondern vor allem auch die Patient:innen.

Warum 42+4 mehr ist als eine Arbeitszeitdebatte

In diesem Zusammenhang gewinnt das Modell 42+4 zunehmend an Bedeutung. Gemeinsam mit dem VSAO Schweiz setzen wir uns dafür ein, dass Assistenzärzt:innen durchschnittlich maximal 42 Stunden pro Woche für die Patientenversorgung leisten und zusätzlich mindestens vier Stunden strukturierte Weiterbildung erhalten. Diese vier Stunden sollen separat erfasst werden, damit die Weiterbildung im klinischen Alltag nicht untergeht, sondern als verbindlicher Teil der Arbeitszeit sichtbar und überprüfbar bleibt. Denn nur was dokumentiert ist, lässt sich auch einfordern. So wird die Weiterbildungszeit davor geschützt, bei Personalengpässen oder administrativem Druck als Erstes zu verschwinden. Das Ziel ist nicht weniger Engagement, sondern bessere Rahmenbedingungen für qualitativ hochwertige Medizin.

Die Diskussion um 42+4 wird manchmal auf die Frage der Arbeitszeit reduziert. Tatsächlich geht es um weit mehr: um die Anerkennung, dass Weiterbildung Zeit braucht, um die Einhaltung des Arbeitsgesetzes, um die Gesundheit der Mitarbeitenden und um die langfristige Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität. Wir sind davon überzeugt, dass ausgeruhte und gut ausgebildete Ärzt:innen bessere medizinische Arbeit leisten und dem Beruf länger erhalten bleiben.

Gerade angesichts des Fachkräftemangels ist dies von zentraler Bedeutung. Zu viele junge Kolleg:innen verlassen den stationären Bereich oder den Beruf als Ganzes, weil die Arbeitsbedingungen als dauerhaft zu belastend erlebt werden. Wer gute Leute halten will, muss ihnen Perspektiven bieten.

Spitalschliessungen und der Verlust von Lernorten

Zusätzliche Herausforderungen entstehen durch Umstrukturierungen und Spitalschliessungen. Für die Bevölkerung stehen dabei oft Fragen der Erreichbarkeit oder der Kosten im Vordergrund. Für Ärzt:innen geht jedoch auch etwas anderes verloren: Weiterbildungsstellen.

Jede Weiterbildungsstätte ist ein Lernort. Werden Standorte geschlossen oder Abteilungen zusammengelegt, reduziert sich häufig auch die Anzahl verfügbarer Weiterbildungsplätze. Dies erschwert nicht nur individuelle

Karrierewege, sondern kann langfristig die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses beeinträchtigen. Der Erhalt qualitativ hochwertiger Weiterbildungsstellen ist uns deshalb ein wichtiges Anliegen. Weiterbildung darf bei gesundheitspolitischen Reformen nicht zur Nebensache werden.

Medizin statt Bürokratie

Die Anliegen des VSAO Bern und des VSAO Schweiz lassen sich letztlich auf einen Nenner bringen: Ärzt:innen sollen möglichst viel ihrer Arbeitszeit dort einsetzen können, wo sie den grössten Nutzen stiftet: bei den Patient:innen und in ihrer fachlichen Weiterentwicklung.

Dafür braucht es weniger Bürokratie, effizientere Prozesse, funktionierende Informatiksysteme und verlässliche Dienstplanung. Es braucht genügend Zeit für Supervision und Teaching. Und es braucht Arbeitsbedingungen, die es ermöglichen, den Arztberuf langfristig mit Motivation und Qualität auszuüben.

Wer die Qualität der Patientenversorgung von morgen sichern will, muss die Weiterbildung der Ärzt:innen heute stärken und Rahmenbedingungen schaffen, in denen Medizin wieder mehr Platz hat als Bürokratie.

Frag MedMate

MedMate ist die digitale Assistenz des VSAO Bern. Sie unterstützt Ärztinnen und Ärzte bei Fragen rund um Arbeitsbedingungen, Weiterbildung, Dienstplanung und viele weitere Themen aus dem Berufsalltag. Schnell, unkompliziert und rund um die Uhr. Du findest MedMate auf vsao-bern.ch.

«Weiterbildung muss als Arbeitszeit anerkannt werden.»

*Gespräch mit Patrick Thalmann,
Vorstandsmitglied & Dienstplanberater VSAO Bern*

VSAO Bern: Patrick, der VSAO setzt sich seit Jahren für 42+4 ein. Warum ist dieses Thema so zentral?

Patrick Thalmann: Assistenzärzt:innen arbeiten nicht nur im Spital, sondern absolvieren gleichzeitig ihre Facharztweiterbildung. Der Lohn basiert auf 42 Stunden Dienstleistung pro Woche rund um die Patientenbetreuung. Zusätzlich sollte Zeit für Weiterbildung vorgesehen sein. Genau darum geht es bei 42+4.

Wo siehst Du aktuell die grössten Herausforderungen?

Weiterbildung findet grundsätzlich statt, wird aber häufig nicht systematisch erfasst. Vieles passiert im Alltag: bei Fallbesprechungen, Visiten oder beim Teaching durch Vorgesetzte. Hinterher weiss aber oft niemand mehr genau, wie viel Weiterbildung tatsächlich stattgefunden hat. Ein weiteres Problem ist der häufig nicht korrekte Umgang mit der Überzeit.

Was meinst Du damit?

Überzeit sollte 1 zu 1 mit Freizeit gleicher Dauer kompensiert werden. In den aktuellen Planungstools (PEP) wird Überzeit durch planungsbedingte Minusstunden sozusagen «aufgefressen». Das ist nicht korrekt und verfälscht die Diskussion, insbesondere wenn es um die Kosten von 42+4 geht.

Ist der Kanton Bern bereit für 42+4?

Die Diskussion wird immer wichtiger. Am Ende profitieren alle davon: die Ärzt:innen, die Spitäler und vor allem die Patient:innen. Gute Weiterbildung verbessert die Qualität der medizinischen Versorgung. Deshalb liegt es auch im Interesse der Arbeitgebenden, dass Weiterbildung nicht nur stattfindet, sondern strukturell verankert und erfasst wird.

Was ist Deine wichtigste Botschaft?

Wir Ärzt:innen mögen unseren Job, aber nicht unsere Arbeitsbedingungen. Ein korrektes Umsetzen des Arbeitsrechts sollte auch in unserem Beruf möglich sein. Weiterbildung ist kein Luxus, sondern Teil des Berufs. 42+4 ist dafür ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

«Bei gutem Teaching geht es darum, alltägliche klinische Situationen zu nutzen, um Wissen, Erfahrung und Skills weiterzuvermitteln und zu festigen.»

*Gespräch mit Nora Bienz,
Past-President & Vorstandsmitglied VSAO Bern,
Ressort Weiterbildung*

VSAO Bern: Nora, viele Ärzt:innen verbinden Teaching mit Weiterbildungsveranstaltungen. Ist das ein Missverständnis?

Nora Bienz: Ich denke schon. Teaching muss nicht eine Stunde dauern. Oft reichen wenige Minuten: eine kurze Erklärung, eine gezielte Rückfrage, das Aufmerksammachen auf eine spezifische Konstellation von Trends und Symptomen oder konstruktives Feedback nach einer Patientensituation. Der Lerneffekt ist hier viel grösser als beim Frontalunterricht.

Was steht einem guten Teaching-Moment am häufigsten im Weg?

Der Zeitdruck und die Gleichzeitigkeit vieler Ereignisse. Wenn die Station voll ist und administrative Aufgaben warten, wird Weiterbildung schnell auf später verschoben. Das Problem ist: Dieses «später» kommt häufig nie.

Was kann man konkret tun?

Oft helfen bereits kleine Veränderungen. Beispielsweise bewusst Zeit für ein gemeinsames Check-in am Morgen und ein Check-out am Abend einzuplanen oder kurze Lehrmomente während der Patientenbesprechung zu nutzen. Nicht jede Weiterbildung muss in einem Seminarraum stattfinden. Viele gute Lerngelegenheiten entstehen direkt am Patientenbett.

Der VSAO Bern hat dafür sogar ein eigenes Projekt gestartet.

Genau. Im Ressort Weiterbildung beschäftigen wir uns intensiv mit «On the Job Teaching». Ein Schwerpunkt ist die Entwicklung von praxisnahen Werkzeugen und Methoden für «Micro Teaching». Die Idee ist, bewährte Ansätze zu sammeln und möglichst einfach zugänglich zu machen.

Was ist eure wichtigste Botschaft?

Weiterbildung passiert nicht primär im Hörsaal, sondern am besten und effektivsten im Alltag am Patientenbett. Oft sind es die kleinen Teaching-Momente, die am längsten in Erinnerung bleiben.

«Viele Probleme lassen sich lösen, bevor sie Überhand nehmen.»

*Gespräch mit Janine Junker,
Geschäftsführerin VSAO Bern*

VSAO Bern: Janine, welche Rolle spielt unsere Rechtsberatung für Mitglieder des VSAO Bern?

Janine Junker: Die Rechtsberatung gehört zu den wichtigsten Dienstleistungen des VSAO Bern und wird von unseren Mitgliedern sehr oft aufgesucht. Oft kann eine kurze Beratung Klarheit schaffen, das weitere Vorgehen klären und Handlungsoptionen aufzeigen. Unsere Mitglieder können diese Unterstützung kostenlos in Anspruch nehmen.

Mit welchen Anliegen melden sich Ärztinnen und Ärzte besonders häufig?

Fragen zu Arbeitszeugnissen, Kündigungen, dem Anspruch auf Weiterbildung oder zur Umsetzung des Arbeitsgesetzes sind am häufigsten. Auch Ferien und Überstunden geben oft Anlass zu Diskussionen.

Wann sollte man sich an Euch wenden?

Idealerweise früh. Viele unserer Mitglieder melden sich erst, wenn ein Konflikt bereits eskaliert ist. Dabei lassen sich viele Probleme vermeiden, wenn man rechtzeitig Rat einholt – beispielsweise vor einer Vertragsunterzeichnung oder bei Unklarheiten zur Dienstplanung.

Weshalb ist Sichtbarkeit für den VSAO Bern wichtig?

Es ist wichtig, dass die Mitglieder uns als Anlaufstelle kennen. Wenn sich ähnliche Fragen häufen, erkennen wir Muster. Diese Erfahrungen bringen wir in unsere politische Arbeit, in Verhandlungen und in die Öffentlichkeitsarbeit ein. So können wir nicht nur einzelne Mitglieder unterstützen, sondern auch strukturelle Verbesserungen anstossen.

Was möchtest Du unseren Mitgliedern mitgeben?

Niemand muss arbeitsrechtliche Fragen allein lösen. Genau dafür gibt es den VSAO Bern. Wir sind da, um zu unterstützen und Lösungen aufzuzeigen – unkompliziert, vertraulich und praxisnah.



Dr. med.
Matthias Scheidegger

Dr. med. Matthias Scheidegger schloss sein Medizinstudium an der Universität Bern 1992 ab und spezialisierte sich anschliessend in der Gynäkologie und Geburtshilfe, wobei er unter anderem zwei Jahre als Oberarzt in Lugano tätig war, bevor er bewusst ins Emmental zurückkehrte, wo er aufgewachsen ist. Nach 25 Jahren am Spital Emmental – zunächst als Chefarzt der Frauenklinik – trägt er heute als Chief Medical Officer Mitverantwortung für das Spital als Ganzes. 2025 wurde seine Abteilung mit dem Prix Viktor als «behaglichste Geburtenabteilung» ausgezeichnet. Matthias Scheidegger lebt mit seiner Familie in Burgdorf, er ist Vater von drei erwachsenen Kindern und verbringt seine Freizeit gerne mit Familie und Hund sowie auf zwei Rädern.

BEKAG-Vorstand

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.

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

Ich wurde im Frühling 2024 in den BEKAG-Vorstand gewählt und vertrete darin den ABV Emmental.

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

Der Wille der Gesundheit-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern GSI, das von PwC ausgearbeitete 4+-Regionenmodell umzusetzen, hat mich dazu bewegt, mich für das Emmental einzusetzen. Das Emmental war in den letzten Jahren finanziell nicht immer auf Rosen gebettet. Auch war die Zusammenarbeit innerhalb der Gremien nicht nur wünschenswert. Aus diesen Gründen und aufgrund meiner langjährigen Erfahrung als Chefarzt und medizinischer Direktor respektive CMO des Spital Emmmentals möchte ich Verantwortung für das Emmental übernehmen, damit es den Stellenwert bekommt, den es auch verdient hat, was in der Vergangenheit leider schon so oft nicht der Fall war.

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

Mein Hauptanliegen war die Vertretung des Emmmentals. Weiter ist mir aufgefallen, dass in den letzten Jahren der Graben zwischen Grundversorgenden und Spezialist/-innen immer grösser wird. Meines Erachtens droht eine Spaltung, die, wenn man nicht vorsichtig und respektvoll miteinander umgeht, zu einem Bruch innerhalb der Ärzteschaft führen kann. Ein grosses Anliegen ist mir, Verständnis für die andere Seite aufzubringen und mitzuhelfen, die Kommunikation untereinander zu verbessern.

Welche Themen beschäftigen Sie am meisten in Ihrer standespolitischen Tätigkeit?

Zusätzlich zu den oben erwähnten Themen ist für mich klar die Sicherung der medizinischen

Grundversorgung eines der Hauptanliegen. Auch hier steht ein grosser Wandel an. Durch den Fachkräftemangel und die Feminisierung innerhalb der Medizin wird die Grundversorgung in fünf bis zehn Jahren nicht mehr dieselbe sein. Daran mitzuarbeiten und einen Weg zu finden, wie neue Versorgungsmodelle aussehen könnten, ist eine grosse Motivation für mich. Hier sehe ich mich als wichtiges Bindeglied zwischen ABV, Spitälern und BEKAG.

Was sind Ihre Ziele für die laufende Amtszeit?

Das Pilotprojekt «Hausärztlicher Notfalldienst» der GSI und der BEKAG, das in enger Zusammenarbeit mit den teilnehmenden ABVs entstanden ist, wurde im Emmental von einem Provisorium in ein Kontinuum übergeführt. Mit den Spitälern bestehen Synergien, welche beide Berufsgruppen entlasten können. Ziel für die laufende Amtszeit ist es, einen Weg zu finden, wie diese Synergien sinnvoll genutzt werden können.

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

Wir sind als Ärzt/-innen privilegiert, dass wir unseren Beruf ausüben dürfen. Selten gibt es einen Beruf, in dem man sich die Sinnfrage so wenig stellt wie als Ärzt/-in. Weiter geniessen wir sehr viel Anerkennung und bekommen viele positive Rückmeldungen zurück, was nur in wenigen Berufen der Fall ist. Weiter kann die Ärzteschaft sich darauf verlassen, dass es ihr finanziell gut gehen wird. Es geht nicht darum, zu vergleichen, wer mehr und wer weniger hat. Demut und Bescheidenheit sind Eigenschaften, die auch den Ärzt/-innen gelegentlich guttun würden. Dass das Gesundheitswesen in der Schweiz und im Kanton Bern vor riesigen Aufgaben steht, wissen wir alle. Mein Wunsch ist es, dass die Kommunikation innerhalb der verschiedenen Institutionen so gestaltet wird, dass man sich nicht als Gegner, sondern als Partner wahrnimmt und gemeinsam an einer Zukunft arbeiten kann.

Text — Dr. med. Matthias Scheidegger

Bild — zVg

Weitere Informationen**BEKAG-Website**

Für weitere Informationen besuchen Sie die Website der BEKAG. Dort finden Sie relevante Informationen für Leistungserbringende und Patientinnen/Patienten, detaillierte Angaben zu aktuellen Projekten sowie diverse Kontaktmöglichkeiten.



Terminplan 2026

17. September

Präsidialkonferenz oder erw. Präsidial-
konferenz (Bezirksvereins- u. Fachgesell-
schaftspräsident/-innen)
Reservetermin nachmittags

15. Oktober

Delegiertenversammlung
nachmittags

5. November

FMH-Ärztammer

12. November

Bezirksvereinsversammlungen,
kantonsweit
