



## Gastkommentar

Andrea Büchler, Präsidentin der Nationalen Ethikkommission, plädiert für begriffliche Klarheit in ethischen Debatten – zum Beispiel beim Thema Impfen. Seite 2



## Arztтарif: Die Hoffnung auf Reform lebt

Dem Bundesrat wurden Vorschläge unterbreitet, wie Leistungen künftig abgerechnet werden können. Seite 3



## Globalbudget durch die Hintertür(en)

Wer kein Globalbudget im Gesundheitswesen will, muss an mehreren Fronten kämpfen. Seite 4

# POLITIK + PATIENT

18. Jahrgang  
Herausgeber: Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG  
Politik + Patient ist eine Beilage der Schweizerischen Ärztezeitung  
Verantwortlich für die Redaktion: Marco Tackenberg, Markus Gubler, Benjamin Fröhlich; forum | pr  
Layout: Claudia Bernet, Bern  
Druck: Stämpfli AG

**VEDAG** Verband  
Deutschschweizer  
Ärztgesellschaften

Sparpläne im Gesundheitswesen

## Ärztliche Zulassungssteuerung — aber wie?

**Auf Anfang 2022 traten die Bestimmungen zur ärztlichen Zulassungssteuerung in Kraft. An einem Workshop des Verbands Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG in Biel diskutierten Exponenten der Gesundheitspolitik, wie diese Zulassungssteuerung umgesetzt werden kann. Alle sind sich einig: Einfach wird es nicht.**



Bleiben die Kittel hängen? Die Zulassungssteuerung ist eine Hürde für Berufseinsteiger.

Bild: iStock

Seit 20 Jahren besteht der politische Wille, schärfere Regeln für die Zulassung von Ärztinnen und Ärzten im ambulanten Bereich festzulegen. Die sogenannte «Zulassungssteuerung» soll die Überversorgung und den Anstieg der Gesundheitskosten mindern. Seit Kur-

zem ist es nun vollbracht: Im Juni 2021 hat der Bundesrat die entsprechende Verordnung erlassen. Was ändert sich dadurch?

Fortsetzung auf Seite 2

Kommentar

## Wie Ärzte Sterbende begleiten

Die Medizin ist seit jeher ein Auflehnen gegen Krankheit, Leiden und Tod. Wie gehen medizinische Fachpersonen mit dem Tod ihrer Patienten um? Und wie gut werden sie vorbereitet auf Gespräche über das Lebensende mit Patienten und Angehörigen? Die Ärztesgesellschaft des Kantons Waadt befragte dazu im Sommer 2021 ihre Mitglieder. Rund 450 Ärzte antworteten, die meisten davon waren Allgemeinmediziner, Psychiater oder Psychotherapeuten, die in einer Privatpraxis, in einer Praxisgruppe oder in einem medizinischen Zentrum arbeiten. 40 Prozent der Antwortenden sind mehrmals pro Jahr mit dem Tod eines Patienten konfrontiert, 14 Prozent sogar mehrmals im Monat oder täglich. Zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte fühlen sich ausreichend geschult, um mit ihren Patienten über den Tod zu sprechen. Aber nur etwas mehr als die Hälfte fühlt sich kompetent, die trauernde Familie zu begleiten. Insgesamt sind 70 Prozent der antwortenden Ärztinnen und Ärzte der Meinung, dass die Ausbildung während des Studiums in diesem Bereich nicht ausreichend ist.

Es ist ein grosser Irrtum zu glauben, die Medizin könne den Tod kontrollieren oder sogar beherrschen. Ein verstorbener Patient bedeutet denn auch nicht, dass der Arzt versagt hat. Vielmehr sollten Ärztinnen und Ärzte versuchen, ihren Patienten in den letzten Momenten nicht nur mit medizinischem Fachwissen, sondern vor allem mit Menschlichkeit zu begegnen.

Ärztinnen und Ärzte, die neu ab 1.1.2022 zulasten der Obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) abrechnen möchten, müssen drei Zulassungsvoraussetzungen erfüllen. Erstens: Sie haben mindestens drei Jahre im beantragten Fachgebiet an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte praktiziert. Zweitens: Sie weisen die in ihrer Tätigkeitsregion notwendige Sprachkompetenz nach. Drittens: Sie sind einer zertifizierten Gemeinschaft oder Stammgemeinschaft für das elektronische Patientendossier angeschlossen. Darüber hinaus sollen die Kantone neue Register über die zugelassenen Leistungserbringer führen. Auf Basis des Registers soll der einzelne Kanton seinen Bedarf bestimmen und nötigenfalls die Anzahl Ärzte je Fachgebiet oder Region beschränken können. Dadurch könne ein Kanton teure Über- und Unterversorgungen korrigieren und somit die medizinische Qualität in allen Bereichen und im ganzen Kantonsgebiet sicherstellen.

### Fragen über Fragen

Nicht alles auf dem Reissbrett Entworfen funktioniert in der Realität. Die Regulierung der ärztlichen Arbeit nimmt durch das Zulassungsprozedere weiter zu. Während bereits tätige Leistungserbringer nicht direkt betroffen sind, ist die Zulassungssteuerung eine Hürde für Berufseinsteiger. Für angehende Ärztinnen und Ärzte ist es eine Schikane – und eine Benachteiligung gegenüber älteren Kollegen.

Dabei wären vor dem Hintergrund des Ärztemangels die Schranken für neue Mediziner eher zu senken. Ausgerechnet eine Unterversorgung ist mit der Zulassungssteuerung überdies nur sehr indirekt zu korrigieren: Ein Zulassungsstopp für die Agglomeration Bern bewegt einen angehenden Hausarzt nicht direkt dazu, sich im Simmental niederzulassen.

Es besteht sogar die Gefahr, dass die Zulassungssteuerung bestehende Unterversorgung noch verstärkt: Bisher war es möglich, diese Situation mit Ausnahmezulassungen ausländischer Ärztinnen und Ärzte zu korrigieren. Das ist im neuen Zulassungsrecht nicht mehr möglich.

### Fehlende Datengrundlage

Eine weitere Schwierigkeit sind die Register der zugelassenen Leistungserbringer selbst. Wie sollen die Kantone diese erstellen? Die Datenlage zur Ermittlung des aktuellen Angebots an Leistungserbringern ist teilweise schlecht. Unklar ist beispielsweise, wie Teilzeitarbeitende oder 90-Tage-Aufenthalter erfasst werden. Hinzu kommt der Einbezug des spitalambulanten Bereichs. Es gibt keine Datenbank der Anzahl Vollzeit-äquivalente, und eine – wie Bundesrat Alain Berset vorschlägt – simple Schätzung basierend auf dem Beschäftigungsgrad freipraktizierender Ärzte ist nicht aussagekräftig.

### Es gibt eine Nachfrage. Aber welche?

Gelingt einem Kanton die Erschaffung eines funktionierenden Registers, kennt er zwar das medizinische Angebot, nicht aber die Nachfrage. Auch diese lässt sich nicht ohne Weiteres erfassen. Denn Patienten halten sich nicht an Kantonsgrenzen: Die Aargauerin geht an der Zürcher Bahnhofstrasse zur Gynäkologin; der Liestaler in Basel zum Augenarzt. Kurz: Kantonsgrenzen sind keine Leistungsgrenzen. In Grenzregionen ist es sogar noch vertrackter: Genf und Basel müssten die Nachfrage unter Berücksichtigung der Grenzgänger berechnen.

Es scheint praktisch unmöglich, Angebot und Nachfrage korrekt zu eruieren. Das System läuft deshalb Gefahr, falsche Unter- und Überversorgungen zu «entdecken» und zu «beheben». Darunter würden Ärzte und Patienten gleichermaßen leiden.

### Noch Spielraum

Die Kantone haben nun zwei Jahre Zeit, um die Zulassungsbeschränkung anzupassen. In Anbetracht der zahlreichen offenen Fragen ist das ein ambitionierter Fahrplan. Die Zeit muss genutzt werden, um das System für alle Betroffenen, allen voran die Patienten, so verträglich wie möglich auszugestalten. Es reicht nicht, dies auf dem Papier zu tun; erst in der Realität lassen sich Folgen und Probleme einer konkreten Ausgestaltung prüfen. Es ist deshalb wichtig, dass die Kantone in enger Zusammenarbeit mit den Ärztesellschaften Pilotprojekte zu klar umrissenen Bereichen der Zulassungsbeschränkung durchführen. Ob sich mit dieser am Ende Geld sparen lässt, ist eine andere Frage.

## VEDAG-Workshop

**Am Workshop vom 11. November 2021 des Verbands Deutschschweizer Ärztgesellschaften VEDAG in Biel sprachen hochkarätige Referentinnen und Referenten zur Zulassungssteuerung:**

- Dr. rer. publ. Regine Sauter, Nationalrätin FDP;
- Dr. med. Franco Denti, Presidente Ordine Dei Medici Canton Ticino OMCT;
- Dr. med. Philippe Eggimann, Président Société Médicale de la Suisse Romande SMSR;
- Lic. iur. Andreas Faller, Bündnis Freiheitliches Gesundheitswesen;
- Lic. rer. pol. Michael Jordi, Generalsekretär GDK

## Die ethische Debatte braucht begriffliche Klarheit

Selten war die Ethik im öffentlichen Diskurs so gefragt wie in diesen Zeiten. Wo ethische Fragen diskutiert werden, ist begriffliche Klarheit unabdingbar. Das zeigt sich paradigmatisch in der Debatte um eine Impfpflicht: Weder blosse Anreize noch Zugangsbeschränkungen für ungeimpfte Personen können als Impfpflicht gelten. Diese lassen sich in eingeschränktem Rahmen rechtfertigen, sofern sie für den Schutz der öffentlichen Gesundheit notwendig sind und zugleich die Menschen nicht daran hindern, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen.

Eine Impfpflicht dagegen ist eine staatlich angeordnete, polizeilich kontrollierte und beispielsweise mit einer Busse sanktionierte Rechtspflicht. Eine solche ist aus Sicht der Nationalen Ethikkommission nicht verhältnismässig. Vielmehr stellt sie Rechtspositionen infrage, die zu grundlegend sind, als dass sie gegenüber einem allfälligen Nutzen in der Pandemiebekämpfung abgewogen werden könnten.

Damit eine Massnahme als verhältnismässig gelten kann, muss sie geeignet, erforderlich und zumutbar sein. Vor allem zu Letzterem stellen sich grundsätzlich ethische Fragen: Eine Impfpflicht spricht Personen das Recht ab, über den medizinischen Eingriff frei zu entscheiden. Auch wenn sie nicht mit körperlichem Zwang durchgesetzt wird, steht sie im Widerspruch zur Selbstbestimmung über den eigenen Körper. Sie stellt damit eine hart erkämpfte Errungenschaft infrage, die den Schutz der Person vor dem Zugriff durch Dritte – auch und gerade den Staat – gewährleistet. Bei der Impfpflicht steht ethisch gesehen also viel auf dem Spiel. Dem werden wir nur gerecht, wenn wir die Dinge beim Namen nennen.



**Andrea Büchler** ist Professorin für Rechtswissenschaft an der Universität Zürich und Präsidentin der Nationalen Ethikkommission im Bereich Humanmedizin.



Lichten sich die Wolken? Dem Bundesrat bietet sich die Chance, das Gesundheitswesen in einem bedeutenden Bereich vorwärtszubringen.

Bild: iStock

# Arztтарif: Die Hoffnung auf Reform lebt

**Ende Dezember wurden dem Bundesrat zwei Vorschläge unterbreitet, wie Spitäler und Ärzte ihre ambulanten Leistungen künftig abrechnen können. Beide Lösungen – Einzelleistungen und Pauschalen – ergänzen sich. Eine Chance für den Bundesrat.**

Seit Jahren wird um einen neuen Arztтарif für ambulante Leistungen von Spitälern und Ärzten gestritten. Es geht um viel Geld. Rund zwölf Milliarden Franken pro Jahr rechnen Ärztinnen und Ärzte in Praxen und Spitalambulatorien über den bisherigen Tarif TARMED ab. Das entspricht einem Drittel aller Kosten der Grundversicherung. TARMED ist aber veraltet und muss dringend abgelöst werden. Doch wie soll das neue Tarifsystem aussehen? Die Tarifpartner sind sich uneins. Inzwischen haben sich zwei grosse Lager gebildet, die auf unterschiedliche Ideen setzen.

## Zwei Lager, zwei Lösungen

Auf der einen Seite stehen die Ärztevereinigung FMH und der Kassenverband Curafutura. Auf der Basis des TARMED haben sie eine neue Tarifstruktur entwickelt: TARDOC. TARDOC ist wie sein Vorgänger ein Einzelleistungstarif. Allerdings ist er weit weniger komplex. Auf der anderen Seite stehen der Spitalverband H+, der Dachverband der Fachgesellschaften der invasiv und akutmedizinisch tätigen Spezialärztinnen und Spezialärzte (FMCH) und der zweite Kassenverband Santésuisse. Sie wollen im ambulanten Sektor Pauschalen einführen.

## Nur TARDOC unterschriftsreif

So unterschiedlich die Lösungen, so unterschiedlich sind sie ausgereift. FMH und Curafutura legten dem Bundesrat bereits im Frühjahr 2021 eine Version des TARDOC vor. Doch der Bundesrat verlangte Nachbesserungen und kritisierte die fehlende Beteiligung der Spitäler. FMH und Curafutura gingen über die Bücher und überarbeiteten TARDOC in den letzten Monaten wunschgemäss nochmals. H+ wurde eingeladen, sich aktiv zu beteiligen. Der Spitalverband hat daraufhin Daten beigesteuert und signalisiert Bereitschaft, sich für den TARDOC einzusetzen. Ende 2021 wurde die überarbeitete Version von TARDOC eingereicht. Aus Sicht von FMH und Curafutura wurden alle Auflagen des Bundesrates erfüllt. Deshalb erhoffen sie sich nun eine rasche Genehmigung. TARDOC soll, so die Erwartung von FMH und Curafutura, am 1. Januar 2023 in Kraft treten.

## Pauschalen zur Prüfung vorgelegt

Es gebe, so FMH und Curafutura, keine zeitnahe Alternative für die Ablösung des TARMED. Nur TARDOC biete eine flächendeckende ambulante Tarifstruktur, die ärztliche Leistungen umfassend, vollständig und aktuell abbilde. Ambulante Pauschalen seien in ihrer

Entwicklung noch nicht weit genug fortgeschritten. In der Tat: Santésuisse und H+ haben dem Bundesrat vor Weihnachten 2021 erst ein Gesuch zur Prüfung von ambulanten Pauschalen vorgelegt. Sie wollen das Modell im Verlauf dieses Jahres entwickeln und finalisieren. Santésuisse und H+ möchten die ambulanten Pauschalen Anfang 2024 verbindlich einführen.

## Spielraum für Kompromiss

Die beiden Lager arbeiten mit unterschiedlichen Zeitplänen. FMH und Curafutura drängen auf eine rasche Einführung des TARDOC, damit die Tarifpositionen möglichst aktuell gehalten werden können. Davon profitieren auch die Patienten. TARDOC wertet hausärztliche Leistungen auf, bildet spezielle Leistungen wie zum Beispiel palliativmedizinische Behandlungen korrekt ab und ermöglicht die Abrechnung von telemedizinischen Beratungen.

Santésuisse und H+ sind sich bewusst: Nicht alle ambulanten Behandlungen lassen sich mit Pauschalen abdecken. Schwierig oder gar unmöglich ist dies bei Hausärzten. Deshalb wollen Santésuisse und H+ neben Pauschalen für bestimmte Bereiche auch Einzelleistungstarife entwickeln. Diese könnten auf der Struktur des TARDOC aufbauen.

## Bundesrat kann Blockade lösen

Es liegen also zwei Vorschläge auf dem Tisch. Damit stehen dem Bundesrat folgende Varianten offen: Er kann TARDOC genehmigen und die ambulanten Pauschalen nachgelagert bewilligen oder zuwarten und die beiden Modelle gemeinsam einführen. Für die erste Variante spricht, dass Ärztinnen und Ärzte ein Jahr früher mit einem modernen Tarif abrechnen könnten. Dem Bundesrat bietet sich die Chance, eine jahrelange Blockade zu lösen und das Gesundheitswesen in einem bedeutenden Bereich vorwärtszubringen.

# Globalbudget durch die Hintertür(en)

**Der Bundesrat verkauft seinen indirekten Gegenvorschlag zur «Kostenbremse-Initiative» als bessere Variante, um das Kostenwachstum zu senken. Nur: Auch dieser führt zum Globalbudget. Und dann hat der Bundesrat da noch weitere Ideen...**

Die Schweiz steht vor einem Grundsatzentscheid: Der Bundesrat will dem Gesundheitswesen ein Globalbudget aufdrücken. Der Versicherungsanspruch der Patienten würde dann mit dem ausgeschöpften Budget enden. Wer das nicht will, muss sich auf einen Kampf an mehreren Fronten bereit machen, das Globalbudget könnte auch durch diverse Hintertüren kommen.

## **Volksinitiative: Unsinnige Koppelung an Wirtschaft**

Die eidgenössische Volksinitiative «Für tiefere Prämien – Kosten-Bremse im Gesundheitswesen (Kostenbremse-Initiative)» der Mitte-Partei will die Gesundheitskosten an die Wirtschaftsentwicklung koppeln. Die Kosten der obligatorischen Krankenversicherung dürften einen bestimmten Wert nicht überschreiten. Können die Akteure des Gesundheitswesens sich nicht einigen, müssten Bund und Kantone Massnahmen zur Kostensenkung ergreifen. Nicht der tatsächliche medizinische Bedarf, sondern der Staat wäre bestimmend, ob, wann oder wie viele Leistungen Patientinnen und Patienten beziehen dürfen.

Die Koppelung von Wirtschaftsentwicklung und Gesundheitskosten ergibt zudem wenig Sinn: Die steigende Lebenserwartung und der medizinische Fortschritt führen fast zwingend dazu, dass die Gesundheitskosten schneller wachsen als die Wirtschaft.

## **Gegenvorschlag führt auch zu Globalbudget**

Diese Schwäche sieht auch der Bundesrat: «Das medizinisch gerechtfertigte Kostenwachstum kann das Wirtschafts- und Lohnwachstum übersteigen, etwa aus demografischen Gründen. Wird dies nicht berücksichtigt, kann es zu Rationierungen und einer Zweiklassenmedizin kommen.» Der Bundesrat legt deshalb einen indirekten Gegenvorschlag vor. Nur führt auch dieser zu einem Globalbudget – und damit zur Gefahr eine Zweiklassenmedizin. Sollte die Mitte-Initiative an der Urne abgelehnt werden, tritt automatisch der Gegenvorschlag in Kraft.

Den indirekten Gegenvorschlag hat der Bundesrat nach der Vernehmlassung aus dem Massnahmenpaket 2 herausgelöst. Der Inhalt: Eine «Zielvorgabe»

zum Kostenwachstum, die von Bund und Kantonen erarbeitet wird. Im Gegensatz zur Initiative werden neben dem Wirtschaftswachstum auch weitere Faktoren berücksichtigt, wie zum Beispiel die demografische Entwicklung. Die Zielvorgabe wird auf die einzelnen Kantone verteilt. Diese wiederum vergeben die Budgets für einzelne Kostenblöcke wie ambulante Leistungen, Spitäler, Medikamente. Das kann dazu führen, dass einzelne Leistungen nicht mehr erbracht werden, weil bei Überschreitung des Budgets Sanktionen drohen. Beide Vorschläge bewirken eine Deckelung der Kosten, die sich nicht nach dem Bedürfnis der Patienten richtet. Egal wie sich das Stimmvolk entscheidet; es müsste – Stand heute – ein Globalbudget wählen. In beiden Fällen kriegt der Bundesrat sein Globalbudget. Im Mühle-Spiel nennt man das «Figgi und Müli».

## **Weitere Hintertüren**

Damit nicht genug: Nach wie vor kann der Bundesrat versuchen, das Globalbudget als Teil des Kostendämpfungspakets durchs Parlament zu bringen. Dabei besteht die Gefahr, dass einzelne Massnahmen in der Masse des Paketinhalts untergehen. «Mit der Tarnkappe durchs Parlament» nannte Yvonne Gilli, Präsidentin der FHM, diese Taktik jüngst in der Schweizerischen Ärztezeitung. Dabei bezog sie sich auf den Artikel 47c des Kostendämpfungspakets 1b. Dieser verpflichtet die Ärzte und Versicherer, in ihren Tarifverträgen Massnahmen zur Steuerung der Kosten, ergo Ausgabengrenzen, festzulegen. Tun sie das nicht, würde der Bundesrat eine obere Grenze vorgeben. Das kommt einem Globalbudget gleich. National- und Ständerat haben den Artikel vorerst abgelehnt; ein Rückkommensantrag droht aber bereits.

Auch die Massnahmenpakete 1 und 2 befinden sich noch im politischen Prozess. Und die Saga um die Kostenbremse-Initiative und den indirekten Gegenvorschlag, der zum gleichen Ziel führt, zeigt: Der Bundesrat kann jederzeit neue Wege einschlagen, um das Globalbudget zu erreichen. Wer eine Schweiz ohne Zweiklassenmedizin will, muss daher auch die Hintertüren bewachen.



Vorsicht vor unbewachten Hintertüren.  
Bild: iStock