

Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Gesundheitsberufe
Schwanengasse 2
3003 Bern

Basel, den 9. Mai 2011

Vernehmlassung zum direkten Gegenentwurf des EDI zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»

Stellungnahme

– des **Initiativkomitees der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»** und
– des **Berufsverbandes der Haus- und Kinderärzte Schweiz**

Ja zur Volksinitiative – Nein zum Gegenentwurf

Sehr geehrte Damen und Herren

Wir danken Ihnen für die Gelegenheit zur Stellungnahme zum direkten Gegenentwurf zu unserer Initiative «Ja zur Hausarztmedizin».

Wir lehnen Ihren Gegenentwurf ab.

Er nimmt weder Bezug auf die konkreten Anliegen der Initiative noch trägt er bei zur Behebung der in der medizinischen Grundversorgung vorhandenen Probleme. Insofern kann der Entwurf des EDI inhaltlich nicht als «Gegenentwurf» zu unserer Initiative betrachtet werden.

Vorbemerkungen

1. Keinen unmittelbaren Bezug zu den konkreten Anliegen der Initiative!

Der Vernehmlassungsentwurf des EDI, der als direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» konzipiert ist («Gegenentwurf»), will die medizinische Grundversorgung auf eine neue verfassungsrechtliche Grundlage stellen, hat aber keinen unmittelbaren Bezug zu den konkreten Anliegen der Initiative «Ja zur Hausarztmedizin». Die Initiative dient zwar als Anlass, ist aber nicht viel mehr als ein Aufhänger für eine anders gerichtete politische Agenda!

2. Eine unreflektierte Neuregelung der Grundversorgung:

Mit dem Gegenentwurf wird der Versuch lanciert, die medizinische Grundversorgung im Allgemeinen zu regeln, ohne über die Anliegen, die Bedürfnisse, die Probleme und den Umfang der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz, die zentrale Rolle der Hausarztmedizin sowie die Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (Gemeinden) reflektiert und ohne mit den betroffenen Kreisen (Leistungsträgern und Leistungserbringern und deren Verbänden) vertieft darüber diskutiert zu haben.

3. Der Begriff «Grundversorgung» wird viel zu weit definiert:

Der Gegenentwurf beruht auf einem Verständnis der «medizinischen Grundversorgung», die alles Erdenkliche umfasst und umfassen kann (ambulante und stationäre Leistungen, neben den Haus- und Kinderärzten auch Gynäkologen, Kardiologen, Psychiater und Zahnärzte, Dentalhygieniker ebenso wie Physio- und andere Therapeuten, Spitex-Dienste bis hin zur Rettungssanität). Der Begriff wird nirgends definiert, bleibt offen und erscheint konturlos.

Die Bedeutung der Hausarztmedizin in der Grundversorgung wird zwar als «wesentlich» im Verfassungstext hervorgehoben, jedoch bleibt unklar, um welche Art von Hausarztmedizin es sich dabei handeln soll. Auch wird ihr im Verfassungstext und im Erläuternden Bericht nicht die zentrale Rolle als in der Regel erste Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen zuerkannt. Die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» geht hingegen davon aus, dass eine qualifizierte «medizinische» Grundversorgung nur durch entsprechend universitär ausgebildete Fachärztinnen und -ärzte sichergestellt werden kann.

4. Der Begleittext zeichnet ein falsches Bild der Hausarztmedizin:

Das Bild der Hausarztmedizin und die Anliegen der Initianten werden im Erläuternden Bericht krass verzerrt. In der modernen Hausarztmedizin dominiert schon lange nicht mehr der «Einzelkämpfer», sondern der heutige Haus- und Kinderarzt ist mit den übrigen Beteiligten der medizinischen Versorgung seit jeher engstens vernetzt, mit den Spezialisten ebenso wie mit den Spitalern, genauso mit den spital-externen und den sozialen Diensten. Er ist ein Teamworker! Als Anlaufstelle für medizinische Probleme und als persönlicher Langzeitbetreuer steht der Haus- und Kinderarzt im Zentrum dieser Vernetzung. Auch muss betont werden, dass heute schon rund 50% der Hausärzte und viele Kinderärzte in Netzwerken engagiert zusammenarbeiten. Das wird in Zukunft – mit oder ohne Managed Care-Vorlage / Integrierte Versorgung – noch verstärkt der Fall sein. Der Trend zur Gemeinschafts- und Gruppenpraxis und zur Organisation der Berufsausübung in gemeinschaftlichen Formen (Ärztelhäuser, Gesundheits- und Notfallzentren, Permanenzen, Satellitenpraxen) ist unverkennbar, wird von der jungen Generation konsequent umgesetzt und ist ein zentrales Anliegen der Volksinitiative zur Behebung der erkannten Mängel in der Grundversorgung.

5. Falsche Deutung der Fakten:

In den Erläuterungen zum Vernehmlassungsentwurf (Ziff. 3, S.6) wird ausgeführt, «dass sich der Anteil der an ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger verliehene Facharztstitel seit 2006 konstant zwischen 40-48 Prozent bewegt und dieser somit weitgehend stabil ist». Dem ist entgegen zu halten:

- Erstens, dass der Anteil der hausärztlich tätigen Ärzte (Allgemeinmedizin, Allgemeine Innere Medizin, Prakt. Arzt) in den letzten 3 Jahren effektiv zwischen 35–38 Prozent aller im ambulanten Sektor tätigen Ärzte ausmacht, also immer noch deutlich unter dem in der Grundversorgung europäisch anerkannten und angestrebten optimalen Verhältnis von 60-70% Hausärzten gegenüber 30-40 % praktizierenden Spezialisten liegt.
- Zweitens zeigt der Praxisbarometer 2010 (vgl. F. Marty, PrimaryCare 2011;11: Nr. 8) für die Jahre 2006–2010 wesentlich weniger Praxiseröffnungsinsereate von Hausärzten als in der Zeit vor dem Zulassungsstopp 1998 bis 2002. Die 88 neu eröffneten Hausarztpraxen 2010 entsprechen etwa einem Drittel des durchschnittlichen langfristigen jährlichen Bedarfs an Hausärzten in der Schweiz (Praxisverweildauer 30 Jahre, 100 % Arbeitspensum). In den nächsten Jahren werden, wegen des Ausscheidens von zahlenmässig starken Jahrgängen, wohl über 300 Hausarztpraxen neu zu besetzen sein! Hingegen scheint sich die Anzahl der Spezialärzte, nach einer Delle in den Jahren 2003-2006, im Vergleich zu der Zeit vor dem Zulassungsstopp auf dem unverändert hohen Niveau einzupendeln.
- Drittens ist zu bemerken, dass 2009 erstmals mehr Frauen als Männer einen Facharzttitel Allgemeine Medizin erhielten. Vor 10 Jahren waren es noch rund ein Drittel Frauen. Und da weiter bekannt ist, dass praktisch alle hausärztlich tätigen Ärztinnen teilzeitlich arbeiten werden, wird sich die Schere Angebot-Nachfrage in der Hausarztmedizin weiter öffnen! Und
- Viertens muss präzisiert werden, dass der höhere Anteil an Verleihungen des Weiterbildungstitels Allgemeine Medizin zurückzuführen ist auf den stark zunehmenden Anteil an Ärzten mit ausländischem Arzt Diplom.

6. Überschätzung der Managed Care Modelle:

Dem Erläuternden Bericht ist ferner zu entnehmen, dass diese «hohe» Anzahl an verliehenen Facharzt Titeln «...der häufig geäusserten Meinung widerspricht, das fachliche Interesse an der ärztlichen Grundversorgung nehme ab». Es ist unbestritten, dass eigentlich das Interesse an der Hausarztmedizin vorhanden ist, nur fehlt es an Attraktivität und Zukunftsperspektiven, den Beruf des Haus- und Kinderarztes auch tatsächlich auszuüben. Auch Managed Care, resp. Integrierte Versorgung werden dies nicht ändern können. Managed Care und die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» sind zwei ganz unterschiedliche Vorlagen, die nichts miteinander zu tun haben. Nur mit der Volksinitiative kann die Attraktivität der Hausarztmedizin nachhaltig verbessert und damit der Nachwuchs sichergestellt werden.

7. Nur ein gut ausgebildeter Haus- und Kinderarzt begleitet den Patienten effektiv und kostengünstig durch das Gesundheitssystem:

Die zentrale Aufgabe in der medizinischen Grundversorgung kann nur von fachlich qualifizierten, entsprechend ausgebildeten Ärzten wahrgenommen werden. Die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» will deshalb eine universitäre Ausbildung und eine qualifizierte, mindestens fünfjährige Weiterbildung sicherstellen. Darauf geht der Gegenentwurf überhaupt nicht ein. Er verkennt die wichtige Rolle des Haus- und Kinderarztes und trägt insofern nichts zur anvisierten Stärkung und Förderung der Hausarztmedizin bei. Im Gegenteil: durch den ausufernden Begriff der medizinischen Grundversorgung wertet der Gegenentwurf die Hausarztmedizin und damit die Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte ab.

8. Der Begleitbericht unterstellt der Initiative eine falsche Stossrichtung:

Im Begleitbericht zum Gegenentwurf wird der Initiative unterstellt, sie führe zur Privilegierung einer Berufsgattung und man wolle den Hausärztinnen und Hausärzten auf Verfassungsstufe eine Sonderstellung einräumen. Dabei wird verkannt, dass die Initiative – nicht mehr und nicht weniger – konkrete und kostengünstige Lösungsansätze aufzeigt, wie die absehbaren, auch vom EDI anerkannten Probleme in der medizinischen Grundversorgung tatsächlich (und nicht nur deklamatorisch) angegangen werden könnten. Das schliesst einen ganzheitlichen, integrierten und umfassenderen Ansatz der medizinischen Grundversorgung nicht aus, nur müsste dazu vorerst die Rollenverteilung geklärt und die Aufgabenteilung überdacht werden. Es konnte und sollte nicht Aufgabe der Initiative sein, eine umfassende Grundnorm für das Gesundheitswesen zu schaffen. Mit der Unterzeichnung der Initiative haben über 200'000 Personen klar ausgedrückt, dass sie auch weiterhin eine qualitativ hochstehende Grundversorgung wünschen mit Haus- und Kinderärzten im Zentrum. Es geht also nicht um die Privilegierung einer Berufsgattung, sondern um die Garantie und die Verankerung der von der Bevölkerung gewünschten Form der Grundversorgung.

9. Die Initiative senkt mittel- und langfristig die Kosten:

Es wird unterstellt, aber nicht belegt, dass die Initiative hohe Kosten zur Folge hätte, weil der Bund Vorschriften über den gesicherten Zugang zum Beruf, die Erleichterung der Berufsausübung und die Erweiterung der hausärztlichen Leistungen und deren angemessene Abgeltung zu erlassen hätte. Dabei wird übersehen, dass die Hausarztmedizin zu den kostengünstigsten Teilen des Gesundheitswesens gehört (mit rund 7 % des Gesamtaufwandes lösen die Haus- und Kinderärzte in ihren Praxen rund 90% der Gesundheitsprobleme ihrer Patient/innen selbst!). Alle Studien weltweit belegen dies: Ein hausarztbasiertes Gesundheitswesen ist das kostengünstigste Gesundheitswesen. Insofern würde eine Erweiterung der hausärztlichen Möglichkeiten wohl eher zu Einsparungen führen. Dazu braucht es die Sicht aufs Ganze und ein mittel- bis längerfristiges Denken.

10. Der Gegenentwurf macht den Beruf des Haus- und Kinderarztes nicht attraktiver:

Gemäss der Volksinitiative obliegt es dem Gesetzgeber, nicht nur Vorschriften über den «gesicherten» Zugang, sondern auch über eine qualifizierte Aus- und Weiterbildung sowie die erleichterte Berufsausübung zu erlassen. Es steht dem Gesetzgeber also ein ganzes Instrumentarium zur Verfügung, die medizinischen Dienstleistungen und deren Abgeltung angemessen «ins Lot» zu bringen. Der Gegenentwurf lässt es bei einem Bekenntnis zur Hausarztmedizin «als wesentlichen Bestandteil» der Grundversorgung bleiben, trägt aber überhaupt nichts bei zur Erhöhung der Attraktivität dieser unentbehrlichen Form der medizinischen Berufsausübung.

11. Initiative lässt Wahlfreiheit offen und sichert Zugang zum Hausarzt:

Zu einer absurden Behauptung versteigt sich das EDI, wenn im Erläuternden Bericht zum Gegenentwurf behauptet wird, die Initiative führe zu einem «einseitig vorgeschriebenen Behandlungsweg», weil sie die Haus- und Kinderärzte als in der Regel «erste Anlaufstelle» im Versorgungssystem «vorschreibe». Das stehe im Widerspruch zur freien Arztwahl!

Tatsache ist, dass die Hausarztmedizin als (in der Regel) «erste Anlaufstelle» nicht «vorgeschrieben», sondern zu den realen Kennzeichen einer fachlich qualifizierten, umfassenden Hausarztmedizin ge-

hört und dementsprechend Eingang gefunden hat in die Definitionen der Hausarztmedizin. Es wird auch verschwiegen, dass die als Alternative gepriesenen Gesundheits- und Notfallzentren in Städten häufig von Hausärzten (mit)betrieben werden und es auch bei Annahme der Initiative niemandem verwehrt sein wird, sich an solche Zentren, Notfallstationen oder Spezialisten zu wenden oder Hilfe bei nicht-universitären Gesundheitsfachleuten zu suchen. Diese Argumentation des zuständigen Departements, das gleichzeitig in den Eidgenössischen Räten die «Managed Care-Vorlage» zu vertreten hat, ist doch eher erstaunlich.

12. Ungerichtete Kompetenzattraktion des Bundes:

Der Gegenentwurf lässt im Unterschied zur Initiative keinen Lösungsansatz erkennen, wie die Probleme der medizinischen Grundversorgung zu bewältigen sind und wie die anvisierte Sicherstellung der Hausarztmedizin zu gewährleisten ist. Er gibt dem Bund zwar eine allgemeine Kompetenz zur Regelung sämtlicher Berufe der umfassend verstandenen «medizinischen» Grundversorgung, einschliesslich der im nicht-universitären Bereich heute von den Kantonen geregelten Berufsausübung. Im universitären Bereich sind diese Fragen jedoch bereits im MedBG geregelt (auch bezüglich der Ausübung, soweit diese «privatwirtschaftlich» ausgeübt wird). Im nicht-universitären Bereich hat er, was die Aus- und Weiterbildung anbetrifft, ähnliche Kompetenzen gestützt auf das BBG und das FHG. Hingegen stellt die Kompetenz zur Regelung der Berufsausübung auch der nicht-ärztlichen Gesundheitsfachpersonen (namentlich im zahnmedizinischen, pharmazeutischen und pflegerischen Bereich, in der Praxisassistenz, Ernährungsberatung, der Rettungssanität usw.), unabhängig davon, ob diese privatwirtschaftlich ausgeübt wird oder nicht, eine klare Kompetenzattraktion des Bundes dar.

13. Gegenentwurf ist ausufernd und löst keine Probleme:

Der Gegenentwurf trägt also einerseits nichts bei zur Lösung der unmittelbaren Probleme in der Hausarztmedizin und äussert sich auch nur vage zu griffigeren, kurzfristig umsetzbaren Massnahmen. Er geht andererseits aber sehr weit, indem er im Sinne einer umfassenden Kompetenznorm die medizinische Grundversorgung erfasst und dem Bund einschneidende Befugnisse und Steuerungsinstrumente zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung in die Hand gibt. Diese neue (wenn auch subsidiäre, von Bedingungen abhängige) Planungs- und Regelungszuständigkeit stellt die tradierte Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen in Frage und schwächt die Kantone (noch immer die Hauptträger der Gesundheitsversorgung). Die restlichen Bestimmungen schliesslich, z.B. über die Qualitätssicherung und deren Abgeltung, die Möglichkeit der beratenden Unterstützung und die Koordinationspflicht, sind unnötig, weil dazu Rechtsgrundlagen schon bestehen; oder sie nehmen Teile anderer Vorlagen vorweg wie etwa der elektronische Datenaustausch (als Teil der e-health-Vorlage).

Es ist für die Initianten stossend, wenn das EDI unter dem Mantel eines Gegenentwurfes zu unserer Initiative sich die Kompetenz zum Einführen einer Vorlage holen will, die nichts mit der Förderung der Hausarztmedizin zu tun hat, umstritten ist (Datenschutz, Aufwand, Kosten etc.) und deren Einführung an anderer Stelle diskutiert werden muss.

14. Zusammenfassung:

Der Gegenentwurf nimmt die Anliegen der Initiative nicht auf, kann also inhaltlich nicht als echter Gegenentwurf zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» betrachtet werden. Er geht wesentlich weiter als die Initiative, mutiert zu einem Artikel über die Versorgungssicherheit, gibt dem Bund weitreichende Kompetenzen in einem nicht klar abgegrenzten Bereich und vermittelt das Bild ausgedehnter staatlicher Gesundheitslenkung.

Alles in allem ist der Gegenentwurf zu wenig durchdacht, inkohärent und unbestimmt. Im Unterschied zur Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» wüssten Volk und Stände bei einer Abstimmung über den Gegenentwurf kaum, auf was sie sich einlassen und welches die Konsequenzen sein werden. Eine Nachbesserung im Grundkonzept ist kaum vorstellbar.

Wir lehnen deshalb den Gegenentwurf entschieden ab.

Bemerkungen zu einzelnen Bestimmungen des Gegenentwurfs

15. Neuregelung des Gesundheitswesens ohne Grundsatzdiskussion:

Wir haben es im Bereich des Gesundheitswesens mit einer stark zergliederten Aufgabenteilung zu tun. Auf keiner Regelungsebene (Bund, Kantone, Gemeinde) findet sich eine umfassende Grundnorm für das Gesundheitswesen. Dies ist vor allem historisch zu begründen, weil traditionellerweise die Gemeinden und die Kantone Träger der Gesundheitsversorgung sind. Mit den Entwicklungen in Gesellschaft und Medizin sowie dem Ausbau der Sozialversicherungen haben sich die Aufgaben des Gesundheitsschutzes und der Gesundheitsvorsorge auf immer höhere Ebenen verlagert. In vielen wichtigen Bereichen ist deshalb heute der Bund für die Gesetzgebung im Gesundheitswesen zuständig (universitäre Ausbildung, Berufsbildung und Berufszulassung, Forschung, Heilmittel, Krankenversicherung usw.). In der Bundesverfassung findet sich jedoch kein Artikel, der das Gesundheitswesen und die Zuordnung der Aufgaben in diesem Bereich grundsätzlich regelt. Es ist deshalb legitim, dass der Bundesrat die Hausarztinitiative zum Anlass nimmt, wenigstens im Bereich der medizinischen Grundversorgung eine solche Grundlagennorm zu schaffen. Allerdings sollte darüber mit den Trägern der Gesundheitsversorgung vorerst das Gespräch gesucht und eine Grundsatzdebatte über die Grundzüge einer solchen (Neu-)Ordnung geführt werden.

16. Die Anliegen der Initianten werden nicht aufgenommen:

Aus der Sicht der Initianten sollte zudem klar zum Ausdruck kommen, wie man die Anliegen der Volksinitiative aufgreifen und verwirklichen will – erst recht, wenn der Vernehmlassungsvorschlag als «Gegenentwurf» zur Initiative dienen soll. Weder aus dem Verfassungstext noch dem Erläuternden Bericht vom 6. April 2011 geht deutlich hervor, wie der Gesetzgeber die offensichtlich vorhandenen Probleme der Hausarztmedizin kurz-, mittel- und langfristig lösen soll. Zwar wird die Hausarztmedizin in Art. 117a Abs. 1 des Gegenentwurfs «...als wesentlicher Bestandteil dieser Grundversorgung» anerkannt und als förderungswürdig bezeichnet, doch lösen die anschliessenden Bestimmungen dieses «Versprechen» in keiner Weise ein und die Definition und wesentliche Merkmale der Hausarztmedizin bleiben völlig offen.

17. Die Rolle der Hausarztmedizin wird verkannt:

Gegen die programmatische Einleitung in Abs. 1 ist grundsätzlich nichts einzuwenden. Die Verantwortung für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung tragen Bund und Kantone gleichermaßen, je im Rahmen ihrer bestehenden Zuständigkeiten. Bedauerlich ist nur, dass die «medizinische» Grundversorgung nicht in erster Linie durch die Hausarztmedizin erfolgen soll, also durch medizinisch qualifiziertes und einschlägig universitär ausgebildetes «ärztliches» Personal. Unbestritten ist, dass verschiedene Fachärzte wie Gynäkologen, Psychiater, Kardiologen usw. auch wichtige Funktionen in der Grundversorgung zu erfüllen haben, ebenso die zusehends besser ausgebildeten nicht-ärztlichen Gesundheitsfachleute (MPA, Pflegefachleute und verschiedene Therapeuten). Sie sind wichtige Partner bei der medizinischen Abklärung und Behandlung, bei der Gesundheitsvorsorge sowie bei der Koordination und Nachbetreuung, aber in der Regel nicht «erste Anlaufstelle». Die Führung des Patienten und die Koordination müssen beim Haus- und Kinderarzt bleiben.

Ebenso unbestritten ist, dass Gesundheitssysteme, in denen die Hausarztmedizin eine zentrale Rolle in der Grundversorgung innehat, eine qualitativ bessere Gesundheitsversorgung zu insgesamt tieferen Kosten bieten. Deshalb kommt der Hausarztmedizin die zentrale Rolle zu, werde diese nun in Einzel- oder Gruppenpraxen oder in Gesundheits- und Notfallzentren etc. erbracht.

In der Formulierung des Gegenentwurfs bleibt offen, welche Art von Hausarztmedizin gefördert werden soll und ob mit der Kennzeichnung als «wesentlicher Bestandteil» wirklich diese zentrale Rolle gemeint ist?

18. Das Erfordernis qualifizierter Fachärzte in der Grundversorgung:

Im Hinblick auf die subsidiäre Kompetenz des Bundes zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung wäre es wohl richtiger gewesen, in Abs. 1 – wie in der Volksinitiative – von Bund und Kantonen zu fordern, dass sie für eine «ausreichende», allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen haben («setzen sich ein» ist im Übrigen weniger verpflichtend als «sorgen für» und steht damit eigentlich im Widerspruch zur rigoroseren Formulierung in Abs. 3). Damit Gewähr geboten ist, dass die medizinische Grundversorgung in erster Linie durch einschlägig ausgebildete und über die erforderlichen Kernkompetenzen verfügende Ärztinnen und Ärzte zu gewährleisten ist, müsste in Abs. 1 ein entsprechender Vermerk angebracht werden.

19. Untaugliche Querverweise auf die Grundversorgung in anderen Bereichen:

Der Verweis in den Erläuterungen auf die Verwendung und Umschreibung des Begriffs «Grundversorgung» in den übrigen Teilen der Verfassung (Erl. S. 9) ist wenig hilfreich. In Art. 43a Abs. 4 BV geht es um ein generelles Prinzip der staatlichen Aufgabenerfüllung und der Gleichbehandlung (Leistungen sollen allen Personen gleichermaßen zustehen), in Art. 92 Abs. 2 BV um das «flächendeckende» und preiswerte Angebot von Post- und Fernmeldediensten. Wenn schon, wäre gerade letztere Bestimmung ein Grund dafür, auch für die medizinische Grundversorgung zu fordern, dass diese «ausreichend» und «preiswert» sein soll.

20. Stossrichtung des Gegenentwurfes ist nicht erkennbar:

Es ist hingegen richtig, dass die Konkretisierung und allenfalls Differenzierung in der Zugänglichkeit einzelner Leistungskategorien sowie der Bestimmung des notwendigen Umfangs des Leistungsan-

gebots, der hohen Qualität und des Preises (Erläuterungen S. 10) den verantwortlichen Organen von Bund und Kantonen überlassen bleiben muss. Nur sollte die Verfassung dem Gesetzgeber die Richtung vorgeben und Schranken setzen, wenn sie ihre Orientierungs- und Lenkungsfunktion erfüllen soll. Der Hinweis auf die Art. 63a Abs. 3 und Art. 89 Abs. 1 BV ist in dieser Hinsicht täuschend, weil diesen Normen jeweils sehr konkrete und gezielte Bestimmungen folgen, wie Bund und Kantone im Bildungs- und Energiebereich vorzugehen haben.

Die angeblich vorgegebene «Stossrichtung» des Gegenentwurfs wird – wenn überhaupt – erst in Abs. 3 ersichtlich, wo von der Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung die Rede ist. Dort wird der Bund in Pflicht genommen. Er kann, soweit es die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erfordert (also «notfalls»), Vorschriften in verschiedensten Bereichen erlassen. Ist das ausreichend als «Stossrichtung»? Die Initiative lässt demgegenüber klar erkennen, was zu tun ist, um eine «ausreichende, allen zugängliche, fachlich umfassende und qualitative hochstehende medizinische Versorgung» zu gewährleisten.

21. Vorschriften über die Berufsausübung: Kompetenzen neu beim Bund

Vorbehaltlos zuzustimmen ist der neu umfassenden Zuständigkeit des Bundes zum Erlass von Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung (Abs. 2 erster Satzteil). Hier besteht tatsächlich Nachholbedarf, obwohl der Bund gestützt auf das MedBG, PsyG, FHSg, BBG u.a. bereits über weitgehende Regelungen verfügt.

Eine Neuausrichtung erfährt die Zuständigkeit zum Erlass von Vorschriften «über die Ausübung dieser Berufe (Abs. 2 letzter Satzteil). Die Zuständigkeit für die Versorgung der Bevölkerung liegt heute bei den Kantonen. Deshalb bestehen über die Zulassung und die Ausübung der Gesundheitsberufe noch 26 verschiedene Ordnungen mit unterschiedlichen Regelungsbereichen und –dichten. Die einschlägigen Gesundheitsgesetze und -verordnungen unterscheiden sich vor allem in den von der Bewilligungspflicht erfassten Berufen und den von der Bewilligung abgedeckten Tätigkeitsbereichen. Diese unterschiedlichen Zulassungs- und Berufsausübungs-voraussetzungen mögen heute kaum mehr gerechtfertigt sein. Der Bund hat zudem im Bereich der Humanmedizin die Zuständigkeit erhalten, die Zulassung zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenversicherung einzuschränken (Bedürfnisklausel gemäss Art. 55a KVG). Der Gegenentwurf begibt sich damit auf Neuland. Die damit verbundenen Konsequenzen für die Kantone und die betroffenen Berufsgattungen sind in den Erläuterungen nur rudimentär umschrieben.

22. Subsidiäre Kompetenz des Bundes, ein modernes «Unding»:

Vage und zu unbestimmt formuliert ist der Abs. 3 des Gegenentwurfs. Der Einleitungssatz lässt zu viel offen und schafft eine problematische subsidiäre Bundeskompetenz (auch dort, wo der Bund bereits heute über Kompetenzen verfügt). Es ist nicht einsehbar, warum der Bund nur Vorschriften erlassen können soll «über die Gewährleistung der Qualität der Leistungen und deren Abgeltung (oder über den elektronischen Datenaustausch), «soweit es die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erfordert». Das tut er grundsätzlich heute schon gestützt auf die Bestimmungen des KVG und der einschlägigen Verordnungen. Eine solche Vorschrift ist zwar nicht zwingend notwendig, sie könnte aber ebenso Sinn machen und nützlich sein, wie die Bestimmung, dass der Bund zusammen mit den Kantonen und unter Einbezug der in der Grundversorgung tätigen Institutionen und Berufsgruppen

«zeitgemässe Versorgungsmodelle» fördern und unterstützen kann. Gleiches ist von der (fehlenden) Bestimmung zu sagen, dass der Bund Massnahmen treffen kann zur Verbesserung der klinischen Forschung im Bereich der medizinischen Grundversorgung (bzw. der Hausarztmedizin). Aus dem Begleittext wird nicht ersichtlich, was der Bund in naher Zukunft mit diesen Kompetenzen bewirken möchte; insbesondere nicht, wie er die Situation der Haus- und Kinderärzte damit verbessern will.

23. Der Gegenentwurf fördert die Staatsmedizin:

Bedingt und subsidiär sollte die Kompetenz des Bundes nur dort sein, wo es darum geht, zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung Vorschriften zu erlassen und Massnahmen zu treffen über «die Steuerung und Koordination der Versorgung» (Abs. 3 Bst. a des Gegenentwurfs). Hier macht die subsidiäre Kompetenz des Bundes Sinn, solange die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung bei den Kantonen liegt. Die Bestimmung geht aber – auch so noch – sehr weit und lässt die Frage offen, inwiefern sich das mit dem marktwirtschaftlichen Konzept verträgt. Jedenfalls wird kaum zu vermeiden sein, dass diesem Regulierungsansatz der Vorwurf gemacht werden wird, er fördere die «Staatsmedizin». Verklausuliert wird auch die angestrebte Befugnis formuliert, künftig (stärker) Einfluss nehmen zu können auf die Steuerung des «Aus- und Weiterbildungsangebotes» (Festlegung von Mindestausbildungszahlen, von Studien- und Praktikumsplätzen, Numerus clausus usw.). Sicherlich ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen dieses Einschreitens des Bundes in der Verfassung nicht näher umschrieben werden müssten.

24. Überflüssige Bestimmungen:

Die allgemeinen Bestimmungen der Verfassung (so etwa Art. 5a BV über Subsidiarität oder Art. 43a BV über die Grundsätze für die Zuweisung und Erfüllung staatlicher Aufgaben) beanspruchen Geltung unabhängig von weiteren Klauseln in der Verfassung. Deshalb ist die in Abs. 5 des Gegenentwurfs enthaltene Aufforderung zur Koordination der Massnahmen zwischen Bund und Kantonen überflüssig. Das ergibt sich schon aus den Bestimmungen über das Zusammenwirken von Bund und Kantonen im Abschnitt 2 der BV.

Weitere Bemerkungen, insb. zu den kurzfristig umsetzbaren Massnahmen

25. Kurzfristig umsetzbare Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin fehlen:

In Ziff. 5 der Erläuterungen zum Vernehmlassungsentwurf (S. 19 f.) werden einige kurzfristige Massnahmen aufgezählt, die neben der Vorlage eines direkten Gegenentwurfs und den sich daraus ergebenden mittel- und langfristigen Handlungsmöglichkeiten den Interessen der Hausarztmedizin entgegenkommen sollen. Darunter sind Massnahmen, die aus anderen Gründen bereits umgesetzt wurden (wie zum Beispiel die Schaffung des Weiterbildungstitels «Allgemeine Innere Medizin»), oder Massnahmen, die von anderen Stellen ausserhalb des Bundes in Angriff genommen wurden (die erwähnte Tarifrevision allerdings wird vorderhand nur innerhalb der FMH erarbeitet und nicht wie dargestellt auf Ebene der Tarifpartner). Auf welche Weise sogenannte «erweiterte Vergütungsmöglichkeiten» im Rahmen der besonderen Versicherungsmodelle (Managed Care) zu einer Verbesserung für Haus- und Kinderärzte führen sollen, bleibt unklar.

Sie gehen damit auf die Ihnen mehrfach unterbreiteten konkreten Anliegen der Haus- und Kinderärzte nicht ein. Jedenfalls sind Ihre Vorschläge in keiner Weise geeignet, die Initianten von der mit über 200'000 Unterschriften eingereichten Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» abzubringen.

Der Vollständigkeit halber wiederholen wir hier die Anliegen, die wir Ihnen letztmals mit Brief vom 1. Januar 2011 erläutert haben:

2.2. Grundsätzliches

Wir sind uns sehr wohl bewusst, dass sich viele (der begründeten) Anliegen der Hausärzte auf der Stufe Gesetz und Verordnung umsetzen liessen. Das Mittel Volksinitiative musste ergriffen werden, um bei den politischen Instanzen von Bund und Kantonen endlich Gehör zu finden. Die Hausärzte sind überzeugt, dass sie mit ihrer Initiative und ihren Begehren beim Volk Unterstützung finden werden. Sie lassen sich deshalb nicht mehr mit blossen Versprechungen abfinden und fordern von Verwaltung, Bundesrat und Parlament konkrete Korrekturmassnahmen auf Gesetzes- und Verordnungsstufe (bzw. den darauf basierenden Tarifverträgen, Spezialitäten- und Analyselisten). Gewisse Massnahmen sind mit dem entsprechenden Willen kurzfristig (innert Monaten bzw. Jahresfrist), andere (insb. Gesetzesänderungen) mittelfristig (innert Jahren) umsetzbar. In Ergänzung zu den bereits eingeleiteten Massnahmen, unterbreiten wir Ihnen nachfolgend einige Vorschläge. Wir sind uns bewusst, dass über die von Ihnen bereits angekündigten Massnahmen sowie die folgenden Punkte noch intensive Gespräche nötig sein werden, für die wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung stehen.

2.3. Gesetzesänderungen

- *Medizinalberufegesetz (MedBG, WBO, SIWF):*
 - *Aus- und Weiterbildung, Lehre und Forschung (Ausbau der universitären Lehre in der Hausarztmedizin mit Pflichtmodulen und Einzeltutoriat, Schaffung von Weiterbildungsstellen für angehende Hausärzte, Finanzierung der Praxisassistenten für ein Jahr, Änderung der Zulassungsbedingungen für Hausärzte und Spezialisten, Schaffung von Instituten für Hausarztmedizin, Anschubfinanzierung für Lehrstühle in der Hausarztmedizin, Förderung der ambulanten klinischen patientenzentrierten Forschung u.a.m.)*
 - *Rahmenbedingungen für die Ausübung des Hausarztberufes (Erleichterung neuer Formen der Ausübung in gemeinschaftlichen Formen)*
- *Krankenversicherungsgesetz (KVG, KVV usw.): (Ziel: angemessene Abgeltung / Vergütung, auch der präventiven Leistungen und der Koordinationsaufgaben, sicherstellen, z.B. durch eine entsprechende Revision von Art. 19 f. KVG, welche eine direkte Abgeltung der präventiven Leistungen der Hausarztmedizin erleichtern würde.)*

2.4. Kurzfristige Massnahmen (insb. im Bereich der Vergütung)

Zu den vier wichtigsten Forderungen der Volksinitiative gehört das «Hausarztfreundliche Tarifsysteem». Diesen wichtigen Punkt streifen Sie nur am Rande ohne Angabe von konkreten Vorschlägen oder Massnahmen. Über dieses zentrale und für uns unabdingbare Anliegen des hausarztfreundlichen Tarifsystems, das schnell und nachhaltig geändert werden muss, sind intensive und zielorientierte

Gespräche notwendig, um rasch konkrete Verbesserungen zu erreichen.

Konkret geht es beim Thema «Vergütung» um folgende Massnahmen:

- Anpassung der Analysenliste mit einem adäquaten Tarif für das Point-of-Care Labor in der Arztpraxis
- Gesetzliche Anpassungen zur Ermöglichung eines zweiten schweizweiten Einzelleistungstarifs für Hausärzte
- Schaffung einer Fachstelle für Hausarztmedizin im BAG; Aufgaben:
 - Analyse von Verordnungen des Bundes vor deren Einführung hinsichtlich Auswirkung auf die Hausarztmedizin
 - Koordination von Verordnungen des Bundes mit Massnahmen auf anderer Ebene oder in andern Gremien: z.B. auf Ebene Kantone (Beispiel Spezialitätenliste – Taxpunkt werte) oder auf Ebene Tarifstruktur-Verhandlung
- Sinnvolle Vorgaben zur Anwendung von KVV Artikel 59c

Etwas detaillierter beschrieben, bedeutet dies:

1. Massnahmen des Bundes im Bereich der verordneten Tarife Spezialitätenliste und Analysenliste

- Point-of-Care-Tarif für das Praxislabor im ersten Halbjahr 2011 berechnen und vor Ende 2011 umsetzen mit Ziel Einführung 1.12.2012. Das Praxislabor kann mit der aktuell geltenden AL mittelfristig nicht überleben. (Es besteht hierfür bereits Spielraum im KVG Art.52 Abs. 1)
- Änderungen in der Spezialitätenliste (SL) müssen unbedingt koordiniert werden mit Änderungen der Tarifstruktur und dem Taxpunktwert. Die Hausärzte in der Ost- und Zentralschweiz sind aufgrund der dort geltenden tiefen TPW – ein Resultat der Vorgaben zur Kostenneutralität bei TARMED-Einführung – existenziell auf das Einkommen aus dem Medikamentenverkauf angewiesen. Das BAG kann in den Kompetenzbereich der Kantone nicht eingreifen, aber es kann koordinieren, indem es z.B. Änderungen in der SL entsprechend terminiert.

2. Massnahmen des Bundes im Bereich der verhandelten Tarife

- Schaffung der Möglichkeit eines separaten schweizweiten Einzelleistungstarifs für die Hausärzte (Klärung/Änderung KVG Art. 43 Abs.5). Begründung: Chance für eine rasche Vereinfachung des Tarifs, gute Abbildung der Tätigkeit, abgrenzbarer Tarifraum
- Deblockierung und Unterstützung der Tarifrevision mittels Vorgaben durch den Bund:
 - Sinnvolle Anwendung von Art. 59c KVV; dazu braucht es eine Klärung der dort aufgeführten Begriffe, den Miteinbezug von Wirksamkeit und Zweckmässigkeit und nicht nur das alleinige Abstellen auf die reinen Kostenbetrachtungen des Preisüberwachers
 - Ein Update der Infrastrukturkosten kann sinnvollerweise nicht kostenneutral erfolgen (Anteile die billiger wurden, sollen sich ebenso auf die Preise auswirken wie diejenigen, die teurer wurden)
 - Grundsätze z.B. betreffend der sachgerechten Struktur aus einer Gesamtkosten-Optik

Weiter erlauben wir uns einige Bemerkung zu den von Ihnen vorgestellten «laufenden flankierenden Massnahmen»:

Es wird auf die erweiterten Vergütungsmöglichkeiten bei den «besonderen Versicherungsformen» (Managed Care) hingewiesen. Tatsächlich ist es möglich, auf dieser Vertragsebene zusätzliche Abgeltungen zu erreichen. Sie können aber nicht zu einer spürbaren Verbesserung der Vergütung führen, weil damit nämlich in erster Linie zusätzliche administrative und koordinative Aufgaben in den MC-Modellen abgedeckt werden – das Manko von heute bleibt. Offensichtlich scheint sich die «Integrierte Versorgung» immer mehr zu einem «Mädchen für alles» zu entwickeln: je nach Optik wird die Behandlung besser, sinken die Kosten und verdienen die Hausärzte mehr ... – wie geht das auf?

Die TARMED-Revision ist leider blockiert. Sie wird nun FMH-intern angegangen, in Absprache mit H+ und den Unfallversicherern, aber gegen den Willen von santésuisse. Der Ausgang ist offen. Wichtige flankierende Massnahmen durch das BAG wären hier die oben genannten sinnvollen Vorgaben zur Tarifgestaltung.»

Bemerkungen zu den Forderungen der Hausarztinitiative

26. Die 4 Grundforderungen der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»:

Die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» will die medizinische Grundversorgung in der ganzen Schweiz sicherstellen und der Hausarztmedizin ihren Stellenwert sichern, den sie in unserem Gesundheitswesen einnimmt und weiterhin einnehmen und behalten muss.

In unseren Broschüren zur Initiative sind die konkreten Forderungen der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» wie folgt umschrieben worden (vgl. auch den Beitrag in der Zeitschrift PrimaryCare 2010;10: Nr. 15, S. 275 ff.):

- eine top Aus- und Weiterbildung für die angehenden Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte;
- die erleichterte Berufsausübung und damit Gewährleistung einer ausreichenden Grundversorgung durch Haus- und Kinderärzte in der ganzen Schweiz;
- eine zweckmässige Praxisinfrastruktur und den Wegfall von unnötigen administrativen Hürden gegen eine vernünftige, zeitgerechte Praxistätigkeit von hoher Qualität;
- und ein hausarztfreundliches Tarifsysteem, das die Haus- und Kinderärzte endlich den Spezialärzten gleichstellt!

Die Volksinitiative schafft hierfür die nötigen Voraussetzungen. **Der Text der Initiative ist ausgewogen, auf die übrigen Verfassungsbestimmungen abgestimmt und in den Forderungen massvoll – alles zum Wohle der Patientinnen und Patienten und zur Gewährleistung einer ausreichenden, allen zugänglichen, fachlich umfassenden und qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung** (vgl. dazu und zu den vorgeschlagenen juristischen Vorkehren die Erläuterung zur Initiative unter www.jzh.ch/Erläuterungen).

Schlussbemerkungen

27. Der Gegenentwurf des Bundesrates wird den Anliegen der Initiative nicht gerecht!

Wir haben mit unseren Darlegungen aufzuzeigen versucht, dass der Gegenentwurf des Bundesrates den Anliegen der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» in keiner Weise gerecht wird.

Er nimmt die Forderungen der Initiative nicht auf und geht von einem Verständnis der medizinischen Grundversorgung aus, in der die Hausarztmedizin nicht mehr im Zentrum steht.

Der Gegenentwurf des Bundesrates nimmt zwar die Volksinitiative zum Anlass, um in der Bundesverfassung einen Grundlagenartikel über die medizinischen Grundversorgung zu verankern, trägt aber überhaupt nichts bei zur Lösung der anstehenden Probleme in der Hausarztmedizin.

Wer **JA sagt zur Initiative** weiss, was er bekommen wird: Haus- und Kinderärzte im Zentrum der medizinischen Grundversorgung. Die Initiative hat also eine klare Zielrichtung!

Wer sich für den Gegenentwurf entscheidet, weiss nicht, was auf ihn zukommen wird: Wer wird zuständig sein für die Grundversorgung und welche Massnahmen werden ergriffen werden? Kurz: Dieser Gegenentwurf ist zu offen, zu wenig reflektiert und so nicht nötig; er löst keines der anstehenden Probleme und wertet die Hausarztmedizin ab! Er birgt in sich Züge einer verstärkt staatlich gelenkten medizinischen Grundversorgung. Deshalb fordern wir ein **Nein zum Gegenentwurf**.

Wir lehnen deshalb den Gegenentwurf des Bundesrates entschieden ab.

Wir bitten Sie um Kenntnisnahme, danken Ihnen für die Möglichkeit zur Stellungnahme und grüssen Sie freundlich

Haus- und Kinderärzte Schweiz
Der Präsident des Initiativkomitees
«JA zur Hausarztmedizin»



Prof. Dr. med. Peter Tschudi, Basel