



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

04.7894.02

GD/P047894

Basel, 14. Juni 2006

Regierungsratsbeschluss
vom 13. Juni 2006

Anzug Peter Bochsler und Konsorten betreffend Massnahmen gegen den sich abzeichnenden Hausärztemangel

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom Mittwoch, 02. Juni 2004, den nachstehenden Anzug Peter Bochsler und Konsorten betreffend Massnahmen gegen den sich abzeichnenden Hausärztemangel dem Regierungsrat zum Bericht überwiesen:

„Die Zahl an praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzten nimmt laufend ab. Setzt sich diese Entwicklung weiter fort, werden wir in der Schweiz in den nächsten Jahren einen akuten Hausärztemangel erleben. Diese noch viel zu wenig beachtete Tatsache ist in verschiedenen medizinischen Publikationen dokumentiert und gibt zu Besorgnis Anlass.

Die Hausarztmedizin stellt das Fundament eines jeden Gesundheitssystems dar, das eine Medizin von guter Qualität zu angemessenem Preis für alle Einwohnerinnen und Einwohner anbieten will. Nicht von ungefähr gelten Hausarzt- und HMO-Modelle auch als wichtige Instrumente, um die stetig wachsenden Krankenkassenprämien in den Griff zu bekommen. Gerade in der anonymen städtischen Gesellschaft kommt dem Hausarzt als Vertrauensperson eine grundlegende Bedeutung zu. Nur der Hausarzt hat den ganzheitlichen Überblick über den Gesundheitszustand seiner Patienten, deren Familien und soziales Umfeld und kann die Behandlung in der Langzeitbetreuung optimal koordinieren und Doppelspurigkeiten verhindern.

Für den Erhalt eines gut funktionierenden Gesundheitswesens muss es deshalb dem Kanton Basel-Stadt darum gehen, dass junge Ärztinnen und Ärzte in genügender Zahl dazu motiviert werden können, den Hausarztberuf zu ergreifen. Entsprechend den offenbar positiven Erfahrungen in England sollte deshalb auch in der Schweiz die Schaffung einer Laufbahnberatung für angehende Hausärzte ins Auge gefasst werden. Durch eine fachkundige Beratung und Förderung sowie ein gutes Angebot an Assistenten- und Rotationsstellen könnten Weiterbildungsgänge und andere motivierende Anreize für den Hausarztberuf geschaffen werden.

Gestützt auf diese Ausführungen bitten wir den Regierungsrat zu prüfen und zu berichten,

- ob er bereit ist, gemeinsam mit der Universität und den Standesorganisationen eine Laufbahnberatung mit entsprechenden Weiterbildungsstellen für Hausärzte einzurichten.
- ob er andere oder weitere Massnahmen vorsieht, wie dem sich abzeichnenden Hausärztemangel begegnet werden kann.

P. Bochsler, G. Orsini, St. Maurer, S. Hollenstein-Bergamin, M. Benz, O. Herzig, A. R. Furrer, P. Roniger, E.-U. Katzenstein, Dr. S. Herrmann, S. Haller, W. Hammel, A. Meyer, R. Vögtli, H. Käppeli, R. Häring, E. Jost, Hp. Kehl, E. Mundwiler“

Wir berichten zu diesem Anzug wie folgt:

1. Ausgangslage

Die Schweizer Bevölkerung verfügt über ein differenziertes und geografisch breit gestreutes Angebot an ambulant tätigen Grundversorgern, welche qualitativ hochstehende medizinische Leistungen im Rahmen einer kostengünstigen Infrastruktur erbringen. Die Grundversorger bilden dabei das Rückgrat der kurativen Medizin. Die weitere Entwicklung der Hausarztmedizin ist somit für das ganze Gesundheitswesen von grosser Bedeutung. Der zunehmende Mangel an Hausärzten ist nicht allein ein schweizerisches, sondern vielmehr ein westeuropäisches Phänomen. Noch besteht in der Schweiz generell kein Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten. Es ist bereits jetzt absehbar, dass in wenigen Jahren viele Hausärzte das Pensionsalter erreichen werden und nicht genügend Nachwuchs bereit steht, um deren Praxen zu übernehmen. Engpässe vor allem in Randregionen und beim Notfalldienst werden vermutlich nicht ganz zu verhindern sein, können aber durch geeignete Massnahmen gemildert werden. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und das Bundesamt für Gesundheit (BAG) beobachten diese Entwicklung im Bereich der ärztlichen Grundversorgung mit Sorge und betrachten eine Aufwertung der Hausarztmedizin in der Schweiz sowohl aus medizinischen wie auch aus ökonomischen Gründen als notwendig und dringend. Oberstes Ziel ist dabei die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Sowohl die GDK wie auch das BAG wollen einen Beitrag leisten, damit die Aufwertung der Hausarztmedizin gelingt. Sie können und wollen aber keine Subventionspolitik für eine bestimmte Berufsgruppe betreiben. Vielmehr sollen offensichtliche Fehlentwicklungen und Hindernisse, welche die Hausarztmedizin systematisch benachteiligen, durch gezielte und pragmatische Lösungen behoben werden. Entsprechende Massnahmen werden gegenwärtig erarbeitet. Im Kanton Basel-Stadt sind analoge Aktivitäten bereits in Gang gesetzt worden. Langfristig werden aber die Probleme unseres Gesundheitswesens nur in einer Partnerschaft aller Akteure, insbesondere von Ärztinnen, Ärzten und Gesundheitsbehörden, zu bewältigen sein.

2. Definition der Hausarztmedizin

Die Hausarztmedizin ist eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung und eigenständiger klinischer Tätigkeit. Als klinisches Spezialgebiet ist sie auf die Primärversorgung ausgerichtet. Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patientinnen und Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen. Das Arbeitsziel der Hausarztmedizin ist eine qualitativ hochstehende Versorgung, die den Schutz der Patientinnen und Patienten, aber auch der Gesellschaft vor Fehl-, Unter- oder Überversorgung einschliesst.

Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet grundsätzlich:

- die primärärztliche Betreuung
- die Triagefunktion mit Zuweisung an Spezialisten
- die haus- und familienärztliche Funktion, inkl. Hausbesuch
- die Gesundheitsberatung/-förderung für den Einzelnen und in den Gemeinden
- auf Niveau Universität den Lehrauftrag

3. Situationsanalyse auf nationaler Ebene

Verschiedene Entwicklungen stellen die Hausärzteschaft vor neue Herausforderungen:

3.1 Geografische Verteilung des Angebots

Die ambulante ärztliche Grundversorgung in der Schweiz setzt sich aus Ärzten mit Praxistätigkeit mit den Facharzttiteln FMH „Allgemeinmedizin“, „Kinder- und Jugendmedizin“ und „Innere Medizin“ sowie von Inhaberinnen und Inhabern des Weiterbildungstitels FMH „praktischer Arzt“ zusammen. Gemäss Mitgliederstatistik der Vereinigung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) aus dem Jahr 2004 können somit insgesamt 7'973 Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit als Grundversorger bezeichnet werden, was 52,5% aller ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte (15'199) entspricht. In den letzten Jahren ist nur eine leichte relative Abnahme der Anzahl Grundversorger bezogen auf die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit festzustellen. Die absolute Zahl von Grundversorgern steigt jedoch gesamtschweizerisch und in den meisten Kantonen von Jahr zu Jahr stetig an. Die geografische Verteilung der Grundversorgerpraxen ist je nach Kanton und Region höchst unterschiedlich. Während in urbanen Gebieten von einer – teilweise mehr als – bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden kann, so deuten in bestimmten ländlichen Gebieten einige Anhaltspunkte auf eine Unterversorgung an hausärztlichem Angebot hin.

3.2 Sinkende Attraktivität des Berufsbildes

Die stetige Ausdifferenzierung und die Komplexitätssteigerung der Medizin führen zu einer Spezialisierung der Weiterbildung der Ärzteschaft. Die fachliche Attraktivität der Grundversorger-Fächer sinkt entsprechend den immer zahlreicheren Spezialistentiteln. Immer mehr Krankheitsbilder werden von Spezialisten behandelt. Der Grundversorger ist nicht mehr Spezialist für alle Fälle, sondern droht zum reinen Patientenkoordinator zu mutieren. Hinzu kommen die veränderte Berufseinstellung der jüngeren Ärzteschaft kombiniert mit einem steigenden Frauenanteil. Diese jüngere Generation legt vermehrt Wert auf sozialkompatible Arbeitszeiten, Teilzeitbeschäftigungen und Team-Medizin. Auch wegen der erforderlichen Notfallversorgung mit Nacht- und Wochenenddiensten erscheinen Grundversorgerpraxen vielen potenziellen Nachfolgern als zu wenig attraktiv. Auf organisatorischer Ebene steht deshalb die Grundversorgung vor einem notwendigen Strukturwandel. Das Angebot an Infrastruktur im Grundversorgerbereich korrespondiert nicht mit den Bedürfnissen der jüngeren Ärzteschaft nach ambulanten Arbeitsplätzen in Gemeinschaftspraxen und Ärztenetzwerken. Fehlgeschlagene Praxisübergaben dürften auch auf diesen Umstand zurückzuführen sein.

3.3 Anspruchshaltung der Bevölkerung

Es bestehen Anzeichen dafür, dass die Anspruchshaltung der Schweizer Bevölkerung gegenüber der ambulant tätigen Ärzteschaft generell und insbesondere gegenüber den Notfalldienst leistenden Grundversorgern im Besonderen stetig ansteigt. Die Verfügbarkeit der hausärztlichen Leistungen wird von einem immer grösseren Teil der Bevölkerung als Selbstverständlichkeit angesehen, auf welche die Versicherten ein Recht auf Inanspruchnahme geltend machen.

4. Lösungsansätze auf nationaler Ebene

Aus der Situationsanalyse ergeben sich folgende Lösungsansätze:

4.1 Aufwertung der Hausarztmedizin innerhalb der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

Ein besserer Miteinbezug der hausärztlichen Tätigkeit in die Aus- und Weiterbildung der Ärzteschaft soll angestrebt werden. Die Universitäten Genf, Lausanne und Basel planen aus diesem Grund spezielle universitäre Institute für Hausarztmedizin bzw. haben solche bereits geschaffen (siehe hierzu Kap. 5.). Weiter soll die Vernetzung zwischen den Hausärzten gefördert werden. Die Zukunft gehört Gemeinschaftspraxen, Ärztenetzwerken und ähnlichen Modellen. Diese sollen vermehrt gefördert werden. Eine Re-Positionierung des Hausarztes innerhalb der Ärzteschaft ist ebenfalls angezeigt. Die Hausärzte sind nicht nur administrativer Verwalter der Krankengeschichte der einzelnen Patientinnen und Patienten, sondern primär medizinische Ansprech- und Betreuungspersonen der Bevölkerung.

4.2 Bessere Verteilung des Angebots an Grundversorgern

Die Verordnung vom 3. Juli 2002 über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung („Zulassungsstopp“) bietet bei richtiger Anwendung bereits heute ein wirkungsvolles Instrument, um das Angebot der Grundversorger gesamtschweizerisch besser zu verteilen. Auch der bessere Einbezug der nicht-ärztlichen Primärversorgung (z.B. Spitex) ist zu prüfen. Als weitere mögliche Massnahmen zur Attraktivitätssteigerung und besseren Verteilung des ambulanten Grundversorgungsangebotes kommen auch finanzielle Anreize in Betracht. So befürwortet die GDK eine Angleichung der bestehenden Tarifiedifferenzen zwischen den einzelnen Regionen innerhalb einer beschränkten Bandbreite. Damit soll in Gebieten mit tiefen Taxpunktswerten eine Standort-Attraktivierung erreicht werden. Dies trifft primär auf Kantone zu, in denen der Taxpunktwert unter 80 Rappen liegt, was in Basel-Stadt nicht der Fall ist. Der neue, gesamtschweizerische Arzttarif Tarmed hatte eine Aufwertung der Grundversorgung zum Ziel, und dieses Ziel auch erreicht: Im Einführungsjahr nahm der Umsatz pro Grundversorgerpraxis im Schweizer Durchschnitt um ca. 7% zu, am stärksten im Kanton Graubünden um ca. 15%.

Die Taxpunktwerte sind Gegenstand von Verhandlungen zwischen der Ärzteschaft und den Krankenversicherern. Letztere verschliessen sich diesem Anliegen nicht, verlangen aber eine Gegenkompensation bei den übrigen Arztgruppen. Damit soll die Attraktivität der Grund-

versorgung im Vergleich noch deutlicher gesteigert werden, ohne dass dadurch die Krankenversicherungsprämien zusätzlich Auftrieb erhalten.

4.3 Einflussnahme auf die Anspruchshaltung der Bevölkerung

Massnahmen sollen gleichzeitig aber auch zur Förderung einer veränderten gesellschaftlichen und kulturellen Einstellung in der Bevölkerung zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ergriffen werden. Konkret bedingt dies auch mehr Mitverantwortung im Umgang mit der eigenen Gesundheit. Ergänzend dazu sollen in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention und der Information über die Versorgungsstrukturen und deren stufengerechte Inanspruchnahme verstärkte Anstrengungen unternommen werden.

5. Lösungsansätze im Kanton Basel-Stadt

Bezugnehmend auf die auf nationaler Ebene vorgeschlagenen Lösungsansätze sind im Kanton Basel-Stadt folgende Lösungen bereits realisiert worden oder in Realisierung begriffen:

5.1 Aufwertung der Hausarztmedizin innerhalb der ärztlichen Aus- und Weiterbildung durch das Institut für Hausarztmedizin (IHAMB) der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

5.1.1 Vorgeschichte des Instituts für Hausarztmedizin

1994 wurde das "Forum für interdisziplinäre Hausarztmedizin" (FIHAM) gegründet und am 24. April 1995 als selbständige Grundeinheit dem Dekanat der Medizinischen Fakultät zugeordnet. Das Organisationsreglement wurde am 11. November 1996 durch die Fakultät genehmigt. Entsprechend der Wichtigkeit wurde für den Verantwortlichen der Hausarztmedizin eine strukturelle ausserordentliche Professur gefordert. Basierend auf dem FIHAM wurde dann am 14. März 2005 das Institut für Hausarztmedizin an der Universität Basel gegründet. Die Einrichtung eines Instituts für Hausarztmedizin hatte hohe Priorität, da die Medizinische Fakultät der Universität Basel das Fach Hausarztmedizin als profilbildend erachtete, ein ausgezeichnetes Lehrangebot über die ganzen sechs Studienjahre bereits existierte und weiter sichergestellt werden musste, dass dieses Lehrangebot forschungsbasiert vermittelt und daher eine hausärztliche Forschungstätigkeit in institutionellem Rahmen gefördert werden kann. Zusätzlich zur bisherigen Ausbildungstätigkeit sollte ein Weiterbildungsprogramm strukturell etabliert werden, um den drohenden Versorgungsnotstand in der Grundversorgung adäquat angehen zu können.

5.1.2 Aufgaben

Das Institut für Hausarztmedizin hat primär die folgenden Aufgaben:

- Aufbau eines Forschungsnetzwerkes von praktizierenden Ärzten, basierend auf dem bereits existierenden Netzwerk für die Lehre

- Aufbau eines Netzwerkes mit den verschiedenen universitären Spezialabteilungen und Kliniken
- Organisation einer intensiven Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Epidemiologie und der ambulanten Medizin
- Erarbeiten von Forschungsthemata aus der Praxis mit den praktizierenden Ärzten
- Vereinbarungen und Abmachungen, die das Forschungsnetzwerk der Praktiker auch für Forschungsaufgaben der Spezialgebiete öffnen und absichern
- Koordination aller Forschungsprojekte mit Hausärzten (Grundversorgung)
- Organisation von Drittmitteln

5.1.3 Leitung

Grundsätzlich sollte der Institutsleiter gleichzeitig auch struktureller Extraordinarius für Hausarztmedizin sein. Er muss daher bezüglich Extraordinariat den Anforderungen der Fakultät Genüge tun. Zudem muss er als Leiter das erarbeitete Anforderungsprofil erfüllen. Dies bedeutet:

- mehrjährige Berufserfahrung in der hausärztlichen Praxis und Bereitschaft, parallel zur Institutsleitung eine teilzeitliche Praxistätigkeit auszuüben
- Erfahrung in der universitären Lehre in Hausarztmedizin, insbesondere in der eigentlichen Lehrtätigkeit im Hörsaal und in Kleingruppen sowie in der Praxis
- Erfahrung in der Forschungstätigkeit auf den Gebieten Epidemiologie, Qualitätssicherung, Ausbildung, Ethik und andere
- Akzeptanz innerhalb der regionalen "hausärztlichen Landschaft" wie auch innerhalb der Medizinischen Fakultät
- Habilitation

Vorerst ist eine duale Leitung des Instituts durch einen/eine in der universitären Lehre erfahrenen praktizierenden Hausarzt/-ärztin und einen/eine habilitierten Arzt/Ärztin mit Kompetenz in hausärztlichen Forschungsproblemen eingesetzt worden. Die beiden Leitungen teilen sich die Aufgaben entsprechend ihrer jeweiligen Kompetenz. In Anbetracht der Bedeutung des Institutes für die praktizierenden Ärzte der Region und der ganzen Schweiz ist der Primus inter pares unter den Leitern der/die Hausarzt/-ärztin. Den Interimsleitungen soll die Titularprofessur zuerkannt werden. Langfristig werden die beiden Funktionen der Leitung zusammengeführt und einer einzigen Person mit der entsprechenden Qualifikation übertragen. Diese Person wird auch das erwähnte strukturelle Extraordinariat innehaben. Die Leitung des Instituts obliegt zur Zeit Dr. Peter Tschudi, der verantwortlich zeichnet für Lehre, Weiter- und Fortbildung und Öffentlichkeitsarbeit und Mitglied der Fakultät ist, und PD Dr. Benedict Martina, der verantwortlich ist für Forschung, Weiter- und Fortbildung.

Das Institut für Hausarztmedizin entspricht dergestalt auch der Forderung der Anzugsteller, der Regierungsrat möge prüfen und berichten, ob er bereit sei, gemeinsam mit der Universität und den Standesorganisationen eine Laufbahnberatung mit entsprechenden Weiterbildungsstellen für Hausärzte einzurichten. Diese Forderung ist mit der Gründung des Instituts für Hausarztmedizin erfüllt worden.

5.2 Bessere Verteilung des Angebots an Grundversorgern

Eine von der Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK) und dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) eingesetzte Arbeitsgruppe „Grundversorger“ zu „Massnahmen der Kantone und des Bundes zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung“ hat in verschiedenen Kantonen Zahlen zur aktuellen Situation in der Grundversorgung zusammengetragen (Stand 16. März 2006). In den letzten Jahren ist dabei eine leichte relative Abnahme der Anzahl Grundversorger bezogen auf die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit festzustellen. Die absolute Zahl von Grundversorgern steigt gesamtschweizerisch und in den meisten Kantonen von Jahr zu Jahr immer noch stetig an. Die geografische Verteilung der Grundversorgerpraxen ist dagegen je nach Kanton und Region höchst unterschiedlich. Während in urbanen Gebieten wie Basel von einer bedarfsgerechten Versorgung ausgegangen werden kann, so deuten in bestimmten ländlichen Gebieten einige Anhaltspunkte auf eine Unterversorgung an hausärztlichem Angebot hin. Ein anschauliches Beispiel hierzu ist der Vergleich der Ärztedichte zwischen dem Stadtkanton Basel-Stadt und dem Kanton Zürich mit seinem urbanen Zentrum und ländlichen Umfeld:

Ärztedichte (Anzahl Ärzte pro Bevölkerung) BS / ZH nach Fachrichtung				
Kanton	Allgemeinmedizin	Innere Medizin	Praktischer Arzt	Alle Grundversorger
Basel-Stadt	0,048%	0,085%	0,011%	0,144%
Zürich	0,021%	0,014%	0,010%	0,045%

Aufgrund dieser Zahlen kann aktuell und absolut gesehen nicht von einer Unterversorgung im Kanton Basel-Stadt gesprochen werden. Trotzdem wird der Regierungsrat die Entwicklung weiter beobachten und analysieren, um frühzeitig auf allfällige Veränderungen reagieren zu können.

Da es sich beim abzeichnenden Hausärztemangel um ein nationales Phänomen handelt, ist bei der Förderung der ärztlichen Grundversorgung ein zwischen Bund und Kantonen koordiniertes Vorgehen angezeigt. Diesbezüglich besteht auf nationaler Ebene schon heute eine enge Zusammenarbeit. Im Rahmen des Dialogs der Nationalen Gesundheitspolitik zwischen Bundesrat Pascal Couchepin, dem BAG und der GDK ist der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt durch den Vorsteher des Gesundheitsdepartements (in seiner Funktion als Mitglied des Vorstands der GDK) vertreten. Der Dialog der Nationalen Gesundheitspolitik will zur Zeit mit vorerst drei Massnahmengruppen die Förderung der ärztlichen Grundversorgung angehen:

- Sicherstellung des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes unter Einbezug der kantonalen Ärztesellschaften mit den Schwerpunkten Aufgabenteilung, Notfalldienstentschädigung, Zusammenarbeit mit Spitälern, Einbezug in die kantonale Gesundheitsgesetzgebung und Versorgungsmodelle.
- Entwicklung von Finanzierungsmodellen im Rahmen von spezifischen Weiterbildungsangeboten in der Hausarztmedizin mit Anreizen und/oder Verpflichtungen,

d.h. der Kanton finanziert weiter mit, bindet diese Finanzierung aber an vertraglich festgelegte Bedingungen.

- Schaffung eines eidgenössischen Weiterbildungstitels „Grundversorgung“

Bis zum 24. August 2006 soll zu allen drei Massnahmen ein Bericht mit konkreten Vorschlägen zuhanden des Dialogtreffens der nationalen Gesundheitspolitik vorgelegt werden.

Dem Thema „Grundversorgung“ wird sich auch die diesjährige Jahrestagung des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik widmen. Die Tagung mit einzelnen Workshops zum Thema „Hausarztmedizin der Zukunft“ findet am 9. November 2006 in Basel statt.

5.3 Einflussnahme auf die Anspruchshaltung der Bevölkerung

Im Rahmen von zu ergreifenden Massnahmen zur Förderung einer veränderten gesellschaftlichen und kulturellen Einstellung in der Bevölkerung zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und ergänzender verstärkter Anstrengungen in den Bereichen der Gesundheitsförderung und Prävention und der Information über die Versorgungsstrukturen und deren stufengerechte Inanspruchnahme hat sich der Regierungsrat zum Ziel gesetzt, in den nächsten Jahren die kantonale und regionale Positionierung der Gesundheitsförderung und Prävention verstärkt sichtbar zu machen.

In einem modernen Gesundheitssystem ist Gesundheitsförderung und Prävention neben Behandlung, Rehabilitation und Pflege eine der vier tragenden Säulen zur Erhaltung der Gesundheit der Bevölkerung. Die aktuellen Gesundheitsanalysen (z. B. Gesundheitsbericht Basel-Stadt 2005) zeigen ein erhebliches Gesundheitsförderungspotential bei der Basler Bevölkerung. Es gilt dieses Potential mittels langfristigen, breit angelegten Präventions- und Gesundheitsförderungsmassnahmen auszuschöpfen. Dabei sind sowohl auf den einzelnen Menschen (Verhaltensprävention), wie auch auf seine Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) bezogene Massnahmen zu ergreifen.

Moderne Sichtweisen der Gesundheitsförderung und Prävention gehen von einem langfristig ausgerichteten, zielorientierten Ansatz aus. Deshalb arbeitet die Gesundheitsförderung und Prävention heute mit den modernen Mitteln des Prozessmanagements. Regelmässige Situationsanalysen (z.B. Gesundheitsberichterstattung), eine auf die Bevölkerung bezogene Gesundheitsplanung (z.B. Entwicklung von Schwerpunktprogrammen, wie beispielsweise das Projekt „Rauchstopp“) sowie eine zielorientierte Umsetzung und Evaluation (z.B. über Projekte wie Burzelbaum, Mix your Life, Hitzewelle usw.) sind wichtige Elemente in diesem Prozess. Daneben soll auch der transparenten Information über die Versorgungsstrukturen im Kanton und deren stufengerechter Inanspruchnahme durch die Bevölkerung unter Einbezug aller Beteiligten verstärkt Rechnung getragen werden.

Vor diesem Hintergrund will der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt in den nächsten Jahren schwergewichtig gezielt aufeinander abgestimmte, kontinuierliche Gesundheitsförderungsmassnahmen umsetzen und diesen Prozess durch vermehrte Kommunikations- und Vernetzungsarbeit zusätzlich verstärken.

6. Antrag

Auf Grund dieses Berichts beantragen wir Ihnen, den Anzug Peter Bochsler und Konsorten betreffend Massnahmen gegen den sich abzeichnenden Hausärztemangel als erledigt abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel -Stadt



Barbara Schneider
Präsidentin



Dr. Robert Heuss
Staatsschreiber