

125 Jahre FMH – ein Ärzteverband in stetem Wandel

Damian Bürgin und Stefan Hächler, Institut für Medizingeschichte, Uni Bern

1901-2009: Von der Gründung bis zur Europafrage

Damian Bürgin

Als am 15. Dezember 1901 die Gründung der «Verbindung der schweizerischen Ärzte» (lateinisch: «Foederatio Medicorum Helveticorum» – FMH) vollzogen wird, ist die Euphorie überschaubar: «*Nun mögen schwere Aufgaben an uns schweiz. Ärzte herangetragen werden – wir sind organisiert und gerüstet.*»¹ Die sieben Artikel umfassenden Statuten² sammeln die etwa 1'800 Mitglieder der bereits bestehenden kantonalen Ärztegesellschaften in einer locker organisierten, bundesweiten Vereinigung zur Wahrung der Standesinteressen.

2024 repräsentiert die FMH knapp 46'000 Mitglieder,³ die Statuten umfassen 56 Artikel und die Aufgaben sind deutlich ausgeweitet. Sie umfassen heute neben vielen anderen auch Tarifgestaltungen, die Vergabe von Facharzttiteln und die Definition von Fortbildungsobligatorien sowie die Mitgestaltung des eidgenössischen Gesundheitswesens.⁴ Wie diese Entwicklung zustande kam, soll der nachfolgende Überblick über die letzten 125 Jahre aufzeigen.

Kantonal, interkantonal, national

Die ersten regionalen und kantonalen Ärztegesellschaften entstehen schon im frühen 19. Jahrhundert.⁵ Diese schliessen sich ab 1867 zu überkantonalen Gruppierungen zusammen: Zunächst in der Welschschweiz die «Société médicale de la Suisse romande» (SMSR, 1867), dann in der Deutschschweiz der «Ärztliche Centralverein» (heute VEDAG, 1870) und im Tessin die «Società medica della Svizzera italiana» (heute OMCT, 1884).⁶ Ab 1885 sind Delegierte aller drei Gesellschaften in der 1874 ins Leben gerufenen «Schweizerischen Ärztekommision» vertreten, die die Schweizer Ärztinnen und Ärzte nach aussen repräsentieren soll.⁷

Diese tritt dem Bund gegenüber aber eher zahnlos auf: Die Ärztekommision kann vom Bund freiwillig zu Rate gezogen werden und Stellungnahmen sowie Vorschläge zu gesundheitspolitischen Fragen einreichen und publizieren, eine verbindliche Funktion im eidgenössischen Gesundheitswesen besteht aber nicht, ebenso wenig ein Anspruch auf offizielle Vertretung der standespolitischen Interessen der gesamtschweizerischen Ärzteschaft.⁸

Zur Jahrhundertwende kommt der Wunsch, dies zu ändern: «*[...] so machte sich [...] immer dringlicher das Bedürfnis geltend, das zu sein, wozu uns in erster Linie unser Name verpflichtete: eine Kommission nicht nur aus Aerzten, sondern auch für Aerzte.*»⁹

Ein Ärzteverband nach Bundesvorbild

In der deshalb 1901 gegründeten «Verbindung der Schweizer Ärzte» soll die sogenannte «Ärztekammer» die organisierte schweizerische Ärzteschaft repräsentieren. Sie stellt quasi den «ärztlichen Nationalrat» dar, der sich direkt aus Delegierten der Kantonsgesellschaften rekrutiert. Diese wählen wiederum die Ärztekommision, den «Bundesrat» der Schweizer Ärzteschaft.¹⁰

Ziel der neuen Organisation, die später als FMH auftreten wird, ist es primär, die Standesinteressen der Ärzteschaft nach aussen zu vertreten.¹¹ Der Verband versteht sich als Vertretung aller Schweizer Ärztinnen und Ärzte, und die Ärztekommision ist nicht länger ein fakultativ beizuhaltendes Gremium, sondern tritt als politische Macht auf. Die interne Freiheit wird derweil hochgehalten: Die FMH hat keine eigenen finanziellen Mittel, und die Beschlüsse der Ärztekammer müssen von den Kantonsgesellschaften nicht zwingend umgesetzt werden. Diese Unverbindlichkeit ist für die FMH heute nicht typisch – und hält auch nach der Gründung nicht lange an.

Die Ränge werden geschlossen

Nach 20 Jahren ändert sich die FMH drastisch. Inflation, Arbeitslosigkeit und eine zunehmende Zahl an Kassen- statt Privatpatientinnen und -patienten bringen die Ärzteschaft in wirtschaftliche Not. Erbitterte Tarifverhandlungen mit den Krankenkassen sind an der Tagesordnung. Kantonale Tarifunterschiede werden zunehmend als standespolitische Bedrohung wahrgenommen und bekämpft. Damit die FMH die Interessen ihrer Mitglieder in diesem Umfeld angemessen vertreten kann, muss sie einheitlicher und effizienter auftreten.

Mit der Statutenänderung 1928 wird auf diese Krise reagiert: Nun sind alle Beschlüsse der FMH für alle Mitglieder verbindlich, die Kantonsgesellschaften verpflichten sich zur Ausführung und werden dafür statutarisch an die FMH gebunden. Mitglieder der FMH sind jetzt alle in der Schweiz wohnhaften und an eine Kantonsgesellschaft angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte, weiter sind diese zur Entrichtung eines Mitgliederbeitrags verpflichtet.¹² Diese deutlich engere Verbindung erhält auch ihre eigene Zeitschrift: Ab 1920 wird die schweizerische Ärztezeitung als offizielle Zeitung der FMH herausgegeben. Sie löst das «Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte» ab, das nur lose mit der FMH verbunden war.

Die Dienstleistungen wachsen

Zur gleichen Zeit beginnt ein Trend, der sich bis heute fortsetzt: Die Dienstleistungen werden ausgebaut, bisher unabhängige Institutionen und Organisationen in die FMH aufgenommen. Ein Beispiel bietet das «Ärztesyndikat für die Wahrung wirtschaftlicher Interessen», welches 1919 als «Verbindung selbstdispensierender Ärzte» ihren Anfang nimmt und chronischen Mitgliedermangel beklagt. Mit der Aufnahme in die FMH 1924 wird jedes Verbandsmitglied automatisch auch Mitglied des Ärztesyndikats.¹³

Das Ärztesyndikat handelt mit Firmen Verträge aus, um seinen Mitgliedern Einkaufsvergünstigungen bei Medikamenten und Praxisbedarf zu bieten. Weiter werden ein Rechtsschutz und eine Inkassostelle angeboten.¹⁴ Die Dienstleistungen werden laufend angepasst und erweitert, zum Beispiel um Praxisfinanzierung, Versicherungs- und Steuerberatung.^{15, 16} Die aus dem Ärztesyndikat hervorgegangenen «FMH-Services» bieten noch heute diese und weitere Dienstleistungen an.¹⁷

Trend zur Monopolisierung

Die FMH entwickelt sich von 1923 bis Anfang der 2000er Jahre konsequent zur alleinigen nationalen Vertreterin der eidgenössischen Ärzteschaft. Alle neu entstehenden Verbindungen sind daher angehalten, sich unter ihren Schirm zu stellen: «*Es geht nämlich darum, dass die FMH eine Einheit bleibt und in wirtschaftlichen und beruflichen Belangen mit einer Stimme spricht. Sonst werden wir separat abgeschlossen.*»¹⁸ Diese Politik wird konsequent umgesetzt: Über 90 Interessengruppen, Fachgesellschaften und Verbindungen von Ärztinnen und Ärzten der Schweiz stehen heute im Zusammenhang mit der FMH.¹⁹ Diese Entwicklung ist nicht unumstritten, werden doch Selbständigkeit und Unabhängigkeit zahlreicher Akteure im Umfeld der FMH erheblich eingeschränkt.

Der VSAO, die Spezialisten und die Strukturreform der FMH

Die Gründung der FMH fällt 1901 in eine Zeit, in der die freischaffenden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte klar dominieren. Volontär- und Assistenzärztinnen, sowie die Spitalärzteschaft ganz allgemein, sind eine kleine Minderheit, und so wird die Standespolitik im Interesse der Praxisärzte geführt. Eine ordentliche Mitgliedschaft bei der FMH ist nur über eine Kantonsgesellschaft möglich, Studentinnen und Assistenten können eine ausserordentliche Mitgliedschaft (ohne Stimm- und Wahlrecht) beantragen.^{20 21} Mit der zunehmenden

Professionalisierung des Arztberufs und der damit einhergehenden Weiterbildungspflicht nimmt die Assistenzzeit – und damit auch die Zahl der Assistenzärztinnen und -ärzte – zu, der Ausbau der Spitalinfrastruktur tut ihr Übriges. Im Artikel «Assistentenprobleme» in der Schweizerischen Ärztezeitung 1945 wird dieser Umstand deutlich: *«In den letzten Jahren ist die durchschnittliche Assistentenzeit, d.h. die Zeit zwischen Staatsexamen und selbständiger Berufsausübung von 3 Jahren auf 7½-8 Jahre angestiegen.»*²²

Es verwundert deshalb nicht, dass im selben Jahr 1945 der Verein Schweizerischer Assistenzärzte gegründet wird. 1971 stossen die Oberärzte dazu, was dem heutigen Verein Schweizer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) den Namen gibt.²³

Der Verein vertritt seine Anliegen gegenüber Politik und Öffentlichkeit direkt. In der FMH können sich die Assistenzärztinnen und -ärzte nicht einbringen, da sie nur als ausserordentliche Mitglieder, ohne Stimm- und Wahlrecht, Aufnahme finden, und die Kantonsgesellschaften sind ohne Praxisausübung wenig attraktiv.

Diesem Umstand wird mit einer FMH-Statutenänderung ab 1973 teilweise Rechnung getragen: Der VSAO erhält fünf Sitze in der Ärztekammer.²⁴ Einsitz im Zentralvorstand – probeweise und ohne Mitbestimmungsrecht – folgt einige Jahre später.²⁵

Die Ärztelandschaft der Schweiz wandelt sich

Die teilweise Aufnahme des VSAO in die Ärztekammer stellt eine Übergangslösung dar. 80 Jahre nach ihrer Gründung ist die FMH fundamental gleich aufgestellt, vertritt überwiegend die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte. 96% der Ärzteschaft sind in der FMH organisiert, doch ihre Zusammensetzung hat sich gewandelt, und die Repräsentation der Interessengruppen entspricht nicht mehr der Realität.

Die Zusammensetzung der Ärztekammer im Jahr 1981 verdeutlicht dies eindrücklich: Mit 80% der Sitze dominieren die Freipraktizierenden, sie machen aber nur noch 47% der Ärzteschaft aus. Demgegenüber sind die 38% Assistenzärztinnen und -ärzte mit 3.4% der Sitze krass untervertreten.²⁶

Die Fachgesellschaften und die medizinischen Fakultäten betreiben jeweils eine eigene Standespolitik, denn auch sie sind in der Ärztekammer nicht adäquat vertreten, und *«ihre Mitwirkung in der Konsultativkommission für Weiter- und Fortbildung (KKWFB) empfinden sie entweder als „Alibi-Uebung“, oder sie sehen die FMH bloss als Organ zur Registrierung der von ihnen in WB-Sachen gefassten Beschlüsse.»*²⁷ Die FMH, die die Repräsentation aller Schweizer Ärztinnen und Ärzte in einer Verbindung beansprucht, droht darob zu zerbrechen.

Die FMH wächst – und diversifiziert sich

1979 wird ein erster Entwurf für eine Strukturreform ausgearbeitet, die 1987 mittels Statutenänderung in Kraft tritt. Ziel ist die stärkere Einbindung der Fachgesellschaften und des VSAO in die FMH, um eine bessere Repräsentation der gesamten Schweizer Ärzteschaft zu erreichen. Wie schon die Kantonsgesellschaften werden auch die Fachgesellschaften und der VSAO statutarisch mit der FMH verbunden, verlieren also ihre Unabhängigkeit. Mitglieder des VSAO sind immer noch ausserordentliche FMH-Mitglieder, also ohne Stimm- und Wahlrecht. Die im Gegenzug gewährte Vertretung in der Ärztekammer ist marginal: Der VSAO erhält neu 10, die Fachgesellschaften je 1 bis 2 Sitze. Immerhin erhält der VSAO einen vollberechtigten Sitz im Zentralvorstand.²⁸

Diese «Reform» reicht nicht aus, um die FMH für die Herausforderungen der 1990er Jahre zu wappnen. Das neue Krankenversicherungsgesetz von 1996 schränkt die freie Arztwahl mit seinen Managed-Care-Modellen ein und bringt mit Tarmed einen nationalen Einheitstarif. Der Wegfall

der lokalen Tarifverhandlungen entzieht den Kantonsgesellschaften eine Hauptaufgabe. Die Personenfreizügigkeit mit der EU erfordert eine neue Definition der Medizinalberufe, also ein neues Bundesgesetz, das auch die Weiter- und Fortbildung umfasst. Das Facharztmonopol der FMH, das erheblich zum hohen Organisationsgrad der Ärztinnen und Ärzte beiträgt (wer aus der FMH austritt, verliert den FMH-Titel!),²⁹ würde damit abgeschafft (siehe unten *Die Spezialistenfrage*). Es droht wieder die Zersplitterung der Ärzteschaft.

Von der «Ärztelobby» zur Qualitätssicherung

«Die Frage sei aber bereits jetzt gestellt: Kann der gleiche Berufsverband ethische Richtlinien erarbeiten, Stellungnahmen in gesundheitspolitischen Fragen im Namen der Ärzteschaft abgeben, ‚Qualität‘ auf sein Banner schreiben und im gleichen Atemzug als Hüter des ärztlichen Einkommens walten und Kampfmaßnahmen gegen drohende materielle Einbussen durchführen? Ist eine solche Berufsorganisation glaubwürdig?»³⁰

Eine umfassende Neuausrichtung der FMH wird diskutiert. Die FMH wurde zwecks Verteidigung der Standesinteressen der Schweizer Ärzteschaft gegründet. Sie hat sich stets für die Interessen der Ärztinnen und Ärzte eingesetzt, Tarifverhandlungen geführt und ihre Freiheit verteidigt. Über die Jahre sind Standesordnung, Weiter- und Fortbildung sowie Qualitätssicherung zu ihren Aufgaben hinzugekommen. All das wird schweizweit von einer einzigen privaten Körperschaft repräsentiert, und der Vorwurf, dass alles nur zum Wohl der Ärzteschaft, nicht aber zum Wohl des Gesundheitswesens entschieden wird, liegt nahe. Will die FMH ihren Einfluss auf diese Bereiche auch in Zukunft wahren, muss sie für den Bund zum vertrauenswürdigen Partner werden und sich vom Charakter einer Gewerkschaft lösen.³¹

Der Rumpf und seine Gliedmassen

Weiter- und Fortbildung, Standesordnung und Qualitätssicherung sollen neu die Kernaufgaben der FMH sein. Die finanziellen Interessen sollen in separaten Kommissionen behandelt werden, denen einzeln und freiwillig beigetreten werden kann. Damit soll die Wahrnehmung der FMH von einer privaten «Ärztelobby» hin zu einer öffentlich-rechtlichen Ärzteorganisation gelenkt werden. Mit der Ausgliederung der Gewerkschaftsteile wären die Interessenskonflikte bereinigt, der Bund könnte die definierten Kernaufgaben direkt an die FMH delegieren. Dafür soll aber eine Mitgliedschaftspflicht für alle Schweizer Ärztinnen und Ärzte gelten.³² Eine solche müsste im Bundesgesetz verankert werden. Dieser Reformvorschlag von 1994 wird nicht umgesetzt; über die Gründe kann spekuliert werden.

Ohne Pflichtmitgliedschaft müssen also andere Mittel gefunden werden, um den Organisationsgrad der Ärzteschaft in der FMH zu erhalten.

Eine Mitgliedschaft, die sich lohnt

«Aus welchem Grund soll dannzumal beispielsweise ein junger Arzt, der eine Praxis eröffnen will, in die kant. Gesellschaft und in die FMH eintreten? Wegen der Standesordnung, die ihm verbietet seine Kenntnisse in der Homöopathie bekanntzugeben? Wegen der Pflicht zur Fortbildung oder der Pflicht zum Notfalldienst? Und für das alles muss er dann noch einen Mitgliederbeitrag von Fr. 1500.- bezahlen, was heute keine Seltenheit ist.»³³

Es gilt, die Mitgliedschaft in der FMH attraktiver zu gestalten. Bisherige Hürden stellen die zwingende Mitgliedschaft in einer Kantonsgesellschaft, der hohe Mitgliederbeitrag und die starke Ausrichtung auf Dienstleistungen für die freipraktizierende Ärzteschaft dar. Besonders für die Angestellten, also Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, ist eine Mitgliedschaft nicht attraktiv. Assistentinnen haben als ausserordentliche Mitglieder weder Stimm- noch Wahlrecht, und für die Kantonsgesellschaften sind die Anliegen der Spitalärzte zweitrangig; sie werden durch den VSAO

besser vertreten, der auch angepasste Dienstleistungen anbietet.^{34,35} Oberärztinnen und -ärzte sind zwar durch den Facharzttitel gezwungen, der FMH – und damit auch einer Kantonsgesellschaft – beizutreten, zögern diesen Schritt aber oft lange hinaus.³⁶

Die Strukturreform nimmt sich dieser Kritikpunkte an und bringt mit den Statuten 1998 die FMH in ihre heutige Form. Eine ordentliche Mitgliedschaft kann nun auch über den VSAO und für Assistenzärztinnen und -ärzte erfolgen, nicht nur über Kantonsgesellschaften. Der Mitgliederbeitrag sinkt drastisch, da die diversen Dienstleistungen fakultativ «dazugekauft» werden können und nur noch die Anliegen, die wirklich alle Ärztinnen und Ärzte betreffen, über den Mitgliederbeitrag finanziert werden.³⁷ In der Ärztekammer erhält der VSAO zudem deutlich mehr Sitze, einige Jahre später folgen der «Verein der Leitenden Spitalärztinnen und -ärzte der Schweiz» (VLSS) und die «medical women switzerland» (mws).

Weiteres Ziel ist eine stärkere Anbindung der Ärzteschaft an die FMH selbst. Statt eines automatischen Beitritts durch Mitgliedschaft in einer Kantonsgesellschaft stellen Ärztinnen und Ärzte, die der FMH beitreten wollen, ihr Gesuch direkt; die zuständige Basisgesellschaft ist dann zur Aufnahme verpflichtet. Hinzu kommen finanzielle Anreize, wie die Rückerstattung eines Teils der früheren Jahresbeiträge bei Erreichen des Facharzttitels.³⁸ Auch Dienstleistungen wie der Zugang zu den Tarifverträgen (national und kantonal) sind für Mitglieder inbegriffen.³⁹

Diese Reformen zahlen sich aus: Fast 46'000 Mitglieder bei rund 42'600 berufstätigen Ärzten (Stand 31.12.2024)⁴⁰ beweisen einen fortgesetzt hohen Organisationsgrad, trotz fehlender Mitgliedschaftspflicht und Wegfall des Weiterbildungsmonopols. Gerade die Spezialistenfrage, die so starken Einfluss auf die Geschichte der FMH genommen hat, verdient es aber, in der Folge etwas genauer betrachtet zu werden.

Die Spezialistenfrage und die FMH

Die Innovationen in der Humanmedizin ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts befördern eine zusätzliche Professionalisierung des Arztberufs. Mikrobiologie, Anästhesie und Radiologie treten neu auf, grosse Fortschritte in der Chirurgie, Otorhinolaryngologie und Ophthalmologie fordern ihre eigene Expertise und damit auch Spezialisierung. Daher bilden sich in der Schweiz mit Beginn des 20. Jahrhunderts Fachgesellschaften, wie die Schweizerische Gesellschaft für Ophthalmologie (1907)⁴¹ oder die Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie (1913).⁴² Die Forderung nach Anerkennung einer Spezialrichtung hat auch praktische Gründe: Wer sich jahrelang mit Hals-Nasen-Ohrenerkrankungen, Psychiatrie oder Geburtshilfe auseinandergesetzt hat, möchte dies auch ausweisen können – idealerweise mit einem höheren Kassentarif.

Es stellt sich die Frage nach Einheitlichkeit und damit Schutz eines Titels, um Kontrolle zu wahren. Als die Spezialistenfrage ab 1927 in der FMH diskutiert wird, haben einzelne Kantone bereits eigene Regelungen vorgenommen. Es droht ein Flickenteppich – und der Verlust der Führungsfunktion der FMH in dieser Frage. Die Sanitätsdirektorenkonferenz diskutiert die Spezialistenfrage ebenfalls und auch eine direkte Einflussnahme des Bundes wird befürchtet. Die Fachgesellschaften wiederum fordern die Kontrolle über «ihre» Weiterbildung sowie eine Mitgliedschaftspflicht in der jeweiligen Gesellschaft.⁴³ Der Ärztekammerbeschluss vom 28. Juni 1931 bringt mit einer einheitlichen Regelung der Spezialistenfrage den Durchbruch – und der FMH fortan die Kontrolle über die Weiterbildung.⁴⁴

Der Spezialarzttitel FMH

In der Weiterbildungsordnung der FMH wird die Spezialistenfrage einheitlich geregelt, die Spezialarzttitel und die Voraussetzungen für die entsprechende Weiterbildung definiert. Der Katalog der Spezialisierungen führt auch zu Konflikten: Gewisse Ärztinnen und Ärzte weisen sich bereits als Spezialisten aus, zum Beispiel für Tuberkulose, doch ein entsprechender Titel wird nicht

durch die FMH vergeben. Dazu Bircher 1931: «*Wir müssen heute prinzipiell festlegen, dass wir keine Spezialitäten feststellen für einzelne Krankheiten, sondern für einzelne Krankheitsgruppen. Tuberkulose ist keine Spezialität.*»⁴⁵

Wer einen Titel tragen will, muss eine Assistentenzeit von 2-4 Jahren im jeweiligen Fach vorweisen – und Mitglied der FMH sein. Weder ein Leistungsnachweis noch eine Facharztprüfung sind erforderlich. Es folgen bald Klagen über die Qualität der Spezialistinnen und Spezialisten, und so müssen ab 1939 Leistungsnachweise beigelegt werden.⁴⁶ Die im Ausland längst etablierte Facharztprüfung wird aber erst 1992 flächendeckend eingeführt.⁴⁷

Das Spezialistentum in der Hand des Berufsverbands: 1931-1979

«*Verschiedene Instanzen [...] liebäugeln heute damit, der Verbindung die FMH-Ordnung aus den Händen zu nehmen oder doch ihren Einfluss zu mindern.*»⁴⁸

Ab 1931 bestimmt allein die FMH die ärztliche Weiterbildung. Rechtlich zuständig sind aber die Kantone. Sie anerkennen automatisch die Spezialärztinnen und -ärzte der FMH, bieten Weiterbildungsplätze an und besorgen die Versorgungslage, haben aber keinerlei Mitspracherecht. Gleichzeitig fehlen der FMH «*[...] wirksame Machmittel, um anerkannte Forderungen gegenüber den Autismen von Fachgruppen oder Einzelpersonen durchzusetzen.*»⁴⁹ Der Druck seitens der Fakultäten, Spezialistengesellschaften und gerade auch der Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) nimmt zu – diese droht, die Spezialärztinnen und -ärzte eigenständig anzuerkennen. Der FMH droht so der Verlust ihrer Führungsrolle in der ärztlichen Weiterbildung.

Um dem zuvorzukommen, wird um 1976 eine Neuorganisation der ärztlichen Weiterbildung vorgeschlagen, die weitere Akteure des Gesundheitswesens miteinbeziehen soll. Einer entsprechenden Initiative der Medizinischen Interfakultätskommission schliesst sich die FMH – zähneknirschend – an: «*[...] scheint dem Zentralvorstand die vorgeschlagene Institution einer "Weiterbildungskonferenz" mit den ihr in dem Entwurf der Interfakultätskommission zugewiesenen Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten ein Kompromiss. Die Lösung hat viele Schwächen [...], sie hat aber einen Vorteil [...]: Die ganze praktische Durchführung der FMH-Ordnung bleibt [...] bei der Aerzteorganisation, und dieser bleibt damit das wichtige standespolitische Instrument zu einem guten Teil erhalten.*»⁵⁰ Dass dieser Kompromiss den Kantons- und Spezialgesellschaften schwerfällt, entgeht den entsprechenden Rundschreiben.

Die WBK und die KKWFB

Im Juli 1979 wird die neue schweizerische Weiterbildungskonferenz (WBK) gegründet. Sie umfasst Vertreter von BAG, SDK, FMH, VSAO, VESKA (Vereinigung Schweizerischer Krankenhäuser), Fakultäten und Spezialgesellschaften. Gemeinsam gestalten diese die Grundsätze der Weiterbildungsordnung (WBO) für Schweizer Ärztinnen und Ärzte, der Zentralvorstand der FMH wird dann mit deren Ausführung beauftragt.⁵¹ Die konkrete politische Einflussnahme auf die Weiterbildung bleibt überschaubar: Anforderungskatalog und Approbation sollen rein ärztlichen Gremien vorbehalten bleiben. Zu diesem Zweck wird 1979 die FMH-interne Konsultativ-kommission für Weiter- und Fortbildung (KKWFB) gegründet. Sie umfasst Vertreterinnen und Vertreter der medizinischen Fakultäten, der Spezialgesellschaften und des VSAO und wird vom Zentralvorstand zu Fragen der ärztlichen Weiterbildung unverbindlich zu Rate gezogen.⁵² Die FMH bleibt also in der ärztlichen Weiterbildung federführend, basierend auf den Beschlüssen der WBK und mit Unterstützung der rein ärztlichen KKWFB. Die umstrittene Mitgliedschaftspflicht bei der FMH als Voraussetzung für das Tragen des Facharzttitels bleibt ebenso bestehen.

Abkehr vom Föderalismus: Die Personenfreizügigkeit

Das 1999 unterzeichnete Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU erfordert eine umfassen-

dere Regelung der Medizinalberufe auf Bundesebene. Seit 1877 gilt in der Schweiz das Freizügigkeitsgesetz der Medizinalberufe. Definitionen zu Weiterbildung und Spezialisierung fehlen dort. Diese obliegen den Kantonen, die wiederum die Vorgaben von WBK und FMH übernehmen. Um die ärztliche Berufsfreizügigkeit und Niederlassungskriterien mit der übrigen EU zu klären, ist deshalb eine bundesstaatliche Gesetzgebung erforderlich.⁵³ Nach einer Übergangslösung folgt 2006 das Bundesgesetz über die Medizinalberufe, das die ärztliche Weiterbildung auf nationaler Ebene umfassend regelt. Die Regelung und die Vergabe von Facharzttiteln liegen nun definitiv in den Händen des Staates.

Unter staatlichem Auftrag: Das SIWF

Das Gesetz von 2006 verlangt eine eigenständige Medizinalberufekommission, die die gesetzlichen Aufgaben im Auftrag des Bundes wahrnimmt. Eine solche wird 2007 vom EDI ins Leben gerufen.⁵⁴ Um die Kontrolle über den Bereich Weiterbildung nicht gänzlich zu verlieren, arbeitet die FMH an der Etablierung einer zwar in die FMH integrierten, formal aber unabhängigen Organisation, die die Funktion der Medizinalberufekommission übernehmen könnte.

2009 ist es so weit, und das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) nimmt im Auftrag des Bundes die Aufgaben im Bereich medizinalberuflicher Weiterbildung wahr. Diverse politische Akteure haben Einstieg, das Stimmrecht ist aber den ärztlichen Vertretern vorbehalten.⁵⁵ Vom Bund delegiert bleibt so die Weiterbildung in der Hand der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, und das SIWF Teil der FMH – die Einheit der Ärzteschaft ist ebenso gesichert wie die Kontrolle über die Weiterbildung.

Mit ihrem proaktiven Vorgehen 1931, der Aufnahme weiterer Akteure 1979 und der formalen Ausgliederung 2009 konnte die FMH den heutigen Einfluss in der Weiterbildung sichern. Im Sprachgebrauch unter Medizinerinnen und Medizinern ist auch heute noch vom «FMH-Titel» die Rede, auch wenn – seit 2002 – ein eidgenössischer Facharzttitel erworben wird und der Zusatz dieser drei Buchstaben nur noch die Mitgliedschaft bei der FMH selbst nominiert.⁵⁶

Ein Blick zurück – und nach vorn

Über die 125 Jahre ihres Bestehens hat es die FMH verstanden, sich gegenüber den internen und externen Herausforderungen zu behaupten. Die Strukturen wurden angepasst und neue Aufgabenbereiche erschlossen. Obwohl die Veränderungen oft auf inneren oder äusseren Druck zustande kamen, hat es die FMH verstanden, jeweils proaktiv zu handeln, um sich auf neue Gegebenheiten einzustellen. Mit Erfolg: Sie repräsentiert heute – ohne Mitgliedschaftspflicht – immer noch die überwältigende Mehrheit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte, unterhält eine eigene Standesordnung und nimmt grossen Einfluss auf die Weiter- und Fortbildung. Weiter verhandelt sie als Berufsverband mit Bund und Krankenkassen und verteidigt ihre Standesinteressen, und auch ihre Dienstleistungen hat sie weiter ausgebaut und erfolgreich monopolisiert.

In der Zukunft warten weitere Herausforderungen. Immer wieder wird sich die Frage stellen, wie die FMH alle Ärztinnen und Ärzte auf einmal vertreten kann. Sie wurde von freipraktizierenden Ärzten gegründet, die Spitalärztinnen nehmen weiter zu; sie wurde von Männern gegründet, die Frauen sind zumindest im Studium in der Überzahl.

Chefärzte stellen andere Forderungen an Arbeitszeiten und Verfügbarkeit als Assistenzärztinnen, und der Wunsch nach einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie hat immer noch wenig mit der Realität gemein. Die FMH hat sich diesen Fragen zu stellen, intern wie extern – denn die Ärzteschaft wandelt sich weiter. Behält sie aber die Dynamik der letzten 125 Jahre bei, dann « [...] mögen schwere Aufgaben an uns [...] herangetragen werden – wir sind organisiert und gerüstet.»¹

FMH 2010-2025: Eine «tonangebende Akteurin» im Schweizerischen Gesundheitswesen⁵⁸

Stefan Hächler

Das vielfältige Aufgabenspektrum der FMH ist in den letzten 15 Jahren weiter gewachsen und hat zu diversen strukturellen und infrastrukturellen Anpassungen geführt.⁵⁹

Dabei war und ist das Bestreben der FMH spürbar, die Alltagsgeschäfte nicht zu vernachlässigen. Dazu gehören u.a. Teilnahme an Vernehmlassungen und Anhörungen zu gesundheitspolitischen Themen, die Qualitätssicherung in den verschiedensten Bereichen des Gesundheitswesens, die Bewirtschaftung des äusserst breiten Informations- und Dienstleistungsangebots oder die Sorge um die öffentliche Gesundheit («Public Care»). Alle diese Bereiche verdienten eine eingehende Würdigung, die hier nicht geleistet werden kann.

Im Folgenden wird der Fokus deshalb auf zwei prägende Themen sowie ein einschneidendes Ereignis gelegt, die exemplarisch zeigen, wie sich die FMH in dieser Zeit entwickelt hat.

Tarife

Ab 1986 wurde an einer Gesamtrevision der Arzttarife (GRAT) und der Revision des Spitalleistungskatalogs (INFRA) gearbeitet. Mit der Einführung des Krankenversicherungsgesetzes (KVG) 1996 wurden beide Revisionsbemühungen in die Entwicklung von Tamed integriert. Tamed trat 2004 in Kraft - der erste gesamtschweizerisch verbindliche Einheitstarif im Gesundheitswesen. Er regelt bis heute die Leistungsabrechnung im ambulanten Bereich.

Von Anfang an war Tamed umstritten, permanente Uneinigkeiten in der Dachorganisation «Tamed Suisse» verhinderten jedoch grundsätzliche Korrekturen. Verschiedene kleinere Verbesserungsbestrebungen sowie grosse Revisionsprojekte beschäftigen seither die FMH permanent.

TARMED verursachte in den Jahren 2016 und 2017 sowohl eine FMH-interne als auch eine politische Krise, in deren Folge die ärztliche Souveränität bei der Tarifgestaltung erheblich beschnitten wurde. Dem begegnete die FMH mit forcierten Anstrengungen zur Schliessung der eigenen Reihen sowie mit griffigen Tarifentwürfen, die 2018 in das Tarifwerk TARDOC mündeten. Nach verschiedenen Modifikationen hat der Bundesrat dem TARDOC mittlerweile seine Bewilligung erteilt, am 1.1.2026 tritt es in Kraft.

Die Etablierung eines Einheitstarifs für den stationären Bereich dauerte ein paar Jahre länger. Der unter dem Namen SwissDRG laufende Tarif wurde nach langen Vorarbeiten 2012 in Kraft gesetzt. Er regelt die Fallpauschalen für die Spitäler und Kliniken der Schweiz. Anpassungen der Tarifstruktur werden laufend vorgenommen. Die FMH ist als Mitglied der Trägerorganisation deshalb stets am Evaluieren, Diskutieren, Entscheiden.

SwissDRG gilt nicht für psychiatrische Einrichtungen und für Rehabilitationszentren. Dafür mussten eigene Tarifsysteme erarbeitet werden, deren konkrete Ausgestaltung sich noch einige Jahre länger hinzog.

TARPSY, das Tarifsystem für psychiatrische Einrichtungen trat erst 2019 in Kraft. ST Reha – für Rehabilitationszentren – gar erst 2022. Auch hier ist ein dauernder Anpassungsprozess im Gange, den die FMH eng begleitet.

Im November 2024 genehmigte das Stimmvolk die Gesundheitsreform EFAS. Ab 2028 werden deshalb die ambulanten und stationären Gesundheitsleistungen einheitlich finanziert. Auch hier wird die FMH in die Ausarbeitung der Details stark involviert sein.

Covid

Als 2016 das neue Epidemiengesetz in Kraft trat, haben wohl die wenigsten geahnt, dass es schon bald auf eine harte Probe gestellt werden würde. Die FMH war bei der Ausgestaltung des Gesetzes kaum präsent. Die Auswirkungen der ersten grossen Pandemie, auf die das Gesetz angewendet werden musste, forderte die FMH hingegen stark, besonders im ersten Covid-Jahr.

Bereits im März 2020 reagierte die FMH mit einer Informationsoffensive für Gesundheitsfachpersonen auf einer eigens implementierten Online-Plattform. Neben der Aufbereitung und Weitergabe behördlicher Informationen wurden auch diverse Hilfestellungen für die Mitglieder entwickelt und deren Bedürfnisse in die Diskussion eingebracht. Innert kurzer Zeit wurden die notwendigen Strukturen geschaffen, um in der Pandemie adäquat handeln zu können.

Nach aussen funktionierte die FMH also fast von Anfang an reibungslos, trotz den behördlichen Vorgaben, die die Betriebsabläufe in den ersten Monaten der Pandemie – wie in den allermeisten Unternehmen – massiv erschwerten und durch krankheitsbedingte Arbeitsausfälle noch verstärkt wurden.

Was sich hingegen während der Corona-Krise deutlich gezeigt hatte: Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist digital noch lange nicht auf der Höhe der Zeit. Die von der FMH seit etlichen Jahren forcierte Strategie in diese Richtung erhielt vor diesem Hintergrund einen Schub.

Digitalisierung / eHealth

Digitalisierung im Gesundheitsbereich («E-Health» oder «eHealth») ist heute ein enorm weites Feld.

Die FMH ist in folgenden Bereichen besonders gefordert:

- Interne Digitalisierung (digitale Verwaltung und Datenablage, interne Datenbanken, Controlling, Kommunikation)
- Datenschutz und Datensicherheit
- Praxisinformatik
- Digitale Kommunikation und Information für Mitglieder
- Schnittstellen/Standards betreffend Datenerhebungen und -austausch mit anderen Playern im Gesundheitswesen (z.B. Leistungserbringern, Statistik, div. Krankheitsregistern, Datenbanken etc.)

Dabei geht es insbesondere um die Implementierung von Programmen, Plattformen und Kooperationen, um die Einflussnahme bei politischen Prozessen und Entscheiden sowie um die Beobachtung der Entwicklung. Die Digitalisierung der Medizin im engeren Sinne (insbesondere im Bereich Diagnose und Therapie) steht dagegen bisher kaum im Blickfeld der FMH.

Die eigentliche Digitalisierungsstrategie der FMH begann 1996 mit der Lancierung von HIN (Health Info Net). Eines der Ziele war, eine sichere E-Mail-Kommunikation unter den Gesundheitsfachkräften zu etablieren. Später kamen weitere Funktionen wie digitale Identität und digitale Unterschrift hinzu.

Ein weiteres Schlüsseljahr betreffend Digitalisierung war 2006: Als Reaktion auf die von Seite des Bundes steigenden Anforderungen sowie die von Seite der Ärzteschaft wachsenden Bedürfnisse richtete die FMH eine Stabsstelle «eHealth» ein. Deren erste Hauptaufgabe war die Erarbeitung eines Projektes für einen elektronischen Ärzteausweis, genannt «Health Professional Card» (HPC). Der Projektentwurf wurde Ende 2006 vorgelegt, seit 2009 ist die Karte Realität.

2006 ging auch die Plattform «MyFMH» online, die den Mitgliedern der FMH zahlreiche

Dienstleistungen und Informationen zur Verfügung stellt.

Ebenfalls in diesem Jahr wurde das Elektronische Patientendossier (EPD) zum grossen, während Jahren dominanten Thema im Bereich eHealth.

Beim EPD waren für die FMH zwei Aspekte von besonderer Bedeutung: Die doppelte Freizügigkeit⁶⁰ und der Persönlichkeitsschutz der Patientinnen und Patienten.

Bei der doppelten Freizügigkeit konnte sich die FMH nicht durchsetzen: im 2015 verabschiedeten und 2017 in Kraft getretenen Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) werden die Leistungserbringer grundsätzlich verpflichtet, ein EPD anzubieten. Das zweite Anliegen der FMH bezüglich eines EPD hingegen wurde im Gesetz berücksichtigt. Als Identifikation wird nicht die AHV-Nummer (heute Sozialversicherungsnummer) verwendet, sondern ein eigens für das EPD kreierter Identifikator.

Nach der Einführung des Gesetzes ist die FMH auch bei der Ausgestaltung der konkreten Umsetzung stark engagiert, aktuell gerade bei der Totalrevision des Gesetzes, die 2024 vom Bundesrat angeordnet wurde.

Neben den bereits oben genannten Themen im Bereich eHealth beschäftigt sich die FMH heute vermehrt mit den digitalen Themen e-Rezept, Telemedizin und Einsatz von KI.

Es überrascht vor diesem Hintergrund nicht, dass die Digitalisierung eines der fünf strategischen Ziele in der «Strategie der FMH 2025-2028» darstellt. Die anderen vier Ziele – «Optimale Versorgung», «Öffentliche Gesundheit», «Angemessene Vergütung»,

«Attraktive Dienstleistungen» – sind ohne digitale Unterstützung nicht zu denken.

Mit diesem «Quintett» der Ziele wird die FMH im Konzert des schweizerischen Gesundheitswesens auch in Zukunft zweifellos eine wichtige Mitspielerin bleiben.

Anhänge

1. Präsidentschaften FMH

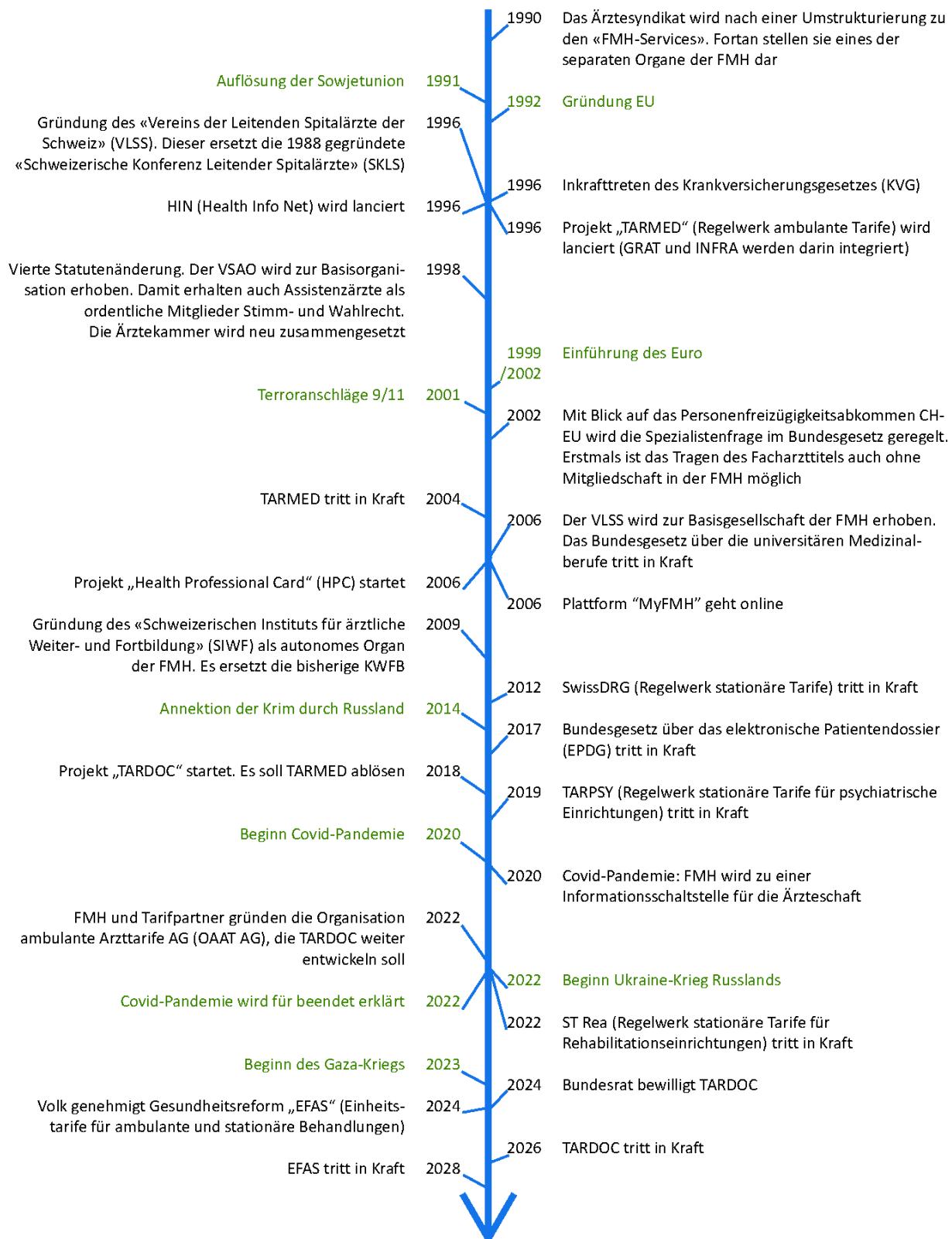
Amtszeit	Name
1901-1903	Elias Haffter (1851-1909)
1903-1908	Edouard de Cerenville (1843-1915)
1908-1912	Gottlieb Feurer (1853-1925)
1912-1923	Paul Vondermühll-Passavant (1863-1924)
1923-1926	Max Fingerhuth (1876-1926)
1926-1932	Hector Maillart (1866-1932)
1933-1950	Rudolf Garraux (1878-1953)
1950-1959	Ernst Forster (1887-1959)
1960-1969	Fritz König (1900–1978)
1969-1975	Jean Bergier (1910-1996)
1976-1987	Karl Zimmermann (1922–1999)
1988-1994	Hans Rudolf Sahli (1928-2015)
1994-2004	Heinrich Brunner (1944-2010)
2004-2012	Jacques de Haller (1952-)
2012-2021	Jürg Schlup (*1955)
2021-	Yvonne Gilli (*1957)

2. Leitung Generalsekretariat FMH

Amtszeit	Name
1923-1938	Trüeb, Hans (ca. 1885-1938)
1938-1970	Egli, Hermann (ca. 1903-1980)
1971-1986	Ott, Hans Ernst (1923-2011)
1987-2001	Deschenaux, François-Xavier
2002-2007	Müller Imboden, Annamaria (*1966)
2007-2010	Herzog, Daniel
2011-2017	Bütikofer, Anne-Geneviève (*1972)
2018-2020	Pally Hofmann, Ursina
2021	Furgler, Nicole
2022	Kaufmann, Stefan

3. Zeitstrahl





Anmerkungen

- 1 Delegiertenversammlung des ärztlichen Central-Vereins. Sitzung den 15. Dezember 1901 in Zürich (Schmiedestube), in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte vom 15.01.1902, S. 59 (s. auch *Neues Archiv FMH im Archiv für Medizingeschichte der Uni Bern*: NA FMH-0856_2, S. 87 – im Folgenden nur noch NA).
- 2 Organisation der schweiz. Aerzte und schweiz. Aerztekammer, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte vom 15.01.1902, S. 57-58 (NA FMH-0856_2, S. 85-86).
- 3 Mitgliederstatistik der FMH 2024. www.fmh.ch/files/pdf32/fmh-mitgliederstatistik-nachbasisorganisation_def.pdf [konsultiert 4.8.2025].
- 4 Statuten der FMH. www.fmh.ch/ueber-die-fmh/statuten-reglemente.cfm [konsultiert 4.8.2025].
- 5 www.berner-aerzte.ch/de/ueber-uns.html [konsultiert 4.8.2025]; Von der Geselligkeit zur Standespolitik. 200 Jahre Ärztegesellschaft des Kantons Bern, Bern 2008, S. 13-16.
- 6 Rede von Marc Dufour anlässlich der Versammlung des ärztlichen Centralvereins, der Société médicale de la Suisse romande und der Società medica della Svizzera italiana in Bern am 30. Mai 1885, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte Nr. 13 vom 01.07.1885, S. 322 ff. (NA FMH-0854_3, S. 162 ff.).
- 7 Järmann, Sabine: Die Versammlungen des Schweizerischen ärztlichen Centralvereins 1870-1885. Diss. med. Uni Bern 2013, S. 63f.; Zur Organisation der Schweizerischen Ärzte. Referat von Theophil Lotz-Landerer an der Delegiertenversammlung in Olten am 17. März 1901. S. 4 (NA FMH-0856_2, S. 49).
- 8 Ebd., S. 5 ff (NA FMH-0856_2, S. 50).
- 9 Ebd., S. 6 (NA FMH-0856_2, S. 51).
- 10 LX. Versammlung des ärztlichen Centralvereins, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte Nr. 2 vom 15.01.1901, S. 49.
- 11 Verbindung der schweizerischen Aerzte. Statuten, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte Nr. 19, 1901, S. 692 ff. (NA FMH-0856_2, S. 85 ff.).
- 12 Statuten der Verbindung der Schweizer Aerzte. Revisionsentwurf des Z.V., in: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 23, 1928, S. 264 ff.
- 13 Protokoll der ausserordentlichen Hauptversammlung der Schweiz. Aerztekammer vom Sonntag, den
15. Juni 1924, 14 Uhr im Bürgerhaus in Bern. NA FMH 0475, S 357 f.
- 14 Reglemente, Statuten und Geschäftsordnung des Ärztesyndikats. Schweizerische Ärztezeitung, Heft 37/1924, S. 317-335.
- 15 Das Ärztesyndikat bietet Ihnen neu zum Buchhaltungsdienst die Abschluss- und Steuerberatung. Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 19, 10.5.78, S. 858.
- 16 Mitgliederbefragung für das Ärztesyndikat vom April 1989. NA FMH-0424, S. 267
- 17 www.fmhservices.ch/home
- 18 Protokoll der Präsidentenkonferenz vom 16. Juni 1982, S. 12: Votum Thürlmann. (*Altes Archiv FMH im Archiv für Medizingeschichte der Uni Bern*: AA B 01 1 1952-1999, S. 693 – im Folgenden nur noch AA).
- 19 Über die FMH. www.fmh.ch/ueber-die-fmh.cfm [konsultiert 4.8.2025].
- 20 Verbindung der schweizerischen Aerzte. Statuten, in: Correspondenz-Blatt für Schweizer Ärzte Nr. 19, 1901, S. 692 ff. (NA FMH-0856_2, S. 85 ff.).
- 21 Statuten der Verbindung der Schweizer Aerzte. Revisionsentwurf des Z.V., in: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 23, 1928, S. 264 ff.

- 22 Arnold Silberschmidt: Assistentenprobleme, in: Schweizerische Ärztezeitung, Heft 35 vom 31.08.1945, 357 ff.
- 23 80 Jahre VSAO. vsaو.ch/vsao/80-jahre-vsao [konsultiert 4.8.2025].
- 24 Statuten der Verbindung der Schweizer Ärzte. Vom 4. Mai 1972, in: Schweizerische Ärztezeitung Nr. 38 vom 20.09.1972, S. 1251 ff.
- 25 Protokoll der Ärztekammersitzung vom 9. November 1978. (AA B03 1b 1950-1990, S. 784).
- 26 Präsidentenkonferenz vom 16. Juni 1982, Papier «Vorschläge für eine Verbesserung der FMH-Struktur», ff. (AA B 01 1 1952-1999, S. 590ff.).
- 27 Ebd., S. 1-2 (AA B 01 1 1952-1999, S. 590-591)
- 28 H. Ott: Strukturreform der FMH, in: Schweizerische Ärztezeitung, Heft 30, 29.07.1987, S. 1329 ff. (AA B 01 5 1985-1999, S. 1552 ff.).
- 29 Entwurf der Vernehmlassung zur Strukturreform (Rundschreiben), S. 6. (AA B 01 5 1985-1999, S. 1056)
- 30 Reto Steiner: Schafft endlich diese FMH ab! Gedanken zur Strukturreform, in: Schweizerische Ärztezeitung, Band 75, Heft 7/1994, 16.2.1994, S. 256 (AA B 01 5 1985-1999, S. 999).
- 31 Ebd., S. 255 ff. (AA B 01 5 1985-1999, S. 998 ff).
- 32 Ch. Häggeli: Möglichkeiten und Folgen der bundesrechtlichen Regelung der ärztlichen Weiterbildung, Präsidentenkonferenz 13.5.1993, S. 2 (NA FMH-0736, S. 258).
- 33 Ebd., (NA FMH-0736, S. 257ff.).
- 34 Vernehmlassung zur Strukturreform FMH (Rundschreiben A/1994) (AA B 01 6 1993-1999, S. 2424 ff).
- 35 Auswertung Vernehmlassung zur Strukturreform, 27.4.1994 (AA B 01 5 1985-1999, S. 559 ff).
- 36 Papier «Grundsätze für eine Strukturreform der FMH», Ärztekammersitzung 8.11.1984 (AA B01 5 1985-1999, S. 1641).
- 37 R. Steiner: Schafft endlich diese FMH ab! Der Leitgedanken der Mitgliedschaftsreform, in: Schweizerische Ärztezeitung, Band 75, Heft 7/1994, 16.2.1994, S. 262 (NA FMH-0736, S. 510).
- 38 Ch. Häggeli: Wie bitte? 4000 Franken für einen eidgenössischen Facharzttitel?, in: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 23/2002.
- 39 Informationen für Nicht-Mitglieder.
www.fmh.ch/dienstleistungen/mitgliedschaft/informationen-nicht-mitglieder.cfm#i123734 [konsultiert 4.8.2025].
- 40 Mitgliederstatistik nach Basisorganisation 2024. www.fmh.ch/files/pdf32/fmh-mitgliederstatistik-nach-basisorganisation_def.pdf [konsultiert 4.8.2025].
- 41 100 Jahre SOG und die Entwicklung der Schweizer Augenheilkunde. Hrsg.: Schweizerische Ophthalmologische Gesellschaft. Horw: Targetmedia 2007.
- 42 Hubert Steinke, Eberhard Wolff, Ralph Alexander Schmid (Hrsg.): Schnitte, Knoten und Netze. 100 Jahre Schweizerische Gesellschaft für Chirurgie. Zürich: Chronos Verlag 2013.
- 43 Sitzungsprotokolle des Zentralvorstands der FMH (siehe Kap. Spezialistenfrage) 1927-1931. (NA FMH- 0857_7, -0857_8, -0857_9, -0858_1, -0858_2).
- 44 Bemerkungen zur Traktandenliste der ausserordentlichen Aerztekammersitzung vom 28. Oktober 1951 (AA B 04 1 1950-2000 Teil 4, S. 2272 ff).
- 45 Verhandlungs-Protokoll der Z.-V. Sitzung vom 12./13. Dezember 1931. c. Spezialistenfrage (NA FMH- 0858_2, S. 129).

- 46 Protokoll der 1. Zentralvorstandssitzung vom 28./29. Januar 1939. Revision der Spezialistenfrage (NA FMH-0858_10, S. 14 ff).
- 47 Leitfaden WBO 4/93 (AA B 16 1990-1995, S. 2136).
- 48 Rundschreiben Nr. 96/1977: Revision der Weiterbildungsordnung, Spezialistenexamen, 15. Juli 1977 (NA FMH-0532, S. 68).
- 49 Entwurf einer Weiterbildungsordnung der Verbindung der Schweizer Aerzte (R.S. vom 14.12.1976) (NA FMH-0532, S. 295).
- 50 Rundschreiben F/1977: Entwurf der Subkommission Dubach (SMIFK) zu einer neuen Weiterbildungsordnung der Verbindung der Schweizer Aerzte. (AA B 04 1 1950-2000 Teil 4, S. 567 ff).
- 51 Weiterbildung der Schweizer Ärzte, in: Schweizerische Ärztezeitung, Band 60, Heft 50/1979, 12.12.1979, S. 2617-2618.
- 52 Verhandlungsprotokoll der ordentlichen Aerztekammersitzung vom 11./12. November 1981, S. 10 (AA B 03 1b 1950-1990, S. 414)
- 53 Bundesgesetz zum Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft sowie ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 8. Oktober 1999 (NA FMH-0924, S. 113 ff).
- 54 Geschäftsreglement der Medizinalberufekommission (MEBEKO) vom 19.4.2007 (Fedlex AS 2007 4087).
- 55 Reglement des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF). www.fmh.ch/files/pdf24/reglement-siwf.pdf [konsultiert 4.8.2025].
- 56 Christoph Häggeli, Hanspeter Kuhn, Barbara Linder: Titelausschreibung leicht gemacht, in: Schweizerische Ärztezeitung, Nr. 50-51, S. 1834-1836.
- 57 1923 wurde ein «Zentralsekretariat» eingerichtet, das 1929 zum Generalsekretariat ausgebaut wurde, s. Nachruf auf Hans Trüeb in der Schweiz. Aerztezeitung 1938.
- 58 So definiert sich die FMH selbst im Jahresbericht 2012.
- 59 Der Zeitraum von 2010 bis heute ist archivmässig nur unvollständig aufgearbeitet. Als Quellenbasis wurden daher in erster Linie die publizierten Jahresberichte sowie die Schweizerische Ärztezeitung verwendet.
- 60 Mit der doppelten Freizügigkeit ist gemeint, dass sich sowohl Patientinnen und Patienten als auch die Leistungserbringer frei entscheiden können, beim EPD mitzumachen.

Impressum

Selbstverlag Institut für Medizingeschichte der Universität Bern, Bern 2026

© Damian Bürgin und Stefan Hächler

Die Recherchen zu diesem Artikel wurden finanziell und logistisch von der FMH unterstützt. Die Autoren danken der FMH dafür herzlich!