



Förderung Hausarztmedizin

Motion Schär (M 022/2012) „Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern durch Unterstützung innovativer Projekte und durch Ermöglichung der Patientenidentifikation“

Bericht des Regierungsrates an den Grossen Rat

Datum RR-Sitzung: 7. September 2016
Geschäftsnummer: 2012.RRGR.84
Direktion: Gesundheits- und Fürsorgedirektion
Klassifizierung: Nicht klassifiziert

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung.....	3
2	Ausgangslage.....	4
2.1	Grundlagen	4
2.2	Aktueller Stand in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung im Kanton Bern	4
2.3	Bisherige Aktivitäten des Kantons in der Förderung der ambulanten Grundversorgung	5
3	Förderung der ambulanten Grundversorgung in Zukunft.....	7
4	Finanzielle Unterstützung von Modellen und Projekten zur Gewährleistung der Hausarztmedizin.....	10
5	Antrag	10
6	Literatur	11
7	Anhang.....	11

Abkürzungen

ABV	Ärztliche Bezirksvereine
APN	Advanced Practice Nurse
BAG	Bundesamt für Gesundheit
BEKAG	Ärztegesellschaft des Kantons Bern
BIHAM	Berner Institut für Hausarztmedizin
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern
KAZA	Kantonsarztamt
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
MPA	Medizinische/r Praxisassistent/in
NCD	Noncommunicable Diseases (Nichtübertragbare Krankheiten)
NFD	ambulanter ärztlicher Notfalldienst
TARMED	Gesamtschweizerische Tarifstruktur für ambulante Leistungen von Ärzten und Spitälern zulasten der Krankenversicherung
VBG	Verband Bernischer Gemeinden
VBHK	Verein Berner Haus- und Kinderärzte/innen

1 Zusammenfassung

Der Hausärztemangel ist heute in bestimmten peripheren und ländlichen Regionen des Kantons Bern eine Tatsache. In den nächsten fünf bis zehn Jahren erfasst die demographische Entwicklung auch die Ärzteschaft: Durch Pensionierungen und Reduktion von Arbeitspensen werden auch in weiteren Regionen weniger Hausärzte tätig sein.

Der Grosse Rat hat Ziffer 1 der Motion Schär (M 22/2012) „Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern durch Unterstützung innovativer Projekte“ als Postulat angenommen. Er beauftragte den Regierungsrat damit, die finanzielle Unterstützung von innovativen Projekten der medizinischen Grundversorgung zu prüfen und die im Rahmen dieser Projekte gewonnenen Erkenntnisse zu Organisation und Aufbau von Netzwerken allen interessierten Akteuren zugänglich zu machen.

Die durchschnittliche Grundversorgerdichte entspricht heute rund 11 pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner und liegt damit noch über der von der OECD empfohlenen Hausärztedichte. Das Durchschnittsalter der Grundversorgerinnen und Grundversorger beträgt 55 Jahre, 39 % davon sind 60 Jahre alt oder älter. Der Anteil der Frauen in der ärztlichen Grundversorgung beträgt rund 30%, mit zunehmender Tendenz.

Die Nachfolgeregelung ist für Grundversorgerinnen und Grundversorger in ländlichen Gebieten und in Einzelpraxen schwierig. Die jüngere Ärztegeneration bevorzugt Gruppenpraxen und Netzwerke mit Teilzeit-Modellen und geringerer Notfalldienstbelastung. Diese Entwicklung führt dazu, dass für die Sicherung der ärztlichen Grundversorgung beim heutigen Stand eine höhere Anzahl nachrückender Grundversorgerinnen und Grundversorgern erforderlich ist.

Die zentrale Herausforderung ist, mehr Ärztinnen und Ärzte dafür zu gewinnen, die Laufbahn als Grundversorger aufzunehmen. Dazu müssen grundsätzlich mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden und gleichzeitig muss die Weiterbildung für Hausärzte derart ausgestaltet werden, dass diese Laufbahn für Ärztinnen und Ärzte attraktiv ist. Unabdingbar ist, dass die Rahmenbedingungen für die hausärztliche Tätigkeit verbessert werden. Wichtige Forderungen sind namentlich Anstellungs- und Arbeitszeitmodelle, die mit einer Familie vereinbar sind, und eine adäquate Entlohnung der hausärztlichen Leistungen. Die Ausgestaltung dieser Bedingungen, namentlich jene der Entlohnung liegt nicht im Kompetenzbereich des Kantons und ist auf gesamtschweizerischer Ebene zu lösen. Der steigende, demographisch bedingte Bedarf an medizinischer Grundversorgung kann aber nicht durch die Hausärztinnen und Hausärzte alleine gedeckt werden. Hier muss die interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit ausgebaut werden.

Die Unterstützung und Förderung einzelner Projekte durch den Kanton erweist sich in der privatwirtschaftlich organisierten Hausarztmedizin als wenig wirksam. Der Regierungsrat legt seinen Beitrag deshalb auf folgende Schwerpunkte:

- Förderung von Modellen, welche die Belastung durch den ambulanten ärztlichen Notfalldienst verringern und besser verteilen
- Erhöhung der Attraktivität der hausärztlichen Weiterbildung
- Förderung und Begleitung von Projekten und Modellen, welche die interdisziplinäre, Sektoren übergreifende Zusammenarbeit aufbauen. Dabei steht die Erarbeitung von Lösungen im Vordergrund, welche die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an andere qualifizierte Gesundheitsberufe unterstützt.

2 Ausgangslage

2.1 Grundlagen

- Motion Schär (M 022/2012) „Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern durch Unterstützung innovativer Projekte und durch Ermöglichung der Patientenidentifikation“: Ziffer 1 als Postulat angenommen durch den Grossen Rat am 27. März 2012; Ziffer 2 abgelehnt.
- Hausarztmedizin im Kanton Bern; Bericht des Regierungsrates vom 22. Dezember 2011 an den Grossen Rat zu den Motionen Heuberger (M 035/2005) und Kilchherr (M 090/2005)

Ziffer 1 der Motion Schär (M 022/2012) wurde durch den Grossen Rat als Postulat angenommen. Darin wurde der Regierungsrat beauftragt, zu prüfen, auf welche Weise innovative Projekte der medizinischen Grundversorgung mit einem Beitrag unterstützt und die im Rahmen dieser Projekte gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf Organisation und Aufbau von Netzwerken allen interessierten Akteuren zugänglich gemacht werden können.

In seiner Vorstossantwort vom 22. Februar 2012 stellte der Regierungsrat fest, dass die ambulante Versorgung keiner Versorgungsplanung unterliegt und dass sie auch in Zukunft grundsätzlich privatwirtschaftlich organisiert bleibt. Er erklärte sich jedoch bereit, zu prüfen, wie der Kanton zur Förderung der ambulanten medizinischen Grundversorgung eine zeitlich beschränkte Anschub- und Teilfinanzierung im Rahmen der gesetzlichen und finanziellen Kompetenzen und Möglichkeiten für neue und innovative Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle oder Modellversuche gewähren könnte. Dazu würde er ein Konzept mit detaillierten Kriterien und Anforderungen ausarbeiten. Im Zentrum sollten Projekte und Modelle stehen, die dazu beitragen in peripheren und ländlichen Regionen die hausärztliche Grund- und Notfallversorgung sicherzustellen.

Mit vorliegendem Bericht stellt der Regierungsrat die aktuelle Situation dar, berichtet über Aktivitäten und Massnahmen und nimmt zum Förderungsbedarf Stellung.

2.2 Aktueller Stand in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung im Kanton Bern

Die Anzahl von Ärztinnen und Ärzten, die in der ambulanten Grundversorgung im Kanton Bern tätig sind, kann aufgrund der unterschiedlichen Erfassungsweise der Daten in den verschiedenen Quellen (z.B. welche medizinischen Fachrichtungen zur medizinischen Grundversorgung gezählt werden), nicht genau erhoben werden³. Die Auswertung der Datenbank der Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) vom 07. Juni 2016 ergab, dass im Kanton Bern 330 Ärztinnen (30%, zunehmend) und 771 Ärzte in der ambulanten Grundversorgung³ tätig sind. Dies entspricht einer Dichte von 10.8 Grundversorgerinnen und Grundversorger pro 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner². Diese Dichte hat sich seit 2009 nicht verändert.³ Es kommt eine Grundversorgerin bzw. ein Grundversorger auf 924 Einwohnerinnen und Einwohner im Kanton Bern³, womit die von der OECD empfohlene Deckung der medizinischen Grundversorgung von einer Grundversorgerin bzw. einem Grundversorger pro 1000 Einwohnerinnen und Einwohner noch erreicht wird². Dagegen ist die Dichte in ländlichen Gebieten niedriger als in urbanen Zentren⁵. Gemäss Hausarztbericht sind namentlich die Regionen Berner Seeland, Berner Jura und Emmental-Oberaargau von einem Mangel an medizinischen Grundversorgern betroffen¹. In den letzten Jahren nimmt die Ärztedichte auch im Berner Oberland ab. Dabei ist zu berücksichtigen, dass viele der erfassten Grundversorgerinnen und Grundversorger in Teilzeit-Pensen arbeiten.

Die Dichte von Hausärztinnen und Hausärzten von 1/924 Einwohnern ist im Verhältnis zur Dichte aller niedergelassener Ärztinnen und Ärzte (alle Fachrichtungen inkl. Grundversorger) von rund 3/1000 Einwohnern zu betrachten. Diese Zahl deutet daraufhin, dass dem Kanton Bern grundsätzlich genügend Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung stehen, dass es jedoch ein

Ungleichgewicht in den gewählten Fachrichtungen gibt mit einer Untervertretung der Grundversorgerinnen und Grundversorger, und mit einer geographisch ungleichen Verteilung mit Benachteiligung der ländlichen und peripheren Regionen des Kantons.

Die topographische Diversität und Weiträumigkeit in den ländlichen Gebieten des Kantons Bern prägt die Arbeit der ambulanten Grundversorgung stark. Die medizinische Versorgung mit Hausbesuchen in abgelegene Ortschaften stellen in den weiträumigen Regionen wie dem Berner Oberland, Emmental und Berner Jura einen erheblichen Zeitaufwand dar. Viele der jüngeren Ärztinnen und Ärzte wollen diese Belastung nicht mehr auf sich nehmen⁵. Zusätzlich muss der gesetzlich vorgeschriebene ambulante ärztliche Notfalldienst in den peripheren und ländlichen Gebieten von wenigen Ärztinnen und Ärzten getragen werden, was eine erheblich höhere Belastung ist, als jene der Kolleginnen und Kollegen in dichter besiedelten Regionen (30 oder mehr Notfalldienste pro Jahr in ländlichen Gebieten gegenüber 8 bis 12 Notfalldiensten pro Jahr in der Region Stadt Bern). Diese Belastung konnte trotz der Zusammenarbeit mit Spital-Notfalldiensten und der Triage durch den Telefondienst der Medphone AG bisher nicht ausreichend verringert werden.

Das Durchschnittsalter der Grundversorgerinnen und Grundversorger im Kanton Bern beträgt 55 Jahre³ und entspricht dem Schweizer Durchschnitt. 424 bzw. 39 % der 1'101 Grundversorgerinnen und Grundversorger im Kanton Bern sind 60 Jahre alt oder älter. Die Anzahl der Grundversorgerinnen und Grundversorger und damit die Dichte der Grundversorgung werden in den nächsten 5 bis 10 Jahren auf Grund von Pensionierungen und Reduktionen von Arbeitspensum im ganzen Kanton sinken.

Die Nachfolgeregelung erweist sich für Grundversorgerinnen und Grundversorger insbesondere in ländlichen Gebieten und in Einzelpraxen als schwierig. Die jüngere Ärztesgeneration bevorzugt Gruppenpraxen und Netzwerke sowie Teilzeit-Modelle, die eine bessere Vereinbarkeit mit Familie und eine ausgeglichene Work-Life-Balance ermöglichen. Aus den gleichen Gründen wollen die nachfolgenden Ärztinnen und Ärzte die finanziellen Risiken bei Praxisübernahmen oder Neugründungen minimieren. Zwischen 2005 und 2015 ist schweizweit die Anzahl Einzelpraxen um einen Drittel zurückgegangen, während sich die Zahl der Gruppenpraxen fast verdreifacht hat³. Gemäss der Versorgungsumfrage der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) aus dem Jahr 2013⁴ praktizieren bereits 65% der 628 Ärztinnen und Ärzte, die an der Umfrage teilgenommen haben und zum Zeitpunkt der Umfrage unter 40 Jahre alt waren, in einer Gruppenpraxis. Für jede der Vollzeit arbeitenden Grundversorgerinnen, die ihre Praxistätigkeit beenden, müssen nach aktueller Schätzung der «Work Force Studie 2015» für den Kanton Bern bis zu 1.8 Grundversorgerinnen und Grundversorger nachrücken, damit dasselbe Arbeitspensum bewältigt werden kann¹.

Weitere Auswertungen der «Work Force Studie 2015», welche vom Universitären Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel durchgeführt worden ist, prognostizieren für den Kanton Bern bis 2020 einen Bedarf von rund 240 zusätzlichen vollzeitarbeitenden Grundversorgerinnen und Grundversorger, um den aktuellen Stand der medizinischen Grundversorgung zu erhalten⁵. Wird der Trend zur Teilzeitarbeit mitberücksichtigt, müssten bis 2020 über 400 Grundversorgerinnen und Grundversorger nachrücken, um die von der OECD empfohlene Dichte von einer Grundversorgerin bzw. einem Grundversorger auf 1000 Einwohnerinnen und Einwohner erhalten zu können⁵.

2.3 Bisherige Aktivitäten des Kantons in der Förderung der ambulanten Grundversorgung

Die ambulante Grundversorgung ist im Kanton Bern wie in der ganzen Schweiz privatwirtschaftlich organisiert. Infolge des sich abzeichnenden Engpasses an Grundversorgerinnen und Grundversorgern im Kanton Bern gab es zwischen 2003 und 2010 verschiedene politische Vorstösse, die darauf abzielten, den Ursachen des drohenden Mangels an Grundversorgerinnen und Grundversorgern entgegenzuwirken. Der 2011 von der GEF veröffentlichte Bericht zur Hausarztmedizin im Kanton Bern analysiert die Ausgangslage der Problematik und empfiehlt in fünf Handlungsfeldern Lösungsansätze und Massnahmen zur Förderung und Si-

Herstellung der ambulanten Grundversorgung. Das Handlungsfeld 1 empfiehlt, neue Organisations-, Arbeits- und Betriebsmodelle zu fördern, welche über familienfreundliche Arbeitsbedingungen und Teilzeitpensen sowie über eine interdisziplinäre und sektorenübergreifende Zusammenarbeit verfügen³. Diese Elemente gelten auch international als erfolgsversprechend.

Die Motion Schär (M 022/2012) knüpft an dieses Handlungsfeld an. In diesem Zusammenhang hat die GEF durch das Kantonsarztamt (KAZA) folgendes unternommen:

- Das KAZA hat innerhalb und ausserhalb des Kantons Bern innovative Modelle der ambulanten Grundversorgung besichtigt um wirkungsvolle Lösungsansätze zu identifizieren, so z.B. das Modell MediZentrum im Berner Seeland und die „Cité générations – maison de santé“ in Genf. Diese Modelle zeigen, dass die strukturierte Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen mit Apothekern, Physiotherapeuten, Pflegefachpersonen und anderen Gesundheitsfachpersonen sowie Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, trotz den Herausforderungen und der aufwändigen Koordination zu hoher Arbeitszufriedenheit bei den involvierten Fachpersonen führt sowie zu einer guten Versorgungszufriedenheit bei der Bevölkerung.
- Um den Erfahrungs- und Wissenstransfer auf andere Regionen und Situationen zu ermöglichen, unterstützt das KAZA die systematische Evaluation innovativer Modelle. Daten und Erkenntnisse aus dem Modell MediZentrum im Seeland und der „Cité générations“ in Genf werden für die COMPARE Pilotstudie der Universitäten Basel und Lausanne verwendet. Die Finanzierung der Evaluation im Kanton Bern ist von der GEF zugesagt worden. Das KAZA analysiert im Rahmen der Vorbereitungsarbeiten für die COMPARE Pilotstudie die medizinischen und organisatorischen Prozesse des Modells MediZentrum, das die Grundversorgung und spezialärztliche Versorgung verbindet. Diese Prozesse werden abstrahiert und zu Modulen zusammengefasst. Sie sollen anschliessend Interessierten zur Verfügung gestellt werden, damit sie ähnliche Projekte in anderen Regionen und unter anderen Voraussetzungen durchführen können. Das Manual sollte in der zweiten Hälfte 2016 verfügbar sein. Die COMPARE Hauptstudie, die weitere Zentren und Modelle in der Schweiz auf ihre Struktur, Prozesse, Outcomes sowie Planänderungen hin untersucht und einander gegenüberstellt, soll durch das BAG und allenfalls Nationalfondsgelder mitfinanziert werden.
- Das KAZA berät Gemeinden, Institutionen sowie Grundversorgerinnen und Grundversorger zu den Faktoren, die bei einer Nachfolgeregelung kritisch bzw. erfolgsversprechend sind. So wurde das KAZA von verschiedenen Gemeinden direkt angefragt oder ist bei Gemeinden auf Grund von Anfragen der dort niedergelassenen Hausärzte vorstellig geworden (z.B. Kandersteg, Brienz, Meiringen, Laupen). Sie stellte erfolgsversprechende Strategien für die Nachfolgeregelung in Hausarztpraxen vor und diskutierte sie vor Ort. Das KAZA konnte dadurch konkret zu erfolgreichen Nachfolgeregelungen beitragen (z.B. Kandersteg).
- Die sich wandelnde Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen in der ambulanten medizinischen Grundversorgung und insbesondere die Delegation von ärztlichen Tätigkeiten an nicht ärztliche Fachpersonen, wirft immer wieder Fragen auf: Darf delegiert werden? Welche Tätigkeit? An wen? Wie steht es mit der Verantwortung? Die GEF steht hier beratend zur Verfügung und klärt derzeit den Anpassungsbedarf der rechtlichen Grundlagen ab, was auch im Sinne der Umsetzung der NCD-Strategie (nicht übertragbare, chronische Krankheiten) des Bundes ist.
- Die GEF stellt ihre Fachkompetenzen für die laufende Diskussion zur Aufgabenteilung und Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Medizinal- und Gesundheitsfachpersonen zur Verfügung. Die Klärung, Verbesserung und Erweiterung der Aufgabenteilung dieser Fachgruppen kann wesentlich zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung beitragen.

- Das Programm "Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)" beim BIHAM ist ein wichtiger Pfeiler in der Ausbildung von Hausärzten. Seine Finanzierung durch die GEF ist für die Jahre 2014 bis 2017 gesichert. Es hat zum Ziel, junge Ärztinnen und Ärzte für die hausärztliche Tätigkeit zu gewinnen und ihnen eine praxisorientierte Ausbildung anzubieten. Ein Bericht zu Händen des Regierungsrates verbunden mit dem Antrag, das Programm mit dem BIHAM weiterzuführen, wird von der GEF erarbeitet. Das Geschäft soll 2017 dem Grossen Rat vorgelegt werden.
- Umsetzung von Art. 55a KVG (Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung): Der Kanton Bern nimmt bei der Umsetzung dieser Vorschrift die Grundversorger aus, d.h. die Ärztinnen und Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allg. Innere Medizin, Praktische Ärzte, Psychiatrie und Gynäkologie. Dieses Vorgehen gewährleistet, dass in der Hausarztmedizin auf Grund der Zulassungsregulierung keine zusätzliche Verknappung in der Versorgung der Bevölkerung geschaffen wird.
- Mitfinanzierung Medphone AG durch den Kanton: Die Medphone AG betreibt ein medizinisches Call-Center, das die ärztlichen Bezirksvereine (ABV) bei der Organisation und Durchführung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes (NFD), welcher aus der gesetzlichen Notfalldienstpflcht der Ärztinnen und Ärzte resultiert, unterstützt. Im Jahr 2007 richtete die Gesundheits- und Fürsorgedirektion (GEF) der Medphone AG einen Betrag von CHF 100'000 aus. Gestützt auf die Regierungsratsbeschlüsse (RRB) 2141 vom 17. Dezember 2008, 1004 vom 27. Juni 2012 sowie 716 vom 10. Juni 2015 gewährte die GEF der Medphone AG in den Jahren 2008 bis 2010 sowie 2012 bis 2017 einen jährlichen Unterstützungsbeitrag von CHF 200'000. Mit der Ausrichtung des Kantonsbeitrags soll der ärztliche Notfalldienst entlastet sowie unsachgemässe Belastungen der Notfallporten der Spitäler verhindert werden.

3 Förderung der ambulanten Grundversorgung in Zukunft

Die schweizweit geführte Diskussion zum drohenden oder regional bereits bestehenden Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern hat folgende Ansätze zur Förderung der Grundversorgung hervorgebracht:

- Erhöhung der Anzahl der ausgebildeten Grundversorgerinnen und Grundversorger bzw. Hausärztinnen und Hausärzte durch
 - Erhöhung der Zahl der Studienplätze mit dem Ziel, mehr Ärzte und Ärztinnen auszubilden. Dieses Ziel wird durch ein Förderprogramm des Bundes angestrebt. Es gibt allerdings keine Gewähr, dass auch mehr Ärztinnen und Ärzte die Hausarztmedizin als Fachrichtung wählen.
 - Förderung der Aufnahme der Tätigkeit als Hausarzt oder Hausärztin mit folgenden Bestrebungen: Frühzeitige Förderung der Fachrichtung während des Studiums durch Praktika, Einbinden von Grundversorgerinnen und Grundversorgern in die Lehre, gezieltes Coaching oder Mentoring von Studierenden, die sich für die ambulante Grundversorgung interessieren. Diese Aufgaben obliegen der Koordinationsstelle Praxisassistenten im Rahmen des Programms "Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)" beim BIHAM (befristet bis Ende 2017).
 - Senkung der Dropout-Quote durch gezieltes Coaching oder Mentoring von Assistenzärztinnen und -ärzten, die sich zu Hausärztinnen und Hausärzten ausbilden lassen. Die Befragungen von Assistenzärztinnen und -ärzten des Programms Praxisassistenten haben ergeben, dass diese Betreuung geschätzt und als wichtig erachtet wird. Diese Aufgabe ist heute Bestandteil des Auftrags der Koordinationsstelle Praxisassistenten. Die Stelle ist mit Regierungsratsbeschluss 0490 vom 24. April 2013 bis Ende 2016 bewilligt. Die GEF hat den Vertrag einmalig um ein Jahr bis Ende 2017 verlängert, d.h. für die verbleibende

Laufzeit des Programms „Ärztliche Weiterbildung in Hausarztpraxen (Praxisassistenten)“. Die Koordinationsstelle soll anschliessend bei der Weiterführung des Programms Praxisassistenten im selben Leistungsauftrag integriert werden.

- Berufsaussteiger/-innen bzw. Wiedereinsteiger/-innen: Es gibt aktuell keine veröffentlichten Daten über die Zahl der ausgebildeten Ärzte und Ärztinnen, die aus dem Beruf aussteigen bzw. einer nicht klinischen ärztlichen Tätigkeit nachgehen. Gründe für den Ausstieg sind beispielsweise Familie, mehrjährige Tätigkeit in der Forschung oder der Industrie. Die Koordinationsstelle Praxisassistenten des BIHAM hat den Auftrag zu ermitteln mit welchen Massnahmen der Wiedereinstieg in die ärztliche Tätigkeit gefördert werden könnte. Da die Zielgruppe nicht bekannt und damit schwer zu erreichen ist, konnte der Auftrag bisher nicht erfüllt werden. Es werden nun Resultate aus einer gemeinsamen Studie von BIHAM und FMH abgewartet, um daraus Massnahmen zur Verhinderung des Berufsausstiegs bei Ärztinnen und Ärzten, bzw. zur Erleichterung des Wiedereinstiegs abzuleiten.
- Verbesserung des Hausarzt-Ausbildungs-Curriculums mit dem Ziel, die fachärztliche Weiterbildung für Grundversorgerinnen bzw. Grundversorger attraktiver zu gestalten und allenfalls zu verkürzen. Die Einführung eines spezifischen Ausbildungs-Curriculums für Hausarztmedizin, wie es verschiedene Kantone bereits kennen (LU, SG, VD, ZH), liegt im Aufgabenbereich des BIHAM und der Schweizerischen Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin, kantonal gestützt durch den Verein Berner Haus- und Kinderärzte/-innen (VBHK) und die kantonale Ärztesgesellschaft (BEKAG). In einem solchen Hausarzt-Curriculum wären die Spitäler, die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte ausbilden, miteinzubeziehen und zu verpflichten, sich spezifisch auch in der Ausbildung von Hausärzten innerhalb des Curriculums zu engagieren. Die Konzeption und Einführung eines Hausarzt-Curriculums liegt nicht in der Kompetenz des Kantons.
- Steigerung der Attraktivität der Hausarzt-Tätigkeit durch Verbesserung der Rahmenbedingungen:
 - Verbesserung der finanziellen Vergütung der hausärztlichen Leistungen:
Die finanzielle Vergütung aller ärztlichen und so auch der hausärztlichen Leistungen ist durch den schweizweit gültigen TARMED geregelt. Die Intervention des Bundesrates im Jahr 2014 zur finanziellen Besserstellung der Grundversorger resp. der Hausarztmedizin durch Einführung eines Zuschlags für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis, war ein positives Signal, als Zwischenschritt auf dem Weg zu einer langfristigen Korrektur des TARMED. Der Kanton ist in den Tarifverhandlungen nicht Partei und hat keinen direkten Einfluss auf die finanzielle Vergütung in der Hausarztmedizin.
 - Gruppenpraxen, Teilzeit- und andere Anstellungsmodelle, Reduktion der finanziellen Risiken, elektronische Patientendossiers
Die organisatorische Ausgestaltung von Arztpraxen liegt in der unternehmerischen Gestaltungsfreiheit der Hausärztinnen und Hausärzte. Dieser Gestaltungsraum wird bei Praxisübernahmen oder Neueröffnungen durch jüngere nachfolgende Hausärztinnen und -ärzte bereits heute genutzt. Die Einführung der elektronischen Patientendossiers bietet auch neue Möglichkeiten für einfachere, flexiblere und qualitativ bessere Zusammenarbeit innerhalb einer Gruppenpraxis.
 - Massnahmen zur Verbesserung der Standortattraktivität für Hausarztpraxen:
Viele Gemeinden unterstützen die niedergelassenen Grundversorgerinnen und Grundversorger bei der Nachfolgeregelung, z.B. durch

- die Übernahme von Praxisräumen und Vermietung an nachfolgende Grundversorgerinnen und Grundversorger
- die Unterstützung des Zusammenschlusses von bestehende Einzelpraxen zu Gruppenpraxen und der Modernisierung (z.B. elektronische Patientendossiers)
- die Förderung der Vernetzung der lokaltätigen Leistungserbringer (Grundversorgerinnen und Grundversorger, Organisationen der Hilfe und Pflege zu Hause, Alters- und Pflegeheime, Apotheken, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Physiotherapie, etc.)

Das KAZA führt seine beratende Tätigkeit weiter und sucht verstärkt die Koordination mit der Tätigkeit des VBHK und des BIHAM. Es sind weitere Überlegungen bezüglich möglicher sinnvoller Anreize für den Einstieg in die Hausarztmedizin zu machen.

- Reorganisation oder neue Modelle für den ambulanten ärztlichen Notfalldienst:
Das Ziel ist eine Entlastung der einzelnen Ärztinnen und Ärzte bei der Sicherstellung der ambulanten Notfallversorgung der Bevölkerung, besonders an der Peripherie. Es bestehen hier erprobte Modelle, wie z.B. das Zusammenlegen von Dienstkreisen, die Zusammenarbeit mit Spitälern und die Hausarzt-Notfallpraxen.

Der Widerstand gegen Anpassungen und Neuerungen in diesem Bereich kommt schwergewichtig aus den Reihen der betroffenen Ärzteschaft. Die GEF (KAZA) wird ihre Bemühungen um einen Konsens mit der Ärzteschaft verstärken, um hier eine Verbesserung für die Hausärztinnen und Hausärzte zu erreichen.

- Interprofessionelle und sektorenübergreifende Zusammenarbeit (Vernetzung mit ambulanten und stationären Leistungserbringern):
Die demographisch bedingte Zunahme des Bedarfs an medizinischer Grundversorgung muss durch eine Aufgabenteilung zwischen den Medizinal- und Gesundheitsberufen sowie in partnerschaftlicher Zusammenarbeit zwischen dem ambulanten und stationären Anbietern angegangen werden. Es ist illusorisch davon auszugehen, dass die Erhöhung der Studienplätze und die Einführung eines Ausbildungs-Curriculums für Hausarztmedizin den Bedarf an Hausärzten in den nächsten zehn bis zwanzig Jahren decken können. Hier müssen neue Ansätze in existierenden Netzwerken und Formen der Zusammenarbeit gefunden werden, allenfalls mit neuen Pilotprojekten in Zusammenarbeit mit BIHAM, der Hausärztervereinigung und den Fachhochschulen.

Im Vordergrund steht die Delegation bestimmter Aufgaben an APN. Hier müssen allfällige Haftungsfragen zu klären sowie ein Konsens unter den Interessensgruppen über die Notwendigkeit neuer Vorschriften und Tarife für delegierte Tätigkeiten geschaffen werden.

Das KAZA wird weiterhin Ansprechpartner für die Gemeinden und die Ärzteschaft sein. In einer privatwirtschaftlich organisierten ambulanten medizinischen Grundversorgung haben die Massnahmen der Behörden, mit Ausnahme der dargelegten Aspekte, eine geringe Wirkung auf die Attraktivität der Hausarztstätigkeit.

Die aktiven Hausärzte spielen eine wichtige Rolle in der Vermittlung eines positiven Berufsbildes. Die unlängst bekannt gemachten Teilergebnisse der Studie „Work Force Hausarztmedizin 2015“ belegen eine gute und weiter steigende Arbeitszufriedenheit unter den Hausärzten.

- Im Rahmen der Motion Schär (M 022/2012) hat die GEF für die Jahre 2014 bis und mit 2016 ein jährliches Budget für innovative Modelle der Hausarztmedizin eingestellt. Bis

Juni 2016 sind dem KAZA allerdings nur zwei Interessensbekundungen um finanzielle Unterstützung eingegangen:

- Eine informelle Kreditanfrage über eine Million Franken, die abgelehnt werden musste, weil sie die formellen und inhaltlichen Voraussetzungen für einen Förderungsbeitrag nicht erfüllte.
- Ein parlamentarischer Vorstoss, der die Finanzierung von Praktikumsplätzen für APN forderte. Auch dafür ist bisher kein formelles Gesuch eingereicht worden.

Als einziges Projekt konnte bisher das Modell MediZentren Schüpfen Seeland konkret unterstützt werden (siehe Punkt 2.3).

4 Finanzielle Unterstützung von Modellen und Projekten zur Gewährleistung der Hausarztmedizin

Mit Artikel 4 des Gesundheitsgesetzes vom 2. Dezember 1984 besteht eine hinreichende gesetzliche Grundlage um Projekte zu unterstützen, welche die ambulante und vernetzte Versorgung zum Ziel haben. Wie in der Antwort des Regierungsrates auf die Motion Schär (M 022/2012) in Aussicht gestellt, hat das KAZA ein Konzept erarbeitet, das als Grundlage und Richtlinie für die Beantragung finanzieller Unterstützung von innovativen Projekten in der ambulanten Grundversorgung dient. Das Konzept beschreibt die inhaltlichen Kriterien sowie die formellen Anforderungen an die Anträge. Es geht grundsätzlich von einer finanziellen Unterstützung im Sinne einer Anstoss- oder Teilfinanzierung aus. Ein solches Konzept kann jedoch nur voll umfänglich zur Umsetzung kommen, wenn entsprechende finanzielle Mittel für die Durchführung von Projekten vorgesehen sind, was derzeit nicht der Fall ist. Das Konzept wird von der GEF finalisiert und als Leitfaden für potentielle Gesuchstellende auf der Internetseite der GEF veröffentlicht. So werden die Kriterien für die finanzielle Förderung von Projekten durch den Kanton öffentlich bekannt gemacht und als Beurteilungsmassstab für die zuständigen Behörden anwendbar.

Die Erfahrung hat indes gezeigt, dass es bei den meisten Projekten um die Steigerung der Standortattraktivität geht. Das ist weitgehend eine Aufgabe, welche die Gemeinden am besten übernehmen kann. Dies hat der Verband Bernischer Gemeinden (VBG) erkannt und einzelne Gemeinden haben bereits verschiedene Projekte lanciert und umgesetzt. Sie engagieren sich zusammen mit dem lokalen Gewerbe und anderen Partnern dafür, attraktive finanzielle und strukturelle Voraussetzungen für interessierte Ärztinnen und Ärzte zu schaffen: So z.B. das zur Verfügung stellen von mietbaren Praxisräumlichkeiten, die Startfinanzierung für Praxis-Einrichtungen, die Schaffung von Kinderbetreuungs- und Tagesschulangeboten, sowie die Mitarbeit bei der Schaffung von lokalen oder regionalen Gesundheitsnetzwerken, etc.

Auf Grund dieser Erfahrung wird die finanzielle Unterstützung von Einzelprojekten durch den Kanton nicht ausgebaut. Hingegen werden Massnahmen mit folgenden Schwerpunkten intensiviert und laufend evaluiert:

- Verbesserung der Organisation des ärztlichen Notfalldienstes und Entlastung der Ärzte vom Notfalldienst
- Förderung der hausärztlichen Weiterbildung
- Erleichterung des Wiedereinstieges in die ärztliche Tätigkeit
- Förderung von Modellen der interprofessionellen und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit

5 Antrag

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat, vom vorliegenden Bericht zustimmend Kenntnis zu nehmen und den Vorstoss M 022/2012 abzuschreiben.

6 Literatur

- ¹ Bieri, A. (2014). BEKAG-Versorgungsumfrage 2013. Versorgungsforschung. Ärztesellschaft des Kantons Bern *doc.be* Nr. 1 / Februar 2014, S. 3-5
http://www.bekag.ch/fileadmin/user_upload/05_Publikationen/01_doc.be/Archiv/2014/doc.be_1_14_d.pdf
- ² Bundesamt für Statistik (BFS) (2016): Ständige Wohnbevölkerung nach Geschlecht, Staatsangehörigkeitskategorie und Kanton, Periode 2015: (Stand 31.12.2015)
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/bevoelkerungsstand/02.html>
- ³ Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern (GEF) (2011): Hausarztmedizin im Kanton Bern. Bericht an den Grossen Rat zu den Motionen Heuberger (035/2005) und Kilchherr (090/2005).
http://www.gef.be.ch/gef/de/index/direktion/organisation/kaza/publikationen.assetref/dam/documents/GEF/KAZA/de/Publikationen/Bericht_Hausarztmedizin_im_Kanton_Bern_2011.pdf
- ⁴ Haus- und Kinderärzte Schweiz (mfe) (Medienmitteilung vom 31.03.2016): Medizinische Grundversorgung: Neue Studie prognostiziert rasant steigenden Hausarztmangel mit hohen Kostenfolgen. (Stand 10.06.2016)
http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/hausarzt_schweiz/Dokumente/Tag_der_Hausarztmedizin/mfe_Medienmitteilung_310316_D.pdf
- ⁵ Verein Berner Haus- und KinderärztInnen (VBHK) (Medienmitteilung vom 09.06.2016): Studie zeigt dringenden Handlungsbedarf auf. Zu wenig Haus- und Kinderärzte im Kanton Bern. (Stand 10.06.2016)
http://www.bernerhausarzt.ch/uploads/media/VBHK_Medienmitteilung_Work_Force_Studie_2015.pdf

7 Anhang

A. Motion und Vorstossantwort Schär (M 022/2012) „Förderung der Hausarztmedizin im Kanton Bern durch Unterstützung innovativer Projekte und durch Ermöglichung der Patientenidentifikation“.