



JA **ZUR** **HAUS** **ARZT** **MEDIZIN**

**EIDGENÖSSISCHE
VOLKSINITIATIVE**



ERLÄUTERUNGEN



EIDGENÖSSISCHE VOLKSINITIATIVE

«JA ZUR HAUSARZT MEDIZIN»

Die Bundesverfassung¹ wird wie folgt geändert:

Art. 118b (neu) Hausarztmedizin

- 1 Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche, fachlich umfassende und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin.
- 2 Sie erhalten und fördern die Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung und als in der Regel erste Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie für Fragen der Gesundheitserziehung und der Gesundheitsvorsorge.
- 3 Sie streben eine ausgewogene regionale Verteilung an, schaffen günstige Voraussetzungen für die Ausübung der Hausarztmedizin und fördern die Zusammenarbeit mit den übrigen Leistungserbringern und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens.
- 4 Der Bund erlässt Vorschriften über:
 - a. die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt sowie die klinische Forschung auf dem Gebiet der Hausarztmedizin;
 - b. den gesicherten Zugang zum Beruf und die Erleichterung der Berufsausübung;

- c. die Erweiterung und die angemessene Abgeltung der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Leistungen der Hausarztmedizin;
 - d. die Anerkennung und die Aufwertung der besonderen beratenden und koordinierenden Tätigkeiten für Patientinnen und Patienten;
 - e. administrative Vereinfachungen und zeitgemässe Formen der Berufsausübung.
- ⁵ Der Bund trägt in seiner Gesundheitspolitik den Anstrengungen der Kantone und Gemeinden sowie der Wirtschaft auf dem Gebiet der Hausarztmedizin Rechnung. Er unterstützt sie in ihren Bestrebungen für einen wirtschaftlichen Einsatz der Mittel und die Sicherung der Qualität der Leistungen.



ERLÄUTERUNGEN ZUR VOLKSINITIATIVE

«JA ZUR HAUSARZTMEDIZIN»

1. EINLEITUNG

Seit Jahren kämpfen die interessierten Kreise (Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Pflegedienste und Heime) für eine Anerkennung und Besserstellung der Hausarztmedizin im Gesundheitswesen. Trotz verbreiteter Einsicht der Fachkreise und der Politik in die elementare Bedeutung dieses Zweiges für die medizinische Grundversorgung des Landes und trotz grosser Sympathie in der Bevölkerung, verliert die Hausarztmedizin zusehends an Verbreitung, Einfluss und Gewicht. Die gestiegenen Anforderungen und die grosse Verantwortung, der erschwerte Zugang und die im Vergleich zu anderen Leistungserbringern im Gesundheitswesen schlechteren Arbeitsbedingungen (namentlich in Bezug auf diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, Arbeitszeiten, Nacht- und Notfalldienste, Tarifstrukturen und Einkommensverhältnisse) haben das Interesse an diesem Beruf erheblich vermindert und führen zu ernsthaften Nachwuchsproblemen, nicht nur in Randregionen.

Die Initiantinnen und Initianten sind der Auffassung, dass dieser Entwicklung im Interesse einer ausgewogenen medizinischen Grundversorgung des Landes und zum Wohle der Bevölkerung Einhalt geboten werden muss. Nachdem die bisherigen Bemühungen für eine Stärkung der Hausarztmedizin und für verbesserte Arbeitsbedingungen nicht zum erhofften Erfolg geführt und die politisch verantwortlichen Akteure nicht zum Einlenken veranlasst haben, soll mit einer Volksinitiative auf Teilrevision der Bundesverfassung eine Korrektur der Politik eingeleitet werden.





2. AUFBAU DES VORGESCHLAGENEN VERFASSUNGSARTIKELS

Der Entwurf zum neuen Artikel über die «Hausarztmedizin» folgt dem in der Bundesverfassung im 3. Titel 2. Kapitel «Zuständigkeiten» des Bundes wiederholt anzutreffenden Aufbau (vgl. etwa Art. 57, 61a, 75, 89):

- Kompetenzzuweisung und Zielbestimmung für Bund und Kantone (Abs. 1),
- programmatische Vorgaben (Abs. 2),
- Konkretisierung gewisser Grundsätze (Abs. 3),
- Zuständigkeiten des Bundes mit präzisierenden Hinweisen (Abs. 4),
- Verpflichtung des Bundes zur Abstimmung und Koordination der Gesundheitspolitik mit den Kantonen, Leistungserbringern und Versicherern (Abs. 5).

3. KOMMENTAR ZUM VORGESCHLAGENEN VERFASSUNGSTEXT

3.1. Zum Begriff der Hausarztmedizin

Die Hausarztmedizin ist eine wissenschaftliche Disziplin mit eigenen akademischen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener wissenschaftlicher Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit; als klinisches Spezialgebiet ist sie auf die Primärversorgung ausgerichtet. Sie ist eine komplexe, sehr anspruchsvolle Medizin. Die Hausärztin und der Hausarzt müssen nicht nur über ausgezeichnete fachliche Fähigkeiten verfügen, sondern auch über eine grosse soziale Kompetenz im Umgang mit Patientinnen und Patienten, als Vermittler im Gesundheitswesen und als Praxismanager. Besonders hohe Ansprüche sind erforderlich zur Erfüllung des Auftrages als Primärversorger der Patientinnen und Patien-

ten, die Fähigkeit zur personenbezogenen, ganzheitlichen Patientenbetreuung und die Erfüllung der Disease-Manager- und Gatekeeper-Funktion, d.h. der Entscheidung über die Notwendigkeit des Miteinbezugs weiterer medizinischer Instanzen (Spezialisten, Spitäler) im Bedarfsfall. Die Initiantinnen und Initianten erachten deshalb eine mindestens fünfjährige Weiterbildung (mit Facharztstitel) als absolut notwendig, um die gebotene Qualität in der Grundversorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.

Lesenswerte Definitionen und Beschreibungen der besonderen Rolle der Hausarztmedizin sind von mehreren internationalen medizinischen Fachgesellschaften verfasst worden:

- WONCA: www.woncaeurope.com: Die Europäische Definition der Hausarztmedizin (2002/2005), die Wesensmerkmale der Hausarztmedizin und die Kernkompetenzen des/r Hausarztes/ärztin;
- EFIM: European J of Medicine 16:214, 2005 (Political issues in internal medicine in Europe) und 18:104, 2007 (Core competencies of the European internist);
- ACP: American College of Physicians, Policy Monograph 2006: The advanced medical home: a patient-centered, physician-guided model of health care.

Im Volksmund ist der Begriff der Hausarztmedizin (Betreuung durch einen Hausarzt bzw. Hausärztin) geläufig; man weiß, wovon man spricht und braucht dies nicht näher zu erläutern. In der Fachwelt hingegen geben die unterschiedlichen Ausbildungen, Anforderungen und Facharztstitel sowie die Zuordnung zur Hausarztmedizin immer wieder Anlass zu Diskussionen. Das ist im Ausland nicht anders. Innerhalb Europas bestehen wesentliche Unterschiede in der Struktur der Gesundheitssysteme und in der Praxis der Hausarztmedizin.

Es ist angesichts der Vereinheitlichungsbestrebungen und der angestrebten Freizügigkeit von Ärztinnen und Ärzten jedoch von





größter Wichtigkeit, dass alle Hausärztinnen und Hausärzte zum Schutz der Patientinnen und Patienten eine Aus- und Weiterbildung erhalten, die ihnen die erforderlichen Qualifikationen zur Ausübung ihres Berufs in den verschiedenen Staaten vermittelt. Ebenso wichtig ist, dass rechtlich der Regelungsbereich genau umschrieben und von allen gleich gebraucht wird, wenn der Begriff in die Verfassung Eingang finden soll.

3.2. Erläuterungen zu Abs. 1

Zielbestimmung

«Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche, fachlich umfassende und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin.»

Die Formulierung (erster Satzteil) lehnt sich an neuere Bestimmungen an, die Bund und Kantone zugleich in Pflicht nehmen wollen, ohne die bestehende Zuständigkeitsordnung auf den Kopf zu stellen und den Schritt zu eigentlichen «Gemeinschaftsaufgaben» (im Sinne des deutschen Grundgesetzes) zu machen (vgl. z.B. Art. 61a BV «Bildungsraum Schweiz»).

Die Verantwortung für eine ausreichende, allen zugängliche, fachlich umfassende und qualitativ hochstehende Grundversorgung durch die Hausarztmedizin trifft Bund und Kantone gleichermaßen, je im Rahmen ihrer bestehenden Zuständigkeiten.

Als «ausreichend» wird man eine Grundversorgung durch die Hausarztmedizin bezeichnen können, wenn sie die Bedürfnisse der Bevölkerung breitflächig abdeckt und den berechtigten Erwartungen auf eine rasche und effiziente medizinische Behandlung entspricht, den Erkenntnissen und Anforderungen der mo-

dernen Medizin genügt und den von der Gesundheitspolitik festgelegten minimalen Zielen nachkommt.

«Allen zugänglich» wird die medizinische Grundversorgung sein, wenn die erste Anlaufstelle in vernünftiger Zeit und zumutbarer Distanz mit privaten oder öffentlichen Mitteln erreichbar ist und allen Bevölkerungsschichten offen steht (unabhängig von ihrem Alter oder ihrer finanziellen Situation und Versicherung).

«Fachlich umfassend» meint, dass die zur Ausübung der Hausarztmedizin zugelassenen Ärztinnen und Ärzte die notwendige Aus- und Weiterbildung haben sowie über alle wesentlichen Instrumente verfügen können (Labor, Röntgen usw.), die zur umfassenden und qualitativ hochstehenden Betreuung der Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis erforderlich sind. Nicht damit gemeint und unnötig zu erwähnen (obwohl für das Selbstverständnis der Hausarztmedizin wesentlich) ist die Ergänzung, dass die Hausarztmedizin den Menschen ganzheitlich erfasst, in allen seinen physischen, psychischen, seelischen und sozialen Wechselwirkungen.

«Qualitativ hoch stehend» heisst, dass die Versorgung durch die Hausarztmedizin nachgewiesenermassen den Anforderungen der medizinischen Wissenschaft genügt. Dazu gehört das Erfordernis einer adäquaten Ausbildung, entsprechende und durch Diplome ausgewiesene Weiterbildung auf dem Gebiet der Hausarztmedizin, die andauernde berufsbegleitende Fortbildung und eine durch gezielte Kontrollen verbürgte Qualitätssicherung der angebotenen ärztlichen Dienstleistungen. Die hausarztspezifische Forschung hat dafür die Grundlagen zu liefern.

Die Versorgung der Bevölkerung «durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin» weist auf die Notwendigkeit hin, den Qualitätsstandard der Hausarztmedizin unter anderem dadurch zu verbessern, dass nur noch Ärztinnen und Ärzte zugelassen werden, die





über einen entsprechenden Facharztstitel verfügen. Künftig soll nicht jeder eidgenössische Weiterbildungstitel für die Ausübung der Hausarztmedizin ausreichen, vielmehr soll eine massgeschneiderte, praxisorientierte, mindestens fünfjährige und durch einen Facharztstitel nachgewiesene Weiterbildung dafür erforderlich sein.

Das Ziel sollte sein, die beiden Weiterbildungsprogramme (WBP) Innere Medizin und Allgemeinmedizin in *ein* einziges, modular aufgebautes, qualitativ hochstehendes WBP zu integrieren – zur Schaffung bestmöglicher und einheitlicher Voraussetzungen für eine den Bedürfnissen der Bevölkerung optimal angepasste, erstklassige Weiterbildung auf dem Gebiet der Hausarztmedizin. Es wird Aufgabe der Gesetzgebung sein, diese Anforderungen im Detail zu umschreiben. Die Initiative verlangt *nicht* die Schaffung eines neuen spezifischen Facharztstitels «Hausarzt Schweiz», aber eine genauere Umschreibung der für die Berufsausübung als notwendig erachteten Weiterbildung mit entsprechendem Facharztstitel, wobei als Folge der Freizügigkeit der Ärztinnen und Ärzte in Europa eine Harmonisierung mit den Bestrebungen auf europäischer Ebene anzustreben ist.

3.3. Erläuterungen zu Abs. 2

Programm- und Grundsatzbestimmung

«Sie erhalten und fördern die Hausarztmedizin als wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung und als in der Regel erste Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie für Fragen der Gesundheitserziehung und Gesundheitsvorsorge.»

In diesem Absatz soll zum Ausdruck gebracht werden, dass das Hauptanliegen der Initiative die Erhaltung und Stärkung der Hausarztmedizin als grundlegende Voraussetzung einer hinreichenden und intakten medizinischen

Grundversorgung der Bevölkerung ist. Bund und Kantone *sollen* in ihrem Zuständigkeitsbereich alles tun, um dieses Ziel zu erreichen. Bund und Kantone sind verpflichtet, die notwendigen Vorkehrungen zu treffen und in der verlangten Richtung tätig zu werden. Das ist nicht in ihr Belieben gestellt, weil die Vorschrift einen verpflichtenden Auftrag enthält und nicht bloss eine Ermächtigung darstellt (wie das bei einer Kann-Formulierung der Fall wäre). Wie sie das konkret zu tun haben, bleibt allerdings offen (vorbehältlich der in den Abs. 3 – 5 enthaltenen Vorgaben).

Der Auftrag richtet sich in erster Linie an den Gesetzgeber, weil die staatlichen Behörden ohne entsprechende gesetzliche Grundlage nicht tätig werden können (Grundsatz der Gesetzmässigkeit des staatlichen Handelns). Schliesslich sollen die Behörden bei ihrem Tun beachten, dass die Hausarztmedizin nicht nur bei der Behandlung von Krankheiten und Unfällen, sondern auch (und vorrangig) in der Gesundheitserziehung und in der Gesundheitsvorsorge (einschliesslich der Prävention) eine zentrale Rolle zu spielen hat.

Bund und Kantone tun gut daran, bei diesen Fragen das Wissen und die Erfahrung der Hausarztmedizin zu berücksichtigen. Die Spezialistinnen und Spezialisten der Hausarztmedizin sollten deshalb in allen gesundheitspolitisch relevanten Kommissionen und Gremien adäquat vertreten sein.

3.4. Erläuterungen zu Abs. 3

Vorgaben für das Handeln von Bund und Kantonen

«Sie streben eine ausgewogene regionale Verteilung an, schaffen günstige Voraussetzungen für die Ausübung der Hausarztmedizin und fördern die Zusammenarbeit mit den übrigen Leistungserbringern und Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens.»





Abs. 3 zählt einige Grundsätze auf, die von Bund und Kantonen bei der Stärkung der Hausarztmedizin generell zu beachten sind und die Zielerreichung erleichtern sollen. Dazu gehört sicherlich der Grundsatz, dass die regionale Abdeckung mit Hausarztpraxen ausgewogen sein muss, um «ausreichend» und «allen zugänglich» im Sinne der Zielbestimmung (vgl. Abs. 1) zu sein. Um dies zu erreichen und Konzentrationen in gewissen Kantonen und Gegenden zu vermeiden, sind Bund und Kanton gleichermassen gefordert. Zur Durchsetzung soll der Bund seine Unterstützung unter anderem von der Beachtung dieses Grundsatzes abhängig machen und seine Leistungen allenfalls nach Regionen und Landesgegenden differenzieren (z.B. erhöhte Abgeltungen in Gebieten mit Unterdeckung, vergleichbar etwa zur Landwirtschaft). Bei den Kantonen dürfte dieser Grundsatz vor allem bei der Zulassung von neuen Praxen zu beachten sein.

Die Alleinverantwortung und das «Auf sich selbst gestellt sein», die langen Arbeitszeiten und die Organisation von Hausbesuchen, von Nacht-, Feiertags- und Notfalldiensten sowie die eingeschränkten Möglichkeiten bei der Wahl flexibler Arbeitszeitmodelle (Teilzeitarbeit, Jahresarbeitszeit) hemmen offensichtlich viele junge Ärztinnen und Ärzte, ihre Zukunft in der Hausarztmedizin zu suchen. Die gemeinschaftliche Ausübung der Hausarztmedizin in Gruppen- und Gemeinschaftspraxen, Ärzehäusern, Kliniken und anderen Formen eines integrierten Dienstleistungsangebots könnte hier Abhilfe schaffen (vgl. dazu auch die Bemerkungen zu Abs. 4 lit. e). Bund und Kantone sollten solche Bemühungen unterstützen und mit wirksamen Massnahmen erleichtern (einschliesslich finanzieller Anreize und administrativer Entlastungen).

In den gleichen Zusammenhang gehört die enge Vernetzung der Hausarztmedizin mit den Spezialisten und den Spitälern sowie mit den

Apotheken, spitalinternen und -externen Diensten, den Versicherungen und den Behörden. Die Hausärztinnen und Hausärzte spielen dabei nicht nur in der Regel als erste Anlaufstelle, sondern bei allen weiteren Schnittstellen eine führende (oft sehr zeitaufwändige) Rolle, die leider noch immer nicht gebührend beachtet und abgegolten wird. Es gilt deshalb, den notwendigen und nützlichen Beitrag der Hausarztmedizin beim Auf- und Ausbau einer integrativen und vernetzten Medizin auch auf Verfassungsebene nicht nur in Erinnerung zu rufen, sondern ihm auch Nachachtung zu verschaffen.



3.5. Erläuterungen zu Abs. 4

Zuständigkeiten des Bundes

«Der Bund erlässt Vorschriften über:...»

Die meisten der in dieser Aufzählung enthaltenen Zuständigkeiten sind schon heute «Sache des Bundes». Allerdings werden nun bei einzelnen Zuständigkeiten präzisierende Vorgaben gemacht, die zum Teil auch in die Kompetenzen der Kantone eingreifen (z. B. bei den Zulassungs- und Ausübungsvoraussetzungen nach lit. b oder den angestrebten administrativen Vereinfachungen und bei der Erleichterung der Berufsausübung in zeitgemässen gemeinschaftlichen Formen nach lit. e).

«a. die universitäre Ausbildung, die berufliche Weiterbildung zur Fachärztin oder Facharzt sowie die klinische Forschung auf dem Gebiet der Hausarztmedizin;»

Lit. a. verlangt eine Ergänzung des Medizinalberufegesetzes (SR 811.11) und eine weitergehende Regelung der universitären Ausbildung und der beruflichen Weiterbildung *auf dem Gebiete der Hausarztmedizin*, insb. die Schaffung adäquater Facharztstitel.



Ausbildung

Die Initiantinnen und Initianten fordern eine Stärkung der universitären Lehre im Bereich der Hausarztmedizin. Dabei sollte umschrieben werden, wie die universitäre Ausbildung zu gestalten ist, um das Interesse der Medizinstudierenden an der Hausarztmedizin zu fördern.

Weiterbildung

Bezüglich der beruflichen Weiterbildung gehen die Erwartungen in Richtung eines modularig aufgebauten Weiterbildungsprogramms WBP mit garantierter Durchlässigkeit zu anderen Betätigungsfeldern in der Medizin. Die Initiantinnen und Initianten versprechen sich eine Aufwertung des Berufes durch eine zielgerichtete, anspruchsvolle und hochwertige Weiterbildung, die Ansprüchen der Wissenschaft und der Praxis zu genügen vermag. Es ist zu fordern, dass Hausarztmedizin nur von Fachärztinnen und Fachärzten betrieben wird, die ein entsprechendes, mindestens fünfjähriges WBP absolviert haben. Für die Betreuung von Erwachsenen könnten diese Bedingungen der Hausarztmedizin zum Beispiel vom WBP (und entsprechendem Facharztstitel) erfüllt werden, welches aus der angestrebten Integration der bisherigen WBP «Innere Medizin» und «Allgemeine Medizin» hervorgeht. Wichtig ist auch, dass der erwähnte Facharztstitel auf das europäische Umfeld abgestimmt ist.

Fortbildung

Die berufsbegleitende Fortbildung soll wie bis anhin Angelegenheit der Berufsverbände der Hausärzte/Hausärztinnen und des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF bleiben, aber die Förderung des Bundes erhalten (z.B. im Rahmen der Forschung).

Forschung

Die Forschung im Bereich Hausarztmedizin muss vom Bund gefördert werden und die Aspekte der Hausarztmedizin müssen bei der Zuteilung von Mitteln für die klinische, patientenzentrierte und praxisorientierte Forschung vermehrt Berücksichtigung finden.

«b. den gesicherten Zugang zum Beruf und die Erleichterung der Berufsausübung;»

Lit. b. möchte den Zugang zur Hausarztmedizin sicherstellen (bzw. verlässlicher regeln) und generell die Ausübung dieses Berufes erleichtern. Die Bestimmung lässt offen, wie dies zu geschehen hat, doch ist vor allem an die Aufhebung des Zulassungsstopps zu denken, den Verzicht auf die Anwendung verkappter Formen der Bedürfnisklausel durch die Versicherer und unnötige Erschwerungen bei der Berufsausübung (administrativer, rechtlicher und steuerlicher Natur). Von dieser Forderung sind sowohl der Bund (Medizinalberufegesetz) als auch die Kantone betroffen, die für die Bewilligungserteilung, Auflagen und Entzug sowie die Aufsicht zuständig sind.

«c. die Erweiterung und angemessene Abgeltung der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Leistungen der Hausarztmedizin;»

Lit. c. will die Ausübung der Hausarztmedizin durch die Ausweitung der diagnostischen, therapeutischen und präventiven Möglichkeiten attraktiver und interessanter gestalten (Labor, Röntgen, US, EKG, Ergometrie, Spirometrie, 24h-BD usw.) und damit eine effiziente Versorgung der Bevölkerung sicherstellen, gleichzeitig aber auch dafür sorgen, dass diese Massnahmen durch die Versicherer adäquat abgegolten werden. Die Revision des Labortarifs mit seinen einschneidenden Auswirkungen auf die Praxislabors der Hausärztinnen und Hausärzte ist das neueste Beispiel für die ver-





hängnisvolle Tendenz, dem Kostendruck im Gesundheitswesen mit (unüberlegten) Sparmassnahmen zu begegnen, selbst wenn dadurch bewährte, sinnvolle und effiziente dezentrale Strukturen gefährdet werden, wie sie gerade die Hausarztmedizin aufweist. Das widerspricht dem in Abs. 1 enthaltenen Grundsatz der medizinischen Versorgung der Bevölkerung durch eine «fachlich umfassende» Hausarztmedizin, die über alle notwendigen Instrumente und Möglichkeiten verfügen muss, um die Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis entsprechend den Anforderungen der medizinischen Wissenschaft und effizient zu betreuen.

«d. die Anerkennung und Aufwertung der besonderen beratenden und koordinierenden Tätigkeiten für Patientinnen und Patienten;»

Lit. d. macht auf eines der Kernprobleme der momentanen Tarifstrukturen aufmerksam. Mit der Einführung des TARMED haben sich die Tarife sehr zuungunsten der Hausärztinnen und Hausärzte entwickelt. Hier gilt es, rasch und radikal Abhilfe zu schaffen. Die Behörden sind zu verpflichten, den beratenden, den koordinierenden und weiteren wichtigen Tätigkeiten für die Patientinnen und Patienten – administrativer, fürsorglicher und präventiver Natur – ihre Bedeutung zurück zu geben und diese finanziell wesentlich besser und dem Zeitaufwand entsprechend abzugelten. Internationale Studien belegen, dass die Kosten des Gesundheitswesens sinken, wenn die Hausarztmedizin als erste Anlaufstelle ihre Triage-, Zuweisungs- und Koordinationsfunktionen ausüben kann. Zudem zeigen die neuesten Statistiken über die durchschnittlichen Ärztteeinkommen (vgl. NZZ vom 31.3.2009), dass die Zweige der Hausarztmedizin wahrlich nicht zu den Kostentreibern gehören.

Der Bundesrat verfügt bereits heute über entsprechende Kompetenzen (vgl. z.B. Art. 43ff. KVG). Mit der neuen Bestimmung werden die

Behörden nun ausdrücklich verpflichtet, diese für die Patientinnen und Patienten und das Gesundheitswesen so wichtigen Funktionen der Hausarztmedizin finanziell besser abzugelten.

«e. administrative Vereinfachungen und zeitgemässe Formen der Berufsausübung.»

Lit. e. verpflichtet den Bund, Vorschriften über administrative Vereinfachungen und Entlastungen der selbstständig praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte zu erlassen. Diese verbringen heute (wie andere Unternehmer von KMU auch, doch ohne Entlastung) einen nicht unbeachtlichen Teil ihrer Arbeitszeit mit administrativen Arbeiten, Berichten, Korrespondenzen, Abrechnungen, Zusammenstellungen usw., was sie von ihrer eigentlichen Aufgabe – der medizinischen Betreuung der Patientinnen und Patienten – abhält. Zu den verbesserungsfähigen Rahmenbedingungen gehören die Nacht-, Notfall- und Wochenenddienste, die im Verein mit Gemeinden und Kantonen organisiert werden können, die langen Arbeitszeiten, die Erleichterung der Berufsausübung in gemeinschaftlichen Formen (Gemeinschaftspraxen, Ärztehäuser usw.), eine ausreichende Instrumentierung und die angemessene Abgeltung der für das Gemeinwesen erbrachten Leistungen.





3.6. Erläuterungen zu Abs. 5

Grundsätze, die vom Bund zu beachten sind

«Der Bund trägt in seiner Gesundheitspolitik den Anstrengungen der Kantone und Gemeinden sowie der Wirtschaft auf dem Gebiet der Hausarztmedizin Rechnung. Er unterstützt sie in ihren Bestrebungen für einen wirtschaftlichen Einsatz der Mittel und die Sicherung der Qualität der Leistungen.»

Es ist üblich geworden, den Bund beim Erlass von Vorschriften an Grundsätze zu binden (vgl. z. B. Art. 112ff. BV). Im Bereich der Hausarztmedizin erweist sich dies als nützlich (wenn auch nicht als zwingend notwendig), weil sich die neue Verfassungsvorschrift nicht ohne Not von den bewährten Grundsätzen der schweizerischen Gesundheitsverfassung entfernen will. Grundsätze wie die Berücksichtigung der Anstrengungen von Kantonen und Gemeinden sowie der Leistungserbringer (Ausfluss des Subsidiaritätsprinzips und der geltenden Zuständigkeitsordnung) wirken beruhigend auf die Betroffenen und zwingen den Bund zur Rücksichtnahme und Respektierung der föderalen Ordnung. Die Forderung der Initiantinnen und Initianten, der Bund möge den wirtschaftlichen Einsatz der Mittel im Gesundheitswesen belohnen und Massnahmen der Qualitätssicherung unterstützen, fördert deren Glaubwürdigkeit. Sie beweisen damit, dass Ihnen die Wirtschaftlichkeit und Qualität ihrer Leistungen ein Anliegen ist und dass es nicht bloss um eine finanzielle Besserstellung der Hausarztmedizin geht.

Die Rücksichtnahme auf die Verhältnisse in den verschiedenen Landesregionen wäre ebenfalls ein Grundsatz, der Erwähnung verdiente. Man könnte dadurch zum Schluss das zentrale Anliegen wieder aufgreifen, dass eine ausreichende, allen zugängliche und flächendeckende medizinische Versorgung der schwei-

zerischen Bevölkerung ohne Einwirkung des Bundes wohl nicht zu bewerkstelligen ist. Dieser ist letztlich verantwortlich für den regionalen Ausgleich und ein vergleichbares Angebot an medizinischer Grundversorgung in allen Teilen des Landes. Man kann die Berücksichtigung der Verhältnisse in den einzelnen Landesgegenden allerdings schon aus Abs. 1 und insbesondere aus Abs. 3 («streben eine ausgewogene regionale Verteilung an») ableiten, weshalb auf eine erneute ausdrückliche Erwähnung dieses Grundsatzes verzichtet werden kann.





MITGLIEDER DES INITIATIVKOMITEES

Das Initiativkomitee besteht ausschliesslich aus Hausärztinnen und Hausärzten.

- **Dr. med. Bagattini Michael**
Landhusweg 4, 8052 Zürich
- **Dr. med. Bauer Werner**
Kohlrainstrasse 1, 8700 Küsnacht
- **Dr. med. Bonfiglio Antonio**
Heuackerstrasse 3, 8135 Langnau a.A.
- **Dr. med. Bösch Paul**
Steighalde 8, 8200 Schaffhausen
- **Dr. med. Bürke Hans-Ulrich**
Mürtschenstrasse 26, 8048 Zürich
- **Dr. med. Castelberg Reto**
Törliweg 7, 7208 Malans
- **Dr. med. Chiesa Alberto**
Via Vallàa 4, 6952 Canobbio
- **Dr. med. Cina Christoph**
Hauptstrasse 16, 3254 Messen
- **Dr. med. Decrey-Wick Hedwige**
Av. C-F Ramuz 119, 1009 Pully
(Vizepräsidentin)
- **Dr. med. Denti Franco**
Via al Municipio 21, 6917 Barbengo-Lugano
(Vizepräsident)
- **Dr. med. Enz Kuhn Margot**
Kurplatz 3, 5400 Baden
- **Dr. med. Gähler Ernst**
Gossauerstrasse 24, 9100 Herisau
- **Dr. med. Héritier François-Gérard**
21, rue St-Germain, 2853 Courfaivre

- **Dr. med. Kappeler Olivier**
Rathausstrasse 17, Postfach 288,
8570 Weinfelden
- **Dr. med. Müller Marc**
Ärztegemeinschaft Joderlicka,
3818 Grindelwald
- **Dr. med. Naegeli Rolf**
Büchelstrasse 17, Postfach, 9464 Rüthi
- **Dr. med. Providoli Romeo**
2, av. Mercier-de-Molin, 3960 Sierre
- **Dr. med. Reber Feissli Monika**
Lenggenweg 42, 3550 Langnau i.E.
- **Dr. med. Rupp Stephan**
Spitalstrasse 30, 8840 Einsiedeln
- **Dr. med. Schilling Gerhard**
Chlini Schanz 42, 8260 Stein am Rhein
- **Dr. med. Schöni Miriam**
Dorfstrasse 20, 3550 Langnau i.E.
- **Dr. med. Späth Hansueli**
Höflistrasse 42, Postfach 52,
8135 Langnau am Albis
- **Dr. med. Streit Sven**
Dapplesweg 14, 3007 Bern
- **Dr. med. Tschudi Peter**
Rosenweg 4, 4103 Bottmingen
(Präsident)
- **Dr. med. Zirbs Savigny Brigitte**
rte de St-Julien 263, 1258 Perly
- **Dr. med. Zogg Franziska**
Poststrasse 22, 6300 Zug



EIDGENÖSSISCHE VOLKSINITIATIVE

«JA ZUR HAUSARZTMEDIZIN»



Warum braucht es diese Initiative?

■ **um die Hausarztmedizin in der ganzen Schweiz sicherzustellen**

Der Schweiz droht in 15 Jahren ein gravierender Hausärztemangel. Die Initiative verpflichtet Bund und Kantone, die Hausarztmedizin zu fördern.

■ **um optimale Abklärungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu garantieren**

Hausärztinnen und Hausärzte brauchen eine moderne Praxisinfrastruktur mit funktionsfähigem Labor. Die Initiative schafft die Voraussetzungen dazu.

■ **um den Hausärzte-Nachwuchs zu fördern**

Immer weniger junge Menschen wählen den Beruf des Hausarztes. Die Initiative steigert die Attraktivität der Hausarztmedizin.



Die Initiative will die Hausarztmedizin in der ganzen Schweiz sichern – zum Wohl der Patientinnen und Patienten!

Weitere Informationen:

www.jzh.ch

Volksinitiative

«Ja zur Hausarztmedizin»

Postfach 8319

3001 Bern

Tel. 031 560 00 26