



Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt

An den Grossen Rat

10.5078.02

ED/P105078
Basel, 12. September 2012

Regierungsratsbeschluss
vom 11. September 2012

Anzug Rolf von Aarburg und Konsorten betreffend Numerus clausus trotz Ärztemangel

Der Grosse Rat hat an seiner Sitzung vom 10. Juni 2010 den nachstehenden Anzug Rolf von Aarburg und Konsorten dem Regierungsrat überwiesen:

„Wie in der übrigen Schweiz hat auch im Kanton Basel-Stadt fast jeder zweite Assistenzarzt sein Diplom im Ausland gemacht. Ohne Ärzte aus dem Ausland wären die privaten und öffentlichen Spitäler schon gar nicht mehr in der Lage, ihren Betrieb aufrecht zu erhalten und die Patientenversorgung zu gewährleisten.

Grund für diesen Missstand ist nicht das Fehlen von am Studium der Humanmedizin interessierten Studenten, sondern der Numerus Clausus. Trotzdem erhöhen die Universitäten Bern und Zürich ihre Anzahl Studienplätze für das Studienjahr 2010/2011 nur leicht und an der Universität Basel bleibt die Anzahl Studienplätze sogar konstant zu niedrig.

Laut Aussage des Präsidenten der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) Bernhard Pulver ist der Ausbau des Studienplatz-Angebots eine Sache der Kantone.

Im Moment ist es noch relativ einfach möglich, Assistenzärzte aus dem Ausland für eine Anstellung an einem Spital in der Schweiz zu gewinnen, obwohl diese dort an allen Enden und Ecken im Gesundheitswesen fehlen. Dies ist zurzeit vor allem dank der besseren Arbeitsbedingungen und der adäquaten Besoldung möglich. Schon in naher Zukunft wird das aber schwieriger werden, denn die umliegenden Länder sind daran, die Arbeitsbedingungen für Ihre Ärzte an den Spitälern zu verbessern, um ein Abwandern der für teures Geld ausgebildeten Ärzte in die Schweiz zu verhindern.

Vor dem geschilderten Hintergrund bitten die Unterzeichnenden den Regierungsrat, die folgenden Fragen zu prüfen und dem Grossen Rat dazu zu berichten:

1. Ob sich der Regierungsrat bewusst ist, dass sich die bereits heute prekäre Situation in den kommenden Jahren noch verschlechtern wird?
2. Welche Gegenmassnahmen der Regierungsrat einzuleiten bereit ist?
3. Ob sich der Regierungsrat bewusst ist, wie demotivierend es für junge Maturanden ist, wenn sie trotz Ärztemangel keinen Studienplatz erhalten und die Assistentenstellen an den Spitälern einfach mit ausländischen Ärzten besetzt werden?
4. Ob der Regierungsrat bereit ist, Verhandlungen mit der Universität Basel betreffend Erhöhung der Studienplätze in der Humanmedizin zu führen und einerseits entsprechende Kostensteigerungen zu berechnen, und andererseits Vorschläge unterbreiten wird, wie die anfallenden Mehrkosten bewältigt werden können?

Rolf von Aarburg, André Weissen, Remo Gallacchi, Markus Lehmann, Esther Lehner-Weber, Felix W. Eymann, Samuel Wyss, Oswald Inglin, Christine Locher-Hoch, Lorenz Nägelin, Helmut Hersberger, Thomas Mall, Christophe Haller, Helen Schai-Zigerlig, Lukas

Engelberger, Balz Herter, Salome Hofer, Annemarie Pfeifer, Thomas Grossenbacher“

1. Ausgangslage

Der Arbeitsmarkt für Gesundheitspersonal ist ein internationaler bis globaler, die Pharma- und Medizinaltechnikindustrie agiert global und wissenschaftliche Errungenschaften in der Medizin werden grenzüberschreitend rasch übernommen. Das Gesundheitswesen hat in vielerlei Hinsicht eine internationale Dimension. Dagegen machen die Planung und die Finanzierung der Gesundheitssysteme (zu) oft bereits an kantonalen Grenzen Halt.

Gemeinsame Lösungen braucht es neben anderen im Bereich des Gesundheitspersonals. Das Ziel dabei ist, bedarfsgerecht genügend qualifiziertes Gesundheitspersonal auf allen Ebenen und in allen Disziplinen zur Verfügung zu stellen. Im Wesentlichen stehen drei Ziele im Vordergrund: die Sicherstellung der Gesundheitsversorgung für unsere Bevölkerung, die qualitative Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung und die Effizienzsteigerung der Gesundheitsversorgung. Um die genannten Ziele zu erreichen, braucht es genügend und mit den richtigen Kompetenzen ausgestattetes Gesundheitspersonal. Zum einen geht es darum, mehr Menschen für unsere Gesundheitsversorgung auszubilden. Zum anderen muss darauf geachtet werden, die hohe Qualität in der Ausbildung zu gewährleisten. Insbesondere gilt es, die beruflichen Kompetenzen zu sichern, die für eine integrierte und umfassende Versorgung im Sinne präventiver, kurativer, rehabilitativer und palliativer Versorgung nötig sind.

Dieses umfassende Verständnis der Versorgung wird bereits heute umgesetzt bei chronischen Krankheiten oder bei Multimorbidität, die auf eine über den ganzen Behandlungszyklus vernetzte Versorgung angewiesen sind. Wegen der demografischen Entwicklung wird die Bedeutung der integrierten Versorgung noch zunehmen. Eine Herausforderung dabei ist es, die steigende Nachfrage nach Gesundheitspersonal zu decken. Bisher wurden die bestehenden Lücken mit gut ausgebildeten Fachkräften aus dem Ausland gedeckt. Ohne die Arbeit dieser Fachkräfte könnte die Gesundheitsversorgung nicht auf dem heutigen Niveau gehalten werden. Trotz hoher Lebensqualität und guter Arbeitsbedingungen darf aber nicht darauf vertraut werden, die personellen Lücken in der Gesundheitsversorgung in alle Zukunft mit im Ausland ausgebildeten Fachkräften zu füllen. Dies schon deshalb, weil der Gesundheitspersonalmangel ein weltweites Phänomen ist und die Lücken weltweit noch grösser werden könnten, wenn wegen der Alterung der Gesellschaften der Bedarf an Gesundheitspersonal weiter steigen wird.

Gleichzeitig gibt es gesellschaftliche Veränderungen. Der Anteil der Frauen in medizinischen Berufen steigt stetig. Mittlerweile gehen über 60 Prozent der Diplome in der Humanmedizin an Frauen. Damit einher geht eine Zunahme an Teilzeitarbeit. Ein Trend, der auf den steigenden Frauenanteil, aber auch auf die Bedürfnisse und Wünsche der jungen Generation von Pflegefachpersonen, Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen ist. Diese Zunahme an Teilzeitarbeit ist eine Herausforderung für das System. Auch arbeiten Menschen heute weniger lang in ihrem angestammten Beruf; ein Phänomen, das im Gesundheitswesen dazu führt, dass beispielsweise eine Abwanderung aus dem Pflegebereich in verwandte Branchen wie Alternativmedizin, Wellness und Sport festzustellen ist. Auch dieser Faktor führt dazu, dass die Schere zwischen Nachfrage und Angebot an Versorgungsleistungen sich öffnet.

Die grösste Herausforderung ist folglich die Versorgung des Gesundheitswesens mit genügend und gut qualifiziertem Gesundheitspersonal, das zudem gut und effizient zusammenarbeitet. Weil der Personalmangel im Gesundheitswesen ein globales Phänomen ist, müsste das Phänomen auch global angegangen werden. Stattdessen rekrutiert jedes Land das Personal aus einem wirtschaftlich schwächeren Land, wodurch ein Dominoeffekt entsteht und das Problem des Personalmangels sich letztlich bei den wirtschaftlich schwächsten Ländern konzentriert. Dies könnte in Zukunft in dieser Form auch unter den 26 Kantonen passieren.

Mindestens ebenso wichtig wie die Quantität sind die Qualität und die Fähigkeit der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen. Das neue Gesundheitsberufegesetz zielt in Richtung Qualität und Förderung der Zusammenarbeit. Es bezweckt eine bedarfs- und zukunftsgerichtete Ausbildung der Gesundheitsberufe auf Fachhochschulebene, die mit den Kompetenzprofilen der universitären Berufe – namentlich der Ärztinnen und Ärzte – abgestimmt ist. Die integrierte Versorgung und die damit bezweckte Stärkung der Effektivität und Effizienz der Behandlungsabläufe setzen voraus, dass die beteiligten Berufsleute interagieren und gut zusammenarbeiten können. Teamarbeit wird an Bedeutung gewinnen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung. Dies bedingt, dass man die eigenen Kompetenzen kennt, aber auch über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen Bescheid weiss. Diese Kenntnisse sind Voraussetzung, um im System der integrierten Versorgung Verantwortung zu übernehmen. Eine gezielte und effiziente interprofessionelle Zusammenarbeit hat für alle Beteiligten Vorteile. Ein koordiniertes Vorgehen vermittelt den Patienten Sicherheit und verhindert Doppelspurigkeiten. Die Vermeidung von Doppelspurigkeiten verbessert die Qualität der Behandlung und senkt die Kosten. Die funktionierende Zusammenarbeit steigert die Attraktivität der Arbeitsstelle und führt zu einer höheren Arbeitszufriedenheit. Dadurch können Personalfluktuationen minimiert und die Verweildauer im Beruf erhöht werden.

Die Frage der Ausbildungskapazität für Studierende der Humanmedizin ist also nur ein Teilaspekt der aktuell von der Gesundheitspolitik zu lösenden Fragen. Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzten, aber auch an medizinischem Fachpersonal allgemein wird wesentlich vom Erfolg der oben beschriebenen Zukunftsentwicklungen, also von der Funktionsweise des zukünftigen Gesundheitswesens bestimmt.

Denn das heutige System der Grundversorgung generiert immer wieder Doppelspurigkeiten bei Diagnosen. Auch Therapien werden zuwenig abgesprochen. Eine Bruchstelle des Systems ist der Übergang vom ambulanten zum stationären Bereich. Hier stockt der Fluss von Patientendaten. Es fehlt an Koordination und Vernetzung, auch elektronischer Vernetzung. Hier müssen und können Verbesserungen erzielt werden. Die medizinische Grundversorgung muss gestärkt und über neue Versorgungsmodelle muss nachgedacht werden. Im Zentrum steht dabei die optimale Betreuung der Patienten durch ein fachlich aufeinander abgestimmtes Team. In diesem sollen die Hausärztinnen und -ärzte eine zentrale Rolle einnehmen. In einem föderal aufgebauten Staat bedarf es der Zusammenarbeit und der Koordination bzw. Steuerung aller geplanten oder sich in Umsetzung befindlichen Anstrengungen.

2. Demographische Entwicklung

Die Schweiz verfügt über eine höhere Dichte an Gesundheitspersonal als die meisten anderen OECD-Länder. Mittelfristig ist aber in bestimmten Berufsgruppen und geographischen Gebieten eine Unterversorgung zu befürchten.¹ Mehrere Aspekte tragen zu dieser Einschätzung bei. Dazu gehören auch die genannten nichtmedizinischen Faktoren wie bspw. die demografische Entwicklung, veränderte Berufsvorstellungen von Ärztinnen und Ärzte sowie deren Wahl der Spezialisierung und des Arbeitsortes.

Gemäss Berechnungen des Bundesamts für Statistik (BFS) wird die Anzahl der über 65-Jährigen in der Schweiz von 1'343'318 Menschen im Jahre 2010 auf 2'114'960 Menschen im Jahre 2030 ansteigen. Eine steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen wird insbesondere der steigende Anteil der über 80-Jährigen mit sich bringen (2010: 418'449, 2030: 738'851).²

Gemäss dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Obsan) könnten bis im Jahr 2030 bis zu 40 % der Konsultationen in der ambulanten Grundversorgung nicht mehr gedeckt werden, wenn die heutige Situation linear fortgeschrieben wird. Aber auch in den anderen Fachgebieten soll das Angebot in Zukunft um bis zu 30 % unter dem Bedarf liegen.

3. Anzahl ausländischer Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz

Dass in der Schweiz kein Versorgungsdefizit besteht, beruht auf dem Umstand, dass die Schweiz in hohem Mass auf im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte zählen kann. Gemäss BFS stammten 43,7 % der Ärztinnen und Ärzte, die 2010 in Schweizer Spitälern arbeiteten, aus dem Ausland.³

Die Rekrutierung von im Ausland ausgebildetem Gesundheitspersonal wird aber zusehends kritisch beurteilt. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Mai 2010 einen Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal erlassen. Die Mitgliedsstaaten werden – auf freiwilliger Basis – aufgefordert, selber möglichst genügend Personal auszubilden, um den eigenen Bedarf zu decken. Dass die Schweiz zu den Nutzniesserinnen der Migration des Gesundheitspersonals gehört, wurde mit einer Obsan-Studie aus dem Jahr 2010 belegt.

Die Frage nach einem im Sinne der WHO fairen Anteil an im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten kann nicht eindeutig beantwortet werden. Aus der Perspektive der Versorgungsqualität sollen in der Schweiz tätige Ärztinnen und Ärzte idealerweise über diejenigen Sprach- und Kulturkompetenzen verfügen, die zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind, auch der ausländischen Wohnbevölkerung, die im Kanton Basel-Stadt im Mai 2012 33,8 % betrug. Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund werden daher auch in Zukunft eine wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem spielen.

¹ Die Aussage betrifft auch das Pflegepersonal. Dieser Aspekt wird jedoch angesichts der Fragestellung des Postulats und der Komplexität der Materie nicht weiter berücksichtigt.

² BFS: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz. Neuchâtel 2010.

³ BFS: Krankenhausstatistik, Intern angestelltes Personal nach Nationalität der Beschäftigten. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/03/01/data/01.html>.

Darüber hinaus ist der internationale Austausch für die Weiterentwicklung der Medizin ebenso unverzichtbar wie für andere wissenschaftliche Disziplinen. Die Frage der im Anzug angeschnittenen (zu) grossen Abhängigkeit der Schweiz vom Ausland stellt sich allenfalls beim grossen Zustrom deutscher Ärztinnen und Ärzte. Sie dienen in erster Linie der Gesundheitsversorgung der deutschsprachigen Bevölkerung, grossteils also Einheimischen. Die Schweiz profitiert in diesem Fall – wie auch bei anderen akademischen Ausbildungsgängen – einseitig von der Ausbildungsleistung des Nachbarlands und wird im gleichen Mass davon abhängig. Ausserdem löst der Wegzug deutscher Ärztinnen und Ärzte aus ihrem Herkunftsland einen entsprechenden Abgang in weiter entfernten und weniger entwickelten Ländern aus.

4. Bereits eingeleitete Massnahmen zur Vermeidung einer zukünftigen Versorgungslücke

Der drohende Mangel an Ärztinnen und Ärzten wird nicht nur in der Schweiz diskutiert. Auch in Deutschland, Frankreich, Holland, den USA oder Kanada sind Erhöhungen der Studienplatzkapazitäten ein Thema. Begründet werden diese Forderungen in allen Ländern mit denselben und in der Ausgangslage bereits geschilderten Argumenten: Steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen infolge eines wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung, veränderte Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zur sogenannten Work-Life-Balance und der Trend zu früheren Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten.

Diesen Herausforderungen begegnen Bund und Kantone derzeit auf verschiedenen Ebenen:

Analyse des Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierats (SWTR)

Bereits im Jahr 2007 hat die Schweizerische Universitätskonferenz (SUK) den Schweizerischen Wissenschafts- und Technologierat (SWTR) beauftragt, einen Bericht zur Ärztedemographie in der Schweiz zu verfassen. Darin wurde empfohlen, die Aufnahmekapazität zum Medizinstudium um 20 % zu erhöhen. Als Reaktion auf diesen Bericht haben die Universitäten Zürich und Bern ihre Aufnahmekapazität für das Medizinstudium um 20 % heraufgesetzt. An der Universität Basel wurde letztmals für die Kohorte 2007/2008 eine Erhöhung der Zulassung für das Studium der Humanmedizin um 10 % von 118 auf 130 Studierende beschlossen.

Eine weitere Folge des Berichts des SWTR war, dass die Universität Freiburg im Herbst 2009 einen Bachelorstudiengang Medizin einführte. Bis dahin konnten in Freiburg nur die ersten beiden Studienjahre des Medizinstudiums absolviert werden. An der Universität der italienischen Schweiz (USI) in Lugano soll eine Masterausbildung für angehende Ärztinnen und Ärzte eingerichtet werden. Die Bachelorstufe sollen die künftigen Medizinstudierenden der USI an einer anderen Universität absolvieren. Dafür sind Vereinbarungen mit interessierten Universitäten geplant. Im Kanton Luzern sollen laut eines Planungsberichts des Regierungsrates (Januar 2012) Kosten und Machbarkeit für die Einführung eines Medizinstudiums, ebenfalls nur auf der Masterstufe, geprüft werden. Da das Medizinstudium eine wissenschaftliche Ausbildung mit einer Berufsausbildung kombiniert, unterhalten die Medizinischen Fakultäten enge Verbindungen mit den Spitälern. Im Kanton Waadt ist diese Annäherung so weit fortgeschritten, dass man sich in Richtung einer gemeinsamen Leitung bewegt.

Für das Projekt mit dem Titel MEDUNIL liegt dem Waadtländer Parlament ein Bericht der Regierung für entsprechende Gesetzesänderungen vor.

Bericht des Bundesrats in Beantwortung der Motion Fehr

Der Bundesrat hat als Antwort auf eine Motion im November 2011 einen ausführlichen Bericht zum Thema Ärztemangel vorgelegt.⁴ In diesem Bericht wird die aktuelle Situation dargestellt und aufgezeigt, welche Möglichkeiten es aus der Sicht des Bundesrats gibt, den künftig drohenden Ärztemangel abzuwenden. Zudem werden entsprechende Empfehlungen formuliert. Unberücksichtigt bleibt in dem Bericht, wie die Umsetzung der empfohlenen Massnahmen finanziert werden soll. Zurzeit sind beim Bund drei weitere Vorstösse zum Ärztemangel und zur Erhöhung der Aufnahmekapazität für das Medizinstudium hängig.⁵

Dialog Nationale Gesundheitspolitik

Der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» – die ständige Plattform von Bund und Kantonen – geht gesundheitspolitische Themen und Aufgaben gemeinsam an und trifft die nötigen Absprachen. Dabei werden aktuelle und künftige Herausforderungen des Gesundheitswesens in einer möglichst frühen Phase aufgenommen und gemeinsame Vorgehensweisen definiert und koordiniert. Unter Berücksichtigung

- der Anzahl der Studienabschlüsse,
- der demografischen Entwicklung auf Ärzte- und Patientenseite,
- der Anzahl der Praxisübernahmen,
- der Zunahme des Frauenanteils in der Humanmedizin,
- dem Bedarf an Teilzeitarbeit und neuen Arbeitsmodellen,
- der erwarteten künftigen regionen- und disziplinspezifischen Ärztemangel in der Schweiz (ländliche und Bergregionen, Grundversorger) und
- des überproportionalen Anteils ausländischer Ärzte in Schweizer Spitälern

hat die Arbeitsgruppe «Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin» (Vertretende verschiedener Medizinischer Fakultäten, der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätenkommission, des Staatssekretariats für Bildung und Forschung, der Studierenden, des BAG und der Schweizerischen Universitätskonferenz) zuhanden der vom Dialog Nationale Gesundheitspolitik geschaffenen Plattform «Zukunft ärztliche Bildung» einen Bericht zur Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin erstellt.

Mit Datum vom 23. August 2012 hat der «Dialog Nationale Gesundheitspolitik» darauf gestützt in einer Medienmitteilung des Eidgenössischen Departements des Inneren und der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) einen sukzessiven Aufbau der Ausbildungskapazität auf insgesamt 1'100 Studienabschlüsse pro Jahr bis 2018/2019 in Aussicht genommen. Das entspricht einer Erhöhung um

⁴ „Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“, Bericht des Bundesrates vom 23.11.2011 in Erfüllung der Motion Nr. 08.3608 von Nationalrätin Jacqueline Fehr „Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“ vom 2. Oktober 2008.

⁵ Nr. 11.3526 – Motion: „Mehr Schweizer Nachwuchs dank Aufhebung des Numerus clausus“, B. Häberli-Koller, CVP-EVP; 11.3930 – Motion: „Genügend Ärzte ausbilden“, U. Schwaller, CVP-EVP; 11.388 – Motion: „Genügend Ärzte ausbilden“, CVP-EVP-Fraktion.

300 Studienabschlüsse jährlich, also einem Ausbau der Kapazitäten um 38 %. Noch ungeklärt ist die Finanzierung der damit einhergehenden Mehrkosten, die nach ersten Schätzungen mindestens CHF 56 Mio. jährlich betragen werden. Zuvor hatte bereits die sogenannte «Groupe de 4» bestehend aus der Präsidentin der Schweizerischen Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK), dem Präsidenten der GDK, dem Präsidenten der SUK und dem Präsidenten der Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS) eine Empfehlung für die Erhöhung der Ausbildungskapazitäten an den fünf Medizinischen Fakultäten abgegeben. In dieser Erklärung werden auch die Voraussetzungen für die Umsetzung der Kapazitätserhöhung genannt: Neben der Sicherstellung der Finanzierung sind dies die Zustimmung der involvierten Akteure, die Bezeichnung einer federführend verantwortlichen Institution und die Ausarbeitung eines Massnahmenpakets, um eine Verteilung der Ärztinnen und Ärzte auf Gebieten mit medizinischer Unterversorgung sicherzustellen.

Politische Vorstösse und Masterplan Hausarztmedizin

Bund und Kantone reagieren damit auf drei hängige Vorstösse zum Ärztemangel und zur Erhöhung der Aufnahmekapazität für das Medizinstudium.⁶ Auch in mehreren Kantonen wird das Thema aufgrund von parlamentarischen Vorstössen behandelt. Mit diesem starken Interesse von Seiten der Parlamente erhöht sich der Druck auf die interkantonalen Gremien und den Bund, gesamtschweizerische Lösungen für die komplexe Problemlage zu finden.

Die grösste politische Wirkung hat die Eidgenössische Volksinitiative «Ja zur Hausarztmedizin», die in erster Linie eine ausreichende medizinische Versorgung der Bevölkerung durch Fachärztinnen und Fachärzte der Hausarztmedizin verlangt. Die Initiative thematisiert den brennendsten derzeitigen Problembereich der medizinischen Versorgung. Denn in der medizinischen Grundversorgung – insbesondere auf ländlichen Gebieten – zeichnet sich die deutlichste Versorgungslücke ab. Das Eidgenössische Departement des Inneren (EDI) möchte den Anliegen der Hausarztinitiative mit einem breit gefassten Masterplan begegnen. Dieser soll die Problematik der Grundversorgung in ihren verschiedenen Teilaspekten thematisieren. Dementsprechend sind drei Arbeitsgruppen unter der Federführung des Eidgenössischen Departements des Inneren eingerichtet worden:

- «Medizinalberufegesetz»
- «Bildung und Forschung»
- «Finanzierung und Grundversorgung»

Die Berichte der Arbeitsgruppen werden derzeit vom Lenkungsgremium – bestehend aus dem Vorsteher des Eidgenössischen Departements des Innern und verschiedenen Akteuren der Kantone und des Initiativkomitees – ausgewertet. Bis zum Herbst 2012 soll aus den Befunden der einzelnen Arbeitsgruppen ein zusammenhängender Aktionsplan abgeleitet werden. Es wird erwartet, ob dieser anspruchsvolle Vorgehensplan zu einem koordinierten Vorgehen aller Akteure führt.

Die Initiative des EDI ist als Antwort auf die aktuelle politische Problemwahrnehmung zu begrüssen. Es ist zu hoffen, dass sich daraus abgestimmte Handlungsschritte der involvierten Akteure ergeben, die mittelfristig Wirkung zeigen.

⁶ Nr. 11.3526 – Motion: „Mehr Schweizer Nachwuchs dank Aufhebung des Numerus clausus“, B. Häberli-Koller, CVP-EVP; 11.3930 – Motion: „Genügend Ärzte ausbilden“, U. Schwaller, CVP-EVP; 11.388 – Motion: „Genügend Ärzte ausbilden“, CVP-EVP-Fraktion.

Eine langfristige strategische Standortbestimmung, welche die eingangs aufgeworfenen Fragestellungen löst, steht aber noch aus. Über den «Masterplan Hausarztmedizin» hinaus, in dem nur ein – wenn auch weitgefasster – Themenkomplex des Gesundheitswesens ins Visier genommen wird, ist ein «Masterplan Gesundheit» notwendig, in dem die Konturen der «Medizin von morgen» sichtbar würden. Den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens sollte eine grundlegende Zukunftsstrategie zur Verfügung stehen. Denn Einzelaspekte des Gesundheitswesens können nur tragfähig gelöst werden, wenn eine Vorstellung davon besteht, in welche Richtung die Gesundheitspolitik sich entwickeln soll und wird. Das schweizerische Gesundheitswesen mit seinen 26 unterschiedlichen Systemen wird sich nur in kleinen Schritten verändern. Umso wichtiger ist es, dass eine generelle Stossrichtung erkennbar ist, in welche diese Einzelschritte vorzunehmen sind. In einer umfassenden Strategie sind neben den politischen und gesellschaftswissenschaftlichen auch grundlegende ethisch-philosophische Aspekte zu berücksichtigen.

5. Zulassungsbeschränkung zum Medizinstudium

1998 wurden an den Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich Kapazitätsgrenzen für das Medizinstudium festgelegt und eine Zulassungsbeschränkung (Numerus Clausus, NC) eingeführt. Für die Zulassung müssen die Studienanwärterinnen und -anwärter einen Eignungstest (Eignungstest für das Medizinstudium, EMS) erfolgreich absolvieren. Ziel des EMS ist nicht in erster Linie die Eignung für die ärztliche Berufstätigkeit zu prüfen, sondern die Wahrscheinlichkeit des Studienerfolges der Medizinstudierenden. Der Eignungstest, der heute zum Einsatz kommt, erfüllt dieses Ziel in hohem Mass. Während vor der Einführung des NC die Studienerfolgsquote bei 50 % lag, hat sich diese an den Universitäten mit NC auf zwischen 80 % und 90 % erhöht. An den Universitäten ohne NC, bei denen die Selektion in den ersten beiden Studienjahren erfolgt, liegt die Erfolgsquote nach wie vor bei 50 %. An der Universität Genf müssen Studieninteressierte seit drei Jahren ebenfalls am EMS teilnehmen. Das erzielte Ergebnis ist jedoch kein Selektionskriterium. Die Studienerfolgsprognosen für Personen, die auch bei Misserfolg beim EMS das Medizinstudium an der Universität Genf beginnen, sind schlecht. Die Wahrscheinlichkeit, die Prüfungen nach Abschluss des 2. Studienjahres zu bestehen, liegt bei diesen Studierenden unter 5 %.

Trotz der Hürde, die mit dem Eignungstest besteht, ist das Interesse von jungen Menschen, Medizin zu studieren, ungebrochen. Laut der gesamtschweizerischen Erhebung der Rektorenkonferenz der Schweizerischen Universitäten (CRUS) für das Studienjahr 2011/2012 gingen bis Mitte Februar 2011 schweizweit 4'094 Anmeldungen für das Studium der Humanmedizin ein. Fast 3'000 dieser Anmeldungen erfolgten an einer der Universitäten mit NC.⁷ Nach Berücksichtigung der Rückzugsquote von 26 % haben 2'172 Personen den EMS 2011 absolviert. 745 Personen erhielten einen Studienplatz, die übrigen 1'467 wurden abgewiesen. Die Zahl der zugeteilten Studienplätze liegt leicht über den festgelegten Kapazitäten an den Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich. Mit dieser Überbelegung, die auf Erfahrungen der Vorjahre beruht, will man Nichtantritte trotz Zulassung auffangen und die Kapazitäten möglichst vollständig nutzen. Auch dieses Jahr haben sich in Basel über fünfmal mehr Studierende für das Medizinstudium angemeldet, als Studienplätze zur Verfügung stehen (130 Studienplätze vs. 700 Anmeldungen).

⁷ Auch für ein Studium der Veterinär- und Zahnmedizin müssen Interessierte den EMS absolvieren. Die statistischen Angaben zur Teilnahme am EMS für Veterinär- und Zahnmedizin werden hier nicht berücksichtigt.

Ein weiterer Engpass ergibt sich auf der Masterstufe. Die zur Verfügung stehenden Plätze für die klinische Ausbildung sind beschränkt, ebenso wie die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die sich für Ausbildungszwecke zur Verfügung stellen. Daher ist eine Selektion unabdingbar, entweder vor Studienbeginn oder während der ersten Semester, weil nicht alle Studienwilligen für das Studium der Medizin geeignet sind. Mit der Abschaffung des NC würde die Selektion wieder in die Prüfungen der ersten beiden Studienjahre verlegt. Die positive Auslastung der Studiengänge in Humanmedizin mit einer Erfolgsquote von zwischen 80 % und 90 % würde wieder aufgegeben.

Zu erwähnen ist schliesslich, dass junge Menschen, die aufgrund des Ergebnisses des EMS-Tests keinen Studienplatz erhalten, sich bereits unmittelbar danach umorientieren können. Da auch in anderen Branchen ein Mangel an Akademikerinnen und Akademikern herrscht, steht den betreffenden Studienwilligen ein vielfältiges und anspruchsvolles Angebot anderer beruflicher Perspektiven zur Verfügung. Studierende hingegen, die bei der Selektion im Laufe des Studiums scheitern, verlieren erst ein bis zwei Jahre mit hohem Arbeits- und Ressourceneinsatz, bevor sie mit der Notwendigkeit einer Umorientierung konfrontiert werden.

Eine Abschaffung des NC wäre somit kein Beitrag zur Problemlösung, umso mehr als eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten auch ohne Aufhebung des NC vorgenommen werden könnte. Auch mit einer Erhöhung der Kapazität bleibt allerdings das Problem bestehen, dass die Berufswahl der Studienabgängerinnen- und Abgänger sich nicht automatisch nach dem Bedarf in der medizinischen Versorgung richtet. Bekanntlich besteht das Hauptproblem zurzeit bei der Nachfolgeregelung für Hausärztinnen und Hausärzte. Dennoch entscheiden sich die meisten Medizinerinnen und Mediziner für Facharztpositionen und verstärken in bereits wohlversorgten Gebieten die Ärztedichte mit entsprechenden Konsequenzen für die Kosten des Gesundheitswesens.

Schliesslich ist der Kanton Basel-Stadt bezüglich Kapazitätsbeschränkung und Durchführung des Eignungstests nicht autonom. Es besteht ein Verbund der Deutschschweizer Universitäten mit Medizinischer Fakultät (BE, BS, FR und ZH). Diese führen den Test gemeinsam durch und stellen gemeinsam ein Maximum an möglichen Studienplätzen zur Verfügung. Die Kapazitäten sind infrastrukturell, finanziell, aber auch im Hinblick auf die Praxis durch die Zahl der von den Universitätsspitalern betreuten Patientinnen und Patienten (dem sogenannten «Patientengut») bestimmt. Mit entsprechenden Betriebsmitteln können die Kapazitäten sicherlich erhöht werden, jedoch sind ihr wegen der anderen genannten Faktoren Grenzen gesetzt.

6. Finanzielle Auswirkungen

Wie unter 4. erwähnt, hat der Bundesrat in einem Bericht vom November 2011 Massnahmen empfohlen, wie der künftig drohende Ärztemangel abgewendet werden kann. In dem Bericht wurde vorgeschlagen, gesamtschweizerische Lösungen anzustreben und die bereits erfolgten Massnahmen zu koordinieren. Diese Stossrichtung wurde mit der genannten Erklärung vom August 2012 verstärkt. Nicht beantwortet wurde bisher die Frage der Finanzierung der vorgeschlagenen Massnahmen. Diese Zurückhaltung basiert auf der Verteilung der Zustän-

digkeiten von Bund und Kantonen. Mit Ausnahme des ETH-Bereichs und der Beteiligung des Bundes laut Universitätsförderungsgesetz (UFG) sind die Kantone zuständig für die Finanzierung der Universitäten. Auch für die Finanzierung des Gesundheitswesens sind die Kantone zuständig.

Eine der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen ist die Erhöhung der Zahl der jährlich erteilten eidgenössischen Arzt diplome. Er geht dabei von einer Erhöhung von gegen 50 % aus und empfiehlt Abschlusszahlen zwischen 1200–1300 Diplome pro Jahr. Aufgrund der bereits erfolgten Kapazitätserhöhungen der medizinischen Fakultäten und neuer Berechnungen des BFS⁸ werden deutlich höhere Abschlusszahlen erwartet als bisher prognostiziert: Statt 700, wie angenommen, werden ab 2015 850–900 diplomierte Ärztinnen und Ärzte die schweizerischen Universitäten verlassen. Auf dieser Basis erscheint als erster Schritt ein Wachstum der Ausbildungskapazitäten um rund 30 % wünschbar. Auch diese Einschätzung wurde mit der Erklärung vom August 2012 bestätigt.

Der Grund für das sorgfältige Austarieren des künftigen Bedarfs liegt darin, dass ein Studium der Medizin sehr teuer ist, wie sich an den Tarifen der interkantonalen Universitätsvereinbarung ablesen lässt. Gemäss aktuell gültigen Tarifen beträgt der Beitrag für einen ausserkantonalen Studierenden im Vorklinikum (1. und 2. Studienjahr) pro Jahr CHF 24'430, das entspricht den Tarifen für ein Studium an der Philosophisch-Naturwissenschaftlichen Fakultät, (ab 2014 aufgrund einer teuerungsbedingten Anpassung CHF 25'700) und in der klinischen Ausbildung (3. bis 6. Studienjahr) 48'860 (ab 2014 aufgrund der teuerungsbedingten Anpassung CHF 51'400). Zum Vergleich: Für die Ausbildung eines Studierenden philosophisch-historischer Richtung werden nach der Anpassung 2014 CHF 10'600 beglichen werden.

Auch die vergleichsweise hohen Tarife für das Medizinstudium decken nur einen Teil der realen Kosten ab, da neben den reinen Ausbildungskosten für die Studierenden der Humanmedizin auch noch die Ausbildungskosten bis zum Facharzt zu berücksichtigen sind. Gesamtschweizerisch sind die Universitäten aktuell nicht in der Lage, die effektiven Kosten für einen Studienplatz der Medizin zu ermitteln, da die dafür benötigten Informationen bezüglich der Aufwendungen für Lehre und Forschung durch die Universitätsspitäler noch nicht geliefert werden können. Die Informationslücke soll nun in Zusammenarbeit mit den auszubildenden Spitälern für die universitären Kostenrechnungen angeschlossen werden. Derzeit kann die Universität Basel wie auch die übrigen Universitäten mit medizinischen Ausbildungsbe reichen nur für die Zahnmedizin eine Kostenermittlung vornehmen. An der Universität Basel kostete ein Studienplatz der Zahnmedizin im Jahr 2010 rund CHF 60'000. Die beiden Träger müssen also bereits im Bereich der Zahnmedizin (und dies ist deshalb sicher auch im Bereich der Humanmedizin der Fall) für die ausserkantonalen Studierenden erhebliche Zusatzaufwendungen leisten.

Gemäss BFS beliefen sich 2010 die von allen schweizerischen Universitäten ausgewiesenen Aufwendungen für den Bereich Humanmedizin auf CHF 1,3 Mrd. Da jedoch für das sechsjährige Medizinstudium sowohl Mittel aus dem Bildungs- als auch aus dem Gesundheitsbereich beansprucht werden, sind die Gesamtkosten schwierig zu beziffern. Wie die Universitäten mit den Kliniken für die Ausbildung der angehenden Ärztinnen und Ärzte zusammenar-

⁸ BfS: Bildungsperspektiven Szenarien 2010 – 2019 für die Hochschulen. Neuchâtel 2010.

beiten, ist je nach Universität unterschiedlich organisiert. Daher sind die Kostenstrukturen nicht vergleichbar. Dies ist mit ein Grund, warum das BFS für das Humanmedizinstudium zurzeit keine Angaben zu den Kosten pro Studierenden macht. Mit dem Projekt «Kosten der Lehre und Forschung an den Universitätsspitaler» unter der Leitung des BFS soll dieser Missstand auf schweizerischer Ebene behoben werden. In Basel sind diese Werte im Rahmen des Staatsvertrags über die gemeinsame Trägerschaft mit einer von beiden Verwaltungen festgelegten Methode eruiert worden.

Unter den genannten Voraussetzungen sind auch die Kosten für eine Erhöhung der Ausbildungskapazität schwierig zu beziffern. An der Universität Zürich verursacht die Erhöhung der Studienkapazität um 20 %, ohne dass die Zahl der Professuren erhöht wurde oder bauliche Massnahmen vorgenommen wurden, CHF 1,2 Mio. jährliche Mehrkosten. Die Zahlen für die Universität Basel werden derzeit in Vorbereitung des Antrags für den Globalbeitrag der Leistungsperiode 2013–2016 erstellt.

Denn die Universitäten müssen die betreffenden Mittel zusätzlich erhalten, um die entsprechenden Ausbildungskapazitäten aufzubauen. In der BFI-Botschaft 2013–2016 sind dafür keine Mittel vorgesehen. Studienplätze der Medizin sind ein Mehrfaches teurer als andere Ausbildungsplätze. Es ist deshalb undenkbar, durch eine Senkung von Studienplätzen beispielsweise der Psychologie, eine Erhöhung der Studienplätze für Medizin zu ermöglichen. Da die Schweiz ganz allgemein einen Mangel an Akademikerinnen und Akademikern ausweist, ist eine Senkung von Ausbildungskapazitäten in anderen Fachbereichen auch inhaltlich nicht sinnvoll.

Im Vergleich zu anderen Fachdisziplinen ist vor diesem Hintergrund bei der Medizin die Notwendigkeit bedeutend höher, Studierende auch wirklich im medizinischen Bereich einzusetzen. Es besteht deswegen auch ein bedeutend höherer Druck, dass die mit so hohem Aufwand an öffentlichen Mitteln ausgebildeten Absolventinnen und Absolventen voll in ihrem Fachgebiet zum Einsatz gelangen. Jedenfalls hat der Ausschöpfungsgrad des Potenzials an Ärztinnen und Ärzten auch mit Begleitfaktoren wie familienbegleitende Strukturen und der Bereitschaft, die Berufslaufbahn zu priorisieren, zu tun.

7. Zu den einzelnen Fragen im Anzug

1. *Ob sich der Regierungsrat bewusst ist, dass sich die bereits heute prekäre Situation in den kommenden Jahren noch verschlechtern wird?*

In der Schweiz und im Kanton Basel-Stadt besteht derzeit kein Versorgungsdefizit, weil die Schweiz und der Kanton Basel-Stadt in hohem Mass auf im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzten zählen können. Der Regierungsrat ist sich jedoch bewusst, dass im Verbund mit den anderen nationalen Akteuren im Gesundheits- und Bildungswesen Aktivitäten notwendig sind, um die Versorgungssicherheit auch zukünftig sicherzustellen. Neben eher pragmatischen und mittelfristig ausgerichteten Massnahmen steht auch die Beantwortung langfristig ausgerichteter Grundsatzfragen des Verständnisses von Gesundheit und des Gesundheitswesens im Vordergrund.

2. *Welche Gegenmassnahmen der Regierungsrat einzuleiten bereit ist?*

Die ausführliche Auslegeordnung zeigt, dass der Regierungsrat des Kantons Basel-Stadt – der sich in solchen Fragen zudem mit dem Mitträger Basel-Landschaft abzu-

sprechen hat – nicht allein agieren kann. Lösungen müssen auf nationaler, wenn nicht internationaler Ebene definiert werden.

3. *Ob sich der Regierungsrat bewusst ist, wie demotivierend es für junge Maturanden ist, wenn sie trotz Ärztemangel keinen Studienplatz erhalten und die Assistentenstellen an den Spitälern einfach mit ausländischen Ärzten besetzt werden.*

Die Auslegeordnung hat gezeigt, dass die Motivations- resp. Demotivationsfrage nicht eindimensional behandelt werden kann. Bei der Besetzung der medizinischen Assistentenstellen soll auch künftig primär die Eignung und nicht die Nationalität im Vordergrund stehen. Der Regierungsrat geht davon aus, dass mit der Abschaffung des Numerus clausus die Selektion wieder in die Prüfungen der ersten beiden Studienjahre verlegt würde. Gleichzeitig würde die positive Auslastung der Studiengänge in Humanmedizin mit einer Erfolgsquote von zwischen 80 % und 90 % wieder aufgegeben. Junge Menschen, die aufgrund des Ergebnisses des EMS-Tests keinen Studienplatz erhalten, können sich heute bereits unmittelbar danach umorientieren. Studierende hingegen, die bei der Selektion im Laufe des Studiums scheitern, haben bereits ein bis zwei Jahre Zeit aufgewendet und Arbeit geleistet, bevor sie ebenfalls am gleichen Punkt stehen. Die Abschaffung des Numerus clausus würde damit keinen Beitrag zur Problemlösung leisten, umso mehr als der Numerus clausus per se einer Erhöhung der Studienplatzkapazitäten nicht entgegensteht.

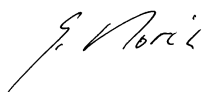
4. *Ob der Regierungsrat bereit ist, Verhandlungen mit der Universität Basel betreffend Erhöhung der Studienplätze in der Humanmedizin zu führen und einerseits entsprechende Kostensteigerungen zu berechnen, und andererseits Vorschläge unterbreiten wird, wie die anfallenden Mehrkosten bewältigt werden können.*

Im Rahmen des gegebenen Leistungsauftrags hat die Universität Basel die Studienplätze bereits erhöht und ihre Kapazität dabei maximal ausgeschöpft. Eine weitere Erhöhung der Studienkapazitäten zieht grössere Infrastruktur- und Betriebskosten nach sich. Ausserdem wäre zusammen mit den regionalen Spitälern abzuklären, wie die patientenbezogenen Praktikumsplätze erhöht werden könnten. Die zusätzlichen Kosten könnten den beiden Trägerkantonen erst beantragt werden, wenn eine verbindliche Bedarfsanalyse und ein Finanzierungskonzept vorliegen. Diese sind in Zusammenarbeit mit den nationalen Instanzen auszuarbeiten.

7. Antrag

Auf Grund dieses Berichts wird dem Grossen Rat beantragt, den Anzug Rolf von Aarburg und Consorten betreffend Numerus clausus trotz Ärztemangel abzuschreiben.

Im Namen des Regierungsrates des Kantons Basel-Stadt



Dr. Guy Morin
Präsident



Barbara Schüpbach-Guggenbühl
Staatschreiberin