

Online-Magazin von mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz
Médecins de famille et de l'enfance Suisse
Medici di famiglia e dell'infanzia Svizzera

STANDPUNKTE

Ausgabe 1/2026



Inhalt

EDITORIAL

Worte reichen nicht (mehr) – jetzt braucht es Taten

TARDOC: Beabsichtigte Stärkung der Grundversorgung ist gefährdet

Entlastungspaket 27 – Medizinstudienplätze: die halbe Miete gerettet

Gesetzesrevision EGD – Weichenstellung oder Sackgasse?

Chance und Auftrag zugleich

**EDITORIAL**

Worte reichen nicht (mehr) – jetzt braucht es Taten

Die Stärkung der Grundversorgung ist seit Jahren politischer Konsens. Sie ist in der Bundesverfassung verankert, in Botschaften bekräftigt, in Masterplänen beschrieben und in zahllosen Vorstössen bestätigt worden. Kaum ein gesundheitspolitisches Dossier kommt ohne das Bekenntnis zur Haus- und Kinderarztmedizin aus. Doch Bekenntnisse allein sichern keine Versorgung.

Mit TARDOC wurde ein wichtiger Reformschritt gemacht. Gleichzeitig zeigt sich bereits, wie fragil die politisch gewollte Aufwertung der Grundversorgung ist, wenn sie in der technischen Umsetzung nicht konsequent geschützt wird. Beim Entlastungspaket 27 drohte lange Zeit die Streichung dringend benötigter Mittel für zusätzliche Medizinstudienplätze, trotz breit anerkannter Nachwuchsprobleme. Und bei der Agenda Grundversorgung liegt ein engagiert erarbeiteter Bericht vor, nun entscheidet sich, ob daraus verbindliche Massnahmen mit klarer Finanzierung und Zeitplan werden.

Der Volkswille ist deutlich. 88 % haben der Verfassungsgrundlage für die Hausarztmedizin zugestimmt. Das Parlament hat wiederholt bekräftigt, dass die Grundversorgung gestärkt werden muss. Dieser politische Auftrag ist klar.

Jetzt braucht es Politikerinnen und Politiker, die diesen Auftrag nicht nur zitieren, sondern durchsetzen. Die bei Verordnungen, Finanzierungsfragen und Steuerungsmechanismen genau hinschauen. Die einfordern, dass Kostenneutralität nicht zur Neutralisie-

rung politischer Ziele wird. Die sicherstellen, dass beschlossene Fördermassnahmen nicht im nächsten Sparpaket wieder verschwinden. Und die die Umsetzung kontrollieren – konsequent und über Legislaturen hinaus.

Die Grundversorgung ist kein Nebenschauplatz. Sie ist das Rückgrat unseres Gesundheitssystems und Voraussetzung für Versorgungssicherheit, Qualität und Effizienz. Sie löst über **90 %** der Gesundheitsprobleme in der Praxis und verursacht dabei keine **10 %** der Gesundheitskosten. Wer sie stärken will, muss dafür sorgen, dass

politische Versprechen in konkrete, wirksame und nachhaltig finanzierte Massnahmen übersetzt werden.

Die Grundlagen sind gelegt. Der Wille ist formuliert. Nun entscheidet sich, ob daraus Realität wird.

*Monika Reber und Sébastien
Jotterand
Co Präsidium, mfe Haus- und
Kinderärzte Schweiz*



TARDOC: Beabsichtigte Stärkung der Grundversorgung ist gefährdet

Mit der Einführung des neuen ambulanten Arzttarifs TARDOC Anfang 2026 hat das Schweizer Gesundheitswesen einen wichtigen Schritt gemacht. Nach Jahren von Übergangslösungen und politischen Diskussionen schafft TARDOC erstmals wieder eine moderne Tarifstruktur für die Vergütung ambulanter ärztlicher Leistungen. Doch bereits kurz nach der Einführung steht ein zentrales Ziel der Reform auf dem Spiel: die Stärkung der Haus- und Kinderärzt:innen.

Ohne griffige Sicherheiten droht die Aufwertung der Grundversorgung unter die Räder tariftechnischer Korrekturen zu geraten – und das, obwohl diese Aufwertung politisch ausdrücklich gewollt war.

TARDOC ist richtig – und politisch gewollt

Die Reform des ambulanten Tarifs war überfällig. Von Anfang an war allen Beteiligten klar: Die Reform muss auch einen Beitrag zur Stärkung der ärztlichen Grundversorgung leisten

und namentlich die Haus- und Kinderärzt:innen wirtschaftlich stärken.

TARDOC war deshalb mehr als eine technische Tarifrevision. Er ist auch Teil einer gesundheitspolitischen Gesamtstrategie zur Stärkung der Grundversorgung. Ohne wirtschaftliche Stabilität in diesem Bereich bleiben andere Initiativen – etwa die bundesrätliche «Agenda Grundversorgung» oder die Bestrebungen zur Ambulantisierung – letztlich wirkungslos. Und ohne attraktive Perspektiven gelingt auch die Förderung des Nachwuchses nicht, der diese

Versorgung sicherstellen soll.



Kernanliegen ist politisch breit abgestützt:

- Die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» und der mit 88 % Ja angenommene direkte Gegenentwurf (Art. 117a BV) verlangen eine angemessene Abgeltung der Hausarztmedizin.
- Der «Masterplan Hausarztmedizin» des Bundesrates verankerte die wirtschaftliche Aufwertung der haus- und kinderärztlichen Praxen als Ziel.
- Mehrere Vorstösse – darunter die von beiden Räten angenommene Motion «Stärkung der Grundversorgung dank eines besseren Angebots an Hausärztinnen und Hausärzte» – fordern eine bessere Vergütung der Hausärzt:innen.
- Auch die bundesrätlichen Tarifeingriffe 2014 und 2018 zielten ausdrücklich darauf ab, die wirtschaftliche Situation der haus- und kinderärztlichen Praxen zu verbessern.
- Bereits 2010 stellte die Eidgenössische Finanzkontrolle fest, dass mit TARMED das Ziel einer Aufwertung der Grundversorgung nicht erreicht wurde und forderte entsprechende Korrekturen.

Erste Anzeichen einer kleinen Verbesserung

Erste – noch nicht gesicherte – Hinweise zeigen, dass mit TARDOC für Hausärzt:innen höchstens eine geringfügige Verbesserung erreicht werden könnte, für Kinderärzt:innen fällt sie voraussichtlich etwas besser aus. Damit zeigt die Entwicklung zwar grundsätzlich in die richtige Richtung. Sie bleibt jedoch weit hinter dem notwendigen Ausmass zurück – und vor allem: Sie ist äusserst fragil.

Für die Einführung von TARDOC (und ambulanten Pauschalen) gilt das Prinzip der dynamischen Kostenneutralität. Damit soll sichergestellt werden, dass die Kosten aufgrund des Tarifwechsels nicht übermässig steigen. Die Gesamtkosten im ambulanten Bereich dürfen sich nur innerhalb eines definierten Korridors bewegen. Wird

dieser überschritten, müssen zwingend Korrekturmassnahmen vorgenommen werden.

Genau hier liegt das Problem. Das derzeit diskutierte Steuerungskonzept zur technischen Umsetzung von Kostenneutralitätsvorgaben birgt das Risiko, dass solche Korrekturmassnahmen auch zu Kürzungen bei den Leistungen der Grundversorgung führen könnten. Dies, weil es eine zu wenig differenzierte Steuerung vorsieht. Damit würde genau jene Aufwertung wieder rückgängig gemacht, die politisch gewollt war.

Forderung der Haus- und Kinderärzt:innen

Die Grundversorger:innen verlangen, dass die mit TARDOC beabsichtigte Aufwertung nicht durch tariftechnische Eingriffe umgehend wieder zunichte gemacht wird. Hierfür braucht es differenzierte Steuerungs- und Korrekturmechanismen, die die gewollte Stärkung der Grundversorgung auch im Rahmen der Kostenneutralität sichern.

Entscheidend sind deshalb ein differenziertes Monitoring sowie gezielte Korrekturmassnahmen, damit Fehlerkorrekturen verhindert werden können. Eine solche Sicherung fehlt aktuell. Die Haus- und Kinderärzt:innen verursachen nur einen kleinen Anteil der Gesundheitskosten. Es wäre auch deshalb falsch und ineffizient, ihre gewollte Aufwertung wieder zu vernichten und sie zu schwächen. Immerhin verhindert ihre Arbeit häufig deutlich teurere Behandlungen.

Sicherung der Grundversorgung ist politischer Auftrag

Die Lösung ist im Prinzip bereits beschlossene Sache. In der Begleitvereinbarung zur Einführung von TARDOC haben die Tarifpartner festge-

halten, dass die Grundversorgung separat gesteuert werden soll. Der Bundesrat hat die Differenzierung genehmigt und verlangt ausdrücklich verursachergerechte Korrekturen.

Das bedeutet: Die sich seit der TARDOC-Einführung abzeichnende wirtschaftliche Besserstellung der Haus- und Kinderärzt:innen darf nicht durch undifferenzierte Korrekturmassnahmen rückgängig gemacht werden.

Oder anders ausgedrückt: Die politisch von allen Seiten gewollte Stärkung der Grundversorgung darf nun nicht durch technische Korrekturmechanismen verhindert werden. Genau hier braucht es nun eine ebenso konsequente wie korrekte Umsetzung der Vereinbarungen und des politischen Willens.

Derzeit kein Konsens zur Sicherung der Grundversorgung

Innerhalb der Tarifpartner besteht derzeit jedoch noch kein Konsens darüber, wie die Aufwertung der Grundversorgung konkret in der Kostenneutralitätsphase gesichert werden kann. In den nun vorliegenden Detailkonzepten zur Umsetzung der Steuerungsvorgaben ist das Problem jedenfalls noch nicht gelöst. Während die Aufwertung grundsätzlich anerkannt wird, stehen gleichzeitig zahlreiche Einzelinteressen im Raum. Und damit scheint immer mehr klar: **Ohne Druck von aussen droht eines der zentralen Ziele der Tarifrevision verloren zu gehen.**

Jetzt braucht es Bewegung – auch von ausserhalb

Die Tarifpartner sind aufgefordert, eine technische Umsetzung zu finden, die die politisch gewollte Stärkung der Grundversorgung sicherstellt. Die Er-

fahrung der vergangenen Jahre zeigt: Ohne politische Impulse wird dies kaum gelingen. Wenn die Grundversorgung nachhaltig gestärkt werden soll, braucht es deshalb jetzt Signale und Bewegung von aussen, damit die bereits beschlossenen Vereinbarungen auch konsequent umgesetzt werden. Denn eines ist offensichtlich: Ein funktionierendes und bezahlbares Gesundheitswesen ohne starke Grundversorgung gibt es nicht.

Ohne Grundversorgung funktioniert das Gesundheitssystem nicht

Die Grundversorgung ist das Rückgrat des Schweizer Gesundheitssystems. Haus- und Kinderärzt:innen gewährleisten eine kontinuierliche, koordinierte und beziehungsorientierte Betreuung. Sie sorgen dafür, dass Patient:innen zur richtigen Zeit am richtigen Ort behandelt werden. Gleichzeitig verursachen sie nur rund **8,4 Prozent der Gesundheitskosten**.

Gerade diese koordinierende Rolle verhindert häufig teure Fehlbehandlungen, unnötige Spezialistenkonsultationen oder vermeidbare Spitaleintritte. Wird die wirtschaftliche Grundlage der Grundversorgung weiter geschwächt, drohen mittelfristig Versorgungsengpässe – und letztlich steigende Kosten für das gesamte System.

Sandra Hügli-Jost

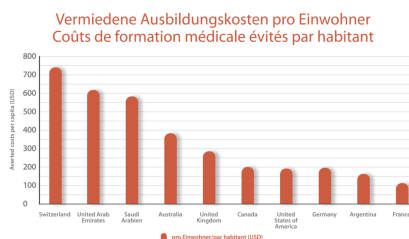


Entlastungspaket 27 – Medizinstudienplätze: die halbe Miete gerettet

Mit der SBFi-Botschaft für die Jahre 2025 bis 2028 verabschiedete das Parlament Ende 2024 auch einen Kredit über Fr. 25 Mio., der dazu dienen sollte, die Schaffung von neuen, zusätzlichen Medizinstudienplätzen zu unterstützen.

Die Freude darüber währte nicht lange: aus dem Finanzdepartement kam wenige Monate später im Rahmen der Botschaft zum Entlastungspaket 27 bereits der Streichungsantrag für diesen Beitrag.

Die Reaktion aller Kreise, die sich um die künftige Gesundheitsversorgung in diesem Land Gedanken machen, war eindeutig: das ist ein falsches Zeichen und eine solche «Sparmassnahme» kommt uns bald teuer zu stehen.



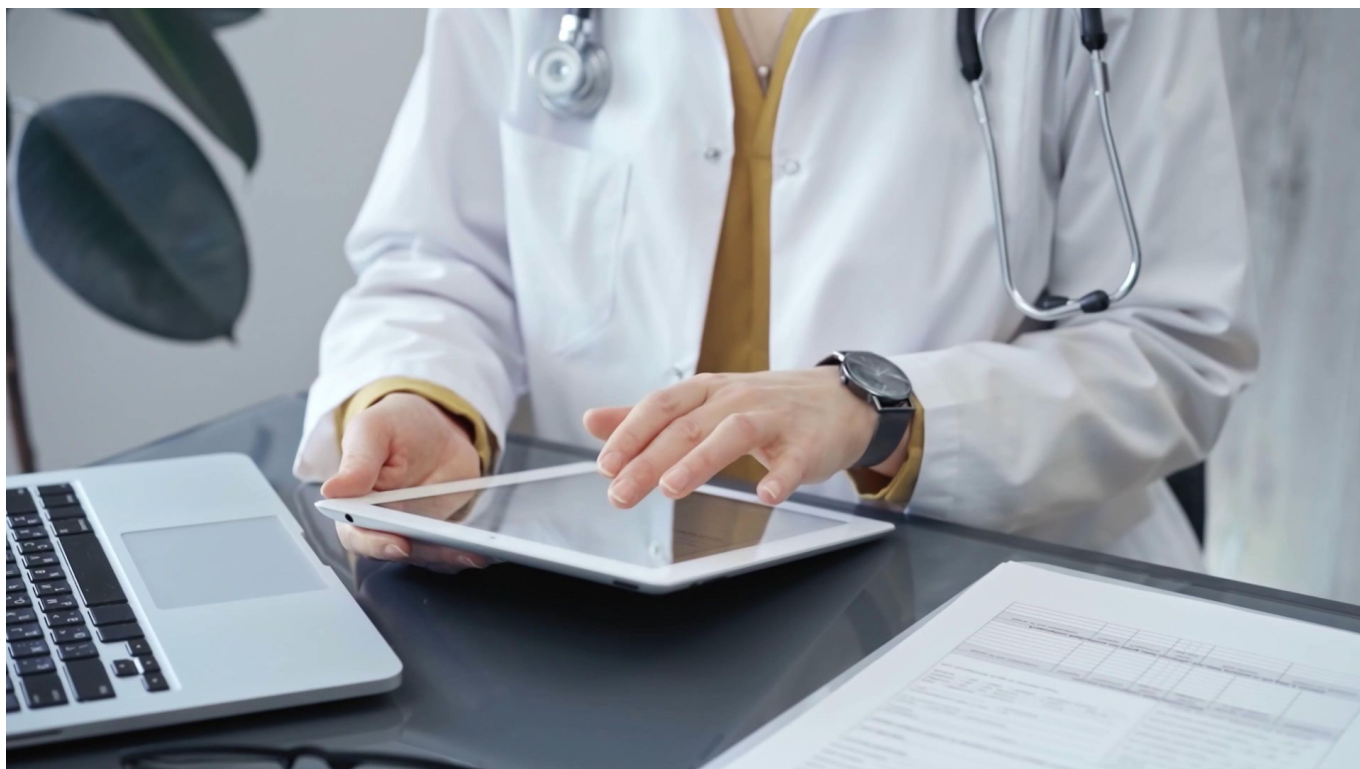
Das haben Teile des Parlaments erkannt und sich darum gegen diese Streichungsmassnahme ausgesprochen. Leider hatten die beiden Finanzkommissionen wenig Musikgehör – die Mehrheiten verschliessen einfach die Augen vor der Realität. Der Grundversorgermangel steht auf der Türschwelle ([Workforce-Studie 2025](#)), jedes neue Studienjahr ohne zusätz-

liche Medizinstudienplätze gefährdet das Gesundheitssystem! mfe hat sich deshalb in der Frühlingssession noch einmal vehement für den Erhalt dieser Gelder eingesetzt.

Und siehe da, mit zwei Einzelanträgen konnten am 4. (Wyss, NR) und 9. März (Chassot, SR) immerhin 12 der 25 Mio. Franken der Investitionshilfen gerettet werden. Für diese Unterstützung sind wir dankbar, mit der FMH haben wir hier sehr gut zusammengearbeitet. So hoffen wir jetzt, dass damit doch ein paar Samen aufgehen, bzw. Studienplätze mehr geschaffen werden – vorzugsweise für Nachwuchs in der medizinischen Grund-

versorgung!

Reto Wiesli



Gesetzesrevision EGD – Weichenstellung oder Sackgasse?

Der mangelnde Erfolg des elektronischen Patientendossiers (EPD) ist unbestritten – je nach Perspektive mit mehr oder weniger Bedauern. Das millionenschwere Digitalisierungsprojekt sollte durch Übergangsfinanzierung und Anschlusszwang für Spitäler sowie für neu zugelassene Ärztinnen und Ärzte gerettet werden. Doch der erhoffte Durchbruch blieb aus: Das EPD wird kaum genutzt, sein Nutzen für den klinischen Alltag ist gering, respektive fehlt.

Der mangelnde Erfolg des elektronischen Patientendossiers (EPD) ist unbestritten – je nach Perspektive mit mehr oder weniger Bedauern. Das milliardenschwere Digitalisierungsprojekt sollte durch Übergangsfinanzierung und Anschlusszwang für Spitäler sowie für neu zugelassene Ärztinnen und Ärzte gerettet werden. Doch der erhoffte Durchbruch blieb aus: Das EPD wird kaum genutzt, sein Nutzen für den klinischen Alltag ist gering, respektive fehlt.

Im Herbst stellte der Bundesrat nun die angekündigte Revision des EPD-

Gesetzes vor. Neben dem erweiterten Anschlusszwang für alle Leistungserbringenden, die über Versicherer abrechnen, hält die Vorlage einige überraschende Wendungen bereit. So soll die ursprüngliche dezentrale Architektur zugunsten einer zentralisierten Infrastruktur aufgegeben werden – offenbar auf Empfehlung der Eidgenössischen Finanzkontrolle, die sich für diesen Ansatz ausgesprochen hat. Gleichzeitig sollen Zuständigkeiten und Finanzierung zwischen Bund und Kantonen klarer geregelt werden.

Unklar bleibt indessen die Kernfrage:

Wie gelangen die Daten der Leistungserbringenden künftig ins „elektronische Gesundheitsdossier“ (EGD), wie die neue Generation des EPD heissen soll – und vor allem, welche Daten überhaupt? Und weiterhin sollen Patientinnen und Patienten bestimmen können, wer auf welche Informationen zugreifen darf, doch das operative „Wie“ ist nach wie vor offen.

Parallel zur EGD-Revision läuft Digisanté – das grosse Digitalisierungsprogramm von BAG und BFS. Sein Ziel ist es, die Prozesse des Gesundheitswesens nach dem „Once-only“-Prin-

zip digital zu erfassen und zu vernetzen. In über 20 Teilprojekten werden sämtliche Bereiche des Gesundheitswesens digitalisiert. mfe engagiert sich dort insbesondere in den Kommissionen „Swiss Health Data Space“ (SHDS) und „Standards & Interoperabilität“. Beide Initiativen schaffen die technischen Grundlagen für einen standardisierten, effizienten und nutzenstiftenden Datenaustausch.

Der Swiss Health Data Space verfolgt einen praxisnahen Ansatz: Gesundheitsdaten sollen direkt aus den Primärsystemen (Praxissoftware, Spitäler, Pflegeeinrichtungen, Apotheken) digital bereitgestellt und für berechnete Leistungserbringende aktuell abrufbar sein. Idealerweise können Daten auch automatisch in die eigenen Systeme übernommen werden. Das geplante EGD wäre damit nur noch ein Baustein des SHDS – kein Parallelprojekt.

Digisanté eröffnet damit eine echte Chance auf eine funktionierende, interoperable digitale Gesundheitslandschaft. Statt weiterhin auf Zwangsanschlüsse und teure Insellösungen zu setzen, sollte die politische Priorität klar bei Digisanté und dem kommenden Bundesgesetz für den digitalen Datenraum (BDG) liegen. Eine kleinteilige Gesetzesrevision zum EPDG birgt das Risiko widersprüchlicher Regelungen und wachsender Skepsis gegenüber digitalen Projekten – gerade in einem Land, in dem die knappe E-ID-Abstimmung noch in Erinnerung ist.

Die digitale Zukunft des Schweizer Gesundheitswesens erfordert Vertrauen, klare Strukturen und eine kohärente Gesamtstrategie – nicht den nächsten Zwangsanschluss.

Michael Bagattini



Chance und Auftrag zugleich

Die Agenda Grundversorgung entscheidet mit über die Zukunft der Haus- und Kinderarztpraxen: mfe sitzt mit am Tisch – doch wird die Stimme der Grundversorgung wirklich gehört?

Die Nachfolgerin von Alain Berset im EDI hat bereits im ersten Jahr ihre Absicht kundgetan, die gesundheitliche Grundversorgung in der Schweiz ganz vorn auf ihre Agenda zu setzen. Im Dezember 2024 startete Elisabeth Baume-Schneider das Projekt Agenda Grundversorgung, an einem Runden Tisch mit einer Vielzahl von Stakeholdern.

Das Projekt ist nach einem Jahr intensiver Arbeit und engagierter Mitarbeit von mfe und den Grundversorgerverbänden mit einem Fachbericht an ein Zwischenziel gekommen.

Nach einer kurzen Vernehmlassung bei den involvierten Stakeholdern liegt der Bericht nun bei der Bundesrätin. Auf sie und ihr Departement kommt es nun an: Welche vorrangigen Mass-

nahmen im Bericht werden wie und wann umgesetzt?

Die Grundversorgerverbände mfe, pädiatrie Schweiz, SGAIM, JHaS, saf-med, Kinderärzte Schweiz und medswissnet fordern Taten.

Dabei hängt die Wirksamkeit der Agenda massgeblich von vier Faktoren ab:

1. Finanzierung

Ohne eine bedeutende Finanzierung des Bundes bleibt die Agenda eine Alibiübung. Die Massnahmen sind nur umsetzbar mit einem klaren, verbindlichen Finanzierungsrahmen, insbesondere das EDI muss hier Verantwortung übernehmen.

Soll das gesundheitspolitisch gewünschte Prinzip «ambulant vor stationär» eine Chance haben und zu mehr Effizienz führen, müssen strukturelle Fehlanreize zugunsten stationärer Behandlungen im aktuellen Finanzierungsmodus verschwinden und allfällig neue Fehlanreize durch eine Bevorteilung spitalambulanter Strukturen gegenüber freien Praxen dürfen erst gar nicht entstehen. Kostenneutralität im ambulanten Bereich ist unter den heutigen Rahmenbedingungen und mit den aktuellen Zielsetzungen nicht realistisch.

2. Massnahmen gegen den Mangel an ärztlichen Fachpersonen der Grundversorgung

Die Ressourcen in der Grundversorgung nehmen drastisch ab; der Mangel ist bereits akut. Er betrifft nicht nur

ländliche Gebiete, sondern ist flächen-deckend und über alle Altersbereiche spürbar – mit Folgen für die gesamte medizinische Versorgung.

Ohne sofortige Gegenmassnahmen – in der Ausbildung und insbesondere Weiterbildung – wird sich die Situation weiter verschärfen. Dringend angesagt ist hier ein Zeitplan mit klaren, definierten Zielen für die Umsetzung der Massnahmen.

3. Interprofessionalität mit klaren Verantwortlichkeiten

Die weitere Zunahme der interprofessionellen Zusammenarbeit ist sinnvoll, notwendig und gewünscht – aber nur wirksam, wirtschaftlich und zweckmässig, wenn Rollen, Kompetenzen und Koordination klar sind. Die Plattform Interprofessionalität ist aktuell am besten geeignet, die Arbeit zur Klärung aufzunehmen. Koordinations- und Vernetzungsleistungen müssen kostendeckend entschädigt werden, insbesondere für Menschen mit hoher Vulnerabilität, Polymorbidität und in komplexen psychosozialen Situationen.

Interprofessionelle Aus-, Weiter-, Fortbildung und Vernetzung stellen wichtige Ressourcen dar – der Kulturwandel muss insbesondere in der Ausbildung beginnen.

4. Besondere Beachtung für den Bereich Kinder- und Jugendliche

Die Besonderheiten in diesem Altersbereich erfordern, Gemeinsamkeiten, mögliche Synergien wie auch Unterschiede in kinderärztlichen und kinder- und jugendpsychiatrischen Bereichen speziell zu beachten.

Reto Wiesli

Grundversorgerkonzept

Wir Haus- und Kinderärzte sind die medizinischen Grundversorger. Um unsere Rolle in der schweizerischen Gesundheitsversorgung aktiv mitzugestalten, orientieren wir uns an folgenden Grundsätzen:

Breit und facettenreich

Wir sind die Generalisten der Grundversorgung und die Spezialisten der komplexen Fälle. Unsere Arbeit ist geprägt durch die Vielfalt der Menschen, der Erkrankungen und der Anliegen, die uns täglich begegnen, ohne dass im Voraus eine spezialisierte Auswahl getroffen wurde. Unvorhergesehene und vielfältige Tätigkeiten machen unseren Beruf facettenreich und anspruchsvoll.

Qualitativ hochstehend

Unsere Arbeit orientiert sich am Wohl des Patienten und basiert auf Evidenz und Erfahrung. Die Betreuung unserer Patienten und ihres Umfeldes ist wissenschaftlich fundiert, wirkungsorientiert und multidisziplinär. Für diese Kompetenzen brauchen wir eine hochstehende akademische Aus-, Weiter- und Fortbildung und die entsprechende Forschung.

Verlässlich und kontinuierlich

Wir sind den Patienten und ihrem Umfeld ein zuverlässiger und empathischer Partner, der sie ganzheitlich betrachtet und ihre Gesundheitskompetenz fördert. Wir bauen eine langfristige Beziehung zum Patienten auf und begleiten ihn in allen Situationen; von präventiven über akute und chronische bis hin zu palliativen.

Interprofessionell und verantwortlich

Wir arbeiten situativ alleine, interdis-

ziplinär oder im interprofessionellen Team. Basierend auf gemeinsamen Zielen und Werten setzen wir mit unseren Partnern im Alltag um, was wir bereits gemeinsam erlernt haben. Wir klären die Rollen und Verantwortlichkeiten im Team. Gemeinsam vermeiden wir Über-, Unter- oder Fehlversorgung.

Unabhängig und selbstbestimmt

Die Wahl unseres Arbeits- und Praxismodells steht uns frei. Dabei sind wir in unseren ärztlichen Entscheiden selbständig und beurteilen, inwieweit Hausbesuche und Notfalldienste in unserem Gebiet sinnvoll sind. Die Möglichkeit zur Teilzeitarbeit stellt die Vereinbarkeit von Familie und Beruf sicher. Innerhalb unseres Fachgebietes legen wir die Schwerpunkte unserer Arbeit autonom fest.

Unterstützt und honoriert

Sämtliche technischen und organisatorischen Hilfsmittel, welche zum Erfüllen unserer Aufgaben notwendig sind, stehen uns in der benötigten Form, Menge und Qualität zur Verfügung. Das Tarifsystem gewährt uns und unseren Teams eine leistungsgerechte Abgeltung und sichert uns so die wirtschaftliche Unabhängigkeit. Das Gesundheitswesen garantiert der Bevölkerung einen niederschweligen Zugang zum Haus- und Kinderarzt.

Vernetzt und engagiert

Wir sind gut vernetzt und übernehmen gesellschaftliche Verantwortung. Unsere Anliegen vertreten wir in relevanten Gremien, pflegen so den Kontakt zu den Anspruchsgruppen und vertreten die politischen Interessen unseres Berufsstandes. Unseren Nachwuchs fördern wir aktiv.

Präventiv und wirkungsvoll

Unsere ganzheitliche Sichtweise fördert die Entwicklung unserer Patienten in ihrem Umfeld. Wir motivieren unsere Patienten, Ressourcen zu nutzen, Krankheiten zu vermeiden oder deren Auswirkungen möglichst klein zu halten.

Attraktiv und geschätzt

Unser Beruf ist spannend, herausfordernd und für den Nachwuchs attraktiv. Das Berufsbild des Haus- und Kinderarztes genießt ein hohes Ansehen in der Öffentlichkeit.

IMPRESSUM

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

Geschäftsstelle:
Effingerstr. 2
3011 Bern
Tel. 031 508 36 10
E-Mail: gs@hausarzt-schweiz.ch
www.hausarzt-schweiz.ch

Erscheinung:
3 × jährlich

Technik und Gestaltung:
deinmagazin.ch

Redaktionskommission:
Dr. Monika Reber
Dr. Sébastien Jotterand

Sandra Hügli-Jost (Leitung)

Reto Wiesli
Patricia Gsponer