

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 1/2022



# Inhalt

## EDITORIAL

Vom respektvollen Umgang

**KOSTENSPAREN JA – ABER NICHT AUF DEM BUCKEL DER LEISTUNGSERBRINGER**  
Gesundheitspolitik mit dem Zweihänder

**SCHLECHTES ZEICHEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG DES GESUNDHEITSWESENS**  
TARDOC - Nein stärkt die Reformverweigerer

**HAUSARZTMEDIZIN IST DER SCHLÜSSEL ZU EINEM BEZAHLBAREN UND QUALITATIV HOCHSTEHENDEN GESUNDHEITSWESEN**

Wer bei der Hausarztmedizin spart, wird später teuer bezahlen

**DIE GRUNDVERSORGUNG BRAUCHT QUALIFIZIERTE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN**  
Zulassung ist nicht gleich Zulassung...

## VOLKSABSTIMMUNG GEWONNEN!

Kinder ohne Tabak – mehr als ein Meilenstein!

## WORLD NO TOBACCO DAY

WHO würdigt Ständerat Hans Stöckli

**TARIFERHÖHUNG FÜR BEHANDLUNGEN IN ZÜRCHER ARZTPRAXEN UND SPITALAMBULATORIEN UNSICHER**

Ärzteschaft auch kantonal «on hold»

**EDITORIAL**

## Vom respektvollen Umgang

**In den letzten Monaten werden gesundheitspolitische Diskussionen auf verschiedenen Ebenen und zu verschiedenen Themen geführt. Im Fokus sind dabei sehr häufig die Kosten unseres Gesundheitswesens, mit leider vielfach undifferenzierten Aussagen. Was mich aber mehr und mehr betrübt, ist die Art und Weise, wie aggressiv und rechthaberisch die Voten ausfallen.**

Bei Diskussionen mit gewissen Versicherern sind wir uns schon lange gewohnt, dass die Grenzen des Anstands fliessend gehandhabt werden. Der Ärzteschaft wird immer wieder unterstellt, überrissene Preise für ihre Leistungen zu verlangen, ganz generell. Aus der Historie kann ich für die Hausärztinnen einfach festhalten, dass die letzte «Lohnerhöhung» im Kanton Zürich 1993 erfolgt ist (der Hausarztzuschlag des Tarifeingriffs 2014 war eine Kompensation für die seit Einführung des Tarmed erlittenen Verluste). In den Verhandlungen zu verschiedenen Themen, seien es Tarife, Massnahmen oder gesetzlich vorgeschriebene Auflagen, werden von Versichererseite immer wieder die

Gesprächspartner ausgetauscht oder in der Vorsitzung vereinbarte Punkte wieder in Frage gestellt. Das zeugt nicht von grossem Respekt für die Gegenseite, das ist keine Arbeit auf Augenhöhe. Dass die fehlende Achtung gelegentlich noch durch entsprechende Äusserungen unterstrichen wird, ist mehr als unschön.

Wie gesagt, das ist nicht neu. Aber neu ist, dass nun auch Politik und Verwaltung andere Töne anschlagen. Das Partnerschaftliche, Wohlwollende, das dazu führen soll, dass Lösungen für das Gesundheitswesen gefunden werden, ist nicht mehr spürbar. Im Gegenteil: Verhärtete Positionen werden um jeden Preis gehalten,

sogar wenn offensichtlich ist, dass sie quer in der Landschaft stehen. Man kann dann von «Vertreten der eigenen Position» reden, aber wenn es offensichtlich ist, dass man sich verrannt hat, darf man auch einmal einen Fehler zugestehen. Müsste man nicht ein CIRS (Critical Incidence Reporting System) für die politische Diskussion einführen?

Schwierig wird es aber, wenn im Nationalrat in der Debatte um eine Initiative, die niemand will, nicht einmal die Initianten, plötzlich Voten zu hören sind, die von «Gesundheitskartell» sprechen, von einem Selbstbedienungsladen, von einem «Perpetuum mobile der falschen Anreize». Das

sind schwerwiegende Vorwürfe, die nicht nur mangelnden Respekt aufzeigen, sondern eine eigentliche Beleidigung sind für alle, die sich Tag für Tag, manchmal über ihre persönlichen Ressourcen hinaus, um die Patientinnen und Patienten in unserem Land kümmern und sorgen.

«J'en ai marre», ich habe es satt, hat ein Hausarzt aus dem Jura am SGAIM-Kongress ins Mikrofon gehaucht. Seit über 20 Jahren arbeitet er in seiner Praxis, sein Umsatz ist in dieser Zeit in etwa gleichgeblieben, die Unkosten sind deutlich gestiegen, seine MPA erhalten mehr Lohn, er dafür weniger: so sieht die Realität in der Hausarztpräxis aus! Und dann werfen ihm Politik und Medien vor, er sei ein Abzocker!

Respekt vor dem Engagement, Respekt vor der Arbeit, Respekt vor der Person sollten als Grundlage für die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens stehen. Für unsere Patientinnen.

Philippe Luchsinger, Präsident mfe  
Haus- und Kinderärzte Schweiz



## **KOSTENSPAREN JA – ABER NICHT AUF DEM BUCKEL DER LEISTUNGSERBRINGER**

# **Gesundheitspolitik mit dem Zweihänder**

Ja, es gibt einen Kostenanstieg im Gesundheitswesen. Den bestreitet niemand. Die Gründe dafür sind vielfältig, die Zusammenhänge komplex. Der Kostenanstieg hat viele Ursachen, die Löhne der Ärzteschaft gehören nicht dazu. Sicher ist: Die Löhne der Ärzteschaft stagnieren seit mehr als 20 Jahren oder sind sogar rückläufig. Trotzdem wird über die Leistungserbringer so geredet, als wären sie die Hauptschuldigen, die es jetzt endlich an die Kandare zu nehmen gilt.

Solche Aussagen zeugen von der Unkenntnis der Materie. Es liegt in der Verantwortung der Politik, dass die Krankenkassenprämien seit Jahren fast doppelt so stark ansteigen wie die Kosten. Sie hat sich für den Finanzierungsmodus entschieden, den wir heute haben, mit (hohen) Kopfprämien und einer Trennung von ambulanten und stationärem Bereich. Die einheitliche Finanzierung beider, genannt EFAS, würde hier Abhilfe schaffen, aber die Kantone wieder mehr belasten. Es harzt auch an dieser Front.

Die Politik will also vor allem eines: Kosten sparen, und zwar ausschliesslich auf dem Buckel der Leistungser-

bringer. Kreative Ideen aber fehlen, und vor allem fehlt der Mut, etwas zu wagen oder nur schon mit den willigen Reformpartnern nach mehrheitsfähigen Lösungen zu suchen. Stattdessen stärkt man mit der Nichtgenehmigung von TARDOC und dem lauwarmen Gerede von Pauschalen im ambulanten Bereich ausgerechnet jene, die die Tarifpartnerschaft mit Füssen treten und sämtliche Reformvorhaben seit 20 Jahren blockieren: Santésuisse, der Verband übrigens, der im ambulanten Tarif nur noch eine Minderheit der Versicherten vertritt.

### **Zielkonflikte sind systeminhärent**

Als Prämien- und Steuerzahlende wollen wir alle lieber weniger bezahlen. Als Patientinnen und Angehörige wollen wir die bestmögliche Behandlung, möglichst sofort. Wir wollen profitieren von den immensen medizinischen Fortschritten, unverzüglich, und wir wollen eine Versorgung, die überall jederzeit für alle zugänglich ist. Wer als ärztliche oder nicht ärztliche Leistungserbringerin im Gesundheitswesen für die Gesundheit ebendieser Patienten arbeitet, möchte aber auch einen zeitgemässen Lohn, faire Arbeitsbedingungen und tragbare Dienstbelastungen.

All diese Ziele sind nicht einfach zu vereinen. Es ist deshalb reichlich billig, die Diskussion nur aus einer Kostenoptik zu führen, wie das jetzt wieder, gerade in dieser Session, passiert. Gerae du absurd wird es, wenn die nationalrätliche Gesundheitskommission zum Zweihänder greift und mit ihrem jüngsten Kommissions-Postulat Tarif-Kürzungen bei Leistungserbringern verlangt, um im Tarifstreit Druck auf die Tarifpartner zu machen, notabene auf die Ärzteschaft, welche sich kooperativ auf Verhandlungen eingelassen hat. Andererseits werden den Kooperationsunwilligen alle Türen offen gehalten. Diese einseitige Bestrafungslogik zeugt von einer erschreckenden Geringschätzung gegenüber all jenen, die sich tagtäglich für die Patientinnen und Patienten einsetzen.

**Wer Kostenziele setzt, muss auch Verantwortung übernehmen**

Die Politik entscheidet, was von wem bezahlt werden soll. Die Festlegung von Zielen ist dabei unabdingbar und auch richtig, aber: Was soll denn erreicht werden? Wie wird das finanziert? Und wo machen wir Abstriche? Kluge Lösungen zu finden, ist die Aufgabe der Politik. Das gelingt aber nur, wenn Vorschläge wenigstens annähernd der Komplexität gerecht werden. Einfach eine Kostendeckelung, welcher Art auch immer, zu fordern ist nicht nur unklug, sondern ein billiges Abschieben der Verantwortung an die Leistungserbringer. Ziele formulieren ja, Kosten monitorisieren ja, aber zu undifferenzierten Kostendeckelungen und Tarifanpassungen mit dem Zweihänder sagen wir nein.

Rolf Temperli, Heidi Zinggeler Fuhrer,  
Yvan Rielle

	Tarif	Tarifziffer	
10.06.2016	001	00.0010	Konsultation, erstes 15 Min.
10.06.2016	001	17.0010	Elektrokardiogramm (ECG)
10.06.2016	001	00.0010	Konsultation, erstes 15 Min.
10.06.2016	001	00.0020	...

#### SCHLECHTES ZEICHEN FÜR DIE WEITERENTWICKLUNG DES GESUNDHEITSWESENS

## TARDOC - Nein stärkt die Reformverweigerer

Vor mehr als zehn Jahren hat die Eidgenössische Finanzkontrolle die Revision des ärztlichen Tarifs für ambulante Leistungen TARMED verlangt. Insbesondere wurde gefordert, dass die nicht apparativen Leistungen besser entschädigt werden, so wie es für Tamed ursprünglich schon hätte sein sollen. Seither haben der Bundesrat und das Parlament den Druck auf die Tarifpartner ständig erhöht.

Santésuisse hat sich ins Abseits gestellt und von der Seitenlinie zugeschaut, investiert keine eigenen Ressourcen und torpediert jegliche Fortschritte. Die konstruktiven Tarifpartner haben gemeinsam hartnäckig an TARDOC gearbeitet, Kompromisse gemacht und miteinander sämtliche Hürden von Uneinigkeit überwunden. Sie haben TARDOC zweimal nach den Vorgaben des Bundesrates überarbeitet und alle gesetzlichen Auflagen erfüllt. Und jetzt verweigert der Bundesrat mit nicht nachvollziehbaren Argumenten die Genehmigung. Wir können nur spekulieren, welche Agenda er damit verfolgt und sind

konsterniert, weil er damit ausgerechnet jene stärkt, die mit ihrer Verweigerungshaltung die Tarifpartnerschaft, notabene ein zentraler Pfeiler der KVG-Architektur, mit Füßen treten.

Jeder Tarif muss laufend aktualisiert werden. Der Widerstand von Santésuisse hat dies während Jahren verhindert. TARDOC ist ein aktueller Tarif, bereit zur Einführung, und Anpassungen sind nicht nur jederzeit möglich, sondern Bedingung. Zudem besiegelt TARDOC einen fundamentalen Konstruktionsfehler von Tamed, bei dem jeder Tarifpartner ein faktisches

Vetorecht hat, weil Anpassungen immer Einstimmigkeit verlangen. Damit räumt TARDOC auf und schafft damit gute Voraussetzungen, dass das Tarifsystem als Ganzes dynamisch und flexibel bleibt. Das wäre zukunftsweisend und würde die Türe öffnen für weitere Reformen.

[Hier](#) geht es zur Medienmitteilung von mfe zum Tardoc-Entscheid des Bundesrats vom 3. Juni 2022.

Rolf Temperli, Heidi Zinggeler Führer,  
Yvan Rielle



## **HAUSARZTMEDIZIN IST DER SCHLÜSSEL ZU EINEM BEZAHLBAREN UND QUALITATIV HOCHSTEHENDEN GESUNDHEITSWESEN**

# Wer bei der Hausarztmedizin spart, wird später teuer bezahlen

Die ärztliche Grundversorgung wird von Hausärztinnen und Kinderärzten garantiert. Sie können nicht mit spektakulären Leistungen auftrumpfen. Ihre Instrumente sind seit Jahrzehnten die gleichen: das persönliche Gespräch, die sorgfältige Untersuchung, die Planung der weiteren Schritte.

Sie lösen über 90 % der Gesundheitsprobleme selbstständig und kostengünstig. Die ärztliche Leistung in ebendieser Grundversorgung kennt keinen Kostenanstieg. Nicht einmal die vom Bundesrat angeordnete finanzielle Besserstellung der Haus- und Kinderärztinnen hat einen wesentlichen Kostenstschub verursacht: In den letzten zehn Jahren plus 3 %, 0.3% pro Jahr, Hausarztzuschlag inklusive.

### **Lineare Tarifkürzungen wären fatal**

Patientinnen und Patienten sind auf

die Expertise ihrer Hausärztin oder ihres Kinderarztes angewiesen, auch und gerade, um sich im weiten Feld der Angebote zurechtzufinden. Um einen effizienten Einsatz von Abklärungs- und Therapiemöglichkeiten zu garantieren, braucht aber auch unser Gesundheitssystem Haus- und Kinderärzte. Damit wir dieses Angebot auch abseits der städtischen Zentren aufrechterhalten können, brauchen wir einen vernünftigen Tarif und Rechts- bzw. Tarifsicherheit. Junge Ärztinnen werden sich vor dem Schritt in die Praxis hüten, wenn sie – wegen Kostenzielen, Budgetvorgaben und Tarifreduktionen – mit einem

ständig sinkenden Einkommen und wirtschaftlicher Unsicherheit rechnen müssen. Konsequenz davon: weniger Haus- und Kinderärzte, keine Anlaufstellen für die Bevölkerung, steigende Kosten. Jede Art von linearen Tarifkürzungen wirkt sich katastrophal auf die Bereiche aus, welche unterdurchschnittliche Kostenzunahmen aufweisen. Müssten die seit Jahren unverändert günstigen Haus- und Kinderärztinnen mit Tarifkürzungen für die Kostensteigerungen in anderen Gebieten, zum Beispiel den Spitalambulatrien, geradestehen, wäre dies der Untergang der bewährten Grundversorgung.

Rolf Temperli, Heidi Zinggeler Fuhrer,  
Yvan Rielle



#### DIE GRUNDVERSORGUNG BRAUCHT QUALIFIZIERTE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN

## Zulassung ist nicht gleich Zulassung...

Kaum in Kraft, zeigen sich bereits die Schwierigkeiten mit der neuen Zulassung: Zum einen wurden die Kolleginnen und Kollegen vergessen, die schon lange in der Schweiz arbeiten, da bräuchte es eine Übergangsbestimmung. Zum anderen ist es mit der aktuellen Fassung nicht möglich, Ärztinnen in den Praxen auf ihre selbständige Arbeit in unserem Gesundheitswesen vorzubereiten, hier bräuchte es eine Anpassung im Gesetz.

Der Bund und vor allem die Kantone sind die Gralshüter des Gesundheitswesens. Ihnen obliegt, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sicherzustellen, zu kontrollieren, zu überwachen und zu schauen, dass sie nicht ins Kraut schießt. Ein Faktor, der dabei eine Rolle spielt, ist die Menge an Ärztinnen, die zum einen in den Spitätern, zum anderen in der freien Praxis arbeiten.

Mit dem neuen KVG entstanden in den 90ern Bedenken, dass wegen der attraktiven Arbeitsbedingungen in der Schweiz und des hohen Einkommens (damals!) der Ärzte zu viele eine Praxis eröffnen. Zudem schürten die bilateralen Verträge, die die gegenseitige

Anerkennung der Ausbildungen beinhalteten, grosse Ängste, dass die Schweiz mit Ärztinnen nur so überchwemmt wird. Als Folge davon wurde rasch ein Zulassungsstopp eingeführt, für drei Jahre durfte eigentlich niemand mehr eine Praxis eröffnen. Eigentlich, weil dies die Kantone nicht einheitlich gehabt haben und es dadurch zu starken regionalen Differenzen gekommen ist. Dadurch, dass deutlich mehr Spezialisten als Grundversorger eröffnen konnten, stiegen deren Leistungen und die dadurch verursachten Kosten markant. Es folgten ein dringliches Bundesgesetz, Diskussionen im Parlament, bis die nationalrätsliche Gesundheitskommission die Ausarbeitung gesetzlicher

Grundlagen zur Steuerung verlangt hat. Der Auftrag: eine europakonforme Anpassung des KVG, das eine Steuerung möglich macht, und die Zulassung zur OKP regelt. In den Diskussionen wurden auch differenzierte Tarife und die Aufhebung des Kontrahierungzwangs erwogen, aber als nicht opportun und nicht konsensfähig wieder verworfen.

Seit dem 1.1.2022 ist nun das neue Gesetz in Kraft. Um die EU nicht zu verärgern, bekommt jede Ärztin, die einen entsprechenden Facharzttitel im Ausland erlangt hat, eine Berufsausübungsbewilligung. Damit sind die bilateralen Verträge respektiert. Die Einschränkung: Um Leistungen zu Han-

den der OKP abrechnen zu dürfen, müssen zusätzliche Bedingungen erfüllt werden. Zum einen ist ein Anschluss an EPD, ans elektronische Patientendossier, obligatorisch. Zum zweiten muss man sicherstellen können, dass ein Qualitätsmanagement vorhanden ist, das die Erreichung der gesetzlichen Vorgaben erlaubt. Drittens muss man die Sprache beherrschen.

Und nun kommt der Knackpunkt: Viertens muss man drei Jahre an einer anerkannten Weiterbildungsstätte der Fachrichtung gearbeitet haben. Dieser Punkt soll sicherstellen, dass die Eigenheiten und Usanzen unseres Gesundheitssystems erlernt werden können, aber ebenso, dass die Kolleginnen aus dem Ausland auch fachlich eine hohe Qualität in ihrer Arbeit erreichen können. An zwei Dinge wurde bei der Erarbeitung nicht gedacht: dass in vielen Fachrichtungen ein Mangel an Ärztinnen besteht, dass deshalb Ausnahmen möglich sein sollten. Dies wird durch einen Antrag der SGK-N jetzt diskutiert. Vergessen hat man auch die Kolleginnen, die schon über viele Jahre in der Schweiz arbeiten, aber nicht an einer anerkannten Weiterbildungsstätte. Für diese Kategorie würde eine Übergangslösung Sinn machen. Und dann sollten die Praxen nicht gegenüber den Spitätern benachteiligt werden und sollten die Möglichkeit haben, Kolleginnen für diese drei Jahre anzustellen. Durch den Passus in Art. 37 2 KVG (Die Einrichtungen nach Artikel 35 Absatz 2 Buchstabe n werden nur zugelassen, wenn die dort tätigen Ärzte und Ärztinnen die Voraussetzungen nach Absatz 1 erfüllen) wird verunmöglicht, dass eine Gruppenpraxis einen Arzt aus dem Ausland anstellt, der seine drei Jahre dort absolviert und danach in die Praxis gehen kann. Ein Spital kann diese Kollegin hingegen problemlos anstellen.

Das Ziel muss sein, dass qualifizierte

Kolleginnen alleinverantwortlich in die Grundversorgung eingegliedert werden können. Dazu braucht es wie oben erwähnt Übergangslösungen, vernünftige Ausnahmen und eine Anpassung im KVG. Die sollte möglichst rasch erfolgen.

Übrigens: Die Höchstzahlen, die die Kantone festlegen könnten, als weiterer Teil der Zulassung, sind damit noch nicht behandelt. Dabei ist es mfe wichtig, dass neben den Höchstzahlen auch ein Auge auf die Versorgungssicherheit geworfen wird. Mindestzahlen würden aber bedeuten, dass sich die Kantone bemühen müssten, Leistungserbringer zu finden...

Philippe Luchsinger



## VOLKSABSTIMMUNG GEWONNEN!

# Kinder ohne Tabak – mehr als ein Meilenstein!

Am 13. Februar 2022 nehmen Volk und Stände die Volksinitiative „Kinder ohne Tabak“ an und korrigieren damit ein Gesetz, das noch nicht einmal in Kraft getreten ist. Die Trägerorganisationen der Initiative, allen voran die Gesundheitsligen und die Ärzteschaft, bieten mit ihren Argumenten und hoher Glaubwürdigkeit der teuren Kampagne der Werbe- und Tabakindustrie die Stirn.

Erfolge von Volksinitiativen an der Urne sind eine Seltenheit. Kinder ohne Tabak ist erst die Nummer 25 seit der Einführung dieses demokratischen Instruments vor 130 Jahren, gegenüber 203 Ablehnungen. Das erfüllt uns natürlich mit Stolz. Nicht zu vergessen ist aber, dass wir einen hohen Preis für diesen Zwischenerfolg bezahlen. 5 Jahre Arbeit und Gelder in Millionenhöhe sind in dieses Projekt geflossen, und faktisch haben wir heute erst zwei ergänzte Artikel in der Bundesverfassung. In einer idealen Welt wäre das Parlament der Vorlage des Bundesrates gefolgt und hätte den WHO-Standard für die Schweiz über-

nommen. Doch die alten Seilschaften und die tiefe Durchdringung der Wirtschaft durch die Tabakindustrie haben das – wohl ein letztes Mal – verhindert.

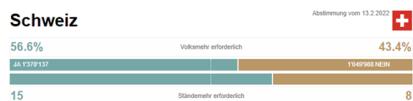
Nun also muss dasselbe Parlament, das noch im Oktober 2021 ein ungenügendes Tabakproduktegesetz erlassen hat, in Kürze diese neuen Verfassungstexte umsetzen. Die Strafaufgabe, sein eigenes Gesetz nachzubessern, weil es beim Volk durchgefallen ist, motiviert die Mehrheit von damals und Verlierer vom 13. Februar kaum. Doch entspricht sie dem demo-

kratischen Usus in der Schweiz. Und ist umso wichtiger, weil kein Verfassungsgericht sicherstellt, dass die Aufgabe korrekt gelöst wurde.

Für die Abstimmungssieger ist es eine Selbstverständlichkeit, ihr „Kind“ nicht im Stich zu lassen und die Umsetzung eng zu begleiten. Ihre Legitimation beziehen sie aus dem Entscheid vom 13. Februar. Die Überlegungen zur Umsetzung wurden bereits im Abstimmungskampf gemacht, sie werden nun in die Vernehmlassung eingebracht, die im August startet. Das Ziel ist klar: Kinder ohne Tabak, und

das bald, überall und konsequent. Womit dann wieder ein Puzzleteil mehr das alte Sprichwort bewahrheiten kann, das da lautet: Vorbeugen ist besser als heilen. Oder auf den Nenner gebracht: Nichtrauchen statt Lungenkrebs.

Der Prävention und Gesundheitsförderung einen Platz in der Bundesverfassung verschafft zu haben, war eine noble Aufgabe auch für Haus- und Kinderärzte, sie wurde mit Bravour erfüllt. Also sicher ein Meilenstein, vielleicht sogar ein Paradigmenwechsel?



Reto Wiesli, Geschäftsführer mfe und Sekretär der Volksinitiative Kinder ohne Tabak (Ja zum Schutz der Kinder und Jugendlichen vor Tabakwerbung)



#### WORLD NO TOBACCO DAY

## WHO würdigt Ständerat Hans Stöckli

Die Weltgesundheitsorganisation WHO verleiht Ständerat Hans Stöckli den «World No Tobacco Day Award» für sein Engagement für «Kinder ohne Tabak». Der Präsident des Trägervereins «Kinder ohne Tabak» nahm den Preis im Rahmen einer Tagung in Brüssel in Empfang.

Mit der Annahme dieser Volksinitiative nähert sich die Schweiz endlich dem weltweiten Standard in der Tabakprävention an. «Seit vielen Jahren setzen wir uns für eine wirkungsvolle Tabakprävention ein. Die Annahme der Initiative war der Höhepunkt dieses Engagements, und dass unsere Initiative diesen Award entgegennehmen darf, berührt mich besonders», sagte Hans Stöckli an der Preisübergabe im Rahmen der in Brüssel durchgeführten Tagung «Tobacco and Environment». «Diese Auszeichnung richtet sich an alle, die im Februar ein Ja in die Urne geworfen haben und damit einen wirksamen Jugendschutz ermöglichen. Mein besonderer Dank gilt den Organisationen, die mich im Abstimmungskampf unterstützt ha-

ben und sich auch weiterhin für eine gesunde Entwicklung unserer Kinder einsetzen.»

Die Trägerschaft von «Kinder ohne Tabak» wird nun dafür einstehen, dass die Initiative nach dem Willen des Volkes umgesetzt wird. Die Vernehmlassung für die Gesetzesverbesserung kommt nach den Sommerferien. Für die Beteiligung daran werden noch einmal alle unterstützenden Organisationen mobilisiert. Die Botschaft ans Parlament folgt in der ersten Hälfte 2023, und damit der Lackmustest: das Parlament von einer guten, strikten Umsetzung zu überzeugen.

Sandra Hügli-Jost

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



## TARIFERHÖHUNG FÜR BEHANDLUNGEN IN ZÜRCHER ARZTPRAXEN UND SPITALAMBULATORIEN UNSICHER

# Ärzteschaft auch kantonal «on hold»

Die Zürcher Regierung hatte Ende März eine Tariferhöhung für Behandlungen in Arztpraxen und Spitalambulatorien beschlossen, da sich die Kassen mit den Spitälern und der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich nicht einigen konnten. Wie nun bekannt wurde, akzeptieren die Krankenversicherer diese Erhöhung von 89 auf 91 Rappen nicht und ziehen den Kanton Zürich vor Gericht. Ein Interview mit Hausarzt Dr. med. Rainer Hurni, Vorstandsmitglied bei mfe Zürich und Tarifdelegierter der Ärztegesellschaft des Kantons Zürich.

**Rainer Hurni, welches Fazit ziehen Sie als Tarifverantwortlicher von AGZ und mfe Zürich aus den bisherigen Verhandlungen zum Taxpunktwert (TPW)?**

Rainer Hurni: «Seit über 10 Jahren kämpfen wir um eine Erhöhung des TPW in Zürich. Viel Kraft, Konstanz, Optimismus und Durchhaltevermögen waren gefragt. Nach zähen Verhandlungen hat sich die Gesundheitsdirektion des Kanton Zürich schliesslich nach vier Jahren Festsetzungsverfahren zu einem Entscheid zugunsten der Ärztinnen und Ärzte durchringen kön-

nen. Unter anderem auch dank der zusammengetragenen Daten aus RoKo und MAS. Mit noch besseren Daten der Ärztinnen und Ärzte hätten wir mehr erreichen können. So müssen wir einiges bei der Sammlung und Koordination der RoKo - und MAS Daten modifizieren, aber wir arbeiten daran. Tatsache bleibt aber: Ohne unser Eingreifen hätten wir seit sechs Jahren immer noch einen Taxpunktwert von 87 Rappen. Jetzt sind es 91 Rappen, die uns gemäss Kanton seit vier Jahren zustehen, und immerhin haben wir in der Zwischenzeit 89 Rappen / TP erhalten.»

### **Was frustrierte sie besonders?**

RH: «Die konstante und konsequente Ablehnung jeglicher Kompromisse durch die Krankenversicherer, die sich als Tarifpartner ausgeben, haben mich gleichermassen verblüfft wie frustriert. Jegliche, auch kleinste Zugeständnisse wurden trotz besserer Argumente, klarer Faktenlage und trotz besseren Wissens regelmässig und kompromisslos abgeschmettert. Eine konstruktive Ebene war leider nie möglich, der juristische Weg offenbar von Vornherein eingeplant. Die Verzögerung unserer berechtigten Ansprü-

che war nicht offen deklariert, aber offensichtlich das Ziel. In solchen Situationen kann ich keine konstruktive Partnerschaft ausmachen.»

### Was sind die nächsten Schritte?

RH: «Die Erhöhung des TPW wird jetzt vor Bundesverwaltungsgericht verhandelt werden müssen. Gemäss Einschätzung unserer Juristen stehen die Chancen für eine definitive Erhöhung des TPW wie vom Kanton vorgeschlagen auf 91 Rappen gut. Dies wird retrospektiv geschehen, aber mit mehrjähriger Verzögerung. Inzwischen können wir unsere Positionen ausbauen, die Datenqualität verbessern und weiterkämpfen.»

alle Arztpraxen und ambulanten Zentren in der Schweiz obligatorisch.  
[Weitere Informationen](#)

---

Iren Brennwald, Geschäftsstelle mfe  
Zürich

### MAS vs. RoKo

#### Rollende Kostenstudie RoKo

Mit der RoKo werden kontinuierlich die betriebswirtschaftlichen Eckwerte der Arztpraxen erhoben. Sie messen die Wirtschaftlichkeit von Leistungen, die in der ambulanten Medizin erbracht werden. Seit 1990 wird die RoKo im Auftrag der Ärztegesellschaften durchgeführt. In vielen Kantonen ist die Datenerfassung obligatorisch, so auch im Kanton Zürich. Gemäss der Ärztekasse ist sie die einzige neutrale Datenquelle zur Erhebung der wirtschaftlichen Situation der freipraktizierenden Grundversorger im Gesundheitswesen. Die RoKo-Zahlen können auch in der Erhebung MAS verwendet werden. [Weitere Informationen](#)

#### MAS (Medical Ambulatory Structure)

Ist die Erhebung «Strukturdaten Arztpraxen und ambulante Zentren» des Bundesamts für Statistik (BFS). Die Erhebung liefert Informationen zu den Unternehmen und zu den Standorten sowie zum ärztlichen und nichtärztlichen Personal. Die Teilnahme ist für

# IMPRESSUM

**Herausgeber:**

mfe Haus- und Kinderärzte Schweiz

**Geschäftsstelle:**

Effingerstr. 2  
3011 Bern  
Tel. 031 508 36 10  
E-Mail: [gs@hausaerzteschweiz.ch](mailto:gs@hausaerzteschweiz.ch)  
[www.hausaerzteschweiz.ch](http://www.hausaerzteschweiz.ch)

**Erscheinung:**

3 x jährlich

**Technik und Gestaltung:**

[deinmagazin.ch](http://deinmagazin.ch)

**Redaktionskommission:**

Dr. Philippe Luchsinger  
Dr. Rolf Temperli  
Dr. Heidi Zinggeler Fuhrer  
Reto Wiesli  
Sandra Hügli-Jost (Leitung)  
Yvan Rielle