



Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte  
Fédération des médecins suisses  
Federazione dei medici svizzeri  
Swiss Medical Association

Bundesamt für Gesundheit BAG  
Abteilung Gesundheitsberufe  
3003 Bern

(Per Post und eMail  
dm@bag.admin.ch  
dorothea.haenni@bag.admin.ch)

Bern, 5. Juli 2011

## **Stellungnahme der FMH zum Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin»**

Die FMH bedankt sich für die Gelegenheit zur Stellungnahme. Angesichts der Bedeutung des Themas hat die FMH-Delegiertenversammlung die Grundzüge der Haltung der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte diskutiert und festgelegt – sie lehnt den Gegenentwurf einstimmig ab.

### **Allgemeine Bemerkungen**

Die FMH ist wie Bundesrat und Initiativkomitee der Auffassung, dass die Situation der Hausarztmedizin verbessert und die anstehenden Probleme angepackt und gelöst werden müssen. Die FMH ist bereit, konstruktiv beizutragen, damit die Hausarztmedizin als ein zentrales Standbein der medizinischen Versorgung langfristig gesichert ist.

Die FMH würdigt den Entscheid des Bundesrats, der Initiative einen direkten Gegenvorschlag gegenüberzustellen und damit ein Zeichen für die Verbesserung der Hausarztmedizin zu setzen. Die FMH ist jedoch überzeugt, dass der Text des Gegenentwurfs nicht hilfreich ist, die aktuellen Probleme zu lösen.

Die Initiative will die Hausarztmedizin – durchaus in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen und Institutionen – stärken.

Der Gegenvorschlag möchte die so genannte medizinische Grundversorgung<sup>1</sup> sicherstellen. Die FMH hat ein gewisses Verständnis für die im Gegenentwurf vorgeschlagene Ausweitung des Themas auf Grundversorgung. Ein erheblicher Ärztemangel, insbesondere in der Hausarztmedizin, besteht bereits und wird sich in den nächsten Jahren noch ausweiten. Zudem kommt auf die Schweiz ein Mangel in der Pflege und in verschiedenen Fachbereichen wie beispielsweise in der Chirurgie, Gynäkologie und Psychiatrie zu. Die FMH ist bereit, die Arbeitsteilung im Gesundheitswesen und in der Grundversorgung überdenken zu helfen, insbesondere jene Aufgaben, die bisher von Ärzten übernommen wurden und allenfalls an andere Gesundheitsfachpersonen übertragen werden können. Für eine effektive und effiziente Behandlung von Patienten ist eine überzeugende Koordination notwendig und Kompetenz und Verantwortung müssen parallel laufen. Den Hausärztinnen und Hausärzten kommt hier nach Auffassung der FMH eine zentrale Funktion zu.

Die Hausarztinitiative schlägt eine Ergänzung von Art. 118 BV vor – also im Bereich der Gesundheitskompetenzen des Bundes. Der Gegenentwurf will Art. 117 BV ergänzen. Er hängt somit die Frage der Hausarztmedizin an den Sozialversicherungen auf. Diese Verschiebung der systematischen Stellung in der BV, verbunden mit dem Wechsel vom Begriff Hausarztmedizin zur Grundversorgung, lässt verständlicherweise befürchten, dass der Bundesrat die Rollen der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen langfristig neu verteilen will.<sup>2</sup>

Die Initiative verlangt Massnahmen zur Erleichterung der Berufsausübung. Der Gegenentwurf geht in die gegenteilige Richtung und sieht neue Vorschriften zur Versorgungssteuerung, für Qualitätsvorgaben, Eingriffe in die Tarife und Vorschriften über den elektronischen Datenaustausch in der Grundversorgung vor. Er würde damit die Berufsausübung erschweren, statt sie zu erleichtern. Zudem greift die Vorlage damit auch in die Kompetenz der Kantone ein. Dies ist aus Sicht der FMH der falsche Weg.

Der Gegenentwurf hält zwar fest, dass der Bund nur subsidiär tätig werden solle. Doch lässt der Verfassungstext völlig offen, wann ein Eingreifen des Bundes gerechtfertigt wäre. Damit fehlen rechtsstaatliche Sicherungen gegenüber einem überbordenden Staatsinterventionismus.

Der Gegenentwurf fördert aus Sicht der FMH etwas anderes als es die Initiative will: Nicht der Weg erscheint somit unterschiedlich, sondern das Ziel. Inhaltlich liegt damit kein echter Gegenentwurf zur Initiative vor.

### **Zu den einzelnen Bestimmungen**

*Zu Abs. 1 (Bund und Kantone setzen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität ein. Sie anerkennen und fördern die Hausarztmedizin als einen wesentlichen Bestandteil dieser Grundversorgung.)*

Wie bereits ausgeführt, ist zu befürchten, dass sich hinter der vorgeschlagenen systematischen Stellung (BV 117a) und dem Begriff Grundversorgung die langfristige Absicht des Bundesrats besteht, die Rollen der verschiedenen Berufe im Gesundheitswesen zu verändern. Insbesondere wird die Befürchtung wach, dass neue Rollenbilder ohne echte Mitgestaltungsmöglichkeit durch die Ärzteschaft top-down aufgezwungen werden, verbunden mit dem Risiko, dass Verantwortung (Haftungsrecht) und Kompetenz auseinanderfallen.

---

<sup>1</sup> Expression qui devrait à notre avis se traduire en français par «soins de premier recours» et non par «médecine de premier recours»

<sup>2</sup> Zum Vergleich: Sogar die Komplementärmedizininitiative, die wesentlich auch auf die Kostenübernahme durch die Sozialversicherungen abzielte, ist systematisch bei Art. 118 und nicht bei Art. 117 BV platziert.

*Zu Abs. 2 (Der Bund erlässt Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung und über die Ausübung dieser Berufe.)*

Im Unterschied zur Initiative fehlt im Gegenvorschlag die klinische Forschung. Weil diese für die Entwicklung der verschiedenen medizinischen Bereiche – und damit auch für die Hausarztmedizin – zentral ist, muss der Gegenvorschlag die klinische Forschung berücksichtigen.

Aus Sicht der FMH sind die aktuellen<sup>3</sup> Curricula für die Aus- und Weiterbildung adäquat. Es fehlt somit nicht an Vorschriften in diesem Bereich, sondern an adäquaten Weiterbildungsgelegenheiten, insbesondere in Form von genügend realistisch finanzierten Praxisassistentenstellen.

*Zu Abs 3 (Soweit es die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erfordert, kann der Bund Vorschriften erlassen über:*

- a. die Steuerung und die Koordination der Versorgung und des Aus- und Weiterbildungsangebots;*
- b. die Gewährleistung der Qualität der Leistungen und deren Abgeltung;*
- c. den elektronischen Datenaustausch.)*

Die Initiative schlägt eine erleichterte Berufsausübung, eine angemessene Abgeltung, administrative Vereinfachungen und die Möglichkeit vor, den Beruf zeitgemäss ausüben zu können. Die Initianten erwähnen praktische Massnahmen wie «Unterstützung gemeinschaftlicher Formen der Hausarztmedizin (z. B. Gruppen- und Gemeinschaftspraxen, Ärzthäusern, Kliniken und anderen Formen eines integrierten Dienstleistungsangebots) und erleichterter Zugang dazu, einschliesslich finanzieller Anreize und administrativer Entlastungen, Erleichterungen und Unterstützung in Notfall-, Wochenend- und Nachtdiensten: (z.B. Vernetzung, hausärztliche Notfallpraxen vorgeschaltet in den Spitälern, öffentliche Beteiligung an der Telefontriage (public-privat-partnership), Anerkennung des Notfalldienstes als kostenpflichtiger Dienstleistungsauftrag der Öffentlichkeit etc.), Schaffung von Anreizsystemen für unattraktive Gebiete (geographisch, sozialpolitisch), Logistische und finanzielle Unterstützung (bei Bedarf, z.B. Ärztehaus), Möglichkeit der Praxisführung als AG (gute Übergangsregelungen für Praxisnachfolger), Förderung von Tagesstrukturen (KITA, usw., Teilzeitarbeit).<sup>4</sup>

Der Gegenentwurf sieht hingegen Vorschriften vor, welche die Berufsausübung in der Hausarztmedizin erschweren und lähmen:

- Neue Bundesvorschriften zur Steuerung und Koordination der Versorgung (lit. a) sind der falsche Weg – dies hat bereits der Zulassungsstopp eindrücklich gezeigt. Die Steuerung der Versorgung muss vor Ort in Kenntnis der regionalen Situation organisiert werden, Bundesvorgaben sind dafür nicht hilfreich. Auch das Aus- und Weiterbildungsangebot ist durch den Bund zu steuern. Es genügt, gute Weiterbildungsgelegenheiten einschliesslich Praxisassistenten anzubieten und deren Finanzierung sicherzustellen – im Unterschied zu einer Steuerung durch den Bund würde das fördernd statt lähmend wirken.
- Von Behörden verordnete Vorschriften zur Sicherung der Qualität der Leistungen und deren Abgeltung (lit.b) sind für die Berufsausübung erschwerend, weil sie häufig in Unkenntnis der ärztlichen Tätigkeit entstehen: Qualitätssicherungsprogramme für die Hausarztmedizin müssen bottom-up entwickelt werden. Mit behördlichen Tarifvorgaben und

<sup>3</sup> Insbesondere wurde das Curriculum für Allgemeine Innere Medizin neu gestaltet und zusammengefasst; nach Kenntnisstand der FMH wird dieses Curriculum auch vom Bund unterstützt und mitgetragen.

<sup>4</sup> Broschüre der Initianten: «Was will die Volksinitiative konkret», 2010.

-entscheiden haben die Hausärzte schlechte Erfahrungen gemacht: Die politisch erzwungene Kostenneutralität bei der TARMED-Einführung, verbunden mit Margensenkungen bei der Medikamentenabgabe und mehrmaligen massiven Tarifsenkungen bei Analysen im Praxislabor, haben die Situation für die heutigen Hausärztinnen und Hausärzte verschlechtert und schrecken den potentiellen Nachwuchs ab.

- Datenaustausch ist nicht eHealth: Beim ePatientendossier geht es gerade nicht um den elektronischen Datenaustausch im eingeführten Wortsinn (also um die Sendung vom Absender zu einem bekannten Empfänger), sondern es sollen Informationen zur Verfügung stehen für nicht zum Voraus bekannte Empfänger in einem «virtuellen Bibliothekssystem». Vorschriften für den elektronischen Datenaustausch erlassen (lit.c.) hiesse hingegen, insbesondere den eMail-Verkehr oder den Rechnungsdatenaustausch in der Grundversorgung mit den Versicherern gesetzlich zu regeln. Dafür braucht es kein Bundesgesetz.<sup>5</sup> Etwas anderes wäre eine klare Bundeskompetenz für eHealth und insbesondere das ePatientendossier. Diese darf sich aber keinesfalls nur auf die Grundversorgung beschränken, sondern müsste für das gesamte Gesundheitswesen gelten und gehörte wohl in einen eigenen Verfassungsartikel.<sup>6</sup>

*Zu Abs. 4 (Der Bund kann die Kantone bei der Entwicklung und Einführung zeitgemässer Versorgungsmodelle beratend unterstützen.)*

Die Initiative verlangt administrative Vereinfachungen und die Möglichkeit, den Beruf zeitgemäss ausüben zu können. Dazu gehören aus Sicht der FMH sowohl der Abbau des Papierkriegs mit den Behörden als auch eine qualitativ höher stehende Rückfragekultur der Versicherer, verbunden mit der Einführung der Kostenwahrheit für Berichte. Zur Möglichkeit, den Beruf zeitgemäss ausüben zu können, gehört die Zulassung von AG und GmbH in allen Kantonen.<sup>7</sup> Es gehört aber auch dazu, dass die als einfache Gesellschaften betriebenen Gruppenpraxen konsequent gemäss den Bedürfnissen der Patienten und der Mitarbeitenden organisiert werden können, ohne beispielsweise von der Mehrwertsteuer massiv behindert zu werden. Heute ist z.B. weder ein Medikamenteneinkauf im Namen der Gruppenpraxis möglich, noch darf die Praxis Fremdaufträge fürs Labor annehmen – das sind unnötige Schikanen für die Medizin<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Die FMH und ihre Mitglieder haben unter grossen eigenen Aufwendungen seit Mitte der 1990er Jahre die Voraussetzungen für eine sichere Kommunikation unter Leistungserbringern geschaffen – nota bene ohne öffentliche Unterstützungsgelder.

<sup>6</sup> Etwa in der folgenden Art: «Die Gesetzgebung auf dem Gebiet von eHealth, insbesondere des ePatientendossiers, ist Sache des Bundes»<sup>6</sup> Die FMH ist der Auffassung, dass der Grundsatz der Einheit der Materie verletzt würde, wenn ein Thema wie das ePatientendossier der Hausarztinitiative gegenübergestellt würde. Es dürfte ja nicht sein, dass Volk und Stände sich zwischen der Hausarztmedizin und eHealth entscheiden müssen.

<sup>7</sup> Das Bundesgericht in Luzern anerkennt die vom Kanton akzeptierten Gruppenpraxen als Leistungserbringer im KVG. Doch das Bundesgericht in Lausanne hat es 2007 den Kantonen überlassen, ob Ärztinnen und Ärzte Praxen und Gruppenpraxen als AG oder GmbH betreiben dürfen – vgl BGE vom 10. Januar 2007, 2P.231/2006.

<sup>8</sup> Vgl. die viel zu engen Vorgaben in der Brancheninfo:

- a. Bei der Gemeinschaft handelt es sich um eine einfache Gesellschaft im Sinne von Artikel 530 ff. OR;
- b. die Gemeinschaft ist ausschliesslich zum Zwecke der Beschaffung der erforderlichen Infrastruktur (z.B. medizinischer Geräte, Praxisräumlichkeiten, Personal) sowie des damit verbundenen Betriebes gebildet worden;
- c. alle Gesellschafter der einfachen Gesellschaft sind natürliche Personen (Personengesellschaften und juristische Personen sind ausgeschlossen);
- d. alle Gesellschafter einer solchen Gemeinschaft üben eine Tätigkeit im Bereich der Heil- und Pflegeberufe nach Ziffer 1.4 aus und sind im Besitz der nach kantonalem Recht erforderlichen Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung oder zur Ausübung der Heilbehandlung nach der kantonalen Gesetzgebung zugelassen (Art. 35 Abs. 1 Bst. a und b MWSTV);
- e. die anfallenden Kosten werden den einzelnen Gesellschaftern anteilmässig zu Selbstkosten (ohne Gewinnzuschlag) belastet;

Und der Chirurg, der seine Gruppenpraxis mit Kollegen als AG betreibt, muss beim Spital für seine Belegarztstätigkeit Mehrwertsteuer verlangen, obschon er auch als Belegarzt im Spital direkt am Patienten arbeitet.<sup>9</sup>

Der Gegenentwurf löst diese Probleme nicht und verkennt damit das eigentliche Anliegen der Initiative. Mit unnötigen Hürden behindert der Gegenentwurf gar die Angehörigen des Gesundheitswesens, zeitgemässe Versorgungsmodelle bottom-up zu entwickeln.

*Zu Abs. 5 (Bund und Kantone koordinieren die Vorbereitung und die Umsetzung ihrer Massnahmen.)*

Dagegen ist nichts einzuwenden.

Freundliche Grüsse  
**FMH**



Dr. med. Jacques de Haller  
Präsident FMH



Hanspeter Kuhn, Fürsprecher  
stv. Generalsekretär

---

f. Dritten gegenüber werden durch die Gemeinschaft weder Dienstleistungen erbracht noch Gegenstände geliefert.

<sup>9</sup> Die Behandlung seiner eigenen Patienten im Spital gilt dann als mwst-pflichtige Personalausleihe der Gruppenpraxis ans Spital ...