



Gastkommentar

Wolfram Strüwe, Leiter
Gesundheitspolitik &
Unternehmenskommunikation Helsana
Versicherungen AG
Seite 2



Blinde Aufsicht

Wie gut schützen
Bund und Kantone
die Patienten?
Seite 3



Verbände

Der VEDAG als Wegbereiter
für die moderne FMH
Seite 4

POLITIK+PATIENT

22. Jahrgang
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften VEDAG
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Tackenberg, Markus Gubler,
Andrea Renggli; forum | pr
Layout: Claudia Bernet, Bern
Druck: Stämpfli AG

VEDAG Verband
Deutschschweizer
Ärztegesellschaften

Politik

Versorgung verbessern statt Budget deckeln

Das Stimmvolk hat in der Gesundheitspolitik der letzten zwei Jahre mehr Augenmass bewiesen als manche politische Schnelllösung: Es will tiefere Kosten, aber keinen Sparhammer. Das ist die eigentliche Botschaft zur Legislaturhalbjzeit.



In der ersten Hälfte der Legislatur beschäftigte sich das Parlament intensiv mit gesundheitspolitischen Fragen, unter anderem mit den Kosten, der Pflegeinitiative und mit den Tarifen.

Bild: Keystone

Die Schweizer Gesundheitspolitik dreht sich fast nur noch um Kosten. Doch an der Urne tat sich Entscheidendes: Die Bevölkerung will zwar tiefere Prämien, aber sie will keinen Sparhammer, der am Ende den Zugang zur Behandlung verschlechtert. So verwarf das Stimmvolk im Juni 2024 die Kostenbremse-Initia-

tive deutlich mit 63 Prozent Nein. Und im November 2024 sagte das Volk mit rund 53 Prozent Ja zur einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen. Daraus ergibt sich ein klarer Auftrag an die Politik: sparen ja, aber

Fortsetzung auf Seite 2

Gesundheitssystem

Der Sonderfall Schweiz

Die Kopfprämie wird regelmässig von linker Seite kritisiert. Die SP hat im Herbst 2025 eine Prämienrabatt-Initiative lanciert, welche die Finanzierung der Gesundheitskosten einkommensabhängiger gestalten will: 85 Prozent der Bevölkerung sollen einen Prämienrabatt erhalten, die am besten Verdienenden 15 Prozent sollen Zuschläge zahlen. Auch im Parlament gibt es immer wieder Vorstösse in diese Richtung. Bürgerliche halten dagegen: Das aktuelle System schaffe Transparenz und stärke das Kostenbewusstsein.

Die einkommensunabhängige Krankenkassenprämie in der Schweiz ist ein europäischer Sonderfall: Zwar kennen die Niederlande und die belgische Region Flandern (nur im Pflegebereich) ebenfalls eine Art Kopfprämie. Allerdings wird diese durch deutlich grössere einkommensabhängige Mittel ergänzt. Dennoch: Die Aussage, dass in der Schweiz alle gleich viel ans Gesundheitssystem zahlen, greift zu kurz. Die Krankenkassenprämien decken nur 40 Prozent der Gesamtkosten ab. Rund ein Viertel wird über Steuergelder finanziert. Dazu gehören die Beiträge an die Spitäler und die Prämienverbilligungen, von denen rund ein Viertel der Bevölkerung profitiert. In diesem über Steuern finanzierten Teil tragen Besserverdienende mehr zum Gesundheitswesen bei. Der Rest wird über Selbstzahlungen oder andere Versicherungen gedeckt.

Wie gross soll der über Steuern finanzierte Anteil an den Gesundheitskosten sein? Die Frage bleibt aktuell. Für zusätzliche Unsicherheit sorgt die geplante Einführung der einheitlichen Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen ab 2028. Befürworter argumentieren, dass dies die Ambulantisierung vorantreibt und die Kosten senkt. Gerade die Integration der Pflegeleistungen ab 2032 könnte die Prämien aber weiter in die Höhe treiben. In diesem Fall dürfte das Kopfprämien-System weiter unter Druck geraten. Denn für viele Haushalte sind die steigenden Krankenkassenkosten eine zunehmende Belastung.

nicht auf Kosten der Patientinnen und Patienten. Diese Erkenntnis prägte als erstes grosses Themenfeld die aktuelle Legislatur.

Ambulant statt stationär

Kostendeckel klingen politisch attraktiv, sind im Alltag der Versorgung aber gefährlich. Wer Kosten einfach an Lohn- und Wirtschaftswachstum koppelt, missachtet, dass sich Krankheiten nicht an Konjunkturzyklen halten. Alterung, chronische Leiden und medizinischer Fortschritt treiben die Nachfrage an. Genau darum ist die einheitliche Finanzierung politisch so wichtig. Die Reform korrigiert einen alten Fehlanreiz: Bisher wurden ambulante Leistungen grösstenteils aus Prämien bezahlt, stationäre aber wesentlich von den Kantonen mitfinanziert. Das belohnt nicht immer die medizinisch sinnvollste, sondern oft die finanzpolitisch bequemere Lösung. Ab 2028 sollen alle Leistungen nach demselben Schlüssel finanziert werden; ab 2032 gilt das auch für die Pflege. Das kann dazu beitragen, dass Behandlungen vermehrt dort stattfinden, wo sie medizinisch sinnvoll, schonend und effizient sind. Dies ist oftmals eine ambulante Therapie. Gerade ältere Menschen haben mehr davon, wenn Versorgung zu Hause, in der Praxis und im Heim zusammenspielt.

Das Dilemma der Pflege

Das zweite grosse Thema ist die Pflege. Der Bundesrat hat im Mai 2025 die zweite Etappe der Pflegeinitiative ans Parlament überwiesen; sie soll die Arbeitsbedingungen verbessern. Die Pflegenden selber finden jedoch, die Massnahmen gingen zu wenig weit. Ende November 2025 demonstrierten darum mehrere tausend Menschen in Bern für eine raschere und griffige Umsetzung der Initiative. Die zuständige Nationalratskommission hat die Vorlage zwar weitergebracht, aber auch entschärft und einzelne Punkte gestrichen oder umgebaut. Das Dilemma ist offensichtlich: Alle reden über den Pflegenotstand, aber sobald es konkret wird, beginnt der Streit über Kosten, Kompetenzen und Zuständigkeiten. Für die Patientinnen und Patienten ist das heikel. Denn Personalmangel bedeutet weniger Zeit am Bett, mehr Druck im Team und weniger Kontinuität in der Versorgung.

Konflikte bei ambulanten Pauschalen

Ein drittes Feld sind die Tarife. Seit dem 1. Januar 2026 gilt im ambulanten Bereich das neue System aus TARDOC und ambulanten Pauschalen. Dass der veraltete TARMED nach über zwanzig Jahren ersetzt wurde, war überfällig. Entscheidend ist nun, ob der neue Tarif die Vergütung der medizinischen Leistungen besser abbildet. Denn ein Tarif entscheidet mit darüber, welche Leistungen in Praxen angeboten werden können, wo Fehlanreize entstehen und

ob komplexe Fälle fair vergütet werden. Gerade bei ambulanten Pauschalen zeigen sich Konflikte: Fachgesellschaften warnen davor, dass unsachgerechte Pauschalen einzelne Eingriffe in Praxen unrentabel machen und damit Fälle unnötig an die Spitäler zurückgeschoben werden könnten. Andere Pauschalen hingegen sind übertarifiert und bieten deshalb weitere Fehlanreize.

Neustart beim Patientendossier

Noch viel zu tun gibt es im Bereich der Digitalisierung. Für das elektronische Patientendossier hat der Bundesrat im November 2025 einen Neustart beschlossen: Neu soll nun jede Person in der Schweiz automatisch ein sogenanntes elektronisches Gesundheitsdossier (EGD) erhalten. Für ambulante Leistungserbringer, die über die Grundversicherung abrechnen, ist der Anschluss obligatorisch. Das Parlament ist im Februar 2026 auf die Vorlage eingetreten.

Stimmbürger entscheiden weitsichtig

Die Halbzeitbilanz der Gesundheitspolitik fällt gemischt aus. Aber dank dem Stimmvolk überwiegt das Positive: Die Schweiz hat einen Kostendeckel abgelehnt und mit der einheitlichen Finanzierung eine Strukturreform angenommen. Ungelöst bleibt vorerst die Pflegefrage. Bei Tarifen sowie bei der Digitalisierung kommen die Reformschritte spät, aber sie gehen in die richtige Richtung. Die wichtigste Lehre daraus: Die Stimmbürgerinnen und Stimmbürger sind weitsichtig genug, Gesundheitsvorlagen aus der Warte der Patienten zu beurteilen. Denn früher oder später sind wir alle Patientinnen und Patienten.

EFAS als Risiko und Chance für die niedergelassene Ärzteschaft

Mit EFAS wird die Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen vereinheitlicht – und damit ein zentraler Fehler in unserem Gesundheitswesen behoben. Ambulante Leistungen werden künftig nicht mehr ausschliesslich über Prämien finanziert, sondern wie die stationären Leistungen anteilig auch über kantonale Mittel. Das beseitigt den bisherigen Finanzierungsnachteil der ambulanten Medizin und soll eine beschleunigte Verlagerung von stationär zu ambulant fördern.

Diese Neuregelung hat aber für die Ärzteschaft ihren Preis: Die Kantone erhalten mehr Kompetenzen, um neu auch im ambulanten Bereich der Grundversicherung planerisch tätig zu werden. Die Versicherer müssen etwa den Kantonen Daten bereitstellen, damit sie die Leistungserbringer beaufsichtigen und Höchstzahlen für Ärztinnen und Ärzte festlegen können. Nach den Erfahrungen mit zwei Dekaden kantonaler Spitalplanung stellt sich die Frage, wie eng und effizient das künftige regulatorische Korsett für die Ärzteschaft sein wird.

Vor diesem Hintergrund gewinnen Zusatzversicherungen für die niedergelassene Ärzteschaft an strategischer Bedeutung. Besondere Serviceleistungen oder Angebote rund um komplexe Behandlungsprozesse lassen sich in der Grundversicherung kaum abbilden. Für viele Patientinnen und Patienten dürften solche Zusatzleistungen attraktiv sein. Die Ärzteschaft könnte solche Angebote mit klarem Mehrwert gegenüber der Grundversicherung als Differenzierungsmerkmal nutzen.

EFAS betrifft also nicht nur die Veränderung der Finanzierungsflüsse im Gesundheitswesen, sondern ist auch Katalysator für eine Neupositionierung der ambulanten Leistungserbringung insgesamt. Für die Ärzteschaft bedeutet das Risiko und Chance zugleich.

Der Gastkommentar gibt die persönliche Meinung des Autors wieder, die von der Haltung der Ärzteschaft und der Redaktion abweichen kann.



Wolfram Strüwe
Leiter Gesundheitspolitik &
Unternehmenskommunikation
Helsana Versicherungen AG

Blinde Aufsicht

Berufsverbote, gefälschte Diplome, hängige Verfahren: Bei der Zulassung und Aufsicht von Ärztinnen und Ärzten bestehen in der Schweiz Lücken. Wie gut schützen Bund und Kantone die Patientinnen und Patienten?

Die Schweiz ist auf ärztliches Personal aus dem Ausland angewiesen. 43 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz haben ihr Medizinstudium im Ausland abgeschlossen. Wer die medizinische Versorgung in diesem Ausmass auf Rekrutierung im Ausland stützt, muss Diplome, Qualifikationen und Sanktionen besonders verlässlich prüfen. Fehlen verlässliche Informationen, sinkt die Kontrollsicherheit. Dennoch machten Medien in den letzten Monaten Fälle publik, in denen sanktionierte Ärzte weiter praktizierten oder Ärztinnen mit gefälschten Diplomen eine Bewilligung erhielten.

Nicht an europaweites Warnsystem angeschlossen

Innerhalb von Europa tauschen die zuständigen Behörden Informationen über Diplome, Sanktionen und Berufsverbote über das sogenannte Binnenmarkt-Informationssystem (IMI) aus. Die Schweiz ist aber nicht angeschlossen. Diese Tatsache bedauerte das Eidgenössische Justiz- und Polizeidepartement bereits 2022 in einem Bericht an den Bundesrat: «Jährlich werden vom IMI mehrere Tausend Warnungen ausgelöst. Die Schweiz ist aktuell das einzige Land, das diese Meldungen nicht umgehend erhält.» Politisch zeichnet sich inzwischen zwar eine Lösung ab. Der Anschluss ans IMI ist Teil der neuen bilateralen Verträge. Doch der Bundesrat geht davon aus, dass die Bilateralen III frühestens 2028 in Kraft treten können – vorausgesetzt, das Schweizer Stimmvolk heisst das neue Vertragswerk gut. Bis dahin bleibt die Lücke offen.

Föderaler Flickenteppich

Doch das Problem endet nicht an der Landesgrenze. Die Herausforderungen gehen im Inland weiter – verursacht durch das föderale Aufsichtssystem. Auf dem Papier sind die Zuständigkeiten klar verteilt: Der Bund setzt mit dem Medizinalberufegesetz den rechtlichen Rahmen. Eine nationale Kommission (MEBEKO) prüft ausländische Diplome, die Kantone erteilen Berufsausübungsbewilligungen und erfassen relevante Informationen in einem nationalen Register (MedReg). In der Praxis funktioniert diese Kompetenzverteilung nicht. Zu diesem Schluss kommt ein BAG-Bericht, der im September 2025 veröffentlicht wurde. Er stellt dem kantonalen Vollzug kein gutes Zeugnis aus. Eröffnet ein Kanton ein Disziplinarverfahren, informiert er die



Arzt und Patient sollten sich vertrauen können. Doch weil die Kontrollen des Bundes und der Kantone nicht lückenlos funktionieren, können Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz teilweise auch dann noch weiterarbeiten, wenn ihnen in einem anderen Land die Zulassung entzogen wurde.

Bild: Keystone

anderen Kantone oft nicht systematisch. Beim Entzug von Bewilligungen zeigt sich ein ähnliches Bild. So entsteht ein Flickenteppich. Hinzu kommt, im MedReg fehlt ein Status für hängige Verfahren. Das hat Folgen: Gegen einen Arzt kann in einem Kanton ein Verfahren laufen, während er in einem anderen Kanton eine Bewilligung beantragt, ohne dass die zuständige Behörde davon erfährt. Das schwächt die Aufsicht und erschwert den Patientenschutz.

Ärztenschaft fordert rasche Lösungen

Der Bericht belässt es nicht bei der Kritik. Er formuliert zahlreiche Empfehlungen. Dazu gehören klarere Regeln für den Informationsaustausch in Disziplinar- und Bewilligungsverfahren, Verbesserungen beim Register und eine stärkere Koordination zwischen BAG und Kantonen. Und der Bericht schlägt vor, Berufsorganisationen stärker einzubinden. So könnten Bund und Kantone einzelne Aufsichtsaufgaben an nationale Verbände delegieren und ihnen ein Melde-recht bei Verstössen gegen das Medizinalberufegesetz einräumen.

Die Berufsverbände signalisieren Handlungsbereitschaft. Für die Ärzteschaft ist klar: Die grosse Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte arbeitet korrekt und professionell. Aber wenn jemand mit einem gefälschten oder nicht anerkannten Diplom ohne Aufsicht praktiziert, wenn Sanktionen aus dem Ausland nicht bekannt werden oder wenn problematische Praktiker von Kanton zu Kanton wechseln können, dann ist die Sicherheit von Patientinnen und Patienten gefährdet. Auch das Ansehen des Berufsstandes leidet. Deshalb steht für die Ärzteschaft ausser Frage, dass es verlässlichere Kontrollen und einen funktionierenden Informationsaustausch braucht. Denn Patientensicherheit darf nicht an der Grenze enden – weder national noch kantonal.



Verbände

Der VEDAG als Wegbereiter für die moderne FMH

Standespolitische Strukturen der Ärzteschaft wuchsen in der Schweiz von unten. Der Verband Deutschschweizer Ärztegesellschaften (VEDAG) spielte bei diesem Aufbau eine Schlüsselrolle. Er ebnete den Weg für eine nationale Dachorganisation – ohne die kantonale Verankerung aufzugeben.

Die Organisation der Schweizer Ärzteschaft begann in den Kantonen: Ende des 18. Jahrhunderts bildeten sich erste kantonale Ärztegesellschaften. Ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gab es sie in allen Kantonen. Sie ermöglichten den fachlichen Austausch und gaben der Ärzteschaft eine kollektive Stimme.

Weil der Bund in der Gesundheitspolitik an Gewicht gewann, musste sich auch die Ärzteschaft überregional organisieren. So entstanden in allen Sprachregionen überregionale Verbände. 1870 wurde in der Deutschschweiz der Centralverein – Vorgänger des heutigen VEDAG – gegründet. In der Westschweiz entstand die Société Médicale de la Suisse Romande SMSR, im Tessin die Società Medica della Svizzera Italiana SMSI, die 1926 zum Ordine dei Medici del Cantone Ticino OMCT wurde.

Die Gesellschaften der drei Sprachregionen arbeiteten auch zusammen. Die Ärztegesellschaft Neuenburgs hatte eine Sonderrolle. Sie agierte als Brückenbauerin, indem sie sowohl im Centralverein als auch in der SMSR dabei war.

Erste nationale Organisation

1901 erfolgte der nächste Schritt: Der Centralverein, die SMSR und die SMSI gründeten eine schweizweite Ärztekammer – Vorläuferin der heutigen FMH. Somit waren der Centralverein und die SMSR Wegbereiter für eine nationale Organisation der Ärzteschaft. Trotzdem blieb die Verankerung in den Kantonen und Sprachregionen wichtig. 1931 erhielt der VEDAG schliesslich seinen heutigen Namen.

2016 straffte der VEDAG seine Strukturen. Er konzentriert sich auf die Vertretung der kantonalen Gesellschaften in der Delegiertenversammlung und in der Ärztekammer der FMH. Im Jahr 2020 wurde wieder ein Vorstand eingeführt, der alle Regionen der Deutschschweiz vertritt. Der Vorstand wird von einem Co-Präsidium geleitet.

Die Stimme der Ärztinnen und Ärzte der Deutschschweiz

Der VEDAG spielt heute eine wichtige Rolle. Er bündelt die Anliegen der Deutschschweizer Kantonalge-

sellschaften und bringt diese in den nationalen Prozess ein. Seit 20 Jahren gibt er zudem die Zeitschrift «Politik+Patient» heraus. Diese richtet sich unter anderem an Parlamentarierinnen und Parlamentarier. Die Zusammenarbeit und der überregionale Austausch der Ärzteschaft sind wichtiger denn je. In den Treffen mit den Dachverbänden der anderen Sprachregionen (in Glion 2023 und Vitznau 2025) wurden Standpunkte diskutiert und konsolidiert. Gemeinsam konnten so Erfolge in nationalen Abstimmungen erreicht werden (Kostenbremse-Initiative und einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen). In Zeiten, die geprägt sind von politischen Veränderungen und schwierigen Rahmenbedingungen, engagiert sich der VEDAG auch weiterhin für eine ärztliche Stimme, die kantonal verankert ist und national gehört wird.

Dieser Artikel erschien erstmals in der Zeitschrift Doc #17, Magazin der Société vaudoise de médecine.

Die Zusammenarbeit und der überregionale Austausch der Ärzteschaft sind wichtiger denn je. Vor diesem Hintergrund trafen sich im vergangenen September die drei Dachverbände VEDAG, SMSR und OMCT gemeinsam mit Vertretungen der kantonalen Ärztegesellschaften sowie der FMH und des VSAO zu einer Retraite am Vierwaldstättersee. Bild: zVg