



Hausarztmedizin im Kanton Bern

Bericht an den Grossen Rat zu den Motionen
Heuberger (035/2005) und Kilchherr (090/2005)

Ausgabe : 22.12.2011



Hausarztmedizin im Kanton Bern



1	Zusammenfassung	7
2	Einleitung	8
3	Ausgangslage	12
3.1	Versorgungssituation	12
3.1.1	Prognostizierter Nachfrageüberhang an ambulanten ärztlichen Leistungen	12
3.1.2	Grundlagen und Datenquellen zu Ärztedemografie und Ärztedichte	13
3.1.3	Ärztedichte der Grundversorger	13
3.1.4	Altersstruktur der Grundversorger	14
3.1.5	Arbeitspensum	14
3.1.6	Versorgungssituation aus ärztlicher Sicht	15
3.1.7	Topografie	16
3.1.8	Feminisierung in der Medizin	16
3.1.9	Zunahme der ausländischen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz	17
3.2	Rechtsgrundlagen im Kanton Bern	17
3.2.1	Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)	17
3.2.2	Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)	17
3.2.3	Spitalversorgungsgesetz vom 5. Juni 2005 (SpVG; BSG 812.11)	18
4	Problemanalyse	19
4.1	Lebensentwürfe und ärztliches Berufsbild	20
4.1.1	Hausarzt oder Spezialarzt	20
4.1.2	Nachfolgeproblematik	20
4.2	Aus- und Weiterbildung sowie Forschung in Hausarztmedizin	21
4.2.1	Unterschiede von Hausarztmedizin und Spitalmedizin	21

4.2.2	Auf Spitalmedizin ausgerichtete Aus- und Weiterbildung	22
4.2.3	Forschung in der Hausarztmedizin	22
4.3	Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Hausarztmedizin	22
4.3.1	Notfalldienst	22
4.3.2	Grundversorgertätigkeit und Familie	22
4.4	«Inanspruchnahmeverhalten» durch Patientinnen und Patienten	23
4.5	Grundversorgung im politischen Spannungsfeld	23
4.5.1	TARMED	24
4.5.2	Zulassungsstopp	24
4.5.3	Laboranalyse	25
4.5.4	Leistungsaufschub	25
4.5.5	Administrative und regulative Rahmenbedingungen	25
4.5.6	Medizinische Grundversorgung und Standortattraktivität	25
5	Hausarztmedizin in der nationalen und interkantonalen Debatte	26
5.1	Nationale Vorstösse zur Hausarztmedizin	27
5.2	Lösungsansätze zur Hausarztmedizin auf interkantonomer Ebene	27
5.2.1	Empfehlungen der Arbeitsgruppe BAG-GDK	27
6	Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen	29
6.1	Grundsätze zur Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern	30
6.1.1	Subsidiaritätsprinzip	30
6.1.2	Weiterführen bewährter Lösungsansätze und Modelle	30
6.1.3	Unterstützung von innovativen Lösungsansätzen und Modellen	30
6.1.4	Faktenbasierte Entscheidungsgrundlagen	30
6.1.5	Einbezug der Spitäler	30
6.1.6	Einbezug von Gemeinden und Wirtschaft	30
6.1.7	Aktionsfelder ausserhalb des kantonalen Zuständigkeitsbereiches	31
6.1.8	Zusammenfassende Darstellung wichtiger Ziele und Grundsätze	31
6.2	Handlungsfelder zur Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern	32
6.3	Handlungsfeld 1: Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle	32
6.3.1	Grundlage	32
6.3.1.1	Vernetzung und Kooperation zwischen ambulanten Leistungserbringern	32
6.3.1.1.1	Managed Care	33
6.3.1.1.2	Vorteile neuer Kooperationsmodelle für Hausärztinnen und Hausärzte	33
6.3.1.1.3	Nachteile neuer Kooperationsmodelle für Hausärztinnen und Hausärzte	34
6.3.1.2	Kooperation mit Spitälern	34
6.3.1.3	Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen	35
6.3.1.4	Kooperation mit Spitex	35
6.3.2	Ausgangslage im Kanton Bern	35
6.3.2.1	Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen	35
6.3.2.2	Gesundheitszentrum Tramelan	36
6.3.2.3	Ärztetzetzwerke	36

6.3.2.4	Modellversuche zur integrierten Versorgung	36
6.3.3	Massnahmen im Handlungsfeld neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle	37
6.3.3.1	Unterstützung, Förderung und Finanzierung	37
6.3.3.2	Austauschplattform	37
6.3.3.3	Empfehlungen für Standortgemeinden und Regionalkonferenzen	37
6.3.3.4	Aktionsfelder ausserhalb der kantonalen Zuständigkeit	38
6.4	Handlungsfeld 2: Notfalldienst	38
6.4.1	Grundlage	38
6.4.2	Ausgangslage im Kanton Bern	38
6.4.2.1	Notfalldienstkooperation Cercle médical de Pierre-Pertuis (CMPP) mit Hôpital du Jura bernois SA (HJB SA)	38
6.4.2.2	Zusammenschluss der Notfalldienstkreise	39
6.4.2.3	Telefonische Notfall-Triage (Medphone AG)	39
6.4.2.4	Neue Organisations- und Kooperationsformen im Notfalldienst	40
6.4.3	Massnahmen im Handlungsfeld Notfalldienst	40
6.4.3.1	Unterstützung, Förderung und Finanzierung	40
6.4.3.2	Empfehlungen für ärztliche Berufsorganisationen	41
6.4.3.3	Empfehlungen für Standortgemeinden und Regionalkonferenzen	41
6.4.3.4	Aktionsfelder ausserhalb der kantonalen Zuständigkeit	41
6.5	Handlungsfeld 3: Aus- und Weiterbildung sowie Forschung in Hausarztmedizin	41
6.5.1	Grundlage	41
6.5.1.1	Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung	42
6.5.1.2	Forschung in Grundversorgermedizin	42
6.5.2	Ausgangslage im Kanton Bern	42
6.5.2.1	Berner Institut für Hausarztmedizin an der Universität Bern (BIHAM)	43
6.5.2.2	Modellversuch mit KHM und Spital Netz Bern AG (vormals SPITAL BERN)	43
6.5.3	Massnahmen im Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung sowie Forschung	44
6.5.3.1	Unterstützung, Förderung und Finanzierung der (haus-) ärztlichen Weiterbildung	44
6.5.3.2	Empfehlungen im Zusammenhang mit Aus- und Weiterbildung sowie Forschung	44
6.5.3.3	Aktionsfelder ausserhalb der kantonalen Zuständigkeit	45
6.6	Handlungsfeld 4: Leistungsabgeltung	45
6.6.1	Grundlage	45
6.6.2	Ausgangslage im Kanton Bern	45
6.6.3	Massnahmen im Handlungsfeld Leistungsabgeltung	45
6.7	Handlungsfeld 5: Vereinbarkeit von Grundversorgertätigkeit und Familie	46
6.7.1	Grundlage	46
6.7.2	Ausgangslage im Kanton Bern	46
6.7.3	Massnahmen im Handlungsfeld Vereinbarkeit von Grundversorgertätigkeit und Familie	46
6.7.3.1	Unterstützung, Förderung und Finanzierung von Wiedereinstiegsprogrammen	46
6.7.3.2	Empfehlungen für regionalen Spitalzentren und Hausarztpraxen	46
7	Anhang	48

1. Zusammenfassung



In der Schweiz zeichnet sich eine kurz- bis mittelfristige Gefährdung der flächendeckenden ärztlichen Grundversorgung ab. Der Kanton Bern ist als flächenmässig zweitgrösster Kanton mit ausgedehnten ländlichen Gebieten und topografisch anspruchsvollen Bergregionen sowie einer vergleichsweise geringen Dichte in der medizinischen Grundversorgung tätiger Ärztinnen und Ärzte besonders betroffen. Aus gesellschaftlicher, volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Perspektive steht die Hausarztmedizin im Zentrum des Interesses: Ein hausarztbasiertes Gesundheitswesen ist das kostengünstigste Gesundheitswesen. Gemäss dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel lösen Grundversorgerinnen und -versorger einen wesentlichen Teil der Gesundheitsprobleme selbstständig. Und dies mit einem geringen Anteil an den Gesundheitskosten.

Aus den genannten Entwicklungen und Trends ergibt sich gesundheitspolitischer Handlungsbedarf. Es bedarf Lösungen für die Sicherstellung der flächendeckenden und bevölkerungsnahen medizinischen Versorgung in hoher Qualität.

Im Januar 2006 bildete die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) unter der Leitung des Kantonsarztes eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe Hausarztmedizin. Grund für die Bildung der Gruppe war die Umsetzung der Motionen Heuberger (M 035/2005) «Hausarzt-Mangel: Alarmruf» und Kilchherr (M 090/2005) «Drohender Mangel an Hausärzten, vor allem auf dem Land». Die Arbeitsgruppe hatte den Auftrag, in einer Analyse zu prüfen, wie und mit welchen konkreten Massnahmen im Rahmen der kantonalen Kompetenzen die Hausarztmedizin und damit die ärztliche Grundversorgung durch den Regierungsrat gefördert werden kann. Ausgehend von den Ergebnissen der Arbeitsgruppe hat

die Gesundheits- und Fürsorgedirektion den vorliegenden Bericht verfasst.

Der Bericht Hausarztmedizin schildert die Problematik der sich abzeichnenden Gefährdung der flächendeckenden medizinischen Grund- und Notfallversorgung, die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, Problemfelder der Hausarztmedizin vom Studium über die Aus- und Weiterbildung, bis zu den Arbeits- und Rahmenbedingungen im aktuellen gesundheitspolitischen Spannungsfeld. Darauf aufbauend werden vor dem Hintergrund der kantonalen Aufgaben und Kompetenzen Grundsätze, Handlungsfelder, sowie mögliche Lösungsansätze mit konkreten Massnahmen zur praxisbezogenen Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern vorgeschlagen, insbesondere:

- Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle
- Entlastung bei der Organisation des Notfalldienstes
- Aus- und Weiterbildung, sowie Forschung in der Hausarztmedizin
- Leistungsabgeltung, finanzielle Anreize für strukturell und wirtschaftlich benachteiligte Regionen mit kritischem hausärztlichem Versorgungsbedarf
- Vereinbarkeit von Grundversorgetätigkeit und Familie.

Diese zentralen Handlungsfelder sollen, flankiert von Massnahmen des Bundes, der Ärzteschaft und weiterer Partner, die flächendeckende ärztliche Notfall- und Grundversorgung der gesamten Bevölkerung im Kanton Bern sicherstellen.

2. Einleitung



In der Schweiz zeichnet sich eine kurz- bis mittelfristige Gefährdung der flächendeckenden ärztlichen Grundversorgung ab. Besonders davon betroffen ist der Kanton Bern. Das abnehmende Angebot der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Grundversorgung steht einer zunehmend älteren und anspruchsvolleren Bevölkerung gegenüber.

Gerade der Bedarf an ambulanten ärztlichen Leistungen kann möglicherweise zukünftig nicht mehr oder nur ungenügend gedeckt werden. Und dies namentlich im Bereich der Grundversorgung.

In absehbarer Zeit wird insbesondere der ärztliche Notfalldienst in ländlichen und peripheren Regionen von dieser Entwicklung betroffen sein. Dieser muss trotz immer weniger Ärztinnen und Ärzten aufrechterhalten werden. Im Kanton Bern sind 85 Prozent der notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzte Allgemeinmediziner, Allgemeininternisten, Praktische Ärzte oder Pädiater. Spezialisten leisten zunehmend nur noch einen spezialärztlichen Notfalldienst.

Bereits heute müssen einige Hausärztinnen und Hausärzte im Pensionsalter ihre Praxen nach mehrjähriger erfolgloser Suche eines Nachfolgers schliessen. In bestimmten Regionen können Hausärztinnen und -ärzte mangels freier Kapazitäten kaum mehr neue Patientinnen und Patienten aufnehmen. Auch Spezialärztinnen und -ärzte sind betroffen: Lange Wartezeiten bei Psychiaterinnen und Psychiatern, Augenärztinnen und Augenärzten, Gynäkologinnen und Gynäkologen oder Ohrenärztinnen und Ohrenärzten sowie Wartelisten für Operationen in allgemeinen Abteilungen lassen auch in spezialisierten Fachbereichen erste Anzeichen einer Unterversorgung erkennen.

Das abnehmende Angebot an ambulanter ärztlicher Grundversorgung ist auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen. Die Ursachen lassen sich in Entwicklungen und Veränderungen im demografischen, strukturellen, gesellschaftlichen oder politischen Bereich finden. Von entscheidender Bedeutung ist die Alterung der Hausärztinnen und Hausärzte bei gleichzeitiger Nachfolgeproblematik durch erschwerte Rahmenbedingungen im Praxisalltag.

Die Nachfolgeproblematik in der hausärztlichen Grundversorgung ist allgemein bekannt und dennoch erstaunlich. Denn eigentlich wäre für viele Medizinstudentinnen und -studenten, aber auch für zahlreiche Ärztinnen und Ärzte die hausärztliche Tätigkeit mit Begleitung eines breiten Patientenspektrums von der Geburt bis ins hohe Alter aus fachlicher und menschlicher Sicht eine enorm faszinierende, abwechslungsreiche und insgesamt äusserst befriedigende Herausforderung. Auch aus gesellschaftlicher, volkswirtschaftlicher und gesundheitspolitischer Perspektive müsste die Hausarztmedizin eigentlich im Zentrum des Interesses stehen: Denn gemäss dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel lösen Grundversorgerinnen und -versorger 90 Prozent der Gesundheitsprobleme selbstständig. Und dies mit einem Anteil an den Gesundheitskosten von lediglich 7 Prozent. Dennoch führten unterschiedliche gesellschaftliche und gesundheitspolitische Entwicklungen und Veränderungen der Vergangenheit zu einer schrittweisen Abnahme der Attraktivität des Hausarztberufes mit Verschlechterung der Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie der Zukunftsperspektiven.

Als Alternative zur heutigen Situation könnte zukünftig ein erstrebenswertes und attraktives Berufsbild für Hausärztinnen oder -ärzte folgendermassen aussehen: Am Anfang

einer erfolgreichen und begehrten Hausarztkarriere steht die anspruchsvolle, strukturierte sowie zielgerichtete Aus- und Weiterbildung in sämtlichen relevanten Fachbereichen der Grundversorgung. Diese wird in Zukunft Fachärztinnen und -ärzten eine faszinierende und ausserordentlich vielseitige Tätigkeit mit einer umfassenden, fachlich hochstehenden und persönlich bereichernden Patientenbetreuung in einem gut ausgerüsteten, teamorientierten Praxisumfeld eröffnen. Moderne vernetzte und integrierte Organisations- und Betriebsstrukturen werden den angehenden Hausärztinnen und -ärzten eine Teilzeitarbeit und damit ein berufliches, aber gleichzeitig auch familiäres Engagement ermöglichen. Die hausarztorientierten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie der Ausbau von Lehre und Forschung in Hausarztmedizin gewährleisten zukünftigen Grundversorgerinnen und -versorgern nicht nur ein attraktives und adäquates Einkommen bei beschränkten unternehmerischen Risiken, sondern auch intakte und vielseitige Zukunfts- und Karriereaussichten in Praxis, Lehre oder Forschung.

Zur flächendeckenden Sicherstellung der qualitativ hochstehenden ambulanten medizinischen Grund- und Notfallversorgung im Kanton Bern müssen gerade auch für zentrumsferne Gebiete Lösungen gefunden werden: Für Medizinstudierende sowie für junge Ärztinnen und Ärzte muss die Option Hausarztmedizin wieder eine attraktive und begehrte Herausforderung darstellen.

Wunsch und Wirklichkeit in der medizinischen Grundversorgung

Die Arbeits- und Rahmenbedingungen der Hausarztmedizin stehen mit den Anforderungen und Wünschen von jungen Ärztinnen und Ärzten sowie von Studentinnen und Studenten oft im Widerspruch. Immer weniger junge Medizinerinnen und Mediziner entscheiden sich für eine Hausarztkarriere. Dabei stehen die ungenügende Leistungsabgeltung, die gesundheitspolitischen Einschränkungen mit unsicheren Zukunftsperspektiven, die hohen Arbeits- und Präsenzzeiten mit sozialen und familiären Entbehrungen sowie die Anforderungen und Belastungen des Praxisalltags und des Notfalldienstes im Vordergrund. Weiterhin werden die zunehmenden administrativen Aufgaben und Restriktionen sowie die Einzelkämpferstruktur der traditionellen Hausarztpraxis genannt. Bereits während der klinischen Weiterbildung entsprechen die Arbeitsbedingungen an vielen Spitälern nur ungenügend den Anforderungen von Ärztinnen oder Ärzten mit familiären Verpflichtungen.

Lebensentwürfe mit beschränkter Jahresarbeitszeit und erhöhten Freizeitmöglichkeiten stehen den zunehmend schlechten Arbeits- und Rahmenbedingungen von Hausärztinnen und -ärzten vornehmlich in peripheren Regionen gegenüber. Zahlreiche junge Ärztinnen und Ärzte ziehen die Tätigkeit als Spital- oder Spezialärztin oder -arzt jener der Hausärztin oder des Hausarztes vor. Die berufliche Tätigkeit im urbanen Umfeld steht weit oben auf der Wunschliste der jungen Mediziner.

Der weiterhin anwachsende Frauenanteil und die höheren Erwartungen, die junge Ärztinnen und Ärzte an die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben stellen, führen dazu, dass der Anteil der vollzeitbeschäftigten Ärztinnen und Ärzte generell und insbesondere in der Grundversorgung sinkt. Die zuweilen verzerrte Darstellung der Arbeitsbedingungen der Ärzteschaft verstärkt das negative Bild über Grundversorger in

den Medien und in der öffentlichen Meinung. Die Diskussion über Sparmassnahmen im Gesundheitswesen wird meist mit der Tätigkeit von Hausärztinnen und -ärzten in Zusammenhang gebracht und wirkt zusätzlich demotivierend.

Die medizinische Grundversorgung im Spannungsfeld

Die Grundversorgermedizin steht im gesundheitspolitischen Spannungsfeld. Im Hinblick auf die Hausarztmedizin besteht ein grundsätzlicher Zielkonflikt zwischen Bund und Kantonen bezüglich der Ziele, Prioritäten, Zuständigkeiten und Kompetenzen. Während der Bund mit unterschiedlichen Massnahmen die Eindämmung des Kostenwachstums sowie die Qualitätssicherung verfolgt, ist die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung Aufgabe der Kantone.

Sparmassnahmen des Bundes trafen und treffen gerade auch die Hausärztinnen und Hausärzte. Doch auch das gegenüber den Spezialärztinnen und Spezialärzten vergleichsweise geringere und tendenziell abnehmende Einkommen demotiviert die Grundversorgerinnen und -versorger nebst den hohen Belastungen mit schlechten Rahmenbedingungen. Einer im Auftrag der FMH durchgeführten Studie aus dem Jahre 2009 zufolge, lag das mittlere AHV-pflichtige Einkommen der Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Schweiz im Jahr 2006 gegenüber den operativ tätigen Spezialärztinnen und Spezialärzten je nach Fachbereich (Chirurgie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Orthopädie, Urologie) um bis zu 39 Prozent tiefer. Zwischen 2004 und 2006 nahm das AHV-pflichtige Einkommen aller Ärztinnen und Ärzte nominal um 4 Prozent ab. Demgegenüber stiegen in demselben Zeitraum die Löhne von Arbeitern und Angestellten um bis zu 2,7 Prozent.

Auf nationaler Ebene geplante oder bereits umgesetzte Massnahmen drohen die effektive und effiziente ambulante hausärztliche Versorgung weiter zu erschweren. Es scheint zuweilen in Vergessenheit zu geraten, dass die Grundversorgung gemäss dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel 90 Prozent aller anfallenden Gesundheitsprobleme ohne Beizug von Spitälern und Spezialisten abschliessend löst.

Auch Sparmassnahmen im stationären Spitalbereich können sich indirekt auf die ambulante Versorgung auswirken. Beispiele hierfür sind die Verkürzung der Aufenthaltsdauer aufgrund von Fallpauschalen oder die Konzentration der stationären Akutbehandlung an wenigen Standorten. Derartige Massnahmen werden die Belastung von und den Bedarf an Hausärztinnen und -ärzten zusätzlich erhöhen.

Gesundheitspolitischer Handlungsbedarf

Die genannten Entwicklungen und Trends verlangen nach Lösungen für die Sicherstellung der flächendeckenden und bevölkerungsnahen medizinischen Versorgung in hoher Qualität. Gerade für zentrumsferne Gebiete im Kanton Bern müssen Lösungen gefunden werden. Wie weit die Zuständigkeiten und Kompetenzen von Kanton und Gemeinden im Bereich der ambulanten medizinischen Grund- und Notfallversorgung gehen, wird von den verschiedenen Akteuren im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik unterschiedlich beurteilt.

Im Januar 2006 wurde von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion unter der Leitung des Kantonsarztes eine inter-

Hausarztmedizin im Kanton Bern

disziplinäre Arbeitsgruppe Hausarztmedizin gebildet. Die Arbeitsgruppe hatte den Auftrag, in einer Analyse zu prüfen, wie und mit welchen konkreten Massnahmen im Rahmen der kantonalen Kompetenzen die Hausarztmedizin und damit die ärztliche Grundversorgung durch den Regierungsrat gefördert werden kann.

Grund für die Bildung der Gruppe war die Umsetzung der Motionen Heuberger (M 035/2005) «Hausarzt-Mangel: Alarmruf» und Kilchherr (M 090/2005) «Drohender Mangel an Hausärzten, vor allem auf dem Land». Mit der Motion Heuberger wird der Regierungsrat aufgefordert, «rasch griffige Massnahmen vorzuschlagen und Grundvoraussetzungen zu schaffen, um der sinkenden Attraktivität der Arzt-Berufe in der medizinischen Grundversorgung im Kanton Bern entgegenwirken zu können, um damit dem drohenden Ärztemangel in diesem Bereich vorzubeugen». Die Motion Kilchherr liegt auf derselben Linie und fordert den Regierungsrat auf, «mit geeigneten Massnahmen in die negative Entwicklung des sich abzeichnenden Landärzte-Mangels einzugreifen und korrigierend einzuwirken». Gemäss dieser Motion soll der Regierungsrat insbesondere dafür sorgen, dass die Standortgemeinden bessere Rahmenbedingungen für Ärzte anbieten und gemeinsam mit dem Kanton junge Landärzte im Bereich Infrastruktur (Räumlichkeiten) und Finanzierung (Investitionen) unterstützen. Weiter sollen Anreize bei der universitären Ausbildung geschaffen werden und dabei auf die Notwendigkeit von mehr Hausärztinnen und Hausärzten auf dem Lande hinweisen. Die Motion Kilchherr fordert zudem, dass Anreize geschaffen werden, damit sich Hausärztinnen und Hausärzte in ländlichen Regionen niederlassen. Damit sollen insbesondere auch Medizinstudentinnen und Medizinstudenten, welche auf dem Land aufgewachsen sind, für eine hausärztliche Tätigkeit auf dem Lande motiviert werden. Letztendlich wird der Regierungsrat auch aufgefordert dafür zu sorgen, dass ausgearbeitete Projekte zur Förderung der praxis- und hausarztbezogenen Ausbildung von Medizinstudentinnen und Medizinstudenten (Curriculum, FIAM) sowie von Assistentinnen und Assistenten (Praxisassistenten) umgesetzt werden.

Die Motionen Heuberger und Kilchherr wurden gemeinsam beraten und es wurde am 8. September 2005 darüber abgestimmt. Die Motion Heuberger wurde mit 157 Stimmen angenommen. Die Ziffer 1 der Motion Kilchherr wurde zurückgezogen und die Ziffern 2 bis 4 wurden mit 115 zu 22 Stimmen bei 23 Enthaltungen überwiesen. Vordringliches Ziel der Arbeitsgruppe war die Sicherstellung einer flächendeckenden und qualitativ hochstehenden ambulanten Grund- und Notfallversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons Bern. Obwohl vermutet werden kann, dass sich die Stärkung der hausärztlichen Grundversorgung grundsätzlich positiv auf die Gesundheitskosten auswirken, zielen die Lösungsansätze und Massnahmen nicht in erster Linie auf eine Verminderung der Gesundheitskosten.

Die Arbeitsgruppe setzte sich aus Fachexperten und Vertretern aus den folgenden Bereichen zusammen: kantonale Ärztesgesellschaft (BEKAG), Fakultäre Instanz für Allgemeinmedizin, Institut für Hausarztmedizin (FIHAM, heute: Berner Institut für Hausarztmedizin BIHAM), Volkswirtschaftsdirektion (VOL), Gesundheits- und Fürsorgedirektion (Kantonsarztamt) sowie Spitex, Krankenversicherungen, Gemeinden und Interessengemeinschaft Ländlicher Raum.

Ausgehend von den Ergebnissen der Arbeitsgruppe hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) den vorliegenden Bericht verfasst.

Aufbau des Berichtes Hausarztmedizin

Nach einer Einführung in die Problematik der sich abzeichnenden Gefährdung der flächendeckenden medizinischen Grund- und Notfallversorgung wird die hausärztliche Versorgungssituation im Zusammenhang mit der Ärztedemografie und den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen dargestellt. Sodann werden wichtige Problemfelder der Hausarztmedizin vom Studium über die Aus- und Weiterbildung bis zu den Arbeits- und Rahmenbedingungen im gesundheitspolitischen Spannungsfeld erläutert. Ausgewählte Lösungsansätze auf nationaler und interkantonaler Ebene werden aufgezeigt.

Darauf aufbauend werden vor dem Hintergrund der kantonalen Aufgaben und Kompetenzen Grundsätze, Handlungsfelder sowie mögliche Lösungsansätze mit konkreten Massnahmen zur praxisbezogenen Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern vorgeschlagen. Diese sollen gemeinsam mit weiteren Massnahmen des Bundes, der Ärzteschaft und weiterer Partner die flächendeckende ärztliche Notfall- und Grundversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons sicherstellen.

Wichtigste Lösungsansätze

Die im vorliegenden Bericht dargestellten Lösungsansätze und Handlungsfelder erstrecken sich in verschiedene Richtungen. Als Voraussetzung für die Sicherstellung der flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung soll eine ausreichende Anzahl von geeigneten Ärztinnen und Ärzten und insbesondere Hausärztinnen und Hausärzten ausgebildet werden. Durch eine gezielte Förderung mit einer klar strukturierten und praxisbezogenen Aus- und Weiterbildung sowie durch attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen - aus Sicht junger Ärztinnen und Ärzte - müssen diese für die Ausübung des Hausarztberufes motiviert werden: Die Leistungsabgeltung der Hausärztinnen und -ärzte muss verbessert und den fachlichen und zeitlichen Anforderungen sowie dem Marktumfeld angepasst werden. Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle sollen gefördert und die Belastungen der Notfalldienste vermindert werden. Die hausärztliche Aus- und Weiterbildung ist auszubauen und den spezifischen Anforderungen des Praxisalltages anzupassen. Auch soll eine bessere Vereinbarkeit von Familie und hausärztlicher Tätigkeit angestrebt und der Wiedereinstieg in die Grundversorgertätigkeit gezielt gefördert werden. Letztendlich müssen Hausärztinnen und -ärzte durch attraktive Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie durch geeignete Anreize dazu motiviert werden, sich in Regionen mit einer gefährdeten oder bereits ungenügenden Grund- und Notfallversorgung niederzulassen.

Aufgrund der teilweise schlechten Datenlage zu Ausgangslage, Ursachen und Zusammenhänge der gefährdeten ärztlichen Grund- und Notfallversorgung sind im Hinblick auf daraus hervorgehende konkrete Massnahmen mit Kostenfolgen für den Kanton die relevanten Sachverhalte genauer zu überprüfen. Dementsprechend sollen auch die vorgeschlagenen Massnahmen im Hinblick auf ihren zu erwartenden Beitrag zur Sicherstellung der zukünftigen ambulanten Grund- und Notfallversorgung sowie auf die zu erwartenden Kostenfolgen beurteilt und priorisiert werden (Machbarkeit, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit).

2. Einleitung

Handlungsspielraum

Der Handlungsspielraum für den Kanton wird massgeblich durch die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen bestimmt. Die ambulante Versorgung ist im Kanton Bern grundsätzlich privatwirtschaftlich organisiert und unterliegt keiner Versorgungsplanung. Durch die Erweiterung von Artikel 4 im revidierten Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG, BSG 811.01) wurden die rechtlichen Grundlagen geschaffen, damit Projekte, Modellversuche oder Institutionen zur Sicherstellung der hausärztlichen Grundversorgung durch den Kanton umfassend unterstützt werden können (z. B. integrierte Versorgungsmodelle, Notfalldienst, medizinische Callcenter, Managed Care, Praxisassistenten, Aus- und Weiterbildung usw.). Darüber hinaus hat der Kanton nach Artikel 68 des Spitalversorgungsgesetzes vom 5. Juni 2005 (SpVG, BSG 812.11) die Möglichkeit, Modellversuche zur Erprobung neuer oder veränderter Methoden, Konzepte, Regelungen, Formen oder Abläufe in der Gesundheitsversorgung im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung mittels Leistungsverträgen zu fördern.

Sollte sich der Handlungsspielraum für die nachhaltig Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Grund- und Notfallversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons Bern zukünftig als ungenügend erweisen, müsste allenfalls eine Anpassung der kantonalen Finanzierungs- und Steuerungsregelungen geprüft werden.

3. Ausgangslage



3.1 Versorgungssituation

3.1.1 Prognostizierter Nachfrageüberhang an ambulanten ärztlichen Leistungen

In der Hausarztmedizin hat sich die Schere zwischen Angebot und Nachfrage bereits geöffnet und wird sich in Zukunft weiter aufweiten. Die absehbare unterschiedliche Entwicklung von Angebot und Inanspruchnahme der ambulanten Leistungen in der Allgemeinmedizin wird in Zukunft zu einem Nachfrageüberhang führen.

Das schweizerische Gesundheitsobservatorium (OBSAN 2008) schätzt die mögliche Höhe dieses Nachfrageüberhangs im Bereich der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) bis 2030 je nach Szenario auf 20 bis 49 Prozent. Demzufolge könnten in der Schweiz bis 2030 zwischen 3.5 und 13.8 Millionen allgemeinmedizinische Behandlungen nicht mehr abgedeckt werden. Der absehbare Mangel an Ärztinnen und Ärzten wird nicht nur die Grundversorgerinnen und Grundversorger sondern auch die Spezialärztinnen und Spezialärzte betreffen. Dies in geringerem Masse als bei den Grundversorgern und in Abhängigkeit des jeweiligen Fachgebietes. Gemäss der OBSAN Studie liegt der geschätzte Nachfrageüberhang von Spezialärztinnen und Spezialärzten bis 2030 je nach Szenario zwischen 3 und 27 Prozent. In diesen Schätzungen sind die Leistungen von Zusatzversicherungen, Unfall oder Invalidität sowie selbstbezahlte und nicht an die Krankenversicherung weitergeleitete Leistungen (Tiers garant, Out-of-Pocket) nicht berücksichtigt. Auch für den Kanton Bern muss grundsätzlich eine mit den nationalen Szenarien vergleichbare

Entwicklung der Anzahl Grundversorger und Behandlungen angenommen werden.

Gründe für den möglichen Nachfrageüberhang sind eine prognostizierte Zunahme an nachgefragten Behandlungen bei gleichzeitiger Abnahme der Anzahl Ärztinnen und Ärzte. Hinzu kommt eine anzunehmende Verkürzung der zukünftigen durchschnittlichen Arbeitszeit von Hausärztinnen und -ärzten im Vergleich zu heute. Der zunehmende Bedarf an ambulanten ärztlichen Leistungen kann durch das sinkende Angebot in Zukunft nicht mehr oder nur noch ungenügend gedeckt werden.

Seitens der Bevölkerung wird die optimale oder sogar maximale flächendeckende und bevölkerungsnah medizinische Grund- und Notfallversorgung jederzeit und überall als selbstverständlich erachtet. Es ist davon auszugehen, dass der Bedarf an medizinischen und pflegerischen Leistungen aufgrund der demografischen und gesellschaftlichen Entwicklungen im Kanton Bern insgesamt weiter zunehmen wird. Im Kanton Bern wird der Bevölkerungsanteil der über 64-Jährigen bis im Jahre 2030 je nach Region auf 44 bis 63 Prozent ansteigen. Die Mehrzahl der aufgrund dieser Entwicklung künftig zunehmenden altersbedingten Krankheiten fällt in den Aufgabenbereich der Grundversorgerinnen und -versorger.

Zusätzlich zur demografischen Entwicklung werden auch Steuerungsmassnahmen im stationären Spitalbereich den Bedarf und die Belastung in der ambulanten Versorgung weiter verstärken (z. B. Fallpauschalen DRG, Verkürzung der Aufenthaltsdauer, Konzentration der stationären Akutbehandlung, Verlagerung von stationärer zu ambulanter Versorgung usw.).

3.1.2 Grundlagen und Datenquellen zu Ärztedemografie und Ärztedichte

Die Angaben zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, zur Ärztedichte sowie zur Demografie der Grundversorger im Kanton Bern unterscheiden sich je nach Datenquellen, Erhebungsart, Erhebungsjahr und Definitionskriterien der Grundversorger. Als Letztere werden in der Regel die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, (allgemeine) Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und Praktischer Arzt sowie, je nach Erhebung, zusätzlich Gynäkologie bezeichnet.

Die Begriffe Hausarztmedizin, (ärztliche) Grundversorgung und Allgemeinpraktiker werden häufig synonym verwendet, wobei sie nicht dasselbe bedeuten. Der Begriff Hausarztmedizin wurde 2002 von WONCA Europe (World Family Doctors, Caring For People, Europe) als Synonym für die Allgemeinmedizin definiert. Demgegenüber wird in der Statistik der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) der Begriff Allgemeinpraktiker als Sammelbegriff für Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktische Ärzte sowie Gruppenpraxen verwendet. In der kantonalen Datenbank der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) werden die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Praktischer Arzt als Grundversorger zusammengefasst.

Im Artikel 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung vom 18. März 1994 (KVG; SR 832.10) wurden die ärztlichen Grundversorger anhand folgender Weiterbildungstitel abschliessend umschrieben: Allgemeinmedizin; Praktischer Arzt oder praktische Ärztin als einziger Weiterbildungstitel; Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel; Kinder- und Jugendmedizin.

Detaillierte Angaben zur Ärztedichte sind gerade auf regionaler Ebene mit Vorsicht zu interpretieren: Inwiefern Ärzte einer bestimmten Fachrichtung in der Grundversorgung tätig sind, wird in den meisten Erhebungen nicht berücksichtigt. So können beispielsweise Internisten oder Ärzte anderer Fachrichtungen hauptsächlich sowohl in einem Spezialgebiet als auch in der Grundversorgung tätig sein. Insbesondere in ländlichen Regionen übernehmen spezialisierte Fachärzte auch Aufgaben der Grundversorgung. Des Weiteren kann oft nicht festgestellt werden, wie viele Ärzte einer Fachrichtung im ambulanten, im stationären oder in beiden Sektoren tätig sind. Zudem verfügen viele Ärztinnen und Ärzte über mehrere Weiterbildungstitel in unterschiedlichen Kombinationen, wobei die Kombinationen gesetzlich nicht ausdrücklich geregelt sind. In ihrer Stellungnahme zur Übergangslösung zum Zulassungsstopp vom Mai 2009 stellte die FMH fest, dass aufgrund der vorgesehenen Bestimmungen zahlreiche Spezialärztinnen und Spezialärzte den Titel Praktischer Arzt beantragten, um damit in der Grundversorgung tätig sein zu können. Das tatsächliche vorhandene Potential oder der zukünftige Bedarf an Grundversorgerleistungen kann damit letztendlich nicht abschliessend und allein aufgrund der Fachrichtungen oder Facharzttitel beurteilt werden. Darüber hinaus werden die tatsächlich erbrachten Grundversorgerleistungen auch durch die Zunahme der ambulanten Spitalversorgung sowie durch die Gestaltung der ambulanten aber auch der stationären Leistungsvergütung beeinflusst.

Die Ärztedichte bezogen auf die Einwohnerzahl lässt den Tätigkeitsgrad und damit die effektive Arbeitstätigkeit bzw. das Leistungsvolumen unberücksichtigt. Gerade bei älteren

Ärztinnen und Ärzten, bei Ärztinnen mit Familien, in Gruppenpraxen oder bei Fachrichtungen wie beispielsweise der Psychiatrie ist eine Teilzeittätigkeit nicht unüblich.

Die untenstehenden Angaben zur Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, zur Ärztedichte sowie zur Demografie stammen einerseits aus der Statistik der Schweizerischen Ärztesgesellschaft (FMH) und andererseits aus der Datenbank der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF). Diese Datenbank wird zur Registrierung und Verwaltung der Berufsausübungsbewilligungen und Zulassungen verwendet und erfasst sämtliche Ärztinnen und Ärzte des Kantons Bern mit einer Berufsausübungsbewilligung. Dabei werden die Fachrichtungen Allgemeinmedizin, allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Praktischer Arzt als Grundversorger zusammengefasst.

Die GEF-Datenbank wurde zusätzlich beigezogen, um die regionalen Unterschiede der Ärztedichten sowie des Durchschnittsalters der Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern zu ermitteln. Die regional unterschiedlichen Ärztedichten sowie das Durchschnittsalter beziehen sich auf das Jahr 2009 und werden entsprechend der Erfassung in der GEF-Datenbank nach Amtsbezirken angegeben. Demgegenüber erfolgt die Gliederung des Kantons Bern seit dem 1. Januar 2010 nach Verwaltungskreisen und Verwaltungsregionen.

3.1.3 Ärztedichte der Grundversorger

Die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte für allgemeine Medizin mit Praxistätigkeit nahm im Kanton Bern in der Zeit von 2000 bis 2005 deutlich zu und verläuft seither leicht rückläufig. Während im Jahre 2000 gemäss der FMH-Statistik 402 Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner in einer Praxis im Kanton Bern tätig waren, erhöhte sich diese Zahl bis 2005 um 24% auf 499. 2009 wurden noch 486 Fachärztinnen und -ärzte für allgemeine Medizin mit Praxistätigkeit registriert. Die stärkste Zunahme wurde in den Jahren 2002 und 2003 verzeichnet. Eine vergleichbare Veränderung zeigte sich grundsätzlich auch bei den Fachärztinnen und -ärzten für Innere Medizin mit Praxistätigkeit. In der FMH-Statistik ist zu beachten, dass 2008 die Unterteilung mit bzw. ohne Praxistätigkeit durch die Zuordnung der Ärzte zum ambulanten oder stationären Sektor ersetzt wurde. Dadurch werden beispielsweise Chefärzte an Spitälern mit eigener Praxistätigkeit neu dem stationären Sektor zugerechnet. Dies führt im ambulanten Bereich, insbesondere bei den Internisten, zu einer technisch bedingten, scheinbar sprunghaften Abnahme der Anzahl Ärztinnen und Ärzte ab 2008.

Die Ärztedichte (pro 10'000 Einwohner) der Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeine Medizin mit Praxistätigkeit nahm im Kanton Bern gemäss der FMH-Statistik zunächst von 4.3 (2000) auf 5.2 (2005) zu und verminderte sich bis im Jahre 2009 geringfügig auf 5.0. Damit lag die Ärztedichte der Allgemeinmediziner etwas über dem gesamtschweizerischen Mittelwert, welcher sich in demselben Zeitraum von 3.6 (2000) auf 4.6 (2009) erhöhte. Bei den Internisten mit Praxistätigkeit entwickelte sich die Ärztedichte vergleichbar, wobei die Zunahme geringer ausgeprägt war. Demgegenüber veränderten sich die Ärztedichten der Praktischen Ärzte sowie der Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Praxistätigkeit zwischen 2000 und 2009 im Kanton Bern nur geringfügig. Werden die Allgemeinmediziner, die Internisten, die Praktischen Ärzte sowie die Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin als Grundversorger zusammengefasst, zeigt

Hausarztmedizin im Kanton Bern

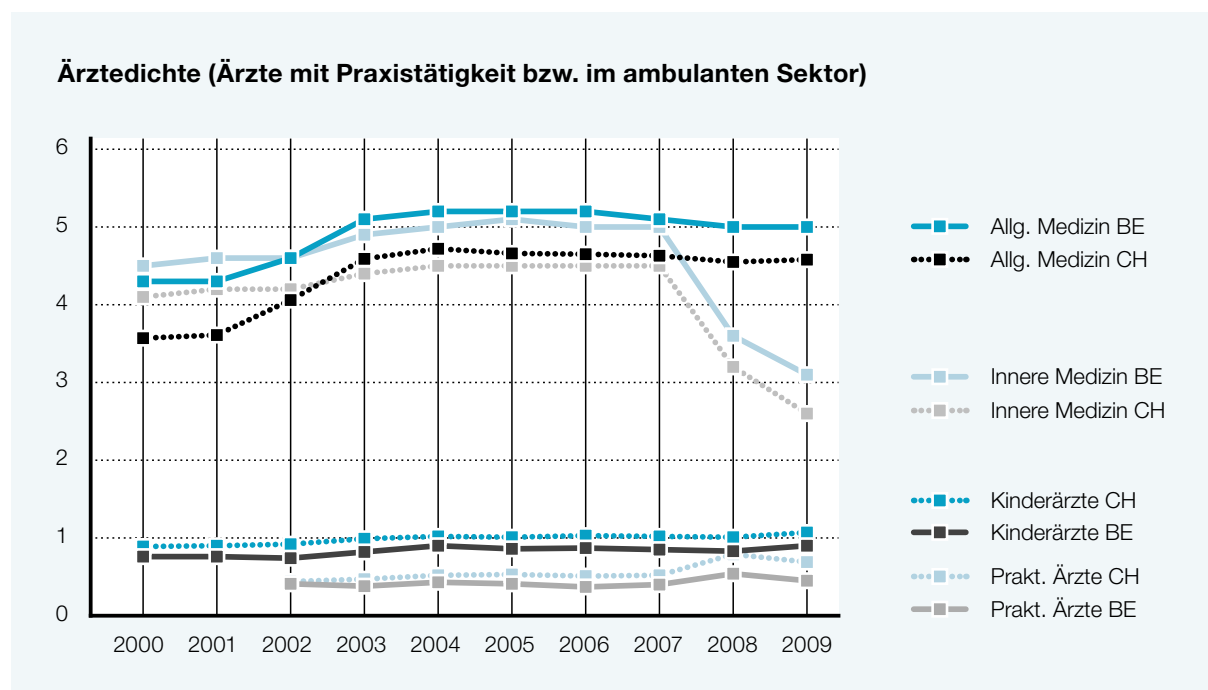


Abbildung 1: Ärztedichte der Grundversorger im Kanton Bern und im gesamtschweizerischen Mittel gemäss FMH-Ärztestatistik (Ärzte pro 10'000 Einwohner). Achtung: ab 2008 neue Einteilung in ambulanten und stationären Sektor.

sich zwischen 2000 und 2007 im Kanton Bern eine Zunahme der entsprechenden Ärztedichte der Grundversorger von 9.6 auf 11.2.

Während im Kanton Bern die Ärztedichte in den Bereichen Allgemeinmedizin und Innere Medizin leicht über dem gesamtschweizerischen Durchschnitt lag, war sie im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin tiefer. Dies bei einem ebenfalls geringeren Anteil der 0–16-Jährigen an der Wohnbevölkerung.

Die Angaben der FMH-Statistik sind vergleichbar mit den Werten aus der administrativen Datenbank der Berufsausübungsbewilligungen der Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF). Aufgrund der GEF-Datenbank ergab sich für das Jahr 2009 im Kanton Bern eine durchschnittliche Ärztedichte für Grundversorger im ambulanten Bereich von 10.9. Diese variierte jedoch in den einzelnen Amtsbezirken zwischen 5.8 (Amtsbezirk Büren) und 16.7 (Amtsbezirk Bern).

In einer Untersuchung zum Notfalldienst im Kanton Bern (Gafner 2006) zeigte sich in Regionen des Mittellandes, des Oberaargaus und der Voralpen eine vergleichsweise geringe Dichte an notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten bezogen auf die Einwohnerzahl. Demgegenüber zählten die Berg- und Talregionen des Berner Juras oder des Berner Oberlandes nicht zu den Notfallkreisen mit geringer Dichte von Notfalldienst leistenden Ärztinnen und Ärzten. Gemäss dieser Untersuchung schien die periphere Lage zu den regionalen Zentren ausschlaggebend für eine geringe Attraktivität aus Sicht der Grundversorger zu sein.

3.1.4 Altersstruktur der Grundversorger

Das Durchschnittsalter der im ambulanten Bereich tätigen Grundversorgerinnen und -versorger im Kanton Bern lag

2009 bei 57 Jahren. Regionen mit einem hohen Durchschnittsalter der Grundversorgerinnen und -versorger wie beispielsweise die Amtsbezirke Büren (61 J.) oder Courtelary (60 J.) sind im Hinblick auf eine zukünftige Unterversorgung zusätzlich gefährdet. Dies insbesondere dann, wenn der Anteil der über 65-jährigen gross und derjenige von unter 45-jährigen Grundversorgerinnen und -versorgern gering ist.

Gemäss einer Studie der Universität Basel werden in der Schweiz bis zum Jahre 2016 die Hälfte der praktizierenden Hausärzte in Pension gehen und somit 3'200 neue Hausärztinnen und -ärzte benötigt werden. Auch im Kanton Bern wird in den nächsten 5–15 Jahren ein beachtlicher Teil der Grundversorgerinnen und versorger eine Nachfolgelösung finden müssen: Bis 2015 werden gemäss der GEF-Datenbank insgesamt 25 Prozent der heute tätigen Grundversorger das Pensionsalter von 65 Jahren erreicht haben. Zu beachten ist, dass in Regionen mit einem hohen Durchschnittsalter dieser Anteil deutlich höher ist.

3.1.5 Arbeitspensum

Das tatsächliche ärztliche Leistungsangebot wird nicht nur durch die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, sondern auch durch deren Arbeitspensum bestimmt.

Gemäss der Fragebogenerhebung des Vereins Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH) zur Hausärztedichte im Kanton Bern lag im Jahre 2006 das durchschnittliche Arbeitspensum aller Hausärztinnen und -ärzte bei 87 Prozent (Männer 90 Prozent, Frauen 67 Prozent). Diese Angaben werden durch die FMH-Statistik bestätigt: Das Arbeitspensum der Grundversorgerinnen und -versorger lag 2009 im ambulanten Sektor im Kanton Bern bei 4.5 Tagen (Frauen: 3.5 Tage, Männer: 4.6 Tage).

3. Ausgangslage

Die einzige routinemässige Datenquelle, welche eine Schätzung der ärztlichen Tätigkeit im Bereich der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) unter Berücksichtigung des Arbeitspensums erlaubt, ist der Datenpool von *santésuisse*. Ausgehend von diesem Datenpool entwickelte eine Arbeitsgruppe (BAG, OBSAN, *santésuisse*, GDK, FMH) eine Methode zur Bestimmung der Vollzeitaktivität (VZA) von Ärztinnen und Ärzten (OBSAN 2006). Diese Methode berücksichtigt die Anzahl der über die OKP abgerechneten Konsultationen sowie die Anzahl der behandelten Patientinnen und Patienten. Gemäss der OBSAN-Studie zur Ärztedemografie (2006), welche mittels der Daten zur VZA erhoben wurde, befand sich der Kanton Bern in Bezug auf die Versorgungsdichte von Hausärzten knapp über dem schweizerischen Durchschnitt. Die VZA-Dichte im Kanton Bern lag insgesamt unter der Ärztedichte und das Verhältnis der beiden Kennzahlen variiert in den unterschiedlichen Regionen.

3.1.6 Versorgungssituation aus ärztlicher Sicht

In einer Umfrage der Berner Ärztesgesellschaft (BEKAG) wurden in den Jahren 2009 und 2010 Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen des Kantons Bern gefragt, ob sie eine Mangelversorgung in ihrem eigenen oder einem anderen Fachgebiet feststellen würden. Im Hinblick auf Hausärztinnen und -ärzte gaben die Befragten für das gesamte Kantonsgebiet eine Unterversorgung an. Im Jahre 2010 war diese am ausgeprägtesten in den Regionen Oberaargau, Berner Jura und Emmental. Mit Ausnahme der Region Oberaargau wurde im Vergleich zum Vorjahr in allen übrigen Regionen eine deutliche Zunahme des Hausärztemangels angegeben. Dies betraf erstmals auch die Region und die Stadt Bern. Mit Ausnahme der kantonsweiten Mangelversorgung in den Fachgebieten Ophthalmologie, Psychiatrie

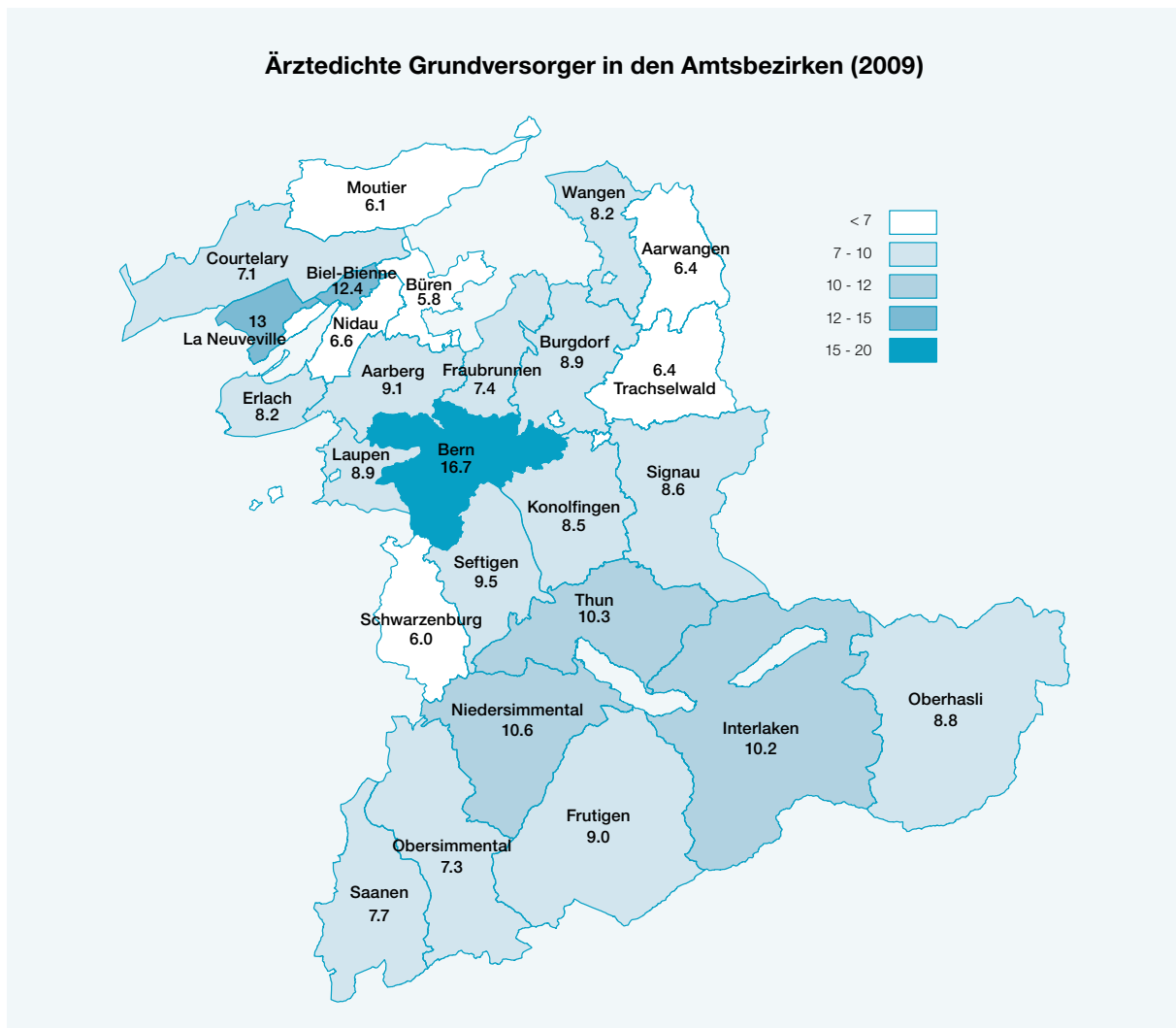


Abbildung 2: Ärztedichte der Grundversorger (Allgemeine Medizin, Internisten, Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin) im ambulanten Bereich in den Amtsbezirken des Kantons Bern gemäss GEF-Datenbank (Ärzte pro 10'000 Einwohner, 2009)

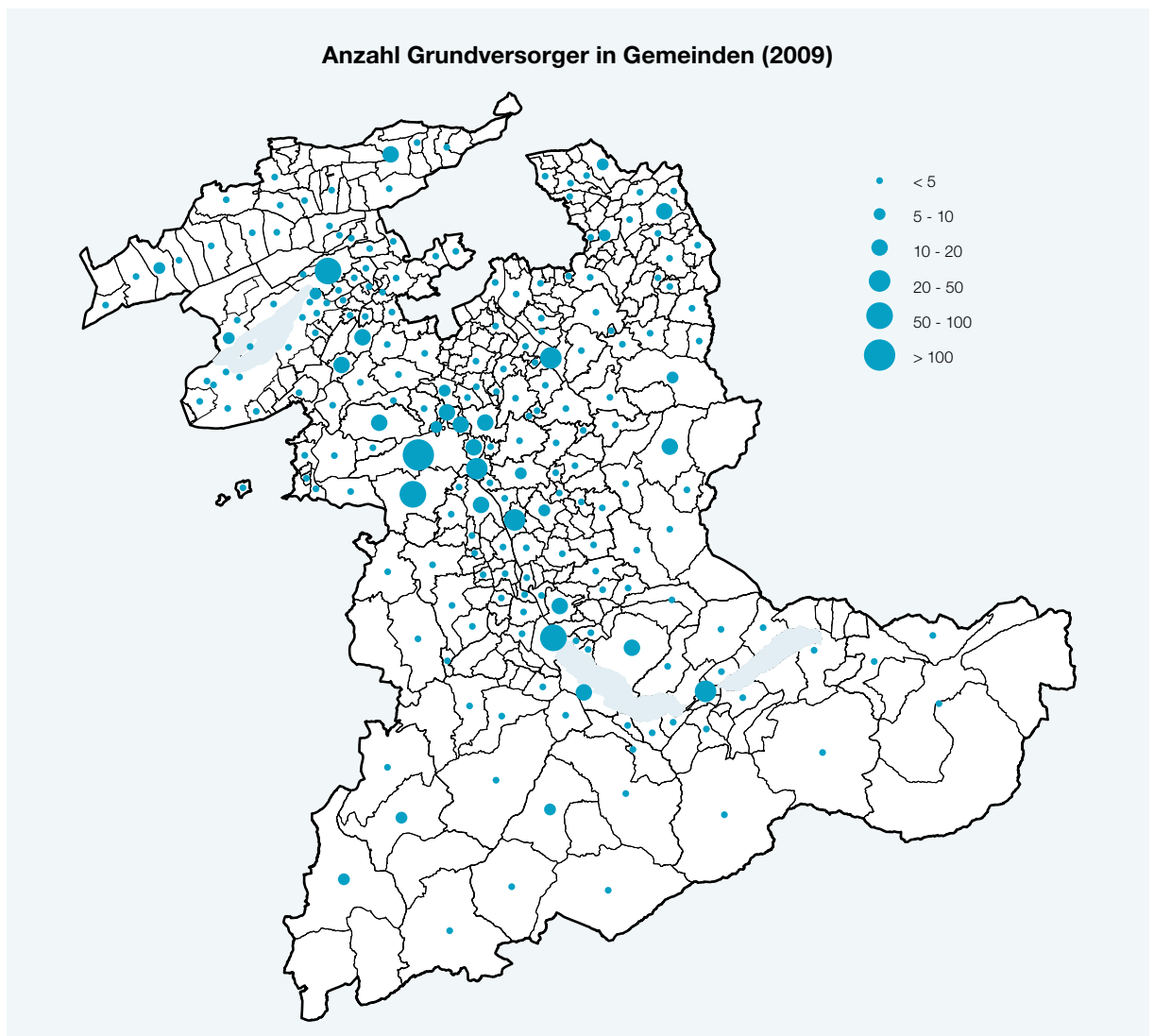


Abbildung 3: Anzahl Grundversorger (Allgemeine Medizin, Internisten, Praktischer Arzt, Kinder- und Jugendmedizin) im ambulanten Bereich in den Gemeinden des Kantons Bern gemäss GEF-Datenbank (2009)

und Kindermedizin zeigte sich in der Umfrage der BEKAG im Kanton Bern im Jahre 2010 bei den Spezialärzten eine mehrheitlich genügende Versorgung. Allerdings wurde von den befragten Ärztinnen und Ärzten in einzelnen Regionen auch ein Mangel im Bereich Dermatologie, Rheumatologie und Neurologie angegeben.

3.1.7 Topografie

Nebst den Angaben über Ärztedichte und Anzahl der Konsultationen sind auch die speziellen topografischen Gegebenheiten zu berücksichtigen. In einzelnen Regionen, beispielsweise in den Bergen, sind diese für die Beurteilung der hausärztlichen Grundversorgung – insbesondere des hausärztlichen Notfalldienstes – wesentlich. Dabei wirkt sich die topografische Weiträumigkeit des Kantons Bern, anders als bei kleinflächigen Kantonen mit ansonsten ähnlichen Kennzahlen, zusätzlich erschwerend auf die medizinische Grundversorgung aus.

3.1.8 Feminisierung in der Medizin

Die Frauenquote bei Medizinstudierenden stieg in den Jahren 2000 bis 2008 um 36 Prozent auf 61,5 Prozent. An der Universität Bern betrug der Frauenanteil 2008 sogar 64 Prozent.

Obwohl bei Abschluss des Medizinstudiums der Frauenanteil grösser als derjenige der Männer ist, schliessen weniger Frauen als Männer ihre Weiterbildung mit einem Facharzt-diplom ab (2008: 43 Prozent). Allerdings nahm die Zahl der Ärztinnen mit neu erteiltem Facharzt-diplom zwischen 2000 und 2008 stark zu (plus 79 Prozent). Im Jahr 2008 betrug im ambulanten Sektor der Anteil der Frauen mit Facharzt-titel Allgemeinmedizin 21 Prozent und derjenige mit Facharzt-titel Innere Medizin 23 Prozent. Im Kanton Bern zeigen sich nahezu dieselben Anteile, wobei sich diese in den einzelnen Amtsbezirken deutlich unterscheiden.

In der zukünftigen Grundversorgung werden die Frauen gerade auch in der Hausarztmedizin stärker vertreten sein

3. Ausgangslage

als die Männer. Gemäss den Berufszielbefragungen der Universität Basel (IAHMB 2002–2008) waren von den Studierenden mit Berufsziel Hausarztmedizin 60–70 Prozent Frauen. Darüber hinaus gaben in der Berufszielbefragung 2006 alle Absolventinnen des Staatsexamens als gewünschten zukünftigen Arbeitsort eine Gruppenpraxis an.

Nach wie vor streben wesentlich mehr Frauen als Männer eine Teilzeittätigkeit an, um Beruf und Familie unter einen Hut bringen zu können. Durch den Wunsch vieler zukünftiger Ärztinnen nach Teilzeitarbeit (80 Prozent der Studentinnen) sowie aufgrund der Kinderpausen wird sich die Lebensarbeitszeit der Hausärztinnen verkürzen.

Die mit dem steigenden Anteil von Assistenzärztinnen zunehmende Nachfrage nach Teilzeitstellen wird in Institutionen ungenügend und in Arztpraxen nahezu gar nicht befriedigt. Der berufliche Wiedereinstieg mit Abschluss eines Facharztes nach einer Familienpause gestaltet sich oft schwierig.

3.1.9 Zunahme der ausländischen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz

Im Jahr 2008 verfügte fast jede zweite Assistenzärztin bzw. jeder zweite Assistenzarzt in der Schweiz über ein ausländisches Diplom. Gemäss einer Umfrage der ETH Zürich zur Demografie der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte betrug der Anteil an Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung mit ausländischem Diplom in der Deutschschweiz 48 Prozent, in der Westschweiz 31 Prozent und im Tessin 68 Prozent. In der Deutschschweiz stammen 39 Prozent der ausländischen Assistenzärztinnen und Assistenzärzte aus Deutschland. Den höchsten Anteil verzeichneten die Weiterbildungsstätten in Psychiatrie und Psychotherapie (64 Prozent) sowie in Orthopädischer Chirurgie (62 Prozent) und Gynäkologie (56 Prozent). Innerhalb der letzten sechs Jahre nahm der Anteil an Assistenzärztinnen und Assistenzärzten mit ausländischem Diplom um nahezu 40 Prozent zu. Den Angaben der FMH zufolge verfügten im Jahr 2008 im ambulanten Sektor insgesamt 15 Prozent der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz über ein ausländisches Diplom. Im Kanton Bern verfügten 14 Prozent aller in der GEF-Datenbank registrierten aktiven Ärztinnen und Ärzte mit einer Berufsausübungsbewilligung und 9 Prozent aller Grundversorger über ein ausländisches Diplom (2010).

3.2 Rechtsgrundlagen im Kanton Bern

Nachfolgend werden ausgewählte kantonalrechtliche Bestimmungen aufgeführt und kurz erläutert.

3.2.1 Verfassung des Kantons Bern vom 6. Juni 1993 (KV; BSG 101.1)

Nach Artikel 41 KV sorgen Kanton und Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung und stellen die dafür notwendigen Einrichtungen bereit. Überdies sichert

der Kanton den wirksamen und wirtschaftlichen Einsatz der öffentlichen Mittel durch Planung und ein zweckmässiges Finanzierungssystem und stellt die Koordination mit privaten Einrichtungen sicher.

In Ausführung des Verfassungsauftrags von Artikel 41 KV garantiert das bernische Gesundheitsrecht die Versorgungssicherheit in allen Schlüsselbereichen der kurativen, d. h. auf Wiederherstellung der Gesundheit ausgerichteten Medizin. Die rechtlichen Grundlagen dazu regeln im Einzelnen die Bereiche der ambulanten Versorgung, der stationären Versorgung, der Heilmittelversorgung und der Versorgung mit Rettungsleistungen. Die ambulante Versorgung und die Heilmittelversorgung werden im Wesentlichen durch die kantonale Gesundheitsgesetzgebung geregelt, währenddem die kantonale Spitalversorgungsgesetzgebung die Bereiche stationäre Versorgung und Versorgung mit Rettungsleistungen zum Gegenstand hat.

Grundsätzlich gilt auch im Kanton Bern das Subsidiaritätsprinzip, wonach der Staat erst dann eingreift, wenn Probleme nicht privatwirtschaftlich gelöst werden können. Der Kanton sorgt durch geeignete Massnahmen dafür, dass die Gesundheitsversorgung sichergestellt ist. Er stellt die notwendigen Einrichtungen bereit, falls die Leistungen nicht von privater Seite erbracht werden.

3.2.2 Gesundheitsgesetz vom 2. Dezember 1984 (GesG; BSG 811.01)

Die ambulante Versorgung ist im Kanton Bern – anders als der stationäre Bereich – grundsätzlich privatwirtschaftlich organisiert und unterliegt keiner Versorgungsplanung. Hauptsächliches Instrument zur Steuerung der (qualitativen) Leistungen sind die gesundheitspolizeilichen Bewilligungen (Berufsausübungs- und Betriebsbewilligungen). Immerhin jedoch verpflichtet das Gesundheitsgesetz bestimmte Gesundheitsfachpersonen zur Leistung von Notfalldiensten und räumt dem Kanton die Möglichkeit ein, in beschränktem Rahmen Unterstützungsbeiträge für Projekte oder an Institutionen zu gewähren.

Die Notfalldienstpflicht stellt eine ärztliche Berufspflicht dar (Art. 30a Abs. 1 GesG). Unter Hinweis auf die massgebenden kantonalen Vorschriften wird die Notfalldienstpflicht auch in Artikel 40 Buchstabe g des Bundesgesetzes vom 23. Juni 2006 über die universitären Medizinalberufe (Medizinalberufegesetz, MedBG; SR 811.11) als ärztliche Berufspflicht statuiert. Gesundheitsfachpersonen, welche zum Notfalldienst verpflichtet sind, sind für die Organisation des ambulanten Notfalldienstes selbst besorgt oder können dessen Organisation den Berufsverbänden übertragen (Art. 30a Abs. 1 GesG, 2. Satz). Nach der Konzeption des Gesundheitsgesetzes ist die Organisation des Notfalldienstes somit nicht in erster Linie Aufgabe des Kantons, sondern ergibt sich aus der Berufspflicht der Gesundheitsfachpersonen. Die Notfalldienstorganisation wird nur dann von der zuständigen Stelle der Gesundheits- und Fürsorgedirektion geregelt, wenn sie nicht anderweitig sichergestellt ist (Art. 30a Abs. 3 GesG).

Im Rahmen der Revision des Gesundheitsgesetzes, welches am 1. Januar 2011 in Kraft trat, wurde Artikel 4 GesG erweitert. Gemäss Absatz 1 hat der Kanton explizit die Möglichkeit, Unterstützungsbeiträge auszurichten für Projekte oder an Institutionen in den Bereichen ausreichende Versorgung der Bevölkerung, besondere Behandlungsmodelle und vernetzte Versorgung sowie Aus-, Weiter- und Fortbildung. Mit dieser Formulierung soll es in Zukunft möglich sein, innovative Projekte im Bereich Hausarztmedizin zu unterstützen (z. B. integrierte Ärztenetzwerke, Notfalldienst, ärztlich geführte Callcenter, Managed Care, Praxisassistenten usw.). Gestützt auf Artikel 4 Absatz 2 GesG kann der Kanton mit Anbieterinnen und Anbietern von Leistungen (nach Absatz 1, s. o.) Leistungsverträge abschliessen, in denen Art, Menge und Qualität der Leistungen, deren Abgeltung und die Qualitätssicherung geregelt werden. Allerdings bildet Artikel 4 GesG nach wie vor keine hinreichende Grundlage für eine weitreichende und dauerhafte Subventionierung des ambulanten Sektors. Dieser soll weiterhin grundsätzlich privatwirtschaftlich organisiert sein.

Mit dem Ziel, die Durchsetzung der Notfalldienstplicht zu erleichtern und die Anzahl der Dispensationen zu vermindern, wurde mit dem revidierten Gesundheitsgesetz die Ersatzabgabe für nicht notfalldienstleistende Ärztinnen und Ärzte auf 500 Franken pro Notfalldienst, aber maximal 15'000 Franken pro Jahr festgelegt.

3.2.3 Spitalversorgungsgesetz vom 5. Juni 2005 (SpVG; BSG 812.11)

Im Unterschied zum ambulanten Bereich wird die stationäre Versorgung im Kanton Bern in erster Linie durch eine umfassende Versorgungsplanung und die darauf abgestützte Spitalliste gesteuert (vgl. Art. 4 SpVG). Mit öffentlichen Spitälern schliesst der Kanton Leistungsverträge ab (vgl. insbes. Art. 29 f. SpVG).

Nach Artikel 68 SpVG («Neue Modelle der Gesundheitsversorgung») hat der Kanton ausserdem die Möglichkeit, Modellversuche zur Erprobung neuer oder veränderter Methoden, Konzepte, Regelungen, Formen oder Abläufe in der Gesundheitsversorgung zu fördern. Die Versuche müssen die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigen, auf die Erzielung medizinischer, versorgungstechnischer oder wirtschaftlicher Verbesserungen ausgerichtet sein, von einem Controlling begleitet sein und evaluiert werden.

Der Kanton schliesst mit einem in den Modellversuch involvierten Leistungserbringer einen Leistungsvertrag ab und weist den Finanzbedarf für den Modellversuch in der Versorgungsplanung oder in einem besonderen Bericht aus. Der Grosse Rat wird in der Versorgungsplanung oder im besonderen Bericht über den Verlauf und die Ergebnisse des Modellversuchs unterrichtet.

Auch wenn das Spitalversorgungsgesetz grundsätzlich die stationäre Versorgung zum Gegenstand hat, ist zumindest denkbar, Artikel 68 SpVG als Grundlage für eine kantonale Förderung von Modellversuchen im Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung heranzuziehen.

4. Problemanalyse



Die in der Einleitung skizzierten Probleme lassen sich zwecks genauerer Betrachtung und Analyse in einzelne Problemfelder aufteilen. Einzelne Themenbereiche dürfen jedoch nicht nur isoliert betrachtet werden. Gegenseitige Abhängigkeiten und Wechselwirkungen auf unterschiedlichen Ebenen müssen berücksichtigt werden. Die Entscheidung für oder gegen die Karriere als Hausarzt ist ein langer und vielschichtiger

Prozess. Dieser erstreckt sich vom Studium über die Assistenzzeit und die Facharztausbildung bis hin zur schlussendlichen beruflichen Tätigkeit.

Dementsprechend müssen sich auch Lösungsansätze und konkrete Massnahmen zur Förderung der Hausarztmedizin an diesem Entscheidungsprozess orientieren.

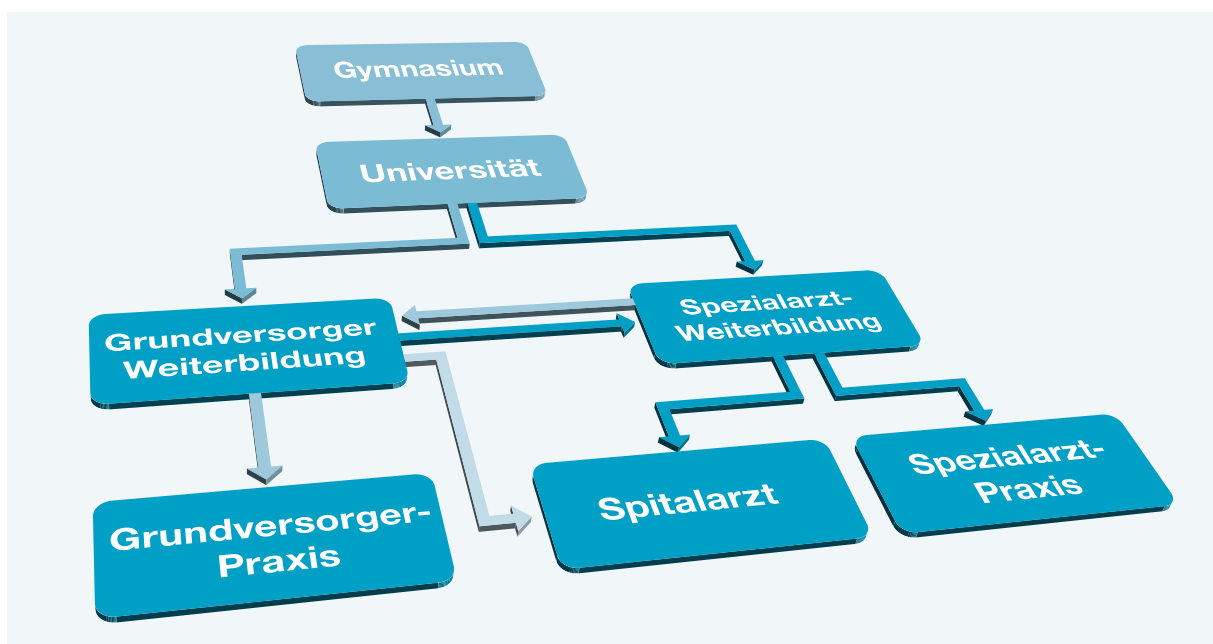


Abbildung 4: Entscheidungsprozesse

4.1 Lebensentwürfe und ärztliches Berufsbild

Das traditionelle Berufsbild des Arztes als jederzeit und uneingeschränkt zum Wohle seiner Patientinnen und Patienten einsatzbereiten Einzelkämpfers erfährt eine Änderung. Bei älteren Medizinergenerationen hatte die materielle Sicherstellung und das persönliche sowie soziale Engagement für diesen Beruf eine hohe Wichtigkeit. Oft sind heute diese Faktoren nur noch bis zu einem gewissen Grad bestimmend für berufliche Karriereentscheidungen.

Gerade jüngere Ärztinnen und Ärzte haben zunehmend neue Lebensentwürfe und andere Ansprüche. Sie sind oft nicht mehr bereit, sich auf Kosten der eigenen Gesundheit nahezu grenzenlos für den Arztberuf einzusetzen und aufzuopfern. Möglicherweise manifestiert sich damit ein kultureller Wandel im Verständnis der beruflichen Tätigkeit von der Berufung zur Arbeitsstelle oder vom Lebenswerk zur Lebensabschnittsarbeit.

Das Bedürfnis nach reduzierter Arbeitszeit mit einem befriedigenden familiären, kulturellen und sozialen Leben tritt oft an die Stelle eines faktisch unlimitierten Berufseinsatzes. Neue Lebensziele und Lebensformen mit verbesserter Balance zwischen Arbeit und Privatleben versprechen eine grössere Berufsbefriedigung. Die zunehmende Anzahl Ärztinnen, welche den Anspruch erhebt, Beruf und Familie verbinden zu können, verstärkt diese Entwicklung.

4.1.1 Hausarzt oder Spezialarzt

Das Interesse von Studierenden und Assistenzärztinnen und -ärzten am Grundversorgerberuf nimmt rapide ab: Nur noch 10 Prozent der Medizinstudierenden interessieren sich überhaupt noch für die Arbeit in einer Grundversorgerpraxis. Aus einer Befragung an den medizinischen Fakultäten in Lausanne und Genf geht hervor, warum die Hausarztmedizin für Studierende wenig attraktiv erscheint: Die Mehrheit der Medizinstudenten (80–90 Prozent) strebt eine Tätigkeit in einer Gruppenpraxis und in einer städtischen Agglomeration (53 Prozent) an. «Zu wenig genau» und «zu wenig technisch» sei die Hausarztstätigkeit. Des Weiteren waren die ungenügende finanzielle Abgeltung, zu hohe Arbeitszeiten, zunehmende Belastung durch häufige Notfalldienste und zu grosse Disponibilität Hauptgründe für das schlechte Abschneiden der Hausarztmedizin. Die zwei letzten Argumente wurden zudem im Zusammenhang mit einer Einschränkung des Familien- und Soziallebens genannt. In diesem Sinne wirkt sich auch das neue Arbeitsgesetz mit einer 50-Stunden-Woche für Spitalärztinnen und -ärzte nachteilig auf die Motivation zum freien Beruf der Hausärztin bzw. des Hausarztes aus.

Demgegenüber stehen die Resultate einer anderen Studie (Hasler 2008): Die befragten Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung gaben nebst der Selbstständigkeit das breite Patienten- und Krankheitsspektrum, die Langzeitbetreuung, die vielseitige ärztliche Tätigkeit sowie die Arzt-Patienten-Beziehung als wichtigste Motive für eine zukünftige Hausarztstätigkeit an.

Die ärztliche Aus- und Weiterbildung an Kliniken und Spitälern ist traditionellerweise stark auf einzelne Fachbereiche und Spezialisierungen ausgerichtet. Das gegenseitige Verständnis und die Anerkennung für die jeweiligen Anliegen, Bedürfnisse sowie Denk- und Arbeitsweisen zwischen Spital- bzw. Spezialarztmedizin und Hausarztmedizin fehlen

allzu oft. Dadurch werden anfänglich am Hausarztberuf interessierte Studentinnen und Studenten sowie Assistenzärztinnen und -ärzte bereits während der Aus- und Weiterbildung demotiviert.

Den Ansprüchen und Anforderungen vieler junger Ärztinnen und Ärzte stehen die realen Arbeits- und Rahmenbedingungen sowie aktuelle und absehbare Entwicklungen im Bereich der Hausarztmedizin gegenüber. Das oft schlechte Image von Grundversorgern wirkt sich zusätzlich negativ auf die Bereitschaft und die Motivation junger und potenziell an der Hausarztmedizin interessierter Ärztinnen und Ärzte aus. Eine Festanstellung am Spital zeichnet sich im Vergleich mit der freiberuflichen Tätigkeit durch fehlende unternehmerische Risiken aus. Geregeltere Arbeitsverhältnisse, weniger Notfalldienste sowie bessere Möglichkeiten zur Teilzeittätigkeit wirken attraktiv. Bei der Entscheidung zwischen Anstellung oder Eigenständigkeit überwiegen oft das Bedürfnis nach Sicherheit und die Angst vor Eigenverantwortung oder vor unternehmerischen Risiken.

Durch den Ausbau von ambulanten Diensten an öffentlichen oder privaten Spitälern werden zusätzliche, attraktivere Arbeitsmöglichkeiten geschaffen. Auch die Arbeits- und Lebensbedingungen der freiberuflichen Spezialärzte und Spitalfachärzte entsprechen wesentlich besser den veränderten Bedürfnissen junger Ärztinnen und Ärzte. Insgesamt zeichnet sich eine Konzentration von Spezialisten, aber auch von Grundversorgern in städtischen Gebieten und regionalen Zentren ab. Damit einher geht die Ausdünnung des medizinischen Angebotes in ländlichen und peripheren Regionen.

4.1.2 Nachfolgeproblematik

Zahlreiche Inhaber von Grundversorgerpraxen abseits von städtischen Agglomerationen finden keine Nachfolger für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten. Arztpraxen können nach der Pensionierung der Inhaber oft nicht mehr weitergeführt werden und müssen ohne Nachfolgelösung geschlossen werden. Dabei zeigt sich zuweilen ein «Generationsproblem»: Ältere Praxisinhaberinnen oder -inhaber vor der Pensionierung sind häufig daran interessiert, nicht nur ihre Patientinnen und Patienten, sondern auch die gesamte Praxisinfrastruktur mit der Liegenschaft (Ärztelhaus) an junge Nachfolgerinnen oder Nachfolger zu übergeben bzw. zu verkaufen. Letztere sind jedoch zu derartigen und zumeist hohen Investitionen nicht in der Lage oder in Anbetracht des beachtlichen unternehmerischen Risikos sowie der geringen Attraktivität einer Einzelpraxis nicht daran interessiert.

Nach Schliessungen von Arztpraxen ohne Nachfolgelösung werden Patientinnen und Patienten nach Möglichkeit von Kolleginnen oder Kollegen übernommen. Ist dies nicht möglich, müssen längere Anfahrtswege zu Ärztinnen und Ärzten in zentrumsnahen Agglomerationen in Kauf genommen werden.

Die sinkende Anzahl von Grundversorgerinnen und Grundversorgern führt wiederum zu einer Konzentration auf immer weniger Ärztinnen und Ärzte. Auch durch die Dispensationen vom Notfalldienst (z. B. Alter, Krankheit, Spezial- und Belegärzte usw.) steigt die Belastung der verbleibenden Dienstärztinnen und Dienstärzte zusätzlich. Diese chronische Überlastung vieler Grundversorger hat oft deren vorzeitiges Ausscheiden aus dem Beruf zur Folge.

Durch die veränderten Bedürfnisse und Ansprüche von jungen Ärztinnen und Ärzten steigt die Zahl der für eine flächen-

4. Problemanalyse

deckende medizinische Grundversorgung insgesamt benötigten Arbeitsstellen an. Die Folge der geringeren Vollzeitaktivität bei gleicher oder geringerer Anzahl Berufstätiger ist klar: Die Nachfolgeproblematik wird verschärft.

Die Kombination der beschriebenen demografischen Entwicklung und Nachfolgeproblematik birgt Risiken. Die Gefahr, dass in Zukunft die flächendeckende, bevölkerungsnahe und qualitativ hochstehende Grund- und Notfallversorgung nicht mehr überall und jederzeit gewährleistet werden kann, steigt.

Unterschiedliche gesundheitspolitische Diskussionen, Entscheidungen und Entwicklungen der letzten Jahre wirkten und wirken sich zusätzlich negativ auf die Hausarztmedizin und deren Attraktivität aus: Als Beispiele dazu seien der Ärztetarif TARMED, der Zulassungsstopp, die neuen Labortarife, die Aufhebung der Besuchsinkonvenienzpauschale oder das vorgesehene Verbot der Selbstdispensation im Rahmen der Revision des Heilmittelgesetzes genannt.

Aus Sicht der Ärzteschaft erscheinen im Hinblick auf eine Nachfolgelösung auch eidgenössische oder kantonale administrative und inhaltliche Anforderungen und Vorschriften erschwerend. Als Beispiele sind hier die Bereiche Zulassung oder Aus- und Weiterbildung zu nennen.

4.2 Aus- und Weiterbildung sowie Forschung in Hausarztmedizin

Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz übersteigt mit jährlich etwa 1'200 benötigten Diplomen bei Weitem die Anzahl der Studienabschlüsse von etwa 700. In einem Bericht aus dem Jahr 2007 erklärt der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat, der steigende Bedarf an Ärztinnen und Ärzten aus der Schweiz könne nicht mehr gedeckt werden. Auch der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung an den Spitälern übersteigt die Anzahl der Studienabschlüsse in der Schweiz. Dabei liegt die Zahl der universitären Diplome im Verhältnis zur Bevölkerung in der Deutschschweiz deutlich tiefer als jene in der Westschweiz.

Dem Mangel an Schweizer Assistenzärztinnen und -ärzten muss durch Erhöhung der klinischen Ausbildungsstellen begegnet werden. Sollte eine erhebliche Rückwanderung in die Ursprungsländer stattfinden (was sich in Bezug auf Deutschland schon beobachten lässt), besteht die Gefahr eines Ärztemangels insbesondere auch in den Spitälern. Zudem ist gegen eine Rekrutierung von Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland aus ethischen Gründen einzuwenden, dass auch in anderen Ländern ein Ärztemangel besteht. Eine Abwanderung von Ärztinnen und Ärzten verstärkt die zuweilen dramatische ärztliche Unterversorgung gerade in Schwellenländern. Gemäss dem «WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel» werden die einzelnen Staaten aufgefordert, die Ausbildung im Bereich der Gesundheitsberufe so zu planen, dass der Bedarf an zugewanderten Arbeitskräften reduziert werden kann (WHO 2010).

Im Hinblick auf die zukünftige Finanzierung der Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten an Spitälern bestehen zusätzliche Unsicherheiten im Zusammenhang mit der vom eidgenössischen Parlament verabschiedeten Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes vom 21. Dezember 2007 (KVG). Mit der damit verbundenen Einführung der Fallpauschalen (DRG) werden ab 2012 alle stationären Leistungen der Leistungserbringer auf der Spitalliste pauschal und leistungsbezogen abgegolten. Die gemeinsam von den Kantonen und den Krankenversicherern finanzierten Vergütungen dürfen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen und damit keine Kostenanteile für die Forschung und universitäre Lehre enthalten (Artikel 49 KVG). Gemäss der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung (VKL) gelten als Kosten für die universitäre Lehre einerseits die Aufwendungen für die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms. Andererseits gelten aber auch die Aufwendungen für die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und -ärzte bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels als Kosten für die universitäre Lehre (Artikel 7 VKL). Vor diesem Hintergrund wird befürchtet, dass durch die Einführung von DRG die ärztliche Weiterbildung gefährdet und deren Finanzierung nicht mehr gesichert ist. Zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Textes ist nicht abschliessend geklärt, in welcher Weise die Abgeltung der Aufwendungen für die berufliche Weiterbildung der Ärztinnen erfolgen und wer sich an der Finanzierung beteiligen soll. Demzufolge besteht die Gefahr, dass die Weiterbildungskosten für Assistenzärztinnen und -ärzte speziell in mittleren und kleineren Spitälern nicht mehr abgegolten werden können.

4.2.1 Unterschiede von Hausarztmedizin und Spitalmedizin

Das diagnostische und therapeutische Vorgehen in der Hausarztmedizin unterscheidet sich in verschiedener Hinsicht grundlegend von demjenigen im Spital.

Wird im Spital beispielsweise eine unmittelbare, auf einzelne Erkrankungen fokussierte und oft teurere Querschnittsdiagnostik betrieben, so steht in der Hausarztmedizin die oft symptomorientierte, zeitintensivere, aber kostengünstigere Längsschnittdiagnostik im Vordergrund. In vielen langzeitorientierten Situationen der ambulanten Hausarztmedizin ist als Betreuungsmaxime oft ein abwartendes und beobachtendes Vorgehen («watchfull waiting») angezeigt. Dieses Vorgehen ist in der querschnittsorientierten Spital- und Spezialarztmedizin unbekannt und auch unangebracht.

Im Gegensatz zu den Spitalärzten tragen Hausärztinnen und -ärzte oft die alleinige ärztliche Verantwortung bezüglich Beurteilung, Entscheidungsfindung und ärztlichen Behandlungen. Gemäss dem Institut für Hausarztmedizin der Universität Basel werden 90 Prozent aller gesundheitlichen Probleme umfassend und abschliessend durch Grundversorgerinnen und Grundversorger behandelt. Darüber hinaus koordinieren Hausärztinnen und -ärzte die Behandlung der Patientinnen und Patienten zwischen unterschiedlichen ambulanten und stationären Leistungserbringern. Damit können sie zur

effizienten Nutzung der Ressourcen beitragen. Grundversorgende handeln und behandeln meist kosteneffizienter als Spezial- und Spitalärzte. Das Beispiel einer Notfallbehandlung im Spital verdeutlicht dies; so ist diese drei- bis zehnmal teurer als bei der Hausärztin oder beim Hausarzt.

4.2.2 Auf Spitalmedizin ausgerichtete Aus- und Weiterbildung

Die theoretische und praktische Ausbildung der Medizinstudentinnen und -studenten sowie die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten ist oft einseitig auf die spezialisierte Spital- oder Zentrumsmedizin fokussiert. Dies entspricht der Tendenz der immer weitergehenden Aufteilung der Medizin in organbezogene Spezialdisziplinen (Atomisierung).

Die Denkart der Grundversorgung und die Probleme der Längsschnittmedizin kommen im Gegensatz zur Querschnittsmedizin des Spitals wenig zur Sprache. Auch die motivierenden Erfahrungen zugunsten des umfassenden und in vielen Aspekten faszinierenden Berufsbildes eines Grundversorgers fehlen (z. B. Vielseitigkeit, Abwechslung, Ganzheitlichkeit, langfristige Begleitung von Patientinnen und Patienten usw.).

Damit haben die meisten jungen Ärztinnen und Ärzte in der Aus- und Weiterbildung wenig Ahnung vom Alltag in der Hausarztpraxis. Die spezifischen Anforderungen, Möglichkeiten, beruflichen Befriedigungen und Chancen dieser Tätigkeit werden ausgeklammert. Das oft vorhandene Spannungsverhältnis zwischen den niedergelassenen und den stationär tätigen Ärztinnen und Ärzten führt häufig zu zusätzlicher gegenseitiger Geringschätzung: Studenten und jungen Assistenten wird von Spitalkademern bisweilen ein negatives Bild von Grundversorgern vermittelt.

4.2.3 Forschung in der Hausarztmedizin

Ebenso wie die Aus- und Weiterbildung ist die akademische Forschung in der Hausarztmedizin in der Schweiz wenig entwickelt. Dabei wären jedoch zahlreiche Themengebiete der Versorgungsforschung von grosser Wichtigkeit für die Grundversorgung. Die hausarztbasierte kosteneffiziente und effektive Diagnostik- und Therapieforschung, die Optimierung der Patientenströme und deren Steuerung, gesundheitsökonomische Evaluationen oder die Qualitätsforschung sind Beispiele hierfür.

4.3 Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Hausarztmedizin

Die geringe Attraktivität des Hausarztberufes wird durch die ungünstigen Arbeits- und Rahmenbedingungen zusätzlich erhöht: Lange und unregelmässige Arbeits- und Präsenzzeiten, häufige Notfalldienste, soziale Entbehrungen und die schwierige Vereinbarkeit mit der Familie wirken abschreckend. Diese Faktoren und die inadäquate Einkommenssituation, Praxisinvestitionen mit hohen unternehmerischen Risiken, demotivierende und potenziell existenzgefährdende gesundheitspolitische Entwicklungen mit ungewissen Zukunftsperspektiven sorgen für schlechte Arbeits- und Rahmenbedingungen. Dies sind beispielsweise der Ärztetarif TARMED, der Zulassungsstopp, die neuen Labortarife, die Aufhebung der Besuchsinkonvenienzpauschale oder das vorgesehene Verbot der Selbstdispensation.

4.3.1 Notfalldienst

Der flächendeckende ärztliche Notfalldienst ist ein elementarer Bestandteil der medizinischen Grundversorgung. Nach eidgenössischem und kantonalem Recht ist die Mitwirkung im ambulanten Notfalldienst eine Berufspflicht der Ärztinnen und Ärzte.

Der Notfalldienst wird hauptsächlich durch Grundversorger und ausserhalb von städtischen Agglomerationen auch massgeblich durch Spezialisten gewährleistet. Im Kanton Bern sind 85 Prozent der notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzte Allgemeinmediziner, Allgemeininternisten, Praktische Ärzte oder Pädiater. Bei den Spezialisten zeichnet sich jedoch ein Trend zum spezialärztlichen Notfalldienst ab. Dies führt zusammen mit der Überalterung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie der erläuterten Nachfolgeproblematik dazu, dass der allgemeine Notfalldienst durch immer weniger Ärztinnen und Ärzte aufrechterhalten werden muss. Die Belastung für Grundversorgerinnen und Grundversorger steigt so zusätzlich.

In seiner heutigen Ausgestaltung trägt die psychische und physische Belastung durch den Notfalldienst wesentlich zur Demotivation von Hausärztinnen und Hausärzten bei. Die wachsende Unzufriedenheit über die Notfalldienste äussert sich beispielsweise in den seit einigen Jahren zunehmenden Dispensationsgesuchen: Zahlreiche niedergelassene Grundversorger, aber auch Spezialisten sind unwillig, sich an einem organisierten Notfalldienst zu beteiligen.

Notfalldienstleistende wurden zu den Gründen ihrer Unzufriedenheit befragt. Die Resultate aus der Umfrage der Schweizerischen Konferenz der Kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) sprechen eine klare Sprache: Den Notfalldienst zeichne eine hohe zeitliche Belastung durch häufige und unregelmässige Einsätze mit langen Präsenzzeiten aus, welche wenigen Patientenkontakten und zahlreichen Bagatellfällen gegenübersteht. Des Weiteren sei die Überforderung durch seltene, aber anspruchsvolle Notfallsituationen mit Verantwortung für ungewohnte und ungeübte Tätigkeiten durch die ungenügende Abgeltung oder die zunehmende Anspruchshaltung der Bevölkerung gegeben. Gemäss der kantonalbernerischen Ärztesgesellschaft stellen auch die unbezahlten Rechnungen aus dem ambulanten Notfalldienst ein Grund für die Verweigerung vieler Notfalldienstleistenden dar.

4.3.2 Grundversorgertätigkeit und Familie

Die hohe zeitliche Belastung mit unregelmässigen und zuweilen schlecht planbaren Arbeitszeiten in der ärztlichen Weiterbildung und in der Praxis erschwert ebenso wie die Notfalldienstpflicht eine Vereinbarkeit von Grundversorgertätigkeit und Familienbetreuung. Die gleichzeitige Berufs- und Familienarbeit stellt für Ärztinnen und Ärzte eine organisatorische Herausforderung dar und ist mit einer grossen physischen und psychischen Belastung verbunden.

Vorhandene Strukturen sowie Arbeits- und Rahmenbedingungen genügen oft den Anforderungen von Ärztinnen und Ärzten mit familiären Verpflichtungen nicht oder nur ungenügend. Teilzeitstellen mit familienkompatiblen Arbeitszeitmodellen werden in vielen Weiterbildungsspitalern nicht oder nur in ungenügendem Umfang angeboten. Familienergänzende Betreuungsangebote haben meist nur beschränkte Öffnungszeiten und sind teuer. Die Suche nach Jobsharingpartnerinnen oder -partnern erweist sich bisweilen als schwierig.

4. Problemanalyse

Notfalldienste am Spital oder in der Praxis sind nur schwer mit der Betreuung von kleinen Kindern vereinbar. In der fortgeschrittenen Schwangerschaft oder in der Stillzeit können Ärztinnen keine Notfalldienste leisten. Dies führt wiederum zu vermehrter Belastung der anderen Notfalldienstleistenden.

Für die Mehrzahl der Medizinerinnen und Mediziner fällt die Familiengründung in die Studien- oder Assistenzzeit. Entsprechend der traditionellen Rollenverteilung übernehmen in der Schweiz noch immer vorwiegend Frauen im Anschluss an Schwangerschaft und Babypause die hauptsächliche Familienarbeit. Viele Assistenzärztinnen geben die berufliche Tätigkeit nach kurzer Weiterbildungszeit und vor Erlangung eines Facharzt diploms zugunsten der Kinder- und Familienbetreuung auf. Ein Wiedereinstieg in den Beruf oder der Abschluss einer angefangenen Weiterbildung mit Erlangung eines Facharzt titels zu einem späteren Zeitpunkt ist oft kaum möglich.

Die fehlende Vereinbarkeit der Familienbetreuung mit Weiterbildung sowie insbesondere mit der hausärztlichen Praxis tätigkeit gewinnt durch die Feminisierung mit weiterhin ansteigenden Frauenanteilen zunehmend an Bedeutung.

4.4 «Inanspruchnahmeverhalten» durch Patientinnen und Patienten

Die Zahl und der Anteil von sogenannten Walk-in-Patientinnen und -Patienten, also Selbststeinweisenden, die direkt die Notfallstation der Spitäler aufsuchen, haben in den letzten Jahren stark zugenommen. Eine Erhebung hat ergeben, dass über 90 Prozent der Walk-in-Patientinnen und -Patienten nicht im Spital behandelt werden müssten (Meer 2008).

Als Ursache für diese Zunahme der direkten Inanspruchnahme von Notfallstationen der Spitäler werden soziokulturelle bzw. gesellschaftliche Veränderungen der Bevölkerung diskutiert. Ein verändertes Konsumverhalten führt zur Anspruchshaltung, jederzeit und unmittelbar Leistungen und Produkte nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen beziehen zu können. Gerade bei leichten und mittelschweren, vermeintlichen oder echten Notfallsituationen erscheint die spontane und direkte Inanspruchnahme einer Notfallstation oft bequem und einfach. Die Suche eines diensthabenden Haus- oder Notfallarztes mit telefonischer Vereinbarung eines Termins ist hingegen kompliziert. Dies trifft insbesondere für die wachsende Zahl von Bürgerinnen und Bürgern zu, die keinen eigenen Hausarzt mehr haben. Auch bei Menschen, die aus einer anderen Kultur mit unterschiedlichen Gewohnheiten zur Inanspruchnahme von ärztlichen Dienstleistungen stammen (z. B. mit Migrationshintergrund), lässt sich dieses Phänomen beobachten.

Aus Sicht der praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte entsteht durch den Ausbau der Tätigkeit von Spitalambulatorien oder Permanenzen eine Konkurrenzsituation; ihre Patientinnen und Patienten wandern ab. Die direkte Selbststeinweisung von Patientinnen und Patienten in Spitäler (Walk-in)

ohne vorherige Konsultation bei der Hausärztin oder dem Hausarzt ist für Grundversorger oft unbefriedigend. Dies insbesondere dann, wenn Patientinnen und Patienten auch vom Spital ambulant weiterbehandelt werden. Die Folge davon sind die Schwächung der Patientenbindungen sowie der Verlust von umfassenden Patienteninformationen.

Spitalassoziierte Notfallpraxen oder eine vorgelagerte telefonische Triage können zur Verminderung der oft unnötigen Inanspruchnahme von Notfallstationen der Spitäler durch direkte Selbststeinweisung bei Bagatellerkrankungen beitragen.

4.5 Grundversorgung im politischen Spannungsfeld

Das politische Umfeld wird massgeblich geprägt durch den kontinuierlichen Anstieg der Gesundheitskosten und Krankenversicherungsprämien sowie durch nationale und kantonale Spar- und Steuerungsmassnahmen.

Im Hinblick auf die Hausarztmedizin kommt ein grundsätzlicher Zielkonflikt zwischen nationalen und kantonalen Interessen, Zuständigkeiten und Kompetenzen zum Ausdruck: Während der Bund mit unterschiedlichen Massnahmen die Eindämmung des Kostenwachstums sowie die Qualitätssicherung verfolgt, ist die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung Aufgabe der Kantone.

Massnahmen des Bundes zur Reduktion des Prämienanstiegs und der Gesundheitskosten verschärfen die finanzielle Situation von Grundversorgern zusätzlich und empfindlich. Derartige Interventionen auf nationaler Ebene sind beispielsweise die Leistungssistierung, die revidierte Analyseliste und der TARMED. Die Reduktion der Vertriebsmargen für Medikamente, die Aufhebung der Pauschale für Hausbesuche oder der Selbstdispensation sowie die mögliche Aufhebung des Kontrahierungszwanges und andere gesetzliche Vorschriften und Hindernisse verschärfen die Situation zusätzlich.

Die gleichzeitig zunehmenden gesetzlichen Anforderungen – beispielsweise zur Qualitätssicherung ohne entsprechende Abgeltung des daraus hervorgehenden Mehraufwandes – verschlechtern die finanzielle Situation der Grundversorger weiter.

Auch gesundheitspolitische Massnahmen im Bereich der Spitäler wirken sich indirekt auf die hausärztliche Versorgung aus. Ein Beispiel hierfür ist die weiterhin zunehmende Spezialisierung mit Konzentration der stationären Akutbehandlung an wenigen Standorten. Durch Zentralisierung und Wegfall des dezentralen Spitalangebotes ist damit zu rechnen, dass die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen zunehmen wird. Im Jahre 2012 werden die leistungsabhängigen Fallpauschalen (DRG) eingeführt. Die pauschale und leistungsbezogene Abgeltung der stationären Leistungen wird sich nicht nur auf die Spitäler, sondern indirekt auch auf die ambulante Grundversorgung auswirken. Eine mögliche Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer würde bei-

spielsweise eine Mehrbelastung der nachgelagerten ambulanten Leistungserbringer (Spitex, ambulante Medizin) zur Folge haben. Dies wird den Bedarf an Hausärztinnen und Hausärzten zusätzlich erhöhen.

4.5.1 TARMED

Die erklärte Absicht einer Besserstellung der Grundversorgerinnen und Grundversorger im Vergleich zu den Spezialisten mit der neuen Tarifstruktur TARMED wurde verfehlt. Insbesondere im Bereich des Notfalldienstes besteht Einigkeit darüber, dass die tarifarische Leistungsvergütung nach wie vor ungenügend ist. Zahlreiche Vertreter der Ärzteschaft sind der Ansicht, dass die mit dem TARMED angestrebte finanzielle Besserstellung des Notfalldienstes als gescheitert zu betrachten sei.

Durch den TARMED sind die materiellen Voraussetzungen für Grundversorgerinnen und Grundversorger sogar eher noch schlechter geworden. Zahlreiche notwendige Anpassungen in der Grundversorgerpraxis sind im TARMED nicht oder ungenügend abgebildet. Dazu gehören steigende oder zusätzliche Kosten für administrative Arbeiten, Sicherheitsauflagen, Qualitätskontrollen ohne merkbaren Einfluss auf die Behandlungsqualität und andere Vorschriften (z. B. Labor, Röntgen, Medikamente usw.).

4.5.2 Zulassungsstopp

Mit der Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (bundesrätliche Zulas-

sungsverordnung SR 832.103) wurde im Jahre 2002 der Zulassungsstopp eingeführt. Dies mit dem Ziel, die Gesundheitskosten zu reduzieren und im Hinblick auf den durch das Personenfreizügigkeitsabkommen mit der EU befürchteten Zustrom von Ärztinnen und Ärzten zu begrenzen. Die Zulassungsverordnung enthält jedoch eine Ausnahmeregelung: Den Kantonen ist es möglich, bei einer Unterversorgung zusätzlich zu den festgelegten Höchstzahlen weitere Leistungserbringer zuzulassen.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) des Kantons Bern hat rege von dieser Ausnahmeregelung Gebrauch gemacht. Entsprechende Gesuche im Bereich der Grundversorgung ausserhalb von städtischen Agglomerationen wurden mit ausserordentlichen Zulassungen bewilligt. Auf den 1.1.2010 wurde der Zulassungsstopp für Grundversorger wieder aufgehoben.

Nach Ansicht von Rudolf Reck, Präsident des Verbandes der Assistenz- und Oberärzte, kam die Aufhebung des Zulassungsstopps viel zu spät. Der mehrjährige Zulassungsstopp habe dazu geführt, dass sich zu wenige Medizinerinnen und Mediziner in Richtung Grundversorgung weitergebildet haben.

Die GDK und die FMH erarbeiteten im August 2008 einen gemeinsamen Vorschlag zur Nachfolgeregelung für die Zulassungsbeschränkung. Die Kantone sollten die Möglichkeit erhalten, bei einem regionalen Überangebot die Zulassung der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung einzuschränken oder einem Unterangebot mit Fördermassnahmen entgegenzuwirken. Der Vorschlag wurde im Januar 2011 erneut diskutiert.



4. Problemanalyse

4.5.3 Laboranalyse

Ab dem 1. Juli 2009 gilt die revidierte Analysenliste für alle Ärztinnen und Ärzte mit eigenem Praxislabor. Von den meisten Akteuren wird eine Überarbeitung der bisherigen Analysenliste grundsätzlich als sinnvoll und notwendig erachtet. Dennoch weist die revidierte Analysenliste gemäss den Ärztevertretern zahlreiche schwere Fehler auf und beinhaltet willkürlich festgelegte Tarife. Darüber hinaus wurde mit der Revision der Laboranalysenliste durch das BAG die Vergütung für Qualitätssicherung im Labortarif um ungefähr 80 Prozent gekürzt.

Insgesamt führt die genannte Entwicklung aus Sicht der Ärzte dazu, dass ein Praxislabor durch Grundversorger nicht mehr wirtschaftlich betrieben werden kann. Dadurch wird es aus der hausärztlichen Praxis immer mehr verschwinden. Im Gegenzug wird die Spezialanalytik dank hoher Tarife interessanter, was zu einer Vergrösserung des Angebotes von teuren Spezialanalysen führen wird. Gemäss Marc Müller, Hausarzt und Präsident des Berufsverbandes Hausärzte Schweiz, ging als Folge der revidierten Analysenliste der Laborumsatz von Hausärztinnen und Hausärzten um 25 Prozent zurück, bei den Spezialisten nahm er um 30 Prozent zu. Als Folge davon ergeben sich für Hausärztinnen und -ärzte, aber auch für Patientinnen und Patienten entscheidende medizinische und organisatorische Nachteile. Die Resultate einiger Analysen sind nicht mehr dezentral und rasch verfügbar. Neben dem Preis spielt auch die Geschwindigkeit einer Laboranalyse eine wichtige Rolle. Dadurch können sich wichtige Entscheidungen verzögern, was eine Verminderung der Qualität in der Grundversorgung nach sich ziehen kann.

4.5.4 Leistungsaufschub

Für Grundversorger ist auch der Leistungsaufschub durch Krankenversicherer von Bedeutung (Artikel 64a KVG). Demzufolge schieben Krankenversicherer die Übernahme der Kosten für medizinische Leistungen auf, wenn versicherte Personen trotz Mahnung und Betreibungsverfahren fällige Prämien oder Kostenbeteiligungen nicht bezahlen. Diese Regelung ist aus Sicht der Ärzteschaft unbefriedigend, demotivierend und kann die wirtschaftliche Basis einer Grundversorgerpraxis teilweise gefährden. Dies insbesondere auch, weil ein Leistungsaufschub, wenn überhaupt, den Ärztinnen und Ärzten meist erst mit grosser Verspätung bekannt wird.

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat im Februar 2009 eine Gesetzesänderung mit einem Regelungsvorschlag angeregt. Darin wird vorgeschlagen, die Leistungssistierung aufzuheben. Gleichzeitig soll der Kanton pauschal 85 Prozent der mittels Verlustscheinen ausgewiesenen Zahlungsausstände aus der Grundversicherung übernehmen. Dieser Antrag findet sowohl im Nationalrat als auch im Ständerat weitgehende Zustimmung. Er befindet sich zum Zeitpunkt der Verfassung des vorliegenden Textes in der Differenzbereinigung zwischen den Räten.

4.5.5 Administrative und regulative Rahmenbedingungen

Kantonale und eidgenössische Regelungen und Vorschriften, Ausbildungsanforderungen, Vorgaben und Regulationen der Krankenversicherer und Kreditvorschriften der Banken erschweren aus Sicht der Ärzteschaft den Betrieb einer Grundversorgerpraxis. Damit einhergehend wird auch die Umsetzung von neuen, innovativen und pragmatischen Lösungen gehemmt. Die zunehmend administrativen Aufgaben (z. B. Rückfragen, Zeugnisse, Meldungen usw.) vermindern die für die Behandlung von Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehende Zeit. Und dies nach Ansicht zahlreicher Grundversorger in derartigem Ausmass, dass die Betreuung der Patientinnen und Patienten beeinträchtigt ist.

Die zahlreichen Einschränkungen und Restriktionen auf unterschiedlichen Ebenen sind bereits als einzelne Elemente und insbesondere in Kombination oft nur schwer zu erfassen. Sie erschweren aus Sicht vieler Ärztinnen und Ärzte flexible Nachfolgelösungen und insbesondere die Entwicklung von innovativen und neuen Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodellen. Diesbezüglich stehen regulatorische Einschränkungen betreffend die Zulassung zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherungen (Zulassungsstopp) im Vordergrund.

4.5.6 Medizinische Grundversorgung und Standortattraktivität

Für die wirtschaftliche oder touristische Bedeutung einer Region oder einer Gemeinde ist die rasche und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung ein wesentliches Kriterium der Standortattraktivität. Dementsprechend ist die Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Grundversorgung auch ein Anliegen der Wachstumsstrategie 2007 der Volkswirtschaftsdirektion des Kantons Bern «wachstumsstrategie version 2007». Bei den Vertretern der Lokal- und Regionalpolitik sind jedoch die Nachteile einer generellen Ausdünnung von Arztpraxen ausserhalb der städtischen Agglomerationen noch zu wenig bekannt.

Von einer Ausdünnung der Arztpraxen betroffen sind besonders Kinder, Jugendliche oder ältere Personen in ländlichen sowie in touristischen Regionen. Eine mögliche Folge davon kann eine Beeinträchtigung der Qualität der medizinischen Grundversorgung sein. Hinzu können aber auch längere Anfahrtswege, Arbeitsausfälle oder die Notwendigkeit von Hilfspersonen und Zusatzdiensten kommen. Ergänzend oder alternativ zur Förderung der Niederlassung von Hausärztinnen oder Hausärzten wird gerade auch in wenig besiedelten, peripheren Regionen der Ausbau von Transport- und Rettungsdiensten diskutiert. In Tourismusregionen steigt speziell in den Wintermonaten die Nachfrage nach medizinischer Versorgung und damit der Bedarf an verfügbaren Ärztinnen und Ärzten an.

5. Hausarztmedizin in der nationalen und interkantonalen Debatte



Hausarztmedizin in der nationalen und interkantonalen Debatte

Die sich abzeichnende Gefährdung der ärztlichen Versorgung auf nationaler, interkantonomer und auch auf kantonaler Ebene ist Gegenstand der gesundheitspolitischen Debatte. In den vergangenen Jahren wurden in 11 Kantonen über 25 parlamentarische Vorstösse in diesem Zusammenhang eingereicht und in den meisten Fällen überwiesen.

Mit der am 1. April 2010 eingereichten eidgenössischen Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin» sollen Bund und Kantone im Rahmen ihrer Zuständigkeiten auf Verfassungsebene verpflichtet werden, «für eine ausreichende, allen zugängliche, fachlich umfassende und qualitativ hochstehende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Fachärzte der Hausarztmedizin» zu sorgen. Dabei sollen die Hausarztmedizin sowie deren ausgewogene regionale Verteilung gefördert und günstige Voraussetzungen zu deren Ausübung geschaffen werden. Gemäss dem Initiativtext soll der Bund Vorschriften zur Förderung der Hausarztmedizin erlassen: Diese betreffen die Aus- und Weiterbildung sowie Forschung, den Zugang zum Hausarztberuf sowie dessen Ausübung in zeitgemässen Formen und mit administrativen Vereinfachungen sowie «last but not least» die Erweiterung und Verbesserung der Abgeltung von hausärztlichen Leistungen sowie deren Anerkennung und Aufwertung.

Im Oktober 2010 hat der Bundesrat beschlossen, der Initiative bis im Frühjahr 2011 einen direkten Gegenvorschlag gegenüberzustellen. Am 6. April 2011 hat der Bundesrat die Vernehmlassung zu einem direkten Gegenvorschlag eröffnet. Der Gegenentwurf sieht vor, dass die «Gewährleistung einer allen zugänglichen medizinischen Grundversorgung von hoher Qualität» in der Bundesverfassung verankert wird. Die Hausarztmedizin bildet dabei einen wesentlichen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung, die aber auch andere Gesundheitsberufe umfasst. Die Formulierung impliziert damit eine Förderung der integrierten medizinischen Grundversorgung, wobei der Berufsgruppe der Hausärzte keine Sonderstellung auf Verfassungsebene eingeräumt werden soll. Der Gegenentwurf des Bundesrats sieht im Weiteren vor, dass die Ausbildung und die Ausübung aller Berufe der medizinischen Grundversorgung gesetzlich geregelt werden können. Der Bund soll u.a. Vorschriften über die Steuerung und Koordination der Versorgung und des Aus- und Weiterbildungsangebots erlassen können, wenn es die Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung erfordert. Darin sollen Hausärztinnen und Hausärzte in einem fachübergreifenden Team eine zentrale Rolle in der Betreuung von Patientinnen und Patienten einnehmen. Nach dem Willen des Bundesrates sollen zudem die integrierte medizinische Grundversorgung gestärkt und die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle gefördert werden.

5.1 Nationale Vorstösse zur Hausarztmedizin

Nationalrätin Jaqueline Fehr hat im Oktober 2008 eine Motion unter dem Titel «Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» eingereicht. Das darin formulierte Ziel ist, einen Ärztemangel zu verhindern und die Hausarztmedizin zu fördern. Damit wird der Bundesrat beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den zuständigen Fachorganisationen eine Strategie mit einem Masterplan auszuarbeiten und dem Parlament vorzulegen. Dabei sollen insbesondere die Abschaffung des Numerus Clausus, die Neugestaltung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und die Tarifgestaltung thematisiert werden. Des Weiteren sollen die Förderung von Gemeinschaftspraxen und neuer Arbeitsmodelle, die Regelung der Notfalldienste sowie die Möglichkeiten von E-Health behandelt werden. Der Bundesrat und die Räte haben die Motion angenommen.

Nationalrat Ignazio Cassis und Nationalrätin Ruth Humbel-Näf reichten mit «Schaffung finanzieller Anreize für Spitäler, die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte weiterbilden» respektive «Aus- und Weiterbildung von nichtärztlichem medizinischem Fachpersonal und von Assistenzärzten; Finanzierung» zwei weitere Motionen ein. Beide zielen auf die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Weiterbildung für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte auch nach der Einführung der leistungsabhängigen Fallpauschalen (DRG) im Jahre 2012.

Die beiden Vorstösse wurden vom Bundesrat abgelehnt: Es sei nicht Aufgabe der obligatorischen Krankenversicherung, finanzielle Anreize für die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten zu schaffen.

2007 wurden von den Nationalräten Ignazio Cassis, Bea Heim und Thérèse Meyer-Kaelin drei gleichlautende parlamentarische Initiativen zur «Stärkung der Hausarztmedizin» eingereicht: Die Hausarztmedizin soll durch Optimierung der rechtlichen Rahmenbedingungen und Vorgaben gestärkt werden. Bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit schweren, chronischen und komplexen Krankheiten soll die Wirtschaftlichkeitsprüfung durch die Krankenversicherer besser geregelt werden.

Die Gesundheitskommission des Nationalrates (SGK-NR) sprach sich bei der Behandlung dieser parlamentarischen Initiativen im Januar 2011 für die Besserstellung der ärztlichen Grundversorger aus. Die heutige Wirtschaftlichkeitsprüfung wirkt sich gerade auch in peripheren Regionen negativ auf die hausärztliche Praxistätigkeit aus. Im Vergleich zu zentralen Agglomerationen unterscheiden sich hier die Patientenpopulationen sowie deren Versorgung meist durch einzelne Hausärztinnen und Hausärzte.

5.2 Lösungsansätze zur Hausarztmedizin auf interkantonaler Ebene

Im Rahmen des «Dialogs Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» haben die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) im August 2005 eine Arbeitsgruppe «Grundversorger» ins Leben gerufen. Diese Arbeitsgruppe hatte den Auftrag, «Massnahmen der Kantone und des Bundes zur Förderung der ärztlichen Grundversor-

gung» zuhanden des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik vorzuschlagen.

Das BAG und die GDK haben in einer gemeinsamen Stellungnahme festgehalten, «dass eine Aufwertung der Hausarztmedizin notwendig sei, dass eine solche durch die Hausärzte selbst erfolgen müsse, dass aber dieser Prozess durch kurz- und langfristige Massnahmen unterstützt werden soll». In einem Positionspapier zur Förderung der Hausarztmedizin vom April 2009 setzt sich die GDK für eine qualitativ hochstehende und für angehende Mediziner attraktive Hausarztmedizin ein. Angesichts des drohenden Mangels an Hausärztinnen und -ärzten sind gemäss GDK vor allem in ländlichen Gebieten griffige Massnahmen zur Förderung der Grundversorgung durch die Kantone nötig. Die GDK nennt in ihrem Positionspapier die Organisation der Notfalldienste, die spezifischen Aus- und Weiterbildungen, Bildungscurricula und Entschädigungssysteme als mögliche Handlungsfelder zur längerfristigen Besserstellung der Grundversorger.

Dabei soll die kantonale Steuerung der regionalen Verteilung, der Spezialisierung, der Teilzeitbeschäftigung (Aufteilung von Zulassungen), der Qualitätssicherung oder der Organisationsform (Einzel- oder Gruppenpraxen, Netzwerke) Rechnung tragen. Darüber hinaus soll der Umgehung der Zulassungsbeschränkung über den ambulanten Bereich der Spitäler entgegengewirkt werden. Aufgrund dieses Vorschlags soll auf eine Beschränkung der freien Arztwahl (Vertragsfreiheit) durch die Krankenkassen verzichtet werden.

Die GDK engagiert sich weiterhin aktiv in der Erarbeitung von Lösungsansätzen im Bereich Hausarztmedizin. In unterschiedlicher Zusammensetzung werden gegenwärtig gemeinsam mit weiteren Akteuren die Themen «ärztliche Grundversorgung, ärztliche Bildung sowie neue Versorgungsmodelle» bearbeitet.

Auf Anregung der Kommission Vollzug KVG initiierte die GDK vor dem Hintergrund des Positionspapiers «Die medizinische Grundversorgung in den Berggebieten und ländlichen Räumen» der Schweizerischen Arbeitsgemeinschaft für die Berggebiete (SAB) 2010 einen Gedankenaustausch zwischen den Kantonen zur Förderung der medizinischen Grundversorgung. In verschiedenen Arbeitsgruppen werden die Themen «Beurteilungskriterien der Unterversorgung, Unterstützung von Grundversorgern bei der Niederlassung, Attraktivität der Hausarztmedizin und finanzielle Anreize» diskutiert. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion ist ebenfalls in den Arbeitsgruppen vertreten.

5.2.1 Empfehlungen der Arbeitsgruppe BAG-GDK

Die Arbeitsgruppe BAG-GDK hat im März 2006 erste Ergebnisse und Empfehlungen für die Handlungsfelder ärztlicher Notfalldienst und Weiterbildungsangebote in Hausarztmedizin präsentiert. Die beiden Schlussberichte der Arbeitsgruppe BAG-GDK zu «Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen» und «Finanzierung spezifische Weiterbildung» wurden im Oktober 2006 von der GDK und dem BAG verabschiedet.

Die Empfehlungen der Arbeitsgruppe BAG-GDK zur Verbesserung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes beinhalten unterschiedliche organisatorische, administrative, strukturelle und finanzielle Vorschläge.

Hausarztmedizin im Kanton Bern

Konkrete Massnahmen sind die Reorganisation der Notfalldienststrayons, die Vereinheitlichung der Notfalldienstreglemente, die Kooperation zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten (z. B. spitalassoziierte Notfallpraxen, medizinisches Callcenter) oder die Substitution und Unterstützung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes durch nichtärztliche medizinische Fachpersonen. Weitere von der Arbeitsgruppe BAG-GDK vorgeschlagene Massnahmen zielen auf die Verbesserung der finanziellen Abgeltungen des Notfalldienstes (z. B. Präsenzdienstentschädigung, Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschale, Notfalldienstfonds für unbezahlte Rechnungen usw.) ab.

In Bezug auf die Förderung der Weiterbildung in der Hausarztmedizin ist der Schlussbericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung» der Arbeitsgruppe BAG-GDK mit unterschiedlichen Finanzierungsmodellen und Empfehlungen zu erwähnen. Gemäss diesem Bericht ist das hausarztspezifische Weiterbildungsangebot ungenügend finanziert, womit die Hausarztmedizin gegenüber allen anderen medizinischen Disziplinen benachteiligt wird. Um diese Benachteiligung zu vermeiden und die Praxisassistenz zu fördern, wurden neue Finanzierungsvarianten vorgeschlagen und Empfehlungen abgegeben. In einer zeitlich limitierten Anfangsphase sollten die Kantone in die Finanzierung der hausarztspezifischen Weiterbildung eingebunden werden. In der Schweiz sollen mindestens 160 Praxisassistenz-Module mit einer Dauer von jeweils 6 Monaten pro Jahr finanziert werden. Für den Kanton Bern würden dies 23 Praxisassistenz-Module bedeuten. Durch die finanzielle Einbindung der Kantone soll gewährleistet werden, dass junge Ärztinnen und Ärzte während der Praxisassistenz keine Lohneinbussen in Kauf nehmen müssen.

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen



Die nachhaltige Sicherstellung der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Bern setzt eine ausreichende Anzahl gut ausgebildeter Hausärztinnen und Hausärzte voraus. Dazu braucht es mehr Medizinerinnen und Mediziner, welche sich für den Hausarztberuf entscheiden. Dies wird dann erreicht, wenn das Berufsziel Hausarzt oder Hausärztin, aber auch der Weg dahin lohnenswert erscheinen. Aus der Perspektive von jungen Studentinnen und Studenten sowie Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung muss also das Berufsziel Hausarzt (wieder) attraktiver sein. Gute Arbeits- und Rahmenbedingungen, aber auch eine motivierende, qualitativ hochstehende sowie hausarzt spezifische Aus- und Weiterbildung sind unabdingbare Voraussetzungen, um dieses Ziel zu erreichen.

Nur durch gemeinsame und koordinierte Anstrengungen der Akteure im Gesundheitswesen kann die flächendeckende medizinische Grund- und Notfallversorgung für die gesamte Bevölkerung sichergestellt werden. Kantone und Gemeinden, Ärztinnen und Ärzte, Berufsverbände, Universitäten und Spitäler müssen sich für die Anliegen und Interessen der Hausarztmedizin einsetzen. Darüber hinaus müssen auch Bundesbehörden und Krankenversicherungen in diesen Prozess eingebunden werden. Und dies entlang des gesamten Werdeganges der jungen Medizinerinnen und Mediziner. Den veränderten Bedürfnissen und Lebensentwürfen junger Ärztinnen und Ärzte ist dabei gebührend Rechnung zu tragen.

6.1 Grundsätze zur Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern

6.1.1 Subsidiaritätsprinzip

Obwohl der Kanton Bern den verfassungsmässigen Auftrag hat, für eine ausreichende medizinische Versorgung zu sorgen, ist die ambulante Versorgung grundsätzlich privatwirtschaftlich organisiert. Sie unterliegt im Gegensatz zum stationären Bereich keiner staatlichen Versorgungsplanung. Die kantonale Versorgungspolitik in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung geht grundsätzlich von einem weitgehend funktionierenden Zusammenspiel zwischen der Nachfrage ärztlicher Dienstleistungen in der Bevölkerung und dem Angebot privater Leistungserbringer aus.

Im Bereich der ambulanten Versorgung folgt der Kanton Bern dem Subsidiaritätsprinzip: Er wird jeweils nur dann aktiv, wenn Marktmechanismen nicht oder ungenügend spielen und geeignete Massnahmen fehlen oder von entsprechenden Akteuren nicht oder nur ungenügend umgesetzt werden können.

Die zukünftige Entwicklung der ambulanten ärztlichen Grund- und Notfallversorgung hängt wesentlich vom Funktionieren des Zusammenspiels zwischen der Nachfrage ärztlicher Dienstleistungen und dem Angebot privater Leistungserbringer ab. Der Handlungsspielraum der ambulanten Leistungserbringer wird massgeblich durch die rechtlichen Rahmenbedingungen aufgrund der nationalen Gesetzgebung beeinflusst. Aufgrund der angepassten kantonalen Gesetzgebung wurden die Einflussmöglichkeiten zur Unterstützung und Förderung der ambulanten ärztlichen Grund- und Notfallversorgung namentlich mit dem revidierten Gesundheitsgesetz erweitert. Dennoch bleibt der Handlungsspielraum des Kantons begrenzt. Sollte sich dieser für die Sicherstellung einer flächendeckenden ärztlichen Grund- und Notfallversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons Bern zukünftig als ungenügend erweisen, müsste allenfalls eine Anpassung der kantonalen Finanzierungs- und Steuerungsregelungen geprüft werden.

6.1.2 Weiterführen bewährter Lösungsansätze und Modelle

Bei bereits angelaufenen Modellversuchen und Projekten führt der Kanton sein Engagement grundsätzlich weiter – in Abhängigkeit von deren Wirksamkeit und Kosteneffizienz. Die Modellversuche und Projekte werden weiterentwickelt, verbessert und ausgebaut. Beispiele hierfür sind der Modellversuch «Weiterbildung in der Hausarztpraxis (Praxisassistenten)» oder die finanzielle Unterstützung der ärztlichen Notfalltelefonzentrale Medphone AG.

6.1.3 Unterstützung von innovativen Lösungsansätzen und Modellen

Der Kanton fördert und unterstützt neue Projekte und Modelle, welche direkt oder indirekt zur qualitativ hochstehenden und flächendeckenden Sicherstellung der ambulanten medizinischen Grund- und Notfallversorgung für die gesamte Bevölkerung des Kantons Bern beitragen. Zu diesem Zweck prüft er für innovative Projekte und Modelle eine zeitlich beschränkte Anschub- und Teilfinanzierung im Rahmen seiner gesetzlichen und finanziellen Kompetenzen und Möglichkeiten.

6.1.4 Faktenbasierte Entscheidungsgrundlagen

Die nachhaltige flächendeckende Sicherstellung der hausärztlichen, aber auch der spezialärztlichen Versorgung setzt faktenbasierte Entscheidungsgrundlagen für öffentliche und private Entscheidungsträger voraus. Dadurch sind wirkungsvolle und kosteneffiziente Projekte und Massnahmen möglich. So stützt sich beispielsweise die Beurteilung der ärztlichen Versorgungssituation auf detaillierte Kenntnisse zum ärztlichen Leistungsangebot nach Fachbereichen und Regionen sowie zum Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung ab.

Mit dem Ziel, mittelfristig faktenbasierte Entscheidungsgrundlagen zu schaffen, etabliert der Kanton eine langfristige Partnerschaft mit einer geeigneten privaten oder universitären Institution im Bereich Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung.

Die im vorliegenden Bericht aufgezeigten Sachverhalte zu Ausgangslage, Ursachen und Zusammenhänge der gefährdeten ärztlichen Grund- und Notfallversorgung beruhen auf unterschiedlichen statistischen Daten, Analysen und Aussagen. Aufgrund der teilweise schlechten Datenlage sind im Hinblick auf daraus hervorgehende konkrete Massnahmen mit Kostenfolgen für den Kanton die relevanten Sachverhalte genauer zu überprüfen. Dementsprechend sollen auch die vorgeschlagenen Massnahmen im Hinblick auf ihren zu erwartenden Beitrag zur Sicherstellung der zukünftigen ambulanten Grund- und Notfallversorgung sowie auf die zu erwartenden Kostenfolgen beurteilt und priorisiert werden (Machbarkeit, Wirksamkeit, Zweckmässigkeit, Wirtschaftlichkeit). Aufgrund der Ergebnisse und unter Berücksichtigung von weiteren Massnahmen sind detaillierte Vorschläge zur Umsetzung z.H. des Regierungsrates zu erarbeiten. In die Beurteilung fliessen auch Ergebnisse und Erfahrungen aus Lösungsansätzen von anderen Kantonen sowie aus anderen Ländern bzw. aus der Literatur ein. Hiermit sollen die letztendlich umgesetzten Massnahmen aufgrund von Fakten, Hinweisen und bereits vorhandenen Erfahrungswerten (Evidenz) ausgewählt werden.

6.1.5 Einbezug der Spitäler

Spitäler sollen in die Förderung der Hausarztmedizin einbezogen werden. Im Vordergrund stehen dabei Massnahmen aus den Handlungsfeldern Notfalldienst, Aus- und Weiterbildung sowie Forschung, neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle (z. B. spitälassoziierte Notfallpraxen, Gesundheitszentren, Integration vor- bzw. nachgelagerter Einrichtungen und Dienstleister usw.) sowie Familie und Wiedereinstieg (z.B. Curricula usw.).

6.1.6 Einbezug von Gemeinden und Wirtschaft

Die Verteilung von Hausärztinnen und -ärzten sowie die Altersdemografie und Ärztedichte bezogen auf die Einwohnerzahl ist in den Regionen des Kantons Bern sehr unterschiedlich. In bestimmten Regionen sind die Problematik der Unterversorgung sowie die Nachfolgeproblematik ausgeprägter als in anderen Regionen. Damit stellt sich die Frage nicht nur in Bezug auf die Erhöhung der Anzahl von Grundversorgerinnen und Grundversorgern im Kanton Bern, sondern auch nach der regionalen Verteilung derselben.

Eine qualitativ hochstehende und einwandfrei funktionierende medizinische Grund- und Notfallversorgung ist

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

auch im Hinblick auf Standortvorteile in den Interessen von Gemeinden und der Privatwirtschaft. Darüber hinaus haben gemäss kantonaler Verfassung (Art. 41) gemeinsam mit dem Kanton auch die Gemeinden für eine ausreichende und wirtschaftlich tragbare medizinische und pflegerische Versorgung der Bevölkerung zu sorgen.

Demzufolge sind die Standortgemeinden und Regionalkonferenzen aber auch die Privatwirtschaft in die Förderung der medizinischen Grund- und Notfallversorgung einzubeziehen. Durch Unterstützung und Förderung mittels Anreizen sollen interessierte Hausärztinnen und Hausärzte motiviert werden, sich in Regionen mit dringendem hausärztlichem Versorgungsbedarf niederzulassen. Geeignete Fördermassnahmen tragen auch auf kommunaler Ebene wesentlich zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung und damit zur Erhaltung der Standortattraktivität bei. Im Vordergrund möglicher Massnahmen stehen die Förderung von innovativen Kooperations-, Organisations- und Betriebsformen der ambulanten Notfall- und Grundversorgung (z. B. Kooperation zwischen Notfallstationen der Spitäler mit Grundversorgern, spitallassoziierte Notfallpraxen, integrierte Ärztenetzwerke, Gesundheitszentren usw.). Denkbare strukturelle oder finanzielle Anreize sind beispielsweise in den Bereichen Infrastruktur, Anschub- oder Mitfinanzierung, Betriebskredite oder Absicherung von Investitionsrisiken zu diskutieren.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass bereits in früheren Generationen die Ansiedlung von Hausärzten in Randregionen durch fiskalische oder strukturelle Anreize gezielt gefördert wurde: Durch die Zurverfügungstellung von Liegenschaften oder durch Steuererleichterungen wurden attraktive Rahmenbedingungen geschaffen.

Im Rahmen der Neuen Regionalpolitik (NRP) könnten Projekte und Lösungsansätze zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung gerade in finanz- und strukturschwächeren Regionen auch durch die Tourismus- und Regionalentwicklung (TouReg) der Berner Wirtschaft (BECO) unterstützt werden.

6.1.7 Aktionsfelder ausserhalb des kantonalen Zuständigkeitsbereiches

In denjenigen Aktionsfeldern, welche nicht oder nur teilweise im Zuständigkeits- und Kompetenzbereich des Kantons liegen, setzt sich der Kanton Bern im Rahmen seiner Mitwirkungsmöglichkeiten bei den zuständigen Akteuren für eine gezielte und wirkungsvolle Förderung und Stärkung der hausarztbasierten medizinischen Grund- und Notfallversorgung ein.

Zur Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und flächendeckenden Grund- und Notfallversorgung stellt die gemeinsame Abstimmung und Koordination von Strategien und Massnahmen zwischen Bund und Kantonen sowie den unterschiedlichen öffentlichen und privaten Akteuren wie beispielsweise Krankenversicherungen, Ärztenverbänden, Fachgesellschaften, Rettungswesen aber auch den Vertretern bzw. Standesorganisationen der Pflegeberufe, der

Rehabilitation sowie der Prävention eine zwingend notwendige Voraussetzung dar.

6.1.8 Zusammenfassende Darstellung wichtiger Ziele und Grundsätze

Hauptziele

- Anzahl Hausärzte ↗
- Arbeits- und Rahmenbedingungen ↗
- Nachfolgeproblematik ↘
- Entlastung bei Notfalldienst ↗
- Hausarzt spezifische Aus- und Weiterbildung ↗
- Niederlassung in peripheren Regionen ↗

Rolle bzw. Aufgabe des Kantons

- Subsidiaritätsprinzip (ambulante Versorgung privatwirtschaftlich, keine staatliche Versorgungsplanung; Kanton nur aktiv, wenn andere Lösungen fehlen bzw. ungenügend sind).
- Unterstützung von geeigneten Projekten und Modellen zur Sicherstellung der medizinischen Grund- und Notfallversorgung.
- Mitwirkung in nationalen Aktionsfeldern ausserhalb der kantonalen Zuständigkeiten im Rahmen der Möglichkeiten.
- Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer ↗ (Informations- und Austauschplattform).

Grundsätze

- Weiterführen, Weiterentwicklung und Verbreitung von Bewährtem (erfolgreiche Ansätze, Modelle, Projekte).
- Anschub- bzw. Teilfinanzierung von Projekten und Modellen mit direkter oder indirekter Eignung für strukturell und wirtschaftlich benachteiligte Regionen mit kritischem hausärztlichem Versorgungsbedarf.
- Einbezug der Standortgemeinden, Regionalkonferenzen und Wirtschaft: gemeindeübergreifende, strategische Planungen (Gesundheitsleitbild), Erhalt bzw. Förderung des lokalen medizinischen Angebots (Grund- und Notfallversorgung); Anreize für Niederlassungen (finanziell, strukturell)
- Kooperation mit Tourismus- und Regionalentwicklung (Toureg, BECO).
- Faktenbasierte Entscheidungsgrundlagen, Forschungs- und Entwicklungs- Partnerschaft (Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung).

6.2 Handlungsfelder zur Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern

Das wichtigste übergeordnete Ziel zur zukünftigen Sicherstellung der hausärztlichen Grund- und Notfallversorgung ist die Verminderung der Nachfolgeproblematik durch Erhöhung der Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte, Verbesserung der Aus- und Weiterbildung sowie durch Förderung von attraktiven Arbeits- und Rahmenbedingungen.

Entsprechende Handlungsfelder erstrecken sich in folgende Richtungen: Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle sollen unterstützt und gefördert werden, die Belastungen der Notfalldienste müssen vermindert sowie die hausärztliche Aus- und Weiterbildung verbessert werden. Darüber hinaus befürwortet der Kanton grundsätzlich eine adäquate Leistungsabteilung in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung sowie die gezielte Förderung der Vereinbarkeit von Familie und hausärztlicher Tätigkeit aber auch den Wiedereinstieg von Ärztinnen und Ärzten in die Grundversorgertätigkeit.

Neue und erfolgversprechende Lösungsansätze werden teilweise durch unterschiedliche Interessen, Zuständigkeiten, Kompetenzen und Einflussmöglichkeiten der verschiedenen Akteure erschwert. Voraussetzung für eine effektive und effiziente Sicherstellung der medizinischen Grund- und Notfallversorgung ist eine weitgehende Übereinstimmung zwischen den Akteuren über grundsätzliche Ziele. Hierbei müssen Zusammenhänge und Auswirkungen zwischen einzelnen Handlungsfeldern und Lösungsansätzen berücksichtigt werden. Nur mit abgestimmten Vorgehensweisen können wirkungsvolle Massnahmen erfolgreich umgesetzt werden.

Im nachfolgenden Kapitel werden die Ausgangslage für die zentralen Handlungsfelder dargestellt und Massnahmen vorgeschlagen.

- (H1) Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle
- (H2) Notfalldienst
- (H3) Aus- und Weiterbildung sowie Forschung in Hausarztmedizin
- (H4) Leistungsabteilung
- (H5) Vereinbarkeit von Grundversorgertätigkeit und Familie

6.3 Handlungsfeld 1: Neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle

6.3.1 Grundlage

Die Förderung neuer Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle und insbesondere der vernetzten Versorgung stellt aus Sicht zahlreicher Akteure ein Erfolg versprechendes Handlungsfeld dar.

Die isolierte Tätigkeit eines Hausarztes oder einer Hausärztin in traditionellen Einzelpraxen ist oft nicht mehr zeitgemäss und kann mit zahlreichen Nachteilen verbunden sein. Sie trägt wesentlich zur Nachfolgeproblematik bei und entspricht meist nicht mehr den Anforderungen, Vorstellungen und Lebensentwürfen vieler zukünftiger Hausärztinnen und -ärzte.

Darüber hinaus ist die Übernahme oder der Aufbau einer Einzelpraxis oft mit beträchtlichen Investitionen und finanzi-

ellen Risiken verbunden. Im aktuellen gesundheitspolitischen Umfeld ist der rentable Betrieb einer Einzelpraxis nicht mehr in jedem Fall gegeben.

Allerdings werden Einzelpraxen gerade in peripheren Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte und nur wenigen Grundversorgern auch in Zukunft einen wichtigen Bestandteil der medizinischen Grundversorgung darstellen. Wie und unter welchen Bedingungen Kooperationsmodelle in solchen Regionen überhaupt sinnvoll, umsetzbar und finanzierbar sind, muss in enger Zusammenarbeit mit betroffenen Hausärztinnen und Hausärzten aus solchen Regionen sowie mit weiteren Akteuren abgeklärt werden.

Im Gegensatz zu den Einzelpraxen können geeignete neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle mit verstärkter Kooperation und Vernetzung von Ärztinnen und Ärzten in fachlicher, finanzieller und organisatorischer Hinsicht zahlreiche Vorteile bieten. Damit entsprechen derartige Modelle den veränderten Bedürfnissen vieler jüngerer Ärztinnen und Ärzten. Sie tragen zur Attraktivität der Grundversorgertätigkeit bei und leisten letztendlich einen Beitrag zur Abschwächung der Nachfolgeproblematik: Barrieren der aktuellen Hausarztmedizin, die junge Ärztinnen und Ärzte dazu veranlassen, eine Karriere als Spezial- oder Spitalarzt zu ergreifen, können durch geeignete Formen der Zusammenarbeit abgebaut oder vermindert werden.

Im Interesse der Patientinnen und Patienten aber auch der Kostenträger können von einer stärkeren Vernetzung und verbesserten Zusammenarbeit der Leistungserbringer letztendlich auch eine höhere Versorgungsqualität und tiefere Kosten erwartet werden: Gut geführte Hausarztmodelle oder Gruppenpraxen haben nachweislich ein besseres Qualitäts- und Kostenbewusstsein.

Die Rahmenbedingungen zur Entwicklung von neuen und innovativen Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodellen in der Grundversorgung, aber auch für Übergangs- und Nachfolgeregelungen müssen verbessert werden. Anforderungen, Vorgaben und Regelungen sind, soweit möglich, zu vereinfachen, transparenter zu gestalten und den Bedürfnissen von neuen Modellen anzupassen. Im Vordergrund stehen namentlich Fragen zu Zulassungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherungen (Zulassungsstopp) sowie allenfalls zur Berufsausübung (Berufsausübungsbewilligung, Stellvertretungen usw.). Daraus hervorgehende Aktionsfelder liegen letztendlich weitgehend ausserhalb der kantonalen Zuständigkeiten. Im Rahmen seiner gesetzlichen Vorgaben und Möglichkeiten ist und war das Kantonsarztamt der GEF stets bestrebt, im lösungsorientierten Diskurs mit den Leistungserbringern zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochstehenden ambulanten ärztlichen Grund- und Notfallversorgung beizutragen. Dies beispielsweise bei der Erteilung von ausserordentlichen Zulassungsverfügungen zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherungen.

6.3.1.1 Vernetzung und Kooperation zwischen ambulanten Leistungserbringern

Bei der Vernetzung und verbesserten Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern geht es u. a. um eine optimierte Abstimmung, Verbindung und Integration der Arbeitsweisen, Prozesse, Strukturen und Schnittstellen. Auf der Grundlage von optimierten Patienten- und Betreuungspfaden sollen die medizinischen, administrativen, organisatorischen, ressour-

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

cenbezogenen, strukturellen und informationsbezogenen Prozesse und Schnittstellen verbessert werden.

Ergänzend zu den ärztlichen sind insbesondere auch die pflegerischen und therapeutischen Sektoren und Leistungserbringer (z. B. Spitex, Alters- und Pflegeheime usw.) mit einzubeziehen. Die Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Einrichtungen, Hausärztinnen und Hausärzten sowie weiteren Dienstleistungsanbietern gewinnt auch durch die Post-Akut-Betreuung bei kürzerer Aufenthaltsdauer zusätzlich an Bedeutung.

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung werden grundsätzlich unterschiedliche Formen von Verbindungen zwischen Ärztinnen und Ärzten unterschieden: Das Spektrum reicht von unverbindlicher Zusammenarbeit und meist fachlichem Austausch, beispielsweise in Qualitätszirkeln, über Praxismgemeinschaften oder Gruppenpraxen bis hin zu Einrichtungen und Ärztenetzen als integrierten Versorgungsnetzwerken mit weitgehend rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Verbindungen. Weitere Organisationsformen sind Familien- und Generationenpraxen oder Teilzeit-Praxismodelle (Jobsharing) sowie Gesundheitszentren.

Nebst einfachen Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren haben sich in der Schweiz und im Kanton Bern insbesondere auch Ärztenetze als neue Organisations- und Kooperationsmodelle der ambulanten Versorgung bewährt. In integrierten Ärztenetzen wird die Zusammenarbeit der angeschlossenen Leistungserbringer mit entsprechenden Rechten, Pflichten, Vergütungen usw. in Verträgen verbindlich festgelegt, ebenso die Modalitäten der Kooperation mit Kostenträgern (Leistungen, Qualität, Abgeltungen usw.).

Von entscheidender Bedeutung sind die Eigentumsverhältnisse in Ärztenetzwerken: Im Unterschied zu den Netzwerken der Krankenversicherer sind bei den ärztlichen Versorgungsnetzwerken die Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig Besitzer, Organisatoren und Betreiber.

Die unterschiedlichen Formen der Netzwerke unterscheiden sich zudem hinsichtlich ihrer hauptsächlichen Zielsetzungen. So steht beispielsweise bei einfachen Ärztenetzen das Ziel einer fachlichen Zusammenarbeit zwecks qualitativ hochstehender Leistungserbringung im Vordergrund. Ärztenetze oder HMO-Praxen der Krankenversicherer hingegen sind wesentlich durch finanzielle Einsparungen motiviert. Darüber hinaus sind Ärztenetze mit einer Kosten- und Budgetverantwortung gegenüber den Krankenversicherern von rein organisatorischen oder fachlichen Kooperationsmodellen zu unterscheiden.

6.3.1.1.1 Managed Care

Im Zusammenhang mit Krankenversicherungen und «Managed Care» sind insbesondere verschiedene Versicherungsmodelle mit zumeist eingeschränkter Arztwahl zu unterscheiden. Beispielsweise sind in Hausarzt-, Gatekeeper- oder HMO-Modellen der Krankenversicherungen jeweils die ent-

sprechenden Ärzte oder Arztpraxen die erste Anlaufstelle für medizinische Probleme.

Der Unterschied zwischen Versicherungsmodellen mit weitgehend finanziellen Zielsetzungen und den Modellen der integrierten Ärztenetze mit medizinischen und versorgungsorientierten Zielsetzungen kommt auch in der Diskussion zum «Managed Care» zum Ausdruck.

Auf Bundesebene ist Managed Care Gegenstand der laufenden KVG-Teilrevision. In der Managed-Care-Botschaft des Bundesrats von 2004 sind gemäss Erläuterung zum Entwurf von Art. 41c KVG «Integrierte Versorgungsnetze» als Versicherungsmodelle mit eingeschränkter Arztwahl definiert.

Es handelt sich dabei um Versicherungsformen, bei denen die finanziellen Aspekte mit Einsparungen im Vordergrund stehen. Durch integrierte Versorgungsmodelle und Ärztenetze soll die Kooperation zwischen den Leistungserbringern verbessert und als Folge davon Kosten eingespart und die Qualität verbessert werden. Aufgrund der Budget-Mitverantwortung der Ärztinnen und Ärzte in einem Netzwerk sollen diese zur Optimierung der Behandlungsprozesse und der Vermeidung von nutzlosen Leistungen beitragen. Allerdings bleibt ungeklärt, welche Leistungen in welcher Form miteinander vernetzt oder gar integriert werden. Ebenfalls bleibt offen, wie und durch wen der zusätzliche Koordinierungs- und Zeitaufwand finanziert wird. Aufgrund der gegenwärtigen Vorlage ist kaum eine Verbesserung der Versorgungsprobleme zu erwarten.

6.3.1.1.2 Vorteile neuer Kooperationsmodelle für Hausärztinnen und Hausärzte

Ärztinnen und Ärzte in zukunftsgerichteten Zusammenarbeitsmodellen können in fachlicher, finanzieller und organisatorischer Hinsicht mehrfach von verbesserten Arbeits- und Rahmenbedingungen profitieren. Je nach Organisations- und Kooperationsform ergeben sich unterschiedliche Vorteile. So sind beispielsweise geregelte Arbeitszeiten, Teilzeitmodelle, gut organisierte Notfalldienste, die effiziente Erledigung von administrativen Arbeiten, die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Teamarbeit, die Qualitätsorientierung und systematische Fortbildungen mit Qualitätszirkeln möglich. Von Vorteil kann die gemeinsame Nutzung der medizinisch-technischen Infrastruktur (Labor, Röntgen, Ultraschall usw.) und Informatikmittel sein. Dazu kommen meist reduzierte finanzielle bzw. unternehmerische Risiken. Durch die grundsätzliche Teamorientierung in Zusammenarbeitsmodellen wird auch der fachliche Austausch der Kooperationsmitglieder gefördert. Zwischen verschiedenen Fachbereichen, aber auch zwischen älteren und jüngeren Ärztinnen und Ärzten oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern findet so ein Austausch statt.

Derartige Arbeits- und Rahmenbedingungen entsprechen in wesentlichen Teilen den Anforderungen und Wünschen der jüngeren Ärztinnen und Ärzte. Auch für die Aus- und Weiterbildung von Studentinnen und Studenten sowie Assistentinnen und Assistenten im Bereich der Grundversorgung stellt ein solches Arbeitsumfeld eine sehr gute Voraussetzung dar.

Hausarztmedizin im Kanton Bern

Ärztennetze zeichnen sich nebst der kontinuierlichen Qualitäts- und Kostenoptimierung auch durch die Ausrichtung der Leistungserbringung am Bedarf der Patientinnen und Patienten aus. In diesem Bereich werden speziell die eingesetzten Ressourcen und verursachten Kosten berücksichtigt. Dies mittels definierter medizinischer und organisatorischer Prozesse und Qualitätsstandards in Kombination mit Einzelleistungsvergütung und gleichzeitiger Budgetmitverantwortung der Leistungserbringer.

6.3.1.1.3 Nachteile neuer Kooperationsmodelle für Hausärztinnen und Hausärzte

In Abhängigkeit der unterschiedlichen Zielsetzungen und Ausprägungen von neuen Kooperationsmodellen können sich nebst den unbestrittenen Vorteilen auch Nachteile ergeben.

Insbesondere ältere Ärztinnen und Ärzte beurteilen die organisatorische und finanzielle, aber auch fachliche Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit in Einzelpraxen als wertvoll. Sie werden jedoch durch Definition und Festlegung von organisatorisch-administrativen, finanziellen, aber auch fachlichen Prozessen, Standards und Rahmenbedingungen (Rechten, Pflichten, Vergütungen, Leistungen, Qualität usw.) je nach Kooperationsmodell unterschiedlich stark eingeschränkt.

Je nach Art sowie der Eigentumsverhältnisse von Kooperationsmodellen kann sich auch der Einfluss beispielsweise von Krankenversicherungen negativ auswirken. Dies insbesondere dann, wenn die finanziellen Interessen und Aspekte von Kooperationsmodellen im Vordergrund stehen.

Auch aus Sicht der Bevölkerung werden bestimmte Kooperationsmodelle manchmal kritisch beurteilt. Nebst der viel diskutierten Einschränkung der freien Arztwahl wird primär bei Ärztenetzen von Krankenversicherungen die Versorgungsqualität hinterfragt.

Darüber hinaus stellt sich in peripheren Regionen mit einer geringen Bevölkerungsdichte und nur wenigen Grundversorgern die Frage, wie und unter welchen Bedingungen Kooperationsmodelle überhaupt umsetzbar sind.

Möglicherweise könnte sich in wenig besiedelten Randregionen eine Zentralisierung von Netzpraxen im Sinne von Versorgungstützpunkten als sinnvoll bzw. notwendig erweisen. Denkbar wären auch periphere Behandlungsstationen, welche je nach Region nur an bestimmten Tagen besetzt wären. Voraussetzung für solche Lösungsansätze ist in jedem Fall die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden und schnellen Notfallversorgung sowie eines zeitgemässen Rettungswesens.

6.3.1.2 Kooperation mit Spitälern

Bei der Spitalversorgung ist von einer weiterhin zunehmenden Zentralisierung auszugehen: Durch die kürzere Aufenthaltsdauer steigt beispielsweise auch die Bedeutung der Post-Akut-Betreuung. Damit wird die Vernetzung mit vor- und nachgelagerten Einrichtungen, Hausärztinnen und -ärzten sowie weiteren Dienstleistungsanbietern wichtiger.

Mit dem Ziel der effektiven Arbeits- und Informationsprozesse müssen die Kooperation sowie die Schnittstellen zwischen



6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

der ambulanten Medizin und den Spitälern verbessert und ausgebaut werden. Dabei ist besonders die Kooperation zwischen ambulanten und stationären Sektoren im Notfalldienst (z. B. spitällassoziierte Notfallpraxen) von Bedeutung. Der zunehmenden Tendenz von Patientinnen und Patienten, mit Bagatelbeschwerden in den Notfallstationen von Spitälern vorstellig zu werden (Walk-in), ist Rechnung zu tragen.

6.3.1.3 Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen

Gesundheitszentren mit Gemeinschaftspraxen als Beispiel neuer und zeitgerechter Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle ermöglichen in Abhängigkeit des lokalen Versorgungsbedarfes ein vielfältiges Angebot: Nebst der hausärztlichen Versorgung können auch teilstationäre Behandlungen, Spezialistensprechstunden, Vorbereitungen für die stationären akutmedizinischen Behandlungen in Zentrumsspitälern sowie eine regionale Notfallversorgung angeboten werden. Gerade als Verbindungselemente zwischen Spital und der Rückkehr nach Hause (Post-Akut-Pflege) werden Gesundheitszentren zukünftig an Bedeutung gewinnen. Weitere Dienstleistungen, wie beispielsweise Rettungsstützpunkte, Suchtstützpunkte, Stützpunkte für Palliativmedizin sowie Physio- und Ergotherapie, aber auch Langzeitpflege oder die Spitex, können ebenfalls an solchen Zentren angesiedelt werden. Durch lange Bereitschaftszeiten in dezentralen und niederschwellig erreichbaren Zentren und Gemeinschaftspraxen wird dem Bedarf der Bevölkerung entsprochen.

Die Zusammenarbeit geschieht mit verschiedenen Leistungserbringern in Form von horizontaler oder vertikaler Vernetzung und Anbindung an die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte vor Ort. Zusätzlich zu den ärztlichen sind gerade auch die ambulanten und stationären pflegerischen oder therapeutischen Leistungserbringer (z. B. Spitex usw.) mit einzubeziehen. Aber auch innerhalb eines Zentrums muss eine starke Vernetzung der verschiedenen Stellen vorhanden sein.

Für Gesundheitszentren sind unterschiedliche Eigentums-, Organisations- oder Betriebsmodelle denkbar. Grundsätzlich zu unterscheiden ist zwischen Gesundheitszentren unter der Verantwortung von regionalen Spitalzentren und ambulanten Leistungserbringern. Im letzteren Fall müssen vorgängig die rechtlichen Grundlagen für eine Förderung durch den Kanton vertieft geprüft werden.

6.3.1.4 Kooperation mit Spitex

Eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Grundversorgern und Spitex kann wesentliche Vorteile für alle Beteiligten zur Folge haben: Hausärztinnen und Hausärzte werden von Bagatellen entlastet, Spitex-Mitarbeiter werden besser in den Informations- und Verantwortlichkeitskontext eingegliedert und Patienten besser und kostengünstiger betreut.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kooperation sind beispielsweise die gute Kommunikation und Zusammenarbeit auch am Krankenbett, die genaue Indikationsstellung für Behandlungen oder die Übernahme von Verantwortung für

kleinere medizinische Probleme durch Spitex-Mitarbeiter. Es ist jedoch davon auszugehen, dass dazu gerade im Bereich der Ärzteschaft vermutlich einiges an Überzeugungsarbeit zu leisten ist.

6.3.2 Ausgangslage im Kanton Bern

In unterschiedlichen privatwirtschaftlich organisierten Projekten aus dem Kanton Bern, aber auch aus anderen Kantonen haben sich Lösungsansätze mit neuen Betriebs- und Organisationsformen zur medizinischen Grundversorgung bewährt.

6.3.2.1 Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen

Erste Umwandlungen einzelner Spitalstandorte zu Gesundheitszentren wurden seit 2007 an den Spitälern Huttwil (RSO) und Meiringen (FMI) durchgeführt. Wichtige Elemente erfolgreicher Lösungsansätze sind der konsequente Einbezug und die Vernetzung von unterschiedlichen an der medizinischen Grundversorgung beteiligten und daran interessierten privaten sowie öffentlichen Akteuren (Ärzte, Spitäler, Spitex, Pflegeheime, Gemeinden, Privatwirtschaft usw.).

Das Gesundheitszentrum Meiringen wurde 2010 am Standort des ehemaligen Spitales von der Aktiengesellschaft Ärztezentrum Oberhasli AG gegründet. Das Zentrum beinhaltet u. a. eine Gemeinschaftspraxis von drei Ärzten, welche früher in der Region verteilt waren. Diese beteiligten sich gemeinsam mit den Spitälern FMI AG, der Ärztekasse Genossenschaft, den Gemeinden aus der Region Meiringen-Oberhasli, einer Krankenversicherung sowie privaten Unternehmungen an der Aktiengesellschaft. Der Kanton Bern unterstützte das Gesundheitszentrum mit einer Anschubfinanzierung. In diesem Projekt gelang es, durch persönliches Engagement der Initiatoren sowohl Grundversorger, Spitäler, die öffentliche Hand sowie die Privatwirtschaft im Sinne einer privat-öffentlichen Partnerschaft (Private-Public-Partnership PPP) zusammenzubringen. Entscheidendes Erfolgskriterium ist dabei die private Initiative von direkt betroffenen, lokal verankerten und hochmotivierten privaten und öffentlichen Personen, wobei der Kanton letztendlich durch den Unterstützungsbeitrag zur erfolgreichen Umsetzung beitrug. Mit der Motion (131/2010) von Frau Grossrätin Geissbühler-Strupler, Herrenschwanden (SVP) «Anreizsystem für Hausarzt-Gemeinschaftspraxen» wird der Regierungsrat aufgefordert, eine Vorlage für ein Anreizsystem für Gemeinschaftspraxen für Hausärzte vorzulegen. Die Motion wurde am 30. März 2011 vom Grossen Rat deutlich angenommen.

Als kritischer Vorbehalt ist zu beachten, dass Gesundheitszentren und Gemeinschaftspraxen in erster Linie in dichter besiedelten Regionen und an zentraler Lage eine sinnvolle Alternative zu einer Vielzahl von verteilten Einzelpraxen darstellen. Auch muss bei der Gründung von Gemeinschaftspraxen sowie namentlich auch bei der Umwandlung von ehemaligen Spitälern auf eine zentrale Lage sowie auf geeignete Grundrisse geachtet werden. Diese sind gerade bei ehemaligen Spitälern nicht immer gegeben.

Hausarztmedizin im Kanton Bern

Im Hinblick auf die Umwandlung von bestehenden Einzel- in Gemeinschaftspraxen bietet sich, beispielsweise für Standortgemeinden, die Gelegenheit, junge und an Gemeinschaftspraxen interessierte Ärztinnen und Ärzte wirkungsvoll zu unterstützen: Sei dies durch Vermittlung oder das Zurverfügungstellen von geeigneten Liegenschaften, durch Teil- oder Anschubfinanzierung oder durch Gewährung von günstigen Finanzierungsbedingungen (z. B. Darlehen, Kredite, Risikogarantien usw.).

6.3.2.2 Gesundheitszentrum Tramelan

Während in anderen Regionen der Schweiz noch von einem Ärzteüberschuss gesprochen wurde zeichnete sich im frankophonen Berner Jura bereits in den 1970-er Jahre ein Ärztemangel ab. In der Folge haben sich mehrere dringend benötigte ausländische Ärzte im Berner Jura niedergelassen. Auch im Jahre 2009 zeigt sich im Berner Jura eine vergleichsweise tiefe Anzahl Grundversorgerinnen und Grundversorger pro Einwohner (Courtelary 7.1, Moutier 6.1, pro 10'000 Einwohner). Darüber hinaus zeichnet sich der frühere Amtsbezirk Courtelary mit dem höchsten regionalen Durchschnittsalter (60-jährig) für Grundversorgerinnen und Grundversorger des Kantons Bern aus.

Auch in der Region Tramelan war im Zusammenhang mit unmittelbar vor der Pensionierung stehenden niedergelassenen Ärzten bereits vor einigen Jahren eine Nachfolgeproblematik absehbar. Auf der Suche nach Nachfolgelösungen für Arztpraxen zeigte sich unter anderem, dass junge Ärztinnen und Ärzte der isolierten Tätigkeit in Einzelpraxen sowie den beachtlichen Investitionsrisiken skeptisch gegenüber stehen. Der Gemeinderat von Tramelan bearbeitete die Problematik der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und bevölkerungsnahen, ambulanten medizinischen Grundversorgung in der Legislaturperiode 2007 - 2010 mit hoher Priorität und suchte gemeinsam mit Ärztinnen und Ärzten aber auch mit nichtärztlichen medizinisch-therapeutischen Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern nach Lösungen. Als Ergebnis wurde in gemeinsamer Anstrengung ein innovatives Gesundheitszentrum für Tramelan konzipiert, geplant und mit der Umsetzung begonnen.

In unmittelbarer Nachbarschaft zum Alters- und Pflegeheim Home Lovières entstehen in einem neuen Gebäude eine Gemeinschaftspraxis mit 6 Sprechstundenräumen und gemeinsamen Bereichen wie Empfang, Sekretariat, Röntgen und Labor sowie ein Zahnarztzentrum. Zusätzlich sollen im Gesundheitszentrum medizinisch-therapeutische und pflegerische Leistungen wie Physiotherapie, psychotherapeutisch-psychologische Beratung, Spitex sowie Kinderpflege angeboten werden. Zwei Grundversorger und eine Grundversorgerin aus Tramelan werden ihre Praxistätigkeit in das Gesundheitszentrum verlegen. Zum Zeitpunkt der Verfassung des Textes interessieren sich zudem ein Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie 2-3 Zahnärzte für eine Praxistätigkeit im Gesundheitszentrum und es werden noch weitere Ärztinnen und Ärzte gesucht. In demselben Gebäude sind zudem 16 Alterswohnungen, ein Tagesheim für Senioren sowie die Erweiterung des Alters- und Pflegeheimes Home Lovières mit einer Abteilung für Patientinnen und Patienten mit Alzheimerkrankheit vorgesehen. Das Gesundheitszentrum wird mit dem Alters- und Pflegeheim Home Lovières auch baulich direkt verbunden sein.

Am neuen Gesundheitszentrum beteiligen sich sowohl die Gemeinde Tramelan als auch die Pensionskasse der

HJB SA. Die Eröffnung ist für den 1. Oktober 2011 vorgesehen. Das Zentrum stellt ein innovatives und erfolgsversprechendes Pilotprojekt im Sinne einer privat-öffentlichen Partnerschaft (PPP) dar. Das umfassende und zentrale Angebot von unterschiedlichen ärztlichen, medizinisch-therapeutischen sowie pflegerischen Leistungen entspricht einem Bedürfnis der Bevölkerung ebenso wie den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Vor dem Hintergrund der demografischen Entwicklung zeichnet sich das Zentrum insbesondere auch aus durch eine einzigartige Integration von und Verbindung mit ambulanten, teilstationären und stationären Angeboten für die zunehmend ältere Bevölkerung. Letztendlich trägt das neue Gesundheitszentrum wesentlich zur Erhaltung der Standortattraktivität sowohl von Tramelan aber auch des Berner Juras bei.

6.3.2.3 Ärztenetzwerke

Im Kanton Bern haben sich im Verlaufe der vergangenen Jahren Ärztenetzwerke wie beispielsweise der MediX Ärzteverbund, mednetbern oder das SeelandNet bewährt. Diese sind aus der Initiative von Leistungserbringern und ohne Subventionierung oder Förderung des Kantons entstanden.

MediX Bern wurde 2001 als Managed Care Pionierpraxis unter dem Namen Praxisnetz Bern AG gegründet. MediX richtet die medizinische Tätigkeit an Nutzen-Kosten-Überlegungen aus, mit dem Ziel Über- oder Unterbehandlung zu vermeiden. Die Ärztenetzwerke mednetbern und MediX zählen 166 Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeine und Innere Medizin und betreut heute über 40'000 Managed Care Versicherte. Am Aktionariat sind keine Krankenversicherer und keine Pharmaunternehmen beteiligt.

SeelandNet wurde 2006 von Grundversorgern aus der Region Bieler Seeland als Verein gegründet und umfasst heute 37 Mitglieder. Seelandnet orientiert sich an den medizinischen und organisatorischen Bedürfnissen von Patienten und Patientinnen (Notfalldienst, Abklärungen, Spiteleinweisungen usw.) und bietet in Arztpraxen und einem «Grundversorgerzentrum» eine flächendeckende, kostenbewusste und qualitativ hochstehende sowie integrierte medizinische Grundversorgung an.

6.3.2.4 Modellversuche zur integrierten Versorgung

Grossrat Dr. Markus Meyer, Roggwil (SP-JUSO), hat 2007 mit einer Motion (25/2007) den Regierungsrat aufgefordert, «einen Bericht zu verfassen, in welchem die Möglichkeiten der Schaffung einer kantonalen Managed Care Organisation sowie ihre Vorteile und Nachteile dargestellt sind». Insbesondere chronisch kranke und alte Menschen seien durch die gesetzlichen Regelungen des KVG (Franchise, Selbstbehalt) benachteiligt.

Der Regierungsrat nahm am 2. Dezember 2009 (RRB 2042/2009) vom Bericht der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kenntnis und legte dem Grossen Rat den verlangten Bericht vor. Er erachtet eine kantonale Managed-Care-Strategie als wünschenswert. Dies nicht als kantonale Versicherungsform, aber als modellhafte Entwicklung neuer Versorgungselemente zur Förderung einer vernetzten Versorgung. Der Regierungsrat erkennt die Bedeutung der im Bericht enthaltenen Empfehlungen für eine kantonale Managed-Care-Strategie an und fördert deren Weiterentwicklung.

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion wird beauftragt, hierzu bereits existierende Modellversuche weiterzuverfolgen und zu evaluieren. Die Erfahrungen daraus sollen in die Weiterentwicklung von Massnahmen zur Optimierung der vernetzten und integrierten Versorgung einfließen. Dabei werden Modellversuche zur Entwicklung von neuen und vernetzten Versorgungsformen diskutiert.

In diesem Zusammenhang hat der Grosse Rat im Januar 2011 einen Kredit von 1,475 Mio. CHF für einen Modellversuch «Integrierte Versorgung in der Geriatrie» bewilligt (RRB 1395). Im Rahmen dieses Modellversuches soll in einer Interventionsstudie geprüft werden, ob sich mit einer umfassenden Integration die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung (hoch-) betagter Patientinnen und Patienten verbessern lässt. Idee dabei ist, dass durch ein verbessertes und integriertes Betreuungsmanagement die Kontinuität der medizinischen und sozialen Versorgung aller Leistungserbringer gewährleistet werden soll. Dabei soll die organisatorische und finanzielle Trennung von ambulanter haus- und fachärztlicher Versorgung, Spitalversorgung, Rehabilitation, ambulanter und stationärer Langzeitpflege, Spitex und sozialen Diensten durchbrochen und neu organisiert werden.

6.3.3 Massnahmen im Handlungsfeld neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle

6.3.3.1 Unterstützung, Förderung und Finanzierung

Der Kanton Bern fördert und unterstützt die Entwicklung und Verbreitung von neuen und innovativen Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodellen, welche zur Förderung der ambulanten medizinischen Grundversorgung beitragen.

Für derartige Projekte, Modellversuche oder Modelle prüft der Kanton eine zeitlich beschränkte Anschub- und Teilfinanzierung im Rahmen seiner gesetzlichen und finanziellen Kompetenzen und Möglichkeiten. Gesuche werden an ihrem (potenziellen) Beitrag zur Verbesserung und Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung gemessen. Sie sollen in Hinblick auf Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit evaluiert werden. Eine Anschub- oder Teilfinanzierung verbindet der Kanton mit Leistungsverträgen und Bedingungen. Darin werden Art, Menge und Qualität der Leistungen, deren Abgeltung und die Qualitätssicherung geregelt.

Favorisiert werden in erster Linie Lösungsansätze für geografisch, strukturell oder wirtschaftlich benachteiligte Regionen mit einem absehbaren Hausärztemangel. Denkbar sind aber auch innovative Lösungsansätze, mit denen Erfahrungen und Erkenntnisse gewonnen werden, welche auf benachteiligte und gefährdete Regionen übertragen werden können. Im Zusammenhang mit dem Fokus auf strukturschwache, ländliche oder periphere Regionen wird vorgeschlagen, eine Zusammenarbeit mit der Tourismus- und Regionalentwicklung (TouReg) der Berner Wirtschaft BECO zu prüfen.

Bevorzugt werden zudem Projekte und Modelle mit einer breiten und regionalen Abstützung sowie mit Einbindung von Leistungserbringern, Standortgemeinden und weiteren öffentlichen oder privaten Akteuren (z.B. BEKAG, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM, Kollegium für Hausarztmedizin KHM, FMH, Krankenversicherern, Standortgemeinden, bestehende Ärztenetzwerke usw.).

Im Vordergrund stehen hauptsächlich Konzepte und Lösungsansätze von innovativen Arbeits-, Organisations- und Betriebsmodellen der integrierten Versorgung sowie von Netzwerken. Beispielsweise könnten bestehende Einzelpraxen sukzessive zusammengeführt, reorganisiert und vernetzt werden (z. B. Doppel- oder Gruppenpraxen, Ärztenetze, Gesundheitszentren usw.). Junge Ärztinnen und Ärzte könnten im Falle einer Nachfolgeregelung gemeinsam die zusammengeführten, reorganisierten und vernetzten Doppel- bzw. Gruppenpraxen übernehmen. Darüber hinaus kommt der Weiterentwicklung und Verbreitung von Gemeinschaftspraxen und Gesundheitszentren eine wichtige Bedeutung zu.

Im Rahmen einer kantonalen Managed-Care-Strategie erfolgen die Evaluation existierender Modellversuche sowie die Entwicklung von Massnahmen zur Optimierung der vernetzten und integrierten Versorgung.

6.3.3.2 Austauschplattform

Der Kanton fördert den Austausch und den Wissenstransfer zwischen Initiatoren, Betreibern und Interessenten von neuen Arbeits-, Organisations- und Betriebsmodellen. Er prüft den Aufbau einer geeigneten Informationsplattform (elektronisch, organisatorisch) für den Wissens- und Erfahrungsaustausch für innovative und erfolgsversprechende Lösungsansätze.

6.3.3.3 Empfehlungen für Standortgemeinden und Regionalkonferenzen

Der Kanton empfiehlt den Standortgemeinden und Regionalkonferenzen, sich im Rahmen ihrer Möglichkeiten und unter Einbezug der Privatwirtschaft zur Förderung der medizinischen Grund- und Notfallversorgung für die Unterstützung von neuen Arbeits-, Organisations- und Betriebsmodellen aktiv zu engagieren.

Den Standortgemeinden bzw. den Regionalkonferenzen wird die Erarbeitung eines «Gesundheitsleitbildes» in Analogie zum «Altersleitbild» empfohlen. Der Kanton unterstützt im Rahmen seiner Möglichkeiten und Kompetenzen die Gemeinden und Regionalkonferenzen in der Entwicklung und Umsetzung des Gesundheitsleitbildes sowie der daraus hervorgehenden Massnahmen.

Ausgehend vom Gesundheitsleitbild und einer strategischen Planung sind von den Standortgemeinden bzw. von den Regionalkonferenzen geeignete Massnahmen zum Erhalt des lokalen medizinischen Angebotes sowie Anreize für die Niederlassung von Grundversorgerinnen und Grundversorgern zu erarbeiten und umzusetzen. Dies unter Einbezug

weiterer an einer hohen Standortattraktivität interessierter oder davon betroffener öffentlicher oder privater Institutionen, Verbänden oder Firmen.

Denkbare strukturelle oder finanzielle Förderungsansätze sind beispielsweise Anreize in den Bereichen Infrastruktur (z. B. Bereitstellung von Ärztehäusern oder Praxisräumen usw.), günstige Betriebskredite, Übernahme oder Absicherung von Investitionsrisiken aber auch eine Anschub- oder Mitfinanzierung von geeigneten Modellen und Projekten.

Im Hinblick auf eine gezielte Förderung und Unterstützung von Lösungsansätzen der integrierten und vernetzten Versorgung sind insbesondere auch die Berücksichtigung und der Einbezug von nichtärztlichen Leistungserbringern wie beispielsweise Spitex, Physiotherapiepraxen oder Sozialdiensten von Bedeutung.

An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass bereits in früheren Generationen die Ansiedlung von Hausärzten in Randregionen durch fiskalische oder strukturelle Anreize gezielt gefördert wurde: Durch die Zurverfügungstellung von Liegenschaften oder durch Steuererleichterungen wurden attraktive Rahmenbedingungen geschaffen.

6.3.3.4 Aktionsfelder ausserhalb der kantonalen Zuständigkeit

Der Kanton Bern setzt sich im Rahmen seiner Mitwirkungsmöglichkeiten auf politischer Ebene bei den zuständigen öffentlichen und privaten Akteuren für die Schaffung von geeigneten Rahmenbedingungen zur Förderung von neuen und innovativen Lösungsansätzen im Bereich der Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle sowie der integrierten und vernetzten Versorgung ein.

Im Vordergrund stehen geeignete Massnahmen in den Bereichen Regelungen und Zulassungen sowie Leistungsabgeltung. Denkbare Lösungsansätze sind beispielsweise geteilte Zulassungsnummern für Teilzeit-Modelle oder die Möglichkeiten zum Wechsel der Spezialisierung bei Nachfolgeregelungen in Grundversorgerpraxen. Darüber hinaus sollen von den zuständigen Akteuren neue Möglichkeiten und Bedingungen zur Übernahme bzw. Delegation von bestimmten bisher ärztlichen Leistungen durch nicht-ärztliche Fachpersonen geprüft und entwickelt werden. Gemeinsam mit den betroffenen Akteuren (z.B. BEKAG, FMH, Spitex, Tarifpartnern, privaten Trägern, Gemeinden, Standesorganisationen der Pflegefachpersonen usw.) sind beispielsweise Möglichkeiten und Anreize zur Förderung einer intensivierte Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten mit der Spitex zu evaluieren.

6.4 Handlungsfeld 2: Notfalldienst

6.4.1 Grundlage

Zur Verminderung der Belastungen von notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten muss die Häufigkeit der Notfalldienste reduziert werden. Neue Organisations- und Kooperationsformen können zu deren inhaltlichen und organisatorischen Verbesserungen beitragen. Das Ziel dabei sind weniger und zugleich interessantere und attraktivere Notfalldienste. Je mehr Ärztinnen und Ärzte sich den Notfalldienst teilen, desto seltener muss er geleistet werden.

Die Anzahl der notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzte soll durch Verminderung der Dispensationen sowie durch die Zusammenlegung der Notfalldienstkreise vergrössert werden. Die Belastung durch den Notfalldienst soll mit besseren Entschädigungen finanziell kompensiert werden. Zur Diskussion stehen ausser den revidierten TARMED-Tarifen auch Wartegelder, Dringlichkeits-Inkonvenienz-Pauschalen oder ein Notfalldienstfond für unbezahlte Rechnungen. Ergänzend müssen die notfallbezogenen fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten der Hausärztinnen und Hausärzte durch Förderung und Unterstützung mithilfe gezielter Weiterbildung verbessert werden.

6.4.2 Ausgangslage im Kanton Bern

Der flächendeckende ärztliche Notfalldienst ist ein elementarer Bestandteil der medizinischen Grundversorgung. Nach eidgenössischem und kantonalem Recht stellt die Mitwirkung im ambulanten Notfalldienst eine Berufspflicht der Ärztinnen und Ärzte dar. Auch seine Ausgestaltung und Organisation ist grundsätzlich Aufgabe der Ärzteschaft. Wie bereits erläutert können diese die Durchführung des Notfalldienstes den Berufsverbänden übertragen. Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern regelt die Notfalldienstorganisation nur dann, wenn sie nicht anderweitig sichergestellt ist.

Mit dem revidierten Gesundheitsgesetz wurde die Ersatzabgabe für nicht notfalldienstleistende Ärztinnen und Ärzte auf 500 Franken pro Notfalldienst, jedoch höchstens 15'000 Franken pro Jahr festgelegt. Damit soll die Durchsetzung der Notfalldienstpflicht erleichtert und die Anzahl der Dispensationen vermindert werden. Auch die Erhöhung der Altersgrenze für die Notfalldienstpflicht durch die BEKAG führte zu einer Vergrösserung der Anzahl der notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzte. Allerdings bleibt damit die Belastung auch für ältere Ärztinnen und Ärzte bestehen.

Im Kanton Bern wurden bereits unterschiedliche Massnahmen und Projekte zur Entlastung von notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten realisiert: in Form von Zusammenschlüssen von Notfalldienstkreisen, der Unterstützung durch die Notfalltelefonzentrale Medphone AG sowie innovative Organisations- und Kooperationsmodelle.

6.4.2.1 Notfalldienstkooperation Cercle médical de Pierre-Pertuis (CMPP) mit Hôpital du Jura bernois SA (HJB SA)

Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Spitalärzte aus den früheren Amtsbezirken des Berner Juras (Moutier, Courtelary) sind im Cercle médical de Pierre-Pertuis (CMPP) zusammengeschlossen. Der CMPP ist der einzige ausschliesslich frankophone ärztliche Bezirksverein des Kantons Bern. Mit dem Ziel einer Verminderung der Belastungen durch den ambulanten ärztlichen Notfalldienst für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wurde im Jahre 2009 zwischen dem CMPP und der Hôpital du Jura bernois SA (HJB SA) eine Zusammenarbeit etabliert. Während der Nacht, am Wochenende sowie an den Feiertagen wird die Telefonnummer des jeweiligen diensthabenden niedergelassenen Arztes auf die Notfallstation der Spitäler des HJB umgeleitet. In dieser Zeit werden die Patientinnen und Patienten der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte im Notfall durch die Dienstärzte des Spitals betreut. Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte leisten währenddessen lediglich einen Hintergrunddienst für dringende

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

Einsätze ausserhalb des Spitals wie beispielsweise Reanimationen, Fürsorgerischer Freiheitsentzug, Hausbesuche usw.. Durch die Notfalldienstkooperation werden zudem der Austausch und die generelle Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärztinnen oder Ärzten und den Spitalärzten verbessert. Letztendlich wird dadurch auch die Nutzung der Infrastruktur des HJB an den Standorten St-Imier und Moutier verbessert.

6.4.2.2 Zusammenschluss der Notfalldienstkreise

Die Reorganisation von Notfalldienststrayons mit dem Zusammenlegen von Notfalldienstkreisen wurde von mehreren Bezirksvereinen bereits vollzogen oder ist in Diskussion. Diese Option wird durch die Grösse eines Kreises beschränkt; dieser muss von einem Hausarzt im Notfalldienst gerade noch bedient werden können. Die notärztliche Versorgung muss innert nützlicher Frist, d. h. in der Regel binnen 15–25 Minuten gewährleistet sein. Dabei stellt sich die Frage, welche maximale Strecke bzw. Fahrzeit zu einem Notfall noch sinnvoll, verantwortbar und im Dienst zumutbar ist. In zu grossen Notfalldienstkreisen kann es aufgrund langer Anfahrtswege zu potenziell gefährlichen zeitlichen Verzögerungen der medizinischen Massnahmen kommen.

6.4.2.3 Telefonische Notfall-Triage (Medphone AG)

Mit der telefonischen Triage werden nur «echte» Notfälle an Ärztinnen und Ärzte weitergeleitet. Dadurch wird die Belastung im Notfalldienst wegen Bagatelldfällen vermindert. Damit entsprechen die Dienstleistungen einem nachgewiesenen Bedarf sowohl der Bevölkerung als auch der notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzte im Kanton Bern. Darüber hinaus stellen sie einen wirkungsvollen Beitrag zur Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes vor dem Hintergrund des Hausärztemangels namentlich auch in Randregionen dar.

Die Dienstleistungen der Medphone AG werden durch eine wachsende Anzahl der ärztlichen Bezirksvereine, Notfalldienstkreise und Einzelpraxen im Kanton Bern genutzt. In der Zeit von 2007 bis 2009 nahm die Anzahl Anrufe von 29'000 auf über 70'000 pro Jahr zu. Bis Ende 2010 stand der Service von Medphone AG in 33 der 40 Notfalldienstkreise des Kantons und damit ungefähr 90 % der kantonbernischen Bevölkerung zur Verfügung. Diese innovativen Dienstleistungen führen zu einer merklichen Entlastung mit Verbesserung der Arbeitsbedingungen im ärztlichen Notfalldienst. In Grindelwald konnte beispielsweise dank der Unterstützung mit medizinischen Telefonberatungen ein Zusammenbruch des Notfalldienstes wegen Ärztemangels verhindert werden.

Als Folge der zunehmenden Nachfrage drängten sich für Medphone AG eine Erhöhung des Stellenetats und die Beschaffung eines neuen Informatiksystems auf. Die dazu notwendigen finanziellen Mittel können gemäss Medphone AG nur über eine Erhöhung des Minutentarifbeschaft werden. Das liegt daran, dass sich weder die Mitglieder-

beiträge der Ärztekunden noch der Solidaritätsbeitrag der BEKAG erhöhen lassen würden. Auch die Verhandlungen mit Krankenversicherungen über deren Kostenbeteiligung scheinen bis anhin wenig erfolgversprechend zu verlaufen.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion unterstützte die Medphone AG bereits im Jahre 2007 mit einem einmaligen Beitrag von 100'000 Franken. Darüber hinaus wurde sie in den Jahren 2008 bis 2010 vom Regierungsrat mit einem jährlichen Beitrag von 200'000 Franken gefördert (RRB 2141/2008). Dies wurde in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der GDK im Rahmen der Behandlung eines Gesuches der BEKAG sowie der Umsetzung der Motion M 018/07 von Herrn Grossrat Gfeller, Rüfenacht (EVP) vom 22. Januar 2007 mit dem Regierungsratsbeschluss vom 18. Dezember 2008 (RRB 2141/2008) entschieden. Durch den Unterstützungsbeitrag konnten die Gebühren für Anrufende auf die einheitliche 0900-Notfalldienstnummer gesenkt werden und betragen zum heutigen Zeitpunkt 0.88 CHF/Minute. Aus betriebswirtschaftlichen Gründen ist die Medphone AG auf die Einnahmen aus den Telefongebühren angewiesen.

Dabei ist zu beachten, dass der von Grossrätin Danielle Lemann (SP) in der als Postulat angenommenen Motion M 217/2009 geforderte Wechsel der 0900-Nummer technisch nur mit einem Wechsel auf eine 0848-Nummer oder auf eine nationale Kurznummer machbar wäre. Eine nationale Kurznummer könnte aus technischen Gründen nur schweizweit eingeführt werden. Bei einer 0848-Nummer liegt der Minutentarif lediglich bei CHF 0.08. Damit würde der Wechsel auf eine solche Nicht-0900-Nummer zu einem Wegfall der Einnahmen aus den Telefongebühren führen und müsste durch anderweitige Finanzierung kompensiert werden. Der Wechsel auf eine 0848-Nummer würde beispielsweise eine Erhöhung der Unterstützungsbeiträge durch den Kanton bedingen. Eine Beteiligung der Krankenversicherer an den Kosten der Medphone AG scheint insbesondere auch deshalb sinnvoll, als diese von Einsparungen durch die Telefontrriage profitieren.

Der Entscheid des Regierungsrates stützte sich auf die Tatsache, dass die Medphone AG als ärzteigene Organisation zur Erfüllung der Notfalldienstpflicht beiträgt. So dient sie der öffentlichen Gesundheitspflege. Damit stellt die Medphone AG eine Einrichtung bzw. einen Dienst im Sinne von Artikel 4 des Gesundheitsgesetzes dar. Auf diesem Weg konnte sie mit einem finanziellen Beitrag unterstützt werden (s. Kapitel 3.2 Rechtsgrundlagen). Aus rechtlicher Sicht wird eine Verlängerung der finanziellen Unterstützung durch das revidierte Gesundheitsgesetz erleichtert: Der Kanton kann gestützt auf Artikel 4 Absatz 1 Buchstabe a im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege Beiträge an Institutionen und für Projekte vornehmlich im Bereich ausreichende Versorgung gewähren.

Die Weiterführung des Unterstützungsbeitrages wird von einer Überprüfung der von Medphone AG zu erbringenden Leistungen sowie von deren Auswirkungen abhängig gemacht.

6.4.2.4 Neue Organisations- und Kooperationsformen im Notfalldienst

In den vergangenen Jahren entstanden unterschiedliche und innovative Organisations- und Kooperationsmodelle zur optimierten und verbesserten Ausgestaltung des Notfalldienstes.

Die organisatorische und strukturelle Zusammenarbeit zwischen Spitälern und niedergelassenen Ärzten wurde in verschiedenen Regionen der Schweiz (z. B. «Badener-Modell») und insbesondere auch im Kanton Bern (z. B. Aarberg-See-land, Langenthal-Oberaargau, Burgdorf-Emmental, Cercle médicale de Pierre-Pertuis und l'Hôpital du Jura bernois) geprüft und teilweise bereits erfolgreich realisiert.

In diesen Modellen werden ambulante Versorgungsstrukturen als spitallasoziierte Notfallpraxen innerhalb oder ausserhalb von Spitälern betrieben. Beispielsweise leisten notfalldienstpflichtige Hausärztinnen und Hausärzte den Notfalldienst ausserhalb der regulären Öffnungszeiten der Arztpraxen in einer Versorgungseinheit im regionalen Spitalzentrum. Dabei werden sie unterstützt durch Assistenzärztinnen und Assistenzärzte und Pflegefachpersonen. Nachts wird der Notfalldienst durch Spitalärzte abgedeckt, wobei beispielsweise für Hausbesuche ein Hausarzt auf Pikett zur Verfügung steht. In anderen Modellen wird der Notfalldienst nachts und an Wochenenden durch die Notfallstationen der zugehörigen Spitäler übernommen. In Kombination mit spitallasoziierten Notfallpraxen trägt vor allem die vorge-lagerte telefonische Triage zur erheblichen Entlastung des Notfalldienstes bei.

Mit spitallasoziierten Notfallpraxen kann die Anzahl der Notfalldienste eines Hausarztes vermindert und gleichzeitig die Anzahl versorgter Patienten pro Dienst erhöht werden. Notfallpraxen unterstützen den ärztlichen Notfalldienst entweder alternativ oder im Sinne einer Permanence parallel zum hausärztlichen Notfalldienst.

Darüber hinaus findet ein in mehrfacher Hinsicht positiver fachlicher Austausch zwischen Spital- und Hausärzten statt. Ein weiterer Vorteil solcher Modelle ergibt sich aus der unmittelbaren Zuordnung der Patienten zu der bedarfsgerechten Versorgungsstufe. Diese Modelle entsprechen zudem einem Bedürfnis hauptsächlich der arbeitenden Bevölkerung, hausärztliche Dienstleistungen im Anschluss an die Arbeit in Anspruch zu nehmen.

In einigen städtischen Agglomerationen werden ärztliche Notfalldienste auch durch spezialisierte Anbieter wie Permanenzen, Walk-in-Kliniken oder SOS-Ärzte entlastet oder vollständig übernommen (z. B. City Notfall Bern). Solche Modelle können allerdings auch zu hohen Kostenfolgen (Doppelstrukturen) führen.

Ausgehend von der Erkenntnis, dass eine einwandfrei funktionierende Notfallversorgung für eine Region ebenso unabdingbar ist wie der Erhalt einer guten Lebensqualität von immer weniger Ärztinnen und Ärzten, wurde die Notfallversorgung beispielsweise im Emmental 2009 neu organisiert. Entscheidende Erfolgskriterien waren dabei die Einführung einer einheitlichen Telefonnummer mit medizinischer Telefontriage und -beratung (Medphone AG) sowie die enge Zusammenarbeit und Integration zwischen Hausärztinnen und Hausärzten mit der Regionalspital Emmental AG (RSE AG). Die hausärztliche Notfallpraxis am Spital Burgdorf wird jeweils abends sowie am Wochenende von Hausärztinnen

oder Hausärzten betrieben. Dadurch sowie durch die direkte Zuweisung von Notfällen auf die Notfallstationen der Spitäler in der Nacht konnte die Notfalldienstbelastung für die Ärztinnen und Ärzte in der Region vermindert und gleichzeitig die Qualität der Notfallversorgung verbessert werden. Darüber hinaus entspricht die Notfallversorgung am Spital einem wachsenden Bedürfnis derjenigen – meist jüngeren – Patientinnen und Patienten, welche keinen Hausarzt haben und es vorziehen, direkt auf der Notfallstation der Spitäler vorstellig zu werden. Ansonsten scheint ein Wechsel der Notfallversorgung für einen Grossteil der älteren Bevölkerung zunächst gewöhnungsbedürftig und muss aktiv kommuniziert werden. Die hausärztlichen Notfallpraxen am Spital begünstigen auch die allgemeine Zusammenarbeit, den Austausch und das Verständnis zwischen Spitalärztinnen und Spitalärzten gegenüber den Hausärztinnen und Hausärzten.

Als Einschränkung zu der Übertragbarkeit dieses Lösungsansatzes muss darauf hingewiesen werden, dass, ähnlich wie Gesundheitszentren, auch hausärztliche Notfallpraxen an Spitälern nur in Regionen mit einer ausreichenden Bevölkerungsdichte, einer entsprechenden Infrastruktur (Spital) und geeigneten geografischen Voraussetzungen (Erreichbarkeit) sinnvoll sind und erfolgreich umgesetzt werden können.

6.4.3 Massnahmen im Handlungsfeld Notfalldienst

6.4.3.1 Unterstützung, Förderung und Finanzierung

Im Vordergrund der kantonalen Massnahmen im Handlungsfeld Notfalldienst steht die Weiterführung der finanziellen Unterstützung von Medphone AG. Dies in Abhängigkeit der zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Textes noch nicht abgeschlossenen Überprüfung der Leistungen von Medphone AG. Im Hinblick auf die mittel- bis langfristige Finanzierung der Medphone AG wird zumindest eine Beteiligung der Krankenversicherungen als erstrebenswert erachtet.

Weitere mögliche Lösungsansätze zur Entlastung von notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten sowie zur Verbesserung der Rahmenbedingungen im hausärztlichen Notfalldienst sind beispielsweise spitallasoziierte bzw. hausarztbasierte Notfallpraxen, ambulante Notfallstützpunkte oder Projekte zur Förderung der Integration und Kooperation zwischen ambulanten und stationären Sektoren im Notfalldienst.

Die Entwicklung und Verbreitung von neuen, innovativen und erfolgversprechenden Lösungsansätzen, Projekten und Modellen sollen vom Kanton Bern gefördert und unterstützt werden. Für entsprechende Gesuche prüft der Kanton eine zeitlich beschränkte Anschub- und Teilfinanzierung im Rahmen seiner gesetzlichen und finanziellen Kompetenzen und Möglichkeiten. Auch im Handlungsfeld Notfalldienste werden in erster Linie Lösungsansätze für geografisch, strukturell oder wirtschaftlich benachteiligte Regionen mit einem absehbaren Hausärztemangel favorisiert. Denkbar sind jedoch auch hier Lösungsansätze, mit denen Erfahrungen und Erkenntnisse gewonnen werden, welche auf benachteiligte und gefährdete Regionen übertragen werden können. Im Hinblick auf die Auswahl, die Evaluation sowie die Leistungsverträge gelten grundsätzlich dieselben Anforderungen und Bedingungen wie sie zur Förderung der Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle im Handlungsfeld 1 dargestellt wurden.

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

6.4.3.2 Empfehlungen für ärztliche Berufsorganisationen

Die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes ist Aufgabe der Leistungserbringer bzw. von deren Berufsorganisationen. Die ärztlichen Bezirksvereine werden angehalten, mit Unterstützung durch die BEKAG, die Organisation des Notfalldienstes kontinuierlich zu überprüfen, zu professionalisieren sowie Verbesserungspotentiale auszuschöpfen. Mögliche Ansätze sind beispielsweise die Weiterentwicklung und Vereinheitlichung von Notfalldienstreglementen mit restriktiver Dispensationsregelung oder die weiteren Zusammenschlüsse der Notfalldienststrayons.

Im Zusammenhang mit einer Überarbeitung von Dispensationsregelungen könnte auch in Betracht gezogen werden, ob Ärztinnen (oder Ärzten) in bestimmten Situationen mit familiären Verpflichtungen, beispielsweise während einer klar definierten Betreuungsphase von Säuglingen oder Kleinkindern, die Möglichkeit einer Dispensation von der Notfalldienstpflicht eingeräumt werden könnte. Eine derartige Dispensationsregelung könnte sich möglicherweise trotz einer gewissen Reduktion von dienstleistenden Ärztinnen (oder Ärzten) durch eine höhere Attraktivität für Hausärztinnen (oder Hausärzte) letztendlich dennoch positiv auswirken. Darüber hinaus sind Ärztinnen in der fortgeschrittenen Schwangerschaft oder während der Stillzeit von der Notfalldienstpflicht freizustellen.

6.4.3.3 Empfehlungen für Standortgemeinden und Regionalkonferenzen

Der Kanton empfiehlt den Standortgemeinden und Regionalkonferenzen den regionalen ärztlichen Notfalldienst durch geeignete Massnahmen aktiv zu fördern und zu unterstützen. Denkbare strukturelle oder finanzielle Ansätze sind beispielsweise die Unterstützung durch Bereitstellung oder Teilfinanzierung von Notfallinfrastruktur, Notfallausrüstung oder Notfallfortbildungen usw.

6.4.3.4 Aktionsfelder ausserhalb der kantonalen Zuständigkeit

Auch im Bereich Notfalldienst setzt sich der Kanton Bern im Rahmen seiner Mitwirkungsmöglichkeiten auf politischer Ebene bei den zuständigen öffentlichen und privaten Akteuren für Massnahmen zur Entlastung von notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten sowie zur Verbesserung der Rahmenbedingungen ein.

Im Bereich Leistungsabgeltung sind beispielsweise die Verbesserung der Notfalltarife durch entsprechende Anpassungen im Rahmen der TARMED Revision denkbar. Dies wurde u.a. auch von einer Arbeitsgruppe des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) und der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) vorgeschlagen. Eine tarifliche Verbesserung der Abgeltung des Notfalldienstes könnte auch auf gefährdeten Regionen mit drohender Unterversorgung beschränkt werden. Weitere mögliche Lösungsansätze sind beispielsweise Wartegelder für permanente Notfalldienstbereitschaft, Dring-

lichkeits-Inkonvenienz-Pauschalen oder Notfalldienstfonds für unbezahlte Rechnungen.

Im Hinblick auf die denkbare Delegation von bestimmten bisher ärztlichen Leistungen durch nichtärztliche Gesundheitsfachpersonen bietet sich eine Unterstützung, Entlastung und Substitution des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes beispielsweise durch eigens geschulte Pflegefachpersonen an. Weiter könnten auch internetbasierte Dienstleistungen, Notfalldienstorganisationen oder telemedizinische Konzepte und Applikationen zu einer Entlastung von notfalldienstleistenden Ärztinnen und Ärzten beitragen.

6.5 Handlungsfeld 3: Aus- und Weiterbildung sowie Forschung in Hausarztmedizin

6.5.1 Grundlage

Voraussetzung für die Sicherstellung einer bedarfsgerechten und qualitativ hochstehenden medizinischen Grundversorgung ist eine genügende Anzahl von gut ausgebildeten Hausärztinnen und Hausärzten. Dazu müssen zunächst ausreichend viele Studentinnen und Studenten der Medizin gewährleistet sein. Dies ist an den schweizerischen Universitäten zunehmend weniger der Fall. Junge Ärztinnen und Ärzte werden aber nur dann eine Hausarztkarriere ins Auge fassen, wenn die zukünftigen Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Hausarztmedizin den Anforderungen und Vorstellungen der Medizinstudentinnen und Medizinstudenten sowie der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung entsprechen. Demzufolge muss eine Erhöhung der Ausbildungsplätze durch weitere und gleichzeitig wirkende Massnahmen vom Studium über die Assistenzzeit und die Facharztausbildung bis hin zur schlussendlichen hausärztlichen Tätigkeit begleitet werden.

Der frühzeitigen hausarztspezifischen Sensibilisierung und Ausbildung von Studentinnen und Studenten muss eine dementsprechend motivierende Weiterbildung von Assistentinnen und Assistenten nachfolgen. Dazu muss die hausarztspezifische Aus- und Weiterbildung aufgewertet und weiterentwickelt werden. Dies wiederum setzt eine genügende Anzahl von Ausbildungsplätzen an den medizinischen Fakultäten der Universitäten voraus.

Im Vergleich zum Vorjahr wurde an der Universität Bern für das Herbstsemester 2010/11 die Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin für das erste Studienjahr um 30 Plätze auf 180 Studienplätze erhöht. Dies wird sich jedoch frühestens in rund zehn bis zwölf Jahren auf die Anzahl der niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzte auswirken. Mit einer entsprechenden Erhöhung auch der Anzahl Grundversorgerinnen und Grundversorger kann allerdings nur dann gerechnet werden, wenn zusätzliche flankierende Massnahmen zur Verbesserung der Arbeits- und Rahmenbedingungen in der Hausarztmedizin eingeleitet werden.

Hausarztmedizin im Kanton Bern

Nach Auskunft des Dekanats der Universität Bern bleiben die offiziellen Aufnahmekapazitäten für das Humanmedizinstudium für das akademische Jahr 2011/12 im Bachelor- und Masterstudium Humanmedizin in Bern bei 180 Studierenden. Sowohl im Bachelor- als auch im Masterstudium wird diese Zahl aber voraussichtlich trotzdem leicht überschritten. Für das Bachelorstudium hat die Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS) jeweils die Möglichkeit die Kapazität um bis zu 20% zu erhöhen. Im Masterstudium werden diesen Herbst an der Universität Bern voraussichtlich zusätzlich 11 Bachelorabsolventen der Universität Fribourg aufgenommen werden. Ab Herbst 2012 wird diese Zahl nochmals steigen. Die medizinische Fakultät der Universität Bern klärt derzeit ab, ob zukünftig (ab 2012/13) die Kapazitäten im Masterstudium weiter ausgebaut werden können. Für das Bachelorstudium Humanmedizin ist zurzeit kein weiterer Ausbau geplant.

Eine mittelfristige weitere Erhöhung der Studienplatzanzahl in Humanmedizin wird jedoch unumgänglich sein. Um den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz insgesamt abdecken zu können, muss die Erhöhung der Studienplätze in Humanmedizin zwischen den Universitäten abgestimmt und auf die zu erwartende Nachfrage angepasst werden. Dies wird u. a. auch vom Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierat (SWTR) gefordert. Wie viele Ausbildungsplätze zur Verfügung gestellt werden sollen, hängt vom Bedarf, aber auch von den finanziellen Mitteln und vorhandenen Kapazitäten ab. Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz übersteigt mit jährlich etwa 1'200 benötigten Diplomen bei Weitem die Anzahl der Studienabschlüsse von etwa 700.

Engpässe in der ärztlichen Ausbildungskapazität zeichnen sich bezüglich Verfügbarkeit von Patienten (kürzere Aufenthaltszeiten) sowie medizinischer Lehrpersonen ab. Gemäss Literatur im Bereich Medical Education können unterschiedliche Lösungsansätze sowohl zur Abschwächung der eingeschränkten Ausbildungskapazitäten als auch zur Qualitätsverbesserung der Ausbildung beitragen. Es sind dies der Einsatz von Schauspielpatienten, Peer-Teaching mit Studierenden der oberen Semester, Selbststudium mit E-Learning und in Skills-Labs sowie die interprofessionelle Nutzung von Ausbildungseinrichtungen. Diese Ansätze haben sich in Deutschland, den Niederlanden, in Skandinavien, im Vereinigten Königreich und in den USA/Kanada seit Langem bewährt.

Im Hinblick auf die (haus-) ärztliche Weiterbildung an den Spitälern ist festzuhalten, dass gemäss dem revidierten Krankenversicherungsgesetz (KVG) ab dem Jahre 2012 der Kanton voraussichtlich alleiniger Finanzierungsträger sein wird. Damit sind für die Kantone grundsätzlich Möglichkeiten zur Beeinflussung der (haus-) ärztlichen Weiterbildung denkbar. Dennoch müsste eine mengenmässige Steuerung der (haus-) ärztlichen Weiterbildung an den Spitälern gesamtschweizerisch koordiniert werden. Die heute noch kaum vorhandene mengenmässige Steuerung der ärztlichen Weiterbildung soll in den nächsten Jahren vertieft analysiert werden.

6.5.1.1 Anforderungen an die Aus- und Weiterbildung

Die vielseitigen Anforderungen der Hausarztmedizin sind bei der Aus- und Weiterbildung von zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzten angemessen zu berücksichtigen. Die Anforderungen ergeben sich aus den vielfältigen Tätigkeiten und Aspekten der Hausarztmedizin: Hausärztinnen und Haus-

ärzte sind in vielen Fällen der erste ärztliche Kontaktpunkt für Patientinnen und Patienten. Dies etwa in Notfallsituationen und bei Erstbeurteilungen einer Vielzahl von unterschiedlichen Krankheitsbildern, gefolgt von einer Triage mit Erstversorgung und Planung der weiteren Massnahmen. Weitere Anforderungen ergeben sich auch aus der patientenzentrierten Betreuung mit Einbezug des familiären und beruflichen Umfeldes. Des Weiteren sind die Langzeitbetreuung alter und polymorbider (mehrere Erkrankungen) Patientinnen und Patienten oder die Vorsorge und die Gesundheitsförderung mit einzubeziehen. Im Hinblick auf die demografische Entwicklung der Bevölkerung sind namentlich auch geriatrische und palliativmedizinische Kompetenzen der Hausärztinnen und Hausärzte zu fördern.

Neben den medizinischen Kompetenzen gaben in einer Studie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als wichtigste Kernkompetenzen der Hausarztstätigkeit betriebswirtschaftliche, gesundheitsökonomische und versicherungsrechtliche Kompetenzen sowie eine hohe Sozialkompetenz an.

6.5.1.2 Forschung in Grundversorgermedizin

Auch die spezifische und praxisbezogene Forschungstätigkeit in der Grundversorgermedizin muss auf- und ausgebaut werden. Dabei ist sie auf die spezielle Problemstellung der Hausarztmedizin und deren Schwerpunkte auszurichten. Eine derartige Forschung ist Voraussetzung für eine akademische Ausbildung in Hausarztmedizin. Sie könnte einen wichtigen Beitrag zur Erhaltung und Verbesserung einer hochstehenden und kostengünstigen Hausarztmedizin leisten. Damit im Zusammenhang steht zudem die Schaffung einer Professur für Hausarztmedizin an der Universität.

Ziele und Aufgaben der Forschung in Hausarztmedizin lassen sich hauptsächlich in zwei Gebiete aufteilen:

Einerseits muss die klinische Tätigkeit von Hausärztinnen und Hausärzten in ihren unterschiedlichen Aspekten (z. B. Diagnostik, Therapie, Qualität, Kosten-Nutzen usw.) differenziert erforscht und weiterentwickelt werden: Modelle für die ärztlichen Tätigkeiten und Vorgehensweisen, welche primär aus Universitätskliniken stammen, lassen sich nur sehr schwer auf die ambulante hausärztliche Tätigkeit übertragen.

Andererseits sollte das weite Feld der hausärztlichen Versorgungsforschung angegangen werden. Mit entsprechenden systematischen Analysen können die Grundlagen für eine faktenorientierte und evidenzbasierte Gesundheitspolitik in der Grundversorgung geschaffen werden. Auch das Einsatz- und Tätigkeitsfeld des Hausarztes könnte durch die Versorgungsforschung besser definiert und abgegrenzt werden.

Darüber hinaus würde die akademische Forschung zur besseren Akzeptanz und Wertschätzung der Hausarztmedizin bei Spital- und Spezialärzten, jungen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten, aber auch in der Öffentlichkeit beitragen. Akademische Karrieremöglichkeiten für Grundversorger würden das Berufsbild zusätzlich aufwerten. Zudem wäre die hochstehende Weiterentwicklung einer qualitativ hochwertigen Lehre und Forschung gewährleistet.

6.5.2 Ausgangslage im Kanton Bern

Bereits heute bietet die Universität Bern eine vergleichsweise fortschrittliche und praxisbezogene Ausbildung von Medizinstudentinnen und Medizinstudenten an.

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

Dennoch war die nicht zufriedenstellende Situation im Bereich der Aus-, Weiter- und Fortbildung in der Hausarztmedizin in den letzten Jahren Thema von mehreren parlamentarischen Vorstössen (Thomas Heuberger, M 035/2005; Carlo Kilchherr, M 090/2005; Franziska Fritschy, M 123/2005; Daniel Pauli, M 232/2006; Danielle Lemann, M 088/2008). Verlangte Massnahmen zur Förderung der Aus- und Weiterbildung in Hausarztmedizin wurden bisher zumindest teilweise umgesetzt.

Einen konkreten Beitrag zur Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in Hausarztmedizin leisten das Berner Institut für Hausarztmedizin an der Universität Bern (BIHAM) sowie die Hausarztpraktika für Studierende und das Programm «Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)» für Assistenzärztinnen und -ärzte.

6.5.2.1 Berner Institut für Hausarztmedizin an der Universität Bern (BIHAM)

Im April 2009 wurde an der Universität Bern das Institut für Hausarztmedizin BIHAM gegründet, welches vor allem in der Motion Fritschy (M 123/2005) explizit gefordert wurde. Die verbesserte Aus- und Weiterbildung in Hausarztmedizin ist auch eine der Forderungen an die medizinische Fakultät Bern zur fortdauernden Akkreditierung. Das BIHAM soll zum Zentrum für nationale und internationale Hausarztmedizin auf- und ausgebaut werden. Es schafft akademische Grundlagen und Voraussetzungen für eine moderne, vernetzte und patientenorientierte Grundversorgung. Zu den Schwerpunkten des BIHAM gehören Aus-, Weiter- und Fortbildung, Nachwuchsförderung und Forschung. Das Institut erfüllt seinen Leistungsauftrag in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten sowie der Fakultät, den verantwortlichen politischen Behörden und den Standesorganisationen und Fachgesellschaften.

Das BIHAM führt eigene Forschungsprojekte zur Beantwortung praxisrelevanter, epidemiologischer, klinischer, qualitätsorientierter, ökonomischer, organisatorischer und soziokultureller Fragen durch. Darüber hinaus unterstützt das BIHAM interessierte Grundversorger bei der Planung, Recherche und Durchführung von praxisorientierten Forschungsprojekten. Trotz Gründung des Instituts fehlt an der Universität Bern noch immer eine entsprechende Professur für Hausarztmedizin. Eine solche Professur ist für die akademische Anerkennung des eigenständigen Fach- und Forschungsbereichs, für die Stärkung der Aus- und Weiterbildung sowie für die weitere Aufwertung der Hausarztmedizin von entscheidender Bedeutung.

6.5.2.2 Modellversuch mit KHM und Spital Netz Bern AG (vormals SPITAL BERN)

Mit dem Modellversuch «Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)» erhielten zunächst insgesamt 6 Assistenzärztinnen oder Assistenzärzte pro Jahr die Möglichkeit einer 6- bis 12-monatigen Praxisassistenten in einer Grundversorgerpraxis. Gleichzeitig mit dem Beschluss der Weiterführung des Modellversuches im Juni 2010 (s. u.)

wurde durch den Regierungsrat eine Erhöhung auf jährlich insgesamt 9 Praxisassistentenstellen bewilligt.

Der Modellversuch richtet sich an Assistenzärztinnen oder Assistenzärzte, die als Weiterbildungsziel Allgemeinmedizin, Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin haben. Die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im Modellversuch stehen am Ende ihrer Weiterbildung und kurz vor Beginn der eigenen Praxistätigkeit. Der Modellversuch soll einen Beitrag zur Förderung und Unterstützung der Hausarztmedizin leisten. Gleichzeitig bewirkt er auch bessere Vernetzung zwischen der ambulanten Medizin und den Spitälern. Durch die intensive Zusammenarbeit gelingt es der motivierten Praxisärztin oder dem motivierten Praxisarzt meistens, die junge Assistenzärztin oder dem jungen Assistenzarzt für die vielseitige, anspruchsvolle und faszinierende Tätigkeit der Hausarztmedizin zu begeistern. Gleichzeitig wird die Hausärztin oder der Hausarzt in seiner Arbeit wirkungsvoll unterstützt.

Der Modellversuch wird in Zusammenarbeit mit der Spital Netz Bern AG (SNB), dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM, heute Stiftung zur Förderung der Weiterbildung in Hausarztmedizin WHM) und dem Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) durchgeführt und vom Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte (VBH), von der kantonalen Ärztesgesellschaft und dem Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) unterstützt.

Im Dezember 2007 hat der Regierungsrat des Kantons Bern in Anlehnung an das Programm «Praxisassistenten» des KHM einen Kredit von 886'000 Franken für den dreijährigen (2008–2010) Modellversuch «Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)» bewilligt (RRB Nr. 2035/2007). Um den Modellversuch in den Jahren 2011 und 2012 bis zur Entscheidung über eine definitive Einführung weiterführen zu können, hat der Regierungsrat im Juni 2010 einen Zusatzkredit von 884'000 Franken sowie eine Erweiterung auf neun Praxisassistenten pro Jahr bewilligt (RRB Nr. 0904/2010). Dies im Zusammenhang mit der als Postulat überwiesenen dringlichen Motion (M 275/2009) von Frau Grossrätin Franziska Fritschy (FDP) und Herrn Grossrat Daniel Pauli (BDP) «Die Praxisassistenten – Königsweg zum Hausarztberuf – muss weitergeführt werden» und entsprechend dem vom Motionsanliegen abweichenden Vorschlag des Regierungsrates.

Das Programm «Praxisassistenten» ermöglicht eine Weiterbildung bei erfahrenen Grundversorgern: Im Verlaufe der Praxisassistenten lernen Assistenzärztinnen und Hausärzte die speziellen Arbeitsbedingungen einer Hausarztpraxis kennen. Sie erhalten ein vertieftes Verständnis einer vernetzten Versorgung. Dabei lernen sie beispielsweise spezifische Aspekte von diagnostischen und therapeutischen Anforderungen, Entscheidungsprozessen und Arbeitsweisen der Hausarztmedizin kennen, welche sich in verschiedener Hinsicht von denjenigen der Spitalpraxis unterscheiden. Sie erweitern und vertiefen zudem ihre Kenntnisse und Erfahrungen im Umgang mit Patientinnen und Patienten durch «learning on the job». Und dies unter der Anleitung und Aufsicht erfahrener Hausärztinnen und Hausärzte.

Hausarztmedizin im Kanton Bern

Während dieser Weiterbildung werden die jungen Ärztinnen und Ärzte auch für den Hausarztberuf motiviert, was wiederum einen positiven Einfluss auf das Berufsbild des Grundversorgers hat.

Nach anfänglich geringer Nachfrage wurden bis 2010 sämtliche Praxisassistentenstellen vergeben.

Die Spital Netz Bern AG hat in Zusammenarbeit mit dem Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) einen Bericht zum Verlauf und den Ergebnissen des Modellversuchs erstellt. Die Evaluation bezieht sich auf 20 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte, die bis Ende 2010 eine Praxisassistentenstelle von 6 bis 12 Monaten Dauer absolviert haben. Die Beteiligten äusserten sich zum Modellversuch einhellig positiv. Die teilnehmenden Assistenzärztinnen und Assistenzärzte bewerten den Lerngewinn der Praxisassistenten als sehr hoch und bestätigen, dass die Praxisassistenten sie in der Entscheidung über ihre berufliche Laufbahn unterstützt und in ihrer Absicht bestärkt hätte, künftig als Hausärztin oder Hausarzt tätig zu sein. Darüber hinaus gaben die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte an, dass die Praxisassistenten zu einer besseren Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxis und Spital beiträgt. Auch vonseiten der Lehrpraktiker und den Kliniken sind positive Rückmeldungen zu vermerken. Die Teilnehmenden, die nach der Praxisassistentenstelle in die Klinik zurückgekehrt sind, zeichneten sich aus Sicht der Kaderärzte durch einen reiferen und kompetenteren Umgang mit klinischen Patienten aus. Betont wird auch, dass die Assistenzärztinnen und -ärzte neuerdings auch ökonomische Aspekte in ihre Entscheidungen einfließen lassen.

Gestützt auf die Ergebnisse einer Evaluation des Modellversuchs hat die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gemeinsam mit den Projektverantwortlichen der Spital Netz Bern AG, der Stiftung WHM und des BIHAM einen Bericht zuhanden des Regierungsrates bzw. des Grossen Rates erarbeitet. Darin sind der Finanzbedarf, die Zielsetzungen, der Verlauf und die Ergebnisse des Modellversuchs beschrieben. Im Bericht wurden auch Überlegungen zur grundsätzlichen Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung aufgenommen sowie die in der Motion Fritschy geforderte Rückzahlungspflicht im Rahmen von 10'000 bis 30'000 Franken vertieft analysiert. Gemäss der Motionärin sei diese für den Fall zu prüfen, dass kein Facharztstitel in der Grundversorgung erworben wird und keine Niederlassung als Grundversorger in der Schweiz bzw. eine entsprechende Anstellung in einer Grundversorgerpraxis erfolgt ist.

Weiterführende und detaillierte Informationen zum Modellversuch Praxisassistenten sind dem Bericht «Modellversuch Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)» des Regierungsrates an den Grossen Rat zu entnehmen.

6.5.3 Massnahmen im Handlungsfeld Aus- und Weiterbildung sowie Forschung

6.5.3.1 Unterstützung, Förderung und Finanzierung der (haus-) ärztlichen Weiterbildung

In Anbetracht des positiven Verlaufes des Modellversuchs erscheinen eine definitive Einführung und eine gleichzeitige Ausweitung des kantonalen Praxisassistenten-Programms als sinnvoll. Zur Diskussion stehen Varianten mit 18, 23 oder 28 Praxisassistenten-Stellen. Der Ausbau des Angebots an Praxisassistenten-Stellen lässt sich als kurzfristige Massnahme zur gezielten Förderung der spezifischen hausärztli-

chen Weiterbildung realisieren. Der Regierungsrat wird dem Grossen Rat voraussichtlich in der Novembersession 2011 einen Kreditantrag zur definitiven Einführung des kantonalen Praxisassistenten-Programms vorlegen.

Weitere innovative und erfolgversprechende Lösungsansätze, Projekte und Modelle zur Förderung der hausärztlichen Weiterbildung sollen vom Kanton Bern gefördert und unterstützt werden. Für entsprechende Gesuche prüft der Kanton eine zeitlich beschränkte Anschub- und Teilfinanzierung im Rahmen seiner gesetzlichen und finanziellen Kompetenzen und Möglichkeiten. Denkbare Ansätze sind beispielsweise eine stärkere Einbindung von niedergelassenen Hausärztinnen und Hausärzten sowie von Spitälern sowohl in der hausärztlichen Weiterbildung als auch in der Forschung. Ebenso wie die öffentlichen Spitäler sollen auch die Privatspitäler in die Weiterbildung von Grundversorgerinnen und Grundversorgern eingebunden werden.

Durch die voraussichtliche Übernahme der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung an den Spitälern gemäss dem revidierten KVG, ergeben sich für die Kantone ab 2012 neue Möglichkeiten zur mengenmässigen Beeinflussung oder Steuerung der (haus-) ärztlichen Weiterbildung an den Spitälern. Ausgehend von einer detaillierten Analyse sollen in Abstimmung mit entsprechenden nationalen Bemühungen kantonale Strategien zur Förderung der (haus-) ärztlichen Weiterbildung an den Spitälern entwickelt werden.

6.5.3.2 Empfehlungen im Zusammenhang mit Aus- und Weiterbildung sowie Forschung

Geeignete und erfolgversprechende Vorschläge zur Förderung der hausärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie der Forschung in Hausarztmedizin sind durch die zuständigen Akteure gemeinsam zu erarbeiten und umzusetzen (z.B. BIHAM, Institut für medizinische Lehre IML der Universität Bern, CRUS, BEKAG, SGAM, VBH, KHM, FMH, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF, H+ Die Spitäler der Schweiz, BAG, Grundversorger und weitere Akteure).

Sofern sich eine Förderung und Unterstützung geeigneter Lösungsansätze des Kantons als sinnvoll und notwendig erweist, wird empfohlen, den zuständigen Direktionen (z.B. Gesundheits- und Fürsorgedirektion, Erziehungsdirektion) entsprechende Lösungsvorschläge und konkrete Konzepte zur Prüfung vorzulegen.

Denkbare Lösungsansätze zur Förderung und Verbesserung der Aus- und Weiterbildung in der Hausarztmedizin sind beispielsweise hausarztspezifische Ausbildungsmodule, Prüfungen und Curricula. Zur Behebung von Kapazitätsengpässen in der ärztlichen Ausbildung wird die Evaluation und Prüfung von alternativen und innovativen Lösungsansätzen vorgeschlagen: Aufgrund internationaler Erfahrungen könnten sich im Bereich der Ausbildung beispielsweise der Einsatz von Schauspielpatienten, ein Peer-Teaching mit Studierenden der oberen Semester, das Selbststudium mit E-Learning und in Skills-Labs oder die interprofessionelle Nutzung von Ausbildungseinrichtungen anbieten. Mittelfristig erscheint auch eine Erhöhung der Ausbildungsplätze in der Medizin sowohl im Bachelor- als auch im Masterstudium als sinnvolle Massnahme. Dies allenfalls in Kombination mit einer Lockerung oder Aufhebung des Numerus Clausus.

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen

Vor dem Hintergrund einer Erhöhung der Ausbildungsplätze in der Medizin wird zu deren Finanzierung auch eine Erhöhung der Abgeltung der Kantone an die Universitätskantone gemäss der interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV) empfohlen.

Im Hinblick auf die Forschung in Hausarztmedizin sind die wichtigsten prioritären Forschungsgebiete zu erarbeiten und zu definieren. Weiter wird vorgeschlagen, die Schaffung einer Professur in Hausarztmedizin zu prüfen.

Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) fördert und unterstützt die Forschung in der Grundversorgung seit über 20 Jahren im Rahmen des RRMA-Programms («Recherches et réalisations en médecine appliquée») durch finanzielle Beiträge von 200'000 Franken pro Jahr.

6.5.3.3 Aktionsfelder ausserhalb der kantonalen Zuständigkeit

Der Kanton Bern setzt sich im Rahmen seiner Mitwirkungsmöglichkeiten auf politischer Ebene bei den zuständigen öffentlichen und privaten Akteuren für die Förderung der Aus- und Weiterbildung sowie Forschung in der Hausarztmedizin ein. Als kurzfristig wirksame Massnahme zur Erhöhung der Anzahl von Ärztinnen und Ärzten in der Grundversorgung und damit zur Förderung der Hausarztmedizin könnte sich beispielsweise ein zeitlich beschränktes Obligatorium für eine Weiterbildungsphase in einer Grundversorgerpraxis auch für Spezial- und Spitalärzte erweisen.

6.6 Handlungsfeld 4: Leistungsabgeltung

6.6.1 Grundlage

Die im Vergleich zu Spital- und Spezialärzten und im Verhältnis zu den hohen fachlichen und zeitlichen Anforderungen relativ tiefe Leistungsabgeltung von Hausärztinnen und Hausärzten ist nebst anderem für zahlreiche junge Ärztinnen und Ärzte ein wichtiger Grund für die vergleichsweise geringere Attraktivität der Grundversorgertätigkeit. Gemäss einer Studie im Auftrag der FMH aus dem Jahre 2009 lag das mittlere AHV-pflichtige Einkommen der Grundversorgerinnen und Grundversorger in der Schweiz deutlich tiefer als dasjenige der operativ tätigen Spezialärztinnen und Spezialärzten. Im Jahr 2006 unterschied sich das Einkommen der Allgemeinmediziner mit 176'600 Franken (Median) insgesamt um 22 Prozent von demjenigen der operativ tätigen Ärztinnen und Ärzten (Chirurgie, Gynäkologie, Ophthalmologie, Orthopädie, Urologie) mit 225'500 Franken (Median) und je nach Fachbereich bis zu 39 Prozent (Ophthalmologie). Dem Einkommen der Grundversorgerinnen und Grundversorger stehen nach Angaben der FMH ein wöchentliches Arbeitspensum von 70 bis 80 Stunden sowie regelmässige Notfalldienste gegenüber.

Allerdings liegt das durchschnittliche Einkommen von Grundversorgerinnen und Grundversorger deutlich über demjenigen der allgemeinen Bevölkerung. Vor diesem Hintergrund und in Anbetracht der stetig ansteigenden Gesundheitskosten mit einer zunehmend kritischen Prämienbelastung der Haushalte ist die Forderung nach einem kostenneutralen Ausgleich zwischen der Leistungsabgeltung von Hausärztinnen und Hausärzten einerseits und den Spital- und Spezialärztinnen und -ärzten zu unterstützen.

6.6.2 Ausgangslage im Kanton Bern

Einen konkreten Beitrag zur Sicherstellung der regionalen ärztlichen Grund- und Notfallversorgung im Berner Oberland leisten die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) zusammen mit der Visana. In einem zweijährigen Pilotprojekt werden rund 80 Grundversorgerinnen und Grundversorger in den Amtsbezirken des Berner Oberlandes (ausser Thun, Spiez und Interlaken) ab dem 1. Januar 2010 für ihre ärztlichen Leistungen mit einem leicht höheren Taxpunktswert von 88 statt 86 Rappen entschädigt.

In seiner Antwort auf eine Interpellation von Nationalrat Ricardo Lumengo beurteilt der Bundesrat das Pilotprojekt als gesetzeswidrig: Eine Erhöhung des Taxpunktswertes aus regionalpolitischen Gründen widerspreche dem im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankerten Wirtschaftlichkeitsgebot. Der Bundesrat wies in seiner Antwort jedoch auch auf die Zuständigkeit der Kantonsregierung für die Genehmigung von kantonalen Tarifverträgen hin.

6.6.3 Massnahmen im Handlungsfeld Leistungsabgeltung

Die finanzielle Situation von Grundversorgern ist in erster Linie mit einer wirkungsvollen Neugestaltung des TAR-MED zu verbessern. Denkbar sind die Neufestsetzung oder Spaltung des Taxpunktswertes (Grundversorger-Spezialisten), bilaterale Verträge zwischen den Tarifpartnern (Krankenversicherungen, Ärzte), spezifische Positionen für Hausarztmedizin, die Verbesserung bzw. Beibehaltung der Abgeltung von Hausbesuchen oder von Notfalldienstleistungen. In ländlichen Regionen sind allenfalls höhere Behandlungspreise als in den städtischen Agglomerationen auszuhandeln.

Tariffragen müssen mit den Tarifpartnern auf interkantonaler Ebene (Krankenversicherer, staatliche Versicherungen, GDK, MTK, Bundesamt für Gesundheit, Standesorganisationen) gelöst werden. Seitens GDK wurde anlässlich der Sitzung des Dialogs zur Nationalen Gesundheitspolitik von BAG und GDK vom 29. März 2009 diskutiert, ob angesichts der Unausgeglichenheit der Abgeltung für die ärztliche Grundversorgung einerseits und der spezialärztlichen Tätigkeit andererseits eine Spaltung des Taxpunktswertes im TAR-MED oder ein geeigneter grundsätzlicher Eingriff in die Tarifstruktur zu prüfen wäre. Allerdings werden laufende Verhandlungen durch Forderungen seitens der Versicherer sowie der Bundesbehörden gebremst.

6.7 Handlungsfeld 5: Vereinbarkeit von Grundversor- gertätigkeit und Familie

6.7.1 Grundlage

Familienkompatible Arbeits- und Rahmenbedingungen sowohl in der Weiterbildung als auch in der Praxistätigkeit könnten dazu beitragen, dass sich junge Ärztinnen und Ärzte trotz der familiären Verpflichtungen zunehmend für eine hausärztliche Tätigkeit entscheiden.

Bei entsprechenden Arbeitsbedingungen könnten Ärztinnen oder Ärzte mit Kindern nach einer Familienpause vermehrt wieder in den Beruf zurückkehren. Möglicherweise gibt es einige Ärztinnen oder Ärzte, die eine attraktive und geeignete Gelegenheit zu einem Wiedereinstieg nutzen würden. Dieses Potenzial könnte allenfalls kurzfristig genutzt werden, um Lücken in der hausärztlichen Praxis zu schliessen. Auch in Anbetracht der hohen geschätzten Ausbildungskosten für ein Studium der Humanmedizin von 240'000 bis 450'000 Franken ist ein beruflicher Wiedereinstieg von Ärztinnen und Ärzten unbedingt anzustreben. Die durch die Familienarbeit erworbenen Kompetenzen würden sich zudem positiv auf die hausärztliche Tätigkeit auswirken.

Allerdings kann über die Anzahl der an einem Wiedereinstieg tatsächlich interessierten und für eine berufliche Tätigkeit im Bereich der hausärztlichen Grundversorgung wirklich motivierten Ärztinnen und Ärzte keine Aussagen gemacht werden. Allenfalls müssten potenzielle Wiedereinsteigerinnen aktiv gesucht und angefragt werden.

Nach einer Ausbildungs- und Arbeitspause müssen Ärztinnen und Ärzte für einen Wiedereinstieg theoretische Grundlagen und praktische Tätigkeiten wieder aufarbeiten und einüben. Definierte und strukturierte Weiterbildungsangebote und Curricula für Ärztinnen und Ärzte nach einer Familienpause könnten den Wiedereinstieg in die praktische Tätigkeit und die Erlangung eines Facharzttitels in einem Fachgebiet der Grundversorgung fördern. Durch konkrete theoretische und praktische Weiterbildungsmöglichkeiten von beispielsweise 6–12 Monaten würden Ärztinnen und Ärzte mit einer angefangenen Facharztausbildung nach einer Familienpause zum beruflichen Wiedereinstieg motiviert. Angebote für Wiedereinsteigerinnen könnten in kurzer Zeit zur Besserung der Grundversorgerproblematik beitragen.

An der Universität Zürich wurde ein entsprechendes Wiedereinstiegsprojekt für Tierärztinnen erfolgreich durchgeführt. Aus Sicht der Teilnehmerinnen erwiesen sich die begleitende Betreuung sowie der Aufbau eines Netzwerkes als wesentliche Erfolgsfaktoren des Weiterbildungsprojektes.

6.7.2 Ausgangslage im Kanton Bern

Herr Grossrat Thomas Heuberger, Oberhofen (Grüne), reichte am 15. März 2010 das dringliche Postulat (P040/2010) «WiedereinsteigerInnen: Die medizinische Grundversorgung braucht euch!» ein. Darin wird der Regierungsrat aufgefordert, Mittel und Wege aufzuzeigen, wie ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die aus persönlichen Gründen aus dem Beruf ausgestiegen sind, gefunden und motiviert werden könnten, einen Wiedereinstieg in den Beruf zugunsten der medizinischen Grundversorgung zu wagen und diesen Weg auch zu beschreiten. Das Postulat wurde vom Grossen Rat mit grosser Mehrheit angenommen.

6.7.3 Massnahmen im Handlungsfeld Vereinbarkeit von Grundversorgertätigkeit und Familie

6.7.3.1 Unterstützung, Förderung und Finanzierung von Wiedereinstiegsprogrammen

Gemeinsam mit geeigneten Partnern (Universität, Spitäler, Arztpraxen, Fachgesellschaften) soll in einer ersten Phase der Bedarf und das Potential ebenso wie Anforderungen und Möglichkeiten spezifischer Weiterbildungsprogramme und Curricula für den beruflichen Wiedereinstieg von Ärztinnen und Ärzten abgeklärt und analysiert werden.

In einer zweiten Phase sollen sodann, ein relevanter Bedarf sowie ein ausreichendes Potential vorausgesetzt, ein Grobkonzept erstellt und die Kosten für entsprechende Weiterbildungsprogramme und Curricula ermittelt sowie mögliche Finanzierungsvorschläge aufgezeigt werden. Ein entsprechendes Projekt könnte analog dem Modellversuch «Praxisassistenten» konzipiert, finanziert und umgesetzt werden. Für einen entsprechenden Modellversuch zur Förderung von Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern sollen Regionale Spitalzentren aber auch niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte motiviert und gewonnen werden.

6.7.3.2 Empfehlungen für regionalen Spitalzentren und Hausarztpraxen

Den regionalen Spitalzentren sowie dem Inselspital aber auch den niedergelassenen Grundversorgerinnen und Grundversorgern in der Hausarztpraxis wird nahegelegt, familienkompatible Teilzeitweiterbildungsstellen, insbesondere auch in den Fachgebieten der Grundversorgung, anzubieten. In den Spitälern sollen gezielt Stellen und geeignete Arbeitszeitmodelle für Ärztinnen und Ärzte mit Familienpflichten auf allen Hierarchiestufen eingeplant werden.

Darüber hinaus wird der Universität Bern und den regionalen Spitalzentren empfohlen, familienbegleitende Betreuungsmöglichkeiten auf- und auszubauen.

Der Regierungsrat wird dem Grossen Rat voraussichtlich in der Januarsession 2012 den Bericht Hausarztmedizin im Kanton Bern vorlegen.

Antrag an den Grossen Rat

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat Kenntnisnahme vom Bericht.

Bern, den 19. Oktober 2011 / RRB 1713

Im Namen des Regierungsrats:
Der Regierungspräsident: Pulver
Der Staatsschreiber: Nuspliger

6. Handlungsfelder, Lösungsansätze und Massnahmen



7. Anhang

Anhang 1: Motion Heuberger (M 035/2005) «Hausarzt-Mangel: Alarmruf»

M 035/2005 GEF
M 090/2005 GEF

29. Juni 2005 44C

Motion

2043 GFL (Heuberger, Oberhofen)

Weitere Unterschriften: 9

Eingereicht am: 14.02.2005

Hausarzt-Mangel: Alarmruf

Der Regierungsrat wird aufgefordert, rasch griffige Massnahmen vorzuschlagen und Grundvoraussetzungen zu schaffen, um der sinkenden Attraktivität der Arzt-Berufe in der medizinischen Grundversorgung im Kanton Bern entgegenwirken können, um damit dem drohenden Ärztemangel in diesem Bereich vorzubeugen.

Begründung:

- Die Entwicklung der Demographie der Bevölkerung in der Schweiz wird in Zukunft nach mehr Ärztinnen und Ärzten mit Spezialität Hausarztmedizin und Grundversorgermedizin verlangen als heute.
- Die von der Gesundheitsdirektion (richtigerweise) eingeschlagene Alterspolitik kann nur erfolgversprechend umgesetzt werden, wenn mehr GrundversorgerInnen als heute bereit und imstande sind, die steigenden Ansprüche und wachsenden Bedürfnisse bei der Spitex-Betreuung der älteren Patientinnen und Patienten zu befriedigen.
- Die Entwicklung der Demographie der Ärzteschaft, besonders der Grundversorgerinnen und Grundversorger, zeigt in gewissen Regionen einen Überhang von 55 – 60 jährigen PraktikerInnen, die demnächst ihre Praxis übergeben möchten. Für NachfolgerInnen scheint in steigendem Ausmass die Motivation für diesen Beruf zu fehlen.
- Die im April 2003 (gegen den Willen der Regierung) überwiesene Motion „Grounding der Hausarztmedizin“ wurde von der Regierung bisher nicht umgesetzt, ein Effekt ist nicht sichtbar, ein Einsatz von Mitteln zur Ausbildung im Spezialfach „Hausarztmedizin“ ist unklar oder gar inexistent, ein Konzept hierfür wurde nicht vorgelegt. Diese Motion sollte eigentlich die Ausbildung im Spezialgebiet Hausarztmedizin fördern und die Attraktivität des Berufs in der Grundversorgung steigern.

Es wird Dringlichkeit verlangt.

Abgelehnt: 21.02.2005

M 090/2005 GEF

Motion

Kilchherr, Thun (SVP)

Weitere Unterschriften: 16

Eingereicht am: 18.04.2005

Drohender Mangel an Hausärzten, vor allem auf dem Land

Landärzte haben Mühe, Nachfolger zu finden!

Der Regierungsrat wird aufgefordert mit geeigneten Massnahmen in die negative Entwicklung des sich abzeichnenden Landärzte-Mangels einzugreifen und korrigierend einzuwirken.

Insbesondere soll der Regierungsrat dafür sorgen, dass,

1. Die Standortgemeinden bessere Rahmenbedingungen für Ärzte anbieten und der Kanton und die Gemeinden junge Landärzte im Bereich „zur Verfügung stellen von Infrastruktur“, aber auch bei Investitionen unterstützen, wie dies im Rahmen der Wirtschaftsförderung gemacht wird.
2. Anreize bei der universitären Ausbildung geschaffen werden und früh darauf hingewiesen wird, dass wir mehr Landärzte brauchen.
3. Auch Anreize geschaffen werden, damit Medizinstudenten, welche auf dem Land aufgewachsen sind, aber auch andere als Arzt aufs Land gehen.
4. Projekte, (Curriculum, FIAM und Praxisassistenten) welche die Hausärzte ausgearbeitet haben, wonach jeder Medizinstudent während der Ausbildung ein mehrwöchiges Praktikum bei einem Hausarzt vorsieht zur Anwendung gelangt. Es ist schwer verständlich, dass die Umsetzung dieses Projektes bisher an den Kosten von 1-1,5 Millionen gescheitert ist und es muss möglich sein, dieses Projekt ohne zusätzliche Kosten zu realisieren, weil hier ein akutes Problem auf eine Lösung wartet.

Begründung:

139 Hausärzte, die der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern angehören, sind 60-jährig und älter. Sie suchen in den nächsten Jahren einen Nachfolger. Dazu kommt, dass ältere Ärzte ein Arbeitspensum haben, welches ein Nachfolger nicht mehr leisten möchte. Das heisst, es braucht eher mehr Ärzte, um die Vorgänger zu ersetzen.

Da die Menschen immer älter werden und daher mehr und mehr Menschen auf ärztliche Hilfe angewiesen sind, entsteht in der nächsten Zeit ein Mangel an Hausärzten, vor allem auf dem Land. Dies die Aussage von Jürg Schlup, Präsident der Ärztesgesellschaft. Thuner Tagblatt vom 23. Februar 2005.

Die Tatsache, dass der Lohn eines Landarztes seit dreissig Jahren sinkt. Auch die Tatsache, dass die Landärzte eine andere Praxisinfrastruktur als Hausärzte in Zentrumslage, wo Spitäler oder Röntgeninstitute in unmittelbarer Nähe sind, benötigen, verschärft die Situation, des Mangels an Hausärzten zusätzlich.

Es wird Dringlichkeit verlangt.

Abgelehnt: 21.04.2005

Antwort des Regierungsrates

Die zwei Motionen (M 035/2005 und M 090/2005) verlangen Massnahmen bezüglich Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Sie werden deshalb gemeinsam behandelt.

Gemäss den Richtlinien der Regierungspolitik 2003 - 2006 ist eines der Ziele, dass die gesamte Bevölkerung des Kantons Zugang hat zu einer bedarfsgerechten, qualitativ hochstehenden, wirtschaftlich tragbaren und durch den Kanton finanzierbaren medizinischen Behandlung und Pflege. Dazu gehört nicht nur der stationäre, sondern auch der ambulante Bereich. Ein wichtiger Bestandteil der ambulanten medizinischen Versorgung der bernischen Bevölkerung wird durch Hausärztinnen und Hausärzte wahrgenommen.

Die Hausarztmedizin stellt eine unentbehrliche Grundlage für die Umsetzung der Alterspolitik 2005 im Kanton Bern dar. Ziel der Alterspolitik ist es, dass ältere Menschen so lange wie möglich in der angestammten Umgebung leben können und ein Heimeintritt so zukünftig noch vermehrt verzögert respektiv ganz verhindert wird. Dazu braucht es eine durch Hausärztinnen und Hausärzte sichergestellte, ausreichende und leicht zugängliche medizinische Grundversorgung vor Ort sowie eine umfassende ambulante Versorgung durch die Spitexdienste. Bei verschiedenen Pilotprojekten, welche die Gesundheitsförderung und die Verhinderung eines Pflegeheimeintritts zum Ziel haben, übernehmen die Hausärztinnen und Hausärzte eine zentrale Funktion. Das von der Gesundheits- und Fürsorgedirektion verfolgte Geriatriekonzept baut auf einer grundsätzlich durch Hausärztinnen und Hausärzte sichergestellten Grundversorgung auf. Die geplanten geriatrischen Stützpunkte ergänzen die Hausärztinnen und Hausärzte bei besonderen geriatrischen Problemstellungen.

Als Grundlage der medizinischen Notfallversorgung ist ein flächendeckender ärztlicher Notfalldienst unverzichtbar. Gemäss geltendem Gesundheitsgesetz sind die Ärztinnen und Ärzte für die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes selbst besorgt oder können dessen Organisation den Berufsverbänden übertragen.

Bezüglich dem von den Motionären angesprochenen „Hausarztmangel“ hält der Regierungsrat vorab fest, dass im Kanton Bern die Versorgungsdichte an Ärztinnen und Ärzten mit Weiterbildung in Allgemeinmedizin oder Allgemeiner Innerer Medizin über dem Durchschnitt der Schweiz und über jenem der Region Mittelland liegt:

Tabelle - Versorgungsdichte pro 100'000 Einwohner und Einwohnerinnen

(Auszug aus Anhang 1 der eidgenössischen Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung)

Zu vermerken ist, dass die zugelassene Anzahl der Leistungserbringer zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung das Arbeitspensum nicht berücksichtigt.

	Allgemeinmedizin	Allg. Innere Medizin
CH insgesamt	74.2	40.1
Mittelland	71.6	54.3
Kanton Bern	77.3	69.0
Kanton Freiburg	51.8	25.7
Kanton Jura	50.6	22.3
Kanton Neuchâtel	61.9	58.9
Kanton Solothurn	80.8	30.1

Im Kanton Bern konnten einzelne Ärztinnen und Ärzte, trotz intensiven Bemühungen, keine Nachfolgelösung für ihre Praxis finden. Eine genaue Analyse der Situation im Kanton Bern, die eine verlässliche Prognose für die ärztliche Grundversorgung in der Zukunft ermöglichen würde, besteht zurzeit nicht. Verschiedene Aspekte können diesen relativen „Hausarztmangel“ und die fehlende Motivation für die Hausarztmedizin erklären. Deren Lösungsansätze fallen nicht unbedingt in den Kompetenzbereich des Regierungsrates. Eine Umfrage bei den Studierenden der medizinischen Fakultäten in Lausanne und Genf hat unter anderem Folgendes gezeigt. Die Mehrzahl der Medizinstudenten des 6. Jahres (60,9%) wollen sich zu Spezialisten weiterbilden. Der Hauptgrund dafür ist, dass die Hausarztmedizin zu wenig technisch und zu wenig genau sei. Drei Punkte wurden als Erklärungen der mangelnden Attraktivität der Hausarztmedizin erwähnt: 1) die ungenügende finanzielle Abgeltung, 2) die zu hohen Arbeitszeiten und 3) die all zu grosse Disponibilität. Die zwei letzten Faktoren führen zu einer Einschränkung des Familien- und Soziallebens. Achtzig Prozent aller Studierenden (sogar 90% der Studentinnen) beabsichtigen, später in einer Gruppenpraxis tätig zu sein, und 53,5% in der Stadt.

In vielen Artikeln werden auch das unternehmerische Risiko, die durch KVG-Revision und vorgesehene Vertragsfreiheit bedingte Unsicherheit sowie die unbefriedigende Aus- und Weiterbildungssituation als Probleme beschrieben. Als Lösungsansätze bieten sich auf der Ebene der Ausbildung das Angebot eines Curriculums für angehende Grundversorgung sowie auf der Ebene der Weiterbildung definierte Weiterbildungskonzepte an.

Die Umsetzung der im April 2003 überwiesenen Motion „Grounding der Hausarztmedizin“ bietet zwar erhebliche Schwierigkeiten, die Universität bemüht sich aber, die noch bestehenden Probleme zu lösen und hat angekündigt, demnächst ein Konzept zur Stärkung der Hausarztmedizin vorlegen zu können. In organisatorischer Hinsicht bestehen an der medizinischen Fakultät die notwendigen Strukturen mit der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin (FIAM) bereits. Indessen fehlen Mittel im Umfang von CHF 1,5 bis 2 Millionen, um die Leistungen von Allgemeinpraktikerinnen und Allgemeinpraktikern für die Ausbildung der Studierenden der klinischen Semester angemessen abzudecken.

Auch wenn die durchschnittliche Versorgungsdichte an Hausärztinnen und Hausärzten zurzeit noch genügend ist, nimmt der Regierungsrat das Anliegen der Motionäre ernst. Die Attraktivität des Berufs der Hausärztin oder des Hausarztes kann aber nur sehr bedingt durch den Kanton beeinflusst werden. Wichtige Kompetenzen in Bezug auf die Ausbildung der Medizinalpersonen und ihre berufliche Tätigkeit (zum Beispiel Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung, Erlass von Tarifen) liegen auf Bundesebene und nicht auf Kantonsebene.

Als konkrete Massnahme wird die Gesundheits- und Fürsorgedirektion gemeinschaftliche Versorgungsmodelle (Gemeinschaftspraxen, Hausarztnetzwerke) sowie Praxiseröffnungen in ländlichen Gebieten durch die Anwendung der bereits bestehenden Ausnahmeregelungen innerhalb des noch bis 2008 geltenden Zulassungsstopps fördern.

Die Gesundheits- und Fürsorgedirektion wird eine Arbeitsgruppe mit Vertretung der kantonalen Ärztesgesellschaft, der Medizinischen Fakultät, der Fakultären Instanz für Allgemeinmedizin, der Erziehungsdirektion und der Volkswirtschaftsdirektion einberufen, um nach einer vertieften Analyse der Situation einen Massnahmenplan im Zuständigkeitsbereich des Kantons zu erarbeiten.

Antrag: Annahme als Postulat

An den Grossen Rat

