



Vorlage an den Landrat des Kantons Basel-Landschaft

Titel: Bericht zum Postulat [2010-165](#) von Regina Vogt, FDP-Fraktion:
Ärztemangel

Datum: 24. April 2012

Nummer: 2012-121

Bemerkungen: [Verlauf dieses Geschäfts](#)

Links:

- [Übersicht Geschäfte des Landrats](#)
- [Hinweise und Erklärungen zu den Geschäften des Landrats](#)
- [Landrat / Parlament des Kantons Basel-Landschaft](#)
- [Homepage des Kantons Basel-Landschaft](#)



Vorlage an den Landrat

betreffend Bericht zum Postulat [2010-165](#) von Regina Vogt, FDP-Fraktion: Ärztemangel

vom 24. April 2012

1. Text des Postulats

In den letzten Jahren zeichnet sich in der Schweiz vermehrt ein Ärztemangel ab.

Zurzeit sind rund 48% der Spitalärzte Ausländer. Trotz des Mangels an einheimischen Ärzten, der sich den Prognosen gemäss in Zukunft noch verschärfen wird, nehmen die Medizinischen Fakultäten der Schweizerischen Universitäten nur einen Teil der interessierten einheimischen Maturanden ins Medizinstudium auf. Im Jahr 2009 war die Kapazität zu 385% ausgelastet. Auf 603 Studienplätze bewarben sich 2034 Maturanden. 1431 Interessenten für das Medizinstudium wurden trotz erfolgreich absolvierter Maturität abgewiesen.

Die Limitierung des Zugangs zum Medizinstudium durch den Eignungstest wird von den Universitäten mit dem beschränkten Angebot an klinischen Studienplätzen sowie den hohen Kosten für die Ausbildung in Humanmedizin begründet. Das BAG geht davon aus, dass jeder Medizinstudent die öffentliche Hand im Schnitt 720 000.- Fr. kostet. Zurzeit bietet die Medizinische Fakultät der Universität Basel 130 Studienplätze. Dabei stellt sich die Frage, mit welchen Massnahmen diese Kapazität in dem Masse erhöht werden könnte, dass die Universität ihren Ausbildungsauftrag erfüllen kann.

Ich bitte den Regierungsrat zu prüfen,

- *wie hoch die Lehrkapazität ist, die durch die zurzeit beschäftigten Dozierenden laut Vertrag maximal erfüllt werden könnte,*
- *ob eine Erhöhung der klinischen Ausbildungskapazitäten durch vermehrten Einbezug assoziierter Spitäler und durch noch intensivierteren Einbezug von Hausarztpraxen in die klinische Ausbildung möglich ist.*
- *Weiter ist der Regierungsrat gebeten über die Anzahl zusätzlicher Studienplätze in Humanmedizin zu berichten, welche durch die obenstehenden Massnahmen gewonnen werden könnten.*

Prof. Dr. Antonio Loprieno sagte anlässlich der Eröffnungsfeier 550 Jahre Universität Basel in Liesal: „Wissen bewegt uns und Wissen soll uns weiterhin bewegen.“ In diesem Sinne bin ich überzeugt, dass mit der Prüfung und Analyse des Lehrauftrags in Humanmedizin an der Universität Basel ein positives Resultat zu erwarten ist.

2. Stellungnahme des Regierungsrats

2.1 Ausgangslage

Das Postulat wurde vor dem Hintergrund eingereicht, dass sich in den letzten Jahren in der Schweiz vermehrt ein Ärztemangel abgezeichnet und ein Grossteil der Spitalärzte und -ärztinnen ihre Ausbildung im Ausland absolviert haben. Gleichzeitig nehmen die Universitäten nur einen Teil der interessierten einheimischen Maturandinnen und Maturanden ins Medizinstudium auf.

Der drohende Ärztemangel 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 Argumenten: Steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen infolge eines wachsenden Anteils der älteren Bevölkerung, veränderte Einstellung der Ärztinnen und Ärzte zur Work-Life-Balance und der Trend zu früheren Pensionierungen von Ärztinnen und Ärzten.

Der Bundesrat hat als Antwort auf eine Motion im November 2011 einen ausführlichen Bericht zum Thema Ärztemangel vorgelegt.¹ In diesem Bericht wird die aktuelle Situation dargelegt und aufgezeigt, welche Möglichkeiten es 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.² 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.

Im Folgenden werden die Aspekte Ärztemangel, Rekrutierung von ausländischem Medizinalpersonal und Zugangsbeschränkung zum Medizinstudium thematisiert. Danach werden die unterschiedlichen Massnahmen vorgestellt, die auf verschiedenen Ebenen zur Erhöhung der Aufnahmekapazität zum Medizinstudium in Planung sind oder bereits eingeleitet wurden. Und schliesslich werden die im Postulat vorgeschlagenen Massnahmen geprüft sowie das vom Regierungsrat geplante Vorgehen vorgestellt.

2.2 Ärztemangel

Die Schweiz verfügt über eine höhere Dichte an Gesundheitspersonal als die meisten anderen OECD-Länder, doch ist mittelfristig in bestimmten Berufsgruppen und geographischen Gebieten eine Unterversorgung zu befürchten.³ Mehrere Aspekte tragen zu dieser Einschätzung bei. Dazu

¹ „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.

² 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.

³ Diese Aussage betrifft auch das Pflegepersonal. Dieser Aspekt wird jedoch angesichts der Fragestellung des Postulats und der Komplexität der Materie nicht weiter berücksichtigt.

gehören etwa die demografische Entwicklung, veränderte Berufsvorstellungen von Ärztinnen und Ärzten sowie deren Wahl der Spezialisierung und des Arbeitsortes.

Gemäss Berechnungen des Bundesamts für Statistik (BFS) wird der Anteil der über 65-Jährigen an der Gesamtbevölkerung der Schweiz von heute 17% bis im Jahr 2060 auf 28% steigen. Eine steigende Nachfrage nach ärztlichen Leistungen wird insbesondere der steigende Anteil der über 80-Jährigen mit sich bringen (heute: 5%, 2060: 12%).⁴ Gemäss Schweizerischem Gesundheitsobservatorium (Obsan) könnten bis im Jahr 2030 bis zu 40% der Konsultationen in der ambulanten Grundversorgung nicht mehr gedeckt werden. Aber auch in den anderen Fachgebieten soll das Angebot in Zukunft um bis zu 30% unter dem Bedarf liegen.

Neben der Bevölkerungsentwicklung werden auch die veränderten Vorstellungen über die Vereinbarkeit von Beruf und anderen Lebensbereichen bei jüngeren Ärztinnen und Ärzten (Work-Life-Balance) als Grund für den höheren Bedarf angeführt. Ärztinnen und Ärzte achten zu Recht vermehrt auf eine ausgeglichene Arbeitszeit als dies in früheren Jahren üblich war. Darüber hinaus wurde in den vergangenen Jahren eine zunehmende Tendenz bei Ärztinnen und Ärzten festgestellt, vorzeitig in den Ruhestand zu treten.

In den Prognosen über den drohenden Ärztemangel sollten auch die Auswirkungen der Einführung der leistungsbezogenen Fallpauschalen im stationären Bereich mitberücksichtigt werden: Eine geringere Spitalaufenthaltsdauer sowie Prozessoptimierungen sollen zu Effizienzsteigerungen führen. Als Folge davon könnte die gleiche Leistung im stationären Bereich mit weniger (ärztlichem und nicht-ärztlichem) Personal erreicht werden.

Ein weiterer Aspekt, der den von der Obsan vorhergesagten 30 – 40% höheren Bedarf an ärztlichen Leistungen reduzieren könnte, sind grössere Präventionsanstrengungen in der Schweiz. Die OECD hat 2011 festgestellt, dass die Prävention in der Schweiz einen zu geringen Stellenwert hat.⁵ Es wurden Gegenmassnahmen empfohlen wie etwa die Annahme eines Bundesgesetzes zur Prävention und die Bereitstellung finanzieller Mittel für die Umsetzung landesweiter Massnahmen.

2.3 Rekrutierung von ausländischen Ärztinnen und Ärzten

Dass zurzeit noch kein Versorgungsdefizit besteht, beruht auf dem Umstand, dass – wie die Postulantin feststellt – die Schweiz in hohem Mass im Ausland ausgebildete Ärztinnen und Ärzte rekrutiert. Gemäss BFS stammten 43.7% der Ärztinnen und Ärzte, die 2010 in Schweizer Spitälern arbeiteten, aus dem Ausland.⁶

Die Rekrutierung von im Ausland ausgebildetem Gesundheitspersonal wird zusehends kritisch beurteilt. Obwohl die im Ausland ausgebildeten und in der Schweiz tätigen Ärztinnen und Ärzte überwiegend aus den Nachbarländern kommen – 2010 waren gut 2 Drittel der ausländischen Ärztinnen und Ärzte deutsche Staatsangehörige – trägt die Schweiz damit indirekt zu einem Brain Drain bei. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat im Mai 2010 einen Verhaltenskodex zur internationalen Rekrutierung von Gesundheitspersonal erlassen. Die Mitgliedstaaten werden – auf freiwilliger Basis – aufgefordert, selber möglichst genügend Personal auszubilden, um den eigenen

⁴ BfS: Szenarien zur Bevölkerungsentwicklung in der Schweiz. Neuchâtel 2010.

⁵ OECD-Bericht über Gesundheitssysteme – Schweiz, OECD 2011.

⁶ 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>.

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 abschliessend beantwortet werden. Aus der Perspektive der Versorgungsqualität müssten in der Schweiz tätige Ärztinnen und Ärzte idealerweise über diejenigen Sprach- und Kulturkompetenzen verfügen, die zur Versorgung der Bevölkerung notwendig sind – auch der ständigen ausländischen Wohnbevölkerung von im Kanton Basel-Landschaft gut 19%. Ärztinnen und Ärzte mit Migrationshintergrund werden daher auch in Zukunft eine wichtige Rolle in unserem Gesundheitssystem spielen. Darüber hinaus ist der internationale Austausch für die Weiterentwicklung der Medizin ebenso unverzichtbar wie für andere wissenschaftliche Disziplinen.

Für die Schweiz stellt sich angesichts des wachsenden Anteils der im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzte zusätzlich die Frage nach der Versorgungssicherheit: Kann diese auch dann noch gewährleistet werden, wenn beispielsweise bei einer deutlichen Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den wichtigsten Rekrutierungsländern (Deutschland, Frankreich) die Zahl der einwandernden Ärztinnen und Ärzte deutlich sinkt?

2.4 Zugangsbeschränkung 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, 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 trotz 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 4094 Anmeldungen für das Studium der Humanmedizin ein. Fast 3000 dieser Anmeldungen erfolgten an einer der Universitäten mit NC.⁷ Nach Berücksichtigung der Rückzugsquote von 26% haben 2172 Personen den EMS 2011 absolviert. 745 Personen erhielten einen Studienplatz, die übrigen 1467 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 Studierenden für das Medizinstudium angemeldet, als Studienplätze

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.

zur Verfügung stehen (130 Studienplätze vs. 700 Anmeldungen). 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.

In der aktuellen politischen Diskussion werden zur Abwendung des erwarteten Ärztemangels die Erhöhung der Aufnahmekapazität bzw. der klinischen Ausbildungskapazität, wie mit dem vorliegenden Postulat, oder die Abschaffung des NC gefordert. Eine Motion zur Aufhebung des NC liegt dem Landrat vor (Nr. [2011-354](#)). Auch beim Bund ging, wie bereits eingangs erwähnt, ein politischer Vorstoss mit dieser Stossrichtung ein.⁸ Die bereits geplanten oder eingeleiteten Massnahmen, die im nächsten Abschnitt erläutert werden, sehen in der Regel eine Erhöhung der Ausbildungskapazität ohne Aufhebung des NC vor.

Mit der Abschaffung des NC würde lediglich die Selektion wieder in die Prüfungen der ersten beiden Studienjahre verlegt. Die positive Auslastung der Studiengänge in Humamedizin mit einer Erfolgsquote von zwischen 80% und 90% würde wieder aufgegeben. Noch zu erwähnen ist, dass junge Menschen, die aufgrund des Ergebnisses des EMS-Tests keinen Studienplatz erhalten, sich bereits unmittelbar danach umorientieren können. 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 NC leistet keinen Beitrag zur Problemlösung, umso mehr als eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten auch ohne Aufhebung des NC vorgenommen werden könnte.

2.5 Bereits geplante oder eingeleitete Massnahmen der Kantone

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 aufgrund der knappen Ressourcen bisher auf eine Erhöhung verzichtet.

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.

⁸ Nr. 11.3526 – Motion: „Mehr Schweizer Nachwuchs dank Aufhebung des Numerus clausus“, B. Häberli-Koller, CVP-EVP

Speziell gefährdet durch eine drohende Unterversorgung ist der Bereich der Hausarztmedizin. Eine Mehrheit der jungen Ärztinnen und Ärzte entscheidet sich – bei freier Wahlmöglichkeit – für eine Weiterbildung in einem anderen ärztlichen Spezialgebiet und zieht eine spätere Berufstätigkeit im Spital oder in einer zentral gelegenen Gruppenpraxis der dezentralen Tätigkeit in einer ambulanten Hausarztpraxis vor. Zur Förderung des Nachwuchses in der Hausarztmedizin hat der Kanton Basel-Landschaft bereits 2009 begonnen, Assistenzstellen in Hausarztpraxen mitzufinanzieren. Dieses Vorgehen hat sich als erfolgreich erwiesen. Daher hat der Landrat Anfang 2012 einen Verpflichtungskredit für die Weiterführung dieses Förderinstrumentes bewilligt (LRV [2011/331](#) vom 29.11.2011, LRB Nr. 258 vom [12.01.2012](#)).

2.5.1 Massnahmen des Bundes und der interkantonalen Gremien

Wie eingangs 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. Ein wichtiger Aspekt, der im bundesrätlichen Bericht unerwähnt bleibt, ist die Frage der Finanzierung der vorgeschlagenen Massnahmen (siehe unten: 2.5.2). Diese Zurückhaltung basiert auf der Verteilung der Zuständigkeiten 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.

Der Bund hat jedoch gemäss Medizinalberufegesetz (MedBG) für die medizinische Ausbildung die Funktion der Oberaufsicht über die Lehrinhalte inne. Die Lehrtätigkeit der medizinischen Fakultäten ist daher in einem verbindlichen gesetzlichen Rahmen geregelt. Eine solche Regelung gibt es in keiner anderen universitären Disziplin. Darüber hinaus gibt es für die Medizin mehrere gesamtschweizerische Organe,⁹ für die es in anderen Disziplinen ebenfalls keine Entsprechungen gibt. Auch im neuen Bundesgesetz über die Förderung und Koordination des schweizerischen Hochschulbereichs (HFKG) wird diese Logik beibehalten und ein einziger Fachausschuss eingerichtet, nämlich der ständige Ausschuss für Hochschulmedizin.

Für eine gesamtschweizerische Lösung wurde bereits zur Frage der ärztlichen Weiterbildung eine „Plattform Zukunft der ärztlichen Bildung“ eingerichtet, wo Expertinnen und Experten der verschiedenen interkantonalen Gremien, in denen auch der Kanton Basel-Landschaft vertreten ist, und des Bundes in verschiedenen Arbeitsgruppen Lösungswege erörtern. Zu diesen Gremien gehören die SUK und die Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS) sowie die Schweizerische medizinische Interfakultätskommission (SMIFK) und die Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK). Von Seiten des Bundes sind das Bundesamt für Gesundheit (BAG) und das Staatssekretariat für Bildung und Forschung (SBF) beteiligt.

Die SUK hat sich in ihren Plenarsitzungen schon mehrfach mit dem Thema Erhöhung der Aufnahmekapazität für das Medizinstudium beschäftigt. Dazu wurden auch Expertinnen und Experten befragt. Darüber hinaus wurde eine Aktualisierung des bereits erwähnten Berichts des SWTR in Auftrag gegeben. Die GDK ihrerseits hat im Januar dieses Jahres beschlossen, möglichst bald

⁹ Schweizerische medizinische Interfakultätskommission (SMIFK), Konferenz für Hochschulmedizin (KMU) als Teil der Schweizerischen Rektorenkonferenz der Universitäten (CRUS), Eidgenössische Medizinalberufe Kommission (MEBEKO).

Gespräche mit politisch zuständigen Verantwortlichen der interkantonalen Organisationen (GDK, EDK, SUK) zu führen.

Eine der vom Bundesrat vorgeschlagenen Massnahmen ist die Erhöhung der Zahl der jährlich erteilten eidgenössischen Arztdiplome. 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 BFS¹⁰ 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.

Als weitere Massnahme wird eine differenziertere Ausrichtung des Masterstudiums diskutiert. Angehende Ärztinnen und Ärzte absolvieren seit der Bologna-Reform eine sechsjährige Ausbildung, die sich aus einem Bachelor und einem Master in Medizin zusammensetzt. Die Spezialisierung erfolgt erst nach Abschluss des Masterstudiums. Mit einer Spezialisierung auf der Masterstufe, etwa in die Bereiche „Klinik“, „Forschung“, „Grundversorgung“, könnten die Lehrinhalte stärker auf das Ziel ausgerichtet und den verschiedenen erforderlichen Kompetenzen und Profilen besser Rechnung getragen werden. Solche Veränderungen könnten zu einer rationelleren Nutzung von finanziellen und menschlichen Ressourcen und zu einer Verkürzung der Weiterbildung führen. Bisher wissen 40% der Frauen und 49% der Männer, die in der Schweiz Medizin studieren, im letzten Studienjahr noch nicht, auf welche Spezialisierung sie sich ausrichten wollen. Auch nach vier Jahren Weiterbildung liegt der Anteil dieser Unentschlossenen noch bei 15%. Diese späte Entscheidung liegt im System selbst begründet und verteuert es gleichzeitig. Eine Spezialisierung auf der Masterstufe könnte dem entgegen wirken.

Der Vorschlag widerspricht jedoch bisherigen Vorstellungen, wonach alle Ärztinnen und Ärzte die gleiche Grundausbildung absolvieren müssen, ungeachtet der künftigen beruflichen Ausrichtung. Dieses Ausbildungsmodell lässt zudem keinen Raum für Jugendliche, die ihre Ausbildung in einem anderen Bereich (z. B. Biochemie, Pharmazie etc.) begonnen haben und welche die Fähigkeiten hätten, ins Medizinstudium umzusteigen, ohne bei Null anfangen zu müssen.

2.5.2 Finanzierung der Massnahmen

Ein wichtiger Aspekt bei den Diskussionen ist die Frage der Finanzierung. Dazu gehört etwa die Frage, wer eine allfällige Erhöhung der Aufnahmekapazität finanzieren wird. Sollen die Universitätskantone wie bisher die Hauptlast tragen? Wie und in welchem Mass können allenfalls Mittel aus dem Gesundheitsbereich eingesetzt werden? Dazu muss auch die ärztliche Weiterbildung in die Überlegungen mit einbezogen werden.

Unbestritten ist, dass das Medizinstudium teuer ist. Gemäss BFS beliefen sich 2010 die von den 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 nach wie vor schwierig zu beziffern. Wie die Universitäten mit den Kliniken für die Ausbildung der angehenden Ärztinnen und Ärzte zusammenarbeiten, ist je nach Universität unterschiedlich organisiert. Daher sind die Kostenstrukturen schwierig zu vergleichen. Dies ist mit ein Grund, warum das BFS für das Humanmedizinstudium zurzeit keine Angaben zu den Kosten pro Studierenden macht. Mit dem Projekt „Kosten

¹⁰ BFS: Bildungsperspektiven Szenarien 2010 – 2019 für die Hochschulen. Neuchâtel 2010.

der Lehre und Forschung an den Universitätsspitalern“ unter der Leitung des BFS soll dieser Missstand behoben werden.

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.

2.6 Prüfung der im Postulat vorgeschlagenen Massnahmen

1. Wie hoch ist die Lehrkapazität, die durch die zurzeit beschäftigten Dozierenden laut Vertrag maximal erfüllt werden könnte?

Das Studiendekanat arbeitet zurzeit an einer ausgedehnten und detaillierten Erfassung der für das neue Curriculum notwendigen Lehrleistungen, welche in Zukunft durch den Lehrkörper erbracht werden müssen. Erst nach Vorliegen dieser Daten wird es möglich sein, Angaben über die Kapazitäten des aktuellen Lehrkörpers zu machen. Die Erhebung dieser Daten wurde von der Medizinischen Fakultät nach Abschluss der Umstrukturierung im Herbst 2011 in Aussicht gestellt. Auf Nachfrage Anfang dieses Jahres konnte jedoch die Medizinische Fakultät noch keine konkreten Angaben über die Lehrkapazität vorweisen.

Begründet wird diese Verzögerung von der Medizinischen Fakultät mit den Mehrbelastungen, die sich aus der Umstrukturierung des gesamten Studiengangs in Humanmedizin nach dem Bologna-System, der Neuimplementierung von Masterarbeiten und dem Aufbau des neuen Staatsexamens ergaben. Das neue Staatsexamen ist eine Folge des neuen Medizinalberufegesetzes (MedGB) und wurde unter der Leitung des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) durchgeführt.

2. Ist eine Erhöhung der klinischen Ausbildungskapazitäten durch vermehrten Einbezug assoziierter Spitäler und durch noch intensivierteren Einbezug von Hausarztpraxen in die klinische Ausbildung möglich?

In der Tat bedarf eine Erhöhung der klinischen Ausbildungsplätze des vermehrten Einbezugs von assoziierten Spitälern und Hausarztpraxen. Jedoch werden die bisher nicht in die Ausbildung von Studierenden einbezogenen Kliniken und Hausarztpraxen nur begrenzt in der Lage sein, einen Beitrag zu leisten. Denn allein die Einführung der Fallkostenpauschalen (DRG) auf den 1. Januar 2012 wird die Spitäler unter weiter erhöhten Spardruck setzen. Ohne Finanzierungskonzept wird ein vermehrter Einbezug von Kliniken und Praxen für den mit einer Erhöhung der Aufnahmekapazität verbundenen Bedarf an klinischen Ausbildungsplätzen schwierig umzusetzen sein. Die heute auf freiwilliger Basis an der universitären Ausbildung bis zum Master beteiligten Hausärztinnen und -ärzte aus der Nordwestschweiz werden nicht entschädigt. Eine Ausweitung ist nur möglich, wenn erheblicher Aufwand für die Ausbildung der praktizierenden Ärzte selbst betrieben und eine angemessene Abgeltung möglich wird.

3. Weiter ist der Regierungsrat gebeten über die Anzahl zusätzlicher Studienplätze in Humanmedizin zu berichten, welche durch die oben stehenden Massnahmen gewonnen werden könnten.

Eine Erhöhung der Aufnahmekapazität für das Medizinstudium kann erst auf der Basis einer gesicherten Datenlage in Betracht gezogen werden. Darüber hinaus sind die dargestellten gesamt-

schweizerischen Diskussionen und Lösungswege zur Abwendung des prognostizierten Ärztemangels zu berücksichtigen.

2.7 Geplante Massnahmen des Regierungsrates

Aufgrund der dargelegten Komplexität des Themas und der kontroversen Interessen der vielen verschiedenen Akteurinnen und Akteure (Universitäten, Spitäler, Spezialisten vs. Allgemeinmediziner, KVG / Versicherungen, Ärztegesellschaften, Kantone, Bund etc.) ist der Regierungsrat des Kantons Basel-Landschaft der Ansicht, dass gesamtschweizerische Lösungen angestrebt und die bereits erfolgten Massnahmen koordiniert werden müssen.

Der Regierungsrat geht jedoch mit der Postulantin einig, dass eine Erhöhung der Aufnahmekapazität für das Medizinstudium an der Universität Basel geprüft werden muss. Diese Überprüfung der Ausbildungskapazität und eine allfällige Erhöhung sollen Thema der Verhandlungen zum Leistungsauftrag 2014-2017 der Universität Basel sein.

3. Antrag

Gestützt auf diese Ausführungen beantragt der Regierungsrat, das Postulat „Ärztemangel“ als erfüllt abzuschreiben.

Liestal, 24. April 2012

Im Namen des Regierungsrates

Der Präsident:
Zwick

Der Landschreiber:
Achermann