Kanton Bern
Canton de Berne

Integriertes Versorgungsmodell mit Advanced Practice Nurse (APN) in der Hausarztpraxis

Bericht in Erfüllung der Motion 014-2020 Gerber (Schüpfen, Die Mitte)

Bericht des Regierungsrates

Datum RR-Sitzung:	20. November 2024
Geschäftsnummer:	2024.GSI.1769
Direktion:	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung:	Nicht klassifiziert

04|00|D|v00

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis **2**

1. Auftrag **3**
1.1 Ziel und Zweck des Dokuments 3

2. Ausgangslage **3**
2.1 Vorstoss 3
2.2 Beschluss des Grossen Rates 3

3. Executive Summary **4**

4. Bericht zum integrierten Versorgungsmodell mit APN in der Hausarztpraxis **5**
4.1 Integriertes Versorgungsmodell Ärzte und APN am Beispiel des MediZentrum 5
4.1.1 Wieso ist die Rekrutierung und Einsatz von jungen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pflegeexpertinnen und –experten APN und weiteres Pflegefachpersonal so erfolgreich? 6
4.1.2 Warum funktioniert das Versorgungsmodell Ärzte und APN am MediZentrum so gut? 6
4.2 Allgemeine Situation der integrierten Versorgung im Kanton Bern 9
4.2.1 Versorgungsmodell APN in der Hausarztpraxis im Kanton Bern 9
4.2.2 Versorgungsmodell APN und Hausärztinnen und Hausärzte in der Aus- und Weiterbildung an Berner Hochschulen (medizinische Fakultät Universität Bern, Berner Fachhochschule) 12
4.2.3 Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung durch Förderung der Berufe der Hausärztin / Hausarzt und Pflegeexpertinnnen APN / Pflegefachpersonen 13

5. Fazit **15**

6. Antrag an den Grossen Rat **16**

7. Dokument-Protokoll **16**

1. Auftrag

1.1 Ziel und Zweck des Dokuments

In diesem Bericht werden die Umsetzung der Motion 014-2020 Gerber (Schüpfen, Die Mitte), «Hausarztmangel, Prozedere, Versorgungsmodell mit APN!» aufgrund des Beschlusses des Grossen Rates vom 2. September 2020 sowie das weitere Vorgehen dargestellt.

APN steht für Advanced Practice Nurse, was einer Pflegeexpertin oder einem Pflegeexperten entspricht (siehe Kapitel 3).

2. Ausgangslage

2.1 Vorstoss

In der Motion 014-2020 Gerber (Schüpfen, Die Mitte), «Hausarztmangel, Prozedere, Versorgungsmodell mit APN!» wurde der Regierungsrat beauftragt, das Problem des Hausarztmangels anzugehen und die medizinische Grundversorgung für ärztliches und pflegerisches Personal attraktiv zu gestalten. Dabei wurde Folgendes gefordert:

1. zu analysieren und zu bewerten, weshalb die MediZentren genügend junge Hausärztinnen und Hausärzte und Pflegeexpertinnen und -experten APN und weiteres Pflegefachpersonal rekrutieren und einsetzen können
2. zu analysieren und zu bewerten, wieso das Versorgungsmodell der MediZentren, die Zusammenarbeit der Ärzte/APN so gut funktioniert. Insbesondere die Rolle der APN als wichtiger «Baustein» ist zu beurteilen, dazu sollten auch Grundlagenforscher wie das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Uni Bern oder die Uni Basel einbezogen werden
3. zu analysieren und zu bewerten, welche Rolle dabei die PraktAkademie und die Stiftung FIMG spielen
4. zu veranlassen, dass dieses Modell vom Kanton gefördert wird
5. zu veranlassen, dass sich die medizinische Fakultät und auch die Fachhochschule für Gesundheit bei ihrer Aus- und Weiterbildung an diesem Modell orientiert
6. alles zu unternehmen, um die Berufe Hausärztin/Hausarzt sowie Pflegeexpertinnen/Pflegefachpersonen attraktiver zu machen, damit es auch künftig eine gute und ausreichende medizinische Grundversorgung gibt

2.2 Beschluss des Grossen Rates

Die Beratung der M 014-2020 fand am 2. September 2020 im Rahmen der Herbstsession statt. Der Grosse Rat beschloss punktweise:

Ziffer 1: Annahme
Ziffer 2: Annahme
Ziffer 3: Ablehnung
Ziffer 4: Annahme als Postulat
Ziffer 5: Annahme als Postulat
Ziffer 6: Annahme als Postulat

3. Executive Summary

Ausgangslage
Der Kanton Bern steht vor der Herausforderung, dass die hausärztliche Versorgung sowohl in urbanen als auch in ländlichen Gebieten gefährdet ist. Verschiedene innovative Modelle der integrierten Versorgung bieten eine Lösung, auch zukünftig eine umfassende Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Besondere Bedeutung kommt dabei der Rolle der Advanced Practice Nurse (APN) zu, die als Bindeglied zwischen Patientinnen und Patienten resp. Ärztinnen und Ärzten die Versorgungsqualität steigern. Der Bedarf an integrierten, patientenzentrierten Lösungen ist hoch, um die Effizienz und Qualität der Gesundheitsdienste nachhaltig zu verbessern. Ziel dieses Berichts ist es, die Implementierung und Wirkung verschiedener integrierter Versorgungsmodelle, einschliesslich der Einbindung von APN, zu analysieren. Diese Modelle sollen dazu beitragen, die medizinische Grundversorgung im Kanton Bern langfristig zu sichern und gleichzeitig die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern.

Analyse und Beurteilung
Der Bericht untersucht Versorgungsmodelle, die eine enge Zusammenarbeit zwischen Hausärztinnen und Hausärzten, Fachärztinnen und Fachärzten sowie APN fördern. APN spielen eine Schlüsselrolle, indem sie erweiterte Pflegeaufgaben übernehmen und die Hausärztinnen und Hausärzte entlasten, was besonders in ländlichen Regionen entscheidend ist. Diese Modelle zielen darauf ab, durch eine koordinierte und kontinuierliche Versorgung die Patientenbetreuung zu verbessern. Die Implementierung dieser Modelle hat gezeigt, dass die Einbindung von APN die Qualität und Effizienz der Versorgung signifikant erhöht. Besonders in ländlichen Gebieten konnten durch die APN Versorgungslücken geschlossen und die Kontinuität der Betreuung verbessert werden. In städtischen Zentren wurde durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit eine effizientere Nutzung der Ressourcen erreicht.

Empfehlungen
Um die Wirksamkeit der integrierten Versorgungsmodelle langfristig zu sichern, wird die Aufnahme der Masterstufe für Pflegefachpersonen (APN) im Gesundheitsberufegesetz (GesBG)[1], im Krankenversicherungsgesetz (KVG)[2] sowie in der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)[3] auf Bundesebene empfohlen.

Diese Änderungen sollen einerseits die rechtliche Anerkennung und Ausweitung der Kompetenzen von APN festschreiben, was deren Einsatz in der primären Gesundheitsversorgung erleichtern würde. Insbesondere die Umsetzung der Pflegeinitiative bietet eine Chance, die Attraktivität und Rahmenbedingungen des Pflegeberufs zu verbessern. Dies umfasst die Anpassung der Ausbildungswege, eine Erhöhung der finanziellen Anreize sowie eine klare Definition der Rolle von APN im Gesundheitssystem.

Anderseits soll durch eine einheitliche Tarifierung eine nachhaltige Finanzierung der APN sichergestellt werden. Nur so können zukünftig die erweiterten Leistungen von APN adäquat abgerechnet werden. Dies ist entscheidend, um die Attraktivität des Berufsbildes zu steigern und sicherzustellen, dass die erweiterten Kompetenzen angemessen honoriert werden.

Unabhängig der Berufsgruppe sind flexible Arbeitsmodelle und umfassende Weiterbildungsprogramme ebenfalls unerlässlich, um die Rekrutierung und Bindung junger Gesundheitsfachkräfte in der ländlichen Versorgung sicherzustellen.

Umsetzung
Die Umsetzung erfordert eine schrittweise Anpassung der rechtlichen Rahmenbedingungen auf nationaler Ebene, um die Kompetenzen von APN formell anzuerkennen und deren Einsatz im

[1] Bundesgesetz vom 30. September 2016 über die Gesundheitsberufe (Gesundheitsberufegesetz, GesBG; SR 811.21)
[2] Bundesgesetz vom 18. März 1994 über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10)
[3] Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)

Gesundheitswesen zu erleichtern. Dabei muss der Bund die nötigen gesetzlichen Grundlagen schaffen, die es APN ermöglichen, eine zentrale Rolle in der hausärztlichen Versorgung zu übernehmen. Ohne diese erste Anpassung auf Bundesebene sind den Kantonen die Hände gebunden.

Darüber hinaus sollten zusätzliche gezielte Förderprogramme auf Ebene Bund etabliert werden, um die Ausbildung und Weiterbildung von Hausärztinnen und Hausärzten sowie APN zu unterstützen. Bestehende Programme sollten weiter gefördert und von den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern besser genutzt werden. Die Einführung von Anreizsystemen, wie z. B. finanziellen Unterstützungen oder beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten, könnte die Verbreitung dieser Versorgungsmodelle in weiteren Regionen des Kantons Bern fördern. Ein klar definierter Umsetzungsplan auf kantonaler und nationaler Ebene, der auch die Ressourcenallokation und die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten, Pflegekräften und anderen Gesundheitsdienstleistenden berücksichtigt, ist entscheidend für den Erfolg dieser Massnahmen.

Nutzen
Es ist davon auszugehen, dass durch die Umsetzung dieser Empfehlungen und unter der Bedingung, dass die nötigen Gesetzesgrundlagen vom Bund geschaffen werden, sich die nachhaltige und flächendeckende Gesundheitsversorgung im Kanton Bern verbessern wird, mit positiven Auswirkungen auf die Qualität der Patientenversorgung als auch auf die Arbeitsbedingungen für Gesundheitsdienstleistende. Die integrierten Versorgungsmodelle tragen dazu bei, Versorgungslücken zu schliessen und die Effizienz im Gesundheitswesen zu steigern. Dies stärkt nicht nur die primäre Gesundheitsversorgung in städtischen und ländlichen Gebieten, sondern schafft auch ein Vorbild, das in anderen Kantonen und Regionen adaptiert werden kann. Eine Anpassung des GesBG, des KVG und der KLV sowie eine einheitliche Vergütung bieten hierbei eine einmalige Gelegenheit, die notwendigen Rahmenbedingungen für eine zukunftsfähige Gesundheitsversorgung in der Schweiz zu schaffen.

4. Bericht zum integrierten Versorgungsmodell mit APN in der Hausarztpraxis

4.1 Integriertes Versorgungsmodell Ärztinnen und Ärzte sowie APN am Beispiel des MediZentrum

«Das Konzept MediZentrum ist nun rund 15-jährig und hat sich bis heute bewährt. Bis zum heutigen Datum bestehen 8 MediZentren und der walk-in-lyss als ergänzendes und letztes Bindeglied in der ambulanten Versorgungskette. Sämtliche MediZentren konnten die ärztliche Nachfolge der nächsten Generation sichern.» (A. Käser, 2024)

Im Austausch mit Frau A. Käser, Geschäftsführerin von PraktAkademie und MediZentren, wurden die Forderungen der Ziffern 1 und 2 der Motion umgesetzt. Die nachfolgenden Ausführungen beruhen ausschliesslich auf den Informationen, die von der Geschäftsführung bereitgestellt wurden. Im Rahmen der Analyse standen keine weiterführenden Unterlagen zur Verfügung, die für eine umfassende Bewertung erforderlich wären.

Es ist zu beachten, dass die betreffenden Zentren keine kantonalen Subventionen erhalten. Die Ergebnisse dieses Berichts sind somit im Kontext der begrenzten Informationslage zu betrachten.

4.1.1 Wieso ist die Rekrutierung und Einsatz von jungen Hausärztinnen und Hausärzten sowie Pflegeexpertinnen und –experten APN und weiteres Pflegefachpersonal so erfolgreich?

«…die Möglichkeit eine vielseitige, fordernde und fördernde Berufsausübung tätigen zu können und dies an einem Arbeitsplatz, welcher dies pusht und auch die Mittel zur Verfügung stellt und in einem Team, in welchem man sich familiär wohl fühlt, das ist, was man benötigt, um mit seiner Arbeitssituation zufrieden zu sein.» (A. Käser, 2024)

Der Erfolg bei der Rekrutierung von ärztlichem Personal sowie Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN im MediZentrum lässt sich auf verschiedene Faktoren zurückführen. Einer der Hauptgründe ist die Schaffung attraktiver Arbeitsbedingungen. Das Angebot von Teilzeitoptionen und familienfreundlichen Arbeitszeitmodellen ermöglicht eine bessere Balance zwischen Beruf und Privatleben. Die Anpassung der Organisation und Struktur an die Bedürfnisse der nächsten Generation hilft, den Beruf für junge Fachpersonen attraktiver zu machen.

Ärztinnen und Ärzte werden interessante Einstiegsmöglichkeiten in die hausärztliche Praxistätigkeit geboten. Einerseits beginnt dies bereits während der Ausbildung in der Assistenzzeit mit dem Angebot der PraktAkademie. Die PraktAkademie ist ein Weiterbildungsnetz für die Ausbildung neuer Hausärztinnen und Hausärzte. Dieses Programm ermöglicht während zwei Jahren eine spezifische Ausbildung mit verschiedenen Rotationsmöglichkeiten, die mit Blick auf die zukünftigen Anforderungen ausgewählt wurden. So sollen zukünftige Hausärztinnen und Hausärzte sich mit moderner Technologie wie beispielsweise Sonografie auskennen und im Alltag anwenden können. Anderseits können Hausärztinnen und Hausärzte angepasst an den jeweiligen Bedürfnissen unterschiedlich in die Praxistätigkeit einsteigen: angestellt als Junior-Mitinhaberin resp.-Mitinhaber oder als Senior-Mitinhaberin resp. -Mitinhaber. Unterstützend dabei ist die Bereitschaft von MediZentrum, auf die individuellen Bedürfnisse angehender Hausärztinnen und -ärzte einzugehen.

Dies zeigt sich bereits im Rekrutierungsprozess von Ärztinnen und Ärzten. Nach einem zweistündigen Erstgespräch folgt eine Empfehlung für einen passenden Arbeitsplatz. Es besteht die Möglichkeit, verschiedene Arbeitsplätze zu besuchen inkl. Schnuppern und Gespräch mit anwesendem ärztlichem Personal. Zum Schluss folgt eine Evaluation und es wird die Entscheidung für oder gegen eine Anstellung getroffen. Analog findet der Rekrutierungsprozess bei APN und medizinischen Praxisassistentinnen und Praxisassistenten MPA statt, wobei das Erstgespräch jeweils mit der entsprechenden Berufsgruppe stattfindet.

APN werden während sechs Monaten von einer/einem langjährig erfahrenen APN in die zukünftigen ambulanten Aufgaben eingeführt.

Ein weiterer Erfolgsfaktor ist die Möglichkeit zur kontinuierlichen Weiterbildung sowohl für das ärztliche Personal wie auch APN und MPA. Hier kommen insbesondere die innovativen Versorgungsmodelle zu tragen, die im nächsten Kapitel erläutert werden.

4.1.2 Warum funktioniert das Versorgungsmodell Ärztinnen resp. Ärzte und APN am MediZentrum so gut?

«Für die Entstehung eines MediZentrums lässt man sich Zeit, um all die vorerwähnten Punkte umzusetzen, entstehen und wachsen zu lassen und anpassen zu können.» (A. Käser, 2024)

Das MediZentrum setzt neben Hausärztinnen und Hausärzten sowie MPA auch Pflegeexpertinnen und -experten APN ein. Eine/ein neuangestellte/r APN wird in den ersten sechs Monaten von einer/einem praxiserfahrenen APN in die zukünftigen ambulanten Tätigkeiten eingeführt. Zur alltäglichen Routine gehören (ärztliche) Qualitätszirkel, Intervisionen und die Teilnahme an Teamsitzungen und ärztlichen Fallbesprechungen. An gewissen Tagen werden APN von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten auf ihren Einsätzen begleitet und arbeiten als Team auf Augenhöhe.

Die Aufgaben der APN wurden durch die MediZentren schriftlich definiert und somit sind die Schnittstellen zur Ärzteschaft sowie MPA klar. Die APN betreuen vorwiegend chronisch kranke Patientinnen und Patienten zuhause und in Heimen. Sie dokumentieren die Haus- und Heimbesuche in der Krankengeschichte und handeln in Absprache mit der zuständigen Hausärztin resp. dem zuständigen Hausarzt. In Pflegeheimen sind sie die ersten Ansprechpersonen für Pflegedienstleistungen und auch häufig von Angehörigen. Falls nötig, organisieren sie Rundtischgespräche und machen gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt Ein- und Austrittsuntersuchungen von Patientinnen und Patienten. Dabei ist die Zusammenarbeit zwischen ärztlicher Fachperson und APN stets vorhanden und beide sind jederzeit telefonisch erreichbar.

Zusätzlich zu den APN sind auch Medizinische Praxiskoordinatorinnen und – koordinatoren MPK im Einsatz. Dabei handelt es sich um MPA mit einer Weiterbildung zur Betreuung von chronisch kranken Menschen. In diesen Bereichen können MPK selbstständig Aufgaben übernehmen. MPK können sich auf administrativ hoch-komplexe und pflegerisch niedrig-komplexe Aufgaben konzentrieren. Im Vergleich dazu fokussieren sich die APN primär auf mittel- bis hochkomplexe pflegerische Aufgaben und wenig komplexe medizinische Fälle. Nachfolgende Tabelle bietet eine Übersicht über die neuen Berufsrollen:

	MPK klinische Richtung	**APN**
Betreute Zielgruppen	Chronisch und mehrfach erkrankte Menschen	Chronisch und mehrfach erkrankte Menschen, Angehörige
Ausbildung	Medizinische Praxisassistent/-innen mit berufsbegleitender Weiterbildung zu MPK, eidg. Fachausweis, klinische Kompetenzen abhängig von absolvierten Weiterbildungsmodulen	Pflegefachperson FH, Praxiserfahrung, Master of Science (MSc) in Pflege mit klinischem Fokus, Praxis als APN
Supervision	MPK arbeiten unter ärztlicher Verantwortung und Weisung	APN führen nur bei Bedarf ärztliche Aktivitäten unter Supervision aus, ansonsten selbstständig; in pflegerischen Aktivitäten selbstständig
Einsatzbereiche	Vorwiegend Hausarztpraxen	Gesundheitswesen im Allgemeinen, inkl. Grundversorgung, Spitex
Tätigkeitsbereiche	Administrative und koordinative Arbeiten; Behandlungsplanung, z. T. mit Patientinnen/Patienten und nach festgelegten Richtlinien; Chronic Care Management mit Anleitung und Unterstützung der Patientin/des Patienten zum Selbstmanagement	Anamnese, körperliche Untersuchung; Beitrag zur Diagnosestellung, Behandlungsplanung, inkl. Nachfolgeuntersuchungen; Verschreibung von medikamentösen Therapien in Absprache mit und nach Delegation von ärztlichen Fachpersonen im Kanton Waadt; Austrittsplanung; Beratung, Anleitung, Schulung zur Förderung von Selbstmanagement, Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention; Unterstützung der Patient/-innen und deren Angehörigen im Umgang mit der Krankheit im Alltag; administrative Aufgaben
Ergebnisse bei Betroffenen	grosse Erhöhung der Betreuungskontinuität und Koordination; Reduktion von Doppel-	grosse Erhöhung der Betreuungskontinuität und Koordination; grosse Erhöhung der evi-

	spurigkeiten; Rascher Einsatz der Behandlung; Niederschwelliger Zugang zum Gesundheitswesen und zu anderen Gesundheitsfachpersonen	denzbasierten Pflege und Behandlung; niederschwelliger Zugang zum Gesundheitswesen; Verbesserung der Lebensqualität; weniger Notfallkonsultationen, ungeplante Spitalaufenthalte
Ergebnisse bei ärztlichen Fachpersonen	Entlastung	Entlastung, Substitution und Ergänzung

Abbildung 1: Übersicht Ausbildungen und Kompetenzen für MPK, (KFS) und APN[4]
Abkürzungen: MPK = Medizinische Praxiskoordinator/-in, APN = Advanced Practice Nurse, KFS: Klinische/r Fachspezialist/-in

Die Einführung neuer Versorgungsmodelle hat eine Kompetenzverschiebung zur Folge und trägt zur Vermeidung von Versorgungsengpässen bei. Dies wird sehr gut in der Gegenüberstellung von traditionellem und neuen Versorgungsmodell aus einer Studie zu den neuen Berufsbildern APN und MPK in der Hausarztpraxis ersichtlich[5]:

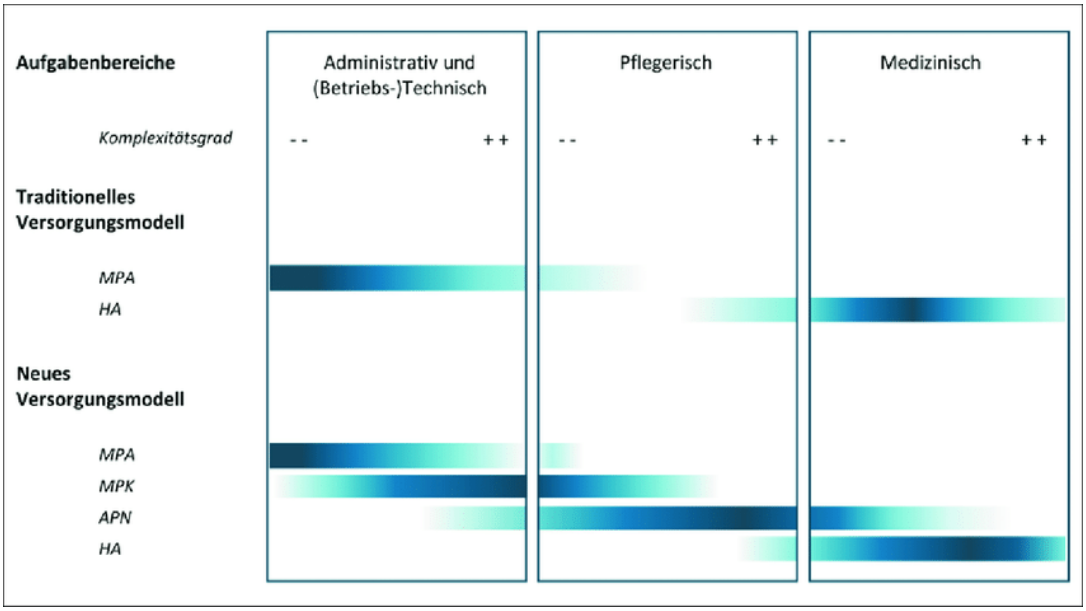

Abbildung 2: Traditionelles und neues Versorgungsmodell.
Abkürzungen: MPA = Medizinische/r Praxisassistent/in; HA = Hausärztin/-arzt; MPK = Medizinische/r Praxiskoordinator/in; APN = Pflegeexpertin/-experte;[6].

Die enge Zusammenarbeit verschiedener Fachpersonen verbessert die Patientenversorgung durch Austausch von Fachwissen und gemeinsamer Entscheidungsfindung. Dies führt zu einer höheren Versorgungsqualität und Effizienz.

Durch gezielte Strukturierung des Arbeitsalltags fördert das MediZentrum eine interprofessionelle integrierte Zusammenarbeit. In transdisziplinären Projektgruppen setzen sich Ärztinnen und Ärzte, APN und MPK aller Zentren zusammen und erarbeiten Arbeits-, Anleitungs- und Informationsunterlagen zum internen Gebrauch zu verschiedenen Themenbereichen (z. B. Diabetes) und organisieren hierfür auch Intervisionen und Supervisionen (Fallbesprechungen mit Fachexpertinnen und Fachexperten; in diesem Bespiel Diabetologinnen und Diabetologen resp.

[4] Zumstein-Shaha, Maya et al. (2022a). Neue Rollen der nicht-ärztlichen Berufe in der Schweizer Grundversorgung. Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin. 10.4414/phc-d.2022.10398.
[5] Gysin, Stefan et al. (2020). Pflegeexpertinnen APN und -Medizinische Praxiskoordinatorinnen in der Hausarztpraxis. Primary and Hospital Care: Allgemeine Innere Medizin. 10.4414/phc-d.2020.10137.

[6] Vgl. Gysin et al. 2020

Endokrinologinnen und Endokrinologen). Das dabei erarbeitete Wissen wird danach mit dem gesamten Team bei einer Schulung geteilt.

Die MediZentren sind pro Standort eigenständige Aktiengesellschaften und treten als AG dem MediZentrum Verbund GmbH bei, der ihnen das Franchising für das Konzept und den Namen MediZentrum gibt. Dabei ist der Verbund den MediZentren nicht hierarchisch übergeordnet, sondern vermittelt primär nur das Konzept und die Ideologie. Alle MediZentren sind zum gleichen Anteil Mitbesitzer des Verbundes. So können sich die verschiedenen Zentren trotz engem Austausch auch eigenständig weiterentwickeln. Bisherige Standorte sind Schüpfen, Ins, Täuffelen, Burgergut, Lyss, Messen, Landhaus Steffisburg und Gerlafingen. Weitere MediZentren sind in Planung.

Die Umsetzung eines erfolgreichen MediZentrum braucht Zeit, damit die Versorgung stabil ist. Vor der Neueröffnung eines MediZentrums wird genügend Zeit eingerechnet, um den Ort, die Infrastruktur und das Personal zu evaluieren und sich mit den zukünftigen Miteigentümerinnen und Miteigentümer auszutauschen. Dabei liegt der Fokus stark auf Vertrauenspflege und Aufbau einer stabilen Teamentwicklung. Eine MediZentrum AG muss zu 90 Prozent im Besitz der dort praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sein. Ausnahmen sind nur mit zeitlicher Beschränkung erlaubt, z. B. wenn die Finanzierung zu Beginn nicht anders geregelt werden kann. Die restlichen 10 Prozent der Aktien können im Besitz von natürlichen Personen sein. Diese müssen dem MediZentrum nahestehen und sie verzichten auf das Stimmrecht. Die Finanzierung erfolgt vorwiegend durch die Ärztinnen und Ärzte selbst sowie durch Darlehen (Bank, Gemeinde). Spätestens drei Jahre nach Beginn kann sich ein MediZentrum wirtschaftlich stabil halten.

4.2 Allgemeine Situation der integrierten Versorgung im Kanton Bern

Die ambulante Grundversorgungslandschaft im Kanton Bern zeichnet sich durch verschiedene innovative Modelle der integrierten Versorgung aus. Medizinische Versorgungszentren bieten eine umfassende, multidisziplinäre Versorgung an einem Ort. Diese Zentren bündeln Hausärztinnen und Hausärzte, Spezialistinnen und Spezialisten und oft auch zusätzliche Gesundheitsdienstleistungen wie Physiotherapie oder Ernährungsberatung. Diese Zentren fördern die integrierte Versorgung, indem sie den Patientinnen und Patienten eine koordinierte und ganzheitliche Betreuung anbieten. Insbesondere in ländlichen Regionen und Bergregionen werden durch innovative Ansätze wie Telemedizin und interdisziplinäre Praxisgemeinschaften (z. B. Medicentre im Berner Jura und Xundheitszentrum in Grindelwald) die medizinische Grundversorgung und die Langzeitbetreuung von Patientinnen und Patienten sichergestellt. Diese Modelle tragen wesentlich zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei, indem sie die Koordination und Kontinuität der Patientenbetreuung fördern und die medizinische Versorgung auch in abgelegenen Gebieten gewährleisten.

In den nachfolgenden Kapiteln sollen die als Postulat angenommenen Ziffern 4, 5 und 6 beantwortet werden.

4.2.1 Versorgungsmodell APN in der Hausarztpraxis im Kanton Bern

Im Kanton Bern werden APN bereits heute verschiedenartig eingesetzt. Bisher sind APN mehrheitlich im stationären Setting tätig[7]. Aufgrund von tariflichen und betrieblichen Fragen ist der Einsatz von APN in der Hausarztpraxis bis heute noch nicht weit verbreitet. Dies hängt damit zusammen, dass die Gesetzesgrundlage für den Einsatz und die Vergütung von APN auf Bun-

[7] Osinska, Paulina (2022). Daily practices of advanced practice nurses within a multi-professional primary care practice in Switzerland: a qualitative analysis." BMC Primary Care.

desebene noch nicht geschaffen ist. Dennoch gibt es im Kanton Bern nebst den oben exemplarisch aufgeführten MediZentren auch andere Betriebe, die erfolgreiche Beispiele der integrierten Versorgung darstellen.

Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz entstand zusammen mit der Berner Fachhochschule (BFH) das Forschungsprojekt PriMA (Advanced Practice Nurse in der Primärversorgung). Der Kanton Bern war durch die Kantonsärztin in der Steuergruppe vertreten. Ziel dieses Projekts war die Untersuchung des Kompetenzbereichs und die Abrechnungsmöglichkeiten von APN in einer Hausarztpraxis anhand von zwei Hausarztpraxen mit APN im Berner Mittel- und Oberland. Dabei zeigte sich, dass die Klärung der Kompetenzen und Aufgabenbereiche für APN in der hausärztlichen Versorgung weiterhin notwendig ist. Folgende hausärztlichen Leistungen können gemäss dieser Studie von APN übernommen werden[8]:

- Hausbesuche auf ärztl. Delegation, Einschätzung der häuslichen Situation und Lebensumstände und Information an die ärztl. Fachperson
- Konsultationen inkl. klinische Einschätzung, Assessments und Massnahmenplanung
- Besprechung der erhobenen Befunde und geplanten Massnahmen mit ärztl. Fachperson
- Wundbehandlung, Verbandswechsel
- Beratung und Instruktion von Patientinnen und Patienten
- Förderung von Gesundheit und Selbstmanagementfähigkeiten und Lifestyleveränderungen
- Proaktives Überwachen des Gesundheitszustands von Patientinnen und Patienten
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung mit Patientinnen und Patienten sowie Angehörigen
- Anpassung von Therapien in Absprache mit der ärztl. Fachperson
- Verordnung von einfachen Behandlungen in Absprache mit ärztl. Fachperson
- Verabreichung von Injektionen, Infusionen etc. auf ärztl. Verordnung
- Organisation von Konsultationen bei ärztl. Fachpersonen, Koordination der Behandlung oder Besprechungen im interdisziplinären Team
- Coaching, Beratung und Instruktion von Pflegenden und pflegenden Angehörigen

Als ungefähre Zusammenstellung für den zeitlichen Aufwand von Grundversorgerinnen und Grundversorgern werden in der Studie folgende Zeitfaktoren gegeben:

- Anzahl Patient/-innen pro APN in der Hausarztpraxis: rund 25 pro Tag
- Zeitlicher Aufwand: etwa 5 Patient/-innen / 2 Std. (ärztliche Fachperson: 8 Patient/-innen pro2 Std.)

Um dieses Modell im Kanton Bern zu fördern, lohnt es sich, die verschiedenen Herausforderungen, die sich bei der Implementierung von APN in Hausarztpraxen ergeben, zu kennen. Diese betreffen v. a. die Zulassung und die Vergütung von Leistungen.

Zulassung

Das GesBG regelt die Abschlusskompetenzen von nicht-ärztlichen, nicht-universitären Fachpersonen in Gesundheitsberufen, die Akkreditierung der Studiengänge, die Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung und die Etablierung des Gesundheitsberuferegisters. Im Bereich Pflege ist nur die Bachelorstufe geregelt. APN verfügen zwar über eine Berufsausbildung zur Pflegefachperson gemäss GesBG, jedoch werden hiermit die erweiterten Kompetenzen in der Pflege und insbesondere im medizinischen Bereich nicht geregelt. Da die Masterstufe in der

[8] Schlunegger Margarithe, Aeschlimann Simona, Zumstein-Shaha Maya (2022). PRiMA - Advanced Practice Nurse in der Primärversorgung. Evaluationsschlussbericht. BFH im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.

Pflege im GesBG nicht explizit erwähnt wird, ist die Zulassung der APN im schweizerischen Gesundheitswesen unklar[9].

Vergütung

Auch im KVG sind APN nicht spezifisch erwähnt und ihre Leistungen sind der allgemeinen Krankenpflege zuzurechnen. So dürfen APN grundsätzlich auf ärztliche Anordnung oder im Auftrag tätig sein. Eine selbstständige Tätigkeit ist jedoch nicht möglich. Als Leistungserbringende in der hausärztlichen Versorgung sind APN bisher nicht vorgesehen. So können APN für eine Hausarztpraxis zwar Hausbesuche und Altersheimvisiten ausführen, jedoch kann nur ein kleiner Anteil der Pflegetätigkeiten vergütet werden und die erweiterten Kompetenzen von APN sind nicht berücksichtigt. Eine Abrechnung über TARMED ist nur bedingt möglich über «Leistungen durch nicht ärztliche Fachpersonen». Über diese Leistungen können aber keine erweiterten Leistungen der APN verrechnet werden. Dieser Leistungsblock umfasst Leistungen der MPA, die nicht denen einer APN entsprechen. Eine APN erbringt höher qualifizierte Leistungen, die im Leistungsblock der MPA nicht abgebildet sind, da er nicht dafür vorgesehen ist. Eine Ausnahme bilden Ärztenetzwerke. Hier können Ärztenetzwerke mit Versichernden gemäss Artikel 48 KVG spezifische Verträge mit Einzeltarifen für die verschiedenen Leistungserbringenden vereinbaren und so auch Leistungen der APN abrechnen. Die Form der Leistungserbringung ist aber abhängig von den jeweiligen Versichernden.

Anders sieht es aus für Leistungen von APN im stationären Bereich sowie in der Langzeitpflege und Spitex. Im stationären Bereich sind die Leistungen der APN durch die Pauschalen bereits abgegolten. In Artikel 7 der Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV)[10] wird der Leistungsbereich der Krankenpflege ambulant oder im Pflegeheim beschrieben. Diese Leistungen sind insbesondere für die Verrechnung von Hausbesuchen und Alters- und Pflegeheimen interessant, allerdings decken sie aktuell nicht alle Leistungen der APN ab. Im Kanton Bern verdienen APN zwischen 88 000 und 97 000 Franken (inkl. 13. Monatslohn und Sozialabgaben)[11].

Zusammenfassend ergeben sich zurzeit folgende Möglichkeiten für die Vergütung von Leistungen der APN in einer Hausarztpraxis[12]:

- Vergütung von Leistungen durch APN innerhalb der Hausarztpraxis:
    - Verrechnung über TARMED mit Positionen „Tätigkeiten durch nicht-ärztliche Fachpersonen“ (Vergütung entspricht nicht den erweiterten APN-Kompetenzen)
    - Erweiterte Leistungen, insbesondere medizinische Leistungen, können nicht über TARMED abgerechnet werden
- Vergütung für Leistungen durch APN ausserhalb der Hausarztpraxis:
    - TARMED sieht keine expliziten Tarife für APN vor. Daher ist die Abrechnung von Leistungen von APN ausserhalb der Hausarztpraxis inkl. Hausbesuche und Altersheimvisiten nicht möglich.
    - Lösungsmöglichkeit: Abrechnung über Spitex-Tarife (keine ausdrücklich medizinischen Leistungen)
- Weitere Zwischenlösungen:
    - Individualverträge zwischen Hausarztpraxis und Versicherung

Empfehlung zur Förderung von APN im Schweizer Gesundheitssystem

[9] Zumstein-Shaha, Maya (2022b). Pflegeexpertin/-e APN in der Schweiz. Rechtliche Grundlagen und Schwierigkeiten bei der Abrechnung. Pflegerecht 3/2022, S. 151-159.
[10] Verordnung des EDI vom 29. September 1995 über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV; SR 832.112.31)
[11] Zumstein-Shaha, Maya und Schlunegger, Margarithe. Nurse Practitioner in Hausarztpraxen im Kanton Bern. Rahmenbedingungen und Stellenprofil. BFH.
[12] Vgl. Schlunegger (2022)

Nur eine gesetzliche Anpassung auf nationaler Ebene könnte aus dieser ungeklärten Situation herausführen und die Zulassung und Vergütung von APN im Kanton Bern regeln.

Die einfachste Lösung, um die Zulassung zu regeln und somit die Qualifikationen und Kompetenzen sicherzustellen, wäre die Aufnahme der Masterstufe für Pflegefachpersonen im GesBG auf Bundesebene. Im Rahmen der Umsetzung der Pflegeinitiative sollen die beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten der Pflegefachpersonen verbessert und somit auch der Masterabschluss Pflege und die Berufsrolle APN auf Bundesebene geregelt werden. Dies wird im Rahmen der Umsetzung der 2. Etappe der Pflegeinitiative aktuell aufgenommen und ging bereits in die Vernehmlassung. Der Vorteil einer nationalen Lösung ist, dass die Zulassung schweizweit geklärt ist und auch gerade die tariflichen Fragen gelöst werden können. Im Auftrag des Bundesrates prüft das BAG bis Ende 2025, ob und wie APN zukünftig auch weitere Leistungen abrechnen können. Eine entsprechende Anpassung des GesBG könnte also bald umgesetzt werden und würde viele rechtliche und tarifliche Fragen klären.

Als weiterer Schritt müssen Grundlagen für die Vergütung von Leistungen von APN im ambulanten Bereich erarbeitet werden. Die einfachste Lösung wäre eine Anpassung von Artikel 7 KLV und/oder TARMED/TARDOC oder ambulante Pauschalen, damit die erweiterten Kompetenzen der APN entsprechend vergütet werden können. Eine alleinige Anpassung der KLV kann die strukturelle Integration von APN jedoch nur begrenzt fördern. Mittelfristig ist auch die Überarbeitung des KVG notwendig, damit APN als eigenständige Leistungserbringende im System verankert werden. Erst die Anpassung der gesetzlichen Grundlagen zur Vergütung von Leistungen auf nationaler Ebene ermöglicht die Anerkennung von APN als vergütungsberechtigte Leistungserbringende. Dieser Schritt ist zwingend, um die Einbindung von APN in der hausärztlichen Versorgung zu erleichtern und somit zu fördern[13].

Der Regierungsrat ist davon überzeugt, dass nur eine schweizweite Regelung über die Aufnahme der Berufsgruppe in der nationalen Gesetzgebung und eine einheitliche Tarifierung die Situation lösen können. Er hat sich in diesem Sinne in der Vernehmlassung zur 2. Etappe der Pflegeinitiative geäussert. Die alternative Möglichkeit einer spezifischen Regelung im kantonalen Gesundheitsrecht (wie dies im Kanton Waadt seit einer Gesetzesänderung des Artikels 124 im Jahr 2017 bereits der Fall ist[14]) birgt die Gefahr von unerwünschter Heterogenität der Rollen und Einschränkungen der Mobilität. Ausserdem kann über eine kantonale Regelung das Problem der Finanzierung nicht gelöst werden.

4.2.2 Versorgungsmodell APN und Hausärztinnen und Hausärzte in der Aus- und Weiterbildung an Berner Hochschulen (medizinische Fakultät Universität Bern, Berner Fachhochschule)

Eine Ausbildung zur/zum APN kann in der Schweiz an zwei Universitäten und fünf Fachhochschulen gemacht werden. Der Master of Science in Nursing mit klinischer Ausrichtung wird von der Universitäten Basel und Lausanne sowie von der ZHAW Winterthur, OST Fachhochschule, SUPSI und Kalaidos/Careum angeboten. Im Kanton Bern bietet die BFH diesen Master seit 2007 an.

Diese Programme erfreuen sich grosser Beliebtheit, und es gibt bereits knapp 1000 Masterabschlüsse in der Pflege. Von den Absolventinnen und Absolventen im Jahre 2021 haben sich knapp 35 Prozent auf die Rolle APN spezialisiert. Unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt eingeschriebenen Studierenden werden in den kommenden Jahren rund 320 APN im

[13] Vgl. Zumstein-Shaha (2022b)
[14] Grand Conseil Du Canton De Vaud (2017), Loi 800.01 sur la santé publique (LSP)

Schweizerischen Gesundheitssystem tätig sein[15]. Die hohe Nachfrage nach diesen Programmen zeigt, dass es ein klares Interesse an solch spezialisierten Pflegekräften gibt, um den Herausforderungen im Gesundheitswesen, wie dem Fachkräftemangel und der Betreuung multimorbider Patientinnen und Patienten, zu begegnen.

In einem Positionspapier der BFH zur Rolle von APN in der zukünftigen Gesundheitsversorgung in der Schweiz wird die Notwendigkeit zur weiteren Rollenentwicklung betont. Die BFH sieht die APN zukünftig als ein wichtiges Element in der integrierten Gesundheitsversorgung, sowohl stationär als auch ambulant. Der Einsatz von APN ermögliche die Optimierung von Patientinnen- und Patientenpfade, die Verkürzung von Aufenthaltsdauern resp. Verschiebung von Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich.[16]

Die BFH setzt sich intensiv mit dem Versorgungsmodell Ärztinnen resp. Ärzte und APN auseinander und trägt viel zur Forschung in diesem Bereich bei. Seit 2019 wird die BFH vom Kanton Bern für den Master of Science Pflege mit Ausbildungsvergütungen an die Praxispartner unterstützt.

Die medizinische Fakultät der Universität Bern investiert in die Ausbildung von jungen Ärztinnen und Ärzten. Für die Ausbildung von Hausärztinnen und Hausärzten und somit für die Sicherung der Grundversorgung ist das Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM) zuständig. So ist beispielsweise bereits ab dem ersten Studienjahr ein 1:1-Mentoring in einem Hausarztpraktikum Bestandteil der Ausbildung. Seit 2018 wird das Berner Curriculum AIM angeboten, das angehenden Hausärztinnen und Hausärzten eine rasche und strukturierte Weiterbildung ermöglichen soll. Teilnehmende profitieren von attraktiven Rotationsstellen und einem Mentoring-Programm.

Wichtige Schritte für die Förderung des Versorgungsmodells APN in der hausärztlichen Versorgung sind die Festlegung von Ausbildungsstandards und Akkreditierung von APN-Studiengängen an schweizerischen Hochschulen. Dies bedeutet auch einen Ausbau der Ausbildungs- sowie Weiterbildungsangebote. Da die Erarbeitung von klinischen Fähigkeiten in Hausarztpraxen mit einem zusätzlichen Betreuungs- und Ausbildungsaufwand verbunden ist, sollte für die Ärzteschaft eine mögliche Vergütung dieser Ausbildungsleistung geprüft werden[17].

Der Kanton verfügt nur begrenzt über direkte Einflussmöglichkeiten auf die Gestaltung der Aus- und Weiterbildungsangebote an Universitäten und Fachhochschulen. Jedoch besteht basierend auf Grossratsbeschlüsse die Möglichkeit zur Förderung von Programmen, wie dies auch beim Praxisassistenzprogramm der Fall ist.

4.2.3 Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung durch Förderung der Berufe der Hausärztin resp. des Hausarztes und der Pflegeexpertinnen APN / Pflegefachpersonen

In der Teilstrategie zur integrierten Versorgung des Kantons Bern wird die Wichtigkeit neuer Berufsrollen, wie zum Beispiel der APN, betont und als Lösungsansatz für den Fachkräftemangel erkannt. So soll sich der Kanton für die Entwicklung und Finanzierung neuer Berufsrollen (inkl. APN) einsetzen und gemeinsam mit den Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern das Ausbildungsangebot entsprechend steuern[18].

Ein kantonales Programm zur Förderung des hausärztlichen Berufes ist das Praxisassistenzprogramm. Das Praxisassistenzprogramm macht Assistenzärztinnen und -ärzte in der Weiterbildung zur Hausärztin/zum Hausarzt bzw. zur Kinderärztin/zum Kinderarzt mit der Praxistätigkeit

[15] B. Sottas, S. Kissmann (2022): Aktuelle Situation der Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten APN in der Schweiz und Implikationen einer Regulierung. Expertenbericht. Bern: BAG
[16] C. von Dach et al. (2023) APN ThinkTank BFH Positionspapier. Rolle der Advanced Practice Nurse in der zukünftigen Gesundheitsversorgung in der Schweiz. BFH.
[17] Vgl. Schlunegger (2022)
[18] Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion, Kanton Bern (2024). Teilstrategie Integrierte Versorgung.

vertraut. Lehrpraxen erhalten dabei einen Beitrag an die monatlichen Lohnkosten der Assistenzärztinnen und -ärzte. Für die Betreuung der Stellen wurde am BIHAM eine Koordinationsstelle geschaffen. Um das Risiko eines vorzeitigen Abbruchs zu mindern, hilft die Koordinationsstelle bei der Zuteilung von Assistenzärztinnen und -ärzten an geeignete Lehrpraxen, indem die Ziele und Bedürfnisse der Assistenzärztinnen und -ärzte sowie der Lehrpraxen miteinander verglichen werden. Falls notwendig, begleitet die Koordinationsstelle die Parteien in schwierigen Situationen. Weiter berät sie zu verschiedenen Themen, wie bspw. bei Fragen zu Weiterbildungen, selbstständiger Praxiseröffnung oder zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Zudem bietet das BIHAM beispielsweise erweiterte Praxisassistenzen mit spezifischen Lernzielen der hausärztlichen Medizin und Rotationsstellen im Spital an. Die Nachfrage nach dem Programm ist gross und es ist alljährlich ausgebucht. Am 14. Juni 2022 wurde nicht nur die Weiterführung, sondern auch der Ausbau des Programms vom Grossen Rat einstimmig angenommen.

Zudem werden seit Januar 2023 mit der Revision des Spitalversorgungsgesetzes (SpVG)[19] alle Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer der Spitalversorgung des Kantons Bern verpflichtet, sich an der ärztlichen Weiterbildung zu beteiligen oder eine entsprechende Ausgleichszahlung zu leisten. Die Ausgleichszahlungen werden zur Förderung von Weiterbildungsstellen in unterversorgten Fachrichtungen (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie -psychotherapie) eingesetzt. Für Weiterbildungsstellen in diesen vier Fachrichtungen wird zusätzlich zur regulären Abgeltung von 15 000 Franken pro Vollzeitäquivalenz (VZÄ) ein Förderbeitrag von 35 000 Franken pro VZÄ gewährt. Der Regierungsrat hat die GSI an seiner Sitzung vom 18. September 2024 weiter beauftragt, eine Erhöhung der Abgeltungsunterstützung für Weiterbildungsleistungen um je 15 000 Franken pro Vollzeitstelle in Weiterbildung umzusetzen. Die Abgeltungen für Weiterbildungen von Ärztinnen und Ärzten in nicht unterversorgten Fachrichtungen sollen künftig 30 000 Franken betragen. Weiterbildungen in unterversorgten Regionen und/oder ärztlichen Fachrichtungen sollen mit 65 000 Franken abgegolten werden. Für pharmazeutische Weiterbildungen sind 30 000 Franken vorgesehen. Dies bedingt eine Anpassung der Spitalversorgungsverordnung[20]. Zudem müssen die Gelder vom Grossen Rat in einem zusätzlichen Rahmenkredit bewilligt werden.

Der Aufbau neuer Weiterbildungsstellen in unterversorgten Fachrichtungen wird durch Innovationsprogramme gefördert, die über den Rahmenkredit 2024-2027 zur Abgeltung weiterer Beiträge im Rahmen des Spitalversorgunggesetzes (RRB 1266/2022) finanziert werden. Programme müssen die Anzahl förderungsberechtigter Weiterbildungsstellen nachhaltig erhöhen, um die Anforderungen für eine Subventionierung zu erfüllen. Innovative Programme können z. B. zum Ziel haben, neue Weiterbildungs- und Rotationsstellen durch Kooperationen bzw. neue Weiterbildungsstrukturen zu entwickeln (z. B. Weiterbildungsnetz oder Weiterbildungsverbund), neue bzw. attraktivere Weiterbildungs-Curricula zu erarbeiten sowie andere Weiterbildungsangebote zu schaffen. Der Kanton übernimmt 90 Prozent der Kosten eines Programms. Die restlichen 10 Prozent übernehmen die Antragstellerinnen und Antragsteller. Damit wird sichergestellt, dass die Innovationen nachhaltig ausgerichtet und nicht ausschliesslich von einer Finanzierung durch den Kanton abhängig sind. Projekte werden grundsätzlich für maximal zwei Jahre gefördert, wobei insbesondere Projektkosten finanziert werden. Gesuche können fortlaufend eingegeben werden. Die GSI wird bei der Prüfung von Anträgen bei Bedarf eine Expertengruppe mit Vertretungen der Verbände der Leistungserbringenden sowie ärztliche Fach- und Weiterbildungsorganisationen zum Förderungsentscheid einbeziehen. Die GSI entscheidet, ob ein Gesuch bewilligt wird.

Über denselben Rahmenkredit 2024-2027 zur Abgeltung weiterer Beiträge im Rahmen des Spitalversorgungsgesetzes wird auch die Notfallversorgung in Randregionen unterstützt. Der Betrag wird ausschliesslich an Spitäler ausgezahlt, um den Notfalldienst als zentralen Ort in den

[19] Spitalversorgungsgesetz vom 13. Juni 2013 (SpVG; BSG 812.11)
[20] Spitalversorgungsverordnung vom 23. Oktober 2013 (SpVV; BSG 812.112)

Randregionen zu unterstützen. Die GSI und die Ärztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) haben zusammen mit dem ärztlichen Bezirksverein Berner Oberland und der Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG (fmi AG) ein Projekt lanciert. Dabei soll der Ausrückdienst für einen grossen Teil des Bezirksvereins Berner Oberland von einer Ärztin oder einem Arzt wahrgenommen und an Wochenenden und Feiertagen vom Kanton finanziell unterstützt werden. Für den hausärztlichen Notfalldienst werden aktuell 700 Franken pro Tag an Wochenenden und Feiertagen an die Ärztinnen und Ärzte ausbezahlt. Auch die administrativen Kosten, die durch die Bereitstellung von allfälliger Infrastruktur (Fahrzeug zum Ausrücken, Notfallkoffer) an die Ärzteschaft durch die teilnehmenden Spitäler entstehen könnten, werden vom Kanton bezahlt. Da dieses Projekt ein Erfolg war und weitergeführt wird, wurde es nun auch auf andere Regionen ausgeweitet. Der Bezirksverein Emmental hat ein vergleichbares Pilotprojekt im Oktober 2024 gestartet, Oberaargau und Berner Jura haben der Teilnahme zugestimmt und prüfen gerade die Umsetzung, auch mit den dortigen Spitälern.

Dennoch zeigen Hochrechnungen, dass der bisherige Ausbau von Studienplätzen in der Humanmedizin und auch das Praxisassistenzprogramm nicht reichen, um bereits bestehende Versorgungslücken zu schliessen. In einer Studie zur Berner Workforce in der medizinischen Grundversorgung des Kantons Bern wurde aufgezeigt, dass bereits 2020 ein Mangel in der hausärztlichen Versorgung vorhanden war und sich dieser trotz etablierten Förderprogrammen bis 2025 zuspitzen wird. Der Kanton prüft weitere Massnahmen, die ergriffen werden könnten, um zukünftig genügend Ärztinnen und Ärzte für die Grundversorgung zu gewinnen und die Situation zu verbessern. Die Förderung der integrativen Versorgung und Implementation von APN in der hausärztlichen Versorgung könnte dabei ein weiterer wichtiger Schritt sein[21].

5. Fazit

Dieser Bericht zeigt positive Entwicklungen und bestehende Herausforderungen in der Bekämpfung des Hausarztmangels sowie in der Implementierung von innovativen Versorgungmodellen und dem Einsatz von APN in der hausärztlichen Versorgung.

Das MediZentrum, das seit 15 Jahren erfolgreich existiert, überzeugt mit flexiblen Arbeitszeitmodellen, vielfältigen Einstiegsmöglichkeiten und kontinuierlicher Weiterbildung. Dies zeigt sich in der erfolgreichen Rekrutierung und Bindung junger Hausärztinnen und Hausärzte sowie APN. Attraktive Arbeitsbedingungen ermöglichen eine gute Balance zwischen Beruf und Privatleben und ziehen junge Fachpersonen an. Die Einführung neuer Berufsrollen wie MPK und APN führt zu einer Kompetenzverschiebung innerhalb der hausärztlichen Praxis. APN übernehmen dabei wichtige Aufgaben in der Betreuung chronisch kranker Patientinnen und Patienten. Dies entlastet die ärztlichen Fachpersonen und entschärft Versorgungsengpässe. Dabei profitiert die Patientenversorgung insbesondere von einer verbesserten Betreuungskontinuität. Eine gute interprofessionelle Zusammenarbeit und stetige Weiterbildungsmöglichkeiten für alle Berufsgruppen sind zentrale Erfolgsfaktoren für dieses Beispiel der integrierten Versorgung.

Ein wesentliches Hindernis für die breite Implementierung vom integrativen Versorgungsmodell mit APN in der Hausarztpraxis sind die fehlenden gesetzlichen Regelungen. Bis heute sind die Zulassung der APN und Vergütung von APN-Leistungen unzureichend geklärt. Zur Verankerung der erweiterten Rolle der APN bedarf es eine gesetzliche Änderung auf Bundesebene über eine Anpassung des GesBG. Dies wird im Rahmen der Umsetzung der 2. Etappe der Pflegeinitiative adressiert und wurde bereits in die Vernehmlassungsvorlage aufgenommen. Um eine nachhaltige Finanzierung der APN sicherzustellen, muss das KVG resp. KLV und die TARMED/TARDOC-Tarife oder ambulante Pauschalen angepasst werden. Nur so können zukünftig APN-Leistungen adäquat abgerechnet werden. Dies muss auf Bundesebene stattfinden.

[21] Stierli, Rahel et al. (2021). Primary Care Physician Workforce 2020 to 2025 - a cross-sectional study for the Canton of Bern. Swiss Med Wkly;151:w30024.

Die Nachfrage nach Masterstudiengängen für Pflegefachpersonen ist gross und die bestehenden Programme können weiter ausgebaut werden. Die BFH und die Universität Bern leisten bereits wichtige Beiträge zur Ausbildung und Weiterbildung von APN sowie von Hausärztinnen und Hausärzten. Eine enge Zusammenarbeit zwischen den Bildungseinrichtungen und dem Kanton Bern ist essenziell, um auch in Zukunft eine gute hausärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Massnahmen des Kantons Bern zur Bekämpfung des Hausarztmangels und Förderung des integrierten Versorgungsmodells mit APN sind auf gutem Weg und wichtig für die Behebung der Versorgungslücke in der Grundversorgung.

Wie die Erfolge des MediZentrum und die positiven Erfahrungen in der Integration von APN in der hausärztlichen Versorgung zeigen, tragen innovative Ansätze und flexible Strukturen wesentlich zur Sicherstellung der medizinischen Grundversorgung bei. Die Vielfalt an innovativen Modellen der integrierten Versorgung im Kanton Bern bestärken diese Annahme.

Um die Nachhaltigkeit und Effektivität dieser Massnahmen zu gewährleisten, sind rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen notwendig. Eine verstärkte gesetzliche Anerkennung und adäquate Vergütung der Leistungen von APN sind zentrale Schritte, um die integrierte Versorgung weiter zu fördern und den Hausarztmangel langfristig zu bekämpfen.

6. Antrag an den Grossen Rat

Mit vorliegendem Bericht erachtet der Regierungsrat den Prüfauftrag als erfüllt und beantragt dem Grossen Rat, den Bericht zur Kenntnis zu nehmen.

7. Dokument-Protokoll

Dateiname	Bericht-20.11.2024-de
Autor/-in	Rara Palma

Änderungskontrolle

Version	Name	Datum	Bemerkungen
0.1			

Prüfung

Version	Name	Datum	Bemerkungen
0.1			

Freigabe

Version	Name	Datum	Bemerkungen
0.1			