

Aufgaben der freipraktizierenden Ärzteschaft in der Notfall-Versorgung

und

XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz

Bericht sowie Botschaft und Entwurf der Regierung vom 27. September 2016

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	3
1 Auftrag	3
2 Ausgangslage	4
3 Lösungsansätze und Modelle	11
3.1 Nachwuchsförderung der Hausarztmedizin	12
3.2 Zulassungssteuerung	13
3.3 Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin	13
3.4 Reorganisation des ärztlichen Notfalldienstes	15
3.5 Notfalldienstpflichtentschädigung	16
3.6 Zusammenarbeit mit Spitälern	16
3.7 Call-Center	18
3.7.1 Art der Zentrale	18
3.7.2 Art der Triagierung	19
3.7.3 Art der Finanzierung	19
3.8 Abtreten des Notfalldienstes an andere Anbieter	20
3.9 Vermehrter Einbezug nichtärztlicher Berufsleute	20
3.10 Bessere finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes	21
3.11 Kantonaler Leistungsauftrag	22
4 Bestehende Modelle im Kanton St.Gallen	22
4.1 Förderung der Hausarztmedizin	22
4.2 Liberale Handhabung der Zulassungssteuerung	23
4.3 Ärztenetze im Kanton St.Gallen	24
4.4 Notfalldienststrayons im Kanton St.Gallen	25
4.5 Zusammenarbeitsmodelle mit den Spitalregionen und dem Ostschweizer Kinderspital	26
4.6 Vermittlung von Notfalltelefonen durch die Kantonale Notrufzentrale (KNZ)	27

4.7	Unbezahlte Rechnungen im Notfall	27
5	Finanzielle Beteiligung anderer Kantone in Bezug auf den Notfalldienst	28
6	Welche Modelle sollen für den Kanton St.Gallen übernommen werden?	29
6.1	Medizinstudium in St.Gallen	30
6.2	Verbesserung der Zusammenarbeit der Notfalldienste der niedergelassenen Ärzeschaft mit dem Spital	30
6.3	Vereinheitlichung der Notfalldienstreglemente	30
6.4	Dienstpflichtersatzregelung	30
6.5	Finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes	30
6.6	Optimierung des Notfalldienststrayons	31
6.7	Call-Center	31
6.8	Leistungsauftrag zwischen der Ärzteschaft und dem Kanton St.Gallen	31
7	Finanzielle Auswirkungen	31
8	Handlungsbedarf: XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz betreffend den Notfalldienst der Standesorganisationen	32
8.1	Überblick über die Notfallorganisationen der Medizinalpersonen	32
8.2	Notfallorganisation der Zahnärztinnen und Zahnärzte	32
8.3	Notfallorganisation der Ärztinnen und Ärzte	33
8.3.1	Medizinischer Verein vom Linthgebiet	33
8.3.2	Toggenburger Ärzteverein	33
8.3.3	Ärztlicher Regionalverein Fürstenland-Wil - Hygieia	34
8.3.4	Ärzteverein Werdenberg/Sargans	34
8.3.5	Ärzteverein der Stadt St.Gallen	35
8.3.6	Ärzteverein Rorschach/Rheintal	35
8.3.7	Vergleich zu anderen Kantonen	35
8.4	Gesetzlicher Handlungsbedarf	36
8.5	Neuregelung	37
8.6	Erläuterungen zu einzelnen Artikeln	37
8.7	Personelle und finanzielle Auswirkungen	40
8.8	Vernehmlassungsverfahren	40
8.9	Referendum	41
9	Antrag	41
	Entwurf (XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz)	42

Zusammenfassung

Das Postulat 43.07.29 «Aufgaben der freipraktizierenden Ärzteschaft in der Notfallversorgung» wurde am 24. September 2007 eingereicht und vom Kantonsrat am 18. Februar 2008 mit geänderter Wortlaut gutgeheissen. Darin wurde die Regierung eingeladen, in einem Bericht Möglichkeiten zur Verbesserung und Attraktivitätssteigerung der medizinischen Notfallversorgung aufzuzeigen. Im Vordergrund stehen die Notfallorganisation der freipraktizierenden Ärzteschaft und deren Zusammenarbeit mit den Notfallorganen der Spitäler und der kantonalen Notrufzentrale.

Nachfolgender Bericht gibt einen Überblick über die verschiedenen Themenbereiche der ärztlichen Notfallversorgung. Im ersten Teil werden die Problematik, allgemeine Lösungsansätze und Modelle zur Optimierung aufgezeigt. In einem zweiten Teil wird dargelegt, welche dieser Verbesserungsmöglichkeiten im Kanton St.Gallen bereits umgesetzt worden sind. Anschliessend wird aufgezeigt, wie andere Kantone den ärztlichen Notfalldienst fördern. Der letzte Teil des Berichts behandelt mögliche Modelle und Ideen für die Weiterentwicklung der Notfallversorgung im Kanton St.Gallen, insbesondere mit Hilfe der Zusammenarbeitsmodelle mit den Spitälern (Telefontriage, Grundversorger-Notfallpraxis im Spital). Zudem soll der Kanton mittels einer Leistungsvereinbarung für die Organisation/Durchführung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes eine Summe von jährlich Fr. 200'000.– leisten. Dies auch als Anerkennung der sehr guten ärztlichen Grundversorgung im Kanton St.Gallen, die nur dank den Hausärztinnen und Hausärzte garantiert werden kann.

Die Arbeiten am vorliegenden Bericht haben zudem gezeigt, dass für den Kanton unmittelbarer Handlungsbedarf im Zusammenhang mit den von den regionalen Ärztesellschaften erhobenen Ersatzabgaben für nicht geleistete Notfalldienste besteht. Nach Rechtsprechung des Bundesgerichtes erfüllen die im Kanton St.Gallen geltenden Rechtsgrundlagen betreffend Erhebung einer Dienstpflichtersatzabgabe die vom Bundesgericht festgelegten Anforderungen nicht. Eine Änderung des Gesundheitsgesetzes betreffend Beistandspflicht und Notfalldienst ist deshalb erforderlich. Zudem soll die Möglichkeit, dass der Kanton sich finanziell am Notfalldienst beteiligen kann, gesetzlich verankert werden. In Abschnitt 8 findet sich die Botschaft zum entsprechenden Erlassentwurf.

Herr Präsident
Sehr geehrte Damen und Herren

Wir erstatten Ihnen mit dieser Vorlage Bericht zum Postulat 43.07.29 «Aufgaben der freipraktizierenden Ärzteschaft in der Notfall-Versorgung» und unterbreiten Ihnen in diesem Zusammenhang Botschaft und Entwurf des XIII. Nachtrags zum Gesundheitsgesetz.

1 Auftrag

Am 30. Oktober 2007 wurde das Postulat 43.07.29 «Die Rolle der Hausärzte in der Notfall-Organisation des Kantons St.Gallen» eingereicht. Der auf Antrag der Regierung geänderte Wortlaut «Aufgaben der freipraktizierenden Ärzteschaft in der Notfall-Versorgung» wurde am 18. Februar 2008 gutgeheissen. Dabei wird die Regierung eingeladen, in einem Bericht Möglichkeiten zur Verbesserung und Attraktivitätssteigerung der medizinischen Notfallversorgung aufzuzeigen. Dabei geht es insbesondere um die Notfallorganisation der freipraktizierenden Ärzteschaft und um die Zusammenarbeit mit den Notfallorganen der Spitäler und der kantonalen Notrufzentrale.

Der Kanton St.Gallen hat sich in der Verfassung zum Ziel gesetzt, dass die Bevölkerung zu für sie tragbaren Bedingungen eine ausreichende Gesundheitsversorgung erhält (Art. 15 der Verfassung des Kantons St.Gallen [sGS 111.1; abgekürzt KV]). Dazu gehört auch der ärztliche Notfalldienst. Dieser wird einerseits sichergestellt durch die niedergelassene Ärzteschaft, die sich nach Art. 13 der Verordnung über die Ausübung der medizinischen Berufe (sGS 312.0; abgekürzt VMB)

am Notfalldienst ihrer Standesorganisation zu beteiligen hat, andererseits durch die Spitäler der Spitalverbunde, durch das Ostschweizer Kinderspital und in der Stadt St.Gallen auch noch durch das Spital Stephanshorn. In die Organisation fest eingebunden ist die Kantonale Notrufzentrale (KNZ). Eine optimale Zusammenarbeit zwischen diesen Partnern aber auch mit den Rettungsdiensten ist sehr wichtig und entscheidend für das Wohl der Patientinnen und Patienten. Deshalb erachtet es die Regierung als richtig, dass über die bestehende Notfallorganisation eine Auslegung erstellt wird. Dazu gehört das Aufzeigen von allfälligen Optimierungsmöglichkeiten in der Notfall-Organisation sowie in der Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzteschaft, den Spitälern und der KNZ. Es sollen auch Möglichkeiten dargestellt werden, wie der zeitlich belastende und anspruchsvolle Notfalldienst für die niedergelassene Ärzteschaft attraktiver gestaltet werden kann.

2 Ausgangslage

Eine Umfrage bei den Präsidenten der kantonalen Ärztegesellschaften und den Verantwortlichen der Notfalldienstrayons im Jahr 2006 über Probleme im Notfalldienst ergab folgende Ergebnisse¹:

- Überalterung;
- Zunahme von Dispensationen;
- Unterversorgung in abgelegenen Gebieten und Randregionen;
- grosse zeitliche Belastung je nach Anzahl der diensttuenden Ärztinnen und Ärzte;
- ungenügende finanzielle Abgeltung: schlechte Zahlungsmoral sowie fehlende Entschädigung für Präsenzdienst;
- mangelnde Fachkompetenz der Ärztinnen und Ärzte: Ängste vor Überforderung, vor allem bei Spezialistinnen und Spezialisten;
- Anspruchshaltung der Bevölkerung.

Die Notfalldienstproblematik ist unmittelbar verknüpft mit der Anzahl, der Arbeitszeit und dem Alter der HausArztinnen und HausArzte sowie deren Nachwuchsförderung (universitäre Ausbildung). Wie schon im Bericht 40.07.02 der Regierung «Weiterbildung zur HausArztin und zum Hausarzt im Kanton St.Gallen» vom 2. Mai 2007 aufgezeigt, zeichnet sich in der Schweiz ein HausArzte-Mangel ab. Es gibt verschiedene Faktoren, die diesen künftigen Mangel an HausArztinnen und HausArzten verstärken.

Der Numerus clausus begrenzt die Aufnahmekapazitäten zum Medizinstudium an den Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich. Erfreulicherweise hat die Kapazität in den Universitäten mit Numerus Clausus gegenüber 2006 im Jahr 2015 bereits um 45 Prozent zugenommen (von 546 auf 793 Studienplätze; siehe Abbildung 1).² Im Jahr 2015 betrug die Anzahl Anmeldungen zum Medizinstudium 3'491, den Eignungstest absolviert haben 2'659 Personen, davon erhielten 877³ Personen einen Studienplatz, was rund 25 Prozent der Anmeldungen entspricht.

¹ Bericht aus der GDK-Arbeitsgruppe «Grundversorger» vom 30. März 2006.

² Aus «Eignungstest für das Medizinstudium», Bericht 22 (2015).

³ Die Überbuchung (es sind 753 Studienplätze vorhanden) beruht auf den Erfahrungen der Vorjahre und berücksichtigt alle Nichtantritte.

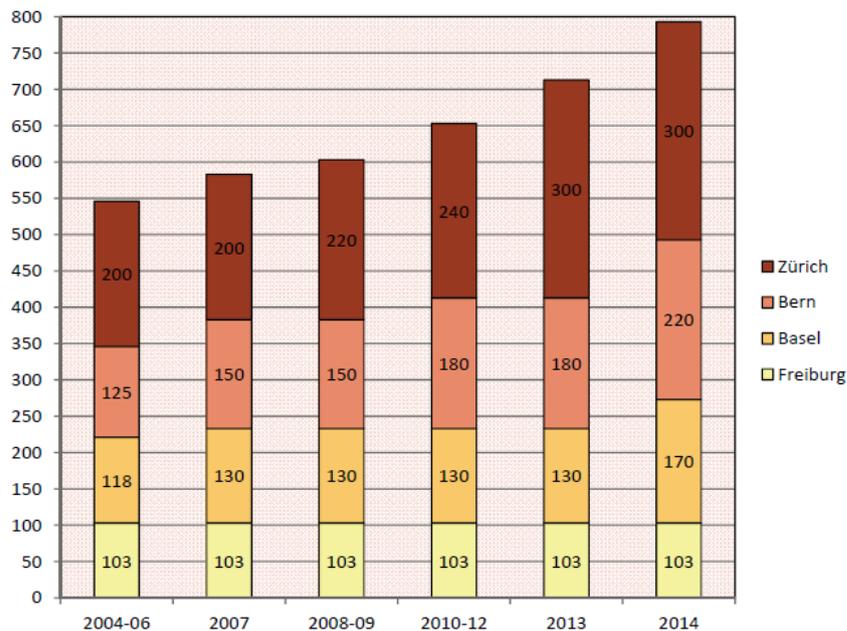


Abbildung 1: Entwicklung der Kapazitäten je Jahr für Humanmedizin an den Universitäten mit Numerus Clausus seit 2004

In den Jahren 1980 bis 2003 blieb die Anzahl der Studierenden in der Fachrichtung Humanmedizin praktisch unverändert, wie Abbildung 2 zeigt:

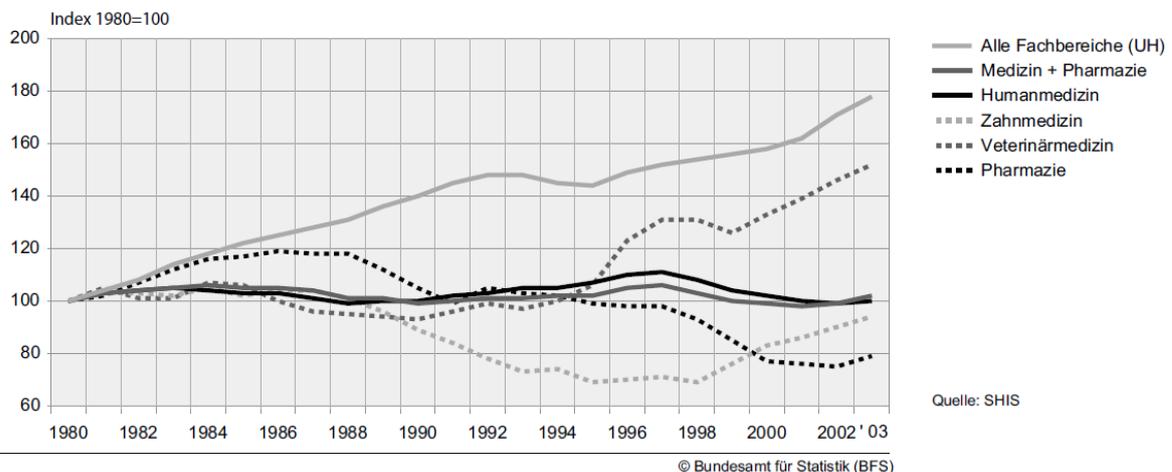


Abbildung 2: Studierende aller Fachrichtungen und in der Humanmedizin 1980 bis 2003

Im Jahr 2014/15 gab es in der Schweiz total 7'009 Studierende im Fachbereich Humanmedizin, (Bachelor 4'199; Master 2'810), davon 58 Prozent Frauen. In den letzten Jahren haben jeweils jährlich rund 800 Medizinstudierende ihr Studium mit dem Staatsexamen abgeschlossen, im Jahr 2014 waren es 859 Personen (erteilte Masterabschlüsse in Humanmedizin; Anteil Frauen: 56,2 Prozent).

Voraussetzung für die Aufnahme einer niedergelassenen Arztstätigkeit sind ein abgeschlossenes Medizinstudium und ein eidgenössischer Weiterbildungstitel (oder ausländisches Äquivalent). Im

Jahr 2014 wurden 1'640 eidgenössische Weiterbildungstitel verliehen (53,9 Prozent an Frauen), am häufigsten die Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin (540), gefolgt von Titel Psychiatrie und Psychotherapie (143), Praktische Ärztin/Praktischer Arzt (140) sowie Anästhesiologie (78)⁴. Seit dem Jahr 2008 mit 1'344 neuen Weiterbildungstiteln gab es eine stetige Zunahme bis 2012 mit 1'727 Titeln, danach eine leichte Abnahme (2013: 1'645, 2014: 1'640).⁵

Im Bereich Grundversorgung (Facharzttitle Allgemeine Innere Medizin, Facharzttitle Kinder- und Jugendmedizin sowie praktische Ärztin/praktischer Arzt) wurden 2014 767 Titel vergeben, was knapp 50 Prozent aller erteilten Weiterbildungstitel entspricht. Seit 2008 (545) gab es ebenfalls eine stetige Zunahme bis 2012 (847), danach eine leichte Abnahme.

Im Vergleich zum Ausland weist die Schweiz mit 4,0 Ärztinnen/Ärzte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner eine hohe Ärztedichte auf, wobei fast alle Nachbarländer ebenfalls über dem OECD-Durchschnitt von 3,2 Ärztinnen/Ärzte je 1'000 Einwohnerinnen und Einwohner liegen (Deutschland 4,0; Österreich 4,9; Frankreich 3,1, Italien 3,9). Es ist aber wahrscheinlich, dass die von der FMH berechnete Ärztedichte für die Schweiz unterschätzt wird, weil viele – vor allem ausländische Ärzte und Ärztinnen – im Spital keine FMH-Mitglieder sind und deshalb von der FMH-Statistik nicht erfasst werden.⁶

Die Ärztedichte in der Schweiz steigt seit Jahren. Die reine Anzahl der Ärztinnen und Ärzte sagt aber wenig aus über die tatsächliche Arbeitsproduktivität. War früher der Hausarzt oder (seltener) die Hausärztin häufig für die Patientinnen und Patienten rund um die Uhr erreichbar, sind heute teils zeitliche Arbeitsmodelle meist die Regel. Damit verbunden ist ein Trend zu Gemeinschaftspraxen und Konzentration der Angebote in Ballungszentren. Die Verfügbarkeit von Ärztinnen und Ärzten und deren Bereitschaft zur Abdeckung des ärztlichen Notfalldienstes ist rückläufig. Die Entwicklung der Gesamtzahl aller Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz zeigt Abbildung 3.

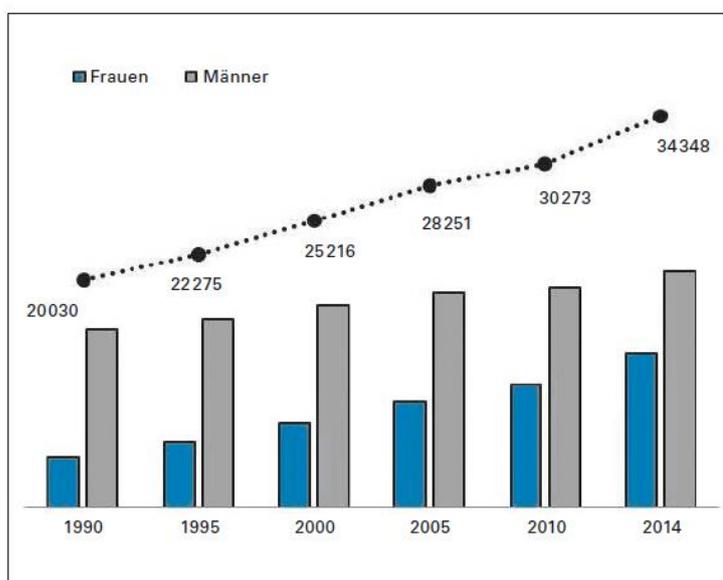


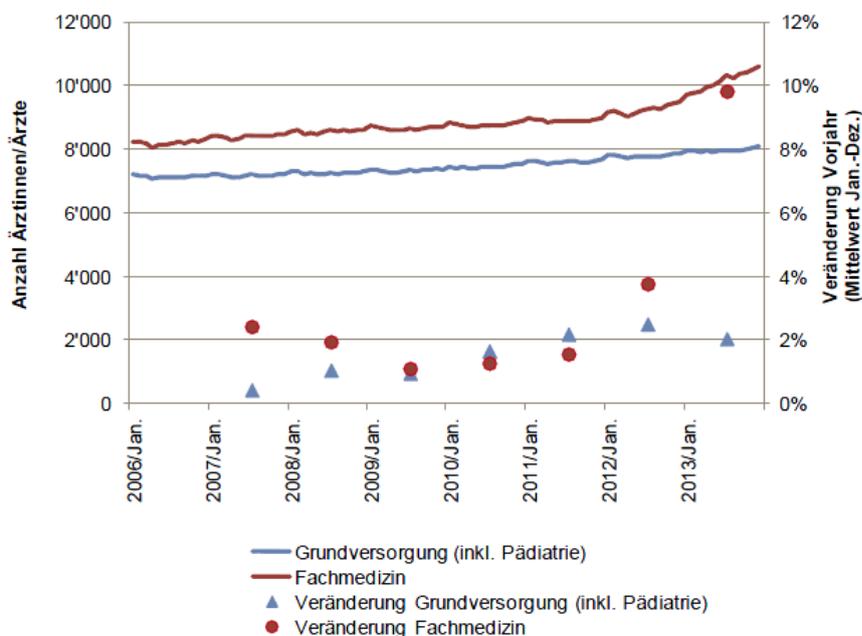
Abbildung 3: Anzahl Ärzte nach Jahr und Geschlecht (1990–2014)
aus SAEZ, 2015; 96 (13):462–469

⁴ Aus «FMH-Ärzttestatistik 2014, Verleihung von Weiterbildungstiteln».

⁵ Zum Vergleich: Im Jahr 1980 wurden 451 FMH-Facharzttitle vergeben, 131 an Fachärzte Innere Medizin und 52 an FA Psychiatrie (aus FMH-Ärzttestatistik 1980).

⁶ Aus «Statistikbericht Humanmedizin 2013», BAG 10. November 2014.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium OBSAN hat auf Basis des Datenpools der SASIS⁷ AG die Anzahl abrechnender Ärztinnen und Ärzte in Praxen von 2006 bis 2013 erfasst. Dabei zeigt sich sowohl bei den Grundversorgenden wie auch bei den Fachspezialistinnen und Fachspezialisten eine stetige Zunahme der Anzahl der Ärztinnen und Ärzte. Während bei den Fachspezialistinnen und Fachspezialisten ein Anstieg von 8'200 (2006) auf 10'600 (2013) Personen beobachtet werden konnte, stieg die Anzahl der Grundversorgenden moderater an, nämlich von 7'200 auf 8'100 Personen, wie Abbildung 4 zeigt.



Quelle: Datenpool SASIS AG / Auswertung Obsan

© Obsan

Abbildung 4: Entwicklung des Ärztebestands bis Ende 2013,
aus OBSAN, 20. Februar 2014

Die Frage nach einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung scheint sich somit weniger in rein quantitativer, sondern eher in verteilungstechnischer bzw. qualitativer Form zu stellen. Daraus die Schlussfolgerung zu ziehen, dass kein Handlungsbedarf bestehe, wäre jedoch falsch: Die Schweiz ist in wachsendem Mass abhängig von im Ausland ausgebildeten Medizinerinnen und Medizinern. Seit dem Jahr 2002 anerkennt das Bundesamt für Gesundheit bzw. die Medizinalberufekommision (MEBEKO) je Jahr durchschnittlich 1'200 ausländische Arztdiplome. Im Jahr 2013 waren es mehr als 2'500 (siehe Abbildung 5).

⁷ SASIS: Tochtergesellschaft von santésuisse, sie unterhält den Betrieb und die Produktion der elektronischen Branchen-Applikationen im Bereich der Statistik, der Leistungserbringer-, Tarifvertrags- und Versicherer-Verzeichnisse sowie der Versichertenkarten.

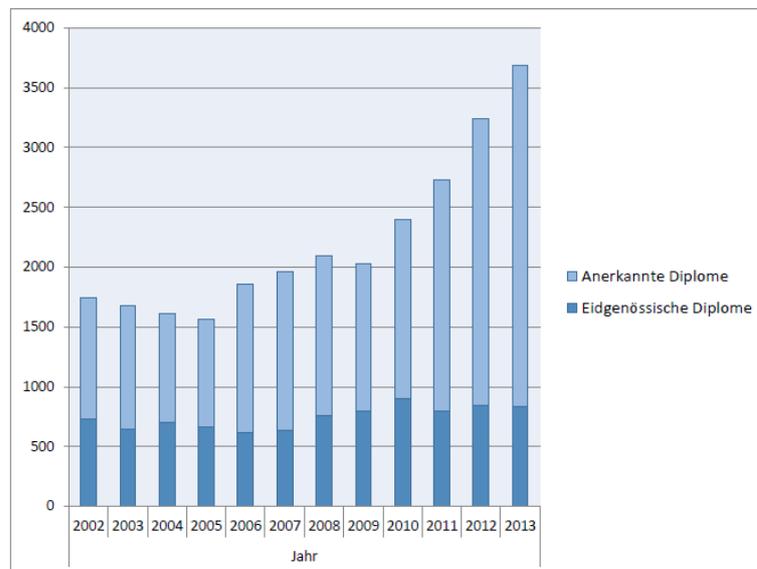


Abbildung 5: Eidgenössische und anerkannte ausländische Diplome 2002–2013
aus Statistikbericht Humanmedizin 2013, BAG

Die Definition des Hausarztberufs wurde im Kollegium für Hausarztmedizin formuliert und von der FMH übernommen⁸ und lautet wie folgt: «Hausärztinnen und Hausärzte sind aufgrund ihrer Weiterbildung in der Lage, unselektionierte ambulante Patientinnen und Patienten als erste medizinische Anlaufstelle in akuten Situationen, aber auch langfristig und ganzheitlich medizinisch betreuen zu können». Sie zeichnen sich aus durch:

- Erreichbarkeit und Bereitschaft zu Hausbesuchen, nötigenfalls auch ausserhalb der üblichen Arbeitszeiten;
- Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst und geregelte Stellvertretung;
- aktives Zuhören und verständliche Erklärungen;
- Einbezug von körperlichen, psychischen und sozialen Gegebenheiten in die Beurteilung und Behandlung;
- Offenheit gegenüber alternativen Behandlungsmethoden;
- Koordination der gesamten ärztlichen Versorgung;
- zeitgerechte Überweisung an die Spezialistinnen und Spezialisten;
- patientenbezogene Gesundheitsvorsorge;
- umfassende persönliche medizinische Betreuung.

War die Hausarztgeneration bis heute mehrheitlich noch geprägt von Männern mit Vollzeitpensen und meist «Rund-um-die-Uhr-Verfügbarkeit», so steht die nächste Hausarztgeneration bereit, die charakterisiert ist durch:

- Feminisierung;
- Teilzeitpensen, zunehmend auch bei Männern;
- verstärkte Gewichtung einer ausgeglichenen Work-Life-Balance;
- Interesse an Tätigkeit auf dem Land, aber nicht in einer Einzelpraxis;
- Interesse an Tätigkeit im Angestelltenverhältnis;
- keine langjährige Bindung finanzieller Art;
- langjährige ärztliche Tätigkeit im Spital als gute Alternative.

Eine Untersuchung⁹ in Deutschland über die Leistungsbereitschaft junger Ärztinnen und Ärzte der Generation Y (geboren ab 1980, n=9'079) zeigt, dass gegenüber früheren Generationen viel

⁸ Aus «SGIM-Bulletin», Dezember 2006, Seite 4.

⁹ Kasch et al, «Ärztmangel: Was tun, bevor Generation Y ausbleibt?».

mehr Wert auf eine ausgeglichenen Work-Life-Balance gelegt wird. Man erwartet, dass Überstunden bezahlt oder kompensiert werden können. Aufstiegs- und Karrierechancen sind nicht prioritär. Abbildung 6 zeigt die Rangierung der erhobenen Items zur Arbeitszufriedenheit.

TABELLE		
Darstellung der 21 erhobenen Items zur Arbeitsplatzzufriedenheit*		
Was erscheint wichtig für Arbeitsplatzwahl und -zufriedenheit	Mittelwert	Standardabweichung
kollegiale Zusammenarbeit	4,7	0,6
gute Work-Life-Balance	4,4	0,9
Bezahlung oder Freizeitausgleich von Überstunden	4,4	0,8
Fort-/Weiterbildungsmöglichkeiten	4,3	0,8
Abwechslung und Anspruch der ärztlichen Tätigkeit im Alltag	4,3	0,8
geregelte Arbeitszeiten	4,2	0,9
gute interdisziplinäre Kooperation	4,2	0,8
Familienfreundlichkeit	4,2	1,1
Sicherheit des Arbeitsplatzes	4,1	0,9
Wertschätzung von Leistung auf Tagesebene	4,1	0,8
Standort des Arbeitsplatzes	4,0	0,9
partizipativer Führungsstil	4,0	0,9
Selbstständigkeit bei alltäglicher Berufsausübung	4,0	0,9
Aufstiegs- und Karrierechance, Entwicklungsperspektiven	3,9	0,9
weniger Zusatzarbeitsstunden	3,8	1,0
Verdienstmöglichkeiten/Einkommenshöhe	3,8	0,9
Teilzeitarbeitsmöglichkeiten	3,6	1,3
Image des Krankenhauses	3,4	1,0
Leistungsprinzip hat hohen Stellenwert	2,9	1,0
Image des Chefarztes	2,9	1,1
Möglichkeit der wissenschaftlichen Tätigkeit	2,7	1,2

* Bewertung der Ränge von 1=völlig unwichtig bis 5=sehr wichtig

Abbildung 6: Arbeitsplatzzufriedenheit
aus Deutsches Ärzteblatt, 112,45,6.11.2015

Die Hausarztmedizin wird stetig unattraktiver (zunehmende Administration, Kontrollen durch die Krankenversicherer, grosse zeitliche Verfügbarkeit, geringeres Einkommen gegenüber den Spezialisten). Gemäss OBSAN Bulletin 3/2016¹⁰ wenden die Schweizer Grundversorgerinnen und Grundversorger rund 30 Prozent ihrer Arbeitszeit für administrative Angelegenheiten auf, wie Abbildung 7 zeigt.

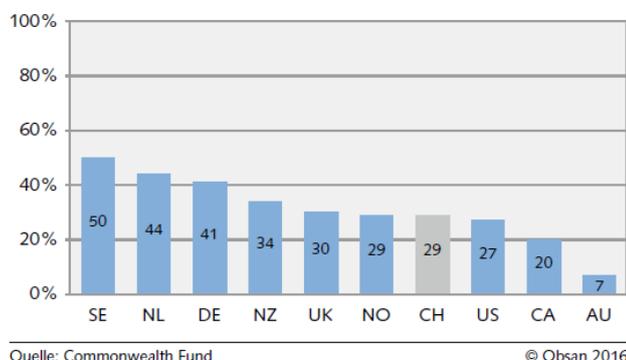


Abbildung 7: Arbeitszeit der Grundversorger und Grundversorgerinnen (in Prozent) für administrative Arbeiten im internationalen Vergleich 2015
aus OBSAN Bulletin 3/2016

¹⁰ Aus «International Health Policy Survey 2015» (elf Länder nahmen an der Erhebung teil).

Die Grundversorgerinnen und Grundversorger sind zwar mit dem Einkommen zu 72 Prozent zufrieden, aber im Vergleich zum Einkommen der Spezialärztinnen und -ärzte im internationalen Vergleich nur zu 19 Prozent zufrieden, wie Abbildungen 8 und 9 zeigen.

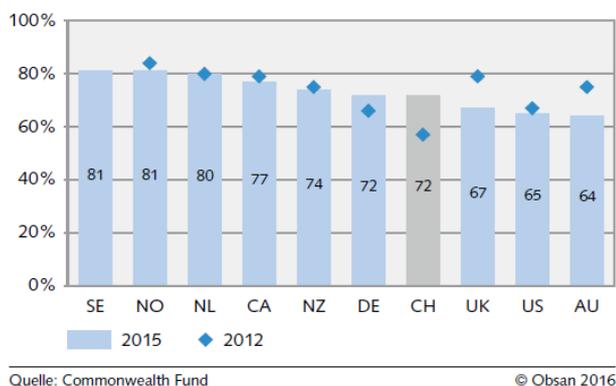


Abbildung 8: Grundversorgerinnen und -versorger, die mit dem Einkommen zufrieden / sehr zufrieden sind (in Prozent), internationaler Vergleich 2012 und 2015
aus OBSAN Bulletin 3/2016

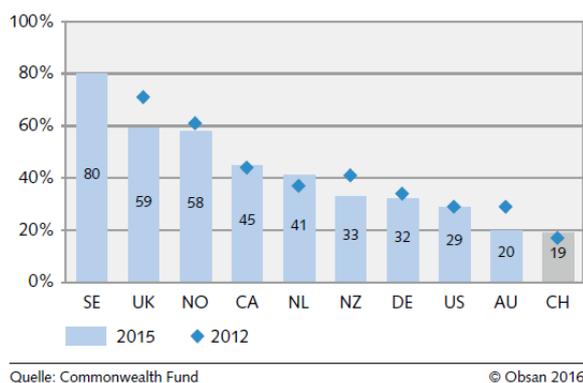


Abbildung 9: Die Grundversorgerinnen und -versorger sind mit dem Einkommen zufrieden/sehr zufrieden im Vergleich zum Einkommen der Spezialärztinnen und -ärzte, internationalen Vergleich (in Prozent) 2012/2015
aus OBSAN Bulletin 3/2016

Bund und Kantone haben gemeinsam den Willen bekundet, die Hausarztmedizin in der Schweiz zu unterstützen und zu fördern.¹¹ Dieser Willensäußerung liegt die Überzeugung zugrunde, dass ein gut funktionierendes Hausarztssystem eine wichtige Voraussetzung für eine medizinisch effiziente Versorgung der Bevölkerung – gerade auch in der Notfallversorgung – darstellt. Dies wird mit folgenden Zahlen untermauert:¹²

- 70 Prozent der Behandlungen erfolgen durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt ohne Überweisung oder weiterführende Untersuchung;
- 20 Prozent der Behandlungen und weiterführende Untersuchung durch Hausarzt selbst;
- 10 Prozent der Überweisungen an Spezialisten oder ins Spital;
- 1 bis 2 Prozent der Patientinnen und Patienten Überweisung ins Spital;
- Hausärztinnen/Hausärzte verursachen dabei nur rund 7 Prozent der gesamten Gesundheitskosten.

Die Notfallmedizin ist eine Kernkompetenz der Hausärztinnen und Hausärzte. Dies soll auch so bleiben. Die zeitliche Belastung der dienstleistenden Ärztinnen und Ärzte steigt jedoch aufgrund

¹¹ GDK-Bericht «Finanzierung spezifische Weiterbildung» vom 9. Oktober 2006.

¹² Zu finden im Internet unter <http://www.hausaerzteschweiz.ch/themen/hausarztmedizin/> (besucht 14. September 2016).

verschiedener Faktoren wie beispielsweise Überalterung, Nachfolgeproblematik, zunehmende Dispensationen sowie sinkende Dienstbereitschaft massiv an. Der Notfalldienst ist finanziell nicht sehr interessant (TARMED-Tarifierung). Bei zwei bis drei kleineren Notfällen in der Nacht reicht die Tarifierung kaum aus, um bei geschlossener Praxis am Folgetag die laufenden Kosten zu decken. Darüber hinaus steigt die Anspruchshaltung der Bevölkerung, verbunden mit einer sinkenden Zahlungsmoral der Notfallpatientinnen und -patienten. Daraus können Debitorenverluste bei den Hausärztinnen und Hausärzten entstehen – dies vor allem im Abrechnungssystem des tiers garant¹³.

Die Frage, ob es aktuell einen Ärztemangel gibt, kann heute schweizweit eher verneint werden,¹⁴ obwohl es durchaus regionale Rekrutierungsschwierigkeiten gibt und in gewissen Gegenden die ärztliche Grundversorgung je länger je weniger gesichert ist. Unbestritten ist der Mangel an Schweizer Medizinerinnen und Mediziner aufgrund von zahlenmässig unzureichenden Ausbildungsplätzen in der Schweiz. Der Mangel an inländischen Personen wird durch ausländische Arztpersonen kompensiert (Abbildung 10), so beträgt beispielsweise der Ausländeranteil an Ärztinnen und Ärzten in den Spitalunternehmen der vier Spitalregionen des Kantons St.Gallen 56 Prozent (Stand Mitte 2015).

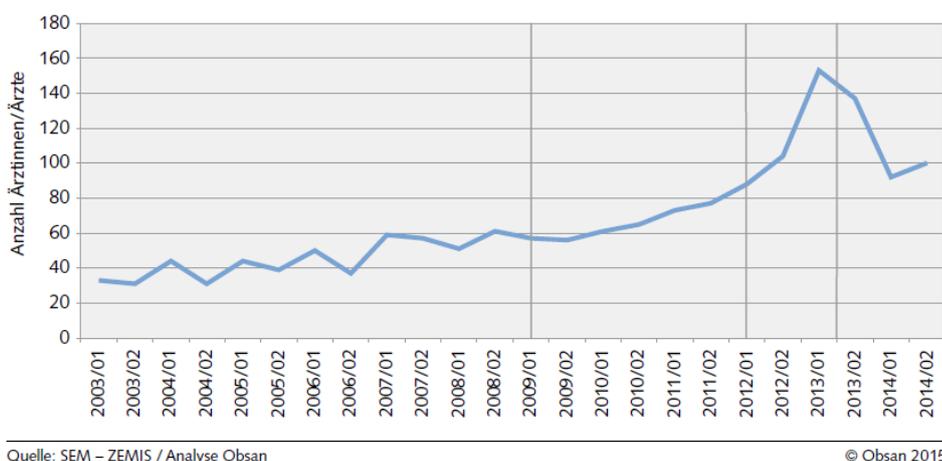


Abbildung 10: Einwanderung von Ärztinnen und Ärzten in die Schweiz 2003–2014

aus: «Zulassungsstopp für Ärztinnen und Ärzte in Praxen – Entwicklung des Ärztebestands» OBSAN Bulletin 4/2015

Kommt der ausländische ärztliche «Nachschub» ins Stoppen, dann wird es ohne entsprechende Gegenmassnahmen wie Lockerung des Numerus Clausus und/oder vermehrte universitäre Ausbildungsplätze für Medizinstudentinnen und -studenten einen Ärztemangel geben.

3 Lösungsansätze und Modelle

Die Ausgangslage hat gezeigt, dass die ambulante ärztliche Versorgung in der Schweiz im Wandel und zahlreichen Herausforderungen ausgesetzt ist. Für nachfolgende Punkte sollen Lösungsansätze und Modelle skizziert werden:

- a) Nachwuchsförderung;
- b) Zulassungssteuerung;
- c) Attraktivitätssteigerung Berufsbild;
- d) Notfalldienst;
- e) Miteinbezug anderer Berufsgruppen;
- f) finanzielle Massnahmen.

¹³ Tiers garant: Die Arztrechnung bezahlt der Patient, er ist der Honorarschuldner; die Krankenkasse vergütet die Rechnung dem Patienten.

¹⁴ Aus «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin», Bericht des Bundesrates, 16. September 2011.

3.1 Nachwuchsförderung der Hausarztmedizin

Die langfristige Grundvoraussetzung für die Sicherstellung des Notfalldienstes ist, dass die Zahl der Ärztinnen und Ärzte erhöht wird, die bereit und in der Lage sind, Notfalldienst zu leisten. Dies bedingt, dass genügend Ärztinnen und Ärzte das Medizinstudium in der Schweiz beginnen und absolvieren. Die Schweiz bildet aber zurzeit eine ungenügende Zahl aus und kompensiert dies durch Rekrutierungen aus dem Ausland. Da sich genügend Mittelschulabsolventinnen und -absolventen für das Medizinstudium interessieren, müssen die universitären Ausbildungsplätze sobald als möglich erhöht werden. Der Bundesrat empfiehlt in seinem Bericht «Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin» vom 23. November 2011 jährlich 1'200 bis 1'300 eidgenössische Diplome in Humanmedizin. Dies bedeutet eine Steigerung um 400 bis 500 Plätze gegenüber heute. Die Entscheidungskompetenz zur Erhöhung der Studienplätze liegt bei den Universitätskantonen, deren Absicht es ist, bis zum Jahr 2018 zusätzlich 300 Medizinstudienplätze zu schaffen.¹⁵

Eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze kann auch erreicht werden, wenn andere Universitäten, die bis jetzt keine medizinische Fakultät hatten, sich an der Medizinerbildung beteiligen. Zur Nachwuchsförderung gehört aber auch sowohl während der Ausbildung an der Universität wie auch in der Weiterbildung an den Spitälern, dass ein positives Bild der Hausarztmedizin vermittelt wird und möglichst attraktive Weiterbildungsmöglichkeiten angeboten werden. Die wichtigsten Einflussfaktoren bei der Wahl einer Fachrichtung sind in Abbildung 11 dargestellt, wobei klar ersichtlich ist, dass mit Abstand der wichtigste Aspekt bei der Entscheidung für eine Fachrichtung die Begeisterung für das Fachgebiet ist.



Abbildung 11: Einflussfaktoren bei der Wahl der Fachrichtung
1 = überhaupt kein Einfluss, 6 = sehr starker Einfluss sortiert nach Einflussstärke.
Die Mittelwerte und die entsprechenden 95 Prozent-Konfidenzintervalle sind ausgewiesen
aus: «Resultate der Umfrage 2014 zur Beurteilung der Weiterbildung», SAEZ 2016; 97(5):168–171

Der Zeitpunkt der Wahl der Fachrichtung ist ebenfalls entscheidend, vor allem deshalb, weil man dann gezielter eine Nachwuchsförderung durchführen kann. Aus der Abbildung 12 geht hervor, dass rund 50 Prozent der Fachärztinnen und -ärzte Allgemein Innere Medizin sich während ihrer Weiterbildung für dieses Fach entscheiden, d.h. der Kanton St.Gallen ist mit seinem Programm zur Förderung der Hausarztmedizin (siehe Abschnitt 4.1) auf dem richtigen Weg.

¹⁵ Aus NZZ, Ausgabe vom 23. August 2012.

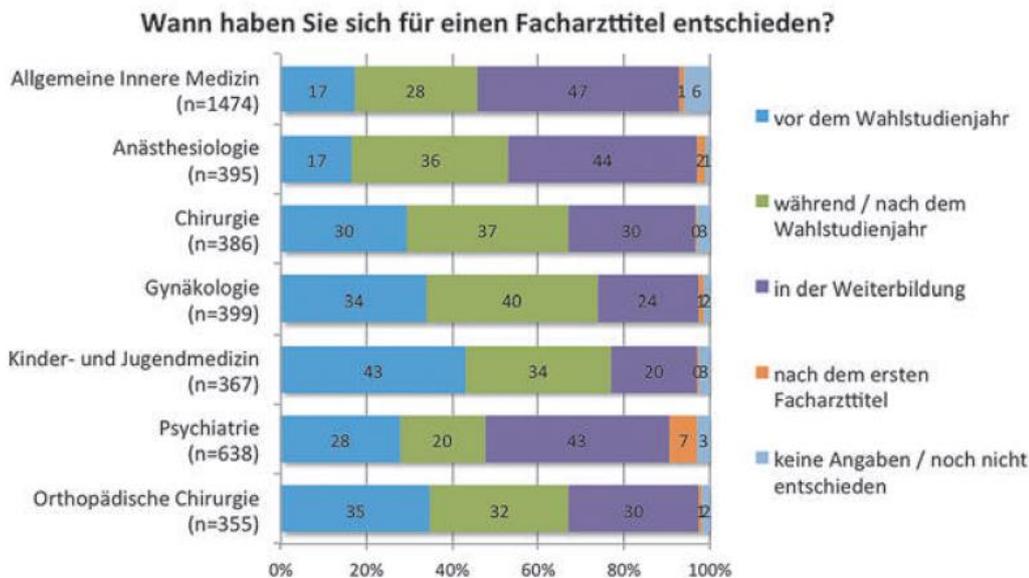


Abbildung 12: Zeitpunkt der Wahl einer Fachrichtung, differenziert nach den sieben am häufigsten angestrebten Fachrichtungen
aus «Resultate der Umfrage 2014 zur Beurteilung der Weiterbildung», SAEZ 2016; 97(5):168-171

Die Notfallmedizin ist eine Kernkompetenz der Hausarztmedizin. Ein attraktiver Notfalldienst steigert die Beliebtheit des Hausarztberufes und umgekehrt profitiert der Notfalldienst von einer generellen Steigerung der Attraktivität des Hausarztberufes. Erklärtes Ziel muss deshalb sein, den Hausarztberuf für angehende Ärztinnen und Ärzte wieder attraktiv zu gestalten und den Nachwuchs zu fördern. Dies soll schon während des Studiums an den Universitäten geschehen. Hier soll die Hausarztmedizin weiter verankert werden und ihren festen Platz erhalten. Während der Weiterbildung in Hausarztmedizin muss eine wenigstens sechsmonatige Praxisassistenz für angehende Grundversorgerinnen und Grundversorger möglich sein.

3.2 Zulassungssteuerung

Seit 1. Juli 2013 – ab 1. Juli 2016 verlängert um weitere drei Jahre – gilt die Zulassungssteuerung. Während dieser Zeit erhalten Ärztinnen und Ärzte mit einem Facharztstitel, die noch nicht drei Jahre an schweizerischen Weiterbildungsstätten gearbeitet haben, nur dann eine kantonale Berufsausübungsbewilligung, wenn im fraglichen Fachgebiet und in der entsprechenden Region eine Unterversorgung besteht.

3.3 Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin

Es gibt verschiedene Wege, die Hausarztmedizin attraktiver zu gestalten. Beispiele dazu sind:

Motion «Stärkung der Hausarztmedizin»

Auf Bundesebene ist im Jahr 2013 die Kommissionenmotion «Stärkung der Hausarztmedizin» angenommen worden, die folgende Ziele verfolgt:

- Einbezug der Hausärztinnen und Hausärzte in den Gesetzgebungsprozess der medizinischen Grundversorgung;
- Explizite Verankerung der Hausarztmedizin im Medizinalberufegesetz;
- Integration der hausarztspezifischen Lernziele und der Praxisassistenz in den ärztlichen Weiterbildungsgängen und die Sicherstellung der Finanzierung ausreichender Weiterbildungsplätze;
- Stärkung der Lehre und Forschung im Bereich der Hausarztmedizin an den Universitäten;
- Aufbau einer Versorgungsforschung in hausarztspezifischen Themen;

- Unterstützung innovativer Versorgungsmodelle sowie des Sonntags-, Nacht- und Notfalldienstes;
- Angemessene Abgeltung der hausärztlichen Leistungen, insbesondere durch Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der Analysenliste sowie der Struktur des TARMED.

Die Etablierung eines Lehrstuhls für Hausarztmedizin an den Universitäten gehört ebenfalls zur Stärkung der Hausarztmedizin. Inzwischen haben alle medizinischen Fakultäten in der Schweiz einen Lehrstuhl in Hausarztmedizin eingerichtet. Damit wird die Hausarztmedizin als akademische Disziplin etabliert und erhält so ihren verdienten Stellenwert auch an den Universitäten. Damit sind nun auch die hausärztliche praxisrelevante Forschung und die Förderung des akademischen Nachwuchses gewährleistet.

TARMED-Tarifgestaltung

Das Ziel sollte sein, dass die Grundversorgenden ihr Einkommen über die Tarifierung generieren und dementsprechend durch eine Anpassung der TARMED-Tarife besser gestellt werden, nicht aber durch Unterstützungsleistungen der Kantone. Folglich ist eine Anpassung der TARMED-Tarifgestaltung sinnvoll, die zu einer finanziellen Besserstellung der Hausärztinnen und Hausärzte führt. Der Bundesrat passte im Oktober 2014 die Tarifstruktur erstmals im Rahmen seiner subsidiären Kompetenz an. Dabei wurde die Entschädigung für gewisse technische Leistungen um insgesamt 200 Mio. Franken gesenkt. Im gleichen Umfang wurde eine Zuschlagsposition für die Grundkonsultation (Zuschlag für hausärztliche Leistungen in der Arztpraxis, 10 Taxpunkte), namentlich für die Haus- und Kinderärztinnen und -ärzte eingeführt. Diese Anpassungen an die Tarifstruktur TARMED sollten kostenneutral und ohne Mehrkosten für die Prämienzahlenden erfolgen.

Von Einzel- zu Gruppenpraxen

60 Prozent der Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich waren 2012 in einer Einzelpraxis tätig.¹⁶ Viele Jungärztinnen und -ärzte möchten jedoch in einem Team arbeiten und ein Teilpensum in angestellter Funktion übernehmen. Gruppenpraxen (gemeinsame Praxis mit wenigstens zwei Arztpersonen), Praxismgemeinschaften (Zusammenschluss mehrerer Praxen) sowie Gesundheitszentren (Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens) sind deshalb im Trend. Die Organisationsformen dieser Institutionen sind unterschiedlich und reichen von Einzelfirmen über Aktiengesellschaften, GmbH bis hin zu Genossenschaften.

Vorteile solcher Gruppenpraxen und Praxismgemeinschaften sind:

- Nutzung gemeinsamer Infrastruktur;
- geringere Investitionskosten für die einzelne Person;
- Minimierung des finanziellen Risikos;
- bessere Ausnutzung der Einrichtungen;
- Erfahrungsaustausch unter Kolleginnen und Kollegen;
- Teilzeitstellen und Job-Sharing möglich;
- Arbeiten im interdisziplinären Team;
- flexibleres Angebot an Sprechstundenterminen;
- keine zu langfristige Bindung;
- Delegation der Administration;
- einfachere Nachfolgeregelung.

Hausarztnetze

Eine horizontale Vernetzung mit anderen Hausärztinnen und Hausärzten sowie eine vertikal integrierte Versorgung durch Hausärztinnen und -ärzten, Spezialistinnen und Spezialisten, Spital und Spitex bieten verschiedene Vorteile. So werden beispielsweise Patientinnen und Patienten mit chronischen Krankheiten am wirksamsten und kostengünstigsten von einem Team betreut, indem Hausärztinnen und Hausärzte sowie Spezialistinnen und Spezialisten miteinander kooperieren.

¹⁶ Aus «Gesundheitswesen Schweiz 2013», Credit Suisse Global Research.

Hausarztpraxis im Spital

In ländlichen Gegenden stellen regionale Spitäler für ärztliche und nichtärztliche Leistungserbringer Praxis-Infrastruktur zur Verfügung. Gemeinsam können Laboreinrichtungen und andere Geräte wie beispielsweise Röntgenapparate usw. genutzt werden.

Arbeitszeitmodelle

Teilzeitarbeit, Job-Sharing, Arbeiten als angestellter Arzt/Ärztin sind Arbeitsmodelle der Zukunft. Die Zulassungsbehörden sollen dies ermöglichen, in dem die Zulassungssteuerung für Hausärztinnen und Hausärzte liberal gehandhabt werden soll.

Finanzielle Beteiligung und Anreize

Das Thema Gesundheit darf im Attraktivitätswettbewerb unter den Gemeinden nicht unterschätzt werden. Das Wissen um ein medizinisches Angebot in der Nähe vermittelt den Einwohnerinnen und Einwohnern Sicherheit und der entsprechenden Gemeinde einen Standortvorteil. Die Gemeinde, eine ortsansässige Genossenschaft oder andere Institutionen (z.B. Stiftung) haben damit die Möglichkeit, besondere Anreize für eine Niederlassung zu setzen, indem sie beispielsweise günstige Infrastruktur zur Verfügung stellen. Dies kann Subventionen von Mieten, Vergabe von zinsgünstigen Darlehen oder auch die Bereitstellung von Immobilien umfassen.

Leitende Ärztin oder leitender Arzt für Hausarztmedizin im Spital

Die Hausarztmedizin sollte auch im Spital präsent sein. Dies kann am besten durch eine (teilzeitliche) Anstellung einer erfahrenen Hausärztin bzw. eines erfahrenen Hausarztes am Spital erreicht werden. Diese Hausärztin bzw. dieser Hausarzt bringt hausärztliche Aspekte und Ansichten ins Spital. Dadurch kommen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mit der Hausarztmedizin in engeren Kontakt. Die Aufgaben dieser Hausärztin oder dieses Hausarztes sind:

- Visitenbegleitung mit Einbringen der hausärztlichen Aspekte;
- Unterassistentenunterricht;
- Mitwirkung bei Kursen für Studierende;
- Weiterbildung in Hausarztmedizin;
- Verbindungsstelle zu den Hausärztinnen und Hausärzten;
- erste Ansprechperson und Beratungsstelle für die spätere berufliche Laufbahn der Assistentinnen und Assistenten.

3.4 Reorganisation des ärztlichen Notfalldienstes

Heute existieren in der Schweiz grosse Unterschiede bei den historisch gewachsenen Notfalldienst-rayons (NFR). Bei einer Optimierung der NFR werden in der Regel kleinere Rayons fusioniert. Dies führt zu einer Entlastung der Dienstärztinnen und -ärzte, da diese dadurch eine geringere Anzahl Notfalldienste je Jahr leisten müssen, während dieser Dienste jedoch zu mehr Einsätzen kommen. Dies kann dazu führen, dass die Nachtdienste und die Dienste an Wochenenden finanziell wieder attraktiver werden. Durch das Zusammenlegen kleiner NFR müssen allerdings grössere Wegdistanzen zurückgelegt werden. Ein NFR in ländlicher Umgebung sollte die Mindestgrösse von 15 Dienstärztinnen und Dienstärzten mit wenigstens 25'000 Einwohnerinnen und Einwohner¹⁷ umfassen. Dabei sind auch kantonsübergreifende Lösungen durchaus denkbar. Eine minimale zeitliche Frist, in der die oder der diensttuende Grundversorgende bei der Patientin oder beim Patienten zu Hause sein muss, gibt es nicht. Derartige zeitliche Vorgaben gibt es lediglich im Rettungswesen bei Notfallpatientinnen und -patienten. Dieser vom Interverband für Rettungswesen IVR aufgestellte

¹⁷ Aus «Reorganisation des Notfalldienstes», Teil 1; PrimaryCare 2007;88:879–882.

Richtwert für die Hilfsfrist bei P1-Einsätzen beträgt 15 Minuten; es wird empfohlen, dass in 90 Prozent aller Fälle dieser Wert erreicht werden soll.¹⁸ In den Leistungsvereinbarungen mit den Spitalregionen im Kanton St.Gallen ist diese Zeit zwischen Alarmierung des Rettungsdienstes und Eintreffen vor Ort in 90 Prozent aller Notfälle einzuhalten.

Eine Studie¹⁹ über die Auswirkungen der Fusion von zwei NRF im Kanton Thurgau zeigt, dass dadurch die Zahl der zu leistenden Nacht- und Wochenenddienste substantiell reduziert und die Auslastung der Praxen vor allem an den Wochenenden verbessert werden konnte während die Lebensqualität der diensthabenden Ärztinnen und Ärzte von ihnen selbst als tendenziell besser beschrieben wurde.

3.5 Notfalldienstpflichtentschädigung

Ärztinnen und Ärzte, die sich nicht am Notfalldienst beteiligen können oder möchten, werden von der jeweiligen regionalen Standesorganisation verpflichtet, eine Abgabe zu entrichten. Diese Dienstpflichtersatzabgabe dient dazu, den Vorteil, welcher der bzw. dem Dienstpflichtigen aus dem Dispens vom Notfalldienst erwächst, auszugleichen und kann von der regionalen Standesorganisation dazu verwendet werden, die entstehenden Unkosten zu begleichen. In diesem Bereich besteht aufgrund eines Bundesgerichtsurteils Handlungsbedarf, weshalb eine Revision von Art. 50 des Gesundheitsgesetzes (sGS 311.1; abgekürzt GesG) nötig ist (siehe Abschnitt 8).

3.6 Zusammenarbeit mit Spitälern

Traditionell ist in einem Akutspital eine Notfallstation, betrieben durch Spitalärztinnen und -ärzte, vorhanden, daneben macht eine niedergelassene Hausärztin oder ein niedergelassener Hausarzt in ihrer oder seiner Praxis Notfalldienst und ist dabei auch für Hausbesuche zuständig. Dieses Modell ist heute (wenigstens tagsüber) der Normalfall.

Da aber immer mehr Personen ohne vorherigen Kontakt zur Hausärztin oder zum Hausarzt bzw. zur niedergelassenen Dienstärztin oder Dienstarzt die Notfallstation eines Spitals aufsuchen,²⁰ sind neue Modelle gefragt. Denn zum einen führt dieses System zu keiner wesentlichen Entlastung der notfalldiensttuenden Hausärztinnen und Hausärzte (vor allem nachts und an Wochenenden), da diese den Notfalldienst weiterhin aufrechterhalten müssen. Zum anderen ist die Notfallkompetenz eine der Kernkompetenzen der Hausarztmedizin. Die Notfallmedizin durch Grundversorgende ist kostengünstiger, wie ein Kostenvergleich mit den Notfallstationen von Spitälern zeigte.²¹

In Zukunft wird es vermehrt spitalassoziierte Notfallpraxen geben. In diesem Modell besteht die Notfallstation im Spital weiter, es gibt aber eine spitalassoziierte Notfallpraxis, die entweder im Spital integriert oder dem Spital vorgelagert ist. Diese Notfallpraxis dient der Abklärung und Behandlung von nicht-spitalbedürftigen Notfallpatientinnen und -patienten. Personell wird sie von der niedergelassenen Ärzteschaft betrieben. Die Betriebszeiten können variieren, das Spital ist meist für administrative und organisatorische Belange verantwortlich. Hausbesuche werden durch einen Hintergrunddienst, den die niedergelassene Ärzteschaft organisiert, gewährleistet.

¹⁸ Hilfsfrist = Zeit Alarm Rettungsdienst bis Eintreffen am Ereignisort; P1: sofortiger Einsatz mit Sondersignal für einen Notfall mit bestehender oder vermuteter Beeinträchtigung der Vitalfunktionen.

¹⁹ Aus «Dienstkreisfusion-weniger Nächte, weniger Wochenenden! Teil 1 und 2: Beanspruchung im Notfalldienst»; PrimaryCare 2008; 8: 179–182 und 206–208.

²⁰ Anstieg der ambulanten Patientinnen und Patienten auf der Zentralen Notfallaufnahme des Kantonsspitals St.Gallen in den letzten zehn Jahren um 55 Prozent (von 15'453 im Jahr 2005 auf 24'039 im Jahr 2015).

²¹ Aus «Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler»; PrimaryCare 2006;6:586–589.

Bei einem Notfall soll aber auch bei diesem System immer die Hausärztin oder der Hausarzt erste Anlaufstelle sein. Nur wenn diese bzw. dieser nicht erreichbar ist, soll die spitalassoziierte Notfallpraxis aufgesucht werden.

Vorteile einer solchen spitalassoziierten Notfallpraxis sind:

- Arbeitsentlastung der niedergelassenen Dienstärztinnen und -ärzte, sofern weniger Dienste geleistet werden müssen;
- geregelte Arbeitszeiten;
- kein Inkassorisiko für den niedergelassenen Arzt oder die niedergelassene Ärztin bei unbezahlten Rechnungen, wenn das Spital die Rechnungsstellung übernimmt;
- kalkulierbares Einkommen für die dienstleistenden Ärztin/Arzt, falls ein Anstellungsverhältnis besteht;
- fachliche Bereicherung aufgrund der Zusammenarbeit zwischen Grundversorgenden und den Spitalärztinnen und -ärzten, auch für die im Spital tätigen Assistentinnen und Assistenten für die Hausarztmedizin;
- Entlastung der Spital-Notfallstation von nicht-spitalbedürftigen Notfallpatientinnen und -patienten, sofern es eine räumliche Trennung gibt.

Nachteile sind:

- ungewohnte Umgebung für die Grundversorgenden und das Fehlen der eigenen Infrastruktur;
- unerwünschte Signalwirkung an die Bevölkerung im Sinn von «bei Notfällen ins Spital»;
- erfolgreiche Umsetzung des Modells nur möglich, wenn das Einzugsgebiet eine gewisse Grösse aufweist und die Lage des Spitals für Patientinnen und Patienten günstig ist.

In einer klinischen Studie am Stadtspital Waid²² in Zürich wurde der Zustand vor und nach Einführung einer solchen spitalassoziierten Notfallpraxis untersucht. Die wichtigsten Ergebnisse sind:

- Die Zeit von Eintritt bis Entlassung verminderte sich um 60 Minuten (von 120 auf 60 Minuten).
- Nach der Einführung der spitalassoziierten Notfallpraxis wurden deutlich weniger Untersuchungen (Labor, Röntgen, EKG, Ultraschall) durchgeführt.
- Die durchschnittlichen Abklärungs-/Behandlungskosten²³ je Patientin und Patient betragen vor der Einführung 437 und danach 287 Franken.

Ein andere Zusammenarbeitsoption zwischen ambulantem und stationärem Notfallversorgung ist die Übernahme der Notfalldiensttriage durch das ärztliche Personal des zuständigen Spitals während der Nacht (werktags und Samstag/Sonntag; meist ab 23.00 Uhr bis 07.00 Uhr) und/oder an Wochenenden. Die ärztliche Notfallnummer wird direkt zur zuständigen Spitalnachtsärztin bzw. zum zuständigen Spitalnachtsarzt umgeleitet, der folgende Triageentscheide zu fällen hat:

- Problem kann telefonisch gelöst werden;
- Empfehlung Hausarztbesuch am nächsten Tag;
- notfallmässige Untersuchung der Patientin bzw. des Patienten in der Notfallstation;
- notfallmässiger Hausbesuch ist erforderlich.

Es muss damit gewährleistet sein, dass nachts immer eine niedergelassene Ärztin bzw. ein niedergelassener Arzt für notfallmässige Hausbesuche zur Verfügung steht. Dadurch wird eine wesentliche Entlastung der Dienstärztinnen und -ärzte erreicht; für das Spital bedeutet dies jedoch einen Mehraufwand, zudem muss die Spitalärztin bzw. der Spitalarzt in Hausarztmedizin geschult sein. Die Umsetzung dieses Modells hängt massgeblich von der Bereitschaft und den Möglichkeiten eines Spitals ab, den damit verbundenen Zusatzaufwand zu übernehmen. Zudem müssen die

²² Hospital-integrated general practice: a promising way to manage walk-in patients in emergency departments (Wang et al; J of Evaluation Clinical Practice, 2014;20:20–26).

²³ Sustained health-economic effects after reorganisation of a Swiss hospital emergency centre: a cost comparison study (Eichler et al; Emerg Med J 2013;0:1–6).

Patientinnen und Patienten je nach Standort des Spitals grössere Distanzen zurücklegen. Besonders wichtig und unabdingbar dabei ist aber, dass die niedergelassenen Ärzteschaft bereit ist, an einem solchen System mitzuwirken.

3.7 Call-Center

Grundsätzlich sind die unterschiedlichsten Modelle für die ärztliche Notfalltriagierung über das Telefon mit einer einheitlichen Nummer möglich. Diese unterscheiden sich in der:

- Art der Zentrale;
- Art der Triagierung;
- Art der Finanzierung.

3.7.1 Art der Zentrale

Notrufzentralen, die vor allem mit der Nummer 144 erreicht werden, sind hauptsächlich für sofortige medizinische Hilfe geschaffen worden. In den meist kantonalen oder interkantonalen Notrufzentralen alarmieren und koordinieren die dortigen Disponentinnen und Disponenten die erforderlichen Einsatz- und Rettungsmittel, wenn sofortige medizinische Hilfe notwendig ist. Sie beraten bei Bedarf die Hilf- und Ratsuchenden in notfallmedizinischen Fragen und vermitteln Dienstärztinnen und -ärzte, Notfallzahnärztinnen und -zahnärzte sowie Notfallapotheken. Sie sind aber keine medizinische Telefontriagestelle.

Medizinische Call-Center sind rund um die Uhr bediente telefonische Beratungsstellen für Personen, die sich in einer akuten Krankheitssituation befinden oder einen allgemeinen medizinischen Rat suchen. Je nach personeller Besetzung gibt es beim medizinischen Call-Center folgende Triageprozesse:

- Tipps zur Selbstbehandlung;
- Medizinische Ratschläge und Empfehlung «Warten bis zur regulären Sprechstundenzeit am nächsten Tag»;
- Weiterleitung des Anrufes an die Notfalldienstärztin bzw. -dienstarzt der entsprechenden Region für einen Hausbesuch oder für eine Untersuchung in der Notfallpraxis;
- Weiterleitung des Anrufes an die Kantonale Notrufzentrale, da dringend ein Rettungsfahrzeug nötig ist.

Die medizinische Beratung und die Triagierung kann von nichtärztlichen, speziell dafür ausgebildeten Fachpersonen (Pflegefachfrau oder -mann, Rettungsanwältin oder -anwält) ausgeübt werden. Diese versuchen meist anhand eines strukturierten und computergestützten Algorithmus in einem 10- bis 15-minütigen Gespräch die Symptome zu analysieren und der Patientin bzw. dem Patienten den weiteren Weg zu weisen.

Zusätzlich zur Triage durch eine nichtärztliche Fachperson für medizinische Beratung ist eine Telefonkonsultation bei Bedarf durch eine dafür geschulte Ärztin oder einen dafür geschulten Arzt (Telediagnostik, auch Rezeptierung usw.) möglich. Kostenschätzungen für eine flächendeckende, kantonsweite medizinische Call-Center-Strategie mit ärztlicher Beratung liegen zwischen zwei und drei Franken je Einwohnerin und Einwohner²⁴ je Jahr.

Call-Center können eigenständig oder in andere Notrufzentralen integriert sein. Sie haben verschiedenen Eigentümer wie:

- Organisationen, die vor allem vom Kanton finanziert werden (Kanton Waadt: Centrale Téléphonique des Médecins de Garde);
- arznei-nahe Organisationen wie Ärztelefon, MNZ Basel (medizinische Notfallzentrale);

²⁴ Aus Reorganisation des Notfalldienstes», Teil 2; PrimaryCare 2007;88: 938–939.

- Krankenversicherer (sante24 der Swica);
- andere private Institutionen (Medgate, Medi-24); arbeiten mit vielen Krankenversicherern zusammen.

Es gibt Versicherungsmodelle, die vorschreiben, ein solches versicherungseigenes Call-Center vor einem Arztbesuch anzurufen.

3.7.2 Art der Triagierung

Die Triagierung kann von der Anruferin oder vom Anrufer selbst durchgeführt werden. Diese Person ruft bei einem wirklichen, lebensbedrohlichen Notfall die Nummer 144 an, bei allen anderen Notfällen wird eine andere kantonsweite oder regionale Notfalldienstnummer angerufen.

Die Triagierung kann aber auch von der Triagestelle durchgeführt werden, die verschiedene Aufgaben haben kann:

- Typ Notrufzentrale 144: nur Vermittlung der zuständigen Dienstärztinnen und -ärzte sowie direktes Aufbieten des Rettungsfahrzeuges bei einem lebensbedrohlichen Notfall;
- Typ Call-Center: Beratung bei einem medizinischen Problem.

Einige wenige Kantone wie beispielsweise der Kanton Basel-Stadt oder der Kanton Waadt haben eine einheitliche Notfallnummer für den ärztlichen Notfalldienst. Meistens aber haben die regionalen Notfalldienstrays lokale Telefonnummern. Bei einem Anruf wird man direkt mit der Notfallärztin bzw. dem Notfallarzt verbunden. Die kostenpflichtige 0900er-Nummer ist nicht ganz unproblematisch, da manche Mobiltelefonnutzerinnen und -nutzer den Zugang zu solchen Nummern sperren lassen und diese Nummern mit gewissen Mobiltelefondiensten nicht gewählt werden können. Meist kann die Notfallnummer 144 von allen Handy-Besitzerinnen und Besitzern gratis angewählt werden. Die 0900er-Nummern decken teilweise die Unkosten der Notfalldienstorganisation der zuständigen regionalen Ärztegesellschaften.

Die Dienstkreise Frauenfeld und Arbon-Romanshorn mit rund 68'000 Einwohnerinnen und Einwohnern untersuchten die Praktikabilität und den Nutzen einer nächtlichen Vortriagierung des Notfalldienstes durch ein medizinisches Call-Center zwischen 22.00 Uhr und 8.00 Uhr. Die Phase ohne Call-Center dauerte vom 1. Februar bis zum 31. Mai 2007, jene mit Call-Center vom 1. Juni bis 30. September 2007. Je Nacht und Dienstkreis wurden in der Vorphase 0,54 Telefonate und 0,73 Einsätze verzeichnet; während der Call-Center-Triagierung 0,37 bzw. 0,64 (absolute Werte: Reduktion der Telefonate von 111 auf 57 Anrufe; Reduktion der Einsätze von 149 auf 98). Ungefähr ein Drittel konnte durch das Call-Center abschliessend beraten werden. An den Notfallstationen der beiden kantonalen Spitäler blieb der Anteil der Selbstzuweiser während der Studie konstant.²⁵

Derartige telefonische Beratungszentren werden seit einigen Jahren in mehreren europäischen Gesundheitssystemen (Skandinavien, England) betrieben und wurden verschiedentlich wissenschaftlich evaluiert. Zusammenfassend zeigt die Literatur, dass die Telefonberatung einem steigenden Bedürfnis vieler Patientinnen und Patienten entspricht. Ausgewiesene Vorteile sind die rasche Verfügbarkeit und der einfache Zugang zu ärztlichem und pflegerischem Rat sowie die hohe Akzeptanz und Zufriedenheit seitens der Anrufenden. Widersprüchlich und nicht abschliessend zu beurteilen sind die Ergebnisse zur Optimierung der Leistungsnachfrage und zu den damit verknüpften Kosteneinsparungen.²⁶

3.7.3 Art der Finanzierung

Die Finanzierung der Notrufzentralen (112, 117, 118, 144) wird in den meisten Kantonen durch die öffentliche Hand gewährleistet. Bei den medizinischen Call-Centern beteiligt sich auch teilweise

²⁵ Medizinisches Callcenter im Nachtdienst; PrimaryCare 2008;8:22–9231.

²⁶ «Evaluation der Telefonberatung durch Medgate»; Management Summary, Büro Bass, Bern, 2004.

die Ärzteschaft an den Kosten. Im Kanton Zürich beispielsweise finanziert die Ärzteschaft rund 25 Prozent der Kosten des Ärztefons,²⁷ der Rest wird von der Stadt Zürich und den beteiligten Gemeinden getragen (Fr. 2.15 je Jahr und Einwohnerin und Einwohner). Eine Abrechnung über TARMED ist kaum möglich, da die Zentralen meist von Pflegefachpersonen und nicht von Ärztinnen oder Ärzten bedient werden. Telefonische Leistungen können jedoch nur dann verrechnet werden, wenn sie durch eine Ärztin bzw. durch einen Arzt erbracht werden. Aber selbst wenn eine Ärztin bzw. ein Arzt die Leistungen erbringt, ist eine Rechnungsstellung bei derart kleinen Beträgen in der Regel zu aufwändig. Einige Call-Center haben mit Versicherungen Verträge abgeschlossen, die es den jeweiligen Krankenkassen-Mitgliedern erlauben, das medizinische Call-Center gratis anzurufen.

Über Kosteneinsparungen bei der Telefontriage gibt es eine Studie der Zürcher Hochschule in Winterthur im Auftrag eines medizinischen Call-Center-Unternehmens.²⁸ Diese Studie kommt zum Schluss, dass es schwierig sei, eine absolute Kostenwirksamkeit abschliessend nachzuweisen.

3.8 Abtreten des Notfalldienstes an andere Anbieter

Eine vollständige Abgabe des Notfalldienstes der Grundversorgenden an andere Anbieter wie beispielsweise an sogenannte Permanenzen²⁹ oder an Walk-In-Kliniken³⁰ ist für die Patientinnen und Patienten mit dem Nachteil verbunden, dass keine Arztperson Hausbesuche durchführt – ausser die oben genannten Anbieter bieten auch diesen Service an. Ist dies nicht der Fall, müsste zusätzlich eine Organisation wie beispielsweise SOS-Ärzte³¹ gefunden werden, welche die Hausbesuche durchführen würde. Permanenzen und Walk-In-Kliniken sind nur in grösseren Ballungsgebieten sinnvoll, können also das Problem nicht flächendeckend lösen.

Für die Ärzteschaft ist die Aufgabe des Notfalldienstes nicht nur aus Imagegründen mit Nachteilen verbunden. Wichtige Kontakte mit den Patientinnen und Patienten gehen verloren und ein Kerngebiet der hausärztlichen Tätigkeit wird aufgegeben. Von Vorteil ist hingegen die Entlastung der Hausärztinnen und Hausärzte.

Aus Versorgungsperspektive ist eine flächendeckende, qualitativ hochstehende Notfallversorgung durch andere Anbieter als die Grundversorgenden nicht möglich.

3.9 Vermehrter Einbezug nichtärztlicher Berufsleute

In einem im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit erstellten Bericht über den Einbezug von nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung³² ist unter anderem erwähnt, dass das Berufsprofil hierfür noch nicht klar definiert sei. Die befragten Expertinnen und Experten

²⁷ Die Ärztefon AG wurde im Jahr 2010 vom Ärzteverband der Bezirke Zürich und Dietikon (ZüriMed) gegründet. Aktionäre sind heute unter anderem die Ärzte-Gesellschaft des Kantons Zürich (AGZ). Sie ist die offizielle ärztliche Notfallzentrale der Stadt Zürich und der angeschlossenen Gemeinden, vermittelt Notfallärztinnen und -ärzte, Apotheken und berät bei medizinischen Fragen. Sie betreut 96 Gemeinden mit über 750'000 Einwohnerinnen und Einwohnern vor allem im Kanton Zürich, aber auch im Kanton Appenzell Ausserrhoden.

²⁸ Gatti D, Brügger U.: «Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung»; Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie WIG 2005.

²⁹ Der französische Begriff PERMANENCE bedeutet eine spezialisierte ambulante Notfallpraxis, in der Ärztinnen und Ärzte gemeinsam eine Notfallpraxis meist rund um die Uhr betreiben.

³⁰ Walk-In-Klinik: ärztlich geführte Anlaufstelle für medizinisch dringliche Fälle.

³¹ SOS-Ärzte: Private Organisationen, die täglich 24 Stunden einen ärztlichen Notfalldienst anbieten; sie sind vor allem in grossen Ballungszentren wie beispielsweise in Genf und Zürich präsent und verfügen über keine Praxisräumlichkeiten. Die Behandlung der Patientinnen und Patienten erfolgt direkt vor Ort.

³² Bericht «Aktueller Stand der schweizerischen Diskussion über den Einbezug von hoch ausgebildeten nichtärztlichen Berufsleuten in der medizinischen Grundversorgung», Büro Bass im Auftrag vom BAG, November 2013.

sehen die Entwicklungsmöglichkeiten für Advanced Practice Nurses³³ insbesondere innerhalb multidisziplinärer Teams, in der Versorgung chronisch und mehrfach Kranker oder in der Langzeit- sowie Palliativpflege, wo sie Aufgaben im Bereich Fallführung und Casemanagement übernehmen und so die Ärzteschaft entlasten könnten. Das Verschreiben von Medikamenten oder das Übernehmen anderer ärztlicher Aufgaben sei hingegen in der Schweiz eher nicht sinnvoll. Zudem sind zahlreiche Probleme wie beispielsweise Haftung, Verantwortung, Finanzierung nicht gelöst.

So startet im Jahr 2016 das Ärztenetzwerk Wintimed zusammen mit dem Institut für Pflege der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW einen Pilotversuch zum Einsatz von Pflegeexpertinnen in der hausärztlichen Arbeit etwa bei der Betreuung von chronisch Kranken.³⁴

Der Einbezug von nichtärztlichen Berufsleuten in medizinischen Call-Centern ist hingegen auch in der Schweiz üblich. Ausländische Studien³⁵ zeigen, dass die von nichtärztlichen Berufsleuten geführten telefonischen Konsultationen die gleich hohe Qualität aufweisen wie Face-to-Face-Konsultationen in einer Praxis.

3.10 Bessere finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes

Die bessere finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes kann auf vier Arten erfolgen:

a) Einführung einer Präsenzdienstentschädigung

Unabhängig davon, ob während des Dienstes Notfälle behandelt werden, wird durch die Entrichtung einer Präsenzenterschädigung wenigstens ein gewisses Einkommen garantiert. Dies wäre im Vergleich zu heute eine wesentliche Verbesserung, denn derzeit ist die Einkommenssituation aus dem Notfalldienst – vor allem in den weniger gut ausgelasteten Notfallrayons – unattraktiv und lässt schwerlich eine Kompensation des Dienstes durch einen auf die Notfallnacht folgenden freien Tag zu.

b) Höhere TARMED-Tarife für Notfälle

Höhere TARMED-Tarife für Notfälle – speziell für Hausbesuche – sind ebenso ein Instrument, um den Notfalldienst finanziell wieder attraktiver zu gestalten.

c) Kostenübernahme für Notfall-Fortbildung und Notfall-Infrastruktur

Grundsätzlich muss jede praktizierende Ärztin und jeder praktizierende Arzt fähig sein, Notfälle zu behandeln. Diese Kenntnisse müssen die Ärztinnen und Ärzte während der Aus-, Weiter- und Fortbildung erwerben. Die Weiterbildung zum Facharzt Allgemeine Innere Medizin verlangt heute den Besuch eines anerkannten Kurses in Notfallmedizin. Die Absolventinnen und Absolventen dieser Kurse erwerben die Fähigkeit, Notfallsituationen in allen medizinischen Bereichen zu erkennen und die Einleitung von Sofortmassnahmen zu beherrschen.

Die Fortbildung der Dienstärztinnen und -ärzte muss mit einer gewissen Regelmässigkeit erfolgen. Organisationen wie die Schweizerische Gesellschaft für Notfall- und Rettungsmedizin bieten ein-tägige Refresherkurse an, die auf den Inhalten der Notfallmedizinkurse aufbauen und ein periodisches Training im Management vital bedrohter Patientinnen und Patienten ermöglichen.

³³ Advanced Practice = erweiterte Berufspraxis von erfahrenen Fachleuten, die dank vertieften Kenntnissen in der Lage sind, Aufgaben zu übernehmen, die über den klassischen Verantwortungsbereich hinausgehen.

³⁴ Aus Artikel «Pflegeexpertin ersetzt Hausarzt», Tages-Anzeiger, 22. Februar 2016.

³⁵ Literaturübersicht in «Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute», Arbeitsdokument 27, OBSAN 2007, Seite 24.

Durch eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton und der Ärztesgesellschaft könnten gewisse Leistungen der Notfall-Weiter- und-Fortbildung der Ärzteschaft vom Kanton übernommen werden.

d) Unbezahlte Notfallrechnungen

Art. 50 des Gesundheitsgesetzes statuiert eine Notfalldienstpflicht für die freipraktizierende Ärzteschaft. Dabei gilt selbstverständlich, dass eine solche Behandlung nicht gratis durchgeführt werden muss, sondern die Kosten primär von der (inländischen oder ausländischen) Krankenversicherung oder durch einen Vorschuss der Patientin bzw. des Patienten gedeckt werden.

Da das System der Leistungssistierung ab 1. Januar 2012 weggefallen ist, müssen die Versicherer die Pflichtleistungen für die erbrachten TARMED-Behandlungen im Notfall vergüten. Die Versicherer wiederum können 85 Prozent der mittels Verlustscheinen ausgewiesenen Zahlungsausstände (Prämien und Kostenbeteiligung) aus der Grundversicherung beim entsprechenden Kanton zurückverlangen.

Wenn eine ausländische Person (Touristin/Tourist) ohne entsprechende Versicherung bei einem Notfall keinen Kostenvorschuss leisten kann, muss die Aufenthaltsgemeinde (meist identisch mit dem Ort der Hausarztpraxis) diese Notfallkosten übernehmen (vgl. Art. 11, 21 und 30 des Bundesgesetzes über die Zuständigkeit für die Unterstützung Bedürftiger [SR 851.1]).

3.11 Kantonaler Leistungsauftrag

Der zuständige Kanton kann mit der kantonalen Ärztesgesellschaft vereinbaren, welche Leistungen die niedergelassene Ärzteschaft erbringen muss. Diese Leistungen können u.a. umfassen:

- flächendeckender Notfalldienst;
- Art des Notfalldienstes, z.B. in einer spitalassoziierten Notfallpraxis.

Als Gegenleistung übernimmt der Kanton gewisse finanzielle Leistungen, wie beispielsweise Abgeltung des Präsenzdienstes und/oder der Notfallorganisation, finanzielle Beteiligung an einem Call-Center, Kosten an Weiterbildungskurse in Notfallmedizin sowie Kosten an die Notfall-Ausrüstung.

4 Bestehende Modelle im Kanton St.Gallen

4.1 Förderung der Hausarztmedizin

Seit dem Jahr 2008 unterstützt der Kanton St.Gallen finanziell Fördermassnahmen im Bereich der Hausarztmedizin. Es sind dies:

- sechsmonatige Praxisassistenten bei einem Grundversorgenden für angehende Hausärztinnen und Hausärzte;
- Curriculum Hausarztmedizin;
- Tutorenteam.

Seit dem Jahr 2008 haben:

- 43 Ärztinnen und Ärzte eine sechsmonatige Praxisassistenten absolviert;
- neun Personen das vollständige Curriculum absolviert (eine sechsmonatige Praxisassistenten und zusätzlich noch ein bis drei sechsmonatige Perioden in Fachdisziplinen wie Kindermedizin oder HNO);
- elf Arztpersonen ein bis drei sechsmonatige Perioden in einer Hausarztpraxis und/oder in anderen Fachdisziplinen absolviert.

Als grosser Erfolg darf gewertet werden, dass von diesen 63 Personen 34 in der Grundversorgung tätig sind, 33 davon im Kanton St.Gallen.

Das Programm wurde im Jahr 2012 von der Fachhochschule St.Gallen evaluiert. Die wichtigsten Ergebnisse dazu sind (siehe nachfolgende Grafiken):

- 96 Prozent der teilnehmenden Assistenzärztinnen und -ärzte und 100 Prozent der Lehrärztinnen und Lehrärzte bezeichneten den Gesamteindruck der Praxisassistenz als gut oder sehr gut.
- Die Gewinnung hausärztlicher Kompetenzen während der Praxisassistenz wurde in den meisten Fällen als gut bis sehr gut bezeichnet (siehe Abbildung 13).
- Der Lerneffekt im Vergleich zu anderen klinischen Tätigkeiten war besser (79 Prozent mehr; siehe Abbildung 14).

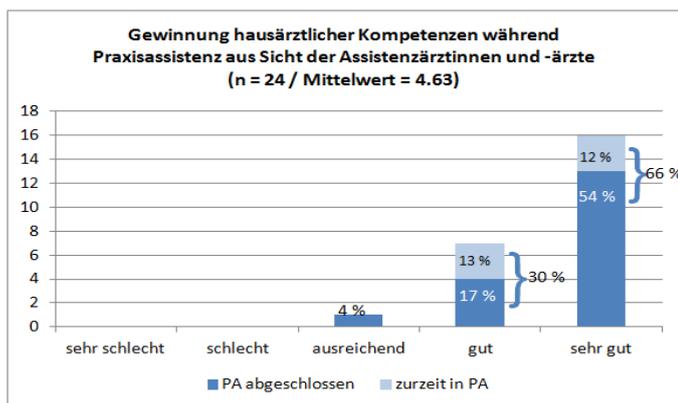


Abbildung 13: Gewinnung hausärztlicher Kompetenzen

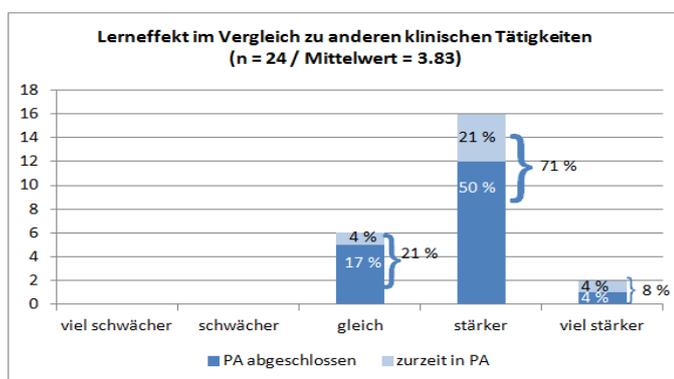


Abbildung 14: Lerneffekt im Vergleich zu anderen klinischen Tätigkeiten

Dieses erfolgreiche Programm wird weitergeführt.

4.2 Liberale Handhabung der Zulassungssteuerung

Im Kanton St.Gallen sind 44 Prozent aller Grundversorgenden (232 von insgesamt 525 Ärztinnen und Ärzten) über 55 Jahre alt (siehe Abbildung 15). Dementsprechend werden in den nächsten zehn Jahren je Jahr durchschnittlich 23 Ärztinnen und Ärzte ihre Tätigkeit aufgeben. Da viele jüngere Ärztinnen und Ärzte teilzeit arbeiten (die durchschnittliche Arbeitszeit beträgt zwischen 60 und 70 Prozent) muss rein rechnerisch eine abtretende Arztperson durch 1,4 «neue» Arztpersonen ersetzt werden. Es müssen also wenigstens 32 bis 35 neue Grundversorgende je Jahr zugelassen werden, um den jetzigen Versorgungsgrad erhalten zu können.

Region	Anteil Ärzteschaft (Grundversorgung) über 55 Jahre	Prozentualer Anteil der Ärzteschaft über 55 Jahre
Wahlkreis Rorschach	23 von 39	59 %
Wahlkreis Toggenburg	22 von 45	49 %
Wahlkreis Rheintal	27 von 56	48 %
Wahlkreis Sarganserland	19 von 40	48 %
Wahlkreis See-Gaster	26 von 60	43 %
Wahlkreis Werdenberg	14 von 33	42 %
Wahlkreis Wil	36 von 88	41 %
Wahlkreis St.Gallen	65 von 164	40 %
Kanton St.Gallen	232 von 525	44 %

Abbildung 15: Anteil der über 55-jährigen Hausärztinnen und -ärzte in den Wahlkreisen (Stand 1. Januar 2016)

Weil jetzt schon in gewissen Gegenden im Kanton St.Gallen die ärztliche Grundversorgung nicht optimal ist, die Nachfolgersuche teilweise schwierig ist und in einigen Jahren eine Unterversorgung in der Grundversorgung drohen könnte, wird die heute geltende Zulassungssteuerung im Kanton St.Gallen für Grundversorgende seit Jahren sehr liberal gehandhabt. Zudem werden auch Zulassungen für Teilzeit arbeitende Grundversorgende grosszügig erteilt. Die Abbildung 16 zeigt die neu erteilten Bewilligungen für Grundversorgende im Kanton St.Gallen seit 2010.

	Neu erteilte Bewilligungen für Grundversorgende im Kanton St.Gallen
2010	32
2011	39
2012	46
2013	41
2014	31
2015	36

Abbildung 16: Ärztliche Grundversorgung – Neu erteilte Bewilligungen 2010–2015

Einige Zahlen zu den in den Jahren 2014 und 2015 neu zugelassenen Arztpersonen im Kanton St.Gallen in der Grundversorgung:

- Total: 67
- Anzahl Männer: 36
- Anzahl Frauen: 31
- Nationalität: CH 22
- EU 45 (Ausländer-Anteil somit 67 Prozent)
- Durchschnittsalter (in Jahren) 45
- Neueröffnungen 1
- Eintritt in Gemeinschaftspraxen: 66

Die durchschnittliche Arbeitszeit der im Jahr 2013 und 2014 neuen Grundversorgenden wurde mit 61 Prozent (100 Prozent \geq 43 Stunden/Woche) angegeben (E-Mail-Umfrage).

4.3 Ärztenetze im Kanton St.Gallen

Die hiesigen medizinischen Versorgungssysteme, die ursprünglich für akute, episodische Ereignisse konzipiert wurden, werden sich allmählich in Behandlungs- und Betreuungsmodelle für chronisch Kranke und die Langzeitpflege wandeln müssen. Es wird darum gehen, alle Leistungserbringenden rund um den chronisch kranken Patienten effizient zu koordinieren und neben den

medizinischen auch funktionelle und soziale Bedürfnisse zu berücksichtigen. Dazu eignen sich besonders Ärztenetze, wobei der Qualitätsaspekt (z.B. Qualitätszirkel) in diesen Ärztenetzen einen grossen Stellenwert einnimmt. Der Kanton St.Gallen hat im Vergleich zu den anderen Kantonen einen sehr hohen Anteil an Versicherten, die Ärztenetzen angehören (Abbildung 17).³⁶

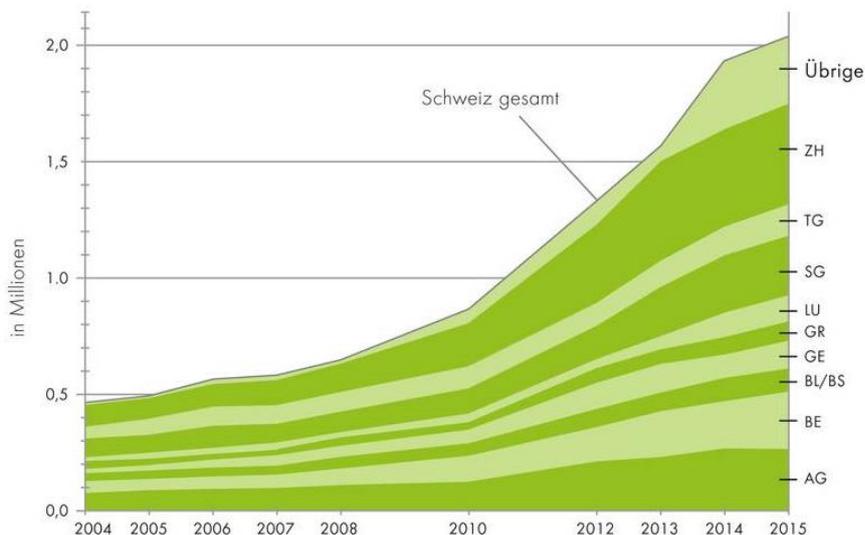


Abbildung 17: Anteil der Versicherten in Ärztenetzen 2004–2015
aus www.fmc.ch

Es gibt folgende Ärztenetze im Kanton St.Gallen (aus www.fmc.ch):

- Santémed Gesundheitszentren (Versicherte: 44'065);
- xundart (Region Wil-Uzwil/Flawil-Toggenburg; Versicherte 36'800);
- Pizol Care (Region Werdenberg/Sarganserland; Versicherte 31'038);
- Hausarztverein Linthgebiet (Versicherte 30'400);
- Hausarztverein St.Gallen (Versicherte 26'300);
- Rhymed (Region Oberes Rheintal; Versicherte 20'500);
- Ärztenetz SântiMed (Region St.Gallen-Gossau-Wil-Appenzell; Versicherte 17'307);
- Hausärzterein Rorschach (Versicherte 18'800);
- Hausärzterein Gossau (Versicherte 13'800);
- Gesundes Rheintal (Region Mittleres Rheintal; Versicherte 9'500).

Es sind in den Ärztenetzen im Kanton St.Gallen total 364 Grundversorgende und 103 Spezialisten tätig. Die zwei grössten Netzwerke sind Santémed und xundart.

4.4 Notfalldienststrayons im Kanton St.Gallen

Gemäss einer Umfrage bei den regionalen Ärztepräsidenten gibt es im Kanton St.Gallen 16 Notfalldienstkreise. Die ärztliche Notfallversorgung der Gemeinden Muolen und Berg werden vom Notfalldienststrayon Amriswil bzw. Arbon versorgt.

Die Dienstbelastung der notfalldiensttuenden Ärzteschaft sieht gemäss den Verantwortlichen der Notfalldienststrayons folgendermassen aus:

- Im Notfalldienst werden durchschnittlich null bis zwei Hausbesuche werktags am Abend (ab 18.00 Uhr) und während der Nacht durchgeführt.
- An Wochenenden sind durchschnittlich fünf Hausbesuche je Tag nötig.

³⁶ www.fmc.ch → Infothek → Erhebung Ärztenetze (besucht am 26. Februar 2016).

- Werktags ab 18.00 Uhr müssen durchschnittlich zwei bis drei notfallmässige Untersuchungen in der Praxis durchgeführt werden.
- Samstag und Sonntag werden täglich durchschnittlich 16 notfallmässige Untersuchungen in der Praxis durchgeführt.

4.5 Zusammenarbeitsmodelle mit den Spitalregionen und dem Ostschweizer Kinderspital

Die Spitalstandorte sind auch für die Hausarztmedizin attraktiv und tragen wesentlich dazu bei, dass in den Regionen weiterhin Hausärztinnen und -ärzte gewonnen werden können. Insbesondere in der Notfallversorgung bestehen in allen Spitalunternehmen Zusammenarbeitsmodelle mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (Hausarztpraxen im Spitalnotfall oder Telefontriage durch das Spital während der Nacht) wie Abbildung 18 zeigt:

Wo?	Telefontriage für die Hausärzte	Praxis im Spital, von regionalen Hausärztinnen und -ärzten betrieben
Kantonsspital St.Gallen	Ja, nachts zwischen 23.00 – 07.00 Uhr	Ja, an Werktagen zwischen 17.00 – 23.00 Uhr Aufteilung in einen Grundversoger-Notfall und einen Klinik-Notfall, Triage durch Aufnahmepflegefachperson
Spital Flawil	Ja, nachts zwischen 22.30 – 07.00 Uhr	
Spital Rorschach	Ja, nachts zwischen 23.00 – 07.00 Uhr	
Spital Grabs	Ja, nachts zwischen 22.00 – 08.00 Uhr	
Spital Altstätten	Ja, nachts zwischen 23.00 – 07.30 Uhr	
Spital Walenstadt	Ja, nachts zwischen 22.00 und 08.00 Uhr	
Spital Linth	Ja, nachts zwischen 22.00 – 07.00 Uhr	Eine niedergelassene Ärztin oder ein niedergelassener Arzt aus der Region Eschenbach bis Amden arbeitet in der hausärztlichen Notfallpraxis im Spital Linth (werktags: 18.00 – 22.00 Uhr; Samstag/Sonntag: 09.00 – 22.00 Uhr)
Spital Wil	Ja, nachts zwischen 22.30 – 07.00 Uhr	
Spital Wattwil	Ja, nachts zwischen 22.30 – 07.00 Uhr	
Ostschweizer Kinderspital	Telefonische Beratung zur Dringlichkeit einer Aufnahme für Eltern	Kindernotfallpraxis, geführt von niedergelassenen Kinderärztinnen und -ärzten während Donnerstags, 14.00 – 22.00 Uhr Freitags: 19.00 – 21.30 Uhr Samstag: 10.00 und 22.00 Uhr Sonn-/Feiertage: 10.00 – 21.00 Uhr

Abbildung 18: Übersicht Zusammenarbeitsmodelle mit den Hausärztinnen und -ärzten im Notfalldienst

Zudem ist in Rapperswil-Jona seit Frühling 2016 eine Permanence in Betrieb (täglich von 08.00 bis 22.00 Uhr geöffnet), in der die Ärzteschaft der Region mit Beteiligung der Ärzteschaft vom Spital Linth eine Notfallstation betreibt.

Mit diesen Zusammenarbeitsmodellen werden die Hausärztinnen und Hausärzte entlastet, die Zusammenarbeit zwischen den Hausärztinnen und -ärzten und den Spitalärztinnen und -ärzten verbessert und damit auch Ressourcen und Kosten eingespart. Die Lebensqualität der Ärzteschaft ist dadurch merklich besser, dementsprechend möchte niemand zum alten System zurückkehren.

Diese Zusammenarbeitsmodelle sind für die Spitäler nicht kostendeckend. So beispielsweise zeigen Auswertungen vom Spital Linth folgende Zahlen: Das Call-Center im Spital Linth, das den Betrieb im Jahr 2008 aufgenommen hat, hat im Durchschnitt vier Anrufe je Nacht, die Bandbreite reicht von zwei bis zehn Anrufen. Für die Abarbeitung der Anrufe rechnet man mit einem durchschnittlichen Aufwand von 20 bis 30 Minuten je Nacht, d.h. es fallen jährlich rund 480 Arbeitsstunden an, die nicht abgegolten werden. In der Notfall-Hausärztepraxis, die an Wochentagen am Abend und an Wochenenden ganztags betrieben werden, entsprechen die Erträge aus der Behandlung der Patientinnen und Patienten in etwa dem Personalaufwand. Dabei sind aber die administrativen Tätigkeiten, Miete der Räumlichkeiten und Mitbenutzung der Infrastruktur einschliesslich IT nicht berücksichtigt und werden vom Spital Linth getragen.

4.6 Vermittlung von Notfalltelefonen durch die Kantonale Notrufzentrale (KNZ)

Die KNZ, insbesondere die Nummer 144³⁷, ist primär zuständig für:

- Erstbeurteilung der eingehenden Notrufe;
- Anleiten von lebensrettenden Erste-Hilfe-Massnahmen;
- Disposition und Aufgebot der Rettungsmittel;
- Alarmierung von Partnerorganisationen;
- Koordination sämtlicher Krankentransporte;
- Logistisches Zentrum bei Grossereignissen.

Die KNZ vermittelt aber auch Notfalltelefonnummern. Im Jahr 2015 wurden 4'362 Notrufe via 144 an Notfallärztinnen und -ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apotheken usw. weitervermittelt. Sie macht aber keine medizinische Telefontriage. Bei Bedarf gibt sie Empfehlungen zu Erste-Hilfe-Massnahmen ab. Regelmässig finden zwischen der KNZ und den für den Rettungsdienst verantwortlichen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten Sitzungen statt.

In kinder- und jugendpsychiatrischen Notfällen ausserhalb der Bürozeiten hat die Hausärztin oder der Hausarzt oder die zuständige Notfallärztin oder -arzt die Möglichkeit, über die Telefonnummer 144 mit dem Notfallarzt/Notfallärztin der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste KJPD Kontakt aufzunehmen. Dieser Dienst steht den Kinder-, Haus- und Spezialärztinnen und -ärzten rund um die Uhr für telefonische Beratungen zur Verfügung.

4.7 Unbezahlte Rechnungen im Notfall

Bei einer notfallmässigen Behandlung sind die Krankenversicherer verpflichtet, die Rechnungen zu begleichen unabhängig davon, ob die Prämien bezahlt wurden oder nicht. Auch Rechnungen

³⁷ Im Jahr 2015 hat die KNZ-144 total 32'302 Notrufe angenommen, bei 20'940 Fällen davon musste anschliessend ein Einsatzmittel (z.B. Rettungswagen) aufgeboden werden, bei den restlichen 11'362 Fällen musste kein Einsatzmittel aufgeboden werden.

aus Notfallbehandlungen von Personen, die auf der Schwarzen Liste aufgeführt sind, müssen von den Krankenkassen beglichen werden.

Die freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzte des Kantons St.Gallen haben im Tarifvertrag mit den Krankenversicherern das System tiers garant vereinbart, d.h. die Vergütung der OKP-Leistungen wird von den Krankenkassen an die Versicherten (und nicht an die leistungserbringenden Ärztin oder Arzt) geleistet. Dies bedeutet, dass die Patientinnen und Patienten den Ärztinnen und Ärzten die Vergütung der Arztleistungen schulden. Die Patientinnen und Patienten selbst haben (als Versicherte) einen Anspruch auf Rückerstattung gegenüber dem Versicherer. Dies hat zur Folge, dass die Ärzteschaft offene Pflichtleistungen bei den Patientinnen und Patienten geltend machen muss. Das Inkassorisiko für Honorarrechnungen liegt beim System des tiers garant also bei der Ärzteschaft. Es kann deshalb vorkommen, dass eine Notfallpatientin oder ein Notfallpatient die Arztrechnung der Krankenkasse einsendet, von ihr das Geld auch erhält, es dann aber behält und nicht der Ärztin oder dem Arzt weiterreicht.

5 Finanzielle Beteiligung anderer Kantone in Bezug auf den Notfalldienst

Kanton Aargau

Es gibt einen Rahmenvertrag 2010–2013 zwischen der Regierung des Kantons Aargau und dem aargauischen Ärzteverband AAV über die Organisation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes im Kanton Aargau. Für die verbandsinternen administrativen Aufwendungen des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes entrichtet der Kanton dem AAV eine jährliche Pauschale, die im Jahr 2013 Fr. 270'000.– betrug und ab 2014 auf Fr. 250'000.– gekürzt wurde.

Kanton Appenzell Ausserrhoden

Der Kanton Appenzell Ausserrhoden beteiligt sich mit Fr. 2.10 je Einwohnerin und Einwohner und Jahr am Ärztefon, das flächendeckend im Kanton Appenzell Ausserrhoden etabliert ist.

Kanton Glarus

Das Gemeindegebiet von Glarus Süd wurde vom Ärztefon abgedeckt. Dazu hatte der Kanton Glarus bis 2014 einen jährlichen Beitrag von Fr. 25'000.– bezahlt. Ab 2015 wurde der Vertrag mit dem Ärztefon aufgelöst, weil der Nutzen (viel weniger Konsultationen nachts) zu den Kosten in keinem guten Verhältnis stand.

Kanton Graubünden

Seit dem Jahr 1999 besteht eine Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton Graubünden und dem Bündner Ärzteverein. Gemäss dieser Vereinbarung übernimmt der Bündner Ärzteverein die Organisation der flächendeckenden Versorgung des Kantons mit Dienstärztinnen und -ärzten zur präklinischen Versorgung von Notfallpatientinnen und -patienten, während der Kanton die unmittelbar in diesem Zusammenhang stehenden Aufwendungen abgeltet. Zu diesen Aufwendungen zählen die Ausrüstung sowie die Fortbildung der Dienstärztinnen und -ärzte. An die Notfall-Ausrüstung leistet der Kanton einen Pauschal-Beitrag von Fr. 2'000.– je Jahr und Ärztin bzw. Arzt. Der Kanton zahlt zudem je Ärztin bzw. Arzt Fr. 2'000.– an den Grundkurs und Fr. 500.– an den alle drei Jahre stattfindenden Refresher-Kurs. Der gesamte Kantonsbeitrag ist limitiert auf höchstens Fr. 322'000.–.

Kanton Thurgau

Seit dem Jahr 2010 existiert ein Leistungsauftrag zwischen der Ärztegesellschaft Thurgau und dem Kanton Thurgau. Die Abgeltung des Kantons für den ärztlichen Notfalldienst beträgt jährlich höchstens Fr. 130'000.–. Dafür können folgende Leistungen beansprucht werden:

- Notfall-Ausrüstung pauschal Fr. 500.– je Ärztin bzw. Arzt und Jahr;
- Notfalldienst-Fortbildung pauschal Fr. 200.– je Ärztin bzw. Arzt und Jahr.

Zusätzlich unterstützt der Kanton den ärztlichen Notfalldienst mit einem Förderbeitrag an die beiden Notfallhausarztpraxen der Kantonsspitäler Münsterlingen (KSM) und Frauenfeld (KSF) für den Aufbau und den Betrieb der Notfallpraxen mit je Fr. 100'000.– je Jahr. Dieser Notfalldienst umfasst folgende Leistungen:

- Die Tagesärztin/der Tagesarzt Medizin KSF und KSM nimmt das Notfalltelefon täglich zwischen 22.00 Uhr und 07.00 Uhr entgegen und triagiert.
- Zwei niedergelassene Hausärztinnen oder -ärzte stehen für Hausbesuche zur Verfügung.
- Zwischen 14.00 Uhr und 22.00 Uhr (Samstag/Sonntag: 17.00 Uhr–22.00 Uhr) absolvieren die Hausärztinnen und Hausärzte ihren Notfalldienst auf der Notfallpraxis KSF und KSM; die Entschädigung erfolgt über das Spital.

Kanton Zürich

Im Kanton Zürich sind die Gemeinden für den ärztlichen Notfalldienst zuständig. Diejenigen 33 von 168 Zürcher Gemeinden, die am Ärztelefon angeschlossen sind, leisten einen finanziellen Beitrag an das Ärztelefon (Fr. 2.15 je Jahr und Einwohnerin und Einwohner). Der Kanton beteiligt sich nicht finanziell am Notfalldienst.

6 Welche Modelle sollen für den Kanton St.Gallen übernommen werden?

Die Hausärztin oder der Hausarzt ist die Spezialistin oder der Spezialist für ambulante Notfälle. Sie oder er versorgt die allermeisten Notfälle abschliessend und behandelt kompetent, kostengünstig und effizient. Der Notfalldienst ist deshalb primär eine hausärztliche Aufgabe und soll es auch bleiben. Grundsätzlich sollte jede in der Schweiz wohnhafte Person eine Hausärztin oder einen Hausarzt haben. Diese sind die erste Anlaufstation bei einem Notfall. Sind sie nicht erreichbar, kann sich die Patientin oder der Patient an den ärztlichen Notfalldienst wenden. Dieser Notfalldienst muss aber optimiert werden, damit er auch in Zukunft weiterhin gesichert bleibt. Mit der Übernahme der Telefontriagierung nachts (Call-Center) durch die Spitäler und mit der Ansiedlung von Notfallpraxen in einigen Spitälern (Kantonsspital, Spital Linth, Ostschweizer Kinderspital) konnten in den letzten Jahren bereits wesentliche Verbesserungen erreicht werden.

Die Ärzteschaft kann von sinnvollen Reorganisationen, die von ihr getragen werden, nur profitieren. Preis dafür ist der in die Reorganisationsprojekte investierte Aufwand sowie die Gewöhnung an die neuen Strukturen. Aus der Versorgungsperspektive können mit Reorganisationen manche Doppelspurigkeiten vermindert und längerfristig tragfähige Lösungen geschaffen werden. Grundsätzlich darf die Qualität der Notfallversorgung bei einer Reorganisation des Notfalldienstes nicht sinken. Diese Verbesserungen dürfen auch nicht dazu führen, dass der Patient oder die Patientin immer bei jedem Notfall das Spital aufsucht.

Es ist abzusehen, dass sich die Patientinnen und Patienten an die neuen Strukturen gewöhnen müssen. Diese können als nachteilig empfunden werden, beispielsweise wenn längere Wegstrecken bis zur diensthabenden Ärztin oder zum diensthabenden Arzt oder zum Spital zurückzulegen sind. Nur so lässt sich jedoch auf Dauer eine gute Notfallversorgung auch in ländlichen Gebieten aufrechterhalten.

Die Regierung schlägt zur Optimierung des ärztlichen Notfalldienstes im Kanton folgende Massnahmen vor:

6.1 Medizinstudium in St.Gallen

Es besteht ein Kooperationsprojekt mit Beteiligung der Universität Zürich, der Universität St.Gallen (HSG) und dem Kantonsspital St.Gallen. Dabei soll in St.Gallen ein Master-Studium in Medizin angeboten werden. Mit einem solchen Lehrgang (erste Masterabschlüsse voraussichtlich im Jahr 2023) würden im Kanton St.Gallen zusätzliche Ausbildungsstellen geschaffen. Das ergäbe nicht nur eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze gesamtschweizerisch, sondern auch eine Verbesserung der Personalsituation in der Ostschweiz, denn erfahrungsgemäss lassen sich viele Personen, die ausserkantonale studieren, in der Umgebung des Studienortes nieder und praktizieren dort.

6.2 Verbesserung der Zusammenarbeit der Notfalldienste der niedergelassenen Ärzteschaft mit dem Spital

Die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzteschaft im Notfalldienst mit den öffentlichen Spitälern ist schon sehr weit fortgeschritten und hat sich in den letzten Jahren sehr positiv entwickelt. Die Spitäler bieten ihre Dienste (Telefontriage, ambulanter Notfalldienst nachts) unentgeltlich an. Grundversorger-Notfallpraxen sind teilweise in den öffentlichen Spitälern etabliert (z.B. Ostschweizer Kinderspital, Kantonsspital St.Gallen und Spital Linth). Die Regierung ist der Meinung, dass eine flächendeckende Einführung der Grundversorger-Notfallpraxen angestrebt werden soll; dies aber immer nur im Konsens mit den regionalen Ärztesellschaften. Diese Zusammenarbeit dient nicht nur der Entlastung der Hausärztinnen und -ärzten und der gegenseitigen Wissensvermittlung im Spital, sondern bietet auch den Spitälern Vorteile wie beispielsweise besseres Kennenlernen und gegenseitige Akzeptanz.

6.3 Vereinheitlichung der Notfalldienstreglemente

Die Reglementierungskompetenz für den Notfalldienst soll weiterhin bei den regionalen Ärztesellschaften verbleiben. Der Kanton erwartet jedoch, dass kantonsweit einheitliche Eckwerte (Bandbreiten) für die Notfalldienstpflicht, die spezialärztlichen Dienste, die Höhe der Ersatzabgaben und deren Verwendungszweck und für die Dispensationskriterien sowie für die Sanktionen festgelegt werden. Entsprechende Bestimmungen sind im XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz betreffend Notfall-Ersatzabgabe enthalten (siehe Abschnitt 8).

6.4 Dienstpflichtersatzregelung

Die Ersatzabgabepflicht für nicht-notfalldienstleistende Ärztinnen und Ärzte und deren Verwendung ist auf Gesetzesebene zu regeln. Die entsprechende Revision von Art. 50 GesG wird gleichzeitig mit diesem Bericht behandelt (XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz betreffend Notfall-Ersatzabgabe).

6.5 Finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes

Eine bessere finanzielle Abgeltung des Notfalldienstes begrüsst die Regierung wie beispielsweise eine Einführung einer Präsenzenschädigung oder höhere TARMED-Tarife für Notfälle. Dies liegt aber nicht in der Kompetenz der Regierung bzw. des Kantons St.Gallen, sondern zuständig für entsprechende Veränderungen in den Tarifstrukturen ist der Bundesrat.

Das Problem der offenen Arztrechnungen für OKP-Pflichtleistungen liesse sich einfach und umfassend mit einem Wechsel zum tiers payant lösen. In diesem Fall wären die Versicherer gegenüber den Ärztinnen und Ärzten direkt rückerstattungspflichtig. Das Inkassorisiko läge bei den Krankenversicherern.

6.6 Optimierung des Notfalldienststrayons

Eine Optimierung (meist Vergrößerung) des Notfalldienststrayons führt nicht nur dazu, dass die einzelnen diensttuenden Ärztinnen und Ärzte insgesamt weniger Nachtdienste leisten müssen, sondern auch dazu, dass die Anzahl Konsultationen je Dienst steigt und der Notfalldienst auch finanziell wieder attraktiver wird. Als Nachteil wird die Patientin oder der Patient bis zur Praxis, bzw. die Hausärztin oder der Hausarzt für Hausbesuche, längere Wegstrecken zurücklegen müssen, insbesondere in ländlichen, dünnbesiedelten Regionen. Zudem ist Rücksicht zu nehmen auf gewachsene Strukturen, auf städtische und ländliche Verhältnisse sowie auf die Distanz zum nächsten Spitalstandort. Die Regierung ist der Meinung, dass die regionalen Ärztesellschaften vor Ort am besten Bescheid wissen, wann und allenfalls wie eine Veränderung des Notfalldienststrayons durchgeführt werden muss.

6.7 Call-Center

Die kantonsweite Nummer 144 ist heute nicht in der Lage, die Funktion eines medizinischen Call-Centers zu übernehmen. Es fehlen die dafür qualifizierten Telefonberaterinnen und -berater sowie der ärztliche Dienst. Mit entsprechender Schulung und Personalaufstockung wäre der Ausbau der Nummer 144 zum medizinischen Call-Center theoretisch möglich.

Ein flächendeckendes Call-Center mit Telefontriage, durchgeführt von einer privaten oder auch staatlichen Organisation, würde rund zwei bis drei Franken je Einwohnerin und Einwohner kosten. Damit verbunden wären also Zusatzkosten auf Kantonsebene von jährlich rund 1 bis 1,5 Mio. Franken. Der Nutzen einer solchen zentralen, flächendeckenden Telefontriage ist aus Sicht der Regierung zu wenig hoch. Namentlich würde ein solches System die Ärzteschaft abends und nachts – wenn die Telefone am meisten stören – überhaupt nicht entlasten, da diese Aufgabe heute schon die öffentlichen Spitäler übernehmen. Die Regierung ist der Meinung, dass eine solche Massnahme deshalb im Kanton St.Gallen nicht weiterverfolgt werden soll.

6.8 Leistungsauftrag zwischen der Ärzteschaft und dem Kanton St.Gallen

Der Kanton St.Gallen schliesst mit der kantonalen Ärztesgesellschaft einen Leistungsauftrag ab. Für die Organisation des Notfalldienstes zahlt der Kanton an die kantonale Ärztesgesellschaft jährlich 40 Rappen je Einwohnerin und Einwohner (rund 200'000 Franken). Damit verbunden sind die Aufgabe der 0900er-Nummern und der Ersatz durch nicht-kostenpflichtige Nummern. Mit der Erteilung der Berufsausübungsbewilligung wird die einzelne Ärztin bzw. der einzelne Arzt zur Beteiligung am Notfalldienst verpflichtet (siehe dazu den neuen Art. 50^{bis} Abs. 2 GesG). Die Verteilung des Betrags liegt somit in der Kompetenz der kantonalen Ärztesgesellschaft, die alle Regionalvereine vertritt. Dabei ist für die Verteilung nicht nur die Bevölkerungszahl, sondern auch u.a. die Dichte der Ärzteschaft, die Höhe der Notfalldienstpflichtabgabe und deren Verteilung sowie die Anzahl der Notfalldienste, die eine einzelne Ärztin oder ein einzelner Arzt zu leisten hat, in den einzelnen Regionen zu berücksichtigen. Jährlich berichtet die kantonale Ärztesgesellschaft dem Gesundheitsdepartement schriftlich bis Ende Februar des nächsten Jahres über den Notfalldienst des vergangenen Jahres und über die Verteilung des Betrags – nach einem vom Gesundheitsdepartement vorgegebenen Raster.

7 Finanzielle Auswirkungen

In einem Leistungsauftrag zwischen dem Kanton und der kantonalen Ärztesgesellschaft des Kantons St.Gallen stellt der Kanton die Summe von jährlich rund 200'000 Franken (40 Rappen je Einwohnerin und Einwohner) der kantonalen Ärztesgesellschaft für die Organisation/Durchführung des

ambulanten ärztlichen Notfalldienstes zur Verfügung. Der Betrag von rund 200'000 Franken soll jährlich in das ordentliche Budget und den Aufgaben- und Finanzplan aufgenommen werden, erstmals in das Budget 2017 (ab 1. Juli 2017 mit Fr. 100'000.–) bzw. in den Aufgaben- und Finanzplan 2018–2020 (jährlich Fr. 200'000.–).

8 Handlungsbedarf: XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz betreffend den Notfalldienst der Standesorganisationen

8.1 Überblick über die Notfallorganisationen der Medizinalpersonen

Die gesetzlichen Bestimmungen im eidgenössischen Medizinalberufegesetz (SR 811.11; abgekürzt MedBG) und des GesG gelten nicht nur für Ärztinnen und Ärzte, sondern für alle Personen, die einen medizinischen Beruf³⁸ ausüben (sog. Medizinalpersonen). Medizinalpersonen sind nach Art. 40 Bst. g MedBG verpflichtet, nach Massgabe der kantonalen Vorschriften in Notfalldiensten mitzuwirken. Nach Art. 50 GesG haben Medizinalpersonen für eine zweckmässige Organisation des Notfalldienstes zu sorgen. Art. 13 Abs. 1 VMB hält fest, dass sich Medizinalpersonen am Notfalldienst ihrer Standesorganisation beteiligen. Sofern die jeweilige Standesorganisation für ihre Berufsgruppe einen verbindlichen Notfalldienst organisiert, hat sie dies mit Reglement zu regeln (Art. 13 Abs. 2 VMB). Die Standesorganisationen haben ihre Reglemente dem Gesundheitsdepartement zur Kenntnis zu bringen.

Die Standesorganisationen der Ärztinnen und Ärzte (Ärztegesellschaft des Kantons St.Gallen und Regionalvereine) sowie der Zahnärztinnen und Zahnärzte (Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft St.Gallen-Appenzell) haben gestützt auf diese Bestimmungen Reglemente über den Notfalldienst im Kanton St.Gallen erlassen. Die Standesorganisation der Apotheker (Apothekerverband St.Gallen/Appenzell) hat keinen förmlich reglementierten Notfalldienst. Bis ins Jahr 2000 haben die Apotheker in der Region St.Gallen einen Notfalldienst aufrechterhalten. Heute wird in der Region St.Gallen die Notfallversorgung mit der Rathausapotheke & Drogerie St.Gallen AG am Hauptbahnhof St.Gallen gewährleistet, die täglich³⁹ geöffnet hat. Die Standesorganisation der Tierärzte (Tierärztegesellschaft der Kantone St.Gallen, Appenzell A.Rh. und I.Rh.) verfügt ebenfalls nicht über einen förmlich reglementierten Notfalldienst. Die Notfalldienstordnung wird durch private Absprachen einzelner Tierärztinnen und Tierärzte geregelt. Schliesslich haben auch die Chiropraktorinnen und Chiropraktoren keinen organisierten Notfalldienst.

Die liberale Regelung von Art. 50 GesG, wonach jeder Berufsstand der Medizinalberufe selber zu beurteilen hat, ob und in welchem Umfang eine Notfallorganisation nötig ist, hat sich grundsätzlich bewährt.

8.2 Notfallorganisation der Zahnärztinnen und Zahnärzte

Die Zahnärzte-Gesellschaft St.Gallen-Appenzell organisiert gemäss ihrem Reglement über den zahnärztlichen Notfall vom 1. Juli 2009 einen nach fünf Regionen unterteilten Notfalldienst. Das Reglement verpflichtet den diensthabenden Regionen-Zahnarzt, rund um die Uhr über die Telefonnummer des regionalen Notfalldienstes erreichbar zu sein. Am zahnärztlichen Notfalldienst beteiligen sich sämtliche Zahnärztinnen und Zahnärzte mit kantonaler Berufsausübungsbewilligung, unabhängig davon, ob sie Mitglied der Zahnärzte-Gesellschaft sind oder nicht.

³⁸ Medizinische Berufe üben aus: Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Apothekerinnen und Apotheker, Tierärztinnen und Tierärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren (Art. 2 des eidgenössischen Medizinalberufegesetzes [SR 811.11]).

³⁹ Öffnungszeiten: Montag – Freitag: 09.00–21.00; Samstag: 09.00–20.00, Sonntag: 10.00–20.00 Uhr.

Das Reglement regelt nicht ausdrücklich, aus welchen Gründen eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt vom Notfalldienst dispensiert werden kann. Hingegen bestimmt das Reglement, dass eine Zahnärztin oder ein Zahnarzt bei Reglementverstössen von der weiteren Teilnahme am organisierten Notfalldienst ausgeschlossen werden kann.

8.3 Notfallorganisation der Ärztinnen und Ärzte

Die Ärztesgesellschaft des Kantons St.Gallen (KaeG) räumt in Art. 3.1 des Reglements betreffend den ärztlichen Notfalldienst im Kanton St.Gallen vom 27. April 1995 (nachfolgend Notfalldienst-Reglement KaeG) den ärztlichen Regionalvereinen die Kompetenz zur Regelung des Notfalldienstes in ihrem jeweiligen Einzugsgebiet ein. Art. 4.4 des Notfalldienst-Reglements KaeG hält weiter fest, dass Ärztinnen und Ärzte, die von der Notfalldienstpflicht dispensiert sind, einen Dienstpflichtersatz leisten. Die Dispensationsgründe sowie die Höhe des Dienstpflichtersatzes werden vom jeweiligen Regionalverein bestimmt. Der Regionalverein bestimmt auch über die Art der Verwendung des Dienstpflichtersatzes.

Die sechs regionalen ärztlichen Standesorganisationen haben den Notfalldienst wie folgt geregelt:

8.3.1 Medizinischer Verein vom Linthgebiet

Der Medizinische Verein vom Linthgebiet (MVL) sieht in seinem Notfalldienstreglement vom 7. Mai 2014 vor, dass vom Notfalldienst befreite Mitglieder des MVL eine jährliche Ersatzabgabe von Fr. 2'000.– zu entrichten haben. In Härtefällen kann der Vorstand eine Reduktion beschliessen. Mitglieder mit reduziertem Pensum entrichten einen reduzierten Betrag.

Folgende Umstände werden im Notfalldienstreglement als Dispensationsgründe genannt:

- regelmässiger Notfalldienst an einem Spital, wobei die Ärztin bzw. der Arzt auf der offiziellen Dienstliste des Spitals aufgeführt sein muss;
- hochgradige Spezialisierung in einem Fachgebiet;
- 15-jährige, ausschliesslich spezialärztliche Tätigkeit ohne eigene Hausarztpatienten;
- schwere chronische Krankheit oder schwere chronische Unfallfolgen;
- Phase vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit bei akuter Erkrankung und in Folge eines Unfalls, solange die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist;
- grosses Engagement im Vereins- oder öffentlichen Interesse;
- invasive Tätigkeit, sofern die Medizinalperson begründen kann, dass sie nach Operationen in erheblichem Umfang für die Patientinnen und Patienten verfügbar sein muss und ihre Abkömmlichkeit nur schwer organisieren kann.

Der MVL verwendet die Dienstpflichtersatzabgabe zur Verbesserung der notfallärztlichen Versorgung sowie für spezielle Vereinsaktivitäten.

8.3.2 Toggenburger Ärzteverein

Im Einzugsgebiet des Toggenburger Ärztevereins (TÄV) hat eine vom Notfalldienst befreite Ärztin bzw. ein vom Notfalldienst befreiter Arzt eine jährliche Ersatzabgabe von Fr. 3'000.– zu entrichten (vgl. Notfalldienstreglement vom 24. November 2011). Der Prozentsatz der Dienstpflicht richtet sich nach dem Prozentsatz der beruflichen Tätigkeit, wobei ein Pensum von bis zu 50 Prozent eine 50-prozentige Dienstpflicht und ein Pensum ab 51 Prozent eine 100-prozentige Dienstpflicht beinhaltet. Eine (vollständige oder teilweise) Dispensation ist aufgrund folgender Umstände möglich:

- vollamtliche Tätigkeit in einem öffentlichen Spital;
- Perioden mit vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit bei akuter Erkrankung oder Unfallfolge;
- gesundheitliche Einschränkungen;
- amtsärztliche Tätigkeit;

- Praxisassistenten in der Weiterbildung;
- Schwangerschaft.

Der Ertrag der Dienstpflichtersatzabgabe wird vom TÄV zur Deckung des Notfalldienstorganisationsaufwandes und zur Verbesserung der notfallärztlichen Versorgung verwendet.

8.3.3 Ärztlicher Regionalverein Fürstenland-Wil – Hygieia

Beim ärztlichen Regionalverein Fürstenland-Wil richtet sich die Höhe der zu leistenden jährlichen Ersatzabgabe für in selbständiger Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte nach dem Praxisreingewinn und für angestellte Ärztinnen und Ärzte nach dem AHV-pflichtigen Lohn bzw. Honorar. Dabei gelten gemäss Reglement vom 23. September 2010 folgende Richtwerte:

- bis Fr. 50'000.– Praxiseinkommen: Fr. 250.–;
- bis Fr. 100'000.– Praxiseinkommen: Fr. 500.–;
- bis Fr. 150'000.– Praxiseinkommen: Fr. 750.–;
- bis Fr. 200'000.– Praxiseinkommen: Fr. 1'000.–;
- bis Fr. 250'000.– Praxiseinkommen: Fr. 1'250.–;
- über Fr. 250'000.– Praxiseinkommen: Fr. 1'500.–.

Unter folgenden Umständen ist eine Dispensation vom Notfalldienst ohne Dienstpflichtersatzabgabe möglich:

- vollamtliche Tätigkeit in einem öffentlichen Spital;
- Phasen völliger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit bei akuter Erkrankung oder als Folge eines Unfalls, solange die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist;
- schwere chronische Krankheit oder schwere chronische Unfallfolgen;
- Schwangerschaft;
- Kleinkinderurlaub;
- Praxisassistenten in Weiterbildung;
- Mitgliedschaft im Kantons-, National- oder Ständerat;
- Ärztinnen und Ärzte mit reduzierter Praxistätigkeit.

Folgende Umstände führen zu einer Dispensation mit Dienstpflichtersatzabgabe:

- ausgesprochene Spezialisierung in einem Fachgebiet mit weniger als einem Jahr Ausbildung in Innerer Medizin;
- praktizierende Spezialistinnen und Spezialisten ohne vollamtliche Tätigkeit an einem Spital, sofern eine hochgradige Spezialisierung vorhanden ist;
- Nicht-Qualifizierung für den allgemeinen Notfalldienst.

Der Verein weist die eine Hälfte der Ersatzabgaben dem «Spezialkonto Dienstpflichtersatzabgabe» zu, die andere Hälfte geht zu gleichen Teilen an die Notfalldienstkreise und an spezialärztliche Notfalldienstkreise des Vereins. Verwendet wird die Dienstpflichtersatzabgabe (Spezialkonto) für die Bezahlung der Notfalldienstverantwortlichen, für Fortbildungsveranstaltungen und für Aufwendungen der Notfalldienstkreise.

8.3.4 Ärzteverein Werdenberg/Sargans

Der Ärzteverein Werdenberg/Sargans (ÄVWS) verlangt von seinen vom Notfalldienst befreiten Mitgliedern eine jährliche Ersatzabgabe von Fr. 1'500.–, wobei in Härtefällen unter Berücksichtigung des standespolitischen Engagements eine Reduktion beschlossen werden kann (vgl. Reglement ärztlicher Notfalldienst vom 14. Mai 2014). Mitglieder mit einem reduzierten Pensum entrichten den vollen Betrag, wenn ihr Arbeitspensum höher als 50 Prozent ist. Lediglich der halbe Betrag ist zu entrichten, wenn das Arbeitspensum 50 Prozent und weniger beträgt (vgl. Reglement ärztlicher Notfalldienst in der revidierten Fassung vom Februar 2012).

Eine Dispensation vom Notfalldienst ist aufgrund folgender Umstände möglich:

- regelmässiger Notfalldienst an einem öffentlichen Spital, wobei die Ärztin bzw. der Arzt auf der offiziellen Dienstliste des Spitals aufgeführt sein muss;
- ausgesprochene Spezialisierung in einem Fachgebiet mit weniger als einem Jahr Ausbildung in allgemeiner Innerer Medizin;
- 15-jährige, ausschliesslich spezialärztliche Tätigkeit ohne eigene Hausarztpatienten;
- Schwere chronische Krankheit oder schwere chronische Unfallfolgen;
- Phasen vollständiger oder teilweiser Arbeitsunfähigkeit bei akuter Erkrankung und in Folge eines Unfalls, solange die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist.

Die Dienstpflichtersatzabgabe wird vom ÄVWS zur Verbesserung der notfallärztlichen Versorgung sowie für spezielle Vereinsaktivitäten verwendet.

8.3.5 Ärzteverein der Stadt St.Gallen

Jeder Arzt mit einer Berufsausübungsbewilligung vor Ablauf des 60. Lebensjahres ist verpflichtet, Notfalldienst zu leisten oder eine Dienstpflichtersatzabgabe zu bezahlen (vgl. Notfalldienstreglement der praktizierenden Ärzte der Stadt St.Gallen vom 21. Januar 2015). Wer weniger als 50 Prozent in einer Praxis arbeitet, leistet wenigstens 50 Prozent Notfalldienst. Der Präsident der Kantonalen Ärztegesellschaft, des Ärztevereins der Stadt St.Gallen sowie der Notfallkoordinator sind von sämtlichen Notfalldienstplichten und der Bezahlung der Dienstpflichtersatzabgabe befreit.

Die Dienstpflichtersatzabgaben werden ausschliesslich für anfallende Kosten des Notfalldienstes verwendet. Überschüsse werden unter den dienstleistenden Ärzten entsprechend den geleisteten Diensten aufgeteilt.

Die Ersatzabgabe des Ärztevereins der Stadt St.Gallen beträgt Fr. 4'900.– je Jahr bei einem AHV-pflichtigen Einkommen von über Fr. 150'000.–. Liegt das AHV-pflichtige Einkommen unter Fr. 150'000.–, beträgt die Ersatzabgabe Fr. 1'500.–.

8.3.6 Ärzteverein Rorschach/Rheintal

Der Ärzteverein Rorschach/Rheintal sieht in seinen Richtlinien zum ärztlichen Notfalldienst vom 14. Februar 2006 vor, dass vom Notfalldienst befreite Mitglieder eine jährliche Ersatzabgabe von Fr. 2'000.– entrichten. Für Mitglieder, die sich standespolitisch stark engagieren, kann eine Reduktion der Ersatzabgabe beschlossen werden. Dasselbe gilt für Mitglieder mit reduziertem Pensum und Härtefälle.

Eine Dispensation vom Notfalldienst ist aufgrund folgender Umstände möglich:

- Krankheit;
- Spezialisierung;
- Mangelnde Kompetenz;
- Ausübung eines aufwendigen standespolitischen Amtes u.a.

Die Dienstpflichtersatzabgabe kommt zweckgebunden den Notfalldienst leistenden Mitgliedern zugute.

8.3.7 Vergleich zu anderen Kantonen

Einige Kantone sehen auf Gesetzesstufe im Gesundheitsgesetz die Möglichkeit einer Ersatzabgabe vor:

- Aargau: jährliche Ersatzabgabe 1,5 Prozent des AHV-pflichtigen Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit am Patienten, höchstens Fr. 5'000.–;

- Thurgau: jährliche Ersatzabgabe 1,5 Prozent des AHV-pflichtigen Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit am Patienten, höchstens jedoch Fr. 5'000.–;
- Bern: die Ersatzabgabe beträgt 500 Franken je Notfalldienst, jedoch höchstens 15'000 Franken je Jahr.
- Schwyz: Die Höhe der Ersatzabgabe beträgt Fr. 8'000.– je Jahr. Sie wird auf Gesuch hin im Verhältnis zum AHV-pflichtigen Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit am Patienten reduziert, wenn dieses weniger als Fr. 80'000.– je Jahr beträgt;
- Graubünden: Gemäss der noch nicht definitiv verabschiedeten Revision des Gesundheitsgesetzes wird die höchste Notfalldienstersatzabgabe auf Fr. 5'000.– festgesetzt.

Einige Kantone sprechen zwar von der Notfalldienstpflicht, machen aber über die Höhe in Franken keine Angaben, die jährliche Ersatzabgabe wird von den jeweiligen Ärztesgesellschaften festgelegt.

- Luzern: gemäss Aussagen des Präsidenten der Luzerner Ärztesgesellschaft beträgt die Maximalabgabe Fr. 5'000.–;
- Glarus: Die Ärztesgesellschaft des Kantons Glarus hat die Höchstsumme auf Fr. 1'000.– je Jahr festgelegt;
- Appenzell Innerrhoden und Appenzell Ausserrhoden: höchste Abgabe Fr. 1'600.– je Jahr;
- Zürich: Die minimale Höhe der Ersatzabgabe beträgt je Jahr Fr. 1'200.–; die Bezirksgesellschaften sind in der Festlegung der Ersatzabgabe nach oben bis höchstens Fr. 5'000.– frei, so hat beispielsweise die Ärztesgesellschaft des Zürcher Oberlandes die Maximalabgabe auf Fr. 2'000.– beschränkt.

Betrachtet man die Nachbarkantone des Kantons St.Gallen, dann haben alle Kantone in ihren Gesundheitsgesetzen oder durch Festlegung durch die jeweilige kantonale Ärztesgesellschaft eine Höchstgrenze in Franken definiert. Die höchste Summe ist im Kanton Schwyz mit Fr. 8'000.–, die tiefste im Kanton Glarus mit Fr. 1'000.– zu verzeichnen.

8.4 Gesetzlicher Handlungsbedarf

§ 19 des Gesundheitsgesetzes des Kantons Thurgau (RB 810.1; abgekürzt GesG-TG) hält fest, dass die Standesorganisationen befugt sind, sowohl Mitglieder als auch Nichtmitglieder bei der Befreiung von der Notfalldienstpflicht zu einer zweckgebundenen Ersatzabgabe zu verpflichten. Die Ersatzabgabe beträgt 1,5 Prozent des AHV-pflichtigen Einkommens aus ärztlicher Tätigkeit, höchstens jedoch Fr. 5'000.–. Den Standesorganisationen bleibt es überlassen, die weiteren Einzelheiten zu regeln. Die so generierten Einnahmen werden zur Organisation und Sicherstellung des Notfalldienstes verwendet. Diese am 1. Januar 2013 in Kraft getretene Regelung im GesG-TG geht zurück auf einen Rechtsstreit über die Erhebung einer Dienstpflichtersatzabgabe zwischen der Ärztesgesellschaft Thurgau und einem ihrer Mitglieder. Das Bundesgericht hatte zu prüfen, ob eine auferlegte Dienstpflichtersatzabgabe zulässig ist. Es kam im Urteil 2C_807/2010 vom 25. Oktober 2011 zum Schluss, dass die Ersatzabgabe als eine Forderung mit öffentlich-rechtlichem Charakter zu qualifizieren sei. Demnach müsse mit Blick auf das abgaberechtliche Legalitätsprinzip nach Art. 127 der Bundesverfassung (SR 101; abgekürzt BV) die Pflicht zur Leistung einer Ersatzabgabe in einer formell-gesetzlichen Grundlage verankert sein, die überdies den Kreis der Abgabepflichtigen, den Gegenstand und die Bemessungsgrundlage bestimme. Die vormalige Bestimmung des thurgauischen Gesundheitsgesetzes genügte diesen rechtlichen Anforderungen nicht – es fehlte der Betrag bzw. die Bemessungsgrundlage der Ersatzabgabe – sodass das thurgauische Gesundheitsgesetz entsprechend revidiert und angepasst wurde.

Vor dem Hintergrund dieser bundesgerichtlicher Rechtsprechung genügt der geltende Art. 50 GesG⁴⁰ als gesetzliche Grundlage nicht, um eine Ersatzabgabe für Dispensationen von der Notfalldienstpflicht zu erheben, da die Bestimmungen keinerlei Angaben zum Kreis der Abgabepflichtigen, zum Gegenstand sowie zur Bemessungsgrundlage der Ersatzabgabe enthalten. Damit die Forderungen von Ersatzgaben durch die Standesorganisationen auch rechtlich durchgesetzt werden können, ist Art. 50 GesG anzupassen.

8.5 Neuregelung

Neu soll formell-gesetzlich festgehalten werden, dass Medizinalpersonen mit einer kantonalen Berufsausübungsbewilligung (vgl. Art. 44 GesG) zur Beteiligung am Notfalldienst ihrer Standesorganisation verpflichtet sind. Die Pflicht soll unabhängig von einer Mitgliedschaft bei der Standesorganisation gelten. Zudem soll geregelt werden, dass Medizinalpersonen von der Notfalldienstpflicht befreit werden können und an die Stelle der Dienstpflicht eine Ersatzabgabepflicht tritt. Sodann soll eine Obergrenze für die Ersatzabgabe ins Gesetz geschrieben werden. Mit diesen neuen Bestimmungen sind die bundesrechtlichen Vorgaben mit Blick auf das abgaberechtliche Legalitätsprinzip ausreichend erfüllt.

Die Anpassung führt bei den Ärztinnen und Ärzten zu einer gewissen Harmonisierung der regionalen Notfalldienstreglemente. Auf die Notfallorganisation der Zahnärztinnen und Zahnärzte hat die Anpassung aktuell keine Auswirkung, weil keine Ersatzabgaben verlangt werden.

8.6 Erläuterungen zu einzelnen Artikeln

Art. 41

Der Begriff «Medizinalperson» wird in den neuen Bestimmungen zum Notfalldienst (Art. 50^{bis} ff.) mehrere Male verwendet. Im kantonalen Recht wird er bisher einzig auf Verordnungsstufe definiert (Art. 3 VMB). Es ist deshalb sachgerecht, den Begriff auch auf Gesetzesstufe definieren.

Art. 50

Bisher waren sowohl die Beistandspflicht wie auch die Notfalldienstpflicht in diesem Artikel geregelt. Bei der Pflicht, in dringenden Fällen Beistand zu leisten, geht es um die Hilfe in Notsituationen. Mit der Pflicht, in Notfalldiensten mitzuwirken, wird demgegenüber die medizinische Versorgung der Bevölkerung ausserhalb der Sprechstunde der Medizinalpersonen sichergestellt. Es handelt sich mithin um zwei verschiedene Pflichten. Es ist daher sachgerecht, die beiden Pflichten neu in unterschiedlichen Artikeln zu regeln. Die Beistandspflicht wird weiterhin in diesem Artikel geregelt. Die Notfalldienstpflicht wird neu in den Art. 50^{bis} (neu) ff. geregelt. Sodann kann auf eine Definition des Begriffs «Medizinalperson» verzichtet werden, da der Begriff neu in Art. 41 definiert wird.

Art. 50^{bis} (neu)

Abs. 1: Normadressaten sind die *kantonalen* Standesorganisationen. Sie haben «soweit nötig» für eine «zweckmässige» Notfallorganisation zu sorgen. «Soweit nötig» bedeutet, dass nicht jeder Berufsstand zwingend über eine reglementierte Notfallorganisation verfügen muss. «Zweckmässig» bedeutet, dass der Notfalldienst auch zeitlich oder regional eingeschränkt angeboten werden kann, weil der Notfalldienst anderweitig sichergestellt ist. Zu denken ist hier etwa an die verbreiteten Notfallangebote der Tierärztinnen und Tierärzte, die durch private Absprachen sichergestellt werden. Diejenigen Berufsstände, die derzeit über keinen reglementierten Notfalldienst

⁴⁰ Art. 50 GesG mit dem Artikeltitlel «Beistandspflicht und Notfalldienst» hat folgenden Wortlaut: «Personen, die einen medizinischen Beruf ausüben, haben in dringenden Fällen Beistand zu leisten und für eine zweckmässige Organisation des Notfalldienstes zu sorgen.»

verfügen (Apothekerinnen und Apotheker, Tierärztinnen und Tierärzte, Chiropraktorinnen und Chiropraktoren) können dies auch mit Vollzugsbeginn dieser Bestimmung so belassen. Handlungsbedarf könnte sich allenfalls dann ergeben, wenn sich die Umstände ändern (z.B. wenn sich die durch private Absprachen organisierten Notfallangebote der Tierärztinnen und Tierärzte verschlechtern würden).

Abs. 2 Satz 1: Unter den Begriff der Medizinalpersonen fallen die unter Abs. 1 erwähnten Berufsgruppen (vgl. auch Legaldefinition in Art. 41 dieses Erlasses und Art. 3 VMB). Zum Notfalldienst verpflichtet sind Medizinalpersonen, die über eine kantonale Berufsausübungsbewilligung verfügen. Die Pflicht trifft nur Medizinalpersonen mit dem Bewilligungsstatus «erteilt». Nicht verpflichtet sind Medizinalpersonen mit dem Bewilligungsstatus «keine Bewilligung» oder «abgemeldet» (vgl. Art. 7 Abs. 1 Bst. c der Verordnung über das Register der universitären Medizinalberufe [SR 811.117.3]). Die Anknüpfung der Dienstpflicht an eine Berufsausübungsbewilligung führt dazu, dass beispielsweise Ärztinnen und Ärzte, die von der Bewilligungspflicht befreit sind, keinen standesrechtlichen Notfalldienst leisten müssen. Von der Bewilligungspflicht befreit sind Ärztinnen und Ärzte, die an den kantonalen Spitälern tätig sind (Art. 6 Abs. 1 VMB). Ebenfalls befreit sind Ärztinnen und Ärzte, die an Institutionen mit kantonalem Bezug⁴¹ tätig sind (Art. 6 Abs. 2 VMB). Dies ist gerechtfertigt, da diese Ärztinnen und Ärzte regelmässig spital- bzw. institutsinternen Notfall- bzw. Nachtdienst leisten. Eine Dienstpflicht besteht selbstverständlich nur dann und nur insoweit, als die Standesorganisation überhaupt über einen reglementierten Notfalldienst verfügt. Von Bedeutung ist, dass auch Medizinalpersonen, die nicht Mitglied ihrer Standesorganisation sind, dienstpflichtig sind. Insofern übernimmt die Standesorganisation hoheitliche Aufgaben.

Abs. 2 Satz 2: Das Gesundheitsdepartement wählt Amtsärztinnen und Amtsärzte in der erforderlichen Anzahl (Art. 3 Abs. 1 a^{bis} GesG). Insbesondere mit Blick auf ihre Aufgaben bei der fürsorglichen Unterbringung (Art. 34 des Einführungsgesetzes zur Bundesgesetzgebung über das Kindes- und Erwachsenenschutzrecht [sGS 912.5]) sowie mit Blick auf aussergewöhnliche Todesfälle (vgl. Art. 46 des Einführungsgesetzes zur Schweizerischen Straf- und Jugendstrafprozessordnung [sGS 962.1]) ist die Aufrechterhaltung eines *amtsärztlichen* Notfalldienstes nötig. Weil es je länger je schwieriger wird, Ärztinnen und Ärzte für dieses zeitintensive Amt zu finden, soll ihnen entgegengekommen werden, indem sie von der Notfalldienstpflicht ihrer Standesorganisation befreit werden und auch keine Ersatzabgaben leisten müssen.

Abs. 3: Diese Pflicht stellt einen erheblichen Eingriff in das Grundrecht der persönlichen Freiheit der dienstpflichtigen Medizinalperson dar (Art. 10 Abs. 2 BV) und ist deshalb auf Gesetzesstufe zu regeln (vgl. Art. 36 Abs. 1 BV). Eine Konkretisierung des Aufenthaltsortes für den zeitgerechten Notfalldienst hat sich an den konkreten Umständen zu orientieren und hängt nicht zuletzt auch von der Berufsgruppe ab.

Art. 50^{ter} (neu)

Abs. 1: Die Notfalldienstreglemente der einzelnen regionalen Standesorganisationen der Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abschnitt 8.3.1 ff.) sehen allesamt Dispensationsgründe vor. Dies ist weiterhin unverändert möglich; die einzelnen regionalen Standesorganisationen können weiterhin verschiedene Dispensationsgründe haben. Aus rechtsstaatlichen Gründen und insbesondere mit Blick auf das Gleichheitsgebot (Art. 8 BV) sollen die Dispensationsgründe möglichst detailliert in den Reglementen aufgezählt werden. Eine Dispensation erfolgt im Regelfall auf Gesuch; die Standesorganisation kann aber auch von sich aus eine Person von der Dienstpflicht befreien. Es bleibt den

⁴¹ Ostschweizer Kinderspital mit Kinderschutzzentrum; Kinder- und Jugendpsychiatrisches Zentrum Klinik Sonnenhof; Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St.Gallen; Kliniken Valens und Walenstadtberg (Art. 5 der Verordnung über den Betrieb privater Einrichtungen der Gesundheitspflege [sGS 325.11]).

Standesorganisationen überlassen, ob sie von den dispensierten Medizinalpersonen eine Ersatzabgabe verlangen wollen oder nicht.⁴² Für den Fall, dass eine Ersatzabgabe verlangt wird, haben die Standesorganisationen des Weiteren die Möglichkeit, Ausnahmen von der Leistung der Ersatzabgabe vorzusehen.⁴³ Zu denken ist etwa an chronische Erkrankungen, körperliche Behinderungen, Ausübung des ärztlichen Berufs unter zehn Stunden/Woche, die Ausübung eines zeitintensiven (standes-)politischen Amtes, Schwangerschaft, fortgeschrittenes Alter oder Notfalldienst in einem Spital.

Abs. 2: Das AHV-pflichtige Jahreseinkommen wird sowohl bei selbständigerwerbenden als auch bei unselbständigerwerbenden Personen von der Ausgleichskasse, gestützt auf die Veranlagung der Steuerbehörden, festgesetzt und verfügt (Art. 63 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung [SR 831.10; abgekürzt AHVG]). Ob die Standesorganisation tatsächlich auf das AHV-pflichtige Jahreseinkommen abstellt oder ein anderes Berechnungsmodell anwendet, ist ihr überlassen, wobei das Berechnungsmodell so auszugestalten ist, dass die Ersatzabgabe in jedem Einzelfall weder die Obergrenze von 2,5 Prozent des AHV-pflichtigen Jahreseinkommens noch das Maximum von Fr. 5'000.– überschreitet. Sollten die Reglemente der regionalen Standesorganisationen der Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abschnitt 8.3.1 ff.) in Einzelfällen gegen diese Obergrenze verstossen (z.B. bei ganz tiefen Erwerbseinkommen), so dürften die Standesorganisationen lediglich eine reduzierte Ersatzabgabe, die 2,5 Prozent des AHV-pflichtigen Jahreseinkommens entspricht, verlangen, weil das Gesetz den Reglementen der Standesorganisationen vorgeht. Grundsätzlich sind die Reglemente bis zum Vollzugsbeginn des XIII. Nachtrags zum Gesundheitsgesetz auf ihre Gesetzesmässigkeit zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.

Abs. 3 verpflichtet die Standesorganisation dazu, die Ersatzabgaben für die Organisation und die Sicherstellung des Notfalldienstes zu verwenden, und hält damit die Zweckgebundenheit der Ersatzabgabe fest. Die Organisation und Sicherstellung des Notfalldienstes schliesst insbesondere auch die Kosten des damit verbundenen administrativen Aufwands mit ein. Je nach Gesellschaftsform der einzelnen Organisationen sind die einschlägigen Buchführungs-, Rechnungslegungs- und Revisionsvorschriften einzuhalten (vgl. insbesondere die vereinsrechtlichen Bestimmungen unter Art. 69 ff. des Schweizerischen Zivilgesetzbuches [SR 210]).

Art. 50^{quater} (neu)

Abs. 1: Diejenigen Standesorganisationen, die einen förmlichen Notfalldienst betreiben (heute: Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte), erlassen ein entsprechendes Reglement. Das Reglement hat insbesondere die Organisation des Notfalldienstes, die Dispensation sowie gegebenenfalls die Details zur Ersatzabgabe (Höhe, Befreiung, zuständiges Entscheidorgan) zu enthalten.

Abs. 2: Nach Art. 50^{bis} (neu) haben die *kantonalen* Standesorganisationen für einen zweckmässigen Notfalldienst zu sorgen. Sie können Organisation und Entscheide bezüglich des Notfalldienstes an ihre regionalen Organisationen delegieren. Bei den Ärztinnen und Ärzten ist dies bereits heute der Fall (vgl. Abschnitt 8.3). Entscheide der regionalen Standesorganisationen betreffend die Notfalldienstplicht und die Leistung von Ersatzabgaben können im Streitfall den kantonalen Standesorganisationen unterbreitet werden. Die kantonalen Standesorganisationen haben sich um eine gütliche Einigung zu kümmern und amten gewissermassen als Schlichtungsstellen. Im Fall der Nichteinigung erlassen die kantonalen Standesorganisationen eine förmliche Verfügung im Sinn von Art. 24 Abs. 1 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (sGS 951.1; abgekürzt VRP).

⁴² Aktuell verlangt nur die Standesorganisation der Ärztinnen und Ärzte eine Ersatzabgabe.

⁴³ Vgl. dazu beispielsweise die unter Abschnitt 8.3.3. dargelegte Regelung des Regionalen Ärztevereins Fürstentland/Wil.

Art. 50^{quinquies} (neu)

Abs. 1: Die Standesorganisation übernimmt durch die Organisation des Notfalldienstes eine hoheitliche Aufgabe. Dies zeigt sich unter anderem daran, dass die Standesorganisation gesetzlich verpflichtet ist, soweit nötig für einen zweckmässigen Notfalldienst zu sorgen (Art. 50^{bis} [neu] Abs. 1), und an der Pflicht zu Teilnahme am Notfalldienst auch für Nichtmitglieder (Art. 50^{bis} [neu] Abs. 2). Die hoheitliche Tätigkeit führt dazu, dass die kantonale Standesorganisation ihre Entscheide betreffend Notfalldienstpflicht und Ersatzabgaben – falls der Adressat dies beantragt – in Form einer anfechtbaren Verfügung zu erlassen hat.

Abs. 2: Das VRP gilt unter anderem für private Organisationen, soweit sie hoheitliche Tätigkeiten ausüben (Art. 1 Abs. 2 VRP). Die Standesorganisation erfüllt hoheitliche Aufgaben, soweit sie die Bestimmungen zum Notfalldienst nach Art. 50^{bis} (neu) ff. vollzieht. Entsprechend finden die Bestimmungen des VRP Anwendung.

Art. 50^{sexies} (neu)

Mit dieser Bestimmung soll die gesetzliche Grundlage geschaffen werden, dass mit der Standesorganisation eine Leistungsvereinbarung über den Notfalldienst abgeschlossen werden kann. Darin können der Standesorganisation gewisse Auflagen zur konkreten Ausgestaltung ihres Notfalldienstes gemacht werden. Im Gegenzug kann eine jährliche Pauschale entrichtet werden. Die Möglichkeit einer Leistungsvereinbarung dient der Umsetzung von Art. 15 KV, wonach der Kanton für eine ausreichende Gesundheitsversorgung zu sorgen hat.

8.7 Personelle und finanzielle Auswirkungen

Die vorgesehene Änderung des Gesundheitsgesetzes hat keine personellen Auswirkungen auf Kanton und Gemeinden. Allfällige Rekurse gegen Verfügungen der Standesorganisationen betreffend die Notfalldienstpflicht bzw. die Leistung von Ersatzabgaben können durch das Gesundheitsdepartement mit den bestehenden Ressourcen bearbeitet werden. Die finanziellen Auswirkungen sind auf die Summe von jährlich 200'000 Franken (40 Rappen je Einwohnerin und Einwohner) beschränkt. Diese soll der kantonalen Ärztesgesellschaft im Rahmen eines Leistungsauftrags für die Organisation/Durchführung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes zur Verfügung gestellt werden (siehe Abschnitt 7 des Berichts sowie die Erläuterungen zu Art. 50^{sexies} in Abschnitt 8.6).

8.8 Vernehmlassungsverfahren

Das Gesundheitsdepartement führte im Sommer 2016 eine Vernehmlassung bei allen im Kantonsrat vertretenen Parteien, bei allen Standesorganisationen der Medizinalberufe sowie bei den regionalen Ärztesgesellschaften durch. SVP, Grüne und SP haben sich nicht geäußert. Die CVP, FDP und GLP hatten keine Einwände gegen die geplante Gesetzesänderung. Die FDP und die CVP sind der Meinung, dass die in der Vernehmlassungsvorlage vorgeschlagene Abgeltung von jährlich 100'000 Franken an die kantonale Ärztesgesellschaft für die Organisation des Notfalldienstes zu tief angesetzt sei. Die CVP schreibt, dass mit einer höheren Entschädigung auch dem Umstand Rechnung getragen würde, dass die Ärzteschaft im Bereich des Notfalldienstes und des amtsärztlichen Dienstes eine wichtige gesetzliche Verpflichtung zum Wohl der Allgemeinheit vornehme. Die FDP äussert sich dazu wie folgt: «Die vorgeschlagene Abgeltung von jährlich 100'000 Franken für die Organisation des Notfalldienstes ist dermassen tief angesetzt, dass man schon heute von einer wirkungslosen Massnahme ausgehen muss».

Die Ärztesgesellschaft des Kantons St.Gallen sowie vier regionale Ärztesgesellschaften begrüssen den Vorschlag, dass der Kanton der Ärzteschaft für die Organisation des Notfalldienstes eine Entschädigung bezahle, sind aber der Meinung, dass der in Aussicht gestellte Betrag von Fr. 100'000.–

je Jahr viel zu tief sei und erachten eine Entschädigung von einem Franken je Jahr je Einwohnerin und Einwohner (d.h. also rund 500'000 Franken) als angemessen, zumal in naher Zukunft ein Mangel an Grundversorgenden drohe. Dieser Betrag sollte zudem nicht direkt den Regionalvereinen, sondern der kantonalen Ärztesgesellschaft zur Verteilung an die regionalen Ärztesgesellschaften zufließen. Der Gesetzesentwurf wird befürwortet mit zwei Vorbehalten:

- Die Amtsärztinnen und Amtsärzte sollten nicht befreit werden vom normalen Notfalldienst; allenfalls müsste dann der Kanton die Notfalldienstersatzabgabe für diese Amtsärztinnen und Amtsärzte (für jede Person rund Fr. 4'000.–; bei 36 Personen 144'000.– Fr. je Jahr) bezahlen.
- Der Vernehmlassungsentwurf sieht in Art. 50^{ter} Abs. 1 vor, dass die Standesorganisation eine zum Notfalldienst verpflichtete Medizinalperson «auf Gesuch hin» von dieser Pflicht befreien kann. Dieser Passus soll dahingehend angepasst werden, dass auch jemand vom Notfalldienst befreit werden kann, der nach Beurteilung der Standesorganisation dazu nicht in der Lage sei, selbst wenn kein Gesuch dazu vorliegt.

Die anderen zwei regionalen Ärztesgesellschaften haben sich an der Vernehmlassung nicht beteiligt. Die Tierärztesgesellschaft der Kantone St.Gallen, Appenzell A.Rh. und I.Rh, der Apothekerverband St.Gallen/Appenzell wie auch die ChiroSuisse begrüßen die geplante Gesetzesänderung und haben keine Einwände; ebenso wenig die Schweizerische Zahnärzte-Gesellschaft SSO St.Gallen-Appenzell. Sie weist aber auf eine Ungenauigkeit in Art. 50^{ter} Abs. 2 des Entwurfs hin. Darin sei unkorrekterweise von «ärztlicher» Tätigkeit die Rede. Da aber alle Medizinalpersonen gemeint seien, müsse dieses Wort ersetzt werden durch «medizinische» Tätigkeit.

Nach der Vernehmlassung wurden die Art. 50^{ter} Abs. 1 und Art. 50^{ter} Abs. 2 im obigen Sinn geändert. Die jährliche Abgeltung soll an die kantonale Ärztesgesellschaft ausbezahlt werden, die Summe wird nicht zuletzt mit Blick auf die Argumente der Vernehmlassungsantworten auf rund 200'000 Franken (40 Rappen je Einwohnerin und Einwohner) erhöht.

8.9 Referendum

Der XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz untersteht dem fakultativen Gesetzesreferendum (Art. 49 Abs. 1 Bst. a KV i.V.m. Art. 5 des Gesetzes über Referendum und Initiative [sGS 125.1]).

9 Antrag

Wir beantragen Ihnen, Herr Präsident, sehr geehrte Damen und Herren:

- vom vorliegenden Bericht Kenntnis zu nehmen;
- auf den XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz einzutreten.

XIII. Nachtrag zum Gesundheitsgesetz

Entwurf der Regierung vom 27. September 2016

Der Kantonsrat des Kantons St.Gallen

hat von der Botschaft der Regierung vom 27. September 2016⁴⁴ Kenntnis genommen und erlässt:

I.

Der Erlass «Gesundheitsgesetz vom 28. Juni 1979»⁴⁵ wird wie folgt geändert:

Art. 41 Begriff
a) medizinische Berufe

¹ Medizinische Berufe sind die universitären Medizinberufe nach der Bundesgesetzgebung über die Medizinalberufe.⁴⁶ **Wer einen medizinischen Beruf ausübt, ist Medizinalperson.**

Art. 50 Beistandspflicht und Notfalldienst

¹ ~~Personen, die einen medizinischen Beruf ausüben, Medizinalpersonen haben~~ **Medizinalpersonen haben** leisten in dringenden Fällen Beistand zu leisten und für eine zweckmässige Organisation des Notfalldienstes zu sorgen.

Art. 50^{bis} (neu) Notfalldienst
a) Grundsatz

¹ Die kantonalen Standesorganisationen der Ärztinnen und Ärzte, der Zahnärztinnen und Zahnärzte, der Apothekerinnen und Apotheker, der Tierärztinnen und Tierärzte sowie der Chiropraktorkinnen und Chiropraktoren sorgen soweit nötig für eine zweckmässige Organisation des Notfalldienstes.

² Medizinalpersonen mit einer Berufsausübungsbewilligung nach Art. 44 dieses Erlasses sind unabhängig von einer persönlichen Mitgliedschaft in ihrer Standesorganisation zur Beteiligung an deren Notfalldienst verpflichtet. Davon ausgenommen sind Amtsärzte, die amtsärztlichen Notfalldienst leisten.

³ Wer Notfalldienst leistet, wählt seinen Aufenthaltsort während dieser Zeit so, dass der Notfalldienst gewährleistet ist.

⁴⁴ ABI 2016, ●●.

⁴⁵ sGS 311.1.

⁴⁶ BG über die universitären Medizinalberufe vom 23. Juni 2006, SR 811.11.

Art. 50^{ter} (neu) b) Dispensation und Ersatzabgabe

¹ Die Standesorganisation kann eine zum Notfalldienst verpflichtete Medizinalperson auf Gesuch hin oder von sich aus von dieser Pflicht befreien. Sie kann die von der Dienstpflicht befreite Medizinalperson zur Leistung einer Ersatzabgabe verpflichten und Ausnahmeregelungen dazu vorsehen.

² Die Ersatzabgabe beträgt höchstens 2,5 Prozent des AHV-pflichtigen Jahreseinkommens aus medizinischer Tätigkeit der betroffenen Medizinalperson, höchstens jedoch Fr. 5'000.– je Jahr.

³ Die Ersatzabgaben werden zur Organisation und Sicherstellung des Notfalldienstes verwendet und fliessen zu diesem Zweck an den Notfalldienstfonds der Standesorganisation.

Art. 50^{quater} (neu) c) Reglement der Standesorganisation und Delegation an die regionalen Organisationen

¹ Die Standesorganisation regelt die sich aus dem Notfalldienst ergebenden Rechte und Pflichten, insbesondere auch Dispensation und Ersatzabgabe, durch Reglement und bringt dieses dem zuständigen Departement zur Kenntnis.

² Die kantonale Standesorganisation kann die Regelung und den Vollzug des Notfalldienstes an ihre regionalen Organisationen delegieren. Die Entscheide der regionalen Standesorganisationen betreffend die Notfalldienstpflicht und die Leistung von Ersatzabgaben können im Streitfall der kantonalen Standesorganisation unterbreitet werden. Kommt keine Einigung zustande, erlässt die kantonale Standesorganisation eine Verfügung.

Art. 50^{quinqüies} (neu) d) Rechtsmittel

¹ Verfügungen der kantonalen Standesorganisation betreffend die Notfalldienstpflicht und die Leistung von Ersatzabgaben können beim zuständigen Departement mit Rekurs angefochten werden.

² Das Verfahren richtet sich nach dem Gesetz über die Verwaltungsrechtspflege vom 16. Mai 1965⁴⁷.

Art. 50^{sexies} (neu) e) Leistungsvereinbarung

¹ Das zuständige Departement kann mit der Standesorganisation eine Leistungsvereinbarung über den Notfalldienst abschliessen.

II.

[keine Änderung anderer Erlasse]

⁴⁷ sGS 951.1.

III.

[keine Aufhebung anderer Erlasse]

IV.

Die Regierung bestimmt den Vollzugsbeginn dieses Erlasses.