
Gesamtsicht Aus- und Weiterbildung Medizin im System der Gesundheits- versorgung

Gemeinsamer Bericht WBF/EDI

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	1
Zusammenfassung	3
1 Ausgangslage und Ziel.....	8
1.1 Hintergrund.....	8
1.2 Ziel des Berichts	9
2 Karrierewege von Ärztinnen und Ärzten.....	9
2.1 Werdegang und berufliche Karrierewege	9
2.2 Rechtliche Grundlagen	10
3 Laufende Massnahmen und Herausforderungen.....	13
3.1 Ausbildung.....	13
3.1.1 Herausforderungen: Ausbildung.....	13
3.1.2 Laufende Massnahmen: Ausbildung	16
3.2 Weiterbildung	17
3.2.1 Herausforderungen: Weiterbildung	19
3.2.2 Laufende Massnahmen: Weiterbildung.....	20
3.3 Gesundheitsversorgung und Kosten	23
3.3.1 Herausforderungen: Gesundheitsversorgung und Kosten	25
3.3.2 Laufende Massnahmen: Gesundheitsversorgung und Kosten.....	25
3.4 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	29
4 Anhang	31

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFI-Botschaft	Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation
BFS	Bundesamt für Statistik
BV	Bundesverfassung
Dialog NGP	Dialog Nationale Gesundheitspolitik
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFTA	European Free Trade Association
EPDG	Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier
EU	Europäische Union
FKI	Fachkräfteinitiative
FMH	Berufsverband der Schweizerischen Ärzteschaft
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
HFKG	Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz
HIV	Humanes Immunodefizienz-Virus
HSM	Hochspezialisierte Medizin
HTA	Health Technology Assessment
IUV	Interkantonale Universitätsvereinbarung
IVHSM	Interkantonale Vereinbarung zur hochspezialisierten Medizin
KTI	Kommission für Technologie und Innovation
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
MEBEKO	Medizinalberufekommission im Rahmen des MedBG
MedBG	Medizinalberufegesetz
NOSO	Nosokomiale Infektion (Spital- und Pflegeheiminfektionen)
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
Plattform ZäB	Plattform Zukunft ärztliche Bildung
SBFI	Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation
SCLO	Schweizerischer Lernzielkatalog (Swiss Catalogue of Learning Objectives)
SHK	Schweizerische Hochschulkonferenz
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMIFK	Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission
SNF	Schweizerischer Nationalfonds
STI	Sexually transmitted infections

SwissDRG	Swiss Diagnosis Related Groups (Tarifsystem für stationäre akutsomatische Spitalleistungen)
TARMED	Arzttarif im ambulanten Bereich
WBF	Eidgenössisches Departement für Wirtschaft, Bildung und Forschung
ZTD	Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik

Zusammenfassung

Bedarf an zusätzlichen Ärztinnen und Ärzten

In den letzten Jahren wurden in der Schweiz gemessen am Bedarf, der zur Sicherung der Gesundheitsversorgung nötig ist, zu wenige Ärztinnen und Ärzte ausgebildet. Diesem Defizit wurde durch eine vermehrte Rekrutierung ausländischer Ärztinnen und Ärzte begegnet. Darüber, dass die Schweiz künftig mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden soll, besteht ein breit abgestützter gesellschaftlicher und politischer Konsens, nicht nur vor dem Hintergrund des möglicherweise erschwerten Zugangs zu ausländischer Fachkräften infolge der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative (Artikel 121a BV).

Weitere Anstrengungen erforderlich

Zwar haben die Universitäten ihre Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin in den letzten Jahren bereits substantiell erhöht. Es sind jedoch weitere Anstrengungen nötig, um die vom Bundesrat empfohlenen 1'300 Abschlüsse in Humanmedizin pro Jahr als Zielgrösse zu erreichen. Der Bundesrat hat deshalb im Kontext der Begleitmassnahmen zum Umsetzungskonzept zu Artikel 121a BV und der Fachkräfteinitiative des Eidgenössischen Departements für Wirtschaft Bildung und Forschung WBF beschlossen, zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur nachhaltigen Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin zu ergreifen. Hierfür sieht er vor, im Rahmen der Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation (BFI-Botschaft) in den Jahren 2017-2020 den Kredit der projektgebundenen Beiträge nach HFKG um maximal 100 Millionen Franken zu erhöhen.

Die geplante Sonderfinanzierung ist eine wichtige Massnahme, um den Bestand der im Inland ausgebildeten Ärzteschaft zu erhöhen. Der weiter wachsende Bedarf an Gesundheitsleistungen kann jedoch nicht alleine mit der Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin gedeckt werden. In diesem Kontext stellen sich auch Fragen zu Struktur, Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung. Beispielsweise müssen die bedarfsgerechte Weiterbildung und die nachhaltige Nutzung des bestehenden Potenzials an Ärztinnen und Ärzten, die Produktivität in der Gesundheitsversorgung sowie die gesetzlichen Rahmenbedingungen analysiert werden. Wichtig ist vor allem, dass die Ärztinnen und Ärzte ihren Beruf längerfristig ausüben und ein bedarfsgerechter Fachärztemix erreicht werden kann. Nebst Massnahmen in der Ausbildung müssen auch die Rahmenbedingungen in der Weiterbildung sowie in der Berufspraxis entsprechend angepasst werden.

Gesamtschau als Grundlage für BFI-Debatte

Damit das Parlament die zur Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin vorgesehene projektorientierte Sonderfinanzierung zugunsten der universitären Hochschulen im Gesamtkontext beurteilen kann, ermöglicht dieser Bericht einen Überblick über die verschiedenen Herausforderungen und laufenden Massnahmen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten in der Bildungs- und Gesundheitspolitik. Denn ohne weitere strukturelle Anpassungen im komplexen Umfeld des gesamten Gesundheitssystems kann dem wachsenden Bedarf an Gesundheitsleistungen selbst mit weiteren deutlichen Erhöhungen der Anzahl Studienabschlüsse in Humanmedizin nicht adäquat begegnet werden.

Der Bericht wird dem Parlament zusammen mit der BFI-Botschaft 2017–2020 unterbreitet. Er ist eine gemeinsame Publikation des WBF und des Eidgenössischen Departements des Innern EDI.

Universitäre Ausbildung

Die Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin an den Schweizer Universitäten wurden in den letzten Jahren deutlich erhöht. Dennoch werden diese Anstrengungen nicht ausreichen, um 1300 Masterabschlüsse im Jahr 2025

zu erreichen. Weitere Erhöhungen sind nötig, und diese bedürfen erstens zusätzlicher Mittel und zweitens eines koordinierten Vorgehens im Rahmen der Schweizerischen Hochschulkonferenz.

Herausforderungen	Massnahmen
Koordinierter Ausbau der universitären Ausbildungskapazitäten. Optimierte Nutzung der klinischen Ausbildungskapazitäten an den Spitälern. Ausgestaltung des Medizinstudiums (Effizienzüberlegungen, Kooperationen zwischen Hochschulen und Standorten, inhaltliche Gestaltung der Studiengänge und Koordination mit der ärztlichen Weiterbildung, Zulassungsbeschränkung (Numerus Clausus)).	Sonderprogramm zum Ausbau der Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin für max. 100 Mio. CHF in den Jahren 2017-2020. Koordination der Anstrengungen im Rahmen der Schweizerischen Hochschulkonferenz.

Fachspezifische Weiterbildung

Nach Abschluss der Ausbildung (eidg. Arzt Diplom) folgt die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt in einem der 44 akkreditierten eidgenössischen Weiterbildungsgänge der Medizin (Fachgebiete). Jedoch nicht alle Ärztinnen und Ärzte erwerben nach dem eidg. Arzt Diplom einen Weiterbildungstitel. Da die Ausbildung in Humanmedizin teuer ist, besteht ein grosses gesellschaftliches Interesse daran, dass möglichst alle Ausgebildeten im Arztberuf bleiben. Die Löhne der Assistenzärztinnen und -ärzte sind Teil der gemäss Krankenversicherungsgesetz abgerechneten Leistungen. Die erhaltene Weiterbildung (strukturiert und unstrukturiert) wird somit über den Lohn abgegolten. Die Kosten der erteilten Weiterbildung (strukturiert und unstrukturiert) dagegen sind ausdrücklich nicht Teil der medizinischen Leistungen nach Krankenversicherungsgesetz, sondern müssen als gemeinwirtschaftliche Leistungen von den Kantonen abgegolten werden. Heute bestehen grosse kantonale Unterschiede in Bezug auf die Finanzierung dieser Leistungen. Weiter fällt die gegenüber der gesetzlichen Mindestdauer von fünf oder sechs Jahren viel länger dauernde Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt auf.

Herausforderungen	Massnahmen
Weniger Berufsaussteigerinnen und -aussteiger nach Erwerb des Arzt Diploms. Ärztinnen und Ärzte sind bei Weiterbildungsabschluss durchschnittlich über 37 Jahre alt: die Weiterbildungsdauer sollte verringert werden.	Studienergebnisse zur Klärung der Berufsaussteigerinnen und -aussteiger werden im Jahr 2016 erwartet. Verschiedene Initiativen zur Verkürzung der Weiterbildung wurden ergriffen: Akteure in diesem Feld sind das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF), welches Assistenzärztinnen und -ärzte mit der Einführung des e-Logbuches bei der Erfüllung des Weiterbildungsprogramms unterstützt; zudem sind Fachgesellschaften, Spitäler und Kantone an der Organisation von Weiterbildungsnetzwerken beteiligt.
Finanzierung der erteilten strukturierten Weiterbildung in allen Kantonen sicherstellen.	Bis Ende 2016 läuft das Ratifikationsverfahren zu einem Konkordat der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), das pro Jahr und Vollzeitäquivalent einer Assistenzärztin oder eines Assistenzarztes 15'000 Franken vorsieht, die von den Kantonen an die Weiterbildungsspitäler bezahlt werden sollten. Damit sollen die Aufwendungen der Spitäler für erteilte strukturierte Weiterbildung abgegolten werden.

Herausforderungen	Massnahmen
Bedarfsgerechte Weiterbildung nach Ausbildungsabschluss, beispielsweise mehr Hausärztinnen und Hausärzte.	Eine breit abgestützte Arbeitsgruppe wurde 2014 von der Plattform Zukunft ärztliche Bildung (Plattform ZäB) des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Dialog NGP) eingesetzt. Sie erarbeitet Vorschläge, auf welcher Basis Empfehlungen zum Weiterbildungsbedarf nach Fachgebiet erarbeitet und umgesetzt werden können. Ein Berechnungsmodell liegt vor und wird 2016 getestet.
Interprofessionelle Ausbildung ist eine wichtige Basis für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Sie sollte vermehrt umgesetzt werden.	2013 hat eine Arbeitsgruppe der Plattform ZäB sechs Module für die interprofessionelle Ausbildung entwickelt, die sich auf konkrete interprofessionelle Versorgungssituationen beziehen. Die Umsetzung wurde anlässlich einer nationalen Konferenz 2014 mit den Bildungsinstitutionen diskutiert. Im Frühling 2016 wird der Bundesrat zudem über ein Förderprogramm Interprofessionalität entscheiden, mit welchem die Umsetzung interprofessioneller Bildungsprojekte 2017-2020 ermöglicht werden sollen. Die Massnahme wurde vom Bundesrat im Kontext der Fachkräfteinitiative plus lanciert und soll den Fachkräftebedarf verringern.
Auswirkungen der weiter fortschreitenden Spezialisierung in der Medizin auf Entwicklung der Angebots- und Nachfragestruktur untersuchen.	Eine Arbeitsgruppe wurde 2015 im Auftrag des Dialogs NGP von der Plattform ZäB eingesetzt. Sie wird bis Ende 2016 einen Bericht vorlegen, der aufzeigt, wie ineffiziente Entwicklungen möglichst verhindert werden könnten.

Gesundheitsversorgung und Kosten

Kaum ein Land verfügt wie die Schweiz über eine derart wohnortnahe, leistungsfähige und hochstehende Gesundheitsversorgung. Die hohe Verfügbarkeit des Versorgungsangebots auf kleinstem Raum hat ihren Preis: die Gesundheitsausgaben der Schweiz gehören zu den höchsten weltweit. Dabei gibt es beträchtliche kantonale Unterschiede bei den Kosten und der Inanspruchnahme von Leistungen. Verschiedene Massnahmen der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates vom Januar 2013 (Gesundheit2020) tragen dazu bei, die Gesundheitsversorgung besser am zukünftigen Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Dadurch sollen die vorhandenen Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Zudem soll die Auslandabhängigkeit beim Gesundheitspersonal verringert werden. Und schliesslich gibt es verschiedene Massnahmen zur Steigerung der Effizienz und Produktivität. Dadurch sollen die Gesundheitskosten und ihre Zunahme beeinflusst werden.

Gesundheitsversorgung und Kosten	
Herausforderungen	Laufende Massnahmen Gesundheit2020
Auslandabhängigkeit in den Gesundheitsberufen verringern, personelle Ressourcen kompetenzgerecht einsetzen und Interprofessionalität fördern.	Neben Mehrausbildung von Ärztinnen und Ärzten soll das Gesundheitsberufegesetz 2019 in Kraft gesetzt werden, um den Boden für neue Berufsbilder und Rollen der Gesundheitsberufe auf Fachhochschulstufe zu bereiten. Im Rahmen der Fachkräfteinitiative (FKI) wird der Bundesrat im Frühling 2016 über ein Förderprogramm Interprofessionalität 2017-2020 entscheiden, mit dem die interprofessionelle Ausbildung und Berufsausübung im Interesse einer besser koordinierten Versorgung gestärkt werden könnten.
Gesundheitssystem besser auf den Bedarf der älter werdenden Bevölkerung ausrichten.	Zahlreiche Projekte, Strategien und Massnahmen wie die Förderung der koordinierten Versorgung für bestimmte Patientengruppen und an bestimmten Schnittstellen (z.B. Spital-Rehabilitation), die Einführung des elektronischen Patientendossiers sowie die Strategien Palliative Care, Demenz oder Langzeitpflege oder auch das Nationale Forschungsprogramm des SNF „Gesundheitsversorgung“ sollen zu einer besseren Anpassung der Gesundheitsversorgung an den Bedarf der Bevölkerung und zu einem effizienten Mitteleinsatz führen.
Kostenentwicklung dämpfen.	Der Einzelleistungstarif TARMED ist zurzeit in Revision durch die Tarifpartner. Die in der Tarifstruktur abgebildeten Leistungen sollen sachgerecht und wirtschaftlich tarifiert sein, da sonst Fehlanreize entstehen, unnötige medizinische Leistungen erbracht werden, die Kosten weiter steigen und nicht zuletzt auch die Versorgungsqualität schlechter werden wird. In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sollen weitere Teilbereiche konzentriert werden, wodurch Effizienz und Qualität dieser Leistungen verbessert werden. Mit der Qualitätsstrategie und Stärkung von Health Technology Assessments (HTA) sollen die Qualität und Patientensicherheit verbessert sowie nicht wirksame und ineffiziente Leistungen reduziert werden.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Viel Potential zur Entlastung des Gesundheitssystems liegt sowohl bei den noch gesunden als auch bei den bereits kranken Menschen selbst. Diese sollen motiviert und befähigt werden, gesünder zu leben und sich selbst mehr zu versorgen. Der Bedarf an ärztlichen oder medizinischen Leistungen könnte dadurch wesentlich gesenkt werden. Zu mehr Gesundheit beitragen können ausserdem Entscheide in andern Politikfeldern wie beispielsweise Bildung, Wirtschaft, Umwelt und Soziales, wenn diese zu mehr Chancengleichheit und Teilhabe am wirtschaftlichen und sozialen Leben führen oder die Umweltbedingungen verbessern.

Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	
Herausforderungen	Laufende Massnahmen Gesundheit2020
Der Anteil der gesunden Lebensjahre gemessen an der Lebenszeit soll erhöht werden (Kompression der Morbidität), damit die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen gesenkt werden kann.	Die nationalen Strategien zur Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten, Sucht und psychische Krankheiten bilden inskünftig den Rahmen, in welchen die verschiedenen Ende 2016 auslaufende Programme wie Tabak und Alkohol integriert werden sollen. Die verschiedenen substanz- oder verhaltensbezogenen Präventionsbestrebungen sollen im Rahmen dieser drei Themenschwerpunkte besser koordiniert und die Synergien besser genutzt werden. Gemeinsam mit seinen Partnern will der Bund dazu beitragen, dass die Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise motiviert werden. Mit den nationalen Strategien gegen Spital- und Pflegeheiminfektionen (NOSO), das humane Immundefizienz-Virus (HIV) sowie sexuell übertragbare Infektionen (STI), der Masernelimination und Prävention der saisonalen Grippe soll die Krankheitslast der übertragbaren Krankheiten weiter gesenkt werden.
Menschen gesundheitskompetenter machen und zu mehr Selbstbehandlung anleiten.	Im Brennpunkt dieser Massnahme stehen vulnerable Gruppen wie beispielsweise die Migrationsbevölkerung oder Personen in einkommensschwachen Verhältnissen, die oftmals über zu wenig Wissen verfügen, wie sie das Gesundheitssystem angemessen nutzen können.
Weitere Politikfelder für gesundheitliche Anliegen sensibilisieren.	Heute übernehmen 330'000 Personen im Erwerbsalter Pflege- und Betreuungsaufgaben. Aufgrund des erwarteten steigenden Bedarfs sollen mit dem 2014 vom Bundesrat beschlossenen Aktionsplan die pflegenden Angehörigen gezielt unterstützt und entlastet werden. Im Frühling 2016 wird der Bundesrat zudem über ein Förderprogramm zur Weiterentwicklung der Entlastungsangebote 2017-2020 entscheiden. Die Massnahme steht im Zusammenhang mit der Fachkräfteinitiative plus und soll den Fachkräftebedarf verringern. Die Gesundheit hängt zu 60 % von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik ab. Mit einer umfassenden Gesundheitspolitik will das BAG andere Politikbereiche sensibilisieren und zu gesundheitsförderlichen Entscheidungen beitragen.

1 Ausgangslage und Ziel

1.1 Hintergrund

In den letzten Jahren wurden in der Schweiz gemessen am Bedarf, der zur Sicherung der Gesundheitsversorgung nötig ist, zu wenige Ärztinnen und Ärzte ausgebildet. Als Gründe dafür werden unter anderem die überdurchschnittlich hohen Kosten eines Medizinstudiums sowie Kapazitätsengpässe in der Phase der klinischen Ausbildung genannt. Diesem Defizit wurde durch eine vermehrte Rekrutierung ausländischer Ärztinnen und Ärzte begegnet. Dementsprechend beträgt der Anteil berufstätiger Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Diplom in der Schweiz gemäss dem Berufsverband der Schweizerischen Ärzteschaft (FMH) insgesamt rund 30 Prozent.¹ In den Spitälern liegt ihr Anteil bei über 40 Prozent.² Bei den durch die kantonalen Aufsichtsbehörden erteilten Berufsausübungsbewilligungen für die selbstständige Tätigkeit liegt der Anteil der Ärztinnen und Ärzte mit einem anerkannten ausländischen Arztdiplom zurzeit bei über 50 Prozent.³

Darüber, dass die Schweiz künftig mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden soll, besteht ein breit abgestützter gesellschaftlicher und politischer Konsens, nicht nur vor dem Hintergrund des möglicherweise erschwerten Zugangs zu ausländischer Fachkräften infolge der Annahme der Masseneinwanderungsinitiative (Artikel 121a BV), aber auch aus Gründen der Fairness gegenüber den Herkunftsländern, welche die Ausbildungskosten tragen. Die Ausbildung von mehr und gut qualifiziertem Gesundheitspersonal ist zum einen Teil der gesundheitspolitischen Strategie des Bundesrates (Gesundheit 2020). Sie bildet ein Ziel des Handlungsfeldes "Versorgungsqualität sichern und erhöhen" und ist eingebettet in eine Gesamtstrategie, die weitere Handlungsfelder und Massnahmen umfasst. Zum anderen ist die Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse in Humanmedizin Bestandteil des Massnahmenkatalogs zur Umsetzung der Fachkräfteinitiative⁴.

Die Universitäten haben zwar ihre Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin in den letzten Jahren bereits substanziell erhöht. Es sind jedoch weitere Anstrengungen nötig, um die gemäss einem Bericht⁵ des Bundesrates vom September 2011 anzustrebenden 1'200 bis 1'300 Masterabschlüsse pro Jahr zu erreichen. Diese Anzahl Abschlüsse ist nötig, um den Bestand des Jahres 2009 von 32'000 Ärztinnen und Ärzten mit in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten ersetzen zu können. Auch wenn sich dieser Bestand seither weiter erhöht hat, gelten die 1'300 Abschlüsse in Humanmedizin pro Jahr als Zielgrösse.

Um diese Vorgabe erreichen zu können, hat der Bundesrat im Kontext der Begleitmassnahmen zum Umsetzungskonzept zu Artikel 121a BV und der Fachkräfteinitiative des WBF beschlossen, zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur nachhaltigen Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin zu ergreifen. Zu diesem Zweck sieht er vor, im Rahmen der Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation (BFI-Botschaft) in den Jahren 2017-2020 den Kredit der projektgebundenen Beiträge nach HFKG um maximal 100 Millionen Franken zu erhöhen. Damit soll ein anreizorientiertes Programm finanziert werden, das zur nachhaltigen Erhöhung der Anzahl Studienabschlüsse in Humanmedizin beiträgt. Bis spätestens 2025 sollen die 1'300 Masterabschlüsse in Humanmedizin dank der Zusatzfinanzierung des Bundes erreicht werden.

Als längerfristige Massnahme hat der Bundesrat zudem entschieden, in der ersten Hälfte der Legislaturperiode 2015-2019 gemeinsam mit den Kantonen die Zweckmässigkeit des heutigen Finanzierungsmechanismus des Bundes im Bereich der Humanmedizin auszubilden zu überprüfen. Insgesamt sollen wirksame Anreize geschaffen werden zur Effizienzsteigerung in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten.

1 Schweizerische Ärztezeitung (2015): FMH-Ärzttestatistik 2014. Frauen- und Ausländeranteil nehmen kontinuierlich zu. 462-469.

2 Krankenhausstatistik 2013 (BFS): www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/data/01.html

3 Vergleiche dazu Auswertungen auf der BAG-Internetseite: www.bag.admin.ch/themen/berufe/13930/13938/14387/index.html?lang=de

4 Bericht des Bundesrates vom 19. Juni 2015 „Fachkräfteinitiative – Stand der Umsetzung und weiteres Vorgehen“ in Erfüllung verschiedener parlamentarischer Vorstösse.

5 Bericht des Bundesrat in Beantwortung der Motion Fehr 08.3608 "Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin" unter Link: www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/13933/14201/?lang=de

1.2 Ziel des Berichts

Wie viele Ärztinnen und Ärzte für eine effiziente und zweckmässige Gesundheitsversorgung in der Schweiz tatsächlich ausgebildet werden sollen, hängt nicht nur vom Bestand der Ärzteschaft, sondern von zahlreichen weiteren Faktoren ab. In diesem Kontext stellen sich Fragen zu Struktur, Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung: Wie kann die Gesundheitsversorgung in der Schweiz möglichst effizient und den (künftigen) gesellschaftlichen Bedürfnissen entsprechend gestaltet werden? Welche Ärztinnen und Ärzte werden dafür benötigt? Wie können die Ressourcen der verschiedenen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsfachkräfte optimal eingesetzt und langfristig genutzt werden? Wie kann die Kostenentwicklung im Gesundheitssystem gedämpft werden? Wie können die allgemeine Gesundheit und die Selbstversorgung in Zukunft stärker gefördert werden? Der Bericht zeigt insbesondere auf, dass zahlreiche Massnahmen im Kontext dieser Fragestellungen bereits an die Hand genommen wurden. Damit das Parlament die zur Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin vorgesehene projektorientierte Sonderfinanzierung zugunsten der universitären Hochschulen im Gesamtkontext beurteilen kann, soll mit diesem Bericht ein Überblick über die verschiedenen Herausforderungen und laufenden Massnahmen sowie die jeweiligen Zuständigkeiten in der Bildungs- und Gesundheitspolitik geschaffen werden. Der Bericht soll als Informationsgrundlage für die BFI-Debatte im Bereich Medizin dienen und wird dem Parlament zusammen mit der BFI-Botschaft 2017–2020 zugestellt. Das Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBFI und das Bundesamt für Gesundheit BAG haben den Bericht gemeinsam erstellt.

2 Karrierewege von Ärztinnen und Ärzten

2.1 Werdegang und berufliche Karrierewege

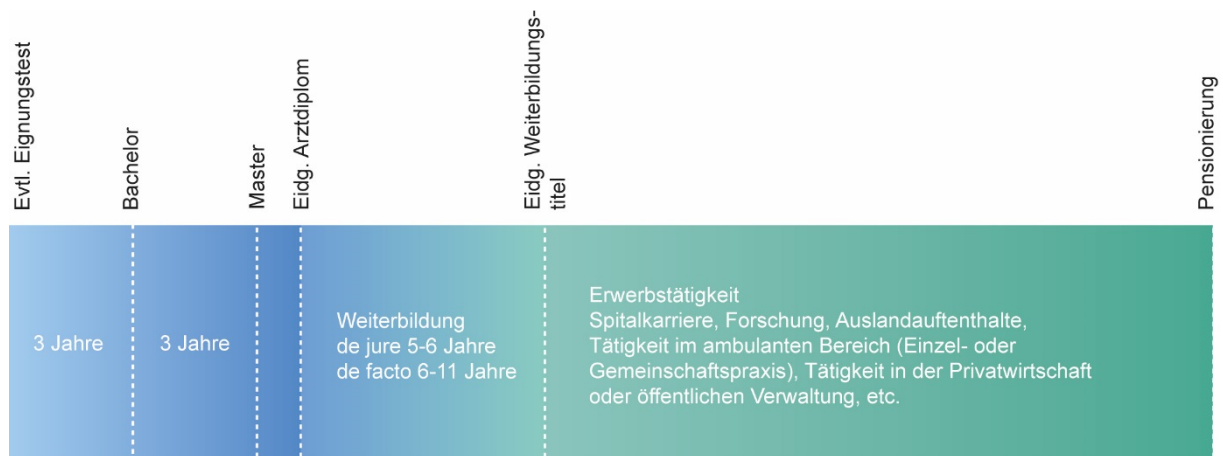
Zugang zum Studium der Humanmedizin erhält, wer über eine eidgenössische oder eidgenössisch anerkannte Matura verfügt. An den Deutschschweizer Hochschulen⁶ unterliegt das Medizinstudium seit 1998 zusätzlich einer Zulassungsbeschränkung (Numerus Clausus). Seit 2009 ist das Studium unterteilt in einen Bachelor- und einen Masterstudiengang von jeweils drei Jahren. Während insbesondere die ersten zwei Jahre (und Teile des dritten Jahres) des Bachelor-Studiums eine naturwissenschaftliche Grundausbildung vermitteln (sogenannte Vorklinik), beinhaltet der dreijährige Master (sowie Teile des dritten Jahres des Bachelors) die klinische Ausbildung. Zudem werden im 5. Studienjahr in der Regel zehn Monate Berufspraxis absolviert (Wahlstudienjahr als Unterassistentin/Unterassistent). Schliesslich wird das Studium mit einer Masterarbeit abgeschlossen.

Mit dem Masterabschluss kann die eidgenössische Prüfung in Humanmedizin absolviert werden. Wer diese besteht, erhält das eidgenössische Arzt Diplom. Dieses berechtigt zur Arbeit unter Aufsicht und zur Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt (Funktion als Assistenzärztin oder Assistenzarzt). Die Weiterbildung findet fast ausschliesslich in Spitälern und unter Aufsicht eines Facharztes / einer Fachärztin statt. Zur Auswahl stehen 44 eidgenössische Weiterbildungstitel (z.B. *Allgemeine Innere Medizin* oder *Psychiatrie und Psychotherapie*) und drei privatrechtliche Facharzt titel. Die Weiterbildung zum Facharzt / zur Fachärztin dauert je nach Anforderungen des Weiterbildungsprogramms mindestens fünf bis sechs Jahre. In der Realität dauert die Weiterbildung meist länger; 2014 waren die neuen Fachärztinnen und Fachärzte bei Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels im Durchschnitt knapp 38 Jahre alt. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung berechtigt zur Ausübung des Arztberufes in eigener fachlicher Verantwortung (z.B. Praxistätigkeit). Keine Voraussetzung dafür ist die Promotion (Dokortitel).

Nach Abschluss der Weiterbildung kann die Berufskarriere im Spital oder in der ambulanten Praxis weiterverfolgt werden. Möglich sind auch Mischformen wie die Tätigkeit als Belegärztin/Belegarzt. Diese behandeln ihre Patient/innen sowohl ambulant in der Praxis als auch im Spital, wenn z.B. ein chirurgischer Eingriff auf ihrem Fachgebiet notwendig ist (z.B. Orthopädie, Gynäkologie und Geburtshilfe usw.).

⁶ Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich; die Universität Freiburg bietet lediglich ein Bachelorstudium an, das anschliessende Masterstudium wird entweder an der Universität Basel, Bern oder Zürich absolviert.

Abbildung 1: Schematischer Karriereweg von Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz von der universitären Ausbildung bis zur Pensionierung.



Wer eine Karriere im Spital anstrebt, muss neben der Patientenbetreuung auch forschen und publizieren. Stationen einer Spitalkarriere sind die Funktionen als Oberärztin/Oberarzt, Leitende Ärztin/Leitender Arzt bis zur Chefärztin/Chefarzt. Ab einer gewissen Funktion ist die Spitalkarriere eng an eine erfolgreiche akademische Karriere geknüpft. Wer eine solche anstrebt, braucht zwingend eine Promotion zum Dr. med. Aber auch ohne Promotion kann bei erfolgreicher, langjähriger Klinik- und Forschungstätigkeit im In- und Ausland schliesslich ein Habilitationsgesuch eingereicht werden. Die Fakultät bestätigt mit der Habilitation, dass der oder die Betreffende fähig ist, selbstständig zu lehren und zu forschen. Zwar wird die Habilitation von Schweizer Universitäten nicht mehr vorausgesetzt, trotzdem wird sie oft als Vorteil für eine weitere akademische Karriere an der Universität und im (Universitäts-)Spital betrachtet. Diese führt – in einigen Fällen über eine Assistenzprofessur ohne oder mit Tenure Track – zur ausserordentlichen oder ordentlichen Professur.

2.2 Rechtliche Grundlagen

Im Folgenden werden die wichtigsten gesetzlichen Grundlagen entlang des beruflichen und akademischen Karriereweges einer Ärztin oder eines Arztes dargestellt.

Tabelle 1: Rechtliche Grundlagen entlang der Etappen der medizinischen Aus- und Weiterbildung und Berufskarriere.

Stationen des Karriereweges	Rechtliche Grundlagen	Zuständigkeit	Kommentar
Zulassung zum Medizinstudium / Numerus Clausus	Kantonale Regelungen	Universitätskantone	Die Universitätskantone entscheiden im Rahmen ihrer Trägerautonomie aufgrund des Verhältnisses zwischen eingegangenen Anmeldungen und verfügbaren Studienplätzen jährlich, ob eine Zulassungsbeschränkung angewendet werden soll. Die Rektorenkonferenz der Schweizerischen Hochschulen swissuniversities führt in Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik (ZTD) den Eignungstest durch.

Stationen des Karriere- weges	Rechtliche Grundlagen	Zuständigkeit	Kommentar
Bachelor- und Master- studium	Kantonale Gesetze	Universitätskantone	Die Schweizer Universitäten stehen unter kantonalen Hoheit. Kantonale Gesetze regeln den Betrieb und die Finanzierung der Universitäten.
	Interkantonale Universitätsver- einbarung (IUV)	Kantone	Regelt den gleichberechtigten interkantonalen Zugang zu den Universitäten und die Abgeltung aller Kantone an die Universitätskantone.
	Hochschulförde- rungs- und -koor- dinationsgesetz (HFKG)	Bund (SBFI)	Der Bund unterstützt die Universitäten subsidiär. Das HFKG koordiniert und regelt u.a. die Finanzierung von Hochschulen, die Aufgabenteilung in besonders kostenintensiven Bereichen, die Akkreditierung und die Gewährung der Bundesbeiträge.
	Medizinalberufe- gesetz (MedBG), Reglemente der Fakultäten	Bund (BAG), Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK), Fakultäten	Das MedBG regelt die Ziele der Ausbildung. Diese werden im Schweizerischen Lernzielkatalog (SCLO) konkretisiert. Der SCLO bildet die Grundlage für die Ausbildungsgänge und die eidgenössische Prüfung.
Eidg. Prüfung / eidg. Arztdiplom	MedBG und Prüfungsverordnung MedBG	Bund (BAG) in Zusammenarbeit mit der Prüfungskommission und Experten der Fakultäten	Es findet eine einheitliche Prüfung an allen Standorten der Med. Fakultäten zum gleichen Zeitpunkt statt. Sie besteht aus einem theoretischen schriftlichen und praktischen Teil. Das eidg. Arztdiplom berechtigt zur Berufsausübung unter Aufsicht und zur Weiterbildung gemäss MedBG.
Anerkennungen ausländischer Diplome	Medizinalberufes- gesetz MedBG	Medizinalberufekommission (MEBEKO)	Die MEBEKO anerkennt ausländische Diplome der universitären Medizinalberufe, wenn mit dem betreffenden Staat ein Abkommen besteht. Dies ist bei den Staaten der EU und EFTA der Fall. Nicht-EU/EFTA - Bürgerinnen und Bürger können ein Gesuch um Erwerb des eidgenössischen Diploms stellen. Die MEBEKO legt die Bedingungen für den Erwerb fest.

Stationen des Karriereweges	Rechtliche Grundlagen	Zuständigkeit	Kommentar
Weiterbildung zum Facharzt	Weiterbildungsziele gemäss MedBG Weiterbildungsordnung (SIWF) Weiterbildungsprogramme (Fachgesellschaften und SIWF)	Bund (BAG) und Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) sowie Fachgesellschaften	Zurzeit bestehen 44 eidg. akkreditierte Weiterbildungsprogramme (Fachgebiete wie z.B. Augenarzt). Die Programme müssen alle sieben Jahre gemäss MedBG vom EDI akkreditiert werden. Die Weiterzubildenden können frei wählen, in welchem Fachgebiet sie sich spezialisieren wollen. Die Weiterbildungsprogramme werden von den Fachgesellschaften in Zusammenarbeit mit dem SIWF entwickelt und angepasst. Das SIWF ist die für sämtliche Weiterbildungen und Fortbildungen verantwortliche Organisation der Ärzteschaft. Neben eidg. Weiterbildungstiteln bestehen noch drei privatrechtliche Facharztstitel, 35 privatrechtliche Schwerpunkte und 31 Fähigkeitsausweise.
Facharztprüfung / eidg. Weiterbildungstitel	Weiterbildungsordnung SIWF und Bestimmungen gemäss Weiterbildungsprogramm der einzelnen Fachgesellschaften	Fachgesellschaften	Mit der Facharztprüfung wird auf individueller Ebene überprüft, ob die Weiterbildungsziele gemäss MedBG und gemäss Weiterbildungsprogramm des entsprechenden Fachgebiets erreicht wurden.
Anerkennungen ausländischer Weiterbildungstitel	Medizinalberufegesetz MedBG	Medizinalberufekommission MEBEKO	Die MEBEKO anerkennt ausländische Weiterbildungstitel der universitären Medizinalberufe, wenn mit dem betreffenden Staat ein Abkommen besteht. Dies ist bei den Staaten der EU und EFTA der Fall.
Berufstätigkeit in der ambulanten Praxis	MedBG (Bewilligungsvoraussetzungen und Berufspflichten für die privatwirtschaftliche Tätigkeit in eigener fachlicher Verantwortung)	Kantonale Aufsichtsbehörden	Soweit die Tätigkeit im ambulanten Bereich privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung erfolgt, sind die Ärztinnen und Ärzte der Bewilligungspflicht gemäss MedBG unterstellt. Die Kantone prüfen die Bewilligungsvoraussetzungen gemäss MedBG und erteilen bei Erfüllung eine Berufsausübungsbewilligung.
Berufstätigkeit im Spital	Kantonale Gesundheitsgesetze und -verordnungen	Kantonale Aufsichtsbehörden	Gewisse Kantone haben alle Ärztinnen und Ärzte der Bewilligungspflicht unterstellt. Die meisten Kantone haben gewisse Leitungsfunktionen in Spitälern der Bewilligungspflicht unterstellt. Es bestehen keine einheitlichen Regelungen.

3 Laufende Massnahmen und Herausforderungen

3.1 Ausbildung

Die Humanmedizinausbildung ist Aufgabe der medizinischen Fakultäten der Universitäten⁷, die von den jeweiligen Trägerkantonen geführt werden. Der Hochschulkonferenz sowie der Rektorenkonferenz der Schweizerischen Hochschulen swissuniversities kommt eine koordinierende Funktion zu. In den letzten Jahren haben insbesondere die Kantone wie aber auch der Bund bereits Anstrengungen unternommen, um die Anzahl Abschlüsse in der Humanmedizin an allen fünf medizinischen Fakultäten zu erhöhen. In diesem Kapitel werden zum einen die Finanzierung sowie die Rahmenbedingungen für die Koordination zwischen den verschiedenen Stakeholdern⁸ im Bereich der universitären Humanmedizinausbildung dargelegt. Zum anderen wird die Entwicklung der Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin in den letzten Jahren bis zum eidgenössischen Diplom sowie Prognosen für die kommenden Jahre aufgezeigt.

3.1.1 Herausforderungen: Ausbildung

Finanzierung und Koordination der universitären Humanmedizinausbildung

Wie bereits in Kapitel 2.2 dargelegt sind die Kantone für die Führung und Finanzierung ihrer Hochschulen und Studiengänge und somit auch für die der medizinischen Fakultäten inklusive der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten bis zum Masterabschluss verantwortlich. Entsprechend tragen die Kantone auch den grössten Teil der finanziellen Kosten der Ausbildung. Der Bund finanziert die Hochschulen gemäss den Bestimmungen des Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetzes (HFKG, SR 414.20) subsidiär über die drei folgenden Beitragsarten: Grundbeiträge, Bauinvestitions- und Baunutzungsbeiträge sowie projektgebundene Beiträge. Weiter unterstützt er die medizinischen Fakultäten der Universitäten über die Beiträge der Forschungsförderung (Schweizerischer Nationalfonds SNF, Kommission für Technologie und Innovation KTI, EU-Rahmenprogramme). Die Grundbeiträge werden an die Betriebsaufwendungen der Universitäten gewährt und erfuhren zwischen 2008 und 2014 eine stetige Erhöhung in Form eines durchschnittlichen jährlichen Wachstums von 3,9%. Darüber hinaus finanzierte der Bund in der BFI-Periode 2013-2016 über das Instrument der projektgebundenen Beiträge ein mit 3 Millionen Franken dotiertes Programm zur Förderung und zur Konsolidierung von Lehre und Forschung im Bereich der Hausarztmedizin. Die Beiträge des Bundes an die Deckung der Kosten im Bereich Lehre in der Fachrichtung Humanmedizin⁹ machten im Jahr 2013 27% aus.¹⁰ Die Kosten für Forschung und Entwicklung werden in dieser Berechnung nicht berücksichtigt, weil sich der Anteil der bundeseitigen Finanzierung nicht exakt bestimmen lässt.

Eine bundeseitige Angebotssteuerung über die Grundbeiträge ist nur beschränkt möglich. Der Bund kann zusammen mit den Kantonen in der Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK) die Fachrichtung Medizin im Sinne einer hochschulpolitischen Prioritätensetzung einzig über die Gewichtung der Fachbereichsgruppen beim Verteilungsmodell der Grundbeiträge stärker fördern. Die Hochschulen sind aber in der Allokation der erhaltenen Grundbeiträge frei. Weiter kann der Bundesrat über die Prioritätenordnung gemäss Subventionsgesetz (SuG, SR 616.1) Bauinvestitionen, die der Ausbildung von Medizinern dienen, entsprechend favorisieren. Eine stärkere Einflussnahme ist einzig über die Beitragsart der projektgebundenen Beiträge möglich. Über diese Beitragsart können Bund und Kantone konkrete Projekte der Hochschulen zur Erreichung gemeinsam definierter Ziele und Aufgaben unterstützen. Dabei kann auch die Zielerreichung überprüft werden.

⁷ Die Universitäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich führen eine medizinische Fakultät und bieten ein komplettes Humanmedizinstudium an (Bachelor und Master). Die Universität Freiburg bietet ein Bachelorstudium an mit anschliessendem Masterstudium an einer der fünf medizinischen Fakultäten (BS, BE, GE, LS, ZH). Die Zulassung zum Studium an der Universität Freiburg ist beschränkt, entsprechend wird ein bestandener Eignungstest vorausgesetzt. An der Universität Neuenburg kann das erste Jahr des Humanmedizinstudiums ohne Zulassungsbeschränkung absolviert werden. Nach erfolgreichem Abschluss des ersten Jahres, ist das Studium entweder an der Universität Genf oder Lausanne fortzusetzen.

⁸ Universitäre Hochschulen, medizinische Fakultäten, (Träger-) Kantone (Erziehungsdirektionen sowie Gesundheitsdirektionen), Bund.

⁹ Der Bereich Lehre beinhaltet die Kategorien Grundausbildung und vertiefte Ausbildung. Nicht berücksichtigt werden die Kosten für Forschung und Entwicklung.

¹⁰ BFS: Kostendeckung nach Erlöskategorie, Kostenträger und Fachbereich 2013 (31.7.2015): www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/15/06/data/blank/04.html

Zulassung zum Humanmedizinstudium

Weil die Anzahl Anmeldungen für ein Medizinstudium die Kapazitäten der kantonalen Universitäten, insbesondere im klinischen Bereich, jeweils deutlich übersteigen, beschränken die Deutschschweizer Universitäten (Basel, Bern, Freiburg¹¹ und Zürich) den Zugang zum Medizinstudium mittels Eignungstest. Die Zulassungsbeschränkung (Numerus Clausus [NC]) soll einen effizienten Einsatz der Ausbildungskapazitäten gewährleisten. Auch die geplante Erhöhung der Anzahl Studienplätze wird diese Situation nicht grundlegend ändern. Im Jahr 2014 standen an den Universitäten mit NC einer Gesamtzahl von rund 800 Studienplätze im ersten Studienjahr ungefähr 3500 Bewerbungen gegenüber.

An den Westschweizer Universitäten ist der Zugang zum Medizinstudium grundsätzlich unbeschränkt, eine inneruniversitäre Selektion erfolgt dagegen während der ersten zwei Studienjahre. An den Schweizer Universitäten gibt es heute also zwei Formen der Zulassung zum Medizinstudium, wobei es für beide Modelle gute Argumente gibt. Während der Numerus Clausus das Risiko des volkswirtschaftlichen und individuellen Verlusts von einem oder mehreren Ausbildungsjahren minimieren soll, spricht für die Selektion während der ersten Studienjahre der Grundsatz der freien Studienwahl sowie dass die Eignung für das Studium mutmasslich besser festgestellt werden kann.

Weil die Anzahl zugelassener Studierender mit den Studienplatzkapazitäten koordiniert ist und ein hoher Anteil der Studienanfänger/innen an den Universitäten mit NC schliesslich auch den Masterabschluss erreichen, wird davon ausgegangen, dass die Beschränkung des Zugangs zum Medizinstudium keinen relevanten Effekt auf die Zahl der Masterabschlüsse in Humanmedizin haben dürfte. Der Entscheid über die Zulassungsbeschränkung sowie über die Art der Selektion erfolgt zwar koordiniert über die SHK, liegt aber letztlich in kantonaler Kompetenz. Die SHK wird im Jahr 2016 im Bereich Humanmedizin die Thematik der Eignungsprüfung aufnehmen. Die SHK hat eine Arbeitsgruppe eingesetzt, welche Effizienz und Kosten sowie alternative Verfahren zum heutigen Eignungstest diskutieren soll. Die Resultate sollen bis Ende 2016 in Form eines Berichtes vorliegen.

Erhöhung der Ausbildungskapazitäten an den Universitäten in Humanmedizin

In den letzten Jahren haben die kantonalen Universitäten ihre Ausbildungskapazitäten in Humanmedizin deutlich erhöht. Da an den Universitäten ohne Zulassungsbeschränkung die Selektion erst während der ersten beiden Jahre des Studiums erfolgt, sind für die Beurteilung der Studienplatzkapazitäten in Humanmedizin die klinischen Ausbildungsplätze sowie die Anzahl erteilter Masterabschlüsse relevant. Im Jahr 2016 stehen gemäss SHK an den fünf Medizinischen Fakultäten der Schweiz insgesamt 1055 klinische Ausbildungsplätze zur Verfügung. Gegenüber 2007 entspricht dies einer Steigerung um 44 Prozent (vgl. Tabelle 2). Die klinische Ausbildung wird grösstenteils direkt in den Spitälern absolviert. Der Ausbau der Kapazitäten in diesem Bereich ist dementsprechend eng mit möglichen Kooperationen zwischen den Spitälern und den medizinischen Fakultäten verknüpft. Künftig dürfte der verbesserten Nutzung brach liegender Potenziale an den Spitälern, die für eine Kooperation mit medizinischen Fakultäten geeignet und dazu bereit sind, zunehmend Bedeutung zukommen.

Tabelle 2: Klinische Studienplatzkapazitäten an den medizinischen Fakultäten zwischen 2007 – 2015

Jahr	Anzahl klinische Studienplätze	Kumulierte Zunahme in % (Basis 2007)
2007	731	-
2010	815	+ 12%
2013	860	+ 18%
2016	1055	+ 44%

Quelle: Schweizerische Hochschulkonferenz SHK, Stand November 2015

¹¹ An der Universität Freiburg kann nur der Bachelor-Abschluss in Humanmedizin absolviert. Die Absolvierenden müssen für den Master an eine andere Universität wechseln.

Der Ausbau der Anzahl klinischer Plätze hat sich bereits auf die Zahl der Masterabschlüsse ausgewirkt. Zwischen 2005 und 2014 wurde die Anzahl Abschlüsse um knapp 39% von 622 auf 863 erhöht.

Tabelle 3: Anzahl Masterabschlüsse in Humanmedizin zwischen 2004 – 2014

Jahr	Anzahl Masterabschlüsse	Kumulierte Zunahme in % (Basis 2005)
2005	622	-
2008	667	+ 7%
2011	744	+ 20%
2014	863	+ 39%

Quelle: BFS

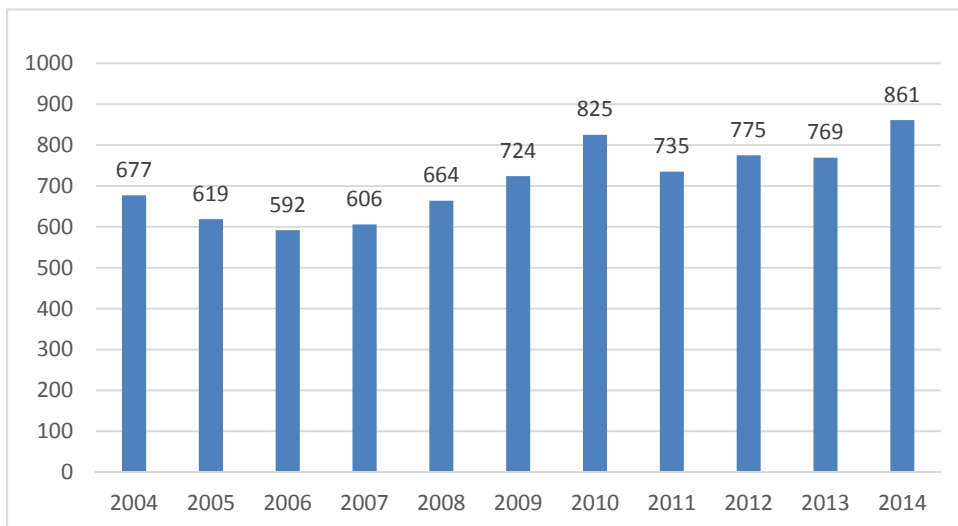
Feminisierung des Humanmedizinstudiums

In den letzten Jahren zeichnet sich ein Trend hin zu einem deutlich grösseren Anteil von Masterabsolventinnen im Fachbereich Humanmedizin ab. Während der Frauenanteil bei den Masterabschlüssen in Humanmedizin Anfang 1980er-Jahre noch bei knapp 30% lag, erreichte er im Jahr 2002 ungefähr 50% und nimmt seither weiter zu. 2014 betrug der Frauenanteil unter den Absolvierenden 56%.

Eidgenössische Diplome

Zwischen 2001 und 2014 wurden in der Schweiz insgesamt 10'138 oder im Jahresdurchschnitt 724 eidgenössische Arzt diplome erteilt. Die Anzahl erworbener eidgenössischer Diplome korrespondiert eng mit der Anzahl Masterabschlüsse im entsprechenden Jahr und ist in den letzten Jahren ebenfalls angestiegen. In den deutschsprachigen Kantonen wurden zwei Drittel und in der Westschweiz ein Drittel der eidgenössischen Arzt diplome erworben.

Abbildung 2: Anzahl erteilter eidgenössischer Diplome an Personen mit Abschluss einer Schweizer Universität



Quelle: Medizinalberuferegister BAG

Prognosen des BFS zu Ausbildungsabschlüssen in Humanmedizin

Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat ausgehend von der stetigen Erhöhung der Ausbildungskapazitäten in Humanmedizin an den kantonalen Universitäten im Jahr 2015 Zukunftsszenarien bis 2024 berechnet. Demnach ist

von einer weiteren Steigerung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin auszugehen, wobei weitere Anstrengungen, die noch folgen sollen, nicht einbezogen sind. Im Jahr 2024 werden die Schweizer Universitäten gemäss BFS rund 1050 Masterabschluss in Humanmedizin erteilen. Diese Prognose deckt sich mit den von den Universitäten im Jahr 2015 in Aussicht gestellten klinischen Ausbildungskapazitäten (Masterstudienplätze) von 1'055 ab 2016.

Ausbildungsabschlüsse der Schweiz im internationalen Vergleich

Ein Vergleich mit den OECD-Ländern zu den Masterabschlüssen in Humanmedizin pro 100'000 Einwohner aus dem Jahr 2013 zeigt, dass die Schweiz mit 9,7 Ärztinnen und Ärzte pro 100'000 Einwohner deutlich weniger ausbildet als Deutschland (12,2), Grossbritannien (13,2), die Niederlande (14,4) oder Dänemark (18,4).¹² Legt man der Statistik die für 2024 vom BFS prognostizierten 1'050 Abschlüsse zugrunde, würde dies gemessen an den heutigen Bevölkerungszahlen von 8,3 Mio. 12,6 Ausbildungsabschlüssen pro 100'000 Einwohner entsprechen. Setzt man ausserdem die vergleichsweise tiefe Anzahl Masterabschlüsse in Bezug zur Ärztedichte in der Schweiz, wird abermals deutlich, dass die Schweiz ihren Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu grossen Teilen durch ausländische Fachkräfte deckt (vgl. Kap. 3.3).

3.1.2 Laufende Massnahmen: Ausbildung

Die Ausbildungskapazitäten an den Schweizer Universitäten wurden in den letzten Jahren also deutlich erhöht. Dennoch werden diese Anstrengungen nicht ausreichen, um die 1'300 jährlichen Masterabschlüsse im Jahr 2025 zu erreichen. Weitere Erhöhungen sind nötig und diese bedürfen erstens zusätzlicher Mittel und zweitens eines koordinierten Vorgehens im Rahmen der Schweizerischen Hochschulkonferenz.

Sonderprogramm Humanmedizin

Wie in Kapitel 3.1.1 bereits festgehalten, ist eine bundesseitige Angebotssteuerung in der Humanmedizin in erster Linie über die projektgebundenen Beiträge gemäss HFKG möglich. Dementsprechend ist die Sonderfinanzierung zugunsten der universitären Hochschulen mit dem Ziel der Erhöhung der Anzahl Ausbildungsabschlüsse in der Humanmedizin im Rahmen dieses Instruments geplant. Der Bundesrat sieht vor, im Rahmen der BFI-Botschaft 2017-2020 als Anschubfinanzierung maximal 100 Millionen Franken für das Sonderprogramm „Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin“ zur Verfügung¹³ zu stellen. Das Sonderprogramm verfolgt das Ziel, die Anzahl Studienabschlüsse in der Humanmedizin an Schweizer Universitäten nachhaltig zu erhöhen. Es soll ein Massnahmenpaket finanziert werden, das bis spätestens 2025 nachhaltig zu maximal rund 1'300 Masterabschlüssen pro Jahr in Humanmedizin führt.

Der Schweizerische Hochschulrat, der über die Ausrichtung der projektgebundenen Beiträge entscheidet, hat die wichtigsten Eckpfeiler des Sonderprogramms festgelegt: Die Massnahmen sollen einen kurzfristig umsetzbaren, aber langfristig wirkenden Beitrag leisten zu einer nachhaltigen und im Hinblick auf die medizinische Versorgung bedarfsgerechten Erhöhung der Anzahl Studienplätze (Bachelor/Master-Ausbildung gemäss Vorgaben des Medizinalberufegesetzes MedBG) und somit der Anzahl Studienabschlüsse. Begrüsst werden grundsätzlich Anstrengungen zur Stärkung der medizinischen Grundversorgung und der Interprofessionalität. Massnahmen, die zu einer Dezentralisierung der (hoch-)spezialisierten Medizin führen, werden nicht priorisiert. Machbarkeitsstudien oder Projektkonzepte sowie der Aufbau von Forschungsstrukturen sollen nicht finanziert werden. Die Nachhaltigkeit muss mit mehrjährigen, vom Träger unterstützten Finanzplänen garantiert werden können. Der Ausbau des Angebots muss zudem mit Blick auf das Gesamtsystem zweckmässig und kosteneffizient erfolgen. Die Einbettung

¹² OECD-Data, Medical Graduates 2013. vgl. <https://data.oecd.org/healthres/medical-graduates.htm>

¹³ Entsprechend den geltenden Bestimmungen zu den projektgebundenen Beiträgen werden die Hochschulen verpflichtet, einen Eigenmittel-Anteil von 50% der Gesamtprojektkosten zu erbringen. Erbringen Projektpartner eine wesentliche Koordinationsleistung oder haben sie eine Vorleistung erbracht, kann auf die Eigenleistung teilweise oder ganz verzichtet werden (vgl. Art. 59 Abs. 3 HFKG und Vergabekonzept projektgebundene Beiträge 2017-2020 vom 30. Januar 2014).

ins gesamte Ausbildungssystem (Bachelor-Master/Praktikumsplätze) muss nachgewiesen werden. Mit der Anwendung von Pauschalen führt der Hochschulrat zudem ein Finanzierungsmodell ein, das einfach, nachvollziehbar und gerecht ist und auch innovative Gesuche ermöglichen wird.

Nach der Verabschiedung der BFI-Botschaft 2017-2020 durch den Bundesrat wird der Hochschulrat das Sonderprogramm bereinigen. Anschliessend erfolgt die Ausschreibung sowie die Koordination der Erstellung der Beitragsgesuche durch die Rektorenkonferenz der Schweizer Hochschulen swissuniversities. Die Prüfung der Gesuche zuhanden des Hochschulrates übernimmt der Ausschuss für Fragen der Hochschulmedizin¹⁴. Auf dieser Basis und nach der parlamentarischen Beratung der BFI-Botschaft 2017-2020 wird der Hochschulrat die notwendigen Entscheide über die Finanzierung der Projekte und damit über die Koordination und Aufgabenteilung fällen.

Bereich der universitären Ausbildung	
Herausforderungen	Massnahmen
Koordinierter Ausbau der universitären Ausbildungskapazitäten. Optimierte Nutzung der klinischen Ausbildungskapazitäten an den Spitälern. Ausgestaltung des Medizinstudiums (Effizienzüberlegungen, Gestaltung des Studiengangs¹⁵, Kooperationen zwischen Hochschulen und Standorten, inhaltliche Gestaltung der Studiengänge und Koordination mit der ärztlichen Weiterbildung, Zulassungsbeschränkung (Numerus Clausus))	Sonderprogramm zum Ausbau der Ausbildungskapazitäten in der Humanmedizin für max. 100 Mio. CHF in den Jahren 2017-2020. Koordination der Anstrengungen im Rahmen der SHK.

3.2 Weiterbildung

Nach Abschluss der Ausbildung (eidg. Arztdiplom) folgt die Weiterbildung zur Fachärztin oder zum Facharzt in einem der 44 nach MedBG akkreditierten eidgenössischen Weiterbildungsgängen der Medizin (die Weiterbildungsgänge werden nachfolgend als Fachgebiete bezeichnet). Der Erwerb eines Weiterbildungstitels in einem Fachgebiet ist zwingende Voraussetzung für die privatwirtschaftliche Tätigkeit als Ärztin oder Arzt in eigener fachlicher Verantwortung (z.B. Praxistätigkeit). Neben 44 eidgenössischen Fachgebieten gibt es weitere privatrechtlich geregelte Spezialisierungen. Je nach Fachgebiet können zusätzliche Qualifikationen in Form von Schwerpunkten (35), interdisziplinären Schwerpunkten (1) und Fähigkeitsausweisen (31) erworben werden, die vertiefte oder zusätzliche Kompetenzen dokumentieren. Einige dieser Qualifikationen berechtigen wie die Weiterbildungstitel zur Abrechnung bestimmter Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung. Die stete Weiterentwicklung der Medizin wird voraussichtlich zu weiteren Spezialisierungen und Subspezialisierungen führen.

Ärztinnen und Ärzte ohne Weiterbildung

Nicht alle Ärztinnen und Ärzte erwerben nach dem eidg. Arztdiplom einen Weiterbildungstitel. Eine Auswertung der schweizerischen Diplomjahrgänge 1984 - 2003 per Ende 2013 zeigt, dass insgesamt 12 Prozent keinen Weiterbildungstitel erworben haben. Bei den Männern beträgt der Anteil 10,5 Prozent, bei den Frauen 14,4 Prozent.¹⁶ Diese

¹⁴ Zusammensetzung des Ausschusses: Drei Vertreter/innen der Mitgliederkantone des Hochschulrates mit einer medizinischen Fakultät; zwei Vertreter/innen der Mitgliederkantone des Hochschulrates ohne medizinische Fakultät; drei Vertreter/innen von swissuniversities (Stufe Rektorat); ein/e Vertreter/in der Direktion des BAG; ein/e politische/r Vertreter/in der Schweizerischen Konferenz der Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK); ein/e akademische/r Vertreter/in der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW).

¹⁵ Ausbildung Humanmedizin: Systemische Analyse und Empfehlungen – Schlussbericht. 2015. Prof. Dr. Loprieno im Auftrag des SBFI: http://www.sbf.admin.ch/dokumentation/00335/01737/01738/index.html?lang=de&download=NHZLp-Zeg7t,lnp6i0NTU042i2Z6ln1acy4Zn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCEeHx9f2ym162epYbg2c_JjKbNoKSn6A--

¹⁶ Statistikbericht Humanmedizin 2013 (Bundesamt für Gesundheit): www.bag.admin.ch/themen/berufe/13930/index.html?lang=de

Ärztinnen und Ärzte sind möglicherweise in anderen Berufsfeldern tätig, in denen ihr Fachwissen ebenso benötigt wird (z.B. Versicherungen, Verwaltung, Pharmaindustrie usw.). In Betracht fällt auch die vorübergehende oder definitive Auswanderung oder der Berufsausstieg. Bisher fehlen repräsentative Studien, die das genaue Ausmass der Verluste nach Ausbildungsabschluss und die Gründe dafür untersuchen.

Eidg. Weiterbildungsabschlüsse pro Jahr

Die Zahl der Assistenzärztinnen und -ärzte respektive der pro Jahr erteilten Weiterbildungstitel ist in den vergangenen Jahren u.a. aufgrund der Einführung der 50-Stunden-Woche im Jahr 2005 stark gestiegen. Seit 2012 werden pro Jahr über 1'600 eidg. Weiterbildungstitel erteilt. Die Zahl der schweizerischen Weiterbildungsabschlüsse ist damit rund doppelt so hoch wie diejenige der Ausbildungsabschlüsse. Dies ist möglich, weil über 40 Prozent der neu erteilten Facharzttitel von Ärztinnen und Ärzten mit ausländischem Diplom erworben werden.

Ärztlicher Nachwuchs nach Bildungsherkunft 2005 - 2013

Zusätzlich zu den Assistenzärztinnen und -ärzten mit ausländischem Diplom wandern zahlreiche "fertige" Fachärztinnen und -ärzte in die Schweiz ein. Der ärztliche Nachwuchs der Schweiz besteht somit aus drei Gruppen: 1) vollständig in der Schweiz aus- und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte; 2) im Ausland aus- und in der Schweiz weitergebildete Ärztinnen und Ärzte; 3) vollständig im Ausland aus- und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte aus EU/EFTA-Staaten. Betrachtet man den ärztlichen Nachwuchs der Jahre 2005 - 2013, besteht dieser zu 40 Prozent aus in der Schweiz und zu 60 Prozent aus teilweise oder ganz im Ausland Ausgebildeten (vgl. Abbildung X in Anhang 1).

Verteilung der Ärztinnen und Ärzte nach Fachgebiet 1990 - 2013

Die ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Prakt. Ärztin/Arzt), welche die Funktion als erste Ansprechpartner bei sämtlichen Gesundheitsproblemen und Patientengruppen wahrnehmen stellen seit jeher die grösste Fachgebietsgruppe der Medizin dar. Ihr Anteil ist seit 1990 relativ und absolut gestiegen. Er liegt zurzeit bei knapp 50 Prozent aller erworbenen Weiterbildungstitel (vgl. Abbildung Y in Anhang 1). Diese erfreuliche Entwicklung dürfte u.a. auch auf die mit dem *Masterplan Hausarztmedizin und medizinische Grundversorgung* erreichten Verbesserungen in Aus-, Weiterbildung und Abgeltung zurückzuführen sein. Frauen erwerben insgesamt über die Hälfte der Weiterbildungstitel. Ihr Anteil bei den Weiterbildungstiteln wird in wenigen Jahren auf rund 60 Prozent steigen, was ihrem Anteil bei den Ausbildungsabschlüssen entspricht. Die Fachgebietspräferenzen der Geschlechter unterscheiden sich voneinander, bleiben aber nicht zwingend stabil. Frauen sind heute deutlich in der Mehrzahl in Gynäkologie und Geburtshilfe. Ein starker Zuwachs des Frauenanteils verzeichnet auch die ärztliche Grundversorgung (Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin), wo Frauen im Jahr 2013 54 Prozent der Weiterbildungstitel erwarben. Die Zunahme des Frauenanteils in der Ärzteschaft stärkt damit in der Tendenz die Fachgebiete der medizinischen Grundversorgung. Zusehends wächst der Frauenanteil aber auch in Fachgebieten mit chirurgischer Tätigkeit. Relativierend anzumerken ist, dass Frauen oder die junge Ärztegeneration im Allgemeinen geringere Arbeitspensen leisten im Vergleich zur älteren Ärztegeneration. Die absolute Zunahme der Ärztinnen und Ärzte führt deshalb nicht zu einer entsprechenden Zunahme in Form von Vollzeitäquivalenten.

Auslandabhängigkeit nach Fachgebiet

In Bezug auf die Auslandabhängigkeit nach Fachgebiet zeigt sich folgendes Bild: Gemessen am Nachwuchs der Jahre 2005 - 2014 liegt der Anteil vollständig im Ausland ausgebildeter Fachärztinnen und -ärzte in 18 von 44 Fachgebieten bei über 50 Prozent (vgl. Abbildung Z in Anhang 1).

Dauer der Weiterbildung

Die Dauer der Weiterbildung ist abhängig vom Weiterbildungsprogramm. Die meisten Programme sehen fünf oder sechs Jahre Weiterbildung vor, mit Ausnahme der Weiterbildung zum praktischen Arzt/zur praktischen Ärztin.¹⁷ Tatsächlich benötigen die Ärztinnen und Ärzte deutlich mehr Zeit für den Erwerb des Weiterbildungstitels: 2014 betrug das Durchschnittsalter beim Erwerb des eidgenössischen Arztdiploms 26,7 Jahre und beim Erwerb des eidgenössischen Weiterbildungstitels 37,7 Jahre. Ärztinnen und Ärzte können somit erst spät im Berufsleben in eigener fachlicher Verantwortung arbeiten und beispielsweise eine Praxis eröffnen. Zu einer Verlängerung der Weiterbildung beitragen kann der Erwerb zusätzlicher Qualifikationen wie Schwerpunkten, die für die spätere (Praxis-) Tätigkeit wertvoll und sinnvoll sein können. Auch Berufsunterbrüche oder die Tatsache, dass der Antrag zum Titel-erwerb nicht immer unmittelbar nach Abschluss der Weiterbildung erfolgt, erhöhen das Durchschnittsalter bei Titel-erwerb.

Motive zur Wahl des Fachgebiets

Wichtig für die Wahl sind gemäss Studien die Vielseitigkeit des Fachgebiets, der Patientenkontakt sowie die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Frauen beschäftigen sich tendenziell stärker mit der Frage der Vereinbarkeit. Zur Bedeutung der finanziellen Anreize liegen unterschiedliche Einschätzungen vor. Trotz gegenüber andern Fachgebieten eher geringeren Einkommen ist der Anteil der Weiterbildungstitel in einem Fachgebiet der ärztlichen Grundversorgung relativ und absolut gewachsen. Arbeitsbedingungen und zeitliche Belastung dürften bei der Wahl des Fachgebiets eine vergleichbare, wenn nicht gar wichtigere Rolle spielen wie die Einkommen.

3.2.1 Herausforderungen: Weiterbildung

Aus den obigen Ausführungen lassen sich verschiedene Herausforderungen ableiten, die im Bereich der Weiterbildung angesprochen werden müssen. Da die Ausbildung in Humanmedizin teuer ist, besteht ein grosses gesellschaftliches Interesse daran, dass möglichst alle Ausgebildeten im Arztberuf bleiben. Das Ausmass und die Gründe für den Berufsausstieg nach Diplom - oder gar nach Weiterbildungsabschluss sind noch weitgehend unbekannt. Diese sollten besser untersucht werden. Erst wenn bekannt ist, wie viele und weshalb junge Ärztinnen und Ärzte aus dem Beruf aussteigen, können gegebenenfalls geeignete Massnahmen zur Verringerung dieses Anteils ergriffen werden.¹⁸ Eine weitere Herausforderung besteht darin, dass die zukünftigen Ärztinnen und Ärzte sich in denjenigen Fachgebieten weiterbilden, in denen auch ein entsprechender Versorgungsbedarf der Bevölkerung besteht. Zudem muss die Finanzierung der Weiterbildung sichergestellt sein. Die Kosten der erteilten Weiterbildung (strukturiert und unstrukturiert) sind ausdrücklich nicht Teil der medizinischen Leistungen nach Krankenversicherungsgesetz, sondern müssen als gemeinwirtschaftliche Leistungen von den Kantonen abgegolten werden. Demgegenüber dürfen die Lohnkosten der Assistenzärztinnen und -ärzte in die medizinischen Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz eingerechnet werden. Die erhaltene Weiterbildung (strukturiert und unstrukturiert) wird somit über den Lohn abgegolten. Heute bestehen grosse kantonale Unterschiede in Bezug auf die Finanzierung der Leistungen für die erteilte strukturierte Weiterbildung.¹⁹ Weiter fällt die gegenüber der gesetzlichen Mindestdauer von fünf oder sechs Jahren viel länger dauernde Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt auf. In diesem Zusammenhang könnte die Bildung von Weiterbildungsnetzwerken durch regionale Zusammenarbeit mehrerer Spitäler zu einer effizienteren Organisation der für ein Weiterbildungscurriculum notwendigen Rotationsstellen führen. Entspre-

¹⁷ Gemäss EU-Richtlinie 93/16 ist jeder Mitgliedstaat verpflichtet, eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin anzubieten, welche mindestens eine 3jährige Vollzeitausbildung beinhaltet. Der Titel "Praktischer Arzt/Praktische Ärztin" entspricht diesen Minimalvorgaben und berechtigt die Inhaber/innen zur Ausübung des Berufs in eigener fachlicher Verantwortung.

¹⁸ Eine entsprechende Studie wird 2016 vom Verband der Schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) sowie der Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte (FMH) lanciert werden.

¹⁹ Die strukturierte Weiterbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltungen für die Weiterbildung entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien vorgesehen sind. Es muss zwischen der erhaltenen (Perspektive der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung) und der erteilten Lehre (Perspektive der Dozenten) unterschieden werden. Letztere umfasst die Kosten der Lehrtätigkeit wie Durchführung der praktischen Arbeiten, Seminare, Vorträge, Kolloquien, Vorbereitung /Korrekturen von Examen, Vorbereitung von Lehrprogrammen/ Lehrveranstaltungen, nicht jedoch die Kosten, die den Weiterbildungsstätten durch die Teilnahme der (Assistenz-)Ärztinnen und -ärzte an der Weiterbildung entstehen.

chende Initiativen gibt es bereits und sie sollten mit Unterstützung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) und den Fachgesellschaften weiter verstärkt werden.²⁰ Die Weiterbildung verkürzen könnten auch thematische Vertiefungsmodule, die bereits in der Ausbildung eingeführt und in der Weiterbildung angerechnet würden. Diesbezügliche Anpassungen können nur im Verbund mit den für die Aus- und Weiterbildung zuständigen Akteuren erarbeitet werden (Med. Fakultäten, SIWF und Fachgesellschaften). Für die junge Ärztegeneration zentral ist schliesslich die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. (Assistenz-)ärztinnen und -ärzte, die aus familiären Gründen ihr Arbeitspensum verringern wollen, brauchen flexiblere Arbeitszeitmodelle. Berufsunterbrüche oder vollständige Berufsausstiege aufgrund familiärer Pflichten könnten dadurch verhindert werden. Spitäler und ambulante Praxen sind gefordert, ihre Arbeitszeitmodelle noch besser an die Bedürfnisse der jungen Ärztinnen und Ärzte anzupassen und insbesondere die 50 Stunden-Woche konsequent umzusetzen, um diese im Beruf zu halten. Eine weitere Herausforderung ergibt sich aus der stetigen Weiterentwicklung der Medizin: sie wird voraussichtlich zu weiteren Spezialisierungen und Subspezialisierungen führen. Diese Entwicklung ermöglicht Fortschritte in der Behandlung kranker Menschen, gleichzeitig erhöht sie die Komplexität des Systems und den Abstimmungsbedarf unter den verschiedenen Gesundheitsfachkräften.

3.2.2 Laufende Massnahmen: Weiterbildung

1998 haben Bund und Kantone gemeinsam das Projekt "Nationale Gesundheitspolitik Schweiz" (später: "Dialog Nationale Gesundheitspolitik") lanciert, um aktuelle und künftige Herausforderungen des Gesundheitswesens gemeinsam bewältigen zu können. 2010 setzte der Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) die Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" (Plattform ZäB) ein. Diese befasst sich mit folgenden, die ärztliche Weiterbildung und die Interprofessionalität betreffenden Massnahmen:

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung - Konkordat

Verschiedentlich wurde befürchtet, die KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung (Inkrafttreten am 1. Januar 2009, Umsetzung der Mehrheit der Massnahmen ab 1. Januar 2012) würde dazu führen, dass Spitäler und Kliniken ihr Engagement in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung wegen des erwarteten Kostendrucks reduzieren könnten. Die Finanzierung der erteilten ärztlichen Weiterbildung (strukturiert und unstrukturiert) ist nicht Teil der leistungsbezogenen Fallpauschalen (im akutsomatischen Bereich SwissDRG), sondern Teil der sog. gemeinwirtschaftlichen Leistungen, deren Finanzierung den Kantonen obliegt. Demgegenüber dürfen die Lohnkosten der Assistenzärztinnen und -ärzte in die medizinischen Leistungen gemäss Krankenversicherungsgesetz eingerechnet werden. Die erhaltene Weiterbildung (strukturiert und unstrukturiert) wird somit über den Lohn abgegolten. Aufgrund dieser Befürchtungen beauftragte der Dialog NGP die Plattform ZäB, die Situation zu analysieren und konkrete Lösungsvorschläge zur Sicherung der Weiterbildung auszuarbeiten. Im August 2011 verabschiedete der Dialog NGP das von der Themengruppe „Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“ erarbeitete „Modell PEP“ (pragmatisch, einfach, pauschal). Das Modell verpflichtet grundsätzlich alle auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler und Kliniken, die ihrer Kapazität entsprechende Anzahl Assistenzärztinnen und -ärzte weiterzubilden. Die Kantone sollen die erteilte strukturierte Weiterbildung mit einer Pauschalzahlung pro Vollzeitäquivalent und Jahr unterstützen, wobei die Auszahlung der Beiträge abhängig von der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien ist. Die GDK hat an ihrer Plenarversammlung vom 20. November 2014 die Weiterbildungsfinanzierungsvereinbarung verabschiedet und die Kantone gebeten, das Ratifikationsverfahren einzuleiten. Die Vereinbarung sieht einen Pauschalbeitrag von minimal 15'000 Franken pro Jahr und Vollzeitäquivalent für die erteilte strukturierte Weiterbildung durch den Standortkanton vor. Zum andern soll ein interkantonaler Ausgleich dafür sorgen, dass Kantone, die sich stark in der Weiterbildung engagieren, durch Ausgleichszahlungen entlastet werden. Eine allgemeine Pflicht zur Weiterbildung sieht die Vereinbarung nicht vor. Per Mitte November 2015 haben sechs Kantone die Vereinbarung ratifiziert. Der Ratifizierungsprozess sollte bis 2016 abgeschlossen sein. Die Vereinbarung kann in Kraft treten, wenn das Quorum von 18 beigetretenen Kantonen erreicht ist.

²⁰ Mit dem Cursus Romand de Médecine de Famille (CRMF) hat z.B. die französische Schweiz ein Projekt zur besseren Koordination der Rotationsstellen realisiert.

Koordination der ärztlichen Weiterbildung

Seit 2013 befasst sich die Plattform ZÄB mit der Frage der bedarfsgerechten Verteilung der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte auf die verschiedenen Fachgebiete. Sie hat dazu zwei Mandate in Auftrag gegeben, mit denen die Steuerungsmechanismen der ärztlichen Weiterbildung im internationalen Umfeld und in der Schweiz untersucht wurden.

²¹ In der Schweiz befragte Expertinnen und Experten weisen u.a. auf Gefahren einer Überversorgung in einzelnen Fachgebieten hin. Dabei stehe die Gruppe derjenigen, welche als "fertige" Fachärztinnen und Fachärzte in die Schweiz kommen, im Vordergrund. Sie sei überproportional oft in chirurgischen Spezialdisziplinen und weniger in Disziplinen tätig, die typischerweise für die Grundversorgung zuständig sind. Die eingangs des Kapitels 3.2 beschriebene Datenlage stützt diese Einschätzung. In welchem Ausmass derzeit oder in naher Zukunft in gewissen Fachgebieten oder Regionen eine Unter- oder Überversorgung bestehe oder drohe, lasse sich nicht abschliessend festhalten. Für eine kontinuierliche Analyse der bestehenden und zukünftigen Versorgungslage fehle die Datengrundlage, welche die Angaben zu Angebotsentwicklung mit Informationen zur Nachfrage oder zum Bedarf verbinden würde.

Gestützt auf die beiden Berichte setzte die Plattform ZÄB im Auftrag des Dialogs NGP Ende 2014 eine breit abgestützte Themengruppe "Koordination der ärztlichen Weiterbildung" unter der Co-Leitung des BAG und des SIWF ein. Sie erteilte den Auftrag, die fehlenden Datengrundlagen zu beschaffen und ein Berechnungsmodell ("Tool") zu entwickeln, das für eine künftige Koordination des Fachärztemix geeignet wäre. Zudem soll die Themengruppe geeignete Organisationsstrukturen ("Gremium"), Vorgehensweisen und Instrumente zur Umsetzung von Weiterbildungsempfehlungen für bestimmte Fachgebiete oder Fachgebietsgruppen vorschlagen. Ein Bericht mit einer detaillierten Beschreibung des Berechnungsmodells liegt seit November 2015 vor. 2016/17 sollen erste "technische" Prognosen für bestimmte Fachgebiete erstellt werden.

Interprofessionalität

Im Auftrag des Dialogs NGP setzte die Plattform ZÄB 2012 eine Themengruppe ein, die sich mit dem Thema Interprofessionalität aus der Perspektive der Bildung befasste. Interprofessionelle Ausbildung wird als Basis für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit erachtet. Sie stärkt das Wissen über die Kompetenzen der verschiedenen Gesundheitsberufe und verbessert dadurch die Leistungskoordination in komplexen Behandlungssituationen. Die Themengruppe erarbeitete interprofessionelle Ausbildungsmodule, die sich auf sechs konkrete interprofessionelle Versorgungssituationen wie beispielsweise Notfall, ambulante Nachbehandlung nach Spitalaustritt oder Palliativsituationen beziehen ("Toolbox"). Im Dezember 2014 wurde die "Toolbox" anlässlich einer nationalen Konferenz "Interprofessionelle Bildung der Gesundheitsfachpersonen - Kontinuierliche Verbesserung der Patientenversorgung" mit Bildungsinstitutionen aus der ganzen Schweiz diskutiert. Im Frühling 2016 wird der Bundesrat zudem über ein Förderprogramm Interprofessionalität entscheiden, mit welchem die Umsetzung interprofessioneller Bildungsprojekte 2017-2020 ermöglicht werden sollen. Die von der Plattform ZÄB erarbeiteten Module könnten im Rahmen des Förderprogramms Interprofessionalität 2017-2020 für Projekte im Bereich der interprofessionellen Ausbildung eingesetzt werden (vgl. dazu Kapitel 3.3.2: Förderprogramm Interprofessionalität).

Zunehmende Spezialisierung in der Humanmedizin und Folgen für die Spitalorganisation

Die Spezialisierung in der Medizin führte bisher meist auch zur Schaffung entsprechender Professuren und zu Versorgungsangeboten in Form neuer Abteilungen in Spitälern und ambulanten Praxen. Im Dezember 2015 hat die Plattform ZÄB eine weitere Themengruppe beauftragt, die Auswirkungen der weiter fortschreitenden Spezialisierung in der Medizin auf das Gesundheitssystem zu untersuchen. Der medizinische Fortschritt wird begrüsst, doch sollen daraus resultierende Entwicklungen wie Überschneidungen mit andern Spezialisierungen oder die Schaffung neuer Angebots- und damit auch Nachfragestrukturen unter dem Aspekt Qualität und Effizienz untersucht werden. Ein Bericht mit Vorschlägen zum Umgang mit dieser Entwicklung soll Ende 2016 vorliegen.

²¹ Berchtol, P. et al. (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung. Eine systematische Literaturrecherche und strukturierte Expertengespräche zu internationalen Erfahrungen.
Dubach, P. et al. (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz. Link: www.bag.admin.ch/themen/berufe/13932/15279/index.html?lang=de

Bereich der ärztlichen Weiterbildung	
Herausforderungen:	Laufende Massnahmen:
Weniger Berufsaussteigerinnen und -aussteiger nach Erwerb des Arztdiploms. Ärztinnen und Ärzte sind bei Weiterbildungsabschluss durchschnittlich über 37 Jahre alt: die Weiterbildungsdauer sollte verringert werden.	Studienergebnisse zur Klärung der Berufsaussteigerinnen und -aussteiger werden im Jahr 2016 erwartet. Verschiedene Initiativen zur Verkürzung der Weiterbildung wurden ergriffen: Akteure in diesem Feld sind das SIWF, welches Assistenzärztinnen und -ärzte mit der Einführung des e-Logbuches bei der Erfüllung des Weiterbildungsprogramms unterstützt; zudem sind Fachgesellschaften, Spitäler und Kantone an der Organisation von Weiterbildungsnetzwerken beteiligt. Über die Akkreditierung der Weiterbildungsgänge gemäss MedBG kann auch das EDI Einfluss nehmen auf die Gestaltung der Weiterbildung.
Finanzierung der erteilten strukturierten Weiterbildung in allen Kantonen sicherstellen.	Bis Ende 2016 läuft das Ratifikationsverfahren zu einem Konkordat der GDK, das pro Jahr und Vollzeitäquivalent einer Assistenzärztin oder eines Assistenzarztes 15'000 Franken vorsieht, die von den Kantonen an die Weiterbildungsspitäler bezahlt werden sollten. Damit sollen die Aufwendungen der Spitäler für erteilte strukturierte Weiterbildung abgegolten werden.
Bedarfsgerechte Weiterbildung nach Ausbildungsabschluss, beispielsweise mehr Hausärztinnen und Hausärzte.	Eine breit abgestützte Arbeitsgruppe wurde 2014 von der Plattform Zukunft ärztliche Bildung eingesetzt. Sie erarbeitet Vorschläge, auf welcher Basis Empfehlungen zum Weiterbildungsbedarf nach Fachgebiet erarbeitet und umgesetzt werden können. Ein Berechnungsmodell liegt vor und wird 2016 getestet.
Interprofessionelle Ausbildung ist eine wichtige Basis für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Sie sollte vermehrt umgesetzt werden.	2013 hat eine Arbeitsgruppe der Plattform ZäB sechs Module für die interprofessionelle Ausbildung entwickelt, die sich auf konkrete interprofessionelle Versorgungssituationen beziehen. Die Umsetzung wurde anlässlich einer nationalen Konferenz 2014 mit den Bildungsinstitutionen diskutiert. Im Frühling 2016 wird der Bundesrat zudem über ein Förderprogramm Interprofessionalität entscheiden, mit welchem die Umsetzung interprofessioneller Bildungsprojekte 2017-2020 ermöglicht werden sollen. Die Massnahme steht im Zusammenhang mit der Fachkräfteinitiative plus und soll den Fachkräftebedarf verringern.
Auswirkungen der weiter fortschreitenden Spezialisierung in der Medizin auf Entwicklung der Angebotsstruktur untersuchen.	Eine Arbeitsgruppe wurde 2015 im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik von der Plattform Zukunft ärztliche Bildung eingesetzt. Sie wird bis Ende 2016 einen Bericht vorlegen, der aufzeigt, wie ineffiziente Entwicklungen möglichst verhindert werden könnten.

3.3 Gesundheitsversorgung und Kosten

Kaum ein Land verfügt wie die Schweiz über eine derart wohnortnahe, leistungsfähige und hochstehende Gesundheitsversorgung. Die Gesundheitsversorgung ist Sache der Kantone, die auch den grössten Anteil der öffentlich finanzierten Kosten tragen. Sie planen das Leistungsangebot im stationären Bereich und finanzieren es zusammen mit den Versicherern. Sie erteilen Praxisbewilligungen für selbstständig tätige Leistungserbringer und können im Rahmen von Artikel 55a des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung über deren Zulassung zur Abrechnung von Leistungen zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung entscheiden. Die nachfolgenden Ausführungen geben einen kurzen Überblick über die Kapazitäten des Versorgungssystems und seine Entwicklung.

Bestandsaufnahme und Entwicklung der Ärzteschaft

Seit 1990 ist die Zahl der Ärztinnen und Ärzte gemäss FMH um 70 Prozent auf 34'348 im Jahr 2014 gestiegen.²² Noch sind die Männer bei den berufstätigen Ärztinnen und Ärzten mit 60,4 Prozent in der Überzahl. In den kommenden Jahren wird sich das Geschlechterverhältnis wohl umkehren. Ein Drittel der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte (10'478) stammt aus dem Ausland. Gemäss aktuellem Trend ist davon auszugehen, dass dieser Anteil aufgrund des hohen Anteils von im Ausland ausgebildeten Assistenzärztinnen und -ärzten, die in der Schweiz ihre Weiterbildung absolvieren, sowie der Zuwanderung von Fachärztinnen und -ärzten weiter wachsen wird.

Ärztedichte 2013 im internationalen Vergleich

Mit 4,99 Ärzten pro 1000 Einwohner hat Österreich die höchste Ärztedichte der OECD-Länder. Die Schweiz weist mit 4,04 Ärzten pro 1000 Einwohner eine mit Deutschland (4,05), Norwegen (4,31), Schweden (4,01) oder Italien (3,9) vergleichbare Ärztedichte auf. Deutlich geringer ist die Ärztedichte in angelsächsischen Ländern wie den USA (2,56), Grossbritannien (2,77) oder Australien (3,36).

Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich und ihre Arbeitszeit

Gemäss FMH-Statistik waren 2014 17'804 oder knapp 52 Prozent der Ärztinnen und Ärzte hauptberuflich im ambulanten Bereich tätig. 57,2 Prozent arbeiteten in Einzelpraxen. Die Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich arbeiten an durchschnittlich 8,2 Halbtagen²³. Frauen arbeiten mit 6,8 Halbtagen durchschnittlich etwas weniger in der Praxis als Männer (8,8 Halbtage pro Woche). Unabhängig vom Geschlecht hat die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf für einen grossen Teil der angehenden Fachärztinnen und -ärzte an Bedeutung gewonnen. Die durchschnittliche Arbeitszeit der Ärztinnen und Ärzte dürfte in den kommenden Jahren deshalb eher noch sinken, was den Ausbildungsbedarf entsprechend erhöht.

Veränderung der ambulanten Angebotsstrukturen

Die Dauer der Berufstätigkeit in der ambulanten Praxis hat sich u.a. infolge des 2002 eingeführten Weiterbildungsobligatoriums für Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen verkürzt. Ärztinnen und Ärzte sind bei Praxiseröffnung im Durchschnitt über 40 Jahre alt. Mit abnehmender Dauer der Praxistätigkeit und des Arbeitsvolumens bis zur Pensionierung fallen Investitions- und Betriebskosten für Röntgen, Präsenzlabor, eHealth und Administration stärker ins Gewicht und schmälern die Rendite. Für Einzelunternehmerinnen und -unternehmer sind Investitionen in Praxisinfrastrukturen bei reduziertem Arbeitspensum und einem Durchschnittsalter von über 40 Jahren bei Praxiseröffnung aufgrund der langen Weiterbildungszeit immer weniger lohnend. Diese Lasten auf mehrere Schultern zu verteilen, ist deshalb sinnvoll und entspricht überdies den Berufsvorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte. Grössere ambulante Versorgungszentren ermöglichen Teilzeitarbeit und den Einbezug weiterer Gesundheitsberufe wie

²² Die FMH-Statistik weist eine sehr gute Abdeckung im ambulanten Bereich auf, nicht aber im stationären Bereich (Spitäler). Die Krankenhausstatistik des BFS weist rund 7000 Ärztinnen und Ärzte mehr auf als die Ärztestatistik der FMH.

²³ Ein Halbtage entspricht gemäss Definition der Erhebung durch myFMH 4 - 6 Stunden.

beispielsweise Physiotherapie, Hebammen oder spezialisierte Pflegefachpersonen. Vor diesem Hintergrund sind die oft beklagten Nachfolgeprobleme vieler (Einzel-)Hausarztpraxen zu sehen. Grössere Angebotsstrukturen sind im Entstehen. Diese werden teilweise von Spitälern aufgebaut (Ärzte- oder Notfallzentren wie z.B. die Citynotfall AG des Inselspitals sowie der Klinik Sonnenhof Bern, Praxiszentren der Hirslanden-Gruppe). Daneben investieren einzelne Gemeinden in Praxisinfrastrukturen, damit junge Ärztinnen und Ärzte attraktive Arbeitsbedingungen vorfinden. Zunehmend investieren auch nicht-medizinische Konzerne wie beispielsweise die Migros in die ambulante ärztliche Versorgung. Der Wandel der ambulanten Angebotsstruktur bietet viele Chancen, die Versorgung effizienter zu gestalten und sie besser auf die zunehmende Zahl chronisch und mehrfach Erkrankter auszurichten.

Hausarzt- und Spezialmedizin

Obwohl die Zahl der Hausärztinnen und -ärzte seit dem Jahr 2000 absolut um fast 2000 Ärztinnen und Ärzten zugenommen hat, ist die Dichte pro 1000 Einwohner aufgrund der Bevölkerungsentwicklung praktisch konstant geblieben. Mit 8'032 ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern²⁴ im Jahr 2014 verfügt die Schweiz über einen ärztlichen Grundversorger oder eine ärztliche Grundversorgerin pro 1000 Einwohner. Diese Dichte entspricht den Empfehlungen der OECD. Per Ende 2014 standen der Schweizer Bevölkerung insgesamt 9772 Spezialistinnen und Spezialisten mit Praxistätigkeit zur Verfügung. Der Anteil der Spezialistinnen und Spezialisten im ambulanten Bereich beträgt damit 54,9 Prozent. Das Verhältnis zwischen Grundversorgern und Spezialisten hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in allen OECD-Ländern zu Gunsten der Spezialisten verändert. Das trifft auch auf die Schweiz zu. 2011 betrug das Verhältnis zwischen Spezialisten und Grundversorgern in den OECD-Ländern durchschnittlich 2:1.²⁵

Zulassungssteuerung im ambulanten Bereich

Ende 2011 war die 2002 erstmals eingeführte und bereits mehrmals verlängerte Zulassungsbeschränkung ausgelaufen, was vor allem bei den Spezialistinnen und Spezialisten zu einer starken Zunahme bei den kantonalen Bewilligungserteilungen für die fachlich selbstständige Berufsausübung (Berufsausübungsbewilligung) führte. Seit dem 5. Juli 2013 können die Kantone wieder auf eine allfällige Überversorgung durch Ärztinnen und Ärzte auf ihrem Gebiet reagieren. Von der Zulassungsbeschränkung ausgenommen sind Ärztinnen und Ärzte, die mindestens drei Jahre an einer anerkannten schweizerischen Weiterbildungsstätte gearbeitet haben. Die diesbezügliche Regelung läuft Mitte 2016 aus. Mit der Botschaft zur Änderung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (Steuerung des ambulanten Bereichs) vom 18. Februar 2015 hat der Bundesrat einen Vorschlag zur langfristigen Steuerung des ambulanten Bereichs vorgelegt. Das Parlament ist dem Vorschlag des Bundesrats nicht gefolgt. Am 18. Dezember 2015 hat sich der Nationalrat abschliessend gegen eine Anschlusslösung ausgesprochen. Ab Mitte 2016 werden die Kantone deshalb über keine Steuerungsmöglichkeit mehr verfügen und alle Ärztinnen und Ärzte zulassen müssen.

Krankenhäuser, Spitalärztinnen und -ärzte

2013 gab es in der Schweiz 293 Krankenhäuser mit insgesamt 37'836 Betten. Im Jahr 2000 waren noch insgesamt 364 Krankenhäuser mit 45'569 Betten in Betrieb. Trotz beträchtlichem Abbau verfügt die Schweiz im Vergleich zu andern OECD-Ländern gemessen an ihrer Bevölkerungszahl und geographischen Grösse über eine hohe Anzahl von Spitälern, während gleichzeitig die Bettenzahl leicht unter dem OECD-Durchschnitt liegt. Die durchschnittliche Verweildauer im Spital hat stark abgenommen, liegt aber weiterhin über dem OECD-Durchschnitt.²⁶ In den Spitälern arbeiteten per Ende 2013 24'204 Ärztinnen und Ärzte mit insgesamt 20'350 Vollzeitäquivalenten. 48 Prozent der

²⁴ Zu den Grundversorgerinnen und Grundversorgern werden Ärztinnen und Ärzte mit den Weiterbildungstiteln Allgemeine Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie "Praktischer Arzt/Praktische Ärztin" gezählt.

²⁵ OECD (2013): Health at a Glance. OECD-Indicators.

²⁶ OECD (2013): Health at a Glance. OECD-Indicators.

Ärztinnen und Ärzte sind in Weiterbildung (Assistenzärztinnen und -ärzte). 42 Prozent der Spitalärztinnen und -ärzte haben ein ausländisches Arzt Diplom.

Hohe Gesundheitsausgaben und grosse kantonale Unterschiede

Die hohe Verfügbarkeit des Versorgungsangebots auf kleinstem Raum hat ihren Preis: die Gesundheitsausgaben der Schweiz gehören zu den höchsten weltweit. Dabei gibt es beträchtliche kantonale Unterschiede bei den Kosten und der Inanspruchnahme von Leistungen.²⁷ Für die gesamten Kosten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung 2011 resultiert eine Differenz von 1668 Franken zwischen dem teuersten Kanton (Genf: Pro-Kopf-Kosten von 3538 Franken) und dem günstigsten Kanton (Appenzell Innerrhoden: 1869 Franken). Am stärksten ins Gewicht fallen dabei Unterschiede bei den stationären Spitalleistungen, gefolgt von den ambulanten Spitalleistungen und Medikamenten.

3.3.1 Herausforderungen: Gesundheitsversorgung und Kosten

Die Gesundheitsversorgung der Schweiz ist in Bezug auf die Infrastruktur und das Personal hervorragend ausgestattet. Die hohen kantonalen Kostenunterschiede, aber auch die Unterschiede in konkreten Versorgungsbereichen (bspw. den Kaiserschnittraten) könnten ein Hinweis auf eine Über- oder Unterversorgung in gewissen Leistungsbereichen sein. Mit dem Entscheid des Nationalrats vom 18. Dezember 2015 verfügen die Kantone ab Mitte 2016 abschliessend über keine Möglichkeit mehr, die Zulassung neuer Ärztinnen und Ärzte in Gebieten mit bereits hoher Ärztedichte von einem Bedürfnis abhängig zu machen. Beim Gesundheitspersonal besteht eine grosse und weiter wachsende Auslandabhängigkeit, die verringert werden sollte. Der Fokus des Gesundheitssystems liegt noch stark auf der Behandlung akut erkrankter Menschen. In Zukunft werden immer mehr ältere Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen behandelt und betreut werden müssen. Wenn jede einzelne Krankheit nach den Regeln des betreffenden Fachgebietes behandelt wird, führt dies in der Summe oft zu unerwünschten Effekten wie beispielsweise Übermedikation und Medikamentenunverträglichkeiten. Diese sind ein häufiger Grund für Notfall-Hospitalisationen. Die Förderung der Koordination der verschiedenen Behandlungen durch die Gesundheitsfachkräfte, in der Schnittstellen und Übergänge besser organisiert, Doppelspurigkeiten und unnötige Leistungen vermieden werden, stärkt die Qualität der Versorgung und wird deshalb immer wichtiger. Gleichzeitig wird die Erhöhung der Produktivität und Effizienz in den kommenden Jahren darum ein entscheidender Faktor dafür sein, um den steigenden Bedarf nach mehr Gesundheitsfachpersonen einzugrenzen. Denn insgesamt muss das Kostenwachstum gedämpft werden, damit der Zugang aller zu den Leistungen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung auch in Zukunft gewährleistet bleibt.

3.3.2 Laufende Massnahmen: Gesundheitsversorgung und Kosten

Die nachfolgend aufgeführten, ausgewählten Massnahmen aus den gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates vom Januar 2013 (Strategie Gesundheit2020) tragen dazu bei, unter anderem die Gesundheitsversorgung besser am zukünftigen Bedarf der Bevölkerung auszurichten. Dadurch sollen die vorhandenen Ressourcen gezielter eingesetzt werden. Zudem soll die Auslandabhängigkeit beim Gesundheitspersonal verringert werden. Und schliesslich gibt es verschiedene Massnahmen zur Steigerung der Effizienz und Produktivität. Dadurch sollen die Gesundheitskosten und ihre Zunahme beeinflusst werden.²⁸ In der Folge sollte dadurch weniger Personal für die gleichen Leistungen eingesetzt werden müssen.

Gesundheitsberufegesetz

Die gute Zusammenarbeit der Gesundheitsfachpersonen ist ein wichtiger Erfolgsfaktor für die koordinierte Versorgung. Im Zentrum der Bestrebungen rund um die Gesundheitsbildungspolitik steht seit Jahren die Neuausrichtung

²⁷ Kosten und Inanspruchnahme in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung der Schweiz. Obsan Bulletin 5/2013

²⁸ Eine vollständige Darstellung der mit Gesundheit2020 verfolgten insgesamt 36 Massnahmen findet sich unter: www.bag.admin.ch/ge-sundheit2020/14638/index.html?lang=de

der Ausbildungsgänge auf interprofessionelle Zusammenarbeit sowie ein neues Selbstverständnis in der Berufsausübung. Mit der Verabschiedung des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe und des revidierten Heilmittelgesetzes, das neue Aufgaben in der Grundversorgung für Apothekerinnen und Apotheker vorsieht, wurden bereits wichtige Schritte zur Stärkung der Interprofessionalität in Aus- und Weiterbildung gemacht. Das gemeinsam vom SBFJ sowie vom BAG erarbeitete Gesundheitsberufegesetz, das voraussichtlich 2019 in Kraft tritt, stellt einen weiteren Meilenstein im Rahmen dieser Bestrebungen dar. Es soll die Entwicklung der koordinierten Versorgung mit entsprechend qualifizierten Gesundheitsfachpersonen auf der Fachhochschulstufe unterstützen. Neue Berufsbilder und Rollen in der medizinischen Grundversorgung können zur Entlastung insbesondere der Ärztinnen und Ärzte in der medizinischen Grundversorgung beitragen. Dies kann die Attraktivität sowohl des Arztberufes als auch der Pflegeberufe steigern und damit zu einer Erhöhung der Berufsverweildauer beitragen.

Förderprogramm Interprofessionalität

Im Rahmen der Fachkräfteinitiative hat der Bundesrat mit Beschluss vom 19. Juni 2015 das EDI beauftragt, ein Förderprogramm "Interprofessionalität im Gesundheitswesen 2017 - 2020" insbesondere für die medizinische Grundversorgung zu lancieren. Das EDI wird dem Bundesrat im Frühling 2016 ein entsprechendes Konzept inkl. Ressourcenbedarf unterbreiten. Mit dem Förderprogramm sollen Projekte im Bereich der interprofessionellen Bildung und Gesundheitsversorgung gefördert werden. Das Förderprogramm soll die gleichberechtigte Zusammenarbeit verschiedener Berufe im Interesse einer besser koordinierten und sektorenübergreifenden Gesundheitsversorgung unterstützen. Die personellen Ressourcen sollen dadurch effizienter zum Nutzen der Patientinnen und Patienten eingesetzt werden.

Förderung der koordinierten Versorgung

Patientinnen und Patienten, die an mehreren Krankheiten leiden, konsultieren oft viele verschiedene Fachpersonen. Diese behandeln die Patientinnen und Patienten aus der Perspektive ihres Fachbereichs und verordnen entsprechende Medikamente und Therapien. Mangels geeigneter Anreizstrukturen erfolgen die entsprechenden Leistungen oft zu wenig koordiniert. In der Summe können die verschiedenen Behandlungen zu einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung führen und damit die Qualität der Versorgung gefährden. Die Verbesserung der koordinierten Versorgung ist deshalb eine der zentralen Massnahmen von Gesundheit2020, die zu einem gezielteren Einsatz der personellen und infrastrukturellen Ressourcen führen soll. Der Fokus der kommenden Jahre liegt einerseits beim Bundesgesetz über das elektronische Patientendossier (EPDG), mit welchem die Voraussetzungen für die Koordination der Behandlungen verbessert und die Effizienz des Gesundheitssystems gesteigert werden sollen. Das Gesetz soll bereits 2017 in Kraft treten. Zusätzlich sollen gezielte Verbesserungen bei konkreten Patientengruppen und Schnittstellen mit hohem Koordinationsbedarf (beispielsweise Übergang Spital-Rehabilitation) erreicht werden.

Nationale Strategien Palliative Care, Demenz oder Langzeitpflege

Auf Beschluss von Bund und Kantonen wurde 2010 die *Nationale Strategie Palliative Care* lanciert. Palliative Care hat zum Ziel, die verbleibende Lebenszeit von Menschen mit unheilbaren und lebensbedrohlichen oder chronisch fortschreitenden Krankheiten möglichst gut zu gestalten. Palliative Care beruht ganz wesentlich auf einer optimal aufeinander abgestimmten interprofessionellen Zusammenarbeit von Vertreterinnen und Vertretern der verschiedenen Gesundheits- und Sozialberufe. Im Vordergrund steht eine optimal auf die Lebensqualität der Betroffenen abgestimmte Medizin, nicht die maximale Leistungserbringung, die sehr viele (Personal-)Ressourcen bindet.

Um besser für den Versorgungsbedarf demenzkranker Menschen gerüstet zu sein, haben Bund und Kantone 2013 die *Demenzstrategie* verabschiedet. Im Rahmen der Strategie wird das Versorgungsangebot geprüft, um allfällige Lücken zu erkennen. Die Förderung von Früherkennung und Diagnostik soll zu einer besseren Behandlung der Betroffenen und Unterstützung ihrer Angehörigen führen. Die Finanzierung soll untersucht werden mit dem Ziel, eine angemessene Entschädigung und finanzielle Tragbarkeit von bedarfsgerechten Leistungen für Menschen mit einer Demenzerkrankung zu gewährleisten. Damit können u.a. betreuende Angehörige rechtzeitig entlastet und die

stationäre Betreuung der betroffenen Menschen in Pflegeheimen möglichst lange hinausgezögert werden können. Die Strategie Demenz soll damit auch dazu beitragen, dass der Bedarf an Pflegefachkräften weniger stark weiter wächst.

Im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik haben sich Bund und Kantone 2014 über die Erarbeitung einer *Strategie zur "Langzeitpflege"* verständigt. Die Strategie ist in Erarbeitung und hat zum Ziel, mittels verstärkter Prävention den Pflegebedarf möglichst hinauszuzögern. Zu sichern sind ausserdem Finanzierung, Rekrutierung von Pflegepersonal, Entlastung Angehöriger und die Qualität in der Langzeitpflege. Auch diese Strategie soll u.a. den Bedarf an Pflegefachkräften verringern helfen.

Nationales Forschungsprogramm (NFP) „Gesundheitsversorgung“

Mit dem NFP „Gesundheitsversorgung“ des SNF soll eine innovative Versorgungsforschung gefördert werden. Es wird für eine Dauer von fünf Jahren von 2017 bis 2021 ausgerichtet und verfügt insgesamt über 20 Millionen Franken. Das Ziel des Programms ist der Gewinn von Erkenntnissen, wie sich die Strukturen der Kranken- und Gesundheitsversorgung optimieren, die Versorgungsqualität und die Effizienz steigern, die Über-, Unter- und Fehlversorgung reduzieren lassen. Zudem sollen die Erkenntnisse dazu beitragen, die konkreten Herausforderungen in der Behandlung von chronisch Kranken in der Schweiz zu bewältigen.

Revision TARMED

Im ambulanten Bereich werden die ärztlichen Leistungen heute überwiegend mit dem Einzelleistungstarif TARMED vergütet (KVG, UVG, MVG, IVG). Der Einzelleistungstarif setzt Anreize zur Mengenausweitung (je mehr Leistungen erbracht werden, desto mehr können auch abgerechnet werden). Zurzeit ist der TARMED in Revision durch die dafür zuständigen Tarifpartner (Leistungserbringer und Versichererverbände). Die Tarifpartner müssen auch auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung der Tarife achten, d.h. das Primat einer aufwand- und verursachergerechten Entschädigung der Leistungen einhalten. Die in der Tarifstruktur abgebildeten Leistungen sollen sachgerecht und wirtschaftlich tarifiert sein, da sonst Fehlanreize entstehen, unnötige medizinische Leistungen erbracht werden, die Kosten weiter steigen und nicht zuletzt auch die Versorgungsqualität schlechter werden wird. Überbewertete Positionen im TARMED - beispielsweise in der Radiologie, Radiotherapie, Augenheilkunde oder in der ambulanten Chirurgie - sollen daher angepasst werden. Die Tarifpartner haben die Einreichung des Antrags auf Genehmigung auf Mitte 2016 angekündigt.

Konzentration hochspezialisierte Medizin

Die hochspezialisierte Medizin (HSM) betrifft den Bereich von seltenen, komplexen und teuren Interventionen und Therapien (z.B. schwere Verbrennungen bei Kindern). Wenn solche Leistungen in zu vielen Zentren angeboten werden, leidet einerseits die Qualität, weil es den Fachpersonen an Routine und Spezialwissen mangelt; andererseits kann keine optimale Effizienz erreicht werden, was gerade im HSM-Bereich grosse Kostenfolgen hat. Mit der Revision des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich der Spitalfinanzierung werden die Kantone verpflichtet, im HSM-Bereich gemeinsam eine gesamtschweizerische Planung vorzunehmen. Für den Fall, dass die Kantone ihrer Aufgabe nicht zeitgerecht nachkommen, legt der Bundesrat fest, welche Spitäler für welche Leistungen auf den kantonalen Spitallisten aufzuführen sind (Art. 39 Abs. 2^{bis} KVG). Um den Gesetzesauftrag der gemeinsamen gesamtschweizerischen Planung im HSM-Bereich umzusetzen, haben die kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und Gesundheitsdirektoren am 1. Januar 2009 die Interkantonale Vereinbarung zur Hochspezialisierten Medizin (IVHSM) in Kraft gesetzt. Bisher konnten Leistungszuteilungen in verschiedenen Teilbereichen gefällt werden. Verschiede Spitäler reichten gegen mehrere Leistungszuteilungen vor Bundesverwaltungsgericht (BVGer) Beschwerde ein. In seinen Urteilen hat das BVGer ein zweistufiges Planungsverfahren angeordnet, um dem rechtlichen Gehör der Spitäler Rechnung zu tragen. Zudem hat das BVGer auch darauf hingewiesen, dass die Anforderungen der Planungskriterien des Bundesrates umgesetzt werden müssen. Der Bundesrat hat gestützt auf einen Statusbericht der GDK die HSM-Planung überprüft und den entsprechenden Bericht

am 18. Dezember 2015 verabschiedet. Der Bundesrat macht zum heutigen Zeitpunkt von seiner subsidiären Kompetenz in Sachen HSM-Planung nicht Gebrauch. Er wird in drei Jahren erneut eine Überprüfung vornehmen. Zudem wird er die Entwicklung weiterverfolgen und bei Bedarf – ohne die subsidiäre Kompetenz anzuwenden – Massnahmen treffen, damit der Planungsprozess nicht unnötig blockiert wird.

Qualitätsstrategie und Stärkung von Health Technology Assessment (HTA)

Es ist unbestritten, dass der Bund im Bereich der Qualitätssicherung eine führende und koordinierende Funktion übernehmen soll. Damit die 2009 vom Bundesrat verabschiedete Qualitätsstrategie effizient und nachhaltig umgesetzt werden kann, wurde ein Gesetzesentwurf zur Einführung und Finanzierung geeigneter nationaler Strukturen geschaffen (Bundesgesetz über das Zentrum für Qualität in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung). Der Gesetzesentwurf sollte auch nationale Strukturen zur Stärkung des Health Technology Assessment (HTA) einbeziehen, um Synergien zwischen den beiden Bereichen zu nutzen. Eine Stärkung von HTA soll dazu dienen, bestehende medizinische Leistungen systematisch zu überprüfen, bessere Entscheidungsgrundlagen für die Bewertung neuer Leistungen bereitzustellen und neue Leistungen oder Indikationserweiterungen, bei denen Wirksamkeit, Zweckmässigkeit oder Wirtschaftlichkeit der Leistungen umstritten sind, frühzeitig zu erkennen. Dies soll zur Reduktion von nicht wirksamen und nicht effizienten Leistungen, Arzneimitteln und Verfahren beitragen und die Kosten dämpfen. Gestützt auf die Ergebnisse des Vernehmlassungsverfahrens zum Gesetzesentwurf hat der Bundesrat im Mai 2015 entschieden, die beiden Bereiche Qualität und HTA separat weiter zu bearbeiten. Das BAG wird dem Bundesrat die notwendigen Ressourcen bis Frühling 2016 zum Entscheid unterbreiten. Der Bundesrat hat ausserdem Mittel für ein erstes HTA-Programm 2015-2017 im Umfang von jährlich 600'000 Franken gesprochen.

Mit der Qualitätsstrategie soll die Sicherheit und Qualität des Gesundheitssystems weiter gesteigert und Kosten durch ungenügende Qualität reduziert werden. Die Finanzierung soll über Mittel der Krankenversicherung erfolgen. Im BAG soll eine Fachstelle Vorschläge für die strategischen Ziele zuhanden des Bundesrates erarbeiten sowie Projekte und Programme vorbereiten, ausschreiben, vergeben und auswerten. Eine ausserparlamentarische Fachkommission Qualität in der Krankenversicherung soll den Bund bei der Erarbeitung der strategischen Ziele beraten. Der Bundesrat soll über die Vorgabe strategischer Ziele steuern. Für die Umsetzung der Strategie soll auf das vorhandene Fachwissen von Gesundheitsfachleuten, Kantonen, Leistungserbringern, Versicherern und Versicherten resp. Patienten abgestellt werden. Die entsprechende gesetzliche Anpassung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung soll bis 2018 in Kraft gesetzt werden.

Bereich Gesundheitsversorgung und Kosten	
Herausforderungen	Laufende Massnahmen Gesundheit2020
Auslandabhängigkeit in den Gesundheitsberufen verringern, personelle Ressourcen kompetenzgerecht einsetzen und Interprofessionalität fördern.	Neben Mehrausbildung von Ärztinnen und Ärzten soll das Gesundheitsberufegesetz 2019 in Kraft gesetzt werden, um die Entwicklung der koordinierten Versorgung mit entsprechend qualifizierten Gesundheitsfachpersonen voranzutreiben und den Boden für die interprofessionelle Zusammenarbeit der Fachhochschul-Gesundheitsberufe mit den Medizinalberufen zu bereiten. Im Rahmen der Fachkräfteinitiative soll ein Förderprogramm Interprofessionalität 2017-2020 lanciert werden, damit interprofessionelle Ausbildung und Berufsausübung im Interesse einer besser koordinierten Versorgung gestärkt werden.

Bereich Gesundheitsversorgung und Kosten	
Herausforderungen	Laufende Massnahmen Gesundheit2020
Gesundheitssystem besser auf den Bedarf der älter werdenden Bevölkerung ausrichten.	Zahlreiche Projekte, Strategien und Massnahmen wie die Förderung der koordinierten Versorgung für bestimmte Patientengruppen und an bestimmten Schnittstellen (z.B. Spital-Rehabilitation), die Einführung des elektronischen Patientendossiers sowie die Strategien Palliative Care, Demenz oder Langzeitpflege oder auch das Nationale Forschungsprogramm des SNF „Gesundheitsversorgung“ sollen zu einer besseren Anpassung der Gesundheitsversorgung an den Bedarf der Bevölkerung und zu einem effizienten Mitteleinsatz führen.
Kostenentwicklung dämpfen.	Der Einzelleistungstarif TARMED ist zurzeit in Revision durch die Tarifpartner. Die in der Tarifstruktur abgebildeten Leistungen sollen sachgerecht und wirtschaftlich tarifiert sein, da sonst Fehlanreize entstehen, unnötige medizinische Leistungen erbracht werden, die Kosten weiter steigen und nicht zuletzt auch die Versorgungsqualität schlechter werden wird. In der hochspezialisierten Medizin (HSM) sollen weitere Teilbereiche konzentriert werden, wodurch Effizienz und Qualität dieser Leistungen verbessert werden. Mit der Qualitätsstrategie und Stärkung von Health Technology Assessments (HTA) sollen die Qualität und Patientensicherheit verbessert sowie nicht wirksame und ineffiziente Leistungen reduziert werden.

3.4 Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Während in Kapitel 3.3 der Fokus auf den Gesundheitsberufen, ihrer Zusammenarbeit und auf der bedarfsgerechten Entwicklung des Versorgungsangebotes lag, soll nachfolgende summarische Übersicht deutlich machen, dass viel Potential zur Entlastung des Gesundheitssystems sowohl bei den noch gesunden als auch bei den bereits kranken Menschen selbst liegt. Diese sollen motiviert und befähigt werden, gesünder zu leben und sich selbst mehr zu versorgen. Der Bedarf an ärztlichen oder medizinischen Leistungen könnte dadurch wesentlich gesenkt werden. Zu mehr Gesundheit beitragen können ausserdem Entscheide in andern Politikfeldern wie beispielsweise Bildung, Wirtschaft, Umwelt und Soziales, wenn diese zu mehr Chancengleichheit und Teilhabe am wirtschaftlichen und sozialen Leben führen oder die Umweltbedingungen verbessern.

Bereich Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	
Herausforderungen	Laufende Massnahmen Gesundheit2020
Der Anteil der gesunden Lebensjahre gemessen an der Lebenszeit soll erhöht werden (Kompression der Morbidität), damit die Nachfrage nach medizinischen und pflegerischen Leistungen gesenkt werden kann.	Die nationalen Strategien zur Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten, Sucht und psychische Krankheiten bilden inskünftig den Rahmen, in welchen die verschiedenen Ende 2016 auslaufende Programme wie Tabak und Alkohol integriert werden sollen. Die verschiedenen substanz- oder verhaltensbezogenen Präventionsbestrebungen sollen im Rahmen dieser drei Themenschwerpunkte besser koordiniert und die Synergien besser genutzt werden. Gemeinsam mit seinen Partnern will der Bund dazu beitragen, dass die Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Lebensweise motiviert werden. Mit den nationalen Strategien gegen Spital- und Pflegeheiminfektionen (NOSO), das humane Immunodefizienz-Virus (HIV) sowie sexuell übertragbare Infektionen (STI), der Masernelimination und Prävention der saisonalen Grippe soll die Krankheitslast der übertragbaren Krankheiten weiter gesenkt werden.
Menschen gesundheitskompetenter machen und zu mehr Selbstbehandlung anleiten.	Im Brennpunkt dieser Massnahme stehen vulnerable Gruppen wie beispielsweise die Migrationsbevölkerung oder Personen in einkommensschwachen Verhältnissen, die oftmals über zu wenig Wissen verfügen, wie sie das Gesundheitssystem angemessen nutzen.
Weitere Politikfelder für gesundheitliche Anliegen sensibilisieren.	Heute übernehmen 330'000 Personen im Erwerbsalter Pflege- und Betreuungsaufgaben. Aufgrund des erwarteten steigenden Bedarfs sollen mit dem 2014 vom Bundesrat beschlossenen Aktionsplan die pflegenden Angehörigen gezielt unterstützt und entlastet werden. Im Frühling 2016 wird der Bundesrat zudem über ein Förderprogramm zur Weiterentwicklung der Entlastungsangebote 2017-2020 entscheiden. Die Massnahme steht im Zusammenhang mit der Fachkräfteinitiative plus und soll den Fachkräftebedarf verringern. Die Gesundheit hängt zu 60 % von Faktoren ausserhalb der Gesundheitspolitik ab. Mit einer umfassenden Gesundheitspolitik will das BAG andere Politikbereiche sensibilisieren und zu gesundheitsförderlichen Entscheiden beitragen.

4 Anhang

Abbildung X

Ärztlicher Nachwuchs mit Bildungsherkunft 2005-2013

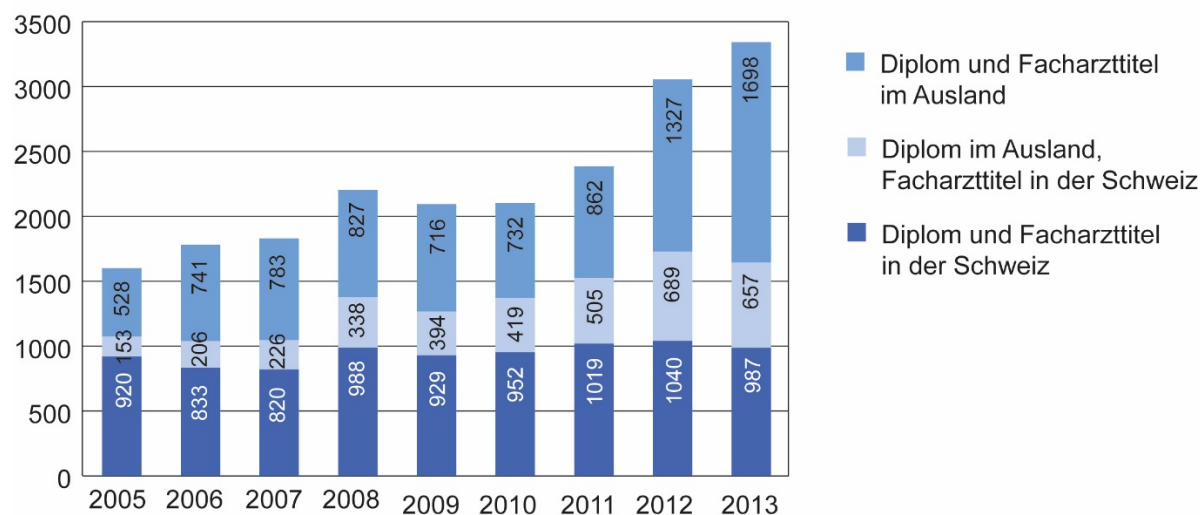


Abbildung Y

Weiterbildungstitel nach Fachgebieten

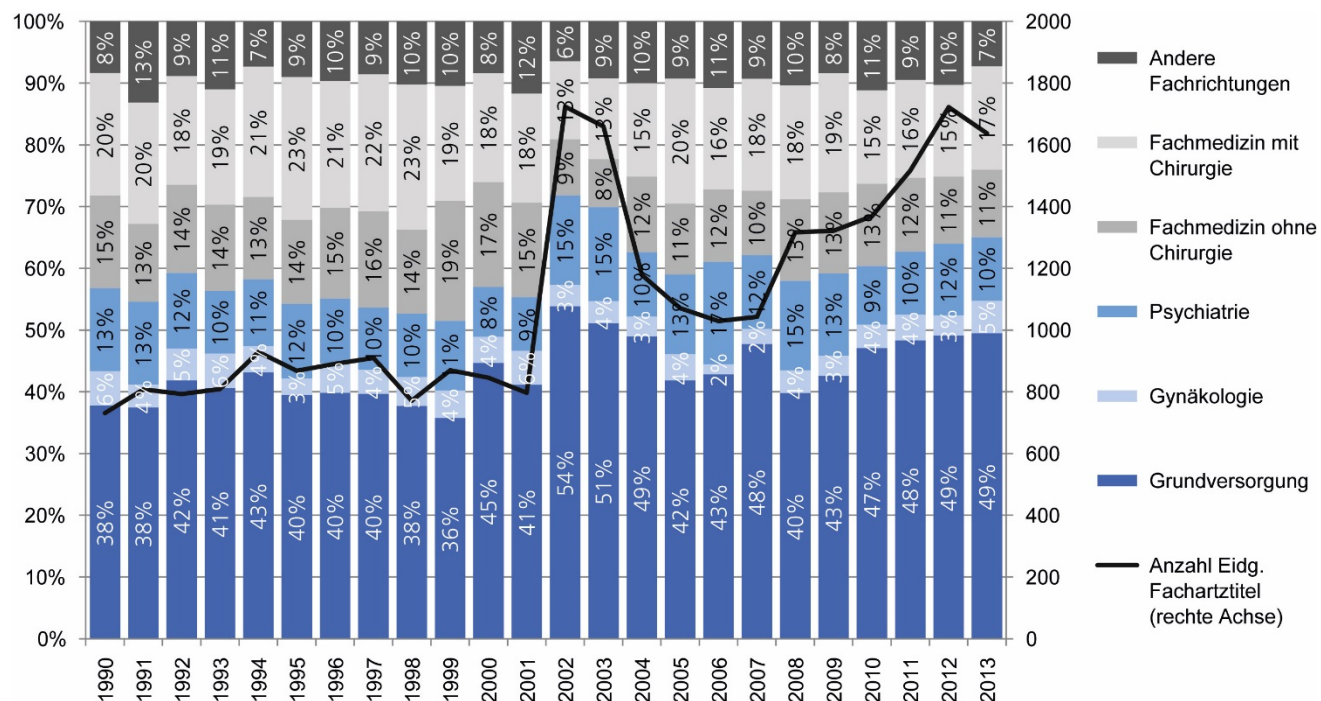


Abbildung Z

