



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI

Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Empfehlungen zur Sicherung der Finanzierung und Qualität der ärztlichen Weiterbildung

Datum: 27. Juni 2011

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

Verfasst von: Themengruppe "Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung"

Bundesamt für Gesundheit
Brigitte Menzi
Schwarzenburgstrasse 161, CH-3003 Liebefeld
Postadresse: CH-3003 Bern
Tel. +41 31 324 13 21, Fax +41 31 323 88 05
Brigitte.Menzi@bag.admin.ch
www.bag.admin.ch

Inhaltsverzeichnis

Grundsätzliche Positionen	4
1 Gefährdung von Weiterbildungsstellen	4
2 Finanzielle Trägerschaft	5
2.1 Kantone als hauptsächliche Träger der Weiterbildungskosten	5
2.2 Finanzielle Mitbeteiligung der Versicherer	6
2.3 Weitere Finanzierungsmöglichkeiten	7
3 Datengrundlagen und weiterer Studienbedarf	7
3.1.1 Variante 1: Keine weiteren Studien	8
3.1.2 Variante 2: Erweiterung der SUK-Studie (einmalige Querschnittstudie)	8
3.1.3 Variante 3: Keine weiteren Studien, Monitoring durch BFS und H+	9
4 Finanzierungsmodelle	10
4.1 Poolmodelle	10
4.1.1 Modell „Pool-Top-down“	10
4.1.2 Modell „Pool-Bottom-up“	10
4.2 Modell „PEP“ (pragmatisch, einfach, pauschal)	11
4.2.1 Grundprinzip	11
4.2.2 Voraussetzungen und Kriterien für die Unterstützungsbeiträge	12
4.2.3 Rechtliches	13
4.2.4 Finanzielles	13
4.2.5 Interkantonaler Ausgleich	15
5 Integration der Förderung der Weiterbildung der ärztlichen Grundversorger	15
6 Finanzierung der Weiterbildung bei den anderen universitären Gesundheitsberufen	15
7 Literatur	16
Anhang 1: Gefährdung von Weiterbildungsstellen – exemplarische Abklärung	17
Anhang 2: Stellungnahmen der Partnerorganisationen zur Revision VKL	21
Anhang 3: Giovanni Teotino, Adrian Füglistler. Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern. Detailkonzept zum Pilotprojekt. Juni 2009.	30
Anhang 4: Das « PEP »-Modell und die Allgemeinmedizin	32
Anhang 5: Universitätsspitäler und universitäre Spitalinstitutionen	34
Anhang 6: Kosten für die Weiterbildung aus den Daten der Krankenhausstatistik 2008	35

Einleitung

Weil Teile der Ärzteschaft befürchten, dass mit der Einführung von Fallpauschalen (DRG) im Jahr 2012 Weiterbildungsstellen akut gefährdet sind und deren Finanzierung und Qualität nicht mehr gesichert sind, hat die Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“ am 14. September 2010 eine Themengruppe „Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“ eingesetzt mit dem Auftrag, die aktuelle Situation umfassend zu analysieren, mögliche Finanzierungsmodelle zu diskutieren und bis im Frühling 2011 konkrete Lösungsvorschläge zuhanden der Plattform zu präsentieren. **Hiermit kommt die Themengruppe diesem Auftrag nach.** Folgende Personen sind in der Themengruppe vertreten: Michael Jordi (GDK) (Leitung), Brigitte Menzi (BAG GP) (Co-Leitung), Ewa Mariéthoz (GDK), Bruno Fuhrer (BAG KUV), Jacques Huguenin (BfS), Dr. Madeleine Salzmänn (EDK), Christoph Hänggeli (SIWF), Rita Ziegler (H+), Heinz Frey (OdaSanté), Valérie Clérc (SUK), Rosmarie Glauser (VSAO), Reto Guetg (santésuisse), Hans-Ueli Würsten (VLSS), Hans Hoppeler (Gast, MEBEKO).

Die Themengruppe wurde mit folgenden Teilaufgaben betraut:

- Die Themengruppe analysiert und klärt ab, ob Weiterbildungsstellen akut gefährdet sind oder nicht.
- Kostentransparenz: a) Die Themengruppe orientiert sich grundsätzlich an der Vollkostenrechnung der Spitäler b) Die Themengruppe prüft, ob zusätzliche Studien zur Abschätzung der effektiven Weiterbildungsaufwände nötig sind.
- Mögliche Lösungsansätze im Sinne von Finanzierungsmodellen (Poolmodelle, Modell „Kantone“) sollen diskutiert und analysiert und allenfalls weitere Lösungsansätze erarbeitet werden.

Insgesamt hat sich die Themengruppe vier Mal getroffen, das erste Mal am 4. November 2010. Die Arbeiten wurden gemäss dem von der Plattform am 16. Dezember 2010 genehmigten Projektplan durchgeführt und ergaben konkrete Empfehlungen an die Plattform. Diese werden im Folgenden kurz dargestellt und die wichtigsten Überlegungen der Themengruppe ausgeführt.

Das [Medizinalberufegesetz \(MedBG\)](#) bildet die rechtliche Grundlage für die Anerkennung von Spitälern, Kliniken, Arztpraxen und anderen Institutionen als Weiterbildungsstätten. Das EDI akkreditiert gemäss Art. 25 ff MedBG eine geeignete Organisation (bzw. deren Weiterbildungsgänge), welche die im Gesetz aufgeführten eidgenössischen Facharzttitel regelt und verleiht. Die FMH bzw. das Schweizerische Institut für ärztliche Weiter- und Fortbildung SIWF ist seit dem Jahr 2002 für diese Aufgabe zuständig. Das SIWF erlässt verwaltungsrechtliche Verfügungen nicht nur in Bezug auf die Erteilung der Facharzttitel, sondern auch bezüglich der Anerkennung von Weiterbildungsstätten (Art. 55 MedBG). Die Kriterien für die Anerkennung der Weiterbildungsstätten und die Instrumente zur Überprüfung der Weiterbildungsqualität sind in den Artikeln 39ff der Weiterbildungsordnung (WBO) sowie in Ziffer 5 der jeweiligen [Weiterbildungsprogramme](#) geregelt.

Alle zur Weiterbildung befugten Institutionen sind nach Fachgebiet geordnet auf der [Liste der anerkannten Weiterbildungsstätten](#) aufgeführt. Das SIWF prüft die Einhaltung der Kriterien nicht nur anhand der schriftlich eingereichten Unterlagen, sondern führt pro Jahr auch ca. 100 Vor-Ort-Visitationen durch. Damit können 10% aller Weiterbildungsstätten pro Jahr visitiert werden. Ergänzt werden diese Instrumente durch die jährliche Umfrage über die Zufriedenheit der Assistenzärzt/-innen. Sowohl die Visitationen wie auch die Weiterbildungsumfrage liefern wichtige Hinweise auf qualitative Mängel. Bei ungenügender Weiterbildung und nicht erfüllten Kriterien kann die für den Einzelentscheid zuständige Weiterbildungsstättenkommission (WBSK) ein Provisorium verhängen, Bedingungen oder Auflagen verfügen und – als ultima ratio – die Weiterbildungsstätte von der Liste streichen.

Das SIWF schreibt den Weiterbildungsstätten die Vermittlung praktischer und theoretischer Weiterbildung vor (vgl. Ziffer 5 des entsprechenden Weiterbildungsprogramms). Der Umfang kann je nach Fachgebiet und Kategorie variieren. Die Lerninhalte und Lernziele sind im [Allgemeinen Lernzielkatalog](#) und in Ziffer 3 der [Weiterbildungsprogramme](#) geregelt. Die Finanzierung der praktischen und theoretischen Weiterbildung ist Sache der jeweiligen Institution bzw. Trägerschaft. Das SIWF hat keine Kompetenzen und auch keine Mittel, die entsprechenden Kosten zu finanzieren.

Grundsätzliche Positionen

Es besteht Einigkeit darüber, dass die einzelnen Kostenelemente in der Kostenrechnung genauer ausgewiesen und gerechtfertigt werden müssen. Kosten- und Finanzierungstransparenz sind zwingende Voraussetzungen für eine allfällige Neuregelung; die aktuelle Situation wird deshalb von allen Akteuren als problematisch angesehen. Einig ist man sich zudem darüber, dass ein allfälliges neues Finanzierungsmodell neben quantitativen zwingend auch qualitative Aspekte berücksichtigen muss. Modelle, welche Finanzierungsbeiträge nicht von der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien abhängig machen, werden von allen Beteiligten als nicht zielführend angeschaut. Des Weiteren soll eine einfache und rasch umsetzbare Lösung gesucht werden, die möglichst wenig zusätzlichen administrativen Aufwand verursacht und keine grundlegend neue administrative Strukturen erfordert. Eine Finanzierung durch die Kantone bedingt, dass die dafür notwendigen gesetzlichen Grundlagen vorhanden und die effektiven Kosten der Weiterbildung zumindest annähernd bekannt sind.

1 Gefährdung von Weiterbildungsstellen

Die Frage, ob und in welchem Ausmass Weiterbildungsstellen durch die Neuregelung der Spitalfinanzierung gefährdet sind, wurde zu Beginn der Arbeiten unterschiedlich beurteilt. Während Teile der Ärzteschaft einen massiven Abbau von Weiterbildungsstellen für wahrscheinlich hielten, teilten das BAG, die GDK und der VSAO diese Einschätzung nicht. Um die Problematik fundierter und aus Praxissicht beurteilen zu können, empfahl deshalb die Themengruppe der GDK, mittels einer Umfrage zusätzlich die Meinung der Kantone einzuholen. Adressaten waren die Gesundheitsdirektionen.

Die Umfrage ergab folgende Resultate:

- In der Mehrheit der Kantone (17) wird die ärztliche Weiterbildung über globale Spitalbudgets finanziert.
- Die Kostenschätzungen der Kantone gehen weit auseinander, können jedoch aufgrund der unterschiedlichen Definitionen und Erhebungsmethoden kaum miteinander verglichen werden.
- Zwischen Kantonen und Weiterbildungsstätten existieren diverse unterschiedliche Finanzströme.
- **Acht Kantone halten einen Abbau von Weiterbildungsstellen als Folge des neuen Finanzierungssystems für realistisch.** Kantone, welche die Abrechnung über DRG bereits seit einigen Jahren eingeführt haben (z.B. Schwyz), haben bisher keine solchen Tendenzen beobachtet, finanzieren aber die Weiterbildung substantiell mit.
- Die für ein finanzielles Engagement der Kantone notwendigen rechtlichen Grundlagen bestehen grösstenteils bereits oder werden im Hinblick auf die Einführung von DRG momentan erarbeitet. In Bezug auf den Handlungsspielraum der Kantone besteht jedoch grosse Heterogenität.
- Ergänzend zu diesem Mandat erklärte sich Hans-Ueli Würsten (VLSS, Leiter der Gefäss- und Thoraxchirurgie im Spitalzentrum Biel) bereit, im Spitalzentrum Biel exemplarisch abzuklären, wie viele Vollzeit-Facharztstellen theoretisch nötig wären, um alle Assistenzärztinnen und -ärzte zu ersetzen bzw. abzuschätzen, ob ein solches Szenario in einem konkreten Fall tatsächlich kostengünstiger wäre. Er kam dabei zur Einschätzung, dass eine 1:1 Umwandlung von Assistenzarzt- in Facharztstellen als Folge des neuen Finanzierungssystems nicht zu erwarten ist, da das Arbeitsgesetz eingehalten werden muss und deshalb im 24-Stunden-Dienst die Anzahl Stellen nicht reduziert werden kann (detaillierte Begründung in Anhang 1).

Vor allem kleinere Spitäler werden Probleme haben, im grossen Stil Weiterbildungsstellen abzubauen und dabei das Arbeitsgesetz einzuhalten. Oder anders gesagt: Viele Spitäler überschreiten die kritische Masse für einen reellen Strukturwandel wahrscheinlich gar nicht. Die Gefahr besteht denn auch weniger in einem akuten Abbau von Weiterbildungsstellen, sondern in einem schleichenden Abbau, der allenfalls erst langfristig erkennbar wird.

Die Themengruppe hat H+ beauftragt ergänzend zur GDK-Umfrage bei den Spitälern eine Befragung durchzuführen. werden.. Ziel der Umfrage ist es, von den H+-Mitgliedern Informationen zur bisherigen Finanzierungspraxis und eine Einschätzung zu den Auswirkungen der neuen Spitalfinanzierung auf

die ärztliche Weiterbildung (quantitativ und qualitativ), zu erhalten. Zudem sollen die Meinungen zur künftigen Finanzierung eingeholt werden. Die Resultate der Umfrage liegen Ende Juni 2011 vor. Sie sind in diesen Bericht noch nicht eingeflossen und werden im weiteren Vorgehen berücksichtigt.

Unter Berücksichtigung der GDK-Umfrage und der Überlegungen von Hans-Ueli Würsten kommt die Themengruppe bezüglich der Gefährdung von Weiterbildungsstellen zu folgender Einschätzung:

Vorschlag I: *Ein unmittelbarer und massiver Abbau von Weiterbildungsstellen als Folge des neuen Finanzierungssystems ist nicht zu erwarten. Hingegen dürfte sich der finanzielle Druck auf die Leistungserbringer generell verstärken, weshalb qualitative und langfristig allenfalls auch quantitative Veränderungen zu erwarten sind.*

> Kurzfristige Massnahmen zur Sicherung von Weiterbildungsstellen sind nicht erforderlich.

> Notwendig sind hingegen Massnahmen zum Erhalt der Weiterbildungsqualität. Finanzielle Anreize müssen dabei an Qualitätsanforderungen geknüpft werden.

> Ein schweizweit einheitliches Anreizsystem ist erwünscht.

2 Finanzielle Trägerschaft

2.1 Kantone als hauptsächliche Träger der Weiterbildungskosten

Heute werden die Kosten der ärztlichen Weiterbildung hauptsächlich von den Kantonen getragen. Die Weiterbildung der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte erfolgt zum grossen Teil in öffentlichen Spitälern, was für diese entsprechende Kosten mit sich bringt. Als ausgebildete Berufsleute erbringen die Assistenzärztinnen und -ärzte demgegenüber eine Dienstleistung und erhalten dafür einen Lohn. Ob die Assistenzärztinnen und Assistenzärzte die Weiterbildungskosten mit einem unbezahlten Anteil an ihrer Dienstleistung ganz oder teilweise abgelten, ist offen. Zu berücksichtigen ist auch die Arbeitszeit, welche in der Regel 50 Stunden pro Woche überschreitet. Kommt hinzu, dass etliche Kurse und Weiterbildungsmodule von den Assistenzärztinnen und Assistenzärzten selber bezahlt werden. In der Psychiatrie betrifft dies fast die ganze Therapieausbildung.

Die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ist auf kantonaler Ebene geregelt, die Systeme unterscheiden sich sowohl bezüglich Planung als auch bezüglich Budgetverhandlungen und Umfang der kantonalen Beiträge erheblich voneinander. So vergüten gewisse Kantone Pauschalbeiträge, andere richten jährliche Zahlungen pro Assistenzarzt aus. Die Kantone haben bereits deutlich gemacht, dass ein zusätzliches finanzielles Engagement in jedem Fall nur dann denkbar ist, wenn die Kosten der ärztlichen Weiterbildung zumindest annähernd bekannt sind (vgl. Abschnitt 3).

Noch offen ist auch, aus welcher Kasse (Bildungs- oder Gesundheitsbudget) zusätzliche Unterstützungsbeiträge für die Weiterbildung bezahlt werden sollen. Dies muss zwischen den zuständigen kantonalen Behörden geklärt und nötigenfalls die rechtlichen Grundlagen angepasst werden. Die Vertretungen von SUK und EDK vertreten dezidiert die Meinung, dass es sich bei den kantonalen Unterstützungsbeiträgen für die Weiterbildung auf jeden Fall nicht um Bildungskosten, sondern um Gesundheitskosten handelt, die aus dem kantonalen Gesundheitsbudget zu finanzieren sind.

Die obligatorische Krankenpflegeversicherung ihrerseits übernimmt die Kosten für die Leistungen, die der Diagnose oder Behandlung einer Krankheit und ihrer Folgen dienen, jedoch keine Kosten der Forschung und universitären Lehre, denn nach Artikel 49 Absatz 3 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)[1] darf die Vergütung des stationären Spitalaufenthalts von Patientinnen und Patienten mittels leistungsbezogener Pauschale keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche

Leistungen enthalten. Dazu gehören, neben der Aufrechterhaltung von Spitalkapazitäten aus regionalpolitischen Gründen insbesondere die Forschung und die «universitäre Lehre», welche gemäss der vom Bundesrat am 3. Juli 2002 erlassenen Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Art. 7 Ziff. 1 Bst. b VKL)[2] die Weiterbildung mit einschliesst.

2.2 Finanzielle Mitbeteiligung der Versicherer

Verschiedene Akteure (GDK, SIWF, VSAO, VLSS, swimsa) fordern, die VKL müsse revidiert bzw. der fragliche Absatz 1 b) von Artikel 7 (Art.7 Ziff.1 Bst.b VKL) gestrichen und somit die Kosten für die ärztliche Weiterbildung in die Fallpauschalen aufgenommen werden. Begründet wird dies u.a. mit der Schwierigkeit, die Weiterbildungskosten überhaupt zu bestimmen und dem Argument, dass die Aus- und Weiterbildung der nichtuniversitären Gesundheitsberufe über einen Anteil an den Fallpauschalen (DRG) finanziert wird. Unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung aller Gesundheitsberufe sei eine Sonderlösung für Ärztinnen und Ärzte unbegründet und systemwidrig. Ausserdem werde die ärztliche Bildung auch in allen anderen westlichen Industrieländern von den Versicherern mitfinanziert. Der Begriff der "universitären Lehre" sei zudem im Medizinalberufegesetz (MedBG SR 811.11) klar als "Ausbildung" definiert. Mit der Subsummierung der "Weiterbildung" unter die "universitäre Lehre" gehe die VKL über das KVG hinaus, ganz abgesehen davon, dass nur ca. 30% der Weiterbildung an den universitären Spitälern stattfinde. Es sei zudem stossend, dass die Versicherer zwar von der kostengünstigen Dienstleistung der Assistenzärzte profitierten, sich an den Weiterbildungskosten aber nicht beteiligen. Die swimsa weist darauf hin, dass die Verwendung des Begriffs „Studierende“ unter Absatz 1b) störend sei, weil dieser nach bestandem Staatsexamen nicht mehr zutreffe.

Das BAG stellt sich gegen eine solche Lösung und verweist darauf, dass die Kosten für die ärztliche Weiterbildung bereits vor der KVG-Revision nicht in die Tarifiermittlung einfliessen konnten und sich somit die Finanzierungssituation de facto auch nicht verändert hat. Auch die Effizienzverluste, die einem Spital bei der Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten entstehen, wurden von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung nie mitgetragen. Einzig der Begriff Lehre wurde mit dem Zusatz „universitär“ ergänzt, wobei der Bundesrat in der VKL präzisiert hat, dass darunter auch die Weiterbildung im Sinne des MedBG fällt (die revidierte VKL trat per 1.1.2009 in Kraft). Die Aus- und Weiterbildung von akademischem Personal beziehungsweise deren Finanzierung sei im Übrigen grundsätzlich nicht Aufgabe einer Sozialversicherung. Zudem fliessen seit jeher die Löhne der Assistenzärztinnen und Assistenzärzte in die Betriebskosten ein und werden somit über das KVG mitfinanziert. Einzig die Mehrkosten des Spitals, das heisst der Aufwand, der dem Spital durch die Aus- und Weiterbildung entsteht, werden nicht vergütet.

Santésuisse H+ und die OdaSanté sprechen sich gegen eine Änderung der VKL aus. Die Begründungen können den Beilagen entnommen werden.

Vorschlag III: Ein Teil der Themengruppe empfiehlt der Plattform, eine Revision der VKL bzw. die Streichung des fraglichen Absatz 1 b) von Artikel 7 (Art.7 Ziff.1 Lit.b VKL) anzustreben und die dafür notwendigen Massnahmen zu ergreifen.

Gegen eine solche Lösung ausgesprochen haben sich das BAG, H+, Santésuisse und die OdaSanté (Eine Auflistung der eingegangenen Stellungnahmen findet sich im Anhang 2.)

2.3 Weitere Finanzierungsmöglichkeiten

Denkbar wäre auch eine finanzielle Mitbeteiligung durch den Bund; die hierfür notwendigen Mittel müssten allerdings noch bereitgestellt werden. In Modellen, die eine Ausbildungspflicht und/oder andere verbindliche Steuerungselemente beinhalten, bestünde zudem die Möglichkeit, diejenigen Spitäler und Kliniken, die keine oder nur eine ungenügende Anzahl Assistenzärzte weiterbilden, zu einer Ausgleichszahlung zu verpflichten und so die ärztliche Weiterbildung mitzufinanzieren (vgl. 4.3). Eine weitere Variante wäre die Kombination verschiedener Finanzierungsquellen, wie dies z.B. in Poolmodellen (vgl. 4.1) vorgeschlagen wird. Es besteht allerdings das Risiko, dass bei mehreren Finanzierern Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Verteilschlüssels auftreten.

3 Datengrundlagen und weiterer Studienbedarf

Das Problem der mangelnden Kosten- und Finanzierungstransparenz ist ein zentraler Knackpunkt bei der Erarbeitung eines neuen Finanzierungsmodells. Das Bundesamt für Statistik (BFS) hat im Auftrag der Schweizerischen Universitätskonferenz (SUK) eine Studie zu den „Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern“ durchgeführt. Ziele waren die Erarbeitung eines einheitlichen Berechnungsmodells für die ganze Schweiz – wobei die Kosten für Lehre (unter Einbezug der ärztlichen Weiterbildung) und Forschung separat ausgewiesen werden sollten – und die anschliessende Anwendung des Modells auf die fünf Universitätsspitäler.

Die Tätigkeitsanteile der Lernenden und der Lehrenden wurden zunächst in die fünf Kategorien Ausbildung, Forschung, Weiterbildung, medizinische Versorgung und Fortbildung gegliedert und anschliessend mittels Deklaration der medizinischen Vorgesetzten erhoben und plausibilisiert. Die Kostenarten, die über das Spital oder Drittmittel finanziert werden, bestehen aus Personal- und aus Sachkosten (unter Einschluss der Anlagenutzungskosten). Die Piloterhebung ergab insbesondere bei der Forschung, aber auch bei der Weiterbildung eine grosse Streuung der Kosten. Die Daten eines der fünf Universitätsspitäler sind zudem nur schwerlich mit jenen der vier anderen vergleichbar. Der Tätigkeitsanteil der Weiterbildung wird für die vier Universitätsspitäler mit durchschnittlich 4.5% der Vollkosten veranschlagt. Die Kosten streuen zwischen 3 und 6.6% der Gesamtkosten.

Aufgrund der erwähnten Schwierigkeiten in der bisherigen Kosten- und Leistungserfassung (z.B. die Berücksichtigung von Drittmitteln, unterschiedliche Erhebungsmethoden in den Spitälern) und der damit verbundenen Gefahr von Interpretationsfehlern können die Resultate der Studie nicht generalisiert werden. Der methodische Ansatz lässt weder eine Darstellung der Nettokosten noch des Nettonutzens der ärztlichen Weiterbildung zu. Allenfalls vorhandene Differenzen zwischen den einzelnen Fachrichtungen, Weiterbildungsstätten oder in Bezug auf die Anzahl bereits absolvierter Weiterbildungsjahre können mit den vorliegenden Daten nicht bestimmt werden. Auch die im methodischen Ansatz verwendeten Kosten der (erteilten oder empfangenen) „strukturierten Weiterbildung“ bzw. „unstrukturierten Weiterbildung“ (v.a. Kuppelleistungen) lassen sich gemäss BFS aus der Studie noch nicht differenziert errechnen oder plausibilisierbar schätzen. Die im Detailkonzept vorgenommene Unterscheidung zwischen strukturierter und unstrukturierter Weiterbildung wurde im Fragebogen operationalisiert, so dass eine einfache und verständliche Befragung durchgeführt werden konnte. Alle wesentlichen Punkte der strukturierten und unstrukturierten Weiterbildung finden sich im Fragebogen wieder. Die einzelnen Begriffe "strukturiert" und "unstrukturiert" wurden aber bewusst nicht verwendet, weil man befürchtete, dass diese zu Missverständnissen führen könnten. Entsprechend lassen die eingegangenen Daten keine Auswertung entlang dieser Kategorien zu. Wäre diese Information wünschenswert, müsste bei einem Folgeprojekt gegebenenfalls die Datenerfassung leicht angepasst werden.

Eine Vergütung von finanziellen Lasten durch öffentliche Gelder kann in der Regel nur aufgrund eines klaren Kostenausweises erfolgen. Die Themengruppe hat verschiedene Möglichkeiten geprüft, wie ohne allzu grossen zusätzlichen Aufwand und innert nützlicher Frist doch noch brauchbare Daten

generiert bzw. Pauschalen festgelegt werden könnten. Folgende Optionen sind aus Sicht der Themengruppe zu prüfen:

3.1.1 Variante 1: Keine weiteren Studien

Bei dieser Variante müsste der Anspruch auf Kostentransparenz vorerst aufgegeben und der Fokus auf Modelle gelegt werden, die ohne genauere Kenntnis der effektiven Kosten arbeiten, sondern den Fokus auf Schaffung von Weiterbildungsanreizen und die Qualitätssicherung der Weiterbildung legen.

Tabelle 2: Stärken und Schwächen Variante 1

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> Keine zusätzlichen finanziellen Mittel nötig Keine weiteren Verzögerungen Einfachheit möglicher Pauschalmodelle 	<ul style="list-style-type: none"> Keine Kostentransparenz > nach wie vor keine Evidenz für tatsächliches Kostendelta Kantone sind ev. nicht bereit, ohne Kostenschätzung Zahlungen zu leisten Gefahr der Lohnsubvention statt Vergütung von Bildungsleistungen
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> Ein Verteilschlüssel nach bestimmten Kriterien (z.B. WB-Vertrag) wäre möglich > Qualitätskontrolle Rasch umsetzbar 	<ul style="list-style-type: none"> Ungesicherte politische Akzeptanz

3.1.2 Variante 2: Erweiterung der SUK-Studie (einmalige Querschnittstudie)

Derjenige Teil der Studienergebnisse, der sich auf die Kosten der ärztlichen Weiterbildung (und nicht auf die Ausbildung) bezieht, könnte nach Einschätzung der Themengruppe relativ rasch und mit vertretbarem Aufwand so weiterentwickelt werden, dass die Daten als Basis für ein Finanzierungsmodell mit effektiver Kostenberechnung verwendet werden könnten. Berechnet werden können in jedem Fall nur die Kosten der strukturierten Weiterbildung; die Kosten der in Kuppelproduktion mit der Dienstleistung erbrachten Bildungsleistungen („unstrukturierte Weiterbildung“) bleiben unausscheidbar. Weiterhin nicht ermittelbar sind aufgrund der gewählten Methode auch allfällige Kostenunterschiede zwischen den Fachrichtungen, Weiterbildungsstätten oder in Bezug auf die Anzahl bereits absolvierter Weiterbildungsjahre sowie die Nettokosten bzw. der Nettonutzen der Weiterbildung.

Folgende Komponenten müsste eine Erweiterung der Studie hingegen zwingend beinhalten:

- Einbezug von mehreren nicht-universitären Spitälern
- Berechnung der Kosten pro Weiterbildungsstelle
- Vergleich mit Kosten, wenn keine Assistenzärzt/innen beschäftigt würden

Tabelle 3: Stärken und Schwächen Variante 2

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> Ungefähre Kostentransparenz > Problematisierbarkeit Möglichkeit der Qualitätskontrolle und Vergleichbarkeit zwischen den Spitälern Bildungskosten können approximativ ausgeschieden werden > keine Lohn- bzw. 	<ul style="list-style-type: none"> „Pseudotransparenz“: Nach wie vor nur bedingte Kostenwahrheit aufgrund methodischer Schwierigkeiten Nutzen WB fließt nicht in Gesamtrechnung ein > Nettokosten nach wie vor unbekannt, Kostendelta bleibt Vermutung Kosten der unstrukturierten WB können

Spitalsubvention • Basierend auf den bereits vorliegenden Resultaten der SUK-Studie (BFS-Methode)	weiterhin nicht ausgeschlossen werden.
Chancen	Risiken
• Je nach Ergebnis: höhere Akzeptanz für eine Finanzierung der WB als gemeinwirtschaftliche Leistung	• Zeitliche Verzögerungen möglich • Finanzierung Nachfolgestudie? • Politische Akzeptanz (nicht alle profitieren von einem transparenten System)

3.1.3 Variante 3: Keine weiteren Studien, Monitoring durch BFS und H+

Ein permanentes Kostenmonitoring wird mittelfristig auf jeden Fall nötig sein, um die aufgrund von festgelegten Normzuschlägen (Variante 1) oder der mit weiteren Erhebungen des BFS festgelegten Pauschalbeiträge (Variante 2) überprüfen und bei Bedarf anpassen zu können. Die Diskussionen über die genaue Ausgestaltung eines solchen Monitorings bzw. die Aufnahme eines solchen Instruments in die reguläre Spitalstatistik wurden bereits durch H+ und das BFS aufgenommen.

Tabelle 4: Stärken und Schwächen Variante 3

Stärken	Schwächen
• Pauschalbeiträge werden laufend überprüft > Fehlentwicklungen kann vorgebeugt werden	• Relativ aufwändig • Zeitlich erst längerfristig verwendbare Daten
Chancen	Risiken
• Integration in bereits bestehende Strukturen	• Akzeptanz der Kostenträger • „Pseudotransparenz“: Nach wie vor nur bedingte Kostenwahrheit aufgrund unterschiedlicher Erhebungsmethoden

Vorschlag IV: Eine möglichst genaue Quantifizierung der realen Weiterbildungskosten ist eine Grundvoraussetzung für eine gesicherte finanzielle Beteiligung der Kantone. Die Themengruppe schlägt deshalb der Plattform folgendes Vorgehen vor:

- **Einmalige Erweiterung der SUK-Studie** um folgende Komponenten: Einbezug von mehreren nicht-universitären Spitälern, Berechnung der Kosten pro Weiterbildungsstelle, Ausscheidung der Kosten für die erteilte „strukturierte Weiterbildung“. * Das BFS erstellt zuhanden H+ einen Projektvorschlag mit Offerte. Die Federführung für diesen Projektschritt liegt beim BFS und H+.
- **Installation eines permanenten Kostenmonitorings** auf Grundlage der Betriebskostenrechnung der Spitäler > Auftrag zur Erarbeitung eines entsprechenden Instruments an BFS und H+.

* Vorbereitung und Durchführung der praktischen Arbeiten, Seminare, Vorträge, Examen, Kolloquien, Kongresse, interdisziplinäre Falldiskussionen, Betreuung von wiss. Arbeiten / Publikationen

Die genaue Definition von strukturierter und unstrukturierter Weiterbildung gemäss BFS sowie eine detaillierte Auflistung der dazu gehörigen Tätigkeiten finden sich in Anhang 3.

4 Finanzierungsmodelle

Gemäss ihrem Auftrag hat die Themengruppe zuerst die bereits vorliegenden Modelle evaluiert und anschliessend auf dieser Grundlage einen kurzfristig realisierbaren Lösungsvorschlag entwickelt. Im Folgenden sollen die Überlegungen zu den einzelnen Modellen kurz dargestellt werden:

4.1 Poolmodelle

Die FMH hat mit dem Bericht Telser/Leukert[3] einen Vorschlag für einen interkantonalen Pool vorgelegt. Konkret soll der Pool aus mehreren noch zu bestimmenden Quellen (z.B. Spitäler, Kantone, Bund) gespeisen und durch das SIWF verwaltet werden. Weiterbildungsstätten würden daraus an eingestellte AssistenzärztInnen gebundene Gelder erhalten, die in pauschaler Form und ungeachtet der effektiven Kosten ausbezahlt würden. Die Höhe der Beiträge soll dabei zu Beginn für alle Weiterbildungsstätten gleich gross sein; später jedoch als Regulierungsinstrument zur Steuerung der Wahl von Weiterbildungsgängen (Disziplinen) und Weiterbildungsstätten (Regionen) angepasst werden können. Der Vorteil besteht darin, dass die effektiven Kosten nicht bekannt sein müssen. Denkbar wäre auch ein Modell, welches nicht jede Weiterbildungsstelle mit einem festgelegten fixen Betrag subventioniert, sondern die Mittelverteilung nach einem bestimmten Berechnungsschlüssel, z.B. nach qualitativen Kriterien (nur strukturierte Weiterbildung, Vorhandensein eines Weiterbildungskonzepts, Weiterbildungsdauer, Vorhandensein einer Feedbackkultur etc.) vornimmt. Die Qualitätskontrolle könnte dabei über die Akkreditierung erfolgen, wobei die Kriterien für die Vergabe von Unterstützungsbeiträgen und diejenigen für die Akkreditierung gleichzeitig durch den Bund festgelegt werden sollten. Eine Überprüfung würde somit alle sieben Jahre stattfinden.

4.1.1 Modell „Pool-Top-down“

Im Gegensatz zum Modell „Pool-Bottom-up“ wird der Pool hier von den Kantonen direkt betrieben; diese übernehmen auch die Qualitätskontrolle bzw. das Monitoring. Das SIWF definiert die Qualitätskriterien, an deren Erfüllung die Auszahlung von kantonalen Geldern geknüpft ist.

4.1.2 Modell „Pool-Bottom-up“

Das Modell „Pool-Bottom-up“ basiert auf der ärztlichen Notwendigkeitsbetrachtung und sieht einen an das SIWF angehängten Pool vor, der von den Kantonen gespeisen und mittels Qualitätsüberprüfung durch das SIWF qualitativ steuernd wirken würde. Der Bund würde lediglich übergeordnete Qualitätsvorgaben für die Weiterbildung festlegen, die betrieblichen Qualitätskriterien wären noch zu definieren.

Abbildung 1: Poolmodell „Top-down“

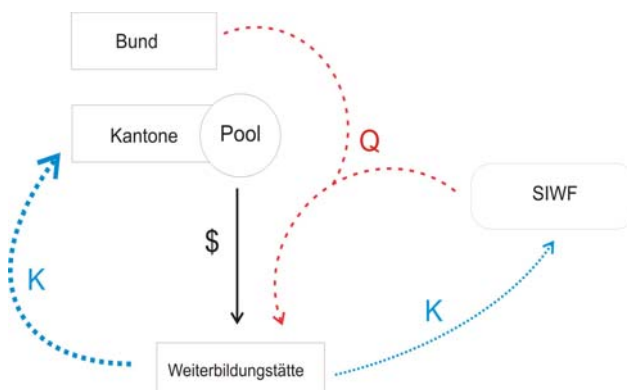
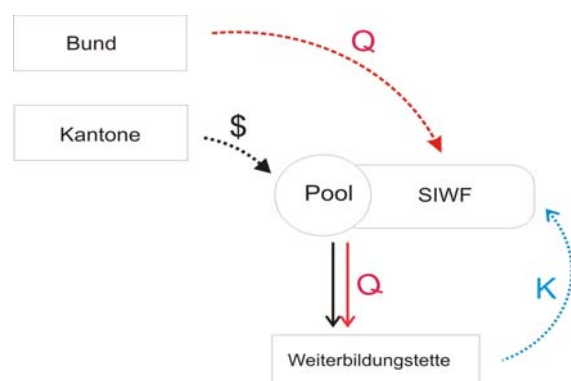


Abbildung 2: Poolmodell „Bottom-up“



\$: Finanzflüsse; Q: Qualitätsstandards; C: Kontrolle

Die Realisierbarkeit eines schweizweiten Poolmodells, wie dies im Telser-Bericht[3] skizziert wurde, wird von der Mehrheit der Gruppe angezweifelt. Angesichts des Föderalismus im Gesundheitswesen scheint es kaum vorstellbar, dass sich alle Kantone mit einem einheitlichen Modell einverstanden erklären würden. Umso mehr, als ein solches Modell nicht auf die effektiven Kosten der ärztlichen Weiterbildung Rücksicht nehmen würde. Momentan fehlen zudem die für ein nationales Poolmodell notwendigen rechtlichen kantonalen Grundlagen. Dennoch soll das Modell in Phase II der Arbeiten (Sommer 2011 - Frühling 2012) noch einmal aufgenommen und diskutiert werden.

Tabelle 4: Stärken und Schwächen Poolmodelle

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Effektive Kosten müssen nicht bekannt sein • SIWF könnte Administration übernehmen > baut auf bestehenden Strukturen auf • Langfristig tragbare, nationale Lösung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangelnde Kostentransparenz • Verteilschlüssel schwierig zu definieren • Einfluss des SIWF auf die Finanzstruktur der Spitäler (Legitimation?)
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Hohe politische Akzeptanz bei den Partnerorganisationen (Ärzeschaft, Spitäler) 	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätskontrolle schwierig • Kaum Steuerungsmöglichkeiten für Kantone • Finanzierung noch nicht geklärt

4.2 Modell „PEP“ (pragmatisch, einfach, pauschal)

Als Ausgangspunkt für eine kurzfristig realisierbare, pragmatische Lösung soll das heutige Modell, in dem die Spitäler einzeln mit den Kantonen Leistungsvereinbarungen abschliessen, dienen. Die Gelder sollen so eingesetzt werden, dass sie den anerkannten Weiterbildungsstätten als Anreiz dienen, qualitativ hochwertige Weiterbildung anzubieten.

Folgendes Modell hat die Themengruppe auf der Grundlage eines Vorschlags von SIWF und VSAO ausgearbeitet und verabschiedet:

4.2.1 Grundprinzip

Jeder Kanton führt eine Spitalliste für die in seinem Gebiet anerkannten Institutionen, welche zu Lasten der obligatorischen Krankenversicherung tätig sein dürfen. Alle auf der Spitalliste aufgeführten Spitäler und Kliniken sind im Grundsatz verpflichtet, die ihrem Bedarf und ihrem Potential entsprechende Anzahl Assistenzärzt/-innen weiterzubilden. Dieser Punkt soll in Projektphase II aufgenommen und präzisiert werden. Die Anzahl der verlangten Weiterbildungsstellen wird in der Leistungsvereinbarung mit dem Kanton festgelegt.

Der Kanton unterstützt die Weiterbildung der Assistenzärzt/-innen mit einem Beitrag pro Weiterbildungsstelle (für erbrachte Weiterbildung). Spitäler und Kliniken, welche keine oder nur eine ungenügende Anzahl Assistenzärzt/-innen weiterbilden, haben eine entsprechende Ausgleichszahlung zu leisten (die über dem Beitrag pro Weiterbildungsstelle liegt). Die Auszahlung des Unterstützungsbeitrags ist abhängig von der Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien und den Vorgaben der Kantone. Die Einhaltung dieser Qualitätskriterien wird vom SIWF überprüft. Dessen Beurteilungskompetenz sowie die genaue Umschreibung der Entscheidungskriterien werden in den Leistungsvereinbarungen mit den Spitälern festgehalten und abgesichert. Allenfalls sind die Überprüfungs-kriterien durch das SIWF zu verfeinern. Zu regeln ist auch die Akteneinsicht der kantonalen Behörden in die Verfahren zur Anerkennung der Weiterbildungsstätten. Die genauen Bedingungen der Zusammenarbeit zwischen SIWF, Spitälern und Behörden sind noch festzulegen.

4.2.2 Voraussetzungen und Kriterien für die Unterstützungsbeiträge

Als Grundvoraussetzung muss eine Institution auf der Liste der anerkannten Weiterbildungsstätten des SIWF / FMH stehen. Damit ist sichergestellt, dass sie den im jeweiligen Fachgebiet verlangten Anforderungen genügt und die Weiterbildungsqualität laufend überprüft wird. Die Auszahlung des Unterstützungsbeitrags ist damit an die Erfüllung vorgängig festgelegter Qualitätskriterien gekoppelt. Diese sind in der Weiterbildungsordnung und in den Weiterbildungsprogrammen des SIWF integriert.

Folgende Qualitätskriterien müssen für die Ausrichtung der Beiträge zwingend erfüllt sein:

- Die Institution verfügt über ein aktuelles und genehmigtes Weiterbildungskonzept, in dem u. a. auch das Potential zur Weiterbildung von Assistenzärzt/-innen festgehalten ist.
- Die Assistenzärzte erhalten einen Weiterbildungsvertrag, in dem die Weiterbildungsziele und die Weiterbildungsleistungen gegenseitig vereinbart werden.

Die Beiträge werden reduziert, wenn die Weiterbildungsstätte von der WBSK nur provisorisch anerkannt ist u. a. weil folgende Kriterien / Standards nicht oder nur ungenügend erfüllt sind:

- Die Institution verfügt über mindestens eine(n) Weiterbildungskordinator/-in bzw. eine(n) Weiterbildungsbeauftragte(n). Ab X Assistent/-innen muss es sich um eine Vollzeitstelle handeln.
- Die Weiterbildner/-innen führen die im Logbuch vorgesehenen Eintritts-, Verlaufs und Jahres-Evaluationsgespräche regelmässig durch.
- Die Weiterbildner/-innen verfügen über pädagogische Qualifikationen und nutzen „Teach the Teacher“-Angebote.
- Der Case-mix bzw. die Fallzahlen der Klinik entsprechen den Kriterien im Weiterbildungsprogramm.
- Es liegen keine ungenügenden Beurteilungen der Weiterzubildenden vor (z.B. im Rahmen der Assistentenumfrage oder bei individuellen Beanstandungen).

Zusätzliche Beiträge werden für die Förderung angehender Hausärzt/-innen ausgerichtet:

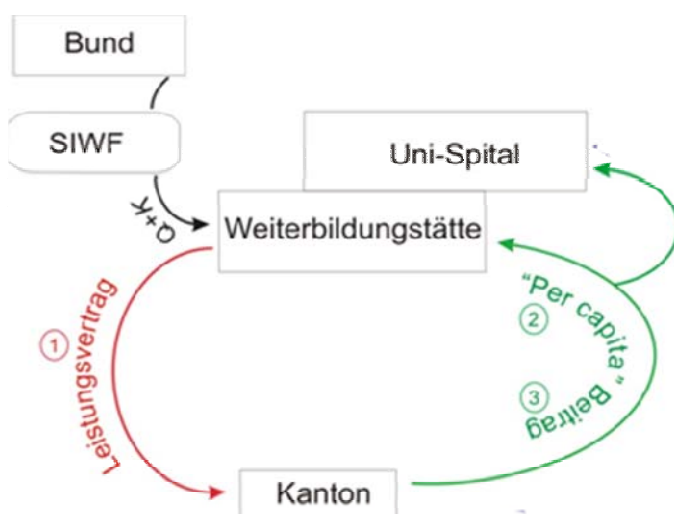
- Die Institution beschäftigt angehende Hausärzt/-innen und bildet sie gemäss den einschlägigen Richtlinien des SIWF weiter.
- Die Institution organisiert mindestens dreimonatige Rotationen für die Praxisassistenten. Anzustreben ist dabei die von der GDK ermittelte gesamtschweizerische Zahl von 160 Praxisassistenten pro Jahr. Dies entspricht Gesamtkosten von ca. 11'000'000.-/Jahr. Als Richtlinie empfiehlt die Themengruppe den Kantonen, ca. 50-75% der Bruttolohnkosten von Assistenzärzt/-innen in einer Praxisassistenten zu finanzieren.

Es bestehen verschiedene Möglichkeiten, die Förderung der Weiterbildung der Grundversorger/-innen und der Praxisassistenten im Modell „PEP“ zu integrieren. Die verschiedenen Optionen sind in Anhang 4 aufgelistet und sollen in der zweiten Projektphase evaluiert und priorisiert werden.

Die Kantone sind frei, innerhalb der gegebenen Rahmenbedingungen weitere Anreizmechanismen festzulegen, z.B. zur Förderung bestimmter Fachrichtungen und/oder Regionen.

Ein solches Modell wäre aus Sicht der Themengruppe mit wenig Aufwand zu realisieren und deshalb politisch umsetzbar. Sämtliche Kriterien / Standards sind Gegenstand im Anerkennungsverfahren des SIWF. Ein Problem könnten die Vertragsspitäler darstellen, die nicht auf der Spitalliste stehen und die sich trotzdem an der ärztlichen Weiterbildung beteiligen wollen.

Abbildung 3: Modell PEP



Legende:

1. Die quantitativen und qualitativen Voraussetzungen für den Erhalt des Unterstützungsbeitrags sowie dessen Höhe werden bilateral mittels Leistungsverträgen zwischen den Kantonen und den Weiterbildungsstätten festgelegt.
2. Der Beitrag wird „per capita“ an die Weiterbildungsstätten ausbezahlt
3. Die Qualitätskontrolle erfolgt durch das SIWF. Der Beitrag des Kantons folgt der Liste der anerkannten Weiterbildungsstätten des SIWF.

4.2.3 Rechtliches

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung lässt die Finanzierungszuständigkeit für die ärztliche Weiterbildung offen. Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b KVG legt einzig fest, dass die Vergütung des stationären Spitalaufenthalts von Patienten und Patientinnen mittels leistungsbezogener Pauschalen keine Kostenanteile für gemeinwirtschaftliche Leistungen enthalten darf. Dazu gehören insbesondere die Forschung und die «universitäre Lehre», welche gemäss der im Oktober 2008 erlassenen Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (Art.7 Ziff.1 Bst.b VKL) die Weiterbildung mit einschliesst. . Daraus lässt sich e contrario jedoch nicht ableiten, dass gemäss Bundesrecht die Kantone für die Kosten der ärztlichen Weiterbildung aufzukommen haben bzw. die Kantone die Finanzierung regeln. Es ist deshalb angezeigt, dass in den kantonalen Rechtgrundlagen die Voraussetzungen und die Bemessung der Finanzierung der Weiterbildung für die Umsetzung des vorgeschlagenen Modells präzisiert werden (z.B. Kopplung von Finanzströmen an quantitative und qualitative Vorgaben). Insbesondere für die Einführung eines Bonus-Malus-Systems bzw. eines „Strafabzugs“ für diejenigen Weiterbildungsstätten, die die festgelegten Qualitätsanforderungen noch nicht erfüllen, müssten die entsprechenden Rechtsgrundlagen vermutlich erst geschaffen werden.

4.2.4 Finanzielles

Die Themengruppe schlägt folgende Richtgrösse für einen Pauschalbeitrag pro Kopf und Jahr vor:

- Pro Kopf Beitrag Assistenzärzt/-innen:**
- Für nicht-universitäre Spitäler: CHF 20'000 pro Jahr**
- Für universitäre Spitäler: CHF 30'000 pro Jahr**

Dieser Betrag gründet auf Erfahrungswerten (vgl. auch Telser-Studie[3]) und muss zahlenmässig durch weitere Studien noch erhärtet werden. Die Arbeitsgruppe geht davon aus, dass für die „erteilte,

strukturierte Weiterbildung“ gemäss Definition BFS (vgl. Anhang 3) in den Universitäts- und grossen Zentrumsspitalern zusätzliche Kosten anfallen, weil hier das Weiterbildungsangebot breiter und differenzierter ist als in nicht-universitären Spitalern. Insbesondere die Weiterbildung in kleinen, hochspezialisierten Fachrichtungen (z.B. Kinderchirurgie, medizinische Genetik) mit wenig Assistenzärzt/-innen ist kostenintensiv und findet mehrheitlich an Universitätsspitalern statt. Kommt hinzu, dass die Universitäts- und grossen Zentrumsspitaler zusammen fast 40% aller Assistenzärzt/-innen und alle zukünftigen Weiterbildner/-innen (Chefärzt/-innen etc.) aus- bzw. weiterbilden. Gemäss der Spitalstatistik des BFS existieren in der Schweiz neben den neun universitären Strukturen acht Einrichtungen mit quasi-universitären Merkmalen; diese werden ebenfalls zur Gruppe der Universitätsspitaler gezählt (vgl. Anhang 5). Auf weitere Differenzierungen (z.B. nach Fachrichtungen, Weiterbildungsjahren oder Regionen) wird aus Gründen der Einfachheit und Umsetzbarkeit verzichtet. Es wurden zwar verschiedene Erweiterungsvarianten diskutiert, diese erwiesen sich aber bei genauerem Hinschauen alle als problematisch und Fehlanreize hätten nicht ausgeschlossen werden können. Allenfalls kann zu einem späteren Zeitpunkt, wenn genauere Daten zu den Weiterbildungskosten vorliegen, eine Differenzierung vorgenommen werden. Entsprechende Folgestudien wurden bereits in die Wege geleitet.

Der Betrag soll in Abhängigkeit der Vollzeitäquivalente, und nicht der Anzahl Assistenzärzt/-innen ausbezahlt werden (Grundlage sind die Logbucheinträge). Damit sollen Verzerrungen aufgrund unterschiedlicher Teilzeitvolumen zwischen den Spitalern vermieden werden.

Gemäss Berechnungen von Jacques Huguenin und Rita Ziegler für die Kantone Zürich und Bern korrespondiert diese Modellrechnung in etwa mit den tatsächlichen Kosten. So ergäben sich für den Kanton Zürich Beiträge in der Höhe von ca. 9 Mio. Franken (Umsatz ohne Kosten für L+F ca. Fr. 900 Mio) plus pro-Kopf-Beiträge in der Höhe von ca. 7 Mio. Franken. Dies ergibt eine Gesamtsumme von 16 Mio. Franken. Momentan bezahlt der Kanton Zürich 14 Mio. Franken für erteilte Weiterbildung, wobei mit diesem Betrag nicht nur die Kosten für strukturierte Weiterbildung, sondern auch andere Aufwendungen, z.B. die Abgeltung von Überstunden, finanziert werden. Ferner fallen gemäss BfS-Erhebung Weiterbildungskosten für erhalten Weiterbildung bei den Assistenzärzten im Umfang von ca. Fr 31'000 pro Assistenzarzt an.

Die Grössenordnung dieser Abgeltungsvorschläge wird von der 2001 vom BFS publizierten Studie „Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitalern“[4] und von neusten Modellberechnungen im Rahmen dieser Arbeitsgruppe bestätigt (vgl. Anhang 6).

Tabelle 6: Stärken und Schwächen „PEP“

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> • Kurzfristig realisierbar (2012 - 2015) • Politische Akzeptanz • Hohe Qualitätskontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Kantonale Lösungen • Festlegung von Pauschalbeiträgen mit ungesicherten Kostendaten
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> • Flexibel, bietet Ausbaumöglichkeiten • Steuerungsmöglichkeiten für die Kantone 	<ul style="list-style-type: none"> • Übereinstimmung von medizinischen Fachbereichen für Weiterbildungstätigkeit und erteilten Leistungsaufträgen nach Leistungsgruppen an Spitaler • Zusätzlicher administrativer Aufwand

4.2.5 Interkantonaler Ausgleich

Die Frage des interkantonalen Ausgleichs erachtet die Arbeitsgruppe insofern nicht als vordringlich, als die Assistenzarztstellen auf alle Spitäler in allen Kantonen und auf alle Spitalstufen verteilt sind. Zwei Drittel der Assistenzarztstellen werden an nicht-universitären Spitälern angeboten. Das restliche Drittel verteilt sich auf die fünf Universitätsspitäler. Insgesamt sind mehr als die Hälfte aller Spitalärzt/-innen Assistenzärzt/-innen. Denkbar wäre ein Modell, in dem der Wohnkanton der Patient/-innen dem jeweiligen Weiterbildungskanton bzw. dem behandelnden Spital im Rahmen der Abgeltung der Kosten für die ausserkantonale stationäre Behandlung einen bestimmten Ausgleichsbetrag für die Weiterbildung bezahlen würde. Von Vorteil dabei ist, dass die Patient/-innenströme in der Schweiz relativ stabil sind und sich mehr oder weniger immer in die gleiche Richtung bewegen. Auf diese Weise würden auch diejenigen Kantone, die in der ärztlichen Weiterbildung vergleichsweise wenig engagiert sind, zu deren Finanzierung beitragen. Allerdings würde ein solches Modell eine hohe Verbindlichkeit und einen Konsens unter den Kantonen über die Höhe des Ausgleichsbetrags voraussetzen, was nach Ansicht der Themengruppe kurzfristig nicht vorbehaltlos vorausgesetzt werden kann. Das Thema soll jedoch in der zweiten Projektphase noch einmal aufgegriffen werden.

Vorschlag V: Die Themengruppe empfiehlt der Plattform, dem Dialog NGP das „Modell PEP“ vorzuschlagen und den für eine allfällige Umsetzung zuständigen Kantonen entsprechende Vorschläge zu unterbreiten.

Die Frage eines allfälligen interkantonalen Ausgleichs soll in der zweiten Projektphase noch einmal aufgegriffen werden. Ein entsprechendes Modell erfordert eine hohe Akzeptanz unter den Kostenträgern.

5 Integration der Förderung der Weiterbildung der ärztlichen Grundversorger

Als Folge der 2006 von der GDK verabschiedeten Empfehlungen („Financement de la formation postgrade spécifique“) hat die Mehrheit der Kantone Pilotprojekte zur Förderung der Praxisassistenten konzipiert und umgesetzt. Allerdings besteht in Bezug auf die Finanzierung, Dauer, Koordination und Evaluation dieser Projekte grosse Heterogenität. Eine neue Tendenz zeichnet sich zudem ab: Mehrere Kantone (SG, VD, VS) planen, im Bereich der ärztlichen Grundversorgung Curricula anzubieten, die den Assistenzärzt/-innen eine strukturierte Weiterbildung innerhalb einer bestimmten Region ermöglichen. Des Weiteren haben bereits verschiedene Kantone Koordinationsstellen eingesetzt, um Hausärztinnen und -ärzten die Praxiseröffnung zu erleichtern und wichtige Kontakte herzustellen. Der Vorteil dieses „Coachings“ besteht darin, dass so auch Grundversorger/-innen für die ländlichen Regionen gewonnen werden können.

6 Finanzierung der Weiterbildung bei den anderen universitären Gesundheitsberufen

Das Medizinalberufegesetz (MedBG) regelt nicht nur die Voraussetzungen für die selbstständige Erwerbstätigkeit von Ärztinnen und Ärzten, sondern auch von Chiropraktorinnen und Chiropraktoren. Auch hier ist für die selbstständige Erwerbstätigkeit neben dem eidgenössischen Ausbildungstitel zusätzlich ein eidgenössischer Weiterbildungstitel erforderlich (Art.36 Abs.2 MedBG). Die Kosten für die Weiterbildung wurden bisher durch den Berufsverband ChiroSuisse und kantonale Beiträge gedeckt; letztere sind jedoch seit Inkrafttreten des MedBG merklich zurückgegangen. Dies resultiert in einer substantiellen finanziellen Belastung für die Schweizerische Akademie für Chiropraktik. Eine zusätzliche Eigenbeteiligung der Assistentinnen und Assistenten ist gemäss ChiroSuisse nicht mehr zumutbar. ChiroSuisse leistet bereits einen Teil der Finanzierung des Studienganges an der Universität Zürich (Lehrstuhl seit 2008), eine Erhöhung der Mitgliederbeiträge zu Gunsten der

Finanzierung der Weiterbildung sei deshalb nicht möglich. Dies wiegt umso schwerer, als die Anzahl Assistentinnen und Assistenten wegen der steigenden Abgänger/-innenzahlen der Universität Zürich in den nächsten Jahren kontinuierlich zunehmen wird.

Vorschlag VII: Die Themengruppe empfiehlt der Plattform, neben der Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung auch die Finanzierung der Weiterbildung in der Chiropraktik zu diskutieren und allenfalls neu zu regeln.

7 Literatur

1. Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG). 1994; (Stand 1. Januar 2010).
2. Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL). 2002.
3. Telser H, Leukert K. Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung aus ökonomischer Sicht - Kurzstudie im Auftrag des SIWF. 19-8-2009. Olten, Polinomics AG. 9-9-2009.
4. Michelet MC. Erhebung über die universitären Lehr- und Forschungsaufwendungen in den Spitälern: Bericht im Auftrag der Schweizerischen Hochschulkonferenz (SHK), der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz (SDK) und der Bundesämter für Bildung und Wissenschaft, Sozialversicherung und Statistik. 2001. Bundesamt für Statistik.
5. BFS / SUK, Teotino Giovanni, Füglistner Adrian, Kosten der akademischen Lehrer und Forschung in den Universitätsspitalern, Detailkonzept zum Pilotprojekt, Version 3.1, Juli 2009, [nicht publiziert]
6. BFS / SUK, Salgado-Thalmann et al., Auszüge aus Kosten der akademischen Lehrer und Forschung in den Universitätsspitalern, Synthesebericht zur Piloterhebung, 30. August 2010 [nicht publiziert]

Anhang 1: Gefährdung von Weiterbildungsstellen – exemplarische Abklärung

Hans-Ueli Würsten (VLSS), Leiter der Gefäss- und Thoraxchirurgie im Spitalzentrum Biel, Jan. 2011

1. Fragestellung: Wieviele Vollzeit-Facharztstellen wären theoretisch nötig, um alle Assistenzärzt/-innen zu ersetzen? Wäre ein solches Szenario kostengünstiger als der Status quo?

2. Beteiligte

S. Freiburghaus, K. Feller, H.-U. Würsten

3. Einleitung

Es wurden am Spitalzentrum Biel (Stufe Regionalspital) Überlegungen in Bezug auf die drei Hauptkliniken Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe angestellt, sowie die Möglichkeiten einer Umwandlung von Assistenz-/Oberarztstellen in Facharztstellen ausgelotet. Sämtliche Möglichkeiten hatten notgedrungen als Randbedingung die Vorgaben der Arbeitsgesetzgebung zu respektieren.

4. Berechnungsgrundlagen

Bruttolohn ohne Sozialleistungen des Arbeitgebers:

Assistenzarzt 3. Dienstjahr: Fr. 96'000.-

OA 4. Dienstjahr: Fr. 110'000.-

Spitalfacharzt: Fr. 165'000.-

5. Ergebnisse:

5.a) Notfallbereich:

Im Bereich der Notfallangebote mit einer 24-Stundenpräsenz oder 24-Stundenbereitschaft ist eine Umschichtung der Assistenzarztstellen in Spitalfacharztstellen nicht realisierbar. Trotz unterschiedlichem Arbeitsanfall verlangt die 24-Stundenpräsenz bzw. 24-Stundenbereitschaft vor Allem ein Minimum an „Köpfen“. Damit wäre die Tendenz in diesem Bereich eher in Richtung Teilzeitangebote im Bereich der Assistenzarztstellen und nicht eine Verringerung der Anzahl Ärztinnen und Ärzte. (Die hier relevanten Haupteckpunkte der Arbeitsgesetzgebung sind z.B. Anzahl erlaubte Pikettdienste pro Monat, Anzahl Arbeitstage am Stück, etc.) Für einen normalen 24-Stundenbetrieb einer Notfallstation sind je nach gezeichnetem Arbeitsmodell mindestens sechs Personen notwendig (inkl. Ferien- und sonstige Abwesenheitsvertretungen).

Aus den oben genannten Zahlen geht hervor, dass eine Spitalfacharztumwandlung 2 Assistentenstellen benötigt. **Somit wäre eine Umwandlung von sechs Stellen in drei Facharztstellen im Notfallbereich eine völlige Unmöglichkeit, da mit einem solchen Modell groteske Verletzungen der Arbeitsgesetzgebung die Folge wären.**

Eine Rationalisierung im Notfallbereich Bereich wäre nur durch fächerübergreifende Pikettdienste oder Präsenzdienste zu erreichen; diese Lösung ist traditionell in kleinsten Betrieben Realität, in einem Unternehmen der Betriebsstufe Regionalspital mit einer Gesamtbettenzahl 250-300 Betten und der entsprechenden umliegenden Spitalregion, ist vom Arbeitsanfall her dies jedoch nicht mehr möglich.

Ähnliches gilt in Abwandlung für die Notfalldienstleistung auf Stufe Oberarzt, d.h. Kader mit abgeschlossener Facharztweiterbildung. Hier ist ein fächerübergreifendes Dienstleistungsangebot grösstenteils undenkbar, zumindest was die grossen Fachdisziplinen Innere Medizin, Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe anbetrifft. Der Tiefgang auf Facharztstufe, der in diesen Disziplinen heutzutage gefordert wird, gestattet keine vernünftige à jour-Haltung in den anderen Gebieten. Einzelne Synergienutzungen sind für die Spitäler jedoch durchaus möglich (Orthopädie-

Traumatologie-Chirurgie, Chirurgie-Kinderchirurgie). Dies sprengt jedoch den Rahmen dieser Betrachtungen, da hier nicht von der Umwandlung von Oberarztstellen in Facharztstellen die Rede ist.

Abschliessend kann nicht unerwähnt bleiben, dass die Eliminierung von Weiterbildungsstellen im Notfallbereich zu einer Reduktion des Gesamtweiterbildungsangebotes der betreffenden Klinik und damit zwangsläufig zu einer eingeschränkten Anerkennung als Weiterbildungsstätte führen würde. Die Attraktivität des Stellenangebotes stünde damit auf dramatische Weise auf dem Spiel.

5.b) Chirurgie

Eingangs sei bemerkt, dass an einer ausseruniversitären Klinik der hier zur Diskussion stehenden Grössenordnung einerseits Patienten direkt zugewiesen und in den spitalinternen Spezialsprechstunden „rekrutiert“ werden. 60-70% der stationären Patienten werden andererseits über die Notfallstation als Notfälle oder dringliche Fälle aufgenommen.

Im Rahmen der Arbeitszeitverbesserungen für Assistenz- und Oberärzte ist an der Chirurgischen Klinik des Spitalzentrums Biel eine Facharztstelle Innere Medizin geschaffen worden. Nach Auswertung der Daten hat dies eine enorme Qualitätsverbesserung in der Betreuung und der Patientensicherheit gebracht, auf die Arbeitszeiten der restlichen Mitarbeiter hat dies jedoch keinen Einfluss gezeitigt. Immerhin gilt hier die Schaffung der Facharztstelle als Errungenschaft, die nicht mehr wegzudenken ist, umso mehr als die Patienten einer chirurgischen Klinik immer älter und gebrechlicher werden. Die Betreuung auf der chirurgischen Station wird immer komplexer, so dass sie von reinen chirurgischen Assistenzärzten kaum noch mit der nötigen Sorgfalt zu bewältigen ist.

Neben dieser Spitalfacharztstelle ist eine weitere Umwandlung z.B. auf Stufe Oberarzt nicht denkbar, das Problem ist dasselbe wie oben erwähnt: die Bereitschaftsdienste bedingen eine gewisse Anzahl Mitarbeiter, so dass auch hier in die Umwandlung in mehrere Teilzeitstellen das Ziel wäre und nicht eine Reduktion zugunsten von „weniger“ Spitalfacharztstellen.

Insgesamt ist damit an der Chirurgischen Klinik die Umwandlung von Oberarzt- oder Assistentenstellen in Spitalfacharztstellen sehr begrenzt möglich; es stehen vor allem arbeitsrechtliche Gründe diesem Unterfangen entgegen. Daneben gilt auch hier die gleiche Einschränkung in der Anerkennung der Weiterbildungsstätte, wie dies bei der Notfallstation erwähnt wurde.

5.c) Innere Medizin

Wir haben ein Gedankenmodell an einer typischen Krankenstation durchgerechnet. Eine internmedizinische Abteilung kann z.B. aus drei Assistenzärzt/innen sowie zwei Oberärzt/-innen bestehen. Das Arbeitsvolumen für die Assistenten ist als 3x 100% zu veranschlagen. Das Arbeitsvolumen zugunsten dieser Abteilungen dürfte mit ca. 50% zu berechnen sein, was insgesamt einer 100%-Oberarztstelle bedeutet.

Die Ferienvertretungen für alle Mitarbeiter sowie die wöchentliche Chefarztvisite wurden hier zur Vereinfachung des Rechenmodells weggelassen. So gesehen ergeben sich hier Kosten von 3x Fr. 96'000.- + 1 Oberarztstelle à Fr. 110'000.- = Fr. 398'000.-

Betrachtet wurde eine Umwandlung dieses Stellenplans in 2 Facharztstellen verbunden mit Gesamtkosten für die ärztliche Dienstleistung in diesem Bereich von Fr. 330'000.- Ein Einsatz im Notfallbereich mit entsprechendem Ausfall in der Basistätigkeit ist hierin noch nicht vorgesehen

Hinzu kommt hier allerdings eine nicht zu unterschätzende, spezifische Sekretariatsleistung, die gut und gerne zusätzlich Fr. 60'000.- Bruttolohn ergeben könnte. Unter dem Strich ergeben sich somit auf diese Weise gerechnet Gesamtkosten von Fr. 360'000.- bis 390'000.-

Ein Vergleich dieser Zahlen ergibt somit ein eher bescheidenes Sparpotential. Auf der anderen Seite ergibt sich auch hier eine Verschmälerung der für je nach Organisation zur Verfügung stehenden

Mitarbeiter für die Notfalldienstleistung. Auch hier ist zu vermerken, dass mit dem Wegfall der stationären Betreuung ein zentraler Teil der Weiterbildung wegfällt und somit die Anerkennung der Weiterbildungsstätte in Frage gestellt wird.

Mit einem Blick auf die Subspezialitäten der Inneren Medizin an einem Spital dieser Grössenordnung gilt es Folgendes festzuhalten:

Diese Fachgebiete werden üblicherweise jetzt schon von Chefärzten und Leitenden Aerzten abgedeckt. Zusätzlich wird häufig ein Rotationsassistent aus der allgemeinen inneren Medizin zugewiesen. Daher ist in diesem Bereich kein Rationalisierungspotential durch Umwandlung vorhanden, es wäre allerhöchstens die Streichung der entsprechenden Assistentenstellen zu diskutieren, was wiederum direkte Folgen auf die Gesamtanerkennung der Klinik als Weiterbildungsstätte zeitigen würde.

Insgesamt kann auch an einer Inneren Medizin damit das Potential Umwandlung von Weiterbildungsstellen in Spitalfacharztstellen als zweifelhaft angesehen werden, so dass insgesamt eher davon abzuraten ist, umso mehr als neben allen „Kollateralschäden“ im Bereiche der Weiterbildung das effektive Sparpotential eher gering ist.

5.d) Frauenklinik:

Zur Kosteneindämmung muss ein Spitalfacharzt zwei Assistenzarztstellen ersetzen. Die aktuelle Aufteilung von drei Assistenz-/ärztinnen auf drei Tagesfunktionen (Gebärsaal, OP-Assistent und Stationsarzt) wäre nicht mehr durchführbar. Eine Person wäre parallel für zwei Aufgaben zuständig, was an Arbeitsanfall auch durch einen Spitalfacharzt realistischweise nicht zu bewältigen ist. (Eine Station von ca. 30 Patientinnen zu betreuen und dazu parallel den Gebärsaal zu führen.)

Bei Anstellung eines Spitalfacharztes mit Facharztniveau und der Kompetenz, den Gebärsaal selbständig zu führen, entfällt die Weiterbildungsaufgabe für die Assistenzärzt/-innen. Dadurch verliert das Spital gegebenenfalls an Attraktivität und gegebenenfalls seinen WB-Titel-Status? Zusätzlich können gewisse Aufgaben, z.B. Sectiones, nicht durch eine Person durchgeführt werden, was einen kompletten Ersatz (22 AA gegen 1 Spitalfacharzt) nicht erlaubt. Ein kleines Team, wie die Gynäkologie, verliert bei weniger Angestellten an dienstplanerischer Flexibilität und wird zusätzlich mit dem ARG in Konflikt kommen.

6. Schlussfolgerungen:

- Im gesamten Notfallbereich sind der Umwandlung von Weiterbildungsstellen in Spitalfacharztstellen enge Grenzen gesetzt, dies vor allem aufgrund der Arbeitsgesetzgebung.
- Die Schaffung einer Spitalfacharztfunktion Innere Medizin an der Chirurgischen Klinik ist an verschiedensten Kliniken schweizweit realisiert, die Zielsetzung in diesem Bereich war und ist jedoch eine völlig andere.
- Auch an der Chirurgischen Klinik ist eine weitere Umwandlung von Assistenz- oder Oberarztstellen in Spitalfacharztstellen u.a. aus arbeitsrechtlichen, aber auch aus Gründen der Weiterbildung nicht opportun.
- Die Gynäkologie/Geburtshilfe könnte sich allenfalls für solche Ueberlegungen bei grossen Kliniken eignen; in Einheiten der Grössenordnung dieses Spitals ist dies jedoch nicht denkbar.
- Am Modell Pflegestation Innere Medizin lässt sich überschlagsmässig ablesen, dass das Sparpotential mit Stellenumwandlungen in Spitalfacharztstellen gering ist, abgesehen von den damit herbeigeführten „Kollateralschäden“ (Weiterbildung)

Insgesamt ist vor einer Umwandlung von Weiterbildungsstätten in Spitalfacharztstellen mit einigen Ausnahmen dringend zu warnen. Mit der Reduktion oder Aberkennung der Weiterbildungsstätte als solche geht die Attraktivität des Stellenangebotes verloren. Gerade diese Anerkennung als Weiterbildungsstätte ist die Hauptmotivation zum Betrieb dieser Stellen, sowohl für den Spitalbetreiber wie auch für die Weiterzubildenden.

Anhang 2: Stellungnahmen der Partnerorganisationen zur Revision VKL



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Bundesamt für Gesundheit BAG
Direktionsbereich Gesundheitspolitik

Stellungnahme BAG zur geforderten Revision der VKL

Datum: 27. Juni 2011
Für: Themengruppe „Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung“ (Sitzung vom 21.02.2010)
Verfasst von: Brigitte Menzi (BAG), Bruno Fuhrer (BAG)

Auszug aus der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung:

Art. 7 Kosten für die universitäre Lehre und für die Forschung

¹ Als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des Gesetzes gelten die Aufwendungen für:

a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006¹⁵ über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms;

b. die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.

Das BAG lehnt eine Revision der VKL bzw. die geforderte ersatzlose Streichung von Art. 7 Abs. 1 lit. B aus folgenden Gründen ab:

- Die Aus- und Weiterbildung von akademischem Personal ist grundsätzlich nicht Aufgabe einer Sozialversicherung
- Die Kosten für die ärztliche Weiterbildung konnten bereits vor der KVG-Revision Spitalfinanzierung nicht in die Tarifiermittlung einfließen; die Finanzierungssituation hat sich folglich nicht verändert.
- Mit der KVG-Revision Spitalfinanzierung wurde der Begriff Lehre mit „universitär“ ergänzt. In der VKL hat der Bundesrat präzisiert, dass unter universitärer Lehre auch die Weiterbildungen im Sinne des MedBG fallen (die revidierte VKL trat per 1.1.2009 in Kraft).
- Der Bundesrat hat in einigen parlamentarischen Vorstössen (z.B. 08.3782) seine Haltung in Bezug auf die VKL bestätigt und keinen Handlungsbedarf geäußert. Entsprechend ist das BAG der Ansicht, dass den geltenden Rechtsbestimmung Rechnung zu tragen ist.
- Eine allfällige Änderung der VKL hätte höhere KVG-Prämien zur Folge, weil dann die Kosten der ärztlichen Weiterbildung in die Tarifiermittlung einfließen könnten.
- Sogar wenn die ärztliche Weiterbildung über die Krankenversicherung finanziert würde, bestünde in der KVG-Systematik keine Steuerungsmöglichkeit in Bezug auf die Weiterbildung. Es sind die Versicherer, welche mit den Spitälern die Vergütungen in Form von Pauschalen vereinbaren. Zudem liegt es in der Kompetenz der Spitäler, wie sie dann die vorhandenen Finanzmittel einsetzen.

Liebefeld, 3.2.2011

Brigitte Menzi und Bruno Fuhrer



Secrétariat central

61.2

03.03.2011 / mz

NOTE

Modification de l'OCP

Contexte

Le GT de travail « Financement de la formation postgrade des médecins » souhaite recueillir des prises de position formelles concernant le modèle « modification de l'OCP ». Le texte ci-dessus présente les arguments de la CDS.

Appréciation

1^{er} : Les coûts de la formation postgrade des médecins et les responsabilités y relatives doivent être assumés solidairement par toutes les parties prenantes.

En Suisse, la solidarité constitue la pierre angulaire du système de santé. Or, depuis la révision de l'article 49 alinéa 3 de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), le financement de la formation postgrade des médecins, au lieu d'être réparti sur l'ensemble des parties prenantes, incombe uniquement aux cantons et aux médecins en formation. Cette situation est délétère à plusieurs titres. D'une part, la charge financière à la charge des cantons est importante. D'autre part, les cantons portent seuls l'entière responsabilité du pilotage de cette formation. Ce double transfert de charges n'est pas équitable dans un système qui se dit solidaire.

2^{ème} : Cas particulier (Sonderfall) au niveau international.

En dispensant l'assurance obligatoire des soins de participer au financement de la formation postgrade des médecins, le Conseil Fédéral crée un précédent au niveau international. En effet, dans tous les pays développés, les assurances sociales participent, partiellement ou totalement, au financement de la formation postgrade des médecins (Sécurité sociale, National Health, Medicare/Medicaid¹, etc)...

3^{ème} : Visions contradictoires...

Avec le recul, il est difficile de comprendre la logique qui a conduit à exclure la formation postgrade des médecins des rémunérations de l'AOS, alors que les coûts pour la formation de base et la formation postgrade du personnel non universitaire y restent inclus. Cette distinction universitaire/non-universitaire est incohérente, entre autres, par rapport au processus de Bologne qui préconise de créer des passerelles entre les différentes professions universitaires et non-universitaires.

De plus, l'OCP n'est pas cohérente avec la loi sur les professions médicales, qui affirme que la formation universitaire s'achève par la réussite de l'examen fédéral et que les filières de formation postgrade mènent à l'obtention d'un titre postgrade fédéral de spécialisation. En outre, dans la pratique, la formation postgrade n'a que peu de liens avec les établissements

¹ Aux Etats-Unis, le financement par Medicare/Medicaid n'est pas suffisant. Le gouvernement fédéral comble les lacunes.

universitaires : son organisation est garantie par les sociétés de disciplines médicales, son contrôle et sa coordination le sont par l'ISFM.

Finalement, les visions contradictoires sont illustrées dans les réponses du Conseil fédéral aux interventions parlementaires Cassis (08.384), Humbel Näf (08.4034,) et Heim (08.3782) et sont les parfaites illustrations de ces incohérences.

4^{ème} : Effets non souhaités

Pour les cantons, l'impact de cette interprétation de la loi par l'ordonnance n'a pas été initialement prévu ni suffisamment discuté. S'il agit d'un effet secondaire non souhaité ; il doit être minimisé par des mesures appropriées.

5^{ème} : Entre les aspects financiers et qualitatifs: l'OFSP fait le grand écart...

Dans sa prise de position, l'OFSP se prononce contre la révision de l'OCP. L'OFSP déclare qu'une assurance sociale ne doit pas financer la formation qui renchérit les primes de l'assurance maladie. Dans une autre perspective, la mission primaire d'une assurance sociale consiste à garantir l'accès équitable aux soins de qualité. Or, cette dernière est tributaire d'une bonne formation postgrade des médecins.

6^{ème} : Répartition des coûts entre les cantons

La révision de l'OCP constitue une solution simple pour garantir une répartition équitable des coûts de la formation postgrade entre les cantons; les cantons d'origine y participeraient en finançant les traitements stationnaires extra-cantonaux.

Etant donné ce qui précède, la CDS se prononce en faveur de la révision de l'OCP, sachant toutefois qu'en privilégiant cette solution, et indépendamment de savoir si le financement se fera via le système dual fixe (stationnaire) ou ambulatoire, les coûts de la formation postgrade ne pourront pas être précisément calculés et doivent être définis que d'une façon normative.

■

Argumentarium für die Revision der VKL

Art. 7 Abs. 1 der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) lautet:

¹ Als Kosten für die universitäre Lehre nach Artikel 49 Absatz 3 Buchstabe b des Gesetzes gelten die Aufwendungen für:

- a. die theoretische und praktische Ausbildung der Studierenden eines im Bundesgesetz vom 23. Juni 2006¹⁵ über die Medizinalberufe geregelten Medizinalberufes bis zum Erwerb des eidgenössischen Diploms;
- b. die Weiterbildung der Studierenden nach Buchstabe a bis zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels.

Folgende Punkte sprechen dafür, Art. 7 Abs. 1 lit. b der VKL ersatzlos zu streichen:

- **Systemwidrigkeit zum KVG beheben:**

Art. 49 Abs. 3 des KVG bestimmt, dass gemeinwirtschaftliche Leistungen nicht vergütet werden dürfen. Dazu gehören insbesondere «die Forschung und universitäre Lehre». Art. 7 Abs. 1 lit. b der VKL geht über den klaren Wortlaut des Gesetzes hinaus und rechnet die «Weiterbildung der Studierenden» auch zur universitären Lehre. Die «universitäre Lehre» ist in Art. 3 des Medizinalberufegesetzes (MedBG) definiert: «Die universitäre Ausbildung vermittelt die Grundlage zur Berufsausübung im betreffenden Medizinalberuf». Das von den Universitäten angebotene Medizinstudium ist in den Art. 6ff MedBG geregelt. Die Weiterbildung hingegen findet nicht an den Universitäten statt und nur zu ca. 30% an den universitären Spitälern.

- **Keine gemeinwirtschaftliche Leistung - «learning on the job»:**

Die Weiterbildung zum Facharzt ist keine gemeinwirtschaftliche Leistung im Sinne des KVG. Assistenzärzte in Weiterbildung absolvieren kein Studium und keine Lehre, sie sind voll ausgebildete Berufsleute, welche in den Spitälern in erster Linie eine bezahlte Dienstleistung erbringen und das Rückgrat der Grundversorgung in der Schweiz bilden. Ihre Tätigkeit hat aufgrund des überwiegenden Dienstleistungsanteils nicht viel mit einem eigentlichen Bildungsgang gemeinsam (Studium, Lehre, Masterstudium, etc.). Die Weiterbildung erfolgt wie in allen anderen Berufen «on the job». Mehr als die Hälfte aller Spitalärzte sind Assistenzärzte - also Ärzte in Weiterbildung. Assistenzärzte verdienen wesentlich weniger als Fachärzte und leisten den Grossteil aller Nacht- und Wochenenddienste. Je nach Fachgebiet und Spitalstruktur ist die Beschäftigung von erfahrenen Assistenzärzten aufgrund des Lohnunterschiedes günstiger als die Anstellung von Fachärzten.

- **Die Festlegung der Weiterbildungskosten entfällt:**

Ohne Art. 7 Abs. 1 lit. b VKL entfällt der unsinnige Zwang, die Kosten der ärztlichen Weiterbildung realistisch zu bestimmen.

- **Kohärenz zu den anderen Gesundheitsberufen:**

Die einzigartige Regelung von Art. 7 Abs. 1 lit. b der VKL betrifft nur Ärztinnen und Ärzte. Alle anderen Gesundheitsberufe sind davon nicht betroffen. Es gibt keinen Grund, den Arztberuf anders als alle anderen Gesundheitsberufe zu behandeln. Die nicht nachvollziehbare Sonderbehandlung der ärztlichen Weiterbildung wäre mit der Streichung von Art. 7 Abs. 1 lit. b VKL aufgehoben und alle Gesundheitsberufe werden in Bezug auf die Weiterbildung gleich behandelt.

- **Beteiligung der Versicherer an den Weiterbildungskosten:**

Die Versicherer profitieren heute von der kostengünstigen Dienstleistung der Assistenzärzte, da Abzüge für «Lehre und Forschung» im Umfang von bis zu 25% vorgenommen werden. Der Anteil der Weiterbildungskosten an den pauschalen Prozentsätzen ist unbekannt.

Stellungnahme VLSS: Aenderung der VKL im Rahmen der Gespräche um die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung

- Nach eingehender Diskussion bei mehreren Gelegenheiten innerhalb des Vorstandes VLSS
- aufgrund der erhaltenen Informationen anlässlich der SIWF-Vollversammlung
- aufgrund der Diskussionen anlässlich der bisherigen Sitzungen der Arbeitsgruppe Finanzierung

gelangen wir zu folgenden Schlüssen:

Für den VLSS als Vertreter der Chef- und Leitenden Aerzte der Schweiz hat die Aenderung der VKL im Rahmen der Diskussion um die Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung oberste Priorität.

Begründung:

- Die damalige Abfassung der VKL war ein sachlicher Irrtum, der zum Teil trotz besseren Wissens durchgezogen wurde.
- Offensichtlich hat u.a. der Bericht des Schweiz. Wissenschafts- und Technologierates vom September 2007 die damaligen Entscheide beeinflusst. Festzuhalten ist, dass dieser Bericht vor allem in seinen Schlussfolgerungen einige geradezu haarsträubende Unrichtigkeiten enthält, auf deren Basis anschliessend Entscheide gefällt wurden.
- Nach Aussagen von Frau SR Egerszegi anlässlich der letzten Plenarsitzung des SIWF entspricht die VKL denn auch klar nicht dem eigentlichen Willen des Parlamentes, so dass aus dieser Sicht ein formeller Rückkommensantrag durchaus nicht chancenlos erscheint.
- Dass sich sämtliche Vertreter von Versicherer in geballter Ladung gegen die Aenderung der VKL sträuben, ist wenig erstaunlich. Wir sind allerdings klar der Meinung, dass neben dem Steuerzahler, den Spitälern und den betroffenen Weiterzubildenden selbst auch die Versicherer ein Interesse und für uns damit auch eine Pflicht haben, an die Qualität der zukünftigen Akteure an der Front des Gesundheitswesens ihren Beitrag zu leisten. Auch für die Versicherer muss daher die ärztliche Weiterbildung als Investition in ein optimiertes rationelles Gesundheitswesen gesehen werden. Eine finanzielle Mitbeteiligung der Versicherer ist damit nichts anderes als recht und billig.

Es gilt allerdings Folgendes festzuhalten:

Flankierend sind Massnahmen vorzusehen, damit die entsprechende Tarifierung denn auch differenziert wird nach Instituten, die auch tatsächlich (und dies glaubhaft!) mit der nötigen Qualität Weiterbildung betreiben. Es kann nicht angehen, dass einmal mehr Trittbrettfahrer, insbesondere eine Reihe von Privatspitälern ohne Weiterbildungsanerkennung oder mit Weiterbildungsstellen, die nicht viel mehr als Alibifunktionen sind, vom System profitieren, in das schwergewichtig die öffentliche Hand investiert und die private Hand profitiert.

Die anderen diskutierten finanziellen Modelle werden von uns nicht rundweg abgelehnt. Den im Entwurf „Empfehlungen zur Sicherung und Qualität der ärztlichen Weiterbildung“ vorgesehenen Weg

betrachten wir als eine Möglichkeit: sie ist für uns allerdings klar als Plan B zu bezeichnen. Wir werden uns dementsprechend wehren, wenn wir als Repräsentanten der Ärzteschaft als von vorneherein einverstanden zitiert werden sollten, ohne dass unsere primäre Haltung, wie oben erwähnt, ebenfalls mit skizziert wird.

Ein unmittelbarer und massiver Abbau von Weiterbildungsstellen als Folge des neuen Finanzierungssystems ist nicht zu erwarten. Hingegen dürfte sich der finanzielle Druck auf die Leistungserbringer generell verstärken, weshalb qualitative und langfristig allenfalls auch quantitative Veränderungen zu erwarten sind.

Für den Vorstand VLSS

H.-U. Würsten,
Delegierter VLSS, Arbeitsgruppe Finanzierung

An
Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“

Bern, 13. April 2011
012/ba-Stellungnahme VKL-130411.doc

Stellungnahme VKL

Sehr geehrte Frau Menzi

OdASanté spricht sich für eine Beibehaltung von Art. 7 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) aus.

Zur Begründung verweisen wir auf die Stellungnahme von H+, der sich OdASanté anschliessen kann.

Die Definition der ärztlichen Weiterbildung als gemeinwirtschaftliche Leistung erachten wir nicht als ein Hindernis, um eine zweckgebundene und transparente Finanzierung sicher zu stellen und den beruflichen Nachwuchs zu sichern.

Freundliche Grüsse



Bernhard Wegmüller
Präsident OdASanté



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Per E-Mail an die Mitglieder der Plattform „Zukunft ärztliche Bildung“

Ort, Datum	Bern, 8. April 2011	Direktwahl	031 335 11 60
Ansprechpartner/in	Heinz Frey	E-Mail	heinz.frey@hplus.ch

Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung: VKL nicht ändern

Sehr geehrte Damen und Herren

Gestützt auf den Vorstandsbeschluss vom 24. März 2001 spricht sich H+ für die Beibehaltung von Art. 7 Abs. 1 lit. b der Verordnung über die Kostenermittlung und die Leistungserfassung durch Spitäler, Geburtshäuser und Pflegeheime in der Krankenversicherung (VKL) aus.

Die Weiterbildungskosten der Ärztinnen und Ärzte, welche in den Spitälern anfallen, sollen somit wie bis anhin von den Kantonen als gemeinwirtschaftliche Leistungen separat vergütet werden und nicht als anrechenbare Kosten in die Tarife einfließen.

Dafür sprechen nach Auffassung von H+ folgende Gründe:

- Die Nettoweildungskosten für Assistenzärzt/-innen fallen im Verhältnis zu den Netto-weildungskosten der nicht-universitären Gesundheitsberufe vergleichsweise hoch aus.
- Die Anrechnung der Weiterbildungskosten der Ärzte in der obligatorischen Krankenversicherung würden die Prämienzahler über Gebühr zusätzlich belasten.
- Die Anrechnung müsste konsequenterweise auch auf den UV-, IV-, und MVV-Bereich ausgedehnt werden.
- Die Anrechenbarkeit in den Tarifen würde die Tarifverhandlungen mit den Versicherern erschweren.
- Die Anrechenbarkeit in den Tarifen ist keine Garantie für eine ausreichende Finanzierung.
- Der stationäre Bereich bildet heute fast alle Assistenzärzte aus, während rund die Hälfte aller Ärzte ambulant tätig ist. Durch die Einrechnung in die Tarife würden die Spitäler in einem weiteren Bereich für die Kostenentwicklung verantwortlich gemacht,

die bei den ambulanten Leistungserbringern nicht anfällt oder separat ausgewiesen wird. Dies ist heute schon bei den Medikamenten und Medizinprodukten der Fall. Die Spitäler und Kliniken sind nicht bereit, in einem weiteren Bereich den Schwarzen Peter zu übernehmen.

- Indem die ärztliche Weiterbildung explizit als gemeinwirtschaftliche Leistung definiert wird, ist klar, dass die Kantone als Gesundheitsversorger für die Finanzierung die Verantwortung tragen.
- Eine unter Umständen anzustrebende Mitfinanzierung des Bundes wird damit nicht ausgeschlossen.

Kritisch ist zu bemerken, dass die Begriffe „Studierende“ Art. 7, Abs. 1, Bst. b VKL und „universitäre Lehre“ Art. 49, Abs. 3 b KVG den tatsächlichen Verhältnissen nicht entsprechen. Die Weiterbildung findet nicht an den Universitäten statt, sondern „on the job“ in den Spitälern. Die Assistenzärztinnen und -ärzte in Weiterbildung haben nicht den Status von Studierenden. Der formale Mangel im Verordnungstext kann im Rahmen einer anderen VKL-Revision behoben werden. Im Rahmen einer Gesetzesrevision soll Art. 449a, Abs. 33 Bst. b KVG so formuliert werden, dass der Wille des Gesetzgebers klar zum Ausdruck kommt.

H+ setzt sich für eine zweckgebundene, bildungsleistungsgerechte und ausreichende Finanzierung der ärztlichen Weiterbildung ein, welche die Prämienzahler nicht zusätzlich belastet. Die Bedingungen hierfür sind mit den vorliegenden gesetzlichen Grundlagen gegeben, trotz der kleinen formalen und begrifflichen Mängel.

Nach Auffassung von H+ sollte deshalb nicht Energie dafür verwendet werden, die VKL zu ändern. Es ist sinnvoller, im Rahmen der heutigen Gesetzgebung optimale Lösungen zu suchen und zu realisieren.

Freundliche Grüsse



Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor

Anhang 3: Giovanni Teotino, Adrian Füglister. Kosten der akademischen Lehre und Forschung in den Universitätsspitalern. Detailkonzept zum Pilotprojekt. Juni 2009.

A. Strukturierte Weiterbildung

Die strukturierte Weiterbildung umfasst die Tätigkeiten, die im Rahmen der Lehrveranstaltungen für die Weiterbildung vorgesehen sind. Im Rahmen der Facharztweiterbildung werden diese Tätigkeiten entsprechend den Weiterbildungsrichtlinien vom zuständigen Organ festgelegt.

Tätigkeitsgruppen	Erteilte Lehre	Erhaltene Lehre
Lehr- und Beratungstätigkeiten Tätigkeiten der Lehre im Rahmen der Lehrveranstaltungen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung und Durchführung der praktischen Arbeiten, Seminarien, Vorträge, Kolloquien und anderer Veranstaltungen - Betreuung der Lernenden 	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung, Teilnahme und Nachbereitung von praktischen Arbeiten, Seminarien, Vorträgen, Kongressen, Kolloquien und sonstiger Veranstaltungen - Teilnahme an obligatorischen Kursen, Bearbeitung von Fachliteratur
Examen Tätigkeiten im Zusammenhang mit den Examen	<ul style="list-style-type: none"> - Vorbereitung von Examen - Korrektur von Examen - Einsitz in Prüfungskommissionen - Prüfung von Rekursen - Ausstellung von Bescheinigungen für die Weiterbildung 	<ul style="list-style-type: none"> - Examensvorbereitung (individuelle Lehre) im Rahmen der vom FMH-Studiengang hierfür vorgesehenen Stunden - Teilnahme an Examen
Experten- und Beratungstätigkeiten Expertentätigkeiten	<ul style="list-style-type: none"> - Expertenkommission zur Weiterbildung 	
Qualitätssicherung & Weiterentwicklung Kursorganisation, Kursevaluation und Vorbereitung von Lehrprogrammen	<ul style="list-style-type: none"> - Kursorganisation - Evaluation von betreuten Lehrveranstaltungen - Vorbereitung von Lehrprogrammen 	
Literaturstudium und Informationsbeschaffung Suche und Aufbereitung von Informationen im Zusammenhang mit der Ausbildung	<ul style="list-style-type: none"> - Aufbereitung wissenschaftlicher Arbeiten 	
Publikation, Information, Öffentlichkeitsarbeit Tätigkeiten zur Gestaltung von Lehrmitteln	<ul style="list-style-type: none"> - Betreuung bei Publikationen 	<ul style="list-style-type: none"> - Verfassen von Publikationen
Teilnahme an Veranstaltungen mit dem Ziel der Weiterbildung Teilnahme an Sitzungen, deren oberstes Ziel die Bildung ist	<ul style="list-style-type: none"> - Seminare - Sitzungen - Kurse (Theorie und praktische Arbeit) - Öffentliche Referate - Kolloquien - Kongresse - Interdisziplinäre Falldiskussionen 	<ul style="list-style-type: none"> - Seminare - Sitzungen - Kurse (Theorie und praktische Arbeit) - Öffentliche Referate - Kolloquien - Kongresse - Interdisziplinäre Falldiskussionen
Verwaltung und Leitung Einschliesslich Tätigkeiten im Rahmen der strukturierten Bildung	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal)

B. Unstrukturierte Weiterbildung

Die unstrukturierte Weiterbildung umfasst Tätigkeiten in den Bereichen Betreuung und Lernen in direktem Zusammenhang mit den Patienten der Assistenzärzte und Oberärzte ohne eidgenössischen Weiterbildungstitel, wie es im Spezialisierungsstudiengang zur Erlangung des eidgenössischen Weiterbildungstitels vorgesehen ist. Damit wird das Lernen während des Arbeitsprozesses berücksichtigt.

Tätigkeitsgruppen	Erteilte Lehre	Erhaltene Lehre
Praktische Bildung Tätigkeiten der praktischen Bildung am Patienten (am Patientenbett oder während der ambulanten Sprechstunde)	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstration von medizinischen Behandlungen - Oberaufsicht über medizinische Behandlungen - Anweisungen und Erläuterungen während des Arbeitsprozesses 	<ul style="list-style-type: none"> - Studium medizinischer Behandlungen, welche von anderen Medizinern vorgenommen werden - Beaufsichtigtes Erstellen medizinischer Leistungen
Teilnahme an Veranstaltungen Informelle klinische Bildung (nicht im Lehrplan vorgesehen)	<ul style="list-style-type: none"> - Visiten des Oberarztes - Interdisziplinäre Falldiskussionen 	<ul style="list-style-type: none"> - Visiten des Oberarztes - Interdisziplinäre Falldiskussionen
Informationsrecherche Bezug von spezifischen Informationen, um das Wissen zu vertiefen		<ul style="list-style-type: none"> - Internetrecherche - Bezug von Nachschlagewerken - Selbststudium während der Arbeitszeit
Verwaltung und Leitung Einschliesslich Tätigkeiten im Rahmen der unstrukturierten Bildung	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal) 	<ul style="list-style-type: none"> - Administrative Aufgaben - Interne Leitung (Projekt & Personal)



Anhang 4: Das « PEP »-Modell und die Allgemeinmedizin

Zentralsekretariat

87.23

1.04.2011/ mz

NOTIZ

Variante	Beschreibung	Vorteile	Nachteile
«Optimistisch»	Pro-Kopf-Beitrag für Assistenzärzte, die den Facharztstitel für Allgemeinmedizin erwerben möchten. (Zusätzlich zum Pro-Kopf-Beitrag des PEP-Modells).	Die Variante fügt sich gut in den Aufbau des PEP-Modells ein.	Die Stellen für Praxisassistenten werden mit Beiträgen in der Höhe von 75% des Gehalts eines Assistenzarztes subventioniert. Der Beitrag der Kantone beläuft sich auf etwa CHF 70'000/Person/Jahr. Das ist eine andere Grössenordnung, als die Beträge, die bisher im Rahmen des PEP-Modells diskutiert wurden (Verhältnis 1:6). Wenn die Spitäler 2-6 Personen beschäftigen, ist die Gesamtsumme nicht übermässig hoch.
«PEP +»	Es kommt ein zusätzlicher Beitrag zum PEP-Modell hinzu. Damit wird die Praxisassistenz finanziert.	Die Variante fügt sich gut in den Aufbau des PEP-Modells ein. Sie ist relativ einfach umzusetzen.	Diese Variante könnte die Akzeptanz des PEP-Modells verringern und in den Kantonen zu einer Abwehrhaltung führen, da sie das PEP-Modell um etwa 10% verteuert.



«Universität»	Im Rahmen der strukturellen Komponente werden die Universitätsspitäler zusätzlich für die Ausbildung von Assistenzärzten in Allgemeinmedizin entschädigt.	Für Einrichtungen, die zahlreiche Assistenzärzte beschäftigen, ist es leichter, Praxisassistenten freizustellen als für kleine Einrichtungen.	Nur universitäre Einrichtungen finanzieren die Praxisassistenz. Den Kantonen mit Universitäten mangelt es nicht an Hausärzten.
«Business as usual»	Die Finanzierung der Praxisassistenz erfolgt parallel zur Finanzierung der medizinischen Weiterbildung.	Die Akzeptanz des PEP-Modells steigt, da es einfach bleibt.	Die Gelegenheit, diese Ausbildungsart fest einzuführen, wird nicht genutzt. Die Bemühungen der Kantone zur Unterstützung der medizinischen Weiterbildung wären vergeblich. Gegenwärtig tragen alle Kantone zur Weiterbildung der Hausärzteschaft bei (CHF 120'000-1'000'000/Jahr).
«Ausserhalb PEP-Modell»	Es gibt Alternativen. Es besteht die Möglichkeit, eine «Tobin-Steuer» zu schaffen und vorzusehen, dass 0,X% eines TARMED-Punkts gemeinsam von den Kantonen, der Ärzteschaft und den Versicherern an die Ausbildung der Hausärzte entrichtet werden.	Solidarisch und nachhaltig. Von Pierre-Yves Maillard im Rahmen der Diskussionen über die Initiative «Ja zur Hausarztmedizin» vorgeschlagene Steuer. Gesamtschweizerische Lösung, mit der Skaleneffekte genutzt werden könnten. Positive Auswirkungen auf die Qualität, die Vereinheitlichung und die Evaluation dieser Extra-muros-Ausbildung.	Rechtliche Grundlagen? Dauer der Umsetzung. Diese Variante müsste eingehender überdacht und diskutiert werden. Gegenwärtig besteht keine Diskussionsplattform zur Unterstützung dieser Initiative.

Anhang 5: Universitätsspitäler und universitäre Spitalinstitutionen

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS)

Kanton	Bezeichnung
ZH	Universitätsspital Zürich
ZH	Uniklinik Balgrist
ZH	Kinderspital Zuerich
ZH	Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst des Kantons Zürich, Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie
ZH	Psychiatrische Universitäts-Klinik Zürich
BE	Inselspital Bern
BE	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
BS	Universitätsspital Basel
BS/BL	Universitäts-Kinderspital beider Basel (BS/BL)
BS	Universitäre Psychiatrische Kliniken
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, soins somatique
VD	Hôpital Ophtalmique Jules Gonin Fondation Asile des Aveugles
VD	Centre hospitalier universitaire vaudois, soins psychiatriques
GE	Hôpitaux universitaires de Genève - Soins aigus
GE	Hôpitaux universitaires de Genève - Soins continus
GE	Hôpitaux universitaires de Genève - Soins subaigus
GE	Hôpitaux universitaires de Genève - Soins psychiatriques

	Anzahl Betriebe	Betriebsaufwand (Mio.)	Anzahl Personal	VZÄ Personal	VZÄ Ärzte und Akademiker	Anzahl Assistenz-ärzte (Schätzung)
Alle Spitäler	318	21'186	178'297	128'549	18'844	9'911
Universitätsspitäler	9	5'344	47'102	31'233	6'260	3'293
Universitäre Spitalinstitutionen	8	790	7'064	5'518	1'295	681
Andere Spitäler	301	15'053	124'131	91'798	11'288	5'937

Anhang 6: Kosten für die Weiterbildung aus den Daten der Krankenhausstatistik 2008

Quelle: Bundesamt für Statistik (BFS)

Kosten für die Weiterbildung aus den Daten der Krankenhausstatistik 2008

Modell 1	Für Unispitäler	Betrag pro Assistenzarzt, Anteil Betriebsaufwand
	Für universitäre Institute	Betrag pro Assistenzarzt
	Für alle anderen Spitäler	Betrag pro Assistenzarzt

Anteil Betriebsaufwand	Betrag pro Assistenzarzt																
	10'000	10'500	11'000	11'500	12'000	12'500	13'000	13'500	14'000	14'500	15'000	15'500	16'000	16'500	17'000	17'500	18'000
0.0%	99	104	109	114	119	124	129	134	139	144	149	154	159	164	168	173	178
0.2%	110	115	120	125	130	135	140	144	149	154	159	164	169	174	179	184	189
0.4%	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
0.6%	131	136	141	146	151	156	161	166	171	176	181	186	191	196	201	206	210
0.8%	142	147	152	157	162	167	172	177	182	186	191	196	201	206	211	216	221
1.0%	153	158	162	167	172	177	182	187	192	197	202	207	212	217	222	227	232
1.1%	158	163	168	173	178	183	188	193	198	202	207	212	217	222	227	232	237
1.2%	163	168	173	178	183	188	193	198	203	208	213	218	223	228	233	238	243
1.3%	169	174	178	183	188	193	198	203	208	213	218	223	228	233	238	243	248
1.4%	174	179	184	189	194	199	204	209	214	219	223	228	233	238	243	248	253
1.5%	179	184	189	194	199	204	209	214	219	224	229	234	239	244	249	254	259

Kosten für die Weiterbildung aus den Daten der Krankenhausstatistik 2008

Modell 2	Für Unispitäler	Betrag pro Assistenzarzt, Anteil Betriebsaufwand
	Für universitäre Institute	Betrag pro Assistenzarzt, Anteil Betriebsaufwand
	Für alle anderen Spitäler	Betrag pro Assistenzarzt

Anteil Betriebsaufwand	Betrag pro Assistenzarzt																
	10'000	10'500	11'000	11'500	12'000	12'500	13'000	13'500	14'000	14'500	15'000	15'500	16'000	16'500	17'000	17'500	18'000
0.0%	99	104	109	114	119	124	129	134	139	144	149	154	159	164	168	173	178
0.2%	111	116	121	126	131	136	141	146	151	156	161	166	171	176	181	186	191
0.4%	124	129	134	139	143	148	153	158	163	168	173	178	183	188	193	198	203
0.6%	136	141	146	151	156	161	166	171	176	181	185	190	195	200	205	210	215
0.8%	148	153	158	163	168	173	178	183	188	193	198	203	208	213	218	223	227
1.0%	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240
1.1%	167	172	176	181	186	191	196	201	206	211	216	221	226	231	236	241	246
1.2%	173	178	183	188	193	197	202	207	212	217	222	227	232	237	242	247	252
1.3%	179	184	189	194	199	204	209	214	218	223	228	233	238	243	248	253	258
1.4%	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	239	244	249	254	259	264
1.5%	191	196	201	206	211	216	221	226	231	236	241	246	251	256	260	265	270

Kosten für die Weiterbildung aus den Daten der Krankenhausstatistik 2008

Modell 3	Für Unispitäler	Betrag pro Assistenzarzt, Anteil Betriebsaufwand
	Für universitäre Institute	Betrag pro Assistenzarzt, Anteil Betriebsaufwand
	Für alle anderen Spitäler	Betrag pro Assistenzarzt, Anteil Betriebsaufwand

Anteil Betriebsaufwand	Betrag pro Assistenzarzt																
	10'000	10'500	11'000	11'500	12'000	12'500	13'000	13'500	14'000	14'500	15'000	15'500	16'000	16'500	17'000	17'500	18'000
0.00%	99	104	109	114	119	124	129	134	139	144	149	154	159	164	168	173	178
0.05%	110	115	120	125	130	134	139	144	149	154	159	164	169	174	179	184	189
0.10%	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200
0.15%	131	136	141	146	151	156	161	166	171	175	180	185	190	195	200	205	210
0.20%	141	146	151	156	161	166	171	176	181	186	191	196	201	206	211	216	221
0.25%	152	157	162	167	172	177	182	187	192	197	202	207	212	216	221	226	231
0.30%	163	168	173	178	182	187	192	197	202	207	212	217	222	227	232	237	242
0.35%	173	178	183	188	193	198	203	208	213	218	223	228	233	238	243	248	253
0.40%	184	189	194	199	204	209	214	219	223	228	233	238	243	248	253	258	263
0.45%	194	199	204	209	214	219	224	229	234	239	244	249	254	259	264	269	274
0.50%	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	269	274	279	284