



- Editorial von Yvonne Gilli
- Eine kleine Geschichte der Vertragspflicht
- Jetzt online: «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag»
- So könnte das Gesundheitswesen gesünder werden

Inhalt

Editorial von Yvonne Gilli	3
Eine kleine Geschichte der Vertragspflicht	6
Jetzt online: «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag»	10
So könnte das Gesundheitswesen gesünder werden	12
Personalien	15



«Ich komm wieder, keine Frage»: So wie der Pink Panther kommen viele Gesetze im Parlament trotz vieler Ablehnungen immer wieder.

Beschlossene Gesetze bleiben ewig – abgelehnte Gesetze kommen wieder

Pink-Panther-Prinzip «Heute ist nicht alle Tage – ich komm wieder, keine Frage». Diese Aussage der Zeichentrickfigur Pink Panther beschreibt ein politisches Gesetz, das sich auch in der Frühlingssession zeigte: Der neue Leistungserbringer wurde abgelehnt – aber seine Rückkehr bereits angedeutet. Die sogenannte «Vertragsfreiheit» der Kassen wurde bereits sehr oft verworfen – und ist trotzdem wieder da.



Dr. med. Yvonne Gilli
Präsidentin der FMH

Als am 21. März die Frühjahrssession im Bundeshaus endete, konnte die FMH gemeinsam mit sämtlichen Akteuren des Gesundheitswesens einen grossen Erfolg verzeichnen: Das zweite Kostendämpfungspaket wurde verabschiedet – und dies *ohne* den darin ursprünglich geplanten neuen Leistungserbringer. Was können wir aus der Geschichte dieses Gesetzes über Politik lernen?

Gut überlegtes Agieren statt emotionaler Schnellschüsse

Die bürokratische Überregulierung mit Hilfe der sogenannten «Netzwerke zur

koordinierten Versorgung» konnte nur abgewendet werden, weil sich die Akteure der Gesundheitsversorgung gut koordiniert zu den richtigen Zeitpunkten und an den richtigen Stellen eingebracht haben. Bereits in den im Oktober 2022 sehr knapp angesetzten ersten parlamentarischen Hearings platzierten wir unsere Argumente und zeigten Alternativen auf – um anschliessend den Prozess langfristig eng zu begleiten [1,2].

Die Expertise aus der Praxis wird gerne ignoriert

Die weiteren Entwicklungen rund um

den neuen Leistungserbringer im Kostendämpfungspaket II zeigten deutlich, wie bitter nötig dieses hartnäckige und professionelle Engagement war. Denn trotz nachdrücklicher Warnungen sämtlicher Betroffener – von den Hausärzten und Netzwerken über die Spitäler und Verbände diverser Gesundheitsberufe bis hin zu den Versicherern – perlte die Expertise der Praxis an vielen politische Akteuren ab. Selbst die an drei runden Tischen im BAG eingeholte Praxisexpertise wurde im Bericht der Bundesverwaltung in den Anhang verbannt – der dann im weiteren politischen Prozess verschwand.

Schadensminderung ist aufwendig – und undankbar

Für das Gesundheitswesen sind die vielen «gut gemeinten» Vorstösse des Parlaments zu einem echten Problem geworden, zumal Praxisexpertise oft nur dort gehört wird, wo sie die eigenen Pläne zu stützen scheint. Der FMH und anderen Akteuren verursachen die vielen fragwürdigen Verbesserungsvorschläge einen hohen Aufwand. Sie drängen die Akteure zudem in eine reaktive Verhinderer-Rolle – und binden Ressourcen, die wir lieber konstruktiv für Lösungen einsetzen würden. Unser erzwungener Einsatz in der Schadensminderung ist zudem für unsere Mitglieder kaum sichtbar: Kaum jemand realisiert, welche Probleme in der Patientenversorgung *nicht* aufgeschlagen sind.

Pink-Panther-Prinzip: Wer eine Idee mag, bringt sie immer wieder

Ein anderes Problem der politischen Arbeit ist oft: Wer eine Idee für gut hält, bringt sie immer wieder in den parlamentarischen Prozess ein – egal wie oft sie bereits abgelehnt wurde. Was im Kontext von Volksinitiativen als «Zwängerei» kritisiert wird, ist im Parlament Alltag. Auch der neue Leistungserbringer dürfte uns bald wieder begegnen. Das Vorhaben war ja bereits im Kanton Waadt abgelehnt worden, bevor es über das BAG seinen Weg in das Kostendämpfungspaket II fand. Und im Vorfeld der nun neuerlichen Ablehnung betonten Parlamentarier, dass «die

Diskussion darüber mehr Zeit» brauche [3]. Selbst die Bundesrätin führte mit grossem «Bedauern» noch einmal alle angeblichen – und klar widerlegten – Vorteile der gescheiterten Regulierung an [3]. Es dürfte folglich eine Frage der Zeit sein bis das Vorhaben – dem Pink-Panther-Prinzip folgend – erneut auftaucht.

Die sogenannte «Vertragsfreiheit» der Kassen ist ein Pink Panther mit Krückstock

Auch die Aufhebung der Vertragspflicht der Krankenversicherer ist ein solcher Pink Panther, der mittlerweile schon graues Fell aufweisen dürfte: Seit fast 30 Jahren wird sie immer wieder von Neuem im Parlament eingebracht. Der Artikel zur Geschichte der Vertragspflicht in dieser digitalen Aufgabe [4] zeigt klar auf, wie häufig diese im Parlament diskutierte Option bereits verworfen wurde, weil sie von den Linken bis zu den Bürgerlichen nie richtig überzeugen konnte.

Pink-Panther-Politik lässt die Gesetzestexte explodieren

Das Pink-Panther-Prinzip führt nicht nur dazu, dass wir beständig dieselben gescheiterten Ideen diskutieren müssen, es lässt auch die Zahl der Gesetze explodieren. Zum Beispiel wurden während der sich über Jahrzehnte ziehenden Diskussionen zur Vertragspflicht eine Unmenge alternativer Gesetze erlassen, weil das Parlament die mit der «Vertragsfreiheit» vermeintlich adressierten Problem *anders* lösen wollte. Neben einer differenzierten Zulassungsgesetzgebung wurden verschiedenste weitere Gesetze zur Mengensteuerung und Qualitätssicherung verabschiedet. Nun wird die sogenannte «Vertragsfreiheit» erneut lanciert – um als *zusätzliche* Regulierung ergänzt zu werden – ohne ein einziges anderes Gesetz zu streichen.

Konkrete Unterstützung inmitten der sich aufschaukelnden Gesetzgebung

Die sich aufschaukelnde Gesetzgebung ist für Fachpersonen des Gesundheitswesens kaum noch zu durchschauen. Die FMH setzt hier nicht nur an der Quelle an, indem sie der Politik die

Auswirkungen ihrer Vorhaben in der Praxis aufzeigt. Wir helfen auch unseren Mitgliedern bei der Orientierung im Dschungel der Gesetze. In dieser Ausgabe findet sich darum auch ein Artikel zur neuen Online-Ausgabe unseres Leitfadens «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag», in dem FMH und SAMW in zehn Kapiteln und 70 Unterkapiteln die häufigsten Rechtsfragen behandeln [5].

Patientenversorgung braucht keine Ideologie ...

Die Dysfunktionalitäten der Gesetzgebung sind nicht zuletzt auch ideologischen Mustern geschuldet. Die Linke neigt dazu sämtliche staatlichen Regulierungen mit wohlklingenden Überschriften wie beispielsweise «Netzwerke» zu unterstützen, die bürgerliche Seite befürwortet hingegen gerne vermeintlich marktfreundliche Vorschläge, wie zum Beispiel die «Vertragsfreiheit» für Krankenkassen. Beide Seiten übersehen oftmals, wenn die von ihnen bevorzugten Vorschläge vollständig praxisuntauglich sind – und im Ergebnis sogar ihren eigenen Zielen zuwiderlaufen.

... sondern gute, praxistaugliche und zukunftsfähige Lösungen

Bringen beide Seiten abgelehnte Gesetze immer wieder neu ein, bis sie zusätzlich zu den zuvor beschlossenen Alternativen verabschiedet werden, wächst der Dschungel gesetzlicher Vorgaben. Gerade weil unser Gesundheitswesen eine ausgewogene Mischung aus staatlicher Regulierung und Marktprinzipien ist, ist unsere Patientenversorgung ständig gefährdet, zum Spielball einer Links-Rechts-Polarisierung zu werden. So bleibt es eine grosse Herausforderung der Standespolitik immer wieder zu zeigen, dass «gut gemeint» oft eben nicht «gut gemacht» ist – und Patientenversorgung keine ideologiegetriebenen Pyrrhussiege braucht, sondern gute praxistaugliche und zukunftsfähige Lösungen.

Literatur

- 1 Gilli Y. Der Ritt auf dem toten Pferd 2023; Schweizerische Ärztezeitung; 104(14–15):24–25.
- 2 Bütikofer A-G, Gilli Y, Götschi A S, Kraft E, Luchsinger P, Mesnil M, Ruggli M, Trutmann M, Wille N. Koordination stärken statt Koordination überregulieren. Schweizerische Ärztezeitung 2023;104(14–15):26–30.
- 3 Voten von Ständerat Erich Ettlin und Bundesrätin Elisabeth Baume-Schneider während der Beratungen des Ständerats zu den Differenzen am 4.3.2025; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/amtliches-bulletin/amtliches-bulletin-die-verhandlungen?SubjectId=67031>
- 4 Wille N, Gilli Y. Eine kleine Geschichte der Vertragspflicht. Schweizerische Ärztezeitung (13–14), April 2025; URL: <https://www.fmh.ch/politik-medien/schweizerische-aerztezeitung/ausgabe-13-14/fmh-vertragspflicht.cfm>
- 5 Zbären-Lutz C, Clerc V. Jetzt online: «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag». Schweizerische Ärztezeitung (13–14), April 2025; URL: <https://www.fmh.ch/politik-medien/schweizerische-aerztezeitung/ausgabe-13-14/fmh-rechtliche-grundlagen.cfm>

Eine kleine Geschichte der Vertragspflicht

KVG Heute legen viele Gesetze fest, welche und wie viele Leistungserbringer zu Lasten der Grundversicherung tätig sein dürfen. Zugleich stellt die Gesetzgebung sicher, dass die Versicherten unter den gesetzlich zugelassenen Leistungserbringern frei wählen können: Sie verpflichtet die Grundversicherer deren Behandlungen zu erstatten. Dieser Pflicht möchten sich einige Kassen – mal wieder – entledigen.

Nora Wille

Dr. phil., persönliche wissenschaftliche Mitarbeiterin der Präsidentin der FMH

Yvonne Gilli

Dr. med., Präsidentin der FMH

In den letzten Wochen erlangte die Motion 23.4088 [1] von Peter Hegglin – Mitte-Ständerat, Verwaltungsrat santésuisse und Präsident RVK – grosse Aufmerksamkeit in Politik und Medien: Nachdem die kleine Kammer bereits im September 2024 der darin verlangten «Lockerung des Vertragszwangs im KVG» zugestimmt hatte, entschied am 13. März auch der Nationalrat mit 113 zu 72 Stimmen und 6 Enthaltungen, der Bundesrat möge eine Gesetzesvorlage ausarbeiten, wie der sogenannte «Vertragszwang» oder auch «Kontrahierungszwang» gelockert werden könne [2].

Das KVG kennt keinen Zwang – nur ein Gleichgewicht von Pflichten

Tatsächlich kommt das Wort «Zwang» im Krankenversicherungsgesetz KVG kein einziges Mal vor. Stattdessen formuliert das KVG sehr viele Pflichten. Mit Abstand am häufigsten nennt es die Versicherungspflicht und die Prämienzahlungspflicht. Hinzukommen viele Pflichten von Akteuren wie Leistungserbringern und Krankenkassen. Im Ergebnis verpflichtet das Gesetz alle Einwohnenden der Schweiz eine Versicherung abzuschliessen und bestimmt gleichzeitig, wer im Rahmen dieser Grundversicherung Leistungen erbringen darf. Indem das KVG sowohl die Zulassung regelt als auch einen Tarifvertrag zwischen Krankenkassen und den zugelassenen Leistungserbringern fordert, entsteht für die Kassen die Verpflichtung die nach diesem Gesetz erbrachten Leistungen gemäss Tarifvertrag zu vergüten.

Wer von Vertragszwang spricht, sollte auch von Zwangsversicherten reden

Von den vielen Pflichten vieler Akteure im KVG ausschliesslich eine hervorzuheben und als «Zwang» zu brandmarken, ist darum als klassisches politisches Framing zu verstehen. Dieses Deutungsmuster des Zwangs hat sich über die Jahrzehnte jedoch sehr erfolgreich etabliert: Gesetzesvorlagen, Medienberichte, Ökonomen – alle sprechen heute vom «Vertragszwang» obwohl man genauso von einer «Vertragspflicht» sprechen könnte. Die Forderung einen Zwang abzuschaffen, verfängt natürlich leichter als die Forderung sich einer Pflicht entledigen zu können. Doch wer vom «Vertragszwang» spricht, sollte konsequent auch von Zwangsversicherten, vom Datenlieferungszwang oder dem Aufnahmezwang der Listenspitäler sprechen.

«Vertragsfreiheit» gibt es bereits – im Gegenzug für Prämienreduktionen

Die Pflicht der Grundversicherer die Leistungen aller zur Grundversicherung zugelassenen Leistungserbringer vergüten zu müssen, bildete seit Inkrafttreten des KVG 1996 einen zentralen Grundpfeiler unseres Gesundheitswesens. Das KVG ermöglichte jedoch auch von Anfang an Einschränkungen – unter definierten Bedingungen in alternativen Versicherungsmodellen (AVM). So hielt bereits die Botschaft zum KVG im Jahr 1991 klar fest: «Der Einschränkung der freien Wahl des Leistungserbringers steht eine reduzierte Prämie und die Möglichkeit des Wegfalls der obligatorischen Kostenbeteiligung gegenüber» [3, S. 128].

Forderung 1: Marktausschluss gegen die «stete Zunahme der Leistungserbringer»

Obwohl die Krankenversicherer also seit jeher im Rahmen alternativer Versicherungsmodelle «Vertragsfreiheit» geniessen,

wurde die im KVG verankerte grundsätzliche Vertragspflicht immer wieder in Frage gestellt. Seit Jahrzehnten werden dabei immer wieder dieselben zwei Hauptargumente ins Feld geführt. Das erste wirbt mit Kostendämpfung durch eine Begrenzung des Leistungsangebots: Wegen der Vertragspflicht hätten die Versicherer *«keine Mittel zur Unterbindung derjenigen Mengenausweitung, welche durch die stete Zunahme von Leistungserbringern bedingt ist»* [4,5, S. 4294]. Sie sollen darum neu *«die Möglichkeit haben, [Leistungserbringer] aus diesem Markt auszuschliessen»* [5, S. 4294], um zu verhindern, dass die Grundversicherung durch zu viele Fachpersonen belastet wird.

Forderung 2: Versicherer sollen Qualität definieren – nicht Gesetzgeber oder Patienten

Das zweite Hauptargument bezieht sich auf die Qualität: Nur bei einer Wahlfreiheit der Krankenversicherer könnten diese qualitativ ungenügend arbeitende Leistungserbringer ausschliessen. Damit wären nicht mehr die Qualitätsansprüche

des Gesetzgebers und der Patienten entscheidend, sondern die selektiven Verträge der Versicherer. Und diese könnten auch qualitativ hochwertig arbeitende Leistungserbringer ausschliessen – trotz gesetzlicher Zulassung.

Seit der Jahrtausendwende dieselbe Idee gegen die «Ärzteflut»

Die Entbindung der Krankenkassen von ihrer Vertragspflicht ist in den letzten Jahrzehnten im Parlament immer wieder diskutiert und immer wieder verworfen worden. Erstmals fand diese Diskussion in den Jahren 1999 und 2000 statt [6]. Im Rahmen der ersten KVG-Revision verlieh das Parlament dem Bundesrat die Kompetenz *«in Anbetracht der befürchteten «Ärzteflut»»* [6] und der neuen bilateralen Verträge [7] die Zulassung neuer Leistungserbringer von *«einem Bedarfsnachweis»* abhängig zu machen [5]. Damit war die Zulassungsregelung mit Hilfe des Artikels 55a KVG geboren. Diese wurde jedoch befristet, um gleichzeitig *«die Aufhebung des*

Übersicht Gegenargumente zur «Lockerung des Vertragszwangs im KVG»

Eine grosse Allianz aus Artiset, ChiroSuisse, FAMH, FMH, FSP, H+, ivr-ias, pharmaSuisse, physioswiss, SBK-ASO und SHV hat das Parlament im Vorfeld der Diskussion mit folgenden Argumenten gegen die Motion 23.4088 bedient.

- **Freie Wahl als Grundpfeiler des KVG:** Die Vertragspflicht der Kassen stellt sicher, dass die Grundversicherten ihre Fachpersonen selbst wählen können. Einschränkungen lehnten Parlament und Bevölkerung immer wieder klar ab.
- **Risikoselektion:** Bei einer Lockerung der Vertragspflicht würden die Krankenversicherer besonders günstige Leistungserbringer bevorzugen. Die Betreuung zu vieler «teurer» Patientinnen und Patienten würde für Gesundheitsfachpersonen damit zum Risiko. Gerade die besonders Kranken fänden dann keine Leistungserbringer mehr.
- **Benachteiligung chronisch Kranker:** Der neue Zwang zu einem dem Versicherer genehmen Leistungserbringer zu wechseln, träfe besonders chronisch Kranke. Angesichts des Fachkräftemangels würden damit riskante Therapieunterbrüche provoziert.
- **Unterlaufen der kantonalen Versorgungsplanung:** Neu würden zusätzlich zu den Kantonen auch die Krankenversicherer über das Versorgungsangebot in der Grundversicherung entscheiden. Dies verschlechtert die Versorgungssteuerung und die Rechtssicherheit.
- **Verstärkung des Fachkräftemangels:** Tätigkeiten in der Patientenversorgung und auch Praxisübernahmen werden unattraktiv, wenn unsicher ist, ob man selbst oder der Arbeitgeber zukünftig noch über die Grundversicherung abrechnen kann. Die Verfügbarkeit von Fachpersonen und die Patientenversorgung würden damit verschlechtert.
- **Widersprüchliche Politik:** Um die Auswirkungen der neuen Regelungen abzuwarten, lehnt das Parlament aktuell sogar kleinste Anpassungen zur Linderung von Versorgungsengpässen ab. Nun eine tiefgreifende Reform vorzunehmen, wäre widersprüchlich und zerstört einen hart erarbeiteten Kompromiss.
- **Freiwilligkeit für Qualität:** Bereits heute entscheiden sich Versicherte in alternativen Versicherungsmodellen für Einschränkungen – freiwillig, weil sie die Modelle überzeugen. Es gibt keinen Grund ihnen diese Wahlmöglichkeit zu entziehen – und ihnen mit einer Lockerung der Vertragspflicht die Wahl der Kassen aufzuzwingen.

Vertragszwanges zwischen Kassen und Leistungserbringern zu prüfen [6]. Trotz Befürchtungen, dass Versicherte so *«ihren langjährigen Arzt verlieren»* und betroffene Ärzte und Ärztinnen faktisch einem *«Berufsverbot»* unterlägen [6], vertagte das Parlament, die *«Aufhebung des Vertragszwangs»* als Massnahme gegen die *«Ärztenschwemme»* auf die nächste KVG-Revision [8].

Stark regulierte «Freiheit» gegen «das Wachstum der Ärztedichte»

Entsprechend legte der Bundesrat für die zweite KVG-Revision einen Vorschlag zur *«Aufhebung des Kontrahierungszwangs»* im ambulanten Bereich vor. Obwohl diese Aufhebung vielfach als *«untauglich und unpraktikabel»* [4] eingestuft wurde, stimmte der Ständerat grossmehrheitlich dafür, damit *«das Wachstum der Ärztedichte gebremst»* [4] werde. Um eine *«Übermacht der Krankenversicherer»* [4] zu verhindern, setzte er jedoch enge Grenzen: Die Versorgungssicherheit müsse gewährleistet bleiben, chronisch Kranke den *«Arzt ihrer Wahl»* [4] behalten und die Ärzteschaft mit den Kassen die Bedingungen für einen Kassenvertrag selbst aushandeln können. Zudem sollte eine tripartite Schiedskommission aus Ärzten-, Kassen- und Kantonsvertretern als Beschwerdeinstanz dienen. Später wurden noch zusätzliche Ausnahmen ergänzt – wie eine Vertragsgarantie für Ärztenetzwerke. Trotzdem blieb von rechts bis links die Sorge bestehen, dass die Aufhebung der freien Arztwahl zur Zweiklassenmedizin führe. In der Folge scheiterte die gesamte KVG-Revision im Jahr 2003 in der Schlussabstimmung.

Der nächste Vorstoss zur «Beschränkung des Überangebots»

Da die befristete Zulassungsregelung über den Artikel 55a KVG bald wieder auslief und eine dauerhafte Lösung gefunden werden sollte, legte der Bundesrat im Jahr 2004 erneut einen Vorschlag vor [5,7]. Doch auch der neue bundesrätliche Entwurf einer *«Vertragsfreiheit»* für sämtliche ambulanten Gesundheitsfachpersonen überzeugte das Parlament nicht. Der Bundesrat selbst sah die Gefahr, dass die Kassen Leistungserbringer mit vielen *«teuren»* Patienten benachteiligen würden, so dass die Leistungserbringenden *«ihrerseits ermuntert würden [...] sich der Patientinnen und Patienten zu entledigen, die besonders hohe Kosten verursachen»* [5, S. 4303]. Weil auch alternative Modelle keine Mehrheiten fanden [7] und die Frage der *«Vertragsfreiheit»* in die Managed Care-Revision eingebunden werden sollte [9], erledigte sich auch diese Vorlage im Jahr 2008 und 2010 durch Nichteintreten des Ständerats bzw. Nationalrats [7].

Immer wieder eingebracht – immer wieder gescheitert

Die Vertragspflicht der Kassen blieb jedoch ein wichtiges Thema. Im Juni 2012 scheiterte die Managed Care-Vorlage mit 76 % Nein-Stimmen nicht zuletzt, weil sie die freie Arztwahl tangierte. Auch durch die beständigen Verlängerungen der befristeten Ärztesteuern über den Art. 55a KVG

in den Jahren 2005, 2008, 2013, 2016 und 2019 blieb die *«Vertragsfreiheit»* auf der Agenda. Nachdem Ende 2015 eine Verstetigung des Artikels 55a KVG scheiterte, forderte die SGK-S Anfang 2016 vom Bund eine neue Auslegeordnung. Diese sollte neben einer Steuerung über Ober- und Untergrenzen oder über Tarife auch eine Lockerung der Vertragspflicht als Möglichkeit prüfen [10]. Im Mai 2017 forderte dann die um *«medizinische Überversorgung»* [11] besorgte SGK-N das Modell zur *«Vertragsfreiheit»* von 2004 erneut zu diskutieren [17.442, 12]. Die SGK-S unterstützte dieses Anliegen – explizit um im Vorfeld der neuerlichen Diskussion über die Zulassungssteuerung *«ein Zeichen für die Lockerung des Vertragszwangs»* zu setzen [13]. Doch trotz all dieser Vorstösse und Entscheide konnte die Lockerung der Vertragspflicht wieder nicht überzeugen [14]: Nach intensiven Diskussionen eines neuen Gesetzesentwurfs [15] von 2018 bis 2020, verabschiedete das Parlament im Juni 2020 mit grosser Mehrheit die im Juli 2021 eingeführte Zulassungsregelung – ohne die Vertragspflicht zu lockern.

«Vertragsfreiheit»: Eine untaugliche «Lösung», zu der es nicht einmal ein Problem gibt

Der Rückblick zeigt: Die Forderung nach *«Vertragsfreiheit»* ist bereits in sämtlichen Varianten vom Parlament diskutiert – und immer wieder abgelehnt worden. Dieselbe Forderung nach jahrzehntelangem Scheitern und kurz nach der Einführung eines hart erarbeiteten Kompromisses erneut einzubringen, erscheint grotesk. Dies umso mehr als sich die Kernargumente für dieses Anliegen mittlerweile vollständig überlebt haben: Laut OECD leiden aktuell 20 europäische Länder unter einem Ärztemangel [16] – und laut BAG kamen in den letzten zehn Jahren über 70 % unserer neuen Ärzte und Ärztinnen aus dem Ausland [17]. Während allorts eine Zuspitzung des Mangels und medizinische Wüsten drohen – möchte die Motion Hegglin immer noch der *«Überversorgung»* beikommen.

Die Forderung einer «Vertragsfreiheit» hat sich überlebt

Doch nicht nur die Verfügbarkeit von Fachkräften, auch die Gesetzgebung hat sich stark verändert: Angesichts der heutigen mehrstufigen Zulassungsregulierung durch Bund und Kantone lassen sich zusätzliche Beschränkungen durch Krankenversicherer schwer begründen. Auch die Qualitätsvorgaben sind in den letzten Jahren massiv verschärft worden. Als die *«Vertragsfreiheit»* erstmals gefordert wurde, gab es noch keine Zulassung mit Qualitätskriterien, kein Gesetz zu Qualität und Wirtschaftlichkeit, keine seitenlangen Qualitätsparagrafen im KVG oder eidgenössischen Qualitätskommissionen und bundesrätlichen Qualitätsziele.

Vorteile können bereits heute realisiert werden

Wo die Kassen die Vorgaben des Gesetzgebers als unzureichend betrachten, können sie zudem bereits heute in alternativen Versicherungsmodelle selektive Verträge mit Ärztinnen und Ärzten abschliessen. Sofern diese Modelle tatsächlich Kosten- oder Qualitätsvorteile bringen, werden sie die Versicherten überzeugen. Tun sie es nicht, ist es wohl besser, wenn sich die Selektion der Krankenversicherer im Wettbewerbsdruck bewähren muss – und den Versicherten nicht per Gesetz aufgezwungen wird.

Eine Pflicht ist kein Zwang – und zusätzliche Regulierung keine Freiheit

Letzteres deutet ein weiteres Problem an: Die sogenannte «Vertragsfreiheit» brächte keineswegs mehr Freiheit. Entweder würden Versicherte und Leistungserbringer neu den Entscheidungen der Versicherer ausgeliefert – oder es bräuchte weitreichende flankierende Massnahmen wie in den Entwürfen der letzten Jahrzehnte. Was im Gewand der «Freiheit» daher-

kommt, wäre in Tat und Wahrheit schlicht eine administrationsintensive zusätzliche Regulierungsstufe: Bestehende Regulierungen würden durch neue Beschränkungen der Kassen und viele Auflagen ergänzt. Der Bundesrat ist nicht zu beneiden nun infolge der Motion Hegglin erneut einen Vorschlag zu «Vertragszwang» und «Vertragsfreiheit» ausarbeiten zu müssen: Hinter dem vermeintlichen «Zwang» verbirgt sich eine einfache «Pflicht» und hinter der vermeintlichen «Freiheit» mehr Zwänge und Regulierungen. Der Vorschlag kann also nur eine Mogelpackung sein – und das Parlament wird dies wohl auch – mal wieder – erkennen.

Literatur

- 1 Motion 23.4088, Peter Hegglin, Lockerung des Vertragszwangs im KVG; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20234088>
- 2 SDA-Meldung, 13. März 2025, Parlament will Vertragszwang für Krankenkassen lockern; URL: https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2025/20250313122008712194158159026_bsd092.aspx
- 3 Botschaft über die Revision der Krankenversicherung vom 6. November 1991, publiziert am 28. Januar 1992, BBI 1992 | 93; URL: https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/1992/1_93_77_65/de
- 4 Geschäft des Bundesrates 00.079, Krankenversicherungsgesetz. Teilrevision (Spitalfinanzierung); URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20000079>
- 5 Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Vertragsfreiheit) vom 26. Mai 2004, publiziert am 27. Juli 2004, BBI 2004 4293; URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2004/709/de>
- 6 Geschäft des Bundesrates 98.058, KVG. Bundesbeiträge und Teilrevision; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=19980058>
- 7 Geschäft des Bundesrates 04.032, Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Vertragsfreiheit; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20040032>
- 8 SDA-Meldung, 3. Februar 2000, Nationalratskommission gegen «Ärztenschwemme». Aufhebung des Vertragszwangs auf nächste KVG-Revision vertagt; URL: https://www.parlament.ch/de/services/news/Seiten/2000/mm_2000-02-03_000_01.aspx
- 9 Geschäft des Bundesrates 04.062, Bundesgesetz über die Krankenversicherung. Teilrevision. Managed-Care; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20040062>
- 10 Postulat SGK-S 16.3000, Alternativen zur heutigen Steuerung der Zulassung von Ärztinnen und Ärzten; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20163000>
- 11 Medienmitteilung SGK-N, 12. Mai 2017, Kommission nimmt medizinische Überversorgung ins Visier; URL: <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-n-2017-05-12.aspx>
- 12 Parlamentarische Initiative SGK-N 17.442, Kantonale Steuerung der Zulassung und Stärkung der Vertragsautonomie; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20170442>
- 13 Medienmitteilung SGK-S, 16. Januar 2018, Unverhältnismässige Vermittlerprovisionen verhindern; URL: <https://www.parlament.ch/press-releases/Pages/mm-sgk-s-2018-01-16.aspx>
- 14 Geschäft des Bundesrates 18.047, KVG. Zulassung von Leistungserbringern; URL: <https://www.parlament.ch/de/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefft?AffairId=20180047>
- 15 Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Zulassung von Leistungserbringern) vom 9. Mai 2018, publiziert am 12. Juni 2018, NNI 2018 3125; URL: <https://www.fedlex.admin.ch/eli/fga/2018/1205/de>
- 16 OECD Publications, Health at a Glance: Europe 2024. State of Health in the EU Cycle. Report, 18. November 2024; URL: https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-europe-2024_b3704e14-en.html
- 17 Ärztinnen und Ärzte 2023. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS im Auftrag des BAG, März 2024; URL: https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/berufe-gesundheitswesen/medizinalberufe/statistiken/med/aerztinnen-und-aerzte-2023.pdf.download.pdf/Aerztinnen_und_Aerzte_2023_d.pdf

Jetzt online: «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag»

Leitfaden *Der ärztliche Alltag ist von vielen rechtlichen Bestimmungen begleitet. Oft ist es für eine Ärztin oder einen Arzt schwierig, einen Überblick über die relevanten Rechtsnormen zu bewahren. Hier bietet der Leitfaden «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» der SAMW und der FMH eine einzigartige Hilfestellung – neu als Online-Ausgabe.*

Corinne Zbären-Lutz
Rechtsanwältin FMH

Gabriela Lang
Leiterin Rechtsdienst FMH

Valérie Clerc
Generalsekretärin SAMW

Im medizinischen Alltag müssen zahlreiche Entscheidungen getroffen werden, die auf einer Abwägung verschiedener, sich teilweise entgegenstehender Interessen oder Ziele beruhen. Beispielsweise besteht ein Zielkonflikt bei der Aufklärung der Patientinnen und Patienten über Behandlungsrisiken: Einerseits haben Patientinnen und Patienten ein Recht auf eine umfassende Kenntnis der relevanten Risiken; andererseits sollen sie nicht verängstigt werden, so dass sie sich gegen einen notwendigen Eingriff entscheiden.

Während das Recht den Ärztinnen und Ärzten zum Teil ein weites Ermessen einräumt, sind in anderen Fällen Rechtsnormen vorhanden, die die Entscheidung vorgeben oder zumindest wesentlich steuern. Gewisse Entscheidungen von grosser Tragweite sollen und können weder ausschliesslich von den Betroffenen selbst noch von den beteiligten Gesundheitsfachpersonen getroffen werden.

Recht im Praxisalltag omnipräsent

Ärztinnen und Ärzte sehen sich täglich mit zum Teil heiklen rechtlichen Fragen konfrontiert: Darf ich Daten eines minderjährigen Patienten an dessen Eltern weitergeben? Welche Informationen darf ich der Unfallversicherung liefern? Was mache ich bei Pensionierung mit den Krankengeschichten meiner Patientinnen und Patienten? Was gilt es im Umgang mit Telemedizin oder Künstlicher Intelligenz (KI) zu beachten? Das sind nur einige Beispiele von zahlreichen beruflichen Situationen, in denen ein rechtlicher Leitfaden hilfreich ist.

Nach drei Ausgaben des Leitfadens «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» in Papierform haben sich die FMH und die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) entschieden, zum Webformat zu wechseln. Erstmals wird das Nachschlagewerk rein digital publiziert. Dadurch können die gesuchten Informationen gezielt und schnell aufgerufen werden.

Der kostenlos zugängliche, laufend aktualisierte Leitfaden beantwortet häufige und geläufige Fragen. Er bietet eine einzigartige Übersicht über die rechtlichen Regelungen, die für den medizinischen Alltag relevant sind. Die mit Links ergänzten Kapitel können einzeln angesteuert und als PDF ausgedruckt werden. Nicht nur Ärztinnen und Ärzte profitieren von den Inhalten, sondern generell alle in Gesundheitsberufen tätigen Personen und auch Behörden, Juristinnen und Juristen in Verwaltung und Advokatur sowie Gerichte – also alle, die mit medizinisch-rechtlichen Fragestellungen zu tun haben.

Inhaltliche Schwerpunkte

In zehn Kapiteln und 76 Unterkapiteln werden die in Praxis und Spital häufigsten und wichtigsten Rechtsfragen

«Der Leitfaden bietet eine einzigartige Übersicht über die rechtlichen Regelungen, die für den medizinischen Alltag relevant sind.»

«Erstmals wird das Nachschlagewerk rein digital publiziert. Dadurch können die gesuchten Informationen gezielt und schnell aufgerufen werden.»

beantwortet. Den Text hat ein Autorenteam, bestehend aus FMH-Rechtsdienst, SAMW-Mitarbeitenden sowie externen Autorinnen und Autoren verfasst. Die Texte sind möglichst kurzgehalten und erlauben einen Einstieg in die Thematik. Nachstehend eine Zusammenfassung der inhaltlichen Schwerpunkte.

- **Kapitel 1** stellt die Grundlagen vor: die Funktion des Rechts im ärztlichen Alltag und die Stufen des Rechts von der Bundesverfassung bis zu den medizin-ethischen SAMW-Richtlinien und weiteren privat-rechtlichen Regelungen der FMH. Die Entwicklung und der Stand der Gesundheitsgesetzgebung runden den Einstieg ab.
- **Kapitel 2** vermittelt den systematischen Überblick über die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit: Aus-, Weiter- und Fortbildung, Berufsausübung und Zulassung, Berufspflichten, Sozial- und Privatversicherungen.
- **Kapitel 3** legt die Grundlagen der Behandlung von Patientinnen und Patienten dar: den Behandlungsvertrag, die Aufklärung und Einwilligung der Patientin oder des Patienten, die Führung und die Auskunfts- und Herausgaberechte der Krankengeschichte, die Besonderheiten der Behandlung Minderjähriger, ausländischer Patientinnen und Patienten oder von Sans-Papier und Asylsuchenden. Und schliesslich beleuchtet es die behördlichen Massnahmen zum Schutz Erwachsener, die hilfs- oder schutzbedürftig sind.
- **Kapitel 4** beinhaltet die Behandlung der wichtigsten Bestimmungen rund um die Krankenversicherung. Was sind die Grundprinzipien? Welche Modelle gibt es? Welche Leistungen übernimmt die Krankenversicherung? Hier finden sich rechtliche Informationen bezüglich Labor und Röntgen, über Medizinalprodukte bis hin zu Arzneimitteln. Ein neues Teilkapitel fokussiert auf Rahmenbedingungen für das Ausstellen von Rezepten. Wie stellt die Ärztin oder der Arzt Rechnung? Welches ist das Verfahren bei Streitigkeiten?
- **Kapitel 5** geht auf spezielle Situationen bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten ein: genetische Untersuchungen, Fortpflanzungsmedizin, strafloser Schwangerschaftsabbruch, Entscheide am Lebensende,

Reanimation, Beihilfe zum Suizid. Zwei Teilkapitel sind den Zwangsmassnahmen in der Medizin und der Behandlung im Strafvollzug gewidmet. Für viele dieser Themen existieren medizin-ethische Richtlinien der SAMW, die ebenfalls Teil der FMH-Standesordnung sind. Ihre Inhalte werden im Leitfaden kurz und prägnant zusammengefasst.

- **Kapitel 6** thematisiert die Forschung und die damit verbundene wissenschaftliche Integrität. Im Rahmen der Aktualisierung wurden Teilkapitel wie Big Data und Künstliche Intelligenz in der Medizin ergänzt.
- **Kapitel 7** handelt vom Berufsgeheimnis, vom Datenschutz in der Praxis und den Melderechten und -pflichten. Nach einer allgemeinen juristischen Darstellung zu Zeugnissen und Berichten beantwortet es die gängigen Fragen zu Überweisungen an Arztkolleginnen und -kollegen, zu Zeugnissen für Arbeitgebende, zu Berichten an Sozial- und Privatversicherungen sowie in Asylverfahren.
- **Kapitel 8** befasst sich mit der Haftung im Zivil- und Strafrecht und greift den immer wichtiger werdenden Bereich der Telemedizin auf.
- **Kapitel 9** ist der gutachterlichen Tätigkeit gewidmet und enthält allgemeine Regeln des ärztlichen Gutachtens und die Besonderheiten im Haftpflichtbereich einerseits sowie des Sozialversicherungsgutachtens andererseits. Die einschneidenden Neuerungen im revidierten Sozialversicherungsrecht für Gutachterinnen und Gutachter werden ebenfalls erörtert.
- **Kapitel 10** gibt den Ärztinnen und Ärzten als Arbeitnehmer oder Arbeitgeber Orientierungshilfe, von der Anstellung im Spital über die Praxiseröffnung bis zu den Mutterschutzbestimmungen für Medizinische Praxisassistentinnen und -assistenten (MPA). Ein Teilkapitel beschreibt die Praxistypen mit ihren Vor- und Nachteilen.

Der FMH und der SAMW ist es ein grosses Anliegen, dass der Online-Leitfaden der Ärzteschaft bei rechtlichen Fragen rasch und adressatengerecht weiterhilft. Anregungen für Aktualisierungen und weitere Verbesserungen sind jederzeit willkommen.

Korrespondenz
lex@fmh.ch

Den Leitfaden «Rechtliche Grundlagen im medizinischen Alltag» finden Sie unter <https://leitfaden.samw.fmh.ch>

So könnte das Gesundheitswesen gesünder werden

Managed Care *Das 3C-Meeting, der Innovationsworkshop für hausärztlich koordinierte Versorgung, ist längst zu einem Standardtermin geworden in den Agenden der Fachleute. 2024 haben über 130 Vertreterinnen und Vertreter von Ärzte- und Praxisnetzen, Betriebsgesellschaften, Versicherungen und Verbänden von einer grossen Fülle an Informationen profitieren können.*

Ramona Meyer
Geschäftsführerin medswissnet

Werner Mäder
Inhaber sichtflug. Navigatur für Kommunikation

In ihrem Begrüssungsreferat zeigte sich Anne Sybil Götschi, Präsidentin medswissnet, sportlich und führte die Zuhörenden in die Welt des Fussballs und dessen Fans. Ähnlich wie im Fussball stünde auch die hausärztlich koordinierte Medizin immer wieder vor Herausforderungen. Die Managed Care-Szene, die als Graswurzelbewegung begonnen habe, sei jedoch gut gerüstet und habe enorm viel erreicht. Die koordinierte Hausarztmedizin bewege sich in der Champions League, sei ein Partner auf Augenhöhe und dürfe zu Recht stolz auf das Erreichte sein.

Politik in Zielen einig – Differenzen bei Umsetzung

Auf den ersten Blick zuversichtlich stimmten denn auch die Stellungnahmen der Vertreterinnen und Vertreter der fünf grössten Parteien zur koordinierten Versorgung. In den Zielen besteht unter ihnen offenbar weitgehend Einigkeit. Sie rückten die medizinische Qualität ins Zentrum, möchten Fehlanreize vermeiden, einen besseren Datenaustausch,

Abbau von Bürokratie, mehr Zusammenarbeit und Koordination unter den Playern, Massnahmen gegen den Fachkräftemangel, tiefere Kosten und mehr Freiheit bei der Prämiengestaltung. Die anschliessende Diskussion, moderiert von Felix Schneuwly, Head of Public Affairs Comparis, zeigte dann aber doch unterschiedliche Positionen bei der Umsetzung. Umstritten war beispielsweise das Thema der im Massnahmenpaket 2, Art. 35 und 37 vorgesehenen zusätzlichen Leistungserbringer. Während Andri Silberschmidt, Nationalrat FDP Schweiz, im Schaffen einer neuen Abrechnungs-Entität nur viel Aufwand ohne grossen Nutzen sah, fand Flavia Wasserfallen, Ständerätin SP Schweiz, den Ansatz zumindest prüfenswert. Hannes Germann, Ständerat SVP Schweiz, möchte vor allem die Selbstverantwortung stärken und Bevormundung der Patientinnen und Patienten durch den Staat reduzieren. Er lobt aber die Qualität der alternativen Versicherungsmodelle.

Was braucht die hausärztlich koordinierte Versorgung?

Felix Huber, Präsident mediX Schweiz, plädiert dafür, dass sich die Ärztenetze neben ihrer hohen Effizienz, ihrem Beitrag zur Koordination und ihrer hoch entwickelten medizinischen Qualität in

Zukunft zusätzlich über die Exklusivität des Zugangs zur hausärztlichen Versorgung profilieren sollten.

Dafür brauche es mehr Hausärztinnen und Hausärzte, eine Liberalisierung der Zulassungsregeln, den Verzicht auf den koordinierten Leistungserbringer im Massnahmenpaket 2 sowie einen differenzierten Selbstbehalt bei alternativen Versicherungsmodellen (10 % Selbstbehalt, max. CHF 700 für AVM, bzw. 20 % und max. CHF 1400 im konventionellen Modell).

Von der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen (EFAS) erwartet Huber einen Schub für Managed Care. Die vertraglichen Hausarztnetze würden EFAS am schnellsten umsetzen, da sie die Behandlung direkt steuern könnten. EFAS werde zu einer starken Differenzierung zwischen echten vertragsbasierten Hausarztmodellen und Pseudomodellen oder rein telemedizinischen Modellen führen.

Die FMH geht mit klarem Fokus in die Zukunft

Die neue Strategie der FMH, basiere primär auf den Schwerpunkten «ausreichend Fachkräfte», «erfolgreiche Ambulantisierung» und «administrative Entlastung», so Yvonne Gilli, Präsidentin FMH. Beim TARDOC habe die FMH zwischen Zustimmung zum Tarifpaket oder

Übernahme eines von Amtes wegen verordneten Tarifs entscheiden müssen. Jetzt brauche es vollen Einsatz für die Verbesserung der Pauschalen und eine optimale Unterstützung bei der Einführung am 1. Januar 2026.

Alle Probleme löse TARDOC aber nicht: gemäss Bundesrat sollen die Tarifpartner nur den Preis, aber nicht die Tarifstruktur verhandeln und das gefährde die Praxislabore (bezüglich Labortarif). Und bei der praxisambulanten Notfallversorgung möchte die FMH erreichen, dass eine Verrechnung der Notfallpauschale für alle ambulant tätigen Ärzte bei erfüllten Notfalkriterien möglich wird.

Die anschliessende Diskussion führte zur Erkenntnis, dass der TARDOC mit dem Kostenkorridor nicht überzeugt.

Kooperationen und Effizienz

In einer Parallelsession wurde darüber diskutiert, wie die Kooperation zwischen der Spitex, der Pflege und Ärzten in Zukunft aussehen soll. Aktuelle Best Practice gelebter Interprofessionalität wurden aufgezeigt, es wurde aber auch klar vermittelt, dass es für eine Langfristigkeit solcher Kooperationen neue Organisationsformen braucht und die Finanzierbarkeit geklärt sein muss.

Zudem wurden Ideen gesammelt, wie man die richtigen (die älteren) Versicherten in die echten Hausarztmodelle bekommt. Alle waren sich einig, dass es angenehmer wäre, die Patientinnen und Patienten im Frühling auf einen Wechsel des Versicherungsmodells anzusprechen. In der dritten Session ging es um mehr

Praxiseffizienz dank Managed Care. Das wichtigste Take Away aus dieser Session war, dass Daten fließen sollen und die Zusammenarbeit nicht aus kontrollieren und kontrolliert werden bestehen darf. So soll die Administration beidseitig in den AVM reduziert und/oder sinnvoll integriert werden, um so die Partnerschaft neu zu definieren und frisch zu beleben.

Ärzte und Stil

Eine Auflockerung mit Augenzwinkern gab es am Freitagnachmittag, als Stil-experte Jeroen van Rooijen mit den Teilnehmenden über Stilregeln und Fragen wie «Kann ich auch in Jeans eine glaubwürdige Ärztin sein?» sprach. «Die Kleidung des Menschen ist keine unbedeutende Nebensache, sondern eine sehr mächtige Form der Kommunikation. Sie transportiert ein Lebensgefühl und drückt aus, was man darstellt und vermitteln möchte. Dies gilt nicht nur in der Freizeit, wo die Varianten der Selbstdarstellung heute praktisch endlos sind, sondern auch im beruflichen Umfeld», so van Rooijen. Ganz uneins war man sich schliesslich beim Thema kurze Hosen für Männer; beim anschliessenden Social Dinner erschienen aber alle aufgrund der winterlichen Temperaturen in langen Hosen.

Praxiskapazitäten über das Hausarztmodell kommunizieren

Das Angebot für integrierte Versorgung sei unübersichtlich und für die Versicherten völlig intransparent, sagte Leander Muheim, CEO mediX zürich AG. Die Ärzteverfügbarkeit und der Zugang zu

Praxen sei für neue Patientinnen und Patienten zunehmend ein Problem. Das Hausarztmodell Plus beinhalte daher neu auch die Veröffentlichung der Ärzteverfügbarkeit. Bei Comparis sei es nun möglich, Versicherungsmodelle zu finden welche mit der aktuellen Hausarztpraxis funktionieren, zu erkennen, für welche Versicherungsmodelle in der Region eine erhöhte Hausarztverfügbarkeit besteht oder Informationen über die Handhabung von Neuaufnahmen bei Praxen einzusehen.

Smart Managed Care

Mit Smart Managed Care, so Robin Schmidt, Mitglied GL mediX zürich AG sei es möglich, die Patientendaten unabhängig vom Praxis-Informationssystem direkt aus der Datenbank datenschutzgerecht und strukturiert anderen berechtigten Personen zugänglich zu machen. So könnten beispielsweise bei telemedizinischen Anfragen aufgrund aktueller Patientendaten die Beratung verbessert werden. Aktuell seien insgesamt 400 Hausärzte beteiligt. Schmidt betonte, dass mit dem Angebot keine Konkurrenz zu EPD geschaffen werde, sondern vielmehr ein Booster für eine rasche Digitalisierung entstehe.

Dringende Massnahmen gegen den Fachkräftemangel

Eine ganze Reihe von Referaten waren dem Thema des Fachkräftemangels gewidmet. Gemäss Michelle Müller, Head of Consulting ZEAM GmbH, sei die Arbeit im Gesundheitswesen bei der Generation Z sehr beliebt, aber Belastung und unflexibel Arbeitszeiten stünden dem entgegen; insbesondere die mentale Belastung sei für viele zu hoch. Wer ein gutes Arbeitsklima, ein attraktives Arbeitsgebiet, Unterstützung durch die Arbeitgeber und eine sinnhafte Tätigkeit anbieten könne, habe aber gute Chancen, junge Leute im Job zu behalten.

Claudio Schmutz präsentierte die not-for-profit-Organisation PraxisPro, die Hausärzte in ländlichen Regionen bei der Nachfolge berät sowie junge Ärzte und Ärztinnen bei der Praxisübernahme unterstützt. Sie bietet auch den Kauf von Praxen an bis zum Übergang in die

3C-Meeting

Das 3C-Meeting, das jährlich von medswissnet durchgeführt wird, bietet der «Community of Coordinated Care» zwei Tage voller politischer und fachlicher Highlights. Referate und Parallelsessions animieren zum «Reflektieren, Gestalten und Anpacken».

Selbständigkeit. Seit der Gründung im Jahr 2015 hat PraxisPro mehr als 10 Übernahmen vermittelt.

Monika Reber, Co-Präsidentin mfe, sieht ein grosses Problem im «Aussteiger-Trend». Sie will mit ihrem Masterplan in der Ausbildung, der Weiterbildung und bei den Rahmenbedingungen ansetzen. Sie forderte konkret mehr Medizinstudienplätze (insbesondere für die Haus- und Kinderarztmedizin), mehr Praxisassistentenstellen und ein «Impulsprogramm Hausarztmedizin». Hannes Bangerter, Vorstand Junge Haus- und Kinderärztinnen Schweiz, brachte den interessanten Ansatz in die Diskussion, dass der Facharztstitel AIM Hausarztspezifischer sein sollte.

Peter Indra, Chef Amt für Gesundheit Kanton Zürich, rief bei der Nachwuchsproblematik nach einem «Sturm auf die Bastille». Der Fachkräftemangel, der sich bis 2040 abzeichne, sei erschreckend. Er warnte: «Wenn die Grundversorgung ausfällt, dann gehen die Leute ins Spital.» Lösungsansätze sieht Indra in der Regionalisierung, Ambulantisierung, Digitalisierung und der Eigenverantwortung.

Personalien

Todesfälle / Décès / Decessi

Gilbert Fellay (1938),
† 25.3.2025, Spécialiste en médecine
intensive et Spécialiste en médecine in-
terne générale, 1752 Villars-sur-Glâne
Heike Gudat Keller (1964),
† 12.3.2025, Fachärztin für Allgemeine
Innere Medizin, 4103 Bottmingen

Ärztegesellschaft des Kantons Bern Ärztlicher Bezirksverein Bern Regio

Zur Aufnahme als ordentliches Mitglied
haben sich angemeldet:

Dario Grob, Facharzt für Allge-
meine Innere Medizin, Mitglied FMH,
Medizinisches Zentrum VI-VA,
Bernstrasse 21, 3072 Ostermundigen

Recep Ali Hacialioglu, Praktischer
Arzt, Mitglied FMH, HLTHY Bern,
Laupenstrasse 3, 3008 Bern

Julia Alessandra Holtmann, Fach-
ärztin für Orthopädische Chirurgie
und Traumatologie des Bewegungsap-
parates, Mitglied FMH, Sonnenhof-
spital, Buchserstrasse 30, 3006 Bern

Matthias Lang, Facharzt
für Radiologie, Sonnenhofspital,
Buchserstrasse 30, 3006 Bern

Elina Grazia Wirz, Fachärztin für
Dermatologie und Venerologie,
Mitglied FMH, Hautarztpraxis Bern,
Schanzenstrasse 1, 3008 Bern

Einsprachen gegen diese Vorhaben müs-
sen innerhalb 14 Tagen seit der Veröf-
fentlichung schriftlich und begründet
bei den Co-Präsidenten des Ärztlichen
Bezirksvereins Bern Regio eingereicht
werden. Nach Ablauf der Frist entschei-
det der Vorstand über die Aufnahme der
Gesuche und über allfällige Einsprachen.

Ärztegesellschaft des Kantons Luzern

Zur Aufnahme in unsere Gesellschaft
Sektion Stadt hat sich gemeldet:

Sandrine Dackam, Fachärztin für
Chirurgie und Fachärztin für Thorax-
chirurgie, Klinik St. Anna, Ärztehaus
Lützelmat, St. Anna-Strasse 32,
6006 Luzern

Björn-Christian Link, Facharzt für
Chirurgie und Facharzt für Ortho-
pädische Chirurgie und Traumatologie
des Bewegungsapparates, Mitglied
FMH, Luzerner Kantonsspital,
Spitalstrasse, 6000 Luzern 16

Corinne Marbet, Fachärztin für
Dermatologie und Venerologie, Mitglied
FMH, Dermatologie Luzern Süd,
Obergrundstrasse 109, 6005 Luzern

Alessandro Spirito, Facharzt für In-
nere Medizin und Facharzt für
Kardiologie, Cardio Center Luzern,
Seidenhofstrasse 9, 6003 Luzern

Manuel Waser, Facharzt für Oto-
Rhino-Laryngologie, Mitglied FMH,
HNO Praxis Luzern AG,
Haldenstrasse 11, 6006 Luzern

Einsprachen sind innert 20 Tagen
nach der Publikation schriftlich und
begründet zu richten an: Ärztegesellschaft
des Kantons Luzern, Schwanenplatz 7,
6004 Luzern.

Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn

Zur Aufnahme als ordentliche Mitglieder
haben sich angemeldet:

Resat Acemoglu, Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, Ring Praxis
Olten, 4600 Olten

Bodo Baumgärtner, Facharzt für
Orthopädische Chirurgie und Trauma-
tologie des Bewegungsapparates,
Bürgerspital Solothurn, 4500 Solothurn

Paul-Sebastian Duwe, Facharzt
für Allgemeine Innere Medizin,
Herzentalpraxis AG, 4143 Dornach

Natalia Fivaz, Fachärztin für
Psychiatrie und Psychotherapie, Mit-
glied FMH, PSY-CARE SWISS
GmbH, 2540 Grenchen

Sandra Glauser, Fachärztin für All-
gemeine Innere Medizin, Medi-
Zentrum Messen AG, 3254 Messen,

Isabell Greeve, Fachärztin für Neuro-
logie, Kantonsspital Olten, 4600 Olten

Mohamed Hussein, Facharzt für
Allgemeine Innere Medizin, Mitglied
FMH, Ärztezentrum Bellach AG,
4512 Bellach

Christian Imboden, Facharzt für Psy-
chiatrie und Psychotherapie, Mitglied
FMH, Psychiatrische Dienste soH,
4500 Solothurn

Stephan Kiebach, Facharzt für Ortho-
pädische Chirurgie und Trauma-
tologie des Bewegungsapparates, Praxis
für Orthopädie und Sportmedizin,
4600 Olten

Andreas Klakow, Facharzt für Ortho-
pädische Chirurgie und Trauma-
tologie des Bewegungsapparates,
Mitglied FMH, Gemeinschaftspraxis
Chasampi / Nolte, 2540 Grenchen

Ines Kraus, Fachärztin für Kinder
und Jugendmedizin, Mitglied FMH,
Kinderarztpraxis Olten, 4600 Olten

Alexandra Leuenberger, Fachärztin
für Allgemeine Innere Medizin, Mit-
glied FMH, Gruppenpraxis Zuchwil,
4528 Zuchwil

Elza Memeti, Fachärztin für Chirurgie, Mitglied FMH, Praxis Chirurgie AG, 4600 Olten

Susanne Nolte, Fachärztin für Arbeitsmedizin und Praktische Ärztin, Mitglied FMH, Gemeinschaftspraxis Chasampi/Nolte, 2540 Grenchen,

Dominique Prétot, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Augenklinik Heuberger, 4600 Olten

Inan Sahin, Facharzt für Radiologie, Mitglied FMH, Radiologisches Institut, 4600 Olten

Ayse Sanlialp, Fachärztin für Ophthalmologie, Augenklinik Heuberger, 4600 Olten

Seraina Scarcia-Sallenbach, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, Mitglied FMH, Kinderarztpraxis Olten, 4600 Olten

Cem Uçarer, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, Xundheitszentrum Egerkingen, 4622 Egerkingen

Meredeth Zotter, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, Ärztezentrum Bettlach, 2544 Bettlach

Einsprachen gegen diese Aufnahmen sind innerhalb 14 Tagen nach der Publikation schriftlich und begründet bei den Co-Präsidenten der Gesellschaft der Ärztinnen und Ärzte des Kantons Solothurn, GAeSO, Postfach, 4654 Lostorf einzureichen.

Ärztegesellschaft Thurgau

Die Ärztegesellschaft Thurgau informiert über folgende Neuanmeldungen:

Aydemir Aynur, Fachärztin für Neurologie, Mitglied FMH, Seezelgstrasse 45, 8595 Altnau

Aristeidis Psychias, Facharzt für Ophthalmologie, Mitglied FMH, Reithystrasse 8, 8810 Horgen

Laura Schuster, Praktische Ärztin, FMH-Mitglied, Böhlstrasse 3, 9300 Wittenbach

Einsprachen gegen diese Vorhaben müssen innerhalb 14 Tagen seit der Veröffentlichung schriftlich und begründet bei der Ärztegesellschaft Thurgau eingereicht werden. Nach Ablauf der Frist entscheidet der Vorstand über die Aufnahme der Gesuche und über allfällige Einsprachen

Ärztegesellschaft Zug

Zur Aufnahme in die Ärztegesellschaft des Kantons Zug als ausserordentliches Mitglied hat sich angemeldet:

Isabelle Sonja Keller, Fachärztin für Urologie, Mitglied FMH, Urologie Cham Zug, Rigistrasse 1, 6330 Cham

Einsprachen gegen diese Kandidatur müssen innerhalb 14 Tagen seit dieser Veröffentlichung schriftlich und begründet beim Sekretariat der Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zug eingereicht werden. Nach Ablauf der Einsprachefrist entscheidet der Vorstand über Gesuch und allfällige Einsprachen.