

des Staatsrats an den Grossen Rat zu den Postulaten

- **2010-GC-10 [2071.10] †Moritz Boschung-Vonlanthen / Katharina Thalmann-Bolz «Förderung von Gemeinschaftspraxen bzw. Grundversorgungszentren auf dem Land»**
- **2011-GC-10 [2087.11] Nicole Lehner-Gigon / Bernadette Hänni-Fischer «Studie über die medizinische Erstversorgung im Kanton»**
- **2013-GC-27 [2029.13] Ralph Alexander Schmid «Unterstützung der hausärztlichen Grundversorgung in ländlichen Gebieten im Kanton Freiburg»**

Hiermit unterbreiten wir Ihnen einen gemeinsamen Bericht zu den drei genannten Postulaten.

1 DIE POSTULATE

1.1 Postulat 2010-GC-10 [2071.10] †Moritz Boschung-Vonlanthen / Katharina Thalmann-Bolz

Das am 17. März 2011 eingereichte und begründete Postulat 2071.10 †Moritz Boschung / Katharina Thalmann-Bolz «Förderung von Gemeinschaftspraxen bzw. Grundversorgungszentren auf dem Land» wurde am 22. März 2011 vom Grossen Rat erheblich erklärt. Die Frist für die Abgabe des Berichts wurde ein erstes Mal am 3. September 2012, dann ein weiteres Mal bis zum 31. August 2014 verlängert.

In der Tat bestand ein enger Bezug zwischen der Ausarbeitung dieses Berichts und der Antwort des Bundesrats auf die am 3. Mai 2012 beim Nationalrat eingereichte Motion 12.3398 Bulliard-Marbach. Diese Motion, die den Bundesrat insbesondere beauftragte, die Schaffung von Gemeinschaftspraxen mit einem breiten Leistungsspektrum zu unterstützen, überschneidet sich thematisch mit dem Postulat 2071.10 †Moritz Boschung-Vonlanthen / Katharina Thalmann-Bolz. Es lag auf der Hand, dass sich der Entscheid über die Annahme oder Abweisung dieser Motion und die gegebenenfalls daraus hervorgehenden Verpflichtungen des Bundes stark auf den Kurs der kantonalen Politik auswirken würden und im Bericht zum Postulat 2071.10 zwingend berücksichtigt werden müssten. Die Motion wurde indes am 4. März 2014 vom Ständerat abgewiesen. Nachdem die Unsicherheit bei diesem Punkt beseitigt ist, kann der Staatsrat nun dem Postulat Folge leisten und den vorliegenden Bericht zum Abschluss bringen.

1.2 Postulat 2011-GC-10 [2087.11] Nicole Lehner-Gigon / Bernadette Hänni-Fischer

Mit ihrem am 24. März 2011 eingereichten und begründeten, am 5. Oktober 2011 erheblich erklärten Postulat verlangten die Grossrätinnen Nicole Lehner-Gigon und Bernadette Hänni-Fischer eine Studie über die mögliche Einrichtung von Permanenzen nach dem Vorbild der Permanence am HFR Meyriez-Murten an anderen Standorten des Kantons.

In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass der Staatsrat am 28. Mai 2013 dem Grossen Rat den Bericht Nr. 63 zum Postulat 2007.12 Jean-Pierre Siggen / Yvonne Stempfel-Horner

«Bericht über die mittel- und langfristige Ausrichtung des HFR sowie über die Massnahmen im Rahmen des Budgets 2012» übermittelt hat. Dieser Bericht ging mit dem Projekt zur strategischen Entwicklung des HFR 2013–2022 und einem Konzept für eine vom HFR getragene Permanence einher. Der Staatsrat hat sich dabei für die Einrichtung neuer Permanenzen an den Standorten Riaz und Tafers nach dem Vorbild am Standort Meyriez-Murten ausgesprochen. Er ist der Ansicht, dass jener Bericht auch den Erwartungen des Grossen Rates im Zusammenhang mit dem Postulat 2087.11 Nicole Lehner-Gigon / Bernadette Hänni-Fischer entspricht. Der Staatsrat möchte aber die Rolle der vom HFR eingerichteten Permanenzen und ähnlicher Strukturen im Kontext der ärztlichen Grundversorgung in diesem Bericht nochmals hervorheben.

1.3 Postulat 2013-GC-27 [2029.13] Ralph Alexander Schmid

Mit seinem am 24. Juni 2013 eingereichten und begründeten Postulat forderte Grossrat Ralph Alexander Schmid den Staatsrat auf, die Mittel und Massnahmen zu prüfen, mit denen der Staat und die Gemeinden die ärztliche Grundversorgung in den ländlichen Gegenden des Kantons unterstützen können.

Wie die oben genannten Postulate zielt dieser Vorstoss auf das Gebiet der ärztlichen Grundversorgung ab, wenn auch in einer breiteren Optik. Da der Staatsrat Wert darauf legt, zu diesem Themenkreis einen vollständigen Bericht zu unterbreiten, hat er eine Verlängerung der Antwortfrist bis zum 31. August 2014 beantragt und auch erhalten. Heute kann er Ihnen vorschlagen, dem Postulat von Grossrat Schmid direkt Folge zu geben.

2 KONTEXT

Was unter der Funktion der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger zu verstehen ist, wird praktisch einhellig anerkannt und akzeptiert. Die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger sind bei einem Kontakt mit dem Gesundheitssystem erste Anlaufstelle. Sie üben eine Triage-Funktion aus, in deren Rahmen auch die Behandlung von Notfällen sichergestellt wird. Zudem gewährleisten diese Ärztinnen und Ärzte die Koordination zwischen bereits erteilten und künftigen Leistungen im ambulanten oder stationären Bereich sowie in der Langzeitpflege. Einer der besonderen Vorzüge der ärztlichen Grundversorgung ist ihr personenbezogener Ansatz, der das familiäre und allgemeine Umfeld der Patientinnen oder Patienten berücksichtigt. Die Definition des Begriffs ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger im vorliegenden Bericht entspricht derjenigen des Bundesparlaments im Juni 2009 anlässlich der Debatten über die Beschränkung der Zulassung zur obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Als ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger gelten somit Ärztinnen und Ärzte mit den folgenden Weiterbildungstiteln: Allgemeinmedizin, Innere Medizin als einziger Weiterbildungstitel (heute für beide: Allgemeine Innere Medizin), praktische Ärztinnen und Ärzte als einziger Weiterbildungstitel sowie Kinder- und Jugendmedizin.

Die Situation der ärztlichen Grundversorgung beschäftigt Berufs- und Politikkreise sowohl auf Bundes- als auch auf Kantonsebene schon seit geraumer Zeit. Bereits 2008 verfasste der Staatsrat einen Bericht in diesem Bereich (Bericht Nr. 88 vom 19. August 2008 zum Postulat 317.06 Christine Bulliard / Markus Bapst «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung in den Randregionen», im Folgenden «Bericht Nr. 88» genannt). Verschiedene Elemente dieses Berichts wurden überdies in den Antworten auf die Anfragen QA 3188.09 Michel Zadory / Claire Peiry-Kolly (Mangel an Allgemeinpraktikerinnen und -praktikern im Kanton) und QA 3195.09 Michel Buchmann (Hausarztmedizin: Zukunft ungewiss!) aktualisiert und ergänzt.

Auf Bundesebene nannte der Bundesrat 2005 in einem Bericht «Zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung» die folgenden Hauptfaktoren, welche die Attraktivität der Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung schmälern: die negative Entwicklung des Taxpunktwerts und des realen Einkommens, die administrative Belastung, das finanzielle Risiko, die ausgedehnte Präsenzzeit, das Fehlen beruflicher Aufstiegsmöglichkeiten und das geringe Prestige innerhalb der Ärzteschaft. Hervorzuheben ist zudem die Präferenz für die Tätigkeit in einer festen Struktur vom Typ Spital oder Klinik gegenüber den Risiken der selbstständigen Berufsausübung.

Ab der Sommersession 2012 stand die Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin», die 2009 lanciert und vom Bundesrat zusammen mit einem Gegenentwurf dem Parlament überstellt wurde, auf der Tagesordnung der Bundesversammlung. Mit dem Gegenentwurf hat der Bundesrat einen Bericht «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» verabschiedet. Um den berechtigten Forderungen nach einer Stärkung der ärztlichen Grundversorgung nachkommen zu können, lancierte Bundesrat Alain Berset im Juni 2012 den «Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung». Dieser Plan umfasst drei Teilprojekte:

- > Medizinalberufegesetz: Einführung der Aus- und Weiterbildungsziele für die ärztliche Grundversorgung und die Hausarztmedizin im Rahmen der laufenden Revision des Medizinalberufegesetzes;
- > Bildung und Forschung: verschiedene Projekte für die Förderung der ärztlichen Grundversorgung mit zum Beispiel der Schaffung und Vermehrung von Assistenzstellen in Arztpraxen. Zu den neuen, in diesem Rahmen aufgeführten Projekten zählt die Förderung der Zusammenarbeit zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden auf dem Gebiet der ärztlichen Grundversorgung;
- > Finanzierung und Versorgung: finanzielle Aufwertung der ärztlichen Grundversorgung durch eine Revision der Analysenliste sowie eine Anpassung der Tarifstruktur TARMED.

Am 27. September 2013 wurde die Initiative zugunsten des am 19. September 2013 vom Bundesparlament verabschiedeten Gegenentwurfs zurückgezogen. In der Folge fand der Gegenentwurf in der Volksabstimmung vom 18. Mai 2014 breite Zustimmung, was die Einführung von Artikel 117a in die Bundesverfassung zur Folge hatte. Dieser neue Artikel erteilt dem Bund und den Kantonen den politischen Auftrag, sich für die Zugänglichkeit und Qualität der medizinischen Grundversorgung einzusetzen. Auch erteilt er dem Bund die Kompetenz, die Aus- und Weiterbildung für Berufe der medizinischen Grundversorgung unter Berücksichtigung von gesundheits- und versorgungspolitischen Aspekten zu harmonisieren, die Bedingungen für den Zugang zur Ausbildung zu regeln und einheitliche Bestimmungen zu den Anforderungen an die Berufsausübung zu erlassen. Die Verfassungsänderung bewirkt keine grosse Umwälzung in der Kompetenzverteilung: Während die Kantone nach wie vor dafür verantwortlich sind, ihrer Bevölkerung die ärztliche Grundversorgung zu gewährleisten, hat der Bund vermehrte Möglichkeiten, die Ausbildungsanforderungen und die Bedingungen für die Berufsausübung zu harmonisieren.

Sodann wurde auf Bundesebene eine Anpassung der Tarifstruktur TARMED beschlossen, damit die intellektuellen Leistungen in der Hausarztmedizin aufgewertet werden können. Mangels Einigung zwischen den Tarifpartnern ging der Bundesrat in Anwendung seiner subsidiären Kompetenz auf dem Verordnungsweg vor. Die Verordnung über die Anpassung von Tarifstrukturen in der Krankenversicherung schafft eine neue Tarifposition, die von Inhaberinnen und Inhabern eines Titels in Allgemeiner Innerer Medizin, Kinder- und Jugendmedizin und praktischen Ärztinnen und Ärzten abgerechnet werden kann. Dies bedeutet für diese Ärztinnen und Ärzte ein Mehreinkommen von jährlich 200 Millionen Franken, rund 10 Franken je Konsultation im Kanton Freiburg zum heutigen Taxpunktwert. Die anfallenden Kosten werden durch eine entsprechende Senkung des

Punktwerts gewisser technischer Leistungen kompensiert. Der Staatsrat, der im Rahmen der Vorbereitung dieser Verordnung angehört wurde, hat sich für eine bessere Bezahlung der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger ausgesprochen und die Nutzung der subsidiären Kompetenz durch den Bund begrüsst, als Übergangslösung bis zu einer Einigung der Tarifpartner über eine Revision der Tarifstruktur bis 2015. Er äusserte aber Vorbehalte in Bezug auf die vorhersehbaren negativen Auswirkungen auf die Finanzierung der Spitäler. In der Tat können nur die privat praktizierenden Ärztinnen und Ärzte den neuen Taxpunkt in Rechnung stellen, und der Staatsrat hat den Minderertrag für das HFR auf mehr als 3 Millionen Franken veranschlagt. Das Inkrafttreten der neuen Verordnung wurde auf den 1. Oktober 2014 festgelegt; zu erwähnen ist, dass H+ Die Spitäler der Schweiz zwei Rekurse gegen die Verordnung eingelegt hat.

3 DIE KANTONALE POLITIK IM BEREICH ÄRZTLICHE GRUNDVERSORGUNG

Im Grossen und Ganzen hält der Staatsrat die Analyse der Situation der ärztlichen Grundversorgung, wie sie im Rahmen des Berichts Nr. 88 beschrieben wurde, nach wie vor für zutreffend. Der vorliegende Bericht kommt nur kurz darauf zurück, konzentriert sich dann aber vor allem auf das Spektrum der auf Kantonsebene ergriffenen, geplanten oder verworfenen Massnahmen zur Unterstützung der ärztlichen Grundversorgung insbesondere in den Randregionen. Nebenbei sei vermerkt, dass der Kanton Freiburg gemäss den Zahlen 2012 des Bundesamtes für Statistik mit einem Verhältnis von rund 0,6 ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger auf 1000 Einwohner auf den hinteren Plätzen liegt.

Der Bericht Nr. 88 stellte vier Hauptachsen vor, die der Staatsrat für die Unterstützung der ärztlichen Grundversorgung verfolgen wollte. An erster Stelle wollte er die Reorganisation des ärztlichen Notfalldienstes tatkräftig unterstützen, dies auf entsprechende Impulse der betroffenen Partner, sprich die Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg und das HFR. Der zweite Punkt zielte vor allem auf die Ausbildung für die ärztliche Grundversorgung ab, insbesondere die Einführung eines dritten Medizinstudienjahrs an der Universität Freiburg und die Entwicklung eines Programms für Praxisassistenten nach dem Westschweizer Modell. Im Übrigen betonte der Staatsrat die Notwendigkeit, das Problem des Mangels an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern auf interkantonaler und nationaler Ebene anzupacken, ein Wunsch, der namentlich durch die Erarbeitung des Masterplans «Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung» durch das Eidgenössische Departement des Innern und das Bundesamt für Gesundheit im Juni 2012 erfüllt wurde. In einem dritten Punkt befasste sich der Staatsrat mit der Entwicklung der ärztlichen Grundversorgung und der Gewohnheiten der Patientinnen und Patienten. So erscheint etwa das herkömmliche Modell der Einzelpraxis im Dorf nicht mehr zeitgemäss, und die Organisation der ärztlichen Grundversorgung muss sich entwickeln, um den Bedürfnissen einer immer mobileren Bevölkerung zu entsprechen. Zudem ist mit einer Tendenz der Patientinnen und Patienten zu rechnen, sich eher an die Notfalldienste der Spitäler zu wenden, um in den Genuss einer Versorgung zu kommen, die sie häufig für umfassender halten. Verschiedene Möglichkeiten wurden aufgezeigt, insbesondere die Konzentration ärztlicher Grundversorgerinnen und Grundversorger in Gemeinschaftspraxen, die in Gemeinden einer bestimmten Grösse gegründet werden und eine ganze Region abdecken, oder die Schaffung einer Telefonzentrale, um die Triage der Notfälle zu vereinfachen und das System durch eine optimale Orientierung der Patientinnen und Patienten zu entlasten. Die vierte und letzte Achse war der finanzielle Anreiz, namentlich die Subventionierung der Infrastrukturen oder die teilweise und vorübergehende Steuerbefreiung bei der Niederlassung in einer Privatpraxis.

3.1 Die Ausbildung betreffende Massnahmen

3.1.1 Universitätsausbildung

Die Einführung eines dritten Medizinstudienjahrs an der Universität Freiburg in Zusammenarbeit mit dem HFR wurde zum gleichen Zeitpunkt beschlossen, als der Bericht Nr. 88 veröffentlicht wurde. Das zu Beginn des akademischen Jahrs 2009/2010 eingeführte dritte Medizinstudienjahr in Freiburg fand grossen Anklang: 2011 nahmen 80 Studierende teil, ab dem Jahr 2012/2013 wurde die Kapazität auf 96 Studienplätze erhöht.

Im Sinne einer weiteren Stärkung des Standorts Freiburg in der Ärzteausbildung und um dem Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern im Kanton und andernorts in der Schweiz konkret entgegenzuwirken, beauftragten die Direktion für Erziehung, Kultur und Sport (EKSD) und die Direktion für Gesundheit und Soziales (GSD) im Juli 2013 die Universität Freiburg und das HFR mit einer Machbarkeitsstudie für die Schaffung eines Masterprogramms für Humanmedizin in Freiburg. Damit ist der Staatsrat der Verpflichtung nachgekommen, die er am 16. April 2013 in seiner Antwort auf die Motion 1017.12 von Grossrat Ralph Alexander Schmid eingegangen war. Die inzwischen abgeschlossene Machbarkeitsstudie wurde dem Staatsrat im Juni 2014 unterbreitet. Eine Zusammenfassung des Dokuments liegt diesem Bericht bei.

Gemäss der Studie wäre – immer unter dem Vorbehalt, dass die für ihre Umsetzung nötigen, gewichtigen Ressourcen gesprochen werden – die Einführung eines Master in Humanmedizin an der Universität Freiburg für den Kanton äusserst interessant, würde aber auch gewichtige finanzielle Auswirkungen haben. Das im Rahmen der Studie skizzierte Programm ist insofern innovativ, als es auf einer Lehrperspektive beruht, die von der Hausarztmedizin ausgeht. Es würde die in Ausbildung stehenden Ärztinnen und Ärzte mit allen Herausforderungen konfrontieren, denen Grundversorgerinnen und Grundversorger gegenüberstehen, und sie auf diese Weise mit dem Beruf vertraut machen. Es würde auch auf den Erwerb einer Vielzahl von Kompetenzen abzielen, wie etwa Kommunikationsfähigkeit, wirtschaftliches Denken oder Teamarbeit und Teamführung – lauter unverzichtbare Instrumente für die Hausärztinnen und Hausärzte von morgen. Auch wenn dieses Masterprogramm durch seine Ausrichtung auf die Hausarztmedizin einen neuen Ansatz bietet, muss es im Hinblick auf eine rasche Anerkennung des Studiengangs den Anforderungen der eidgenössischen Prüfungen für Medizinalberufe entsprechen. Kleine Jahrgänge von 40 Studierenden kämen einem personalisierten Unterricht und der Schaffung eines optimalen Lern- und Austauschklimas entgegen. Das Programm würde auch eine Aufwertung der Hausarztmedizin sowie die Schaffung einer Professorenstelle in diesem Bereich mit sich bringen. Eine solche Stelle, erst die zweite in der Schweiz, ginge auch mit wichtigen Forschungstätigkeiten einher, an denen es momentan fehlt. Die Attraktivität des HFR als Arbeitgeber würde dadurch positiv beeinflusst.

Gleichzeitig wäre ein solches Projekt ein nützliches Instrument zur Bekämpfung des Hausärztemangels im Kanton Freiburg. Es wurde gezeigt, dass eine Aufwertung des Berufs, eine systematische Förderung via hausarztorientierte Studienprogramme sowie ein von charismatischen und überzeugten Hausärztinnen und Hausärzten erteilter Unterricht bis zu 60 % der Studierenden bewegen können, für ihre Weiterbildung diesen Weg zu wählen (gegenüber einem heutigen Schweizer Durchschnitt von 15 %). Bei Jahrgängen von 40 Personen macht dies 20 bis 25 Diplomierte pro Jahr aus, die sich in Hausarztmedizin weiterbilden würden. Auch wenn es schwierig ist, genau zu ermitteln, wie viele dieser Spezialistinnen und Spezialisten für ärztliche Grundversorgung sich anschliessend im Kanton niederlassen würden, zeigt die Erfahrung, dass ein nicht unerheblicher Anteil von Ärztinnen und Ärzten sich zur Niederlassung in der Region ihrer Aus- oder Weiterbildung entscheidet. Somit könnte die Niederlassung neuer Hausärztinnen und

Hausärzte auf Freiburger Boden mit guten Gründen auf rund zehn pro Jahr veranschlagt werden, allein aufgrund der Schaffung dieses neuen Masterprogramms.

Schliesslich sei noch vermerkt, dass sich dieses Projekt vollkommen in die Strategie der Universität und die geplante Entwicklung der naturwissenschaftlichen Fakultät einfügt. Indem es die Attraktivität der Versorgung im HFR steigert, harmonisiert es auch mit dem Projekt zur strategischen Entwicklung des HFR 2013–2022.

Auch wenn die Ergebnisse der Machbarkeitsstudie ermutigend waren, sind für den Entschluss für eine Ausarbeitung eines konkreten Projekts zum Master in Humanmedizin an der Universität Freiburg zusätzliche Analysen nötig. Falls die Kostenfrage gemeistert werden kann, würde dieses Projekt die Brücke bilden zwischen dem nunmehr vollständigen universitären Bachelor-Programm und der ärztlichen Weiterbildung, namentlich der Praxisassistenten. Die Kohärenz des Systems würde seine Glaubwürdigkeit verstärken und diese Kontinuität junge Ärztinnen und Ärzte vermehrt motivieren, sich der Hausarztmedizin zuzuwenden.

Die Studie beschreibt zusammenfassend die verschiedenen finanziellen Mittel, die man für die Umsetzung einsetzen müsste. Das Betriebsbudget mit drei gleichzeitig ablaufenden Master-Jahren wird auf 12 bis 13 Millionen Franken pro Jahr geschätzt. Einmalige Kosten für die anfängliche Einrichtung von rund 3,5 Millionen Franken wären zu berücksichtigen. Von den jährlichen Betriebskosten abzuziehen wären die im Rahmen der Interkantonalen Universitätsvereinbarung (IUV) erwarteten Beiträge von ungefähr 5 Millionen Franken pro Jahr. Dies ergibt ein jährliches Kostensaldo von 7 bis 8 Millionen Franken (ohne Gebäude). Zu diesen jährlichen Ausgaben käme eine einmalige Investition in Infrastrukturen (Gebäude), die auf gut 45 Millionen Franken geschätzt wird. Unter Berücksichtigung der aktuellen Budgetaussichten und der Notwendigkeit zusätzlicher Analysen wird der Staatsrat zu gegebener Zeit über die Folge dieses Projekts entscheiden.

3.1.2 Weiterbildung: Praxisassistenten

Die Praxisassistenten gilt als eines der Schlüsselemente im Kampf gegen den Hausärztemangel. Diese seit mehreren Jahren angebotene Art der Ausbildung wirkt sich in vielfacher Hinsicht positiv auf die berufliche Entwicklung der künftigen Ärztinnen und Ärzte aus: Sie ist eine einzigartige Motivationsquelle in einem Umfeld, in dem der Wechsel von der Spitaltätigkeit zur freien Arztpraxis häufig als riskant empfunden wird, und kann Berufungen wecken und Orientierungen bestärken. Sie ist ein sehr nützliches Instrument für die Planung der Weiterbildung, denn sie bietet die Möglichkeit, Ausbildungslücken auszumachen. Dank ihr können auch «vor Ort» bestimmte Fähigkeiten erworben werden, die für die Berufsausübung als Grundversorger unentbehrlich sind, und die auch die beste Vorbereitung im Spitalumfeld nicht vermitteln kann. Diese Praxis wirkt sich äusserst positiv auf die Qualität der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger aus, auf die Motivation der Ärztinnen und Ärzte, die hausärztliche Laufbahn einzuschlagen, aber auch auf den Ort, an dem sich die Ärztinnen und Ärzte in der Folge niederlassen werden. Wie bereits erwähnt haben Studien aufgezeigt, dass Ärztinnen und Ärzte dazu tendieren, sich an dem Ort niederzulassen, an dem sie ihre Ausbildung und erst recht einen Teil der Weiterbildung absolviert haben.

Auf Bundesebene zielte die von der Freiburger Nationalrätin Christine Bulliard-Marbach eingereichte Motion 12.3398 «Hausärztemangel» (s. oben Punkt 1.1) sowohl auf den Zusammenschluss der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger in Gruppenpraxen als auch auf die Förderung der Schaffung von Praxisassistenten-Stellen durch finanzielle Anreize ab. Der Ständerat wies die Motion ab, nachdem seine Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit

zum Schluss gekommen war, dass die Kantone die hierfür geeigneten Massnahmen schon ergriffen hätten, indem sie genügend Praxisassistenten-Stellen für die ganze Schweiz zur Verfügung stellen. Zwar seien deren Besetzung und Verteilung noch nicht optimal, jedoch sei es nicht nötig, dass der Bund diesen Punkt anstelle der Kantone regle.

Auf kantonaler Ebene unterstützt der Staat seit 2010 ein Praxisassistenten-Programm. So wird das Gehalt der Assistentin oder des Assistenten aktuell zu 80 % gedeckt, die restlichen 20 % gehen zu Lasten der akkreditierten Ausbildungspraxis. Die an der Aufnahme von Assistentinnen und Assistenten interessierten Arztpraxen wurden anhand der von der Ausbildungskommission der Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg aufgestellten Kriterien sorgfältig ausgewählt (derzeit sind es 24), während die Kandidatinnen und Kandidaten für eine Praxisassistenten unter den Assistenzärztinnen und -ärzten ausgewählt werden, die in der Klinik für Innere Medizin des HFR in Ausbildung stehen. Die Gelegenheit, junge Berufskolleginnen und -kollegen aufzunehmen und auszubilden, ihnen die Besonderheiten und Herausforderungen der Hausarztmedizin vor Augen zu führen, zur Sicherstellung des ärztlichen Nachwuchses beizutragen und dazu ein attraktives Finanzierungsmodell: All dies sind Faktoren, die das Interesse der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte an diesem Programm erklären. Die bisher erzielten Resultate sind vielversprechend: Von den acht Assistenzärztinnen und -ärzten, die ein Praktikum bei einer ärztlichen Grundversorgerin oder einem ärztlichen Grundversorger absolviert haben, haben sich vier im Kanton niedergelassen, drei weitere haben angedeutet, diesem Beispiel folgen zu wollen. Aufgrund dieser Auswertung und der sehr positiven Rückmeldungen der Personen, die dieses Programm genutzt haben, hat der Staatsrat kürzlich die Ausweitung des Projekts Praxisassistenten beschlossen, indem die Anzahl der heute drei Praktikumsplätze ab 2016 auf vier und ab 2018 auf fünf erhöht wird. Da jeder Platz unter zwei Assistenzärztinnen und -ärzten zu je sechs Monaten aufgeteilt wird, werden es ab 2018 nicht weniger als zehn Personen sein, die sich alljährlich in einer Arztpraxis weiterbilden können. Die gesprochenen Beträge werden es künftigen Hausärztinnen und Hausärzten zudem ermöglichen, einen Teil ihrer Assistenzzeit auf Spezialgebieten wie etwa Dermatologie zu absolvieren – an Stellen, die ohne finanzielle Unterstützung für sie unzugänglich sind, da sie gewöhnlich Ärztinnen und Ärzten in fachärztlicher Weiterbildung in diesen Bereichen vorbehalten sind. Darüber hinaus wird derzeit die Schaffung der Stelle einer Koordinationsärztin oder eines Koordinationsarztes geprüft, wie sie in allen Westschweizer Kantonen und im Kanton Bern besteht. Dieser Schlüsselposten könnte die Wirksamkeit und Sichtbarkeit des Programms Praxisassistenten im Kanton Freiburg beträchtlich erhöhen. Die Aufgabe der Koordinatorin oder des Koordinators wird insbesondere darin bestehen, das Freiburger Programm ausserhalb des Kantons, aber auch bei den Bachelor-Studierenden der Universität Freiburg vorzustellen. Als echte Ansprechperson sowohl für die Studierenden als auch für die Arztpraxen, die am Programm teilnehmen, wird sie in der Lage sein, die an den verfügbaren Plätzen interessierten Kandidatinnen und Kandidaten zu finden und sicherzustellen, dass die Qualität des Programms lückenlos gewahrt wird.

Die positiven Auswirkungen der Praxisassistenten auf den Nachwuchs werden noch gesteigert, wenn es sich bei der betreffenden Praxis um eine Gruppenpraxis handelt. In der Tat ergeben sich dort vielfache Interaktionen und mehr Austauschmöglichkeiten mit verschiedenen Ansprechpersonen. Somit könnte diese Ausbildungsform auch von der Entwicklung von den herkömmlichen Einzelpraxen zu Gemeinschaftspraxen verstärkt profitieren.

3.2 Massnahmen zur Unterstützung der Niederlassung

3.2.1 Unterstützung der Niederlassung durch Bürgschaft

Es wurden Überlegungen angestellt, ob es zweckmässig und möglich wäre, die Eröffnung von Gruppenpraxen oder medizinischen Versorgungszentren mit einer direkten Finanzierung durch den Staat zu unterstützen. Abgesehen davon, dass eine solche Lösung einer gesetzlichen Grundlage bedürfte, würde sie eine Ungleichbehandlung innerhalb der Ärzteschaft bewirken; des Weiteren ist die Wirksamkeit einer solchen Finanzierung nicht belegt.

Auf der anderen Seite müssen die meisten Ärztinnen und Ärzte, die sich niederlassen möchten, zur Finanzierung ihrer Praxis einen Kredit aufnehmen. Zwar bestehen dafür die Möglichkeiten, und Ärztinnen und Ärzte werden die benötigten Geldmittel in der Regel zur Verfügung gestellt, jedoch verlangen die Banken fallweise Bürgschaften. Nun gibt es zwar keine Bürgschaftsstrukturen speziell für Arztpraxen, Ärztinnen und Ärzte können sich aber an Organisationen wenden, die für kleine und mittlere Unternehmen (KMU) bürgen, namentlich an die Westschweizer Bürgschaftsgenossenschaft für KMU und ihre Freiburger Zweigstelle, die von der Wirtschaftsförderung des Kantons Freiburg, dem Freiburgischen Arbeitgeberverband und der Handelskammer gegründet wurde. Der Kanton ist mit einer Million Franken an dieser Einrichtung beteiligt, und seine Interessen werden dort von der Wirtschaftsförderung vertreten. Aufgrund des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2006 über die Finanzhilfen an gewerbeorientierte Bürgschaftsorganisationen erteilt diese Genossenschaft kleinen und mittleren Unternehmen Garantien für Bankdarlehen bis zu 500 000 Franken, und zwar für alle Arten von Projekten, namentlich die Übernahme und die Schaffung von Unternehmen, die Anschaffung von Maschinen, den Kauf von Geschäftsgebäuden oder die Finanzierung von Betriebsmitteln. Sie wendet sich sowohl an Selbstständige und Unselbstständige als auch an Gewerbe-, Industrie- oder Handelsbetriebe, unabhängig davon, ob sie schon bestehen oder sich erst in Gründung befinden. Wer eine Bürgschaft beantragt, muss einen Geschäftsplan vorlegen und aufzeigen, dass er fähig ist, sein Projekt erfolgreich umzusetzen. Durch ihre Garantieleistung ermöglicht es die Genossenschaft kleinen und mittleren Strukturen, Bankdarlehen zu deutlich tieferen Zinsen zu erhalten als für Geschäftskredite. Fällt die Person, die das Darlehen aufgenommen hat, aus, erstattet die Genossenschaft das Bankdarlehen und übernimmt dank Eigenmitteln, die von den Partnerkantonen zur Verfügung gestellt werden, 35 % des rückerstatteten Betrags. Die übrigen 65 % werden vom Bund gedeckt.

Dieses Instrument ist eine geeignete Lösung für niederlassungswillige Ärztinnen oder Ärzte, die Schwierigkeiten haben, ein Bankdarlehen zu erhalten, und damit eine Antwort auf die Frage der mit der Niederlassung in einer Arztpraxis verbundenen finanziellen Risiken, eine der vom Bundesrat in seinem Bericht von 2005 hervorgehobenen Ursachen für den Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern. Um eine Vervielfachung der Unterstützungsinstrumente zu vermeiden und die verfügbaren Mittel nicht zu verzetteln, ist es allerdings angezeigt, niederlassungswillige Ärztinnen und Ärzte an die bestehenden Finanzierungsstrukturen zu verweisen, statt neue zu schaffen. Diesen Standpunkt vertrat der Staatsrat schon in seiner Antwort auf das Postulat 2079.10 Gabrielle Bourguet / Christian Ducotterd im September 2010.

3.2.2 Unterstützung durch die Gemeinden

Im Zusammenhang mit der finanziellen Unterstützung der Niederlassung ärztlicher Grundversorgerinnen und Grundversorger sind auch die Bemühungen einiger Gemeinden

hervorzuheben, die niederlassungswilligen Ärztinnen und Ärzten gemeindeeigene Räume vermieten. Die Ärztinnen und Ärzte verfügen damit über günstige Bedingungen und mehr Mittel für die Ausrüstung ihres Arbeitsumfelds.

Andere Projekte im Kanton haben verschiedentlich gezeigt, welche Rolle eine Gemeinde spielen kann, wenn es darum geht, ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger zur Niederlassung auf ihrem Gebiet zu bewegen. So haben gewisse Gemeindebehörden die Integration von potentiellen Praxisräumlichkeiten in Bauprojekte für Alterswohnungen unterstützt.

An dieser Stelle sei deshalb generell an die wesentliche Rolle erinnert, welche Gemeinden und Gemeindeverbände bei der Ausschöpfung von Synergien zwischen verschiedenen gemeindeeigenen Projekten und der ärztlichen Grundversorgung spielen können.

3.3 Den ärztlichen Notfalldienst betreffende Massnahmen

Auch wenn ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger, die sich im Kanton niederlassen, innert kurzer Zeit mit vielen Patientinnen und Patienten rechnen können, gibt es Hindernisse, die frisch diplomierte Ärztinnen und Ärzte davon abhalten können, für ihre Niederlassung unseren Kanton auszuwählen. Eines dieser Hindernisse besteht im ärztlichen Notfalldienst, der insbesondere in den Randregionen sehr anspruchsvoll ist.

Gemäss Artikel 95 Abs. 1 des Gesundheitsgesetzes sind Gesundheitsfachpersonen, die einen universitären Medizinalberuf ausüben, zur Teilnahme an Notfalldiensten verpflichtet, welche die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung gewährleisten. Mit der Organisation des ärztlichen Notfalldienstes ist die Ärztesgesellschaft des Kantons Freiburg betraut (Art. 95 Abs. 2 des Gesundheitsgesetzes).

Derzeit verfügt der Kanton Freiburg über sechs Notfalldienstkreise, die den Bezirken entsprechen (ausser den Bezirken Glane und Vivisbach, die einen gemeinsamen Kreis bilden) und von denen jeder seine Eigenheiten aufweist. Es gibt eine kantonale Rufnummer, die allerdings in den Bezirken Sense, Broye und See nicht benutzt wird, da diese ihre eigenen Rufnummern haben. Die kantonale Rufnummer wird von der Notrufzentrale 144 betrieben, die der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt die Angaben der Patientinnen und Patienten per SMS übermittelt. Je nach der am Telefon beschriebenen Situation gibt die Dienstärztin oder der Dienstarzt der Patientin oder dem Patienten telefonisch Auskunft, fordert sie oder ihn auf, in die Arztpraxis zu kommen, schickt die diensthabende Spezialärztin oder den diensthabenden Spezialarzt oder organisiert den Einsatz einer Ambulanz.

3.3.1 Telefontriage

Der 2011 in Vernehmlassung gegebene Vorentwurf des Gesetzes über die präklinischen Notfälle enthielt ein Projekt für eine Telefontriage. Dieses sah eine Einheitsrufnummer für die Bereitschaftsdienstkreise und die Notfallstationen der Spitäler vor, die abends und nachts an die Zentrale einer Telemedizin-Gesellschaft umgeleitet wird, wo eine telemedizinische Assistentin oder ein telemedizinischer Assistent die Situation mit Hilfe verschiedener Protokolle beurteilt und der anrufenden Person den ihrem Gesundheitsproblem angemessenen Weg weist. Je nach Schwere des Falls wird die Versorgung durch die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt (während der Sprechstundenzeiten) organisiert, der Anruf an die/den Notfalldienst habende-n Ärztin oder Arzt weitergeleitet, die Patientin oder den Patienten an die Notfallaufnahme verwiesen oder die Zentrale 144 mobilisiert. Die anrufende Person kann falls notwendig auch direkt eine telefonische Konsultation durch eine Ärztin oder einen Arzt der Telemedizin-Gesellschaft beanspruchen. Dank

dieser Triage kann die Inanspruchnahme der Notfalldienstärztinnen und -ärzte um 30 bis 35 % reduziert werden, beziehungsweise um 60 bis 65 %, wenn auch telefonische Konsultationen direkt von einer Ärztin oder einem Arzt möglich sind.

Mit der Reorganisation der Notfallklinik des HFR hat sich die Dringlichkeit der Einführung eines solchen Dienstes indes verringert, zumindest was die Erwachsenenmedizin betrifft. Auch ist im Zusammenhang mit der Einführung eines Freiburger SMUR der Gesetzesentwurf über die präklinische Versorgung, wie er in Vernehmlassung gegeben wurde, aufgegeben worden. Bestimmte, in der Vernehmlassung positiv aufgenommene Elemente, wie die Schaffung eines Netzes von Notfall-Grundversorgern in abgelegenen Gegenden und eben die Telefontriage, werden derzeit daraufhin analysiert, inwieweit ihre spätere Umsetzung nach wie vor zweckmässig ist.

3.3.2 Ärztlicher Notfalldienst in den Räumlichkeiten des HFR

Zur Diskussion steht aktuell auch die Möglichkeit, dass die selbstständigen Ärztinnen und Ärzte ihren Notfalldienst in Spitalräumlichkeiten leisten; das HFR hat sich für eine entsprechende Zusammenarbeit ausgesprochen. Statt die an den Notfalldienst gelangenden Patientinnen und Patienten in ihrer Praxis zu empfangen, werden in diesem Modell die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger in die Spitalstruktur einbezogen. Mittels vorgängiger Triage werden die Patientinnen und Patienten entweder der Notfallstation des Spitals oder der diensthabenden Ärztin oder dem diensthabenden Arzt zugewiesen. Dieses System, das den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die Ausübung des Notfalldienstes erleichtert, ist auch für die Notfallstation des Spitals vorteilhaft: Sie wird so von jenen Fällen entlastet, die keiner notfallmedizinischen Versorgung und schweren Ausrüstung bedürfen, und kann sich auf jene Fälle konzentrieren, in denen dies nötig ist. Dieses Modell hat sich in anderen Kantonen bewährt.

Diese Zusammenarbeit kann aufgenommen werden, sobald die Fragen bezüglich Haftung und Honorare geregelt sind. Zu berücksichtigen sind auch die regionalen Unterschiede: Die Bedürfnisse unterscheiden sich von einem Ort des Kantons zum anderen, da die Zahl der am Notfalldienst-Turnus mitwirkenden Ärztinnen und Ärzte und somit die entsprechende Arbeitsbelastung stark variieren.

Ein Übergangssystem ist am Standort Riaz eingeführt worden. Tagsüber kann die Notfallstation des Spitals bei Überlastung einen Teil der Eintritte an den niedergelassenen Arzt, der den Notfalldienst für den Greizerbezirk ausübt, weiterleiten, sofern es sich um Fälle handelt, die nicht am Spitalstandort versorgt werden müssen. Umgekehrt wird der nächtliche Notfalldienst vom Spital übernommen; die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte stellen nur einen Pikettdienst sicher (für Interventionen auf Verlangen der Polizei, in Heimen und für Leichenhebungen), was sie deutlich entlastet. Mit dieser Lösung wurde dem dringenden Bedürfnis von diensthabenden Ärztinnen und Ärzten entsprochen, auch in Hinblick auf das «Maison médicale de garde», das in Riaz entstehen soll. Das System funktioniert seit 2010 zur Zufriedenheit aller Beteiligten.

3.4 Versorgung der Notfälle im HFR

Die Notfallabteilung des HFR Freiburg verfügt seit 2011 über einen schnellen Behandlungspfad, den sogenannten «Behandlungspfad 34». Er ist für nicht dringliche und halb dringliche Notfälle bestimmt (Notfallgrad 3 und 4) und entlastet die Strukturen für die Versorgung lebensbedrohlicher Notfälle massiv. Tagsüber nimmt der Behandlungspfad 34 einen Drittel bis zur Hälfte der Patientinnen und Patienten auf, die sich an die Notfallstation in Freiburg wenden.

Diese Lösung wurde vom HFR innert kurzer Zeit auf die Beine gestellt, um den immer zahlreicheren Patientinnen und Patienten gerecht zu werden, die sich für Notfallkonsultation, die nicht der Intervention eines Notarztes bedürfen, an das Spital wenden, weil sie keinen Hausarzt haben. Das HFR hat sich im Übrigen bereit erklärt, dafür mit den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten zusammenzuarbeiten, mit dem Ziel, die Kompetenzen der beteiligten Partner optimal zu nutzen und die Arbeitsbelastung beiderseits zu reduzieren.

3.5 Permanenzen des HFR

Seit der Abfassung des Berichts Nr. 88 im Jahr 2008 hat die erste Permanence des Kantons Freiburg im HFR Meyriez-Murten ihre Pforten geöffnet (2009), entsprechend der strategischen Neuausrichtung des Standorts, und um dem Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern in dieser Region zu begegnen. Die Ziele dieser medizinischen Einheit sind: (1) Patientinnen und Patienten behandeln, die notfallmässig behandelt werden müssen, aber keines chirurgischen Eingriffs bedürfen; (2) Patientinnen und Patienten, die am Standort nicht umfassend behandelt werden können, eine Erstversorgung anbieten, um sie anschliessend an die Einrichtung zu überweisen, die sich für ihre weitere Versorgung eignet; (3) die Allgemeinärztinnen und -ärzte von Notfällen entlasten, die nicht direkt ihre Patientinnen und Patienten oder ihr Tätigkeitsgebiet betreffen. Darüber hinaus hat die Permanence Meyriez-Murten eine «hausärztliche Funktion», indem sie Sprechstunden für Patientinnen und Patienten anbietet, die keinen niedergelassenen Hausarzt haben; die damit verbundene Arbeitsbelastung entspricht 60 % VZÄ. Eine Auswertung durch das HFR im Jahr 2011 wies einen Anstieg der Frequentierung während der beiden ersten Betriebsjahre der Struktur sowie einen hohen Zufriedenheitsgrad der Patientinnen und Patienten nach. Bei dieser Gelegenheit erachtete die Mehrheit der befragten Ärztinnen und Ärzte des Seebezirks die Permanence als eine Partnereinrichtung, die für sie keine Konkurrenz, sondern eine Entlastung bedeutet. Sie vermerkten eine gute und angenehme Zusammenarbeit. Der Bericht hebt auch hervor, dass es längerfristig denkbar wäre, frei praktizierende Allgemeinärztinnen und -ärzte in die Permanence einzubeziehen.

Gemäss der strategischen Planung 2013–2022 des HFR könnten in Freiburg, Tavers und Riaz neue Permanenzen nach dem Vorbild von Meyriez-Murten entstehen, entsprechend den Aufträgen der verschiedenen HFR-Standorte und je nach Bedarf nach ärztlicher Grundversorgung in diesen Regionen. Der Standort Billens hingegen weist keine ausreichende kritische Masse aus und könnte stattdessen ein regionales medizinisches Zentrum aufnehmen, nach dem Modell, wie es derzeit in Châtel-Saint-Denis im Aufbau begriffen ist (siehe 3.6).

Die Entwicklung von Permanenzen ist ein Mittel, dem Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorgern entgegenzuwirken, muss sich aber in die Logik der Spitalplanung einfügen.

3.6 Zusammenarbeit mit privaten Partnern und Gemeindeverbänden – Gesundheitszentrum in Châtel-St-Denis

Ein gutes Beispiel für das Zusammenspiel verschiedener Massnahmen zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung und die Zusammenarbeit zwischen den Akteuren ist die Umnutzung der Räumlichkeiten, die das HFR in Châtel-St-Denis freigegeben hat. Diese bis zum 30. April 2014 vom HFR betriebenen Gebäude sind gemäss dem Gesetz über das freiburger Spital heute wieder Eigentum des Gemeindeverbands Réseau Santé Social de la Veveyse (RSSV). Konkret projiziert wird an diesem Standort die Einrichtung eines medizinischen Zentrums im Erdgeschoss des Gebäudes. Mit der Koordination der Tätigkeiten der verschiedenen Akteure an diesem Standort wurde das RSSV betraut, wobei das Ziel darin besteht, die Synergien zwischen der Arztpraxis und

den vom RSSV belegten Gebäudeteilen zu nutzen, vor allem bei der Informatikinfrastruktur und auf Personalebene. Für die Umsetzung dieses Projekts wurde eine Person engagiert, deren Stelle vom Staat mit einem Betrag in Höhe von 50 000 Franken finanziert wird. Die das Zentrum betreibenden Ärztinnen und Ärzte werden die Räume beim RSSV mieten und privat praktizieren. Das HFR seinerseits wird im Zentrum chirurgische und orthopädische Konsultationen durch spitaleigene Fachärztinnen und Fachärzte anbieten. Es wird auch den Betrieb und Unterhalt einer Radiologie-Ausrüstung sicherstellen, die den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung steht. Bis ungefähr Mai 2015 werden sich dem bereits zuvor im Zentrum niedergelassenen Arzt vier weitere Hausärztinnen und Hausärzte anschliessen. Mit nicht weniger als vier neuen Ärztinnen und Ärzten, die in der Grundversorgung tätig sind, ist die Zusammenarbeit zwischen dem medizinischen Zentrum und dem HFR für die Bevölkerung der Region von grossem Vorteil. Sie wirkt sich für alle Partner positiv aus: für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die für ihre Tätigkeit von einer hervorragenden Ausrüstung und den Räumlichkeiten profitieren, für das HFR, das auf diese Weise eine solide Verbindung zum südlichen Kantonsteil aufrechterhalten kann, und für die Gemeinden, die über ein effizientes medizinisches Zentrum für die Region verfügen.

Ein entsprechendes Projekt käme in Zusammenarbeit mit dem Réseau Santé de la Glâne für den Standort Billens in Frage, und der Staatsrat hat sich für eine finanzielle Beteiligung in Form einer Stelle einer Projektleiterin oder eines Projektleiters wie im Vivisbachbezirk bereit erklärt. Gesundheitszentren nach diesem Modell sind für die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger attraktiv, weil sie die Arbeit in einer Gruppenpraxis und die Zusammenarbeit mit dem kantonalen Spitalnetz ermöglichen. Ausserdem bieten sie ideale Voraussetzungen für die Weiterbildung von Assistenzärztinnen und -ärzten.

4 ZUSAMMENFASSUNG

Der Staatsrat setzt sich in seinem Zuständigkeitsbereich in erheblichem Mass für die ärztliche Grundversorgung ein. Er fördert die Niederlassung neuer, gut ausgebildeter und für die Ausübung dieser Funktion geeigneter Grundversorgerinnen und Grundversorger auf Freiburger Gebiet, indem er eine hochwertige Aus- und Weiterbildung anbietet. In den Grenzen seiner Zuständigkeiten und Interventionsmöglichkeiten schafft er darüber hinaus die Rahmenbedingungen, die es braucht, um die Tätigkeit in der ärztlichen Grundversorgung attraktiv zu machen.

Nachdem der Staatsrat die Anzahl verfügbarer Bachelor-Studienplätze erhöht hat, prüft er nun aktiv die Zweckmässigkeit der Eröffnung eines Master-Studiengangs in Humanmedizin an der Universität Freiburg. Diese Massnahmen, verbunden mit der vom Staat aktuell zu 80 % finanzierten Möglichkeit, Assistenzärztinnen und -ärzte in einer Arztpraxis auszubilden, begünstigen in den kommenden Jahren die Niederlassung qualifizierter junger Grundversorgerinnen und Grundversorger in unserem Kanton, indem ihnen ein kompletter und hochwertiger Ausbildungsgang angeboten wird.

Um möglichst attraktive Bedingungen für die Berufsausübung zu gewährleisten, unterstützt der Staatsrat Bemühungen zur Entlastung der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger im Bereich der ärztlichen Notfalldienstpflicht.

Subsidiär und via HFR setzt sich der Staatsrat für die Schaffung von Permanenzen ein, indem er im Rahmen der Spitalplanung das Modell von Meyriez-Murten auf weitere Standorte ausweitet. Der Staatsrat ist zudem bereit, für die Errichtung eines medizinischen Zentrums in Billens eine Projektleiterin oder einen Projektleiter zu finanzieren, wie er dies in Châtel-St-Denis getan hat. In diesem Zusammenhang unterstreicht der Staatsrat, dass die Zusammenarbeit zwischen allen

öffentlichen und privaten Akteuren unverzichtbar ist, um kohärente Lösungen zu erzielen, die sowohl den Bedürfnissen der Bevölkerung als auch den Erwartungen der Gesundheitsfachpersonen gerecht werden.

Der Staatsrat beabsichtigt, die laufenden Projekte weiterzuverfolgen, beziehungsweise nötigenfalls neue Massnahmen zu unterstützen, die der ärztlichen Grundversorgung zugute kommen, gegebenenfalls in Zusammenarbeit mit dem Bund und den übrigen Kantonen. Dabei wird er die finanziellen Möglichkeiten und Perspektiven des Staats berücksichtigen.

Wir laden Sie ein, von diesem Bericht Kenntnis zu nehmen.

Anhang: Zusammenfassung der Machbarkeitsstudie Master in Humanmedizin in Freiburg