



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Bericht der Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“

Datum: September 2018

Für: **Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“**

Verfasst von: Co-Leitung der Themengruppe: Dr. Werner Bauer (SIWF), Dr. Stefan Spycher (BAG), Maria Hodel (BAG), Sara Shokry (BAG), Nina Wyss (BAG)

Allen beteiligten Expertinnen und Experten sowie Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Sitzungen, die zu diesem Bericht geführt haben, danken wir im Namen von BAG und SIWF für ihre wertvolle Unterstützung.

Inhaltsverzeichnis

0	Vorbemerkung	3
1	Ausgangslage	3
2	Mandat der Themengruppe.....	5
3	Vorgehen der Themengruppe und Ergebnisse	6
3.1	Ergebnisse zu Datengrundlagen (Aufgabe 1)	6
3.2	Ergebnisse zur Kommission (Aufgabe 2).....	9
4	Weiteres Vorgehen	10
5	Anhänge	12
5.1	Mandat der Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung	12
5.2	Mitglieder der Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“	14

0 Vorbemerkung

Ziel des vorliegenden Berichts ist, zu beschreiben, wie die Themengruppe "Koordination der ärztlichen Weiterbildung" die ihr gestellten Aufgaben bearbeitet hat. Zum einen hatte die Themengruppe den Auftrag, ein Modell zu entwickeln, mit dem Berechnungen zum zukünftigen Bestand und Bedarf an Ärztinnen und Ärzten erstellt werden können. Die zweite Aufgabe bestand darin, Vorschläge zu entwickeln, welcher institutionelle Rahmen eine Kommission haben sollte, die die Daten und Berechnungen aus der ersten Aufgabe analysiert und Empfehlungen zum Weiterbildungsangebot formuliert. Im vorliegenden Bericht geht es dabei weniger um die Interpretation der Ergebnisse, als vielmehr um die Darstellung, wie die Themengruppe die Lösungen entwickelt hat. Die Themengruppe hat sich in den Jahren 2015 bis 2018 zu acht Sitzungen unter der Leitung des Schweizerischen Instituts für ärztliche Weiter- und Fortbildung und des Bundesamtes für Gesundheit getroffen.

Im ersten Kapitel (Ausgangslage) werden die wichtigsten Herausforderungen beschrieben, die zum Einsetzen der Themengruppe führten. Im zweiten Kapitel wird das Mandat der Themengruppe vorgestellt, das aus zwei Aufgaben bestand. In zwei Unterkapiteln werden die Ergebnisse zusammengefasst, die in den beiden Aufgaben erzielt werden konnten. In einem vierten und letzten Kapitel wird das weitere Vorgehen beschrieben.

Detaillierte Ausführungen zur Ausgangslage und zum Mandat der Themengruppe mit den zwei Aufgaben finden sich in Anhang 1. In Anhang 2 ist eine Übersicht über die Mitglieder der Themengruppe dargestellt.

1 Ausgangslage

Fachliche und geografische Fehlverteilungen ärztlicher Ressourcen und deren Folgen werden seit rund 30 Jahren in vielen Ländern analysiert und diskutiert. Treiber dieser Entwicklung sind u.a. die starke Differenzierung der Medizin, die Entwicklung neuer Gesundheitsberufe sowie veränderte Versorgungsbedürfnisse infolge Alterung der Bevölkerung.¹ Es wird befürchtet, dass sich ohne steuernde Eingriffe ein Fachärztemix etabliert, der nicht den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung entspricht. Bessere Rahmenbedingungen in hochindustrialisierten Ländern führen ausserdem zu einer weltweiten Migration des Gesundheitspersonals. Die WHO beobachtet diese Entwicklung mit Besorgnis, weil sie im Endeffekt zu Lasten ärmerer Länder geht. Sie hat deshalb 2010 den *Global Code of Practice* erlassen.² Dieser Verhaltenskodex soll die Mitgliedstaaten dazu bewegen, ethische Grundsätze bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal im Ausland zu berücksichtigen und eine möglichst bedarfsgerechte Zahl von Gesundheitsfachpersonen im eigenen Land auszubilden.

Die ärztlichen Ressourcen sowie deren fachliche und regionale Verteilung sind auch in der Schweiz seit Jahren Gegenstand politischer Diskussionen und Interventionen. Nachdem der Bundesrat sich im Rahmen zahlreicher parlamentarischer Vorstösse mehrfach für eine Erhöhung der beschränkten Ausbildungskapazitäten (unter Beibehaltung des Numerus Clausus) in Humanmedizin ausgesprochen hatte, wurde von verschiedener Seite die Befürchtung geäussert, dass Mehrausbildung allein nicht gewährleisten würde, dass diese Ärztinnen und Ärzte sich dann auch in denjenigen Fachgebieten spezialisierten, in denen der grösste Bedarf bestehe. Fakt ist, dass das heutige Weiterbildungsangebot nicht durch inländischen Nachwuchs gedeckt werden kann. Assistenzarztstellen können seit Jahren nur zu knapp 60 Prozent mit inländischem Nachwuchs besetzt werden. Die übrigen Stellen werden mit im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten besetzt. Die Schweiz ist somit stark auf ausländische Assistenzärztinnen und Assistenzärzte angewiesen. Die Besetzung gewisser Weiterbildungsstellen wird aber zuneh-

¹ Berchtold, P. et al. (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung. Eine systematische Literaturrecherche und strukturierte Expertengespräche zu internationalen Erfahrungen. inav/Institut für angewandte Versorgungsforschung und college M.

² <http://www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/>

mend schwieriger. Es gibt bereits heute Rekrutierungsprobleme und in der Folge unbesetzte Weiterbildungsstellen. Dies muss durch die Anstellung von fertig ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten kompensiert werden.

Vor dem Hintergrund der hohen Auslandabhängigkeit beim ärztlichen Personal hat der Bundesrat im Kontext der Begleitmassnahmen zum Umsetzungskonzept zu Artikel 121a BV (Masseneinwanderungsinitiative) und der Fachkräfteinitiative des WBF zusammen mit den Kantonen Massnahmen zur nachhaltigen Erhöhung der Anzahl Abschlüsse in Humanmedizin beschlossen. Insbesondere sieht er vor, im Rahmen der Botschaft über die Förderung von Bildung, Forschung und Innovation (BFI-Botschaft) in den Jahren 2017-2020 den Kredit der projektgebundenen Beiträge nach HFKG um maximal 100 Millionen Franken zu erhöhen: Ein anreizorientiertes Programm soll zur nachhaltigen Erhöhung der Anzahl Studienabschlüsse in Humanmedizin beitragen. Die Frage nach einer bedarfsgerechten Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte gewinnt dadurch zusätzlich an Bedeutung.

Heute kann die Anzahl der Fachärztinnen und Fachärzte und ihre Verteilung auf die Fachgebiete in der Schweiz nur bedingt beeinflusst werden. Assistenzärztinnen und Assistenzärzte sind grundsätzlich frei darin, wie sie ihre Weiterbildungslaufbahn gestalten. Das Weiterbildungsangebot richtet sich weitgehend nach den funktionalen Bedürfnissen der Weiterbildungsstätten (Spitäler). Diese benötigen die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte zur Aufrechterhaltung des Normalbetriebs. Dabei ist offen, ob die funktionalen Bedürfnisse der Spitäler deckungsgleich sind mit dem Versorgungsbedarf der Bevölkerung. Es gibt Anzeichen dafür, dass in einzelnen Fachgebieten zu viele und in andern zu wenig Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden. Mit Einführung der 50-Stunden-Woche im Jahr 2005 wurde die Zahl der Assistenzarztstellen zur Sicherstellung des Spitalbetriebs erhöht.

Das einzige Steuerungsinstrument mit eindeutig regulativer Funktion ist der Zulassungsstopp (Art. 55a KVG). Dieser stellt eine Beschränkung der Zulassung zu ärztlichen Tätigkeiten zulasten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung dar. Weil dieser regulative Eingriff erst zu einem späten Zeitpunkt einsetzt, droht die Gefahr von Ineffizienzen in der Aus- und Weiterbildung. Konkret ist nicht auszuschliessen, dass junge Ärztinnen und Ärzte auf Berufsziele hinarbeiten, die sie später nie verwirklichen können. Es besteht zudem ein Defizit an breit abgestützten Schwellenwerten zur Unter- oder Überversorgung. Die konsequente Anwendung dieses Instruments ist damit erschwert. Mehrere Kantone verzichteten zum Zeitpunkt der Lancierung der Themengruppe auf eine Anwendung des Zulassungsstopps, darunter Zürich, Aargau, Appenzell Ausserrhoden, Freiburg, Glarus und Zug.³

Aus den obigen Ausführungen ergeben sich folgende Problemlagen, die Anlass zu koordinierenden Massnahmen in der ärztlichen Weiterbildung geben können:

- A) Einzelne Fachgebiete sind stark von der Einwanderung ausländischer Assistenzärztinnen und Assistenzärzte abhängig. Eine hohe Abhängigkeit deutet darauf hin, dass die Attraktivität des entsprechenden Fachgebiets unter den in der Schweiz ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten zu wenig gross ist. Sollten ausländische Assistenzärztinnen und Assistenzärzte nicht mehr in genügendem Ausmass rekrutiert werden können, dann wären die Fächer mit hoher Auslandabhängigkeit besonders von einem Mangel betroffen.
- B) Die Verteilung der heutigen Weiterbildungsstellen auf die Fachgebiete entsteht nicht in einem vom Bedarf der Bevölkerung ausgehenden Prozess. Es gibt Hinweise darauf, dass in einigen Fächern zu viele und in anderen zu wenig Weiterbildungsstellen bestehen. Dies führt zu einer zweifachen Schwierigkeit: Einerseits besteht dort, wo zu viele ausgebildet werden, die Gefahr der Überversorgung. Gleichzeitig kann es sein, dass die Ärztinnen und Ärzte in diesen Fachgebieten keine Anstellungen finden und sich damit die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass sie in versorgungsferne Branchen wechseln oder ihre klinische Tätigkeit gänzlich aufgeben. Andererseits müssen in denjenigen Fachgebieten, in denen zu wenige ausgebildet werden, Ärztinnen und

³ Dubach, P. et al. (2014): Steuerung der ärztlichen Weiterbildung in der Schweiz.

- Ärzte aus dem Ausland rekrutiert werden, was besonders in ländlicheren und peripheren Regionen zunehmend schwieriger wird und die Gefahr einer Unterversorgung mit sich bringt.
- C) Ohne Zulassungssteuerung, die sich am Bedarf der Bevölkerung orientiert, besteht die Gefahr, dass es vor allem in Zentren eine Überversorgung mit Schweizer und ausländischen Fachärztinnen und Fachärzten gibt. Diese Überversorgung kann entstehen, wenn die Verteilung der Weiterbildungsstellen auf die Fachgebiete nicht dem Bedarf der Bevölkerung entspricht bzw. wenn Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland ungehindert zuwandern und sich niederlassen können. Dieser Umstand kann auch aus der Perspektive der Kosten bzw. hinsichtlich der Mengenausweitung von Bedeutung sein.
 - D) Durch die hohe Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten entstehen weitere Probleme: die fehlenden Kenntnisse des schweizerischen Gesundheitssystems, der Sprache und der Kultur können die Qualität der medizinischen Leistungen beeinträchtigen. Zudem gefährdet die Abwanderung von Gesundheitspersonal im Endeffekt die bereits präkäre Gesundheitsversorgung in ärmeren Ländern (WHO-Verhaltenskodex).

Um die negativen Folgen einer erschwerten Rekrutierung von ausländischen Assistenzärztinnen und Assistenzärzten oder im Ausland ausgebildeten Fachärztinnen und Fachärzten zu reduzieren, müssen erstens mehr Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz ausgebildet werden. Zweitens müssen die Weiterbildungsstellen so auf die Fachgebiete aufgeteilt sein, dass der Bedarf der Bevölkerung abgedeckt werden kann. Schliesslich hat auch die Karrierewahl bzw. Berufsausübung (Universitätsspital/Regionalspital/Niederlassung in freier Praxis in der Stadt oder auf dem Land) einen Einfluss auf die Abdeckung des Bedarfs.

Aufgrund dieser Ausgangslage hat die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ im Dezember 2014 beschlossen, die Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“ einzusetzen, die sich mit der Frage der bedarfsgerechten Koordination des Weiterbildungsangebots und damit indirekt auch mit der Frage der bedarfsgerechten Versorgung für die Schweiz befasst. Man möchte Lösungen vorbereiten, um eine qualitativ hochstehende Versorgung der Schweizer Bevölkerung weiterhin gewährleisten zu können (vgl. detaillierte Ausführungen zur Ausgangslage im Mandat in Anhang 1).

2 Mandat der Themengruppe

Das Mandat der Themengruppe bestand aus den folgenden zwei Aufgaben (vgl. vollständiges Mandat in Anhang 1):

Aufgabe 1: Beschaffung der fehlenden Datengrundlagen

Um den zukünftigen Bedarf an Ärztinnen und Ärzten zu bestimmen und zu planen, braucht es Informationen über den zukünftigen Bestand sowie den zukünftigen Bedarf. Die Themengruppe soll ein Modell entwickeln, welches für die Prognose und Bedarfsplanung von Ärztinnen und Ärzten geeignet ist.

Aufgabe 2: Einrichtung eines "Gremiums" bzw. "Kommission"⁴

Die Themengruppe soll Vorschläge entwickeln, welcher institutionelle Rahmen eine Kommission haben sollte, die gestützt auf das in Aufgabe 1 entwickelte Modell Empfehlungen zum Weiterbildungsangebot ausarbeitet. Dazu soll sie Vorschläge zu den darin vertretenen Akteuren, zur Arbeitsweise, zum Auftraggeber und zu den Entscheidungskompetenzen erarbeiten.

⁴ Im ursprünglichen Mandat der Themengruppe wurde der Begriff "Gremium" verwendet. Die Themengruppe hat an ihrer 7. bzw. 8. Sitzung die Einrichtung einer "Kommission" beschlossen. Im Folgenden wird daher der Begriff "Kommission" verwendet.

3 Vorgehen der Themengruppe und Ergebnisse

Die Themengruppe wurde von einer Co-Leitung Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter und Fortbildung (SIWF) und Bundesamt für Gesundheit (BAG) geführt. Sie hat sich von 2015 bis 2018 zu insgesamt acht Sitzungen getroffen. Die Sitzungen wurden gemeinsam von der Co-Leitung vorbereitet. Diese entschied sich für den frühen Einbezug des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan), um Aufgabe 1 des Mandats anzugehen. Das Obsan bearbeitet im Auftrag von Bund und Kantonen sechs Gesundheitsthemen, darunter *Gesundheitsfachkräfte*. Es hat Zugang zu vielen verschiedenen Datenquellen, kann diese verknüpfen und analysieren, um die gesundheitspolitische Planung und Entscheidungsfindung zu unterstützen. Das Obsan wurde deshalb von der Co-Leitung mit einem Mandat zur Unterstützung der Themengruppe betraut. Es nahm an allen acht Sitzungen der Themengruppe teil, es beriet die Co-Leitung und berücksichtigte deren Vorschläge sowie jene der Themengruppe in Bezug auf die Datengrundlagen. Die Vorschläge wurden soweit möglich und sinnvoll in das Berechnungsmodell aufgenommen (vgl. Kap. 3.1).

Zu Aufgabe 2 erarbeitete die Co-Leitung Lösungsvorschläge anhand verschiedener Dimensionen einer Kommission. Die Lösungsvorschläge wurden in der Themengruppe vorgestellt und diskutiert. Die Themengruppe beschloss schliesslich in ihrer letzten Sitzung die Einsetzung einer Kommission und legte das weitere Vorgehen fest.

In den beiden folgenden Unterkapiteln werden die Diskussionen der Themengruppe und die erzielten Ergebnisse zusammengefasst.

3.1 Ergebnisse zu Datengrundlagen (Aufgabe 1)

Das Berechnungsmodell für die zukünftigen Prognosen des Bestandes und Bedarfs an Ärztinnen und Ärzten wurde nach holländischem Vorbild erstellt. Holland verfügt über eine lange Erfahrung in der Planung des Gesundheitspersonals und erstellt seine Prognosen mit dem Planungsmodell NIVEL. Die Entwicklung eines Planungsmodells für das Gesundheitspersonal ist ein hoch komplexes Unterfangen. Der Einführung und Umsetzung des Planungsmodells in Holland gingen langjährige politische und fachliche Diskussionen voraus, die heute in institutionalisierter Form weitergeführt werden. Die Themengruppe schlug vor, das Modell NIVEL zu übernehmen und an Schweizer Verhältnisse anzupassen.⁵ Es beauftragte das Obsan, einen geeigneten Vorschlag zu erarbeiten.

Das Obsan präsentierte und erläuterte zunächst zwei Ansätze, die für die Planung des Gesundheitspersonals verwendet werden:

- A) "Inanspruchnahme-Ansatz" (demand/utilization approach): Dieser Ansatz geht von der aktuellen Inanspruchnahme aus und erstellt Prognosen auf der berechneten zukünftigen Inanspruchnahme unter Berücksichtigung der erwarteten demografischen und epidemiologischen Entwicklung. Dieser Ansatz geht in der Regel davon aus, dass die aktuelle Inanspruchnahme angemessen ist. Allfällige Unter- oder Überversorgungen werden in diesen Ansätzen nicht berücksichtigt.
- B) "Bedarfs-Ansatz" (needs-based approach): Dieser Ansatz geht von den aktuellen und zukünftigen Bedürfnissen der Bevölkerung aus. Somit berücksichtigt der Ansatz Aspekte wie Unter- und Überversorgung oder einen zukünftigen Wandel der Bedürfnisse. Die Bedürfnisse der Bevölkerung hinsichtlich Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind schwierig zu ermitteln bzw.

⁵ Im Unterschied zur Schweiz arbeiten Spezialistinnen und Spezialisten in Holland nicht in privaten Praxen, sondern sind von Spitälern angestellt oder arbeiten spitalbasiert. Die ärztlichen Grundversorgerinnen und -versorger arbeiten in Gruppenpraxen, der Zugang zu Spezialistinnen und Spezialisten ist auf Überweisung durch die Grundversorgerinnen und Grundversorger möglich. Die freie Arztwahl ist somit eingeschränkt. Die Kosten für die Weiterbildung werden vom Gesundheitsministerium finanziert.

zu operationalisieren: so ist es äusserst schwierig, wenn nicht sogar unmöglich zu definieren, welche Bedürfnisse bestehen und berechtigt sind und was die richtige Versorgung wäre.

Das von Holland gewählte Modell NIVEL entspricht dem "Inanspruchnahme-Ansatz". Die untenstehende Abbildung 1 zeigt das bereits auf die Schweizer Verhältnisse adaptierte Modell. Es besteht aus verschiedenen Teilen:

- Vertikal sind drei Phasen unterschieden. Die linke Phase bezieht sich auf die aktuelle Situation im Jahr t , in der mittleren Phase sind die für die Personalplanung relevanten Entwicklungen oder Einflussfaktoren abgebildet, die schliesslich zu Phase drei führen, welche die zukünftige Situation abbildet (Jahr $t + x$).
- Horizontal ist das Modell in drei Teile geteilt: den Personalbestand (oberer Teil der Grafik) und den Personalbedarf (unterer Teil der Grafik). Der mittlere Teil bezieht sich auf die Differenz zwischen Bestand und Bedarf.

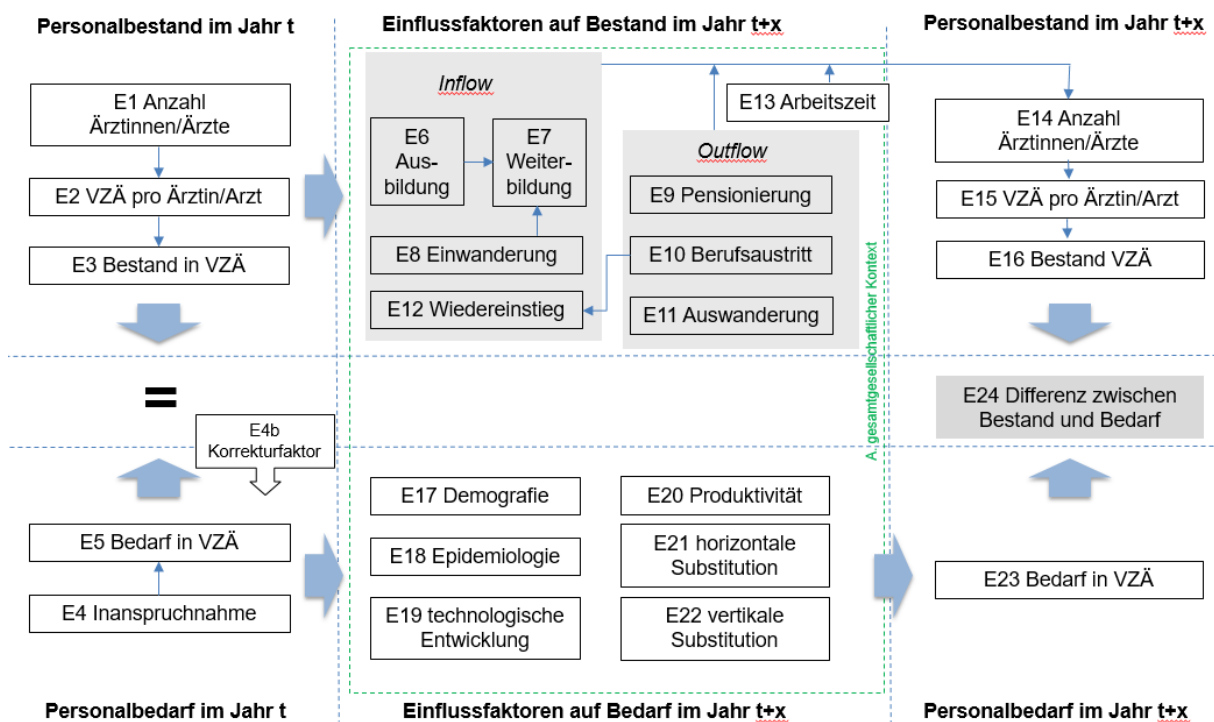


Abbildung 1: Schweizer NIVEL-Modell zur Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an (Fach-)ärztinnen und (Fach-)ärzten

Das Obsan hat gegenüber dem holländischen NIVEL-Modell folgende Anpassungen vorgenommen:

- Um eine allfällige Unter- und Überversorgung berücksichtigen zu können, wurde schon am Ausgangspunkt des Modells ein Korrekturfaktor (Element 4b) eingeführt. Dieser ermöglicht es, den Personalbedarf in bestimmten Bereichen (Fachgebiete, Versorgungsbereiche ambulant/stationär, geografische Verteilung) zu korrigieren.
- Zudem wurden die In- und Outflow-Faktoren gruppiert und spezifiziert in Pensionierungen, Berufsaustritte und Auswanderung. Personen, die wiedereinsteigen, werden unter Inflow abgebildet.

Die Elemente in Spalte drei ergeben sich aus den Daten und Experteneinschätzungen der Spalten 1 und 2 des Modells. Sie stellen das Ergebnis der Berechnungen dar, dem entnommen werden kann, ob im Jahr $t + x$ eine Differenz zwischen Bedarf und Bestand entsteht. Das Ergebnis in Element 24 wird in Form von Vollzeitäquivalenten ausgedrückt werden. Dieses Ergebnis wird die Grundlage für die Emp-

fehlungen sein, die von der Kommission erarbeitet werden. Ähnlich wie bei der Prognose der Bevölkerungsentwicklung werden auch mit diesem Modell jeweils verschiedene Szenarien gerechnet werden, um unterschiedlichen Experteneinschätzungen Rechnung zu tragen. Bevor Prognosen erstellt werden, muss sich die Kommission über den Untersuchungsgegenstand einigen. Sie muss also entscheiden, für welche Fachgebiete oder Fachgebietsgruppen respektive Versorgungsbereiche (ambulant oder stationär) Berechnungsszenarien erstellt werden sollen.

Die Themengruppe hat sich nach Diskussion des adaptierten Modellvorschlags des Obsan dazu entschieden, den Beginn der Arbeiten nicht aufgrund fehlender Datengrundlagen aufzuschieben, sondern sofort mit Einschätzungen und Berechnungen zu beginnen um Erfahrungen im Umgang mit dem Modell zu sammeln. Dazu hat das Obsan Testberechnungen für die folgenden Facharztgruppen erstellt: Allgemeine Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Ophthalmologie, Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie und Urologie. Zudem hat das Obsan das Total der Ärzteschaft berechnet. An den Berechnungen beteiligt waren ebenfalls Expertinnen und Experten der jeweiligen Fachgesellschaften, die ihre Einschätzung zur Entwicklung einzelner Elemente im Modell abgaben. Die Einschätzungen der Expertinnen und Experten waren für die Erstellung der Prognose-Berechnungen zentral; ohne diese hätten die Berechnungen aufgrund der noch verbesserungswürdigen Datengrundlage kaum realisiert werden können.

Grundsätzlich werden die Berechnungen nach folgendem Prinzip erstellt: Es wird vom Bestand zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgegangen und dann bis 2030 jedes Jahr die verliehenen Weiterbildungstitel dazugerechnet und die eingewanderten Fachärzte dazugezählt. Abgezogen werden die Pensionierungen, die Auswanderungen und die Berufsaustritte. Die detaillierten Ergebnisse der Testberechnungen und Expertensitzungen sind in den Berichten des Obsan dargestellt.

Aufgrund der Testberechnungen konnte das Modell weiter verfeinert werden. So werden die Berechnungen schlussendlich mit folgenden zwei Annahmen / Szenarien erstellt: "Demographie", d.h. nur Bevölkerungsszenarien (hoch, mittel, tief) und "Demographie Plus", bei der nebst den Bevölkerungsszenarien (hoch, mittel, tief) noch zusätzlich Annahmen bezüglich der Entwicklung der Inanspruchnahme enthalten sind. Durch die Erstellung der Prognosen aufgrund der Bevölkerungsszenarien kann auch die Entwicklung der Altersstruktur berücksichtigt werden. Ferner wurde auch erkannt, dass es gewisse Elemente gibt, die – sobald sie verändert werden – eine stärkere Auswirkung auf die Resultate haben als andere. Elemente, welche eine starke Auswirkung haben, sind beispielsweise die Einwanderung oder das Arbeitspensum.

Unter Berücksichtigung der Tatsachen, dass die Berechnungen mittels verschiedener Szenarien erstellt wurden, sich auf die Einschätzung weniger Expertinnen und Experten stützen und auf teils verbesserungswürdiger Datengrundlagen vorgenommen wurden, zeigen die Testberechnungen mit dem Modell einige Tendenzen, die – mit aller Vorsicht interpretiert – über die verschiedenen Facharztgruppen hinweg recht stabil erscheinen:

- Um die Versorgung in der Schweiz ohne übermässigen Rückgriff auf ausländische Ärztinnen und Ärzte zu garantieren, bilden die Universitäten zu wenig Ärztinnen und Ärzte aus und das Weiterbildungssystem in der Folge zu wenige Fachärztinnen und Fachärzte.
- Gleichzeitig war die Einwanderung in den letzten Jahren relativ stark. Bleibt sie in den kommenden Jahren auf demselben Niveau wie in der Vergangenheit, so wird das ärztliche Angebot die Patientennachfrage in vielen Fachrichtungen wohl übersteigen.
- Weiterhin sind die Daten zum durchschnittlichen Arbeitspensum, zu den Austritten bei den zukünftigen Eintritts und bei der Inanspruchnahme im ambulanten Spitalbereich mit gewissen Unsicherheiten verbunden. Eine künftig bessere Datenlage trägt zur Verbesserung der Modellrechnungen bei.

Die Themengruppe hat sich im Laufe ihrer Arbeiten jeweils auch kritisch zu den Prognose-Berechnun-

gen geäußert. So wurde bemängelt, dass die aktuelle Datenlage für Berechnungen noch zu ungenügend sei und dass die Berechnungen insgesamt aufgrund der Immigration von ausländischen Ärztinnen und Ärzten schwierig seien. Letzterem ist entgegenzuhalten, dass die Koordination der ärztlichen Weiterbildung wesentlich zu einem bedarfsgerechten Angebot an Fachärztinnen und Fachärzten im Spital und im ambulanten Bereich beitragen kann. Mit der Mitte 2016 um drei Jahre verlängerten Verordnung über die Einschränkung der Zulassung von Leistungserbringern zur Tätigkeit zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung (VEZL = "Zulassungsstopp") haben die Kantone grundsätzlich die Möglichkeit, ausländischen Fachärztinnen und Fachärzten die Niederlassung im ambulanten Bereich zu verweigern, wenn die in der VEZL festgelegten Höchstzahlen erreicht werden. Zudem trägt die Koordination der ärztlichen Weiterbildung zur Versorgungssicherheit bei, weil dadurch sichergestellt wird, dass in allen Fachgebieten möglichst eine bedarfsgerechte Anzahl an Ärztinnen und Ärzten ausgebildet wird. Eine Rückwanderung oder fehlende Einwanderung in bestimmten Fachgebieten hätte dann nicht zur Folge, dass in der Schweiz kein entsprechendes Angebot mehr zur Verfügung steht. Hinsichtlich der Kritik an der Datenlage hält die Themengruppe fest, dass das Modell dennoch erlaube, die mit der aktuellen Datenlage bestmöglichen Resultate zu liefern. Es ist zudem davon auszugehen, dass sich die Datenlage aufgrund künftiger Entwicklungen weiter verbessern wird. Dies würde sich positiv auf die Prognose-Berechnungen auswirken. Daher hat die Themengruppe beschlossen, dass das Berechnungsmodell weiter angewandt werden soll. Zum weiteren Vorgehen vgl. Kapitel 4.

Durch die Erarbeitung eines Berechnungsmodells, mit dem Prognosen zum zukünftigen Bestand und Bedarf an Ärztinnen und Ärzten erstellt werden können und die eingehende Prüfung auf seine Tauglichkeit, hat die Themengruppe die Aufgabe 1 ihres Mandats erfüllt.

3.2 Ergebnisse zur Kommission (Aufgabe 2)

Hinsichtlich der zweiten Aufgabe der Themengruppe ist diskutiert worden, wie eine Kommission aussehen müsste, welche die unter Kapitel 3.1 erwähnten Einschätzungen vornehmen und die Resultate des Modells in Empfehlungen "übersetzen" und an die richtigen Akteure adressieren kann. Die Empfehlungen sollen der verbesserten Koordination der ärztlichen Weiterbildung dienen.

Nachfolgend dargestellt sind die Struktur und die Aufgaben der Kommission, wie sie die Themengruppe vorschlägt. Die effektive Einsetzung einer solchen Kommission ist noch nicht definitiv

Die Kommission wird vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik eingesetzt und ist zuständig für die Durchführung der zukünftigen Berechnungen über das Angebot und den Bedarf nach ärztlichen Leistungen sowie die Analyse der Berechnungsergebnisse und die Ableitung von Empfehlungen. In einem Mandat werden Ziele, Aufgaben, Kompetenzen und die Zusammensetzung der Kommission definiert. In der Kommission vertreten sind insbesondere die folgenden Stellen: BAG, SIWF, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), Vertretungen der ärztlichen Ausbildung (Staatssekretariat für Bildung, Forschung und Innovation SBF, Swissuniversities), Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte, Hplus, sowie Vertretungen der Kostenträger (Santésuisse, Curafutura). Die Kommission beauftragt das Obsan, regelmässig Berechnungen für das Angebot und die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen durchzuführen. Das Obsan führt Berechnungen zum Total der Ärzteschaft sowie zu einzelnen Fachgebieten durch und ist dabei im Gespräch mit den ärztlichen Fachgesellschaften. Anschliessend diskutiert und analysiert die Kommission die Berechnungsergebnisse und formuliert Empfehlungen an alle relevanten Partner. Die Empfehlungen werden von der Kommission veröffentlicht; weitergehende Kompetenzen hat die Kommission jedoch nicht. Die Kommission kann vor der Formulierung von Empfehlungen Anhörungen durchführen. Die Empfehlungen der Kommission können beispielsweise die Anzahl Studierende oder die Zuwanderung betreffen. Darüber hinaus ist die Kommission für die Weiterentwicklung des Berech-

nungsmodells verantwortlich (beispielsweise hinsichtlich der Möglichkeit, regionale Prognosen zu erstellen). Das BAG führt ein Sekretariat der Kommission. Die Finanzierung der Kommission wird durch Bund und Kantone geleistet (Finanzierung des Obsan, Sitzungsgelder etc.).

Wie bereits beschrieben, hätte die Kommission keine weiterreichenden Kompetenzen als die Formulierung von Empfehlungen. Es wäre wünschenswert, wenn die empirisch abgestützten Empfehlungen der Kommission als Orientierungshilfe für die relevanten Akteure dienen würden.

Die Organisationsform könnte etwa folgendermassen illustriert werden:

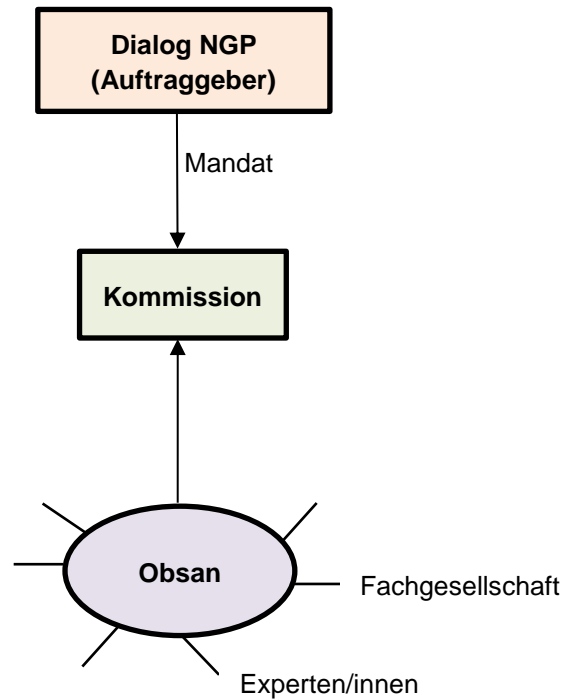


Abbildung 2: Organisationsform der Kommission

Die Themengruppe hat sich auch zur Kommission kritisch geäußert. So wurde befürchtet, dass die Kommission zu weitreichende Kompetenzen hinsichtlich einer effektiven "Steuerung" der ärztlichen Weiterbildung erhalte. Es wurde aber klar festgelegt, dass die Kommission nur Aussagen mit empfehlendem Charakter an die relevanten Akteure machen dürfe.

Die Themengruppe hat die oben formulierten Überlegungen zur Kommission und ihren Aufgaben an ihrer letzten Sitzung beschlossen. Somit hat sie die Aufgabe 2 ihres Mandats erfüllt.

4 Weiteres Vorgehen

Die Themengruppe hat wie oben dargestellt die zwei Aufgaben ihres Mandats erfüllt. Anlässlich ihrer letzten Sitzung hat die Themengruppe beschlossen, dass die Berechnungen durch das Obsan weitergeführt werden sollen. So kann ein breites Know-How in der Anwendung des Berechnungsmodells und in der Interpretation der Daten aufgebaut werden. Zudem können durch regelmässige Berechnungen Entwicklungen aufgezeigt und eine künftig bessere Datenlage genutzt werden.

Die Themengruppe hat das weitere Vorgehen wie folgt festgelegt: Die Resultate der Themengruppe

werden im Herbst 2018 in der Plattform ZäB diskutiert. Diese wiederum legt die Ergebnisse dem Dialog Nationale Gesundheitspolitik an seiner nächsten Sitzung vor. Zeigt sich der Dialog Nationale Gesundheitspolitik einverstanden mit dem Vorgehen, können anschliessend die Arbeiten der Kommission aufgenommen werden.

5 Anhänge

5.1 Mandat der Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“

Ausgangslage

Die ärztlichen Ressourcen sowie deren fachliche und regionale Verteilung sind seit Jahren Gegenstand politischer Diskussionen und Interventionen. Nachdem der Bundesrat sich im Rahmen zahlreicher parlamentarischer Vorstösse mehrfach für eine Erhöhung der beschränkten Ausbildungskapazitäten (unter Beibehaltung des Numerus Clausus) in Humanmedizin ausgesprochen hatte,⁶ wurde von verschiedenen Seiten die Kritik laut, dass die Mehrausbildung allein nicht gewährleiste, dass diese Ärztinnen und Ärzte sich dann auch in denjenigen Fachgebieten spezialisierten, in denen der grösste Bedarf bestehe.

Probleme

Es bestehen folgende Probleme:

- **Zu wenig:** Fehlen heute in bestimmten Fachgebieten Ärztinnen und Ärzte, dann kann der Mangel nur mit Ärztinnen und Ärzten aus dem Ausland behoben werden. Diese Form von Problemlösung könnte in Zukunft aus verschiedenen Gründen schwieriger werden (zu beachten: WHO-Kodex und Dominoeffekt). Es gilt somit mehr Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz auszubilden und dafür zu sorgen, dass sie sich nach dem Bedarf auf die Fachgebiete verteilen.
- **Zu viel:** Gibt es in bestimmten Fachgebieten oder ganz generell zu viele Ärztinnen und Ärzte, dann führt dies zu einer Mengenausweitung bei den in Anspruch genommenen Leistungen. In der Vergangenheit wurde versucht, die Zahl mit dem mehrfach verlängerten Zulassungsstopp zu limitieren. Derartige Massnahmen führen u.a. zu einem Verlust an Bildungsinvestitionen und einer hohen Unzufriedenheit bei den betroffenen (jungen) Ärztinnen und Ärzten. Zu viele Ärztinnen und Ärzte kann es aufgrund der Zuwanderung und/oder aufgrund zu hoher Abschlusszahlen in bestimmten Fachgebieten in der Schweiz geben.
- **Am falschen geographischen Ort:** Selbst wenn die Zahl der Weiterbildungstitel in jeder Disziplin dem landesweiten Bedarf entspricht, ist damit noch nicht sichergestellt, dass sich die Ärztinnen und Ärzte an denjenigen Orten/Regionen niederlassen, wo ein entsprechender Bedarf besteht. Es kann zu einer regionalen Über- oder Unterversorgung kommen.
- **Am falschen institutionellen Ort:** Das Problem der bedarfsgerechten Verteilung kann nicht nur im Hinblick auf die Geographie, sondern auch bezüglich den verschiedenen Versorgungsbereichen (stationär, ambulant, Psychiatrie, Rehabilitation, Palliativ Care etc.) bestehen.⁷ Dabei gilt es zu beachten, dass viele Spitalbetten in privater Hand sind, in diesen Spitälern aber keine Weiterbildung betrieben wird.

Gibt es Ungleichgewichte im geschilderten Sinn, dann gibt es grundsätzlich folgende Ansatzpunkte, um die Ungleichgewichte anzugehen: Die Beeinflussung der Anzahl Studierender, die Beeinflussung der Wahl des ärztlichen Fachgebiets, die Beeinflussung der Niederlassung im ambulanten Bereich, die Beeinflussung über den Weiterbildungsort. Im Mandat „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“ soll nur der zweite Ansatzpunkt – die Wahl der fachärztlichen Richtung - im Zentrum stehen. Selbstverständlich hängen alle Bereiche miteinander zusammen. Dies soll in der Diskussion der Themengruppe berücksichtigt werden.

⁶ Der Bundesrat hat die Förderung der Humanmedizin ausbildung als Schwerpunkt in die BFI-Botschaft 2017-2020 aufgenommen. Mit dem Budget von 100 Mio. Franken wurde ein anreizorientiertes Sonderprogramm lanciert. Dabei sollen bis ins Jahr 2025 jährlich 1350 Abschlüssen in Humanmedizin erreicht werden. Dies entspricht einer Steigerung von rund 450 zusätzlichen Abschlüssen im Vergleich zum Jahr 2016.

⁷ Mit dem so genannten Zulassungsstopp existiert ein Instrument zur Vermeidung einer Überversorgung im ambulanten Bereich.

Aufgeworfene Fragen

Um gute Lösungen für eine bedarfsgerechte Wahl der fachärztlichen Weiterbildungen zu finden, müssen eine Reihe von Fragen beantwortet bzw. Annahmen getroffen werden. Dies durchaus im Wissen darum, dass es nicht auf alle Fragen auch objektive und datengestützte Antworten geben wird:

Angebot und Nachfrage

- Wie wird "bedarfsgerechtes Angebot" (in fachlicher und regionaler Hinsicht) definiert? Soll die gegenwärtige Inanspruchnahme als Grösse dafür verwendet werden oder gibt es bessere Alternativen?
- Wie entwickeln sich Angebot und Nachfrage? Welche Datengrundlagen sind hierzu bereits vorhanden, welche fehlen? Wo müssen Annahmen getroffen werden?
- Welche der 44 Fachgebiete der ärztlichen Weiterbildung sollen bei der Koordination im Vordergrund stehen?

Ärztedemographie

- Wie entwickelt sich die Demographie der Ärztinnen und Ärzte (Zu- und Abgänge im Verlauf der Berufskarriere)?
- Wie wirken sich z.B. die veränderten Lebens- und Arbeitsvorstellungen der Ärztinnen und Ärzte auf das Angebot in Zukunft aus?
- Wie entwickelt sich die Effizienz verschiedener Arbeitsmodelle und wie wirkt sich dies auf den Bedarf aus?

Politische Fragen

- Inwiefern kann regionale Unterversorgung im ambulanten Bereich durch alternative Versorgungsmodelle und Änderungen in den Rollenverteilungen zwischen den Gesundheitsberufen gemildert werden?
- Wie abhängig von der Zuwanderung wollen/dürfen wir in Zukunft sein (vgl. WHO-Kodex)?

Zweck und Ziel der Themengruppe

Die Themengruppe behandelt das Thema „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“. Sie soll in zwei Bereichen Entscheidungsgrundlagen für die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ und den Dialog Nationale Gesundheitspolitik erarbeiten: zum einen soll sie aufzeigen, welche Datengrundlagen notwendig sind, um darauf gestützt eine Koordination der ärztlichen Weiterbildungsentscheidungen durchführen zu können. Zum anderen soll sie aufzeigen, wie die Koordination mit allen beteiligten Organisationen und Institutionen organisatorisch ablaufen könnte.

Aufgaben der Themengruppe

Aufgabe 1:

Die Themengruppe definiert ein Set von Indikatoren, welche Anhaltspunkte für die Beantwortung der aufgeworfenen Fragen liefern. Diese Indikatoren beinhalten insbesondere Angebots- und nachfrageseitige Aspekte. Wo Fragen nicht anhand von Indikatoren beantwortet werden können, sollten alternative Vorgehensweisen erörtert werden.

Aufgabe 2:

Die Themengruppe macht Vorschläge für die Einrichtung einer Kommission, welche die wichtigsten Akteure im Bereich der ärztlichen Weiterbildung repräsentieren soll (namentlich diejenigen mit Entscheidungskompetenzen). Dabei sollen insbesondere die Entscheidungskompetenzen, die Zusammenstellung, die Funktionsweise sowie juristische Form der Kommission in Varianten dargestellt werden.

Organisation und Zeitplan

Die Themengruppe wird vom SIWF und vom BAG in echter Co-Leitung geführt. Bei spezifischen Fragen können Fachspezialisten beigezogen werden. Die Finanzierung und der administrative Support werden durch das BAG gestellt. Die Themengruppe wird an der Sitzung der Plattform vom 9. Dezember 2014

eingesetzt. Sie berichtet ein erstes Mal über ihre Arbeiten an der ZäB-Sitzung vom 12. Mai 2015. Der Schlussbericht liegt 2018 vor.

Zusammensetzung der Themengruppe

Die Themengruppe wird von Werner Bauer (SIWF) und Stefan Spycher (BAG) geleitet. Die Mitglieder der Themengruppe sind in Anhang 3 dargestellt.

Resultat der Arbeiten der Themengruppe

Die Arbeit der Themengruppe soll in einem Bericht zuhanden der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ und Dialog Nationale Gesundheitspolitik zusammengefasst werden.

Beschlussfassung

- Die Plattform ZäB erteilt das Mandat an die vorgeschlagene Themengruppe.
- Die in der Themengruppe erarbeiteten Lösungsvorschläge werden in der Plattform diskutiert. Diese kann Umsetzungsempfehlungen zuhanden des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik verabschieden.
- Der Dialog Nationale Gesundheitspolitik wird abschliessend über die Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge entscheiden.

5.2 Mitglieder der Themengruppe „Koordination der ärztlichen Weiterbildung“

Der vorliegende Bericht wurde unter Einbezug der folgenden Expertinnen und Experten und Mitglieder der Themengruppe erarbeitet:

- *Werner Bauer, Präsident Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) (Co-Leitung)*
- *Stefan Spycher, Vizedirektor Bundesamt für Gesundheit (BAG) (Co-Leitung)*
- *Drahomir Aujesky, Vorstand Schweizerische Gesellschaft für Allgemeine Innere Medizin (SGAIM)*
- *Jean Bauer, Swiss Federation of Specialties in Medicine (SFSM)*
- *Iris Baumgartner, Vizedekanin Weiterbildung, Medizinische Fakultät Bern*
- *Markus Borner, Co-Präsident Schweizerische Gesellschaft für Medizinische Onkologie (SSMO)*
- *Henri Bounameaux, Dekan Medizinische Fakultät Universität Genf*
- *Hans Ulrich Bucher, Verantwortlicher ärztliche Weiterbildung UniversitätsSpital Zürich*
- *Laila Burla, wissenschaftliche Projektleiterin Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan; Mandatnehmerin)*
- *Bruno Fuhrer, Sektionsleiter Tarife und Leistungserbringer II Direktionsbereich Kranken- und Unfallversicherung, Bundesamt für Gesundheit (BAG)*
- *Silvan Gisler, Swiss Medical Students' Association (swimsa)*
- *Annette Grünig, Leiterin Interne Dienste Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)*
- *Seraina Grünig, Projektleiterin Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren (GDK)*
- *Jürg Hafner, Ressortleiter Weiter- und Fortbildung Verband chirurgisch und invasiv tätiger Fachgesellschaften (fmch)*
- *Silvan Hämmerli, Swiss Medical Students' Association (swimsa)*
- *Christoph Hänggeli, Geschäftsführer Operative Leitung, Administration/Personal, Recht, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)*

- Maria Hodel, Co-Sektionsleiterin Sektion Gesundheitsberufe Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Hans Hoppeler, Präsident Medizinalberufekommission (MEBEKO)
- Adrian Jaggi, Projektleiter Ressort Amtstarife und HTA santésuisse
- Nadja Jenni, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
- Eva Kaiser, Vorstandsmitglied Hausärzte Schweiz
- Werner Kübler, Direktor Universitätsspital Basel
- Barbara Linder, Bereichsleiterin Internationales Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
- Franziska Maurer, Chefärztin Frauenklinik, Bürgerspital Solothurn
- Pierre-André Michaud, Präsident Arbeitsgruppe Profiles
- Marcus Schwöbel, Vorstandsmitglied Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Nicolas Senn, Direktor Institut für Hausarztmedizin Policlinique Médicale Universitaire (IUMF)
- Sara Shokry, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Raphael Stolz, Vizepräsident Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
- Ryan Tandjung, Leiter Abteilung Gesundheitsberufe Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Pierre Vallon, Präsident Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP)
- Nico van der Heiden, Co-Sektionsleiter Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Urs Vogt, Projektleiter Tarifierung santésuisse
- Marcel Widmer, Leiter Kompetenzbereiche Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan, Mandatnehmer)
- Jürg Winkler, Projektleiter Personal- und Bildungspolitik Die Spitäler der Schweiz (H+)
- Nina Wyss, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Bundesamt für Gesundheit (BAG)
- Anja Zyska Cherix, Präsidentin Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO)