

Zu den aktuellen Entwicklungen im Medizinstudium

Universitäre Medizin Schweiz (unimedsuisse)

Juni 2016

Zur Erhöhung der Anzahl Studienabschlüsse und dazu geschaffenen neuen Studienangeboten

In der Politik wird heute breit über bestehende Engpässe bei der regionalen Grundversorgung oder bei der Rekrutierung von ärztlichem Fachpersonal in den Institutionen diskutiert. Unter dem Titel des «Ärztlemangels» wird auf die drohende Verschärfung dieser Engpässe in den kommenden Jahren hingewiesen. Als Rezept gegen den Mangel wird primär die Erhöhung der Studienplätze in der Medizin verfolgt, wobei von einem Nachwuchsbedarf von 1200-1300 Abschlüssen pro Jahr ausgegangen wird. Um diese Zielgrösse zu erreichen, möchte der Bund in den nächsten Jahren 100 Mio. CHF in Projekte zur Erhöhung der Studienzahlen investieren.

Universitäre Medizin Schweiz vertritt die Ansicht, dass die heute verfolgten Lösungsansätze der Problematik nicht ausreichend gerecht werden. Dringend notwendig ist eine differenziertere Sicht mit einer Berücksichtigung, dass die Schaffung von Nachwuchs in den ärztlichen Berufen mit dem Studium und der Weiterbildungsphase zweistufig erfolgt. Lösungsansätze müssen beide Bereiche einbeziehen, damit Projektgelder gezielt eingesetzt werden und effektiv zu einer Verhinderung von Mangelsituationen führen.

Universitäre Medizin Schweiz stellt dabei folgende Punkte fest:

- **Zur notwendigen Anzahl Abschlüsse:** Die Notwendigkeit einer höheren Anzahl Studienabschlüsse in der Humanmedizin ist unbestritten. In den vergangenen Jahren haben die 5 medizinischen Fakultäten der Schweiz die Anzahl Studienplätze für Masterstudierende in der Medizin drastisch erhöht, sodass vom Jahr 2019 an voraussichtlich 1'100 Mediziner pro Jahr ihren Abschluss machen werden. Gegenüber den Abschlusszahlen von 2009 von 720 neu Diplomierten bedeutet dies eine Steigerung von mehr als 50%. Diese Anstrengungen haben das System der medizinischen Ausbildung kapazitätsmässig stark gefordert. Die weitere Erhöhung der Abschlusszahlen um 200 Personen auf 1300 Abschlüsse bleibt dabei das Ziel und es erfordert weitere Anstrengungen.
- **Zu den notwendigen Studienangeboten zur Erhöhung der Abschlusszahlen:** Derzeit ist in verschiedenen Hochschulstandorten die Schaffung von Masterstudiengängen für die Humanmedizin in Prüfung oder Vorbereitung. Eine derartige Verbreiterung der Ausbildungsinstitutionen kann zur gewünschten Erhöhung der Studienabschlüsse beitragen. Eine Fragmentierung der Medizinausbildung ist dabei jedoch zu vermeiden. Vielmehr sollte der Weg der Ausbildungskooperationen beschritten werden. Die bisher bestehenden Kooperationen der Medizinischen Fakultäten mit den grossen Zentrumsspitalern können weiter ausgebaut werden, neue Ausbildungsmodulare an neuen Standorten können in Kooperation mit den Fakultäten entwickelt und angeboten werden. Dies betrifft auch die geplanten Angebote der eidgenössischen technischen Hochschulen für Bachelorstudiengänge in der Medizin. Derartige Angebote können nur dann zur Erhöhung der Abschlusszahlen beitragen, wenn Vereinbarungen mit denjenigen Institutionen gefunden werden, die die anschließende Masterausbildung bzw. klinische Ausbildung tragen.

→ *Siehe auch die Anmerkungen unter dem Abschnitt «Zur Organisation des Medizinstudiums»*

Die medizinischen Fakultäten und Universitätsspitäler sind bereit, bei der weiteren Erhöhung der Abschlusszahlen mitzuarbeiten. Bei der Entwicklung neuer Ausbildungsangebote an neuen Standorten muss jedoch eine weitere Fragmentierung vermieden werden. Der Weg dazu sind Ausbildungskooperationen. Die bestehenden Ausbildungsinstitutionen sind offen für entsprechende Kooperationen.

Spezialisierung und Verteilung als entscheidende Faktoren

Eine eingehende Analyse zeigt: Der Ärztemangel präsentiert sich sehr unterschiedlich nach medizinischen Fachrichtungen, Regionen und gemäss dem Arbeitsort Spital oder private Praxis. Dabei können folgende Punkte festgehalten werden:

- **Anteilsmässige Verteilung von Grundversorgern/innen und Spezialisten/innen:** Ohne Zweifel fehlen in Zukunft die Grundversorgerinnen und Grundversorger (und Kinderärztinnen und Kinderärzte), diese Situation wird sich jedoch nicht einfach durch die Erhöhung der Anzahl Abschlüsse verbessern lassen. Denn in der Schweiz gibt es heute gemessen an der Bevölkerung nicht zu wenig,¹ sondern die «falschen» Ärzte: In einigen medizinischen Fachbereichen/Spezialisierungen besteht ein Überhang an Fachspezialistinnen und -spezialisten und es muss von einer Überversorgung gesprochen werden. Ein bedeutender Teil der Mangelsituation bei der Ärzteschaft wird demnach nicht in der Phase der Ausbildung sondern in der Phase der Weiterbildung geschaffen. Die vollkommene Freiheit in der Wahl der Spezialisierung fördert diese nicht bedarfsgerechte Entwicklung. Diese Problematik kann nur durch geeignete Massnahmen auf politischer Ebene entschärft werden.
- **Fehlverteilung zwischen Stadt und Land:** Es besteht eine bedeutende räumliche Ungleichverteilung der Ärzteschaft mit einer hohen Ärztedichte in der Stadt während ländliche Regionen unter fehlenden Praxen zu leiden haben. Die räumliche Ungleichverteilung wird unabhängig auch nach einer weiteren Erhöhung der Anzahl Abschlüsse bleiben, wenn nicht spezifische Massnahmen auf politischer Ebene getroffen werden.
- **Hoher Abfluss von Spezialistinnen und Spezialisten aus dem Spital in die Praxistätigkeit:** Während bei den niedergelassenen Spezialistinnen und Spezialisten kein Mangel sondern vielerorts ein Überangebot herrscht, ist dies im Spitalsektor nicht der Fall. Die in den Spitälern weitergebildeten und danach für die Versorgung benötigten Spezialistinnen und Spezialisten wechseln oft wenige Jahren nach dem Erhalt ihres Weiterbildungstitels in die Praxistätigkeit und müssen oft durch Personal aus dem Ausland ersetzt werden. Die Steuerung der Spezialisten und deren räumliche Niederlassung ist ein heikles und teilweise tabuisiertes Thema. In einem freien Land wie der Schweiz sollte die Berufsausübung möglichst wenig reglementiert werden. In der Medizin besteht allerdings ein gewisser Lenkungsbedarf, wenn man die Grundversorgung mit Hausärztinnen und Hausärzten stärken und die Konzentration von Spezialistinnen und Spezialisten in den Ballungszentren reduzieren will.
- **Unterschiede zwischen den Sprachregionen:** In der französischsprachigen Schweiz werden mehr Ärzte ausgebildet als in der Deutschschweiz. (32% der Abschlüsse, bei einem Bevölkerungsanteil der Romandie von 25%). Dies erklärt, wieso die Migration in die Schweiz überproportional viele deutsche Ärztinnen und Ärzte betrifft.

Es ist richtig, dass die Erhöhung der Anzahl Studienabschlüsse zur Reduktion der Abhängigkeit vom Ausland bei der Rekrutierung von Gesundheitspersonal beitragen kann. Angesichts der oben genannten Verteilproblematiken gilt jedoch, dass dies nur wirksam sein wird, wenn die zusätzlich Ausgebildeten nach dem Abschluss die für die Versorgung benötigten Fachrichtungen wählen, sich in Regionen ansiedeln, in denen ein Mangel besteht, und wenn die Stellen in Spitälern wieder dauerhaft mit in der Schweiz ausgebildeten Personen besetzt werden können. Davon kann jedoch nicht ausgegangen werden: Wenn sich die zusätzlich ausgebildeten Ärzte nach ihrer Weiterbildungsphase gleich verhalten wie alle anderen, wird nur ein kleiner Teil zur Linderung der Ärztemangels auf dem Land beitragen. Die Überversorgung in den Städten wird hingegen weiter angetrieben und die Spitäler müssen weiterhin Fachpersonen im Ausland rekrutieren. Es ist demnach hochgradig ineffizient, den Ärztemangel allein über eine Steigerung der Studienabschlüsse beheben zu wollen.

1 Ärztedichte (pro 1000 Einwohner): Österreich 4.8; Russland 4.3; Schweiz: 4.1; Italien, 4.1; Schweden 3.9; Australien 3.8; Deutschland 3.7; Dänemark 3.5; Frankreich 3.3; Belgien 2.9; UK 2.8; USA 2.4; Canada 2.1.

Die heutige Organisation der Weiterbildungsphase trägt teilweise zur oben genannten Fehlverteilung bei. Und leider bestehen nur wenige Ansätze, die dieser entgegen wirken. Universitäre Medizin Schweiz sieht Diskussions- und Handlungsbedarf unter anderem in folgenden Bereichen:

- **Rahmenbedingungen für Grundversorger verbessern:** Zusätzliche Masterprogramme in den Kantonen lösen den regionalen Mangel an Hausärzten nicht: Viel wichtigere Triebfedern sind u.a. das Einkommen, attraktive Rahmenbedingungen für die hausärztliche Tätigkeit und gute Zukunftsaussichten.
- **Programme zur Förderung der Hausarztmedizin:** Die Schaffung von Instituten für Hausarztmedizin an allen medizinischen Fakultäten war ein wichtiger Schritt. So können Inhalte der Grundversorgung im Studium gestärkt werden, was auch bereits geschieht. Die entscheidende Phase zur Erhöhung der Anzahl Grundversorger liegt jedoch in der Weiterbildungsphase. Dazu benötigt man attraktive Programme für die Hausarztmedizin. Wie bestehende Beispiele von Hausarztprogrammen zeigen, sind diese Weiterbildungsplätze begehrt und es müssen sogar Interessierte abgewiesen werden. Grund ist, dass einerseits die Angebote an Kapazitätsgrenzen stossen und andererseits die Programmfinanzierung begrenzt ist: Da die Medizinischen Fakultäten keinen öffentlichen Auftrag für die Weiterbildungsphase haben (ihr Auftrag liegt beim Medizinstudium), müssen entsprechende Weiterbildungsprogramme vollumfänglich ausfinanziert werden. Derzeit liegt die Finanzierung solcher Programme vollumfänglich bei den Kantonen, in verschiedenen Kantonen werden die dafür eingesetzten Mittel jedoch gekürzt, obwohl der Bedarf nach Grundversorgern unverändert ist und Nachfrage nach den entsprechenden Programmplätzen besteht.

Entscheidungen zugunsten einer Laufbahn als Grundversorger sind zu fördern. Die individuellen Weichenstellungen dürfen jedoch nicht bei der Studienwahl gefordert werden und sollen auch nicht im Studium vorgenommen werden. Sie sind vielmehr in der Weiterbildungsphase anzusiedeln. Weiterbildungsprogramme für die Hausarztmedizin sind sehr effiziente Massnahmen, um eine Erhöhung der Anzahl Grundversorgerinnen und Grundversorger zu erreichen. Die dafür eingesetzten Mittel sind zu erhöhen und dauerhaft zu sichern.

- **Anzahl und Art der Weiterbildungsstellen an Spitälern:** Ein wichtiger Einflussfaktor im Spezialisierungsprozess der Ärzte bildet auch die Art und Organisation der Weiterbildung an den Spitälern. Dabei ist etwa das Verhältnis von Weiterbildungsplätzen/Assistenzarztstellen und den langfristigen Stellen von Spitalärzten von hoher Bedeutung. Die Anzahl an Stellen für Assistenzärztinnen und -ärzte wird dabei unter anderem durch die Kapazitäten einer Klinik für die strukturierte Weiterbildung und durch die Anforderungen der Versorgung und den Versorgungsbeitrag dieser Ärztinnen und Ärzte beeinflusst.
- **Rolle der Universitätsspitäler:** Die Universitätsspitäler erbringen einen hohen Anteil der Weiterbildungsleistungen der Spitälern und sie decken sämtliche Fachrichtungen ab, bei einigen Fachteilen sogar als einzige Weiterbildungsinstitutionen. Sie tragen damit entscheidend zur Versorgung des Gesundheitswesens mit dem benötigten Nachwuchs, letztlich aber auch zur oben genannten Fehlverteilung bei den ausgebildeten Spezialistinnen und Spezialisten bei. Entsprechend sind Diskussionen über Adjustierungen in der Weiterbildungstätigkeiten der Universitätsspitäler sinnvoll: So kann zum Beispiel darüber reflektiert werden, inwiefern mit einer veränderten Praxis in der Anstellung von Spitalärzten und der Anzahl der Assistenzstellen die Anzahl und Verteilung bei den Weiterbildungsabschlüssen beeinflusst werden kann.

Universitäre Medizin Schweiz schafft eine *Groupe de Réflexion* über die Weiterbildungstätigkeit der Universitätsspitäler und mögliche Anpassungen zugunsten einer bedarfsgerechten Beeinflussung der Weiterbildungsabschlüsse. Dabei muss der Nachwuchsbedarf der eigenen Institutionen, des gesamten Gesundheitssystems und des Forschungsstandorts Schweiz miteinbezogen werden. Gleichzeitig sind auch die von den Spitälern benötigten Leistungen der Assistenzärztinnen und -ärzte in der Patientenversorgung zu berücksichtigen.

Zur Organisation des Medizinstudiums

Initiativen, welche zur Vielfalt der Ärzteausbildung beitragen, werden begrüsst. Sie sollen in das bestehende System des Medizinstudiums integriert werden, wobei folgende Punkte zu beachten sind:

- **Medizinstudium als Kontinuum beibehalten:** Das Medizinstudium in der Schweiz ist als Kontinuum vom ersten zum sechsten Studienjahr organisiert. Die Reformen des letzten 10-20 Jahre zielten darauf ab, die Konzepte der klinischen Medizin einschliesslich der *Clinical Humanities* so früh als möglich ins Curriculum zu integrieren – d.h. dass diese bereits im Bachelorstudiengang einfließen. Dieser Ansatz ist richtig und soll auch bei der Entwicklung neuer Studienangebote berücksichtigt werden.
- **Beibehaltung einheitlicher Ausbildungsziele:** Neue Angebote in der Ärzteausbildung müssen die Ausbildungsziele uneingeschränkt erfüllen. Eine Absenkung der Ausbildungsziele für einzelne Studiengänge darf nicht vorgenommen werden, es dürfen nicht verschiedene «Klassen» von Medizinabschlüssen entstehen.
- **Durchlässigkeit gewährleisten:** Neue Formen und Angebote in der Ärzteausbildung bedingen zwingend eine Koordination mit den fünf medizinischen Fakultäten. Dies ist notwendig, um die Durchlässigkeit im Übergang von Bachelorstudiengängen zu Masterstudiengängen an verschiedenen Ausbildungsinstitutionen zu gewährleisten.
- **Effizienz und Ausbildungsqualität nicht durch Fragmentierung gefährden:** Eine zu grosse Fragmentierung der Ausbildung ist eine Gefahr für die Ausbildungsqualität: Gegenwärtig werden in der Schweiz 6 Bachelor- und 5 Master-Programme in Medizin angeboten, was für ein Land mit 8 Mio. Einwohnern bereits eine breite Aufstellung verschiedener Angebote bedeutet. Eine deutliche Erhöhung der Angebote durch regional ausgerichtete Studienprogramme mit einer geringen Anzahl Studienplätze führt dazu, dass die bisherige Kooperation zwischen den Kantonen durch Konkurrenz um Patienten und Dozierende ersetzt wird. Dies schwächt die Effizienz des Systems. Um das regional vorhandene Patientengut für die Ausbildung zu nutzen sind deshalb nicht neue Masterstudiengänge mit eigenen Curricula der klinischen Ausbildung notwendig, sondern ein Einbezug der grossen Spitäler in die bestehenden Ausbildungsprogramme. Ein Vorschlag dazu sind etwa **(Aus-/Weiter-)Bildungsregionen oder (Aus-/Weiter-)Bildungsverbünde** unter dem Lead der bestehenden Universitäten. Damit verbunden ist auch die gemeinsame Klärung der Finanzierung der klinischen Ausbildung.
- **Medical Schools nach dem Modell Loprieno sind kein zukunftsträchtiges Modell:** Der Vorschlag aus dem Bericht Loprieno, ein System der Medical Schools zu schaffen, steht im deutlichen Gegensatz zum heutigen Schweizer Modell der ärztlichen Ausbildung. Das vorgeschlagene Modell würde eine komplette **Umstellung der Bildungslandschaft** in der Schweiz bedingen. Nicht mehr der Gymnasium-Abschluss würde ins Medizinstudium führen, sondern es müsste eine Art College-System (Premed.ch) eingeführt und vorgeschaltet werden. Ohne es mit Zahlen zu untermauern, wird behauptet, dieser Ausbildungsweg sei günstiger. Die Vorteile eines solchen Modells gegenüber dem heutigen Modell sind nicht plausibel gemacht – auf jeden Fall würde aber ein solcher Wechsel hohe Transaktionskosten für den Auf- und Umbau verursachen.

Universitäre Medizin Schweiz befürwortet zusätzliche Angebote zum Medizinstudium. Diese müssen jedoch zwingend mit den bestehenden Studiengängen abgestimmt und in Kooperationen verankert werden, um die Ausbildungsqualität zu sichern und einen effizienten Mittel- und Personaleinsatz in der Ausbildung zu erreichen. Die medizinischen Fakultäten sind offen für Kooperationen und gesamtschweizerische Abstimmungsprozesse.

Bei der Schaffung neuer Angebote ist es zentral, dass die Qualität der Ausbildungen erhalten bleibt und die Abschlüsse der verschiedenen Ausbildungsinstitutionen gleichwertig sind.

Universitäre Medizin Schweiz erachtet einen Umbau des Medizinstudiums im Sinne von Medical Schools schlicht als unnötig. Um die gegenwärtig zu lösenden Aufgaben betreffend den Nachwuchs in der Humanmedizin anzugehen, sind andere Themen und Lösungsansätze zu diskutieren.