Ärztegesellschaft Baselland

MEDIZINISCHE GESELLSCHAFT BASEL MEDGES

Ausgabe 2 | April 2014

Synapse

Die Synapse finden Sie unter:
www.synapse-online.ch

4 «Der erste Schritt, die medizinische Grundversorgung der Zukunft anzudenken»

5 Leserbrief

6 Die Situation der Spezialisten im Vergleich zu den Grundversorgern am Beispiel der Ophthalmologie

7 Tarifeingriff TARMED für Hausärzte: Besserstellung oder eher Wiedergutmachung?

Schwerpunktthema:
Verfassungsartikel über die medizinische Grundversorgung

7 «Es war nie die Absicht der Initianten, die Hausärzte zulasten anderer Berufsgruppen zu privilegieren»

10 Der Hintergrund: Worum geht es bei der Abstimmung über die medizinische Grundversorgung?

11 Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

Das offizielle Kommunikationsorgan der Ärztegesellschaft Baselland und der Medizinischen Gesellschaft Basel

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Die Besserstellung der Grundversorger ist seit Jahren Bestandteil unserer «Politagenda», welche wir jeweils gemeinsam mit der Medizinischen Gesellschaft Basel und dem VSAO Basel ausarbeiten. Dass der vorgesehene Tarifeingriff bei Hausärzten und Spezialisten zu unterschiedlichen Reaktionen führt, war vorherzusehen. Die FMH hat dazu ja bereits Stellung bezogen, zuletzt durch Ernst Gähler in den beiden Editorials der SÄZ Nr. 5 vom 29.1.2014 und Nr. 11 vom 12.3.2014. Als Ärztegesellschaft Baselland vertreten wir ja die Interessen aller unserer Mitglieder, also sowohl diejenigen der Hausärztinnen und Hausärzte wie auch diejenigen der niedergelassenen Spezialisten und der Spitalärzte. Wir haben uns dementsprechend «neutral» zu verhalten. Wie die FMH unterstützen natürlich auch wir die geplante Revision der Tarifstruktur und die künftige Weiterentwicklung des TARMED.

Störend an der aktuellen Situation ist allerdings der andauernde Ruf nach einer «Kostenneutralität». Es würde «der Politik» gut anstehen, bis zur Gesamtrevision des TARMED als Sofortmassnahme für eine effektive Besserstellung der Grundversorger diesen (im Verhältnis zu den Gesamtkosten und dem Gesamtnutzen des Gesundheitswesens) bescheidenen Betrag von 200 Mio. in die Hand zu nehmen. Es sollte auch nicht vergessen werden, dass bereits mit der Revision der Analysenliste und der dadurch resultierenden Abwertung des Praxislabors sowie (in den SD-Kantonen) mit der stetigen Margenreduktion bei der direkten Medikamentenabgabe (DMA oder SD) den Hausärztinnen und Hausärzte massiv geschadet wurde. Die nun geplanten Massnahmen korrigieren lediglich in etwa die Verluste der letzten Jahre, sind komplex, führen zu willkürlichen Umverteilungen und sind weit entfernt von jeder betriebswirtschaftlichen Grundlage. Eine sinnvolle und vor allem auch rasch zu bewerkstelligende Besserstellung der Grundversorger wäre u.a. problemlos dadurch zu erreichen gewesen, die Position «letzte 5 Minuten – 00.0030» korrekt abzubilden und voll zu honorieren. Die aktuelle Synapse versucht, als Diskussionsplattform für diese wichtige Problematik zu dienen.

Mit herzlichen kollegialen Grüssen
Tobias Eichenberger

Leitartikel

Common Sense – JA zu Gesundheitssystemen, die auf der Grundversorgung basieren

Der Bundesrat, die kantonalen Gesundheitsdirektoren und eine grosse Mehrheit des eidgenössischen Parlamentes sowie zahlreiche Grundversorger-Organisationen unterstützen den Verfassungsartikel über die Grundversorgung, der am 18. Mai 2014 zur Abstimmung kommt. Basis dafür ist der «Common Sense», dass diese Vorlage Sinn macht und allen dient.

«Common Sense», dieser Begriff, den wir heute mit «gesunder Menschenverstand» übersetzen oder als innerliche Grundlage eines gemeinwohlorientierten Denkens, Fühlens und Handelns verstehen, ist der Titel einer Flugschrift, die der britische Intellektuelle Thomas Paine 1776 während der Amerikanischen Revolution veröffentlichte. Darin forderte er Amerika auf, die Unabhängigkeit zu erringen und ein neues demokratisches Regierungssystem einzuführen, das sich auf den Prinzipien der Menschenrechte gründe.
Ebenso ist es «common sense», dass auf Grundversorgung basierte Gesundheitssysteme günstiger sind als auf Spezialisten basierte und mit weniger Ressourcen ein besserer Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung resultiert. Dies liegt nicht daran, dass Grundversorger besser sind als Spezialisten oder umgekehrt. Es braucht beide und ein Netzwerk mit gegenseitiger Achtung und gegenseitigem Vertrauen. Die Ursache, dass dem so ist, liegt alleine in der Art der Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung und bedingten Wahrscheinlichkeiten begründet. Auch das methodische Vorgehen von erstens Anamnese, zweitens körperlicher Untersuchung und erst drittens der Durchführung weiterer Untersuchungen technischer Art ist darin reflektiert.

→ *Fortsetzung Seite 3*

Intellektuelle Leistung

Am Anfang steht die intellektuelle Leistung, die somit auch mehr Wertschätzung gegenüber einer technisch apparativen Leistung erfahren sollte, die sich zwar betriebswirtschaftlich rechnen muss, aber allenfalls in ihrer Durchführung teilweise auch delegiert werden könnte. Entscheidend ist die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung. Diese erfordert ein Handeln in Würde und Freiheit, entsprechend dem ärztlichen Berufsethos. Der Wert einer selbständigen beruflichen Tätigkeit ist diesbezüglich nicht zu unterschätzen. Vielleicht sind in dieser Hinsicht sogar im stationären Bereich Überlegungen anzustellen, da in den Medien Erwähnung fand, dass im Gefolge des neuen Spitalfinanzierungssystems ökonomisch motivierte, aus medizinisch-ethischer Sicht fragwürdige Bonus-Malus-Systeme für Ärzte Einzug halten. Diese schädigen die Arzt-Patienten-Beziehung nachhaltig.

Nun, was ist denn alles geschehen oder vielmehr nicht geschehen? Wir verfügen über ein hoffnungslos kompliziertes und veraltetes Tarifsystem. Die zuständigen Stellen, die den Tarif hätten à jour halten sollen, blockieren sich nun über Jahre gegenseitig, wie der UNO-Sicherheitsrat wenigstens nur zeitweise. Der aktuell geplante Tarifeingriff im Rahmen des Masterplans ist als Provisorium zu verstehen und auch nur als solches zu rechtfertigen, um nicht Handlungsunfähigkeit eingestehen zu müssen. Das aktuelle Tarifsystem ist eine Ursache des Grundversorgermangels.

Nachgewiesener Mangel an Grundversorgern

Dieser Ärztemangel, der in erster Linie ein Grundversorgermangel und in zweiter Linie ein weniger ausgeprägter Spezialistenmangel ist, wird seit 2008 von neutraler Bundesstelle, dem Gesundheitsobservatorium (OBSAN) bestens dokumentiert. Aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung einerseits sowie der Demographie der Ärzteschaft andererseits ist im Jahre 2030 von 9 Millionen nicht mehr abgedeckter Konsultationen auszugehen. Die Hausärztinnen und Hausärzte, die 2030 in die Praxis gehen werden, beginnen ihr Medizinstudium zwischen 2016 und 2018.

Ein Jahr später (2009) wurde von derselben Bundesstelle ein Bericht publiziert, dass uns über 100 000 Pflegende fehlen werden – eine Ursache dürfte wohl auch in der Attraktivität des Berufsbildes liegen, mit entsprechenden Konsequenzen für die Verweildauer im Beruf. Wir werden jedenfalls nicht die fehlenden Ärztinnen und Ärzte mit fehlenden Pflegenden ersetzen können, wie richtigerweise von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften moniert wurde. Dank der Annahme einer Initiative am 9. Februar 2014 wird es wohl noch etwas schwieriger, denn die gerechneten Modelle der Berichte von 2008 und 2009 gingen von einer den Mangel abmildernden Zuwanderung von Fachkräften aus dem Ausland aus. Es dürfte somit unsere wichtigste Aufgabe werden, selbst ausreichend Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegende der notwendigen Stufen auszubilden. Diese Aufgabe duldet keinen Aufschub mehr. Wir haben genug junge Menschen im Land, die ein Medizinstudium absolvieren wollen. Nur müssten wir, d.h. Bund und Kantone, etwas Geld in die Hand nehmen. Der resultierende Nutzen würde die Kosten allemal rechtfertigen. Nebenbei stellt sich auch die Frage, ob Numerus clausus und Eignungstest zur gewünschten Selektion an Medizinstudierenden führen.

Weitere Massnahmen zur Behebung des Grundversorgermangels sind notwendig. Nur eine Schweizer Universität (Zürich) verfügt über ein Institut für Hausarztmedizin, das bisher vonseiten der Universität mit adäquaten Mitteln ausgestattet worden ist. Die klinische Ausbildung zur Hausärztin/zum Hausarzt ist, abgesehen von ein paar Pilotkantonen (z.B. St. Gallen), fragmentiert und dem Engagement der Assistenzärzte überlassen. Es werden ausreichend Praxisassistenzstellen geschaffen werden müssen. Das Tarifsystem wurde oben beschrieben. Ein Drittel der administrativen Papierarbeit ist überflüssig – mehr Zeit für die Patienten wäre effizienter: Eine gemeinsame Arbeitsgruppe von Leistungserbringern und Versicherern wäre in der Hinsicht längst überfällig. Es würden beide Seiten Geld und Nerven sparen.

Es gibt noch viel zu tun

Auch von ärztlicher Seite sind Innovationen zu fordern: Notfalldienstmodelle, die dem sich ändernden Berufsverständnis der jüngeren Generation von Ärztinnen und Ärzten Rechnung tragen. Praxisformen, die Teilzeitarbeit zulassen und aus ökonomischen Gründen Synergien nutzen und eine engere und einfachere Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen in der Grundversorgung erlauben. Aufwertung des Berufsprofils der Medizinischen Praxisassistentin – wobei deren Leistungen dann auch abgerechnet werden können müssen. E-Health: nicht Entwicklung für die Ärzte, sondern mit den Ärzten, sonst setzen wir noch ein paar hundert Informatik-Millionen mehr in den Sand – wie es Bundesbern gerade vormacht. Kurz, es gibt noch viel zu tun. Packen wir es an. Bei der Abstimmung am 18. Mai kann nun erstmals, in Würdigung der Berichte von 2008 und 2009, von einem grösseren Schritt in die richtige Richtung gesprochen werden. Den Kolleginnen und Kollegen und Bürgerinnen und Bürgern, die sich über Jahre hierfür engagiert haben, ein herzliches Dankeschön. Es wird über den Gegenvorschlag des Parlaments abgestimmt werden. Es geht nicht nur um die Ärzte, sondern um die Grundversorgung – und somit um gesunden Menschenverstand.

Dr. med. Carlos Quinto, MPH

Impressum

Anschrift der Redaktion
Redaktion Synapse
Schweiz. Ärzteverlag EMH
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Mail: **synapse@emh.ch**

Mitglieder der Redaktion
Dr. med. Tobias Eichenberger, Facharzt für Urologie FMH
med. pract. Katja Heller, Fachärztin für Kinder und Jugendliche FMH
Dr. med. Peter Kern, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH
Dr. med. Alexandra Prünte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH
Dr. med. Carlos Quinto MPH, Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Bernhard Stricker, lic. phil., Redaktor BR, Bern,
Ruedi Bienz, Vorsitzender GL, EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG, Basel

Verantwortlicher Fortbildungskalender
Dr. med. Julian Mettler, Mail: julian.mettler@hin.ch

Verlag
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 55, Fax 061 467 85 56
E-Mail: verlag@emh.ch
www.emh.ch

Layout, Satz und Druck
Schwabe AG, Basel/Muttenz

Erscheinungsweise
erscheint sechsmal jährlich

Abonnementskosten
Jahresabonnement CHF 50.–

Inserate
EMH Schweizerischer Ärzteverlag AG
Evelyne Boss, Assistentin Inserateregie
Farnsburgerstrasse 8, CH-4132 Muttenz
Tel. 061 467 85 88, Fax 061 467 85 56
eboss@emh.ch

«Synapse» im Internet: www.synapse-online.ch

Ärztegesellschaft Baselland

Sekretariat der Ärztegesellschaft Baselland
Lic. iur. Friedrich Schwab, Rechtsanwalt
Renggenweg 1, CH-4450 Sissach
Tel. 061 976 98 08, Fax 061 976 98 01
E-Mail: fschwab@hin.ch

MEDIZINISCHE GESELLSCHAFT BASEL **MEDGES**

Sekretariat Medizinische Gesellschaft Basel
Dr. Jennifer Langloh-Wetterwald
Freie Strasse 3/5, CH-4001 Basel
Tel. 061 560 15 15, Fax 061 560 15 16
E-Mail: info@medges.ch

Redaktionsschluss der nächsten Ausgabe: 19.5.2014

«Der erste Schritt, die medizinische Grundversorgung der Zukunft neu anzudenken»

Synapse: Welches sind die Hauptgründe für ein JA zum Verfassungsartikel über die medizinische Grundversorgung am 18. Mai 2014?

Peter Tschudi: Das Schweizer Gesundheitswesen braucht eine starke und für jedermann leicht zugängliche Grundversorgung. Alle Menschen überall in der ganzen Schweiz sollen auch in Zukunft rasch und gut versorgt werden, wenn sie erkranken oder einen Unfall erleiden. Mit dem neuen Verfassungsartikel wird die Grundlage dafür gelegt. Er verpflichtet Bund und Kantone, gemeinsam die medizinische Grundversorgung zu stärken und die Hausarztmedizin zu fördern. Bund und Kantone können dafür sorgen, dass es nicht nur genügend und gut ausgebildete Haus- und Kinderärzte, sondern auch Gesundheitsfachpersonen wie Apotheker, Pflegefachleute, Hebammen, Ergo- und Physiotherapeutinnen, Ernährungsberater oder Medizinische Praxisassistentinnen gibt, und dass diese optimal zusammenarbeiten. Damit werden der Auftrag und die Bedeutung der medizinischen Grundversorgung und der Hausarzt- und Kindermedizin langfristig gesichert.

Bitte noch etwas genauer: Wer profitiert konkret von einem JA am 18. Mai 2014?

Alle Menschen in der Schweiz! Die Bevölkerung in der Schweiz profitiert heute schon von einer medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität und insbesondere von einer Hausarzt- und Kindermedizin, die zu den Besten in Europa zählt. Dieses bewährte System ist jedoch mittelfristig gefährdet, weil viele Haus- und Kinderärzte ins Pensionsalter kommen und keine Nachfolge für ihre Praxen finden. Zudem droht ein Mangel an qualifizierten Gesundheitsfachpersonen. Gleichzeitig steigt die Nachfrage nach medizinischen, pflegerischen und betreuerischen Leistungen. Der neue Verfassungsartikel schafft die Grundlage für die Gesetzgebungsarbeit. Und daraus ergibt sich der politische Auftrag für Bund und Kantone, für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität zu sorgen. Weiter dürfen keine Vorlagen ausgearbeitet werden, die die Zugänglichkeit zur Grundversorgung behindern oder deren hohe Qualität beschränken. Aber: Aus der neuen Verfassungsbestimmung lässt sich kein direkter Anspruch für den einzelnen Bürger ableiten.

Warum ist die Hausarzt-Initiative – zugunsten des neuen Verfassungsartikels über die medizinische Grundversorgung – überhaupt zurückgezogen worden?

Der Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung, der nun zur Abstimmung kommt, ist breiter gefasst als unsere ursprüngliche Initiative «JA zur Hausarztmedizin» und wird vom Bundesrat, den Kantonen und dem Parlament unterstützt. Weiter haben wir im Masterplan schon konkrete Ergebnisse erzielt, beispielsweise in der Ausbildung bei den Studierenden oder bei der Weiterbildung der Haus- und Kinderärzte, die künftig auch in den Haus- und Kinderarztpraxen angerechnet wird. Denn in den Spitälern sind junge Ärzte mit ganz anderen Krankheiten und gesundheitlichen Problemen konfrontiert als in den Haus- und Kinderarztpraxen.

Warum braucht es denn einen Verfassungsartikel für die Hausarztmedizin in der Bundesverfassung? Hätte ein Gesetzesartikel nicht genügt?

Weil nur mit einem Verfassungsartikel der Auftrag und die Bedeutung der Hausarzt- und Kindermedizin langfristig gesichert werden kann. Das haben auch Spitzen-Gesundheitspolitiker wie Bundesrat Alain Berset oder Gesundheitsdirektor Carlo Conti erkannt und sind deshalb zur Zeit auf Werbetour für ein JA zum neuen Verfassungsartikel , denn die Wichtigkeit der Hausarztmedizin als wesentlicher Bestandteil der medizinischen Grundversorgung kann nicht genug betont werden – und darf nicht von Regierungspersonen abhängen, die zufällig gerade im Amt sind. Wenn zum Beispiel der Gesundheitsminister im Bundesrat oder wenn kantonale Regierungsräte zurücktreten, darf es nicht sein, dass ein Nachfolger mit einem Schlag die Besserstellungen im Labor, in der Aus- und Weiterbildung, in der Forschung usw. stoppt resp. wieder rückgängig macht, was gleichbedeutend wäre mit «zurück auf Feld eins». Gemeint ist: Mit einem Verfassungsartikel muss die Hausarztmedizin gefördert werden, wer immer auch im Bundesrat dem EDI vorsteht. Dieses Leiterlispiel habe ich satt, und darum wünsche ich mir ein JA zum Verfassungsartikel zur medizinischen Grundversorgung.

Der Bundesrat hat entschieden, dass insgesamt 200 Millionen Franken von den Spezialisten zu den Haus- und Kinderärzten «verschoben» werden sollen. Befürchten Sie nicht Widerstand seitens der Spezialisten?

Das liebe Geld hat mit dieser Abstimmung und mit dem neuen Verfassungsartikel nichts zu tun. Die vom Bundesrat gesprochene finanzielle Besserstellung der Hausarzt- und Kindermedizin ist ein anderes Thema und bleibt auch – im Rahmen des Masterplanes – erhalten, falls der Verfassungsartikel abgelehnt werden sollte.

Gleichwohl ist diese «Umverteilung» ein virulentes Thema innerhalb der Ärzteschaft. Können Sie den Ärger, bzw. den Widerstand jener Spezialisten verstehen, die Haare lassen müssen?

Dazu gibt es drei Punkte zu bedenken:

- Der Bundesrat will die Hausarzt- und Kindermedizin aufwerten, was sicher auch im Interesse jedes Spezialisten liegt. Im Rahmen des Masterplans «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» hat er deshalb die Tarifpartner mehrfach aufgefordert, Vorschläge zu erarbeiten, mit denen die Grundversorger im Umfang von 200 Millionen Franken finanziell besser gestellt werden können. Da sich die vier Tarifpartner über die Besserstellung der Haus- und Kinderärzte nicht einigen konnten, hat der Bundesrat die Anpassungen des TARMED als Übergangslösung beschlossen. Sobald sich die Tarifpartner auf eine sachgerechte Anpassung der Tarifstruktur einigen und der Bundesrat diese genehmigt, werden die verordneten Anpassungen aufgehoben. Die dringend notwendige Gesamtrevision des TARMED ist auf Ende 2015 in Aussicht gestellt.

- Die TARMED-Struktur ist seit ihrem Inkrafttreten von den Tarifpartnern nie systematisch aktualisiert worden. Diese Aktualisierung ist nötig, weil technische Leistungen dank besserer und leistungsfähigerer Apparaturen heute teilweise weniger aufwendig sind als früher. Das Volumen der von den Ärzten abgerechneten technischen Leistungen (z.B. Erstellen eines Röntgenbildes) ist in den letzten Jahren stärker gewachsen als dasjenige für die intellektuellen Leistungen (z.B. Abhören der Lunge, Abtasten des Körpers bei Schmerzen). Entsprechend liegen die gesamten Kosten für die technischen Leistungen heute auf einem hohen Niveau. Mit den Anpassungen in der TARMED-Struktur werden nun die eigentlichen ärztlichen Leistungen der Haus- und Kinderärzte gegenüber den Abgeltungen für die Infrastruktur wieder aufgewertet.
- Wenn die Einkommensunterschiede unter den praktizierenden Ärzten zu gross sind und so bleiben, gewinnt die Hausarzt- und Kindermedizin nicht an Attraktivität. Es ist aber völlig klar, dass die sachgerechte Entschädigung der Arbeiten der Haus- und Kinderärzte alleine nicht ausreicht, um den Haus- und Kinderarztmangel zu beheben. Das ist nur einer – aber ein wichtiger – Puzzlestein zur Nachwuchsförderung.

Nehmen die Haus- und Kinderärzte nach gewonnener Abstimmung eine Sonderstellung ein im Gesundheitswesen?

Die Haus- und Kinderärzte bilden zusammen mit anderen Grundversorgern das Fundament, auf dem unser Gesundheitssystem aufgebaut ist. In einer gutfunktionierenden Grundversorgung werden auch in Zukunft die Haus- und Kinderärzte eine zentrale Rolle spielen. Bei vielen Familien sind sie eine Vertrauensperson. Wir müssen uns aber bewusst sein, dass grosse Herausforderungen auf unser Gesundheitswesen zukommen. Das Durchschnittsalter der Bevölkerung steigt und parallel dazu wächst die Zahl von chronisch kranken und multimorbiden Menschen. Heute leben zum Beispiel 125 000 demente Personen in der Schweiz, 2050 werden es 300 000 sein. Eine grosse Herausforderung ist, sicherzustellen, dass es auch in Zukunft genügend und gut ausgebildete Gesundheitsfachleute gibt, welche die vielen Patienten versorgen. Es ist völlig klar, dass es dafür nicht nur Haus- und Kinderärzte braucht, sondern auch viele andere Fachleute, die eng miteinander zusammenarbeiten zum Wohle der Patienten. Mit dem neuen Verfassungsartikel können wir die Weichen für eine gute Grundversorgung der Zukunft stellen und die richtigen Massnahmen anpacken.

Wie verändert der neue Bundesbeschluss über die medizinische Grundversorgung die heutige Struktur und Organisation der Grundversorgung?

Mit dem neuen Verfassungsartikel wird der erste Schritt unternommen, die medizinische Grundversorgung der Zukunft neu anzudenken. Dabei muss zwingend das Patienteninteresse im Mittelpunkt stehen. Das bedeutet konkret für jede Berufsgruppe in der medizinischen Grundversorgung, dass sie keine Aufgaben mehr übernimmt, für die eine andere Fachperson besser qualifiziert ist. Es geht also darum, ein nichthierarchisches und anpassungsfähiges Zusammenarbeitsmodell zu entwickeln, das ganz auf die aktuellen Bedürfnisse des Patienten ausgerichtet ist. In diesem erfüllt jeder Einzelne im Rahmen eines konzertierten Vorgehens und in fachlicher und wirtschaftlicher Eigenverantwortung spezifische Aufgaben, für die er aufgrund seiner Aus- und Weiterbildung die optimale Kompetenz besitzt. Dazu braucht es den Dialog und gegenseitigen Respekt der beteiligten Partner, die die Kompetenzbereiche der anderen vorbehaltlos akzeptieren. So werden Machtkämpfe beendet, und die Partner ergänzen einander. Der gemeinsame Erfolg hängt von der Qualität des Zusammenwirkens aller Beteiligten ab. Die Schwierigkeiten werden darin liegen, die Hierarchien aufzulösen, die Einzelinteressen zurückzustellen, die Kompetenzen der anderen zu achten und eine gute Kommunikation zu pflegen.

Wird jemand mit dem neuen Verfassungsartikel ausgeschlossen?

Nein, sicher nicht! Unsere Gesellschaft ist im steten Wandel. Das hat auch Auswirkungen auf unser Gesundheitssystem. Diese Herausforderungen können wir nur bewältigen durch Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe. Eine erstklassige Grundversorgung erreichen wir, wenn alle Beteiligten kooperieren und die verschiedenen Aufgaben dabei klar unter sich aufteilen. Es gibt genügend Aufgaben für alle, nach dem Prinzip: Wer kann was in welcher Situation am besten tun? Die Haus- und Kinderärzte verdienen Unterstützung, weil sie eine unverzichtbare Rolle spielen – ebenso wie etwa die Spitäler, die Pflegedienste, die Apotheken und viele andere.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker

Prof. Dr. med. Peter Tschudi ist Hausarzt, Präsident des Initiativkomitees JA zur Hausarztmedizin und Vorsteher des Institutes für Hausarztmedizin an der Universität Basel.

➜ Leserbriefe

Die Redaktion der Synapse sucht den Dialog mit ihrer Leserschaft und freut sich über jede schriftliche Reaktion. Sie behält sich im Sinne einer besseren Verständlichkeit und Lesbarkeit vor, Leserbriefe zu redigieren bzw. zu kürzen und einen eigenen Titel zu setzen. Die Adresse für Leserbriefe: synapse@emh.ch

Jetzt, wo die Masseneinwanderungsinitiative angenommen ist, sind wir besonders aufgerufen, eigene Ärzte, aber auch eigenes Pflegepersonal auszubilden. Zulassungsbedingungen zum Medizinstudium – Genf z. B. hat keine – können hier blockierend wirken und sollten neu überdacht werden. 60% der Ärzte bei uns sind Schweizer, in der Ostschweiz sogar nur 50%! Deutschland hat generell zu wenig Ärzte. Gerade aus Deutschland wandern jedes Jahr viele deutsche Ärzte und deutsches Pflegepersonal in die Schweiz ein. In ihrem Land hinterlassen sie Vakanzen. Diese werden von Ärzten und Pflegepersonal aus Nord, Ost, West und Süd ersetzt. In der «Schlussabrechnung» hat Deutschland – um bei diesem Beispiel zu bleiben – zu wenig eigene Ärzte und zu wenig eigenes Pflegepersonal, um seine Bürger zu betreuen. In der Schweiz dasselbe Bild: zu wenig Schweizer Ärzte und Schweizer Pflegepersonal. Ich möchte nicht missverstanden werden, aber wer möchte nicht am liebsten von seinen Landsleuten in seiner Sprache verstanden und betreut werden!

Dr. med. Roland Scholer

Die Situation der Spezialisten im Vergleich zu den Grundversorgern am Beispiel der Ophthalmologie

Viele der von den Allgemeinmedizinern beklagten Probleme existieren auch für andere Fachgebiete in ähnlicher Form. Dies betrifft sowohl Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Praxisnachfolger wie auch Probleme beim wirtschaftlichen Betrieb einer Praxis. Nachfolgend erläutert eine Augenärztin, wie sich ihre Situation als Spezialistin heute in ihrem Fachgebiet darstellt und in welchem Umfeld sie arbeitet.

Der Facharzt für Ophthalmologie befähigt heute zu einer konservativen augenärztlichen Tätigkeit, für eine chirurgische Tätigkeit ist der Zusatztitel des Ophthalmochirurgen erforderlich.
Die konservativ, also nicht chirurgisch tätigen Augenärzte nehmen vor allem allgemeine Augenuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen und Brillenverordnungen vor. Ein relevanter Teil der Konsultationszeit wird dabei ins Patientengespräch investiert, während oft der kleinere Teil der instrumentellen Untersuchung den Augen gilt. Die häufigsten Leistungen wie die Überprüfung des Sehvermögens, die Messung des Augendrucks wie auch die biomikroskopische Untersuchung an der Spaltlampe sind bereits seit Einführung des TARMED in der Grundkonsultation enthalten. Hinzu kommen bildgebende und sinnesphysiologische Untersuchungen, wie optische Kohärenz-Tomographie, welche langsam Einzug auch in Augenarztpraxen halten. Da das Sinnesorgan Auge immer mit spezialisierten, oft optisch anspruchsvollen Instrumenten untersucht werden muss, ist die Infrastruktur selbst einer nur grundausgerüsteten Praxis ausgesprochen aufwendig. Die damit verbundenen hohen Investitionskosten von mehreren 100 000 Franken sind aufgrund der betriebswirtschaftlichen Risiken kaum noch fremd zu finanzieren. Da die Entgeltung zu einem relevanten Teil über die Grundleistungen erfolgt, ist der wirtschaftliche Betrieb einer konservativen Augenarztpraxis bei den ständig steigenden Kosten und der Unsicherheit des TARMED ähnlich wie auch bei den Allgemeinmedizinern heute kaum noch möglich. Hinzu kommt das für einen kostendeckenden Betrieb einer Augenarztpraxis erforderliche grosse Einzugsgebiet von mehreren zehntausend Einwohnern, welches Augenärzte an grössere Agglomerationszentren bindet. Die Augenarztpraxis auf dem Lande ist daher allenfalls als Teilzeitengagement denkbar, aufgrund der wirtschaftlichen Möglichkeiten allerdings unrealistisch.

Hohe Investitions- und Unterhaltskosten
Der Zusatztitel Ophthalmochirurgie kann nach mindestens zwei zusätzlichen Jahren Weiterbildung erlangt werden. In der Regel dauert dies allerdings aufgrund des erforderlichen Operationskatalogs länger. Der chirurgisch tätige Augenarzt geniesst auch aufgrund der insgesamt häufig durchgeführten und sehr oft für den Patienten als äusserst erfolgreich empfundenen Linsenoperation (Sehverbesserung) eine besondere Anerkennung. Die technische Infrastruktur ist allerdings sehr aufwendig und mit ausgesprochen hohen Investitions- und Unterhaltskosten verbunden. Dementsprechend werden chirurgische Eingriffe am Auge fast ausschliesslich in grösseren Kliniken oder ambulanten Operationszentren durchgeführt, um eine effiziente Nutzung dieser Infrastruktur gewährleisten zu können. Die Mehrzahl der Ophthalmochirurgen operiert dabei als Belegarzt Patienten aus der eigenen Praxis. Die ärztliche Leistung ist im TARMED für die schweizweit – auch weltweit – am häufigsten durchgeführte operative Entfernung der trüben Linse (Katarakt) äusserst knapp kalkuliert. (Aus diesem Grund entstehen auch immer mehr Operationszentren, in denen «high volume-Chirurgen» einen besonders effizienten Ablauf und eine genügende Ausnutzung der Infrastruktur gewährleisten.) An den grossen Kliniken und den operativen Zentren werden auch die komplexen Eingriffe an Hornhaut, Glaskörper, Netzhaut und der Orbita durchgeführt, da diese auf qualitativ hohem Standard und wirtschaftlich nur bei genügend hohen Eingriffszahlen erbracht werden können. Gleiches gilt auch für die Mehrzahl der diagnostischen Zusatzuntersuchungen in der Ophthalmologie, wie bildgebende (angiografische, optisch tomografische), sinnesphysiologische (elektrophysiologische) und radiologische Untersuchungen am Auge. Die Mehrzahl der jungen Ophthalmologen strebt daher in die Ophthalmochirurgie und bedarf längerer Ausbildung in einer Subspezialität der Fachrichtung Augenheilkunde. Nicht alle auszubildenden Augenärzte werden später auch chirurgisch tätig.

Ein weiteres Problem stellt die neue Berufsgattung der Optometristen dar. Hierbei handelt es sich um einen Fachhochschul-Studiengang für Optiker, der diese befähigt, einfache Untersuchungen am Auge durchzuführen. Mit der fehlenden allgemeinmedizinischen Ausbildung sind allerdings die medizinische Beurteilungsmöglichkeit und interdisziplinäre Interpretation der Ergebnisse eingeschränkt. Ein Teil der Medizin droht hier aus wirtschaftlichen Gründen aus der augenärztlichen Zuständigkeit wegzubrechen.

Fehlende Praxisnachfolger bedrohen Augenarztpraxen
Die einfache Augenarztpraxis, konservativ oder chirurgisch ausgelegt, ist somit mittelfristig bedroht. Ihre kostengünstige medizinische Tätigkeit scheint immer weniger gefragt zu sein, was zum Sterben der Einzelpraxen beiträgt. Gleich wie bei den Hausärzten liegt das Durchschnittsalter der Augenärzte in der Schweiz sehr hoch (55 Jahre), und für allgemeine Augenärzte ist es inzwischen schwierig geworden, einen Praxisnachfolger zu finden, wenn die Praxis nicht in einem äusserst attraktiven Ballungszentrum liegt. Die schwierige Finanzierung und Bewirtschaftung führt bereits dazu, dass junge Augenärzte und Augenärztinnen kein finanzielles Risiko eingehen wollen und ein Anstellungsverhältnis bevorzugen. Zusätzlich zum gesellschaftlichen Wandel werden bei Augenärzten wie bei anderen Fachgruppen auch aktuelle Probleme der gesundheitspolitischen Steuerung über die letzten Jahre sichtbar, welche unbedingt gemeinsam gelöst werden müssen. Ein gegenseitiges Abschotten bringt die Bevölkerung mit einem stets schneller wachsenden, technisch fortschreitenden Medizinmarkt immer mehr unter finanziellen Druck, weshalb berufsübergreifend nach Schwerpunkten gesucht werden muss, um dem raschen Wechsel einer modernen Gesellschaft gerecht zu werden und nicht scheinbaren, oberflächlich betrachteten, kurzfristigen Einsparungen zu unterliegen. Die Probleme ähneln sich also deutlich mehr, als man aus der aktuellen Diskussion annehmen würde. Wir sollten sie daher gemeinsam angehen.

Dr. med. Alexandra Prünte, Fachärztin für Ophthalmologie und Ophthalmochirurgie FMH

Tarifeingriff TARMED für Hausärzte: Besserstellung oder eher Wiedergutmachung?

Wer die Entstehung des heutigen TARMED-Tarifes zurückverfolgt, stellt fest: Die Hausärzte wurden benachteiligt. Die im Masterplan vorgesehene Besserstellung der Hausärzte um 200 Millionen Franken ist vor diesem Hintergrund eher eine Wiedergutmachung.

Sowohl im Masterplan wie auch im Gegenvorschlag zur Hausarztinitiative wird eine finanzielle Besserstellung der Hausarztmedizin gefordert. Wegen anteilmässiger Zunahme der Senioren in unserer Bevölkerung wird die Nachfrage und Bedeutung der Hausarztmedizin weiter zunehmen.

Aber was hat dies mit der Forderung nach einer besseren Abgeltung der Grundversorgertätigkeit durch den TARMED-Tarif zu tun?

2004 wurde doch ein Einzelleistungstarif nach Fachdisziplinkapitel sachgerecht und betriebswirtschaftlich gerechnet eingeführt. Das stimmt so! Zumeist auf der Basis von Referenzdaten 1994/1995 wurden die Tarifpositionen berechnet und gewichtet. Aber kurz vor Einführung des Tarifs brachte ein Antrag des damaligen Preisüberwachers der erarbeiteten Tarifstruktur eine Änderung, welche sich ausgesprochen einseitig zuungunsten der Grundversorger auswirken sollte. Den Begriff Hausarzt kennt die TARMED-Tarifstruktur ja bis heute noch nicht.

Es wurde damals die Taxpunktzahl der Position «letzte 5 Minuten – 00.0030» halbiert mit der Begründung, der 5-Minuten-Takt in den letzten «5-Minuten» werde ja nie ganz ausgefüllt, somit genüge auch die Hälfte der Taxpunktzahl eines 5-Minuten-Taktes.

Während die Dienstleistungen im privaten und auch im öffentlichen Bereich nach Zeitaufwand (z.B. «pro angebrochene Viertelstunde») immer mit voller Viertelstunde verrechnet werden, wollte es der Preisüberwacher auch bei einem 5-Minuten-Takt noch viel genauer wissen. Was hatte nun dieser systemwidrige Tarifeingriff für Folgen? Für wen und in welchem Ausmass?

Aufgrund unserer Abrechnungsdaten (NAKO – Schweizer Ärztedatenpool) lässt sich abschätzen, dass mit der Taxpunkthalbierung der Position 00.0030 pro Jahr ca. 140 Mio. Franken eingespart worden sind. Wenn man analysiert, so findet man, dass diese Position zu 75–85% durch Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung (wird heute mit dem Begriff Hausarzt verbunden) verrechnet wird. Mit anderen Worten: Die heutigen Hausärzte sind durch den systemwidrigen und KVG-widrigen Tarifeingriff pro Jahr um einen Betrag von 105–120 Mio. Franken schlechter gestellt worden. In 10 Jahren sind das über 1 Mia. Franken.

Die nun vorgesehene Besserstellung der Hausärzte ist so gesehen zu einem grossen Teil erst eine Wiedergutmachung und noch keine wirkliche Besserstellung.

Die bereits in Angriff genommene Revision des TARMED-Tarifes mit dem Projekt TARVISION soll ja bis Ende 2015 (!) abgeschlossen sein. Die Hausärzte werden gutberaten sein, sich die Resultate gut anzusehen.

Dr. med. Roland Schwarz, Tarifdelegierter AeGBL

Fragen an Prof. Dr. Heinrich Koller

«Es war nie die Absicht der Initianten, die Hausärzte zulasten anderer Berufsgruppen zu privilegieren»

Synapse: Sie haben die Hausärzte vor der Lancierung ihrer Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» juristisch beraten und Sie sind auch der Autor des Initiativtextes. Wie schwierig war es aus juristischer Sicht, die gesundheitspolitischen Anliegen der Hausärzte in einen Verfassungstext zu «giessen»?

Heinrich Koller: Die offenkundigen Nöte und die in jeder Hinsicht berechtigten Anliegen der Hausärzte waren derart vielfältig, dass sie auch einem in der Gesetzgebung erfahrenen Juristen einiges abverlangten. Es ging ja nicht allein darum, die Erhaltung und Stärkung der Hausarztmedizin als zentralen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung auf der Verfassungsstufe zu proklamieren. Die Vertreterinnen und Vertreter der Haus- und Kinderärzte hatten vielmehr klare Vorstellungen darüber, wo es mangelte und was geschehen musste, um die Stellung der Haus- und Kinderärzte zu verbessern und die Attraktivität dieses für die medizinische Grundversorgung unentbehrlichen Berufsstandes zu steigern. Die Vorschläge und Forderungen reichten von einer Verbesserung der universitären Ausbildung und der Weiterbildung zum Facharzt über die Erleichterung und Sicherung des Zugangs und der Ausübung des Hausarztberufes sowie einer angemessenen Abgeltung der ärztlichen und anderen Leistungen bis hin zur Förderung nach zweckmässigen Praxis-Infrastrukturen, administrativen Vereinfachungen und ausgewogener regionaler Verteilung.

Die entsprechenden Vorschriften sind zur Hauptsache auf der Gesetzes- und Verordnungsebene angesiedelt und in Ausführungsbestimmungen, Listen, Tarifen und Vereinbarungen konkretisiert worden. Sie fallen zudem nicht nur in die Kompetenz des Bundes, sondern wie etwa die universitäre Ausbildung oder die regionale Versorgung in die Kompetenz der Kantone oder wie die Tarifierung in die Zuständigkeit der Tarifpartner. Das alles auf die Verfassungsstufe zu heben und im «Grundgesetz» der Eidgenossenschaft Änderungen an der bewährten Kompetenzordnung im Gesundheitswesen vorzunehmen, war rechtlich weder sinnvoll noch politisch machbar.

Gehört das Anliegen einer Berufsgruppe wie das der Hausärzte überhaupt in die Verfassung? Hätte eine Regelung auf Gesetzes- oder Verordnungsebene nicht auch genügt?

Tatsächlich hätten viele Verbesserungen durch die Änderung von Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen, von Listen und Tarifen, z.B. dem TARMED (gesamtschweizerischer Tarif für ambulante ärztliche Leistungen) erzielt werden können. Doch fehlte es am Willen der zuständigen Behörden und Parteien (Parlament, Bundesrat, Tarifpartner), etwas am bestehenden System zu ändern. Natürlich gab es verschiedene parlamentarische Vorstösse in dieser Richtung, und seit Jahren kämpften die interessierten Kreise (Patienten, Pflegedienste und Heime, Hausärzte) für eine Besserstellung der Haus-

arztmedizin. Trotz verbreiteter Einsicht der Fachkreise und der Politik in die elementare Bedeutung dieses Zweigs für die medizinische Grundversorgung, wurde auch dann noch nichts gegen das Hausarztsterben unternommen, als die Haus- und Kinderärzte wegen der Verschlechterung der Labortarife 2006 erstmals auf die Strasse gingen.
Nun gibt es auf Bundesebene aber keine formulierte Gesetzesinitiative, mit der man konkrete Vorschläge auf die politische Agenda setzen könnte. Deshalb werden Anliegen, die rechtstechnisch gesehen eher ins Gesetz gehören, oft auch in die Form der Verfassungsinitiative gekleidet. Mit ihr kann den politischen Behörden des Bundes (und der Kantone) Druck aufgesetzt werden. Oft kann der blosse Druck einer Volksinitiative dazu führen, Parlament und Regierung zu einem Handeln zu veranlassen, insb. Alternativen zu prüfen und einen Gegenvorschlag auszuarbeiten. So gesehen hat die Volksinitiative auch eine Ventilfunktion. Allerdings muss die Volksinitiative berechtigte Anliegen aufnehmen, verfassungsgerecht formuliert sein und sich auf das Wesentliche beschränken.
Nun zur Frage nach der verfassungsrechtlichen Privilegierung einer bestimmten Berufsgruppe. Ausgeschlossen ist das zwar nicht, aber wenig sinnvoll. Es war denn auch nie die Absicht der Initianten, die Hausärzte zulasten anderer Berufsgruppen zu privilegieren. Im Zentrum stand das Anliegen, für alle Bevölkerungsschichten eine ausreichende, umfassende und hochstehende medizinische Grundversorgung sicherzustellen. Dabei wurde der Hausarztmedizin als in der Regel erster Anlaufstelle für die Behandlung von Krankheiten und Unfällen sowie für Fragen der Gesundheitserziehung und -vorsorge eine besondere Rolle zugedacht. Der Gegenentwurf des Parlaments hat dieses Anliegen nun ausgeweitet und auf alle Berufe der Grundversorgung ausgeweitet, die Hausarztmedizin aber immerhin als wesentlichen Bestandteil hervorgehoben und eine angemessene Abgeltung der hausärztlichen Leistungen festgeschrieben.

Sowohl Bundesrat als auch Parlament reagierten auf die Einreichung der Initiative mit einem direkten Gegenvorschlag. Wie werten Sie das staatspolitisch? Ist das eher inhaltlich («das Anliegen ist berechtigt!») oder taktisch (damit die Initiative zurückgezogen wird) zu deuten?
Das kann man sowohl staatspolitisch als auch taktisch deuten. Staatspolitisch betrachtet ist es das Eingeständnis der Bundesbehörden, dass eine Verankerung und Stärkung der medizinischen Grundversorgung in der Bundesverfassung, mit der Hausarztmedizin im Zentrum, als sinnvoll und dass mehr Kompetenzen des Bundesgesetzgebers auf diesem Gebiet als nützlich erachtet werden. Taktisch betrachtet ist es die Einsicht, dass die Hausarztinitiative bei der Bevölkerung auf grosse Unterstützung hätte zählen können, weil sie ein echtes Anliegen aufgreift. Nun war allerdings auch rasch klar, dass eine einseitige Privilegierung der Hausarztmedizin andere Berufsgruppen auf den Plan gerufen hätte und dass sich sowohl die Kantone als auch die Tarifpartner gegen eine (noch) stärkere Einflussnahme des Bundes wehren würden. Der damals neue Vorsteher des Departements des Innern, Bundesrat Alain Berset, und ihm folgend der Bundesrat haben deshalb in geschickter Weise einen Mittelweg beschritten; ein Vorgehen, das auch von den Haus- und Kinderärzten akzeptiert werden konnte.

Ende September 2013 haben die Initianten ihre Initiative zugunsten des direkten Gegenvorschlages des Parlamentes zurückgezogen. Wie werten Sie den Gegenvorschlag – im Vergleich zum Initiativtext? Was haben die Hausärzte damit effektiv erreicht? Was haben sie verloren oder aufgegeben?
Der Gegenentwurf des Parlaments nimmt zwar nicht alle Forderungen der Hausarztinitiative auf, kann aber mit Blick auf die mit dem Masterplan erreichten Ergebnisse durchaus als ein schönes Bekenntnis des Verfassungsgebers zur Rolle der Hausarztmedizin in der medizinischen Grundversorgung gesehen werden. Das allein hätte den Initianten jedoch nicht genügt. Es sind deshalb stets auch die mit dem Masterplan eingeleiteten Sofortmassnahmen im Auge zu behalten. Immerhin übernimmt der Gegenentwurf des Parlaments in Abs. 1 die Zielsetzung und die programmatischen Bestimmungen der Initiative fast wortgleich. Er will wie die Volksinitiative eine für alle zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität gewährleisten und hält Bund und Kantone an, die Hausarztmedizin «als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung» anzuerkennen und zu fördern. Inhaltlich geht der Gegenentwurf jedoch weiter. Er hat nicht nur die Hausarztmedizin, sondern die Grundversorgung im Allgemeinen zum Gegenstand. Das geht besonders deutlich aus Abs. 2 hervor, der dem Bund die Kompetenz einräumt, über die Aus- und Weiterbildung aller Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe Vorschriften zu erlassen. Diese Befugnis war schon im bundesrätlichen Vorschlag für einen Gegenentwurf enthalten und entspricht dem legitimen Anliegen des Bundes, die Aus- und Weiterbildung der Berufe in der medizinischen Grundversorgung umfassend regeln zu können. Dies ermöglicht dem Bund eine bessere Abstimmung der unterschiedlichen Kompetenzprofile mit dem Ziel einer besser koordinierten Zusammenarbeit, auch mit den Angehörigen anderer Berufe. Zudem wird es möglich, einheitliche Bestimmungen über die Anforderungen an die Ausübung dieser Berufe auf Bundesebene zu erlassen. Die Initianten unterstützen dieses Anliegen.
Die anderen, zum Teil recht konkreten Forderungen der Volksinitiative: Top Aus- und Weiterbildung, Erleichterung des Zugangs und der Ausübung des Berufs, Erweiterung und angemessene Abgeltung der Leistungen usw. sind in erster Linie auf Gesetzes- und Verordnungsebene bzw. in den Kantonen umzusetzen. Die Eidgenössischen Räte wollten in diese Kompetenzordnung nicht eingreifen und erachteten die Erfüllung dieser zwar berechtigten, für den Verfassungsgeber aber zu spezifischen Forderungen vor allem als Gegenstand des vom Bundesrat in Aussicht gestellten und erfolgreich in Angriff genommenen Masterplans. Als wichtigstes Anliegen haben aber die beiden Räte die angemessene Entgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin als Forderung aufrechterhalten und in den Verfassungstext aufgenommen.

Die Initianten hätten ihre Initiative nicht zurückgezogen, wenn parallel zum Gegenvorschlag nicht auch noch der Masterplan von Bundesrat Berset erarbeitet worden wäre. Welche juristische Funktion und Rolle hat ein Masterplan? Und ist der Masterplan zu einem neuen Instrument der (Rechts-)Politik geworden?
Bundesrat Berset hat mit dem «Masterplan» zu einem in der Rechtspolitik neuen Instrument gegriffen. Der vor allem im Raumplanungsrecht benützte Begriff beschreibt ein koordiniertes Vorgehen; ein Grobplan, der verschiedene Teilplanungen aufeinander abstimmt, um ein grösseres Gebiet zu bearbeiten oder eine Strategie in gezielten Schritten umzusetzen. Mit dem Masterplan «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» ist es Bundesrat Berset gelungen, zur Umsetzung der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» alle betroffenen Kreise der verschiedensten Ebenen an einen Tisch zu bringen und ein koordiniertes Vorgehen in den einzelnen Bereichen zu vereinbaren. So haben sich Vertreter der Aus- und Weiterbildung, der ärztlichen Versorgung und der Finanzierung in drei Projektgruppen zusammengefunden, um gemeinsam nach Lösungen zu suchen: Erziehungs- und Gesundheitsdirektorenkonferenz, Schweizerische Universitätskonferenz und Staatssekretariat für Bildung und Forschung, das Eidgenössische Departement des Innern und das Bundesamt für Gesundheitswesen, die Initianten, der Verband Hausärzte Schweiz (FME) und die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) sowie die Tarifpartner (santésuisse, H+). Und das Experiment hat sich gelohnt! Rechtzeitig zum Abschluss des parlamentarischen Verfahrens lagen die Ergebnisse des Masterplans zur Umsetzung der konkreten Forderungen vor. In den Teilprojektgruppen «Medizinalberufegesetz» und «Bil-

dung und Forschung» sind diese zur vollen Zufriedenheit der Initianten ausgefallen, im Bereich «Finanzierung und Versorgung» konnten sich die Tarifpartner leider nicht einigen, weshalb der Departementsvorsteher die Analysenliste bzw. den Labortarif selbst festlegte und der Bundesrat zur Festlegung des ärztlichen Tarifs für Haus- und Kinderärzte von seiner neuen subsidiären Kompetenz Gebrauch machen wird.
Mit dem Masterplan konnten die Erwartungen der Haus- und Kinderärzte rascher verwirklicht werden als erwartet. Die Ergebnisse dürfen sich sehen lassen. Im Bereich der Aus- und Weiterbildung sowie der Forschung hat der Bundesrat das Medizinalberufegesetz im Sommer 2013 im Sinne der Initiative überarbeitet und ans Parlament überwiesen. Die Rolle der Hausarztmedizin soll künftig ausdrücklich in den Aus- und Weiterbildungszielen im MedBG verankert werden. Die Schweizerische Universitätsrektorenkonferenz hat sodann beschlossen, an allen fünf Universitäten vollausgerüstete, strukturelle Ordinariate für Hausarztmedizin zu schaffen sowie Lehre und Forschung mit einem gezielten Programm zu unterstützen. Gleichzeitig laufen die Bestrebungen weiter, in der Schweiz generell mehr Ärzte auszubilden. Was die von der Verfassung geforderte «angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin» betrifft, sollen einerseits den Haus- und Kinderärzten in freier Praxis mittels eines neuen TARMED-Tarifkapitels ab 2016 200 Millionen Franken jährlich zur Verfügung stehen und das Praxislabor spätestens ab 2015 mit künftig 33 Analysen aufgewertet werden, was zu einer weiteren substantiellen Verbesserung führen wird. Zusammen mit dem befriedigenden Ausgang der parlamentarischen Debatten und einem Verfassungsentwurf, der die wesentlichsten Forderungen aufnimmt, war das für die Initianten Grund genug, die Initiative zurückzuziehen.

Die Zahl der Volksinitiativen hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Und zwar auch, weil einige Parteien und Organisationen die Initiative als PR-Instrument zur eigenen Profilierung brauch(t)en. Wird dadurch Ihrer Meinung nach die Grundidee der Volksinitiative entwertet? Braucht es ein neues Initiativrecht? Z.B. Höhere Unterschriftenzahlen?
Es ist in der Tat so, dass in letzter Zeit nicht nur oppositionelle Gruppen vom Instrument der Volksinitiative Gebrauch machten, sondern auch die etablierten Parteien die Druck-, Mobilisierungs- und Profilierungsfunktion zu nutzen versuchten. Früher war den Initiativen kaum Erfolg beschieden. Das hat sich mit den letzten Initiativen etwas geändert. So oder so lösen die Volksinitiativen direkt oder indirekt immer etwas aus, wie das Beispiel der Hausarztinitiative zeigt. Vor allem bestimmen sie, was wann auf die politische Agenda gesetzt wird. Je mehr Volksinitiativen nun ergriffen werden, umso schwieriger wird es, die Regierungs- und Gesetzgebungstätigkeit längerfristig zu gestalten. Die Bemühungen um eine Verwesentlichung der Volksrechte sind deshalb verständlich. Leider ist die im Rahmen der Totalrevision der Bundesverfassung von 1999 angestrebte umfassende Volksrechtsreform schon im Parlament gescheitert. Mit einer Erhöhung der Unterschriftenzahlen wird die Lösung jedoch kaum zu finden sein. Ein Rückbau der Volksrechte dürfte sich als schwierig erweisen. Hingegen sollte der Zugang verfeinert werden, etwa im Sinne einer Vorprüfung von Volksinitiativen auf ihre Völkerrechtskonformität. Die Idee der «Allgemeinen Volksinitiative», bei der das Parlament zu entscheiden hätte, ob das Begehren im Ergebnis zu einer Gesetzes- oder zur einer Verfassungsänderung führt, ist 2003 von Volk und Ständen zwar genehmigt, dann aber wegen Schwierigkeiten bei der Umsetzung noch vor der Inkraftsetzung wieder aufgegeben worden.

Die Fragen stellte Bernhard Stricker

Prof. Dr. iur. et lic. oec. Heinrich Koller, Professor für öffentliches Recht an der Juristischen Fakultät der Universität Basel und ehemaliger Direktor des Bundesamtes für Justiz (1988–2006) ist Autor des Initiativtextes.

Der Hintergrund: Worum geht es bei der Abstimmung über die medizinische Grundversorgung?

Am 18. Mai 2014 wird u.a. über den «Bundesbeschluss vom 19. September 2013 über die medizinische Grundversorgung (direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative Ja zur Hausarztmedizin») abgestimmt, wie die offizielle Bezeichnung der Abstimmungsvorlage lautet. Worum geht es genau? Ein kurzer Rückblick auf die Entstehungsgeschichte des Verfassungsartikels.

Lancierung und Einreichung

Am **9. Mai 2009** fällten die Delegierten der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (SGAM) an ihrer Kadertagung auf dem Bürgenstock den Grundsatzentscheid zur Lancierung einer Volksinitiative, worauf sich am 2. Juli 2009 das Initiativkomitee konstituierte, das ausschliesslich aus (26) Hausärzten bestand. Zum Präsidenten des Initiativkomitees wählte die Gründungsversammlung Prof. Dr. Peter Tschudi, den ersten Professor für Hausarztmedizin in der Schweiz aus Basel. Der offizielle Startschuss für die Lancierung der Initiative fiel am **1. Oktober 2009** mit einer Medienkonferenz. Bereits nach 76 Tagen war die «Schallgrenze» von 100 000 Unterschriften erreicht, die vorwiegend in den Praxen der Haus- und Kinderärzte gesammelt wurden. Nach einer kurzen, fünfmonatigen Sammelzeit wurde die Initiative am **1. April 2010** in der Bundeskanzlei mit 202 256 beglaubigten Unterschriften eingereicht. Kurz darauf bestätigte diese das definitive Zustandekommen.

Am 4. Juni 2010 wurde der «Verein Initiativkomitee Ja zur Hausarztmedizin» formell aus der Taufe gehoben. Damit entstand eine gewollte Doppelstruktur mit einer klar definierten Aufgabenteilung zwischen Initiativkomitee (Verein JZH) und Berufsverband Haus- und Kinderärzte Schweiz (MFE). Der Verein JZH sollte organisatorisch, administrativ und finanziell autonom und unabhängig vom (MFE-)Tagesgeschäft arbeiten können. Strategische Entscheide sollten gemeinsam gefällt werden.

Direkter Gegenentwurf und parlamentarische Phase

Der Bundesrat beschloss an seiner Sitzung vom **13. Oktober 2010**, die Initiative abzulehnen, ihr aber einen direkten Gegenentwurf – auf Verfassungsebene – gegenüberzustellen. Dazu eröffnete er am **6. April 2011** ein (dreimonatiges) Vernehmlassungsverfahren, dessen Ergebnisse in die Formulierung des definitiven Gegenentwurfes flossen, der am **16. September 2011** zusammen mit der entsprechenden Botschaft veröffentlicht wurde. Die Vereine JZH und MFE beschlossen an einer gemeinsamen Sitzung am **22. September 2011**, den Gegenentwurf des Bundesrates abzulehnen und an ihrer Initiative festzuhalten. Am **4. Juni 2012** kam die Initiative Ja zur Hausarztmedizin erstmals ins eidgenössische Parlament. Der Ständerat folgte seiner gesundheitspolitischen Kommission und beschloss einstimmig (mit 40:0 Stimmen), sowohl Initiative als auch den Gegenentwurf des Bundesrates abzulehnen und stattdessen einen eigenen direkten Gegenentwurf zu lancieren. Der Nationalrat beschloss im September 2012 – vorerst ohne inhaltliche Diskussion – die Frist für die Behandlung der Initiative um ein Jahr zu verlängern, was ihm der Ständerat in der gleichen (Herbst-)Session gleichtat. Der Nationalrat beschloss sodann am **6. März 2013**, die Initiative abzulehnen und einen eigenen direkten Gegenentwurf zu formulieren, womit eine Differenz zum Ständerat entstand, der am **5. Juni 2013** an seiner Version des Gegenentwurfes festhielt, ebenso der Nationalrat in seiner Diskussion am **13. Juni 2013**: Damit blieb die Differenz zum Ständerat bestehen. In der Herbstsession – am **19. September 2013** – einigten sich National- und Ständerat auf den direkten Gegenentwurf des Ständerates, der in der Schlussabstimmung von beiden Räten angenommen wurde.

Masterplan und Rückzug

Bundesrat Berset lancierte am **11. Juni 2012** den sog. «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» und stellte ihn an einer Pressekonferenz am 19. Juni 2012 der Öffentlichkeit vor. Beteiligt (in der Trägerschaft) waren: Bundesrat Alain Berset, Dr. Carlo Conti, Präsident Gesundheitsdirektorenkonferenz, Prof. Dr. Peter Tschudi, Präsident Initiativkomitee Ja zur Hausarztmedizin, Dr. Marc Müller, Präsident Hausärzte Schweiz, Dr. Jacques de Haller, Präsident FMH, Dr. iur. Mauro Dell'Ambrogio, Staatssekretär Bildung und Forschung, Dr. iur. Christoph Eymann, Präsident Schweizerische Universitätskonferenz, Pascal Strupler Direktor des Bundesamtes für Gesundheit. Nach andert-

Über diesen Verfassungsartikel wird am 18. Mai 2014 abgestimmt.

Bundesbeschluss vom 19.9.2013 über die medizinische Grundversorgung (Direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative Ja zur Hausarztmedizin)

Art. 117a (neu) Medizinische Grundversorgung

1 Bund und Kantone sorgen im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine ausreichende, allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.

2 Der Bund erlässt Vorschriften über:
a. die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Anforderungen zur Ausübung dieser Berufe;
b. die angemessene Abgeltung der Leistungen der Hausarztmedizin.

halbjähriger, intensiver Arbeit in drei Arbeitsgruppen lagen im Herbst 2013 konkrete Ergebnisse vor, die das Initiativkomitee am **26. September 2013** bewogen (zusammen mit dem definitiv verabschiedeten direkten Gegenentwurf des Parlamentes), die Initiative zurückzuziehen. Der Masterplan sieht rund ein Dutzend Massnahmen vor, die Hausarztmedizin aufzuwerten. Dazu gehören u.a. eine Besserstellung im Tarifbereich um 200 Millionen Franken und eine (Wieder-)Aufwertung des Labors um 35 Millionen Franken.

Abstimmungskampagne

Bereits am 24.2.2014 haben Bundesrat Alain Berset und Regierungsrat Carlo Conti an einer gemeinsamen Pressekonferenz im Namen des Bundesrates und der kantonalen Gesundheitsdirektoren Einigkeit in der Sache und Schulterschluss über die Interessen- und Parteigrenzen hinweg signalisiert. Denn neben Bund und Kantonen steht eine grosse Mehrheit des National- und Ständerates hinter der Vorlage. Ausser der SVP unterstützen alle Parteien die Vorlage.

Am 1. April 2014, dem «Tag der Hausarztmedizin», haben die Hausärzte und zahlreiche Vertreter von Grundversorgerorganisationen gemeinsam die heisse Phase des Abstimmungskampfes lanciert.

Bernhard Stricker

Die «Seite der Hausärztinnen und Hausärzte» (VHBB)

VHBB Generalversammlung

Die GV der VHBB fand dieses Jahr im St. Claraspital statt. Neben den Sachgeschäften boten die beiden Gastreferenten, Prof. Peter Tschudi als «Vater» der Hausarztinitiative, und Dr. Urs Stoffel als Vertreter sowohl des Vorstands FMH wie auch der fmCH (Verband der chirurgisch und invasiv tätigen Fachgesellschaften) nach je einem kurzen Einführungsreferat Argumente für und wider den neuen Verfassungsartikel, so dass anschliessend eine spannende Diskussion entstand, an welcher sich die Anwesenden engagiert beteiligten.

Schlagworte wie «heute Leistungserbringer – morgen Leistungsbezüger» oder die Rechnung von Dr. Stoffel, nach welcher beim bundesrätlichen Tarifeingriff v.a. die Krankenkassen profitierten, stimmten nachdenklich. Rezepte, ob, und wenn ja wie eine gerechte Umverteilung der Einkünfte innerhalb der Ärzteschaft realisiert werden soll, um den Hausärztemangel zu verringern, konnten an der GV selbstredend keine abgesegnet werden. Als Fazit bleibt zu hoffen, dass die Tarifrevision ihre Versprechen (und den Zeitplan) einhält und die aktuellen behördlichen Manipulationen überflüssig machen kann.

Selbstdispensation in Baselstadt

Bekanntlich sind die KollegInnen im Stadtkanton insgesamt (noch) nicht begeistert für die Selbstdispensation. Die Idee bleibt jedoch bestehen und kann bei Gelegenheit auch wieder aufgegriffen werden. Folgende Vereinbarungen konnten über die Arbeitsgruppe mit dem Apothekerverband getroffen werden:

- Keine Messungen/Leistungen, die als Konsequenz einen Arztbesuch erfordern
- Verzicht auf Werbung, die die Apotheke als Erstanlaufstelle propagiert
- Grippeimpfungen nur noch in Arztpraxen

Wichtige Termine VHBB 2014

- Bad Schauenburg: 4. September 2014
- Herbstbummel: 30. Oktober 2014
- GV: 5. Februar 2015

Für den Vorstand VHBB: Christoph Hollenstein
www.vhbb.ch