



# Parlamentarischer Vorstoss

## Antwort des Regierungsrates

Vorstoss-Nr.:	142-2023
Vorstossart:	Postulat
Richtlinienmotion:	<input type="checkbox"/>
Geschäftsnummer:	2023.RRGR.191
Eingereicht am:	14.06.2023
Fraktionsvorstoss:	Nein
Kommissionsvorstoss:	Nein
Eingereicht von:	Berger (Burgdorf, SP) (Sprecher/in) Müller (Langenthal, SP) Walpoth (Bern, SP) Streff (Oberwangen b. Bern, EVP) Sutter (Langnau i.E., SVP) Ritter (Burgdorf, GLP) Herren-Brauen (Rosshäusern, Die Mitte)
Weitere Unterschriften:	0
Dringlichkeit verlangt:	Nein
Dringlichkeit gewährt:	
RRB-Nr.:	1130/2023 vom 25. Oktober 2023
Direktion:	Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion
Klassifizierung:	Nicht klassifiziert
Antrag Regierungsrat:	<b>Annahme und gleichzeitige Abschreibung</b>

## Entlastungsmassnahmen im Bereich der ärztlichen Ausrückdienste zugunsten einer besseren Grund- und Notfallversorgung

Der Regierungsrat wird beauftragt, für den Notfalldienst zu folgenden Themen Regelungen zu prüfen und diese gegebenenfalls so anzupassen, dass der hausärztliche Ausrückdienst entlastet wird:

1. Feststellung des Todes und Reanimationsabbruch
2. Beurteilung einer fürsorglichen Unterbringung
3. Todesfallfeststellung bei eindeutigen Todesfällen
4. Hafterstehungsfähigkeit
5. Wiedereinführung der Amtsärztinnen und Amtsärzte

### Begründung:

Gemäss Gesetz sind die im Kanton Bern praktizierenden Hausärztinnen und Hausärzte verpflichtet, Notfalldienst zu leisten. Er wird als Tageshintergrunddienst und als nächtlicher Hintergrunddienst geleistet. Im Tageshintergrunddienst halten sich die Hausärztinnen und Hausärzte Notfalltermine frei und tragen damit wirksam zur Entlastung des Spitalnotfalls bei. Diese Dienste sind effizient und wirksam. Sie können mit dem Arbeitsfluss in der Praxis gut koordiniert werden.

Problematisch sind die Hintergrunddienste nachts. Sie werden im Pikett-System geleistet, sind schwer zu planen und sind mit sehr belastenden Situationen verbunden. Die Notfalldienste verschärfen den Hausärztinnen- und Hausärztemangel, weil sie den Beruf der Hausärztinnen und der Hausärzte für Neueinsteiger unattraktiv machen.

Hier ist abzuklären, ob diese Ausrückdienste neu geregelt werden können:

#### Todesfallfeststellung bei der Reanimation:

Das Einsatzteam der Ambulanz darf nach aktuellem Stand die Reanimation erst abbrechen, wenn die diensthabende Ärztin, der diensthabende Arzt dies verfügt. Er muss dazu ebenfalls ausrücken und vor Ort erscheinen. Häufig muss er dafür die Betreuung von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten unterbrechen, was ein Risiko für dieselben darstellt. Im Gegensatz zum Einsatzteam der Ambulanz ist die Ärztin/der Arzt alleine unterwegs und erhält weder ein Debriefing noch andere Entlastung zur Verarbeitung der Situation. Hier wäre zu prüfen, ob der Abbruch der Reanimation auch telemedizinisch verordnet werden kann, Notfallsanitäterinnen und Notfallsanitäter entsprechend befähigt werden könnten oder allenfalls durch den Spitalnotfall festgestellt werden kann.

#### Fürsorgerische Unterbringung:

Die Polizei ruft in vielen Fällen die Dienstärztin oder den Dienstarzt zur Verfügung eines fürsorgerischen Freiheitsentzugs. Auch diese Art von Dienst ist hoch belastend und bedingt ein Ausrücken der Dienstärztin oder des Dienstarztes. Hier wäre zu prüfen, ob die Polizei ermächtigt werden kann, Personen auch gegen ihren Willen zur Abklärung einer fürsorgerischen Unterbringung (FU) direkt in die Notfallstation eines Spitals mit psychiatrischem Bereitschaftsdienst zu überführen (analog zum Kanton Solothurn). Durch die Nutzung der Infrastruktur der Notfallstation eines Spitals ist zusätzlich die Patientinnen- und Patientensicherheit besser gewährleistet als durch die blossе Beurteilung auf dem «Feld».

#### Todesfallfeststellung:

Die Feststellung eines Todesfalls gehört zu den Pflichten des Ausrückdienstes. In Fällen, die zugleich den Beizug der Rechtsmedizin nötig machen, macht das Erscheinen der Dienstärztin/ des Dienstarztes wenig Sinn, insbesondere da es die Versorgung von [lebenden] Notfallpatientinnen und Notfallpatienten stark beeinträchtigen kann. Hier wäre zu prüfen, ob in Todesfällen, die eindeutig sind und den Beizug der Rechtsmedizin offensichtlich notwendig machen, auf den Beizug des Notfallarztes verzichtet werden kann.

#### Hafterstellungsfähigkeit:

Bisher wird die Hafterstellungsfähigkeit teilweise von einer diensthabenden (Haus-)Ärztin/einem diensthabenden (Haus-)Arzt eingeschätzt. Hier wäre zu prüfen, ob die Hafterstellungsfähigkeit auf der Notfallstation geklärt werden kann, wo die entsprechenden Untersuchungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.

Die Massnahmen sind weitgehend kostenneutral und können, sobald sie umgesetzt sind, eine wirksame Entlastung für Hausärztinnen und Hausärzte bedeuten. Die Problematik besteht zurzeit nicht nur seitens der Hausärztinnen und Hausärzte, sondern ebenfalls der spitalärztlichen Notfallstationen sowie weiterer Gesundheitsinstitutionen.

### **Antwort des Regierungsrates**

Im Kanton Bern wurde, basierend auf Artikel 30b des Gesundheitsgesetzes, die Organisation des ärztlichen Notfalldienstes der Aertzegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) als vereinsrechtlich organisiertem Berufsverband übertragen. Diese übernimmt die Organisation des am-

bulanten ärztlichen Notfalldienstes im Kanton Bern. Die vereinsinterne Organisation und Durchführung des Notfalldienstes obliegt den jeweiligen Bezirksvereinen (BV) der BEKAG (vgl. dazu Art. 2 und 4 der Statuten der BEKAG sowie Art. 14a des Reglements über die Ergänzung, Anwendung und Durchführung der eidgenössischen Standesordnung der BEKAG).

Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI) greift laut Gesundheitsgesetz (Artikel 30b Absatz 4) nur in die Organisation des Notfalldienstes ein, wenn die «Organisation des ambulanten Notfalldienstes nicht mehr gewährleistet» ist. Dies ist aktuell nicht der Fall.

Regierungsrat und Grosse Rat ist bewusst, dass die Notfallversorgung in Randregionen wie dem Berner Oberland, aufgrund des zunehmenden Hausärztinnen- und -Hausärztemangels besonders gefährdet ist. Als entlastende Massnahme hat der Grosse Rat im Rahmenkredit zum Spitalversorgungsgesetz (SpVG) Gelder gesprochen, um den Notfalldienst in den Randregionen zu unterstützen. Diese Gelder können ausschliesslich an Spitäler ausbezahlt werden.

Die GSI und die Aerztegesellschaft des Kantons Bern (BEKAG) haben in der Folge eine Arbeitsgruppe gebildet, um Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Ein Pilotprojekt wurde im Berner Oberland mit dem Ärztlichen Bezirksvereins Berner Oberland und der Spitäler Frutigen Meiringen Interlaken AG (fmi AG) lanciert. Dabei soll eine diensthabende Ärztin resp. ein diensthabender Arzt zentral vom Spital Interlaken aus den Ausrückdienst für den ganzen Perimeter des Bezirksvereins Berner Oberland wahrnehmen. Im Spital Interlaken wird ein Bereitschaftszimmer für Notfalldienst leistende Ärztinnen und Ärzte ausgerüstet und auch das nötige Material zur Verfügung gestellt. Somit wird es möglich, dass sich auch Ärztinnen und Ärzte aus anderen Regionen des Kantons für Notfalldienste in dieser Region melden können.

Die diensthabende Ärztin respektive der diensthabende Arzt erfüllt eigenverantwortlich sämtliche Aufgaben des Hausbesuchsdienstes (Ausrückdienst) wie zum Beispiel Todesfeststellung, Verfügung der ärztlichen fürsorgerischen Unterbringung (FU), Hafterstehungsfähigkeitsbeurteilung (HEFB), Hausbesuche und Besuche in Institutionen. Die Ärztinnen und Ärzte rechnen die von ihnen erbrachten Leistungen im Rahmen der Wochenend- und Feiertagsdienste direkt und über die eigene ZSR-Nummer ab. Zusätzlich wird der Bereitschaftsdienst mit 700 Franken pro Tag vergütet.

Es ist nicht das Ziel, mit diesem Projekt den Notfalldienst in den regionalen Bezirksvereinen zu ersetzen. Vielmehr geht es darum, an Wochenenden und Feiertagen eine alternative Lösung für die Übernahme der Ausrückdienste anzubieten, zu etablieren und somit eine Entlastung zu erreichen. Das Pilotprojekt wird wissenschaftlich begleitet und evaluiert. Sollte es sich als valable Lösung erweisen, ist die Ausdehnung des Modells auf weitere Bezirksvereine vorgesehen.

### **Zu Ziffer 1: Feststellung des Todes und Reanimationsabbruch**

Bei dieser Forderung sind zwei Sachverhalte zu trennen. Zum einen geht es um die Erlaubnis zum Abbruch bzw. zum Unterlassen von Reanimationsmassnahmen. Zum anderen geht es um die sichere Feststellung des Todes. Dabei darf der Abbruch der Reanimation nicht mit der ärztlichen Leichenschau gleichgesetzt werden. Die Fälle, wo eine Hausärztin respektive ein Hausarzt zum Abbruch einer Reanimation herbeigerufen werden muss, sind selten. Eine Anfrage bei Rettungsdiensten gab eine Zahl von weniger als 1 Prozent der Ausrückungen.

Reanimationsentscheidungen und deren Folgen sind für alle Beteiligten mit grossen Belastungen verbunden. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat umfangreiche Medizin-ethische Richtlinien zur Reanimationsentscheidungen veröffentlicht<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Reanimationsentscheidungen, Medizin-ethische Richtlinien, SAMW, Juni 2021

Laut deren ist „die Entscheidung, in der Situation eines Kreislaufstillstands einen Reanimationsversuch durchzuführen oder zu unterlassen, besonders weitreichend. Beim Kreislaufstillstand ist der Reanimationsversuch die einzige Chance auf ein Überleben; ein Unterlassen bedeutet fast immer den sicheren Tod. (...) Umgekehrt kann der Reanimationsversuch mit grossen Belastungen für die Patientin oder den Patienten einhergehen, etwa aufgrund neurologischer Folgeschäden. Hinzu kommt, dass Reanimationsentscheidungen oftmals unter Unsicherheit getroffen werden müssen. Die Überlebenschancen und die spätere Lebensqualität sind im Einzelfall schwierig zu prognostizieren. Reanimationsentscheidungen erfordern daher neben einer medizinischen auch eine sorgfältige ethische Abwägung.“

Insofern sollte die Entscheidung, eine Reanimation abubrechen, nicht ohne vertiefte Abklärung getroffen werden. Die SAMW hat in ihren Richtlinien detaillierte Angaben zur Dauer der Reanimation, zu Prädiktoren, welche den Entscheid eines Abbruchs oder einer Weiterführung beeinflussen können sowie zu Bedingungen, die eine prolongierte Reanimation indizieren, angegeben.

Es erscheint schwierig, all diese Variablen im Rahmen einer telemedizinischen Konsultation, ohne dass die Ärztin respektive der Arzt am Patientenbett ist, zu erfassen und einen so einen weitreichenden Entscheid «auf Distanz» zu treffen. Allerdings gibt es bereits heute in einigen Regionen wie im Emmental oder im Berner Oberland, Weisungen, wonach, in klar definierten Fällen, durch Verwendung von detaillierten Algorithmen, nach Rücksprache mit der Notärztin respektive dem Notarzt oder der Dienstärztin respektive dem Dienstarzt (die aber nicht vor Ort sein müssen) auf die Einleitung von Reanimationsmassnahmen verzichtet werden kann.<sup>2,3</sup> Solch eine Weisung könnte auch von anderen Rettungsdiensten übernommen werden. Bei dieser Lösung muss trotzdem immer eine Ärztin respektive ein Arzt herbeigerufen werden, um den Todesfall festzustellen, dies allerdings nicht in der Dringlichkeit, die bei einem Reanimationsabbruch notwendig ist.

Manche Rettungsdienste wie die Sanitätspolizei Bern verfügen über angestellte Notärztinnen und Notärzte, welche eine 24-Stundenabdeckung garantieren und entscheiden, ob eine Reanimation abgebrochen werden kann. Sie machen dann auch gleich eine allfällige Todesfallfeststellung, was zur Entlastung der Hausärztin respektive des Hausarztes führt. In ländlichen Gebieten mit weniger Einsätzen ist diese Lösung für die Rettungsdienste kaum kostendeckend.

In der Region Emmental wurde, in Zusammenarbeit zwischen dem Spital Emmental und dem Rettungsdienst, ein Pilotprojekt lanciert, wo eine Anästhesistin respektive ein Anästhesist aus dem Spital den Rettungsdienst an Wochenenden begleitet und die Funktion einer Notärztin respektive eines Notarztes übernimmt. Die Kosten werden aufgeteilt zwischen dem Spital und dem Rettungsdienst. Dieses Projekt erscheint sinnvoll, insbesondere in ländlichen Regionen, wo die Auslastung des Rettungsdienstes nicht die Anstellung von Notärztinnen und Notärzten für eine 24-stündige Abdeckung rechtfertigt. Hier werden auch die Todesfallfeststellungen direkt von der Notärztin respektive vom Notarzt erbracht.

Für die sichere Feststellung des Todes ist in jedem Fall die Anwesenheit einer Ärztin respektive eines Arztes erforderlich. „Die Todesfeststellung ist eine wichtige ärztliche Aufgabe und darf nicht an nichtärztliches Personal (Pflegefachpersonen, Rettungsanästhesistinnen und -anästhesisten usw.) delegiert werden. Dabei hat sich die Attestierung des Todes auch auf eigene ärztliche Feststellungen zu beziehen.“<sup>4</sup>

<sup>2</sup> <https://www.spital-emmental.ch/upload/docs/extranetdokumente/WEISUNG%20Reanimation%20und%20Todesfall%20im%20RD2.pdf>

<sup>3</sup> Spital STSAG Richtlinien Reanimationsentscheidung SAMW

<sup>4</sup> <https://medicalforum.ch/de/detail/doi/smf.2023.09399>

Für das Ausfüllen der Todesbescheinigung und die Leichenschau muss im Kanton Bern eine Ärztin respektive ein Arzt aufgebeten werden. Hier geht es um die sichere Feststellung des Todes und die Unterscheidung zwischen natürlichem und unnatürlichem Tod. Wird vom Arzt respektive von der Ärztin während der Leichenschau festgestellt, dass ein aussergewöhnlicher Todesfall vorliegt, hat ab sofort jede weitere Untersuchung und Veränderung zu unterbleiben (Verhinderung der Spurenvernichtung und Verursachung neuer Spuren).<sup>5</sup> Aus diesem Grund verbietet sich auch grundsätzlich eine ärztliche Untersuchung an einem anderen Ort nach einem Abtransport des Leichnams durch die Sanität.

### **Zu Ziffer 2 Beurteilung einer fürsorgerischen Unterbringung**

Der Ausrückdienst, in welchem Patientinnen und Patienten bei Bedarf zuhause bzw. am Ort ihres Aufenthaltes aufgesucht werden, ist seit jeher ein integraler Bestandteil des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes. Zu diesem Ausrückdienst gehört auch das Verfügen einer Fürsorgerischen Unterbringung (FU). Dies gilt sowohl für den hausärztlichen Notfalldienst als auch für den psychiatrischen Notfalldienst als spezialärztlicher Dienst.

Aufgrund der geringen Anzahl Psychiater in gewissen Regionen und zur Entlastung des allgemeinen ärztlichen Notfalldienstes wurde in verschiedenen Regionen das Modell etabliert, dass die Patientinnen und Patienten in die Notfallpforte eines Spitales oder einer Klinik gebracht werden und dort die Untersuchung und allfällige Verfügung gemacht werden. In besagten Regionen werden die Patientinnen und Patienten meistens durch die Polizei ins Spital gebracht. Dafür muss der Ärztliche Bezirksverein eine Übereinkunft mit dem regionalen Spital haben. Dieses Modell wird zum Beispiel im Ärztlichen Bezirksverein Oberaargau angewendet.

Im Gegensatz dazu wurde im Einzugsgebiet des ABV Bern Regio vor Jahren, auch auf Wunsch der niedergelassenen Psychiater und Psychiaterinnen, ein spezialärztlicher psychiatrischer Notfalldienst etabliert, wobei die Ausdehnung des Einzugsgebietes genau definiert und akzeptiert wurde. In diesem Bezirk rücken die Ärztinnen und Ärzte aus, um zum Beispiel eine FU zu verfügen. Zusätzlich gibt es auch ein Pilotprojekt mit dem Inselspital, bei dem frei schaffende Psychiater und Psychiaterinnen an der Notfallpforte des Inselspitals, zu gewissen Zeiten, Notfalldienst leisten.

Es gibt somit durchaus Modelle, in denen die Patientinnen und Patienten direkt ins Spital gebracht werden, damit eine allfällige FU dort verfügt werden kann. Es obliegt den zuständigen Ärztlichen Bezirksvereinen, solche Modelle auszuarbeiten. Dies bringt auch den Vorteil, dass die Organisation des Notfalldienstes entsprechend den lokalen und regionalen Verhältnissen angepasst werden kann, was bei der Heterogenität des Kantons Bern von Vorteil ist.

### **Zu Ziffer 3 Todesfallfeststellung bei eindeutigen Todesfällen**

Wie bei Ziffer 1 sind auch hier zwei Sachverhalte zu trennen. Die ärztliche Feststellung des Todes und die Legalinspektion bei Vorliegen eines aussergewöhnlichen Todesfalles. Ein aussergewöhnlicher Todesfall, der die Einbeziehung der Rechtsmedizin erfordert, kann erst dann vorliegen, wenn der Tod des leblosen Körpers ärztlich festgestellt wurde. Zuvor muss die Entscheidung über die Wiederbelebung getroffen und der Tod klinisch festgestellt worden sein. Der Rechtsmediziner ist kein klinisch tätiger Arzt respektive keine klinisch tätige Ärztin, die diese Entscheidung nicht treffen können. Dies bedeutet, dass die in Ziffer 3 geforderte Feststellung des Todes und die Entscheidung, ob überhaupt ein klinisch tätiger Arzt respektive eine klinisch

---

<sup>5</sup> [https://www.irm.unibe.ch/unibe/portal/fak\\_medizin/ber\\_dlb/inst\\_remed/content/e40010/e136547/e136554/section136559/files208443/online-Skriptum-Rechtsmedizin2023-25.04.2023\\_ger.pdf](https://www.irm.unibe.ch/unibe/portal/fak_medizin/ber_dlb/inst_remed/content/e40010/e136547/e136554/section136559/files208443/online-Skriptum-Rechtsmedizin2023-25.04.2023_ger.pdf)

tätige Ärztin zur Reanimation beigezogen wird, hier durch nichtärztliches Personal (z. B. medizinische Laien der Kantonspolizei) erfolgen würde, dies, weil der Beizug der Rechtsmedizin nicht mit einer ärztlichen Todesfeststellung gleichzusetzen ist.

Gleichwohl arbeitet das Institut für Rechtsmedizin der Universität Bern zusammen mit der Kantonspolizei daran, Situationen bzw. Befunde zu definieren, die auch für den medizinischen Laien die Feststellung des Todes so "eindeutig" machen könnten, dass auf eine Reanimation guten Gewissens verzichtet werden kann. Dabei wird es sich jedoch nur um wenige eindeutige Fallkonstellationen handeln (z. B. bei nicht mit dem Leben zu vereinbarende Verletzungen wie Dekapitationsverletzungen).

Aus den genannten Gründen ist der Regierungsrat der Ansicht, dass die Feststellung des Todes und damit der Entscheid, keine Reanimationsmassnahmen durchzuführen, bis auf wenige, noch zu definierende Ausnahmen (in Abklärung mit dem Institut für Rechtsmedizin und der Kantonspolizei Bern) in die Kompetenz der klinisch tätigen Ärztinnen und Ärzte fällt. Auch ist die Einsatzdringlichkeit bei einer Todesfallfeststellung in den meisten Fällen nicht so hoch, das heisst der Arzt kann dies besser mit den Notfällen in seiner Praxis organisieren.

#### **Zu Ziffer 4 Hafterstehungsfähigkeit**

Eine Überprüfung der Haftfähigkeit in der Notaufnahme wäre zwar aus medizinischer Sicht grundsätzlich möglich, wie wir dies schon in Ziffer 2 bei den FUs aufgeführt haben, jedoch führen alle Vorschläge nur zu einer Verlagerung der ärztlichen Tätigkeit. Wie Hausärzte sind auch die Notaufnahmen häufig überlastet. Eine Delegation dieser Tätigkeit an die Notfallambulanzen ist zwar grundsätzlich denkbar, würde aber nur eine Verschiebung von einem Problembereich in einen anderen bedeuten.

Es hat sich gezeigt, dass gezielte Fortbildungen der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BE-KAG) zusammen mit der Kantonspolizei zur Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit ein wichtiges Instrument sind, um die Ärztinnen und Ärzte in ihrer Aufgabe zu unterstützen und die Hürde zur Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit zu senken. Diese Schulungen konnten während der Pandemie nicht durchgeführt werden. Sie werden nun wieder angeboten und die betroffenen Bezirksverbände werden gebeten, diese Kurse bekannt zu machen. Die Situation wird in Absprache mit der Ärztesgesellschaft des Kantons Bern laufend begleitet. Zudem besteht seit 2020 ein Vertrag mit der Kantonspolizei, der regelt, dass die Ärzte die Rechnung für Behandlungen, welche im Auftrag der Polizei erfolgt sind (u. a. die fürsorgliche Unterbringung und die Hafterstehungsfähigkeitsbeurteilung), direkt an die Kantonspolizei schicken können und auch von dieser beglichen werden.

Zusammenfassend ist der Regierungsrat der Auffassung, dass die Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit vor allem weiterhin durch gezielte Schulungen statt einer Verschiebung in einen anderen Bereich unterstützt werden sollte. Natürlich können die Ärztlichen Bezirksvereine wie auch bei den FUs, Modelle in Zusammenarbeit mit den Spitälern und der Polizei entwickeln, in denen die Personen oder Patientinnen und Patienten zwecks Beurteilung der Hafterstehungsfähigkeit in die Notfallpforte eines Spitales oder einer Klinik gebracht werden.

#### **Zu Ziffer 5 Wiedereinführung der Amtsärztinnen und Amtsärzte**

Amtsärztinnen und Amtsärzte gab es im Kanton Bern nur im Zusammenhang mit der vom Kantonsarztamt beauftragten einzelnen Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten in

der Verordnung über den Vollzug der eidgenössischen Epidemien- und Tuberkulosegesetzgebung vom 22.05.1979 (vgl. Art. 4 Abs. 1 Verordnung über den Vollzug der eidgenössischen Epidemien- und Tuberkulosegesetzgebung vom 22.05.1979 (Stand 01.01.2013)).<sup>6</sup>

Zusätzlich gab es Kreisärztinnen und Kreisärzte, welche im Auftrag der zuständigen Untersuchungs- oder Gerichtsbehörden Legalinspektionen (äussere Leichenbesichtigung) oder Untersuchungen an lebenden Personen im Rahmen der Beweissicherung vorgenommen haben. Die Kreisärztinnen und Kreisärzte wurden im Nebenamt durch die Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion für vier Jahre ernannt (vgl. Verordnung über die Kreisärztinnen und Kreisärzte vom 13. Mai 1998).<sup>7</sup> Diese Aufgaben werden bis auf die Beurteilung der Hafterstellungsfähigkeit heutzutage durch das Institut für Rechtsmedizin und nicht durch die Hausärztinnen und Hausärzte wahrgenommen.

Wollte man Amtsärztinnen und Amtsärzte zur Unterstützung der Hausärztinnen und Hausärzte im Sinne der Motionäre neu einführen, müssten die entsprechenden Ressourcen vom Grossen Rat bewilligt werden. Hierfür bräuchte es eine Änderung des Gesundheitsgesetzes sowie die finanziellen Voraussetzungen zur Schaffung neuer Stellen im Bereich der Verwaltung.

Das Zentrum für Forensische Psychiatrie und Psychologie der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie bietet sowohl stationäre, tagesstationäre, als auch ambulante und aufsuchende Angebote für Patientinnen und Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen, die sich im Freiheitsentzug oder aufgrund von gerichtlich angeordneten Massnahmen in einer ambulanten Behandlung befinden. Es wäre zu überlegen, ob nicht dieses Zentrum auch die FUs in der generellen Bevölkerung für den ganzen Kanton übernehmen könnte. Allerdings wäre dies, ebenso wie die Schaffung neuer Amtsärztinnen und Amtsärzte, mit Zusatzkosten für den Kanton verbunden. Auch möglich wäre dort die Anstellung von Internisten, die auch die Todesfallfeststellungen und HEFB für den ganzen Kanton übernehmen könnten. Ein Risiko auch bei diesem Modell wäre, dass beim aktuellen Fachkräftemangel nicht genügend Ärztinnen und Ärzte für diese Anstellungen gefunden werden könnten.

Zusammenfassend wäre nach der Auffassung des Regierungsrates eine Gesetzesrevision erst angezeigt, wenn die Bezirksvereine die Organisation des Notfalldienstes nicht mehr gewährleisten könnten. In diesem Fall wären neben der Wiedereinführung verschiedene Modelle (u. a. auch die Beauftragung Dritter) zu prüfen, um eine wirtschaftliche Aufgabenerfüllung sicherzustellen. Der Regierungsrat beantragt die Annahme und gleichzeitige Abschreibung des Postulats.

Verteiler

– Grosser Rat

<sup>6</sup> <https://www.lexfind.ch/fe/de/tol/20101/versions/105082/de>

<sup>7</sup> <https://www.lexfind.ch/tol/123426/de>