



Bundesamt für Gesundheit
Abteilung Gesundheitsberufe
3003 Bern

Bern, 31. Mai 2011
31.1/MZ/MJ

Direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin"; Vernehmlassung

Sehr geehrte Damen und Herren

Sie haben uns mit Schreiben vom 7. April 2011 eingeladen, zum direkten Gegenentwurf zur Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" Stellung zu nehmen. Gerne machen wir von dieser Möglichkeit Gebrauch.

Ausgangslage

Am 6. April 2011 hat der Bundesrat die Vernehmlassung zum direkten Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» eröffnet. Auf Wunsch mehrerer Kantone erarbeiteten die interkantonale Konferenzen (GDK und EDK) eine Musterstellungnahme.

Allgemeine Bemerkungen

Wir begrüssen es, dass der Bund einen Gegenvorschlag zur Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» vorlegt, und beschliesst, sich subsidiär für eine allen zugängliche Hausarztmedizin von hoher Qualität einzusetzen. Dieses Engagement muss sich jedoch auf den ambulanten Bereich beschränken.

Die Initiative « JA zur Hausarztmedizin » weist einige verfassungsrechtliche Mängel auf. Es ist deshalb gerechtfertigt, ihr einen Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Sie ist einerseits zu eng gefasst und andererseits mit vielen, nicht auf der Ebene der Verfassung zu regelnder Bestimmungen bestückt. Das Hauptanliegen der Initianten – die Stärkung der Hausarztmedizin – ist zu begrüssen. Funktion, Qualifikationsanforderungen und Aufgaben des klassischen Hausarztes sind jedoch einem Wandel unterworfen. Heute ist mehr Teamarbeit und Koordination von Leistungserbringern gefragt, um in einem zukunftsgerichteten Modell einer Gesundheitsversorgung als Erstanlaufsstelle oder Drehscheibe für den Patienten fungieren zu können. Der Hausarzt der Zukunft muss in Grundversorgungsnetzen die zentrale Rolle spielen. Die isolierte Einzelpraxis wird immer mehr in den Hintergrund treten. Ein Verfassungstext muss diesen Wandel abbilden können.



Wir halten den vom Bundesrat in die Vernehmlassung geschickten Gegenvorschlag aber als untaugliches Instrument, generell eine Kompetenzaufteilung zwischen Bund und Kantonen neu zu regeln. Gerade zu diesem Zweck ist im Rahmen des „Dialog Nationale Gesundheitspolitik“ ein geordnetes Verfahren eingeleitet worden, welches die Kompetenzausscheidung zwischen Bund und Kantonen im Bereich der Gesundheitspolitik optimieren soll. Mit der Erweiterung des Geltungsbereichs des Gegenvorschlags auf die gesamte Grundversorgung, welche sich gemäss erläuterndem Bericht vom 6. April 2011 auf die gesamte ambulante und stationäre Versorgung bezieht, erfolgt aber eine Ausweitung der Bundeskompetenzen, ohne

- den Begriff der Grundversorgung klar zu definieren;
- die Interventionsvoraussetzungen des Bundes zu definieren;
- die Anforderung der fiskalischen Äquivalenz zu beachten, d.h. die Übereinstimmung der Steuerungskompetenz und der Finanzierung zu sichern.

Gerade aus diesen drei Gründen halten wir einen Gegenvorschlag von dieser Tragweite für unangebracht.

Wir sind absolut damit einverstanden, dass die Hausarztmedizin einen wesentlichen Bestandteil der Grundversorgung bildet und sich nicht nur auf die Ärztinnen und Ärzte, sondern auch auf weitere Gesundheitsfachpersonen stützen muss. Wir begrüßen es auch, dass der Gegenvorschlag nicht nur einen einzigen Weg für den Zugang zur medizinischen Versorgung vorschreibt, sondern den Erwartungen der Patientinnen und Patienten Rechnung trägt.

Aus- und Weiterbildung der Ärzte/Ärztinnen sind bereits im Medizinalberufegesetz geregelt. Für die Gesundheitsberufe, die an Fachhochschulen ausgebildet werden, erarbeitet der Bund zurzeit ein Gesundheitsberufegesetz, während die Abschlüsse der Berufsbildung im Berufsbildungsgesetz und in den entsprechenden Verordnungen geregelt sind. Die Bereitstellung des Ausbildungsangebots in der Berufsbildung ist in der Regel abhängig von der Zahl der Ausbildungsplätze, die Höheren Fachschulen müssen selber über die Grösse ihres Angebots bestimmen können.

Der angebotssteuernde Eingriff des Bundes in ein Ausbildungssystem stellt ein Präjudiz dar für andere Berufe, die im Rahmen von Hochschulstudiengängen ausgebildet werden: Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass zu gegebener Zeit für weitere Bereiche gleiche oder ähnliche Regelungen zur Steuerung aus Anstellungssicht in Aussicht genommen werden.

Aus bildungspolitischer Sicht ist die Frage nach der Tauglichkeit der Massnahmen zu stellen: Führt eine Steuerung der Studierendenzahlen in der Medizin, also eine Inputsteuerung, tatsächlich zu einer Erhöhung der Zahl der Hausärzte/Hausärztinnen? Steuerungsmassnahmen wären – wenn überhaupt – sinnvoller beim Übergang vom Studium zur ärztlichen Weiterbildung, bei der Weiterbildung mit dem Ziel Hausarztmedizin sowie den Rahmenbedingungen für den Hausarztberuf (beispielsweise mit der Schaffung von Anreizen). Ebenso könnte versucht werden, mit entsprechenden Massnahmen den Verbleib im Arztberuf zu unterstützen.

Die von der Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» anvisierten Probleme können unseres Erachtens nicht allein mit einem Verfassungsartikel gelöst werden. Wirksamer sind konkrete Massnahmen im Bereich der Tarifpolitik, der ärztlichen Ausbildung und begleitender Massnahmen. Die dazu notwendigen rechtlichen Grundlagen können unseres Erachtens teils mit gesetzlichen oder vertraglichen Instrumenten erreicht werden. Aber die Umsetzung wird teuer.... Wir verlangen deshalb, dass sich der Bund zusammen mit den Kantonen an der Umsetzung finanziell beteiligt.



Bemerkungen zu den einzelnen Bestimmungen

Titel neu : *Ambulante* medizinische Grundversorgung

Art. 117a Abs. 1

Einem grundsätzlichen Bekenntnis zur einer qualitativ hochstehenden, für alle zugänglichen Grundversorgung verschliesst sich die GDK nicht. Der erläuternde Bericht hat jedoch klarer zu definieren, was unter diesem Begriff zu subsumieren ist. Der Hauptinhalt des Gegenvorschlags hat sich hingegen auf Massnahmen zur Stärkung der ambulanten ärztlichen Grundversorger zu konzentrieren.

Aus bildungs- und hochschulpolitischer Sicht müssen Entwurf Art 117a Absatz 2 und Absatz 3 litera a abgelehnt werden. Die Autonomie der Träger und der Hochschulen (Universitäten und Fachhochschulen) ist nicht respektiert; die Vorlage, insbesondere Absatz 3, stellt einen massiven Eingriff in die gemeinsamen Kompetenzen der Kantone und des Bundes gemäss Art. 63a BV dar. Besonders gravierend ist das Vorhaben auch angesichts der fehlenden Bereitschaft des Bundes, einen der beanspruchten Regelungskompetenz äquivalenten finanziellen Beitrag zu leisten (fehlende fiskalische Äquivalenz).

Konkret:

Bund und Kantone setzen sich im Rahmen ihrer Zuständigkeiten für eine allen zugängliche medizinische Grundversorgung von hoher Qualität ein. Sie sorgen gemeinsam dafür, die ambulante Hausarztmedizin, einen wesentlichen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung, zu unterstützen.

Art. 117a Abs. 2

Die Regelungskompetenz des Bundes im Bereich der Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung ist unbestritten. Hingegen fallen die Vorschriften über die Ausübung der Berufe in die Kompetenz der Kantone. Der erläuternde Bericht gibt keine klärende Hinweise darauf, wo allenfalls die Grenze einer Bundeskompetenz zwischen der Definition von versorgungsbezogenen Ausbildungszielen und konkreten Versorgungseingriffen gesehen wird.

Konkret:

Der Bund erlässt Vorschriften über die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung ~~und über die Ausübung dieser Berufe.~~

Art. 117a Abs. 3

Die Bundeskompetenzen sind auf die Förderung der Hausarztmedizin zu fokussieren. Da Bst. a im Gegenvorschlag eine Kompetenzverschiebung bezüglich der Zulassung zum Medizinstudium vorsieht, sind auch deren Kostenfolgen zu regeln. Wir schlagen zudem mit Bst. c neu vor, einen speziellen Artikel zur die Förderung neuer ambulanter Grundversorgermodelle, welche die Hausarztmedizin einschliessen, einzufügen. Denkbar ist hier beispielsweise, die Gesetzesgrundlage für einen Förderfonds vorzusehen. Hier orten wir ein noch unausgeschöpftes Potential zur Sicherung einer bevölkerungsnahen Versorgung. Hingegen dürfte es schwierig sein, die Verfassungsgrundlage für eHealth und den elektronischen Datenaustausch unter dem Verfassungstitel „*Ambulante medizinische Grundversorgung*“ als subsidiäre Massnahme („*soweit es die Sicherstellung der ambulanten medizinischen Grundversorgung erfordert,*“) abzuhandeln. Diese Bemerkung trifft aber auch für den Vernehmlassungsvorschlag zu.



Konkret:

Soweit es die Sicherstellung der ambulanten Hausarztmedizin erfordert, kann der Bund Vorschriften erlassen über:

- a. Die Steuerung und die Koordination der Versorgung und des Aus- und Weiterbildungsangebots. Der Bund übernimmt die diesbezüglichen Kosten;
- b. die Gewährleistung der Qualität der Leistungen und deren Abgeltung;
- c. die Förderung neuer Modelle für die medizinische Grundversorgung, einschliesslich der Hausarztmedizin;

- a. Art. 117a Abs. 4 und 5: streichen

Diese Absätze bringen unseres Erachtens keinen Mehrwert, bzw. sind bereits durch Abs. 1 erfasst.

Für weitere Auskünfte stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

SCHWEIZERISCHE KONFERENZ DER KANTONALEN
GESUNDHEITSDIREKTORINNEN UND –DIREKTOREN

Der Präsident

Pierre-Yves Maillard
Staatsrat

Der Zentralsekretär

Michael Jordi