



Freitag, 5. September 2008

MEDIENMITTEILUNG

Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung: Ergänzend zu den gesamtschweizerischen Bemühungen zieht der Staatsrat kantonale Lösungen vor

An seiner Sitzung vom 19. August 2008 antwortete der Staatsrat auf das Postulat von Grossrätin Christine Bulliard und Grossrat Markus Bapst über die Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung in ländlichen Regionen. Seiner Untersuchung nach braucht der Kanton keinen kurzfristigen Mangel im allgemeinärztlichen Angebot zu befürchten. Doch zeigt sich der Staatsrat besorgt durch die Vorhersagen, wonach mittelfristig ein Ungleichgewicht zwischen dem Bedarf der Bevölkerung und dem Angebot entstehen könnte.

Ungleiche Verteilung in den Regionen

In den letzten zwölf Jahren hat sich das ärztliche Angebot im Kanton deutlich vergrössert. So stieg zwischen 1995 und 2006 im Kanton Freiburg die Zahl der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger von 137 auf 207 (+51.1%), wohingegen die Wohnbevölkerung um 14.6% zunahm. Im Kanton insgesamt ist die Situation kurzfristig nicht besorgniserregend. Auf regionaler Ebene jedoch fand nicht überall die gleiche Entwicklung statt, sodass sich das ärztliche Angebot von einem Bezirk zum anderen erheblich unterscheidet. Während der Saanebezirk einen starken Zuwachs an Allgemeinärzten, Kinderärzten und Internisten verzeichnete und so einen Durchschnitt von 10.39 Grundversorgerinnen und Grundversorgern auf 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner erreichte, zählt der Broyebezirk fast um die Hälfte weniger Ärztinnen und Ärzte auf 10'000 Einwohnerinnen und Einwohner (5.45). Verringert sich also in einem Bezirk mit geringerer Ärztedichte die Ärztezahl um einige wenige Personen, kann sich dies stark auf das regionale Angebot auswirken.

Verschiedene Faktoren wirken sich signifikant auf die Entwicklung der kantonalen Situation aus. Zum einen ist heute nahezu die Hälfte der zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte mindestens 55 Jahre alt. In einigen Jahren brauchen diese Ärztinnen und Ärzte keinen Bereitschaftsdienst mehr zu leisten, da Personen ab 60 Jahren davon befreit sind. Auch werden diese Ärztinnen und Ärzte in den nächsten 10 Jahren in den Ruhestand treten. Die Zahl neu Praktizierender wird wahrscheinlich nicht ausreichen, die Nachfolge sicherzustellen, sodass ausserdem die mit dem Bereitschaftsdienst verbundene Arbeitsbelastung für die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte steigen wird. Zum anderen ist im Kanton Freiburg die Feminisierungsrate im Arztberuf höher als im schweizerischen Durchschnitt. Weil mehr Frauen teilzeitlich arbeiten als Männer, wird sich dies unweigerlich auf das Angebot auswirken.

An kantonsspezifischen Lösungen arbeiten und auf nationaler Ebene handeln

Qualität und Effizienz der medizinischen Versorgung der Freiburger Bevölkerung hängen von einem leistungsfähigen Hausärztesystem ab. Nach dem Vorbild des Bundes und anderer Kantone tritt der Staatsrat daher für die ärztliche Grundversorgung ein. Seiner Auffassung nach müssen zunächst die dringendsten Probleme angegangen werden, und zwar in Absprache mit weiteren Kantonen. Auf Westschweizer Ebene beteiligt sich der Kanton Freiburg namentlich an der Untersuchung der Möglichkeit, schrittweise ein harmonisiertes Programm für die Ausbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten in Privatpraxen einzuführen. Eine Lösung, mit der es möglich sein dürfte, auf die Qualität und Attraktivität der Weiterbildung ärztlicher Grundversorgerinnen und -versorger einzuwirken. So könnte Freiburg für dieses Projekt zwei Assistenz-Stellen bereitstellen.

Spezifische Lösungen für Freiburg sind ebenfalls im Gespräch, einige davon sind schon umgesetzt worden. Die Neuorganisation der Bereitschaftsdienstkreise, deren Zahl von anfänglich 13 auf 7 reduziert wurde, ist ein Beispiel dafür, desgleichen die neue Formel für den Bereitschaftsdienst des

Sensebezirks. Dieser verfügt nur noch über einen einzigen Bereitschaftsdienstkreis und eine einzige Rufnummer. Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten arbeitet die Dienstärztin oder der Dienstarzt eng mit dem freiburger spital, Standort Tafers, zusammen. Diese neue Formel besteht seit Anfang 2007, ist wenig kostenaufwendig und funktioniert zur grossen Zufriedenheit der implizierten Parteien. Mit Unterstützung des Staates könnten gleichartige Lösungen auch für andere Bezirke in Frage kommen. In diesem Rahmen wird der Staatsrat auch die Möglichkeit einer Beteiligung an den Ausbildungskosten der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger prüfen.

Weitere Massnahmen, namentlich die Schaffung finanzieller Anreize (z. B. Beitragsleistung des Kantons für die Einrichtung einer Praxis), scheinen verfrüht und hätten eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen medizinischen Berufen zur Folge.

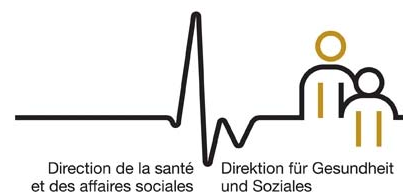
Bericht des Staatsrats zum Postulat Nr. 317.06 Christine Bulliard/Markus Bapst

KONTAKTE UND INFORMATIONEN

Amt für Gesundheit, Patrice Zurich, Vorsteher, Tel. 026 305 29 13

(13.30-15.30 Uhr)

Direktion für Gesundheit und Soziales, Claudia Lauper,
wissenschaftliche Beraterin, Tel. 026 305 29 04 – 079 347 51 38



Medienmitteilungen der Direktion für Gesundheit und Soziales auf der Website <http://admin.fr.ch/gsd/>

BERICHT Nr. 88
des Staatsrats an den Grossen Rat
zum Postulat Nr. 317.06 Christine Bulliard / Markus Bapst
über die Hausmedizin und die medizinische Basisversorgung
in ländlichen Regionen

19. August 2008

Hiermit unterbreiten wir Ihnen den Entwurf eines Berichts zum Postulat Christine Bulliard/Markus Bapst über die Hausmedizin und die medizinische Basisversorgung in ländlichen Regionen.

1 DAS POSTULAT

1.1 Zusammenfassung

Mit ihrem am 27. Juni 2006 eingereichten und begründeten Postulat (*TGR* S. 1543) verlangen Grossrätin Christine Bulliard und Grossrat Markus Bapst sowie 10 Mitunterzeichnende, dass der Staatsrat die Lage und Entwicklung im Bereich der ärztlichen Grundversorgung näher untersucht.

Die Urheberinnen und Urheber des Postulats sind besorgt über den «Hausarztschwund» im Kanton Freiburg. Sie befürchten, dass dieser Rückgang, der anscheinend auf verschiedene, weiter unten aufgeführte Faktoren zurückzuführen ist, die folgenden Auswirkungen für den Kanton Freiburg haben könnte:

- Das Angebot an ärztlicher Grundversorgung wird unzulänglich, vor allem in den Randgebieten. Diese Entwicklung beschleunigt sich mit der Alterung der Bevölkerung, denn durch diese erhöht sich der Bedarf nach Hausärztinnen und Hausärzten.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte sehen sich nicht mehr in der Lage, ihre älteren Patientinnen und Patienten zu begleiten und deren Heimeintritt hinauszuzögern. Die Folge davon ist ein Mangel an Betreuungseinrichtungen für Betagte.
- Die Hausärztinnen und Hausärzte sind nicht mehr in der Lage, den gesetzlich vorgeschriebenen Bereitschaftsdienst sicherzustellen. Die Spitäler, namentlich die Notfalldienste, die mehr Kosten verursachen, treten an die Stelle der Grundversorger. Die Folge davon ist ein Anstieg der Gesundheitskosten.
- Patientinnen und Patienten wenden sich direkt an den teureren Facharzt, was einen Anstieg der Gesundheitskosten bewirkt.
- Es gibt keinen Arzt mehr, der den Patienten regelmässig betreut, ihn kennt und einen Gesamtüberblick über seinen Gesundheitszustand wahr.

Das Postulat verlangt daher einen Bericht, der die Situation der ärztlichen Grundversorgung im Kanton Freiburg und in den Bezirken eingehend untersucht sowie konkrete Massnahmen vorschlägt, die in einer ersten Zeit zu ergreifen sind.

1.2 Antwort des Staatsrats

In seiner Antwort unterstreicht der Staatsrat, dass er sich der Bedeutung der Frage bewusst ist, und weist darauf hin, dass die zuständigen Behörden und interessierten Kreise schon eine grosse Arbeit im Sinne der Analyse und der Suche nach Lösungen geleistet haben. Er erinnert an die Arbeiten, die auf Schweizer Ebene von der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), und auf Westschweizer Ebene von der *Conférence Latine des Directeurs des affaires*

sanitaires et sociales (CLASS, vormals CRASS), denen der Kanton Freiburg als Mitglied angehört, geführt worden sind. Ferner erinnert er daran, dass wegen der Tragweite und Vielschichtigkeit des Problems, der Kanton Freiburg dieses nicht alleine bewältigen könne, namentlich im Bereich der Ausbildung der künftigen ärztlichen Grundversorger. Demzufolge seien nationale Projekte äusserst wichtig.

Bei der Abstimmung wurde die Erheblicherklärung des Postulats mit 70 gegen 0 Stimmen und bei zwei Enthaltungen angenommen.

1.3 Begriffsbestimmung «ärztliche Grundversorgung»

Zur Kategorie der «ärztlichen Grundversorger» rechnet man allgemein die praktischen Ärztinnen und Ärzte, die Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin, diejenigen für Innere Medizin ohne Subspezialisierung und die Kinderärztinnen und Kinderärzte. Je nach den verfügbaren Daten können einige Statistiken, die in diesem Bericht verwendet werden, leicht von dieser Definition abweichen. Die Unterschiede werden angegeben.

2 SITUATION DER ÄRZTLICHEN GRUNDVERSORGUNG IN DER SCHWEIZ

Ein allfälliger Mangel an ärztlichen Grundversorgern gehört seit langem zu den Sorgen der politischen Instanzen. Der Bund und die Kantone befassen sich eingehend mit dieser Frage.

2.1 Ärztedemografie auf Schweizer Ebene

Gemäss dem 2006 veröffentlichten gemeinsamen Bericht der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat die Schweiz mit 3,6 ÄrztInnen, 10,7 Pflegefachpersonen, 0,5 ZahnärztInnen und 0,5 ApothekerInnen auf 1000 Einwohner zwar ein Angebot an Gesundheitsfachleuten, das über dem Angebot der meisten OECD-Länder liegt, jedoch liegt die Zahl der Ärztinnen und Ärzte für Allgemeinmedizin in der Schweiz (0,4 auf 1000 Einwohner) deutlich unter dem Durchschnitt der OECD (0,8 auf 1000 Einwohner).

Nichtsdestotrotz stellt das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) in seinem Bericht «Ärztliche Demografie», der im Frühjahr 2007 erschien, fest, das Angebot an ambulanter Versorgung sei in allen Regionen sichergestellt. Die Studie beruht auf einer Berechnungsmethode, die in Zusammenarbeit mit der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH), santésuisse und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) erarbeitet wurde, und beurteilt das ambulante Angebot auf Schweizer Ebene in Berücksichtigung des Aktivitätsgrads der Ärztinnen und Ärzte, dies in Abweichung von den meisten Statistikanalysen, die sich vor allem auf die Zahl der den Beruf ausübenden physischen Personen stützen.

Im Rahmen seiner Mitwirkung an der 8. Arbeitstagung der nationalen Gesundheitspolitik am 9. November 2006 unter dem Titel «Stärkung der Grundversorgung», wo es die ersten Ergebnisse seiner Studie vorstellte, stellte das Obsan sogar einen leichten Anstieg des Prozentsatzes von Hausärztinnen und Hausärzten¹ auf 10 000 Einwohner fest. Dieser Prozentsatz stieg auf Schweizer Ebene von 6,18 Vollzeiteinheiten auf 10 000 Einwohner im Jahr 1998 auf 6,31 im Jahr 2004. Die Grundversorgerdichte hat somit innert sieben Jahren um 2,4 % zugenommen. Für die übrigen

¹ InhaberInnen von FMH-Titeln für allgemeine Medizin, innere Medizin ohne Subspezialisierung, praktische ÄrztInnen sowie Gruppenpraxen.

ärztlichen Fachbereiche nahm die Dichte im gleichen Zeitraum um 14,2 % zu. Interessanterweise wurde ein Rückgang der Konzentrationsrate von Hausärztinnen und Hausärzten nur im grossstädtischen Raum² beobachtet, wohingegen in allen anderen Regionen, auch den ländlichen, die Hausarzttdichte zugenommen hatte. Dies ist weitgehend darauf zurückzuführen, dass die Landärztinnen und -ärzte in der Regel mehr Stunden arbeiten als Ärztinnen und Ärzte in der Stadt.

So hebt der Bericht hervor, dass die Beobachtungen derzeit nicht auf einen schweren Nachwuchsmangel schliessen lassen und dass die Lage deutlich weniger dramatisch ist als angenommen wurde. Das Obsan bemerkt aber, dies könne sich rasch ändern, wenn der Hausarztberuf an Attraktivität verliere und der Nachwuchs nicht mehr sichergestellt sei. In seiner Studie vom 1. Juni 2008 «Angebot und Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in der Schweiz – Prognosen bis zum Jahr 2030» weist das Obsan darauf hin, dass bei unveränderten strukturellen Verhältnissen und unveränderter Einstellung gegenüber der Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen im Jahr 2030 ein wesentlicher Anteil dieser Behandlungen nicht abgedeckt werden könnte. Denn die demografische Alterung geht mit einem steigenden Bedarf nach ambulanten ärztlichen Konsultationen einher, wohingegen die Ärztebestände rückläufig sein werden. Dieses Ungleichgewicht zwischen Angebot und Inanspruchnahme wäre im Bereich der ärztlichen Grundversorgung besonders ausgeprägt.

2.2 Gründe eines Rückgangs der Anzahl ärztlicher Grundversorger und einer Ungleichverteilung zwischen Zentrum und Randregionen auf Schweizer Ebene

2.2.1 Lebensqualität

Der Kanton Waadt erteilte das Mandat zur Untersuchung des Problems des ungenügenden Nachwuchses in der ärztlichen Grundversorgung³ dem er sich wie die übrigen Kantone gegenübergestellt sieht. Eine gross angelegte Umfrage erfolgte im Jahr 2006 bei den Medizinstudierenden des 2. und 6. Jahres sowie bei den Assistenzärztinnen, Assistenzärzten, Oberärztinnen und Oberärzten.

Insgesamt geht aus dem Bericht hervor, dass die jungen Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich weniger arbeiten möchten als ihre älteren Berufskollegen und die Teilzeitarbeit vorziehen, namentlich um dem Familienleben mehr Zeit widmen zu können. Bei den Frauen ist dieser Aspekt noch ausgeprägter. Diejenigen, die vorhaben, in einer Privatpraxis zu arbeiten, ziehen eine Gruppenpraxis vor, denn diese erleichtert eine Teilzeitarbeit. Was den geografischen Ort der Berufsausübung angeht, so zeigen diejenigen, die sich zur ärztlichen Grundversorgung hin orientieren, keine klare Präferenz für die Grossstadt (zum Beispiel Lausanne oder Genf) oder eine kleinere Stadt (zum Beispiel Freiburg), auch wenn es danach aussieht, dass die erstere leicht vorgezogen wird. Hingegen stösst das Land (Ortschaften auf dem Land oder im Berggebiet) auf sehr wenig Interesse (rund 7 % der Antworten).

Die im Rahmen der Waadtländer Studie erhaltenen Antworten decken sich weitgehend mit denjenigen einer gleichartigen Studie, die von der Universität St. Gallen durchgeführt wurde. Somit scheinen die Ergebnisse allgemein für die Medizinstudierenden zu gelten.

Angesichts dieser Präferenzen lassen sich auf jeden Fall die zunehmenden Schwierigkeiten erklären, die Freiburger Ärztinnen und Ärzten in den Randregionen antreffen, wenn sie ihre Praxis

² Umfasst die Agglomerationen von Genf, Lausanne, Bern, Basel und Zürich.

³ Praktische ÄrztInnen, ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, ÄrztInnen für Innere Medizin ohne Subspezialisierung, KinderärztInnen.

einem Nachfolger übergeben möchten, um in den Ruhestand zu treten. Effektiv scheint die Wahl eines solchen Praxisstandortes weit entfernt vom Ideal junger Ärztinnen und Ärzte zu sein, wenn nicht gar entgegengesetzt.

2.2.2 Spezifische Inkonvenienzen in Verbindung mit der ärztlichen Grundversorgung

Während die obigen Informationen Auskunft über die Präferenzen der jungen (künftigen) Grundversorger in Bezug auf Arbeitsort und -intensität erteilen, geben die folgenden Angaben einen Überblick über die Aspekte, welche die ärztliche Grundversorgung für die Medizinstudierenden weniger attraktiv machen als die übrigen Fachbereiche. In der Waadtländer Studie wird der Ausbildung zum Grundversorger vorgeworfen, sie werde nicht interessant genug gemacht und sei im Rahmen des Studiums kaum vertreten. Die potenziellen Grundversorger können derzeit ihre ganze Weiterbildung als Assistenzärztin oder Assistenzarzt im Spital absolvieren, ohne jemals in einer Privatpraxis gearbeitet zu haben. Im Übrigen sind die Praktikumsplätze in der Privatpraxis unter dem Aspekt der Bezahlung nicht sehr interessant, denn diese liegt deutlich unter derjenigen von Assistenzärztinnen und -ärzten im Spital. Im Weiteren erwähnt werden die Auflagen in Verbindung mit den Bereitschaftsdiensten, die eine erhebliche Mehrbelastung verursachen. In Randzonen mit einer geringeren Dichte an Grundversorgern vergrössert sich diese Arbeitsbelastung, namentlich wegen den höheren Rotationsraten. Die Studierenden nennen ferner die finanziellen Risiken in Bezug auf einen fluktuierenden TARMED-Tarif, der im Übrigen die intellektuellen Leistungen, verglichen mit den technischen, nicht genügend in Anschlag bringe, den wachsenden Verwaltungsaufwand namentlich infolge der immer häufigeren Nachfrage von Seiten der Krankenversicherer nach weiteren Informationen und eine immer häufigere Infragestellung der Behandlungen.

2.2.3 Numerus clausus

Die im Jahr 1998 erfolgte Einführung des Numerus clausus für das Medizinstudium an den Universitäten Bern, Basel, Freiburg und Zürich sowie die sehr selektiven Prüfungen nach dem ersten Jahr, wie sie an den Universitäten Genf, Neuenburg und Lausanne praktiziert werden – aus Furcht vor einem wahrscheinlichen Anstieg der Gesundheitskosten aufgrund der höheren Ärztedichte – tragen zur heutigen Situation der ärztlichen Grundversorgung bei, insofern als der Zustrom zahlreicher potenzieller künftiger Ärztinnen und Ärzte auf diese Weise verhindert wird.

Um der Situation zu begegnen, schlägt der Schweizerische Wissenschafts- und Technologierat (SWTR) daher vor, die Zahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen. Ausserdem schlägt er eine gründliche Ausbildungsreform vor, welche mit Unterstützung der Kantone und des Bundes von den Fakultäten vorzunehmen sei. In der Folge haben die Universitäten Bern und Basel schon für das akademische Jahr 2007/2008 die Zahl ihrer Studienplätze für Humanmedizin von 118 auf 130 beziehungsweise von 125 auf 150 erhöht. Die Universität Freiburg hat die Zahl der Plätze zwar nicht geändert, prüft aber zusammen mit dem freiburger Spital (HFR) die Möglichkeit, die beiden Medizinstudienjahren, die sie heute anbietet, um ein drittes zu erweitern. Aufgrund der von beiden Partnern erarbeiteten Machbarkeitsstudie hat der Staatsrat am 8 Juli zur Einführung eines dritten Studienjahres auf Herbst 2009 seine grundsätzliche Zustimmung gegeben. Der Staatsrat hat beschlossen, die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) sowie die Direktion für Erziehung, Kultur und Sport (EKSD) zu beauftragen, für den Grossen Rat ein Dekret über die Kosten der Einführung dieses dritten Studienjahres innerhalb der fünf ersten Jahre vorzubereiten.

2.2.4 Zulassungsstopp

Die Massnahmen des so genannten «Zulassungsstopps», die darauf hinzielen, die Bewilligungen an neue Ärztinnen und Ärzte zur Erteilung ambulanter Pflegeleistungen zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Art. 55a KVG) einzuschränken, wurden am 3. Juli 2002 vom Bundesrat erlassen, nachdem die Schweiz und die Europäische Union (EU) im Jahr 2002 Abkommen über die gegenseitige Anerkennung der medizinischen Diplome unterzeichnet hatten. Tatsächlich wurde ein massiver Zustrom von in den Ländern der EU ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten in die Schweiz befürchtet. Diese Massnahmen verhindern die Eröffnung neuer Praxen oder veranlassen Ärztinnen und Ärzte, sich noch weiter zu spezialisieren, bis sie später eine Praxis eröffnen können. Die ursprünglich auf drei Jahre beschränkten Massnahmen wurden 2004 für weitere drei Jahre verlängert. Am 13. Juni 2008 wurde das Moratorium erneut verlängert, diesmal bis zum 31. Dezember 2009. Die Bewilligung zur Eröffnung einer neuen Praxis für ambulante Pflegeleistungen wird nur erteilt, wenn ihre Notwendigkeit nachgewiesen werden kann. Zum Beispiel können die Kantone beschliessen, die Niederlassung neuer Ärztinnen und Ärzte in einem Sektor oder in einer Region zu bewilligen, wo die Ärztedichte ungenügend ist oder eine bestehende Praxis der Nachfolge übergeben wird.

2.3 Untersuchung von Lösungen auf Schweizer Ebene

2.3.1 Arbeiten der GDK

Die GDK teilte schon 2005 mit, sie sei entschlossen, die ärztliche Grundversorgung zu fördern und zu verstärken. Eine erste gemeinsame Arbeitsgruppe mit dem BAG wurde gebildet, um die Lage zu analysieren und Massnahmen zur Entschärfung der Probleme vorzuschlagen.

Aus Effizienzgründen beschloss die GDK, zunächst nicht alle Fragen anzugehen, die mit einem künftigen Mangel an ärztlichen Grundversorgern verbunden sind, sondern sich eher auf zwei wichtige Themen zu konzentrieren, um rasch Lösungen vorschlagen zu können. So verfasste eine zweite Arbeitsgruppe, zu der auch die betroffenen Kreise zugezogen wurden (Kantonsärztinnen und Kantonsärzte, BAG, Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte VSAO, santésuisse, Schweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin SGAM, Kollegium für Hausarztmedizin KHM, GDK, Konferenz der kantonalen Ärztesellschaften sowie die Foederatio medicorum practicorum FMP) aufgrund der Vorarbeiten zwei Berichte, die im Oktober 2006 von der GDK verabschiedet wurden. Der Bericht «Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen» behandelt unter anderem die Probleme des ambulanten Notfalldienstes und der Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung» das Problem der Ungleichbehandlung in der Bezahlung von Assistenzärztinnen und -ärzten, je nachdem ob sie in Spitälern oder Privatpraxen arbeiten.

2.3.1.1 GDK-Bericht «Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen»

Dieser Bericht zeigt die Bedeutung der von den Bereitschaftsdienstärztinnen und -ärzten geleisteten Arbeit auf, die die grosse Mehrheit der Notfälle ambulant in ihrer eigenen Praxis oder bei Hausbesuchen versorgen (rund 90 %). Zwar sind die ärztlichen Bereitschaftsdienste schweizweit sehr heterogen organisiert, jedoch finden sich die Probleme und Schwierigkeiten, denen sie sich gegenüber sehen, landesweit wieder. Diese Probleme, welche die Attraktivität der Bereitschaftsdienste und somit der ärztlichen Grundversorgung insgesamt schmälern, sind:

- Überalterung der Grundversorger und Nachfolgeproblematik (mangelnde Nachfolge zwecks Übernahme der Arztpraxen und Beibehaltung der Anzahl Leistungserbringer). Dies kann zu Engpässen im Bereitschaftsdiensten führen;

- vermehrte Dispensationen beziehungsweise sinkende Dienstbereitschaft, namentlich wegen der damit verbundenen Mehrbelastung. Daraus folgt eine weitere Mehrbelastung der Ärztinnen und Ärzte, die am Bereitschaftsdienst mitwirken;
- grosser oder steigender Zeitaufwand (verschärftes Problem in den Randregionen);
- ungenügende finanzielle Abgeltung der Notfall-Konsultationen und keine Abgeltung der Präsenzzeit, in der die Ärztin oder der Arzt anwesend sein muss, aber keine Patienten empfängt;
- mangelhafte oder fehlenden Koordination der verschiedenen Leistungserbringer des Bereitschaftsdienstes;
- oft ungenügende Koordination zwischen der Notrufnummer 144 und den ärztlichen Grundversorgern;
- die immer grössere Zahl von Personen, die keinen Hausarzt haben, und die steigende Anspruchshaltung der Bevölkerung; sie führt zu einem «Missbrauch» der Bereitschaftsdienste für Konsultationen ohne Notfallcharakter oder sogar Bagatellfälle;
- schlechte Zahlungsmoral von Patientinnen und Patienten, die den Bereitschaftsdienst rufen, insbesondere von solchen, welche die Ärztin oder der Arzt nicht kennt.

Um diesen Problemen zu begegnen, schlägt der GDK-Bericht eine Reihe von Massnahmen und Empfehlungen vor, die von der grossen Mehrheit der Regionen angewendet werden könnten:

- Zusammenarbeit mit dem Spital und weiteren ärztlich geleiteten Zentren (Ambulatorien, Callcenter); diese verstärkte Zusammenarbeit sollte eine kompetente Triagierung ermöglichen, welche die Dienstärztinnen und -ärzte von Bagatellfällen entlasten könnte.
- Triagierung der Notfälle über einheitliche Notfallnummern.
- Optimierung der Bereitschaftsdienst-Rayons (die Rayons) oder Neuziehung ihrer Grenzen; dies ermöglicht eine gleichmässige Verteilung der Anzahl der Dienstärztinnen und -ärzte auf die verschiedenen Rayons und somit eine homogenere Arbeitsbelastung in Verbindung mit dieser Funktion. Auf der anderen Seite ist zu berücksichtigen, dass eine Vergrösserung des Rayons auch eine grössere Anzahl potenzieller Einsätze bedeutet.
- Vereinheitlichung der Bereitschaftsdienstreglemente, um Unterschiede zwischen den Rayons auszuschalten, die für deren Attraktivitätsunterschiede mitverantwortlich sind, namentlich was die Dispensationen vom Bereitschaftsdienst anbelangt.
- Finanzielle Entschädigung des Bereitschaftsdienstes durch Einführung einer Abgeltung der Präsenzzeit im Bereitschaftsdienst, eine bessere Abgeltung der Notfallkonsultationen durch TARMED, eine Übernahme der Kosten für die Notfall-Fortbildung und die speziell benötigte Infrastruktur durch den Kanton, die Einführung eines Pools, um den finanziellen Schaden aufgrund unbezahlter Rechnungen des Bereitschaftsdienstes zu begrenzen.
- Weiterbildung und Fortbildung; diese könnte für die Erlangung der Berufsausübungsbewilligung in einem Kanton verlangt werden. Dadurch liesse sich vermeiden, dass Ärztinnen und Ärzte sich mit der Begründung vom Bereitschaftsdienst dispensieren lassen, dass sie keine spezifische Notfall-Ausbildung genossen haben. Gleichzeitig wäre diese Massnahme ein Beitrag an die Versorgungsqualität.
- Eine Verbesserung der Attraktivität des Bereitschaftsdienstes würde die Attraktivität des Hausarztberufs steigern und mehr Interessenten anziehen. Dadurch würde wiederum auch der

Bereitschaftsdienst von einer generellen Steigerung der Beliebtheit des Hausarztberufs profitieren, denn die mit dem Bereitschaftsdienst verbundenen Inkonvenienzen würden auf eine grössere Anzahl Personen aufgeteilt und den einzelnen weniger belasten.

Mit den meisten dieser vorgeschlagenen Massnahmen ist es möglich, schon kurz- oder mittelfristig die Inkonvenienzen und die Arbeitsbelastung in Verbindung mit dem Bereitschaftsdienst zu bewältigen und deren negative Auswirkung auf die Motivation junger Ärztinnen und Ärzte, den Hausarztberuf zu wählen, zu verringern. Aufgrund der mit ihnen einhergehenden Erleichterungen können sie auch Ärztinnen und Ärzte, die sich schon dem Pensionsalter nähern, zur weiteren Mitwirkung am Bereitschaftsdienst motivieren.

2.3.1.2 GDK-Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung»

Der Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung» geht vermehrt auf die Frage der Weiterbildungen ein, die zu Eidgenössischen Weiterbildungstiteln der ärztlichen Grundversorgung führen (Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Innere Medizin ohne Subspezialisierung). Er stellt fest, dass ambulante Praktika in einer Privatpraxis sehr selten beziehungsweise nichtexistent sind. Der Vergleich mit der heutigen Situation in der Europäischen Union zeigt, dass die Schweiz eines der wenigen Länder ist, wo Ärztinnen und Ärzte einen Facharzttitel der ärztlichen Grundversorgung erwerben können, ohne im Rahmen ihrer Ausbildung die Tätigkeit in der Primärversorgung tatsächlich erlebt zu haben. Praktika in der selbständigen Arztpraxis sind darüber hinaus finanziell nicht sehr interessant, da sie weniger gut als Praktika im Spital abgegolten werden. Somit kommt der Bericht zum Schluss, dass die heutige Weiterbildung für den Erwerb eines Titels in ärztlicher Grundversorgung unter sowohl systemischem als auch didaktischem und wirtschaftlichem Aspekt sehr ineffizient ist.

Angesichts der Ungleichbehandlung des Studiengangs hin zur ärztlichen Grundversorgung gegenüber allen anderen Facharzttiteln schlägt der Bericht eine Mitfinanzierung der Privatpraxis-Praktika durch den Staat vor. Denn indem er den Aufwand der Spitäler subventioniert, bezahlt der Staat sowohl die Ausbildungszeit der Assistenzärztinnen und -ärzte, die ihr Praktikum im Spital absolvieren, als auch die Zeit der sie während der Ausbildung betreuenden Personen. Würden auch die Privatpraxis-Praktika subventioniert, könnte diese Ungleichbehandlung ausgeschaltet werden. Der Bericht schlägt aber vor, die Subventionierung der Ausbildung in Privatpraxen mit einem Vertrag zu verbinden, mit dem sich die implizierten Parteien zum Beispiel verpflichten, nach ihrem Studium als Grundversorger in der Region zu arbeiten.

2.3.2 Kantonale und regionale Projekte

2.3.2.1 Projekt Praxisassistenz des Kantons Waadt

Das im Kanton Waadt erarbeitete Modell illustriert die Modelle, die der GDK-Bericht für eine Verbesserung der Weiterbildung in ärztlicher Grundversorgung vorschlägt. Das Programm wird hier als Beispiel kurz vorgestellt, um unter anderem den mit einem solchen Modell verbundenen finanziellen Aufwand zu veranschaulichen:

Der Kanton Waadt hat im Jahr 2005 ein Projekt Praxisassistenz gestartet; dieses umfasst jährlich vier Arbeitsstellen, die sich über zwei Vollzeitstellen verteilen. Die Policlinique médicale universitaire (PMU) übernimmt die Aufgaben im Zusammenhang mit Verwaltung, Finanzen und Versicherungen. Das Programm ermöglicht es künftigen Allgemeinärztinnen und -ärzten, während 6 Monaten zu 100 % oder 12 Monaten zu 50 % als Assistentin bzw. Assistent bei einem frei praktizierenden Grundversorger (Allgemeinmedizin, Innere Medizin) als Ausbilder zu arbeiten.

Auf diese Weise haben sie Gelegenheit, die auf dem Gebiet nötigen Kenntnisse zu erwerben, vor allem aber die Besonderheiten der freien Berufsausübung kennen zu lernen. Seit 2008 ermöglicht dieses Programm die Aufnahme von jährlich 12 Ärztinnen und Ärzten. Im Übrigen werden künftig zu Pilotprojektzwecken zwei weitere Praktikumsplätze in der Pädiatrie zur Verfügung gestellt.

Wie gesagt, sind die Praktikumlöhne in der Privatpraxis tiefer als im Spital. Daher akzeptieren die an diesem Programm teilnehmenden Assistenzärztinnen und -ärzte den Verzicht auf 20 % des Gehalts, das sie bei einem Spitalpraktikum bezogen hätten. Von den verbleibenden 80 % werden 60 % vom Staat finanziert, und zwar über das Spital, in dem die Praktikantin oder der Praktikant während der Praktikumszeit angestellt bleibt. 20 % bezahlt die Ausbildungspraktikerin bzw. der Ausbildungspraktiker. Die Kosten des Programms zulasten des Staates belaufen sich für die beiden Pilotjahre auf jährlich 140 000 Franken. Für 2008 sieht das Projektbudget einen Betrag von 433 000 Franken vor. Sollte der Staat, wie vorgesehen, ab 2009 auch den Abgeltungsteil übernehmen, auf den die Praktikantinnen und Praktikanten heute verzichten, so nimmt die finanzielle Beteiligung des Staates dementsprechend zu und wird wahrscheinlich eine halbe Million übersteigen. Das Waadtländer Projekt muss noch evaluiert werden.

Weitere Kantone kennen mehr oder weniger gleichartige Systeme, namentlich die Kantone Genf, Glarus, Schaffhausen, St. Gallen, Thurgau und Zürich.

2.3.2.2 Praxisassistenz in der Westschweiz

Auf Schweizer Ebene zeigt sich, dass eine grosse Anzahl bestehender kantonaler Projekte voneinander abweichen, was ihre Finanzierung, ihre Dauer, die Art ihrer Koordination und Evaluation anbelangt. Im Übrigen verfügt jedes kantonale Programm über eine Koordinationszelle oder mobilisiert auf die eine oder andere Weise die öffentlichen Ressourcen. Wie die oben beschriebenen Assistenz-Projekte zielt das Projekt «Praxisassistenz in der Westschweiz» auf eine signifikante Verbesserung des Studiengangs der künftigen Grundversorger hin, vor allem aber auf eine Koordination unter den Westschweizer Kantonen und ein einheitliches Angebot, um eine Konkurrenz unter den Kantonen zu vermeiden. Das Hauptziel dieses Projekts ist es, einen allen Westschweizer Kantonen gemeinsamen Bezugsrahmen für die Praxisassistenz zu liefern. Dieser zielt darauf hin, die Praktiken auf regionaler Ebene zu harmonisieren, einen einheitlichen Standard in Bezug auf die pädagogischen und Qualitätsanforderungen vorzuschreiben, wobei die kantonalen Besonderheiten im Bereich der Umsetzung und Finanzierung gewahrt bleiben. Gemäss dem Kollegium für Hausarztmedizin (KHM) wäre ein Praktikumsplatz auf 50 000 Einwohner nötig; für den Kanton Freiburg entspräche dies der Schaffung von 5 Praktikumsplätzen. Das Projekt wird bis November 2008 im GRSP und in der CLASS diskutiert.

2.3.2.3 Westschweizer Studiengang für Allgemeinmedizin («Cursus romand de médecine générale»)

Besorgt wegen der geringen Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Romandie in Allgemeinmedizin ausbilden, und aufgerüttelt durch eine Mitteilung der GDK vom 19. Mai 2005 «Ambulante ärztliche Grundversorgung», beschloss eine Gruppe von in die Lehre einbezogenen Allgemeinpraktikern (Unité de médecine générale von Lausanne und Unité d'enseignement générale von Genf), dem Problem mit der Einführung eines «Cursus romand de médecine générale» zu begegnen. Die Ziele dieses Projektes sind:

- die pädagogische Qualität und die Attraktivität der Ausbildung in Allgemeinmedizin / ärztlicher Grundversorgung steigern,

- in der ganzen Westschweiz die Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die sich für Allgemeinmedizin / ärztliche Grundversorgung ausbilden, erhöhen, um den Nachwuchs sicherzustellen,
- die Dezentralisierung der Ausbildung in Allgemeinmedizin in der ganzen Romandie fördern,
- eine bessere regionale Verteilung der Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner bewirken.

Um diese Ziele zu erreichen, sehen die Initianten des Projekts vor, nach einer Phase der Erfassung und Beurteilung der Weiterbildungsstätten eine Stelle für die Vermittlung, Betreuung und Beratung der künftigen Generalistinnen und Generalisten zu errichten. Diese Vermittlungsstelle wird die jungen Ärztinnen und Ärzte beraten, selektionieren und bei den Weiterbildungsstätten empfehlen. Durch die Zusammenarbeit zwischen der Vermittlungsstelle und den Weiterbildungsstätten wird es möglich sein, ein positives Bild vom Allgemeinmediziner zu vermitteln und eine bessere pädagogische Qualität der Weiterbildung zu bewirken – notwendige Faktoren für die Aufwertung der Ausbildung in Allgemeinmedizin.

Die Initianten gelangten im März 2006 an die CRASS (heute CLASS), damit diese das Projekt unterstütze und sich an den Einsetzungs- und Betriebskosten beteilige, namentlich am Lohnaufwand für die Angestellten der Vermittlungsstelle (2 Ausbilder-Ärzte zu 25 % und ein Sekretär zu 50 %). Die Kosten belaufen sich auf rund 170 200 Franken.

Nach einer eingehenden Prüfung des Projekts erklärte die CLASS ihre grundsätzliche Unterstützung dieses Verfahrens, welches im Interesse der Kantone und ihrer Bevölkerung liegt. Eine Unterstützung, die den Förderern des Projektes auch in den Kontakten mit ihren Partnern, namentlich den Universitäten, helfen sollte. Auch in finanzieller Hinsicht haben die Westschweizer Kantone beschlossen, das Projekt zu unterstützen. In Anbetracht der Ambitionen und der Qualität des Projekts hat die CLASS auch bei der GDK eine finanzielle Beteiligung beantragt, um die Signalwirkung nicht nur bei den Förderern des Projekts, sondern auch bei allen anderen Akteuren zu verstärken, welche die nötige Dynamik und Kreativität für die Suche nach Auswegen aus den heutigen Schwierigkeiten dieses Studienganges aufbringen können. Die CLASS und die GDK haben somit das Projekt im Startjahr 2007 mit 80 000 Franken unterstützt. Für das Jahr 2008 unterstützt die CLASS das Projekt mit 92 000 Franken, und in ihren vorläufigen Voranschlag 2009 hat sie 127 000 Franken eingetragen. Als Mitglied der CLASS und der GDK ist der Kanton Freiburg an diesem Projekt beteiligt.

3 SITUATION IM KANTON FREIBURG

3.1 Ärztedemografie

3.1.1 Entwicklung zwischen 1995 und 2006 und Situation auf Kantonebene

Nach der Statistik des Kantons Freiburg, die sich auf diejenige der FMH stützt, ist die Zahl der ärztlichen Grundversorger⁴, die privat praktizieren⁵, zwischen 1995 und 2006 von 137 auf 207

⁴ Die Untersuchung erstreckt sich hier auf die Gebiete der Allgemeinmedizin, der Inneren Medizin und der Pädiatrie. Nicht inbegriffen sind praktische ÄrztInnen und ÄrztInnen ohne FMH-Titel, denn diese sind in der Statistik nicht über den ganzen hier untersuchten Zeitraum vertreten. 1995 gab es 49 ÄrztInnen ohne FMH-Titel, und 2006 zählte der Kanton Freiburg 9 praktische ÄrztInnen.

⁵ Privat praktizierende ÄrztInnen (Statistik des Kantons Freiburg). Die Statistik basiert auf den Zahlen der FMH-Statistik. Sie umfasst die ihren Beruf ausübenden ÄrztInnen, ob sie Mitglied der FMH sind oder nicht. Es handelt sich um Ärztinnen, die in irgend einer Form eine Praxistätigkeit ausüben, namentlich: ÄrztInnen mit privater Praxistätigkeit (voll- oder teilzeit); SpitalärztInnen (ChefärztInnen, leitende Ärztinnen, BelegärztInnen, allenfalls OberärztInnen) mit Privatklientel; privat praktizierende ÄrztInnen, die zusätzlich

gestiegen; dies ist ein Zuwachs von 51,09 %. Die Wohnbevölkerung des Kantons hingegen stieg im gleichen Zeitraum von 229 466 auf 262 904, somit um 14,57 %. Die Zahl der Grundversorger auf 10 000 Einwohner stieg somit über den beobachteten Zeitraum von 5,97 auf 7,87 (+31,88 %). Was die drei Fachbereiche anbelangt, so entwickelte sich die Zahl der selbständig praktizierenden Ärztinnen und Ärzte wie folgt: Allgemeinmedizin: von 58 auf 100 (+72,41 %); Innere Medizin: von 65 auf 89 (+36,92 %), Pädiatrie: von 14 auf 18 (+28,58 %).

Was die Gesamtzahl privat praktizierender Ärztinnen und Ärzte auf dem ganzen Freiburger Gebiet angeht, so stieg sie im gleichen Zeitraum von 321 auf 445 (+38,63 %). Bei den übrigen FMH-Fachtiteln (ohne Allgemeinmediziner, Internisten und Pädiater) war ein Anstieg von 135 auf 229 zu verzeichnen (+69,63 %). Somit ist auch festzustellen, dass insgesamt die Anzahl von Grundversorgern weniger schnell gestiegen ist als diejenige der Vertreter der übrigen FMH-Fachbereiche.

Verglichen mit den übrigen Kantonen und dem schweizerischen Durchschnitt zeigt sich, dass die Dichte an Grundversorgern mit Privatpraxis-Tätigkeit nach wie vor eher gering ist. So liegen für das Jahr 2006 die Werte des Kantons Freiburg unter dem schweizerischen Durchschnitt. Für die Allgemeinmedizin liegt der schweizerische Durchschnitt bei 4,62 ÄrztInnen auf 10 000 Einwohner, im Kanton Freiburg hingegen bei 3,85. Damit befindet sich der Kanton Freiburg unter den 26 Schweizer Kantonen an 23. Stelle. In Bezug auf die Innere Medizin liegt er an 16. Stelle (Dichte CH 4,47, FR 3,43), in der Pädiatrie⁶ an 20. Stelle (Dichte CH 1,03, FR 0,69) und in Bezug auf die praktischen Ärztinnen und Ärzte an 17. Stelle (Dichte CH 0,50, FR 0,35).

Im Übrigen hat der Kanton Freiburg nicht unter dem Zulassungsstopp gelitten, weil die Ärztebestände unter den von den Bundesbehörden festgesetzten Referenzdotationen lagen. Der Staatsrat hat die vom Bund gelassenen Möglichkeiten in diesem Bereich genutzt und nie eine Berufsausübungsbewilligung verweigert.

Die Untersuchungen des Obsan zu den Daten 2004 über die Vollzeittätigkeit der Grundversorger bestätigen diese Unterschiede zwischen dem Kanton Freiburg und dem Schweizer Durchschnitt. Hingegen präzisieren diese Analysen auch, dass die Inanspruchnahme der ärztlichen Grundversorgung und der Pädiatrie im Kanton insgesamt unter dem Schweizer Durchschnitt liegt. Das Obsan stellt ferner fest, dass in der ärztlichen Grundversorgung der Anteil der Praktizierenden von über 55 Jahren und derjenige der Frauen im Kanton Freiburg über dem Schweizer Durchschnitt liegt.

Auch wenn die Grundversorgerdichte unter dem Schweizer Durchschnitt liegt, zeigen die Zahlen klar, dass sich im Kanton Freiburg das ärztliche Angebot insgesamt in den letzten 12 Jahren spürbar erhöht hat. Obwohl also die Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung mittelfristig nicht optimal zu sein scheint und in Anbetracht der demografischen Struktur der Freiburger Grundversorger-Population gefährdeter scheint als im schweizerischen Durchschnitt, braucht die Bevölkerung des Kantons Freiburg nicht zu befürchten, kurzfristig einem Mangel im ärztlichen Angebot ausgesetzt zu sein.

und in irgend einer anderen Form auch angestellt sind; angestellte ÄrztInnen, die zusätzlich privat praktizieren. ÄrztInnen, die mehrere FMH-Titel führen, werden in allen entsprechenden Rubriken gezählt.

⁶ Gemäss der letzten FMH-Statistik ist die Zahl der Pädiater im Kanton Freiburg im Jahr 2007 auf 22 gestiegen; dadurch ist der Kanton auf die 11. Stelle vorgerückt. Mit 0,83 Pädiatern auf 10 000 Einwohner liegt er aber immer noch unter dem Schweizer Durchschnitt (1,02).

3.1.2 Entwicklung zwischen 1995 und 2006 und Situation auf regionaler Ebene (Bezirke)

Die Entwicklung des Angebots an ärztlicher Grundversorgung ist nicht in allen Bezirken gleich gewesen. Den in absoluten Zahlen ausgedrückten stärksten Zuwachs an Allgemeinmedizinern und Internisten verzeichnete der Saanebezirk. Aufgrund der ungleichen Verteilung der Ärztinnen und Ärzte unter den Bezirken variieren die Wachstumsraten noch mehr. Der Vergleich zwischen den Bezirken für das Jahr 2006 zeigt die mehr oder weniger grossen Ungleichheiten je nach den beobachteten Fachbereichen. Festzustellen ist, dass der Saanebezirk mit einer Zahl von 10,39 Grundversorgern⁷ auf 10 000 Einwohner am besten dotiert ist. Auf der entgegengesetzten Seite befindet sich der Broyebezirk mit 5,45 Ärztinnen und Ärzten. Nahezu die Hälfte der privat praktizierenden Grundversorger ist im Saanebezirk niedergelassen. Die Unterschiede zwischen den Randbezirken sind im Allgemeinen nicht sehr ausgeprägt. Zwar scheinen die Wachstumsraten in Bezug auf die Ärztezah im Vivisbachbezirk besonders spektakulär, jedoch ist dies vor allem auf eine geringe Bevölkerungszahl zurückzuführen und auf eine besonders tiefe Ärztezah zu Beginn des beobachteten Zeitraums. So hat sich die Zahl der Pädiater zwischen 1995 und 2006 verdoppelt, effektiv aber ist die Ärztezah von eins auf zwei gestiegen.

	Gesamtzahl Grundversorger		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	137	207	70	51,09 %	5,97	7,87	31,88 %
Saane	62	96	34	54,84 %	7,52	10,39	38,26 %
Sense	21	27	6	28,57 %	5,74	6,79	18,31 %
Greyerz	19	27	8	42,11 %	5,32	6,37	19,71 %
See	13	20	7	53,85 %	5,07	6,45	27,16 %
Glane	10	12	2	20,00 %	5,79	6,27	8,37 %
Broye	7	13	6	85,71 %	3,50	5,45	55,53 %
Vivisbach	5	12	7	140,00 %	4,25	8,37	96,86 %

	Allgemeinmediziner		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	58	100	42	72,41 %	2,53	3,80	50,48 %
Saane	17	35	18	105,88 %	2,06	3,79	83,84 %
Sense	15	18	3	20,00 %	4,10	4,53	10,42 %
Greyerz	8	14	6	75,00 %	2,24	3,30	47,42 %
See	6	9	3	50,00 %	2,34	2,90	23,98 %
Glane	4	7	3	75,00 %	2,31	3,66	58,05 %
Broye	5	10	5	100,00 %	2,50	4,19	67,49 %
Vivisbach	3	7	4	133,33 %	2,55	4,88	91,40 %

⁷ Ohne praktische ÄrztInnen und ÄrztInnen ohne FMH-Titel.

	Pädiater		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	14	18	4	28,57 %	0,61	0,68	12,22 %
Saane	6	7	1	16,67 %	0,73	0,76	4,17 %
Sense	1	2	1	100,00 %	0,27	0,50	84,04 %
Greyerz	2	2	0	0,00 %	0,56	0,47	-15,76 %
See	2	3	1	50,00 %	0,78	0,97	23,98 %
Glane	1	1	0	0,00 %	0,58	0,52	-9,69 %
Broye	1	1	0	0,00 %	0,50	0,42	-16,25 %
Vivisbach	1	2	1	100,00 %	0,85	1,39	64,05 %

	Internisten		Absolute Entwicklung	Entwicklung in %	Ärzte pro 10 000 Einwohner		Entwicklung in %
	1995	2006			1995	2006	
Kanton FR	65	89	24	36,92 %	2,83	3,39	19,51 %
Saane	39	54	15	38,46 %	4,73	5,85	23,63 %
Sense	5	7	2	40,00 %	1,37	1,76	28,83 %
Greyerz	9	11	2	22,22 %	2,52	2,59	2,96 %
See	5	8	3	60,00 %	1,95	2,58	32,25 %
Glane	5	4	-1	-20,00 %	2,89	2,09	-27,75 %
Broye	1	2	1	100,00 %	0,50	0,84	67,49 %
Vivisbach	1	3	2	200,00 %	0,85	2,09	146,08 %

Diese Statistiken zeigen, dass je nach Bezirk und/oder Fachbereich eine Abnahme um einige Ärztinnen/Ärzte das regionale Angebot stark beeinflussen kann.

3.1.3 Geschätzte Entwicklung der Situation bis 2013

Die Statistikdaten der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg (AGKF), welche die zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte betreffen, erlauben eine Nuancierung der obigen Feststellungen und Schlüsse in Bezug auf die mutmassliche Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung im Kanton. Da die zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte einen beträchtlichen Teil der Grundversorger darstellen, können die Daten als repräsentativ für die gesamte Grundversorger-Population betrachtet werden.

3.1.3.1 Auswirkung der Alterung auf das Angebot ärztlicher Grundversorgung

Nach den Daten der AGKF sind nahezu die Hälfte der Dienstärztinnen und Dienstärzte im Jahr 2008 mindestens 55 Jahre alt. Bis zum Jahr 2013 werden diese Ärztinnen und Ärzte nicht mehr zum Bereitschaftsdienst verpflichtet sein, entsprechend dem heute geltenden Reglement, das Ärztinnen und Ärzte ab 60 Jahren vom Dienst dispensiert. Sollte in diesem Zeitraum die Zahl der neuen Praxisbewilligungen an Grundversorger der durchschnittlichen Entwicklung entsprechen, die

zwischen 2005 und 2007 beobachtet wurde, so werden die neuen Ärztinnen und Ärzte kaum mehr als die Hälfte der Dispensationen wettmachen. Demzufolge wird sich die mit dem Bereitschaftsdienst verbundene Arbeitsbelastung für die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte spürbar erhöhen, selbst wenn wie heute schon einige Ärztinnen und Ärzte über die Altersgrenze von 60 Jahren hinaus am Dienst mitwirken.

Die Daten zeigen auch, dass eine grosse Zahl von Grundversorgern in den nächsten zehn Jahren in den Ruhestand treten wird. Es ist nur eine Frage der Zeit – je nach der zeitlichen Staffelung der Rücktritte und der Arbeitszeitverkürzungen – bis die Anzahl neuer Ärztinnen und Ärzte nicht mehr ausreicht, um die Nachfolge sicherzustellen.

3.1.3.2 Auswirkung der Feminisierung des Berufs und der Teilzeitarbeit

Die Feminisierungsrate des Berufs – ein häufig vorgebrachtes Argument im Zusammenhang mit der Teilzeitarbeit, um den Rückgang des Angebots zu erklären – beträgt für die untersuchten Bereitschaftsdienst-Kreise 22,43 %. Auf Kantonsebene betrifft die Teilzeitarbeit in der untersuchten Population rund 14,95 % der zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärztinnen und Ärzte. Bei den Frauen ist dieser Prozentsatz höher, nämlich 37,50 %, wohingegen bei den Männern sich nur 8,43 % für diese Option entschieden haben. Gemäss Obsan liegt die Feminisierungsrate im Kanton Freiburg über dem Schweizer Durchschnitt.

Die untersuchten Daten lassen darauf schliessen, dass mittelfristig die in den letzten zwölf Jahren beobachtete Zunahme an Grundversorgern zu einem grossen Teil durch die Pensionierung eines nicht unbeachtlichen Anteils der Ärzteschaft rückgängig gemacht wird. Diese Entwicklung wird sich auch erheblich auf den Bereitschaftsdienst auswirken und lässt die damit verbundene künftig steigende Arbeitsbelastung erahnen, insbesondere in den kleineren Bereitschaftsdienst-Kreisen.

3.2 Lösungsansätze für den Kanton Freiburg

3.2.1 Anpassung des Reglements der AGKF für den ärztlichen Bereitschaftsdienst

Nach Artikel 95 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes vom 16. November 1999, das am 1. Januar 2001 in Kraft trat, stellen die Gesundheitsfachpersonen den Präsenz- und Bereitschaftsdienst in einer Weise sicher, dass die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleistet ist. Der Artikel 17 des Reglements vom 21. November 2000 über die Pflegeleistungserbringer und die Aufsichtskommission führt auf, welche Gesundheitsfachleute gehalten sind, am Präsenz- und Bereitschaftsdienst mitzuwirken; namentlich verpflichtet er die Ärzteschaft, über die AGKF den Präsenz- und Bereitschaftsdienst nach Region und nach Spezialgebiet zu regeln. Die AGKF ist auch befugt, sowohl ihre Mitglieder als auch Fachpersonen, die nicht Mitglieder sind, zum Präsenz- und Bereitschaftsdienst zu verpflichten. Sie kann bestimmte Kategorien von Fachpersonen vom Präsenz- und Bereitschaftsdienst befreien, namentlich aus Gründen des Alters oder der Funktion, und ausnahmsweise aus gerechtfertigten Gründen einen Einzeldispens erteilen. Mit Verordnung vom 18. Februar 2003 genehmigte der Staatsrat das von der AGKF am 14. November 2002 erlassene Reglement für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg.

In Anbetracht der wachsenden Probleme, mit denen die Bereitschaftsdienst-Kreise konfrontiert sind, namentlich der steigenden Arbeitsbelastung in Verbindung mit den sich verringernden Arztbeständen, beschloss die AGKF an ihrer Generalversammlung vom 26. April 2007 eine Änderung des Reglements für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg, welche der Staatsrat in seiner Verordnung vom 26. Februar 2008 genehmigte. Die Änderung hat zum Zweck,

eine grössere Anzahl Ärztinnen und Ärzte zur Mitwirkung am Bereitschaftsdienst zu motivieren und zu verpflichten. Ärztinnen und Ärzte, welche die Qualitätsanforderungen für den Bereitschaftsdienst nicht erfüllen, müssen sich innert einem Jahr ausbilden. Fehlende Kenntnisse sind somit keine Entschuldigung mehr, sich vom Bereitschaftsdienst fernzuhalten. Ausserdem sind die Voraussetzungen für eine Dispensation vom Bereitschaftsdienst aus Gesundheitsgründen und wegen körperlicher Probleme restriktiver geworden.

3.2.2 Neuorganisation des Bereitschaftsdienstes im Sensebezirk

Ursprünglich hatte der Sensebezirk zwei Bereitschaftsdienstkreise (oberer und unterer Sensebezirk) mit zwei verschiedenen Rufnummern. Zwei Ärzte standen ständig in Bereitschaft, täglich rund um die Uhr. Ausserdem hatten die Ärzte eine Vereinbarung mit dem Ambulanzdienst des Sensebezirks, wonach in schweren Notfällen der Arzt gerufen werden konnte, der sich in nächster Nähe zum Patienten befindet. Wegen einer Abnahme der zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärzteschaft aber wurde die Belastung für die verbleibenden Ärztinnen und Ärzte untragbar. Aufgrund dieser Feststellung suchte die Ärzteschaft des Sensebezirks neue Lösungen, um den Bereitschaftsdienst sicherstellen zu können. In Zusammenarbeit mit dem HFR – Standort Tafers gelang es ihr, diesen neu zu organisieren. Dabei wurden mehrere Punkte umgesetzt, die in den obgenannten Berichten der GDK vorgeschlagen wurden.

In dem neuen Modell, das heute angewandt wird, sind die beiden ursprünglichen Bereitschaftsdienst-Kreise zu einem einzigen zusammengelegt worden, der den ganzen Sensebezirk abdeckt. Gleichzeitig gibt es nur noch eine einzige Rufnummer und einen einzigen Dienstarzt. Dieser stellt den Dienst täglich von 7 bis 20 Uhr sicher. Ausserhalb dieser Zeiten werden die ambulanten Notfälle vom Spital übernommen. Wenn aber der Patient sich nicht fortbewegen kann und ein Hausbesuch nötig ist, kann der diensthabende Arzt des Spitals jederzeit den Dienstarzt des Bereitschaftsdienst-Kreises aufbieten.

Diese am 1. Januar 2007 eingeführte Zusammenarbeit funktioniert zur grossen Zufriedenheit der implizierten Parteien und konnte bisher vom diensthabenden Spitalpersonal ohne Mehrbestände bewältigt werden. Bisher sind auch keine Mehrkosten angefallen, mit Ausnahme einiger Anpassungen der Telefonzentrale. Sie ermöglichte eine Entlastung der frei praktizierenden Ärztinnen und Ärzte und motivierte auch einige, die grundsätzlich aus Altersgründen vom Dienst dispensiert waren, zu einer weiteren Mitwirkung.

3.2.3 Reorganisation weiterer Bereitschaftsdienst-Kreise

Die AGKF beschränkte ihre Konzentrationsbemühungen nicht auf den Bereitschaftsdienst im Sensebezirk. Weitere Bereitschaftsdienst-Kreise sind neu organisiert und zusammengefasst worden, so dass aus den ursprünglichen 13 Kreisen inzwischen 7 geworden sind. Angesichts der erfolgreichen Reorganisation des Bereitschaftsdienstes im Sensebezirk gelangte die AGKF an das HFR im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen den Spitalstandorten und Bereitschaftsdienst-Kreisen der übrigen Bezirke. Die Partner haben Gespräche aufgenommen, um verschiedene Ansätze für Lösungen zu untersuchen, die sich für die einzelnen Spitalstandorte und Bereitschaftsdienst-Kreise eignen.

4 STANDPUNKT DES STAATSRATS

Der Bund und die Kantone erklärten gemeinsam ihren Willen, die ärztliche Grundversorgung zu unterstützen. Dieser Wille gründet auf der Überzeugung, dass ein leistungsstarkes Hausarztssystem

eine wichtige Voraussetzung für eine effiziente medizinische Versorgung der Bevölkerung ist. Somit müssen die Massnahmen zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung den Erhalt beziehungsweise die Verbesserung ihrer Effizienz bezwecken. Indessen geht es nicht darum, die ärztliche Grundversorgung auf dem Weg einer Subventionspolitik gegenüber anderen ärztlichen Fachbereichen zu begünstigen. Der Grundsatz der Subsidiarität des Staates muss zur Anwendung kommen. An erster Stelle liegt es an den Grundversorgern, nach Massgabe ihrer Möglichkeiten Lösungen zu finden, die sich für die sie betreffenden Probleme eignen.

Daher vertritt der Staatsrat die Auffassung, dass zunächst den dringendsten Problemen begegnet werden muss, und zwar in Absprache mit den übrigen Kantonen. Dazu muss der Fokus vorzugsweise auf eine beschränkte Anzahl von Punkten gerichtet und vermieden werden, sich auf eine Vielzahl von Optionen zu verzetteln, deren Auswirkungen bisher nicht genügend evaluiert worden sind.

Die Änderungen und Verbesserungen in den Studiengängen der Grundversorger werden sich in Anbetracht der Studiendauer erst in rund zehn Jahren merklich auf die Ärztedemografie auswirken. Um kurzfristig den Problemen zu begegnen, mit denen sich der Beruf konfrontiert sieht, zieht der Kanton Lösungen vor, die auf einer Reorganisation der bestehenden Strukturen mit den verfügbaren Mitteln beruhen – Lösungen, die keine oder eine nur geringfügige finanzielle Zuwendung des Staates erfordern und die namentlich auf eine Verbesserung der Situation und Lebensqualität der Grundversorger hinzielen. Es geht darum, zuerst diese Lösungen auszuschöpfen, bevor radikalere und kostenträchtigere Lösungen in Betracht gezogen werden, die häufig mit stärkeren Interventionen des Staates in der Berufspraxis einhergehen, nach dem Grundsatz «Wer zahlt, befiehlt».

Somit stellt der Staatsrat mit Zufriedenheit fest, dass im Kanton mehrere gangbare Wege geprüft werden und dass für die Bewältigung der Probleme, denen sich die ärztliche Grundversorgung gegenüber sieht, konkrete Initiativen laufen :

4.1 Reorganisation der Bereitschaftsdienste

Der Staatsrat unterstützt die von Partnern konzertiert eingeführten Lösungen wie zum Beispiel diejenige für den Bereitschaftsdienst des Sensebezirks, in den das HFR – Standort Tafers miteinbezogen ist. Er ist bereit mitzuhelfen, damit gleichartige Lösungen in den übrigen Bezirken gefunden werden. Daher erwartet er gespannt die ersten Ergebnisse der Gespräche zwischen dem HFR und der AGKF über die Reorganisation der Bereitschaftsdienste des Kantons. Denn solche Lösungen aus der Hand der direkt betroffenen Kreise sind bestimmt besser geeignet, dem dringenden Bedarf und den Erwartungen der Grundversorger zu entsprechen, breite Unterstützung bei ihnen zu finden und das gewünschte Ziel zu erreichen als Projekte, die vom Staat ausgearbeitet werden und darüber hinaus als belastend empfunden werden könnten.

Was die qualitativen und finanziellen Aspekte des Bereitschaftsdienstes angeht, so nehmen nach Information der AGKF die ärztlichen Grundversorger alle zwei Jahre an einem Ausbildungs- und Auffrischkurs für die Notfallversorgung teil, der pro Ärztin oder Arzt rund 400 Franken kostet. Wie nach Artikel 6 Abs. 3 des Reglements für den ärztlichen Bereitschaftsdienst im Kanton Freiburg zulässig – dieser sieht vor, dass die Bereitschaftsdienstkreise ermächtigt sind, in der Region ihrer Tätigkeit eine Finanzierung für die teilweise Deckung ihrer Kosten ausfindig zu machen - wird derzeit ein Teil dieser Kosten noch von einer pharmazeutischen Firma gesponsert, so dass nur noch rund 150 Franken zulasten der Ärztinnen und Ärzte gehen. Jedoch weisen die Ärztinnen und Ärzte darauf hin, dass die Abwesenheit von der Praxis während der

Ausbildungsdauer auch eine Minderung ihres Geschäftsumsatzes bedeutet. Daher beantragt die AGKF eine Kostenbeteiligung des Kantons.

Es besteht keine gesetzliche Grundlage, die den Staat zu einer Subventionierung des Bereitschaftsdienstes verpflichtet, fällt dieser doch einzig und allein in die Zuständigkeit der Ärzteschaft. Dennoch könnte der Staat als Zeichen seines guten Willens die Frage erwägen. Sollte sich der Staat an den Kosten dieser Ausbildung beteiligen oder diese übernehmen, so würde dies jährlich zwischen 11 000 und 40 000 Franken⁸ kosten. Es ist aber an den Gemeinden als den örtlichen Gesundheitsbehörden, ihre Verantwortung wahrzunehmen und sich an der Unterstützung der Dienstärztinnen und Dienstärzte zu beteiligen.

In diesem Sinne sei erwähnt, dass schon einige Gemeinden die Bereitschaftsdienste finanziell unterstützen, wie etwa die Gemeinden des Sensebezirks, die dem Bereitschaftsdienst-Kreis einen jährlichen Betrag von 2500 Franken je zum Bereitschaftsdienst verpflichteten Arzt bezahlen. Dies als Beteiligung an den Ausbildungskosten, aber auch an den Kosten der regelmässigen Erneuerung der Arzneimittelvorräte, die ein Dienstarzt für die Behandlung bestimmter Notfälle zur Verfügung haben muss und die bei Nichtverwendung regelmässig ausgetauscht werden müssen, da sie eine relativ kurze Verfallszeit haben.

In Anbetracht dieser Faktoren wird der Staatsrat im Rahmen der Reorganisation der Bereitschaftsdienste die Möglichkeit einer Beteiligung an diesen Ausbildungskosten prüfen, wie von der AGKF beantragt.

4.2 Reorganisation der Ausbildung

Der Staatsrat unterstützt auch die Lösungen, die auf eine Verbesserung der Ausbildung von Grundversorgern hinzielen. Da die Ausbildung aber sehr hohe Qualitätsansprüche erfüllen muss, müssen solche Projekte zur Änderung und Verbesserung der Ausbildung konzertiert auf gesamtschweizerischer, allenfalls interkantonaler Ebene eingeführt werden, um eine einheitliche Ausbildungsqualität in der ganzen Schweiz zu gewährleisten. Nur die Details sollten noch auf Kantonsebene geregelt oder angepasst werden.

Auch wenn das Ausbildungsmodell der Praxisassistenten, wie es im Kanton Waadt praktiziert wird (s. Ziffer 2.3.2.1), für den Staat relativ kostspielig ist und darüber hinaus nicht garantiert, dass die Ärztin oder der Arzt sich nach der Ausbildung dort niederlässt, wo der Kanton es am nötigsten bräuchte, das heisst in einem Randgebiet, scheint es ein interessanter Ansatz für die Assistentenärztinnen und -ärzte zu sein. Natürlich kann der Kanton das Angebot der Ausbildung in der Praxis an einen Vertrag binden, der vorsieht, dass die Ärztin oder der Arzt einige Jahre in einer Randregion praktiziert und der Kanton im Gegenzug die mit der Praxisassistenten verbundene Lohndifferenz übernimmt. Eine solche Auflage schmälert aber die Attraktivität der Ausbildung. Je höhere die Auflagen die Assistentenärztin oder der Assistentenarzt zu gewärtigen hat, desto weniger verlockend ist das Angebot für sie oder ihn. Im Interesse aber einer besseren Ausbildung der künftigen Grundversorger prüft der Kanton Freiburg mit seinen Partnern der Westschweizer Kantone die Möglichkeit einer progressiven Einführung eines harmonisierten Programms. Das HFR und die AGKF werden die GSD in der Einsetzung dieses Projekts begleiten.

⁸ Untere Grenze: 150 ÄrztInnen × 150 Franken (Beteiligung) auf 2 Jahre = 22 500 Franken, somit 11 250 Franken pro Jahr.

Obere Grenze: 200 ÄrztInnen × 400 Franken (Gesamtbeitrag) auf 2 Jahre = 80 000 Franken, somit 40 000 Franken pro Jahr.

Was die Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten allgemein angeht, so fordern die Studien über die Ärztedemografie eine Erhöhung der Anzahl Studienplätze in der Schweiz insgesamt. Ein solches Vorgehen erfordert das Engagement aller Akteure auf Universitäts- und Spitalebene. Der Entscheid des Staatsrats über die Einführung des dritten Medizinstudienjahres an der Universität Freiburg fügt sich in diese Logik ein und zeugt vom Willen, an diesen Ausbildungsbemühungen mitzuwirken. Das geplante Freiburger Programm sieht auch das Lernen in der Arztpraxis vor, so dass die Studierenden rasch in Kontakt mit der Medizin ausserhalb des Spitals treten können.

4.3 Berücksichtigung der Änderungen des Gesundheitssystems

Der Staatsrat möchte nicht die derzeitigen Situation durch eine Art Berufsprotektionismus zementieren, sondern eher die ärztliche Grundversorgung im Verlauf einer zweifellos unumgänglichen Entwicklung begleiten. Die ärztliche Grundversorgung fügt sich in ein Gesundheitssystem ein, das sich in stetem Wandel befindet, und es ist unvermeidlich, dass sie sich diesem Wandel anpassen muss. Die ärztliche Grundversorgung von morgen wird nicht die gleiche sein wie die von heute, so wie die heutige nicht mehr diejenige von gestern ist.

Die heutige Gesellschaft zeichnet sich durch eine Mobilität und einen Informationsstand aus, wie sie zuvor nie erreicht wurden. War es früher von höchster Bedeutung für die ganze Bevölkerung einer Region, den Grundversorger in geografischer Nähe zu haben, so wird dies zunehmend weniger wichtig.

Die heutige Gesellschaft ist eine Informationsgesellschaft, wo die Einzelperson mehr und mehr über Telefon, Handy, Internet, E-Mail kommuniziert. Die Tatsache, dass zahlreiche Kranke sich informiert genug fühlen, um sich direkt an eine Fachärztin oder einen Facharzt zu wenden, ohne zuerst einen Allgemeinpraktiker zu konsultieren, kann nicht durch kantonale örtliche Interventionen geändert werden. Solche Entwicklungen im Verhalten können allenfalls durch künftige KVG-Revisionen eingedämmt werden, die zum Beispiel vermehrt dem Angebot der Krankenversicherer in Bezug auf besondere Versicherungsformen Vorschub leisten (Health maintenance organisations HMO, Hausarztmodelle und Telemedizin).

Einige dieser Modelle können die Rolle und die Bedeutung des Grundversorgers im System stärken, indem er als «Gatekeeper» fungiert, über den die Patientinnen und Patienten zwingend gehen müssen, um sich wenn nötig an einen Facharzt überweisen zu lassen. Aber auch wenn diese Modelle die Attraktivität des Berufs vielleicht steigern, ermöglichen sie es nicht, rasch das Problem des Ärztemangels zu bewältigen. Tatsächlich generieren sie nämlich einen erhöhten Bedarf an Grundversorgern, weil das System bedingt, dass alle Patientinnen und Patienten zuerst deren Dienstleistungen in Anspruch nehmen.

Da sich diese grundlegenden Änderungen des Gesundheitssystems auf nationaler Ebene entscheiden, kann der Staatsrat nur die Wichtigkeit der effektiven Mitarbeit des Kantons an den auf dieser Ebene laufenden Arbeiten unterstreichen. Es muss aber auch erwähnt werden, dass diese Änderungen vielleicht Auswirkungen haben werden – wie die Einschränkung der freien Arztwahl oder auch die Aufhebung des Vertragszwangs -, die den Berufen der ärztlichen Grundversorgung nicht alle förderlich sein werden.

Die (unentgeltlichen) Telemedizin-Dienstleistungen, die rund um die Uhr erreichbar sind (zum Beispiel «Medgate», mit 2,5 Millionen Mitgliedern in der Schweiz) und die von immer mehr Krankenversicherern ihren Mitgliedern angeboten werden, ermöglichen eine Triagierung der Notfälle und entlasten demzufolge die Arztpraxen von harmloseren Fällen, die keiner Untersuchung in der Arztpraxis bedürfen. Auf der anderen Seite unterstützt dieses System aber eher eine Entwicklung, wonach Patientinnen und Patienten weniger das Bedürfnis nach einer eigenen

Hausärztin oder einem eigenen Hausarzt haben. Dies umso eher, als sie rasch Informationen einholen können, ohne sich fortbewegen zu müssen, ohne Zeit in einem Wartezimmer zu verlieren.

Das Gleiche gilt für elektronische Patientenkarten und -dossiers, dank denen mittel- und sogar kurzfristig ein grosser Teil bzw. sämtliche medizinische Daten einer Patientin oder eines Patienten vereinigt werden können, so dass sich ein beliebiger behandelnder Arzt rasch einen relativ umfassenden Überblick über die Situation der betreffenden Person beschaffen kann, ohne von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt abhängig zu sein. Hier zu nennen ist das Projekt des elektronischen Patientendossiers (EPD), das derzeit im HFR umgesetzt wird.

Für sehr schwere Fälle, die eine rasche Intervention an Ort und Stelle erfordern, ermöglichen die REGA oder die notmedizinischen Dienste (SMUR) einen schnellen Einsatz auch in Randzonen und an abgelegenen Orten. In diesem Bereich arbeitet der Kanton Freiburg übrigens an der Prüfung eines Konzepts für eine weitere Verbesserung der präklinischen Notfallversorgung für Freiburger Patientinnen und Patienten.

Diese Beispiele zeigen, dass die künftigen möglichen Entwicklungen des Umfelds und des Rahmens der ärztlichen Grundversorgung für den Beruf zweischneidig sein können, können doch einige davon Lösungen für das Problem des Hausärztemangels bringen wie auch weitere Sachzwänge generieren. Umso wichtiger ist es für den Beruf, dass er sich anzupassen versteht. Diese tief reichende Entwicklung zeigt auch, dass die Lösung des Problems eines künftigen Ärztemangels in der Grundversorgung wahrscheinlich nicht mit einigen finanziellen Anreizen gelöst werden kann.

4.4 Finanzielle Anreize

Überlegungen betreffend allfällige finanzielle Anreize (Subventionierung der Infrastrukturen oder teilweise und vorübergehende Steuerbefreiungen nach Errichtung einer Privatpraxis), die den (künftigen) Grundversorgern vom Kanton geboten würden und so den Beruf attraktiver machen oder auch Ärztinnen und Ärzte zur Niederlassung in Randregionen motivieren würden, scheinen im Moment verfrüht. Nicht nur fehlt der Beleg für die Wirksamkeit solcher Modelle, sondern sie würden zudem eine Ungleichbehandlung gegenüber anderen Medizinalberufen schaffen. Ausserdem wären sie nicht kohärent mit der kantonalen Spitalplanung, die eine Konzentration der technischen Mittel für eine vermehrte Effizienz des vom Staat subventionierten Gesundheitssystems anstrebt. Im Übrigen gäbe die Finanzierung der Infrastrukturen keine Garantie dafür, dass die Ärztin oder der Arzt in der Randzone niedergelassen bleibt. Erstens, weil der Staat sie oder ihn nicht über die vertraglich vereinbarte Zeit hinaus dazu zwingen kann. Zweitens: Je geringer der finanzielle und persönliche Einbezug der Ärztin oder des Arztes ist, umso weniger wird sie oder er es bedauern, eine solche von Dritten finanzierte Infrastruktur zu verlassen. Somit könnte ein gegenteiliger Effekt erzielt werden und ein verstreuter und unternutzter «Infrastrukturen-Park» zulasten des Staates die Folge sein.

Zuletzt geht es auch nicht darum, unter den Kantonen eine Art Wettstreit um die besten finanziellen Vorteile anzufangen, mit dem Ziel, Kandidatinnen und Kandidaten anzuziehen, so dass andere Kantone das Nachsehen haben. Eine solche Situation wäre kontraproduktiv, vor allem für Kantone wie Freiburg, die über weniger grosse Finanzmittel verfügen.

Den einschlägigen Studien nach scheinen im Übrigen die die Lebensqualität betreffenden Aspekte wichtiger als rein finanzielle Aspekte zu sein.

4.5 Taxpunktwert TARMED

In Bezug auf das häufig erwähnte Problem eines TARMED-Taxpunktwertes, der als zu niedrig erachtet wird, erinnert der Staatsrat daran, dass das KVG die Frage der Abgeltung der Leistungen zulasten der sozialen Krankenversicherung regelt und keine Kompetenzen für die Kantone vorsieht. Diese Frage muss durch die Vertragspartner geregelt werden, und es ist an den Ärztevereinigungen und -gesellschaften, die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten.

5 SCHLUSSFOLGERUNG

Die Deckung des Bedarfs der Bevölkerung in Bezug auf die ärztliche Grundversorgung im Kanton Freiburg ist zur Stunde sichergestellt. Verschiedene Studien und Prognosen zeigen aber, dass die ärztliche Grundversorgung an Interesse verloren hat und nicht mehr so viele junge Ärztinnen und Ärzte wie früher anzieht, so dass man mittelfristig mit einer Abnahme der Bestände rechnen muss, wenn sich die Lage nicht positiv entwickelt. Eine solche Entwicklung droht auf die Länge zu einem Missverhältnis zwischen dem Angebot und dem Bedarf der Bevölkerung zu führen.

Der Ernst der Lage ist von den betroffenen Kreisen und den zuständigen Behörden erkannt worden, auf der Ebene sowohl der Kantone als auch des Bundes. Gemeinsam arbeiten sie an der Einführung der tief greifenden organisatorischen und strukturellen Änderungen, die für eine nachhaltige Verbesserung der Lage erforderlich sind.

Der Staatsrat ist nach wie vor überzeugt, dass die Lösungen vorzugsweise vom Berufsstand selber gefunden werden müssen und dass der Staat eine nur subsidiäre Rolle spielen muss. Daher privilegiert er die von an der Front tätigen Einzelpersonen und Organismen erarbeiteten und getragenen Projekte, die auf eine Reorganisation der verfügbaren Mittel zwecks Verbesserung von deren Wirksamkeit und Effizienz abzielen; sie sollten eine rasche Verbesserung der Lage ermöglichen. In diesem Sinne unterstützt der Kanton Freiburg die Reorganisation der Bereitschaftsdienst-Kreise durch die AGKF in Zusammenarbeit mit dem HFR. Was die strukturellen Änderungen betrifft, namentlich in der Ausbildung der Grundversorger, so sind die entsprechenden Schritte im Gang. Der Kanton Freiburg prüft mit seinen Partnern der Westschweizer Kantone die Möglichkeit der schrittweisen Einführung eines harmonisierten Praxisassistenten-Programms in naher Zukunft, und das HFR sowie die AGKF werden ihn in der Umsetzung auf Kantonsebene begleiten.

Der Staatsrat ist überzeugt, dass diese konkreten Massnahmen die jungen Ärztinnen und Ärzte ermuntern werden, wieder den Weg der ärztlichen Grundversorgung zu wählen und sich im Kanton Freiburg niederzulassen. Sie ermöglichen schlussendlich eine nachhaltige Verbesserung der Situation in der ärztlichen Grundversorgung und tragen so dazu bei, dass die allgemeinmedizinische Deckung der Freiburger Bevölkerung erhalten bleibt.

Wir bitten Sie, diesen Bericht zur Kenntnis zu nehmen.