



# Bericht der Themengruppe „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“

Datum: 7. November 2012

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

Verfasst von: Themengruppe „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“

Der vorliegende Bericht wurde unter der Leitung des Bundesamtes für Gesundheit unter Einbezug der folgenden Expertinnen und Experten erarbeitet:

- Dr. med. Werner Bauer, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
- Valérie Clerc, Schweizerische Universitätskonferenz (SUK)
- Prof. Peter Eggli, Dekan der Medizinischen Fakultät Bern
- Prof. Jürg Hafner, Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF)
- Patrizia Kündig, Swiss Medical Students' Association (swimsa)
- Dr. med. Christian Schirlo, Dekanat Medizinische Fakultät, Universität Zürich
- PD Dr. med. Marcus Schwöbel, Verein der leitenden Spitalärzte der Schweiz (VLSS)
- Prof. Susanne Suter / Dr. phil. nat. Marianne Bonvin, Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat (SWTR)
- Prof. Martin Täuber, Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten (CRUS)
- Prof. Jean-Daniel Tissot, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)
- med. prakt. Sonja Trüstedt / Simon Stettler Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärzte/Innen (VSAO)
- Prof. Albert Urwyler, Konferenz für Hochschulmedizin (KfHM)
- Dr. med. Elisabeth van Gessel, Medizinische Fakultät, Universität Genf
- Prof. Rainer Weber, Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK)
- *Dr. iur. Catherine Gasser, Abteilungsleiterin Gesundheitsberufe, BAG (Leitung)*
- *Dr. med. vet. Olivier Glardon, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe, BAG (Stv.-Leitung)*
- *Nathalie Weber, Sektion Weiterentwicklung Gesundheitsberufe, BAG*

# Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis .....	1
1 Einleitung .....	2
1.1 Hintergrund der Themengruppe „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“ .....	2
2 Vorgehen .....	4
3 Zulassung .....	4
3.1 Zulassung zum Studium .....	4
3.2 Numerus Clausus .....	5
3.2.1 Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) .....	6
3.2.2 Abgewiesene Bewerberinnen und Bewerber für das Medizinstudium .....	7
4 Ausbildung .....	7
4.1 Ausbildung Bachelorstufe .....	8
4.1.1 Stellenwert und Relevanz Bachelor .....	8
4.1.2 Mobilität .....	9
4.1.3 Passerellen .....	9
4.1.4 Gemeinsame Anteile Bachelor für mehrere Gesundheitsberufe .....	10
4.2 Ausbildung Masterstufe .....	11
4.2.1 Zweck der Master- und Doktorarbeit .....	13
5 Übergang Ausbildung - Weiterbildung .....	14
5.1 Übergang universitäre Ausbildung – Weiterbildung .....	14
5.2 Inhaltliche Abstimmung Lernziele Aus- und Weiterbildung .....	15
6 Weiterbildung .....	15
6.1 Quantitative und zeitliche Merkmale (Verhältnis zum Ausland und zum inländischen Bedarf) .....	16
6.1.1 Dauer und Transparenz der Weiterbildung .....	16
6.1.2 Eigene Konzepte vs. Abstimmung mit der EU .....	17
6.1.3 Berufsrelevanz und Erteilungskompetenz von Facharzttiteln, Schwerpunkt titeln und Fähigkeitsausweisen .....	18
6.1.4 Quantitative Frage der Weiterbildungstitel - gibt es zu viele? .....	19
6.2 Steuerung der Weiterbildung .....	20
6.2.1 Steuerung auf Weiterbildungsstufe (Verhältnis Spezialisten/-innen – Grundversorger/-innen) .....	21
6.2.2 Engagement der Privatspitäler in der Weiterbildung .....	22
6.2.3 Steuerung der Weiterbildungsstellen durch den Bedarf der Spitäler und nicht der Versorgung .....	23
6.3 Abschlüsse .....	24
6.3.1 CAS / DAS / MAS – Verhältnis zu den eidg. WB-Titel und Anrechnung von Modulen .....	24
6.3.2 Inländerdiskriminierung .....	24
7 Schlussbemerkungen .....	25
8 Literatur .....	27
Anhang 1: Mandat Themengruppe Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung	
Anhang 2: Priorisierung Themen Ausbildung	
Anhang 3: Priorisierung Themen Weiterbildung	
Anhang 4: Vorschlag Trackmodell Genf	
Anhang 5: Modell nicht-präjudizierendes Tracking im Medizinstudium (Beispiel Fakultät Zürich)	
Anhang 6: Übersicht Abschlüsse und Titel	

## Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
CAS	Certificate of Advanced Studies
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CRUS	Rektorenkonferenz der Schweizer Universitäten
DAS	Diploma of Advanced Studies
DRG	Diagnosis Related Groups
ECTS	European Credit Transfer System
EFTA	European Free Trade Association
EMS	Eignungstest für das Medizinstudium
EPFL	École Polytechnique Fédérale de Lausanne
ETH	Eidgenössische Technische Hochschule (Zürich)
FBO	Fortbildungsordnung
FMH	Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte
FZA	Freizügigkeitsabkommen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GS-SUK	Generalsekretariat Schweizerische Universitätskonferenz
HFKG	Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetz
HMO	Health Maintenance Organization
KfHM	Konferenz für Hochschulmedizin
MAS	Master of Advanced Studies
MD	Medical Doctor
MEBEKO-A	Medizinalberufekommission Ressort Ausbildung
MEBEKO-W	Medizinalberufekommission Ressort Weiterbildung
MedBG	Medizinalberufegesetz
MedBV	Verordnung über die universitären Medizinalberufe
MMI	Multiple Mini-Interviews
Modell PEP	Pragmatisch, einfach, pauschal
NC	Numerus Clausus
NGP	Dialog Nationale Gesundheitspolitik
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PBL	Problem Based Learning
PhD	Doctor of Philosophy
Plattform ZäB	Plattform "Zukunft ärztliche Bildung"
SAMW	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
SBF	Staatssekretariat für Bildung und Forschung
SCLO	Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training (Lernzielkatalog)
SIWF	Schweizerisches Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung
SMIFK	Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission
SUK	Schweizerische Universitätskonferenz
swimsa	Swiss Medical Students' Association
SWTR	Schweizerischer Wissenschafts- und Technologierat
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
VLSS	Verein der Leitenden Spitalärzte der Schweiz

# 1 Einleitung

Im September 2010 wurde im Auftrag des Dialog Nationale Gesundheitspolitik (NGP) die Plattform "Zukunft ärztliche Bildung" (ZÄB) lanciert. In ihrem Rahmen befassen sich Vertreterinnen und Vertreter von insgesamt 16 Organisationen mit Fragen der ärztlichen Bildung. An der Sitzung vom 16. Dezember 2010 haben die Mitglieder der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ die Themengruppe "Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung" mandatiert. Von den Mitgliedern der Plattform wurde beschlossen, dass die Fortbildung nicht in dieser Gruppe behandelt werden soll.

## 1.1 Hintergrund der Themengruppe „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“

Das seit dem 1. September 2007 in Kraft gesetzte Medizinalberufegesetz (MedBG) bezweckt im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Förderung der Qualität der universitären Ausbildung, der beruflichen Weiter- und Fortbildung sowie der Berufsausübung und sieht das Prinzip des lebenslangen Lernens vor[1]. Um eine qualitativ hochstehende Gesundheitsversorgung zu ermöglichen, umschreibt es für die sich folgenden Bildungsphasen Aus-, Weiter- und Fortbildung gesundheitspolitisch motivierte Ziele. Der Fokus liegt dabei auf den Kompetenzen, welche für die Berufsausübung unerlässlich und wichtig sind und eine qualitativ hochstehende medizinische Versorgung zum Nutzen der Patientinnen und Patienten ermöglichen sollen. Es ist also ein Bundesgesetz, das gesundheitspolitisch motiviert qualitative Vorgaben für die Aus- und Weiterbildung der universitären Medizinalberufe, namentlich der Humanmedizin, formuliert und die nationale und internationale Freizügigkeit für Personen mit universitären Medizinalberufen gewährleistet.

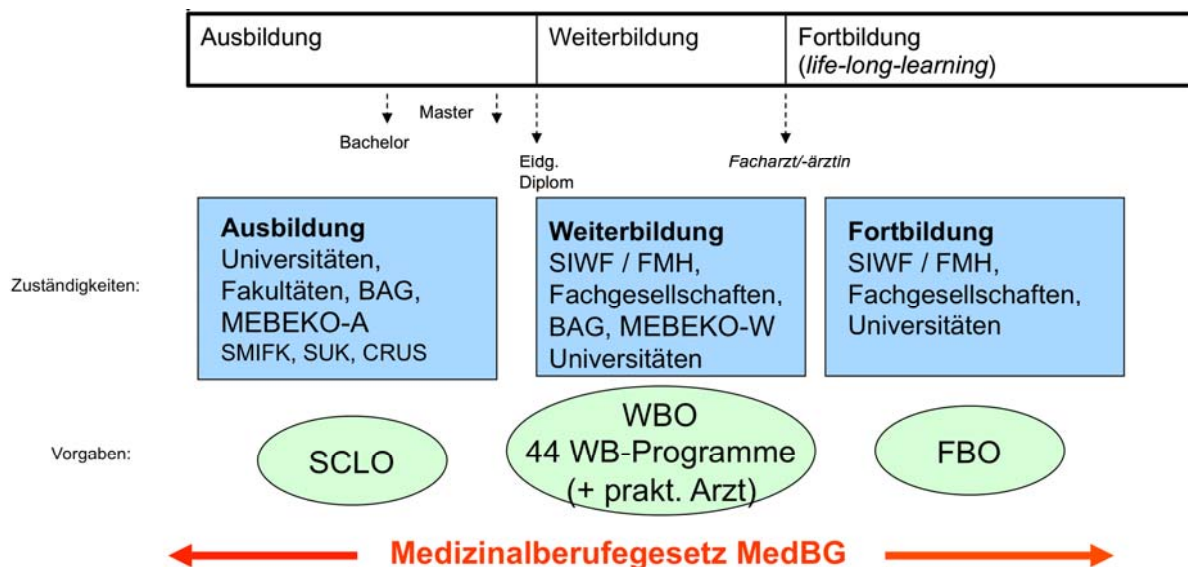
Für die Umsetzung der Aus- und Weiterbildungsziele gemäss MedBG sind unterschiedliche Partner zuständig: auf Stufe Ausbildung sind die Universitäten, konkret die medizinischen Fakultäten verantwortlich, auf Stufe Weiterbildung das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) der FMH und die 45 Fachgesellschaften. Verantwortlich für den Schweizerischen Lernzielkatalog Humanmedizin[2] ist die Schweizerische Medizinische Interfakultätskommission (SMIFK), ein Gremium der medizinischen Fakultäten unter Einbezug anderer Partner aus dem Bildungs- und Gesundheitsbereich, namentlich der Vertretung der Behörden. Thematische Schwerpunkte in der ärztlichen Bildung und Forschung setzt ausserdem die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW), die durch die fünf medizinischen und die veterinärmedizinische Fakultät sowie die Verbindung der Schweizer Ärzte (FMH) gegründet wurde. Zu nennen ist im Kontext auch die Medizinalberufekommission (MEBEKO) mit ihren Ressorts Ausbildung und Weiterbildung.

Schon dieser Abschnitt macht deutlich, wie viele Partner betroffen sind wenn es darum geht, die Kompetenzorientierung sowie die Kontinuität und Kohärenz der Aus-, Weiter- und Fortbildung sicherzustellen. Es braucht unter den involvierten Partnern und Verantwortungsträgern einen vertieften Informationsaustausch und einen Diskurs über die Umsetzung des Medizinalberufegesetzes. Diese Koordination ist umso notwendiger, als der Umsetzungsauftrag von verschiedenen Verantwortungsträgern – den Universitäten und den ihnen zugewandten Institutionen, den für die Weiterbildung zuständigen Organisationen sowie vom Bund und den Kantonen – gemeinsam wahrgenommen werden muss. Einen wichtigen Beitrag zur ärztlichen Aus- und Weiterbildung (z.B. im Bereich des Bedside Teaching) leisten zudem nicht-universitäre Institutionen, insbesondere die Lehrspitäler und alle weiteren in der Aus- und Weiterbildung involvierten Spitäler sowie die Privatpraxen.

Die Realisierung der im MedBG vorgegebenen idealtypischen Vorstellung einer über alle

Bildungsphasen abgestimmten, inhaltlich kohärenten und auf die Berufsausübung ausgerichteten ärztlichen Bildung ist aufgrund der bestehenden Schnittstellen noch nicht überall umgesetzt. Daran wird die laufende Teilrevision des MedBG, welche hauptsächlich der Bereinigung kleinerer Mängel dient, wenig ändern. Es stellt sich deshalb die Frage, ob und wie unter den bestehenden Bedingungen die Bewirtschaftung der Schnittstellen optimiert werden könnte. Es liegt auf der Hand, dass in der konkreten Umsetzung des MedBG auf die Entwicklungen im Bildungsbereich Rücksicht genommen werden muss. So waren ja auch die Einführung des MedBG und die Bologna-Reform an den Fakultäten weitgehend parallele Prozesse. Sicherlich wird insbesondere die Umsetzung des Hochschulförderungs- und -koordinationsgesetzes (H) vom 30. September 2011[3] in den nächsten Jahren Auswirkungen auf die Hochschulwelt haben. Es ist deshalb zentral, die unterschiedlichen Verantwortlichkeiten der verschiedenen Partner in der zukünftigen Planung zu berücksichtigen und sich der gemeinsamen Verantwortung für eine qualitativ hochstehende und nachhaltige ärztliche Aus-, Weiter- und Fortbildung bewusst zu sein.

Aus der Etappierung der Bildungsinhalte ergeben sich konkrete Probleme, welche im Rahmen dieses Berichts dargestellt und für die nach Möglichkeit Lösungsvorschläge skizziert werden sollen.



## 2 Vorgehen

Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat eine Vielzahl von möglichen Diskussionsthemen eingebracht, welche dem Amt als Problemfelder von aussen zugetragen oder im Rahmen des Vollzugs MedBG geortet wurden. Zusätzlich wurden von den Mitgliedern der Themengruppe noch weitere Themen eingebracht oder ergaben sich aus den Diskussionen. Um die Gesamtheit der Problemfelder zu werten und damit eine Einschätzung zur aktuellen Relevanz durch betroffene Stakeholder zu erhalten, wurden die Themen in einem ersten Schritt durch die Mitglieder der Themengruppe nach Wichtigkeit und Dringlichkeit priorisiert. Daraus wurde für die Aus- und Weiterbildung je eine Rangfolge erstellt und die jeweils zur vertieften Diskussion gewählten Themen festgelegt (Anhang 2 und 3). Einzelne Themen wurden als besonders dringend und wichtig beurteilt, weshalb zu deren Bearbeitung bewusst eine personell anders zusammengesetzte Untergruppe mandatiert wurde (siehe Kapitel 3.1).

Aufgrund der Heterogenität und Grösse der Themengruppe gab es bei der Einschätzung von Dringlich- und Wichtigkeit der Themen unterschiedliche Einschätzungen. Aus diesem Grund wurde den Mitgliedern der Gruppe die Gelegenheit gegeben, auch zu nicht priorisierten Themen Stellung zu nehmen. Diese Stellungnahmen wurden ebenfalls in den vorliegenden Bericht aufgenommen.

## 3 Zulassung

### 3.1 Zulassung zum Studium

Obwohl der Fokus der Arbeitsgruppe – bezugnehmend auf das MedBG – primär auf eine qualitative Diskussion ausgerichtet war, zeigte sich, dass die quantitative Frage im Zusammenhang mit der universitären Ausbildung von der gesamten Gruppe als dringlichstes und wichtigstes Thema beurteilt wurde. Insbesondere vor dem Hintergrund des prognostizierten Mangels an Ärztinnen und Ärzten, der damit einhergehenden zunehmenden Abhängigkeit vom Ausland und in Anbetracht der Länge der ärztlichen Aus- und Weiterbildung schien es angezeigt, hier möglichst rasch Massnahmen zur Erhöhung der Abschlusszahlen zu ergreifen. Dabei muss auch die Standort- und Finanzierungssituation geklärt werden. Aktuelle politische Vorstösse<sup>1</sup> bekräftigen die Dringlichkeit dieses Themas und führten zur Entscheid, parallel zur bestehenden Gruppe eine Untergruppe „Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin“ zu mandatieren. Insbesondere die Schweizerische Universitätskonferenz (SUK) betrachtete es als Chance, das Thema Erhöhung der Abschlusskapazitäten in diesem Rahmen anzugehen und mit Vertreterinnen und Vertretern der medizinischen Fakultäten konkret Lösungswege zu suchen. Die Arbeitsgruppe wurde entsprechend auch vom GS-SUK und dem BAG in Co-Leitung geführt. Neben Vertreterinnen und Vertretern der fünf bestehenden medizinischen Fakultäten gehörten der Gruppe je eine Vertretung des Staatssekretariats für Bildung und Forschung (SBF), der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskommission (SMIFK) sowie der Swiss Medical Students' Association (swimsa) an. Es sollte, unter Berücksichtigung bestehender Vorarbeiten, ein Prozedere skizziert werden, wie und in welchem Zeitrahmen die Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin erreicht werden könnte.

**Massnahme I:** Die Themengruppe hat beschlossen, zur Bearbeitung der quantitativen Themen eine Untergruppe „Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin“ mit Vertreterinnen und Vertretern aller medizinischen Fakultäten, der SMIFK, der swimsa und des SBF unter der Co-Leitung von BAG und GS-SUK zu mandatieren. Der Bericht der Gruppe wurde an der Plattform Sitzung vom 8. Juni 2012 und an der Sitzung Dialog Nationale Gesundheitspolitik vom 23. August 2012 verabschiedet.

<sup>1</sup> Mo. Fehr 08.3608 „Strategie gegen den Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“; Ip. Schwaller 11.3933 „Mehr Studienplätze und Alternativen zum Numerus Clausus“; Mo. Schwaller 11.3930 „Genügend Ärzte ausbilden“

Da die Mitglieder der Untergruppe „Erhöhung der Abschlusszahlen in Humanmedizin“ sich eingehend mit der Frage einer Erhöhung beschäftigt und dazu einen Bericht verfasst haben, wird an dieser Stelle drauf verzichtet, näher auf das Thema einzugehen. Die Mitglieder der Themengruppe „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“ haben von den Ergebnissen Kenntnis erhalten und konnten dazu Stellung nehmen. Der Bericht wurde zudem an der Sitzung der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ vom 8. Juni 2012 diskutiert. Die Ergebnisse wurden zur Kenntnis genommen, gutgeheissen und die Weiterführung der Arbeiten ausdrücklich begrüsst.

### **3.2 Numerus Clausus**

Numerus clausus (NC) bedeutet im Studienkontext „beschränkte Zulassung“. Die politische Entscheidung zur Anwendung eines NC wird für das Studium der Medizin in der Schweiz dann getroffen, wenn die Zahl der Bewerbungen die Kapazitäten so überschreitet, dass ein Studium mit ausreichender Qualität nicht mehr möglich wäre und wenn dieses Problem nicht durch Umleitungen an andere Universitäten gelöst werden kann. Die Schweizerische Universitätskonferenz (SUK), das gemeinsame Organ von Bund und Kantonen für die universitätspolitische Zusammenarbeit, spricht auf der Basis der konkreten Anmeldesituationen jedes Jahr im Februar zuhanden der Kantone, welche einen Numerus Clausus anwenden, eine Empfehlung über dessen Notwendigkeit aus. Die Entscheidung selbst treffen die Hochschulkantone, die über die notwendigen gesetzlichen Grundlagen verfügen, um die Zulassung für das Studium der Medizin zu beschränken und dabei die Eignung zu berücksichtigen [4].

Von der Anwendung des NC ist die Humanmedizin seit 1998 (ab 2008 auch Chiropraktik) an den Universitäten Basel, Bern, Freiburg und Zürich betroffen. Die Universitäten Genf, Lausanne und Neuenburg haben keinen NC, hier kommt eine verstärkte intrauniversitäre Selektion nach dem ersten Jahr zur Anwendung. Kandidatinnen und Kandidaten, welche sich für ein Studium an der Universität Genf einschreiben, absolvieren seit 2010 zwar den Eignungstest für das Medizinstudium (EMS), dieser hat aber keinen selektiven Charakter sondern wird dazu eingesetzt, Bewerberinnen und Bewerber mit schlechten Ergebnissen im Rahmen von Beratungsgesprächen deutlich zu machen, ihren Entscheid für ein Medizinstudium nochmals zu überdenken und andere Studienmöglichkeiten abzuwägen. Eine fakultätsinterne Gruppe der Universität Genf beschäftigt sich zudem mit der statistischen Auswertung der EMS-Ergebnisse in Relation zu den Ergebnissen der Erst- und Zweitjahrprüfungsergebnisse, um für den allfälligen Entscheid bezüglich selektivem Einsatz des EMS eine eigene Datengrundlage zu schaffen.

Durch eine gezielte Auswahl der Studierenden, sei es durch die Anwendung des Eignungstests oder die intrauniversitäre Selektion vornehmlich im ersten Ausbildungsjahr, ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese selektionierten Studentinnen und Studenten das Medizinstudium erfolgreich abschliessen sehr hoch.

Seitens BAG bestehen Bestrebungen, in Zusammenarbeit mit der CRUS und dem ZTD mittels Datenverknüpfungen (EMS, Immatrikulation, Prüfungen, Weiterbildungs- und Berufsausübungsdaten) Längsschnittstudien zu ermöglichen, welche Aussagen über die langfristigen Auswirkungen des EMS zulassen würden.

An dieser Stelle soll noch einmal betont werden - darüber besteht auch innerhalb der Themengruppe Einigkeit -, dass die Aufhebung des NC keine Lösung ist, um mehr Ärztinnen und Ärzte in der Schweiz auszubilden und damit der zunehmenden Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten entgegenzuwirken, wie es in den Medien und der Politik immer wieder vorgeschlagen wird. Um die Qualität der Ausbildung auf dem heutigen Stand zu halten, was die Gruppe einstimmig befürwortet, ist der strukturelle und personelle Ausbau der bestehenden Fakultäten oder möglicherweise nach eingehender Prüfung der Rahmenbedingungen die Schaffung neuer Standorte notwendig. Wesentlicher Faktor bei einer Erhöhung der Ausbildungsplätze sind im Weiteren die

klinischen Ausbildungsplätze (Praktika, Bedside Teaching, Wahlstudienjahr), die ambulant und stationär in genügender Zahl zur Verfügung stehen müssen.

Während Praktika, Kurse und Bedside Teaching eng mit den universitären Institutionen und den angeschlossenen Lehrspitälern verbunden sind, können die Monate des Wahlstudienjahrs frei in allen öffentlichen Schweizer Spitälern und in vielen Privatpraxen absolviert werden. Gerade kleinere Spitäler sind auf die Mithilfe der Studierenden im Wahlstudienjahr angewiesen und bezahlen sie auch. Nun entsteht die später von der Weiterbildung her bekannte Situation, dass die zur Verfügung stehenden Stellen von Schweizer Studierenden nicht mehr ausgefüllt werden können und deswegen ausländische Studierende in grosser Zahl diese Stellen besetzen. Ein nicht unbeträchtlicher Anteil dieser ausländischen Studierenden wählt, sobald sie das Abschlussexamen in ihrem Heimatland absolviert haben, die Schweiz auch für ihre Weiterbildung. Werden periphere Spitäler vermehrt auch für Kurse und Bedside Teaching in die Ausbildung einbezogen, wird noch mehr deutlich, dass der Engpass in der Ausbildung nicht auf Master-, sondern auf Bachelor-Stufe zu finden ist und dass an dieser Stelle die Ausbildungskapazitäten erhöht werden müssen.

### **3.2.1 Eignungstest für das Medizinstudium (EMS)**

Der gesetzlichen Forderung nach der Zulassung aufgrund der individuellen Eignung wird mit dem Eignungstest für das Medizinstudium (EMS) Rechnung getragen. Der EMS ist ein fachspezifischer Studierfähigkeitstest. In einem Eintages-Assessment werden studienrelevante Fähigkeiten in zehn Aufgabengruppen geprüft. Dabei geht es nicht um vorhandenes Wissen, sondern die Fähigkeit, sich neues Wissen anzueignen. Es werden diejenigen Bewerberinnen und Bewerber bevorzugt zugelassen, welche die besten Aussichten haben, das Studium in einer angemessen kurzen Zeit mit guten Leistungen abzuschliessen.

Die aktuelle Form des Eignungstests wird von der Mehrheit der Gruppe als angebracht und zielführend beurteilt und der NC als nötiges Instrument erachtet, solange die Bewerbungen um einen Studienplatz die Kapazitäten der Fakultäten in diesem Masse überschreiten. Für das Jahr 2012 beispielsweise haben sich 3'120 Personen um einen der 653 Studienplätze Humanmedizin beworben, was einer Kapazitätsüberschreitung von 378% entspricht [5]. Denkbar wäre allenfalls, ein ergänzendes, nicht primär kognitiv orientierte Kompetenzen bewertendes Verfahren wie die Multiple Mini-Interviews (MMI) einzusetzen. Dieser Test besteht aus einer Vielzahl von Stationen, bei welchen die Bewerberinnen und Bewerber medizinische Situationen im Stil der OSCE-Prüfungen (objective structured clinical examinations) mit einem Experten oder einer Expertin diskutieren, Gespräche mit standardisierten Patient/-innen führen oder klassische Interviewfragen beantworten. In kanadischen Studien konnte gezeigt werden, dass der MMI sehr gute Voraussagekraft in Bezug auf Leistungen an OSCE-Prüfungen und während des Wahlstudienjahrs haben [6].

Ein Teil der Gruppe gibt zu bedenken, dass die zentrale Frage bei der Selektion der Medizinstudentinnen und -studenten sein sollte, welche Personen die eidgenössische Prüfung absolvieren können und in der Gesundheitsversorgung tätig sein sollen. Der Fokus des Eignungstestes sollte also primär auf der Berufseignung liegen. Man erkennt einen Widerspruch zu einem rein kognitiven Testverfahren wie dem EMS, welcher Aussagen über die Eignung für das Medizinstudium macht. Geht man von den Kompetenzanforderungen gemäss dem Medizinalberufegesetz (MedBG) aus, welche sich an den CanMeds Rollen[7] orientieren, dann müsste der Fokus stärker auf der Berufseignung und einer Kompetenz-Basierung liegen. Es kann die Hypothese aufgestellt werden, dass dann wohl auch andere Personen zugelassen würden als die, die mit dem heutigen Testverfahren ausgewählt werden. Mit der Entwicklung der Gesellschaft und den damit einhergehenden Ansprüchen an Ärztinnen und Ärzte eröffnen sich zudem neue Berufsfelder, in welchen Kompetenzen wie Kommunikationsfähigkeit und interprofessionelle Zusammenarbeit eine noch bedeutendere Rolle spielen werden. Die Gruppe ist sich aber einig, dass vor einer Änderung des heutigen Eignungstests eine Grundvision für die ärztliche Aus- und Weiterbildung der nächsten Generation entwickelt werden muss.



In letzter Zeit wird vermehrt die zusätzliche Berücksichtigung von sozialen Kompetenzen und anderen Persönlichkeitsmerkmalen sowie der Berufseignung gewünscht. Letztendlich überwiegen aber bisher die Gegenstimmen für einen Einbezug. Der EMS wird fortlaufend durch das Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik (ZTD) der Universität Freiburg evaluiert und falls nötig adaptiert, beispielsweise in Bezug auf Fairness gegenüber den verschiedenen Sprachgruppen. Als Grundsatz gilt ‚Bei gleicher Eignung zum Studium bestehen die gleichen Chancen, zum Studium zugelassen zu werden‘ [4].

**Empfehlung I:** Die aktuelle Selektion aufgrund der Studieneignung wird grundsätzlich als sinnvoll eingeschätzt, da dadurch eine Population ausgewählt wird, welche die Ausbildung zum Humanmediziner/in motiviert angeht und die besten Voraussetzungen für einen erfolgreichen Studienabschluss mitbringt. Falls abgeklärt werden soll, welche Möglichkeiten in Bezug auf eine Selektion aufgrund der Berufseignung bestehen, sollen Erkenntnisse des Beirats für den Eignungstest sowie der medizinischen Fakultät Genf, welche den Eignungstest seit drei Jahren nicht-selektiv einsetzt, mit einbezogen werden. Parallel dazu sollen auch die Studiengänge in der Humanmedizin gemäss MedBG die Eignung für die ärztliche Weiterbildung respektive die Weiterbildungsfähigkeit der Absolvierenden herstellen. Eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung in dieser Richtung ist anzustreben.

### 3.2.2 Abgewiesene Bewerberinnen und Bewerber für das Medizinstudium

Aufgrund der beschränkten Kapazitäten der medizinischen Fakultäten wird jährlich ein grosser Teil der Bewerberinnen und Bewerber für einen Studienplatz Medizin nicht zum Studium zugelassen[5]. Es ist davon auszugehen, dass zumindest ein Teil dieser abgewiesenen Bewerberinnen und Bewerber grundsätzlich Interesse an einem medizinischen Beruf hat und dass diese Personen der Gesundheitsversorgung durch die Nicht-Zulassung möglicherweise als potentielle Arbeitskräfte verloren gehen. Dies wurde auch im Zusammenhang mit dem Bericht des Bundesrats „Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“[8] festgestellt. Seit dem Beginn der ersten Bachelorstudiengänge in Physiotherapie, Pflege, Ernährung & Diätetik sowie Hebamme auf Fachhochschulniveau und der Möglichkeit eines anschliessenden Masterstudiengangs werden diese Ausbildungen auf tertiärer Stufe angeboten und bieten eine mögliche Alternative der akademischen Ausbildung im Gesundheitswesen. Es ist jedoch nicht bekannt, in welchem Ausmass abgewiesene Bewerberinnen und Bewerber für das Medizinstudium von diesen Angeboten Kenntnis haben bzw. ob eine Verbesserung dieser Situation angestrebt werden sollte.

Da das Thema nicht direkt mit der Ausbildung von Medizinerinnen und Medizinern zusammenhängt, hat das BAG vorgeschlagen, das Problem im Rahmen eines separaten Forschungsprojekts aufzunehmen. Die Ausschreibung ist im September 2012 erfolgt, erste Resultate sind im Frühjahr 2013 zu erwarten.

**Massnahme II:** Die Mitglieder der Themengruppe nehmen zustimmend zur Kenntnis, dass das BAG, Abteilung Gesundheitsberufe, zur Fragestellung, wie abgewiesene Bewerberinnen und Bewerber für das Medizinstudium für andere Gesundheitsberufe gewonnen werden könnten, ein Forschungsprojekt ausschreibt.

## 4 Ausbildung

Das Medizinstudium ist, seit der Umsetzung der Bologna-Reform<sup>2</sup>, in eine dreijährige Bachelor- und eine anschliessende dreijährige Masterstufe (davon ein Wahlstudienjahr im Spital, in der Praxis oder auch in Teilen in weiteren Institutionen des Gesundheitswesens) gegliedert. Bereits vor der Bologna

<sup>2</sup> seit 2007/2008 werden in der Medizin flächendeckend Bachelorstudiengänge angeboten

Reform haben alle Fakultäten das damalige System mit Vorklinik und Klinik reformiert und im Sinne einer vertikalen Integration klinische Lerninhalte in den ersten Studienjahren integriert. Jede Fakultät hat ihre Studiengänge aufgrund eigener Vorstellungen und unter Einhaltung der Bologna-Vorgaben aufgebaut. Als gemeinsame Klammer wirken bezüglich der Inhalte des Studiums an den medizinischen Fakultäten der gesamtschweizerische Lernzielkatalog SCLO[2] und die eidgenössische Prüfung Humanmedizin nach MedBG, welche sich nach dem SCLO richtet. Bei der Ausgestaltung und Weiterentwicklung der Curricula sind die Fakultäten grundsätzlich frei, was die Mitglieder der Themengruppe als positiv einschätzen, weil dadurch eine Vielfältigkeit des Medizinstudiums ermöglicht wird. Trotzdem wird auch gespiegelt, dass man froh ist, durch die eidgenössische Prüfung einen gemeinsamen Abschluss zu haben, der das Kompetenzprofil beim Übergang in die Berufsausübung resp. in die Weiterbildung einheitlich bestimmt.

Zurzeit bieten die Fakultäten Basel, Bern, Genf, Lausanne und Zürich das gesamte Medizinstudium bis zur eidgenössischen Prüfung an. In Neuenburg werden Studierende im ersten Jahr und in Freiburg bis zum Bachelor ausgebildet. Diese beiden Fakultäten haben Übereinkommen mit den anderen medizinischen Fakultäten bezüglich Übernahme der Studentinnen und Studenten und haben ihre Curricula dementsprechend harmonisiert. Zwischen den Fakultäten und Kantonen bestehen klare Absprachen betreffend die Übernahme von Studierenden. Die Schaffung weiterer Standorte (Tessin, Luzern etc.) ist aktuell Gegenstand von Diskussionen zwischen den betroffenen Kantonen und den zuständigen Partnern. Das Projekt im Tessin für einen medizinischen Masterstudiengang ist schon weit fortgeschritten und es fanden Gespräche zwischen dem Tessin und schweizerischen Fakultäten statt, nach welchen ein Kooperationsmodell mit der Universität Zürich geplant ist. Einige Fakultätsvertreter äussern an dieser Stelle Bedenken, ob mit der alleinigen Schaffung von Master-Fakultäten die Abschlusszahlen in Medizin erhöht werden können, da vielerorts nicht nur die Anzahl Master- sondern auch die Bachelorstudienplätze einen limitierenden Faktor darstellen.

## **4.1 Ausbildung Bachelorstufe**

### **4.1.1 Stellenwert und Relevanz Bachelor**

In der Gruppe besteht Einigkeit darüber, dass dem Bachelordiplom in Medizin nicht der gleiche Stellenwert zukommt wie in anderen universitären und Fachhochschulberufen. Insbesondere die Studiengänge der Fachhochschulen sind grösstenteils praxisorientiert aufgebaut und bieten den Studentinnen und Studenten bereits mit dem Bachelordiplom eine Berufsbefähigung. In der Medizin – speziell in der Patientenversorgung – ist dies nicht gegeben. Der Bachelor in Medizin ist in der heutigen Bildungssystematik ein „move on degree“ hin zum Master und liefert den Studierenden eine breite Grundausbildung, eine wissenschaftliche Basis und allenfalls eine erste Entscheidungsgrundlage für die spätere Wahl einer Spezialisierung. Angesichts der Kosten der Ausbildung und der Nachfrage an Ärztinnen und Ärzten ist es nach wie vor erklärtes Ziel, die Studentinnen und Studenten durch das gesamte Studium bis und mit der eidgenössischen Prüfung zu bringen. Nach Angaben der Fakultätsvertreterinnen und -vertreter ist es im Allgemeinen so, dass Studienanfängerinnen und -anfänger in Medizin das klare Berufsziel Arzt/Ärztin äussern und damit den Masterabschluss nach insgesamt 6 Jahren erreichen sowie die eidgenössische Prüfung absolvieren wollen.

Angesichts des prognostizierten Mangels an Health Professionals und der künftig noch steigenden Nachfrage nach Gesundheitsfachleuten im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung und der Zunahme von chronischen Krankheiten sind neue Überlegungen zum Stellenwert und den Möglichkeiten eines Bachelors in Medizin durchaus nötig; dies allerdings unter Berücksichtigung der Quote von Studierenden, die dann möglicherweise mit dem Bachelor-Abschluss das Medizinstudium verlassen und dann wiederum in der ärztlichen Weiterbildung fehlen würden. Angezeigt ist eine differenzierte Auseinandersetzung zum Stellenwert des Bachelors auch vor dem Hintergrund unterschiedlicher Mastertracks (siehe Kapitel 4.2), wie sie an verschiedenen Orten bereits angedacht wurden.

### 4.1.2 Mobilität

Ein Ziel der Bologna-Reform ist es, den nationalen und internationalen Austausch der Studierenden zu fördern. Im akademischen Jahr 2010/11 haben gemäss der CRUS Statistik lediglich neun Medizinstudierende von der Möglichkeit der vertikalen Mobilität (Wechsel der Fakultät nach dem Bachelor für das Masterstudium) oder horizontalen Mobilität innerhalb der Schweiz (Wechsel der Fakultät für ein bis zwei Semester) profitiert<sup>3</sup>. Die medizinische Fakultät Zürich erfasste für die gleiche Periode 35 Studierende, welche im Rahmen der horizontalen Mobilität an eine andere Fakultät (vier nach Lausanne, 31 an eine ausländische Fakultät (Erasmus)) gewechselt haben und 20 Studierende, welche ein bis zwei Semester in Zürich studiert haben (sieben von Lausanne, dreizehn aus dem Ausland (Erasmus)). Die kontinuierliche Förderung der Mobilität wird von den Swiss Medical Students' Association (swimsa), den medizinischen Fakultäten wie auch den Mitgliedern der Themengruppe grundsätzlich unterstützt. Im Auftrag der Schweizerischen Medizinischen Interfakultätskonferenz (SMIFK) hat die swimsa anfangs 2012 eine Umfrage mit Zweit-, Dritt- und Viertjahrstudierenden durchgeführt. Diese hat ergeben, dass gesamtschweizerisch viele Studierende (59% der Befragten) an einem Austausch an einer anderen Schweizer Fakultät interessiert sind<sup>4</sup>. Als erschwerende Faktoren sind die von Fakultät zu Fakultät unterschiedlichen Regelungen und die teilweise unterschiedliche inhaltliche Ausgestaltung der Curricula zu nennen. Die swimsa ist in Zusammenarbeit mit den Dekanaten der medizinischen Fakultäten daran, insbesondere reglementarische und administrative Voraussetzungen zur Förderung der Mobilität zu erarbeiten. An einigen Fakultäten sind zudem Überlegungen im Gange, ein gewisses Kontingent an Studienplätzen für die Studierenden im horizontalen Austausch zu reservieren.

### 4.1.3 Passerellen

Eine weiteres Feld, welches durch die Bachelor-Master Struktur gefördert werden soll, sind Passerellen zwischen verschiedenen Studiengängen. Passerellen ermöglichen Durchlässigkeit und bieten die Möglichkeit, die Studienrichtung zu wechseln und dabei die bisherige Ausbildung ganz oder teilweise anrechnen (mittels ECTS) lassen zu können.

Gemäss einhelliger Meinung in der Themengruppe stellt sich die Situation aktuell so dar, dass der Grossteil der Medizinstudentinnen und -studenten, namentlich der Bachelorstufe, klar Arzt/Ärztin als Berufsziel angibt und keinen Wechsel in eine andere Studienrichtung anstrebt. Die Erfahrungen der medizinischen Fakultät Freiburg zeigen weiter, dass die Möglichkeit, nach dem Bachelor in Medizin in den Masterstudiengang „Biomedizinische Wissenschaften“ der Universität Bern überzutreten, so gut wie nicht genutzt wird. Der Fokus der Diskussion liegt deshalb zur Zeit eher auf dem Wechsel von der Medizin nahestehenden Studiengängen (Naturwissenschaften, Life Sciences oder auch Pflegewissenschaften auf Fachhochschulstufe) in das Medizinstudium. Dass Wechsel aus medizinnahen Studiengängen ins Medizinstudium grundsätzlich möglich sind, haben Cohen-Schotanus et al. in einer Studie an der medizinischen Fakultät Groningen, Niederlande, gezeigt. Studierende anderer, mit der Medizin verwandter Studienrichtungen<sup>5</sup> konnten nach einem einjährigen Übergangsprogramm („Transitional Programme“) an der medizinischen Fakultät Ausbildungsrückstände ausgleichen, was sich darin zeigte, dass nach dem Transitional-Jahr keine signifikanten Unterschiede mehr zu den Leistungen regulärer Studierender gezeigt werden konnten[9].

In Genf wurde die Frage von Passerellen – insbesondere zwischen der medizinischen Fakultät und den Fachhochschulen Gesundheit – eingehender aufgenommen und eine Arbeitsgruppe zu diesem Thema eingesetzt. Aus der Überlegung, welche Fachleute der Gesundheitsmarkt von morgen verlangen wird, und dem heutigen Kenntnisstand bezüglich demographischer und gesellschaftlicher Entwicklungen kam man zum Schluss, dass eine vertiefte Zusammenarbeit mit den Fachhochschulen und die gemeinsame Neugestaltung der Ausbildungen ein sinnvoller Weg sein könnte. Es entstand die Idee, einen Bachelorstudiengang zu schaffen, in welchem rund 20% der Inhalte für Studierende

<sup>3</sup> <http://www.crus.ch/dms.php?id=28085>

<sup>4</sup> Bericht der Umfrage „Mobilität im Medizinstudium“ der swimsa, nicht publiziert

<sup>5</sup> Pflege, Physiotherapie, Bewegungswissenschaften oder medizinische Biologie

beider Richtungen gemeinsam angeboten werden (siehe auch 4.2).

Neuste Entwicklungen zeigen, dass die Zusammenarbeit zwischen der ETH/EPFL und den Universitäten immer stärker an Gewicht gewinnt, insbesondere im Bereich neuer Technologien und Entwicklungen in den medizinischen Wissenschaften. Die Gruppenmitglieder sind sich einig, dass es keine separierte Entwicklung der Fachhochschul- und ETH-Studiengängen im Bereiche der Gesundheitsberufe geben soll bzw. dass ein Einbezug und eine Abstimmung mit den medizinischen Fakultäten sehr wichtig ist.

#### **4.1.4 Gemeinsame Anteile Bachelor für mehrere Gesundheitsberufe**

Gemeinsame Module für mehrere universitäre Medizinalberufe im Bachelor sind heute bereits in der Humanmedizin, Zahnmedizin und der Chiropraktik Teile der Ausbildung. Bei der Durchführung von Modulen für mehrere Gesundheitsberufe – dabei kann es sich um universitäre Medizinalberufe, aber auch andere Gesundheitsberufe auf Tertiärstufe handeln – muss unterschieden werden, ob diese aufgrund gleicher Lehrpläne und aus Ressourcengründen gemeinsam abgehalten werden oder ob es sich um Module im Sinne der „Interprofessional Education“ handelt. Darunter ist das von-, mit- und übereinander Lernen von Studierenden unterschiedlicher Gesundheitsberufe zu verstehen. „Interprofessional Education“ scheint einer der wesentlichen Grundsteine für die spätere „Collaborative Practice“ zu sein, welche aufgrund der geübten Zusammenarbeit, dem Kennen und Anerkennen der Kompetenzen anderer Gesundheitsfachleute und dem beruflichen Handeln nach gleichen Handlungsprinzipien eine optimale Gesundheitsversorgung ermöglicht. Dazu gehört nicht nur die Arbeit an Patientinnen und Patienten und die damit verbundenen Abläufe, sondern auch das Kennen der eigenen Grenzen und ein gemeinsames Verständnis von Rollen, Ethik und Kommunikation. Vor diesem Hintergrund und entsprechend der Art. 4<sup>6</sup>, 6<sup>7</sup> und 7<sup>8</sup> MedBG scheinen gemeinsame Module für alle in der Patientenversorgung tätigen Gesundheitsberufe wichtig und förderungswürdig.

Einige Studien im Bereich der Interprofessionellen Ausbildung haben in diesem Zusammenhang aber auch gezeigt, dass eine Ausbildung im Gesundheitsbereich ohne klare Berufsprofile zu einer Identitätslosigkeit der Studierenden führen kann und in einem mangelndem Rollenbild resultiert. Um interprofessionelle Bildung sinnvoll zwischen den verschiedenen Berufen zu etablieren, braucht es deshalb auch die Auseinandersetzung bzw. die Interaktion mit anderen Berufen und deren Kompetenzen, eine Identifizierung mit dem eigenen Berufsbild [10].

Eine im Rahmen der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ mandatierte Themengruppe „Interprofessionalität“ beschäftigt sich zurzeit intensiv mit Fragen und Modellen der interprofessionellen Ausbildung und Zusammenarbeit. Erste Ergebnisse in Form eines Berichtes sind im Frühling 2013 zu erwarten. In Verbindung mit dem Bericht der GDK/BAG „Neue Versorgungsmodelle in der medizinischen Grundversorgung“[11] sollen damit Grundsätze für die zukünftige Interprofessionalität geschaffen werden.

---

<sup>6</sup> Ziele der Aus- und Weiterbildung

<sup>7</sup> Kenntnisse, Fertigkeiten und Fähigkeiten

<sup>8</sup> Soziale Kompetenz und Persönlichkeitsentwicklung

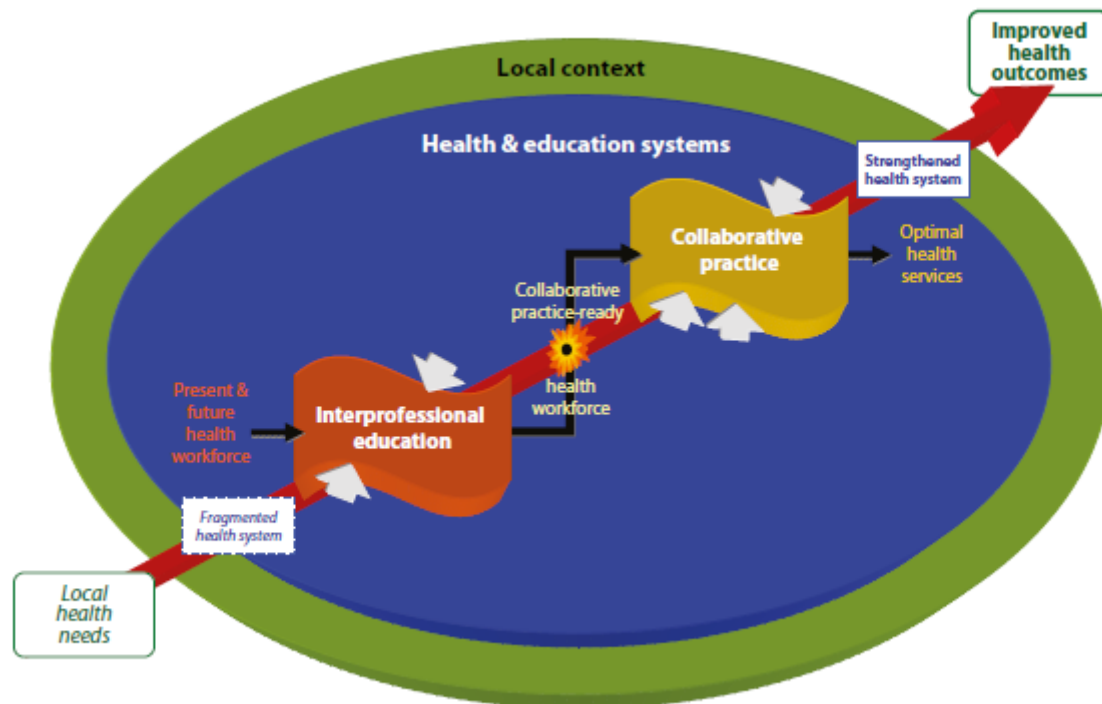


Abbildung 2: „Interprofessional Education“ und „Collaborative Practice“[12]

**Interprofessional education** occurs when students from two or more professions learn about, from and with each other to enable effective collaboration and improve health outcomes. It is a necessary step in preparing a “collaborative practice-ready” health workforce that is better prepared to respond to local health needs.

**Collaborative practice** happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care. It allows health workers to engage any individual whose skills can help achieve local health goals.

## 4.2 Ausbildung Masterstufe

Die Masterstufe im Medizinstudium besteht heute aus einer dreijährigen universitären Ausbildung. Das zweite oder dritte Masterjahr, je nach Fakultät, entspricht dem Wahlstudienjahr, welches die angehenden Ärztinnen und Ärzte zur Erlernung und Vertiefung von praktischen Fertigkeiten und ärztlichen Fähigkeiten in einem Spital, einer Arztpraxis oder einer anderen Institution des Gesundheitswesens absolvieren.

In der Gruppe wird das breite Thema der Masterstufe unter anderem anhand eines innovativen Modells der medizinischen Fakultät Genf (Anhang 4) im Sinne eines Brainstormings diskutiert. Das angedachte und skizzierte Modell sieht nach dem Bachelor, welcher gemeinsame Anteile für Studierende der Medizin und Fachhochschulgesundheitsberufe beinhaltet, mehrere darauf aufbauende Mastertracks vor. Nebst einem Forschungstrack und zwei klinischen, einem Spezialisten- und einem Grundversorgertrack, ist auch ein neuer Master angedacht. Dieser Master kann sowohl von den Fachhochschul- wie auch den Medizinstudierenden absolviert werden und wird nicht mit dem eidgenössischen Prüfung, sondern einer Schlussprüfung und der anschliessenden Spezialisierung im Sinne von Master (MAS), Diploma (DAS) oder Certificate (CAS) of Advanced Studies weitergeführt. Dieses Modell ist aus Überlegungen bezüglich des zukünftigen Bedarfs an Gesundheitsfachleuten

entstanden und soll insbesondere auch auf Primary Health Care, medizinische Grundversorgung in einem breiteren Verständnis, ausgerichtet sein. Der Ausbildungstrack Grundversorgung soll deshalb weniger spitallastig sein, dafür vermehrt in Gruppenpraxen und HMO-Netzwerken, den späteren Einsatzfeldern der medizinischen Grundversorgung, stattfinden.

Durch die Schaffung eines (Healthcare-)Mastertracks, welcher nicht mit der eidgenössischen Prüfung abgeschlossen würde, könnten Ressourcen bei der klinischen Ausbildung (PBL-Tutorien und Bedside Teaching) gespart werden, welche heute einen kapazitätslimitierenden Faktor der Fakultäten darstellen. Inwiefern die übrigen Tracks – der Forschungstrack und die beiden klinischen Tracks – für die bestehende eidgenössische Prüfung qualifizieren, wäre noch detaillierter zu konzipieren. Das Genfer Modell wird als interessant und als eine mögliche Option, welche allerdings einem Paradigmenwechsel entsprechen würde, beurteilt und in der Gruppe nicht weiter behandelt. Einzelne Mitglieder der Gruppe sind zudem der Meinung, dass mit dem Genfer Modell ein völlig neuer Beruf geschaffen würde, welcher zwar für die medizinische Grundversorgung der Bevölkerung sehr sinnvoll sein könnte, vom Arztberuf wie wir ihn heute kennen, aber klar abgegrenzt werden muss. Insbesondere im Zusammenhang mit der Frage, welche Art von Ärztinnen und Ärzten bzw. Gesundheitsfachpersonen in Zukunft benötigt werden, könnte dieses Modell aber durchaus Ideen geben und vertiefter diskutiert werden.

Eine Diversifikation des Masterstudiums, welche eine frühe Wahl der Spezialisierung vorsieht, wie es vor einiger Zeit von der SUK<sup>9</sup> angedacht und vorgeschlagen wurde, wird von der Gruppe einstimmig abgelehnt. Einerseits soll so kurz nach den letzten Reformen (Bologna, MedBG, neue eidgenössische Prüfung) und der Überarbeitung des Lernzielkatalogs nicht bereits wieder umfassend reformiert werden, andererseits soll das Studium den angehenden Ärztinnen und Ärzten eine breit gefächerte Grundausbildung mit Einblicken in die verschiedenen Gebiete der Medizin geben und die anschliessende Wahl der Fachrichtung offen lassen. Umfragen zeigen, dass 40-50% der Studierenden im letzten Ausbildungsjahr noch nicht wissen, welche Spezialisierung sie anstreben<sup>10</sup>. Ob die restlichen 50-60% schliesslich die im Studium getroffene Wahl bis zum Facharzt Diplom beibehalten, ist zur Zeit nicht mit systematisch erhobenen Daten belegbar. Die Erfahrungen der Gruppenmitglieder und verschiedene Studien sprechen dafür, dass die Wahl der Spezialisierung zu einem grossen Teil von extracurriculären Faktoren abhängig ist und grösstenteils während der Weiterbildung fällt. Erst in der Weiterbildung machen die jungen Ärztinnen und Ärzte vertiefte praktische Erfahrungen mit dem realen Berufsbild, welches von früheren Vorstellungen abweichen kann. Häufig bestimmen aber auch das Angebot und die Rahmenbedingungen von Facharzttrichtungen die Wahl der Spezialisierung. Die Frage, was die Gesundheitsversorgung benötigt, ist nach Meinung der Fakultätsvertreter/-innen nicht nur Sache der Fakultäten, sondern vor allem auch der Weiterbildung.

Denkbar ist für den Grossteil der Gruppe hingegen ein Tracking in einem Fachgebiet ohne formal bindende Wirkung im Sinne einer „Coloration“ des Studienganges. Die medizinische Fakultät Zürich bietet einen solchen Pilot mit Studienschwerpunkt Psychiatrie seit Herbst 2011 an (Anhang 5). Bei dieser Art von Tracking werden ab dem zweiten Bachelorjahr und im anschliessenden Masterstudium jeweils ein Teil der Veranstaltungen (Mantelstudium, im Rahmen eines Anteils am Gesamtcurriculum von ca. 10 – 15 %) innerhalb des gewählten Gebietes (Psychiatrie) besucht. Hinzu kommt, dass mindestens drei Monate des Wahlstudienjahrs in diesem Gebiet absolviert und die Masterarbeit zu einem Thema der Psychiatrie verfasst wird. Auch mit dieser „Coloration“ des Studiums legen die Studierenden dennoch die einheitliche eidgenössische Prüfung ab und können die spätere Spezialisierung in der Weiterbildung frei wählen. Dieses Modell kennt man auch auf der Gymnasialstufe, mit der Wahl des Schwerpunkts (Real, Sprachen oder Wirtschaft) und Abschluss mit der einheitlichen Matura, durch welche alle Studienrichtungen offen sind. Längerfristig ist es auch

---

<sup>9</sup>, <sup>10</sup> «Ärzteausbildung: eine Herausforderung», SUK Info Nr. 1/2012 [www.cus.ch/wDeutsch/publikationen/sukinfo/SUK-INFO\\_12-1\\_D\\_V1.pdf](http://www.cus.ch/wDeutsch/publikationen/sukinfo/SUK-INFO_12-1_D_V1.pdf)

denkbar, die Fachgebiet-Module in der Ausbildung mit der späteren Weiterbildung abzustimmen und letztlich auch anrechnen zu lassen.

In Bezug auf die Förderung der Grundversorgung sind zurzeit im Rahmen des „Masterplans Hausarztmedizin“ Diskussionen über die Schaffung von Ordinariaten mit der entsprechenden Bereitstellung der notwendigen Ressourcen für Lehre und Forschung in Gange. In der Weiterbildung sollen Rotationsstellen in den verschiedenen Fachgebieten für die zukünftigen Hausärztinnen und -ärzte bereitgestellt und koordiniert werden. Die Attraktivität der Grundversorgung kann nach Ansicht der Mitglieder der Themengruppe über die Optimierung der Rahmenbedingungen – insbesondere der finanziellen und strukturellen Voraussetzungen – gefördert werden.

**Empfehlung II:** Die Masterstufe als gemeinsame, generalistische Grundausbildung als Basis für alle zukünftigen Ärztinnen und Ärzte soll grundsätzlich beibehalten werden. Ein formal nicht bindendes Tracking im Sinne des Zürcher-Modells wird begrüsst und als sinnvoll beurteilt.

#### 4.2.1 Zweck der Master- und Doktorarbeit

Das Verfassen einer Masterarbeit ist durch die Umsetzung der Bologna-Reform Teil des Masterstudiengangs geworden und gilt als Voraussetzung für die Zulassung zu den eidgenössischen Prüfungen.

Das Doktorat liegt an der Schnittstelle von Lehre und Forschung und unterscheidet sich damit von den hauptsächlich auf der Lehre basierenden Bachelor- und Mastergraden. Es dient:

- der Entwicklung einer wissenschaftlichen Kompetenz, verstanden als Befähigung zur selbständigen wissenschaftlichen Arbeit;
- dem Erwerb fachlicher (disziplinärer und interdisziplinärer), methodischer und transversaler (Projektmanagement, Präsentationstechniken, Sprache und Kommunikation etc.) Kenntnisse und Kompetenzen;
- der wissenschaftlichen Sozialisation und der Netzwerkbildung mit Doktorierenden sowie weiteren Forschenden und Fachpersonen in der Schweiz und international. [13]

Der Bereich der Medizin kennt neben dem medizinischen Forschungsdoktorat (Dr. sc. med. oder PhD) gemäss obigen Regelungen folgende Titelbezeichnungen:

- Der traditionelle Titel Dr. med. (englisch: MD) kann nach Modalitäten verliehen werden, für welche die Universitäten zuständig sind, wenn nach einem Studienabschluss „Master of Medicine“ und einer Forschungstätigkeit von mindestens einem Jahr (oder gleichwertigem Umfang) eine schriftliche Arbeit vorgelegt wurde, die auf der Masterarbeit aufbauen kann. Der Titel Dr. med. ist ein akademischer Grad, entspricht aber nicht dem Qualifikationsniveau PhD. (Wird im Anschluss an die Erlangung dieses Titels ein forschungsbasiertes Doktorat absolviert, so kombinieren sich die beiden Titel wie folgt: MD, PhD.)
- Der Titel MD-PhD (wird nicht ins Deutsche übersetzt) wird an Mediziner/-innen verliehen, die ihre Doktorarbeit im Rahmen eines MD-PhD-Programms einer Schweizer Universität erfolgreich abgeschlossen haben. Die vorgängige Erlangung des Titels Dr. med. stellt keine Aufnahmebedingung dar<sup>11</sup>.

Die Ausgestaltung des Doktorats erfolgt durch die einzelnen Universitäten unter der Berücksichtigung institutioneller und disziplinärer Gegebenheiten. Auf dieser Grundlage steht es den Universitäten frei, das Verfassen der Dissertation bereits während dem Studium zuzulassen, was nicht selten der Fall ist. Dadurch wird die Zeit zwischen der eidgenössischen Prüfung und Abschluss der Facharztausbildung nicht zusätzlich verlängert, was mit Blick auf die Länge der Ausbildung bis zum Abschluss der Weiterbildung begrüssenswert ist.

<sup>11</sup> Gemeinsames Positionspapier <http://www.crus.ch/dms.php?id=6511>

Im Ausland ist der Aufwand zur Erlangung des Dokortitels zum Teil geringer, in manchen Ländern (z.B. USA) wird der Dr. med. bzw. MD (Medical Doctor) Titel mit dem Bestehen der Schlussprüfung automatisch verliehen. Die Mitglieder der Gruppe sind aber der Meinung, dass die Schweiz bei diesem Thema, wie auch in anderen qualitativen Belangen, an eigenen Normen festhalten soll.

## 5 Übergang Ausbildung - Weiterbildung

### 5.1 Übergang universitäre Ausbildung – Weiterbildung

Der Übergang von der universitären Ausbildung zur Weiterbildung in Spitälern oder Privatpraxen ist einer der grossen Sprünge in der ärztlichen Bildung. Trotz theoretischer und praktischer Vorbereitung im Studium und während des Wahlstudienjahres sind die jungen Ärztinnen und Ärzte mit neuen Herausforderungen konfrontiert; sie sind verantwortlich für echte Patientinnen und Patienten und erbringen im Spital- und Praxisalltag eigenständig (unter Supervision) medizinische Leistungen.

Die Art und Qualität der Einführung und der Begleitung im ersten Jahr variiert zwischen den Weiterbildungsstätten und Fachrichtungen und ist stark abhängig von den jeweiligen personellen und zeitlichen Ressourcen. Keine Klinik kann es sich leisten, unerfahrene Assistenzärztinnen und -ärzte zu Beginn der Weiterbildungszeit im Hintergrund mitlaufen zu lassen, ein System, das sich beispielsweise in der Pflege als sehr wertvoll erwiesen hat. Hinzu kommt, dass Assistierende je nach Weiterbildung nur für kurze Zeit auf einer Abteilung sind und die Einarbeitungszeit entsprechend kürzer ausfallen muss. Zur Unterstützung stehen den Assistenzärztinnen und -ärzten fach- und klinikspezifische Blaubücher zur Verfügung, welche praktische Hinweise über den Klinikalltag und die Klinikorganisation beinhalten. Sowohl dem Verein schweizerischer Assistenz- und Oberärzte (VSAO) wie auch dem für die ärztliche Weiterbildung zuständigen Organ, dem Schweizerischen Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung (SIWF) werden dennoch immer wieder kleinere und grössere Schwierigkeiten während dieser Übergangszeit rückgemeldet. Bei den Jungärztinnen und -ärzten kann diese Überforderung zu fehlender Kompetenz bei der Patientenbetreuung, Motivationschwund, Frustration, und letztlich auch zur Einschränkung der Patientensicherheit führen. Für die zuständigen Kader- und Chefärzte äussern sich Schwierigkeiten in dieser Übergangszeit durch zusätzliche zeitliche und psychische Belastungen und einem mangelnden Vertrauen gegenüber Berufseinsteiger/-innen. Einige Fachgesellschaften sehen – wahrscheinlich nicht zuletzt aufgrund dieser möglichen Schwierigkeiten – vor, dass vor Beginn der fachspezifischen Weiterbildung das sogenannte Fremdjahr absolviert werden muss.

Um das Problem möglichst rasch und über alle Weiterbildungsrichtungen und -stätten hinweg anzugehen schlägt das SIWF vor, in den Weiterbildungskonzepten<sup>12</sup>, für welche das SIWF ein Aufbauraster vorgibt, ein weiteres Kapitel „Einführung und Betreuung neuer Assistenzärztinnen und -ärzte“ zu schaffen. Dieses Vorgehen wird von den Mitgliedern der Themengruppe sehr begrüsst.

**Massnahme III:** Das SIWF erweitert unter Einbezug des VSAO und der swimsa für die Weiterbildungskonzepte der Kliniken das Raster um ein Kapitel, wie eine Einführung neuer Assistenzärztinnen und -ärzte und deren Betreuung geregelt werden sollen. Bei den Visitationen durch das SIWF (alle sieben Jahre, bei Wechsel des Leiters der Weiterbildungsstätte, bei ungenügendem Resultat in der Befragung der Assistenzärztinnen/-ärzte oder nach Neuankennung) wird die entsprechende Verifizierung vorgenommen werden.

<sup>12</sup> [www.siwf.ch/bildung-siwf/weiterbildung\\_allgemein/weiterbildungskonzepte.html](http://www.siwf.ch/bildung-siwf/weiterbildung_allgemein/weiterbildungskonzepte.html) Jede Weiterbildungsstätte erarbeitet ein Weiterbildungskonzept, in welchem sie aufzeigt, wie sie die Lerninhalte des entsprechenden Weiterbildungsprogramms zeitlich und inhaltlich vermittelt. Damit die Weiterbildungskonzepte in den verschiedenen Fachgebieten übereinstimmen, haben alle Fachgesellschaften ein Raster für das Erstellen von Weiterbildungskonzepten formuliert.



## 5.2 Inhaltliche Abstimmung Lernziele Aus- und Weiterbildung

Die Abstimmung der Lernziele zwischen Aus- und Weiterbildung wird von der Gruppe nicht zur vertieften Diskussion priorisiert. Das heutige System wird als gut befunden und die ersten Absolventinnen und Absolventen des Bachelor/Master-Studienganges haben ihre Ausbildung erst kürzlich abgeschlossen und treten in die Weiterbildung über. Die Lernziele der Ausbildung sind durch den Lernzielkatalog (SCLO)[13] vorgegeben, eine allfällige Änderung bzw. Verschiebung von Zielen zwischen der Aus- und Weiterbildung müsste anlässlich einer Überarbeitung des SCLOs und unter Einbezug der betroffenen Partner diskutiert werden, was in der nächsten Zeit aber nicht vorgesehen ist.

In der Weiterbildungsordnung (WBO)<sup>13</sup> des SIWF wurden insbesondere im Nachgang zur letzten SCLO-Revision im Jahr 2008 und in Abstimmung mit deren „General Objectives“, allgemeine Lernziele aufgenommen<sup>14</sup>, welche für alle Facharzttrichtungen gelten und somit auch ein inhaltliches, auf die vielfältigen Rollen in der Berufsausübung ausgerichtetes Scharnier zur Ausbildung schaffen.

In der Themengruppe wurde auch die Idee gemeinsamer Weiterbildungsteile für alle Fachrichtungen im Sinne des „Foundation Year“, wie es England praktiziert wird, diskutiert. Inhalte und Module, welche über alle Fachrichtungen hinweg Anwendung finden und im Laufe jeder Weiterbildung erworben werden müssen (z.B. Anamneseerhebung, Basisuntersuchungen, Schmerzbehandlung, Wundmanagement aber auch Gesprächsführung, Arbeiten in einem interprofessionellen Team, Ethik und Grundlagen der Ökonomie) würden für alle Assistenzärztinnen und -ärzte mittels gemeinsamen Veranstaltungen oder Modulen angeboten. Dadurch kann eine gewisse Basis für die fachspezifische Weiterbildung gewährleistet werden und diese anschliessend auf die spezialisierten Inhalte der Weiterbildung fokussieren. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit wird gefördert und gemeinsame Inhalte der Weiterbildung können strukturiert und standardisiert vermittelt werden. Ein weiterer Nebeneffekt könnte zudem sein, dass dadurch die Weiterbildungszeit verkürzt wird, ohne dass die fachspezifischen Erfahrungen (bsp. Fallzahlen) reduziert werden müssen.

**Empfehlung III:** Die allgemeinen Lernziele als Grundlage in der Aus- und Weiterbildung und abgestimmt mit den General Objectives des SCLO sollen an den Weiterbildungsstätten unbedingt besonderes Gewicht erhalten und trotz aller übrigen Belastungen aktiv aufgenommen werden. Themen, welche an einzelnen Kliniken aus organisatorischen Gründen nicht adäquat angeboten werden können, sollen klinikübergreifend gelehrt werden.

## 6 Weiterbildung

Seit 2002 regelt die FMH respektive das SIWF in Zusammenarbeit mit dem Bund im Rahmen des Bundesgesetzes über die universitären Gesundheitsberufe (MedBG) die Akkreditierung der eidgenössischen Weiterbildungsgänge sowie die Erteilung und Anerkennung von eidgenössischen Weiterbildungstiteln. Die Aufgaben im Zusammenhang mit der Schaffung und Verwaltung der Weiterbildungstitel (eidgenössisch und privatrechtlich) und dem Anerkennen von Weiterbildungsstätten liegen ebenfalls in der Kompetenz des SIWF / FMH in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften<sup>15</sup>. Die Weiterbildungsstätten werden durch die Weiterbildungsstättenkommission (zusammengesetzt aus jeweils einem Vertreter der Fachgesellschaft und einem fachfremden Experten; Stichentscheid beim Präsidenten SIWF) anerkannt, welche wenn nötig Empfehlungen und verbindliche Auflagen aussprechen oder die Anerkennung auch aufheben kann. Das für die Weiterbildung zuständige Organ SIWF stellt im weiteren mit Massnahmen wie Visitationen der Weiterbildungsstätten, Weiterbildungskonzepten, regelmässigen Umfragen bei den Assistenzärztinnen und -ärzten sowie Arbeitsplatz-basierten Assessments die ständige Evaluation und damit

<sup>13</sup> [http://www.fmh.ch/files/pdf8/wbo\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf8/wbo_d.pdf)

<sup>14</sup> [http://www.fmh.ch/files/pdf4/allg\\_lz\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf4/allg_lz_d.pdf)

<sup>15</sup> [http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung\\_allgemein.html](http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung_allgemein.html)

einhergehend auch die Qualität der Weiterbildung sicher.

## **6.1 Quantitative und zeitliche Merkmale (Verhältnis zum Ausland und zum inländischen Bedarf)**

### **6.1.1 Dauer und Transparenz der Weiterbildung**

Die Dauer der Weiterbildung gibt immer wieder Anlass zu Diskussionen und es werden Stimmen laut, diese müsse gekürzt werden. Im MedBG wird die Weiterbildungsdauer mit mindestens zwei und höchstens sechs Jahren geregelt<sup>16</sup> und in der Verordnung über die universitären Medizinalberufe (MedBV) für jede Fachrichtung festgelegt. Eine zeitliche Vorgabe bezüglich Weiterbildungsdauer wird von einigen Mitgliedern der Gruppe grundsätzlich als kritisch beurteilt und es wird vorgeschlagen, dies bei der Revision des Gesetzes zu berücksichtigen. Vielmehr sollte bei der Frage nach der idealen Weiterbildungsdauer überlegt werden, welche qualitativen und quantitativen Vorgaben es braucht, um den Anforderungen an das Berufsbild gerecht zu werden. In diesem Sinne sollte die Möglichkeit, welche im MedBG vorgesehen ist, die Weiterbildung mittels ETCS Credits qualitativ und quantitativ zu definieren und damit auch vergleichbar zu machen, geprüft werden.

Tatsächlich ist es so, dass in den interventionellen Fächern mehrheitlich die Erreichung der vorgegebenen Fallzahlen die Weiterbildungszeit bestimmt und eine zeitlich längere Dauer erfordert als nicht-interventionelle Fächer, bei welchen die Weiterbildung einer zeitlichen (Anzahl Jahre) Vorgabe entspricht. Bei einigen interventionellen Fächern wurde in den letzten Jahren bereits eine Reduzierung der Fallzahlen, auch zur Verbesserung des Case-Mix<sup>17</sup>, vollzogen. Dabei stellt sich die Frage nach der Evidenz von Mindestfallzahlen und ein Vergleich mit dem europäischen Ausland scheint sinnvoll. Es muss aber beachtet werden, dass die Weiterbildungscurricula nicht in allen Ländern identisch sind und die Spektren der Fächer teilweise erheblich voneinander abweichen. So wird beispielsweise in der Kinderchirurgie in vielen angelsächsischen Ländern der Fokus auf die viszerale Chirurgie gelegt und dafür die Traumatologie bei den Fachärzten für Orthopädie angesiedelt. In der Schweiz ist die Traumatologie nebst der viszeralen Chirurgie jedoch ein wesentliches Standbein der Kinderchirurgie.

Die Mehrheit der Gruppe spricht sich generell gegen eine Verkürzung der Weiterbildungsdauer aus. Es brauche eine angemessene Zeit, um die für den Facharzttitel notwendigen Kompetenzen und Erfahrungen zu erlangen. Jedes zusätzliche Jahr, insbesondere auch das heute in vielen Fächern obligatorische Fremdjahr, werden als Mehrwert in Bezug auf die Interdisziplinarität und das gegenseitige Verständnis erachtet. Zudem wurde die effektive Weiterbildungszeit 2005 bereits über die Begrenzung der maximalen Arbeitszeit auf 50 Stunden pro Woche reduziert. Es wird weiter zu bedenken gegeben, dass für eine Reduktion der Weiterbildungszeit praktisch nur noch strukturiert gelehrt werden könnte, ohne Einbezug des laufenden Spitalbetriebs, was einer Abnahme der Weiterbildungsqualität gleichkommen würde.

Fachärztinnen und -ärzte haben im Durchschnitt beim Eintritt in den Arbeitsmarkt (privatwirtschaftliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung) aufgrund ihrer langjährigen Aus- und Weiterbildung ein relativ hohes Alter (Lausanne Durchschnitt 42.7 Jahre) im Vergleich zu anderen Berufsgruppen. Aus diesem Grund (möglichst viele produktive Jahre) und auch im Hinblick auf die Sicherstellung ihrer Pension soll die notwendige und sinnvolle Weiterbildungszeit pro Gebiet möglichst straff und ohne künstliche Verlängerung absolviert werden. Fachgebiet-Hopping sollte nicht gefördert werden und Kliniken sollten sich dafür einsetzen, dass auch Teilzeit arbeitende Ärztinnen ihre Pflichteingriffe etc. möglichst zügig absolvieren können.

Im europäischen Ausland variiert die Weiterbildungsdauer je nach Fach in der Regel zwischen vier und sechs Jahren mit einem Durchschnitt von fünf, für die interventionellen Fächer von sechs Jahren.

---

<sup>16</sup> Art. 18. Abs.1 MedBG

<sup>17</sup> Verhältnis von Patientenzahlen zu Ärzten in Weiterbildung

Im Unterschied zur Schweiz, wo die jungen Ärztinnen und Ärzte von Beginn Ihrer Assistenzzeit an als Arbeitskräfte eingestellt werden und sozusagen „on the job“ lernen, werden in einigen europäischen Ländern die ersten ein bis zwei Jahre ausschliesslich der Lehre gewidmet und die Assistentinnen und Assistenten werden nicht als Leistungserbringer eingeplant. Schweden kennt wiederum ein System in der Gastroenterologie, in welchem die Weiterbildungsverantwortlichen entscheiden, wann ein Assistenzarzt / eine Assistenzärztin genügend Kompetenzen hat, um für die Facharztprüfung zugelassen zu werden. Dies unabhängig davon, ob er oder sie 50 oder 100 Eingriffe durchgeführt hat. England wiederum betreibt ein System mit einem so genannten „Foundation Year“. Dabei werden fächerübergreifende Inhalte für alle Assistenzärztinnen und -ärzte gemeinsam in strukturierten Weiterbildungsmodulen angeboten, was die Zeit der fachspezifischen Weiterbildung verkürzen kann (siehe Kapitel 5.2) Dieses „Foundation Year“ muss zudem auch von ausländischen Ärztinnen und Ärzten absolviert werden, welche beabsichtigen in England zu praktizieren. Damit kann geprüft werden ob Sie über ausreichende Fachkompetenzen und Sprachkenntnisse zur Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit verfügen.

Mehr Transparenz in der Weiterbildung verspricht man sich von der Einführung der Logbücher, insbesondere des e-Logbuchs<sup>18</sup>. Dieses e-Logbuch, welches das SIWF seit Herbst 2008 sukzessive einführt, begleitet Assistenzärztinnen und -ärzte durch die gesamte Weiterbildung. Es dokumentiert die Lernfortschritte während der Weiterbildungszeit und enthält unter anderem den vollständigen Katalog durchzuführender diagnostischer bzw. therapeutischer Massnahmen und Eingriffe. Das Führen des Logbuchs ist grundsätzlich für die gesamte Dauer der Weiterbildung obligatorisch. Ohne vollständig ausgefüllte FMH-Zeugnisse, in denen die im Weiterbildungsprogramm beschriebenen Anforderungen bestätigt sind, kann die Titelkommission den Facharzttitel nicht erteilen. Die Logbuch-Formulare stehen heute zum Teil im PDF-Format, zum Teil schon als elektronische Formulare im e-Logbuch zur Verfügung. Das elektronische Logbuch (e-Logbuch) erleichtert den Assistenzärztinnen und -ärzten die Dokumentation ihrer Weiterbildung. Das System steht während 24 Stunden pro Tag und 7 Tagen pro Woche zur Verfügung. Angaben, welche in mehreren Formularen benötigt werden, müssen nur einmal erfasst werden. Das System fasst die Angaben automatisch zusammen und überträgt sie in die anderen Formulare. Alle erfassten Daten werden in einem sicheren System beim SIWF gespeichert und können jederzeit im PDF-Format heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Aktuell steht das e-Logbuch für die Allgemeine Innere Medizin, Chirurgie und Handchirurgie zur Verfügung. Der Einbezug zusätzlicher Fachgesellschaften ist im vollen Gang.

### **6.1.2 Eigene Konzepte vs. Abstimmung mit der EU**

Die Schweiz ist durch die bilateralen Abkommen mit der EU zumindest bei der Anerkennung ausländischer Diplome relativ eingeschränkt. Ausländische Weiterbildungsdiplome, welche den Mindestanforderungen und der Mindestdauer entsprechen und ein eidgenössisches „Äquivalent“ haben, sind von der Schweiz als gleichwertige Diplome zu anerkennen (siehe Kasten Anerkennung ausländischer Diplome). Umgekehrt steht es der Schweiz frei, für die eidgenössischen Weiterbildungstitel, aber auch für die Schwerpunkt- und Fähigkeitsausweise des SIWF andere oder höhere Qualitätskriterien festzulegen als dies bei vergleichbaren Titeln im Ausland der Fall ist. Zumindest in einigen Fächern ist es heute so, dass das Niveau zur Erreichung eines Facharzttitels deutlich höher ist als in den Nachbarländern, dennoch müssen diese Titel als gleichwertig anerkannt werden. Die Gruppenmitglieder schätzen das hohe Niveau der inländischen ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Mittels einer Befragung bei den Weiterzubildenden konnte vor einiger Zeit festgestellt werden, dass auch diese das heutige System, schätzen und beibehalten wollen. In diesem Sinn ist von einer allfälligen Anpassung der Qualitätskriterien nach unten unbedingt abzusehen. Im Hinblick auf den internationalen Austausch und die Konkurrenzfähigkeit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte ist aber eine Abstimmung mit den Konzepten der Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) und Ländern wie USA, Kanada oder Australien, sinnvoll.

---

<sup>18</sup> [http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung\\_assistenzarzt/logbuch\\_fmh-zeugnisse.html](http://www.fmh.ch/bildung-siwf/weiterbildung_assistenzarzt/logbuch_fmh-zeugnisse.html)

### **Anerkennung ausländischer Diplome**

Das Medizinalberufegesetz (MedBG) legt fest, dass die Anerkennung eines ausländischen Weiterbildungstitels möglich ist, sofern eine Gleichwertigkeit mit einem eidgenössischen Weiterbildungstitel in einem Vertrag über die gegenseitige Anerkennung mit dem betreffenden Staat vorgesehen ist (MedBG Art. 21 Abs. 1). Das Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Personenfreizügigkeit (Freizügigkeitsabkommen FZA) sowie das EFTA-Übereinkommen gehören in diese Kategorie von Verträgen; in seinem Anhang III über die gegenseitige Anerkennung beruflicher Qualifikationen verweist es auf die europäische Richtlinie zur Erleichterung der Freizügigkeit für Ärzte und zur gegenseitigen Anerkennung ihrer Diplome, Prüfungszeugnisse und sonstigen Befähigungsausweise.

Seit Inkrafttreten des FZA am 1. Juni 2002 anerkennt zuerst der Weiterbildungsausschuss und später die Medizinalberufekommission (MEBEKO), Bereich Weiterbildung, mit Sekretariat im Bundesamt für Gesundheit, für die Schweiz die in einem Vertragsstaat der Europäischen Union oder der EFTA erworbenen ausländischen Weiterbildungstitel.

Die Mindestanforderungen sind in Artikel 25 festgelegt, die Mindestdauer der fachärztlichen Weiterbildung sind in Anhang V, Punkt 5.1.3 der EU-Richtlinie 2005/36/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 7. September 2005 bezeichnet. Die Richtlinie 2005/36 für die bilateralen Beziehungen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union ist am 1. November 2011 in Kraft getreten.

Die Beziehungen zwischen den Mitgliedstaaten der Europäischen Union sind dynamisch, die bilateralen Beziehungen zwischen der Schweiz und der Europäischen Union hingegen statisch. Konkret heisst dies, dass die Schweiz in Bezug auf die Mindestanforderungen und die Mindestdauer der fachärztlichen Weiterbildung nahezu null Spielraum hat, wenn sie mit der Europäischen Union über die Übernahme bestimmter fachärztlicher Weiterbildungstitel verhandelt.

Ein in der Schweiz anerkannter ausländischer Weiterbildungstitel hat die gleiche Rechtswirkung wie der entsprechende eidgenössische Weiterbildungstitel, der von der zuständigen Berufsorganisation gemäss den auf Bundesebene akkreditierten Weiterbildungsgängen erteilt wird. Zur unabhängigen Ausübung des Arzt- oder Chiropraktikerberufs muss man seit 1. Juni 2012 die entsprechenden Weiterbildungsdiplome vorweisen können.

Gemäss den von den einzelnen Staaten veröffentlichten Statistiken ist die Schweiz in Europa in absoluten Zahlen an dritter Stelle, was die Anerkennung ausländischer Diplome in Humanmedizin angeht (in der Schweiz anerkannte ausländische Weiterbildungstitel : 745 im Jahr 2009, 763 im Jahr 2010, 906 im Jahr 2011, 517 bis 30. Juni 2012).

### **6.1.3 Berufsrelevanz und Erteilungskompetenz von Facharzttiteln, Schwerpunkt titeln und Fähigkeitsausweisen**

Die Erteilungskompetenz der eidgenössischen Weiterbildungstitel, der Schwerpunkt titeln und der Fähigkeitsausweise ist heute klar geregelt (siehe Anhang 5) und wurde in der Gruppe nicht weiter diskutiert<sup>19</sup>. Ein kritischer Aspekt ist die FMH-Mitgliedschaft, welche für einzelne Fähigkeitsausweise und Schwerpunkte zwingend ist und damit nicht im Einklang mit der übrigen Systematik steht. Dieser Punkt wurde allerdings innerhalb der FMH aufgenommen und in der Gruppe nicht weiter diskutiert.

<sup>19</sup> <http://www.fmh.ch/bildung-siwf.html>

Unter Berufsrelevanz versteht man die Bedeutsamkeit von Weiterbildungstiteln und deren Inhalten in Bezug auf die Ausübung des Berufs bzw. in Bezug auf den Nutzen innerhalb des Gesundheits- und Versorgungssystems, also den Nutzen für die Patientinnen und Patienten. Um die Berufsrelevanz einzelner Titel in der medizinischen Weiterbildung überprüfen zu können, ist eine follow-up Erhebung, beispielsweise nach fünf Jahren im Kontext der year-5 competencies, notwendig. Dabei soll überprüft werden, ob das Berufsbild, welches mit spezialisierten Titeln geschaffen wird, angesichts der Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten noch adäquat ist.

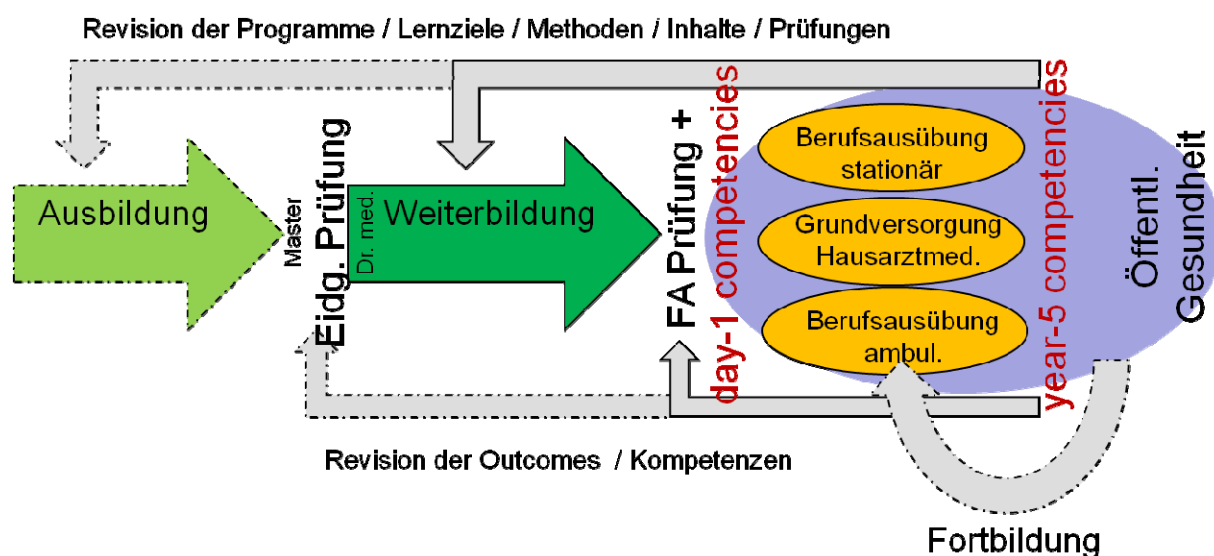


Abbildung 3: Regelkreis der Qualitätsentwicklung / -förderung

**Massnahme IV:** Das SIWF hat die Idee einer follow-up Erhebung aufgenommen und entwickelt in Zusammenarbeit mit der ETH ein Instrument, um Ärztinnen und Ärzte drei Jahre nach Abschluss ihrer Weiterbildung über die Relevanz und Qualität der Weiterbildung zu befragen und bei Bedarf Massnahmen daraus abzuleiten.

#### 6.1.4 Quantitative Frage der Weiterbildungstitel - gibt es zu viele?

Eine kurze Übersicht: Am 1. Januar 2012 existieren in der Schweiz 44 eidgenössische Weiterbildungstitel (plus Praktischer Arzt), 32 Schwerpunkttitel, 31 Fähigkeitsausweise. Daneben gibt es eine nicht bekannte Anzahl an medizinischen Weiterbildungen CAS, DAS und MAS, welche von den Universitäten angeboten werden. Auf den ersten Blick erscheint diese Anzahl gross, dennoch darf das Weiterbildungsangebot nicht rein nach quantitativen Gesichtspunkten beurteilt werden.

In der Gruppe gab es zu diesem Thema eine grosse Bandbreite von Meinungen. Eine Streichung bzw. Reduzierung der Anzahl Weiterbildungstitel wurde von der Mehrheit der Gruppe als nicht opportun eingestuft. Allerdings soll bei der Schaffung neuer Titel Zurückhaltung geübt werden. In der Weiterbildungsordnung (WBO)<sup>20</sup> der FMH sind unter Art. 14 die Kriterien für die Schaffung neuer Facharztstitel aufgelistet. So muss ein neues Fachgebiet klar definiert und von bestehenden Fachgebieten abgrenzbar sein. Im Weiteren muss ein definierter Bedarf aufgrund der Morbidität, der Versorgung oder anderer öffentlicher Interessen vorhanden und belegbar sein und aufgrund der vorhandenen Weiterbildungsstätten die Möglichkeit bestehen, eine dem Versorgungsbedarf

<sup>20</sup> [http://www.fmh.ch/files/pdf8/wbo\\_d.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf8/wbo_d.pdf)

entsprechende Anzahl jährlicher Titel zu erteilen. Fachübergreifende Spezialisierungen werden mit Fähigkeitsausweisen, zusätzliche Weiterbildung in einem Fachgebiet mittels Schwerpunkten geregelt. An der Plenarversammlung 2012 hat das SIWF eine Erweiterung des Schwerpunktbegriffs beschlossen. Neu werden Schwerpunkttitel auch innerhalb eines Fachtitels erworben werden können (bisher Zusatz). Der Wunsch nach einem solchen „Labeling“ wurde im Zusammenhang mit der Diskussion um die Hausarztinitiative geäußert, um innerhalb des Fachgebietes Allgemeine Innere Medizin, speziell die Hausarztmedizin zu benennen. Beispielsweise könnte somit ein Schwerpunkt „Hausarztmedizin“ innerhalb des Facharzttitels Allgemeine Innere Medizin geschaffen werden, der an diejenigen Titelanwärter verliehen werden kann, die innerhalb ihres Curriculums (keine zusätzliche Weiterbildungszeit) ihre Weiterbildungsstellen so gewählt haben, dass sie ihnen eine optimale Kompetenz für die Hausarztmedizin vermitteln. Solche Schwerpunkte sind auch in anderen Disziplinen möglich und können dazu beitragen, dass nicht für jede Spezialkompetenz im Rahmen eines Fachgebietes wieder ein neuer Separattitel geschaffen werden muss.

Zentraler Punkt der Diskussion um die Anzahl von Weiterbildungstiteln war die zunehmende Hyperspezialisierung, welche sich zu Ungunsten der Patientinnen und Patienten entwickelt. Es braucht innerhalb der Fachgebiete – und dies nicht nur in der Grundversorgung, sondern auch in Gebieten wie der Chirurgie, Radiologie, Kardiologie oder ORL – „Generalistinnen und Generalisten“, welche eine Diagnose stellen können, ohne dass dazu fünf Fachärzt/-innen der gleichen Richtung beigezogen werden müssen. Die zunehmende Hyperspezialisierung wird von einem Teil der Gruppe als grösseres Problem angeschaut als die Zahl von Weiterbildungstiteln, dabei stellt sich auch die Frage der Kosten.

Bei der Schaffung neuer Titel müssen jeweils auch die verschiedenen „Hidden Agendas“ bedacht werden. Titel und Diplome haben immer auch eine Auswirkung auf die Positionierung auf dem Gesundheitsmarkt und der damit einhergehenden Vergütung von Leistungen über die sogenannten Dignitäten (Tarmed) zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung.

Für die Bewirtschaftung und Schaffung neuer eidgenössischer Titel ist das SIWF/FMH zusammen mit den Fachgesellschaften zuständig, dabei werden die betroffenen Fachgesellschaften beigezogen. Es liegt in der Verantwortung der Berufsleute bzw. der Fachgesellschaften zu opponieren, wenn die Vermutung besteht, dass eine Fachrichtung bei der Schaffung neuer Weiterbildungstitel nicht genügend eingebunden ist. Diese Verantwortung soll nach Ansicht der Gruppenmitglieder nicht delegiert werden.

Besonders im Rahmen der eidgenössischen Weiterbildungstitel, aber auch bei den Schwerpunkten und Fähigkeitsausweisen ist jeweils auch ein Vergleich mit der Situation in der EU und anderen Ländern angezeigt um die Konkurrenz- und Wettbewerbsfähigkeit der Schweizer Ärztinnen und Ärzte im Ausland wie auch den internationalen Austausch zu ermöglichen. Im weiteren müssen junge Schweizer Ärztinnen und Ärzte die Gelegenheit haben, die weltweit definierten Spezialkompetenzen mit einem Titel dokumentieren zu können um im Ausland arbeiten bzw. im entsprechenden Gebiet ihre Weiterbildung vertiefen zu können.

Ausländische Titel, für welche in der Schweiz kein Äquivalent existiert, werden entweder nicht anerkannt (beispielsweise Geriatrie, Mund- Kiefer- und Gesichtschirurgie) oder müssen anerkannt werden, obwohl sie inhaltlich nicht dem eidgenössischen Titel entsprechen (beispielsweise Thorakal- und Gefässchirurgie, Kinderchirurgie). Das SIWF erhält täglich mehrere Anfragen aus dem Ausland beziehungsweise zum Thema Ausland, was zeigt, dass eine Inselrolle der Schweiz nicht zielführend ist.

## **6.2 Steuerung der Weiterbildung**

Steuerung braucht es dort, wo ein System sich nicht selbst reguliert und dadurch nicht mehr funktioniert. Die schweizerische Kultur war es bisher, dass der Staat einen legalen Rahmen bestimmt

und den zuständigen Verantwortungsträgern durch diese rechtlichen Vorgaben die Schwerpunkte und Ausrichtung der selbstständig umsetzbaren Aufgaben vorgibt.

### **6.2.1 Steuerung auf Weiterbildungsstufe (Verhältnis Spezialisten/-innen – Grundversorger/-innen)**

Bei diesem Thema ist eine definitorische Vorbemerkung nötig. Als Grundversorgerinnen und Grundversorger gelten aktuell Ärztinnen und Ärzte mit einem Weiterbildungstitel Praktischer Arzt, Allgemeine Innere Medizin oder Pädiatrie. Aktuell wird in den entsprechenden Kreisen diskutiert, wie weit auch die Gynäkologie und Psychiatrie dazu gehören sollen.

Sobald ein Arzt/eine Ärztin Inhaber eines (zusätzlichen) Weiterbildungstitels einer anderen Fachrichtung ist, gilt er/sie in den Statistiken nicht mehr als Grundversorger/Grundversorgerin, auch wenn 99% der Leistungen im Rahmen der Grundversorgung erbracht werden. Dies betrifft ganz besonders die vielen Doppeltitelträger in der Inneren Medizin (z.B. Allgemeine Innere Medizin und Nephrologie) aber auch in anderen Fachgebieten. Daher ist die Einschätzung eines Mangels an Grundversorgerinnen und -versorgern nicht unumstritten. Einigkeit besteht hingegen darüber, dass es in der Grundversorgung ein Verteilungsproblem gibt, welches sich insbesondere in einer Unterversorgung von ländlichen und Randregionen zeigt. Aufgrund der demographischen Entwicklung und der stetigen Zunahme an chronisch kranken Patientinnen und Patienten zeichnet sich zudem ein gesteigerter Bedarf an Gesundheitsfachleuten für die medizinische Versorgung, insbesondere an Grundversorgerinnen und -versorgern, ab.

Das Berufsbild und damit auch die Weiterbildung zum Hausarzt/zur Hausärztin ist im Umbruch. Die Diskussionen, welche im Zusammenhang mit der Schaffung des eidgenössischen Weiterbildungstitels Allgemeine Innere Medizin (Spitalinternisten- und Hausarzt-Curriculum) geführt wurden, haben bewirkt, dass sich die Weiterbildung für Hausärztinnen und -ärzte inzwischen vermehrt am späteren Einsatzgebiet orientiert.

Im Rahmen des Masterplans „Hausarztmedizin und Medizinische Grundversorgung“<sup>21</sup> soll die Rolle der Hausärztinnen und Hausärzte in der medizinischen Grundversorgung zudem über Massnahmen in den Bereichen Aus- und Weiterbildung, Forschung sowie Finanzierung und Versorgung gestärkt werden. Insbesondere im Bereich der Weiterbildung, während der viele junge Ärztinnen und Ärzte mit dem ursprünglichen Ziel Hausarzt/-ärztin aufgrund attraktiver Angebote in anderen Disziplinen „hängenbleiben“, soll mittels Sicherung und Koordination von Weiterbildungsstellen (Rotationsstellen in den verschiedenen Fachgebieten) die Attraktivität dieses Weiterbildungsgangs gefördert werden. Zudem soll die Praxisassistenten als wichtige und adäquate Weiterbildungsmöglichkeit in der Hausarztmedizin auch rechtlich verankert werden.

Auf Stufe Ausbildung soll die strukturelle Verankerung der Hausarztmedizin (Schaffung von Ordinariaten) in den Universitäten vorangetrieben werden und die hausarztmedizinische Forschung als ein wichtiger Ansatz in einem Konzept Versorgungsforschung gestützt werden.

Die Mitglieder der Themengruppe sind sich einig, dass eine Steuerung bezüglich Verhältnis Spezialisten/-innen – Grundversorger/-innen nicht vordringlich von Entscheidungen auf der Bildungsebene abhängig ist. Der Handlungsbedarf, um das Berufsbild Hausärztin/Hausarzt für eine junge Generation wieder attraktiver zu machen, zeichnet sich hier auf mehreren Ebenen ab. Als nötige Verbesserungen werden insbesondere eine Verbreitung und Anerkennung der Hausarztmedizin in der Ausbildung, Angebote für komplette Weiterbildungs-Curricula innerhalb einer Region<sup>22</sup>, Verbesserung der Perspektiven nach Abschluss der Weiterbildung, Wertschätzung des Berufs, Schaffung und Anreize für Gruppenpraxen, Einführung neuer Versorgungsmodelle und eine Verbesserung der Stellung der Grundversorger im Tarifsysteem genannt.

<sup>21</sup> <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/11772/13262/index.html?lang=de>

<sup>22</sup> Cursus Romand de Médecine Générale [http://www.uemg.ch/cursus/CRMG\\_DocumentDeBase8.pdf](http://www.uemg.ch/cursus/CRMG_DocumentDeBase8.pdf)

Vehement abgelehnt werden Modelle der Steuerung wie in Frankreich und Kanada, wo die Wahl der Spezialisierung von den Abschlussnoten abhängig gemacht wird. Diese Form der Wahlfreiheit führt nach Ansicht der Themengruppe zu einer Diskreditierung der Hausarztmedizin, denn diejenigen, die für eine spezialisierte Fachrichtung notwendigen Abschlussnoten nicht erreichen, haben oft keine andere Möglichkeit als Generalisten zu werden. Daraus resultiert eine Art Negativselektion für die Hausärztinnen und Hausärzte, was nach Meinung der Themengruppe dem Profil und der Verantwortung eines Hausarztes/einer Hausärztin widerspricht.

Da die Grundversorgerinnen und Grundversorger für die Ausübung ihrer Funktion massgeblich von anderen Fachdisziplinen beeinflusst werden oder abhängig sind (z.B. Radiologie, Dermatologie, Gynäkologie), ist bei einer allfälligen Steuerung auch an die Sicherstellung einer angemessenen Anzahl Spezialistinnen und Spezialisten dieser verlinkten Disziplinen zu denken. So wird vorgeschlagen, bei einer allfälligen Steuerung auf fünf bis sechs Hauptfacharzttrichtungen zu fokussieren, welche für die Sicherstellung der Versorgung elementar sind.

**Empfehlung IV:** Es soll geprüft werden, ob und nach welchen Ansätzen eine Steuerung im Übergang Ausbildung – Weiterbildung angesichts des Bedarfs im Gesundheitswesen sinnvoll ist (unter Berücksichtigung der Interdependenzen zwischen den Fachrichtungen).

Das SIWF nimmt die Frage der Steuerung nach einer Grundsatzdiskussion anlässlich der Journée de Réflexion (SIWF/Collège des Doyens) an der Vorstandssitzung im März 2013 auf. Mittelfristig könnte das Thema in Form einer Themengruppe der Plattform ZäB, unter der Co-Leitung von SIWF und BAG und unter Einbezug der GDK (und allenfalls weiteren Partnern) bearbeitet werden. Studien oder andere Erhebungen könnten durch das BAG finanziert werden.

## 6.2.2 Engagement der Privatspitäler in der Weiterbildung

Ein Engagement der Privatspitäler in der Weiterbildung wird von den Mitgliedern der Themengruppe grundsätzlich begrüsst. Voraussetzung ist allerdings, dass sie die gleichen Qualitätskriterien erfüllen wie die öffentlichen Spitälern und in die entsprechenden Kategorien eingereiht werden.

Bund und Kantone wollen die ärztliche Weiterbildung auch nach dem Inkrafttreten der neuen Spitalfinanzierung sichern. Im Rahmen des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik NGP haben sie deshalb das Finanzierungsmodell „PEP“ (pragmatisch, einfach, pauschal) verabschiedet. Es soll im Grundsatz alle auf der Spitalliste<sup>23</sup> aufgeführten Spitäler und Kliniken dazu verpflichten, die ihrem Potenzial entsprechende Anzahl Assistenzärztinnen und -ärzte weiterzubilden. Die genaue Anzahl der Weiterbildungsstellen wird in den Leistungsvereinbarungen mit den Kantonen festgelegt. Gemäss „Modell PEP“ sollen die Kantone die Weiterbildung mit einer Pauschalzahlung pro Kopf und Jahr unterstützen, wobei die Auszahlung der Beiträge abhängig von der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien ist. Als Grundvoraussetzung muss eine Institution über eine oder mehrere anerkannte Weiterbildungsstätten gemäss Liste SIWF / FMH verfügen. Damit ist sichergestellt, dass die in den jeweiligen Fachgebieten verlangten Anforderungen erfüllt sind und die Weiterbildungsqualität laufend überprüft wird. Die Auszahlung des Unterstützungsbeitrags ist damit an die Erfüllung vorgängig festgelegter Qualitätskriterien gekoppelt. Diese sind in der Weiterbildungsordnung (WBO) und in den Weiterbildungsprogrammen des SIWF statuiert. Die Einhaltung der Kriterien soll das Schweizerische Institut für Weiter- und Fortbildung (SIWF) überwachen. Die Unterstützungsbeiträge werden reduziert, wenn eine Weiterbildungsstätte von der WBSK in ein Provisorium versetzt wird weil gewisse Kriterien / Standards nicht oder nur ungenügend erfüllt sind (z.B. Vorhandensein eines Weiterbildungskordinators, Führen des Logbuchs u.a.)

<sup>23</sup> Jeder Kanton führt eine Spitalliste für die in seinem Gebiet anerkannten Institutionen, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein dürfen.



Das Modell „PEP“ gilt für alle auf der Spitalliste aufgeführten Institutionen, also auch für die Privatspitäler. Diese müssen demnach die gleichen qualitativen Bedingungen erfüllen wie die öffentlichen Spitäler, wenn sie Unterstützungsgelder für die Weiterbildung beantragen wollen. Dadurch wird verhindert, dass Trittbrettfahrer, etwa Privatspitäler ohne Weiterbildungsanerkennung, von öffentlichen Geldern profitieren.

**Empfehlung V:** Es besteht die Notwendigkeit einer Regelung der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung. Die Gruppenmitglieder empfehlen die flächendeckende Umsetzung des „Modell PEP“ als pragmatisches, einfaches und pauschales Finanzierungsmodell.

### 6.2.3 Steuerung der Weiterbildungsstellen durch den Bedarf der Spitäler und nicht der Versorgung

Die Feststellung, dass das Angebot an Weiterbildungsstellen heute vorwiegend vom Bedarf der Spitäler abhängig ist und sich damit nicht am Bedarf des Versorgungssystems orientiert, scheint für die meisten Disziplinen zuzutreffen. Es gibt keine zwingende Koordination, jedoch Absprachen und Gespräche zwischen den Fachgesellschaften, dem SIWF/FMH und den Spitälern bezüglich Anzahl Weiterbildungsstellen pro Fachgebiet. Bei Disziplinen, wie Anästhesie oder Intensivmedizin, welche vorwiegend in Spitälern betrieben werden, richtet sich die Anzahl Weiterbildungsstellen, aber auch der Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten nach den Spitälern. Dass sich das Angebot an Weiterbildungsstellen auch bei anderen Disziplinen am Bedarf der Spitäler orientiert, wird teilweise als gerechtfertigt angesehen, da die Spitäler als Versorgungssysteme auf Arbeitskräfte angewiesen sind, um den laufenden Betrieb aufrechtzuerhalten.

Verstärkt wird dieser Bedarf dadurch, dass Aufgaben der Grundversorgung zunehmend an die Spitäler delegiert und immer mehr Untersuchungen und Abklärungen im Spital durchgeführt werden. An vielen Spitälern ist die Nachfrage nach Leistungen in den Notfallstationen und entsprechend auch die Zahl der dort beschäftigten Personen massiv gestiegen. Dies ist einerseits auf andere Bedürfnisse der Bevölkerung zurückzuführen, so haben zum Beispiel viele Bürgerinnen und Bürger keinen Hausarzt/Hausärztin mehr und wenden sich bei medizinischen Fragen oder Problemen aller Art direkt an ein Spital. Andererseits kann diese Entwicklung auch dadurch erklärt werden, dass der Grundversorger / die Grundversorgerin nicht mehr, wie früher, auch abends und am Wochenende erreichbar ist.

Der Bedarf an Assistenzärztinnen und Assistenzärzten ist zu einem gewissen Teil auch abhängig von der Zahl an Spitälern. Im Jahr 2010 gab es in der Schweiz 300 Spitäler, welche insgesamt 174'000 Personen beschäftigten, die Anzahl Betten pro Spital reicht dabei von zwei bis 2'000<sup>24</sup>. Gemäss OECD haben 75% aller Spitäler weniger als 150 Betten [14], müssen aber dennoch 24-Stunden-Betriebe gewährleisten, was sich wiederum auf den Bedarf an Ärztinnen und Ärzten auswirkt. Um beispielsweise die Geburtshilfe rund um die Uhr anbieten zu können, braucht ein Spital ungefähr fünf Vollzeit-Anästhesist/-innen, Hebammen, Pflegepersonal sowie die technische Einrichtung. Bei einer allfälligen Steuerung von Weiterbildungsstellen sollte auch die Situation „Spitallandschaft“ bedacht und diskutiert werden, welche zur Zeit bereits im Zusammenhang mit der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung und DRG im Zentrum von Diskussionen steht.

Eine Änderung der Situation, insbesondere auf den Effekt, dass zukünftige Grundversorgerinnen und Grundversorger heute eine sehr spitallastige Weiterbildung absolvieren, welche nicht immer dem späteren Tätigkeitsgebiet entspricht, sollte der seit 2011 angebotene Weiterbildungstitel Allgemeine Innere Medizin (AIM) bringen, welcher nebst dem Spitalinternisten auch ein Curriculum für Hausärztinnen/Hausärzte mit ambulanter Weiterbildung, davon mindestens einem halben Jahr

---

<sup>24</sup> Stand 2010

[http://www.hplus.ch/fileadmin/user\\_upload/H\\_Politik/Fakten\\_Zahlen\\_Daten/Pr%C3%A4sentation\\_Spitallandschaft\\_Schweiz\\_2012\\_de.pdf](http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/H_Politik/Fakten_Zahlen_Daten/Pr%C3%A4sentation_Spitallandschaft_Schweiz_2012_de.pdf)

Praxisassistenten, vorsieht und damit eine „Ambulantisierung“ der Weiterbildung mit sich bringt.

Kritisch gestaltet sich die Situation in Disziplinen, in welchen der Bedarf des Versorgungssystems gross ist, die Bereitschaft der Spitäler, bzw. der entsprechenden Klinikdirektionen angehende Fachärztinnen und -ärzte auszubilden aber nicht oder nur eingeschränkt vorhanden ist. Mögliche Gründe dafür sind finanzielle Überlegungen; welches Interesse hat eine Klinik, zukünftige Konkurrenz auszubilden, wenn dafür kein aktueller Bedarf an Assistenten besteht? In Disziplinen wie beispielsweise der Radiologie hat das nebst einem möglichen Mangel an Fachärztinnen und -ärzten auch weitreichende Auswirkungen auf die Arbeit anderer Disziplinen. Für die Grundversorgung beispielsweise gehört die Radiologie zu den unabdingbaren Disziplinen für die Zusammenarbeit.

Die Frage nach der Steuerung Weiterbildungsstufe ist letztendlich eine politische Frage, die einen politischen Diskurs verlangt. Entscheidet man sich für eine Steuerung auf diesem Gebiet, muss zwangsläufig in die Spital- und Weiterbildungsstrukturen eingegriffen werden. Dabei sind Faktoren wie die Abdeckung von Dienstleistungen in den Spitälern, Versorgungsangebot und -qualität, Strukturierung des Weiterbildungsangebots, nationale/regionale/kantonale Koordination, Finanzierung, Interaktion mit den Fakultäten/Universitäten zu berücksichtigen.

## **6.3 Abschlüsse**

Im Anhang 5 befindet sich eine Übersicht über aktuelle Aus- und Weiterbildungstitel.

Grundsätzlich stellt sich bei den verschiedenen Abschlüssen und Titeln die Frage nach der Vergleichbarkeit und damit auch der Anrechnung untereinander. Universitäre Abschlüsse, Titel und Diplome werden in Form von Leistungspunkten ECTS (European Credit Transfer System) durch Leistungsnachweise erworben. Es ist zu überlegen, ob dieses System/Bewertung auch für die eidgenössischen und privatrechtlichen Weiterbildungstitel übernommen werden könnte und sollte.

### **6.3.1 CAS / DAS / MAS – Verhältnis zu den eidg. WB-Titel und Anrechnung von Modulen**

Certificate of Advanced Studies (CAS), Diploma of Advanced Studies (DAS) und Master of Advanced Studies (MAS) sind Weiterbildungstitel, welche von Universitäten und Fachhochschulen verliehen werden. Das Angebot ist leider wenig übersichtlich, dafür aber umso vielfältiger. Dies kommt unter anderem daher, dass die Hochschulen als akkreditierte Institutionen im Angebot der Weiterbildungsgänge frei sind, und einzelne Lehrgänge - ausser sie tragen das Prädikat „eidgenössisch anerkannt“ - nicht separat akkreditiert werden müssen. Nicht zu verwechseln sind insbesondere die MAS-Weiterbildungstitel und die Masterabschlüsse im Rahmen eines fünf- bis sechsjährigen Hochschulstudiums.

Die medizinrelevanten CAS, DAS und MAS stehen grundsätzlich nicht in Konkurrenz zu den eidgenössischen Weiterbildungstiteln, da damit keine Berechtigung zur selbstständigen Ausübung und Verrechnung von fachärztlichen Leistungen erworben wird. Die Angebote werden zu einem grossen Teil von ausländischen Ärztinnen und Ärzten genutzt, haben aber dennoch eine gewisse Relevanz, da sie teilweise bzw. in Form einzelner Module an eidgenössische Weiterbildungstitel, Fähigkeitsausweise und Schwerpunkte angerechnet werden können. Vor diesem Hintergrund scheint eine Klärung der Situation und eine Regelung, möglicherweise auch in Form von gesetzlichen Rahmenbedingungen, angezeigt zu sein. Zudem scheint ein Austausch und eine Abstimmung zwischen dem SIWF, den medizinischen Fachgesellschaften und den Fakultäten, welche CAS/DAS/MAS anbieten, wertvoll und notwendig.

### **6.3.2 Inländerdiskriminierung**

Ob eine Inländerdiskriminierung stattfindet oder nicht, hängt von der Perspektive und der Beurteilung einzelner Faktoren ab. Tatsache ist, dass im europäischen Ausland der Mittelschulabschluss und damit die Zulassung zum (Medizin)Studium bereits früher erfolgt. Dadurch kann auch der Abschluss

als Arzt/Ärztin und weitere Qualifikationen früher erreicht werden, der akademische Nachwuchs der Schweiz ist im internationalen Vergleich dadurch älter. Hinzu kommt, dass die Anforderungen zur Erlangung des Titels „Dr. med.“ respektive „MD“ als Berufsbezeichnung im Ausland tiefer sind oder dieser gar automatisch mit dem Abschluss des Studiums verliehen wird. Die gemeinsame Regelung der schweizerischen Universitäten<sup>25</sup> in Bezug auf die Dissertation in der Medizin sieht vor, dass diese erst nach einer mindestens einjährigen Forschungstätigkeit im Anschluss an den Masterabschluss eingereicht werden kann, was in der Praxis zur Verlängerung der Ausbildungszeit führt.

In Bezug auf die Weiterbildungsdauer wird festgestellt, dass diese im Ausland teilweise kürzer ist, was insbesondere die Grundversorgung betrifft. Dazu werden vielerorts keine Stellenrotationen während der Weiterbildung verlangt. Dass im Ausland aus- und weitergebildete Ärztinnen und Ärzte durch die bilateralen Abkommen mit der Schweiz, ihre Diplome und Titel als gleichwertig anerkennen lassen können, obwohl diese nur Mindestkriterien und -dauern erfüllen müssen, lässt auf eine gewisse Inländerdiskriminierung schliessen. Eine andere Sichtweise ist aber auch, dass die Schweiz eine qualitativ sehr hochstehende medizinische Aus- und Weiterbildung betreibt und ein entsprechend hohes Niveau im Versorgungssystem erreicht, was auf keinen Fall nach unten angepasst werden sollte (Gefahr einer „Nivellierung nach unten“ vs. Exzellenzförderung).

Ein Vorschlag zur Verbesserung der Situation auf der Weiterbildungsstufe ist die Schaffung und Anerkennung von Titeln durch private Institutionen, welche von ausländischen Ärztinnen und Ärzten nicht automatisch erreicht, sondern nur aufgrund einer Leistung erteilt werden. Als Beispiel kann hier die britische Regelung bezüglich des Titels FRCS (Fellow of the Royal College of Surgeons) genannt werden. Dieser Titel kann nur erreicht werden, wenn die entsprechenden britischen Regeln erfüllt sind. Ähnliches gilt für vom Europäischen Board ausgestellte Titel wie etwa dem FEBS (Fellow of the European Board of Surgeons). Dadurch könnte der Abwertung des Facharzttitels, welcher früher ein Qualitätsausweis war, entgegengewirkt werden.

## 7 Schlussbemerkungen

In der Themengruppe ist es gelungen, trotz der teils heterogenen Interessen eine Priorisierung der aktuell diskutierten Themen vorzunehmen und eine offene Diskussion über Notwendigkeit, Sinn und Möglichkeiten von Optimierung der Abstimmung von Aus- und Weiterbildung zu führen. Grundsätzlich beurteilt man die Aus- und Weiterbildung in der Schweiz im Vergleich zum Ausland als sehr gut, sieht aber auch einen gewissen Handlungsbedarf. Allem voran ist man sich einig, dass in der Schweiz mehr Ärztinnen und Ärzte ausgebildet werden müssen und hier, unabhängig von veränderten Versorgungsstrukturen, der grösste Handlungsbedarf besteht. Überlegungen, die im Bericht zur Erfüllung der Motion von Nationalrätin Jacqueline Fehr „Strategie gegen Ärztemangel und zur Förderung der Hausarztmedizin“<sup>[8]</sup> vom 2. Oktober 2008 bezüglich der Erhöhung der Abschlusskapazitäten gemacht wurden, werden von den Mitgliedern der Themengruppe anerkannt.

Es gibt noch weitere mögliche Verbesserungen, für deren Umsetzung es allerdings notwendige Voraussetzung ist, dass eine gemeinsame Grundvision für die Bildung und Versorgung der Zukunft formuliert werden kann. Um eine gemeinsame Bildungsstrategie über alle Stufen hinweg zu formulieren, welche letztendlich auch dem Versorgungsbedarf gerecht wird, ist idealerweise eine gemeinsame, abgestimmte Ausrichtung und Planung des Bildungs- und Gesundheitswesens von Nöten. Es braucht in diesem Sinne eine Gesundheitsbildungspolitik, welche ausgehend von Versorgungsbedarf und Versorgungsszenarien Rückschlüsse auf die quantitative und qualitative Ausrichtung der Aus- und Weiterbildung zur Folge haben muss.

Die ersten Ärztinnen und Ärzte, welche die Ausbildung nach der Umsetzung der Bologna-Reform in der Medizin absolviert haben, sind daran in die Weiterbildung einzusteigen. Es wird sich

---

<sup>25</sup> Gemeinsames Positionspapier <http://www.crus.ch/dms.php?id=6511>

zeigen, wie weit die erneuerten Curricula auf die Weiterbildung vorbereiten, erst dann scheint eine Beurteilung der neuen Struktur möglich. Die Fakultäten haben in den letzten Jahren einiges reformiert; eine umfassende weitere Reform und die grundlegende Änderung des erst seit kurzem laufenden Systems erscheinen aktuell nicht sinnvoll. Trotzdem denkt man in der SMIFK schon über eine zukünftige Revision des SCLO nach.

Erfreulich ist, dass einige Massnahmen direkt umgesetzt werden konnten, so ist die Initiative des SIWF / FMH bezüglich Verbesserung der Einführung von Assistentinnen und Assistenten zu nennen und die Aufnahme der Idee einer Evaluation der Weiterbildung durch Befragung von Ärztinnen und Ärzten drei Jahre nach Abschluss der Weiterbildung.

Um sinnvoll über Reformen in den einzelnen Abschnitten zu urteilen, braucht es die Gesamtsicht über den ganzen Bildungsweg, gemessen an der konkreten Berufsausübung. Diese Arbeitsgruppe hat in diesem Sinn versucht, einen Diskurs zu eröffnen und erste Ansätze und Wertungen vorzunehmen.

## 8 Literatur

1. Bundesgesetz über die universitären Medizinalberufe (MedBG). 2006.
2. Buergi H, Rindlisbacher B, Bader Ch, Bloch R, Bosman F, Gasser C et al. Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training. Working Group under a Mandate of the Joint Commission of the Swiss Medical Schools .2008. Joint Conference of Swiss Medical Faculties.
3. Bundesgesetz über die Förderung der Hochschulen und die Koordination im schweizerischen Hochschulbereich. (Hochschulförderungs- und Koordinationsgesetz, HFKG) 30-9-2011.
4. Hänsgen KD, Spicher B. EMS Eignungstest für das Medizinstudium: Häufig gestellte Fragen zu EMS und Numerus clausus. 2010. Zentrum für Testentwicklung und Diagnostik am Departement für Psychologie der Universität Freiburg-Schweiz.
5. SUK. Pressemeldung: Eignungstest 2012 für das Medizinstudium. URL: [http://www.cus.ch/wDeutsch/pressemeldungen/index.php?script=wDeutsch/pressemeldungen/wScripts/pressemeldung\\_anzeigen.php&pressemeldungid=314076869](http://www.cus.ch/wDeutsch/pressemeldungen/index.php?script=wDeutsch/pressemeldungen/wScripts/pressemeldung_anzeigen.php&pressemeldungid=314076869), aktualisiert 13.03.2012
6. Reiter HI, Eva KW, Rosenfeld J, Norman GR. Multiple mini-interviews predict clerkship and licensing examination performance. Med Educ 2007; 41(4): 378-384.
7. Frank JR. The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework - Better Standards. Better Physicians. Better Care. 2005. Ottawa, The Royal college of Physicians and Surgeons of Canada.
8. Bundesamt für Gesundheit. Strategie gegen Ärztemangel und zur Stärkung der Hausarztmedizin. 23-11-2011. Bern, Schweizerische Eidgenossenschaft.
9. Cohen-Schotanus J, Schoenrock-Adema J, Bouwkamp-Timmer T, van Scheltinga GRT, Kuks JBM. One-year transitional programme increases knowledge to level sufficient for entry into the fourth year of the medical curriculum. Medical Teacher 2008; 30(1): 62-66.
10. Oandasan I, Reeves SC. Key elements for interprofessional education. Part 1: The learner, the educator and the learning context. Journal of Interprofessional Care 2005; 19(S1): 21-38.
11. Dialog Nationale Gesundheitspolitik. Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. 2012.
12. Baker PG. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO .2011.
13. CRUS. Bericht zum Doktorat 2008 - Eine Übersicht über das Doktorat in der Schweiz. 2008.
14. OECD. OECD Reviews of Health Systems - SWITZERLAND. 2011.

**Anhang 1:** Mandat Themengruppe Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung

**Anhang 2:** Priorisierung Themen Ausbildung

**Anhang 3:** Priorisierung Themen Weiterbildung

**Anhang 4:** Vorschlag Trackmodell Genf

**Anhang 5:** Modell formal nicht bindendes Tracking im Medizinstudium (Beispiel Fakultät Zürich)

**Anhang 6:** Übersicht Abschlüsse und Titel



## Mandat der Themengruppe „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“

Die Themengruppe „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“ wird von der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ mit folgendem Mandat betraut:

*Offener Austausch über die Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie Darstellung der IST-Situation gemäss Hintergrundpapier. Danach Diskussion möglicher Ansätze zur Lösung der Schnittstellenprobleme sowie Entwicklung von konkreten (beschlussfähigen) Vorschlägen zuhanden der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“. Ziel ist es, darauf hinzuwirken, eine über alle Bildungsabschnitte hinweg kohärente, effiziente und qualitativ hochstehende ärztliche Bildung zu ermöglichen.*

Die in den Themengruppen erarbeiteten Lösungsvorschläge werden anschliessend in der Plattform diskutiert. Umsetzungsentscheide bleiben den beteiligten Partnerorganisationen vorbehalten. Es soll jedoch ein gemeinsames Problemverständnis und Klarheit über gemeinsame und unterschiedliche Vorstellungen für die Zukunft entstehen.

### Ausgangslage/Problemstellung

Das MedBG bezweckt die Förderung der Qualität der universitären Ausbildung, der beruflichen Weiter- und Fortbildung sowie der Berufsausübung. Die damit verbundenen Aufgaben, Anforderungen und Regeln gehören in die Zuständigkeit unterschiedlicher Partner. Durch eine bewusstere Schnittstellenbewirtschaftung könnte die Koordination zwischen den Bildungsabschnitten aktuell verbessert und Reformprojekte abgestimmt werden.

#### 1. Priorität: Zulassung zum Studium und Bachelor-Stufe

- Zukünftige Reformfragen stellen sich bezüglich aller Bildungsabschnitte; so stellt sich die Frage, nach welchen Kriterien bei Studieneintritt selektioniert werden soll bzw. wie das Berufsbild „Humanmedizin“ in Zukunft aussehen wird.
- Auf der Bachelor-Stufe braucht es eine Klärung der Frage, inwiefern ein Bachelorabschluss berufsbefähigend sein kann bzw. welche beruflichen Möglichkeiten ein solcher Titel eröffnet. Auch die Möglichkeit von Passellen in andere Studiengänge inner- und ausserhalb der Universität soll geprüft werden. Des Weiteren soll darüber diskutiert werden, ob ein einziger Studiengang der Vielfältigkeit der Medizin gerecht werden kann.

#### 2. Priorität: Kohärenz und Struktur der Weiterbildung

- Auf der Stufe Weiterbildung soll darüber diskutiert werden, wie sich das Verhältnis der Zahl und Ausrichtung Facharzt- zu den Schwerpunkttiteln angesichts der technologischen Entwicklungen und der demografischen Erfordernisse entwickeln soll und wieviel Spezialisierung auf welcher Stufe sinnvoll ist. Des Weiteren soll geklärt werden, welche Inhalte aufgrund der überarbeiteten Lernzielkataloge in die Curricula der Weiterbildungsgänge aufgenommen werden könnten und ob dabei lediglich inhaltliche oder auch strukturelle Anpassungen nötig sind. Grundsätzlich zu beantworten ist die Frage wie, nach welchen Kriterien und von wem allenfalls auf Stufe Weiterbildung steuernd eingegriffen werden könnte, insbesondere in Bezug auf das Verhältnis zwischen Grundversorger/-innen und Spezialist/-innen.

#### 3. Priorität: Universitäre Abschlüsse

- Es braucht eine Diskussion und Klärung über den Stellenwert eines „Master of Science (MS) in Medicine“ im Verhältnis zum eidgenössischen Diplom sowie zu tertiären Bildungsabschlüssen wie den verschiedenen Doktorgraden (MD, PhD)
- Klärungsbedarf besteht auch bezüglich der Stellung der "Master of Advanced Studies (MAS)" in Bezug zu den eidgenössischen Weiterbildungstiteln.

Am 16. Dezember 2010 von der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ verabschiedet.

**Themen der Zulassung und Ausbildung – MITTELWERTE**

	<b>Dringlichkeit/ Priorisierung</b> <i>1 = nicht dringend 5 = sehr dringend</i>	<b>Wichtigkeit/ Validierung</b> <i>1 = nicht wichtig 5 = sehr wichtig</i>	<b>SUMME</b>	<b>Rang</b>
<b>Zulassung zum Studium</b>				
<i>Kriterien zur Festlegung der Kapazität der Universitäten</i>	4.77	4.77	9.54	1
Konsequenzen der unterschiedlichen Aufnahmebedingungen Romandie/Deutschschweiz	2.77	3.15	5.92	14
<i>Spielraum der Fakultäten bezüglich Aufnahmekapazität unter gleichbleibenden Qualitätskriterien</i>	3.77	3.92	7.69	3
<i>Quantitative Steuerung (Zuständigkeit)</i>	4.23	4.54	8.77	2

**NC/Eignungstest**

NC/Eignungstest als Selektionsmittel für die Zulassung zum Medizinstudium in der Deutschschweiz	2.77	3.31	6.08	11
Berücksichtigung der Kompetenzanforderung für die zukünftige Berufsausübung im NC/Eignungstest	2.69	3.38	6.08	12
<i>Gewinnung von Personen, welchen den NC/Eignungstest nicht bestehen, für andere Gesundheitsberufe</i>	3.08	3.08	6.17	10
Eignungstest und Genderbias	2.08	2.15	4.23	22
Eignungstest und Romandie-/Deutschschweizer-Bias (reine Übersetzung der deutschschweizer Fragen)	2.46	2.46	4.92	20

**Ausbildung bis zur Bachelor-Stufe (Bachelor of Medicine)**

Bachelorabschluss als ein Punkt der Entscheidungsfindung für den Berufsweg	2.46	2.77	5.23	19
Bachelor als Moment der bewussten Studienwahl	2.23	2.31	4.54	21
<i>Möglichkeit von Passerellen in und von anderen Studiengängen inner- und ausserhalb der Universität</i>	3.23	3.31	6.54	9
Mobilitätsförderung durch Bachelorstufe (Ziel der Bolognareform)	2.62	3.08	5.69	15
Relevanz Bachelorabschluss (Berufsbefähigung? Berufliche Möglichkeiten?)	2.54	2.92	5.46	17
Angemessenheit eines einzigen Bachelor-Studiengangs im Hinblick auf die Vielfältigkeit der Medizin (Zugang zu verschiedenen Masterstudiengängen Humanmedizin, z.B. Medizininformatik, psychosoziale Medizin, Präventionsmedizin)	2.92	3.08	6.00	13
<i>Gemeinsamer Anteil Bachelor für mehrere Gesundheitsberufe</i>	3.31	3.54	6.85	7
<i>Diskrepanz zwischen im Studium erworbener Fähigkeiten und Anforderungen im 1. Assistenzjahr (Vorbereitung auf den Spitalalltag)</i>	3.54	3.69	7.23	4

**Masterstufe (Master of Medicine)**

Relevanz des Master of Medicine	2.62	2.92	5.54	16
<i>Profil der Masterstufe: berufsbefähigend oder „wissenschaftsbefähigend“</i>	3.54	3.62	7.15	5
<i>Stellenwert eines Masterabschlusses im Verhältnis zum eidg. Weiterbildungstitel sowie zu tertiären Bildungsabschlüssen und Doktoraten (MD, PhD, MAS, CAS, DAS)</i>	3.38	3.46	6.85	6
<i>Zweck der Masterarbeit bzw. Doktorarbeit</i>	3.15	3.46	6.62	8
Berufs-/weiterbildungsbegleitende Absolvierung des Medizinstudiums (z.B. oro-maxillo-faziale Chirurgie)	2.69	2.69	5.38	18



**Themen Weiterbildung – MITTELWERTE**

**Dringlichkeit/  
Priorisierung**  
1 = nicht dringend  
5 = sehr dringend

**Wichtigkeit/  
Validierung**  
1 = nicht wichtig  
5 = sehr wichtig

**Summe**

**RANG**

**Übergang universitäre Ausbildung – Weiterbildung**

Ausreichende praktische Vorbereitung während der universitären Ausbildung auf den verantwortungsvollen und selbständigen Umgang mit Patienten (studentisches Logbuch, day-one competencies)	3.83	4.50	8.33	1
Coaching der Übergangsphase Studium-Assistenzzeit sollte Aufgabe der Spitäler sein. Bisher keine einheitlichen Konzepte (z.B. Grundmodul für alle Assistenzärzt/-innen)	3.33	3.83	7.17	8
Förderung der bewussten und möglichst frühen Wahl der Weiterbildungsrichtung (z.B. Tracks bereits im Masterstudium, unterschiedliche Tracks für GV oder Spezialisten)	2.75	3.33	6.08	13

**Inhaltliche Abstimmung Lernziele Aus- und Weiterbildung**

Welche(s) Organ(e) sichert mittelfristig die Verbindung von der Universität zur Weiterbildung, wer stellt sicher, dass keine Wissenslücken zw. Aus- und Weiterbildung bestehen (Abstimmung der Formulierung der Lernziele im Aus- und Weiterbildungsbereich)	2.83	3.25	6.08	14
Welche Inhalte können aufgrund der überarbeiteten Lernzielkataloge in die Curricula der Weiterbildungs- resp. Ausbildungsgänge verschoben werden und bedingen diese lediglich inhaltliche oder auch strukturelle Anpassungen?	2.73	3.09	5.82	15
Gemeinsame Module für alle Fachrichtungen in der Weiterbildung	2.58	2.83	5.42	17

**Quantitative und zeitliche Merkmale im Verhältnis zum Ausland und zum inländischen Bedarf**

Dauer der Weiterbildung (MedBG sieht max. 6 Jahre vor, in interventionellen Fächern kaum möglich). Wie ist es im Ausland geregelt?	3.58	3.67	7.25	7
Inwiefern soll die Schweiz an eigenen Konzepten festhalten und solche weiterentwickeln und wo ist dies im Kontext mit der gegenseitigen Anerkennung von Berufsbefähigungen in der EU nicht mehr sinnvoll	3.33	3.50	6.83	10
Berufsrelevanz und Erteilungskompetenz von Facharzttiteln, Schwerpunkt titeln und Fähigkeitsausweisen	3.55	3.73	7.27	6
Quantitative Frage der verschiedenen Weiterbildungstitel (Gibt es zu viele?)	3.18	3.18	6.36	11

**Strukturelle Steuerung der Weiterbildung**

Wie, nach welchen Kriterien und von wem könnte allenfalls auf Stufe Weiterbildung steuernd eingegriffen werden, insbesondere in Bezug auf das Verhältnis zwischen Grundversorger/-innen und Spezialist/-innen	3.67	4.17	7.83	3
Inwieweit sollen/müssen sich die Privatspitäler in der Weiterbildung engagieren	3.80	3.70	7.50	5
Steuerung der WB-Stellen aktuell eher durch den Bedarf der Spitäler an Assistenzärzten und nicht Bedarf des Gesundheitswesens an Spezialisten	4.00	4.08	8.08	2

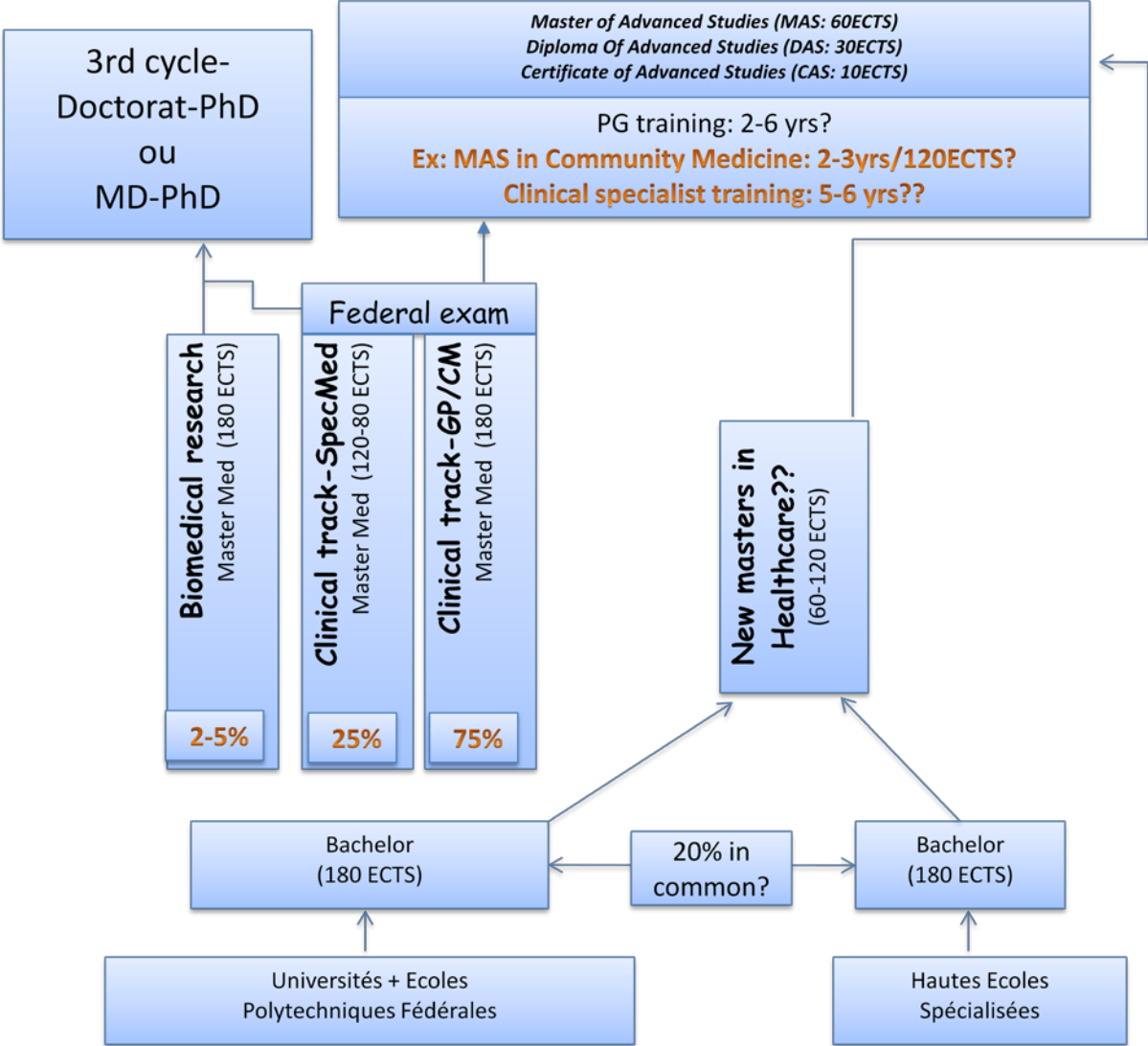
**Übergang Weiterbildung - Berufsausübung bzw. Schnittstelle Leistungserbringung gemäss KVG und Berufsausübung gemäss MedBG für Spezialisten und Grundversorger**

Obligatorium für eine bestimmte Dauer in der Patientenversorgung nach Abschluss des Studiums	2.75	3.42	6.17	12
Grundversorgung wird heute oft auch durch Spezialisten ausgeführt. Obligatorischer Nachweis "grundversorgerischer" Kompetenzen?	2.67	3.00	5.67	16
Facharztreihe wirklich Berufsbefähigung zur selbstständigen Arbeit	2.25	3.17	5.42	18

**Universitäre Abschlüsse**

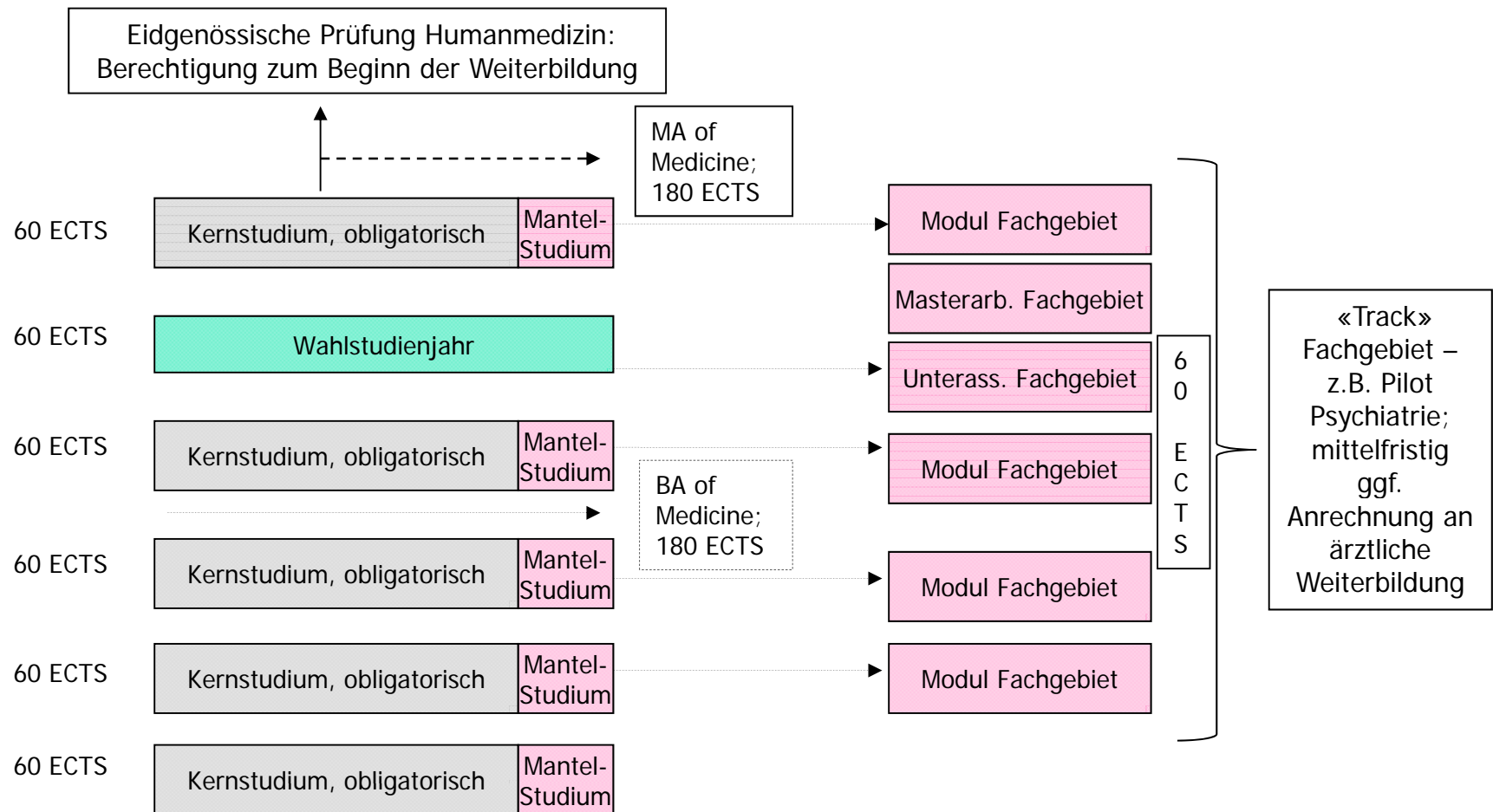
CAS / DAS / MAS - MD / PhD Verhältnis zu den eidg. Weiterbildungstiteln und Anrechnung als Modul an eidg. Weiterbildungstitel	3.58	3.58	7.17	9
Problem der Inländerdiskriminierung (grösserer Aufwand für Dr. med., untersch. WB-Richtlinien, Anzahl Jahre und Stellenwechsel für Facharzt diplom in CH)	3.75	3.83	7.58	4

### Vorschlag Trackmodell Genf





## Formal nicht bindendes Tracking im Medizinstudium



Bericht „Abstimmung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“ Anhang 6 Titel und Abschlüsse

	Universitäre Ausbildung				universitärer Forschungstitel	Berufliche Weiterbildung (auf praktischer Basis)		
	Bachelor	Master	eidg. Prüfung	Dr. med.	PhD	Facharzttitel	Schwerpunkte	Fähigkeits- ausweise
<b>Ausschreibung</b>	Bachelor of Medicine	Master of Medicine	Eidg. Arztdiplom; Arzt in Weiterbildung	Dr. med.	Dr. sc. med. / PhD / Dr. sc. nat. MD-PhD	Facharzt xy (44 Disziplinen)	speziell xy	Fähigkeitsausweis xy
<b>Charakteristika</b>	1. akademischer Abschluss	2. akademischer Abschluss	Eidgenössische Prüfung	Mind. einjährige Dissertationsarbeit, Voraussetzung für eine akademische Karriere	in der Regel dreijährige (teilweise zweijährige) Dissertationsarbeit, Voraussetzung für eine akademische Karriere	Eidgenössische Weiterbildungstitel + 2 privatrechtliche Weiterbildungstitel (Neuropathologie und Handchirurgie)	Vertiefung in einem Fachgebiet (Facharzttitel)	Fachübergreifende Weiterbildung
<b>Prinzipieller Unterschied</b>	erster 3-jähriger Ausbildungszirkel; Fokus auf Grundlagen, biomedizinischen Fachgebieten und klinische Einführung	2. 3-jähriger Ausbildungszirkel; Fokus auf klinischer Ausbildung einschliesslich Fähigkeiten und Fertigkeiten	Voraussetzung für die obligatorische Weiterbildung	Dauer 1 Jahr, in der Regel an der medizinischen Fakultät	Dauer 3 Jahre. Meistens in Zusammenarbeit mit anderen Fakultäten (Graduate School)		monodisziplinär, Bestandteil des Mutter-WB-Programms	interdisziplinär, eigene Gesellschaft für Administration zuständig
<b>Administration</b>	Fakultät	Fakultät	Eidgenossenschaft	Fakultät	Fakultäten	SIWF	SIWF	Eigene Ärzteorganisation
<b>Regelungsort</b>	Vorgaben MedBG, fakultäre Reglemente und Studienpläne	Vorgaben MedBG, Lernzielkatalog, fakultäre Reglemente und Studienpläne	Prüfungsverordnung	Promotionsreglement	PhD-Reglement	WBO + Weiterbildungsprogramm FAT	WBO + Weiterbildungsprogramm FAT	Eigenständiges vom SIWF anerkanntes Weiterbildungsprogramm; WBO
<b>Tätigkeit</b>	Studium Grundlagen Voraussetzung für den Masterstudiengang Humanmedizin	Studium Krankheitslehre verbunden mit praktischer Ausbildung. Voraussetzung zur Zulassung zur eidg. Prüfung	Assistenzarzt in Weiterbildung zum Facharzt	Arbeit an Forschungsprojekt, oft berufsbegleitend	Arbeit an Forschungsprojekt, Vollzeit	Hauptberufliche Tätigkeit; Bedingung für die privatrechtliche Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung	Hauptberufliche Tätigkeit	Zusatztätigkeit, ev "on the job"
<b>Umfang / Dauer / Äquivalenz in ECTS der WB</b>	180 ECTS (6 Semester Vollzeit)	180 ECTS (6 Semester Vollzeit)	Nach mindestens 6 Jahren Studium	Mindestens 1 Jahr	in aller Regel 3 Jahre und länger	gemäss MedBG Art. 18 mindestens 3, maximal 6 Jahre. In der Praxis 5 bis 8 Jahre oder mehr	1 bis 4 Jahre	wenige Stunden bis mehrerer Jahre, i.d.R. weniger als ein Jahr
<b>Beispiele</b>						Ophthalmologie	Geriatric	Delegierte Psychotherapie (FMPP); Elektroencephalographie (SGKN); Gastroskopie (SGG); Hüftsonographie nach Graf beim Neugeborenen und Säugling (SGUM); Phlebologie (USGG); Praxislabor (KHM); Sonographie (SGUM); Tauchmedizin (SUHMS)

Von Universitäten angebotene Weiterbildung / Fortbildung			
	<b>Certificate of Advanced Studies (CAS)</b>	<b>Diploma of Advanced Studies (DAS)</b>	<b>Master of Advanced Studies (MAS)</b>
<b>Ausschreibung</b>	(vormals Nachdiplomkurs NDK)		(vormals Nachdiplomstudiengänge NDS)
	CAS xy	DAS xy	MAS xy
<b>Charakteristika</b>	Kleinster universitärer/fachhochschulischer Weiterbildungsabschluss. Hier wird spezifisches Wissen vermittelt, so dass eine Zusatzqualifikation in einem bestimmten Fachgebiet erworben werden kann	Bieten eine vertiefte Ausbildung in einem spezifischen Fachbereich, sodass eine Zusatzqualifikation im angestammten Beruf oder in einem neuen Fachgebiet erworben werden kann	Höchster universitärer/fachhochschulischer Weiterbildungsabschluss (kein akademischer Titel). Umfassende Weiterbildung im jeweiligen Fachgebiet
<b>Prinzipieller Unterschied</b>	gilt gelegentlich als Modul für die WB zu einem Fähigkeitsausweis	gilt gelegentlich als Modul für die WB zu einem Fähigkeitsausweis	gilt vereinzelt als Modul für die WB zu einem Facharzttitel
<b>Administration</b>	Fakultät / Universität	Fakultät / Universität	Fakultät / Universität
<b>Regelungsort</b>	Fakultät / Universität	Fakultät / Universität	Fakultät / Universität
<b>Tätigkeit</b>	(Assistenz)arzt, (Assistenz)ärztin	(Assistenz)arzt, (Assistenz)ärztin	(Assistenz)arzt, (Assistenz)ärztin
	in der Schweiz nicht für die Leistungserbringung anerkannt	in der Schweiz nicht für die Leistungserbringung anerkannt	in der Schweiz nicht für die Leistungserbringung anerkannt
<b>Umfang / Dauer / Äquivalenz in ECTS der WB</b>	wenige Monate bis 1 Jahr 300 Stunden (entspricht 10 ECTS)	ein bis zwei Jahre 900 Stunden (entspricht 30 ECTS), häufig mit Abschlussarbeit	zwei oder mehr Jahre 1200 bis 1800 Stunden (entspricht 45 bis 60 ECTS)
<b>Beispiele</b>	CAS Management in Psychiatrie; CAS Klinisches Management; CAS eHealth; CAS Psychosomatische und Psychosoziale Medizin  z.B Der Studiengang ermöglicht Fachärztinnen und Fachärzten den Erwerb von 80% der für den Fähigkeitsausweis «Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (SAPPM) Manuelle Medizin (SAMM)	Manuelle Medizin (SAMM)	Master of Business Administration, Master of Public Health, Master of Medical Education  MAS Managed Health Care, MAS in Wound Care, MAS in Palliative Care  Diplom MAS gilt als Teil für Schwerpunktprüfung