

23.11.2011



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin

Bericht des Bundesrates

in Erfüllung der Motion 08.3608 von Nationalrätin Jacqueline Fehr „Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“ vom 2. Oktober 2008

Inhaltsverzeichnis

1	VERZEICHNIS DER ABKÜRZUNGEN	5
2	ÜBERSICHT	6
3	EINLEITUNG	7
3.1	Motion 08.3608 - Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin	7
3.1.1	Begründung der Motion	8
3.1.2	Stellungnahme des Bundesrates	8
3.1.3	Verlauf der Beratungen	8
3.1.4	Verhältnis der Motion zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“	8
4	PROGNOSEN UND UNTERSUCHUNGEN ZUM ÄRZTEMANGEL	10
4.1	Prognosen zum Ärztemangel	10
4.1.1	Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)	10
4.2	Verschiedene Untersuchungen zum Ärztemangel	10
4.2.1	Ärztemangel im Spital	10
4.2.2	Ärztemangel in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung	11
4.2.3	Rekrutierung im Ausland	12
4.3	Verhältnismässigkeit der Leistungen und Effizienz	13
4.3.1	Häufigkeitsunterschiede bei bestimmten medizinischen Behandlungen	13
4.3.2	Hohe Personalintensität im stationären Bereich	13
4.4	Prävention	14
4.5	Zusammenfassung	14
5	ÄRZTEPOPULATION	15
5.1	Stand und Entwicklung der Ärztepopulation	15
5.1.1	Ärztedichte	15
5.1.2	Ärztebestand	16
5.1.3	Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte	16
5.1.4	Altersverteilung Grundversorger, -innen und Spezialisten, -innen (mit Praxistätigkeit)	17
5.1.5	Grundversorger, -innen und Spezialisten, -innen (mit Praxistätigkeit)	17
5.1.6	Eidgenössische Diplome und Wohnbevölkerung	18
5.1.7	Entwicklung der Geschlechterverteilung	18
5.1.8	Im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte	19
5.1.9	Quantitative Entwicklung aller Ärztinnen und Ärzte	19
5.2	Zusammenfassung	21
6	AUSBILDUNG	22
6.1	Zu- und Abgangsbewegungen	22
6.1.1	Ausbildungsbedarf	22
6.1.2	Interesse am Medizinstudium	23
6.1.3	Studienplatzkapazität und Studienanfängerzahlen	24
6.1.4	Numerus Clausus	25

6.1.5	Zusätzliche Kapazitäten: Neuere Entwicklungen	26
6.1.6	Studienplatzkapazitäten und Abschlussquoten im internationalen Vergleich	26
6.1.7	Qualitative Aspekte der Ausbildung	28
6.2	Zusammenfassung	29
7	WEITERBILDUNG	29
7.1	Stand und Entwicklung der Weiterbildung	29
7.1.1	Diplomierte Ärztinnen und Ärzte mit und ohne Weiterbildungstitel	30
7.1.2	Beschäftigungsgrad der Assistenzärztinnen und -ärzte	31
7.1.3	Auswirkungen der Teilzeitarbeit und des Arbeitsgesetzes	31
7.1.4	Auswanderung schweizerischer Ärztinnen und Ärzte	31
7.1.5	Einwanderung ausländischer (Assistenz)ärztinnen und -ärzte	32
7.1.6	Zahlenverhältnis zwischen ärztlichen Grundversorgern und Spezialisten	33
7.1.7	Weiterbildung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger	34
7.1.8	Wahl und Entwicklung der Fachgebiete	35
7.1.9	Weiterbildungsmarkt	37
7.2	Zusammenfassung	37
8	BERUFSAUSÜBUNG	38
8.1	Abschliessende Berechnung des Ausbildungsbedarf	39
8.2	Stationäre Versorgung	39
8.3	Ambulante Versorgung	40
8.3.1	Entwicklung der Zahl kantonaler Berufsausübungsbewilligungen	40
8.3.2	Ambulante Versorgungsstruktur	42
8.4	Integrierte Versorgung	42
8.4.1	Neue Versorgungsmodelle	43
8.4.2	Skill Mix (Einbezug verschiedener Gesundheitsberufe)	44
8.4.3	Reorganisation der Notfalldienste	45
8.4.4	Einsatz von eHealth	45
8.5	Zusammenfassung	47
9	EINKOMMEN UND TARIFIERUNG	48
9.1	Rahmenbedingungen und Ausgangslage	48
9.1.1	Angemessene Abgeltung der Leistungen	49
9.1.2	Erwartungen der Tarifpartner und Rolle des Bundes	49
9.2	Einfluss des Einkommens auf die Angebotsstruktur	51
9.2.1	Einkommenssteigerung in Gruppenpraxen	51
9.3	Zusammenfassung	51
10	SCHLUSSFOLGERUNGEN	53
11	EMPFEHLUNGEN	55

23.11.2011

11.1	Allgemeine Bemerkungen	55
11.2	Tabellarische Übersicht der Empfehlungen	56
12	MASSNAHMEN	64
12.1	Eingeleitete Massnahmen des Bundes	64
12.2	Gemeinschaftliche Massnahmen Bund - Kantone	65

1 Verzeichnis der Abkürzungen

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BBT	Bundesamt für Berufsbildung und Technologie
BFM	Bundesamt für Migration
BFS	Bundesamt für Statistik
BFT	Steuerungsausschuss Bildung, Forschung und Technologie
CRUS	Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten
DRG	Diagnosis Related Groups (Diagnosebezogene Fallgruppen)
EDI	Eidgenössisches Departement des Innern
EFK	Eidgenössische Finanzkontrolle
EFTA	Europäische Fair-Handels-Organisation
EU	Europäische Union
EURACT	European Academy of Teachers in General Practice / Family Medicine
EVD	Eidgenössisches Volkswirtschaftsdepartement
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
Gfs	Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung
H+	Verband der Schweizer Spitäler
HMO	Health Maintenance Organization
KVG	Krankenversicherungsgesetz
MedBG	Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe
MPA	Medizinische Praxisassistentin
NC	Numerus Clausus
NFP	Nationales Forschungsprogramm
NGP	Dialog Nationale Gesundheitspolitik
NGS	Nationale Gesundheitsstrategie
NEXT	Nurses' Early Exit (Studie)
Obsan	Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums
OdASanté	Nationale Dach-Organisation der Arbeitswelt Gesundheit
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SAEZ	Schweizerische Ärztezeitung
Santésuisse	Verband der Schweizer Krankenversicherer
SBF	Staatssekretariat für Bildung und Forschung
SGK-N	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Nationalrates
SGK-S	Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit des Ständerates
SIWF	Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung
SMIFK	Schweizerische medizinische Interfakultätskommission
SUK	Schweizerische Universitätsdirektorenkonferenz
SVA	Schweizerische Verband der medizinischen Praxisassistentinnen
SWTR	Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
TARMED	Einzelleistungstarif für sämtliche in der Schweiz erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen im Spital und in der freien Praxis
VSAO	Verband Schweizerischer Oberärztinnen und -ärzte
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZÄB	Plattform Zukunft Ärztliche Bildung

2 Übersicht

Der vorliegende Bericht in Erfüllung der Motion Fehr (08.3608 Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin) bietet eine Analyse über die Ärztepopulation und verbindet den prognostizierten Ärztemangel mit aktuellen Fakten und Entwicklungen. Dabei wird festgestellt, dass insbesondere die stationäre Gesundheitsversorgung im internationalen Vergleich hohe Personalressourcen bindet. In einigen Bereichen gibt es Hinweise für eine Überversorgung, während sich in andern Bereichen einzelne Engpässe abzeichnen oder abzuzeichnen beginnen. Aktuell finden sich aber weder im stationären noch im ambulanten Bereich Hinweise für ein Versorgungsdefizit.

Es wäre aber falsch, aufgrund aktuell fehlender Hinweise auf Versorgungsdefizite zu folgern, dass kein Handlungsbedarf besteht: Die Schweiz ist in wachsendem Mass abhängig von im Ausland ausgebildetem Personal. Dies gilt nicht nur für den stationären Bereich, sondern in zunehmendem Mass auch für den ambulanten Bereich. Zugleich ist die Bevölkerung in den vergangenen Jahren gewachsen, ohne dass die Zahl der diplomierten Ärztinnen und Ärzte entsprechend erhöht worden wäre. Bisher konnte der Mangel an in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten weitgehend über Rekrutierungen im Ausland kompensiert werden. Das verfügbare Potential – gemessen an der Zahl der zwischen 2005 – 2010 aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte – besteht inzwischen zu mehr als der Hälfte aus Ärztinnen und Ärzten, die im Ausland ausgebildet wurden. Es ist nicht auszuschliessen, dass die Deckung des Personalbedarfs auch in Zukunft auf diesem Weg möglich wäre. Aus der Perspektive der Versorgungssicherheit und aus Gründen der Fairness gegenüber andern Ländern sollte die Schweiz in Zukunft jedoch möglichst selbst genügend Personal und insbesondere Ärztinnen und Ärzte auszubilden.

In diesem Bericht wird der Ausbildungsbedarf der Ärztinnen und Ärzten geschätzt. Mit Blick auf mögliche Effizienzsteigerungen in der Gesundheitsversorgung wird im vorliegenden Bericht ein „Stabilisierungsszenario“ berechnet, mit welchem folgende Frage beantwortet wird: Wie viele Ärztinnen und Ärzte müssen ausgebildet werden, um das aktuell verfügbare Arbeitsvolumen aller in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte aufrecht erhalten zu können? Um diese Frage zu beantworten, wurden alle bekannten Zu- und Abgangsbewegungen von der Aus- über die Weiterbildung bis zur Berufsausübung berücksichtigt. Fazit: Soll das heute verfügbare Arbeitsvolumen vollständig mit in der Schweiz ausgebildeten Medizinalpersonen gehalten werden, müssten unter Berücksichtigung der Verluste (wahrscheinliche Berufsabgänge) und des abnehmenden Beschäftigungsgrades in der Schweiz in Zukunft zwischen 1200 - 1300 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr ausgebildet werden. Dies bedeutet gegenüber den heutigen Abschlusszahlen eine Steigerung von rund 50 Prozent.

Weil die Motion neben einer Strategie gegen den Ärztemangel auch die Förderung der Hausarztmedizin zum Ziel hat, wird in jedem Kapitel des Berichtes die Situation der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger speziell dargestellt.

Basierend auf der Problemanalyse in den Kapiteln 4 bis 9 resultieren vielfältige Erkenntnisse. Die wichtigsten davon werden in den Schlussfolgerungen (Kapitel 10) zusammengefasst. Mit Blick auf die hauptsächliche Zuständigkeit der Kantone für viele der von der Motionärin vorgeschlagenen Interventionsbereiche und aufgrund der Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ wird im vorliegenden Bericht auf weitere konkrete Vorschläge zu Gesetzesänderungen verzichtet. Bei dieser Ausgangslage wäre es aus der Sicht des Bundesrats nicht opportun, den für die Gesundheitsversorgung zuständigen Kantonen konkrete Bundesvorschriften unterbreiten zu wollen. In Kapitel 11 werden jedoch Empfehlungen zuhanden der zuständigen Akteure oder Partner formuliert, während in Kapitel 12 die vielen bereits eingeleiteten oder umgesetzten Massnahmen zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung sowie zur Vorbereitung einer besseren Koordination und Vernetzung in der medizinischen Grundversorgung aufgelistet werden.

Der eiligen Leserin oder dem eiligen Leser werden die Zusammenfassungen am Ende der Kapitel 4 bis 9 sowie die Lektüre der Kapitel 10 bis 12 empfohlen.

3 Einleitung

Der drohende Ärztemangel ist nicht nur in der Schweiz ein Thema. Auch in Deutschland, Frankreich, Holland, den USA oder Kanada werden Erhöhungen der Studienplatzkapazitäten gefordert. In allen Ländern wird diese Forderung mit denselben Argumenten begründet: Steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen infolge eines wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung, veränderte Work-Life-Balance, zunehmende Feminisierung des Arztberufs und der Trend zu früheren Pensionierungen der Ärztinnen und Ärzte. So forderte beispielsweise der (damalige) deutsche Gesundheitsminister 2010 eine Erhöhung der Studienplätze um 10 Prozent sowie eine bevorzugte Vergabe der Plätze an zukünftige "Landärzte"¹. Die Association of American Medical Colleges empfahl bereits 2006² eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten um 30 Prozent sowie den vermehrten Einbezug von Hilfspersonal und spezialisierten Pflegenden (Nurse Practitioners) als weitere Massnahmen gegen den Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern.

Die meisten dieser Länder sehen sich also auch im Bereich der ärztlichen Grundversorgung³ mit ähnlichen Problemen konfrontiert: Eine Mehrheit der jungen Ärztinnen und Ärzte entscheidet sich - bei freier Wahlmöglichkeit - für eine Weiterbildung in einem ärztlichen Spezialgebiet und zieht eine spätere Berufstätigkeit im Spital oder in einer zentral gelegenen Gruppenpraxis der dezentralen Tätigkeit in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung vor.

Nur in Ländern mit einem Hausarztssystem wie beispielsweise in Holland konnte die Position der ärztlichen Grundversorgerinnen und Grundversorger nachhaltig gestärkt werden. In diesen Ländern ist der Hausarzt oder die Hausärztin die Achse, um die sich die gesamte medizinische Versorgung dreht: Der Zugang zu spezialärztlichen Leistungen ist nur nach Überweisung durch einen Hausarzt oder eine Hausärztin möglich. Frei praktizierende Spezialistinnen und Spezialisten gibt es kaum. Diese üben ihre Tätigkeit fast ausschliesslich im Rahmen von Krankenhäusern oder Polikliniken aus. Zudem werden in Holland die Weiterbildungsplätze für Spezialärztinnen und Spezialärzte begrenzt.

Im vorliegenden Bericht wird aufgezeigt, wie sich die Situation in der Schweiz heute darstellt und welche Möglichkeiten es gibt, den drohenden Ärztemangel abzuwenden und spezifische Probleme betreffend Hausarztmedizin zu lösen.

Dieser Bericht knüpft an den 2010 erarbeiteten Bericht des Bundesrates zur aktuellen Situation der ärztlichen Grundversorgung in Erfüllung des Postulates 07.3279 der SGK-S vom 26. März 2007 sowie des Postulates 07.3561 der SGK-N vom 14. September 2007 "Zur Aufwertung der Hausarztmedizin" an.⁴ Er stützt sich auf zahlreiche Publikationen der verschiedenen Verantwortungsträger in der Aus- und Weiterbildung. Zudem wurden Studien zu integrierter Versorgung und eHealth beigezogen. Die Sicht der Kantone wurde durch die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) eingebracht. Bei einzelnen themenspezifischen Fragen wurden die zuständigen Institutionen oder Fachorganisationen konsultiert.

3.1 Motion 08.3608 - Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin

Die Motion lautet wie folgt:

Der Bundesrat wird beauftragt, in Zusammenarbeit mit den Kantonen und den zuständigen Fachorganisationen eine Strategie mit einem Masterplan (inkl. allfälligen Gesetzesänderungen) auszuarbeiten und dem Parlament vorzulegen, mit der ein Ärztemangel in der Schweiz verhindert und die Hausarztmedizin gefördert werden können. Dabei sollen insbesondere die Abschaffung des

¹ Landärzte: ärztliche Grundversorgerinnen und Grundversorger in ländlichen Regionen

² Center for Workforce Studies (2006): The Complexities of Physician Supply and Demand: Projections Through 2025. AAMC Tomorrow's Doctors, Tomorrow's Cures.

³ Der Begriff „ärztliche Grundversorgung“ wird in diesem Bericht synonym zum Begriff Hausarztmedizin verwendet. Zur Gruppe der Ärztinnen und Ärzte, die ärztliche Grundversorgung anbieten, gehören die Fachärztinnen und -ärzte für Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt/Praktische Ärztin, Innere Medizin sowie Kinder- und Jugendmedizin. Diese Zuordnung erfolgt in Anlehnung an die von der Zulassungsbeschränkung ausgenommenen eidg. oder anerkannten Weiterbildungstitel gemäss Art. 55a Abs. 1 KVG (SR 832.10). Damit wird aber keine abschliessende Definition der ärztlichen Grundversorgung eingeführt: Auch andere Fachärztinnen und -ärzte sind in Bereichen tätig, die grundsätzlich ebenfalls zur ärztlichen Grundversorgung gerechnet werden könnten (z.B. Gynäkologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Rheumatologie, Kardiologie u.a.m.).

⁴ Der Bericht ist auf der Internetseite des BAG publiziert: <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=de>

Numerus Clausus, die Neugestaltung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, die Tarifgestaltung, die Förderung von Gemeinschaftspraxen und neuen Arbeitsmodellen, die Regelung der Notfalldienste sowie die Möglichkeiten von eHealth thematisiert werden.

3.1.1 Begründung der Motion

Gemäss einer Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) kann es bis 2030 zu einer erheblichen Lücke in der medizinischen Versorgung kommen. Bis zu 30 Prozent der prognostizierten Konsultationen könnten dann gemäss Obsan nicht mehr abgedeckt werden. Besonders gravierend wird gemäss der Obsan-Studie der zu erwartende Mangel an Hausärztinnen und Hausärzten sein. Nahezu 40 Prozent der Konsultationen werden nicht mehr gewährleistet sein. Dies einerseits, weil aufgrund der Alterung der Bevölkerung die Nachfrage nach hausärztlichen Leistungen steigen wird. Andererseits ist mit einer weiteren Abnahme der Zahl jener zu rechnen, die sich für das Fachgebiet Hausarztmedizin entscheiden. Die Studie kommt entsprechend zum Schluss, dass es insbesondere im Bereich Hausarztmedizin Massnahmen braucht, um die flächendeckende medizinische Versorgung zu gewährleisten.

3.1.2 Stellungnahme des Bundesrates

In seiner Antwort vom 12. Dezember 2008 befürwortet der Bundesrat das Anliegen der Motion und beantragt seine Annahme. Er sieht darin die Chance, bisher fragmentierte Arbeiten in einen Gesamtzusammenhang zu stellen und daraus Empfehlungen abzuleiten. Er weist in seiner Antwort auch darauf hin, dass sich nicht nur eine allfällige Unterversorgung in einzelnen Bereichen abzeichnet, auch die Überversorgung in anderen Bereichen erscheint möglich. Die Vorstellungen des Bundesrates werden gegenwärtig in der politischen Diskussion in zwei Stossrichtungen weiterverfolgt: Die Revision des Bundesgesetzes vom 18. März 1994⁵ über die Krankenversicherung (KVG) im Bereich von Managed Care bietet die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen für eine bessere Vernetzung der als Grundversorger zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung tätigen Ärztinnen und Ärzte zu schaffen und damit die Attraktivität der Tätigkeit als Hausarzt bzw. Hausärztin zu steigern. Der Überversorgung in anderen Bereichen kann mit der Umsetzung des bundesrätlichen Vorschlags zur Einführung der Vertragsfreiheit entgegengehalten werden mit dem Ziel, den Zustrom von Leistungserbringenden in diese Bereiche einzudämmen. Die parlamentarische Beratung dieser beiden Vorlagen ist im Gange. Es obliegt den eidgenössischen Räten, den durch das KVG gesetzten Rahmen zu gestalten und die Anreize für eine zukunftsgerichtete Politik zu setzen.

3.1.3 Verlauf der Beratungen

Am 19. Dezember 2008 beschloss der Nationalrat Annahme der Motion, am 4. Juni 2009 ebenso der Ständerat.

3.1.4 Verhältnis der Motion zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“

Da es zwischen der vorliegenden Motion und der am 1. April 2010 eingereichten Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ eine inhaltliche Überschneidung gibt, wurde im Rahmen dieses Berichtes auf die Erarbeitung eines Masterplans in Form konkreter gesetzlicher Änderungsvorschläge verzichtet. Mit Blick auf die Zuständigkeit der Kantone für die Gesundheitsversorgung wurden stattdessen eine Reihe von Empfehlungen formuliert, die unabhängig vom Ausgang der Volksabstimmung über die Initiative geeignet sind, den (spezifischen) Mangel an Ärztinnen und Ärzten zu verhindern. Dieses Vorgehen wurde auch deshalb gewählt, weil sich die Empfehlungen an eine Vielzahl von Akteuren richten, namentlich an den Bund, die Kantone, Hochschulen und Berufsverbände die ihre kurzfristigen Massnahmen, mittel- und langfristiges Vorgehen untereinander koordinieren müssen. Die Kantone haben im Rahmen der bis zum 6. Juli 2011 durchgeführten Vernehmlassung zum direkten Gegenentwurf des Bundesrates zur Volksinitiative Stellung genommen, indem sie Kompetenzerweiterungen des Bundes, auch wenn solche nur subsidiär vorgesehen waren, deutlich ablehnen.

⁵ SR 832.10

23.11.2011

Die Abstimmung mit der Volksinitiative hat schliesslich zu einer Verzögerung geführt: Der Bericht wurde nicht wie ursprünglich geplant bereits im Frühling 2011 erstellt, sondern er wird nun zusammen und in Abstimmung mit der Botschaft zum direkten Gegenentwurf zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“ vorgelegt. Der zusätzliche Zeitraum wurde genutzt, neuere auch das Jahr 2010 umfassende Zahlen und Auswertungen einzufügen

4 Prognosen und Untersuchungen zum Ärztemangel

In diesem Kapitel wird der prognostizierte Ärztemangel kurz beschrieben und bewertet. In diesem Zusammenhang wird auch das Thema Migration des Gesundheitspersonals diskutiert. Es werden einige Studien zum Thema vorgestellt und Aspekte aufgezeigt, welche einen Einfluss haben auf den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten.

4.1 Prognosen zum Ärztemangel

4.1.1 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Gemäss Berechnungen des Bundesamtes für Statistik (BFS) wird der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung der Schweiz von heute 16 Prozent bis im Jahr 2050 auf 28 Prozent steigen. V. a. der Anteil der über 80-Jährigen, der heute bei rund 5 Prozent liegt und im selben Zeitraum auf 12 Prozent steigen soll, wird eine steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen mit sich bringen. Das Obsan hat, basierend auf den Annahmen zu dieser Bevölkerungsentwicklung, verschiedene "optimistische" und "pessimistische" Szenarien berechnet. Dabei wurde nach dem Gesundheitszustand der älteren Bevölkerung, der Einführung des Gatekeeping sowie der Substitution ärztlicher Leistungen durch andere Gesundheitsberufe variiert. Alle Szenarien, auch die optimistischen, weisen auf einen primär im Bereich der ärztlichen Grundversorgung zu erwartenden Mangel hin. So könnten gemäss Obsan bis im Jahr 2030 bis zu 40 Prozent der Konsultationen in der ambulanten Grundversorgung nicht mehr gedeckt werden. Aber auch in den übrigen Fachgebieten soll die Inanspruchnahme das Angebot in Zukunft um bis zu 30 Prozent übersteigen.

In Bezug auf die Diplomabschlüsse in Humanmedizin muss eine Annahme des Obsan-Berichtes inzwischen korrigiert werden. Aufgrund bereits erfolgter Kapazitätserhöhungen der medizinischen Fakultäten und aufgrund neuer Berechnungen des BFS⁶ werden deutlich höhere Abschlusszahlen erwartet als prognostiziert: Statt 700, wie angenommen, werden ab 2015 zwischen 850 - 900 diplomierte Ärztinnen und Ärzte die schweizerischen Universitäten verlassen.

In den Prognosen unberücksichtigt geblieben sind zudem die ambulanten Leistungen der Spitäler sowie die Veränderungen, die von der KVG-Revision im Bereich der Spitalfinanzierung und der damit verbundenen Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen im stationären Bereich erwartet werden: Eine geringere Spitalaufenthaltsdauer sowie allgemeine Prozessoptimierungen, die zu Effizienzsteigerungen führen werden. Als Folge davon könnte die gleiche Leistung mit weniger (ärztlichem und nicht-ärztlichem) Personal erreicht werden.

4.2 Verschiedene Untersuchungen zum Ärztemangel

Die nun folgenden Untersuchungen zum Ärztemangel zeigen, dass dieser heute vor allem als Mangel an in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten betrachtet werden muss. Dieser Mangel zwingt vor allem die Spitäler zu Personalrekrutierungen im Ausland. Dies wird angesichts des sich weltweit abzeichnenden Ärztemangels zusehends kritischer beurteilt. Im Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung ist die Nachfolgeregelung in frei werdenden Einzelpraxen nicht mehr gesichert. Die bestehende Angebotsstruktur kann dadurch nicht mehr vollständig aufrechterhalten werden. Gleichzeitig fand und findet weiterhin ein starker Ausbau der ambulanten Spitalleistungen statt. Insgesamt findet sich keine Evidenz dafür, dass der Mangel an in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten bislang zu einem Versorgungsdefizit geführt hat. Entsprechende Recherchen verlaufen ohne Ergebnis.

4.2.1 Ärztemangel im Spital

In einer von der Schweizerischen Gesellschaft für praktische Sozialforschung (Gfs) im Jahr 2009⁷ durchgeführten Studie berichten 65 Prozent von insgesamt 205 befragten Spitälern, von einem Mangel

⁶ BFS (2010): "Bildungsperspektiven Szenarien 2010 - 2019 für die Hochschulen". Neuchâtel.

⁷ Bieri, U. et al. (2009): Personalmangel - ein mehrheitlicher Problemdruck verlangt nach Lösung. Schlussbericht Personalmangel im Auftrag von H+ Die Spitäler der Schweiz. Gfs. bern.

an Ärztinnen und Ärzten überdurchschnittlich oder durchschnittlich betroffen zu sein (überdurchschnittlich betroffen sind v. a. psychiatrische Einrichtungen). 52 Prozent der befragten Institutionen halten den Personalmangel für höchst problematisch und führen als Hauptgründe eine falsche Bildungspolitik und unattraktive Arbeitszeiten an. 83 Prozent derjenigen, die über einen Mangel berichteten, konnten die Leistungserbringung kurzfristig mit alternativen Massnahmen, darunter die Rekrutierung von im Ausland ausgebildetem Personal, sichern. Die Autoren der Studie folgern daraus, dass der Personalmangel im laufenden Betrieb aktuell grösstenteils kompensierbar sei.

4.2.2 Ärztemangel in der ambulanten ärztlichen Grundversorgung

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung wird vor allem die schwierige Nachfolgeregelung als Indiz für den Ärztemangel thematisiert. So verglich Marty (2006)⁸ die Zahl der in der Schweizerischen Ärztezeitung (SAEZ) publizierten Praxis- und Stellenofferten mit den Praxiseröffnungen aus den Jahren 2002 und 2005. Während 2002 insgesamt 218 Hausarztpraxen offeriert und 162 Praxen eröffnet wurden, verschlechterte sich dieses Verhältnis im Jahr 2005 deutlich: 191 Praxisofferten standen gerade noch 71 Eröffnungen gegenüber. Die Ergebnisse dieser Studie sind - auch gemäss Autor - mit Vorsicht zu interpretieren. Die publizierten Zahlen sind weder vollständig, da viele Praxen gar nie ausgeschrieben werden, noch besteht bei Neueröffnungen eine Publikationspflicht in der SAEZ. Dennoch gibt es keinen Grund, die in dieser Studie festgestellte Tendenz zu bezweifeln. Mit einigen zusätzlichen Angaben über die offerierten Praxistypen liefert die kleine Studie aber zugleich eine mögliche Erklärung für den wachsenden Angebotsüberhang: 2002 waren 66 Prozent der offerierten Praxen Einzelpraxen, im Jahr 2005 waren es gar 72 Prozent. Bei den Stellenofferten boten nur gerade 11 Prozent der Arbeitgeber die Möglichkeit zu Teilzeitarbeit an. Aus Untersuchungen über die Berufsvorstellungen junger Ärztinnen und Ärzte ist bekannt, dass die Arbeit in Einzelpraxen diesen Vorstellungen immer weniger gerecht wird. Der Wunsch nach Teilzeitanstellungen wird deshalb weiter wachsen.⁹

Neueste Untersuchungen des Obsan zeigen, dass die ärztliche Grundversorgung - gemessen an der Entwicklung der Ärztedichte in 106 Versorgungsregionen zwischen 1998 - 2007 - kaum abgenommen hat.¹⁰ Weil damit wenig über das Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage ausgesagt werden kann, untersuchte das Obsan zusätzlich, in welchen Regionen der Aktivitätsgrad¹¹ der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger über dem Zentralwert lag. Dieser Wert ist ein Mass dafür, dass die Ärztinnen und Ärzte ihr Arbeitsvolumen aufgrund der steigenden Nachfrage erhöht haben. Während zwischen 1998 - 2002 nur eine Versorgungsregion beide Kriterien erfüllte (d.h. abnehmende Ärztedichte und Erhöhung des Arbeitsvolumens) und damit unter die Kategorie "vulnerable Regionen" fiel, waren es zwischen 2002 - 2007 sechs Versorgungsregionen. Konkret bedeutet dies, dass in diesen Regionen die Elastizität zwischen Angebot und Nachfrage nicht mehr hoch sein dürfte, es heisst jedoch nicht, dass ein Mangel besteht.

Beide Untersuchungen im Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung weisen darauf hin, dass das Leistungsangebot in einzelnen Regionen abnimmt. Diesem Befund steht ein überproportionales Kostenwachstum im Bereich der ambulanten Spitalleistungen gegenüber: Von 2007 bis 2008 betrug der Kostenzuwachs in diesem Bereich 11 Prozent und war damit fast doppelt so hoch wie das Trendwachstum in allen Bereichen. Insbesondere stieg die Zahl der Notfallbehandlungen, die gemäss Verband der Schweizer Versicherer (Santésuisse) ebenso gut bei den ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern behandelt werden könnten. Diese Aussage muss sicherlich relativiert werden: Für bestimmte Notfallbehandlungen ist die Infrastruktur eines Spitalambulatoriums unabdingbar, während sich bei den hausarztüblichen Notfallbehandlungen die Frage stellt, weshalb diese nicht in ambulanten Arztpraxen erfolgen: Liegt es an den Öffnungszeiten? Fehlt es Patientinnen und Patienten, insbesondere aber jenen mit Migrationshintergrund, an Kenntnissen über die optimale Nutzung des

⁸ Marty, F. (2006): Zahl der Praxisangebote 2005 - drei Jahre nach Einführung der Zulassungsbeschränkung. In *PrimaryCare* 2006;6: Nr. 17.

⁹ Buddeberg-Fischer, B., Stamm, M., Buddeberg, C., Klaghofer, R.: Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung der Hausarztmedizin aus der Sicht junger Ärztinnen und Ärzte. In: *Gesundheitswesen* 2008; 70: 123-128.

¹⁰ Entwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung 1998 - 2007: Präsentation des Obsan anlässlich Dialogsitzung zur Nationalen Gesundheitspolitik vom 21. Oktober 2010.

¹¹ Gemessen an den zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung abgerechneten Leistungen.

schweizerischen Gesundheitssystem oder verfügen viele dieser Patientinnen und Patienten über keine Hausärztin / keinen Hausarzt?¹²

4.2.3 Rekrutierung im Ausland

Die Rekrutierung von im Ausland ausgebildetem Personal wird zusehends kritisch beurteilt. Obwohl die im Ausland ausgebildeten und in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte überwiegend aus den umliegenden Ländern kommen, trägt die Schweiz damit indirekt zu einem Brain Drain in denjenigen Ländern bei, die bereits heute nur über eine prekäre Gesundheitsversorgung verfügen. Vor diesem Hintergrund hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Mai 2010 einen Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal verabschiedet.¹³ Die Berücksichtigung der WHO-Empfehlungen ist zwar freiwillig, diese sollen die Mitgliedsstaaten aber dazu bewegen, ethische Grundsätze bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal im Ausland zu fördern. Die Mitgliedsstaaten werden aufgefordert, selber möglichst genügend Personal auszubilden, um den eigenen Bedarf decken zu können.

Dass die Schweiz zu den Nutzniessern der Migration des Gesundheitspersonals gehört, wurde mit der neuesten Studie des Obsan über das ausländische Gesundheitspersonal in der Schweiz belegt.¹⁴ Anlässlich der Eröffnungsrede zur 12. Arbeitstagung Nationale Gesundheitspolitik (NGP) im November 2010 hat der Departementsvorsteher des EDI deshalb dafür plädiert, dass die Schweiz ihre Abhängigkeit von im Ausland ausgebildetem Personal verringern müsse. Mittel- und langfristig solle sie das Ziel anstreben, selber genügend und bedarfsgerecht qualifiziertes Gesundheitspersonal auszubilden. In der Ärzteausbildung wäre dieses Ziel - zumindest was die Zahl der Interessentinnen und Interessenten anbelangt - grundsätzlich erreichbar.

Bis anhin kreisten viele Diskussionen überwiegend um die Frage, wie hoch der Anteil ausländischer Gesundheitsfachkräfte ist oder in Zukunft sein darf/soll. Aus der Perspektive des Verhaltenskodex der WHO steht aber nicht die Frage des Ausländeranteils im Sinne der Nationalität im Vordergrund, sondern die Frage nach dem Träger der Ausbildungskosten. Für die Schweiz stellt sich angesichts des wachsenden Anteils an im Ausland ausgebildeten Arbeitskräften zusätzlich die Frage nach der Versorgungssicherheit: Kann diese auch dann noch gewährleistet werden, wenn beispielsweise bei einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den wichtigsten Rekrutierungsländern (Deutschland, Frankreich) die Zahl der einwandernden Gesundheitsfachpersonen deutlich sinkt?

Die Frage nach einem im Sinne der WHO fairen Anteil an im Ausland ausgebildeten Gesundheitsfachkräften kann nicht abschliessend beantwortet werden. Die verfügbaren Daten über den internationalen Austausch weisen viele Lücken auf. Insbesondere kann bei vielen Daten keine Unterscheidung zwischen Nationalität und Ausbildungsland gemacht werden. Der Nettosaldo, der einzig aus den Eckwerten der Ein- und Auswanderungen, aber in Unkenntnis der Dauer und des Zwecks des Aufenthalts berechnet wurde, lässt keine abschliessenden Aussagen über den tatsächlichen Austausch zwischen den Ländern zu. An späterer Stelle dieses Berichtes wird aufgezeigt werden, dass auch überraschend viele in der Schweiz ausgebildete Ärztinnen und Ärzte die Mobilität zu ihrer beruflichen Weiterentwicklung einsetzen (vgl. dazu Kap. 7.1.4). Diese Daten fehlten bei bisherigen Berechnungen oder Schätzungen des Wanderungssaldos durch das Obsan.

Die Antwort auf diese Frage wird dann nicht mehr so zentral sein, wenn die Schweiz selber genügend Ärztinnen und Ärzte zur Deckung des eigenen Bedarfs ausbildet. Aus diesem Grund befasst sich dieser Bericht intensiv mit der Klärung dieser Frage.

Aus der Perspektive der Versorgungssicherheit und -qualität müssten die in der Schweiz beschäftigten Ärztinnen und Ärzte idealerweise über diejenigen Sprach- und Kulturkompetenzen verfügen, die zur Versorgung der Bevölkerung - darunter auch der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung von 22 Prozent - notwendig sind. Eingewanderte oder in der Schweiz ausgebildete Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund werden deshalb auch in Zukunft eine wichtige Rolle in unserem

¹² Die Schweizerische Gesundheitsbefragung 2007 hat ergeben, dass Personen mit Migrationshintergrund deutlich weniger häufig über eine Hausärztin / einen Hausarzt verfügen.

¹³ WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. 2010. Link: http://www.who.int/hrh/migration/code/full_text/en/index3.html

¹⁴ Jaccard Ruedin, H. et al. (2010): Ausländisches Gesundheitspersonal in der Schweiz. Obsan Bericht 39.

Gesundheitssystem spielen. Auch ist der internationale Austausch für die Weiterentwicklung des Fachs ebenso unverzichtbar wie in allen übrigen Wissenschaftsbereichen.

4.3 Verhältnismässigkeit der Leistungen und Effizienz

Die folgenden Untersuchungen zeigen, dass der prognostizierte Ärztemangel in verschiedener Hinsicht auch relativiert werden kann.

4.3.1 Häufigkeitsunterschiede bei bestimmten medizinischen Behandlungen

Medizinische Behandlungen werden nicht überall gleich oft durchgeführt (regionale und nationale Unterschiede). Entsprechende Untersuchungen, die im Rahmen des Nationalen Forschungsprogramms 53 "Muskuloskeletale Gesundheit - Chronische Schmerzen" durchgeführt wurden, zeigen auf, dass es in gewissen Gebieten auch ein Überangebot an ärztlichen Leistungen gibt.

So berichtet Busato (2009)¹⁵ für die Schweiz von 3-fachen regionalen Unterschieden beim Hüftgelenkersatz, 9-fachen bei Kniearthroskopien und gar von 37-fachen Unterschieden bei Schulterarthroskopien. Diese Unterschiede können nicht rein klinisch erklärt werden. Sie seien das Ergebnis der unterschiedlichen Angebotsstruktur und Inanspruchnahme sowie der "surgical signature" (vorherrschende Behandlungsform) einer Versorgungsregion und finanzieller Erwägungen. Mit andern Worten: Es ist fragwürdig, ob die beschriebenen Interventionen in jedem Fall geeignet, erforderlich und angemessen sind.

Ähnliche Beispiele gibt es für Gebärmutterentfernungen, Kaiserschnittgeburten, Computertomografien zu diagnostischen Zwecken oder Untersuchungen mit Herzkatheter oder Ritalinbehandlungen.

4.3.2 Hohe Personalintensität im stationären Bereich

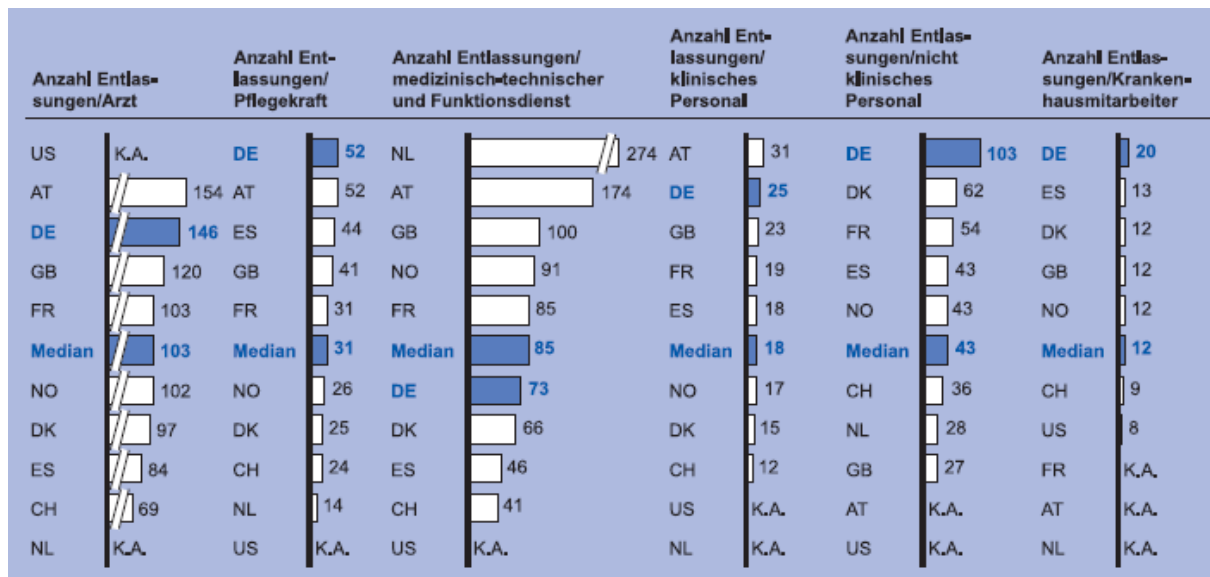
Der prognostizierte Ärztemangel muss mit Blick auf die im internationalen Vergleich hohe Personalintensität respektive die geringere Produktivität in den Spitälern der Schweiz auch etwas relativiert werden.

Die Abbildung 1 von Salfeld (2008, 2009) zeigt die Personalproduktivität in den Krankenhäusern verschiedener OECD-Länder¹⁶. Die Produktivität wird gemessen an der Zahl der Entlassungen von stationär behandelten Patientinnen und Patienten pro Mitarbeiterkategorie und Jahr. Die Zahlen entsprechen Vollzeitäquivalenten.

¹⁵ Busato, A. et al. (2009): Die Schulter tut nicht überall in der Schweiz gleich weh. Schweiz Med. Forum 2009; 9(24): 438.

¹⁶ Salfeld, R.; Hehner, S.; Wichels, R. (2008, 2009): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Zweite, aktualisierte und erweiterte Auflage. Springer Verlag.

Abbildung 1: Personalproduktivität über Funktionen und Einzelbereiche 2003(in Vollzeitäquivalenten)



Quelle: Länderstatistiken¹⁷

Aus der Abbildung wird deutlich, dass die Produktivität der Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz im Jahr 2003 rund 30 Prozent unter dem Zentralwert¹⁸ lag. Wird die Produktivität der Ärztinnen und Ärzte mit Deutschland oder Österreich verglichen, liegt die Produktivität gar rund 50 Prozent tiefer. Für diesen vergleichsweise hohen Personalbedarf könnten neben dem Versorgungsstandard u. a. auch die geringere durchschnittliche Grösse der Schweizer Spitäler mit entsprechend geringeren Skaleneffekten sowie die längere durchschnittliche Verweildauer der Schweizer Patientinnen und Patienten verantwortlich sein.

Die hohe Zahl der im stationären Bereich beschäftigten Ärztinnen und Ärzte kann nicht - wie oft vermutet wird - mit einer hohen Bettenzahl begründet werden: 2008 gab es in der Schweiz insgesamt 39'900 oder 3,45 Betten im Akutbereich auf 1000 Einwohner. Damit verfügt die Schweiz gegenüber dem OECD-Durchschnitt von 3,8 Betten auf 1000 Einwohner gar über weniger Betten. Dagegen ist die Zahl der Spitäler mit 318 im Jahr 2008 hoch; 75 Prozent der Spitäler weisen weniger als 150 Betten auf.

4.4 Prävention

Ein wichtiger Aspekt in Bezug auf den prognostizierten Ärztemangel respektive die Entwicklung des zukünftigen Bedarfs an medizinischen Leistungen ist die Prävention. Diese wird im vorliegenden Bericht nicht vertieft, soll an dieser Stelle der Vollständigkeit halber aber dennoch erwähnt werden: Die Schweiz wendet im OECD-Ländervergleich vergleichsweise wenig Mittel für Prävention und Gesundheitsförderung auf. Gemäss Expertenbericht der OECD¹⁹ könnte der Bedarf an medizinischen Leistungen gesenkt werden, wenn Alkohol- und Tabakkonsum effektiver begrenzt werden oder bisher vernachlässigte Leiden wie psychische Erkrankungen und Fettleibigkeit mehr Aufmerksamkeit erhielten.

4.5 Zusammenfassung

Gibt es aktuell einen Ärztemangel? Diese Frage kann heute mit einem klaren Nein beantwortet werden. Was aus den erwähnten Untersuchungen aber deutlich wird, ist die zu geringe Ausbildungstätigkeit in

¹⁷ Germany - Federal Office of Statistics, UK - office of National Statistics and Department of Health UK, US - 2005 AMA Physician Characteristics 2003 data, AHA 2003 data, Spain- Establecimientos Sanitarios en Régimen de internado 2003, France, Switzerland - Swiss Federal Statistical Office, Austria- Statistik Austria, Norway - Samdata Somatikk 2004, Sintef Health Research, Norway. Statistics Norway, Denmark - Sundhedssektoren i tal 2005 (The health sector in numbers 2006), The Danish Ministry of the Interior and Health; Statistics Denmark, Netherlands - RIVM, Dutch Central Bureau of Statistics

¹⁸ Der Zentralwert teilt eine Gruppe in zwei Hälften, von denen die eine Hälfte unter diesem Wert und die andere über diesem Wert liegen.

¹⁹2006: OECD and WHO Survey of Switzerland's Health System.

der Schweiz. Diese Tatsache äussert sich einerseits darin, dass die Spitäler zur Deckung ihres Personalbedarfs nicht genügend in der Schweiz ausgebildete (Assistenz-)Ärztinnen und Ärzte rekrutieren können, wobei in einigen Fachbereichen (z.B. in der Psychiatrie) teilweise grössere Rekrutierungsprobleme bestehen. Die schwierige Nachfolgeregelung bei Hausarztpraxen in einigen Regionen spricht andererseits dafür, dass es zusehends Probleme bei der Verteilung gibt. Dabei dürfte die fehlende Übereinstimmung zwischen bestehender Angebotsstruktur (Einzelpraxen) und den Berufsvorstellungen der jungen Ärztinnen und Ärzte massgeblich für die Nachfolgeprobleme verantwortlich sein. Neuere Untersuchungen des Obsan zur Entwicklung im Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung zeigen, dass in keiner der 106 vom BFS definierten Versorgungsregionen der Schweiz ein systematischer Mangel besteht. In sechs Regionen hat die Elastizität des Angebots aber deutlich abgenommen.

Gleichzeitig hat das Angebot spitalambulanter Leistungen in den vergangenen Jahren überproportional zugenommen. Darunter sind viele Leistungen, die grundsätzlich auch von ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern hätten erbracht werden können. Es ist nicht eindeutig, weshalb immer mehr solcher Leistungen in Spitälern nachgefragt werden.

Neben Hinweisen für einen (wahrscheinlichen) Mangel in bestimmten Fachgebieten/Versorgungssettings/Regionen finden sich auch Hinweise für eine Überversorgung. Im OECD-Ländervergleich fällt - bei moderater Bettenzahl - zudem die hohe Personalintensität in den stationären Institutionen der Schweiz auf (geringere Produktivität). Auch wenn es in Zukunft gelingt, die Effizienz zu verbessern, ist angesichts der demografischen Entwicklung der Bevölkerung, der im OECD-Ländervergleich geringen Investitionen in die Prävention und der zunehmenden Teilzeitarbeit der Ärzteschaft von einem weiter wachsenden Bedarf an Ärztinnen und Ärzten auszugehen.

Die oft kontrovers diskutierte Frage nach einem "fairen" Anteil von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten wird an Bedeutung verlieren, wenn die Schweiz in Zukunft genügend Ärztinnen und Ärzte ausbildet, so dass sie den Bedarf grundsätzlich selber decken kann. Da Sprach- und Kulturkompetenz sowie der internationale Wissensaustausch im Allgemeinen für die Qualität der Versorgung und die Weiterentwicklung des Fachs wichtig sind, werden Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund u.a. angesichts einer ständigen ausländischen Wohnbevölkerung von 22 Prozent auch in Zukunft eine wichtige Rolle in der schweizerischen Gesundheitsversorgung spielen.

Dennoch ist aus Versorgungssicht zu berücksichtigen, dass bei einer deutlichen Abnahme der Einwanderung von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten und gleich bleibenden Ausbildungskapazitäten die Schweiz den heutigen Versorgungsstandard nicht mehr sicherstellen können. Ob in Zukunft tatsächlich ein Ärztemangel eintreten wird, muss insbesondere mit Blick auf die Entwicklung der Ausbildungskapazitäten und der Einwanderung offen bleiben. Mit der Verabschiedung des Verhaltenskodex der WHO zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal hat sich die Schweiz (freiwillig) das Ziel gesetzt, mehr Ärztinnen und Ärzte auszubilden.

5 Ärztepopulation

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Kennzahlen in Bezug auf die heutige Ärztepopulation und deren Entwicklung anhand der Entwicklung der Diplomabschlüsse, Geschlechterverteilung, Anteil an im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte, das Verhältnis zwischen Grundversorgerinnen/-versorger und Spezialistinnen/Spezialisten sowie weitere demografische Merkmale dieser Population dargestellt.

5.1 Stand und Entwicklung der Ärztepopulation

5.1.1 Ärztedichte

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte hat in den vergangenen Jahren stetig zugenommen. 2009 gab es in der Schweiz mehr als 32'000 berufstätige Ärztinnen und Ärzte. Dies entspricht einer Ärztedichte von mindestens 4.12 pro 1000 Einwohner. Im OECD-Ländervergleich gehört die Schweiz damit zu den Ländern mit der höchsten Ärztedichte.

5.1.2 Ärztebestand

Die verfügbaren Zahlen zum heutigen Ärztebestand sind je nach Quelle widersprüchlich. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es keine zentrale Stelle gibt, welche die Daten aller berufstätigen Ärztinnen und Ärzte nach einheitlichen Kriterien, vollständig und in regelmässigen Abständen erfasst.²⁰ Zusätzlich erschwert wird das Erstellen der Statistik dadurch, dass zahlreiche Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig in mehreren Spitälern oder sowohl im Spital als auch in einer ambulanten Praxis beschäftigt sind.

Die Zahlen in der Tabelle 1 stammen aus zwei Quellen unterschiedlicher Jahre, die beträchtliche Differenzen aufweisen: FMH-Ärztestatistik 2009 und Daten des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan, 2007). Wider Erwarten liegen die Zahlen der FMH für das Jahr 2009 unter den Zahlen des Obsan für das Jahr 2007.

Tabelle 1: Statistik FMH 2009 und Obsan 2007 (Kopfzahlen, keine Vollzeitäquivalente)

	FMH 2009	Obsan 2007
Ärztinnen und Ärzte (Spital)	13'768	16'300 (Schätzung)
Ärztinnen und Ärzte (Praxen)	15'912	15'500
Alle Ärztinnen und Ärzte	29'680	31'800

Die Zahl der in den Spitälern oder Krankenhäusern beschäftigten Ärztinnen und Ärzte wurde vom Obsan für das Jahr 2007 auf 18'500 hochgerechnet; in die oben aufgeführte Tabelle wurden aber nur 16'300 Ärztinnen und Ärzte einbezogen, weil aufgrund von Schätzungen der FMH rund 14 Prozent der Ärztinnen und Ärzte an mehr als einer Arbeitsstelle beschäftigt sind. Die Zahlen entsprechen nicht Vollzeitäquivalenten, sondern es handelt sich um Kopfzahlen. Die deutlich tieferen Zahlen der FMH-Statistik für den stationären Bereich im Jahr 2009 sind auf die unvollständige Abdeckung der FMH-Statistik in diesem Bereich zurückzuführen.²¹

Bei rund 50 Prozent der in Spitälern beschäftigten Ärztinnen und Ärzte handelt es sich um Assistenzärztinnen und -ärzte. Inzwischen dürfte die Zahl der in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte bei über 32'000 liegen.²²

5.1.3 Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte

Da die Weiterbildung fast ausschliesslich im stationären Bereich stattfindet, sind die dort beschäftigten Ärztinnen und Ärzte im Schnitt jünger als diejenigen im ambulanten Bereich. Gemäss Angaben der FMH erfolgt der Übergang vom stationären Bereich in die eigene Praxis relativ spät. Mit 40 haben die Hälfte der Ärztinnen und Ärzte ihre Praxis eröffnet, mit 48 Jahren sind es 90 Prozent. Die Hälfte der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte ist bereits über 50 Jahre alt, was aufgrund des Alters bei Aufnahme der Praxistätigkeit kein auffallender Befund ist.

In beiden Sektoren ist ein genereller Alterungstrend festzustellen. Zwischen 2003 – 2009 stieg das Durchschnittsalter im ambulanten Sektor um 2 Jahre, im stationären Sektor um 3 Jahre an.

Tabelle 2: Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte: Entwicklung zwischen 2003 - 2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Sektor	51	52	52	52	53	53	53
Ärztinnen und Ärzte im stationären Sektor	39	39	40	40	40	41	42

Quelle: FMH-Statistik 2009

²⁰ Mit dem Medizinalberuferegister liegen heute zwar personalisierte Daten aller Ärztinnen und Ärzte mit Bildungsangaben zur Verfügung. Weil das Medizinalberufegesetz nur eine Meldepflicht für selbstständig tätige Medizinalpersonen verlangt, fehlen Informationen zur Beschäftigung angestellter Medizinalpersonen im ambulanten und stationären Bereich.

²¹ Seit 2002 keine Pflichtmitgliedschaft mehr.

²² Gemäss Krankenhausstatistik des BFS ist der Ärztebestand im stationären Bereich zwischen 2002 – 2007 um durchschnittlich 4.3 Prozent gewachsen.

Nachstehende Faktoren könnten zu dieser Entwicklung geführt haben:

- Teilzeitweiterbildung mit entsprechender Verlängerung der Weiterbildungszeit
- Erwerben mehrerer Weiterbildungstitel (rund 10 Prozent der Ärztinnen und Ärzte verfügen über 2 oder mehr Weiterbildungstitel, Tendenz steigend)
- Einschränkung der Zulassung zur Tätigkeit zulasten der Krankenversicherung gemäss Artikel 55a KVG führt zu längerer Beschäftigung im stationären Bereich
- bessere Möglichkeiten zu Teilzeitarbeit im stationären Bereich
- generell sinkendes Interesse an Praxisübernahmen im Bereich der ärztlichen Grundversorgung (Feminisierung/Teilzeitarbeit).

Alle diese Faktoren tragen dazu bei, dass die Phase der selbstständigen Berufsausübung kürzer wird und das Durchschnittsalter der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte weiter steigt. Veränderungen in der ambulanten Versorgungsstruktur mit einer zunehmenden Zahl von Gemeinschaftspraxen und Möglichkeiten zur Teilzeitbeschäftigung können dazu beitragen, dass die durchschnittliche Dauer der Tätigkeit in der ambulanten Praxis wieder erhöht und damit u.a. auch „Return on Investment“ (Kapitalrendite der Praxisinvestitionen) verbessert wird.

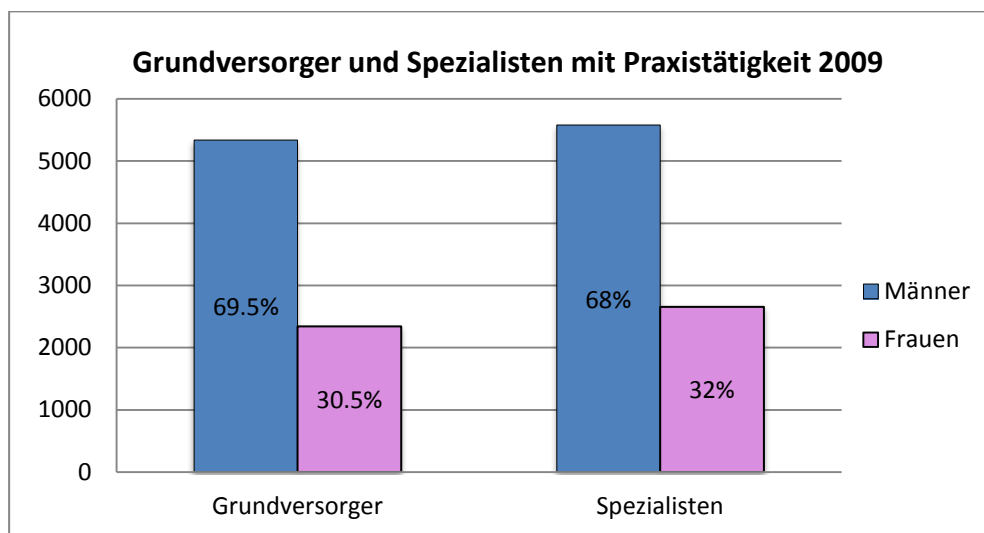
5.1.4 Altersverteilung Grundversorger, -innen und Spezialisten, -innen (mit Praxistätigkeit)

Das steigende Durchschnittsalter der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger wird oft als problematisch dargestellt. Altersvergleiche zwischen Spezialisten und Grundversorgern im ambulanten Bereich zeigen keine Unterschiede in Bezug auf das Durchschnittsalter. Es fällt jedoch auf, dass in der grössten Gruppe der Grundversorger, nämlich in der Allgemeinmedizin, 57 Prozent der Männer über 55 Jahre alt sind. Die absehbaren Pensionierungen müssen in den kommenden Jahren mit einer entsprechend höheren Zahl von neuen Zulassungen kompensiert werden. Bei den Spezialisten sind nur 48 Prozent der Männer über 55 Jahre alt. Die Frauen sind in allen Fachgebieten deutlich jünger.

5.1.5 Grundversorger, -innen und Spezialisten, -innen (mit Praxistätigkeit)

Werden alle gemäss Artikel 55a KVG aufgelisteten Fachgebiete der Gruppe der ärztlichen Grundversorgung²³ zugerechnet, stellt sich die Situation im ambulanten Bereich wie folgt dar:

Abbildung 2: Ambulante Grundversorger und Spezialisten (Zahlen- und Geschlechterverhältnis)



Quelle: FHM-Ärztestatistik 2009

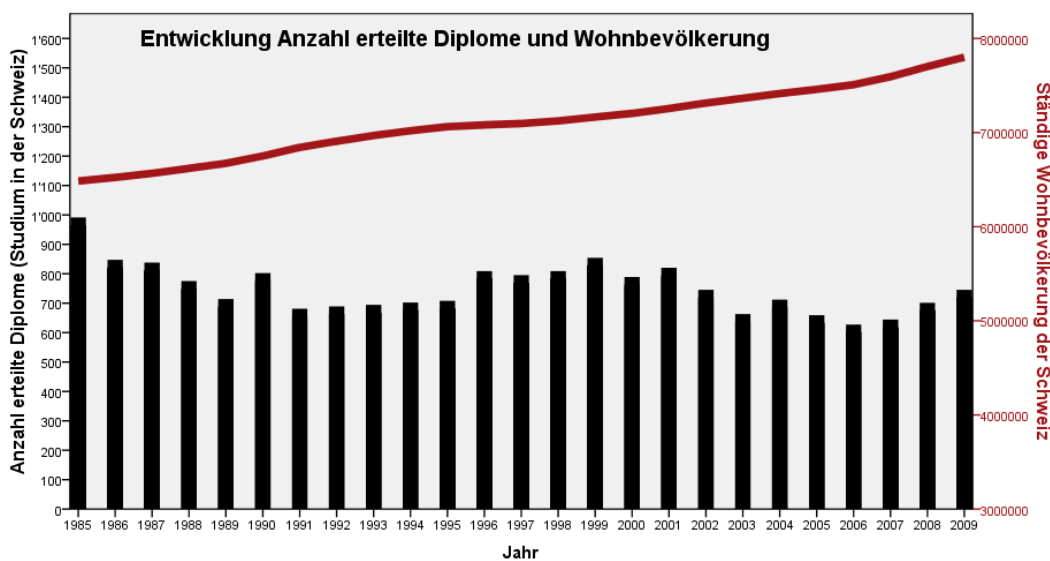
²³ Im Sinne von Art. 55a KVG. Es wurden keine Kombinationen mit Spezialistentitel mit gezählt. (Vgl. dazu auch Fussnote 3)

2009 waren 43 Prozent oder 6'954 der ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte Grundversorger. Werden zusätzlich die Ärztinnen und Ärzte ohne Hauptfachgebiet berücksichtigt, waren es 48 Prozent oder 7'678 Ärztinnen und Ärzte. Die grösste Gruppe der Grundversorger sind die Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin. Der Anteil der Frauen mit Praxistätigkeit liegt bei rund 30 Prozent. Die Schweiz zeichnet sich – in Bezug auf alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte - durch eine vergleichsweise hohe Zahl von Spezialistinnen und Spezialisten aus²⁴.

5.1.6 Eidgenössische Diplome und Wohnbevölkerung

Die Zahl der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte ist seit 1985 mehr oder weniger stabil geblieben. Zwischen 2003 – 2007 ging die Zahl der Abschlüsse zurück. Seit 2008 steigen die Zahlen wieder an. Vergleicht man die Zahl der eidgenössischen Diplome in Humanmedizin mit der Entwicklung der ständigen Wohnbevölkerung, ist ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen. Die ständige Wohnbevölkerung hat seit 1985 um insgesamt 19 Prozent zugenommen. Die Zahl der eidgenössischen Diplome hält mit der Bevölkerungsentwicklung jedoch nicht Schritt.

Abbildung 3: Anzahl Diplome und Bevölkerungsentwicklung seit 1985



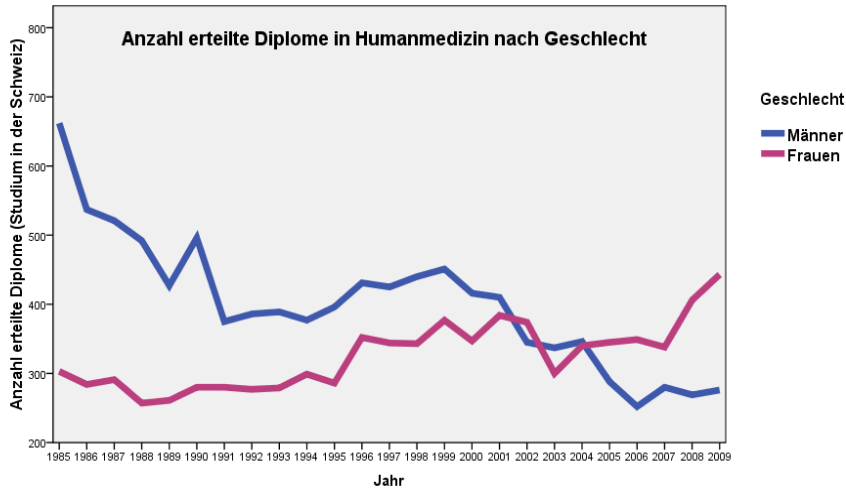
Quelle: Medizinalberuferegister und Bevölkerungszahlen BFS

5.1.7 Entwicklung der Geschlechterverteilung

Seit 1985 hat sich der Anteil der Frauen, die ein eidgenössisches Diplom in Humanmedizin erwerben, verdoppelt. Im Jahr 2009 gingen 61,5 Prozent der eidgenössischen Diplome an Frauen. Die Geschlechterverhältnisse in der Humanmedizin widerspiegeln diejenigen der Maturitätsabgänger.

²⁴ Im OECD-Ländervergleich steht sie mit einem Verhältnis von 0.5 Grundversorgern: 2.8 Spezialisten an der Spitze vor Deutschland, Frankreich, Italien, Österreich, England und den Niederlanden. Bei dieser Berechnung wurden allerdings nur die Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin als Grundversorger definiert.

Abbildung 4: Diplommerteilungen nach Geschlecht 1985 - 2009



Quelle: Medizinalberuferegister BAG

Der wachsende Frauenanteil zeigt sich mit der erwarteten Verzögerung auch bei den Verleihungen eidgenössischer Weiterbildungstitel. 1984 wurden nur 18 Prozent der Weiterbildungstitel (damals FMH-Titel) an Frauen verliehen, im Jahr 2009 waren es bereits 46 Prozent. 2009 erwarben die Frauen 51 Prozent aller eidg. Weiterbildungstitel der ärztlichen Grundversorgung. Seit 1984 hat sich der Anteil der berufstätigen Ärztinnen verdoppelt und beträgt heute 35 Prozent. 2009 waren 31 Prozent der Ärzte mit Praxistätigkeit Frauen. Der Anteil der berufstätigen Frauen wird in den kommenden Jahren weiterhin stark wachsen.

5.1.8 Im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte

Gemäss FMH-Statistik haben 22 Prozent oder rund 7000 aller per 2009 in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte ihre Ausbildung im Ausland absolviert (2003 waren es 17 Prozent).²⁵ Dieser Anteil entspricht heute der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung. Im stationären Bereich liegt dieser Anteil gemäss FMH bei 30, im ambulanten Bereich bei 14 Prozent. Der Anteil der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte ist in der Romandie tiefer als in der Deutschschweiz.

Gemäss Krankenhausstatistik 2007 des BFS betrug der Ausländeranteil²⁶ im stationären Bereich 37 Prozent. Am höchsten ist er in der stationären Psychiatrie, wo 52 Prozent der Ärztinnen und Ärzte ausländischer Nationalität sind.²⁷ In der BFS-Statistik wird aber die Nationalität, und nicht das Ausbildungsland ausgewiesen.

5.1.9 Quantitative Entwicklung aller Ärztinnen und Ärzte

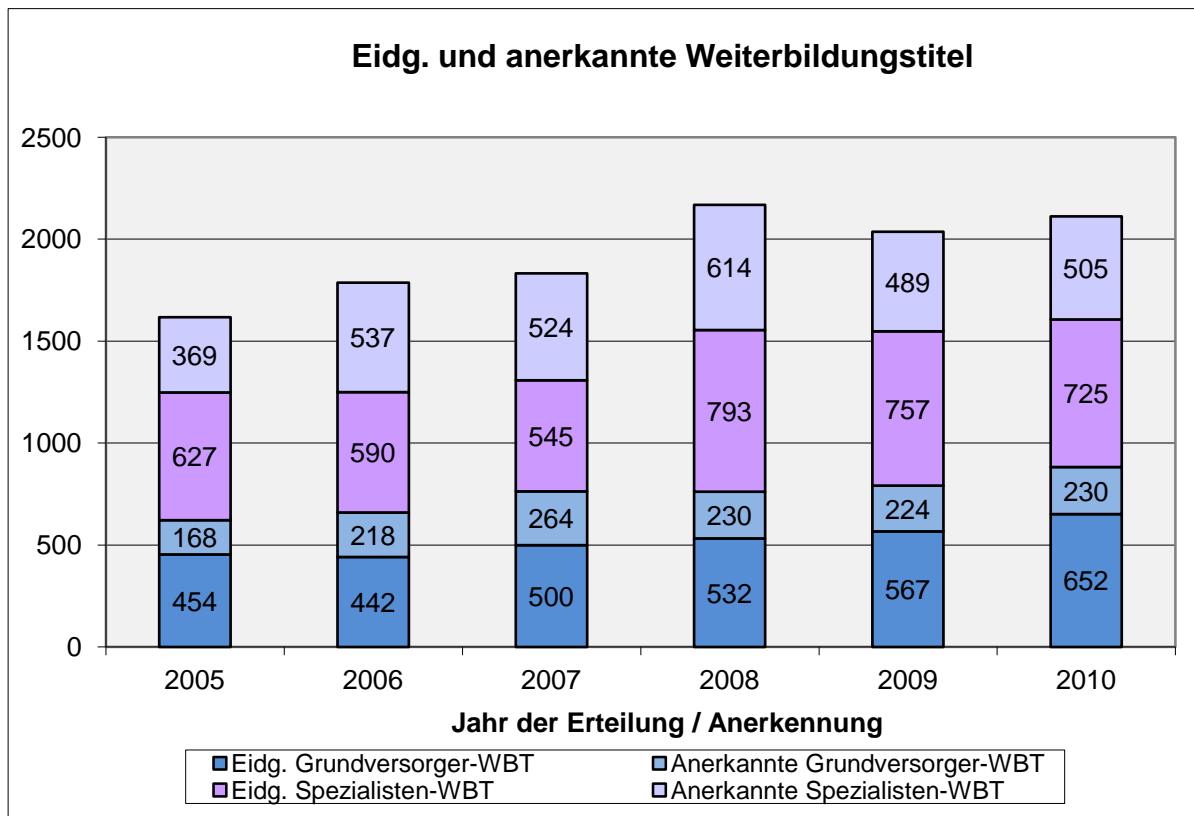
Die Abbildung 5 zeigt exemplarisch die quantitative Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte anhand der zwischen 2005 – 2010 erteilten eidgenössischen und anerkannten Weiterbildungstitel. Deren Gesamtzahl beläuft sich auf insgesamt 11'726.

²⁵ Kraft, E.; Hersperger, M. (2009): Ärzteschaft in der Schweiz - Kolleginnen und Kollegen aus dem Ausland. Schweizerische Ärztezeitung 2009; 90:49.

²⁶ In dieser Statistik wird im Gegensatz zur FMH-Statistik nur die Nationalität, nicht aber das Land der Diplommerteilung erfasst.

²⁷ Monitoring der Spitalärztinnen und -ärzte, Daten 2007. Gemeinsame Publikation des Obsan, FMH, GDK, BAG. Die Angaben im stationären Bereich entsprechen Vollzeitäquivalenten.

Abbildung 5: Zwischen 2005 – 2010 erworbene eidg. und anerkannte Weiterbildungstitel



Quelle: Medizinalberuferegister BAG

Es fällt auf, dass die Zahl der pro Jahr erteilten eidgenössischen oder anerkannten Weiterbildungstitel seit 2008 bei über 2000 liegt und inzwischen mehr als doppelt so hoch ist wie die Zahl der pro Jahr in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte (vgl. Kap. 7.1.3 zu Arbeitsgesetz). Von dieser starken Zunahme profitieren – in absoluten Zahlen - auch die Grundversorger. Die Zuwanderung führt aber nicht zu einer relativen Zunahme der Grundversorger im Verhältnis zu den Spezialisten.

Die hohe Zahl kommt dadurch zustande, dass 24 Prozent oder 1'724 der insgesamt 7'183 zwischen 2005 – 2010 erteilten eidgenössischen Weiterbildungstitel an Ärztinnen und Ärzte mit anerkanntem ausländischem Diplom gingen. Weitere 4'543 Ärztinnen und Ärzte liessen ihren bereits im Ausland erworbenen Weiterbildungstitel in der Schweiz anerkennen.²⁸ Bei diesen handelt es sich mit wenigen Ausnahmen um Ärztinnen und Ärzte, die im Ausland ausgebildet wurden.²⁹ Der Anteil der ärztlichen Grundversorger in dieser Gruppe beträgt nur 29 Prozent und liegt damit deutlich tiefer als bei den eidgenössischen Weiterbildungstiteln, wo er stabil bei 45 Prozent liegt.

Zusammenfassend ergibt sich folgendes Bild:

Im Zeitraum zwischen 2005 – 2010 wurden insgesamt 11'726 Weiterbildungstitel entweder in der Schweiz erworben (7'183) oder von der Schweiz anerkannt (4'543).³⁰ Die Gesamtzahl im Ausland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte von 6'267 ergibt sich aus der Summe von 1'724 Weiterbildungstiteln, die von im Ausland Ausgebildeten in der Schweiz erworben wurden und den 4'543 Weiterbildungstiteln, die von der Schweiz anerkannt wurden. Damit beträgt der Anteil im Ausland ausgebildeter Ärztinnen

²⁸ Die Anerkennung des Weiterbildungstitels setzt auch die Anerkennung des Diploms voraus. Die dafür zuständige Medizinalberufekommission erhebt für diese Leistungen eine Gebühr von insgesamt 1'380 Franken.

²⁹ Nur 22 Personen mit anerkanntem Weiterbildungstitel haben ihre Ausbildung in der Schweiz absolviert.

³⁰ Die Anzahl der Weiterbildungstitel ist Zahlhöher als die Zahl der Ärztinnen und Ärzte, da einige davon mehr als einen Weiterbildungstitel erwerben.

und Ärzte – gemessen an der Zahl der zwischen 2005 – 2010 erworbenen eidgenössischen und anerkannten Weiterbildungstitel – insgesamt 53 Prozent.

5.2 Zusammenfassung

Mit rund 4.12 Ärztinnen und Ärzten pro 1000 Einwohner verfügt die Schweiz über eine der höchsten Ärztedichten weltweit. 2009 waren rund 32'000 Ärztinnen und Ärzte in der Gesundheitsversorgung tätig. Der genaue Bestand ist nicht bekannt; insbesondere fehlen vollständige Angaben über die in den Krankenhäusern beschäftigten (Assistenz-)ärztinnen und -ärzte. Der Anteil der Grundversorger bei den Ärztinnen und Ärzten mit Praxistätigkeit beträgt 48 respektive 52 Prozent bei den Spezialisten. Das Durchschnittsalter der Ärztinnen und Ärzte ist in den vergangenen Jahren gestiegen, und zwar sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. In Bezug auf das Durchschnittsalter der Ärzte mit Praxistätigkeit ist kein Unterschied zwischen Grundversorgern und Spezialisten feststellbar. Allerdings weist die grösste Gruppe der Grundversorger, die Allgemeinmedizin, die ungünstigste Altersstruktur auf. Zusammen mit dem überdurchschnittlich wachsenden Frauenanteil im Bereich der Grundversorgung wird sich der Nachwuchsbedarf in der ärztlichen Grundversorgung zusätzlich erhöhen. In Richtung zunehmender Ausbildungsbedarf weisen die im Verhältnis zur Entwicklung der schweizerischen Wohnbevölkerung stagnierenden Diplomabschlüsse, die Verdoppelung des Anteils der Frauen seit 1985 sowie die hohe relative und absolute Zunahme der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte: Diese haben 53 Prozent (oder 6'227 Weiterbildungstitel) der insgesamt 11'726 zwischen 2005 – 2010 erteilten eidgenössischen oder anerkannten Weiterbildungstitel erworben. Von der Zuwanderung profitieren in absoluten Zahlen auch die Grundversorger, allerdings in etwas weniger starkem Ausmass als die Spezialisten.

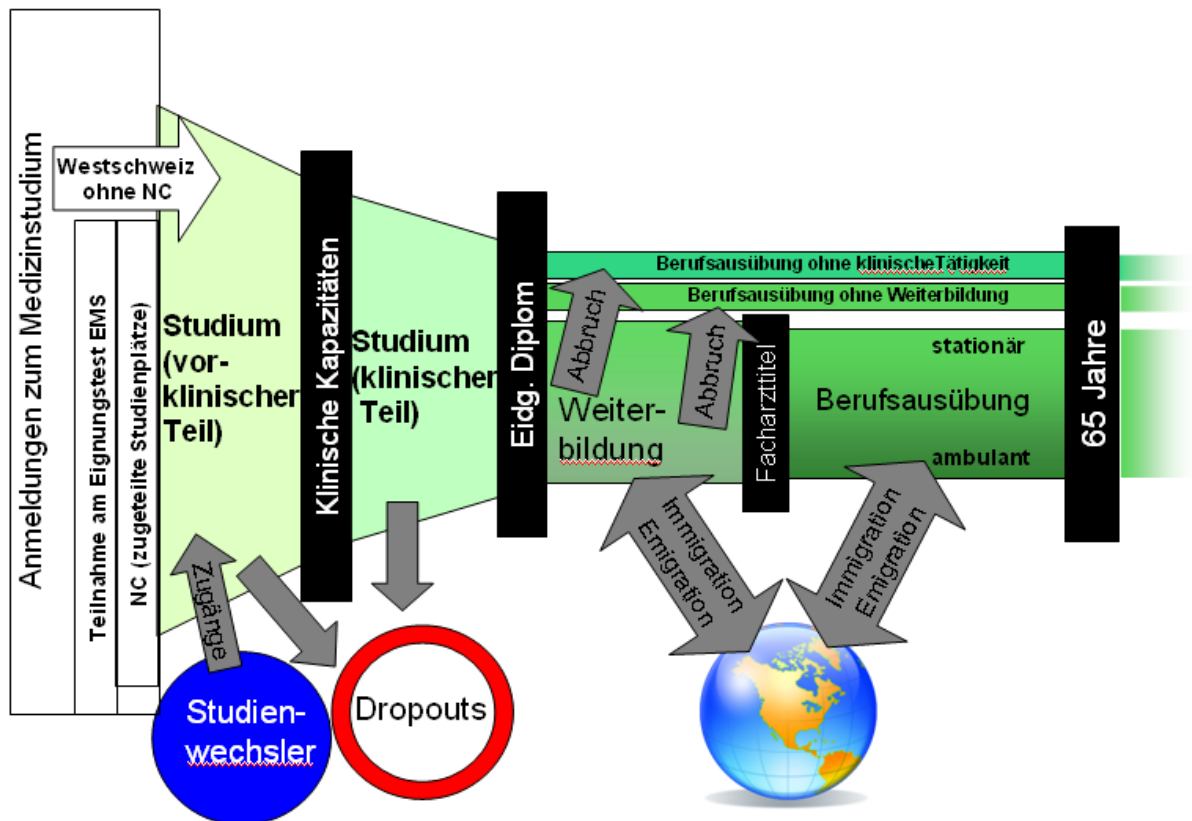
6 Ausbildung

In diesem Kapitel wird zunächst ein Modell vorgestellt, das als Orientierungshilfe dient, um die Frage des Ausbildungsbedarfs zu klären. Es wird untersucht, welche Faktoren die quantitative Entwicklung der Ärztepopulation in der Ausbildung bestimmen, und wie effizient die verfügbaren Ausbildungskapazitäten genutzt werden. Ein Blick auf einige andere Länder dient der Einschätzung der Schweizer Ausbildungskapazitäten. Im Zusammenhang mit der Förderung der Hausarztmedizin wird auch auf die Einbettung und Bedeutung der ärztlichen Grundversorgung in der Ausbildung eingegangen.

6.1 Zu- und Abgangsbewegungen

Wie in allen andern Berufen muss auch bei den Ärztinnen und Ärzten davon ausgegangen werden, dass nicht alle der Ausgebildeten schliesslich als Berufstätige im Gesundheitssystem verfügbar sind. Das nachfolgende Modell erfasst und klassifiziert die einzelnen Bewegungen der Ärztinnen und Ärzte in das oder aus dem Gesundheitssystem heraus: dabei wird der Zeitraum von der Anmeldung zum Studium bis zur Pensionierung oder Berufsaufgabe betrachtet.

Abbildung 6: Modell Zu- und Abgangsbewegungen von der Anmeldung bis zur Pensionierung



Quelle: Darstellung Bundesamt für Gesundheit

6.1.1 Ausbildungsbedarf

Die Annäherung an eine für die Zukunft benötigte Zielgrösse eidgenössisch diplomierter Ärztinnen und Ärzte ist schwierig, weil der Begriff der "Bedarfsgerechtigkeit" kaum objektiviert werden kann. Aus diesem Grund soll hier vor allem die Frage beantwortet werden, ob die Schweiz genügend Ärztinnen und Ärzte ausbildet, um die heutige Ärztedichte (Kopfzahl) zu stabilisieren. Aspekte wie beispielsweise die Entwicklung des Beschäftigungsgrades werden hier (noch) nicht berücksichtigt. Zunächst wird der entsprechende Ausbildungsbedarf der Schweiz berechnet. Zusätzlich werden die vorhandenen Studienplatzkapazitäten, die Entwicklung der Studienanfängerzahlen, die Abschlussquoten sowie Funktion und Wirkung des Numerus Clausus beleuchtet.

Um die Zahl der Ärztinnen und Ärzte zu bestimmen, die zur Aufrechterhaltung der heutigen Ärztedichte jährlich neu in die Gesundheitsversorgung eintreten müssten, wird folgende stark vereinfachende Modellrechnung erstellt:

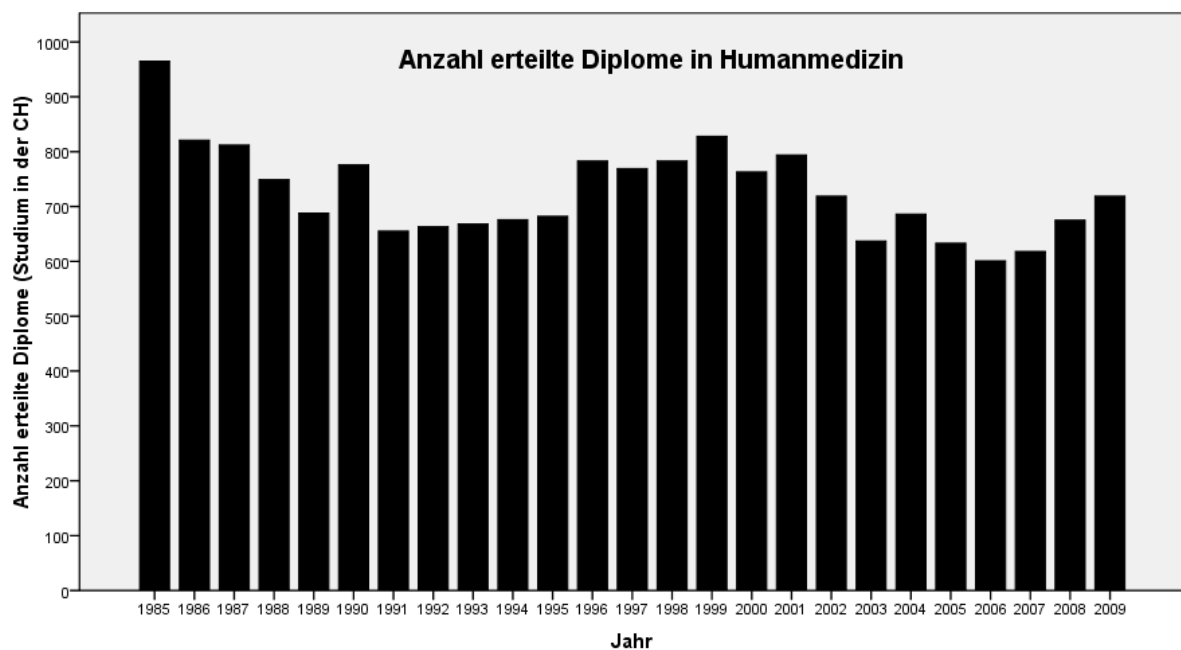
Berufstätige Ärztinnen und Ärzte im Gesundheitssystem:	32'000
Durchschnittliche Anzahl Jahre Erwerbstätigkeit:	37
Jährlich benötigte Zahl neuer Ärztinnen und Ärzte:	864

Bei der angenommenen, durchschnittlichen Anzahl Jahre der klinischen (Berufs-)Tätigkeit wird davon ausgegangen, dass Ärztinnen und Ärzte diese im Alter von 28 Jahren aufnehmen und mit 65 Jahren aufgeben. Mit dieser Annahme werden rund 93 Prozent aller heute berufstätigen Ärztinnen und Ärzte erfasst. Sieben Prozent der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte sind über 65 Jahre alt. Mit der Beschränkung der Berechnung auf das 65. Altersjahr wird dem generellen Trend zu früheren Pensionierungen und zur Reduktion der Arbeitszeit beider Geschlechter Rechnung getragen.

Bilden wir jährlich 864 neue Ärztinnen und Ärzte aus?

Die nachfolgende Abbildung 7 zeigt die Zahl der zwischen 1986 – 2009 erteilten eidgenössischen Arzt diplome. Aus ihr wird ersichtlich, dass die erforderliche Zahl von 864 eidg. diplomierten Ärztinnen und Ärzten in den vergangenen Jahren nicht erreicht wurde.

Abbildung 7: Diplomabschlüsse 1985 - 2009



Quelle: Medizinalberuferegister BAG

6.1.2 Interesse am Medizinstudium

Das Medizinstudium ist offensichtlich immer noch sehr attraktiv. In allen Industrieländern gilt es als begehrtes und zukunftsicheres Studienfach. 2009 meldeten sich in der Schweiz 3'394, im Jahr 2010 sogar 3'824 Maturandinnen und Maturanden für ein Medizinstudium an. In den Jahren 2007 - 2009 haben zwischen 400 - 700 Personen oder 20 - 35 Prozent der Angemeldeten an den Universitäten mit Numerus Clausus (NC) Bern, Basel, Zürich und Freiburg ihre Anmeldung jedoch bis zum Testtag (Eignungstest Medizinstudium) zurückgezogen. Trotz Rückzügen und geburtenschwächeren Jahrgängen ist mit diesen Anmeldezahlen grundsätzlich die Voraussetzung dafür gegeben, dass die Schweiz heute und auch in Zukunft genügend eigene Ärztinnen und Ärzte ausbilden könnte. Die Humanmedizin befindet sich damit in einer deutlich besseren Ausgangslage als andere Gesundheitsberufe wie beispielsweise die Pflegeberufe.

6.1.3 Studienplatzkapazität und Studienanfängerzahlen

Zwischen 2000 und 2010 wurden gemäss Angaben der CRUS die Studienplatzkapazitäten in Humanmedizin sukzessive von 923 auf 1064, also um 15 Prozent erhöht. Tatsächlich werden aber mehr Studierende zugelassen, weil auch die Abbrüche kompensiert werden müssen. Zudem gibt es in der französischen Schweiz keinen NC.

Bei der Betrachtung der Studienplatzkapazitäten muss unterschieden werden zwischen der Aufnahme- und der Abschlusskapazität. Die Aufnahmekapazität besagt, wie viele Studierende die Universitäten in das erste Semester aufnehmen können. Die Abschlusskapazität dagegen sagt aus, wie viele Studierende aufgrund der verfügbaren klinischen Kapazitäten (Patientinnen und Patienten, die sich für Ausbildungszwecke zur Verfügung stellen) das Studium pro Jahr auch abschliessen können.

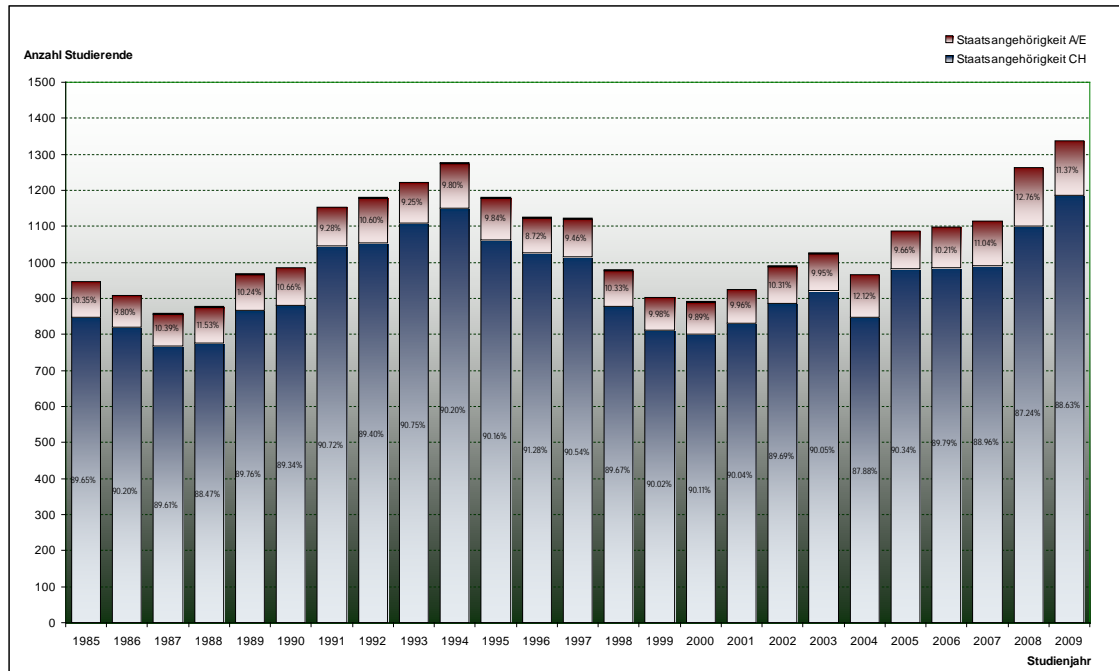
Bei den von der CRUS publizierten Studienplatzkapazitäten handelt es sich um die Aufnahmekapazität. Die Abschlusskapazität (klinische Kapazität) liegt rund 20 Prozent tiefer als die Aufnahmekapazität. Dementsprechend beträgt die Abschlusskapazität für das Jahr 2010 ca. 850. Den eigentlichen Engpass in der Ausbildung stellen somit die begrenzten klinischen Kapazitäten dar, die für die Ausbildung je nach Fakultät bereits ab 2. oder 3. Studienjahr benötigt werden. Die klinische Ausbildung findet heute überwiegend an den Universitätsspitalern statt, teilweise werden auch Kantonsspitäler mit einbezogen. Noch wenig genutzt werden die Möglichkeiten, klinisches Wissen mit Hilfe von eLearning-Programmen zu vermitteln, um die knappen klinischen Kapazitäten zu erweitern (Simulationen, fallbasierte Szenarien mit virtuellen Patienten). In Deutschland hat das Thema mittlerweile einen so hohen Stellenwert, dass die Gesellschaft für Medizinische Ausbildung eigens dafür einen Ausschuss ins Leben gerufen hat.³¹ Die Verfügbarkeit der Patientinnen und Patienten für Ausbildungszwecke dürfte mit der Einführung der Fallpauschale DRG resp. aufgrund der erwarteten kürzeren durchschnittlichen Spitalverweildauer noch abnehmen, was die Frage nach der Verfügbarkeit klinischer Kapazitäten noch dringlicher erscheinen lässt.

Die untenstehende Abbildung 8 wurde vom Bundesamt für Statistik erstellt. Sie weist die Neuzugänge im 1. Fachsemester für die Jahre 1985 - 2009 aus³². Dabei ist auch der Anteil ausländischer Studierender ersichtlich, der seit 1985 mehr oder weniger konstant zwischen 10 - 12 Prozent liegt.

³¹ Siehe dazu Informationen unter folgendem Link: <http://www.checkpoint-elearning.de/article/6830.html>

³² Als erstes Fachsemester gilt die erste Immatrikulation in dem betreffenden medizinischen Fachgebiet. Die Angabe „1. Fachsemester“ bezieht sich nicht auf den Studienfortschritt. Personen, die Vorleistungen in einem anderen Studiengang oder an einer ausländischen Hochschule erbracht haben, können nicht von eigentlichen Fachstudienanfängern unterschieden werden.

Abbildung 8: Neueintretende im 1. Fachsemester 1985 - 2009



Quelle: BFS 2009 (Auswertung gemäss Auftrag BAG)

Die Zahl der Neueintretenden steigt seit 2005 deutlich an, weshalb in Zukunft höhere Abschlusszahlen erwartet werden können. Unter der Annahme einer durchschnittlichen Abschlussquote von 70 Prozent für alle medizinischen Fakultäten mit und ohne Numerus Clausus dürften ab 2015 zwischen 850 - 900 eidgenössisch diplomierte Ärztinnen und Ärzte die schweizerischen Universitäten verlassen.

6.1.4 Numerus Clausus

Die Abschaffung des Numerus Clausus wird vielfach als probates Mittel gegen den drohenden Ärztemangel gefordert. Aufgrund hoher Interessentenzahlen wird der Zugang zum Medizinstudium heute jedoch in praktisch allen Industrieländern beschränkt. Dies gilt beispielsweise für die USA, Kanada, England, Deutschland, Österreich, Italien, die Niederlande und Spanien. Frankreich und Belgien führen - ähnlich wie die Romandie - eine starke Selektion nach dem ersten Studienjahr durch, um die Studierendenzahl an die beschränkten Ausbildungskapazitäten anzupassen. So treten beispielsweise in Frankreich nur rund 20 Prozent der Studienanfänger/innen in das zweite Studienjahr ein. Seit 2010/2011 werden Frankreichs Studierende der Humanmedizin, Pharmazie, Geburtshilfe, Physiotherapie und Zahnmedizin im ersten Jahr gemeinsam unterrichtet. Nur wer bei der Abschlussprüfung am Ende des ersten Jahres ein sehr gutes Resultat erzielt, kann in Humanmedizin weiterstudieren.

Alle untersuchten Länder (auch die Schweiz) setzen als Mittel zur Auswahl der geeigneten Studierenden kognitive Tests ein und/oder stützen sich teilweise auf Notendurchschnitte (Deutschland). Kognitive Selektionsinstrumente haben eine gute Vorhersagekraft für den Studienerfolg. Einige Länder kombinieren kognitive Tests mit Vorstellungsgesprächen, autobiographischen Essays, Empfehlungsschreiben, Persönlichkeitstest oder Tests zur emotionalen Intelligenz. Die Vorhersage- und Aussagekraft von Persönlichkeitstests sind wissenschaftlich umstritten.

Der Numerus Clausus (NC = "geschlossene Anzahl") wurde 1998 an den Universitäten Bern, Zürich, Basel und Freiburg eingeführt, weil die Zahl der Studienanfängerinnen und -anfänger die vorhandenen (klinischen) Ausbildungskapazitäten zunehmend überschritten und ein Studium in ausreichender Qualität nicht mehr möglich war. Die Kompetenz, über eine solche Zulassungsbeschränkung zu entscheiden, liegt ausschliesslich bei den einzelnen Hochschulträgern.

Die Universitäten der Romandie haben bisher auf eine Einführung des NC verzichtet, führen jedoch aufgrund ebenfalls begrenzter klinischer Kapazitäten eine strenge Selektion nach dem 1. oder 2. Studienjahr durch. Diese hat zur Folge, dass heute nur rund 50 - 60 Prozent der Immatrikulierten eines

Jahrgangs das Medizinstudium erfolgreich abschliessen. In diesem Zusammenhang spricht man auch von einem "versteckten NC". Im Jahr 2010 hat der Kanton Genf erstmals den Eignungstest durchgeführt; die Ergebnisse werden aber nur dazu eingesetzt, Kandidatinnen und Kandidaten mit schlechten Testresultaten mittels Gesprächen vom Studium abzuhalten.

Der Eignungstest, mit welchem die Studierenden ausgewählt werden, erweist sich als taugliches Instrument, um die Studienerfolgsquote zu erhöhen. Der Prozentsatz erfolgreicher Studienabschlüsse an NC-Universitäten liegt zwischen 80 und 90, während er bei den Nicht-NC-Universitäten bei 50 - 60 stagniert.³³

Bei einer vollständigen Aufhebung des NC müssten die Universitäten angesichts der 3000 - 4000 Personen, die sich jährlich für ein Medizinstudium interessieren, ihre Kapazitäten massiv ausbauen.³⁴ Dies hätte - ganz abgesehen davon dass eine beliebige Erhöhung der klinischen Kapazitäten nicht möglich ist - hohe Kosten und eine geringere Ausbildungsqualität zur Folge. Die tiefere Studienerfolgsquote der Nicht-NC-Universitäten legt zudem nahe, dass die Studienerfolgsquote ohne Eintrittsselektion an den NC-Universitäten der Deutschschweiz wieder sinken würde. Bei einer Aufhebung des NC würden - bei einer angenommenen gesamtschweizerischen Studienerfolgsquote von schätzungsweise 60 Prozent - jährlich zwischen 1800 - 2400 diplomierte Ärztinnen und Ärzte die Universität verlassen. Diese Zahl übersteigt den errechneten Bedarf selbst dann noch deutlich, wenn die späteren Abgänge nach Studienabschluss berücksichtigt werden (vgl. dazu Kap. 8.1). Diese Berechnung basiert zwar auf ungesicherten Annahmen über die Entwicklung der Studienerfolgsquoten, doch wird damit eine Grössenordnung deutlich, die den Bedarf klar übersteigt.

6.1.5 Zusätzliche Kapazitäten: Neuere Entwicklungen

Seit dem Herbstsemester 2009 bietet die Universität Freiburg ein drittes Studienjahr für Studierende und damit einen abgeschlossenen Bachelor-Studiengang an. Zusätzlich wird an der Università della Svizzera italiana die Möglichkeit zur Schaffung eines Masterstudiengangs in Humanmedizin geprüft. Dies könnte eine sinnvolle Ergänzung zur Bachelor-Ausbildung in Freiburg sein, weil erst dadurch die Gesamtzahl der Abschlüsse gesteigert werden kann.

6.1.6 Studienplatzkapazitäten und Abschlussquoten im internationalen Vergleich

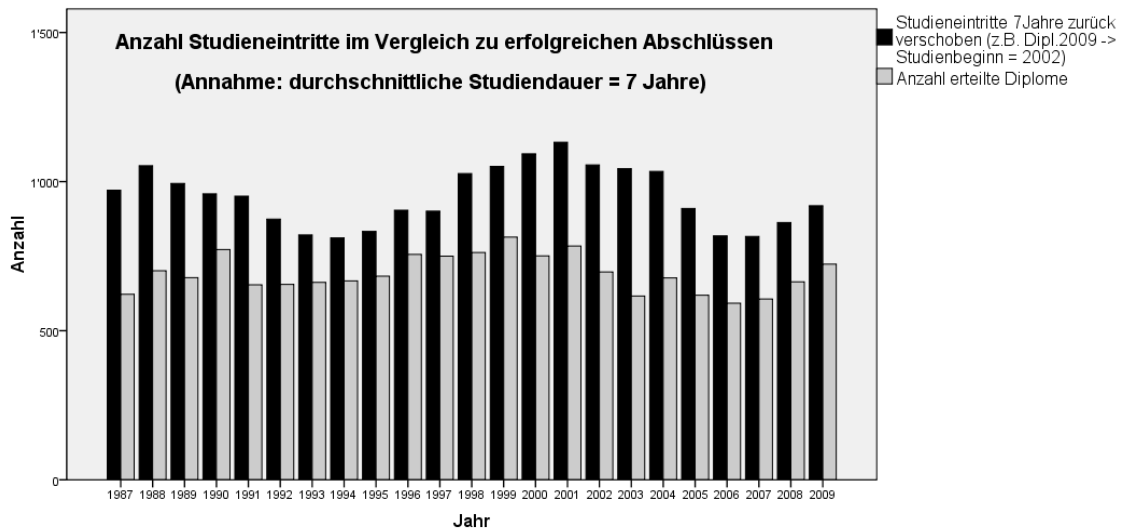
Die Zahl der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte hängt einerseits von der Studienplatzkapazität, andererseits von der Quote der erfolgreichen Studierenden ab. Die untenstehende Abbildung 9 zeigt, dass der Anteil der Abschlüsse im Verhältnis zu den Studienanfängerzahlen über die Jahre hinweg beträchtlich variiert. Die Studienerfolgsquote³⁵ steigt seit drei Jahren wieder an und betrug im Jahr 2009 rund 78 Prozent. Die steigende Tendenz ist vor allem auf die besseren Abschlussquoten an den Universitäten mit NC zurückzuführen.

³³ Schweizerische Universitätskonferenz: Erhöhung der Studienplatzkapazitäten in der Humanmedizin? Arbeitspapier vom 5. August 2009.

³⁴ Für das Studienjahr 2010/11 meldeten sich 3'824 Studierende mit Studienwunsch Humanmedizin an.

³⁵ Diese vorliegende Berechnung der Studienerfolgsquote ist modellhaft, weil sie von einer Regelstudienzeit von 7 Jahren ausgeht (im Jahr 2008 berechnete die SUK eine durchschnittliche Studiendauer von 6,8 Jahren). Sie dient hier lediglich dazu, die Variation in der Nutzung der Kapazitäten aufzuzeigen.

Abbildung 9: Studieneintritte (7 Jahre vor Diplomabschlussjahr) und Abschlusszahlen im Vergleich



Quelle: Medizinalberuferegister BAG

Mit einer Kapazität von 1'064 Studienplätzen für zukünftige Humanmediziner/innen steht die Schweiz im Vergleich mit den unten aufgeführten Ländern an dritter Stelle. Das für die Schweiz wichtigste "Ärzte-Exportland" Deutschland bietet pro 100'000 Einwohner gar weniger Studienplätze an. Wird aber die Zahl der Abschlüsse miteinander verglichen, dann bildete Deutschland im Jahr 2008 pro 100'000 Einwohner 12 Ärztinnen und Ärzte aus, während die Schweiz 8.9 pro 100'000 Einwohner ausbildete. In Deutschland schliessen gemäss Statistischem Bundesamt 87,3 Prozent aller Humanmedizin-Studierenden das Studium erfolgreich ab, während die gesamtschweizerische Erfolgsquote im Vergleichsjahr bei rund 73 Prozent lag. Deutschland nutzt demnach seine Ausbildungskapazitäten wesentlich besser. Ein Grund dafür dürfte in der strengen Selektion der zum Studium zugelassenen Studierenden liegen.

Tabelle 3: Studienplatzkapazitäten im Ländervergleich

Land	NC	Studienplatzkapazität Humanmedizin 2009/10	Einwohnerzahl 2008	Plätze pro 100'000 Einwohner 2008	Studienabschlüsse 2008	Abschlüsse pro 100'000
Schweiz	Ja, ausser Romandie	1'064	7,6 Mio.	14	676	8.9
Deutschland	Ja	10'048	82 Mio.	12.2	9'857	12
Österreich	Ja, seit 2006/07	1'500	8,2 Mio.	18.3	1797 ³⁶	21
Frankreich	Nein, aber Kapazitätsbeschränkung 2. Studienjahr	7'400	64 Mio.	11.5	4000 ³⁷	6.25
Holland	Ja	2'850	16,6 Mio.	17.1	n.e.	n.e.
USA	Ja	18'400	309 Mio.	5.9	n.e.	n.e.
Canada	Ja	2'695	33 Mio.	8.1	n.e.	n.e.

Quelle: Internetrecherche und Mailanfragen BAG

³⁶ Die Zahl der Abschlüsse ist aufgrund des bis 2006/07 freien Zugangs zum Medizinstudium hoch. Die Zahl der Studienanfänger betrug 2006 nur noch gerade 846.

³⁷ Zahl für das Jahr 2004 (Quelle: EURACT)

6.1.7 Qualitative Aspekte der Ausbildung

Die Ausbildung erfolgt nach den qualitativen Vorgaben des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG)³⁸. Dagegen enthält das MedBG keine Bestimmungen, mit welchen der Bund die quantitative Entwicklung der universitären Medizinalberufe beeinflussen könnte. Diese liegt in der alleinigen Kompetenz der Universitätskantone. Der Bund trägt aber gleichwohl über Grundbeiträge nach dem Universitätsförderungsgesetz vom 8. Oktober 1999 (SR 414.20) zu den Ausbildungskosten bei. 70% der Grundbeiträge werden nach der Anzahl der Studierenden auf die kantonalen Universitäten verteilt. Dabei erfolgt eine Gewichtung nach akademischen Disziplinen entsprechend der Interkantonalen Universitätsvereinbarung vom 20. Februar 1997.³⁹ Studierende der Medizin zählen zur mittleren Fakultätsgruppe II (erstes und zweites Studienjahr) und zur teuersten Fakultätsgruppe III (ab dem dritten Studienjahr). Die kantonalen Universitäten erhalten also pro Studierenden der Medizin einen höheren Beitrag als für Studierende anderer Disziplinen.

Das Studium erfolgt heute in der Bologna-Struktur eines drei Jahre dauernden Bachelor-Studiums mit einem anschliessenden Masterstudium von zwei Jahren und einem klinischen Erfahrungsjahr. Danach wird die eidgenössische Prüfung absolviert. Die Bachelor-Master-Struktur eröffnet grundsätzlich die Möglichkeit, zu prüfen, ob mit einem medizinischen Bachelor andere Berufswege, und zwar sowohl im Bereich praktischer medizinischer Tätigkeiten als auch in der Forschung sinnvoll wären. Die Möglichkeiten zu einem Wechsel nach Abschluss eines Bachelor-Studiums sind heute noch kaum vorhanden. Eine bessere Durchlässigkeit hätte grundsätzlich den Vorteil, dass die bestehenden (knappen) Kapazitäten in der medizinischen Ausbildung im Hinblick auf die gewünschte zukünftige Berufstätigkeit gezielter und damit effizienter genutzt werden können. Sie bedingt aber, dass die Studierenden sich früher als heute entscheiden müssten, in welchem Berufsfeld sie später tätig sein wollen.

Zudem stellt sich die Frage, ob und wie mit einer besseren Präsenz der medizinischen Grundversorgung in der Ausbildung der Anteil der zukünftigen ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger erhöht werden könnte. Grundsätzlich soll die Ausbildung gemäss MedBG zu einer beliebigen Weiterbildung befähigen; sie ist also nicht spezifisch auf die ärztliche Grundversorgung ausgerichtet. Trotz-dem haben die für die Grundversorgung notwendigen Kernkompetenzen im MedBG eine prominente Stellung erhalten. Diese soll mit dessen Revision, die im Verlauf des Jahres 2011 in Vernehmlassung gehen wird, zusätzlich gestärkt werden, indem die Ausbildungsziele vermehrt und explizit auf die medizinische Grundversorgung ausgerichtet und im Besonderen auf die Rolle des Hausarztes / der Hausärztin vorbereiten sollen (Art. 4 und 8 MedBG). Immer wichtiger wird dabei aber die Aufwertung der interprofessionellen und interdisziplinären Ausbildung. Gerade integrierte, vernetzte Versorgung verlangt nach abgestimmten Kompetenzen und Vorbereitung auf die Arbeit in multiprofessionellen Teams, welche sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich ihre Aufgabe erfüllen sollen. Dies wird umso relevanter, als in Zukunft gerade angesichts der demografischen Entwicklung vermehrt allen Aspekten der Versorgung d.h. neben kurativer vermehrt auch präventiver, rehabilitativer und palliativer Versorgung Rechnung getragen werden muss. Inzwischen wurden an allen medizinischen Fakultäten der Schweiz Lehrstühle für Hausarztmedizin eingerichtet. Wie weit diese von den Fakultäten mit genügend Ressourcen dotiert sind, ist von Universität zu Universität verschieden und entzieht sich dem Einflussbereich des Bundes. Die Beschaffung von Forschungsdrittmitteln erwies sich bisher als schwierig. In der NFP-Runde 2008/2009 wurde ein Vorschlag für ein Nationales Forschungsprogramm (NFP) mit dem Titel „Versorgungsforschung in der Grundversorgung“ eingereicht. Der Vorschlag wurde vom Steuerungsausschuss Bildung, Forschung und Technologie (BFT) nur ganz schwach priorisiert. Aus diesem Grund wurde zu dieser Thematik keine Machbarkeitsprüfung in Auftrag gegeben. Es ist grundsätzlich nachvollziehbar, dass Forschungsanliegen seitens verschiedener Bundes- oder kantonalen Stellen aufgrund der jeweiligen Perspektiven und Zielsetzungen unterschiedlich priorisiert werden. Im Bereich der medizinischen Grundversorgung fehlt es in diesem Sinne an einer kohärenten Politik. Anzuführen ist, dass im Februar 2010 das NFP „Lebensende“ gestartet worden. Es ist

³⁸ SR 811.11

³⁹ AS 1999 1503

wahrscheinlich, dass in diesem Zusammenhang auch die Rolle der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger ein Thema sein wird.

Für die Attraktivitätssteigerung dieses Fachbereichs ist Forschung wichtig. Ohne verstärkte Forschungsaktivitäten respektive die gezielte Förderung Forschender sind eine qualitative Weiterentwicklung und die damit einhergehende bessere akademische Verankerung kaum zu erreichen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) hat die Förderung von Mitteln für die klinische, patientenzentrierte und praxisorientierte Forschung im Rahmen seines Mehrjahresprogramms 2012-2016 als Ziel formuliert.

6.2 Zusammenfassung

Zur Stabilisierung der heutigen Ärztedichte müssten 864 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr in die Gesundheitsversorgung eintreten. Noch nicht berücksichtigt ist in dieser Zahl der Anteil derjenigen, der nach Studienabschluss keine Weiterbildung absolviert sowie der Mehrbedarf aufgrund des abnehmenden Beschäftigungsgrades. Die dadurch entstehenden Verluste werden in den folgenden Kapiteln zur Weiterbildung und Berufsausübung berechnet.

Da das Interesse am Medizinstudium ungebrochen hoch ist, sind trotz geburtenschwächeren Jahrgängen die Voraussetzungen grundsätzlich erfüllt, dass die Schweiz heute und auch in Zukunft genügend eigene Ärztinnen und Ärzte ausbilden könnte. Damit befindet sich die Humanmedizin in einer deutlich besseren Ausgangslage als andere Gesundheitsberufe wie beispielsweise die Pflegeberufe.

Die schweizerischen Universitäten haben in den vergangenen Jahren die für eine Stabilisierung der Ärztedichte notwendigen Abschlüsse nicht erreicht. Seit 2000 haben die Universitätskantone die Studienplatzkapazitäten jedoch um 15 Prozent erhöht. 2015 wird sich die Zahl der Diplome daher auf rund 850 - 900 belaufen. Obwohl die schweizerischen Kapazitäten im Verhältnis höher sind als in Deutschland, werden sie weniger gut genutzt: dazu trägt insbesondere die bei 50 – 60 Prozent stagnierende Studienerfolgsquote der Romandie bei. Die Erfolgsquoten der NC-Universitäten dagegen liegen zwischen 80 - 90 Prozent. Der NC trägt damit zu einer deutlich besseren Nutzung der verfügbaren Kapazitäten bei. Seine Abschaffung würde voraussichtlich dazu führen, dass pro Jahr 3000 bis 4000 Studierende ihr Studium aufnehmen, von denen 1800 bis 2400 als diplomierte Ärztinnen und Ärzte die Universitäten verlassen könnten. Ein Selektionsprozess ist insbesondere aufgrund der fehlenden klinischen Kapazitäten im Moment zwingend erforderlich. Eine solch massive und kostenintensive Erhöhung der Studienplatzkapazitäten wäre aber auch nicht angemessen. Einige neuere Entwicklungen wie der 2009 erfolgte Ausbau der Universität Freiburg von zwei auf drei Jahre (Bachelorabschluss) sowie vorbereitende Arbeiten der Università della Svizzera italiana zur Schaffung eines Masterstudiengangs könnten das bestehende Angebot weiter erhöhen und somit zum erwünschten Ausbau der Kapazitäten beitragen.

Im Bereich der Hausarztmedizin konnten Fortschritte in der Ausbildung erzielt werden, doch wird der versorgungspolitischen Bedeutung der Hausarztmedizin im akademischen Umfeld noch zu wenig Beachtung gewährt. Zwar wurden inzwischen an allen medizinischen Fakultäten Institute für Hausarztmedizin eingerichtet, doch erwies sich bisher die Beschaffung von Forschungsgeldern als schwierig. Die Verstärkung der Forschungsaktivitäten wäre für die akademische Verankerung des Fachs jedoch zentral. Eine Aufwertung der ärztlichen Grundversorgung erfolgt im Rahmen der Revision des MedBG, indem die Ausbildungsziele besser auf die ärztliche Grundversorgung und die Vernetzung mit andern Gesundheitsberufen vorbereiten soll. Die Vernehmlassung der revidierten Vorlage wurde Ende Juni 2011 eröffnet.

7 Weiterbildung

7.1 Stand und Entwicklung der Weiterbildung

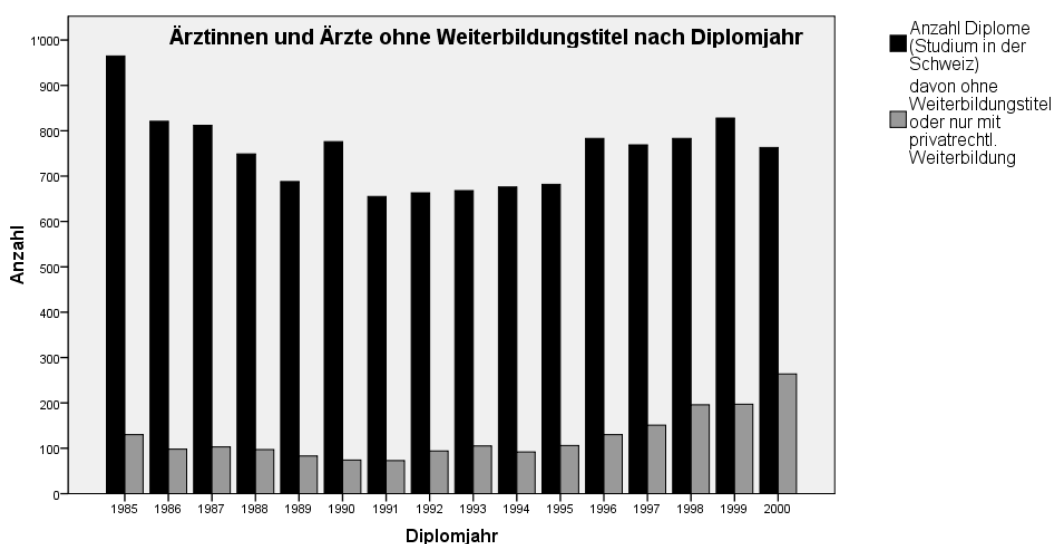
In diesem Kapitel wird die quantitative Entwicklung der in der Schweiz ausgebildeten Ärztepopulation in der Phase der Weiterbildung beschrieben, um die Frage des Ausbildungsbedarfs (Zielgrösse: Stabilisierung der Ärztedichte bzw. des verfügbaren Arbeitsvolumens) weiter zu vertiefen.

Dementsprechend ist von entscheidender Bedeutung, wie viele Ärztinnen und Ärzte dem Berufsziel treu bleiben und sich weiterbilden. Untersucht werden auch Aspekte wie der Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie die Ein- und Auswanderungsraten dieser Population. Weil das Zahlenverhältnis zwischen ärztlichen Grundversorgern und Spezialisten von besonderem Interesse ist, werden die Bestrebungen zur attraktiveren Gestaltung der Weiterbildung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger aufgezeigt. Zusätzlich werden auch die Mechanismen betrachtet, die das bestehende Zahlenverhältnis zwischen ärztlichen Grundversorgern und Spezialisten wesentlich beeinflussen.

7.1.1 Diplomierte Ärztinnen und Ärzte mit und ohne Weiterbildungstitel

Genauere Zahlen über die eidg. diplomierten Ärztinnen und Ärzte, die eine Weiterbildung absolvieren, sind erst dann verfügbar, wenn diese einen eidgenössischen (oder einen von der dafür zuständigen Medizinalberufekommission anerkannten ausländischen) Weiterbildungstitel erworben haben. Dann erfolgt gemäss MedBG ein entsprechender Eintrag im Medizinalberuferegister durch die zuständige Berufsorganisation FMH. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat aufgrund der im Medizinalberuferegister eingetragenen Daten untersucht, wie viele der zwischen 1985 - 2000 eidg. diplomierten Ärztinnen und Ärzte einen (eidg. oder anerkannten ausländischen) Weiterbildungstitel erworben haben.

Abbildung 10: Anteil der Ärztinnen und Ärzte ohne Weiterbildungstitel (1985 - 2000).



Quelle: Medizinalberuferegister BAG

Die Auswertung zeigt, dass der Anteil der diplomierten Ärztinnen und Ärzte ohne Weiterbildung vor allem bei den Abschlussjahrgängen von 1998 - 2000 deutlich höher ist als die früheren Abschlussjahrgänge. Ob es sich dabei um einen Trend handelt oder nicht, kann zurzeit noch nicht beurteilt werden. Es ist möglich, dass einige Ärztinnen und Ärzte auch 10 - 12 Jahre nach dem Diplomerwerb noch einen Weiterbildungstitel erwerben. Sollte dies nicht der Fall sein, dann handelt es sich um einen Besorgnis erregenden Trend, dessen Ursachen untersucht werden müssten. In der folgenden Tabelle 4 wird die gleiche Auswertung in absoluten Zahlen nach Geschlecht gezeigt.

Tabelle 4: Absolute Zahlen und relative Anteile der Männer und Frauen mit respektive ohne Weiterbildungstitel

	1985 - 2000 (alle)	Männer	Frauen
Total eidg. Diplome	12'081 (100 %)	7'221 (60 %)	4'860 (40 %)
mit Weiterbildungstitel	10'088 (83.5 %)	6'236 (86.4 %)	3'852 (79.3 %)
ohne Weiterbildungstitel	1'993 (16.5 %)	985 (13.6 %)	1'008 (20.7 %)

Quelle: Medizinalberuferegister BAG

16.5 Prozent der Ärztinnen und Ärzte, die zwischen 1985 - 2000 ein eidgenössisches Diplom erhielten, haben bis heute keinen Weiterbildungstitel erworben. Trotz fehlender Daten über die Berufstätigkeit dieser Gruppe, die grundsätzlich ohne Weiterbildungstitel aber unter Aufsicht beispielsweise in einem Spital tätig sein könnte, wird hier davon ausgegangen, dass ein Anteil dieser Höhe dem Versorgungssystem nicht mehr zur Verfügung steht.⁴⁰ Dieser Verlust erhöht den im vorausgehenden Kapitel errechneten Ausbildungsbedarf von 864 auf 1030 Ärztinnen und Ärzte pro Jahr.

7.1.2 Beschäftigungsgrad der Assistenzärztinnen und -ärzte

Aus einer von Buddeberg (2010)⁴¹ sechs Jahre nach dem Diplomerwerb durchgeführten Befragung von 460 in Partnerschaft lebenden und in der Schweiz ausgebildeten Assistenzärztinnen und -ärzte (53 Prozent davon mit einem oder mehreren Kindern) können weitere wichtige Anhaltspunkte über deren Beschäftigungsgrad in der Phase der Weiterbildung gewonnen werden: 98 Assistenzärztinnen und -ärzte oder 21 Prozent der Befragten geben an, bisher eine Berufspause von durchschnittlich 8 Monaten gemacht zu haben.

Tabelle 5: Beschäftigungsgrad und Berufspausen von Assistenzärztinnen und -ärzten

	Männer (n / %)	Frauen (n / %)	Total (n / %)
Aktuell in Berufspause	6 / 2.7%	24 / 10.2%	30 / 6.5
Beschäftigungsgrad 50% oder weniger	8 / 3.6%	58 / 24.7%	66 / 14
Beschäftigungsgrad zwischen 60 - 90 %	23 / 10.2%	46 / 19.6%	69 / 14
Beschäftigungsgrad 100 %	188 / 83.5%	107 / 45.5%	295 / 63.5
Total	225	235	460 / 100

Die Studie bestätigt, dass auch bei den Ärztinnen und Ärzten in der Phase der Familiengründung überwiegend die Frauen eine Berufspause einlegen und/oder ihren Beschäftigungsgrad deutlich reduzieren. 45.5 Prozent der Frauen und 83.5 Prozent der Männer arbeiten dagegen 100 Prozent. Die Reduktion des Beschäftigungsgrades sowie die Berufspausen in der Familienphase sind sicherlich ein Grund für den Mangel an Assistenzärztinnen und -ärzten im stationären Bereich.

7.1.3 Auswirkungen der Teilzeitarbeit und des Arbeitsgesetzes

Die insbesondere bei den Frauen verbreitete Teilzeitarbeit in der Phase der Weiterbildung führt zu einer längeren Weiterbildungszeit und erhöht damit den Bedarf an diplomierten Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich.

Zudem ist die wöchentliche Höchstarbeitszeit der Assistenzärztinnen und -ärzte seit 1. Januar 2005 auf 50 Stunden festgelegt. Der daraus resultierende Mehrbedarf an Personal wird auf 25 Prozent geschätzt (+ 3 - 4'000 Stellen).⁴² Noch ist das Arbeitsgesetz gemäss VSAO nicht überall umgesetzt.

7.1.4 Auswanderung schweizerischer Ärztinnen und Ärzte

Die Anzahl der pro Jahr vom BAG ausgestellten und kostenpflichtigen Richtlinienkonformitätsbestätigungen sowie Diplombestätigungen in englischer Sprache geben Hinweise auf die (wahrscheinliche und wohl vorübergehende) Auswanderung der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte. Richtlinienkonformitätsbestätigungen werden benötigt, um in EU/EFTA-Ländern

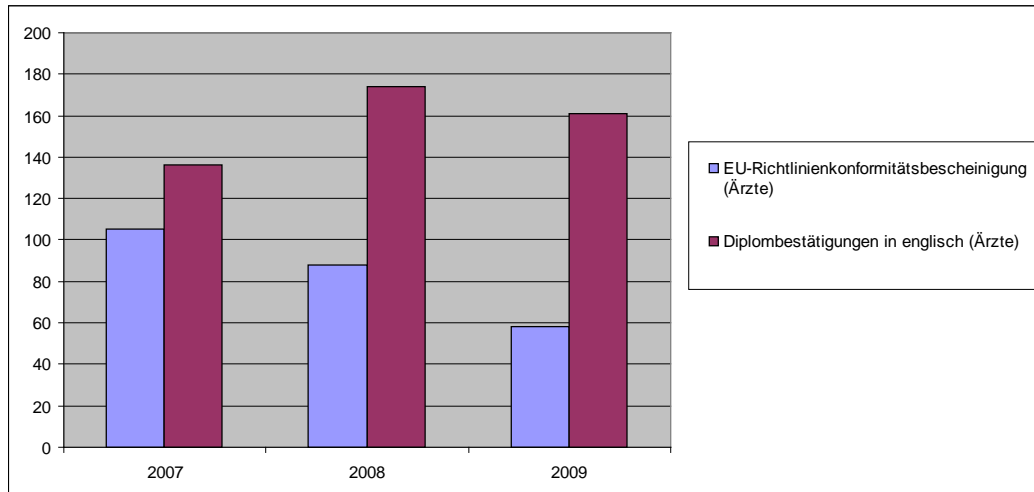
⁴⁰ Die volle Einberechnung eines Verlustes von 16.5 Prozent ohne Weiterbildung ist trotz Unsicherheit über den Verbleib dieser Gruppe auch deshalb vertretbar, weil im vorliegenden Bericht keine weiteren Berufsabgänge, die zu einem späteren Zeitpunkt der Berufskarriere erfolgen, mehr eingerechnet werden. Vergleichszahlen aus Deutschland für das Jahr 2009 zeigen, dass 103'981 von insgesamt 429'926 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten nicht ärztlich tätig waren. Die „Verluste“ in Form nicht ärztlich Tätiger beträgt für Deutschland somit 24 Prozent.

⁴¹ Buddeberg-Fischer et al. (2010): The impact of gender and parenthood on physicians' careers - professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Services Research 2010, 10:40.

⁴² Allal, N.; Herrmann, H.-U. (2007): Ärztedemographie und Reform der ärztlichen Berufsbildung. Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat SWTR, Bern.

eine Weiterbildung oder Beschäftigung als Arzt aufzunehmen. Diplomübersetzungen in englischer Sprache werden hauptsächlich für die Auswanderung in die USA oder Kanada benötigt. Nicht berücksichtigt wurden die Diplomübersetzungen in deutscher, italienischer und französischer Sprache, weil diese in der Regel zusammen mit einer Richtlinienkonformitätsbescheinigung bestellt werden. Die folgende Abbildung 11 zeigt die Zahl der ausgestellten Dokumente von 2007 - 2009. Über die Dauer der Tätigkeit oder Weiterbildung im Ausland können keine Aussagen gemacht werden, weil hierzu Angaben (noch) fehlen.⁴³

Abbildung 11: Auswanderung schweizerischer Ärztinnen und Ärzte 2007 - 2009



Quelle: Archivierte Dokumente BAG

Die Auswertung zeigt, dass jährlich zwischen 200 - 250 der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte auswandern. Somit stehen in der Phase der Weiterbildung knapp ein Drittel der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte dem Versorgungssystem (vorübergehend) nicht mehr zur Verfügung. Über die Dauer des Auslandsaufenthaltes bzw. die Rückwanderung ist (noch) nichts bekannt. Aussagen darüber können erst dann gemacht werden, wenn diese in der Schweiz einen eidg. Weiterbildungstitel erwerben oder wenn sie ihren im Ausland erworbenen Weiterbildungstitel anerkennen lassen. Die Auswanderung der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte ist ein weiterer Grund dafür, dass im stationären Bereich der Anteil der ausländischen (Assistenz)ärztinnen und -ärzte besonders hoch ist (vgl. dazu auch Kap. 5.1.2 und 5.1.3).

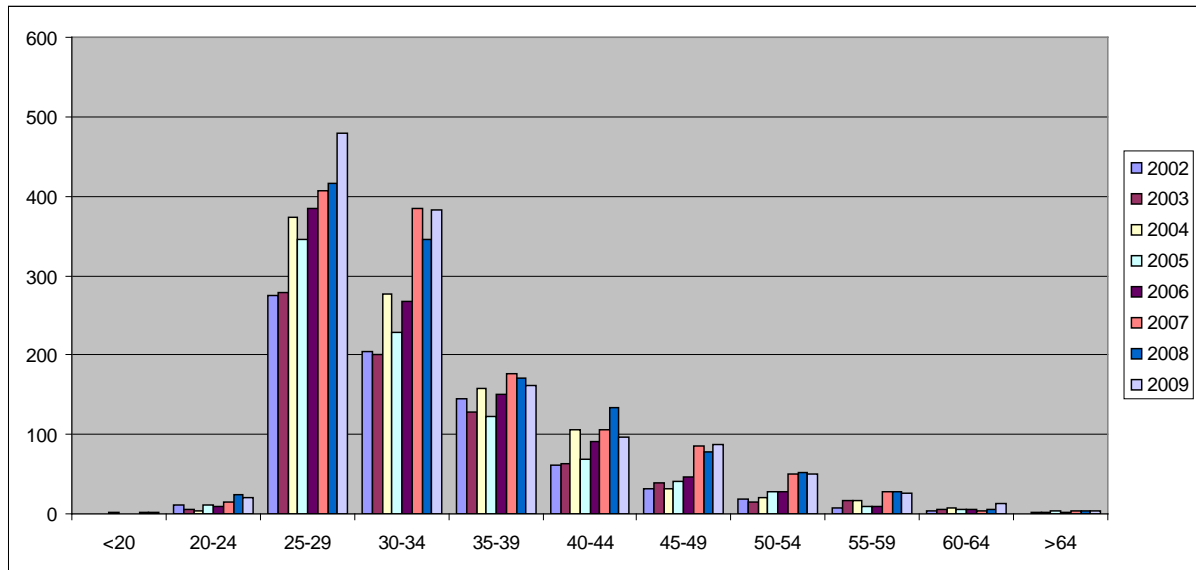
7.1.5 Einwanderung ausländischer (Assistenz)ärztinnen und -ärzte

Gemäss Bundesamt für Migration (BFM) sind in den Jahren 2002 - 2009 jährlich zwischen 750 - 1300 Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland in die Schweiz eingewandert. Die Einwanderung trägt damit wesentlich dazu bei, dass die bestehenden Versorgungsstrukturen mit ausreichend Personal ausgestattet werden können. Aus der untenstehenden Abbildung 12 wird ersichtlich, dass der grösste Anteil (64 Prozent) der Einwanderer zwischen 25 - 34 Jahre alt ist, was darauf hindeutet, dass diese Ärztinnen und Ärzte für die Weiterbildung in die Schweiz einwandern. Der überwiegende Teil davon stammt aus Deutschland. Die Weiterbildungsbedingungen der Schweiz werden von deutschen Assistenzärztinnen und -ärzten als deutlich besser beurteilt, und zwar sowohl in qualitativer Hinsicht als auch in Bezug auf die Arbeitsbedingungen (Arbeitszeit, Lohn).⁴⁴

⁴³ Das Bundesamt für Gesundheit hat im Mai 2011 mit einer systematischen Befragung der Ärztinnen und Ärzte begonnen, die entsprechende Bescheinigungen verlangen. Die Befragung dauert noch bis Ende 2011.

⁴⁴ Fotuhi, P.; Siegrist, M.; Vogel, S.; Orlow, P.; Neises, G.; Giger, M. (2007): Deutsche Ärzte unzufriedener als ihre Schweizer Kollegen. Deutsches Ärzteblatt Jg. 104, Heft 5, Februar 2007.

Abbildung 12: Kumulierte Einwanderung ausländischer Ärztinnen und Ärzte nach Altersgruppen 2002 - 2009



Quelle: Bundesamt für Migration

Die Zahlen des BFM stimmen in ihrer Grössenordnung mit den von der Medizinalberufekommision anerkannten ausländischen Arztdiplomen überein (vgl. dazu Kap. 5.1.2 und 5.1.3).

Die Einwanderung ist für die Aufrechterhaltung der bestehenden stationären und in zunehmendem Mass auch der ambulanten Versorgungsstruktur von grosser Bedeutung (vgl. dazu Kap. 8.3.1 zu Berufsausübungsbewilligungen). Gleichzeitig stellt sich die Frage, ob die Einwanderung möglicherweise dazu beiträgt, dass Schweizer Ärztinnen und Ärzte mit Wunsch nach einer Teilzeitweiterbildung benachteiligt werden. Für die Spitäler mögen im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte, die bereit sind, 100 Prozent zu arbeiten, die interessanteren Kandidatinnen und Kandidaten für Assistenzarztstellen sein.

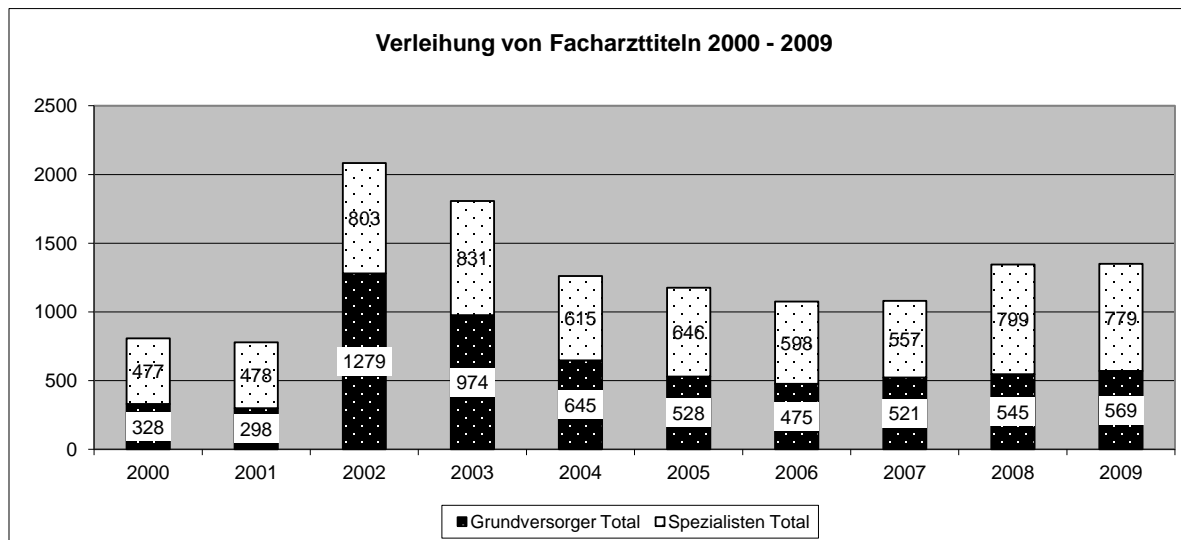
7.1.6 Zahlenverhältnis zwischen ärztlichen Grundversorgern und Spezialisten

Ein Ärztemangel wird insbesondere für den Bereich der ambulanten ärztlichen Grundversorgung prognostiziert. Deshalb ist das Zahlenverhältnis zwischen Grundversorgern und Spezialisten, das aus dem schweizerischen Aus- und Weiterbildungssystem resultiert, von besonderem Interesse.

Die Abbildung 13 zeigt die Entwicklung des Verhältnisses zwischen ärztlichen Grundversorgerinnen resp. -versorgern⁴⁵ und Spezialistinnen resp. Spezialisten anhand der seit 2000 durch die FMH erteilten eidgenössischen Weiterbildungstitel an Inhaberinnen von eidgenössischen und anerkannten ausländischen Diplomen in Humanmedizin.

⁴⁵ Summe der neuen Fachärztinnen und -ärzte in Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Praktischer Arzt / Praktische Ärztin

Abbildung 13: Verleihung von eidg. Weiterbildungstiteln 2000 - 2009



Quelle: FMH Ärztestatistik 2000 – 2009

In den Jahren 2002 - 2003 ist die Zahl der vergebenen Grundversorgertitel hoch, weil mit Inkrafttreten des MedBG ein Weiterbildungsobligatorium eingeführt wurde und den bereits tätigen Ärztinnen und Ärzten nachträglich ein Weiterbildungstitel zu erleichterten Bedingungen verliehen wurde. Die Entwicklung ab 2005, die nicht mehr von dieser Übergangsregelung geprägt ist, zeigt, dass die Zahl der Grundversorgertitel zwar leicht ansteigt, jedoch weniger stark als die Zahl der Weiterbildungstitel für Spezialisten.

Der Anteil der eidgenössischen Weiterbildungstitel in Fachgebieten der ärztlichen Grundversorgung ist stabil. Seit 2006 bewegt er sich zwischen 40 - 48 Prozent. Auffallend ist der überdurchschnittliche Zuwachs der Frauen in der ärztlichen Grundversorgung. 2009 erwarben Frauen insgesamt 51 Prozent aller Weiterbildungstitel der ärztlichen Grundversorgung, bezogen auf alle Fachgebiete lag ihr Anteil bei 46 Prozent. Die Feminisierung scheint sich damit grundsätzlich positiv auf die ärztliche Grundversorgung auszuwirken. Das relative und absolute Wachstum wird aufgrund des höheren Anteils Teilzeitarbeitender aber etwas abgeschwächt.

7.1.7 Weiterbildung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger

Da die Weiterbildung heute praktisch ausschliesslich im Rahmen der bestehenden, überwiegend auf die Akutversorgung ausgerichteten, stationären Versorgungsstruktur stattfindet, erscheint die Forderung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger nach einer praxisnahen Weiterbildung verständlich und unterstützenswert. Mit der Einführung der Praxisassistenten (Weiterbildung in ambulanten Grundversorgerpraxen, Gesundheitszentren) wurde diese Forderung konkretisiert und in den meisten Kantonen in Form von Pilotprojekten umgesetzt. Damit die Attraktivität der Praxisassistenten auch punkto Lohn sicher gestellt werden kann, werden heute Lohnbestandteile teilweise vom Kanton oder Dritten übernommen (vgl. dazu den Schlussbericht Finanzierung spezifische Weiterbildung der GDK vom 26.10.2006). Leistungen). Die langfristige Finanzierung der Praxisassistenten ist aber noch nicht gesichert.

Die Praxisassistenten wurden auch in das neue Weiterbildungsprogramm „Allgemeine Innere Medizin“, das von der Plenarversammlung des SIWF im November 2009 verabschiedet wurde, integriert. Es umfasst drei Jahre Basisweiterbildung und zwei Jahre Aufbauweiterbildung. Die Basisweiterbildung muss mindestens zwei Jahre stationäre Allgemeine Innere Medizin und mindestens ein halbes Jahr ambulante Allgemeine Innere Medizin, vorzugsweise Praxisassistenten, beinhalten. Die Aufbauweiterbildung besteht aus mindestens zwei individuell wählbaren Modulen zur Komplettierung der Weiterbildung zum Spitalinternisten oder Praxisinternisten bzw. Hausarzt. Das Curriculum ist so aufgebaut, dass vorzugsweise zuerst die Basisweiterbildung absolviert wird. So kann danach die Aufbauweiterbildung auf die spätere Berufstätigkeit ausgerichtet werden. Die sogenannten «Hausarztprogramme», die in der Romandie, am Kantonsspital St. Gallen und neu am Universitätsspital

Zürich angeboten werden, sind mit dem neuen Weiterbildungsprogramm „Allgemeine Innere Medizin“ vollumfänglich kompatibel. Bei entsprechender Planung und individuellem Coaching kann die Weiterbildung innert fünf Jahren abgeschlossen werden.

Für die zukünftigen ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger wurde damit ein neues Weiterbildungsprogramm entwickelt, das geeignet ist, die Attraktivität der Weiterbildung zu verbessern. Ob dadurch der Anteil der zukünftigen Grundversorgerinnen und -versorger steigen wird, muss zum jetzigen Zeitpunkt offen bleiben.

Zur Stärkung der ärztlichen Grundversorgung sollen mit der Revision des MedBG die Weiterbildungsziele (Art. 17 MedBG) entsprechend erweitert werden.

Seitens des Bundes sind weitere Projekte zur Förderung der Weiterbildung initiiert worden: Im September 2010 wurde im Auftrag des Dialoges Nationale Gesundheitspolitik (NGP) die Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" lanciert. In deren Rahmen befassen sich mehrere Arbeitsgruppen, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern von 16 betroffenen Partnerorganisationen, mit Themen der ärztlichen Bildung. Ein Schwerpunkt bildet die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. In diesem Zusammenhang sind auch spezielle Beiträge der Kantone für die Förderung angehender Hausärzt/-innen vorgesehen, sofern die Weiterbildung bestimmte Qualitätskriterien erfüllt.

7.1.8 Wahl und Entwicklung der Fachgebiete

Die diplomierten Ärztinnen und Ärzte können heute zwischen 43 verschiedenen gemäss MedBG akkreditierten Weiterbildungsgängen bzw. Fachgebieten frei wählen. Nur vier derselben werden der ärztlichen Grundversorgung zugerechnet.⁴⁶ Inzwischen wurden zwei davon - die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin - zu einem neuen Curriculum "Allgemeine Innere Medizin" zusammengefasst. Der Titel Praktische Ärztin/Praktischer Arzt kann erreicht werden, indem die Basisausbildung von drei Jahren dieses neu geschaffenen Curriculums absolviert werden. Er umfasst eine dreijährige Weiterbildung an anerkannten Weiterbildungsstätten, davon mindestens 6 Monate an klinischen Weiterbildungsstätten und mindestens 6 Monate an Weiterbildungsstätten in der ambulanten Patientenbetreuung. Inhaltlich orientiert sich das Weiterbildungsprogramm Praktischer Arzt/ Praktische Ärztin an demjenigen für den Facharzt für Allgemeine Innere Medizin. Für den Erwerb des eidgenössischen Titels Praktischer Arzt/ Praktische Ärztin ist die bestandene Facharztprüfung Allgemeine Innere Medizin nachzuweisen. Weiterhin kann der Titel Praktischer Arzt / Praktische Ärztin auch beantragt werden, wenn bereits ein anderer Weiterbildungstitel erworben wurde (z.B. Kardiologie, Pneumologie). Mit der Schaffung des neuen Weiterbildungsprogramms verfügen die zukünftigen Hausärztinnen und -ärzte über eine spezifische Weiterbildung.

Die Wahl des Fachgebietes ist häufig das Ergebnis längerer "Lehr- und Wanderjahre" durch die verschiedenen Fachgebiete. Der Beginn der Assistenzarztzeit ist nicht mit dem Abschluss eines "Weiterbildungsvertrages" verbunden. Ein solcher würde voraussetzen, dass der weiterzubildende Arzt / die weiterzubildende Ärztin das Fachgebiet bereits gewählt haben müsste und der "Vertraggeber" (z.B. Spital oder Fachgesellschaft) dem Assistenzarzt oder der -ärztin eine verbindliche Weiterbildung mit den gemäss Weiterbildungsgängen erforderlichen Weiterbildungsinhalten garantieren müsste. Da die Weiterbildung nicht innerhalb einer bestimmten Zeit abgeschlossen werden muss, kann der Entscheid betreffend Fachgebiet im Prinzip jahrelang offen bleiben.

Eine Studie von Buddeberg (2006)⁴⁷ zeigt, dass 40 Prozent der Frauen und 49 Prozent der Männer im letzten Jahr des Medizinstudiums noch nicht wissen, in welchem Fachgebiet sie sich spezialisieren möchten. Zwei Jahre später sind noch 29 Prozent der Frauen und 36 Prozent der Männer unentschieden, nach vier Jahren Weiterbildung sind es immer noch 17 Prozent bei den Frauen und 15 Prozent bei den Männern. Die Spezialisierung ergibt sich in vielen Fällen offenbar aus der Verfügbarkeit der Assistenzarztstellen und scheint weniger das Ergebnis einer von Beginn an gezielten Wahl zu sein.

Seit Inkrafttreten des MedBG am 1. September 2007 hat die FMH neben den bereits 43 nach MedBG akkreditierten Weiterbildungsgängen zwei weitere privatrechtliche (Neuropathologie, Handchirurgie)

⁴⁶ Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Praktischer Arzt/Praktische Ärztin, Kinder- und Jugendmedizin gemäss Art. 55a KVG. Der neue Titel Allgemeine Innere Medizin gilt neu als Weiterbildung im Sinne von Art. 55a KVG.

⁴⁷ Buddeberg-Fischer, B. et al. (2006): Swiss residents specialty choices - impact of gender, personality, traits, career motivation and life goals. BMC Health Services Research 2006, 6:137.

geschaffen, die (bisher) nicht zu eidgenössischen Weiterbildungstiteln führen. Die Differenzierung und Spezialisierung auf ausgewählte Teilbereiche nimmt also weiter zu.

Die Treiber der Differenzierung sind Forschung und Entwicklung, die zu medizinischen Innovationen führen. Die Universitäten stehen in einem internationalen Wettbewerb, bei dem vor allem die (spitzen)medizinische Forschung zählt. Die Frage, in welcher Form Innovationen oder neue Erkenntnisse in der Aus- und Weiterbildung "institutionalisiert" werden, ist von zentraler Bedeutung.

Die Prozesse der "Institutionalisierung" neuer Erkenntnisse in das Bildungs- und Versorgungssystem lassen sich wie folgt beschreiben (die Prozesse können in unterschiedlicher Reihenfolge oder parallel laufen):

- Schaffung neuer Professuren
- Allokation von entsprechenden Forschungsgeldern
- Schaffung eines neuen Fachgebietes durch das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) und parallel dazu die sukzessive
- Schaffung von entsprechenden Versorgungsangeboten im stationären und ambulanten Bereich.

Grundsätzlich führt jede weitere Schaffung von Fachgebieten dazu, dass die "absolute" Zahl der Assistenzärztinnen und -ärzte pro Fachgebiet sinkt. Problematisch wird dies, wenn die zunehmende Spezialisierung zu Lasten von Fachgebieten geht, bei denen ein Mangel herrscht oder droht. Angesichts der zu erwartenden Veränderungen in der Nachfrage nach medizinischen Leistungen (u.a. mehr chronisch Kranke und oder Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen) wären fachübergreifende Spezialisierungen wie beispielsweise in Geriatrie, die heute nur als Schwerpunkt im Rahmen eines regulären Weiterbildungsprogramms angeboten werden, vermehrt notwendig.

Dass Zahl und Inhalte der Fachgebiete verhandelbar sind, zeigt ein Blick auf andere Länder, die alle eine unterschiedliche Zahl von Fachgebieten haben. Auch Breite und Tiefe der Fachgebiete werden je nach Land unterschiedlich definiert, was sich wiederum auf das Tätigkeitsspektrum der einzelnen Fachärztinnen und -ärzte auswirkt. So ist die Tätigkeit ärztlicher Grundversorger in der Schweiz anders definiert als in etwa in Deutschland, Holland oder England (in Bezug auf die Praxisausstattung oder das Tätigkeitsspektrum wie z.B. Anteil Gynäkologie, Psychotherapie, Pädiatrie).

Das SIWF anerkennt im Verbund mit den Facharztgesellschaften die Weiterbildungsstätten. Da die Weiterbildung hauptsächlich im stationären Bereich stattfindet, widerspiegelt die Zahl der verfügbaren Assistentenstellen pro Fachgebiet heute weitgehend die (stark spezialisierte) stationäre Versorgung. Von insgesamt 9401 für das Jahr 2009 aufgelisteten Assistentenstellen sind nur knapp 30 Prozent oder 2771 Assistenzarztstellen für die Weiterbildung in einem Fachgebiet der Grundversorgung anerkannt. Da die Weiterbildung aller Fachärztinnen und Fachärzte, vor allem aber der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger, aus mehreren Fachgebieten besteht (z.B. auch Gynäkologie, Chirurgie), kann daraus nicht einfach gefolgert werden, dass es zu wenig Weiterbildungsstellen gebe für die zukünftigen ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger. Dagegen scheint die Annahme plausibel, dass der Weiterbildung von ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern im hoch spezialisierten stationären Versorgungssystem weniger Interesse entgegengebracht wird als der Weiterbildung von Spezialistinnen und Spezialisten.

Zurzeit muss offen bleiben, wie sich der neue Weiterbildungsgang Allgemeine Innere Medizin auf Attraktivität und Verfügbarkeit der Assistenzarztstellen im Bereich der ärztlichen Grundversorgung auswirken wird. Grundsätzlich könnte die zweijährige Aufbauweiterbildung zum Praxisinternisten (Hausarzt/Hausärztin) dazu beitragen, dass Zahl und Attraktivität der Assistenzarztstellen insbesondere durch die Schaffung neuer Stellen im praxisnahen ambulanten Bereich (Praxisassistenzen) erhöht wird. Vorausgesetzt ist aber, dass Löhne und Betreuung durch qualifizierte Lehrärztinnen und -ärzte sichergestellt werden können.

7.1.9 Weiterbildungsmarkt

Die bestehende stationäre Versorgungsstruktur, die den Grossteil des heutigen Weiterbildungsmarktes darstellt, ist gekennzeichnet durch eine hohe Zahl von insgesamt 318 Spitälern. Darunter befinden sich viele mittlere bis kleine Spitäler, die in der Regel ebenfalls ein breites, stark spezialisiertes Leistungsspektrum anbieten. Die stationäre Versorgungsstruktur bestimmt massgeblich das Zahlenverhältnis zwischen Grundversorgern und Spezialisten. Aufgrund des breiten, spezialisierten Leistungsangebotes aller Spitäler steht auch ein entsprechendes Stellenangebot für die Weiterbildung bereit (d.h. mehr Spezialisten). Ohne Veränderungen der bestehenden stationären Versorgungsstruktur oder der Organisation der Weiterbildung werden die heute bestehenden Zahlenverhältnisse zwischen den verschiedenen Fachgebieten auch weiterhin reproduziert werden. Diese dichte Angebotsstruktur hat neben dem Vorteil der räumlichen Nähe zur Bevölkerung auch unerwünschte Auswirkungen.

Die Versorgungsstruktur verlangt von Assistenzärztinnen und Assistenzärzten eine hohe Mobilität, wenn sie nicht das Glück haben, ihre Weiterbildung an einem Universitäts- oder Zentrumsspital absolvieren zu können. In kleineren Spitälern können die gemäss Weiterbildungsprogramm verlangten Eingriffe oder Behandlungen oftmals nicht erreicht werden, zudem werden Weiterbildungsperioden nur in begrenztem Zeitumfang angerechnet. Die Planung der Weiterbildungsetappen ist kompliziert, sie führt bei Nicht-Verfügbarkeit des gemäss Weiterbildungsprogramm erforderlichen Weiterbildungsplatzes zu "Warteschlangen", welche die Weiterbildung unnötig verlängern. Gleichzeitig fällt die Weiterbildung in die Phase der Familiengründung. Entsprechend ist das Bedürfnis nach Teilzeitweiterbildungen hoch und die Bereitschaft und Möglichkeit zur Mobilität verständlicherweise geringer (z.B. infolge fehlender Familien ergänzender Betreuungsstrukturen, geringerem Spielraum zu flexibler und reduzierter Arbeitszeit in kleinen Spitälern, untragbarer Mobilitätsfolgen für den Partner usw.). So erstaunt es wenig, dass gerade Frauen als eines der wichtigsten Kriterien bei der Wahl des Fachgebietes die Weiterbildungsdauer und die Vereinbarkeit der späteren Berufstätigkeit mit der Familie angeben.⁴⁸

Es gibt darüber hinaus Hinweise darauf, dass die bestehende, kleinräumige stationäre Versorgungsstruktur aufgrund zu tiefer Fallzahlen in bestimmten Bereichen auch zu Qualitätseinbussen in der Weiterbildung und der Behandlung der Patientinnen und Patienten führt. Gemäss dem Präsidenten der Krebsliga, Prof. Dr. Thomas Cerny, braucht es in der Akutmedizin mindestens 200, besser 500 und mehr Betten, um eine gute Versorgung sicherzustellen. Darunter sinke die Qualität, es gebe mehr Komplikationen und mehr Rückfälle.⁴⁹

7.2 Zusammenfassung

Die rund 16.5 Prozent der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte ohne Weiterbildungstitel, von denen man annimmt, dass sie dem Gesundheitssystem nicht mehr zur Verfügung stehen, erhöhen den errechneten Ausbildungsbedarf um 20 Prozent von 864 auf 1'030 Diplome pro Jahr. Weiter führen das Einlegen von Berufspausen sowie die Zunahme der Teilzeitarbeit im stationären Bereich unmittelbar zu einem steigenden Bedarf an Assistenzärztinnen und -ärzten. Dieser Mehrbedarf ist hier noch nicht quantifiziert. Auch die - zumindest vorübergehende - Auswanderung von bis zu einem Drittel der in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte erhöht den Bedarf im stationären Bereich. Bei aller Besorgnis über diese Entwicklung muss betont werden, dass die bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie, die Begrenzung der Höchstarbeitszeit sowie der internationale Austausch an sich begrüssenswerte Entwicklungen sind.

Mit der Einwanderung von ausländischen Assistenzärztinnen und -ärzten kann der fehlende in der Schweiz ausgebildete Nachwuchs heute (noch) kompensiert werden. Es könnte aber sein, dass die Einwanderung gleichzeitig zu einer Benachteiligung von Schweizer Ärztinnen und Ärzten mit Wunsch nach einer Teilzeitweiterbildung führt. Insgesamt trägt die Einwanderung aber wesentlich zur Aufrechterhaltung der heutigen Versorgungsstrukturen bei.

⁴⁸ Buddeberg-Fischer, B. et al. (2010): The impact of gender and parenthood in physicians' careers - professional and personal situation seven years after graduation. BMC Health Services Research 2010, 10:40.

⁴⁹ Siehe dazu Aussagen von Prof. T. Cerny "Föderalismus tötet Patienten" aus Sonntag online: www.sonntagonline.com/index.php?show=news&type=menschen&id=382

In Bezug auf die Wahl der Fachgebiete zeigt sich folgendes Bild: Der Anteil der an ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger verliehenen eidgenössischen Weiterbildungstiteln bewegt sich seit 2006 zwischen 40 - 48 Prozent und ist stabil. 2009 erwarben Frauen 51 Prozent der Grundversorgertitel. Insgesamt erwarben Frauen 46 Prozent aller Weiterbildungstitel. Die Vertretung der Frauen ist damit überdurchschnittlich, was den Bedarf an ärztlichen Grundversorgern in Zukunft weiter erhöhen wird. Die häufig geäußerte Meinung, wonach das Interesse an der ärztlichen Grundversorgung abnehme, wird - zumindest aufgrund des Anteils der verliehenen Facharztstitel - nicht bestätigt. Es sind vor allem die in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte, die mit ihrer Fachgebietenwahl zu dieser Stabilität beitragen. Mit dem im Jahr 2009 neu geschaffenen Weiterbildungsprogramm „Allgemeine Innere Medizin“ verfügen die zukünftigen ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger über ein attraktives Weiterbildungsprogramm, das eine besser an die spätere Berufstätigkeit angepasste Weiterbildung ermöglicht. Langfristig ungelöst ist die Finanzierung der Assistenzärztinnen und -ärzte, die eine „hausarztpraxisnahe“ Weiterbildung in Form der "Praxisassistenz" absolvieren. Lösungen zur Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung werden im Rahmen der neuen Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" erarbeitet. Mit der Revision des MedBG sollen zudem die Weiterbildungsziele so ergänzt, dass die medizinische Grundversorgung in allen Weiterbildungsgängen zum Bezugspunkt gemacht werden muss (vgl. revidierte Version Art. 17 MedBG).

Die Mengensteuerung in der Weiterbildung ist primär ein Ergebnis der vorhandenen stationären Versorgungsstrukturen und der Möglichkeit zur freien Wahl zwischen 43 eidgenössisch geregelten sowie zwei weiteren privatrechtlichen Weiterbildungen. Nur gerade vier davon sind auf die ärztliche Grundversorgung ausgerichtet. Medizinische Forschung und Innovation tragen zur weiteren Differenzierung bei und stärken zwar die internationale Wettbewerbsfähigkeit, aber die weitere Ausdifferenzierung geht tendenziell zu Lasten der ärztlichen Grundversorgung. Eine Spezialisierung im Sinne integrativer fachübergreifender Weiterbildungsprogramme findet bisher kaum statt. Die Spitäler widerspiegeln die Ausdifferenzierung in Form entsprechender Weiterbildungs- und Behandlungsangebote. Da auch kleine Spitäler oft ein breites Behandlungsspektrum anbieten, erstaunt es nicht, dass 70 Prozent der Weiterbildungsstellen für zukünftige Spezialistinnen und Spezialisten, dagegen nur 30 Prozent für ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger vorgesehen sind. Da die Weiterbildung der ärztlichen Grundversorger aber aus verschiedenen Fachgebieten besteht, kann daraus nicht einfach gefolgert werden, dass zu wenig Assistenzarztstellen für zukünftige ärztliche Grundversorgende verfügbar sind. Plausibel ist dagegen, dass im hoch spezialisierten Spitalbereich der Weiterbildung zum Spezialarzt mehr Interesse entgegengebracht wird. Ob sich die Schaffung des neuen Curriculums in Allgemeiner Innerer Medizin positiv auf Verfügbarkeit und Attraktivität der Weiterbildung in der ärztlichen Grundversorgung auswirken wird, muss - gerade angesichts der noch offenen Finanzierungsfrage betreffend Praxisassistenz - zur Zeit offen bleiben.

Die hohe Zahl der Spitäler erschwert die Organisation und Planung der Weiterbildung: Assistenzärztinnen und -ärzte müssen in der Weiterbildung, die zumeist auch in die Phase der Familiengründung fällt, eine grosse Bereitschaft zur Mobilität mitbringen. Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass kleine Spitäler in bestimmten Bereichen aufgrund zu geringer Fallzahlen die erforderliche Behandlungs- und damit auch die entsprechende Weiterbildungsqualität nicht erreichen.

8 Berufsausübung

In diesem Kapitel wird die quantitative Entwicklung der in der Schweiz ausgebildeten Ärztepopulation in der Phase der Berufsausübung beschrieben, der Mehrbedarf infolge zunehmender Teilzeitarbeit geschätzt und der Ausbildungsbedarf für eine Stabilisierung des ärztlichen Arbeitsvolumens abschliessend berechnet. Anschliessend folgt ein Blick auf die Versorgungsstruktur. Der stationäre Bereich, der bereits im Zusammenhang mit der hohen Personalintensität und dem Weiterbildungsmarkt thematisiert wurde, wird dabei nur kurz gestreift. Angesichts des wachsenden Personalbedarfs, betrachten wir v. a. die quantitative und qualitative Entwicklung der ambulanten Versorgungsstruktur. Dabei wird der Fokus auf neue Versorgungsmodelle gelegt, auch hinsichtlich Einbezugs anderer Gesundheitsberufe (Skill Mix). Zudem werden Neuregelungen im Bereich der Notfalldienste sowie des elektronischen Patientendossiers im Rahmen der eHealth-Strategie thematisiert.

8.1 Abschliessende Berechnung des Ausbildungsbedarf

Wie viele Ärztinnen und Ärzte nach abgeschlossener Weiterbildung tatsächlich in der Gesundheitsversorgung beschäftigt sind, lässt sich leider nicht genau belegen. Die im stationären Sektor beschäftigten Ärztinnen und Ärzte werden zwar mit der Spitalstatistik erhoben, doch kann aufgrund der Anonymität der Erhebung die Entwicklung der einzelnen Ausbildungskohorten nicht weiter verfolgt werden. Es können somit keine Aussagen darüber gemacht werden, wie viele der Ärztinnen und Ärzte nach Abschluss der Weiterbildung die Gesundheitsversorgung vorübergehend oder definitiv verlassen, um beispielsweise in einem andern Sektor tätig zu werden.

Als Basis zur abschliessenden Berechnung des Ausbildungsbedarfs dienen einerseits Informationen über die bereits erwähnten Verluste (keine Weiterbildung) und den Beschäftigungsgrad in der Phase der Weiterbildung. Zur besseren Schätzung des Beschäftigungsgrades in der Phase der Berufsausübung werden zusätzlich Angaben über das AHV-pflichtige Einkommen selbstständig Erwerbender beigezogen.

Von 100 Prozent ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten haben 83.5 Prozent ihr Berufsziel weiter verfolgt, indem sie eine Weiterbildung abgeschlossen haben. Dabei wird angenommen, dass die restlichen 16.5 Prozent der ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte dem Versorgungssystem nicht zur Verfügung stehen und kompensiert werden müssen.⁵⁰ Dasselbe gilt für den in der Regel geringeren Beschäftigungsgrad von Frauen, der ebenfalls ausgeglichen werden muss. Aufgrund der Angaben zum Beschäftigungsgrad in der Phase der Weiterbildung sowie auf der Basis der AHV-pflichtigen Einkommen der selbstständig tätigen Ärztinnen, deren Einkommen durchschnittlich 40 - 45 Prozent tiefer liegen als das Einkommen der Männer, lässt sich folgende Hypothese formulieren: Drei Frauen erbringen das gleiche Arbeitsvolumen wie zwei Männer. Die allgemeine Tendenz zu früheren Pensionierungen und Reduktion der Arbeitszeit auch der Männer wurde insofern berücksichtigt, als die Dauer der Berufstätigkeit strikt auf das 65. Altersjahr beschränkt wurde, obwohl 7 Prozent der heute tätigen Ärztinnen und Ärzte über 65 Jahre alt sind.

Heute gehen 61 Prozent der Diplome an Frauen. Bleibt dieser Prozentsatz konstant, wird sich der Anteil der berufstätigen Frauen von heute 35 Prozent in den nächsten 20 Jahren auf 50 – 60 Prozent erhöhen. Bei einem Frauenanteil von 60 Prozent nimmt aber das Arbeitsvolumen der verfügbaren Ärztinnen und Ärzte gegenüber heute um rund 10 Prozent ab. Deshalb müssen in 20 Jahren 10 Prozent mehr respektive 35'200 Ärztinnen und Ärzte verfügbar sein. Der Zuwachs muss sukzessive erfolgen, d.h. es müssen von Jahr zu Jahr schrittweise mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden.

Die Schweiz muss zur Stabilisierung des heute verfügbaren ärztlichen Arbeitsvolumens mit im Inland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten somit in den nächsten 20 Jahren rund 1200 -1300 Diplomabschlüsse pro Jahr erreichen.

8.2 Stationäre Versorgung

Heute arbeiten über die Hälfte der berufstätigen Ärztinnen und Ärzte im stationären Bereich. Gemäss Krankenhausstatistik⁵¹ gab es 2008 in der Schweiz 318 Spitäler (129 Akutspitäler und 189 Spezialkliniken) mit insgesamt 39'900 Betten. 75 Prozent der Spitäler in der Schweiz wiesen im Jahr 2008 weniger als 150 Betten auf. Im OECD-Vergleich verfügt die Schweiz damit über eine hohe Anzahl Spitäler bei gleichzeitig moderater Bettenzahl.

Wie in den meisten anderen OECD-Ländern sind auch in der Schweiz die Bettendichte sowie die durchschnittliche Verweildauer der Patientinnen und Patienten in den vergangenen Jahren zurückgegangen. Die Zahl der in den Spitälern angestellten Ärztinnen und Ärzte ist aufgrund zunehmender Teilzeitarbeit und Einführung der wöchentlichen Höchstarbeitszeit trotzdem gestiegen. Mit der neuen ab 2012 geltenden Spitalfinanzierung sind Erwartungen an eine Bereinigung der Spitallandschaft verbunden.

⁵⁰ Vgl. Bundesärztekammer 2009: von insgesamt 430'000 Ärzten arbeiten knapp 298'000 oder knapp 70 % entweder in der ambulanten oder stationären Versorgung. Siehe unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.8175.8176>

⁵¹ Gemäss Krankenhausstatistik gelten Spitalnetzwerke mit nur einer juristischen Adresse als ein Spital, auch wenn verschiedene Standorte zum Netz gehören. Beispiel: Spital Netz Bern AG mit den Standorten Belp, Riggisberg, Aarberg, Münsingen, Ziegler und Tiefenau = 1 Spital.

Wie sich die strukturellen Veränderungen im Vorfeld und nach der Einführung der neuen Spitalfinanzierung auf den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten im stationären Bereich auswirken, kann zurzeit nicht abgeschätzt werden: eine Effizienzsteigerung wird aber erwartet, und zwar vor allem aufgrund der vermuteten weiteren Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer im Spital. Dadurch wird sich jedoch eine Verschiebung der stationären Leistungen in die ambulante medizinische Grundversorgung ergeben, die von verschiedenen Gesundheitsfachkräften (z.B. Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegenden, Ergo- und Physiotherapie, Ernährungsberatung usw.) kompensiert werden müssen.

8.3 Ambulante Versorgung

Nachfolgend werden ein paar Kennzahlen zur Entwicklung des ambulanten Sektors und zur ambulanten Versorgungsstruktur aufgeführt. Aus diesen Kennzahlen kann der Entwicklungstrend im Bereich der ambulanten ärztlichen Grund- und Spezialversorgung abgeleitet werden.

8.3.1 Entwicklung der Zahl kantonaler Berufsausübungsbewilligungen

Seit Ende 2010 können anhand der Eintragungen im Medizinalberuferegister die von allen Kantonen erteilten Bewilligungen für die selbstständige Berufstätigkeit der Ärztinnen und Ärzte gemäss Artikel 36 MedBG ausgewertet werden. Zusätzlich tragen die Kantone gemäss Artikel 7 Absatz 2 der Registerverordnung⁵² auf freiwilliger Basis auch alle Bewilligungen nach kantonalem Recht⁵³ ein, sofern diese an Ärztinnen und Ärzte gehen, die in eigener fachlicher Verantwortung, aber als Unselbstständige im Sinne des MedBG, tätig sind. Dabei kann es sich beispielsweise um Ärztinnen und Ärzte handeln, die ihre Praxis als Aktiengemeinschaft organisiert haben. Sie gelten im Sinne des MedBG als unselbstständig und sind deshalb bezüglich der Berufsausübung kantonalem Recht unterstellt.⁵⁴ Beide „Bewilligungsformen“ werden in der Regel benötigt, um im ambulanten Bereich tätig zu werden. Vorausgesetzt wird dafür ein eidgenössischer oder anerkannter Weiterbildungstitel. In der Auswertung wurden nur Bewilligungen berücksichtigt, die an Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung gingen. Ärztinnen und Ärzte mit Bewilligungen mehrerer Kantone wurden nur einmal gezählt.

Für die Interpretation der Auswertung ist folgendes zu berücksichtigen:

Es ist möglich, dass ein Teil der Inhaberinnen und Inhaber kantonaler Berufsausübungsbewilligungen weiterhin (teilweise oder ganz) im stationären oder auch in einem andern als dem Gesundheitssektor beschäftigt ist bzw. bleibt. Es ist auch möglich, dass einzelne Bewilligungen sozusagen „auf Vorrat“ beantragt wurden. Es kann zudem sein, dass einzelne Ärztinnen und Ärzte von ihrer Bewilligung nie Gebrauch machen werden.

Kurz: Aus diesen Zahlen kann die Entwicklung des ambulanten Sektors nicht abschliessend beurteilt werden (z.B. exakte quantitative Entwicklung, regionale Verteilung etc.). Dazu müssten weitere Auswertungen gemacht oder zusätzliche Daten beigezogen werden, die (noch) nicht verfügbar sind oder aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht miteinander verknüpft werden dürfen.

Trotz dieser Einschränkungen sind die Zahlen aussagekräftig und erlauben sicherlich die Beurteilung des Entwicklungstrends.

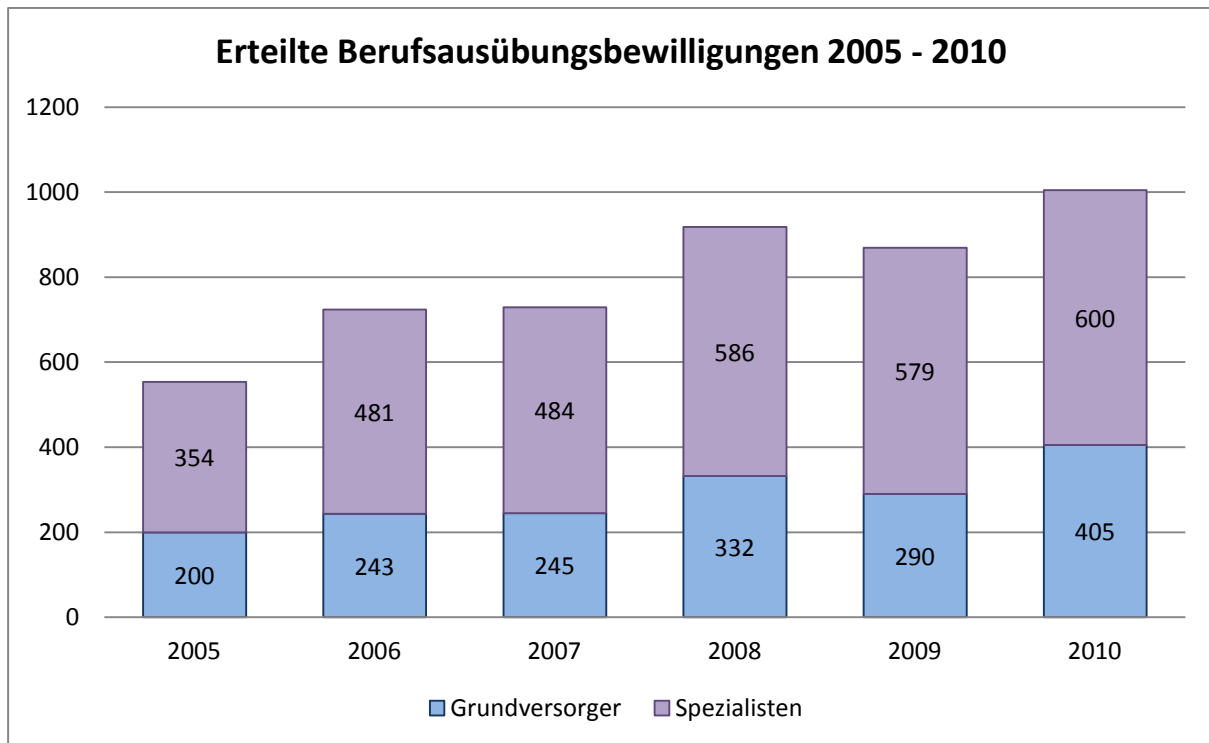
Die untenstehende Abbildung 14 zeigt die erwähnte Auswertung für Jahre 2005 – 2010:

⁵² SR 811.117.3

⁵³ Weiter kann es sich z.B. auch um im Spital angestellte Chefärztinnen und –ärzte handeln, die eine Berufsausübungsbewilligung nach kantonalem Recht benötigen. Die diesbezüglichen kantonalen Regelungen sind nicht homogen.

⁵⁴ Mit der Revision des MedBG wird der Begriff „selbstständig“ durch „privatwirtschaftlich und in eigener fachlicher Verantwortung“ ersetzt werden.

Abbildung 14: Anzahl der erteilten Berufsausübungsbewilligungen (BAB 2005 – 2010)



Quelle: Medizinalberuferegister BAG

Seit 2005 steigt die Zahl der von den kantonalen Aufsichtsbehörden erteilten Bewilligungen von Jahr zu Jahr, und zwar sowohl bei den ärztlichen Grundversorgern als auch bei den Spezialisten. Ob diese Entwicklung bedarfsgerecht ist, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden.

Aus der (hohen) Gesamtzahl der pro Jahr erteilten Bewilligungen wird deutlich, dass es sich dabei nicht ausschliesslich um in der Schweiz ausgebildete Ärztinnen und Ärzte handeln kann. Eine Auswertung der pro 2010 erteilten Bewilligungen zeigt denn auch, dass 44 Prozent aller Bewilligungen an Ärztinnen und Ärzte mit einem anerkannten ausländischen Diplom gingen. Bei den ärztlichen Grundversorgern waren es 40 Prozent. Damit scheint sich der hohe Anteil im Ausland ausgebildeter Ärztinnen und Ärzte vom Spital nun allmählich in den Bereich der Ärztinnen und Ärzte mit Praxistätigkeit zu verschieben.

Auffallend ist die Zahl der im Jahr 2010 neu erteilten Bewilligungen an ärztliche Grundversorgerinnen und –versorger: Sie beträgt 405 und ist gegenüber dem Vorjahr um 39 Prozent gewachsen. Es könnte sein, dass dieser Anstieg zumindest teilweise auf die per 1.1.2010 eingeführte Aufhebung des Zulassungsstopps für die Grundversorger gemäss Artikel 55a KVG zurückzuführen ist.⁵⁵

Die quantitative Entwicklung der Ärztinnen und Ärzte – gemessen an der Zahl der zwischen 2005 – 2010 erworbenen eidgenössischen und anerkannten Weiterbildungstitel - liesse eine Stabilisierung auf diesem hohen Niveau in den kommenden Jahren grundsätzlich zu (vgl. dazu Kap. 5.1.3). Wie sich die Einwanderung mittelfristig entwickeln wird, kann - wie bereits mehrfach erwähnt - nicht beurteilt werden.

Was aus diesen Zahlen erneut deutlich hervorgeht, ist die zu geringe Ausbildung an Ärztinnen und Ärzten in der Schweiz. Diese Aussage gilt aber nicht nur für die ärztlichen Grundversorgerinnen und –versorger, sondern auch für die Spezialistinnen und Spezialisten.

⁵⁵ Zwar ist die Erteilung einer Bewilligung zur selbstständigen Berufsausübung gemäss Artikel 36 MedBG ausschliesslich an die Erfüllung fachlicher und persönlicher Voraussetzungen geknüpft. Die Aufnahme einer Praxistätigkeit bzw. das Erwirtschaften eines Einkommens ist aber nur dann möglich, wenn die betreffende Ärztin / der betreffende Arzt ihre / seine Leistungen auch zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (OKP) abrechnen kann. Dazu bedarf es – aktuell nur geltend für Spezialistinnen und Spezialisten – einer zusätzlichen Bewilligung des Kantons, wonach die Leistungen zu Lasten der OKP abgerechnet werden dürfen. Die ärztlichen Grundversorgerinnen und –versorger haben womöglich die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung verstärkt genutzt, um bei der Santésuisse eine entsprechende Nummer (Zahlstellenregisternummer) zur Abrechnung gemäss OKP einzulösen.

8.3.2 Ambulante Versorgungsstruktur

Im Jahr 2009 gaben 63,3 Prozent dieser Ärztinnen und Ärzte an, in Einzelpraxen tätig zu sein.⁵⁶ Die Tätigkeit in der Einzelpraxis ist vor allem für die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger geprägt von Alleinverantwortung und langen Arbeitszeiten. Dazu kommt die ressourcenintensive Organisation von Hausbesuchen, Nacht-, Feiertags- und Notfalldiensten. Teilzeitarbeit oder geregelte Arbeitszeiten sind in Einzelpraxen kaum realisierbar.⁵⁷

Nachfolgeprobleme, ein gleichzeitig wachsender und sich verändernder Bedarf sowie die Berufsvorstellungen der jungen Ärztinnen und Ärzte selbst verlangen nach einer Anpassung der medizinischen Versorgungsstruktur. Da mit der Überalterung der Gesellschaft die Anzahl der chronisch kranken Menschen steigt, braucht es auch eine stärkere Vernetzung der Gesundheitsfachleute.

8.4 Integrierte Versorgung

Ärztennetze sind keine neue Erfindung. Bereits vor 20 Jahren haben Ärztinnen und Ärzte begonnen, sich in Netzwerken zusammenzuschliessen. Gemäss den neusten Zahlen des Forum Managed Care⁵⁸ werden mittlerweile in 86 Netzwerken rund 900'000 Versicherte betreut. Diesen Ärztenetzen haben sich rund 50 Prozent aller ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger und über 400 Spezialärztinnen und -ärzte angeschlossen. Geografisch sind diese hauptsächlich über die Nordostschweiz verteilt. Im Kanton Tessin gibt es bislang keine Ärztenetze und auch in der französischsprachigen Schweiz sind sie nur im Kanton Genf verbreitet. Die Kantone AG, BE und GE weisen einen überdurchschnittlichen Anteil an Ärztenetzen auf.

73 Netze (84 Prozent) haben in ihren Verträgen eine Budgetmitverantwortung vereinbart, d.h. die Mitverantwortung, für eine bestimmte Gruppe von Patientinnen und Patienten ein vereinbartes Kostenziel einzuhalten. Beinahe alle Netze (96 Prozent) arbeiten mit Qualitätszirkeln. Ärztinnen und Ärzte in Netzwerken kooperieren nicht nur unter sich, sondern – häufig vertraglich vereinbart – mit Spezialisten, Spitälern usw. oder wählen ihre bevorzugten Kooperationspartner (vertikale Vernetzung) aufgrund von Erfahrungen in Qualitätszirkeln oder von Qualitätsdaten.

Gemäss Dachverband der Schweizer Ärztenetze⁵⁹ sind heute rund ein Drittel aller Krankenversicherten in einem alternativen Versicherungsmodell. Der Verband kritisiert jedoch, dass nicht alle dieser angebotenen Modelle tatsächlich dem Grundgedanken der integrierten Versorgung „bessere Koordination führt zu besserer Qualität und wirkt sich auch positiv auf die Kosten aus“ verpflichtet sind.

Unter integrierter Versorgung "wird die medizinische Versorgung und Betreuung der Versicherten über die ganze Behandlungskette" verstanden. Nebst einer hohen Versorgungsqualität sollen integrierte Versorgungsmodelle auch einen effizienten Mitteleinsatz erreichen. Dazu müssen die Gesundheitsleistungen besser koordiniert werden. All diesen Modellen gemeinsam ist das Prinzip des Gatekeeping: Die versicherte Person verpflichtet sich, bei gesundheitlichen Beschwerden immer den gleichen «Eingang» ins Gesundheitswesen zu nehmen. Dies kann der Hausarzt oder die Hausärztin sein, ein Gesundheitszentrum (HMO) oder ein medizinisches Callcenter, das telefonisch kontaktiert wird oder in bestimmten Fällen auch ein Spezialist, eine Spezialistin. In der Schweiz sind als integrierte Organisationsformen vor allem HMO und Hausarztmodelle verbreitet.

Am 16.6.2010 stimmte der Nationalrat der KVG-Revision im Bereich Managed Care zu. Am 15.12.2010 stimmte auch der Ständerat einer modifizierten Vorlage Managed Care zu.⁶⁰ Die Vorlage wird voraussichtlich in der Herbstsession 2011 zu Ende beraten. Auch der Berufsverband „Hausärzte

⁵⁶ Kraft, E. (2010): 30166 Ärztinnen und Ärzte versorgen die Schweizer Bevölkerung. Schweizerische Ärztezeitung 2010; 91:11.

⁵⁷ Zum Beschäftigungsgrad der Ärztinnen und Ärzte konnte die FMH die Antworten von insgesamt 3'829 Ärztinnen und Ärzten für das Jahr 2010 auswerten: Danach arbeiteten Frauen im ambulanten Sektor an durchschnittlich 6,8, Männer an durchschnittlich 9,1 Halbtagen.

⁵⁸ Das Forum Managed Care ist ein offener Verein für die Diskussion und Verbreitung innovativer Systeme im Schweizer Gesundheitswesen. Es vereint alle Institutionen und Akteure im Gesundheitswesen, die sich mit der Steuerung der Gesundheitsversorgung in qualitativer und ökonomischer Sicht befassen. Siehe dazu:

http://www.fmc.ch/fileadmin/Dateiliste/Dokumente/Infothek/AErztenetze_Schweiz/Fakten_Integrierte_Versorgung_Schweiz.pdf

⁵⁹ Medswiss.net umfasst nach eigenen Angaben 47 Hausarztvereine und Ärztenetze mit rund 2000 Ärztinnen und Ärzten, die etwa 500'000 Versicherte betreuen. www.medswiss.net

⁶⁰ Die Hauptdivergenzpunkte zum Nationalrat sind die Angebotspflicht der Krankenkasse und Höhe des Selbstbehalts.

Schweiz⁶¹ unterstützt die neue Gesetzesvorlage, obwohl sie nicht in allen Belangen seinen Vorstellungen entspricht. Die integrierte Versorgung wird als zeitgerechte, gesundheitspolitische Antwort auf die gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen sowie auf neue Lebensformen der zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzte gesehen. Sie solle dem Wohl der Patientinnen und Patienten und der Stärkung der hohen Qualität der medizinischen Grundversorgung in der Schweiz dienen. Die Gesetzesänderung sei „ein geeignetes Mittel, die Hausarztmedizin zu fördern, indem sie den Hausärztinnen und Hausärzten eine Schlüsselrolle bei der Steuerung der ambulanten Gesundheitsversorgung zuweist“. Die Hausärztinnen und -ärzte lehnen aber ab, dass der Bund Anforderungen an die notwendige Qualität der integrierten Versorgungsnetze und den Umfang der Budgetmitverantwortung festlegt. Zudem müsse die Teilnahme an integrierten Versorgungsmodellen für alle Hausärztinnen und -ärzte freiwillig bleiben und dürfe nicht etwa mit der Aufhebung des Kontrahierungszwanges verknüpft werden. Am Kongress des Kollegiums für Hausarztmedizin im Mai 2010 wurde darüber diskutiert, dass es in der Bevölkerung mehr oder weniger starke Vorbehalte gegen Managed Care gebe.⁶² Gleichzeitig wurde darauf hingewiesen, dass auch Ärztinnen und Ärzte sich teilweise gegen die Vorlage stellen, weil sie u. a. befürchten, dass ein Teil von ihnen durch Pflegepersonen substituiert werden soll.⁶³ Diese Befürchtung ist aber gerade angesichts des Mangels an Pflegepersonal sowie aufgrund des wachsenden Bedarfs an ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern kaum begründet.⁶⁴

Nicht nur Politik, Ärzteschaft und Versicherer billigen der integrierten Versorgung Vorteile zu. Je länger je mehr wächst auch die Zustimmung in der Öffentlichkeit, dass kostenbewusste Medizin nicht automatisch mit Rationierung und geringerer Qualität einhergeht.

8.4.1 Neue Versorgungsmodelle

Managed Care bzw. die integrierte Versorgung fördert den (notwendigen) Strukturwandel, weil die mit dieser Versorgungsform einhergehenden Zielsetzungen und Rahmenbedingungen (z.B. Gatekeeping, Koordination, Budgetmitverantwortung, Qualitätssicherung) im Rahmen grösserer Versorgungseinheiten besser erreicht werden können. Gleichzeitig finden junge Ärztinnen und Ärzte in grösseren Versorgungseinheiten diejenigen Rahmenbedingungen vor, die dazu beitragen können, dass sich wieder mehr ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger für die ambulante Tätigkeit entscheiden. Dazu gehören namentlich Kostenersparnisse durch die gemeinsame Infrastruktur, ein höheres und weniger starkem Schwankungen unterworfenen Einkommen, Entlastung von administrativen Arbeiten, Befreiung aus der Isolation und Teamarbeit, geregelte Arbeitszeiten und Teilzeitarbeit, bessere Fortbildungsmöglichkeiten, Abbau von Stressfaktoren und Erhöhung der Lebensqualität. Als nachteilig erweist sich der höhere Zeitaufwand für die Koordination oder das grössere Konfliktpotential in Fragen der gerechten Kostenverteilung oder (unerwünschter) Spezialisierungen.⁶⁵

Zur Förderung neuer Versorgungsmodelle haben das BAG und die GDK die bereits im Jahr 2005 von Bund und Kantonen eingesetzte Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ im April 2010 mit einem neuen Mandat zur Strukturierung der weiteren Arbeiten betraut.⁶⁶ Unter Einbezug von Ärztinnen/Ärzten und Pflegenden (Spitex) wurde inzwischen eine neue Arbeitsgruppe konstituiert, die das Thema „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ bearbeitet. Unter Berücksichtigung des Skill Mix soll diese Arbeitsgruppe neue Modelle entwickeln, insbesondere für ländliche Gebiete. Die Arbeitsgruppe wird dabei auch Möglichkeiten und Bedeutung der Prävention im Rahmen der Behandlung chronischer Krankheiten berücksichtigen (Chronic Care Models): Zahlreiche Studien zeigen, dass präventive Massnahmen und regelmässige Kontrolluntersuchungen die

⁶¹ Der Berufsverband umfasst Allgemeinmediziner SGAM, Internisten SGIM und Pädiater SGP. Die ausführliche Stellungnahme von Hausärzten Schweiz findet sich unter

http://www.hausaerzteschweiz.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/integrierte_Versorgung_6_5.pdf

⁶² Die Haltung der Bevölkerung zu Managed Care wurde im „Gfs-Gesundheitsmonitor 2010“ erfragt.

<http://www.gfsbern.ch/News/tabid/177/itemid/15/amid/1151/gesundheitsmonitor-2010.aspx>

⁶³ Für weitere Ausführungen zur Diskussion am KHM-Kongress 2010 siehe Kissling, Bruno. Neuer Gesundheitsminister, neuer BAG-Direktor, neuer Berufsverband – wird jetzt alles besser? In: Primary Care, 2010; 10: Nr. 12, S. 230f.

⁶⁴ Vgl. dazu EVD-Bericht „Pflegeberufe“ unter <http://www.bbt.admin.ch/themen/berufsbildung/01247/01248/index.html?lang=de>

⁶⁵ Mojon-Azzi, S.M. (2001): Gruppenpraxen - ihre Vor- und Nachteile. Schweizerische Ärztezeitung 2001; 82: Nr. 22.

⁶⁶ BAG/GDK, Massnahmen zur Unterstützung und Förderung der medizinischen Grundversorgung, Mandat zur Strukturierung der weiteren Arbeiten, Phase IV, 9.2.2010.

Behandlungskosten verringern und gleichzeitig das Behandlungsergebnis verbessern. Zusätzlich zu diesen Arbeiten hat die GDK einen Gedankenaustausch zum Thema "Ärztliche Grundversorgung in Randgebieten" initiiert. Dabei werden Möglichkeiten zur Attraktivitätssteigerung, die Gestaltung finanzieller Anreize sowie Unterstützungsangebote junger Ärztinnen und Ärzte bei der Niederlassung in Randgebieten diskutiert und evaluiert.

8.4.2 Skill Mix (Einbezug verschiedener Gesundheitsberufe)

Ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger spielen im Rahmen integrierter Versorgungsmodelle eine zentrale Rolle, sie sind der Dreh- und Angelpunkt der medizinischen Grundversorgung. Bei Patientinnen und Patienten mit komplexeren Krankheitsbildern ist es aber sinnvoll, dass auch Spezialistinnen und Spezialisten die Rolle des ersten Ansprechpartners und Koordinators übernehmen. Gleichzeitig müssen nicht alle bisher von Ärztinnen und Ärzten erbrachten Leistungen auch in Zukunft ausschliesslich von ihnen geleistet werden. Der Einbezug weiterer Gesundheitsfachleute in die ambulante medizinische Grundversorgung ist in unterschiedlicher Form und Intensität bereits eine Realität. Nicht unerwähnt bleiben dürfen in diesem Zusammenhang die Apothekerinnen und Apotheker, die bereits heute für viele Patientinnen und Patienten die Funktion der ersten Anlaufstelle wahrnehmen. Welche Funktionen und Rollen die einzelnen Berufsgruppen in Zukunft übernehmen können, muss aber in Zusammenarbeit mit den betreffenden Berufsgruppen geklärt werden. Nur so kann die Vertrauensbasis geschaffen werden, die für eine Veränderung des Skill Mix notwendig ist.

Der Einbezug weiterer Gesundheitsberufe wird oft mit dem Argument eines noch grösseren Mangels an Fachkräften - insbesondere die Pflege betreffend - abgelehnt. Die grosse europäische NEXT (nurses' early exit) -Studie zeigt, dass viele Pflegenden vorzeitig aus ihrem Beruf aussteigen. Mit zunehmendem Alter und Erfahrung wollen sie selbständiger arbeiten. Aus dieser Perspektive erscheint das Prüfen aller verfügbaren Möglichkeiten zur nachhaltigeren Nutzung der personellen Ressourcen sinnvoll. Wenn vermehrt spezifisch ausgebildete Pflegenden in der ambulanten medizinischen Gesundheitsversorgung eingesetzt würden, könnte dadurch die Berufsverweildauer insgesamt erhöht werden. Dafür sind aber auch entsprechende Weiterbildungsmöglichkeiten nötig, die auf die ärztlichen Curricula abgestimmt werden müssen.

In England, den USA und in Australien können seit längerem spezialisierte oder ärztlich delegierte Leistungen von Fachpflegerinnen und -pflegern durchgeführt werden. So genannte Nurse Practitioners fällen selbstständig und in eigener Verantwortung diagnostische und therapeutische Entscheidungen. Die klassischen Einsatzgebiete sind: Triage/ Erstkonsultation, Krankheitsprävention und die Betreuung chronisch Kranker. Erfahrungen in diesen Ländern zeigen, dass es kaum Unterschiede in den Behandlungsprozessen und den Resultaten zwischen den Berufsgruppen «Allgemeinarzt» und «Pflegefachperson» gibt. Konsultationen bei den Nurse Practitioners dauern meist etwas länger als bei Ärztinnen und Ärzten, dafür ist die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten etwas höher.

Aus Ländern, die bereits seit längerem Nurse Practitioners in der medizinischen Grundversorgung einsetzen, ist bekannt, dass die Zahl der als delegierbar erachteten Konsultationen zwischen 20 und 60 Prozent schwankt.⁶⁷

Von Seiten der Hausärztinnen und Hausärzte wird vielfach das ungenutzte Potenzial der medizinischen Praxisassistentinnen (MPA) erwähnt. Ihrer Meinung nach könnten diese den Hausarzt oder die Hausärztin vermehrt unterstützen, was als Ausweg aus der Grundversorger-Krise aufgezeigt wird. Der Schweizerische Verband der medizinischen Praxisassistentinnen (SVA) erarbeitet federführend zusammen mit der FMH und den Medizinischen Berufsschulen ein Konzept zur Reglementierung einer modular aufgebauten Berufsprüfung mit eidgenössischem Fachausweis für Medizinische Praxisassistentinnen. Die neue Ausbildung unter der vorläufigen Berufsbezeichnung "Medizinische Praxisleiterin" soll die MPA sowohl im medizinisch-fachlichen wie im administrativen Bereich befähigen, in grösseren Arztpraxen eine leitende Funktion im Team einzunehmen. FMH und SVA haben eine Prüfungsträgerschaft gegründet, um die nötigen Strukturen und reglementarischen Grundlagen gemeinsam zu erarbeiten (gemäss Projektbeschreibung sollten 2011 erste Prüfungen stattfinden).

⁶⁷ Wenn das Substitutionspotenzial genutzt werden soll, muss v. a. auf strukturelle und organisatorische Fragen fokussiert werden. Weitere Ausführungen zum Einbezug anderer Gesundheitsberufe z. B. Künzi K., Detzel P. Innovationen in der ambulanten Grundversorgung durch vermehrten Einbezug nichtärztlicher Berufsleute, Obsan-Bericht 2007.

Anfang 2010 hat der Bundesrat das Bundesamt für Berufsbildung und Technologie (BBT) und das BAG beauftragt, zusammen an einer einheitlichen Regelung der Anforderungen an die Ausbildung und die Berufsausübung der Gesundheitsberufe (Fachhochschulen) weiterzuarbeiten und dem Bundesrat 2011 einen vernehmlassungsfähigen Vorentwurf zu unterbreiten. Das neu zu erarbeitende Gesundheitsberufegesetz soll analog dem Medizinalberufegesetz Mindeststandards bezüglich Ausbildungszielen und Berufszulassung gesetzlich verankern und dazu beitragen, dass die Rollen und Funktionen der verschiedenen Gesundheitsfachleute in Zukunft besser aufeinander abgestimmt werden können.

8.4.3 Reorganisation der Notfalldienste

Zur Entlastung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger vom Notfalldienst wurden im Rahmen der gemeinsamen Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“ der GDK und des BAG zahlreiche Lösungsvorschläge erarbeitet.⁶⁸ Die Arbeitsgruppe hat u. a. eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen Dienstärztinnen/-ärzten und Spitälern bzw. anderen ärztlich geleiteten Zentren (Ambulatorien, Callcenter) empfohlen. Durch kompetente Triage können die Dienstärztinnen/-ärzte von Bagatellfällen entlastet werden. Weiter wurde angeregt, die Notfalldienststrayons zu optimieren. Insbesondere bei kleineren Notfalldienststrayons ist eine solche Optimierung durch Zusammenlegung oder Neuziehung der Grenzen anzustreben. In einem weiteren Bericht wurden die einzelnen Massnahmen bewertet.⁶⁹ Es zeigte sich, dass den lokalen Gegebenheiten angepasste und möglichst wirtschaftliche Lösungen gesucht und gefunden werden müssen. Dabei ist es wichtig, dass die Reformen von den Grundversorger/-innen getragen werden. Eine Zusammenarbeit mit anderen Anbietern wie Spitälern oder Telefonzentralen scheint zur Sicherstellung des ärztlichen Notfalldienstes langfristig unumgänglich.

Parallel zu diesen Arbeiten wurde in den letzten Jahren in vielen Kantonen der ärztliche Notfalldienst reorganisiert. Insbesondere die Zusammenarbeit zwischen den Hausärztinnen/-ärzten und den Spitälern wurde verstärkt, beispielsweise durch den Aufbau spitalassoziierter Notfallpraxen. Dabei handelt es sich um in das Spital integrierte oder vorgelagerte Notfallpraxen, in welchen Spital- und Hausärztinnen/-ärzte gemeinsam nicht spitalbedürftige Notfallpatientinnen und -patienten behandeln. Andernorts wird heute in der Nacht und am Wochenende der ärztliche Notfalldienst vom Spital übernommen. Darüber hinaus wurden ärztliche Notfallnummern vereinheitlicht, Notfalldienststrayons reorganisiert und Notfalldienstreglemente den heutigen Gegebenheiten angepasst. All diese Entwicklungen führten zu einer starken Entschärfung der Notfalldienstproblematik.

Um den Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen den Verantwortlichen zu fördern, bietet die GDK eine Infoplattform zum ärztlichen Notfalldienst an⁷⁰. Diese gibt auch einen guten Einblick in konkret durchgeführte Reorganisationsprojekte.

8.4.4 Einsatz von eHealth

Der Bundesrat hat am 27.6.2007 die eHealth-Strategie verabschiedet, deren Zielen sich die Kantone angeschlossen haben. Die Strategie soll im Rahmen der jeweiligen Zuständigkeiten umgesetzt werden.⁷¹ In sechs Teilprojekten (Standards und Architektur, Modellversuche und Private Public Partnership, Online-Dienste und Befähigung, Bildung, rechtliche Grundlagen, Finanzierung und Anreizsysteme) sollen die operativen und fachlichen Arbeiten geleistet werden. So hat die vom Eidgenössischen Departement des Innern (EDI) eingesetzte «Expertengruppe eHealth» einen Bericht erstellt, der darlegt, welche rechtlichen Regelungen für die Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“ notwendig sind. Ausgehend von den im Bericht enthaltenen Empfehlungen hat der Bundesrat nun das

⁶⁸ GDK, Schlussbericht. Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen. 2006.

⁶⁹ GDK: Reorganisation ärztlicher Notfalldienst: Bewertung spezifischer Massnahmen. 2008.

⁷⁰ Infoplattform Notfalldienst <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=850>

⁷¹ Für die Koordination der Umsetzung haben der Bund und die Kantone eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen und die Plattform «eHealth Suisse» geschaffen, die Richtlinien ausarbeitet und Empfehlungen abgibt. Vgl. zudem Bericht zu Postulat Humbel 10.3327 Umsetzung der eHealth-Strategie.

EDI beauftragt, bis im September 2011 einen vernehmlassungsfähigen Vorentwurf für die gesetzlichen Grundlagen zur Einführung eines elektronischen Patientendossiers auszuarbeiten.⁷²

eHealth soll zunächst bei den häufigsten Prozessen umgesetzt werden, d.h. bei Abrechnungen, Überweisungen von Patientinnen und Patienten an Spezialisten oder Spitäler, Verschreibungen von Medikamenten oder Therapien und Monitoring des Gesundheitszustandes. eHealth muss deshalb auch in die Lehrgänge aller Gesundheitsberufe aufgenommen werden.

eHealth ist ein wichtiges Instrument, um Reformen im Bereich der Versorgungsstruktur zu unterstützen. Die Skepsis der Ärzteschaft bezüglich des Einsatzes von eHealth ist aber immer noch relativ hoch. Es gibt eine Reihe ungelöster Fragen, z. B. bezüglich einheitlichen Standards oder auch betreffend Finanzierung der Investitionen.⁷³ Das gilt sowohl für den Aufbau der elektronischen Patientendossiers wie auch einer nationalen Infrastruktur.

Es gibt kaum Daten darüber, wie viele Ärztinnen und Ärzte respektive Spitäler in ihrem Berufsalltag eHealth-Instrumente in welcher Form nutzen.⁷⁴ Der Swiss eHealth Barometer zeigt den aktuellen Stand und die Entwicklung in der Schweiz auf.⁷⁵ Fazit: Die Mehrheit der eHealth-Verantwortlichen aber auch eine Mehrheit der Ärzteschaft sieht eine grosse Bedeutung von eHealth angesichts der anstehenden Veränderungen im Gesundheitswesen wie beispielsweise der neuen Spitalfinanzierung. Verglichen mit der hohen Bedeutung beurteilt höchstens ein Drittel der Befragten die gesetzlichen Grundlagen als ausreichend. Eine Mehrheit der Befragten attestiert eHealth einen Beitrag an Qualität und Effizienz. Gegenüber dem Vorjahr verfügen nun deutlich mehr Spitäler über eine eHealth-Strategie. Damit hat sich das Gesamtbild verbessert.

Die Informations- und Kommunikationstechnologie wird die Arbeit der Ärztinnen und Ärzte sowie der Spitäler in Zukunft noch stärker beeinflussen. Trotzdem ist eHealth noch keine Selbstverständlichkeit, so zum Beispiel beim elektronischen Austausch von medizinischen Daten unter den Ärztinnen und Ärzten, die gemeinsam Patientinnen und Patienten betreuen.

Elektronisches Patientendossier

Heute sind viele Informationen über Patientinnen und Patienten aufgrund der föderalen und teilweise kleingewerblichen Strukturen des Gesundheitswesens verstreut und damit nicht unabhängig von Ort und Zeit kurzfristig verfügbar. Durchgängig elektronische Prozesse können dieses Defizit beheben und mithelfen, Fehler in Diagnose und Behandlung sowie Doppelspurigkeiten zu reduzieren. Gemäss der Strategie eHealth Schweiz soll daher bis 2015 ein elektronisches Patientendossier eingeführt sein. Die verschiedenen Versorgungsregionen sind jedoch bei der Umsetzung autonom und unterschiedlich weit. Neue gesetzliche Grundlagen sollen die Voraussetzungen für einen sicheren Datenaustausch schaffen (Vernehmlassungsvorlage bis September 2011 erarbeitet). Neben den technischen Normen und der für einen schweizweiten Datenaustausch notwendigen Infrastruktur sollen darin auch die Instrumente zur Identifikation der Leistungserbringenden und der Patientinnen und Patienten geregelt werden.

Im Rahmen einer integrierten Versorgung kann die Verwendung von elektronischen Patientendossiers eine medizinisch wirksame und ökonomisch effiziente Zusammenarbeit der Leistungserbringenden über die gesamte Behandlungskette fördern. Durch eine konsequente Anwendung stehen verschiedene Befunde allen zeitgleich zur Verfügung, wodurch Entscheidungen über die Weiterbehandlung der Patientinnen und Patienten schneller und kompetenter getroffen werden können. Bei einem vollumfänglichen Austausch von Informationen kann auch eine umfassende Medikamentenkontrolle garantiert werden.

Gemäss der Expertengruppe wird die Umsetzung der „Strategie eHealth Schweiz“ nur gelingen, wenn das elektronische Patientendossier ohne rechtlichen Zwang sowohl von den Leistungserbringenden als auch den Patientinnen und Patienten akzeptiert wird.

⁷² Bericht Expertengruppe, Umsetzung „Strategie eHealth Schweiz“: Empfehlungen zur rechtlichen Regelung, 30.9.2010.
<http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/10357/10360/index.html?lang=de>

⁷³ Vgl. z. B. Grätzel von Grätz, P. Ärzte und Patienten profitieren von der Vernetzung, in: SÄZ, 2010; 91:37.

⁷⁴ Gemäss der Schweizerischen Gesellschaft für Telemedizin und eHealth gibt es bislang weder Richtlinien noch Überprüfungen über den Einsatz und Nutzen der modernen Kommunikationstechnologien in der Medizin.

⁷⁵ An der Anfang 2011 durchgeführten Studie nahmen 687 Ärzte, 21 der 26 erstmals angeschriebenen eHealth-Verantwortlichen auf Ebene der Kantone sowie 68eHealth-Verantwortliche von Spitälern teil, die insgesamt 131 einzelne Spitäler repräsentieren. Siehe dazu: <http://www.infosocietydays.ch/eHealth/Swiss-eHealth-Barometer-2011.html>

Telemedizin

Ein Bereich von eHealth, die Telemedizin, wird heute teilweise bereits rege genutzt. Unter Telemedizin werden Dienstleistungen im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung verstanden, bei denen die Beteiligten keinen unmittelbar physischen Kontakt haben. Sie können zwischen Patient/Patientin und Arzt/Ärztin (Telekonsultation) oder unter Ärztinnen und Ärzten (Telekonsil) stattfinden. In der Schweiz gibt es zwei grosse Anbieter, Medi24 und Medgate.

Gemäss einer Studie der Universität Basel⁷⁶ aus dem Jahr 2008 stösst die Telemedizin bei der Bevölkerung auf grosse Akzeptanz - wenn die Telekonsultation durch einen Arzt oder eine Ärztin erfolgt. Ältere Ärztinnen und Ärzte stehen der Telemedizin eher ablehnend gegenüber, während mehr als zwei Drittel der Ärztinnen und Ärzte unter 46 Jahren sich eine Unterstützung ihrer Arbeit durch Telemedizin vorstellen können. Hausärztinnen und -ärzte stehen der Telemedizin skeptischer gegenüber, als Fach- und Spitalärztinnen und -ärzte. Diese sehen in der Telemedizin eher eine Entlastung respektive schätzen deren Wirkung als Gatekeeper. Gewisse Krankenversicherer bieten Modelle an, bei denen zunächst ein telemedizinisches Callcenter kontaktiert werden muss. Die dort arbeitenden Gesundheitspersonen müssen eine mehrjährige klinische Erfahrung aufweisen und arbeiten mit computergestützten Abfragesystemen (Guidelines), die durch das Gespräch führen. Bei der Behandlung von chronisch Kranken streben 39% der Befragten eine Integration der Telemedizin an (telemedizinische Betreuungsprogramme). Telemedizinische Disease-Management-Programme sind ein Ansatz zur patientenzentrierten, ablaufoptimierten Betreuung von Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Aufenthaltsort.

8.5 Zusammenfassung

Die Zu- und Abgangsbewegungen der Ärztepopulation nach Abschluss der Weiterbildung resp. in der Phase der Berufsausübung sind nicht vollständig belegt. Für die abschliessende Berechnung des Ausbildungsbedarfs wird, nachdem ein Verlust von 16 Prozent (ohne Weiterbildung) bereits berücksichtigt wurde, nun zusätzlich auch der Mehrbedarf infolge zunehmender Teilzeitarbeit geschätzt. Dabei legen insbesondere die Beschäftigungs- und Einkommensdaten der Ärztinnen nahe, dass drei Frauen das gleiche Arbeitsvolumen wie zwei Männer erbringen. Der Anteil der berufstätigen Frauen von heute 35 Prozent wird sich in den nächsten 20 Jahren voraussichtlich auf rund 60 Prozent erhöhen. Bei einem Frauenanteil von 60 Prozent nimmt aber das Arbeitsvolumen der verfügbaren Ärztinnen und Ärzte gegenüber heute um rund 10 Prozent ab. Anders ausgedrückt: In 20 Jahren werden gegenüber heute 3'200 mehr bzw. insgesamt 35'200 Ärztinnen und Ärzte benötigt. Ausgehend von dieser neuen Bezugsgrösse wird der definitive Ausbildungsbedarf – erneut unter Berücksichtigung der Verluste in der Weiterbildung – abschliessend berechnet. **Daraus folgt, dass die Schweiz zur Stabilisierung des heutigen Arbeitsvolumens mit im Inland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten in den nächsten 20 Jahren rund 1200 -1300 Diplomabschlüsse pro Jahr erreichen muss.**

Im Zusammenhang mit der Neuregelung der Spitalfinanzierung und der Einführung der Fallpauschalen (DRG) per 1.1.2012 sowie der Weiterentwicklung von Managed Care werden Effizienzsteigerungen erwartet. Wie sich die strukturellen Veränderungen auf den zukünftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten auswirken werden, kann zurzeit nicht abgeschätzt werden. Es erscheint angesichts der Alterung der Gesellschaft und der medizinischen Fortschritte aber als eher unwahrscheinlich, dass in Zukunft weniger ärztliche Leistungen benötigt werden als heute. Dagegen wird aufgrund der vermuteten Abnahme der durchschnittlichen Verweildauer im Spital eine Verschiebung der stationären Leistungen in die ambulante medizinische Grundversorgung erwartet (inkl. Pflege). Deshalb ist die Entwicklung des Angebots im ambulanten Bereich von besonderem Interesse: die Auswertung der von den kantonalen Behörden erteilten Berufsausübungsbewilligungen an Ärztinnen und Ärzte gibt Hinweise für ein starkes Wachstum in diesem Bereich. Dieses betrifft alle Ärztinnen und Ärzte. Ob die Entwicklung bedarfsgerecht ist, kann an dieser Stelle nicht beurteilt werden. Mit der Aufhebung des Zulassungsstopps für die ärztlichen Grundversorger per 1.1.2010 ist die Zahl der pro 2010 erteilten Berufsausübungsbewilligungen gegenüber dem Vorjahr um 39 Prozent gestiegen. Eine (zumindest

⁷⁶ MEDGATE hat das Projekt unterstützt. Fragebögen an eine zufällige Stichprobe von 3'000 Personen über 18 Jahren, 1'000 Nutzern der Medgate-Dienstleistungen sowie 3'000 Ärzten in der Deutschschweiz und der Romandie. Der Rücklauf betrug gut 11%. http://www.presseportal.ch/de/pm/100001063/100566611/medgate_ag

vorläufige) Stabilisierung auf dem (hohen) Niveau von 2010 ist angesichts der Zahl der im In- und Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten grundsätzlich möglich. Es wird festgestellt, dass insgesamt 44 Prozent der im Jahr 2010 erteilten Berufsausübungsbewilligungen an Ärztinnen und Ärzte mit ausländischem Diplom gingen. Der hohe Anteil im Ausland Ausgebildeter in den Spitälern scheint sich nun allmählich in den ambulanten Bereich zu verschieben. Auch daraus wird erneut deutlich, dass die Schweiz zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausbildet. Von der zu geringen Ausbildungstätigkeit betroffen sind sowohl die Grundversorger als auch die Spezialisten.

Noch arbeitet die Mehrheit der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger in Einzelpraxen. Die grosse Herausforderung der kommenden Jahre besteht in der Schaffung neuer und grösserer ambulanter Versorgungsstrukturen, in deren Rahmen die jungen Ärztinnen und Ärzte geregelte Arbeitszeiten, Teilzeitarbeit sowie ein interessantes Tätigkeitsfeld finden, und in denen sie sich in Qualitätszirkeln austauschen und fortbilden können. Zur Steigerung der Attraktivität der ambulanten ärztlichen Grundversorgung wurden in den meisten Kantonen die Notfalldienste neu organisiert. GDK und BAG haben weitere Projekte zur Förderung der ärztlichen Grundversorgung lanciert: 2010 wurde eine neue interdisziplinäre Arbeitsgruppe eingesetzt, die neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung unter Einbezug weiterer Gesundheitsberufe (Skill Mix) entwickeln wird. Der Bundesrat hat das EDI und das EVD beauftragt, bis zum Herbst 2011 einen vernehmlassungsfähigen Vorentwurf einer gesetzlichen Grundlage für die Gesundheitsberufe der Fachhochschulstufe vorzulegen. Damit sollen u. a. Voraussetzungen für eine besser abgestimmte Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsfachpersonen geschaffen werden. Ende 2010 hat der Bundesrat den Auftrag zur Erarbeitung gesetzlicher Grundlagen für die Einführung des elektronischen Patientendossiers erteilt (Vernehmlassungsvorlage bis September 2011). Dass der systematische und sichere Austausch von medizinischen Informationen - insbesondere das elektronische Patientendossier - in einer vernetzten Versorgung eine zentrale Rolle spielen muss, liegt auf der Hand. Noch aber sind auch hier einige Widerstände zu überwinden.

Das Parlament hat trotz Divergenzen zwischen den beiden Räten der Managed-Care-Vorlage im Rahmen der KVG-Revision zugestimmt und damit ein Signal für einen Paradigmenwechsel in der Gesundheitsversorgung gegeben. Bereits heute werden rund 12 Prozent der Bevölkerung innerhalb von Ärztenetzen betreut. Die weitere Verbreitung der integrierten Versorgung wird massgeblich davon abhängen, ob es gelingt, Bevölkerung und Gesundheitsfachpersonen mittels geeigneter Anreize und dem Argument der Qualität von dieser Versorgungsform zu überzeugen.

9 Einkommen und Tarifierung

In diesem Kapitel werden Einkommen der Ärztinnen und Ärzte und die Tarifierung der Leistungen thematisiert. Dabei stellen sich u.a. folgende Fragen: Welches sind die Rahmenbedingungen? Welche Rolle kann/soll der Bund in der Einkommensfrage einnehmen? Und schliesslich: Gibt es Indizien dafür, dass die Einkommensentwicklung zu einem Mangel an ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern führt oder führen wird?

9.1 Rahmenbedingungen und Ausgangslage

Seit dem 1. Januar 2004 werden alle zu Lasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) erbrachten ärztlichen Leistungen im Spitalambulatorium und in der Arztpraxis mit einem gesamtschweizerisch gültigen Einzelleistungstarif (Tarmed) abgegolten. Nach Artikel 46 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG; SR 832.10) sind - mit wenigen Ausnahmen - die Versicherer und Leistungserbringer für die Vereinbarung der Tarife zuständig. Es gilt die Tarifautonomie. Entsprechend haben die Tarifpartner die Organisation Tarmed Suisse gegründet, welche für die Pflege und Entwicklung des Arzttarifes Tarmed verantwortlich ist. Bei der Abgeltung ist auf eine betriebswirtschaftliche Bemessung und eine sachgerechte Struktur der Tarife zu achten.

Daneben gelten vom Bund festgelegte oder sogenannte administrierte Preise für Analysen, Mittel und Gegenstände sowie für Margen bei Medikamenten.

Das Einkommen der Ärztinnen und Ärzte wird damit einerseits durch einen gesetzlich vorgegebenen Rahmen bestimmt und andererseits zwischen den Tarifpartnern ausgehandelt. Für Leistungen aus dem Zusatzversicherungsbereich, die wesentlich zum höheren Einkommen vor allem der chirurgisch tätigen Spezialisten beitragen können, gelten andere Bestimmungen.

Die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger sind aktuell weder mit der Entwicklung der administrierten Preise noch mit den autonom ausgehandelten Tarifen und Preisen gemäss Tarmed zufrieden. Im Spannungsfeld zwischen Versorgungssicherheit, administrierten Preisen, Tarifautonomie und unvollständigen Bewertungsgrundlagen muss ein Weg gefunden werden, um auf die Anliegen der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger einzugehen und diese – wo berechtigt – zu berücksichtigen und dabei gleichzeitig die Weichen für notwendige zukünftige Veränderungen zu stellen. Im Folgenden soll deshalb der Frage nachgegangen werden, was eine „angemessene“ Vergütung bedeutet.

9.1.1 Angemessene Abgeltung der Leistungen

Im Rahmen der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) definieren die Tarifpartner die Angemessenheit der Vergütung. Die Abgeltung der Leistungen ist grundsätzlich veränderbar, die Tarife müssen aber den Grundsätzen, die im Gesetz und der Verordnung über die Krankenversicherung verankert sind, Rechnung tragen. Im Tarmed wird die angemessene Abgeltung einer Leistung auf der Grundlage eines Kostenmodells und im Vergleich mit andern Tarifpositionen ermittelt. Grundsätzlich besteht keine Verpflichtung der OKP, Ärztinnen und Ärzten ein bestimmtes Einkommen zu garantieren. Indirekt wurde die Frage nach einem „angemessenen“ Einkommen von den Tarifpartnern mit dem Referenzeinkommen von 207'000 Franken aber dennoch beantwortet: Dieses Einkommen wurde dem Tarmed, der auf der Kostenstruktur einer Einzelpraxis basiert, zugrunde gelegt.

Die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger kritisieren, dass sich ihre Situation mit der Einführung des Tarmed negativ entwickelt habe. Ihre Feststellungen und Forderungen decken sich weitgehend mit denjenigen der Eidgenössischen Finanzkontrolle (EFK), die im November 2010 einen Bericht über die Evaluation des Tarmed veröffentlicht hat.⁷⁷ Der Bericht attestiert dem Tarmed zwar die Zielerreichung in gewissen Punkten (z.B. Transparenz, kostenneutrale Einführung), hält auf der andern Seite aber auch zahlreiche Schwachstellen fest (z.B. mangelhafte Tarifpflege, Aufwertung der ärztlichen Leistungen nicht in genügendem Mass erfolgt). Seit der Einführung des Tarmed würden die Einkommensunterschiede zu- statt abnehmen. Damit bestätigt die EFK weitgehend die von den ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorgern geäusserte Kritik. Doch will auch die EFK die "Kostenrealität" nicht abschliessend beurteilen mit dem Hinweis, dass dafür repräsentative Kostendaten einer effizient betriebenen Praxis vorliegen müssten. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, ob und in welcher Form der Bund in Zukunft bei der Tarifgestaltung verstärkt eingreifen soll.

9.1.2 Erwartungen der Tarifpartner und Rolle des Bundes

Die Tarifpartner sind sich einig, dass der Tarif revidiert werden muss. Bisher ist es ihnen aber nicht gelungen, ihre Differenzen zu bereinigen. Ohne die Einigkeit der vier für die Tarifpflege verantwortlichen Tarifpartner Santésuisse, FMH, H+ und der Medizinaltarifkommission bleibt die Revision des Tarifs blockiert (Einstimmigkeitsprinzip).

Zunächst sollen hier die Positionen der Tarifpartner dargestellt werden. Ihre Reaktionen auf den Bericht der EFK sind erwartungsgemäss geteilt.

Während für die FMH die Analysen und die daraus gewonnenen Erkenntnisse nachvollziehbar sind, werden der Schlussbericht und insbesondere die Empfehlungen der EFK als nicht überzeugend beurteilt.⁷⁸ Statt faktenbasierter Empfehlungen dominierten politische Aussagen: So ist die FMH gegen die Empfehlung der EFK, wonach der Bund mehr Kompetenzen und Eingriffsmöglichkeiten erhalten solle. Die bestehende Tarifautonomie der Partner solle gewahrt bleiben.

⁷⁷ Eidgenössische Finanzkontrolle (2010) : Tarmed, der Tarif für ambulant erbrachte ärztliche Leistungen. Evaluation der Zielerreichung und der Rolle des Bundes.

⁷⁸ Medical Tribune online : Newsticker : <http://www.medical-tribune.ch/deutsch/news/news.php?monat=12.2010>

Santésuisse fordert vorgängig zur Revision den Abschluss eines Vertrages, mit dem die Kosten gesteuert werden können (Einhaltung der Kostenneutralität). Die Besserstellung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger müsse auf Kosten der Spezialistinnen und Spezialisten erreicht werden, u.a. durch die umgehende Anpassung der Taxpunkte bei Effizienz- und Produktivitätssteigerungen (z.B. infolge neuer diagnostischer oder therapeutischer Verfahren). Gemäss Santésuisse führten die Forderungen der Ärzteschaft zu jährlichen Mehrkosten von rund 800 Millionen Franken, ohne dass die Versicherten dafür einen Zusatznutzen erhielten.⁷⁹

Schliesslich forderte auch die GDK den Bundesrat im Januar 2011 auf, den verfügbaren gesetzlichen Spielraum zu nutzen und Vorgaben für eine aktualisierte und betriebswirtschaftlich berechnete Tarifstruktur zu machen. Zudem solle der Bundesrat die Möglichkeit erhalten, eine sachgerechte Tarifstruktur festzulegen, falls sich die Tarifpartner nicht auf eine Revision einigen könnten.

Insgesamt zeigt es sich, dass sich die Tarifverhandlungen aufgrund gegensätzlicher Interessen der Verhandlungspartner häufig schwierig gestalten.

Der Bund erwartet von den Tarifpartnern, dass partnerschaftliche Lösungen erarbeitet und die Tarife möglichst umgehend angepasst werden. Die Tarifierung muss auf einer effizienten und zweckmässigen Leistungserbringung beruhen. Dabei geht es nicht primär darum, die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger auf Kosten der Spezialistinnen und Spezialisten besser zu stellen. Im Vordergrund steht die betriebswirtschaftliche Berechnung aller Tarifpositionen; zu hoch bewertete Leistungen müssen ebenso angepasst werden wie zu tief berechnete. Aufgrund der Analyse der EFK geht der Bund davon aus, dass vor allem die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger von diesen Tarifanpassungen profitieren sollten. Damit könnten die Einkommensunterschiede zwischen (chirurgisch tätigen) Spezialisten und Grundversorgern womöglich geringer, aber nicht beseitigt werden. Wie bereits mehrfach erwähnt erwirtschaften vor allem chirurgisch tätige Spezialisten mit Leistungen aus dem Zusatzversicherungsbereich ein zusätzliches Einkommen.

Der Bundesrat unterstützt mit seiner Antwort vom 25. Mai 2011 auf die im März 2011 im Zusammenhang mit dem Bericht der EFK eingereichten Motion 11.3070 von Jacqueline Fehr die Parlamentarische Initiative 11.429: Diese würde dem Bundesrat die Kompetenz geben, Anpassungen an die Tarifstruktur festzusetzen, wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und die Parteien sich nicht auf eine Revision einigen können. Der Vorsteher des EDI hat die Tarifpartner im Mai 2011 bezüglich Stand der Tarifverhandlungen angehört. Im Rahmen dieses Gesprächs wurden Eckwerte der Revision und eine Frist bis zum 30. September 2011 für ein Revisionskonzept der Tarifpartner vereinbart. Für den Antrag auf Revision des Tarmed an den Bundesrat wurde ein Termin bis Ende 2012 ins Auge gefasst.

Der Bundesrat lehnt hingegen einen grundsätzlichen Eingriff in die Tarifautonomie im Sinne der Motion 11.3070 ab: Die Vorgabe eines Tarifmodells durch den Bund würde die Tarifautonomie ausschalten und zu einem Amtstarif führen. Der Bundesrat hält einen so grundsätzlichen Eingriff in die heutige Abgeltungssystematik als unverhältnismässig. Tarmed trägt jedoch neuen Zusammenarbeitsformen mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe nicht Rechnung und ist überdies stark auf die Kostenstruktur einer Einzelpraxis ausgerichtet. Zudem fördert Tarmed mit seinem Einzelleistungstarif weder die integrierte Versorgung noch explizit die Qualität. Vor diesem Hintergrund bieten die tariflichen Möglichkeiten im Rahmen der integrierten Versorgung Ansätze zu neuen und innovativen Abgeltungsformen. Die Aufgabe des Bundes liegt dabei primär darin, geeignete Rahmenbedingungen zu schaffen, damit Qualität und Effizienz im Rahmen der integrierten Versorgung und im Hinblick auf den sich abzeichnenden Strukturwandel gefördert werden.

Die Zukunft der Tariflandschaft wird aktuell im Rahmen des Projekts «Nationale Gesundheitsstrategie» diskutiert. Im Teilprojekt «Tarife und Eckwerte einer zukünftigen Finanzierung» wird überprüft, ob und wie die Rahmenbedingungen der Tarifgestaltung optimiert werden können. Ansatzpunkte sind beispielsweise eine Angleichung der Tarifierung von identischen Leistungen im stationären und im ambulanten Bereich sowie zusätzliche Möglichkeiten für Pauschaltarife.

⁷⁹ Communiqué der Santésuisse (11.11.2010): Santésuisse ist für die Stärkung der Grundversorgung. Internetseite: http://www.santesuisse.ch/de/dyn_output.html?content.vcid=6&content.cdid=29838&detail=yes&navid=

9.2 Einfluss des Einkommens auf die Angebotsstruktur

Im Zusammenhang mit dem Angebot stellt sich immer wieder die Frage, ob die Verdienstmöglichkeiten verbessert werden müssen, damit in Zukunft ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger zur Verfügung stehen.

Anhaltspunkte zur Beantwortung dieser Fragen ergeben sich einerseits aus der Zahl der erteilten Facharztstitel in der ärztlichen Grundversorgung, und andererseits aus der Zahl der von den kantonalen Aufsichtsbehörden erteilten Berufsausübungsbewilligungen (vgl. dazu Kap. 8.3.1). In Bezug auf die erteilten eidgenössischen Weiterbildungstitel kann aktuell weder eine absolute noch relative Abnahme der Zahl der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger gegenüber den Spezialisten bestätigt werden (vgl. Kap. 5.1.9 und 7.1.6). Absolut betrachtet nehmen die Zahlen aller erteilten Facharztstitel zu, auch diejenigen der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger. Das Gleiche gilt für die Zahl der erteilten Berufsausübungsbewilligungen, die 2010 gegenüber dem Vorjahr um 39 Prozent zugenommen haben. Damit ist grundsätzlich die Voraussetzung dafür gegeben, dass das heutige Angebot im Bereich der ärztlichen Grundversorgung nicht nur aufrecht erhalten, sondern auch ausgebaut werden kann. Die Zahl der verfügbaren und entsprechend aus- und weitergebildeten Ärztinnen und Ärzte allein ist aber kein Garant dafür, dass die bestehende ambulante Angebotsstruktur unverändert bestehen bleibt. Wie bereits an verschiedener Stelle erwähnt und begründet, ist ein tief greifender Strukturwandel in der ambulanten Versorgung notwendig, damit zeitgemässe und flexiblere Arbeitsformen möglich werden und junge Ärztinnen und Ärzte den Schritt in die ambulante Tätigkeit ausserhalb des Spitals wagen. Dass strukturelle Veränderungen sich in verschiedener Hinsicht lohnen, wird im folgenden Abschnitt kurz dargestellt. Informationen betreffend die Einkommen sowie internationale Vergleichswerte finden sich im Bericht des Bundesrates in Erfüllung der Postulate 07.3279 sowie 07.3561.⁸⁰ Da aktuelle Einkommenszahlen fehlen und die verfügbaren Zahlen nicht auf standardisierten Einkommen beruhen, kann die Entwicklung der Einkommen nicht schlüssig beurteilt werden. Auf dieser Basis muss auch offen bleiben, inwiefern die individuell stark unterschiedlichen Einkommen generell das Angebot beeinflussen.

9.2.1 Einkommenssteigerung in Gruppenpraxen

Studien zeigen, dass sich der Wechsel von der Einzel- zur Gruppenpraxis für die Ärztinnen und Ärzte lohnt: Sie können von sinkenden Grenzkosten profitieren und damit ihr Einkommen steigern.⁸¹ Grössere und vernetzte Versorgungseinheiten sind nicht nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht vorteilhaft. Sie bieten auch flexible Erwerbsoptionen, die von der (bezahlten) Teilzeitarbeit bis zur vollen Teilhabe an Gewinn und Verlust des Unternehmens reichen. Solche Versorgungseinheiten tragen dazu bei, dass viele der als nachteilig erachteten Aspekte der herkömmlichen Einzelpraxis wie Isolation, Überlastung, mangelnde Zeit für Weiter- und Fortbildung und fehlender Austausch mit Kolleginnen und Kollegen vermieden werden können. Der Strukturwandel stellt Ärztinnen und Ärzte, die ihre Praxis übergeben oder in eine Gruppenpraxis umwandeln wollen, vor grosse Herausforderungen: Die Gründung einer Gruppenpraxis ist mit zusätzlichen Investitionen verbunden. Der Wechsel von der Einzel- zur Gruppenpraxis ist auch deswegen schwierig, weil der Verkauf der Einzelpraxis aufgrund der geringen Nachfrage dazu führen kann, dass der Verkaufserlös deutlich unter den Erwartungen liegt. Von dieser Situation sind allerdings auch andere freie Unternehmerinnen und Unternehmer betroffen, so z. B. Zahnärztinnen und -ärzte sowie Tierärztinnen und -ärzte.

9.3 Zusammenfassung

Im Spannungsfeld zwischen Versorgungssicherheit, administrierten Preisen, Tarifautonomie und unvollständigen Bewertungsgrundlagen muss ein Weg gefunden werden, um auf die Anliegen der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger einzugehen und diese – wo berechtigt – zu berücksichtigen. Zugleich müssen die Weichen so gestellt werden, dass bestehende

⁸⁰ Der Bericht ist auf der Internetseite des BAG unter dem Thema Gesundheitsberufe publiziert : <http://www.bag.admin.ch/themen/berufe/07962/index.html?lang=de>

⁸¹ Baudier, F. et al. 2010: La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Institut de recherche et documentation en économie de la santé. Mojon-Azzi, S.M. (2001): Gruppenpraxen - ihre Vor- und Nachteile. Schweizerische Ärztezeitung 2001;82: Nr 22.

Versorgungsstrukturen nicht zementiert, sondern ein tief greifender Strukturwandel in der ambulanten Versorgung möglich wird.

In Bezug auf die Frage nach „angemessener“ Abgeltung der Leistungen muss Vieles offen bleiben: Dem Tarmed ist ein Referenzeinkommen von 207'000 Franken zugrunde gelegt. Da aktuelle Einkommenszahlen fehlen und die verfügbaren Zahlen aus den Jahren 2005 und 2006 zudem auf nicht standardisierten Erhebungen beruhen, kann die Entwicklung der Einkommen nicht schlüssig beurteilt werden.

In Zukunft wird eine wachsende Zahl von Ärztinnen und Ärzten Teilzeit arbeiten wollen. Ein „angemessenes“ Einkommen kann besser erreicht werden, wenn die notwendige Infrastruktur möglichst gemeinsam genutzt und entsprechend ausgelastet wird. Dies ist im Rahmen grösserer Versorgungseinheiten besser möglich. Der Einzelleistungstarif Tarmed beruht aber auf dem Kostenmodell einer Einzelpraxis. Obwohl es aktuell keine Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Zahl der Grundversorgerinnen und -versorger abnimmt, besteht Handlungsbedarf: Die EFK kommt aufgrund einer Analyse zum Schluss, dass Tarmed in verschiedenen Punkten zu Gunsten der ärztlichen Grundversorger und -versorgerinnen angepasst werden müsse. Aufgrund unterschiedlicher Interessen der Tarifpartner blieb die notwendige Revision des Tarifs bisher blockiert. Der Bundesrat will zu einer Deblockierung der Tarifverhandlungen beitragen: Er unterstützt mit seiner Antwort vom 25. Mai 2011 auf die im März 2011 im Zusammenhang mit dem Bericht der EFK eingereichten Motion 11.3070 von Jacqueline Fehr die Parlamentarische Initiative 11.429: Diese würde dem Bundesrat die Kompetenz geben, Anpassungen an die Tarifstruktur festzusetzen, wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und die Parteien sich nicht innert einer bestimmten Frist auf eine Revision einigen können. Dagegen lehnt er einen grundsätzlichen Eingriff in die Tarifautonomie ab.

Im Auftrag des Dialog Nationale Gesundheitspolitik⁸² bzw. im Rahmen des Projektes „Nationale Gesundheitsstrategie“ wird aktuell die Zukunft der Tariflandschaft diskutiert. Im Rahmen des Teilprojektes „Tarife und Eckwerte einer zukünftigen Finanzierung“ wird überprüft, ob und wie die Rahmenbedingungen der Tarifgestaltung optimiert werden können.

⁸² Link: <http://www.nationalegesundheits.ch/de/index.html>

10 Schlussfolgerungen

Die vorausgehende Analyse zeigt, dass zahlreiche äussere Faktoren in der Aus- und Weiterbildung sowie im späteren Verlauf des Berufslebens, aber auch individuelle Berufsvorstellungen der (zukünftigen) Ärztinnen und Ärzte Angebot und Nachfrage ärztlicher Leistungen beeinflussen. Unbestritten ist die Folgerung, dass in der Schweiz mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden müssen.

Die Analyse zeigt aber auch, dass Effizienzsteigerungen in vielen Bereichen möglich sind und dazu beitragen können, einem künftigen Ärztemangel vorzubeugen. Effizienzsteigerungen sind da besonders erstrebenswert, wo sie auch dazu beitragen können, die Voraussetzungen für bessere Qualität zu optimieren (z.B. durch höhere Fallzahlen in Spitälern, durch systematische Qualitätssicherung im Rahmen integrierter Versorgungsnetze). Bei der Realisierung von Massnahmen, die zu Effizienzsteigerungen führen sollen, sind – soweit möglich und sinnvoll – regionale Interessen im Sinne einer angemessenen Erreichbarkeit der Angebote zu berücksichtigen. Die für die Gesundheitsversorgung verantwortlichen Kantone stehen damit vor grossen Herausforderungen.

Im Wandel der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen liegen denn auch grosse Chancen. Im stationären Bereich konnte mit der (bevorstehenden) Einführung der pauschalen Abgeltung ein hoffentlich entscheidender Impuls für – zumindest mittelfristige – Effizienzsteigerungen gegeben werden. Im ambulanten Bereich sind neue Lösungsansätze gefragt: Besonders deutlich wird dies am Beispiel der Hausarztmedizin, wo (auch infolge einer starken Feminisierung) ein steigender Anteil an Teilzeitarbeit und eine generell kürzer werdende Phase der selbstständigen Praxistätigkeit zu einer Verschlechterung des Verhältnisses zwischen Infrastrukturkosten und Ertrag beitragen.

Zusammenfassend ergeben sich aus der vorliegenden Analyse die folgenden Handlungsfelder, wobei der Bundesrat sich der grundsätzlichen Zuständigkeit der Kantone in der Gesundheitsversorgung respektive der begrenzten Handlungsmöglichkeiten auf Bundesebene bewusst ist:

A. Die Schweiz muss mehr Ärztinnen und Ärzte ausbilden.

Diese Forderung ergibt sich aus Gründen der Fairness gegenüber andern Ländern und der Versorgungssicherheit. Der internationale Austausch wird aber auch bei deutlicher Mehrausbildung eine wichtige Rolle spielen, denn auch in der Schweiz ausgebildete Ärztinnen und Ärzte verlassen unser Land (zumindest) vorübergehend, um sich in andern Ländern weiter zu qualifizieren. Dieser Austausch ist begrüssenswert. Aktuell ist der Migrationssaldo aber klar zu Gunsten der Schweiz, das heisst, die Schweiz profitiert von Bildungsinvestitionen anderer Länder. Der in diesem Bericht geschätzte Ausbildungsbedarf von 1200 - 1300 Diplomen pro Jahr ist auf eine Stabilisierung und nicht auf eine Vergrösserung des heute verfügbaren ärztlichen Arbeitsvolumens ausgerichtet. Das „Stabilisierungsszenario“, mit welchem der Ausbildungsbedarf zum Erhalt des heutigen Arbeitsvolumens geschätzt wird, wurde als Hauptszenario gewählt, weil Raum für Effizienzsteigerungen in verschiedenen Bereichen vorhanden ist. Dabei wird davon ausgegangen, dass mit der Effizienzsteigerung der künftige Mehrbedarf aufgrund der demographischen Alterung und des Bevölkerungswachstums gedeckt würde.

B. Die Verluste an ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte müssen minimiert und die Chancengleichheit zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Wahl der Spezialisierung verbessert werden.

Es braucht – nicht nur aber vor allem angesichts der Feminisierung – zusätzliche Anstrengungen, um die **Verluste** an ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten in Zukunft möglichst zu **minimieren**. Die Organisation der Weiterbildung muss es den zukünftigen Ärztinnen und Ärzten, die sich in der Phase der Familiengründung befinden, ermöglichen, die Weiterbildung unter klar geregelten Bedingungen zu absolvieren: Zu viele Ortswechsel und dadurch entstehende Warteschlangen in Form von Weiterbildungsetappen, die nicht dem Erreichen des gewünschten Facharztstitels dienen, sind zu vermeiden. Zusätzlich sind die Rahmenbedingungen in der Weiterbildung so zu gestalten, dass Männer und Frauen in allen Fachgebieten gleiche Chancen erhalten. Die wachsende Feminisierung wirkt sich aktuell eher zu Gunsten der ärztlichen Grundversorgung inklusive Gynäkologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie aus. Das ist begrüssenswert, denn insbesondere in der (ambulanten) ärztlichen Grundversorgung und der Psychiatrie werden zusätzliche Ärztinnen und Ärzte benötigt werden. Doch wäre es kurzsichtig, die Aufmerksamkeit ausschliesslich auf die ärztliche Grundversorgung zu richten.

Die Feminisierung der Medizin wird das relative Verhältnis aller Fachgebiete untereinander verändern. Bleiben die Geschlechterpräferenzen bestehen, sind zukünftige Engpässe in andern Fachgebieten nicht auszuschliessen.

C. Die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle, die nicht nur dem Bedarf einer älter werdenden Bevölkerung, sondern auch den Berufsvorstellungen der Gesundheitsfachpersonen besser gerecht werden, ist vorrangig. Auch andere Gesundheitsberufe sind – zur Entlastung und Ergänzung der Ärztinnen und Ärzte - vermehrt in die Versorgung einzubeziehen.

Die Entwicklung neuer Versorgungsmodelle ist angesichts der verschiedenen Probleme der Hausarztmedizin eine zentrale Herausforderung und eine grosse Chance. Die bestehende ambulante Angebotsstruktur, die noch überwiegend von der Einzelpraxis geprägt ist, lässt sich mit den Berufsvorstellungen der jungen Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich nicht mehr vereinbaren. In der Gestaltung geeigneter Anreize für den Strukturwandel besteht denn auch eine grosse Herausforderung. Zusätzlich müssen die Anstrengungen verstärkt werden, damit Angehörige nicht-ärztlicher Gesundheitsberufe angemessen in neue Versorgungsmodelle integriert werden können. Dies kann die Attraktivität aller Gesundheitsberufe steigern, was zu einer längeren Verweildauer oder zu einer nachhaltigeren Nutzung der in sie erfolgten Bildungsinvestitionen beitragen kann. Der Einbezug dieser Berufe soll nicht in Konkurrenz zu den Ärztinnen und Ärzten erfolgen, sondern dazu beitragen, dass die anstehenden Herausforderungen gut gemeistert werden können. Der Bund kann diesbezügliche Bestrebungen koordinierend unterstützen und – z.B. im Bereich der qualitativen Vorgaben für die Aus- und Weiterbildung – möglichst geeignete Rahmenbedingungen schaffen.

Der optimale Personalmix wird nie eine genaue Wissenschaft und in diesem Sinne planbar sein: Weder lässt sich der Bedarf vollständig objektivieren noch sind die Entwicklungen in Medizin und Technik respektive ihre Auswirkungen auf den zukünftigen Bedarf an Gesundheitsfachpersonen absehbar. Deshalb bedarf es gemeinsamer Zielvorstellungen der verschiedenen Partner, und darauf basierend umsichtiger Weichenstellungen in Bezug auf die Gestaltung der zukünftigen Gesundheitsversorgung, Aus- und Weiterbildung aller Gesundheitsfachpersonen müssen dazu beitragen, dass alle Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsberufe ihre Aufgaben optimal wahrnehmen können.

Insgesamt zeigt sich, dass es aufgrund der engen Verflechtung von Bildungs-, Gesundheits- und Versorgungspolitik zwingend ist, sämtliche Auswirkungen einzelner Entscheide bereits im Vorfeld und im Hinblick auf die erwünschten Zielvorstellungen zu analysieren. Heute und auch in Zukunft sind und werden weiterhin zahlreiche private und staatliche Akteure mit unterschiedlichen Zielsetzungen an der Aus- und Weiterbildung sowie den Bedingungen der Berufsausübung aller Gesundheitsberufe beteiligt sein. Die einzelnen Zielsetzungen müssen in Zukunft transparenter gemacht und die Abstimmung zwischen den verschiedenen Akteuren verbessert werden. In diesem komplexen Regelsystem kann die Lösung aber weder ausschliesslich im „freien Markt“ noch in einer „staatlichen Planung“ liegen. Diese Erkenntnis widerspiegelt sich auch in den nun folgenden Empfehlungen und den bereits laufenden Massnahmen.

11 Empfehlungen

11.1 Allgemeine Bemerkungen

Die nachfolgenden Empfehlungen entsprechen in ihrer Reihenfolge dem Aufbau des Berichtes. Dabei wird die bestehende Kompetenzverteilung zwischen Bund, Kantonen und privaten Partnern berücksichtigt. In den Empfehlungen werden einerseits die Akteure bezeichnet, welche über die Entscheidungskompetenz für die Umsetzung der Empfehlung verfügen, zusätzlich werden Akteure bezeichnet, die als Betroffene oder Beteiligte einbezogen werden sollten. Gemeinsam sollen kooperative Strategien zu bestimmten Handlungsfeldern entwickelt werden, um allfällige Interessenkonflikte und daraus resultierende Handlungsblockaden möglichst zu vermeiden. Der Prozess wird damit zwar aufwändiger, ist aber breit abgestützt und somit für darauf aufbauende private Initiativen tragfähig: Davon betroffen sind - ausgehend von der bestehenden Kompetenzordnung - primär die für die Sicherstellung der Ausbildung und der Gesundheitsversorgung verantwortlichen Kantone.

Bereits bestehende, gemeinsame Plattformen sollen für die Erarbeitung von Lösungen genutzt werden. Die vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik beauftragte und vom BAG aufgebaute Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" leistet bereits heute einen Beitrag an die erforderliche Koordination. In ihrem Rahmen werden die Themen "Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung", "Abstimmung der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung" und "Interprofessionalität" diskutiert.

Verschiedene nationale und internationale Berichte bescheinigen dem Schweizerischen Gesundheitssystem eine hohe Qualität, kritisieren aber dessen schwere Steuerbarkeit und (zu) geringe Präventionsausgaben. Vor diesem Hintergrund haben Bund und Kantone im Rahmen des Dialog Nationale Gesundheitspolitik am 15. April 2010 eine weitere Arbeitsgruppe "Nationale Gesundheitsstrategie / Kompetenzordnung" eingesetzt. Diese soll die bestehende Kompetenzordnung zwischen Bund und Kantonen überprüfen und Vorschläge erarbeiten, in welchen Bereichen die heutige Aufgabenteilung einer Korrektur bzw. einer Präzisierung bedarf. Im Zentrum der Diskussionen stehen aktuell Fragen zur Bedeutung bzw. zur Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, zu Angebot, Qualität und Anreizen in der kurativen Versorgung sowie allgemein zur Steuerbarkeit des Systems. Dabei wäre auch zu klären, welche Massnahmen zum finanziellen Ausgleich von allfälligen Aufgabenverschiebungen zwischen den Staatsebenen vorzusehen wären. Neben einer Überprüfung der bestehenden Kompetenzordnung in Bezug auf eine effizientere Gestaltung der Gesundheitsversorgung hat die Arbeitsgruppe parallel dazu den Auftrag erhalten, auch Modelle der kooperativen Steuerung zu prüfen. Erste Resultate werden im Oktober 2011 erwartet. Der Bundesrat wird diese im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik zur Diskussion stellen und gemeinsam mit den Kantonen über die weiteren Schritte entscheiden.

Die anstehenden Probleme (z.B. Zunahme chronisch Kranker, mehr ambulante Behandlungen infolge Einführung der Fallpauschale) können nicht allein mit einer Stärkung und Förderung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger gelöst werden. Vielmehr müssen Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die zukünftige Gesundheitsversorgung allgemein besser vernetzt ist und alle Gesundheitsfachpersonen gemäss ihren Kompetenzen bedarfsgerecht eingesetzt werden können. Dass die Rolle der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger dabei weiterhin zentral sein wird, steht ausser Frage. Die zukünftigen Herausforderungen können aber nur gelöst werden, wenn der Handlungsspielraum möglichst flexibel bleibt.

Die nachfolgenden Empfehlungen sind aus dieser Perspektive heraus und in enger Zusammenarbeit mit den Kantonen und weiteren Partnern formuliert. Verschiedene dieser Empfehlungen oder Aufträge hat der Bundesrat bereits im Vorfeld der Initiative ausgearbeitet oder erteilt (z.B. neues Gesundheitsberufegesetz, Revision des Medizinalberufegesetzes).

11.2 Tabellarische Übersicht der Empfehlungen

Problem	Empfehlungen	Akteure mit Entscheidungskompetenz	Weitere einzubeziehende Akteure/Gremien
Ausbildung allgemein			
Die Schweiz bildet zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus.	<ul style="list-style-type: none"> Die Zahl der eidgenössische Arzt diplome sollte auf 1200 - 1300 pro Jahr erhöht werden, damit das heute verfügbare ärztliche Arbeitsvolumen mit eigens im Land ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten stabilisiert werden kann. 	Universitätskantone	SUK, EDK, GDK, CRUS, SMIFK, SBF, BAG, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> Der Bund setzt sich im Rahmen seiner Kompetenzen, namentlich in der Schweizerischen Universitätskonferenz, für eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten ein. 		
Die verfügbaren Ausbildungskapazitäten werden zu wenig effizient genutzt.	<ul style="list-style-type: none"> Die Kapazitäten sollten effizienter genutzt werden mit dem Ziel, dass 85 – 90 aller Studienanfänger/innen das Studium erfolgreich abschliessen. 	Universitätskantone	Universitätsspitäler, SUK, EDK, GDK, CRUS, SMIFK, SBF, BAG, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> Der Numerus Clausus soll kombiniert mit einem Eignungstest an Deutschschweizer Universitäten beibehalten werden. 	Universitätskantone	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Einführung des Numerus Clausus kombiniert mit einem Eignungstest sollte in der französischen Schweiz geprüft und allenfalls eingeführt werden. 	Universitätskantone	
	<ul style="list-style-type: none"> Der Eignungstest oder andere kognitive Verfahren können allenfalls mit Selbsteinschätzungstests kombiniert werden. Dies erlaubt die Studieneignung zu beurteilen und gibt den zukünftigen Studierenden auch die Möglichkeit, die ihre Berufseignung besser beurteilen zu können. 	Universitätskantone	
	<ul style="list-style-type: none"> Es sollte geprüft werden, wie weit fehlende klinische Kapazitäten (Patientinnen und Patienten) vermehrt mittels Entwicklung von E-Learning-Modulen ersetzt werden können (Patientensimulationen). 	Universitätskantone	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Nicht-Universitätskantone sollte vermehrt einbezogen werden, damit vermehrt klinische Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden können. 	Kantone	

Problem	Empfehlungen	Akteure mit Entscheidungs-kompetenz	Weitere einzubeziehende Akteure/Gremien
Die Ausbildung bereitet zu wenig gezielt auf die spätere Wahl des Fachgebietes vor.	<ul style="list-style-type: none"> • Es sollte eine gezieltere Vorbereitung auf die spätere berufliche Tätigkeit bereits der universitären Ausbildung auf Bachelor- und Masterstufe stattfinden, damit frühere Richtungs- und Berufsentscheide (Fachgebiet) möglich sind. 	Universitäten (Medizinische Fakultäten)	SUK, EDK, GDK, CRUS, SMIFK, SBF, BAG, SIWF, Fachgesellschaften, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> • Für Studierende mit Berufswunsch Hausarztmedizin sollte individuelle Coachings und Mentoring-Programme in die Ausbildung aufgenommen werden. 	Universitäten (Medizinische Fakultäten, Institute für Hausarztmedizin)	
	<ul style="list-style-type: none"> • Die praktischen Erfahrungen während der Ausbildung sollten gefördert werden, indem Arbeitsbeziehungen zwischen Mentor/in und jungen Ärzt/innen aufgebaut werden. 	Berufsverband Haus- und Kinderärztinnen Schweiz	
	<ul style="list-style-type: none"> • Besonders zu berücksichtigen sind Mentorinnen und Mentoren aus "Randregionen", damit die Attraktivität in peripheren Regionen verbessert werden kann. 	Berufsverband Haus- und Kinderärztinnen Schweiz	
Abgewiesene Interessent/innen für das Medizinstudium gehen der Gesundheitsversorgung verloren.	<ul style="list-style-type: none"> • Bei der Durchführung der Eignungstests sollten gezielt Alternativen zum Medizinstudium aufgezeigt werden. Beispielsweise könnten die Fachhochschulen Gesundheit spezifische Informationen über die Gesundheitsberufe auf FH-Stufe anbieten. 	Universitäten (Medizinische Fakultäten)	SUK, EDK, GDK, SMIFK, CRUS, KFH Fachhochschulen, OdASanté, BBT, BAG, SBF
	<ul style="list-style-type: none"> • Geeignete Passerellen aus naturwissenschaftlichen Studienrichtungen in die Masterausbildung Medizin sind zu prüfen, damit insbesondere Verluste in der Bachelorausbildung kompensiert werden können. 	Universitäten / ETH/EPFL	

Ausbildung ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger

Zu geringe Bedeutung der ärztlichen Grundversorgung in der Ausbildung.	<ul style="list-style-type: none"> Die Institute für Hausarztmedizin sollten besser dotiert werden (ordentliche Professuren). Dabei ist eine Konzentration der Kapazitäten im Sinne der Schaffung eines Kompetenzzentrums für Hausarztmedizin an einzelnen Fakultäten zu überlegen (z. B. französische Schweiz und Deutschschweiz). 	Universitäten (Medizinische Fakultäten, Institute für Hausarztmedizin)	SUK, EDK, GDK, SMIFK, CRUS, SBF, SNF, BAG, Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“
	<ul style="list-style-type: none"> Die Bemühungen der Institute für Hausarztmedizin, ihre Lehr- und Forschungstätigkeit besser zu vernetzen, sollten unterstützt werden (z.B. mittels projektgebundener Beiträge gemäss Universitätsförderungsgesetz). 	SUK	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Institute für Hausarztmedizin sollten bei einer breit angelegten Versorgungsforschung integriert werden, damit die akademische Attraktivität des Fachgebietes erhöht und die fachliche Evidenz gefördert werden können. 	SNF	
Fachliche Inhalte der ärztlichen Grundversorgung sind zu wenig verankert im Medizinstudium.	<ul style="list-style-type: none"> Es sollen im MedBG spezifische Ausbildungsziele für die ärztliche Grundversorgung aufgenommen werden (eine entsprechende Revision des MedBG ist aktuell in Gang). 	Bund, Parlament	SUK, EDK, GDK, SMIFK, CRUS, SBF, BAG, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> Es sollen vermehrt Möglichkeiten geschaffen werden, damit Teile des Wahlstudienjahres (nach Masterabschluss vor eidg. Prüfung) in ambulanten Praxen ärztlicher Grundversorgerinnen und -versorger absolviert werden können. 	Universitäten, (Medizinische Fakultäten, Institute für Hausarztmedizin) Lehrärztinnen und –ärzte)	

Weiterbildung allgemein

Die heutige Organisation der Weiterbildung führt zu einer zunehmenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die keine Weiterbildung absolvieren.	<ul style="list-style-type: none"> Die Weiterbildungsdauer soll gemäss den gesetzlichen Vorgaben möglichst eingehalten werden (heute dauert sie deutlich länger als 5 – 6 Jahre). Dies kann erreicht werden, indem beispielsweise Fremdjahre ohne spezifische Lernziele gestrichen werden. 	Schweizerisches Institut für Weiter- und Fortbildung SIWF, Fachgesellschaften	GDK, H+, VSAO, BAG, Medizinische Fakultäten, Universitätsspitäler, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> Zudem ist eine bessere Strukturierung durch klarere Einhaltung der Weiterbildungsprogramme und Kontrolle durch Logbücher zu erreichen. 	SIWF, Fachgesellschaften	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Spitäler und/oder das SIWF sollten mit den Weiterzubildenden Weiterbildungsverträgen (analog Lehrverträge in Berufsbildung) abschliessen. 	SIWF, Fachgesellschaften	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Verträge sollen den Weiterzubildenden verbindliche Weiterbildungsetappen für die Erreichung ihres Berufsziels zusichern und dazu beitragen, dass Warteschlangen (Weiterbildungszeit, die zur Erreichung des Weiterbildungstitels nicht erforderlich sind) vermieden werden können. Dabei sind auch Teilzeitweiterbildungen zu ermöglichen. 	SIWF, Fachgesellschaften	
	<ul style="list-style-type: none"> Dazu sollten Netzwerke zwischen den Weiterbildungsstätten gebildet werden, innerhalb derer die einzelnen für das entsprechende Weiterbildungsprogramm erforderlichen Weiterbildungsetappen koordiniert werden. 	SIWF, Fachgesellschaften	
	<ul style="list-style-type: none"> Mit Blick auf die Phase der Familiengründung, in der sich viele Weiterzubildende befinden, sollte versucht werden, die Weiterbildung in einem regionalen Umkreis zu organisieren, so dass Ortswechsel möglichst vermieden werden können. 	SIWF, Fachgesellschaften	

Weniger Frauen schliessen eine Weiterbildung ab.	<ul style="list-style-type: none"> Es sollten vermehrt Anreize zur Schaffung von Teilzeit-Weiterbildungsplätzen gesetzt werden (z.B. mittels Leistungsverträgen zwischen Kantonen und Weiterbildungsstätten/Spitäler oder ambulanten Praxen). 	Kantone	GDK, SIWF, VSAO, BAG, Medizinische Fakultäten, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sollte verbessert werden (z.B. durch spezifische Angebote der Kinderbetreuung für Spitalpersonal). 	H+ (Spitäler der Schweiz), Kantone	
	<ul style="list-style-type: none"> Die Chancengleichheit in Bezug auf die Wahl des Fachgebietes sollte überprüft werden (Frauen wählen deutlich seltener Facharztgebiete mit chirurgischen Tätigkeiten, die Gründe dafür sind noch ungeklärt.) 	Fachgesellschaften, SIWF	
	<ul style="list-style-type: none"> Generell sind grundsätzliche Überlegungen zur Flexibilisierung der Weiterbildung anzustellen, insbesondere sollte die Möglichkeit zur Modularisierung der Weiterbildung geprüft werden mit dem Ziel, Familienleben und Berufskarriere besser aufeinander abzustimmen. Aber auch spätere Neuausrichtungen sollten durch die Modularisierung leichter möglich werden (z.B. fachliche Spezialisierung). 	SIWF	
Weiterbildung ärztliche Grundversorgerinnen und -versorger			
Der Anteil der Grundversorgerinnen und Grundversorger sollte tendenziell etwas gesteigert werden, weil die Feminisierung in diesem Bereich stärker ist als beispielsweise in Fachgebieten mit chirurgischer Tätigkeit.	<ul style="list-style-type: none"> Ähnlich wie in der Ausbildung sollte auch während der Weiterbildung eine gezieltere Information über die möglichen Berufskarrieren erfolgen, damit frühere Richtungs- und Berufsentscheide (Fachgebiet, bevorzugte Versorgungsmodelle/Einzelpraxis/Gruppenpraxis) möglich sind. 	SIWF, Fachgesellschaften,	GDK, VSAO, BAG, Medizinische Fakultäten, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> Für Weiterzubildende mit Berufswunsch Hausarztmedizin sollten individuelle Coachings und Mentoring-Programme realisiert werden. 	Lehrärztinnen und -ärzte	
	<ul style="list-style-type: none"> Vorzugsweise sind Mentorinnen und Mentoren aus "Randregionen" beizuziehen und zu unterstützen, damit die Attraktivität in peripheren Regionen verbessert werden kann. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Es sollte geprüft werden, ob die heute vorhandenen Steuerungselemente genügen, um entsprechende Weiterbildungsangebote im Bereich der ärztlichen Grundversorgung und weiteren Fachgebieten, bei denen sich ein Mangel abzeichnet, zu sichern. Allenfalls sollten die Kantone z.B. im Rahmen von Leistungsverträgen mit den Weiterbildungsstätten (Spitäler, Praxen) weitere Steuerungselemente vorsehen, die zu einer quantitativen Steigerung der Weiterbildungsabschlüsse in „Mangeldisziplinen“ respektive zu einer Verringerung in eher gut dotierten Fachbereichen führen. 	Lehrärztinnen und –ärzte aus Randregionen	

<p>Die Anzahl der Praxisassistenten-Stellen in Hausarztpraxen ist (noch) zu gering und die Finanzierung ist langfristig noch nicht gesichert.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die Praxisassistenzen (Weiterbildung in Hausarztpraxen) sollten gefördert und deren Finanzierung durch die Kantone langfristig sichergestellt werden. Dazu sind geeignete Finanzierungsmodelle vorzusehen, wie sie beispielsweise bereits in der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ diskutiert und empfohlen werden (z.B. in Form des PEP-Modells: pauschal, einfach, pragmatisch). 	Kantone	SIWF, VSAO, GDK, BAG, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
Berufsausübung			
<p>Die heutige Gesundheitsversorgung erfolgt noch in zu geringem Ausmass „integriert“.</p> <p>Die vorherrschende Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich entspricht den Bedürfnissen vieler Leistungserbringer nicht mehr.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Die integrierte Versorgung sollte mittels geeigneter Anreize gefördert und gestärkt werden (z.B. in Form der KVG-Revision Managed Care). Das elektronische Patientendossier sollte möglichst schnell eingeführt werden (die entsprechende Gesetzesgrundlage wird im September 2011 in die Vernehmlassung gehen). Ideen zu neuen Versorgungsmodellen sollten bekannt gemacht und bottom-up unter Beizug der Leistungserbringer weiter entwickelt werden (aktuell werden im Rahmen der Arbeitsgruppe "Neue Versorgungsmodelle" unter der Leitung der GDK entsprechende Ideen entwickelt). Der geeignete Skill- und Grade-Mix in den verschiedenen Versorgungsmodellen sollte unter Beizug verschiedener Gesundheitsberufe diskutiert und entsprechende Modelle und Absprachen zwischen den betroffenen Berufen vorbereitet werden. Die Kantone sollten eine Bestandsaufnahme und ein Konzept zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgungsstrukturen (Einzelpraxen, Gruppenpraxen, Ambulatorien etc.) erarbeiten. Darauf basierend können von medizinischer Unterversorgung bedrohte Regionen frühzeitig identifiziert werden. Zur Sicherung der medizinischen Grundversorgung in diesen Regionen sollte nicht Strukturerhaltung um jeden Preis, sondern auch innovative Lösungen in Betracht gezogen werden. (z.B. gemeindenaher Projekte unter verstärktem Einbezug der Spitex) 	<p>Parlament</p> <p>Parlament</p> <p>GDK, Forum Managed Care etc.</p> <p>GDK, Bund , Private etc.</p> <p>Kantone</p> <p>Kantone, Gemeinden, Leistungserbringer</p>	<p>Berufsverbände und Dachorganisationen aus dem Bereich der Gesundheitsversorgung, GDK, BAG, Obsan</p>

Das Potenzial der verschiedenen Gesundheitsberufe wird nicht optimal genutzt.	<ul style="list-style-type: none"> Der Einbezug nicht-ärztlicher Gesundheitsfachpersonen in der medizinischen Grundversorgung muss im Sinne einer Entlastung der Ärztinnen und Ärzte von Leistungen, die nicht zwingend durch sie erbracht werden müssen, verstärkt werden (z.B. spezialisierte Pflegende, spezialisierte medizinische Praxisassistentinnen, Ernährungsberatung, Apothekerinnen und -apotheker). 		BBT, OdA-Santé, BAG, GDK, Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
	<ul style="list-style-type: none"> Die Aus- und Weiterbildungsinhalte der verschiedenen ärztlichen und nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe müssen mit Blick auf eine engere Zusammenarbeit aufeinander abgestimmt werden (u. a. durch die Erarbeitung eines neuen Gesundheitsberufegesetzes –vgl. auch dazu Ausführungen unter Kap. 12.1) 	Bund, Parlament, Med. Fakultäten, Fachhochschulen Gesundheit	
TARMED			
Die Tarmed-Revision ist blockiert. Notwendige Anpassungen an die Kostenrealität erfolgen nicht zeitgerecht und führen teilweise zu einer Benachteiligung der Hausärztinnen und -ärzte.	<ul style="list-style-type: none"> Die Tarifautonomie soll grundsätzlich bestehen bleiben. 	Tarifpartner, Parlament	BAG, GDK
	<ul style="list-style-type: none"> Die Tarifpartner sind gegenwärtig an der Erarbeitung eines Revisionskonzepts für Tarmed, mit dem Ziel, diesen bis Ende 2012 umfassend zu revidieren. Der Bundesrat unterstützt zudem die Realisierung der parlamentarischen Initiative 11.429, auf deren Grundlage er Anpassungen an der Tarifstruktur festsetzen kann, wenn sich diese als nicht mehr sachgerecht erweist und die Parteien sich nicht innert einer bestimmten Frist auf die notwendigen Anpassungen einigen können (vgl. dazu die Antwort des Bundesrates vom 25. Mai 2011 auf die Motion 11.3070) 	Tarifpartner, Bundesrat	

Allgemein			
Die statistischen Grundlagen zur Ärztespopulation und zu den weiteren Gesundheitsberufen sind ungenügend.	<ul style="list-style-type: none"> Die Schaffung einer gemeinsamen Arbeitsgruppe mit an entsprechenden Datenerhebungen beteiligten Bundesämtern ist vorzusehen (diese Frage wird aktuell auch im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitsstrategie NGS behandelt). 	Bund	BFS, Obsan, BAG, BBT, NGS GDK, SBF, FMH, OdA-Santé
	<ul style="list-style-type: none"> Es sollte ein jährliches Monitoring über die quantitative Entwicklung der Ärztespopulation (im In- und Ausland Ausgebildete) sowie der Verteilung der Ärztinnen und Ärzte auf die verschiedenen Fachgebiete (eidg. und anerkannte Weiterbildungstitel) durchgeführt werden. 	Bund	
	<ul style="list-style-type: none"> Ebenso ist ein Monitoring der weiteren Gesundheitsberufe vorzusehen. 	Bund	

12 Massnahmen

12.1 Eingeleitete Massnahmen des Bundes

Nachfolgend werden bereits eingeleitete oder umgesetzte Massnahmen des Bundes aufgelistet. Damit soll deutlich werden, dass bereits zahlreiche Massnahmen eingeleitet wurden, mit denen einem künftigen Ärztemangel entgegengewirkt bzw. der sich verändernden Nachfrage nach medizinischen Leistungen Rechnung getragen wird. Die wichtigsten dieser Massnahmen werden im Folgenden aufgeführt:

- *Schaffung eines neuen Gesundheitsberufegesetzes:*
Im Januar 2010 hat der Bundesrat die beiden Departemente EDI und EVD beauftragt, ein neues Gesundheitsberufegesetz auszuarbeiten, damit die Gesundheitsberufe auf Fachhochschulstufe optimal auf verschiedene Rollen in einer vernetzten medizinischen Grundversorgung ausgerichtet werden. Ziel des Bundesrates ist die Eröffnung der Vernehmlassung im Jahr 2011.
- *Schaffung eines neuen Gesetzes für die Einführung eines elektronischen Patientendossiers:*
Im Dezember 2010 hat der Bundesrat das EDI mit der Schaffung einer Rechtsgrundlage für die Einführung des elektronischen Patientendossiers beauftragt. Das elektronische Patientendossier ist ein entscheidender Faktor für die Verbesserung von Effizienz und Sicherheit in der Gesundheitsversorgung. Bis im September 2011 soll ein vernehmlassungsfähiger Entwurf ausgearbeitet sein.
- *Unterstützung der Forschung in Hausarztmedizin:*
Das BAG unterstützt die Forschung in der Hausarztmedizin durch Mithilfe bei der Netzwerkbildung der hausarztmedizinischen universitären Institute und der Eingabe von Forschungsprojekten gemäss Universitätsförderungsgesetz vom 8. Oktober 1999.⁸³ Mit dieser Massnahme will das BAG die forschungsspezifischen Anliegen der Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" unterstützen.
- *Revision des Bundesgesetzes über die universitären Medizinalberufe (MedBG):*
Mit der Revision sollen nicht nur notwendige Anpassungen an neue EU-Richtlinien, sondern u.a. auch eine gezielte Ausrichtung der Aus- und Weiterbildungsziele auf die Hausarztmedizin erreicht werden. Damit sollen aus- und weiterbildungsspezifische Anliegen der Volksinitiative "Ja zur Hausarztmedizin" unterstützt werden. Die Vernehmlassung zu dieser Revision wird im Sommer 2011 eröffnet werden.
- *Direkter Gegenentwurf zur Volksinitiative „Ja zur Hausarztmedizin“:*
Der Bundesrat stärkt mit seinem direkten Gegenentwurf die medizinische Grundversorgung, und in deren Rahmen ausdrücklich die Hausarztmedizin. Er unterstützt die Kantone im Rahmen seiner Zuständigkeiten dahingehend, dass weitere für die medizinische Grundversorgung wichtige Berufe (z.B. Pflege) mit Blick auf die neuen Herausforderungen (mehr chronisch Kranke, mehr Patientinnen und Patienten mit Mehrfacherkrankungen) entsprechend ausgebildet und adäquat in die medizinische Grundversorgung mit einbezogen werden können. Die Botschaft zur Volksinitiative wird zusammen mit diesem Bericht im Herbst 2011 an das Parlament überwiesen.
- *Schaffung eines neuen eidgenössischen Weiterbildungstitels in Allgemeiner Innerer Medizin:*
Das neu erarbeitete Weiterbildungscurriculum sieht zwei berufliche Ausrichtungen, von denen eine spezifisch auf die Tätigkeit als Praxisinternist oder Hausarzt ausgerichtet ist. Es ist per 1.1.2011 in Kraft getreten und wurde als neuer eidgenössisch geregelter Weiterbildungsgang in die entsprechende Verordnung zum MedBG aufgenommen. Damit verfügen die zukünftigen Hausärztinnen und Hausärzte über ein spezifisch auf die spätere Tätigkeit ausgerichtetes Weiterbildungscurriculum.
- *Revisionsarbeiten des Krankenversicherungsgesetzes (Verlängerung der Bedürfnisklausel):*
Per 1.1.2010 wurde Zulassungsbeschränkung für die Fachgebiete der ärztlichen Grundversorgung aufgehoben. Die Bedürfnisklausel gemäss Art. 55a KVG in ihrem eingeschränkten Geltungsbereich läuft Ende 2011 aus.
- *Revisionsarbeiten des Krankenversicherungsgesetzes (Vorlage Managed Care):*
Mit dieser Revision soll die integrierte Versorgung im Sinne einer medizinischen Versorgung und

⁸³ SR 414.20.

Betreuung der Versicherten über die ganze Behandlungskette hinweg gefördert werden. Die parlamentarischen Beratungen werden voraussichtlich in der Herbstsession 2011 abgeschlossen werden.

12.2 Gemeinschaftliche Massnahmen Bund - Kantone

Seit 2005 befassen sich Bund und Kantone intensiv mit den dringendsten Problemen in der ärztlichen Grundversorgung. In verschiedenen Arbeitsgruppen wurden diese analysiert, Lösungsansätze erarbeitet und entsprechende Berichte publiziert. Die wichtigsten betreffen die Reorganisation des Notfalldienstes (2006) und die Finanzierung der spezifischen Weiterbildung (2006). Zwischen 2007 - 2009 wurden beide Themen vertieft und entsprechende Informations-Plattformen für die Kantone aufgebaut. Diese Plattformen zeigen, dass insbesondere die Arbeiten zum ärztlichen Notfalldienst zahlreiche Reorganisationen ausgelöst haben, die zur Entlastung der ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger beitragen. Ein vollständiger Überblick der Arbeiten ist auf der Internetseite der GDK unter folgendem Link zu finden: <http://www.gdk-cds.ch/index.php?id=847&L=0>

Zusätzlich zu nennen sind folgende Projekte, welche geeignet sind, den Mangel in der Hausarztmedizin und in den Pflegeberufen abzuschwächen:

- *Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“:*
Das BAG unterstützt diese im April 2010 neu eingesetzte Arbeitsgruppe unter der Leitung der GDK bei der Ausarbeitung von Vorschlägen, die den Strukturwandel in der ambulanten Versorgung unter Einbezug der Pflegenden ermöglichen sollen. Der Bericht der Arbeitsgruppe wird spätestens im Herbst 2011 vorliegen.
- *Forum „Ärztliche Grundversorgung“:*
Bei diesem Gremium handelt es sich um die Nachfolge-Arbeitsgruppe der Arbeitsgruppe „Ärztliche Grundversorgung“, die seit 2006 mehrere Berichte zu Themen der Hausarztmedizin erarbeitet hat (z.B. Notfallnummer, Reorganisation des ärztlichen Notfalldienstes und ärztliche Weiterbildung in Hausarztmedizin).
- *Masterplan "Bildung Pflegeberufe"*
Auf der Basis des gemeinschaftlich erarbeiteten EVD-Berichtes "Bildung Pflegeberufe" wurde im 2010 ein Masterplan «Bildung Pflegeberufe» für die Periode 2010-2015 entwickelt. Der Masterplan soll dazu beitragen, dass einerseits Ausbildungskapazitäten und Berufsverweildauer erhöht und andererseits auf allen Qualifikationsstufen ausgebildet wird, so dass das Pflegepersonal möglichst bedarfsgerecht qualifiziert ist.
- *Plattform Zukunft ärztliche Bildung (ZÄB):*
2010 hat das BAG im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (NGP) diese neue Plattform aufgebaut. Im September 2010 hat ein erster Austausch mit den 17 in der Plattform vertretenen Behörden und Organisationen stattgefunden. Erster Themenschwerpunkt ist die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Die Plattform soll in Zukunft als Diskussionsforum für zahlreiche weitere Themen eingesetzt werden.
- *Projekt Nationale Gesundheitsstrategie (NGS):*
Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik veranlasste im April 2010 die Zusammenstellung der wichtigsten gesundheitspolitischen Herausforderungen, die sich aufgrund der aktuellen Kompetenzverteilung zwischen Bund und Kantonen ergeben. Auch das Thema Gesundheitspersonal wurde unter diesem Gesichtspunkt eingehend geprüft. Die Relevanz des Themas wurde erkannt. Da aber bereits diverse Gremien im Bereich Gesundheitspersonal tätig waren, beschloss der Dialog das Thema zwar weiter unter Beobachtung zu halten, aber keine neuen Aktivitäten zu lancieren. Die Tarife der Leistungen wurden jedoch als eins der zentralen Themen zur weiteren Bearbeitung identifiziert. Im Oktober 2010 startete das Projekt NGS. Als thematische Hauptpfeiler wurden die Steuerung im Gesundheitssystem, die Beschaffung der dazu notwendigen Datengrundlagen (darunter auch Daten zum Gesundheitspersonal im ambulanten Bereich) gewählt. In die Arbeiten einbezogen sind GDK, BAG und BFS. Erste Resultate werden im 2011 Oktober im Dialog NGP diskutiert werden.