

Per Email

An die Mitglieder
des Grossen Rates
des Kantons Bern

Bern, 15. November 2024

Standpunkte der Berner Haus- und Kinderärzt:innen zur Wintersession des Grossen Rates

Sehr geehrte Frau Grossrätin, sehr geehrter Herr Grossrat

In der kommenden Wintersession behandeln Sie Geschäfte, die für die ärztliche Grundversorgung und die Haus- und Kinderärzt:innen im Kanton Bern relevant sind. Es geht um eine Motion zur Medikamentenabgabe und Finanzhilfen für das Elektronische Patientendossier sowie um eine Interpellation zur Einführung des neuen ambulanten Tarifs TARDOC.

Wir erlauben uns, Ihnen zu diesen Geschäften unsere folgenden Überlegungen zu teilen:

Traktandum 50: Selbstdispensation (direkte Medikamentenabgabe in der Arztpraxis) wieder ohne Einschränkungen ermöglichen – Hausarztmedizin stärken (Motion Hügli, SP)

Die Motion will den Regierungsrat beauftragen, das Gesundheitsgesetz so anzupassen, dass Ärzt:innen mit einer Berufsausübungsbewilligung im Kanton Bern wieder uneingeschränkt direkt Medikamente abgeben dürfen, und zwar, anders als heute, unabhängig von der Anzahl in einem Ort ansässiger Apotheken. Diese Forderung wird von Motionär:innen aus allen Parteien unterstützt.

Der Kanton Bern regelt die direkte Medikamentenabgabe seit 1984 über ein Mischsystem. Das Mischsystem sieht vor, dass Ärzt:innen überall dort eine so genannte Privat- oder Praxisapotheke führen und uneingeschränkt Medikamente abgeben dürfen, wo nicht mindestens eine Apotheke im Ort ansässig ist. In Orten, in denen es zwei oder mehr Apotheken gibt, ist den Ärzt:innen die direkte Abgabe an Patient:innen nur zur Erstversorgung, bei Hausbesuchen und in Notfällen gestattet. Das System hat unter anderem zur Folge, dass Ärzt:innen bzw. Praxen die Bewilligung zur Selbstdispensation mit einer Übergangsfrist von zehn Jahren verlieren, wenn in einem Ort mit bereits ansässiger Apotheke eine zweite Apotheke eröffnet wird. Es führt auch dazu, dass es in ein und derselben Versorgungsregion einen Unterschied macht, sowohl für die ärztliche Tätigkeit wie aber auch finanziell, ob meine Praxis auf dem Boden der einen oder der anderen Gemeinde steht. Eine dergestalt wettbewerbsbeschränkende Regelung macht aus medizinischer Sicht und aus Versorgungsperspektive keinen Sinn und ist heute aus verschiedenen Gründen überholt:

- Wahlfreiheit: Es ist nicht einzusehen, weshalb Patient:innen an Orten mit mehr als einer Apotheke selber entscheiden dürfen, wo sie ihr Medikament beziehen



wollen, an allen anderen Orten diese Wahlfreiheit aber nicht haben. Es entspricht dem Wunsch vieler Patient:innen, ihr Medikament direkt bei ihrem Hausarzt oder ihrer Kinderärztin zu beziehen anstatt mit einem zusätzlichen Gang in die Apotheke. Wer das nicht möchte, bezieht das Medikament in der Apotheke. Die Patient:innen entscheiden selber.

- Therapieansatz: Die Verabreichung von Medikamenten an ihre Patient:innen gehört seit eh und je zu den genuin ärztlichen Tätigkeiten und ist fester Bestandteil der Therapie. Die direkte Abgabe von Medikamenten stärkt die Beziehung zwischen Ärzt:innen und Patient:innen und sorgt für eine bessere Therapietreue, denn Ärzt:innen ist es besser möglich, die so genannte Compliance (das Einhalten von Regeln der Medikamenteneinnahme) zu überwachen.
- Kompetenzen: Die Berufs- und Kompetenzprofile in der medizinischen Grundversorgung haben sich in der Vergangenheit verändert und tun dies weiterhin. Das ist wichtig und richtig angesichts der Herausforderungen und dem Potenzial der integrierten, interprofessionellen Versorgung. Die Apotheker:innen haben in den letzten Jahren immer mehr bis anhin ärztliche Aufgaben übernommen (z.B. Impfen) und ihr Kompetenzprofil erweitert. Es ist deshalb folgerichtig und konsequent, dass Ärzt:innen im Gegenzug die direkte Medikamentenabgabe möglich gemacht wird.
- Standortattraktivität: Ob an einem Ort die Medikamentenabgabe möglich ist oder nicht, ist ein ausschlaggebender Standortvor- oder -nachteil. Viele Praxen, Gemeinden und Regionen haben Mühe, Nachfolgelösungen zu finden, wenn Haus- und Kinderärzt:innen ihre Tätigkeit altershalber aufgeben. Dass der Kanton eine Regelung aufrechterhält, die die Attraktivität eines Praxisstandorts davon abhängig macht, ob und wie viele Apotheken ansässig sind, mutet absurd an und ist angesichts der sich zuspitzenden Unterversorgung nicht mehr länger zu rechtfertigen.
- Erfahrung und Evidenz: In 15 Kantonen der Deutschschweiz ist die Medikamentenabgabe durch Ärzt:innen uneingeschränkt möglich und hat sich bestens bewährt. Weder ist es in diesen Kantonen zu einem „Apothekensterben“ gekommen noch gibt es Gräben zwischen Ärzt:innen- und Apotheker:innenschaft. Die interprofessionelle Zusammenarbeit funktioniert hier so gut wie andernorts. Es gibt auch keine eindeutige wissenschaftliche Evidenz, die klar für oder gegen das eine oder andere Modell sprechen würde. Hingegen spricht vieles dafür, die auferlegte Beschränkung der ärztlichen Tätigkeit im Kanton Bern endlich aufzuheben zugunsten von Wahlfreiheit und Wettbewerb.

Die von der Motion verlangte Aufhebung der Benachteiligung von Haus- und Kinderärzt:innen in einzelnen Gemeinden und in Abhängigkeit vom Marktauftritt von Apotheken ist schlicht ein Zeichen der Zeit und jetzt ohne Verzug an die Hand zu nehmen. Zu bedenken geben möchten wir aber, dass die uneingeschränkte Medikamentenabgabe nicht als Allheilmittel gegen den eklatanten Mangel an Haus- und Kinderärzt:innen gehandelt werden darf. Die Aufhebung des Mischsystems zugunsten der Selbstdispensation kann einer unterversorgten Region oder Ortschaft, in der die Medikamentenabgabe nicht zulässig ist, wohl helfen, ihren Standortnachteil für haus- oder kinderärztliche Praxen auszugleichen. Die Kehrseite davon ist allerdings, dass eine Ortschaft mit Selbstdispensationsmöglichkeit in unmittelbarer Nähe ihren Standortvorteil, den sie jetzt hat, verliert. Zudem ist es nicht so, dass Kantone mit freier Medikamentenabgabe weniger stark mit Haus- und Kinderärzt:innenmangel zu kämpfen hätten als solche ohne. Gegen den Mangel an Nachwuchs sind nach wie vor (auch) andere Massnahmen mit aller Konsequenz umzusetzen. Dazu gehört auch und insbesondere die adäquate tarifarische Abgeltung der haus- und kinderärztlichen Leistungen und die Aufhebung der finanziellen Benachteiligung im Vergleich zu anderen Fachrichtungen.

Wir bitten Sie, die Motion anzunehmen und damit das nicht mehr gerechtfertigte Mischsystem im Kanton Bern zugunsten von Wahlfreiheit und Wettbewerb aufzuheben.

Traktandum 49: Finanzhilfen für das EPD: Übergangsfinanzierung (Kreditgeschäft)

Der Regierungsrat beantragt dem Grossen Rat eine Kreditsumme zur übergangsweisen finanziellen Unterstützung des elektronischen Patientendossiers EPD. Das Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG) wurde im Frühling von den eidgenössischen Räten bezüglich einer Übergangsfinanzierung revidiert. Diese Übergangsfinanzierung sieht vor, dass der Bund während fünf Jahren die Stammgemeinschaften für den Betrieb und die Weiterentwicklung des EPD mit Finanzhilfen unterstützen kann. Es ist geplant, dass der Bund pro eröffnetem EPD einen Betrag von 30 Franken sprechen kann, falls sich die Kantone in gleichem Umfang beteiligen. Der Regierungsrat plant nun, die Stammgemeinschaft der Post Sanela Health AG für jedes von einer im Kanton Bern wohnhaften Person eröffnete EPD finanziell zu unterstützen, und zwar mit 30 Franken, entsprechend dem Beitrag des Bundes, und bis zu einem Kostendach von 4 Millionen Franken bzw. höchstens bis der Bundesbeitrag ausgeschöpft ist.

Der VBHK begrüsst alle Bestrebungen und Massnahmen, die eine sinnvolle, zweckmässige und „echte“ Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung zum Ziel haben. Hierfür braucht es aber insbesondere auch standardisierte Schnitt- und Nahstellen zu Praxissystemen und die möglichst hindernisfreie Kommunikation verschiedener Systeme. Die Eröffnung von EPD finanziell zu fördern ist nicht falsch, isoliert betrachtet aber beschränkt wirksam. Was es dazu braucht, sind einfache, anwendungsfreundliche Systeme, die von allen nicht nur akzeptiert sind, sondern für alle den Alltag erleichtern. Systeme, die auf Patient:innen- wie auf Leistungserbringerseite einen Mehrwert bringen, werden sich am Ende durchsetzen. Aus haus- und kinderärztlicher Sicht bzw. aus Sicht der ambulanten Praxen geben wir zu bedenken, dass die laufende Anpassung an digitale Entwicklungen mit teilweise erheblichen Kostenfolgen verbunden ist. Dass Bund und Kantone bereit sind, mit Finanzhilfen digitale Transformationsprozesse in der Gesundheitsversorgung zu unterstützen, nehmen wir grundsätzlich positiv zur Kenntnis. Wir regen aber gerne an, auch entsprechende Unterstützungsmöglichkeiten von Leistungserbringern in Betracht zu ziehen, für die Digitalisierung mit grossen Investitionen verbunden ist.

Wir empfehlen Ihnen das Kreditgeschäft für Finanzhilfen für das EPD anzunehmen.

Erlauben Sie uns zum Schluss noch eine Stellungnahme zu nachgenannter Interpellation, im Wissen darum, dass Interpellationen im Grossen Rat nicht behandelt werden.

Traktandum 96: TARDOC und Taxpunktwert: Wie stellen wir sicher, dass endlich die Grundversorgung gestärkt wird? (Interpellation Berger, SP)

Mit seinem Entscheid vom 19. Juni 2024 hatte der Bundesrat die Weichen gestellt für die Einführung von TARDOC per Januar 2026. TARDOC wird dann den längst veralteten und nicht mehr sachgerechten TARMED als Einzelleistungstarif für ambulante ärztliche Leistungen ablösen. Die Tarifstruktur von TARDOC bildet die haus- und kinderärztliche Arbeit besser ab, unter anderem durch ein eigenes „Hausärzte“-Kapitel. Zudem berücksichtigt er zunehmend wichtigere interprofessionelle und koordinierende Arbeiten sowie in den Praxen erbrachte Leistungen von nicht-ärztlichem Fachpersonal. TARDOC ist insgesamt ein wichtiger Meilenstein. Aber die Einführung von TARDOC bringt auch einige potenzielle Stolpersteine und Gefahren für die Haus- und Kinderärzt:innen. Die gleichzeitige Einführung von ambulanten Pauschalen sowie das Gebot der Kostenneutralität bergen ein gewisses Risiko, dass unsachgerechte Eingriffe in das komplexe Tarifgerüst negative Folgen

haben auch für die Tarife der Haus- und Kinderärzt:innen. Gewollt oder ungewollt. Solche Effekte gilt es um jeden Preis zu verhindern.

Wir gehen deshalb mit dem Interpellanten einig, dass die Einführung von TARDOC im Kanton Bern mit der nötigen Achtsamkeit verfolgt werden muss. Das gilt insbesondere im Zusammenhang mit der Festlegung von Taxpunktwerten oder beim Monitoring von Kostenentwicklungen. Dem Regierungsrat kommt hier, in seiner Rolle als Genehmigungsbehörde, eine besondere Verantwortung zu, und wir appellieren an seine Bemühungen in den letzten Jahren, die ärztliche Grundversorgung im Kanton Bern zu stärken. Es wäre unverständlich, wenn eine unvorsichtige Einführung eines neuen Tarifwerks über zuvor nicht bedachte Nebeneffekte die wichtige Arbeit und Errungenschaften im Bereich der Nachwuchsförderung aufs Spiel setzen. In diesem Zusammenhang nicht verständlich ist für uns die Antwort des Regierungsrats zur Frage nach gesplitteten Taxpunktwerten entlang von Fachrichtungen oder Regionen. Der Interpellant stellt hier eine durchaus bedenkenswerte Option zur Debatte, die es wert wäre, näher geprüft zu werden, als dies der Regierungsrat in seiner Antwort tut. Insbesondere hinsichtlich der Frage, ob ein solches Splitting juristisch mit den aktuellen rechtlichen Grundlagen überhaupt zulässig wäre, besteht unserer Ansicht nach Klärungsbedarf. Wir bedauern, dass der Regierungsrat zu dieser Frage nicht eingehender Stellung bezieht.

Für Ihre Unterstützung der haus- und kinderärztlichen Anliegen danken wir Ihnen bestens. Selbstverständlich stehen wir bei Fragen und für Diskussionen jederzeit gerne zur Verfügung.

Freundliche Grüsse



Dr. med. Corinne Sydler
Präsidentin, Hausärztin



Dr. med. Myriam Perren
Vizepräsidentin, Kinderärztin